

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Dokument 3:12 (2023–2024)



Forsidebilde: Colourbox
ISBN 978-82-8229-586-4

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:12 (2023–2024)
Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Dokumentet har følgende inndeling:

- Riksrevisjonens konklusjoner, utdyping av konklusjoner, anbefalinger, statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Riksrevisjonen, 15. februar 2024

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	5
2	Konklusjoner	7
3	Overordnet vurdering	8
4	Utdyping av konklusjoner	8
4.1	Mange pasienter får ikke de rehabiliterings-tjenestene de har behov for av kommunehelse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten	8
4.2	Samhandlingen mellom spesialisthelse-tjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene	13
4.3	Der det er svakheter i rehabiliteringstjenestene får dette store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid	15
4.4	Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer	17
5	Anbefalinger	20
6	Statsrådets svar	21
7	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	21
	Vedlegg	22
	Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet	
	Vedlegg 2: Statsrådets svar	
	Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger	

Tabelloversikt

Tabell 1	Andelen kommuner som har kompetanse tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering	9
Tabell 2	Prosentandelen kommuner som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler	10

Figuroversikt

Figur 1	Yrkesgrupper en rehabiliteringspasient kan ha behov for	6
Figur 2	Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere i perioden 2017 til 2021	11

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

1. **Sterkt kritikkverdige** er Riksrevisjonens sterkeste kritikk. Vi bruker dette kritikknivået når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
2. **Kritikkverdige** bruker vi når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
3. **Ikke tilfredsstillende** bruker vi når vi finner svakheter, feil og mangler, men som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

1 Innledning

Gode rehabiliteringstjenester sørger for at mennesker som har fått begrensninger i sin funksjonsevne, gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. De som har behov for rehabiliteringstjenester, har ulike diagnoser og ulik grad av funksjonsnedsettelse. Rehabilitering kan ha ulike hovedmålgrupper:

- somatikk
- psykisk helse
- rus

En slik inndeling sier noe om hvor hovedtyngden av helseproblemene ligger, selv om pasientene kan ha sammensatte lidelser. I denne undersøkelsen har vi avgrenset oss til å undersøke somatisk rehabilitering for voksne.

Det er vanlig å dele pasientgruppen med behov for somatisk rehabilitering inn i to hovedgrupper:

- personer som opplever en akutt hendelse, for eksempel en trafikkulykke eller et slag
- personer som har en kronisk lidelse, for eksempel muskel- og skjelettsykdommer, multipel sklerose (MS) eller lungesykdommer

I 2021 mottok nær 48 000 pasienter rehabilitering i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner, mens ca. 50 000 personer samme år var registrert som mottakere av rehabilitering/habilitering i kommunene. Tallene er usikre, og Helsedirektoratet opplyser at særlig tallene over rehabilitering som blir gitt i kommunene, er usikre. Blant annet fordi omfanget er usikkert, vet vi heller ikke hvor mye penger som blir brukt på rehabiliteringsfeltet.

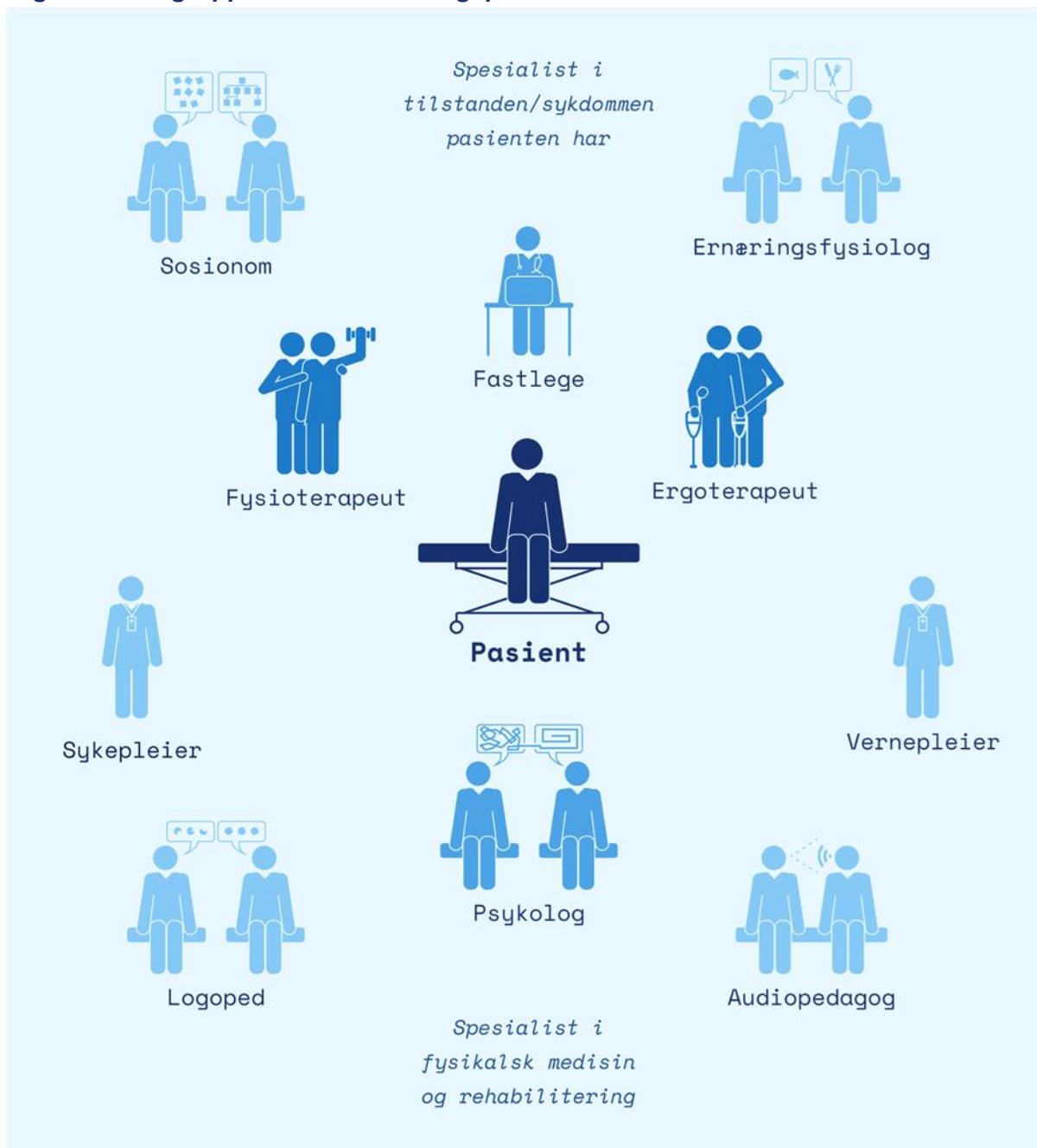
Pasientens behov skal være utgangspunktet for hvilke rehabiliteringstjenester som blir gitt. Figur 1 viser de yrkesgruppene en pasient kan ha behov for i sin rehabiliteringsprosess.



Hva er rehabilitering?

Rehabilitering er tiltak og prosesser som har som mål at pasienten gjenvinner eller opprettholder funksjons- og mestringsevnen som er tapt eller står i fare for å bli tapt, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet. Målet er at pasienten skal oppnå så mye selvstendighet, deltakelse og livskvalitet som mulig.

Figur 1 Yrkesgrupper en rehabiliteringspasient kan ha behov for



Kilde: Riksrevisjonen.

Figur 1 illustrerer at pasienten skal være midtpunktet og utgangspunktet for hvilke rehabiliteringstjenester som skal bli gitt. Siden utgangspunktet for vellykket rehabilitering er pasientens ressurser og mål, stilles det høye krav til individuell tilnærming og tilpasning, pasient- og brukermedvirkning og koordinering av de involverte rehabiliteringstjenestene. Mens helsetjenesten tradisjonelt har hatt oppmerksomheten rettet mot behandling og pleie av sykdom, har rehabilitering som mål å styrke pasienten til selv å mestre sine utfordringer på best mulig måte.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at rehabilitering, sammen med habilitering, i mange år har vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestenes svakeste områder. Utfordringene har gjennom flere år vært knyttet til blant annet

- manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- manglende avklaring av ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- svikt i samhandling og koordinering av tjenester
- manglende kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten

Riksrevisjonen har også tidligere – i Dokument 3:11 (2011–2012) *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* – pekt på svakheter i rehabiliteringstjenestene.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse tjenestetilbudet til pasienter som har behov for rehabiliteringstjenester. Videre har målet vært å peke på sentrale forklaringer på, og konsekvenser av, et mangelfullt rehabiliteringstilbud. Undersøkelsen omfatter hovedsakelig perioden fra 2020 til juni 2023, men enkelte analyser viser utviklingen fra 2017.

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev 24. oktober 2023. Departementet har i brev 24. november 2023 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 14. desember 2023 og statsrådens svar 10. januar 2024 følger som vedlegg.

2 Konklusjoner



- Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene.
- Der det er svakheter i rehabiliteringstjenestene får dette store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.
- Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer.

3 Overordnet vurdering

Kritikkverdig



Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.

4 Utdyping av konklusjoner

4.1 Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

4.1.1 Rehabilitering i kommunehelsetjenesten

Over 85 prosent av kommunene mangler lovpålagt kompetanse i rehabiliteringsarbeidet

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal ha knyttet til seg blant annet følgende kompetanse for å oppfylle ansvaret for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester: lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg peker *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* på sosionomer og vernepleiere som sentrale profesjoner, og at det er behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innen ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper.

Tabell 1 Andelen kommuner som har kompetanse tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering

Kompetanse	Andel kommuner i prosent
Lovpålagt kompetanse	
Ergoterapeut	93
Fysioterapeut	99
Lege	71
Psykolog	18
Sykepleier	95
Anbefalt kompetanse	
Audiopedagog	5
Ernæringsfysiolog	13
Helsefagarbeider med etterutdanning innen rehabilitering	43
Logoped	45
Sosionom	15
Synspedagog	6
Vernepleier	44

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse 2022.

Tabell 1 viser at andelen kommuner som har hver av de lovpålagte kompetansene tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering, varierer fra 18 til 99 prosent. Mange kommuner har fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut og lege, men få har psykolog. Nærmere analyser viser at det er 14 prosent (41 kommuner) som har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i rehabiliteringstjenestene.

Når det gjelder anbefalt, men ikke lovpålagt kompetanse, varierer andelen kommuner som har de ulike typene, mellom 5 og 45 prosent. Ingen kommuner har all den lovpålagte og anbefalte kompetansen som er listet opp i tabellen tilgjengelig for sine innbyggere.

Bare hver fjerde kommune har alle de anbefalte rehabiliteringstjenestene tilgjengelig for sine innbyggere

Personer som har behov for rehabiliteringstjenester, kan ha svært ulike utfordringer og derfor svært ulike behov. Hver kommune må derfor sikre et differensiert tilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere.

Tabell 2 Prosentandelen kommuner som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler

Rehabiliterings-tjenester	Andel kommuner som har tjenesten	Andel kommuner som ikke har tjenesten	Andel kommuner som ikke vet om de har tjenesten
Fysioterapeut med kommunal driftsavtale	93	6	1
Døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser på sykehjem	86	12	2
Tilbud i brukeres hjem/hverdags-rehabilitering	77	22	1
Tverrfaglig team	68	29	3
Døgnbasert tilbud i rehabiliterings-institusjon eller egen avdeling	58	41	1
Lærings- og mestringstilbud innen rehabilitering	54	34	12

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse 2022.

Tabell 2 viser at det er fra 54 til 93 prosent av kommunene som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler. Det er kun 54 prosent av kommunene som har et tilbud innen læring og mestring. Læring og mestring er pedagogisk virksomhet med mål om å styrke pasientenes helsekompetanse og mestring og gi økt livskvalitet. Et tilbud innen læring og mestring kan være avgjørende for at en pasient skal kunne håndtere og mestre å leve med en eventuell funksjonsnedsettelse og til å jobbe aktivt med å bedre livskvaliteten sin.

Videre analyse viser at færre enn 25 prosent av kommunene svarer at de har alle de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler, tilgjengelig for sine innbyggere.

Undersøkelsen viser at 20 prosent av kommunene er med i et interkommunalt samarbeid om levering av rehabiliteringstjenester. Nesten 60 prosent av kommunene som ikke er med i et interkommunalt samarbeid, svarer at de har kapasitet og kompetanse til å levere rehabiliteringstjenester selv. Vår undersøkelse viser imidlertid at to tredjedeler av disse ikke har de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler at kommunene bør ha.

Mer enn halvparten av kommunene synes det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester

Om lag 60 prosent av kommunene opplyser at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester. Sentrale forklaringer på dette er manglende prioritering, ledelsesforankring og rehabiliteringskompetanse.

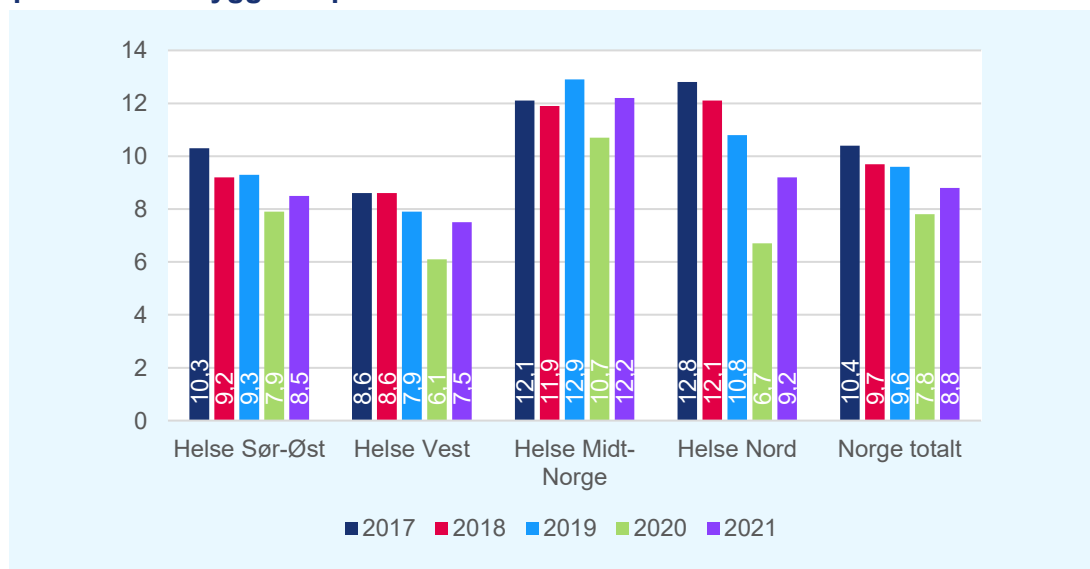
Samtidig viser undersøkelsen at 90 prosent av kommunene har opplevd økt belastning på de andre kommunale tjenestene som følge av mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet. Vellykket rehabilitering kan sette den enkelte i stand til å få et bedre liv og bidra til bedre samfunnsøkonomi gjennom økt arbeidsevne og reduserte behov for andre tjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering vil gode rehabiliteringstjenester være viktige bidrag til helsetjenestens og velferdsstatens bærekraft i årene framover.

4.1.2 Spesialisert rehabilitering

Det har i flere år vært store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder hvor mange pasienter som mottar spesialisert rehabilitering

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted. De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Figur 2 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere i perioden 2017 til 2021



Kilde: Helsedirektoratet. (2022). Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021 (rapport IS-3052).



Interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenester i små kommuner

Blant de små kommunene er det 23 prosent som er med i et interkommunalt samarbeid om levering av rehabiliteringstjenester.



Spesialisert rehabilitering

Spesialisert rehabilitering omfatter rehabilitering som utføres i sykehus, og spesialisert rehabilitering som utføres av private rehabiliteringsinstitusjoner.

Figur 2 viser at antallet rehabiliteringspasienter per 1000 innbyggere som fikk spesialisert rehabilitering, har gått ned fra 10,4 pasienter i 2017 til 8,8 pasienter i 2021. Tendensen er i hovedsak fallende fra 2017 til 2020, og øker deretter i 2021. Nivået er imidlertid fortsatt lavere enn i 2017, bortsett fra i Helse Midt-Norge RHF, som behandlet omtrent like mange rehabiliteringspasienter i 2021 som i 2017.

Figur 2 viser videre at det var store forskjeller mellom de regionale foretaksområdene i hvor mange pasienter per 1000 innbyggere som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2021. Antallet pasienter i forhold til folketallet var høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Grunnlagsdataene fra Helsedirektoratet viser at Nord-Trøndelag i 2021 hadde høyest pasientrate med 14,4 mottakere per 1 000 innbyggere, og dette var mer enn tre ganger så mye som i Stavanger-området, som var området med lavest rate.

Pasientene har ulik tilgang til spesialisert rehabilitering

De regionale helseforetakene skal sørge for at pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, får det. Dette gjør de i hovedsak ved å

- gi spesialisert rehabilitering i egne helseforetak
- inngå avtaler om spesialisert rehabilitering med private rehabiliteringsinstitusjoner

Undersøkelsen viser at helseforetakenes tilbud innenfor spesialisert rehabilitering er ulike. Det varierer

- om helseforetakene har et spesialisert døgntilbud eller ikke. Blant helseforetakene som har et spesialisert døgntilbudet, varierer det om tilbudet er avgrenset til bestemte diagnoser eller ikke
- om de tilbyr rehabilitering i poliklinikk
- i hvor stor grad de tilbyr ambulante rehabiliteringstjenester

For det andre viser undersøkelsen at de regionale helseforetakene har et ulikt tilbud gitt av private leverandører av rehabiliteringstjenester. Det varierer

- hvor mange kroner som brukes på privat rehabilitering
- om pasientene får et tilbud som er i henhold til oppdatert kunnskapspraksis eller ikke

Totalt i 2022 ble det brukt 2 522 millioner kroner på privat spesialisert rehabilitering. Som det går fram av figur 2, varierer det mellom regionene hvor mange rehabiliteringspasienter som får spesialisert rehabilitering. Hvor mye de regionale helseforetakene brukte på private rehabiliteringstjenester varierte fra 316 kroner per innbygger (Helse Vest RHF) til 589 kroner per innbygger (Helse Midt-Norge RHF).

Undersøkelsen viser videre at de fleste avtalene med private leverandører av rehabiliteringstjenester ble inngått for flere år siden. Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF inngikk avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester i 2015, mens Helse Midt-Norge RHF inngikk avtaler i 2018. Etter at avtalene ble inngått, har det kommet ny kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som har best effekt, og ut fra



Helsedirektoratet har regnet ut at det totale antallet rehabiliteringspasienter gikk ned med 11 prosent fra 2017 til 2021. Helsedirektoratet opplyser at nedstengningen i forbindelse med pandemien hadde store konsekvenser for rehabiliteringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten i 2020, og at antallet pasienter var vesentlig lavere i 2020 enn tidligere i perioden 2017–2021.

dagens kunnskapsgrunnlag ville rammene for avtalene blitt innrettet annerledes. De regionale helseforetakene trekker blant annet fram at det ville blitt gitt kortere rehabiliteringsopphold til flere pasienter.

Undersøkelsen viser at det er flere eksempler på pasientgrupper som ikke får dekket sitt behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester, verken i helseforetakene eller i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Hvilke pasientgrupper som mangler et spesialisert rehabiliteringstilbud, varierer imidlertid mellom regionene og helseforetakene.

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted. Tall fra Helsedirektoratet viser at det gjennom flere år har vært store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder hvor mange pasienter som mottar spesialisert rehabilitering, og denne undersøkelsen viser at innholdet i den spesialiserte rehabiliteringen varierer. Selv om vi må regne med noe variasjon mellom de regionale helseforetakene, har ikke aktørene selv sannsynliggjort at forskjellene er betinget av ulikheter i befolkningens behov. Etter Riksrevisjonens vurdering ser det heller ut til å være helt tilfeldig om tjenestene samsvarer med behovene til pasientene i opptaksområdet.

4.2 Samhandlingen mellom spesialisthelse-tjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene

En pasient kan ha behov for bistand fra mange ulike yrkesgrupper og tjenester i en rehabiliteringsprosess. Ett av de overordnede prinsippene for rehabilitering er at tjenestene skal tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig ut fra pasientens behov.

De koordinerende enhetene i helseforetakene fungerer ikke etter intensjonen

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak. Denne undersøkelsen viser at 3 av 20 helseforetak ikke har avsatt noen ressurser til arbeidet med koordinerende enhet, og at bare 4 av de 20 koordinerende enhetene bruker ett årsverk eller mer på denne enheten. Det vil si at det i mange helseforetak ikke, eller i liten grad, er lagt til rette for arbeidet som skal utføres av koordinerende enhet.

Den koordinerende enheten skal ha

- en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
- overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

Noen helseforetak har mange kommuner i sitt opptaksområde. Når den koordinerende enheten ikke finnes eller har lav bemanning, må den enkelte sykehusavdelingen ha systemer for å ha oversikt over blant annet

rehabiliteringstiltakene i kommunene i sitt opptaksområde, eller overlate arbeidet med å holde oversikt til den enkelte ansatte. Antallet kommuner som inngår helseforetakenes opptaksområde, varierer fra 7 til over 40, og undersøkelsen viser dessuten at det er store forskjeller i kommunenes tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at ordningen med koordinerende enhet flere steder ikke fungerer etter intensjonen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke betryggende at oppgaven med å holde nødvendig oversikt over rehabiliteringstjenestene ser ut til å være overlatt til ansatte som primært jobber med andre oppgaver enn rehabilitering.

Ordningene med individuell plan og koordinator brukes lite

Individuell plan og koordinator er virkemidler som er etablert for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester for den enkelte pasient. Evalueringen av opptrappingsplanen slår fast at de lovfestede ordningene med individuell plan og koordinator fungerer dårlig. De færreste pasienter har individuell plan, og evalueringen anbefaler at tilnærmingen til individuell plan blir revidert. Vår revisjon bekrefter at individuell plan og koordinator er lite brukt.

Uklar arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det er et krav at helseforetak og kommuner skal inngå samarbeidsavtaler, som blant annet skal inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til rehabilitering. En gjennomgang gjort av Helsedirektoratet viser at de fleste samarbeidsavtalene er på et overordnet nivå, og at avtalene i liten grad omhandler arbeidet med rehabilitering.

Undersøkelsen viser også at helseforetakene og kommunene ikke har nok kunnskap om hverandres tjenestetilbud, og at de dermed ikke kan gi pasientene god informasjon om hva som skjer videre når en pasient overføres mellom nivåene.

Undersøkelsen viser at nesten 40 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart.

Videre viser undersøkelsen at de regionale helseforetakene har ulik praksis for hvordan de forholder seg til et mangelfullt rehabiliteringstilbud i kommunene. I tre av de regionale helseforetakene kan pasienter få tilbud gjennom de private leverandørene selv om de ikke har behov for spesialisert rehabilitering og dermed er kommunenes ansvar. I Helse Vest legges det til grunn at spesialisthelsetjenesten ikke kompenserer for mangelfullt tilbud i kommunene.



Helsefelleskap

Det er etablert 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. I helsefelleskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles.

Uklart om helsefelleskapene vil bidra til forbedring

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helsefelleskapene er det sentrale virkemiddelet for gode rehabiliteringstjenester framover.

Undersøkelsen viser at det er for tidlig å konkludere med hvordan helsefelleskapene virker inn på helseforetakenes og kommunenes arbeid med rehabilitering. Vi vet imidlertid at de regionale helseforetakene og de private leverandørene av rehabiliteringstjenester, som er sentrale aktører på rehabiliteringsfeltet, ikke inngår i helsefelleskapenes faste samarbeidsstrukturer.

4.3 Der det er svakheter i rehabiliteringstjenestene får dette store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid

Undersøkelsen viser at rehabilitering er et felt som er preget av store svakheter. Disse svakhetene får store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

Selv om både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til at den enkelte får nødvendige helsetjenester, herunder rehabiliteringstjenester, viser undersøkelsen at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for, og at det er for tilfeldig hvem som får rehabilitering. Dette fører til at pasientene ikke får utnyttet sitt potensial. Dette kommer fram både gjennom gruppeintervjuer med pasienter som har erfaring med MS, revmatisme og slag, og i samtaler med ansatte i kommuner og helseforetak.

Av pasientene vi har snakket med, opplever svært mange at de ikke har fått nok rehabilitering. Pasientene beskriver hvordan mangelfull og manglende rehabilitering setter dem tilbake både fysisk, kognitivt og psykisk.

De merker dette fysisk for eksempel ved at de får rygg- og hofteplager, ved at en arm fortsatt er lite bevegelig, eller ved at de får utfordringer med balansen. De beskriver hvordan det er å leve med smerter og fysiske begrensninger, og forteller om en hverdag med et begrenset energinivå. En pasient sier det slik:



Jeg har vært heldig og har relativt små plager, men til tross for dette må jeg hele tiden tenke på energinivået og fordele kreftene på de nødvendige aktivitetene.

Jeg ser for meg hverdagen som et energiregnestykke.

Når det gjelder de kognitive og psykiske utfordringene, etterlyser mange av pasientene hjelp. Flere har store utfordringer med hukommelsen og etterlyser teknikker for å håndtere redusert hukommelse. Hos en av pasientgruppene vi har hatt samtale med, de som har hatt slag, får om lag en tredjedel depresjon. Til tross for dette har ingen av pasientene i gruppen opplevd at hjelpeapparatet tilbyr hjelp rettet mot deres psykiske utfordringer. Det er flere som i samtalen forteller om selvmordstanker.

Pasientene trekker fram at de også savner et tilbud som er rettet mot læring og mestring. Ett formål med læring og mestring er å få informasjon til å håndtere sykdom og helseforandringer, og de vi har snakket med er enige om at de trenger hjelp til å mestre livet med skade og/eller sykdom bedre.

Det trekkes i samtalen også fram at pasientene må ha nok kunnskap om sin egen helse til å kunne gjennomføre egentrening på en slik måte at den har helsegevinst og skaper overskudd. En pasient beskriver det slik:

Jeg kan gjøre egentrening, men vet ikke om det jeg gjør er riktig, eller om treningen vil føre til at jeg får mer vondt.



Det går fram av gruppeintervjuene at manglende rehabilitering også påvirker arbeidsevnen. De pasientene som har erfaring med å være ute av arbeidslivet i kortere eller lengre perioder på grunn av helsen, mener de kunne kommet seg tilbake tidligere om de fikk mer rehabilitering. En av deltakerne forteller om en erfaring med å komme seg tilbake i jobb igjen:

Jeg har akkurat hatt dialogmøte med Nav. Der ble "hva skal til for å få deg i jobb igjen?" et tema. Men det vet ikke jeg, for jeg har ikke hatt noen rehabilitering!

Jeg har ikke kunnskapen om hva jeg egentlig trenger av rehabilitering, og hva skal jeg gjøre da?



Når det gjelder familieliv og fritid, er mange opptatt av at deres familiemedlemmer må være mer til hjelp enn det som er rimelig å forvente. Noen hadde også hatt samlivsproblemer fordi det er vanskelig å ha en balansert relasjon når den ene blir en hjelper for den andre.

Til tross for at rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og mål, viser undersøkelsen at det i mange tilfeller ikke er pasientens behov som styrer hvilket tilbud de får. Deltakerne i gruppeintervjuene beskriver for eksempel hvordan de selv må ta ansvar for å få oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes, og at det er vanskelig å vite hvordan de skal gå fram for å få hjelp når fastlegen mangler slik oversikt. Dette oppleves som en stor belastning for pasientene og skaper bekymring. En av deltakerne beskriver det slik:

Det å ha et rehabiliteringsbehov som ikke blir dekket, går helt klart utover psyken.

Vi må finne ut alt selv, og det er veldig krevende.

Vi er helt alene.



Samtalene med de ansatte i de tre kommunene vi har besøkt, bekrefter pasientenes opplevelser med kommunale rehabiliteringstjenester. De ansatte viser til at det er tilfeldigheter og ikke pasientenes behov som styrer hvilket tilbud som blir gitt, og at tilbudet ikke er tverrfaglig. De ansatte uttrykker tydelig at pasientene dermed ikke får den funksjonsforbedringen som de har potensial til, og at de dermed blir mer hjelpetrengende enn de ellers kunne vært. Dette gir mindre livskvalitet for både pasienten og de pårørende.

Også de ansatte i helseforetakene beskriver manglende rehabilitering, rehabilitering i mindre omfang enn behovet tilsier, og rehabilitering som ikke gis til riktig tid. Samtalene med de ansatte i helseforetakene viser at det går ut over pasientene at det ikke er deres behov som styrer om de får rehabilitering. Det som avgjør om en pasient får et tilbud eller ikke, er i stor grad diagnose, bostedskommune og hvor stor kapasitet sykehuset har. De ansatte beskriver at det blir for tilfeldig hvem som får rehabilitering, og at det gir pasientene lite forutsigbarhet. Oppsummert mener de ansatte at mange flere burde fått rehabilitering enn det som er tilfellet i dag.

Etter Riksrevisjonens vurdering får mangler i rehabiliteringstilbudet store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

4.4 Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer

Det mangler en overordnet strategi og målsetting for rehabiliteringsfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet har satt få mål og gitt få styringssignaler for rehabiliteringstjenestene. Det er heller ikke fastsatt en overordnet strategi eller plan som kan gi retning for arbeidet til og samhandlingen mellom ulike aktører og forvaltningsnivåer. Det er iverksatt få tiltak for å rette opp grunnleggende svakheter som har vært kjent i over ti år.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Departementet eier de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har et ansvar for å sette kommunene i stand til å løse oppgavene til beste for innbyggerne.

Det siste overordnede dokumentet om rehabilitering som ble forelagt Stortinget, var *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*, som ble utgitt som særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Den skulle

bidra til at kommunene kunne gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i samsvar med befolkningens behov. Evalueringen av opptrappingsplanen, som kom i 2020, slår imidlertid fast at planen i seg selv framstår som en tilskuddsordning og ikke en plan for å bidra til en systematisk og varig styrking av levering av tjenester for habilitering og rehabilitering.

Evalueringen av opptrappingsplanen dokumenterte mange av de samme svakhetene som ble beskrevet i Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering fra 2012. Riksrevisjonen pekte da på at rehabiliteringsområdet er preget av lite data, og denne grunnleggende svakheten gjelder fremdeles. Det mangler data om både omfang, innhold og effekt. Lite data gjør at det er begrenset kunnskap om hva som virker, som i neste omgang fører til usikre beslutninger om hvordan samfunnet får mest igjen for ressursene.

Først gjennom tildelingsbrevet i 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å jobbe videre med å utvikle bedre registrering av rehabilitering for å skaffe kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet (tiltak 2). Dette er 1 av 13 tiltak som Helsedirektoratet anbefalte for å bedre situasjonen i etterkant av evalueringen av opptrappingsplanen i 2020.

Helsedirektoratets forslag til tiltak for videre styrking av rehabiliteringsfeltet

- Tiltak 1: Nasjonal plan/strategi for videre styrking av habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 2: Det utvikles bedre registrering av habilitering og rehabilitering som gir kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet.
- Tiltak 3: Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling for styrking av habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 4: Det iverksettes informasjonstiltak mot befolkningen og personell i tjenestene om tilbud om rehabilitering
- Tiltak 5: Det innarbeides bedre systematikk i utredning av pasienter og brukeres behov og potensial for habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 6: Det iverksettes tiltak for tilstrekkelig breddekompetanse og helhetlig tilnærming på tvers av somatikk og psykisk helse for å sikre sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 7: Det tydeliggjøres forventninger om komplementære og sterke fagmiljøer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene og utvikling av samhandling, kompetanse og helhetlige forløp i helsefelleskapene.
- Tiltak 8: Det utarbeides ny forskrift for styrking av tjenester fra logoped og audiopedagog.
- Tiltak 9: Kommunenes sørge-for-ansvar for logopedtjenester avklares og tydeliggjøres.
- Tiltak 10: Endring i organisering og finansiering for å understøtte tverrfaglig samarbeid i kommunal habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 11: Finansiering som understøtter veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- Tiltak 12: Det gjennomføres tiltak for bedre etterlevelse og operasjonalisering av lovkrav om individuell plan (IP) og koordinator for hele bredden av målgrupper.
- Tiltak 13: Forskning innen habilitering og rehabilitering styrkes.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev at det har prioritert å følge opp tiltak innen forbedring av datakvalitet og informasjon. Departementet opplyser videre at rehabiliteringsområdet blir fulgt opp i nasjonal helse- og samhandlingsplan, og at det i Prop. 1 S (2023–2024) er foreslått at det skal bli bevilget 5 millioner kroner til formål innen habilitering og rehabilitering. Departementet bemerker at det har fulgt opp sentrale tiltak fra evalueringen, men at dette er prosesser som tar tid.

Riksrevisjonen mener det ikke er godt nok samsvar mellom utfordringene på rehabiliteringsfeltet og tiltakene som Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt. Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.

Det er motstridende styringssignaler når det gjelder hvem som er ansvarlig for å gi tjenestene

Etter Riksrevisjonens vurdering kan motstridende styringssignaler på helseområdet ha fått følger for innretningen av rehabiliteringstjenester i kommuner og helseforetak.

Utgangspunktet for rehabiliteringstjenestene er at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Med andre ord skal rehabilitering som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, gis av den kommunale helsetjenesten.

Ved behandlingen av Dokument 8:43 S (2020–2021) 9. mars 2021, jf. Innst. 271 S (2020–2021), fattet Stortinget et anmodningsvedtak om rehabilitering. Regjeringen bes sørge for at rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Sett fra helseforetakenes ståsted gir dette kommunene få insentiver til å bygge opp eget rehabiliteringstilbud. Undersøkelsen viser at mange kommuner har lite kompetanse tilgjengelig og et begrenset rehabiliteringstilbud, og at spesialisthelsetjenesten i ulik grad forsøker å kompensere for manglende tilbud i kommunene. Noen gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, mens andre gir avslag. Konsekvensen for pasientene blir dermed et tilbud som ikke er likeverdig.

De regionale helseforetakene og kommunene arbeider for lite systematisk med rehabilitering

De regionale helseforetakene arbeider for lite systematisk med spesialisert rehabilitering

Det er de regionale helseforetakene som skal sikre at tilbudet totalt sett tilfredsstillende behovet for spesialisert rehabilitering som innbyggerne i helseregionen har. For at de regionale helseforetakene skal kunne sørge for det spesialiserte rehabiliteringstilbudet, må de vite hva behovet for rehabiliteringstjenester er. Kunnskap om behovet er nødvendig for å kunne dimensjonere tilbudet så riktig som mulig og fatte beslutninger om hvilke rehabiliteringstjenester som helseforetakene og de private rehabiliteringsaktørene skal tilby.

Alle de regionale helseforetakene uttaler at det er krevende å definere behovet for rehabiliteringstjenester, og at det begrensede datagrunnlaget er en viktig forklaring på det.

De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Undersøkelsen viser at to av de fire regionale helseforetakene ikke har utarbeidet regionale planer for rehabiliteringstjenesten i sine helseregioner. Videre varierer det om de regionale helseforetakene har gitt egne helseforetak styringssignaler om rehabilitering eller ikke, og hvilke styringssignaler de eventuelt har gitt.

Etter Riksrevisjonens vurdering bidrar manglende kunnskap og systematikk i arbeidet til at pasientene ikke får et likeverdig spesialisert rehabiliteringstilbud.

Mange kommuner arbeider ikke systematisk med sin rehabiliteringsvirksomhet

Flere lover og forskrifter på helseområdet skal bidra til at den enkelte får de tjenestene hen har behov for. Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk med blant annet kvalitetsforbedring.

Kommunen skal planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Undersøkelsen viser at nesten 30 prosent av kommunene mangler en plan som inkluderer rehabilitering, og at over 20 prosent av kommunene opplyser at de ikke har en generell oversikt over behovet for rehabilitering.

Siden utgangspunktet for vellykket rehabilitering er pasientens ressurser og mål, stilles det høye krav til blant annet pasient- og brukermedvirkning. Til tross for dette oppgir over 40 prosent av kommunene at de ikke innhenter noen form for tilbakemeldinger fra pasientene om hvordan de opplever rehabiliteringstjenestene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det dermed mange kommuner som ikke har nødvendig oversikt og informasjon til å yte tilstrekkelige rehabiliteringstjenester.

5 Anbefalinger

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte enn i dag. Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- bidrar til å legge bedre til rette for samhandling mellom aktørene slik at pasientene med behov for rehabilitering får helhetlige pasientforløp
- tydeliggjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og avklarer hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt rehabiliteringstilbud hvis kommunene ikke har den nødvendige kompetansen og kapasiteten de skal ha

- setter tydeligere krav til hvordan og når det skal foreligge nødvendige data til hjelp i tjenestenes arbeid med å planlegge og forbedre sine rehabiliteringstjenester

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med rehabilitering. Dette innebærer blant annet å

- vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor de regionale helseforetakene at de skal sørge for at

- alle pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering, får det
- bruken av de private rehabiliteringsinstitusjoner tar høyde for at ny og bedre praksis tas i bruk
- de koordinerende enhetene i helseforetakene styrkes på en slik måte at de fungerer etter hensikten

6 Statsrådets svar

Dokument 3:12 (2023–2024) *Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene* ble oversendt statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse. Statsrådets svar er lagt i vedlegg 2.

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 23. januar 2024

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Charter Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler

Ingvild Aasen Tryggestad 22241286

Vår dato

14.12.2023

Deres dato

Vår referanse

2023/01085-3

Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Til: statsråd Ingvild Kjerkol

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2023-2024) *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 24. oktober 2023, og på departementets svar 24. november 2023.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 10.01.2024.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:x (2023-2024) *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*.

Postadresse

Postboks 6835 St Olavs plass
0130 Oslo

Kontoradresse

Storgata 16

Telefon

22 24 10 00

E-post

postmottak@riksrevisjonen.no

Nettside

www.riksrevisjonen.no

Bankkonto

7694 05 06774

Org.nr.

974760843

Vedlegg 2:

Statsrådets svar

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Deres ref
2023/01085

Vår ref
23/4776-

Dato
10. januar 2024

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 14. desember 2023 om Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene.

Riksrevisjonen belyser i undersøkelsen en viktig del av helse- og omsorgstjenestenes ansvar. Gjennomgangen er med på å rette søkelys og oppmerksomhet på rehabilitering som del av behandlingen og oppfølgingen tjenestene gir til personer med funksjons- og mestringsutfordringer.

Ett av regjeringens helsepolitiske mål er å skape god helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn. Rehabiliteringstjenester bidrar til at personer kan gjenvinne eller opprettholde sin fysiske og psykososiale funksjonsevne. Tilbud om rehabilitering bidrar til bærekraft i helse- og omsorgstjenestene ved å fremme selvhjulpenhet og ved å forebygge, utsette eller redusere tjenestebehov i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Rehabilitering bidrar også til at flere kommer tilbake til arbeidslivet eller skole/utdanning etter sykdom eller skader. Rehabilitering, habilitering, forebygging og mestring er temaer i den kommende stortingsmeldingen om nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Jeg har så langt prioritert å følge opp rehabiliteringsområdet blant annet gjennom oppdrag og midler til Helsedirektoratet knyttet til rehabiliteringsformål. Midlene har fortrinnsvis blitt benyttet til arbeid med å forbedre informasjon og datakvalitet innen rehabiliterings- og habiliteringsområdet. Dette er viktig for å ha nødvendig informasjon og kunnskap om status for området, samt for videre tjenesteutvikling. Det er også viktig for å kunne arbeidet med redusert variasjon i hvor mange som mottar rehabilitering og hvilke pasientgrupper som får et rehabiliteringstilbud, slik også Riksrevisjonen viser til.

Data og informasjon om tjenestene er sentralt for Helsedirektoratets arbeid med faglige råd og anbefalinger og veiledning til tjenestene. Bedre data og informasjon om tjenestene har også betydning for kommunenes planlegging av rehabiliteringstjenestene. Riksrevisjonen anbefaler at det bør være tydeligere krav til hvordan og når det skal foreligge nødvendige data til hjelp i tjenestenes arbeid med å planlegge og forbedre sine rehabiliteringstjenester. Jeg vil påpeke at videre utvikling av informasjon og data om helse- og omsorgstjenesten, for eksempel i kommunalt pasient- og brukerregister, skjer innen flere tjenesteområder. Hvordan utvikling av data innen rehabiliteringsområdet skal prioriteres opp mot andre områder må løpende vurderes.

Sammen med Arbeids- og inkluderingsministeren iverksetter jeg også tiltak for å styrke samarbeidet om et bedre tjenestetilbud til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Etter felles oppdrag til våre direktorater og gjennom en samfinansiering i 2024, har vi lagt opp til utprøving av samarbeidsmodeller innen arbeid og helse. Samarbeidsmodellene er først og fremst rettet mot personer med psykiske lidelser og ruslidelser, men kan også være aktuelle for andre pasientgrupper – som for eksempel de mange med muskel- og skjelettlidelser.

Rehabiliteringsprosesser er ofte komplekse og involverer ulike aktører på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten over tid. Regjeringen mener at det meste av rehabiliteringstjenestene bør ytes i kommunene, i nærheten av bosted eller i hjemmet. Målsettingen for rehabiliteringsprosesser bør ta utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og ha deltakelse og aktivitet i hverdagslivet som fokus. For noen pasientgrupper er tilstanden sammensatt, og deler av tilbudet bør gis i spesialisthelsetjenesten eller i et planmessig samarbeid mellom sykehus og hjemkommunen for å sikre kompetanse og kvalitet i tilbudet. Jeg legger til grunn at tjenestene ser hen til de nasjonale anbefalingene fra Helsedirektoratet og deres veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator i utøvelse og planlegging av sine tilbud.

Jeg merker meg at Riksrevisjonen mener det bør vurderes om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte enn i dag. Sentralt for utviklingen er å legge bedre til rette for samhandling mellom tjenestesteder og fagpersoner for å sikre helhetlige pasientforløp og å tydeliggjøre oppgave- og ansvarfordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Helsedirektoratet har en viktig rolle i å lage faglige anbefalinger og veiledere til tjenestene. Jeg legger til grunn at direktoratet reviderer og oppdaterer nødvendige veiledere og anbefalinger i tråd med at man får ny kunnskap og informasjon om tjenestene.

Evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering viser at det fortsatt er behov for å styrke kompetanse og kapasitet i rehabiliteringstjenestene, og rehabilitering knyttet til arbeid og helse, psykisk helse og muskel- og skjelettplager er viktige områder. Rehabilitering vil også være et av flere tema i stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Jeg vil blant annet omtale organisering av rehabiliteringstilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og samhandlingen mellom nivåene. Helsefelleskapene er en arena for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, både på

strategisk og faglig nivå, som jeg vil bygge videre på. Rehabilitering og tilrettelegging for mestring er viktig i utformingen av tjenester til pasientgruppene som helsefelleskapene skal prioritere.

Riksrevisjonen bekrefter kjente forhold innen rehabiliteringsområdet, men har gjennom sin undersøkelse også tilført ny og nyttig kunnskap. Jeg merker meg at mange kommuner sier de ikke har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i sitt rehabiliteringstilbud. Her vil jeg trekke frem at kommunene står fritt til å organisere sine tilbud og avgjøre hvordan de benytter kompetansen de har tilgjengelig i kommunen. Jeg forstår resultatene slik at selv om kommunene har tilknyttet seg kompetanse, slik de er pålagt gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, så betyr ikke det at disse ressursene er tilgjengelige i kommunens rehabiliteringstilbud. Jeg vil understreke at planer både for rehabiliteringsvirksomheten og for kompetanse og rekruttering er viktig for å sikre at de faglige ressursene kommunen har, benyttes på best mulig måte. Mange kommuner må etablere samarbeid for å dele på kompetanse. Et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus vil være viktig for å dele på kompetanse fremover.

Riksrevisjonen vurderer at det er behov for en økt innsats for å sikre forutsigbare og helhetlige pasientforløp. Rehabilitering bør planlegges og inngå som del av det ordinære pasientforløpet. Helsedirektoratet arbeider med en løsning for standardiserte, felles funksjonsmålinger for rehabiliteringstjenester som tilbys ved sykehusene. Formålet er å få viktig informasjon om pasientene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Funksjonsstatus skal meldes til Norsk pasientregister og det skal også vurderes om man kan knytte funksjonsnivå til finansieringsmodellen for sykehusbasert rehabilitering. Rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten på et tidlig tidspunkt, og en god plan for videreføring i kommunen, kan forebygge eller redusere behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Selv om Riksrevisjonen finner at det er kritikkverdige forhold innen rehabiliteringsfeltet vil jeg trekke frem at det finnes mange gode rehabiliteringstilbud i både sykehus og kommuner i dag. Jeg vil berømme fagfolkene som sammen skaper disse viktige tilbudene til brukere og pasienter. Jeg tar samtidig på alvor de tilbakemeldingene og funnene som trekkes frem i rapporten, og jeg vil fortsette å følge opp og ta tak i utfordringene innen området fremover.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol

Vedlegg 3:

Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 tredje ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 9**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**

Innhold

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Mål og problemstillinger	8
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	9
2.1	Spørreundersøkelser	9
2.2	Gruppeintervjuer med pasienter.....	10
2.3	Intervjuer og samtaler	11
2.4	Spørrebrev/skriftlige innspill	14
2.5	Kvantitative data.....	14
2.6	Dokumentanalyse/-gjennomgang	14
3	Revisjonskriterier	15
3.1	Overordnede mål	15
3.2	Rehabiliteringstjenester i kommunene og helseforetakene	15
3.3	Krav til Helse- og omsorgsdepartementet.....	20
4	Utvikling i bruk av rehabiliteringstjenester	22
5	Rehabilitering i kommunehelsetjenesten	25
5.1	Organisering og forbedring av rehabiliteringstjenestene	25
5.2	De kommunale rehabiliteringstjenestene som tilbys.....	26
5.3	Kompetansen kommunene har tilgjengelig for rehabiliteringspasienter	29
5.4	Kommunenes kartlegging av behovet for rehabilitering.....	30
5.5	Kommunenes arbeid med kompetanseutvikling og kunnskapsutvikling.....	31
5.6	Forklaringer på svakheter i kommunenes rehabiliteringstilbud.....	31
6	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	34
6.1	Variasjon i antall innbyggere som får spesialisert rehabilitering	34
6.2	Ikke alle pasientgrupper får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering	36
6.3	De regionale helseforetakenes styring.....	38
6.4	Det er ulikt innhold i de spesialiserte rehabiliteringstjenestene	40
6.5	Forklaringer på variasjoner i tilbudet av spesialisert rehabilitering	45
7	Samarbeid og koordinering	50
7.1	Samarbeidsavtaler og ansvarsavklaring mellom kommuner og helseforetak	50
7.2	Helsefellesskap	52
7.3	Koordinerende enheter i kommuner og helseforetak.....	52
7.4	Individuell plan og koordinator	55
7.5	Forklaringer på hvorfor pasienter ikke får helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp.....	56
8	Den nasjonale styringen av rehabiliteringstilbudet	59
8.1	Innledning.....	59
8.2	Styringen av Helsedirektoratet	59

8.3	Styringen av kommunene	62
8.4	Styringen av de regionale helseforetakene.....	63
8.5	Styringssignaler om ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	64
8.6	Kunnskapsgrunnlag	65
9	Konsekvenser av mangelfullt rehabiliteringstilbud	70
9.1	Konsekvenser for pasientene.....	70
9.2	Konsekvenser for kommuner og helseforetak	73
10	Vurderinger	75
10.1	Mange kommuner har ikke et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud	75
10.2	Tilbudet av spesialiserte rehabiliteringstjenester er ikke geografisk likeverdig	77
10.3	Det er mangler i samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten .	78
10.4	Den nasjonale styringen mangler en overordnet strategi og målsettinger	79
11	Referanseliste.....	80

Tabelloversikt

Tabell 1	Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene.....	9
Tabell 2	Antall personer med rehabilitering i 2017 og 2021 per 1 000 innbyggere.....	22
Tabell 3	Andelen kommuner i prosent som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler	27
Tabell 4	Andelen kommuner som har kompetanse tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering	30
Tabell 5	Kostnader til rehabiliteringstjenester utført av private leverandører, 2022.....	44
Tabell 6	Mottatte og avslåtte henvisninger av regional vurderingsenhet i 2022	48
Tabell 7	I hvilken grad opplever du at koordinerende enhet i helseforetaket har oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes i regionen? I antall helseforetak	53
Tabell 8	Status for data om kvalitet	67

Figuroversikt

Figur 1	Hvilke yrkesgrupper kan en rehabiliteringspasient ha behov for?	5
Figur 2	Rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten	6
Figur 3	Andel rehabiliteringspasienter som fikk rehabilitering hos de ulike tjenesteyterne eller i kombinasjon av ulike tjenesteytere i 2018. Prosent	23
Figur 4	Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere.....	35
Figur 5	Modell for avklaring av ansvar og oppgaver	51
Figur 6	Helseforetakene og antall kommuner i opptaksområdet.....	54

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Rehabiliteringstjenester som bør inngå i det kommunale tjenestetilbudet	27
Faktaboks 2	Eksempler på pasientgrupper som ikke får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering	36
Faktaboks 3	Spesialisert rehabilitering til pasienter med hjerneslag	37
Faktaboks 4	Helsedirektoratets 13 tiltak til videre styrking av rehabiliteringsfeltet.	61

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Gode rehabiliteringstjenester sørger for at mennesker som har fått begrensninger i sin funksjonsevne, gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. Dette har betydning for både livskvaliteten, verdigheten, selvstendigheten og deltakelsen deres i utdanning og arbeidsliv.

Menneskene som har behov for rehabiliteringstjenester, har ulike diagnoser og ulik grad av funksjonsnedsettelse. Rehabilitering kan ha ulike hovedmålgrupper:

- somatikk
- psykisk helse
- rus

En slik inndeling kan si noe om hvor hovedtyngden av problemstillinger kan ligge, men behovene kan overlape mellom dem.

Det er vanlig å dele pasientgruppen med behov for somatisk rehabilitering inn i to hovedgrupper:

- Personer som opplever en akutt hendelse; for eksempel en trafikkulykke eller et slag
- Personer som har en kronisk lidelse; for eksempel muskel- og skjelettsykdommer, multipel sklerose (MS) eller lungesykdommer

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at ca. en tredjedel av verdens befolkning har et helseproblem som kunne blitt bedre dersom de hadde fått tilgang til rehabilitering.¹ Det er ikke gjort et tilsvarende anslag over behovet for rehabilitering i Norge ut over at Helse- og omsorgsdepartementet har fastslått at «mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet.»²

1.1.1 Hva er rehabilitering?

Rehabilitering er tiltak og prosesser som har som mål at pasienten gjenvinner eller opprettholder funksjons- og mestringsevne som er tapt eller står i fare for å bli tapt på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet. Målet er at pasienten skal få så mye selvstendighet, deltakelse og livskvalitet som mulig.³



Definisjon av rehabilitering

I *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* defineres rehabilitering som målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Rehabilitering kjennetegnes ved at pasienten og tjenesteapparatet samarbeider for at pasienten skal kunne trene opp kroppen og hjernen etter sykdom eller skader som har oppstått i voksen alder.⁴ Helsedirektoratet beskriver i den nasjonale *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* hvordan pasienten er hovedaktøren i rehabiliteringen, og at det er pasientens behov, ressurser og mål som skal være utgangspunktet for å bestemme hvilke tiltak og tjenester som skal inngå i rehabiliteringsprosessen.⁵

¹ WHO (2023, 26. oktober) [Rehabilitation \(who.int\)](https://www.who.int)

² Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*.

³ Helsedirektoratet. (2020, 2. juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Kapittel 2.1 Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>

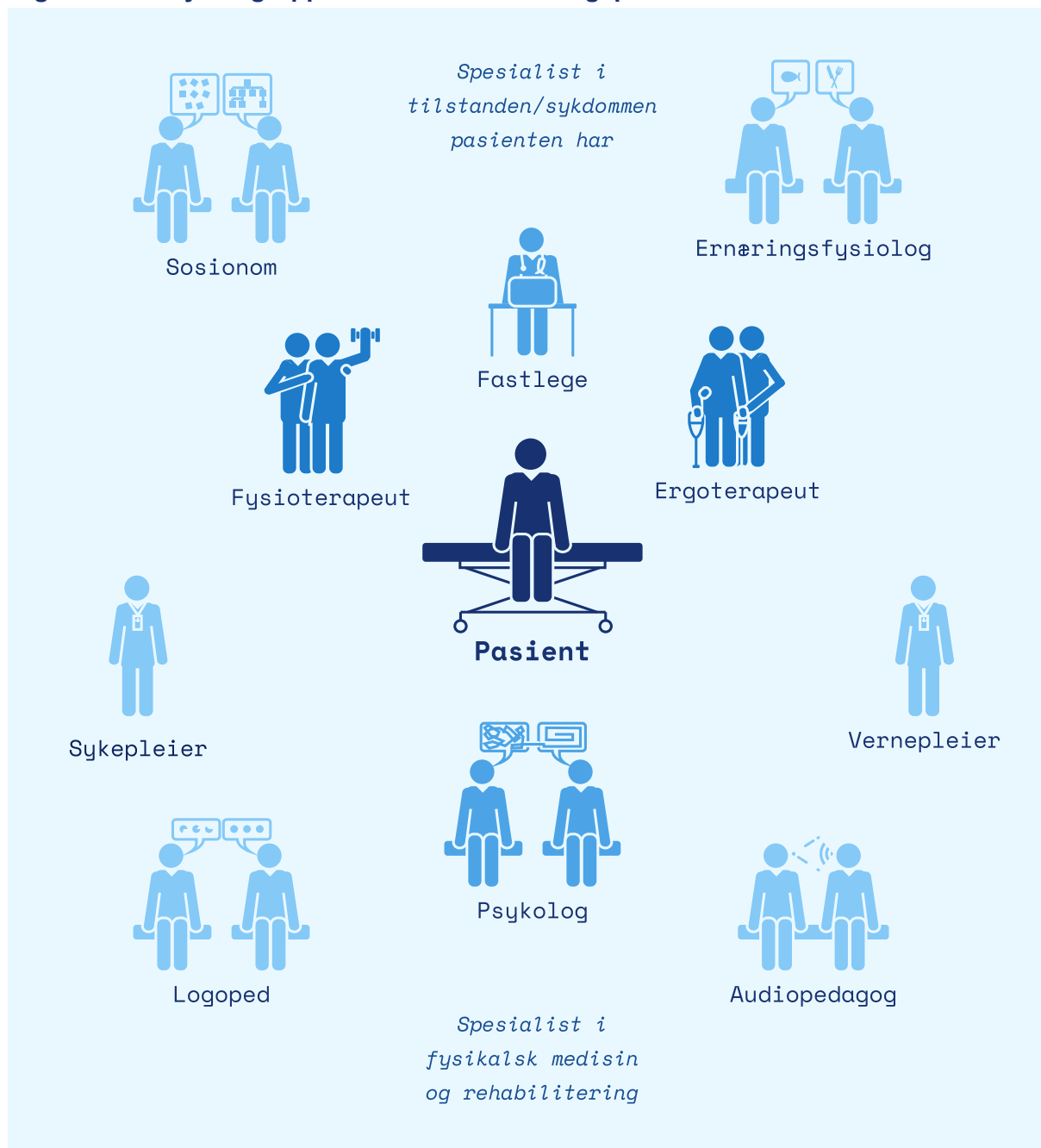
⁴ Helsenorge. (2023, 21. mars). *Habilitering og rehabilitering*. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>

⁵ Helsedirektoratet. (2020, 2. juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Kapittel 2.1 Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Rehabilitering og habilitering omtales ofte i sammenheng, men har ulike målgrupper. Habilitering er rettet mot barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens rehabilitering altså gjelder funksjonsnedsettelse som har oppstått senere i livet.

Figur 1 viser de yrkesgruppene en rehabiliteringspasient kan ha behov for i sin rehabiliteringsprosess.

Figur 1 Hvilke yrkesgrupper kan en rehabiliteringspasient ha behov for?

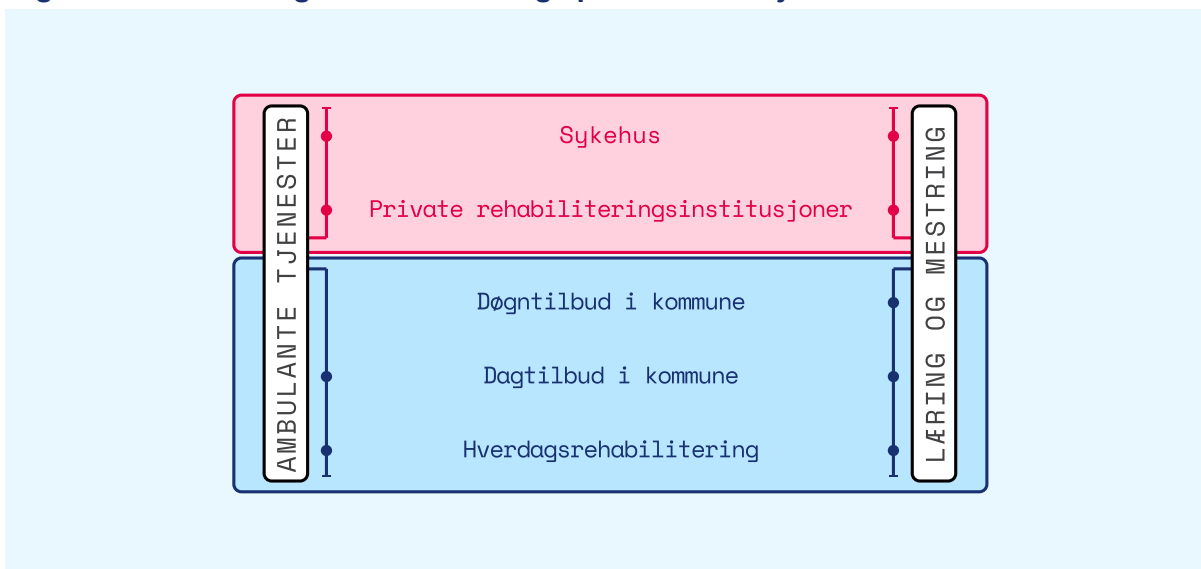


Kilde: Riksrevisjonen.

Figur 1 illustrerer at pasienten skal være midtpunktet og utgangspunktet for hvilke rehabiliteringstjenester som skal bli gitt. Siden pasientens ressurser og mål danner utgangspunktet for at rehabiliteringen skal lykkes, stilles det høye krav til pasient- og brukermedvirkning, individuell tilnærming/tilpasning og koordinering av rehabiliteringstjenestene som er involvert. Mens helsetjenesten tradisjonelt har rettet seg mot behandling og pleie av sykdom, har rehabilitering som mål å styrke pasienten til selv å mestre sine utfordringer på best mulig måte.

Figur 2 viser sentrale nivåer av tjenesteleverandører og hvilke nivåer som skal tilby ambulante rehabiliteringstjenester og læring og mestring.

Figur 2 Rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten



Kilde: Riksrevisjonen.

Den blå delen av figur 2 viser tjenester som skal bli gitt av kommunene, mens spesialisert rehabilitering er markert med rødt. På nederste nivå er *hverdagsrehabilitering*. Hverdagsrehabilitering er en personsentrert, helhetlig tilnærming som tar sikte på å forbedre et individs funksjonsevne. Målet er å opprettholde eller styrke pasientens uavhengighet i meningsfulle aktiviteter i dagliglivet.^{6,7} Hverdagsrehabilitering skjer i, eller i tilknytning til, pasientens eget hjem.

Dagtilbud i kommunen blir gitt til pasienter som har behov for rehabilitering, men som er friske nok til at de kan bo hjemme. Dagtilbud kan organiseres som gruppetilbud, knyttet til dagsentre, eller frisklivstilbud, hvor pasienter møter ulike fagpersoner samlet på ett sted.⁸ Dagtilbud tilbys gjerne i kommunale lokaler og kan for eksempel bli gitt av fysioterapeut med kommunal driftsavtale.

Døgntilbud i kommune er rehabilitering som foregår i egne kommunale rehabiliteringsavdelinger/sentre eller på sykehjem. Dette er et tilbud for pasienter som har et stort hjelpebehov, eller for når pasienten har behov for høy intensitet i rehabiliteringen.

Spesialisert rehabilitering kan bli gitt av sykehus eller av private leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene. De pasientene som får spesialisert rehabilitering, skal ha behov for rehabilitering med spesialistkompetanse.

Ambulante tjenester innebærer at tjenestene tilbys i eller nærmest mulig pasientens vante miljø, og ikke i sykehus/institusjon.

Læring og mestring er pedagogisk virksomhet som skal styrke helsekompetansen, gi mestring og forbedre livskvaliteten. Læring og mestring innebærer aktiviteter som informasjonsformidling,

⁶ Helsebiblioteket. (2022, 10. november). En internasjonal definisjon av hverdagsrehabilitering.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/omsorgsbiblioteket/artikler/en-internasjonalt-definisjon-av-hverdagsrehabilitering>

⁷ Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og mestring. Bu trygt heime. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

⁸ Helsedirektoratet. (2015, 30. september). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Kapittel 8.4. Tjenestetilbudet- habilitering og rehabilitering i kommunene.* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene>

undervisning, veiledning, rådgivning og erfaringsutveksling individuelt og i grupper. Læring og mestring skal foregå både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁹

Som det går fram av figur 1 og 2, er det mange ulike aktører og ulike aktiviteter som kan inngå i en rehabiliteringsprosess. Et av de overordnede prinsippene for rehabilitering er at tjenestene skal tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig.¹⁰ Derfor er det viktig at kommune- og spesialisthelsetjenestene koordinerer og samhandler både innad og seg imellom for å binde tjenestene sammen og for å gi gode rehabiliteringstjenester.

1.1.2 Hvorfor har vi utarbeidet denne rapporten?

Rehabilitering har, sammen med habilitering, i mange år vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestens svakeste områder.¹¹ Utfordringene har gjennom flere år handlet om blant annet

- manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- manglende avklaring av ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- svikt i samhandling og koordinering av tjenester
- manglende kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten

Riksrevisjonen har også tidligere pekt på svakheter i rehabiliteringstjenestene i Dokument 3:11 (2011–2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten.

Når det er svakheter i rehabiliteringstjenestene, får dette konsekvenser for personer som har fått begrensninger i sin funksjonsevne, men det er ikke bare for den enkelte person at rehabiliteringstjenester er viktige. Rehabilitering har også en økonomisk side.¹² Jo bedre den enkelte fungerer i samfunnet, desto mer vil personen kunne bidra til fellesskapet.¹³ God rehabilitering kan dermed være avgjørende for å sikre at den enkeltes kan delta i utdanning, arbeidsliv og samfunnsliv.¹⁴ Gode rehabiliteringstjenester vil derfor kunne føre til blant annet lavere behandlings- og omsorgskostnader i andre deler av helsetjenesten og kan slik bidra betydelig til helsetjenestens og velferdsstatens bærekraft i årene framover.

Helsedirektoratet har slått fast at det ikke er sikre tall på hvor mange som mottar rehabilitering, og vi vet ikke hva rehabiliteringen inneholder. Vi vet heller ikke om pasientene får den formen for rehabilitering som er riktig for dem, og hva nytteverdien av rehabilitering er for den enkelte og for samfunnet som helhet.¹⁵

Det er ikke utført en egen framskrivning av behovet for rehabiliteringstjenester i Norge de kommende årene,¹⁶ men det er sannsynlig at behovet for rehabilitering vil øke i framtiden, både som følge av en større andel eldre i befolkningen og fordi bedre behandling i akutt- og sykdomsfasen resulterer i at flere pasienter overlever skade og sykdom.¹⁷

⁹ Kravet til opplæring går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

¹⁰ Helsedirektoratet. (2020, 2. juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Kapittel 2.1 Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>

¹¹ Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹² Mæhlum, S. (2020, 25. september). Rehabilitering. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/versionview/1841956>

¹³ Mæhlum, S. (2020, 25. september). Rehabilitering. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/versionview/1841956>

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*.

¹⁵ Helsedirektoratet. (2022, 17. november). Presentasjon på Rehabiliteringskonferansen: *Den lærende rehabiliteringstjenesten*.

¹⁶ Helsedirektoratet. (2023). Rapportering på tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023. TB2023-62, deloppdrag 3) og 5).

¹⁷ Oslo Economics. (2020). *Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering* og WHO; World Health Organization. (u.å.) *Rehabilitation*. Hentet fra <https://www.who.int/health-topics/rehabilitation>

1.1.3 Hvem er de sentrale aktørene på rehabiliteringsfeltet?

Det er flere aktører som har et ansvar for at befolkningen får rehabiliteringstjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Departementet har også ansvar for å sikre seg informasjon om måloppnåelsen og hvordan virkemidlene bidrar til måloppnåelsen.

Helsedirektoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid og opptre faglig normerende nasjonalt. Videre skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal sørge for at innbyggerne i helseregionen tilbys og ytes nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene skal gi spesialisert rehabilitering i egne rehabiliteringsenheter eller i medisinske sykehusavdelinger. Rehabiliteringsenheter er sykehusavdelinger som er bemannet med flere ulike faggrupper, som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, logopeder og psykologer.

Private rehabiliteringsinstitusjoner har avtaler om rehabiliteringsytelser med regionale helseforetak.

Kommunene skal sørge for at innbyggerne tilbys rehabiliteringstjenester, gjennom nødvendig utredning og oppfølging.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse tjenestetilbudet til pasienter som har behov for rehabiliteringstjenester. Videre er målet å peke på sentrale forklaringer på, og konsekvenser av, et mangelfullt rehabiliteringstilbud.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad gir kommunene et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud?
2. I hvilken grad har pasientene geografisk likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester?
3. Hva er mulige forklaringer på mangler og svakheter i rehabiliteringstilbudet? Her vil vi blant annet se nærmere på faktorer som kompetanse, samhandling og styring.
4. Hvilke konsekvenser får et mangelfullt rehabiliteringstilbud?

1.2.1 Avgrensning av undersøkelsen

En vanlig måte å beskrive målgrupper for rehabilitering på er å dele inn i *rehabilitering somatikk*¹⁸, *rehabilitering psykisk helse* og *rehabilitering rus*.¹⁹ Vi har her avgrenset oss til å undersøke somatisk rehabilitering for voksne.

¹⁸ Somatiske symptomer betyr kroppslige eller legemlige symptomer, for eksempel leddsmerter eller fordøyelsesplager. Det motsatte av somatiske symptomer er psykiske symptomer, for eksempel angst eller fortvilelse (Malt, U. (2021, 8. november). Somatiske symptomer. I *Store medisinske leksikon* <https://sml.snl.no/versionview/1505530>).

¹⁹ Helsedirektoratet. (2020, 2. juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Kapittel 1.4 Målgrupper for rehabilitering*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/malgrupper-for-rehabilitering#malgrupper-for-rehabilitering>

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å belyse problemstillingene har vi gjennomført en analyse av spørreundersøkelser, gruppeintervjuer, intervjuer/samtaler, spørrebrev, kvantitative data og relevante dokumenter. Undersøkellesperioden er i hovedsak fra 2020 til juni 2023, men enkelte analyser viser utviklingen fra 2017.

Tabell 1 gir en oversikt over de metodene som vi i hovedsak har brukt for å belyse de ulike problemstillingene.

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene

	Problemstilling 1 I hvilken grad gir kommunene et tilstrekkelig rehabiliterings-tilbud?	Problemstilling 2 I hvilken grad har pasientene geografisk likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliterings-tjenester?	Problemstilling 3 Hva er mulige forklaringer på mangler og svakheter i rehabiliterings-tilbudet?	Problemstilling 4 Hvilke konsekvenser får et mangelfullt rehabiliterings-tilbud?
Spørreundersøkelser	X	X	X	X
Gruppeintervjuer med pasienter/brukere				X
Intervjuer/samtaler	X	X	X	X
Spørrebrev/skriftlige spørsmål		X	X	X
Kvantitative data		X		
Dokumentgjennomgang/-analyser		X	X	X

2.1 Spørreundersøkelser

2.1.1 Spørreundersøkelse til kommunene

Hensikten med spørreundersøkelsen til kommunene var å få informasjon om hvorvidt kommunene gir et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud, med særlig vekt på å vite hvilke rehabiliteringstjenester kommunen har, og hvilken kompetanse som er tilgjengelig for rehabiliteringstjenestene i kommunene.

Kommunene ble også bedt om å svare på spørsmål om blant annet samarbeidet internt i kommunen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Et annet viktig formål med spørreundersøkelsen var å kartlegge hvorfor det er vanskelig for kommunene å gi gode rehabiliteringstjenester, og hvilke konsekvenser dette har for kommunene.

Vi gjennomførte en pilotundersøkelse i to kommuner og en bydel i Oslo i forkant av utsendelsen. Spørsmålene i spørreundersøkelsen som handlet om læring og mestring, ble særskilt kvalitetssikret av representanter for Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse.

Før spørreundersøkelsen ble distribuert, sendte vi en forespørsel til alle kommunene og alle bydelene i Oslo der vi ba om å få kontaktinformasjon til den personen som skulle svare på vegne av kommunen eller bydelen. Spørreundersøkelsen ble deretter sendt elektronisk til denne personen. Der vi ikke mottok kontaktinformasjon, ble spørreundersøkelsen sendt til kommunedirektør, kommunalsjef for helse og omsorg, virksomhetsleder innenfor helse og omsorg eller lignende. Bydelene i Oslo er i undersøkelsen behandlet som kommuner og omtales som kommuner i rapporten.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i september og oktober 2022. Spørreundersøkelsen ble besvart av 271 kommuner og 13 bydeler i Oslo, noe som gir en svarprosent på 77 for kommunene og 87 for bydelene i Oslo.

Analyse av frafall

Når vi regner bydelene i Oslo som kommuner, er det 75 store kommuner i Norge (som utgjør 20 prosent av alle kommuner), 120 mellomstore kommuner (33 prosent) og 174 små kommuner (47 prosent). I vår spørreundersøkelse har vi mottatt svar fra 58 store kommuner (20 prosent av alle som har svart), 102 mellomstore kommuner (36 prosent), og 124 små kommuner (44 prosent).

Frafallanalysen viser dermed at små kommuner er noe underrepresentert blant kommunene som besvarte spørreundersøkelsen, mens mellomstore kommuner er noe overrepresentert. Flere andre undersøkelser indikerer at små kommuner har større problemer med å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i sin tjeneste enn det større kommuner har²⁰, og svarene på spørreundersøkelsen må tolkes i lys av dette. Vi vurderer likevel at skjevhetene er såpass små at det ikke har noe å si for validiteten i spørreundersøkelsen, som samlet har en svarprosent på nesten 80.

2.1.2 Spørreundersøkelse til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetakene

Formålet med spørreundersøkelsen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetakene var blant annet å få informasjon om enhetenes arbeid med rehabilitering i helseforetakene og deres samarbeid om rehabiliteringspasienter med kommunene. Vi har også vært opptatt av forklaringer på at samarbeidet med kommunene eventuelt ikke fungerer godt nok.

Vi gjennomførte en pilotundersøkelse i to koordinerende enheter før vi sendte ut spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble sendt til e-postadressen som ble oppgitt på de ulike koordinerende enhetenes nettsider, og den ble sendt til 20 helseforetak.²¹

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 1. november til 15. november 2022.

Det var to helseforetak som heller ønsket å bli intervjuet enn å besvare spørreundersøkelsen. Disse to helseforetakene er intervjuet, og informasjonen er verifisert i etterkant.

2.2 Gruppeintervjuer med pasienter

For å belyse hvilke konsekvenser det får for pasienter at de ikke får et godt nok rehabiliteringstilbud, har vi gjennomført gruppeintervjuer med tre pasientgrupper som har behov for rehabiliteringstjenester. For å sikre at vi fikk belyst konsekvenser som rammer flest mulig pasienter/brukere, var både kronikere og personer som har hatt akutte rehabiliteringsbehov, representert.

Vi gjennomførte to gruppeintervjuer i Bergen og ett gruppeintervju i Tromsø. I gruppeintervjuer bør ikke deltakerne være for ulike hverandre.²² For å sikre homogenitet innad i gruppene har vi derfor rekruttert personer med samme diagnose til den enkelte gruppe.

De tre gruppeintervjuene ble gjennomført med personer som har eller har hatt

²⁰ Se for eksempel Brandtzæg, B.A., Lunder, T.E., Aastvedt, A., Thorstensen, A., Groven, S. og Møller, G. (2019). *Utredning om små kommuner* (Telemarksforskning-rapport nr. 473); og NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger.

²¹ Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sørlandet sykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Østfold, Vestre Viken, Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset, Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde. Sykehus som Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus er ikke helseforetak etter definisjonen i helseforetaksloven § 3 jf. § 2, og de er dermed ikke direkte forpliktet til å ha en koordinerende enhet. Dette er bakgrunnen for at vi ikke har innhentet informasjon fra disse sykehusene.

²² Wibek, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserte gruppeintervjuer som undersøkingsmetode*. Studentlitteratur AB.

- hjerneslag
- multippel sklerose (MS)
- revmatisme

Deltakerne i gruppeintervjuene ble rekruttert ved at vi sendte en invitasjon til fire bruker-/pasientorganisasjoner (Norsk forening for slagrammede, MS-forbundet, Revmatikerforbundet og LHL) og kontaktet lokallagene i de to byene vi skulle gjennomføre gruppeintervjuene i: Bergen og Tromsø. I invitasjonen presiserte vi at vi ønsket deltakere som hadde erfaring med rehabiliteringstjenester fra de siste to årene.

Gruppeintervjuene ble gjennomført med to til seks deltakere og ble styrt av en moderator fra Riksrevisjonen, som fulgte en forberedt samtaleguide med hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål. Samtalene ble oppsummert i et notat, som ligger til grunn for analysene i rapporten.

2.3 Intervjuer og samtaler

2.3.1 Samtaler med ansatte i kommuner

Vi har gjennomført samtaler med kommunalt ansatte for å få innsikt i hvorfor det er utfordrende for kommunene å tilby gode rehabiliteringstjenester, og for å kartlegge hvilke konsekvenser kommunalt ansatte erfarer at mangler i rehabiliteringstilbudet fører til.

Vi har snakket med ansatte i tre kommuner. De tre kommunene ble tilfeldig trukket blant de 166 kommunene som i Riksrevisjonens spørreundersøkelse svarte at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester. Av kommunene som besvarte dette spørsmålet, var det 73 små kommuner, 63 mellomstore kommuner og 30 store kommuner.²³ Andre undersøkelser indikerer at små kommuner har større problemer med å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i sine tjenester enn det større kommuner har, og derfor valgte vi å trekke blant kommunene som tilhører kategoriene små og mellomstore kommuner. Fra disse to gruppene ble det tilfeldig valgt ut to små kommuner og en mellomstor kommune som tilhører opptaksområdet til ulike regionale helseforetak.

Da de tre kommunene var trukket, gjennomgikk vi disse kommunenes nettsider og kartla de rehabiliteringstjenestene som nettsidene hadde informasjon om. Deretter tok vi kontakt med den personen som kommunen hadde utpekt til å besvare spørreundersøkelsen på vegne av kommunen, og ba om å få snakke med personer som arbeider med rehabilitering i kommunen. Hver samtale tok opptil 30 minutter, og i alle samtalene snakket vi om

- oppgavene den kommunalt ansatte hadde knyttet til rehabilitering
- utfordringene den ansatte møter i sin arbeidshverdag når hen arbeider med rehabilitering
- konsekvensene den kommunalt ansatte har erfart oppstå på grunn av et mangelfullt rehabiliteringstilbud

Vi gjennomførte samtalene med den første kommunen på stedet, mens vi gjennomførte samtalene med de to resterende kommunene digitalt. Vi hadde samtaler med totalt 18 kommunalt ansatte som arbeider med rehabilitering, eller som leder ansatte som arbeider med rehabilitering.

²³ De små kommunene har 0–4 999 innbyggere, de mellomstore har 5 000–19 999 innbyggere, mens de store kommunene har minst 20 000 innbyggere.

2.3.2 Samtaler med ansatte i helseforetak

Formålet med samtalene var å få innsikt i hvorfor det er utfordrende for helseforetak å tilby gode rehabiliteringstjenester, og å kartlegge hvilke konsekvenser disse utfordringene har for de som arbeider med rehabilitering i helseforetakene.

Vi har gjennomført samtaler med ansatte i to helseforetak: Akershus universitetssykehus HF og Nordlandssykehuset HF. Helseforetakene ble valgt ut blant de foretakene som svarte på Riksrevisjonens spørreundersøkelse til de koordinerende enhetene. De to helseforetakene ble tilfeldig trukket ut blant helseforetakene som i spørreundersøkelsen opplyste at de kjenner til pasientgrupper med behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som i dag ikke får dekket dette behovet. De to helseforetakene tilhører to forskjellige regionale helseforetak.

Da helseforetakene var trukket ut, tok vi kontakt med leder for samhandlingsenheten ved helseforetaket, og ba om hjelp til å identifisere ansatte i helseforetaket som vi kunne snakke med. Vi opplyste om at vi ønsket å snakke med personer som arbeider med rehabilitering på ulike måter i foretaket, det vil si at vi ønsket å snakke med personer med ulike roller, ulik kompetanse og ansatte ved sengepost og i poliklinikk. Ved begge helseforetakene snakket vi med leder for både en sengepost og en poliklinikk samt med leder for samhandlingsenheten. I tillegg snakket vi med overlege, fysioterapeut og logoped, samt med personer med annen kompetanse som er relevant for gjennomføringen av rehabiliteringstjenestene ved helseforetakene.

På forhånd informerte vi om at alle samtalene skulle omhandle følgende spørsmål/tema:

- beskrivelse av eget arbeid med rehabilitering/rehabiliteringspasienter
- samarbeid med andre innad i helseforetaket og med kommunene
- utfordringer i arbeidet med rehabilitering/rehabiliteringspasienter
- konsekvenser for en selv eller pasientene som følge av mangler ved rehabiliteringstjenesten

Vi gjennomførte ni samtaler ved hvert av de utvalgte helseforetakene. Ved det ene helseforetaket ble alle samtalene gjennomført ved det samme sykehuset, mens det i det andre helseforetaket ble det gjennomført samtaler med representanter fra ulike sykehus og fra ambulant team. Dette skyldtes at ansvaret for rehabilitering var spredt mellom flere sykehus i helseforetaket.

2.3.3 Kollektiv kvalitativ analyse av samtalene med ansatte i kommuner og helseforetak

Vi har gjennomført en kollektiv kvalitativ analyse av referatene av samtalene med ansatte i kommuner og helseforetak. En prosjektmedarbeider skrev referat under hver samtale, og referatet ble gjennomgått av den andre som deltok i samtalen i etterkant av samtalen. Referatet ble supplert hvis noe viktig manglet. Hvert referat var tematisk strukturert.

Hvert referat ble tematisk oppsummert av minimum to prosjektmedarbeidere, og oppsummeringene ble sammenstilt. Deretter ble prosjektgruppen enig om en overordnet oppsummering av hver samtale, som i neste omgang dannet grunnlaget for en analyse på tvers av enhetene. I denne analysen har prosjektgruppen sett etter temaer som utmerker seg, eller går igjen i referatene. Deretter har prosjektgruppen diskutert hvordan disse ulike temaene henger sammen.

2.3.4 Intervjuer med de regionale vurderingsenhetene og de regionale koordinerende enhetene

Vi har gjennomført intervjuer med representanter for alle de fire regionale vurderingsenhetene og de regionale koordinerende enhetene. Temaene for intervjuene var blant annet

- organiseringen av arbeidet
- arbeidsdelingen mellom helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene når det gjelder rehabilitering
- vurdering av henvisninger om rehabilitering
- de viktigste utfordringene på rehabiliteringsfeltet sett fra deres perspektiv og de viktigste konsekvensene som følger av disse utfordringene

Det ble utarbeidet referat etter intervjuene, og alle referatene er verifisert.

2.3.5 Intervjuer med regionale helseforetak

Vi har gjennomført intervjuer med representanter for alle de regionale helseforetakene. Temaene for intervjuene med de regionale helseforetakene var blant annet

- styringssignalene fra Helse- og omsorgsdepartementet på rehabiliteringsfeltet
- dimensjoneringen av rehabiliteringstilbudet i helseregionen, informasjonsgrunnlaget for dimensjoneringen, ansvars- og arbeidsdelingen og dagens rehabiliteringstilbud i regionen sett opp mot behovet
- de viktigste utfordringene på rehabiliteringsfeltet sett fra det regionale helseforetakets perspektiv og de viktigste konsekvensene som følger av disse utfordringene

Det ble utarbeidet referat etter intervjuene, og alle referatene er verifisert.

2.3.6 Helsemyndighetene

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har publisert flere rapporter om rehabilitering som vi har tatt utgangspunkt i. Helsedirektoratet har fortløpende besvart spørsmål underveis i prosjektgjennomføringen om bruk av registerdata i publiserte rapporter.

Vi gjennomførte avsluttende intervju med Helsedirektoratet 13. juni 2023. Temaene for intervjuet var

- status for rehabiliteringsfeltet sett fra Helsedirektoratets perspektiv
- Helsedirektoratets arbeid med rehabilitering, herunder Helsedirektoratets oppgaver knyttet til blant annet kvalitetsindikatorer og normerende produkter
- utfordringer Helsedirektoratet opplever i arbeidet, og konsekvensene som oppstår på grunn av disse utfordringene
- Helsedirektoratets vurdering av forklaringer på utfordringer i rehabiliteringstjenestene

Det ble utarbeidet referat etter intervjuet og referatet er verifisert.

Helse- og omsorgsdepartementet

For å undersøke hvordan Helse- og omsorgsdepartementets har fulgt opp arbeidet med evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, ba vi Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2022 om skriftlig informasjon om oppfølgingen som var gjort.

19. juni 2023 hadde vi et avsluttende intervju med Helse- og omsorgsdepartementet, og temaene for dette intervjuet var

- Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av de sentrale svakhetene i rehabiliteringstjenestene og hvordan er disse svakhetene fulgt opp av hhv. de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og statsforvalteren
- utfordringer Helse- og omsorgsdepartementet opplever i sin styring og oppfølging av rehabiliteringstjenestene

Det ble utarbeidet referat etter intervjuet, og referatet er verifisert.

2.4 Spørrebrev/skriftlige innspill

For å innhente informasjon om fagområdet fysikalsk medisin og det generelle fagområdet rehabilitering sendte vi brev 26. oktober 2022 til de regionale helseforetakene. Der etterspurte vi informasjon om blant annet

- antall døgnrehabiliteringsplasser i egne helseforetak
- antall rehabiliteringsplasser som følger av avtaler mellom de regionale helseforetakene og private rehabiliteringsinstitusjoner

Videre ble det innhentet informasjon om arbeidsrettet rehabilitering, ambulante rehabiliteringsteam, læring og mestring, avtalespesialister innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering og evaluering av rehabiliteringstilbudet.



Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering

Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos pasienter som har, eller står i fare for å få, langvarig funksjonshemming.

Etter at vi hadde gjennomført samtalene med ansatte i helseforetak, sendte vi brev med oppfølgingsspørsmål til de aktuelle helseforetakene. I brevene ba vi helseforetakene redegjøre for blant annet hva som er de viktigste utfordringene med å gi gode rehabiliteringstjenester sett fra helseforetakenes ståsted, og hva som er konsekvensene av de utfordringene som helseforetakene møter på rehabiliteringsfeltet.

Vi har mottatt skriftlige og/eller muntlige innspill fra Afasiforbundet, Landsforeningen for slagrammede, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering og nasjonal koordinator for pasient- og brukerombudene, der de beskriver de viktigste utfordringene innenfor rehabilitering fra sitt ståsted.

2.5 Kvantitative data

Vi har benyttet rapporter og analyser utarbeidet av Helsedirektoratet for å belyse

- i hvilken grad pasientene har geografisk likeverdig tilgang til spesialiserte rehabilitering
- utviklingen i bruk av rehabiliteringstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten

En sentral kilde har vært Helsedirektoratets rapport *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052).

2.6 Dokumentanalyse/-gjennomgang

I denne undersøkelsen har vi gjennomgått ulike typer dokumenter, blant annet

- lover, forskrifter og rundskriv
- stortingsdokumenter (proposisjoner, meldinger og komitéinnstillinger)
- tildelingsbrev, planer/strategier og andre styringsdokumenter
- årsrapporter
- veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet
- faglitteratur, rapporter fra forskning, evalueringer mv.

Referanselisten i kapittel 11 inneholder en fullstendig oversikt over dokumentene som er benyttet.

3 Revisjonskriterier

3.1 Overordnede mål

Alle medlemsland i FN har sluttet seg til FNs bærekraftsmål, som blant annet skal bidra til å «[s]ikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder».²⁴

Kommunene skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, og det regionale helseforetaket skal sørge for spesialisthelsetjenester ut fra spesialisthelsetjenesteloven. Med nødvendige tjenester menes at befolkningen har rett til hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov.²⁵ Tilsvarende følger det av pasient- og brukerrettighetsloven en individuell rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Et viktig formål med både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at hele befolkningen får et likeverdig tjenestetilbud. Det går fram av forarbeidene til begge lovene at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og Prop. 91 L (2010–2011). Dette formålet stiller krav til de organisatoriske forholdene i helse- og omsorgstjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellens side.²⁶ I denne revisjonen vil vi vurdere om tjenestene er likeverdige uavhengig av brukeres og pasienters bosted.

3.2 Rehabiliteringstjenester i kommunene og helseforetakene

Kommunene og de regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for at befolkningen får nødvendige rehabiliteringstjenester / nødvendig rehabilitering.²⁷ Kommunenes ansvar er negativt avgrenset fra spesialisthelsetjenesten ved at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjenester.

Rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere.²⁸

Rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål, og tiltakene skal være koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte. Formålet med rehabilitering 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 deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.²⁹

*Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator*³⁰ skal sikre at personer som har behov for rehabilitering, får tjenester som kan bidra til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Forskriften skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient eller bruker, eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innad på et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

²⁴ Alle medlemsland i FN har sluttet seg til resolusjonen A/RES/70/01 *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (2030-agendaen). 2030-agendaen inneholder 17 bærekraftsmål og 169 delmål med virkning fra 1. januar 2016. Av paragraf 21 går det fram at målene og delmålene vil ha betydning for alle lands beslutninger de kommende 15 årene. Her gjengis FNs bærekraftsmål nummer 3.

²⁵ Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.

²⁶ Helsedirektoratet (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.

²⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 og forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 10.

²⁸ Definisjonen gjelder rehabilitering og habilitering samlet. Her er den for enkelthets skyld omtalt bare knyttet til rehabilitering.

²⁹ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 3.

³⁰ § 1 i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator.

- ut fra et pasient- og brukerperspektiv
- i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø
- samordnet, tverrfaglig og planmessig, og
- i en for pasienten og brukeren meningsfylt sammenheng

Helse- og omsorgskomiteen har understreket at det er viktig at rehabiliterings- og habiliteringstjenestene er koordinerte, tverrfaglige og målrettede.³¹ I helse- og omsorgskomiteens innstilling til bevilgninger på statsbudsjettet for årene 2020–2022 har komiteen uttalt at den er spesielt opptatt av at de med behov for sammensatte tjenester sikres gode rehabiliteringsforløp og oppfølging.³² Komiteen har også vist til at

- fagutviklingen og kompetansen innenfor habilitering og rehabilitering må styrkes³³
- samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må bli så sømløs som mulig³⁴
- ambulansetjenester fra spesialisthelsetjenesten er et godt virkemiddel for å styrke rehabiliteringstilbudet³⁵
- økt bruk av videoteknologi/telemedisin kan gjøre hverdagen enklere for mange³⁶

Komiteen har videre lagt vekt på at det er samfunnsøkonomisk nyttig å investere i rehabiliteringstjenester,³⁷ og peker på at evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) viser at det fortsatt er behov for å styrke disse tjenestene.³⁸

Ved behandlingen av et representantforslag i mars 2021 fattet Stortinget et vedtak der regjeringen besørge for at rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.³⁹

3.2.1 Krav til kommunenes rehabiliteringstjenester

Ifølge folkehelseloven skal kommunene fremme befolkningens helse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse. Videre skal kommunene bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.⁴⁰ Kommunene skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.⁴¹

Ifølge *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* skal kommunen planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Kommunen skal sørge for det gis tilbud om nødvendig utredning og oppfølging til alle som oppholder seg i kommunen og har behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven framgår det at de kommunale rehabiliteringstjenestene skal dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov.⁴² I *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*⁴³ beskriver Helsedirektoratet nærmere hva det kommunale rehabiliteringstilbudet må omfatte. Ifølge veilederen *må* kommunen sikre et

³¹ Innstilling 11 S for 2019–2020 og 2020–2021.

³² Innstilling 11 S for 2019–2020, 2020–2021 og 2021–2022.

³³ Innstilling 11 S for 2019–2020.

³⁴ Innstilling 11 S for 2019–2020.

³⁵ Innstilling 11 S for 2019–2020 og 2020–2021.

³⁶ Innstilling 11 S for 2019–2020.

³⁷ Innstilling 11 S for 2019–2020.

³⁸ Innstilling 11 S for 2021–2022.

³⁹ Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:43 S (2020–2021), jf. Innst. 271 S (2020–2021). Vedtak nr. 707, 9. mars 2021. Flertallet bak vedtaket besto av Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Miljøpartiet De Grønne.

⁴⁰ Folkehelseloven § 2.

⁴¹ Folkehelseloven § 5.

⁴² Prop. 91 L (2010 – 2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

⁴³ Om veilederens status: Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*.

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalveileder>

differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. I tillegg bør tilbudet blant annet omfatte

- døgnbasert tilbud i institusjon
- dagtilbud
- tilbud i brukerens hjem
- tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid
- lærings- og mestringstilbud
- hjelpemidler

Stortingets helse- og omsorgskomite har understreket at det er viktig at veilederen legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester på alle nivåer i helsetjenestene.⁴⁴

Statlige myndigheter har gjennom flere år⁴⁵ lagt til grunn at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at de er virkningsfulle, samordnet og preget av kontinuitet, trygge og sikre, og ved at de involverer brukerne og gir dem innflytelse, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Kommunen skal ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. I tillegg må kommunen sikre at tverrfaglig utredning og kartlegging av behov er satt i system.⁴⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig. Ifølge *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* skal kommunen ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten.

Legge til rette for forskning, kunnskapsbasert praksis og krav til kompetanse

Det følger av § 8-3 i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.⁴⁷ Ifølge *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* må det innarbeides metoder og god praksis for å søke opp den best tilgjengelige kunnskapen og kritisk vurdere denne. Dette gjelder også på områder hvor det ikke er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer.

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten. Tverrfaglig metodikk er en sentral arbeidsform innenfor rehabilitering for å imøtekomme brukernes komplekse behov. Tverrfaglig teamorganisering fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Det kan også bidra til mer robuste tjenester ved at man utnytter merverdien i kunnskapsdeling. Det anbefales å sikre et minimum av faste teammedlemmer samtidig som man bør sikre fleksibilitet for å kunne supplere teamet med kompetanse som ivaretar brukernes behov.⁴⁸

For å kunne imøtekomme befolkningens behov for nødvendig sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering gjennom tjenester av god kvalitet må kommunen ha grunnleggende basiskompetanse. Bredden i målgruppens behov krever et vidt spekter av kompetanse.⁴⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunen skal ha knyttet til seg blant annet følgende kompetanse for å oppfylle ansvaret for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester: lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg peker *Veileder om rehabilitering, habilitering,*

⁴⁴ Innstilling 11 S (2020–2021).

⁴⁵ Se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*; *Nasjonal helseplan 2007–2010*, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av statsbudsjettet for 2007, og Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

⁴⁶ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

⁴⁷ Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

⁴⁸ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

⁴⁹ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

individuell plan og koordinator på at andre sentrale profesjoner er sosionomer og vernepleiere, og at det er behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse på ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper.

Fysioterapi er en viktig del av kommunens rehabiliteringstjenester, og ifølge forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven utgjør privat fysioterapivirksomhet med kommunale driftsavtaler og refusjon fra folketrygden hovedtyngden av fysioterapitjenester i kommunen.⁵⁰ I *forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale* gis kommunen ansvaret for å sørge for et tilstrekkelig antall fysioterapeuter i kommunen.

Når det gjelder behovet for logopedkompetanse, viser en samlet helse- og omsorgskomiteé i Innst. 236 L (2020–2021) til at logopeder yter nødvendig helsehjelp til personer med utviklingsmessige eller ervervede språk-, tale-, svelge- og kommunikasjonsvansker, og komiteen understreker viktigheten av at pasienter med behov for logopedtjenester får sine pasientrettigheter oppfylt.

3.2.2 Krav til spesialiserte rehabiliteringstjenester

Etter spesialisthelsetjenesteloven har sykehusene som oppgave å ivareta blant annet pasientbehandling, og i forarbeidene til loven går det fram at begrepet «pasientbehandling» omfatter rehabilitering.⁵¹

Ifølge *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* skal det regionale helseforetaket sørge for at helseforetakene gir nødvendig rehabilitering i og utenfor institusjonen. Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Denne enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5 a.

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator stiller krav om at det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasienter og brukere som har behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal videre sørge for tilbud om

- a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- b) intensiv trening som inngår i individuell rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling
- c) tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring

Rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.⁵² Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at alle helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.

3.2.3 Krav til god ressursutnyttelse, godt samarbeid og arbeid med kvalitet

Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil i praksis si at helsehjelp som ikke

⁵⁰ Prop. 91 L (2011–2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

⁵¹ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten mm.*

⁵² Forskrift om habilitering, rehabilitering og rehabilitering § 15.

krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

I august 2022⁵³ ble det gjort endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e for å tydeliggjøre at tjenestene har en plikt til å samarbeide både ved ytelse av konkrete helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient eller bruker og på systemnivå, dvs. samarbeid ut over oppfølgingen av konkrete pasienter.⁵⁴ Fra samme tidspunkt gjelder også et nytt punkt 12 om at «partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene». Dette punktet er svært sentralt for rehabilitering, som ofte kan handle om et lengre forløp, og som går på tvers av nivåene, utfyller hverandre og er komplementære.⁵⁵

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Helse- og omsorgstjenesteloven stiller en rekke minimumskrav til samarbeidsavtalene, blant annet at avtalene skal omfatte retningslinjer for samarbeid i forbindelse med utskrivning, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Den overordnede hensikten med avtalene er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

En tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det slås fast i *forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester* at formålet med utarbeidelse og bruk av en individuell plan er

- å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og å sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for å følge opp tjenestemottakeren
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for ulike tjenester, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens tjeneste- og bistandsbehov
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende
- å styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteytere
- å bidra til at tjenestene tilbys tverrfaglig og planmessig.

I *forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* står det at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven eller etter spesialisthelsetjenesteloven skal tilbys koordinator.⁵⁶ Det går fram av §§ 16 og 17 at koordinatoren blant annet skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient.

Sørge-for-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene overholder lov- eller forskriftskrav til omfang og innhold. Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter disse lovene, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. I Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er brukermedvirkning framhevet som viktig

⁵³ Hoelseth, Dag T., Lovdata. (2022, 29. juli). *Lover i kraft 1. august 2022*. Norsk Lovtidend. https://lovdata.no/artikkel/lover_i_kraft_1__august_2022/4062

⁵⁴ Prop. 100 L (2020–2021), Innst. 581 L (2020–2021).

⁵⁵ Prop. 100 L (2020–2021), Innst. 581 L (2020–2021).

⁵⁶ For pasienter i spesialisthelsetjenesten slås det fast «behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester».

for kvaliteten i tjenestetilbudet. Stortinget støttet dette i Innst. 477 S (2012–2013) og Innst. 40 S (2015–2016).

Ifølge *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* skal ledelsen blant annet

- ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- bruke erfaringer fra pasienter/brukere og pårørende til å forbedre tjenestene

Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* framhever hvor viktig god ledelse er for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. I meldingen går det fram at god ledelse er ensbetydende med å sette mål og sørge for at de ønskede resultatene blir oppnådd. God ledelse innebærer også å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte. Da helse- og omsorgskomiteen behandlet meldingen, påpekte den at god ledelse er avgjørende for å skape «pasientens helsetjeneste», jf. Innst. 40 S (2015–2016). Dersom pasienten og brukeren skal få helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, stiller dette ifølge komiteen høye krav til ledelse og styring i en stadig mer kompleks sektor.

3.3 Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene nås, og departementet må sikre seg informasjon om måloppnåelsen og hvordan de statlige virkemidlene bidrar til måloppnåelsen, jf. *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) og *bestemmelser om økonomistyring i staten*. Dette gjelder både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler. Et viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlige midler brukes effektivt. Departementet skal følge opp at de statlige aktørene ivaretar oppgavene sine i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger.

Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater, jf. økonomibestemmelsene og økonomireglementet. Hyppigheten til og omfanget av evalueringene skal bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet. Behovet for evaluering må også vurderes i lys av kvaliteten på og omfanget av øvrig rapportering.

3.3.1 De regionale helseforetakene

Departementet eier de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har dermed ansvar for både kvaliteten og kapasiteten til sykehusstilbud og andre spesialiserte helsetjenester.

Helseforetaksloven regulerer forholdet mellom staten som eier og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene har et lovfestet ansvar for å sørge for at personer som bor eller oppholder seg i helseregionen, tilbys spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Sørge-for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak og gjennom avtaler med private sykehus og institusjoner, både ideelle og kommersielle, samt privatpraktiserende spesialister.

De regionale helseforetakene finansieres gjennom basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF). Finansieringsordningens viktigste formål er å støtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene.⁵⁷

Ifølge helseforetaksloven § 1 er helseforetakenes formål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av blant annet bosted og alder, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

3.3.2 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* legger Stortinget til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil gjøre at målene oppnås best mulig.

Kommunalkomiteen pekte i Innst. 270 S (2011–2012) på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor sine innbyggere for å løse grunnleggende oppgaver og yte tjenester. Samtidig har staten et ansvar for å sette kommunesektoren i stand til å løse oppgavene til det beste for innbyggerne, og komiteen framhever at staten har et bredt spekter av virkemidler i styringen av kommunene.

I Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* viser helse- og omsorgskomiteen til at det fortsatt er behov for å støtte kommunenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, selv om mange kommuner jobber systematisk og godt med kvalitetsforbedring.

3.3.3 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre faglig normerende nasjonalt. Etter § 12-5 i helse- og omsorgstjenesteloven og § 7-3 i spesialisthelsetjenesteloven skal direktoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som støtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Retningslinjene og veilederne skal baseres på kunnskap om god praksis og bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Direktoratets faglige retningslinjer og veiledere beskriver de nasjonale helsemyndighetenes oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med politikken som er vedtatt for helse- og omsorgstjenesten. Disse virkemidlene er viktige for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. De faglige retningslinjene og veilederne er ikke bindende for tjenesteyterne, men dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

Videre skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal gi pasientene et informasjonsgrunnlag slik at de kan ivareta rettighetene sine. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelige. Ved behandlingen av Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* viste komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) til at et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Komiteen ga uttrykk for at uønsket forskjell i praksis må reduseres.

⁵⁷ Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet.

4 Utvikling i bruk av rehabiliteringstjenester

Relevante føringer

- Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted.

Oppsummering

- Tilgjengelig statistikk viser at antallet personer per 1 000 innbyggere som mottar rehabilitering, ble redusert fra 2017 til 2021, men tallene er usikre. Det er antallet personer som fikk spesialisert rehabilitering, som er mest redusert.
- Andelen av innbyggere som får rehabilitering, varierer mellom de regionale opptaksområdene. I 2021 er andelen er lavest i opptaksområdet til Helse Vest, med 15,5 per 1 000 innbyggere, og høyest i opptaksområdet til Helse Midt-Norge, med 23,4 per 1 000 innbyggere.

I 2021 mottok nær 48 000 pasienter rehabilitering i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner, mens ca. 50 000 personer er registrert som mottakere av rehabilitering eller habilitering i kommunene.⁵⁸

Tabell 2 viser antallet personer som har fått rehabilitering av spesialisthelsetjenesten eller på kommunalt nivå i 2017 og i 2021 per 1 000 innbyggere i de regionale opptaksområdene. Spesialisthelsetjenesten omfatter her både sykehus og de private rehabiliteringsinstitusjonene. I kommunene skjer rehabilitering både i institusjon og utenfor institusjon.

Helsedirektoratet påpeker at rutinene for å registrere rehabilitering som blir gitt på kommunalt nivå, har blitt endret, og at disse endringene må tas i betraktning ved tolkningen av resultatene. I tillegg har koronapandemien påvirket tilbudet. I datagrunnlaget Helsedirektoratet benytter, er ikke rehabiliteringsaktivitet ved frisklivssentraler eller andre kommunale lavterskeltilbud inkludert, selv om et tilbud ved kommunal frisklivssentral for noen pasienter kan være et sentralt element i en rehabiliteringsprosess, ifølge direktoratet.

Tabell 2 Antall personer med rehabilitering i 2017 og 2021 per 1 000 innbyggere

	Opptaksområde Helse Sør-Øst		Opptaksområde Helse Vest		Opptaksområde Helse Midt-Norge		Opptaksområde Helse Nord		Norge totalt	
	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021
Spesialisthelsetjenesten (sykehus og private)	10,3	8,5	8,6	7,5	12,2	12,2	12,8	9,2	10,4	8,8
Kommune (i og utenfor institusjon)	10,1	9,1	6,9	8	12,1	11,2	9,8	10,5	9,7	9,3
Totalt	20,4	17,6	15,5	15,5	24,3	23,4	22,6	19,7	20,1	18,1

Kilde: Helsedirektoratet (2022) *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052).

Tabell 2 viser at antallet personer per 1 000 innbyggere som mottar rehabilitering i Norge, har blitt redusert fra 2017 til 2021, og at det er antallet personer som har fått spesialisert rehabilitering, som er mest redusert. Tabellen viser at antallet rehabiliteringspasienter i forhold til folketallet har gått ned i de

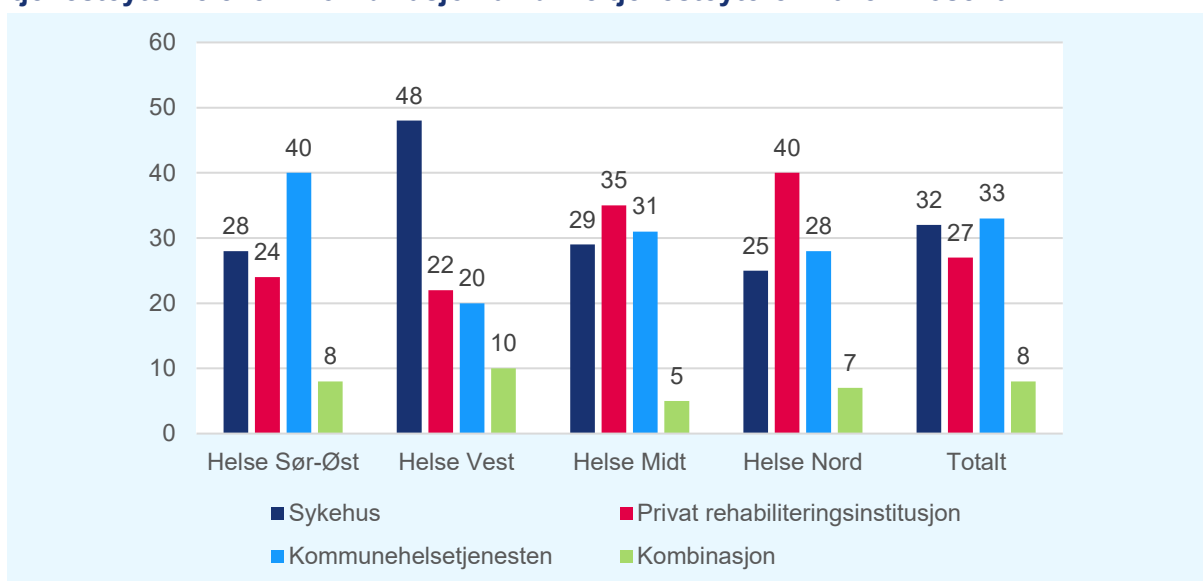
⁵⁸ Helsedirektoratet. (2022.) *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Helsedirektoratet.

tre opptaksområdene Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens antallet har vært stabilt i Helse Vest. Tabellen viser videre at antallet rehabiliteringspasienter i opptaksområdet til Helse Vest er lavere enn antallet pasienter i de andre opptaksområdene. Det er i opptaksområdet til Helse Midt-Norge at flest personer relativt sett får rehabilitering.

Tabell 2 indikerer videre at antallet personer som mottar kommunal rehabilitering, har gått opp i opptaksområdet til Helse Vest og Helse Nord, men har blitt redusert i opptaksområdet til Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Helse Vest og Helse Nord er de to opptaksområdene som hadde lavest andel kommunal rehabilitering i 2017, og det er også disse områdene som har hatt størst økning i antall pasienter. Tabellen indikerer dermed at antallet personer som mottok rehabilitering i kommunene har blitt mer likt på tvers av helseregionene/opptaksområdene.

En rehabiliteringspasient kan få rehabiliteringstjenester av kommunehelsetjenesten, av sykehus, av private rehabiliteringsinstitusjoner eller av en kombinasjon av disse tjenesteyterne. For å få mer informasjon om hvordan de ulike tjenesteyterne brukes innad i helseregionene, har Helsedirektoratet koblet og analysert individdata fra norsk pasientregister og kommunalt pasient- og brukerregister. Helsedirektoratet opplyser i intervju at analysen, som er gjengitt i figur 3, har begrensninger på grunn av datakvaliteten, men at den likevel viser tendenser til hvordan pasientene fordeles på aktørene innad i den enkelte helseregion.

Figur 3 Andel rehabiliteringspasienter som fikk rehabilitering hos de ulike tjenesteyterne eller i kombinasjon av ulike tjenesteytere i 2018. Prosent



Kilde: Figuren er basert på tall fra Helsedirektoratet. (2022, 17. november). Presentasjon på Rehabiliteringskonferansen: *Den lærende rehabiliteringstjenesten*.

Figur 3 indikerer at det er forskjeller mellom de regionale helseforetakene. Kommunehelsetjenesten er den aktøren som rehabiliterer flest pasienter i Helse Sør-Øst, mens i Helse Vest er det sykehusene som utfører mest rehabilitering. I Helse Midt-Norge og Helse Nord er det de private institusjonene som brukes mest. I Helse Vest ble 48 prosent av rehabiliteringstjenestene gitt av sykehus, mens den tilsvarende andelen i Helse Nord var 25 prosent. Kommunehelsetjenestens andel av rehabiliteringen varierer fra 40 prosent i Helse Sør-Øst til 20 prosent i Helse Vest.

Figur 3 indikerer videre at 8 prosent av rehabiliteringspasientene i Norge får rehabilitering av flere tjenesteytere i kombinasjon. I Helse Midt-Norge er det bare litt over 5 prosent av rehabiliteringspasientene som mottar en kombinasjon av tjenester fra ulike tjenesteytere, mens andelen i Helse Vest er 10 prosent. I intervju forklarer Helsedirektoratet analysen slik:

- Kommunene og spesialisthelsetjenesten gir rehabiliteringstilbud til ulike demografiske grupper i befolkningen. Det er aldersforskjell i grupper av brukere i henholdsvis sykehusene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og i kommunene. Datauttrekket viser i tillegg at kommunene i størst grad dokumenterer rehabiliteringstjenester til den aldrende befolkningen, at de private rehabiliteringsinstitusjonene har stor andel brukere med kroniske tilstander, mens sykehusene i hovedsak gir rehabiliteringstilbud til pasienter med akutt oppståtte skader eller sykdom.
- De fleste rehabiliteringspasientene er *ikke* en del av sammenhengende eller sømløse rehabiliteringsforløp, og det kan være manglende kommunale rehabiliteringstilbud til pasienter med akutt oppståtte forløp og som har fått primærrehabilitering i sykehus.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at omfanget av kommunal rehabilitering trolig er større enn det tallene viser, og at dette kommer av at kommunene ikke registrerer all rehabiliteringsaktivitet i kommunalt pasient- og brukerregister. Det er særlig rehabilitering utenfor institusjon som ikke alltid registreres. Generelt mener direktoratet at det antakeligvis ville vært lettere å forbedre registreringen i kommunene dersom det var koblet økonomiske incentiver til registreringen, slik det er i mange andre deler av helsetjenestene, for eksempel spesialisthelsetjenesten og tjenester som refunderes via HELFO.

Pasient- og brukerombudet erfarer at rehabiliteringstilbudet en pasient får, i stor grad er avhengig av pasientens bosted, ansvarlig helsepersonell og pasientens egeninnsats.

5 Rehabilitering i kommunehelsetjenesten

I dette kapitlet beskriver vi blant annet hvilke rehabiliteringstjenester kommunene gir, og hvilken kompetanse som er tilgjengelig for pasienter med behov for rehabiliteringstjenester. Vi redegjør også for sentrale forklaringer på svakheter i kommunenes rehabiliteringstilbud.

Relevante føringer

- Kommunene skal
 - sørge for at innbyggerne får nødvendige rehabiliteringstjenester
 - planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen
 - evaluere virksomheten
 - sikre at tverrfaglig utredning og kartlegging av behov er satt i system
 - medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Det kommunale tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren.
- For å imøtekomme behovet for sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering må kommunene ha grunnleggende basiskompetanse og et vidt spekter av kompetanse. Loven slår fast at kommunene skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, psykolog og ergoterapeut.
- Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læring. Tverrfaglig metodikk er en sentral arbeidsform innenfor rehabilitering.

Oppsummering av funn

- Nesten 30 prosent av kommunene mangler en plan som inkluderer rehabilitering.
- Over 20 prosent av kommunene har ikke en generell oversikt over behovet for rehabilitering.
- To tredjedeler av kommunene har evaluert hele eller deler av rehabiliteringstilbudet sitt i løpet av de siste 5 årene.
- Over 40 prosent av kommunene innhenter ikke noen form for tilbakemelding fra pasientene om hvordan de opplever rehabiliteringstjenestene.
- Bare hver fjerde kommune har alle de anbefalte rehabiliteringstjenestene, og bare litt over halvparten av kommunene har et tilbud innenfor læring og mestring.
- Under 15 prosent av kommunene har den kompetansen som kommunene skal ha tilgjengelig for sine rehabiliteringspasienter. Ingen kommuner oppfyller både lovpålagte krav og Helsedirektoratets anbefalinger til rehabiliteringskompetanse.
- Det er positivt at over 90 prosent av kommunene benytter standardiserte kartleggingsverktøy/funksjonstester når de kartlegger pasientens behov for rehabiliteringstjenester.
- Om lag 60 prosent av kommunene oppgir at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester.

Oppsummering av sentrale forklaringer på svakheter i kommunenes rehabiliteringstilbud

- Prioriteringen og ledelsesforankringen er mangelfull
- Kommunene mangler tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse.

5.1 Organisering og forbedring av rehabiliteringstjenestene

Kommunene skal planlegge rehabiliteringsvirksomheten sin. Kommunene kan utarbeide egne planer for rehabiliteringstjenestene, eller de kan inkludere arbeidet i en plan der rehabilitering inngår som ett av flere temaer. En politisk vedtatt plan sikrer legitimitet og forankring hos dem som skal gjennomføre planen. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at

- i overkant av 30 prosent av kommunene har en egen plan for rehabiliteringsvirksomhet som er politisk vedtatt
- ca. 20 prosent har en politisk vedtatt plan hvor rehabilitering inngår som eget område
- 12 prosent av kommunene har en plan hvor rehabilitering inngår som eget område, men disse planene er ikke politisk vedtatt
- i overkant av 6 prosent av kommunene ikke vet om de har en plan
- nesten 30 prosent av kommunene ikke har en plan som inkluderer rehabilitering

Analysen viser videre at det blant de små kommunene er opp mot 40 prosent som ikke har en plan som omhandler rehabilitering, mens det blant de store og mellomstore kommunene er over 20 prosent som mangler en slik plan.



Kommunestørrelse

Kommunene som er med i denne undersøkelsen er inndelt i små, mellomstore og store kommuner. De små kommunene har 0–4 999 innbyggere, de mellomstore har 5 000–19 999 innbyggere, mens de store kommunene har minst 20 000 innbyggere.

Kommunene skal ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering. Det er 23 prosent av kommunene som svarer at de ikke har en generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen, mens drøyt 7 prosent av kommunene svarer at de ikke vet om de har oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Videre analyse viser at det er en større andel av de små og mellomstore kommunene som har slik oversikt enn blant de store kommunene.

Kommunene skal evaluere virksomheten. 2 av 3 kommuner opplyser at de har evaluert hele eller deler av rehabiliteringstilbudet sitt i løpet av de siste 5 årene.

Kommunene kan bruke ulike systemer for å få tilbakemelding fra pasientene om hvordan de opplever rehabiliteringstjenestene. Slike systemer kan for eksempel være spørreskjema, jevnlig brukerundersøkelser, brukerråd og forslagskasse. Tilbakemeldingene kan brukes for å utvikle tjenestene i tråd med pasientens behov. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at

- drøye 70 prosent av kommunene ikke har et system for tilbakemelding fra den enkelte pasient etter avsluttet rehabilitering
- nesten 70 prosent av kommunene ikke gjennomfører brukerundersøkelser jevnlig
- nesten 70 prosent av kommunene ikke har brukerråd
- over 80 prosent av kommunene ikke har forslagskasse

Det er 43 prosent av kommunene som oppgir at de ikke bruker noen av disse informasjonsinnhentingemetodene for å få tilbakemelding fra den enkelte pasient om hvordan de opplever rehabiliteringstjenestene. Disse kommunene går dermed glipp av viktig informasjon i arbeidet med å sikre kvalitet i tjenestene.

5.2 De kommunale rehabiliteringstjenestene som tilbys

Personer som har behov for rehabiliteringstjenester, kan ha svært ulike utfordringer og derfor svært ulike behov. For at kommunene skal kunne imøtekomme behov hos hele spekteret av pasient- og brukergrupper og oppfylle sitt sørge-for-ansvar for tjenester innenfor sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering, må de ha tilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold.⁵⁹

⁵⁹ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Kapittel 8.4. Tjenestetilbudet – habilitering og rehabilitering i kommunene*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene>

Faktaboks 1 Rehabiliteringstjenester som bør inngå i det kommunale tjenestetilbudet

Rehabiliteringstilbudet i kommunene bør blant annet omfatte

- døgnbasert tilbud i institusjon
- tilbud i brukeres hjem
- lærings- og mestringstilbud
- bruk av tverrfaglig metodikk eller tverrfaglig team

Kilde: Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

Kommunene må derfor sikre et differensiert tilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere.⁶⁰

Tabell 3 Andelen kommuner i prosent som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler

Rehabiliteringstjenester	Andel kommuner som har tjenesten	Andel kommuner som ikke har tjenesten	Andel kommuner som ikke vet om de har tjenesten
Døgnbasert tilbud i rehabiliteringsinstitusjon eller egen avdeling	58	41	1
Døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser på sykehjem	86	12	2
Fysioterapeut med kommunal driftsavtale	93	6	1
Tilbud i brukeres hjem/hverdagsrehabilitering	77	22	1
Lærings- og mestringstilbud innen rehabilitering	54	34	12
Tverrfaglig team	68	29	3

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse 2022.

Pasienter med omfattende behov for rehabiliteringstjenester har behov for et døgnbasert tilbud. Forskning viser at det er best effekt av det rehabiliteringstilbudet som blir gitt som intensiv rehabilitering i egen rehabiliteringsinstitusjon.⁶¹ Av tabell 3 framgår det at 58 prosent av kommunene tilbyr døgnbasert rehabilitering i egen rehabiliteringsinstitusjon eller egen avdeling. Det innebærer at over 40 prosent av kommunene ikke tilbyr døgnbasert rehabilitering i egen rehabiliteringsinstitusjon eller egen avdeling.

Forskning om effekt av rehabiliteringsinstitusjon

Forskning av Inger Johansen mfl. fra 2012 viser at pasientene som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, oppnådde nesten dobbelt så stor funksjonsevne på halvparten av tiden sammenlignet med korttidsplass på sykehjem. De hadde også mindre behov for tjenester etter oppholdet.

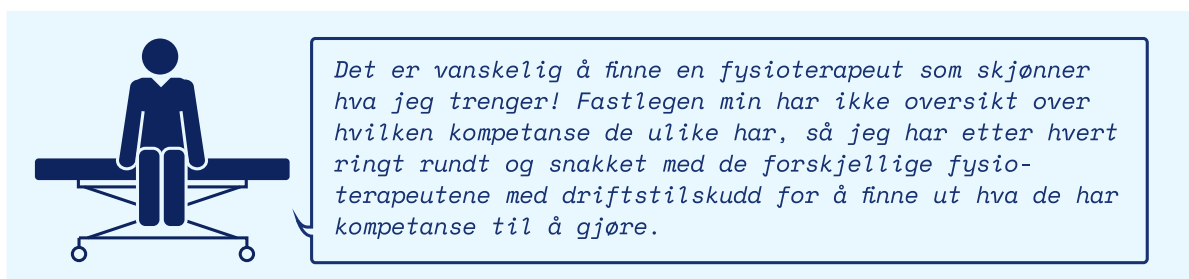
⁶⁰ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

⁶¹ Johansen, I., Lindbaek, M., Stanghelle, J.K., Brekke, M. (2012) Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(24): 2039–46. doi: 10.3109/09638288.2012.667193.

Det døgnbaserte tilbudet kan også bli gitt gjennom korttidsplasser på sykehjem. Ifølge tabell 3 er det 86 prosent av kommunene som tilbyr rehabilitering på sykehjem. Blant de små kommunene tilbyr 96 prosent av kommunene rehabilitering på sykehjem, mens det er 84 prosent av de mellomstore kommunene som gjør det samme. 66 prosent av de store kommunene tilbyr rehabilitering på sykehjem.

Alle kommuner har ansvar for at de har et tilstrekkelig antall fysioterapeuter i kommunen. Spørreundersøkelsen viser at den tjenesten flest kommuner har tilgjengelig for sine innbyggere, er fysioterapeut med kommunal driftsavtale.⁶² 6 prosent av kommunene har ikke dette. Hovedvekten av disse er små, men det også noen mellomstore kommuner som ikke har fysioterapeut med kommunal driftsavtale tilgjengelig for sine innbyggere.

Det går fram av de gjennomførte gruppeintervjuene med personer som har behov for rehabiliteringstjenester, at fysioterapi er den tjenesten som flest har erfaring med. Flere trekker imidlertid fram at det er vanskelig å orientere seg når man skal velge blant fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen. En erfaring beskrives slik:



Pasient- og brukerombudet har erfaring med at rehabiliteringstilbudet i flere kommuner ser ut til å bære preg av å være et fast opptreningsprogram med lite rom for å tilpasse tilbudet til hver enkelt pasient.

Kommunene bør ifølge Helsedirektoratet også tilby et rehabiliteringstilbud i brukerens hjem. Dette kan for eksempel være hverdagsrehabilitering. Spørreundersøkelsen viser at 22 prosent av kommunene ikke har et tilbud i brukerens hjem.

Læring og mestring er pedagogisk virksomhet som skal styrke pasientens helsekompetanse og mestring og forbedre livskvaliteten. Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter skal

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse
- understøtte pasient og brukers egen læringsprosess

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det er viktig at pasientene kjenner sine rettigheter, og at de kan etterspørre og nyttiggjøre seg tjenestene de trenger. Det fritar ikke tjenestene for sitt ansvar, men det handler om å få til en vekselvirkning mellom initiativ fra pasient og tjenestene. Tabell 3 viser at bare 54 prosent av kommunene har et lærings- og mestringstilbud innenfor rehabilitering. Videre analyser viser at det kommunale lærings- og mestringstilbudet er en integrert del av rehabiliteringsforløpet i kun en drøy tredjedel av disse kommunene.

Helsedirektoratet slår fast at tverrfaglig teamorganisering fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Denne organiseringen kan også bidra til mer robuste tjenester ved

⁶² Avtalefysioterapi finansieres gjennom kommunenes driftstilskudd, refusjon fra Helfo og egenandeler fra pasientene. Kilde: Helsedirektoratet. (2021, 1. januar). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-8 – fysioterapi. Kapittel 2: Rammene for stønadsordningen for fysioterapi.* <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-8--fysioterapi/rammene-for-stonadsordningen-for-fysioterapi>

at man utnytter merverdien i kunnskapsdeling. Tabell 3 viser at 29 prosent av kommunene opplyser at de ikke har tverrfaglig team for rehabilitering.

Selv om kommunene ikke har tverrfaglige team, kan de bruke tverrfaglig metodikk. Det er en sentral arbeidsform innenfor rehabilitering. Spørreundersøkelsen viser at 75 prosent av kommunene har benyttet tverrfaglig metodikk i løpet av de siste 12 månedene. Likevel er det en generell erfaring blant deltakerne i gruppeintervjuene vi har gjennomført, at pasientene ikke har fått tverrfaglig rehabilitering i kommunen.

Videre analyse viser at under 25 prosent av kommunene svarer at de har alle de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler, tilgjengelig for sine innbyggere. Det betyr at de har både døgnbasert tilbud⁶³, fysioterapeut med kommunal driftsavtale, tilbud i brukerens hjem, lærings- og mestringstilbud og tverrfaglig team.

Større kommuner kan ha bedre forutsetninger for å levere rehabiliteringstjenester, og det trekkes fram i den nasjonale *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* at en kommunal rehabiliteringsinstitusjon bør ha et befolkningsgrunnlag på 40 000–60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften. For mange kommuner betyr det at de bør inngå interkommunalt samarbeid.

Spørreundersøkelsen vår viser at 20 prosent av kommunene er med i et interkommunalt samarbeid om levering av rehabiliteringstjenester. Blant de små kommunene er denne andelen 23 prosent. Videre viser analysen vår at kun 5 prosent av kommunene samarbeider med andre kommuner om å gi et døgntilbud i institusjon eller avdeling. Samlet sett er det kun fire kommuner som inngår i et interkommunalt samarbeid, der intensiv rehabilitering utføres av ansatte i egen rehabiliteringsinstitusjon eller avdeling.

Vi har bedt kommunene som ikke er med i et interkommunalt samarbeid, forklare hvorfor de ikke er med i et slikt samarbeid. Den enkelte kommune har kunnet oppgi flere forklaringer. Den forklaringen som flest kommuner har pekt på, nesten 60 prosent, er at de har kapasitet og kompetanse til å levere rehabiliteringstjenester selv.⁶⁴ 34 prosent av kommunene forklarer det med at de deler kompetanse med andre kommuner gjennom andre former for samarbeid.

Som vi så ovenfor, er det mange kommuner som svarer at de ikke har inngått interkommunalt samarbeid fordi de selv har kapasitet og kompetanse til å levere rehabiliteringstjenester. Vår undersøkelse viser imidlertid at over 80 prosent av kommunene som selv mener at de har kapasitet og kompetanse til å levere rehabiliteringstjenester, ikke har de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler at kommunene bør ha.

5.3 Kompetansen kommunene har tilgjengelig for rehabiliteringspasienter

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal ha knyttet til seg blant annet følgende kompetanse for å oppfylle ansvaret for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester: lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg peker *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* på at sosionomer og vernepleiere er sentrale profesjoner, og at det er behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse på ernæring kan også være viktig for mange brukergrupper.⁶⁵ Tabell 4 viser andelen kommuner som har de ulike typene kompetanse tilgjengelig for pasienter med behov for rehabiliteringstjenester.

⁶³ Det vil si at de tilbyr rehabilitering på sykehjem, og at de har tilgang på døgnbasert tilbud i rehabiliteringsinstitusjon eller egen avdeling.

⁶⁴ Blant de små kommunene er det 45 prosent som oppgir dette som forklaring, mens det blant de store kommunene er 87 prosent.

⁶⁵ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

Tabell 4 Andelen kommuner som har kompetanse tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering

Lovpålagt kompetanse	Andel kommuner i prosent
Ergoterapeut	93
Fysioterapeut	99
Lege	71
Psykolog	18
Sykepleier	95
Annen relevant kompetanse	
Audiopedagog	5
Ernæringsfysiolog	13
Helsefagarbeider med etterutdanning innen rehabilitering	43
Logoped	45
Sosionom	15
Synspedagog	6
Vernepleier	44

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse 2022.

Tabell 4 viser at ingen kommuner har all kompetanse som *skal* være tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering. Mange kommuner har fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut og lege, men få har psykolog. Videre analyser viser at det er 14 prosent (41 kommuner) som har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i rehabiliteringstjenestene.

Når det gjelder anbefalt, men ikke lovpålagt kompetanse, varierer andelen kommuner som har denne mellom 5 prosent og 45 prosent. Ingen kommuner har all kompetansen som er listet opp i tabell 4, tilgjengelig for sine innbyggere.

5.4 Kommunenes kartlegging av behovet for rehabilitering

Kommunene skal sikre at de har et system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov. Helsedirektoratet slår fast at kommunene bør benytte den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) for å sikre helhetlig tilnærming ved avklaring av behov for rehabilitering.⁶⁶

Riksrevisjonens spørreundersøkelse viser at kommunene bruker ulike standardiserte kartleggingsverktøy/funksjonstester, og at en og samme kommune kan bruke flere ulike typer standardiserte verktøy/tester. 40 prosent av kommunene benytter egenutviklede tester, 35 prosent av

⁶⁶ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

kommunene benytter verktøy/tester som er kjøpt inn fra en ekstern leverandør, 64 prosent av kommunene bruker ICF som verktøy/test, og 40 prosent av kommunene benytter andre løsninger.

Undersøkelsen viser at over 90 prosent av kommunene kartlegger rehabiliteringsbehov ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy/funksjonstester. De andre kommunene kartlegger rehabiliteringsbehov gjennom dialog med bruker. Det er flest små kommuner som ikke benytter standardiserte kartleggingsverktøy. Nesten alle kommunene som ikke bruker standardiserte kartleggingsverktøy/funksjonstester, forklarer dette med at de ikke har tilgang til dem.

Over halvparten av kommunene har ikke teknologi som gjør arbeidsprosessen enklere og/eller mer effektiv. Ansatte i disse kommunene mangler dermed blant annet muligheten til å ha konsultasjoner med pasienter og møter med andre aktører i kommunen eller spesialisthelsetjenesten ved bruk av videotjenester med sikker pålogging.

Videre mangler nesten 60 prosent av kommunene teknologi som kan brukes som hjelpemiddel i rehabiliteringsprosessen. Slike hjelpemidler kan for eksempel være løsninger for videokommunikasjon/veiledning og digital/virtuell trening. Det er klart flest blant de små og mellomstore kommunene som mangler slike teknologiske hjelpemidler.

5.5 Kommunenes arbeid med kompetanseutvikling og kunnskapsutvikling

Kommunene skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten. Helse- og omsorgskomiteen har vist til at fagutviklingen og kompetansen innenfor rehabilitering må styrkes.⁶⁷

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse svarer 43 prosent av kommunene at ansatte ikke har tatt videreutdanning eller annen type opplæring som gir kompetanse på rehabilitering, i løpet av de siste 12 månedene. Blant de små kommunene gjelder dette 62 prosent.

34 prosent av kommunene opplever at informasjon om kunnskapsbaserte rehabiliteringstiltak eller -tjenester er lett tilgjengelig, men nesten 50 prosent av kommunene opplever at det er krevende å implementere kunnskapsbaserte metoder i rehabiliteringstjenestene. Kommunene oppgir flere forklaringer på det. Den forklaringen som flest kommuner nevner, er at de ansatte mangler tid til å finne og sette seg inn i ny kunnskap i en travel arbeidshverdag. Flere kommuner peker også på at det er krevende å endre kultur blant de ansatte i tjenestene – fra å være en hjelpe- og pleietjeneste til å være en tjeneste som skal hjelpe pasientene til å mestre selv. Det er også flere som savner systematikk i kommunens kvalitetsarbeid og en tydeligere prioritering fra ledelsens side.

5.6 Forklaringer på svakheter i kommunenes rehabiliteringstilbud

Så langt i kapittel 5 har vi vist at mange kommuner ikke har et rehabiliteringstilbud som oppfyller lovens krav. Spørreundersøkelsen viser at om lag 60 prosent av kommunene oppgir at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester.

I dette punktet redegjør vi for hva kommunalt ansatte opplever som særlig utfordrende når de jobber med rehabilitering. I tillegg til spørreundersøkelsen, har vi gjennomført samtaler med 18 ansatte i to små og en mellomstor kommune. Selv om de ansatte har ulike oppgaver og roller og opplever til dels ulike utfordringer i sitt arbeid, er det likevel to forklaringer som går igjen. Disse forklaringene handler

⁶⁷ Innst. 11 S (2019–2020) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2020, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).

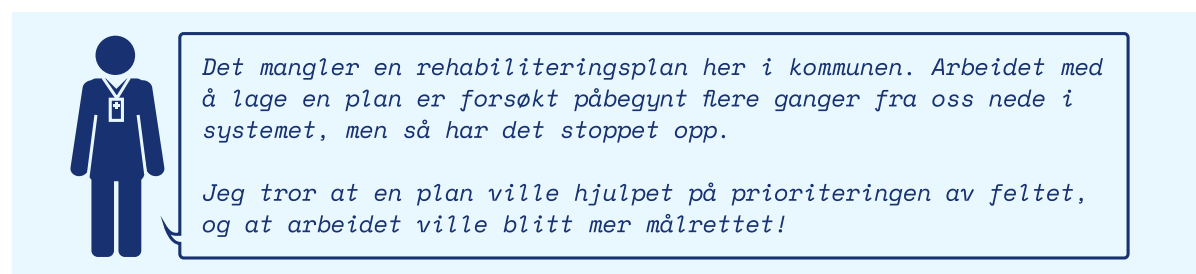
om forhold som de kommunalt ansatte erfarer i sin arbeidshverdag, og som også vil kunne gjelde i andre norske kommuner. Forklaringene er at

- prioriteringen og ledelsesforankringen er mangelfull
- kommunene mangler tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse

5.6.1 Prioriteringen og ledelsesforankringen er mangelfull

De ansatte som vi har gjennomført samtaler med, opplever at rehabilitering har lite oppmerksomhet i styringen. Flere ansatte peker på at det er lite ressurser til dette arbeidet, selv om de selv sitter med en klar følelse av at rehabiliteringsarbeid kan spare kommunen for utgifter på lengre sikt. Informantene synes det er vanskelig å dokumentere effekten av arbeidet fordi de mangler registreringer som kan underbygge effekten. Samtidig opplever de ansatte at lederne ikke ser konsekvensene av at det ikke satses på rehabilitering.

Som nevnt i punkt 5.1 mangler mange kommuner planer for rehabiliteringsarbeidet. De ansatte vi har snakket med, opplever at mangelen på en plan gjør at arbeidet ikke får noen tydelig retning. Flere beskriver at de har meldt oppover i linjen at de ønsker en rehabiliteringsplan, men at lite har skjedd på ledelsesnivå. En ansatt beskriver det slik:



De ansatte beskriver at de ikke opplever å jobbe for samme mål når det ikke er uttalt hva man skal oppnå. Dermed kan det være tilfeldigheter som avgjør hvilket tilbud pasienten får. Det settes heller ikke av tid til koordineringsoppgaver. Noen opplever å komme for sent inn i rehabiliteringsprosessen fordi de ikke var klar over at pasienten hadde et behov for deres kompetanse.

I spørreundersøkelsen til kommunene er det nesten to tredjedeler, 64 prosent, som mener at en sentral utfordring er at de ikke har økonomiske rammer til å prioritere rehabilitering. Ansatte i en av kommunene vi har snakket med, sier tydelig at hvis sykehuset har etablert et rehabiliteringstilbud, blir dette tilbudet i alle fall ikke prioritert i kommunen. For eksempel vil ikke en kommune bygge opp et rehabiliteringstilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser hvis det regionale helseforetaket har inngått avtaler med private leverandører for denne pasientgruppen.

De ansatte opplyser videre at kommunene i liten grad tilbyr reell døgner rehabilitering gjennom korttidsplasser på sykehjem. På korttids plassene er oppmerksomheten rettet mot pleie og omsorg. Ved noen sykehjem er det etablert egne rehabiliteringsplasser på samme sted som korttids plassene. Ved disse sykehjemmene kan det være tilfeldig om en pasient får innvilget opphold på ordinær korttidsavdeling eller får rehabiliteringsplass.

Det går fram at det ikke er avklarte forventninger til hva som skal skille de ulike typene plasser fra hverandre, og hvilken rehabiliteringskompetanse pasientene skal møte hos dem som jobber på sykehjemmet. Det betyr at en rehabiliteringspasient kan få det samme tilbudet som en pasient som bare er vurdert å ha pleiebehov.

Flere beskriver at oppmerksomheten på rehabilitering forsvinner litt når størstedelen av virksomheten på sykehjemmet handler om pleie og omsorg. Det gjør at kortsiktig hjelp i praksis prioriteres foran

tiltak med mer langvarig effekt. For eksempel vil pasienten få hjelp til å gjøre en aktivitet som vedkommende kunne greid å få til selv med litt veiledning.

5.6.2 Kommunene mangler tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse

To av kommunene der vi har intervjuet ansatte, er geografisk lite sentrale kommuner med små fagmiljøer. En viktig forklaring på utfordringene de møter i rehabiliteringsarbeidet, er mangel på fagfolk. De beskriver at det er vanskelig å rekruttere og beholde nye ansatte. Informantene opplever at ansattgruppen mangler stabilitet, og at det er en del vikarbruk. Det gjør at tid som kunne vært brukt til å levere tjenester, må brukes til opplæring.

Spørreundersøkelsen til kommunene bekrefter at rekruttering er utfordrende. Over halvparten av kommunene som opplever at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester, 55 prosent, svarer at det er vanskelig å rekruttere relevant fagpersonell/kompetanse. Kommunestørrelse spiller en viktig rolle. Blant de små kommunene opplever 71 prosent dette, mot 39 prosent blant de store kommunene. I tillegg oppgir 59 prosent av kommunene at det også er vanskelig å opparbeide god nok kompetanse blant de ansatte. Her er det liten forskjell mellom kommunene ut fra kommunestørrelse.

Når det er få ansatte, blir tjenestene også sårbare ved endringer, som sykefravær, ferieavvikling eller mer akutte bemanningsbehov i andre deler av kommunens helsetjeneste. En av informantene beskriver det slik:

Det at vi er et lite fagmiljø gir en sårbarhet i tjenestene våre. Nå er for eksempel kommunens eneste ergoterapeut omdisponert til en annen oppgave, og da får ikke rehabiliteringspasientene tilgang til denne personen sin kompetanse lengre.



Helsedirektoratets veileder legger vekt på at kommunene bør ha tverrfaglige team for å imøtekomme rehabiliteringspasientenes behov.⁶⁸ Det at ingen av kommunene vi har gjort intervjuer i, har slike team, henger sammen med både at bredden i profesjoner er begrenset, og at kommunene er organisert på en måte som gjør at de som finnes, ikke har faste felles møteplasser der rehabilitering er tema.

Flere av de kommunalt ansatte opplever at de i stor grad jobber alene når de jobber med rehabilitering. Kommunene mangler ansatte som kan hjelpe rehabiliteringspasientene med læring og mestring og med psykiske plager som kan oppstå som følge av utfordringene. Dermed får ikke rehabiliteringspasientene et helhetlig tilbud. En av informantene beskriver det slik:

Her i kommunen jobber alle på hver sin tue.



⁶⁸ Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Kapittel 8.3: Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene.*

6 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I dette kapittelet beskriver vi blant annet hvor mange pasienter som får spesialisert rehabilitering. Vi redegjør også for sentrale forklaringer på hvorfor tilbudet i den spesialiserte rehabiliteringen ikke blir geografisk likeverdig.

Relevante føringer

- Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted.
- De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.
- De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene.

Oppsummering av funn

- Det har i flere år vært store forskjeller mellom de regionale foretaksområdene når det gjelder hvor mange pasienter som mottar spesialisert rehabilitering.
- Ikke alle pasientgrupper får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering.
- De regionale helseforetakene mangler oversikt over behovet for rehabiliteringstjenester.
- Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF mangler planer for arbeidet med rehabiliteringstjenester.
- De regionale helseforetakenes styring av rehabilitering i egne helseforetak er begrenset.
- Helseforetakenes spesialiserte rehabiliteringstilbud er ulike. Det varierer
 - om de har et spesialisert døgntilbud eller ikke. Blant helseforetakene som har et spesialisert døgntilbud, varierer det om tilbudet er avgrenset til bestemte diagnosegrupper eller ikke
 - om de tilbyr rehabilitering i poliklinikk
 - i hvor stor grad de tilbyr ambulante rehabiliteringstjenester
- De regionale helseforetakene har et ulikt tilbud gitt av private leverandører av rehabiliteringstjenester. Det varierer
 - hvor mange kroner som brukes på privat rehabilitering
 - om pasientene får et tilbud som er i henhold til oppdatert kunnskapspraksis eller ikke
- Det er få private avtalespesialister innenfor rehabilitering.

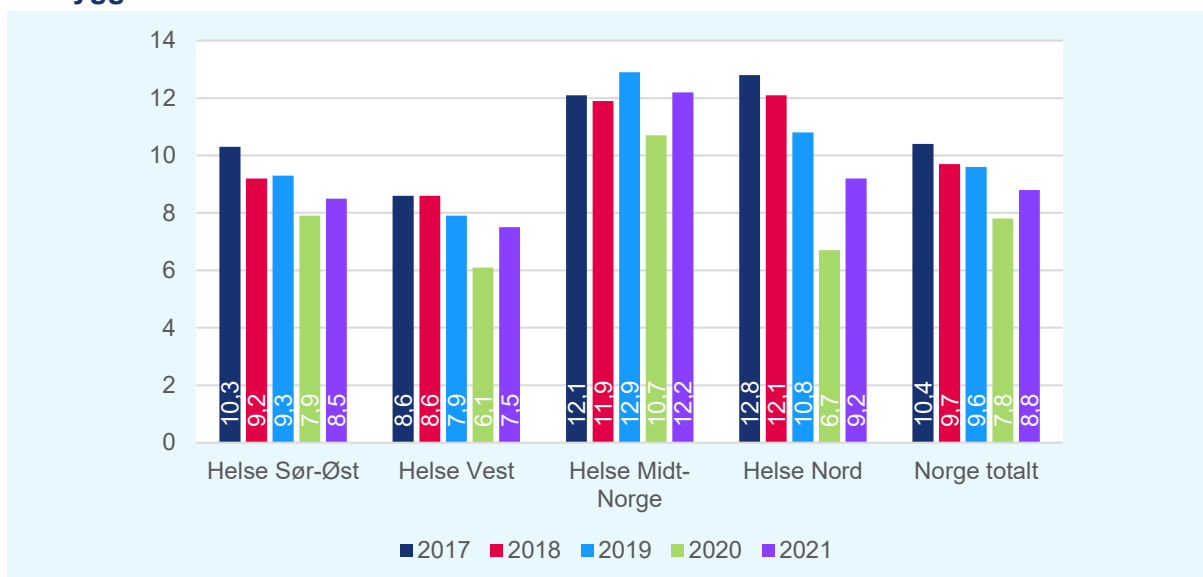
Oppsummering av sentrale forklaringer på variasjoner i tilbudet av spesialisert rehabilitering

- Rekrutteringsutfordringer i helseforetakene gjør det vanskelig å få til tverrfaglige team.
- Sykehusavdelinger har ulik praksis med å tilby rehabilitering.
- Avtalene med de private leverandørene av rehabiliteringstjenester er ulike når det gjelder volum og hvem som kan få tjenestene, og mange avtaler er av eldre dato.
- De regionale vurderingsenhetene har ulikt mandat for hvilke pasienter de vurderer, og ulik praksis for hvordan de vurderer disse pasientene.

6.1 Variasjon i antall innbyggere som får spesialisert rehabilitering

Figur 4 viser det samlede antallet mottakere av rehabilitering per 1 000 innbyggere i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2017 til 2021.

Figur 4 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten⁶⁹ per 1 000 innbyggere



Kilde: Helsedirektoratet (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052).

Figur 4 viser at antallet rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere som fikk spesialisert rehabilitering, har gått ned fra 10,4 i 2017 til 8,8 pasienter i 2021. Tendensen er stort sett fallende fra 2017 til 2020, før den stiger i 2021. Nivået er imidlertid fortsatt lavere enn i 2017, bortsett fra i Helse Midt-Norge RHF, der antallet pasienter i spesialisthelsetjenesten var like høyt i 2021 som i 2017.

Helsedirektoratet har regnet ut at det totale antallet rehabiliteringspasienter ble redusert med 11 prosent fra 2017 til 2021. Helsedirektoratet opplyser at nedstengningen i forbindelse med pandemien hadde store konsekvenser for rehabiliteringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten i 2020, og at antallet pasienter var vesentlig lavere i 2020 enn tidligere i perioden 2017–2021.⁷⁰

Figur 4 viser at antallet pasienter er høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Grunnlagsdataene viser at Nord-Trøndelag i 2021 hadde høyest pasientrate med 14,4 mottakere per 1 000 innbyggere, og dette var mer enn tre ganger så mye som i Stavanger-området, som var området med lavest rate.⁷¹ Helsedirektoratet skriver i rapporten *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* at det er store forskjeller mellom de regionale foretaksområdene i hvor mange pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2021, som det også har vært tidligere år.

Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at de tilgjengelige tallene må tolkes med forsiktighet fordi de påvirkes av blant annet ulik kodepraksis og ulik organisering. Helse Midt-Norge RHF opplyser at tallene gir en pekepinn på at forbruket av rehabiliteringstjenester er noe det regionale helseforetaket må vurdere, og problemstillingen er tatt opp på ledelsesnivå i helseforetakene. Selv om tallene er usikre, opplyser Helse Midt-Norge om at det er liten tvil om at det regionale helseforetaket bruker mye ressurser til å kjøpe private rehabiliteringstjenester i en situasjon der økonomien er stram.

⁶⁹ Spesialisthelsetjenesten omfatter her spesialisert rehabiliteringen som utføres i sykehus, og spesialisert rehabilitering som utføres av private rehabiliteringsinstitusjoner.

⁷⁰ Helsedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Helsedirektoratet.

⁷¹ Helsedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Helsedirektoratet.

6.2 Ikke alle pasientgrupper får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at koordinerende enhet i helseforetakene skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. I den nasjonale *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* står det at en av de sentrale oppgavene for koordinerende enhet i helseforetaket er å motta meldinger om mulig behov for rehabilitering.

I spørreundersøkelsen til de koordinerende enhetene har vi spurt om det er noen pasientgrupper med behov for spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som ikke får dekket sitt behov. Seks av de koordinerende enhetene svarer at de ikke vet. Av de tolv koordinerende enhetene som har kunnskap til å uttale seg om dette, er det kun tre som oppgir at alle pasientgrupper får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering. De resterende ni koordinerende enhetene mener det er pasientgrupper som ikke får dekket sitt behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester.

Den samlede datainnsamlingen viser at det er minst ti helseforetak der enten helseforetaket eller de koordinerende enhetene i helseforetaket opplyser at det er pasientgrupper med behov for spesialisert rehabilitering som ikke får dekket dette behovet.⁷² De ti helseforetakene nevner ulike pasientgrupper, og det nevnes både diagnosespesifikke pasientgrupper og mer generelle pasientgrupper. Eksempler på pasientgrupper som helseforetakene har nevnt, er vist i faktaboks 2.

Faktaboks 2 Eksempler på pasientgrupper som ikke får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering

Nedenfor er eksempler på pasientgrupper som ifølge koordinerende enheter ved helseforetak ikke får dekket sitt behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester. Pasientgruppene er listet opp i alfabetisk rekkefølge:

- blinde og svaksynte
- nesten alle pasienter som ikke kvalifiserer til tverrfaglighet med mer enn tre faggrupper (for eksempel fysioterapi, ergoterapi, lege og logoped)
- pasienter med behov for respiratorstøtte
- pasienter med flere kroniske lidelser
- pasienter med hjernehinneblødning
- pasienter med hjerneskade som følge av dårlig surstofftilførsel til hjernen
- pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)
- pasienter med lette traumatiske hodeskader
- pasienter med lipødem og lymfødem som ikke er kreftrelatert
- pasienter med nevrologiske lidelser
- pasienter med psykiske helseutfordringer
- pasienter med redusert funksjonsevne etter multitraume
- pasienter med ruslidelser
- pasienter med ryggmargsskader
- pasienter med smerte- og utmattelsestilstander som ikke er diagnosespesifikke
- pasienter med «usynlig» senskade etter traumatisk ervervet hjerneskade
- pasienter som ikke er selvhjulpne nok til å få plass på privat rehabilitering
- post-covid-pasienter med kognitive utfall

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til koordinerende enhet ved helseforetakene.

Hver helseregion har etablert en *regional* koordinerende enhet som også skal ha informasjon om rehabiliteringstilbudet i regionen. To av fire regionale koordinerende enheter opplyser i intervju at de kjenner til at det er pasientgrupper som har behov for spesialisert rehabilitering i helseregionen som ikke får det. Den regionale koordineringsenheten i Helse Nord opplyser at den opplever at antallet

⁷² Ni i spørreundersøkelsen, og det går fram av brev fra Oslo Universitetssykehus HF at det ved helseforetaket er pasientgrupper som ikke har et spesialisert rehabiliteringstilbud.

henvisninger som gjelder generell utmattelse, stiger, men siden Helse Nord RHF ikke har inngått noen avtaler med private tjenesteleverandører om rehabiliteringstilbud til denne gruppen, avslås disse henvisningene.

Regional koordinerende enhet i Helse Sør-Øst RHF har lignende erfaringer som regional koordineringsenhet i Helse Nord RHF. Enheten opplyser i intervju at en del pasienter med tilstander forbundet med balansevansker og svimmelhet ikke får dekket sitt behov for rehabilitering. Ifølge enheten fantes det ikke evidensbasert kunnskap om rehabilitering av slike tilstander da avtalene mellom Helse Sør-Øst RHF og de private tjenesteleverandørene ble inngått i 2015 (se omtale i punkt 6.4.2). Selv om tilbudet til denne gruppen nå er kommet inn i de årlige ytelsesavtalene med de private leverandørene, er kapasiteten for liten i forhold til behovet, ifølge enheten.

Pasientgrupper som trenger spesialisert rehabilitering, og som mangler et tilbud, blir også omtalt i enkelte dokumenter utarbeidet av spesialisthelsetjenesten. I høringsutkastet til *Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst* trekkes det fram pasienter som har behov for rehabilitering etter somatisk skade/sykdom, og som i tillegg har samtidig sykdom innenfor psykisk helse og avhengighet. Videre framgår det av rapporten at det for flere pasientgrupper bør vurderes om det er behov for større kapasitet.

Helse Nord publiserte i 2019 en rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge.⁷³ I arbeidet ble det identifisert en rekke grupper med et udekket rehabiliteringsbehov, og det er blant annet identifisert at smertepasienter i liten grad får hjelp av spesialisthelsetjenesten. Det slås videre fast at behandling av MS bør foregå i spesialisthelsetjenesten, og at pasienter med MS som har store hjelpebehov og behov for assistanse, har et dårlig tilbud.

Faktaboks 3 Spesialisert rehabilitering til pasienter med hjerneslag

Nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslag slår fast at pasienter med hjerneslag som har behov for spesialisert døgnbasert rehabilitering i forlengelse av akuttoppholdet, bør få tilbud om innleggelse i rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen slår videre fast at slagpasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert rehabilitering, for eksempel ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse.

Kilde: Helsedirektoratet. (2017, 21. desember). *Hjerneslag. Kapittel 4.1 Organisering av slagrehabilitering*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/organisering-av-slagrehabilitering>

Samtalene vi har hatt med ansatte i helseforetak, avdekker også at det er pasientgrupper som ikke har et spesialisert rehabiliteringstilbud. For slagpasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsfall er det i *Nasjonale faglige retningslinjer* beskrevet hvilken rehabiliteringskompetanse som skal være tilgjengelig – se omtale i faktaboks 3. Det ene helseforetaket der vi har gjennomført samtaler, har ikke denne kompetansen tilgjengelig, og rehabiliteringsenheten ved dette helseforetaket kan derfor kun ta imot slagpasienter uten slike funksjonsfall.

Det fører til at sykehusavdelingen i hvert enkelt tilfelle må bruke tid på å få andre helseforetak eller private aktører til å ta ansvar for den høyspesialiserte rehabiliteringen av disse pasientene. De ansatte ved dette helseforetaket forteller i samtale at enkelte av disse pasientene blir liggende lenge på sykehusavdelingen uten at de får et tilbud om spesialisert rehabilitering:

⁷³ Helse Nord. (2019). *Rehabilitering i Nord-Norge. Rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge* (prosjektrapport). Helse Nord.

*Etter en stund vil legene "gi opp",
og da blir pasienten sendt til kommunen.*



Regional vurderingsenhet i Helse Nord RHF opplyser at det for pasienter som har et omfattende hjelpebehov, men likevel har rehabiliteringspotensial, finnes få eller ingen tilbud i spesialisthelsetjenesten. Denne pasientgruppen får verken tilbud av helseforetakene eller de private rehabiliteringsinstitusjonene, og de må derfor ivaretas av kommunen. Regional vurderingsenhet i Helse Nord RHF mottar noen henvisninger om rehabilitering til pasienter med stort hjelpebehov, men disse avvises fordi det ikke eksisterer et privat tilbud til disse pasientene. Et av svarene fra en koordinerende enhet ved et helseforetak viser at disse pasientene ofte blir dårligere mens de venter på privat spesialisert rehabilitering.

6.3 De regionale helseforetakenes styring

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.

6.3.1 De regionale helseforetakenes oversikt over behovet for rehabiliteringstjenester

For at de regionale helseforetakene skal kunne sørge for det spesialiserte rehabiliteringstilbudet, må de vite hva behovet er for rehabiliteringstjenester. Kunnskap om behovet er nødvendig for å kunne dimensjonere tilbudet så riktig som mulig og fatte beslutninger om hvilke rehabiliteringstjenester som henholdsvis helseforetakene og de private rehabiliteringsaktørene skal tilby.

Alle de regionale helseforetakene sier i intervju at det er krevende å definere behovet for rehabiliteringstjenester. En viktig forklaring er ifølge de regionale helseforetakene at datagrunnlaget er begrenset.

For å få kunnskap om behovet for rehabiliteringstjenester i helseregionen tar de regionale helseforetakene utgangspunkt iblant annet

- aktivitetstall fra norsk pasientregister
- ventetidstall og antall henvisninger til regional koordinerende enhet / regional vurderingsenhet
- nasjonale og politiske føringer
- dialog med helseforetakene
- kartlegging av informasjon om hva som tilbys gjennom det kommunale tjenestetilbudet
- framskrivninger av antatt behov og kunnskapsoppsummeringer

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at departementet legger til grunn at det er de regionale helseforetakene som skal dimensjonere tilbudet i sin region, og departementet overprøver for eksempel ikke nivået av rehabiliteringstjenester som tilbys. Departementet kjenner til geografiske forskjeller mellom regionene i bruken av rehabiliteringstjenester og legger til grunn at noe variasjon skyldes at befolkningen er ulik, mens en del av variasjonen er uberettiget. Departementet følger med på utviklingen gjennom det kunnskapsgrunnlaget de mottar, men departementet opplyser at variasjon i rehabiliteringstjenester ikke har vært tema i styringsdialogen.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er geografisk variasjon et tema på mange helseområder. Det er imidlertid ekstra vanskelig å følge opp rehabiliteringsfeltet i og med at datakvaliteten er mer usikker. I denne sammenheng peker departementet på at det over tid også har blitt færre rehabiliteringsavdelinger på sykehusene. Helse- og omsorgsdepartementet antar at det skjer en god del rehabilitering som en del av ordinære forløp som ikke registreres med rehabiliteringskoder. Den faglige utviklingen tilsier start av rehabilitering så tidlig som mulig i sykdoms- eller skadeforløpet. Det er ifølge departementet for eksempel sannsynlig at noe av aktiviteten på intensiv- og hjerneslagenheter ikke registreres som rehabilitering. Samtidig kan man ifølge departementet ikke vite sikkert om det er forklaringen på variasjonen.

6.3.2 De regionale helseforetakenes planer for arbeidet med rehabiliteringstjenestene

Det er de regionale helseforetakene som skal sikre at det spesialiserte rehabiliteringstilbudet totalt sett tilfredsstillende behovet for spesialisert rehabilitering som innbyggerne i helseregionen har. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Undersøkelsen viser at to av de fire regionale helseforetakene ikke har utarbeidet regionale planer for rehabiliteringstjenesten i sine helseregioner. Både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at de ikke har en regional plan for rehabilitering, men Helse Midt-Norge opplyser at en behovsvurdering fra 2017 har vært retningsgivende for arbeidet med rehabilitering.

Helse Vest RHF har en egen rehabiliteringsplan, og Helse Sør-Øst RHF arbeider med en fagplan for fysisk medisin og rehabilitering. Fagplanen hadde høringsfrist 7. juli 2023, og fram til fagplanen er vedtatt, gjelder strategien fra 2010: *Regionale utviklingsområder – rehabilitering*. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at fagplanen blant annet skal legge grunnlag for hvordan Helse Sør-Øst RHF følger opp tjenestene, for anskaffelse av tilbud fra private leverandører og for tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler.

Helse Vest RHF opplyser i intervju at bakgrunnen for at de har en egen rehabiliteringsplan, er at rehabiliteringsfeltet er et komplisert område som består av mange ulike tjenester og aktører. Helse Vest RHF mener at en plan kan bidra til å gi feltet en helhet.

6.3.3 De regionale helseforetakenes styring av rehabilitering i egne helseforetak

De regionale helseforetakene eier helseforetakene. Hvert år får helseforetakene et styringsdokument som setter krav til aktivitet, budsjettammer og mål for virksomheten. Styringen fra det regionale helseforetaket skjer også gjennom foretaksmøter. Intervjuene med de regionale helseforetakene viser at det varierer om de har gitt egne helseforetak styringssignaler om rehabilitering, og hvilke styringssignaler de har gitt.

Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at de har gitt følgende føringer:

- Alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF skal ha spesialistkompetanse innenfor fysisk medisin og rehabilitering.
- Hvert sykehusområde skal etablere minst én tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk.
- Alle utviklingsplaner skal beskrive hvordan det enkelte helseforetak skal etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt. I helseforetak som består av flere sykehus, forventer det regionale helseforetaket at ett av sykehusene må ha et godt og sterkt fagmiljø innen fysisk medisin og rehabilitering.

Helse Nord RHF opplyser at de har gitt føring til helseforetakene om å sørge for at de har et tilbud for slagrehabilitering, men ut over dette bestemmer det enkelte helseforetak selv hvilket rehabiliteringstilbud de skal gi.

Helse Vest RHF opplyser at de ikke har gitt noen minimumskrav til hva helseforetakene skal tilby. Helse Midt-Norge RHF informerer om at de heller ikke har stilt noen minimumskrav til hva helseforetakene skal tilby ut over de kravene som Helse- og omsorgsdepartementet har gitt, for eksempel rehabilitering etter covid-19. Helse Midt-Norge RHF opplyser at det er forventet at hvert enkelt helseforetak skal sørge for rehabilitering til sine pasienter, enten via det tilbudet de yter selv, eller ved at pasientene henvises til private rehabiliteringsaktører.

I tillegg til å gi styringssignaler kan de regionale helseforetakene opprette egne helseforetak eller fordele funksjonene mellom helseforetakene når det gjelder hvem som har ansvaret for enkelte regionale funksjoner innenfor rehabiliteringstjenester. Sunnaas sykehus HF er Norges eneste helseforetak som bare tilbyr rehabiliteringstjenester.

Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at det har vedtatt syv regionale funksjoner sentralisert til ett helseforetak og ytterlige seks funksjoner sentralisert til to eller flere helseforetak.⁷⁴ De regionale funksjonene er tilbud som det regionale helseforetaket ikke anser som hensiktsmessige å bygge opp i hvert enkelt helseforetak.⁷⁵ De andre regionale helseforetakene har ikke vedtatt regionale funksjoner, men Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har etablert et begrenset antall regionale senger for rehabiliteringspasienter.

6.4 Det er ulikt innhold i de spesialiserte rehabiliteringstjenestene

De regionale helseforetakene skal sørge for at pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, får det. Dette kan de gjøre ved å

- gi rehabilitering i egne helseforetak
- inngå avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner
- inngå avtaler med private avtalespesialister på fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering

Dette er de tre ulike måtene de regionale helseforetakene kan gå fram på for å sørge for at pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, får det. I det følgende går vi gjennom disse tre.

6.4.1 Rehabiliteringstjenester gitt av helseforetak

Spesialisert rehabilitering		
Helseforetak	Private rehabiliteringsinstitusjoner	Private avtalespesialister

Rehabilitering i helseforetakene kan deles inn i to hovedkategorier avhengig av hvor rehabiliteringen gis:

- rehabilitering gitt i egne rehabiliteringsenheter
- rehabilitering gitt i andre sykehusavdelinger sammen med den øvrige behandlingen

I tillegg kan rehabilitering i helseforetak gis i poliklinikk eller ambulant.⁷⁶

⁷⁴ Bakgrunnen for denne funksjonsfordelingen er at Helse Sør-Øst RHF ønsker å oppnå et mer likeverdig tilbud og redusere uønsket variasjon i rehabiliteringstjenestene.

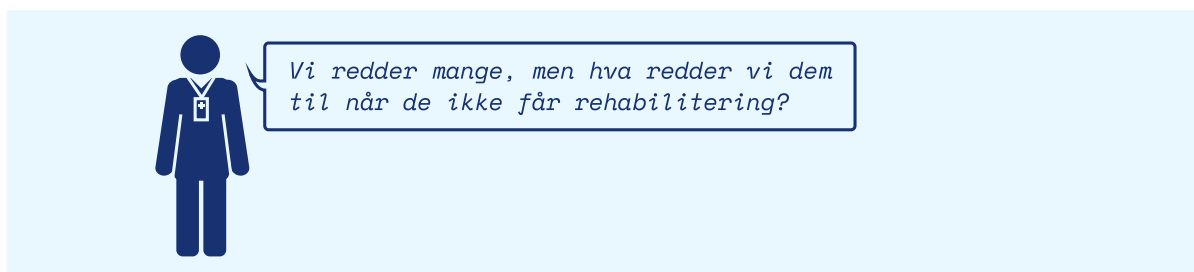
⁷⁵ Det går fram av *Utkast til regional fagplan* at de regionale funksjonene er fordelt til helseforetak som har store tverrfaglige rehabiliteringsmiljøer. I tillegg til Sunnaas sykehus HF gjelder dette OUS HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF

⁷⁶ Ambulant rehabilitering er en oppsøkende tjeneste som for eksempel kan komme hjem til pasienten.

Det slås fast i rapporten *Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk* at de regionale helseforetakene ikke har oversikt over egne helseforetaks samlede kapasitet til å gi rehabilitering.⁷⁷ Årsaken oppgis å være at rehabilitering utføres spredt mellom egne rehabiliteringsenheter og andre enheter som for eksempel intensivenheter, slagenheter og dag- og poliklinisk rehabilitering. Det finnes heller ikke gode tall på hva kostnadene til spesialisert rehabilitering i helseforetakene er.⁷⁸

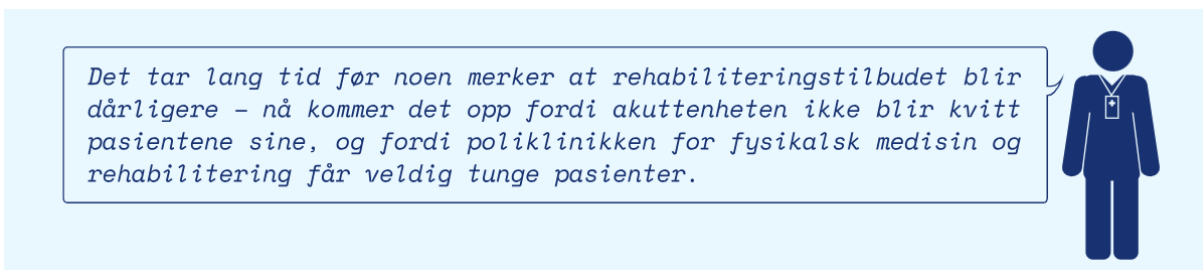
Mange av dem vi har hatt samtaler med på sykehusene, mener at det tilbys for lite rehabilitering i helseforetaket de jobber i. De begrunner dette med at sykehusene har en kultur preget av at det er øyeblikkelig hjelp og det akutte som prioriteres høyest. Ledelsen i ett av de to sykehusene peker også på at utredning, diagnostisering og behandling er sykehusets hovedoppgaver, mens rehabilitering oppleves som et mindre attraktivt område medisinskfaglig sett.

De som selv jobber med rehabilitering, opplever at dette fagfeltet kommer dårligere ut når ressursene i foretakene skal fordeles, og at det er vanskelig å synliggjøre viktigheten av arbeidet overfor ledelsen. En av de ansatte beskriver forholdet mellom det akuttmedisinske og rehabilitering slik:



Ifølge den regionale koordinerende enheten og den regionale vurderingsenheten i Helse Midt-Norge er det nettopp rehabilitering som blir nedprioritert når sykehusene skal spare. De peker på at det er frustrerende å se på nedbyggingen av rehabiliteringsfeltet når man vet at det i et samfunnsperspektiv hadde vært samfunnsøkonomisk lønnsomt å prioritere forebygging og rehabilitering.

Ansatte som jobber med rehabilitering, mener at behovet for rehabilitering først blir synlig for ledelsen når andre deler av sykehuset for eksempel får en opphoping av pasienter. En av de ansatte beskriver det slik:



Døgnrehabilitering gitt i egne rehabiliteringsenheter

Vår undersøkelse viser at det varierer om helseforetakene har opprettet egne rehabiliteringsenheter eller ikke. Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF er eksempler på to helseforetak som ikke har døgnrehabiliteringsplasser.

⁷⁷ Interregional rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. (2023, mai). Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, *Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområde for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk*.

⁷⁸ Helsedirektoratet. (2023). Rapportering på tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023. TB2023-62. Deloppgave 3) og 5).



Døgnrehabilitering i egne rehabiliteringsenheter

Noen helseforetak har etablert høyspesialiserte rehabiliteringsenheter for eksempel på fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering, og i disse enhetene er rehabilitering det primære formålet med innleggelsen. Slike enheter kjennetegnes av høy intensitet og spesialisert kompetanse.

Undersøkelsen viser videre at helseforetakene som har opprettet døgnrehabiliteringsplasser, har innrettet tilbudet ulikt. Det varierer mellom helseforetakene om det er etablert et tilbud om generell rehabilitering, eller om tilbudet er diagnoseavhengig. Diagnosespesifikk rehabilitering innebærer at rehabiliteringstilbudet er knyttet til den diagnosen pasienten har.

I intervju med den regionale koordinerende enheten og den regionale vurderingsenheten i Helse Nord går det fram at diagnosespesifikk rehabilitering kan føre til at noen pasientgrupper, for eksempel pasienter med muskelsykdom med stort hjelpebehov og MS-pasienter med stort hjelpebehov, ikke får et rehabiliteringstilbud ved helseforetaket. Ved å definere strengt hvilke spesifikke diagnoser som blir tilbudt døgnrehabilitering, blir resultatet at noen pasienter ikke får et rehabiliteringstilbud. Disse pasientene får dermed ikke rehabilitering i helseforetaket, selv om de absolutt har behov og nytte av den tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringen som blir gitt på helseforetaksnivå. Den regionale enheten opplyser at dette problemet ikke gjelder så mange pasienter, men at det mangler tall på eksakt hvor mange det gjelder. Uansett er det ifølge denne enheten alvorlig at det gjelder noen enkeltindivider.

I denne undersøkelsen har vi gjennomført samtaler med ansatte i to helseforetak som har en diagnosespesifikk døgnrehabilitering. Samtalene handlet blant annet om hvilke utfordringer de ansatte opplever i arbeidet med rehabilitering og rehabiliteringspasienter. Analysen av samtalene viser at hvordan det enkelte helseforetaket har organisert arbeidet med rehabilitering, har store konsekvenser for hvilke svakheter de ansatte opplever.

De to helseforetakene har i all hovedsak avsatt døgnplasser til pasienter som har behov for rehabilitering i forbindelse med slag, men det varierer om døgnplassene er lokalisert i tilknytning til den medisinske sykehusavdelingen, eller om det er reisevei mellom sykehusavdelingen og rehabiliteringsenheten. De ansatte i de to helseforetakene oppgir ulike svakheter avhengig av om døgnrehabiliteringen er plassert på samme sted som den medisinske sykehusavdelingen.

De ansatte ved den sykehusavdelingen for slag som ikke har døgnrehabilitering ved sitt sykehus, beskriver en situasjon der avdelingen ikke har kompetanse til å vurdere hvilken rehabilitering pasientene har behov for, og den har heller ikke kompetanse til å utføre spesialisert rehabilitering. Dette fører til at rehabiliteringen ikke startes så lenge pasienten er innlagt på denne sykehusavdelingen. Dette oppleves som veldig uheldig, siden slagpasienter har dårligere prognoser hvis rehabiliteringen ikke begynner tidlig.

I sykehuset der senger til spesialisert rehabilitering er plassert på samme sted som avdelingen som behandler slagpasienter, er utfordringene betydelig mindre. Her starter rehabiliteringsprosessen for slagpasienter fra første dag de er innlagt på sykehuset. Et godt samarbeid mellom den akutte slagenheten og rehabiliteringsenheten gjør at pasientene raskt kan overføres fra akuttavdelingen og komme tidlig i gang med rehabiliteringen. Hovedutfordringene de ansatte opplever her, er et press om å få pasientene videre i systemet, og derfor får rehabiliteringspasientene noen ganger et kortere opphold på rehabiliteringsenheten enn de trenger.

Ved de to helseforetakene der vi har gjennomført samtaler, er den spesialiserte døgnrehabiliteringen hovedsakelig avgrenset til pasienter som har hatt slag. Pasienter som har andre diagnoser enn slag, må få rehabilitering ved private leverandører eller i den medisinske sykehusavdelingen pasienten tilhører.

Rehabilitering gitt i andre sykehusavdelinger sammen med den øvrige behandlingen

Helseforetakene kan gi rehabilitering integrert med øvrig behandling. Dette tilbudet kjennetegnes gjerne av at rehabilitering ikke er hovedhensikten med sykehusoppholdet, og ved slike enheter har helsepersonellet ofte ikke spesialisert rehabiliteringskompetanse.

De regionale helseforetakene har ikke oversikt over hvor mye rehabilitering som blir gitt sammen med den øvrige behandlingen i for eksempel intensivenheter og dag- og poliklinisk rehabilitering.⁷⁹

Rehabilitering gitt i poliklinikk

Helseforetakene kan etablere egne poliklinikker som tilbyr rehabilitering. De fleste, men ikke alle, helseforetak har fysikalskmedisinske polikliniske tilbud og helse- og arbeidspoliklinikker.⁸⁰

Ambulant rehabilitering

Tall fra Hersedirektoratet viser prosentandelen av dag- og poliklinisk sykehusrehabilitering som ble gjort ambulant, det vil si hjemme hos pasienten eller på et annet ambulant sted.⁸¹ Det varierer mellom de regionale helseforetakene hvor stor andel av rehabiliteringsaktiviteten som blir registrert som ambulant aktivitet. Helse Nord RHF har høyest andel ambulant aktivitet, der ble 11,5 prosent av de polikliniske kontaktene registrert som ambulant i 2021, mens den var 0,6 prosent i Helse Sør-Øst RHF og 0,1 prosent i både Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF.

Ett av helseforetakene vi har gjennomført samtaler med har ambulant team. Det ambulante teamets målgruppe er slagpasienter, men de har også noen pasienter med sammensatte komplekse lidelser. Når teamet får henvist en pasient, drar teamet hjem til pasientene og kartlegger pasientens utfordringer. Teamet gir ikke behandlinger, men de gir mestringsorienterte samtaler.

Hersedirektoratets rapport viser at det samlet sett har vært en nedgang i ambulant rehabilitering, til tross for målet om å øke bruken.⁸²

Tilbud innen læring og mestring og psykisk helsehjelp

Læring og mestring er pedagogisk virksomhet med mål om styrket helsekompetanse, mestring og økt livskvalitet. Læring og mestring innebærer aktiviteter som informasjonsformidling, undervisning, veiledning, rådgivning og erfaringsutveksling. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring slår fast at tilbud med mål om å gi pasientene læring, mestring og større helsekompetanse har positiv betydning for helse og livskvalitet. God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom. Det handler blant annet om å håndtere hverdagen og kjenne tilhørighet i fellesskap, også når helseutfordringer oppstår.⁸³

13 av 18 koordinerende enheter på helseforetaksnivå er enige i at læring og mestring er en integrert del av rehabiliteringstilbudet i helseforetaket. 8 av 18 koordinerende enheter mener det stemmer at pasienter som får somatisk rehabilitering, også får psykisk helsehjelp hvis de har behov for det. Det er bare 7 av 18 koordinerende enheter som er enige i at helseforetaket gir et helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering.

⁷⁹ Oppfølging av Oppdragsdokument 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet «Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk».

⁸⁰ Hersedirektoratet. (2023). Rapportering på tildelingsbrev til Hersedirektoratet for 2023. Deloppdrag 1) TB2023-62 Rehabilitering, habilitering og mestring, og Interregional rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. (2023, mai). Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområde for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.

⁸¹ Hersedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Hersedirektoratet.

⁸² Hersedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Hersedirektoratet.

⁸³ Mestring.no. (2023, 31. januar). *Hva er læring og mestring*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/>

6.4.2 Rehabiliteringstjenester gitt av private leverandører

Spesialisert rehabilitering		
Helseforetak	Private rehabiliteringsinstitusjoner	Private avtalespesialister

De regionale helseforetakene kan inngå avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester, og de private leverandørene som har avtale med et av de regionale helseforetakene, er en del av det offentlige helsetilbudet.

Avtalene med de private leverandørene av rehabiliteringstjenester

Alle de regionale helseforetakene har avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester. Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF inngikk sist avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester i 2015, og Helse Midt-Norge RHF inngikk avtaler i 2018.

Helse Nord RHF og Helse Vest RHF arbeidet med å inngå nye avtaler om rehabilitering og habilitering i 2022⁸⁴, men begge konkurransene ble avlyst. Konkurransen i Helse Nord ble avlyst fordi det regionale helseforetaket hadde gjort feil i gjennomføringen av anskaffelsen.⁸⁵ I Helse Vest ble anskaffelsen avlyst da tilbudene fra de private tjenesteleverandørene var langt dyrere enn det var rom for i de økonomiske rammene Helse Vest hadde satt til anskaffelser av rehabiliteringstjenester. Dermed kan ikke det regionale helseforetaket kjøpe inn de tjenestene som behovskartleggingen har vist at det er behov for.

Helse Midt-Norge RHF opplyser at de skal gjennomføre en ny anskaffelse av private rehabiliteringstjenester, og også Helse Sør-Øst RHF ønsker å sette i gang prosessen med en ny anskaffelse på rehabiliteringsfeltet.

Kostnadene til private rehabiliteringstjenester

Tabell 5 viser kostnadene til private rehabiliteringstjenester fordelt på de regionale helseforetakene.

Tabell 5 Kostnader til rehabiliteringstjenester utført av private leverandører, 2022

	Millioner kroner	Befolkningsgrunnlag ⁸⁶	Kroner per antall innbyggere
Helse Nord RHF	270	481 341	561
Helse Midt-Norge RHF	435	739 486	588
Helse Vest RHF	356	1 125 796	316
Helse Sør-Øst RHF	1 461	3 073 657	475
	2 522	5 420 280	465

Kilde: intervju med de regionale helseforetakene.

Tabell 5 viser at Helse Vest RHF kjøpte minst private rehabiliteringstjenester i 2022: 316 kroner per innbygger. Helse Midt-Norge RHF kjøpte mest: 588 kroner per innbygger.

⁸⁴ Helse Nord. (2023, 26. januar). *Nye avtaler for rehabilitering og habilitering fra 2023*. Hentet 26. juni 2023 fra <https://www.helse-nord.no/nyheter/nye-avtaler-for-rehabilitering-og-habilitering-fra-2023>

⁸⁵ Helse Nord. (2023, 29. mars). *Avlyser konkurranse om kjøp av habilitering- og rehabiliteringstjenester*. Hentet 26. juni 2023 fra <https://www.helse-nord.no/nyheter/avlyser-konkurranse-om-kjop-av-habilitering-og-rehabiliteringstjenester>

⁸⁶ [Opptaksområder \(statisticsnorway.github.io\)](https://github.com/statisticsnorway)

6.4.3 Private avtalespesialister på fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering

Spesialisert rehabilitering		
Helseforetak	Private rehabiliteringsinstitusjoner	Private avtalespesialister

Private avtalespesialister er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, og de regionale helseforetakene kan bruke avtalespesialister for å bidra til å oppfylle sitt sørge-for-ansvar. Per høsten 2022 hadde ett av de fire regionale helseforetakene – Helse Sør-Øst RHF – inngått avtaler med avtalespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Avtalene gjelder to årsverk, hvorav den ene var ubesatt på undersøkelsestidspunktet.⁸⁷

Bruken av private avtalespesialister har dermed veldig liten betydning når vi skal vurdere om de nasjonale rehabiliteringstjenestene er likeverdige.

6.5 Forklaringer på variasjoner i tilbudet av spesialisert rehabilitering

I kapittel 6 har vi så langt blant annet vist at det er variasjoner mellom de regionale helseforetakene når det gjelder hvor mye spesialisert rehabilitering innbyggerne i helseforetakets opptaksområde får, og at innholdet i det spesialiserte rehabiliteringstilbudet varierer i de ulike regionene.

I dette delkapittelet redegjør vi for hva ansatte i regionale helseforetak og helseforetak opplever som utfordrende når de jobber med spesialisert rehabilitering. De ansatte ser utfordringene fra ulike ståsteder og opplever til dels ulike utfordringer i sitt arbeid. Vi har gjennom analysen kommet fram til fire forklaringer vi mener er sentrale:

- Rekrutteringsutfordringer i helseforetakene gjør det vanskelig å få etablert tverrfaglige team.
- Sykehusavdelingene har ulik praksis med å tilby rehabilitering.
- Avtalene med de private leverandørene av rehabiliteringstjenester er ulike når det gjelder volum og hvem som kan få tjenestene, og mange er av eldre dato.
- De regionale vurderingsenhetene har ulike mandat for hvilke pasienter de vurderer, og de har ulik praksis for hvordan de vurderer disse pasientene.

6.5.1 Rekrutteringsutfordringer i helseforetakene gjør det vanskelig å få etablert tverrfaglige team

Et spesialisert rehabiliteringstilbud krever at mange, og delvis små, faggrupper er representert ved sykehuset. Det går fram av samtalene at helseforetakene ikke alltid har den kompetansen som trengs i en spesialisert rehabiliteringsprosess. Det er en stor utfordring å rekruttere fagfolk, og dermed blir ikke fagmiljøet alltid så tverrfaglig som det bør være. I samtalene trekker både ledere og ansatte fram at det for eksempel er vanskelig å få tak i spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette er den eneste legespesialiteten som har rehabilitering som kjernekompetanse, og mangel på denne kompetansen gjør det utfordrende å gi gode rehabiliteringstjenester.

Ifølge SSB var det 210 spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering som var sysselsatt i 2022.⁸⁸ Totalt var det 16 470 legespesialister innenfor alle spesialiteter dette året.⁸⁹

⁸⁷ Det er Helse Sør-Øst RHF som har inngått avtalehjemler om to årsverk med avtalespesialist innen fagområdet Fysikalsk medisin og rehabilitering.

⁸⁸ SSB-tabell. (2023, 2. mars). 07935: Spesialistutdanning for leger, tannleger og optikere, etter alder og kjønn. 4. kvartal 2008 - 2022. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/07935/>

⁸⁹ Dette gjelder spesialistutdannede sysselsatt i helse- og sosialnæringer, alle aldre, 2022.

I tillegg til mangelen på legespesialister trekker flere fram at det er knappe ressurser til både fysioterapi, ergoterapi og læring og mestring. Dette gjør at det kan mangle tverrfaglighet i den spesialiserte rehabiliteringsprosessen.

6.5.2 Sykehusavdelinger har ulik praksis med å tilby rehabilitering

Pasienter som er lagt inn på sykehus, kan ha behov for rehabilitering selv om de ikke er innlagt i en rehabiliteringsenhet. Dette kan for eksempel gjelde pasienter som er lagt inn ved enheter for lunge eller revmatologi. Som vi viste i avsnittet om *Rehabilitering gitt i andre sykehusavdelinger sammen med den øvrige behandlingen* i punkt 6.4.1, har de regionale helseforetakene ikke oversikt over rehabiliteringstilbudet som blir gitt i slike enheter.

Det er ledelsen i hver enkelt sykehusavdeling som prioriterer ressursene til de oppgavene avdelingen har ansvar for. Denne prioriteringen innebærer blant annet å vurdere om pasientene skal tilbys for eksempel læring og mestring, ergoterapi eller logoped i tillegg til den øvrige behandlingen ved avdelingen.

En illustrasjon på at sykehusavdelingen har betydning for tilbudet som gis, er at det ved et av helseforetakene er slik at pasientens tilgang til logopedtjenester avhenger av om den enkelte sykehusavdelingen har inngått avtale om betaling av tjenesten med enheten som tilbyr logopedtjenester. Pasienter fra avdelinger som ikke har inngått en slik avtale, blir avvist av logopedtjenesten ved dette helseforetaket, uavhengig av pasientens behov.

I tillegg til at ledelsen i ulik grad legger til rette for tverrfaglighet, viser samtalene at det ved de ulike sykehusavdelingene danner seg egne praksiser for hvorvidt og eventuelt når de involverer andre faggrupper. Det går også fram av samtalene at det varierer hvilken kunnskap de ansatte har om blant annet ergoterapifaget og læring og mestring. Graden av kunnskap om hva andre yrkesgrupper kan bidra med, påvirker hvor aktuelt det oppleves for avdelingen å hente inn slike ressurser, og det blir dermed også personavhengig om en pasient henvises til disse tjenestene eller ikke.

6.5.3 Avtalene med de private leverandørene av rehabiliteringstjenester er ulike når det gjelder volum og hvem som kan få tjenestene, og mange er av eldre dato

Avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene inngås av de regionale helseforetakene, og dette resulterer i at det finnes ulike regionale tilbud.⁹⁰

Intervjuene med de regionale helseforetakene, de regionale koordinerende enhetene, de regionale vurderingsenhetene og de ansatte i helseforetakene viser at avtalene som er inngått med de private leverandørene, er særlig viktige på tre måter. For det første har volum i avtalene betydning. Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervju at etterspørselen etter rehabiliteringstjenester til en viss grad vil være styrt av tilbudet. Det betyr at hvis det regionale helseforetaket inngår avtaler om et stort volum tjenester med flere private leverandører, vil etterspørselen etter tjenester øke. Helsedirektoratet opplyser i intervju at det har vært store forskjeller i omfanget av private institusjoner i ulike deler av landet, og direktoratet har inntrykk av at de regionale helseforetakene tilrettelegger for å bruke det tilbudet man har, når man tildeler rehabiliteringstjenester.⁹¹

For det andre har innholdet i avtalene konsekvenser for hvem som får rehabilitering. Det varierer for eksempel om de regionale helseforetakene har inngått avtale med de private leverandørene av rehabiliteringstjenester om at de skal tilby rehabilitering til pasienter som også har behov for pleie og

⁹⁰ Helsedirektoratet. (2023). Rapportering på tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023 Deloppdrag 1) Tildelingsbrev TB 2023-62 Rehabilitering, habilitering og mestring.

⁹¹ Helse Vest skiller seg ut med å ha lavt forbruk av rehabiliteringstjenester, og dette kan ifølge Helsedirektoratet henge sammen med befolkningens helsestilstand, men det er neppe det eneste som forklarer tallene. Direktoratet opplyser at vi ikke har informasjon om hvorfor forbruket av rehabiliteringstjenester er forskjellig i de ulike helseregionene.

omsorgshjelp. Derfor får pasienter i enkelte helseregioner uten en slik avtale avslag på henvising til rehabiliteringsopphold fordi de ikke er selvhjulpne nok.

Eksempel på at avtalenes innhold har stor betydning

Ved et regionalt helseforetak der det er satt som krav at pasienter må være selvhjulpne for å motta privat rehabilitering, opplever de ansatte en situasjon der pasientene kan være for syke til å motta privat rehabilitering, men at helseforetaket ikke har tilbud til dem. Disse pasientene mangler et tilbud, og mange av dem havner på sykehjem.

For det tredje er de fleste avtalene inngått for flere år siden. Som tidligere nevnt inngikk Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester i 2015, og Helse Midt-Norge RHF inngikk avtaler i 2018. Regional koordinerende enhet i Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at det i tiden etter de gjeldende avtalene ble inngått i 2015, har kommet ny kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som har effekt. Flere av de private institusjonene har opplyst til den regionale koordinerende enheten at det i 2023 finnes mer effektive måter å innrette rehabiliteringstjenestene på enn rammene som er gitt i avtalen fra 2015. Ut fra dagens kunnskapsgrunnlag ville de dermed innrettet rehabiliteringstilbudet annerledes, blant annet ved å gi kortere opphold til flere pasienter, men det er ikke mulig gitt de avtalene som er inngått.

Det skaper frustrasjon i regional koordinerende enhet at enkelte pasienter i Helse Sør-Øst ikke får det tilbudet som ut fra dagens kunnskapsgrunnlag vurderes å være best. Et eksempel på dette er pasienter med langvarige smerteproblemer. Disse pasientene får fortsatt langvarige døgnopphold basert på avtalen fra 2015 til tross for at man fra 2016 har vurdert at langvarige smerteproblemer ikke lenger skal regnes som aktuelle for kompleks rehabilitering, og dermed ikke innvilges døgnopphold ved helseforetaket.

Videre viser undersøkelsen at det er inngått avtaler med private tjenesteleverandører også om tjenester som kommunene i all hovedsak skal ta ansvar for. En utfordring flere av de regionale vurderingsenhetene oppgir, er at når det regionale helseforetaket har inngått avtaler for disse ytelsene, så må avtalene innfris.

6.5.4 De regionale vurderingsenhetene har ulikt mandat for hvilke pasienter de vurderer, og de har ulik praksis for hvordan de vurderer disse pasientene

I alle de regionale helseforetakene er det etablert en regional vurderingsenhet. Hovedoppgaven til de regionale vurderingsenhetene er å rettighetsvurdere henvisninger til rehabilitering ved private institusjoner. Hovedhensikten med at de regionale vurderingsenhetene vurderer henvisningene, er å sikre at pasienter med likeartede lidelser får likeverdig rehabilitering, og at pasientene får likeverdig rehabilitering uavhengig av hvor i helseregionen de bor. Tabell 6 viser hvor mange henvisninger de regionale vurderingsenhetene mottok i 2022, og hvor mange de avsto.

Tabell 6 Mottatte og avslåtte henvisninger av regional vurderingsenhet i 2022

	Antall mottatte henvisninger	Antall avslåtte henvisninger	Prosent avslag
Helse Nord	4 894	1 842	38
Helse Midt-Norge	5 117	1 996	39
Helse Vest	4 041	1 445	36
Helse Sør-Øst	13 752	4 386	32
Totalt antall	27 804	9 670	35

Kilde: årsrapportene fra de regionale vurderingsenhetene.

Tabell 6 viser at 35 prosent av henvisningene de regionale vurderingsenhetene mottok i 2022, ble avslått, og at det er forholdsvis små forskjeller i avslagsprosenten for de ulike enhetene.

Henvisninger fra leger

Alle de regionale vurderingsenhetene vurderer henvisninger fra fastleger. Undersøkelsen viser imidlertid at det varierer hvorvidt de også vurderer henvisninger fra sykehusleger. Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har ikke satt begrensninger for sykehuslegenes henvisningsrett til private rehabiliteringsinstitusjoner. Sykehuslegene både i poliklinikk og ved sengepost i disse helseregionene henviser dermed pasienter direkte til de private rehabiliteringsinstitusjonene. I Helse Midt-Norge RHF og i Helse Nord RHF er det satt begrensninger for sykehuslegenes henvisningsrett.

Selv om Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har valgt de samme overordnede rammene, har de ulike vurderinger av egen praksis. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal ikke pasienter rettighetsvurderes mer enn én gang i løpet av et pasientforløp, og at det tilsier at sykehuslegene ikke skal sende henvisninger til vurderingsenheten. Helse Sør-Øst RHF opplyser at helseregionen har tillit til at sykehuslegene gjør gode faglige vurderinger når de vurderer at pasienten har behov for spesialisert rehabilitering ved privat institusjon. Selv om Helse Vest RHF heller ikke har begrenset sykehuslegenes henvisningspraksis, er det regionale helseforetaket mer usikker på om sykehuslegene er bevisste nok i sine valg, og om de kjenner bredden i rehabiliteringstilbudet godt nok. Fra det regionale helseforetakets ståsted framstår det som tilfeldig hvilket rehabiliteringsopplegg som sykehuslegene velger. Erfaringen peker i retning av at kort ventetid og pasientens ønske teller mer enn legens vurdering av rehabiliteringsbehov. Helse Vest RHF åpner for at sykehuslegene i foretaket også bør sende henvisninger via regional vurderingsenhet.

I de to regionene der det er satt begrensninger i sykehuslegenes henvisningsrett, skjer dette på ulik måte. I Helse Midt-Norge RHF defineres rehabilitering som følger direkte etter behandlingen ved sykehus, som en del av det samme forløpet. Derfor henviser sykehuslegene direkte til spesialisert rehabilitering i helseforetaket og til de private rehabiliteringsinstitusjonene uten å gå via regional vurderingsenhet. Pasienter som får poliklinisk behandling, defineres derimot ikke å være i et pasientforløp, og henvisningene som kommer fra sykehusleger i poliklinikk, skal til regional vurderingsenhet.

I Helse Nord RHF kan sykehusleger innenfor fagområdene ortopedi, slagvarianter, kompleks og sammensatt sykdomsbilde henvise pasienter direkte til private leverandører av rehabiliteringstjenester. Regional vurderingsenhet i Helse Nord opplyser i intervju at bakgrunnen for dette er at disse fagområdene gjerne omfatter komplekse tilstander. For å få en god pasientflyt og en raskest mulig overføring ut fra de akutte sykehusenhetene er det besluttet at sykehuslegene innenfor

disse fagområdene kan henvise direkte til de private institusjonene. Ut over de nevnte fagområdene, går en stor andel av henvisningene gjennom regional vurderingsenhet i Helse Nord. Dette bidrar ifølge Helse Nord RHF til at de unngår for store ulikheter mellom helseforetakene i hvordan de vurderer henvisningene, og det har ifølge den regionale vurderingsenheten også gitt bedre kontroll på forbruket av rehabiliteringstjenester i helseregionen.

Vurderinger av det kommunale rehabiliteringstilbudet

Undersøkelsen viser også at det er ulik praksis når det gjelder vurdering av om pasienten kan få dekket sitt rehabiliteringsbehov i kommunen. Intervjuene med de regionale vurderingsenhetene viser at de forholder seg ulikt til henvisninger som tilsier at pasienten egentlig bør få rehabilitering på kommunalt nivå, men der dette tilbudet ikke finnes. Vurderingsenheten i Helse Vest opplyser at den konsekvent ikke kompenserer for det mangelfulle tilbudet i kommunene og avviser slike henvisninger, mens de øvrige opplyser at de kan ta med kommunens manglende tilbud inn i vurderingen.

Regional vurderingsenhet i Helse Vest avviser alle henvisninger om rehabilitering til pasienter som kan ivaretas på kommunalt nivå. Erfaringen deres er at hvis en kommune ikke har et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud, vil pasienten heller ikke få nødvendig oppfølging etter oppholdet i den private institusjonen, og da vil ikke oppholdet gi ønsket effekt. Dermed kompenserer ikke regional vurderingsenhet i Helse Vest for mangelfulle tilbud i kommunene.

De regionale vurderingsenhetene i de øvrige helseregionene opplyser at de kan at med kommunenes manglende tilbud inn i vurderingen. For eksempel kan den regionale vurderingsenheten i Helse Nord RHF innvilge noen rehabiliteringsopphold til pasienter som kunne fått rehabilitering i kommunen, når de vet at den aktuelle kommunen mangler tilbud til pasienten. Dette kan for eksempel være manglende lovpålagte tjenester som ergoterapeut, logopedi og/eller fysioterapi. Vurderingsenheten i Helse Nord oppgir også at lang reisevei er et dilemma. Hvis for eksempel en pasient må bruke to timer for å reise til en time fysioterapi og deretter reise to timer hjem igjen, vil ikke pasienten bli bedre av det kommunale tilbudet. I slike tilfeller opplyser regional vurderingsenhet i Helse Nord at de også kan innvilges opphold på privat institusjon for en periode.

Regional vurderingsenhet i Helse Sør-Øst opplyser at hvis det framgår av henvisningen at det ikke finnes et kommunalt tilbud, så vipper det pasientene nærmere en rett til tilbud i spesialisthelsetjenesten, selv om det ikke er det eneste forholdet som skal spille inn. Det er en oppfatning i regional vurderingsenhet at det ikke bør gå ut over pasienten om vedkommende bor i en kommune som ikke har tilbud.

7 Samarbeid og koordinering

I dette kapitlet beskriver vi bruken av ulike virkemidler som er etablert for å sikre samarbeid og koordinering om rehabiliteringspasienter, og vi ser særlig på forholdet mellom kommunene og sykehusene. Det er pasientens behov, ressurser og mål som skal være utgangspunktet for hvilke tiltak og tjenester som skal inngå i rehabiliteringsprosessen. Som det går fram av figur 1 i kapittel 1, kan pasienten ha behov for rehabiliteringstjenester fra mange ulike yrkesgrupper i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Relevante føringer

- Den enkelte pasient skal få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal omfatte retningslinjer for samarbeid i tilknytning til utskrivning, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
- Kommunene skal ha en koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse.
- Hvert helseforetak skal ha en koordinerende enhet som blant annet skal ha oversikt over rehabiliteringsvirksomheten i regionen.
- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte rehabiliteringstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.
- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte rehabiliteringstjenester skal tilbys koordinator.

Oppsummering av funn

- De fleste samarbeidsavtalene er beskrevet på et overordnet nivå og omhandler i liten grad arbeidet med rehabilitering.
- Over 20 prosent av kommunene mener det er vanskelig å få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringspasienter
- Nesten 40 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart
- Halvparten av de koordinerende enhetene i helseforetakene synes det kan være utfordrende å få til godt samarbeid med alle kommunene i helseforetakets opptaksområde.
- Ca. 55 prosent av de koordinerende enhetene i kommunene har tilstrekkelig kompetanse på rehabilitering, og bare i overkant av 40 prosent av dem har tilstrekkelig bemanning.
- 3 av 20 helseforetak har ikke satt av ressurser til arbeidet med koordinerende enhet.
- Individuell plan er lite brukt for rehabiliteringspasienter.
- Koordinator er lite brukt for rehabiliteringspasienter.

Oppsummering av sentrale forklaringer på hvorfor det er vanskelig å få til samarbeid og koordinering

- De koordinerende virkemidlene blir ikke prioritert av verken kommunene eller spesialisthelsetjenesten
- Dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfull

7.1 Samarbeidsavtaler og ansvarsavklaring mellom kommuner og helseforetak

Kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og alle kommuner har inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket de deler opptaksområde med.

§ 6-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven stiller en rekke minimumskrav til samarbeidsavtalene, blant annet retningslinjer for samarbeid i tilknytning til utskrivning, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

I 2012 og i 2023 gikk Helsedirektoratet gjennom samarbeidsavtalene for å undersøke hvordan ansvar, oppgaver og samarbeid om habilitering og rehabilitering var beskrevet.⁹² Helsedirektoratet fant stor variasjon i beskrivelsene i 2012, men i de fleste tilfellene var ansvar og oppgaver overordnet beskrevet. Ved gjennomgangen i 2023 konkluderte Helsedirektoratet med at de fleste samarbeidsavtalene fortsatt var beskrevet på et overordnet nivå.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det er orientert om at Helsedirektoratets kartlegginger viser at avtalene er generelle, og at de i liten grad omhandler arbeidet med rehabilitering. Departementet viser til at direktoratet har utarbeidet en veileder om samarbeidsavtalene. Denne veilederen gir ifølge departementet god informasjon om hva samarbeidsavtalene skal inneholde, og det er helseforetakene og kommunene som har ansvaret for å operasjonalisere avtalene lokalt. Departementet opplyser videre at innholdet i samarbeidsavtalene er et tema i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

I den nasjonale *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* gir Helsedirektoratet momenter og anbefalinger for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Figur 5 viser en modell for avklaring av ansvar og oppgaver for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Figur 5 Modell for avklaring av ansvar og oppgaver

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

Kilde: Helsedirektoratet. (2018, 12. juli). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet opplyser at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har et sørge-for-ansvar når det gjelder rehabiliteringstjenester. Hvilke oppgaver nivåene utfører, kan variere avhengig av kommunestørrelse, infrastruktur og tilgang på personell. Forutsetningen for at ansvarsfordelingen skal fungere for pasientene, er ifølge direktoratet at kommunene og spesialisthelsetjenesten snakker sammen og finner de gode grensesnittene for ansvarsfordeling som er til beste for dem begge.

⁹² Helsedirektoratet. (2023). Rapportering på tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023. TB2023-62, delopdrag 6.

Det er drøyt 20 prosent av kommunene som mener det er vanskelig å få til godt samarbeid om rehabiliteringspasienter med spesialisthelsetjenesten. Halvparten av de koordinerende enhetene synes det kan være utfordrende å få til et godt samarbeid om rehabiliteringspasienter med alle kommunene i helseforetakets opptaksområde. Vår undersøkelse viser videre at nesten 40 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart.

7.2 Helsefellesskap

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er å opprette 19 helsefellesskap. Helsefellesskapene består av helseforetak og kommunene i opptaksområdet.⁹³ De regionale helseforetakene og de private leverandørene av rehabiliteringstjenester inngår ikke i helsefellesskapene.

Mange koordinerende enheter og kommuner synes det er vanskelig å konkludere noe om hvordan helsefellesskapene virker inn på arbeidet med rehabilitering. En stor andel av de koordinerende enhetene på helseforetaksnivå svarer at helsefellesskap er så nytt at de ikke vet hvordan det virker inn på rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helsefellesskapene er det sentrale virkemiddelet for gode rehabiliteringstjenester framover. Departementet ønsker at helsefellesskapene utarbeider mer detaljerte samarbeidsplaner på fagnivå. Departementet trekker fram at all erfaring viser at det er viktig at fagfolkene er involvert, fordi det er de som ser problemene og løsningene. Departementet peker på at det er et stort behov for dette fordi pasientene fortsatt opplever at det er mangler ved tjenestene, og at det ikke er helhetlige tjenester/forløp. De private leverandørene inngår ikke i den formelle samarbeidsstrukturen til helsefellesskapene, men departementet opplyser at de kan involveres ved behov.

Helsedirektoratet opplyser at etableringen av helsefellesskap er et steg i riktig retning fordi de gir en arena der arbeidsdelingen kan diskuteres mellom kommunene og helseforetakene. Det viktigste nå er ifølge direktoratet å få kommunene og helseforetakene til å samarbeide om ansvarfordelingen, og så får arbeidet med å inkludere de private på overordnet ledernivå eventuelt skje på et senere tidspunkt.

En regional koordinerende enhet opplyser i intervju at det er en utfordring at dagens system er svært komplekst. Enheten viser til at de private institusjonene utgjør en stor del av det totale tilbudet av spesialiserte rehabiliteringstjenester, og mener det hemmer samarbeidet om enkeltpasienter at de private ikke er inkludert i samarbeidsstrukturen.

7.3 Koordinerende enheter i kommuner og helseforetak

Det er lovpålagt at alle kommuner og alle helseforetak skal ha en koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Data fra evalueringen av opptrappingsplanen viser at 96 prosent av kommunene hadde en koordinerende enhet i 2019.

Det er bare er i overkant av 40 prosent av kommunene som opplyser at koordinerende enhet har tilstrekkelig bemanning. Om lag 55 prosent av kommunene opplyser at koordinerende enhet har tilstrekkelig kompetanse om rehabilitering. 16 prosent av kommunene svarer at de ikke har en koordinerende enhet med tilstrekkelig kompetanse om rehabilitering, og ca. 30 prosent svarer at de ikke vet.

⁹³ Se mer informasjon om inndeling av kommuner i helsefellesskap i f.eks. vedlegg 1 i rapporten *Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant personer med demens*, Helsedirektoratet (2023).

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak. Tre helseforetak har ikke avsatt noen ressurser til arbeidet med koordinerende enhet. Undersøkelsen viser at det bare er 4 av de 20 koordinerende enhetene som bruker ett årsverk eller mer på helseforetakets koordinerende enhet.

Den ene hovedoppgaven til den koordinerende enheten i helseforetaket er å ha en generell oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen. Dette vil si hvilke rehabiliteringstilbud som finnes i egne helseforetak, i helseforetak med regionale funksjoner, i private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med det regionale helseforetaket og i kommunene i opptaksområdet.

Tabell 7 I hvilken grad opplever du at koordinerende enhet i helseforetaket har oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes i regionen? I antall helseforetak

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke aktuelt
I eget helseforetak	10	8	0	0
I helseforetak med regionale funksjoner	9	7	1	1
I private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med RHF	10	7	1	0
I kommunene i opptaksområdet	1	14	3	0

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til de koordinerende enhetene på helseforetaksnivå, n = 18.

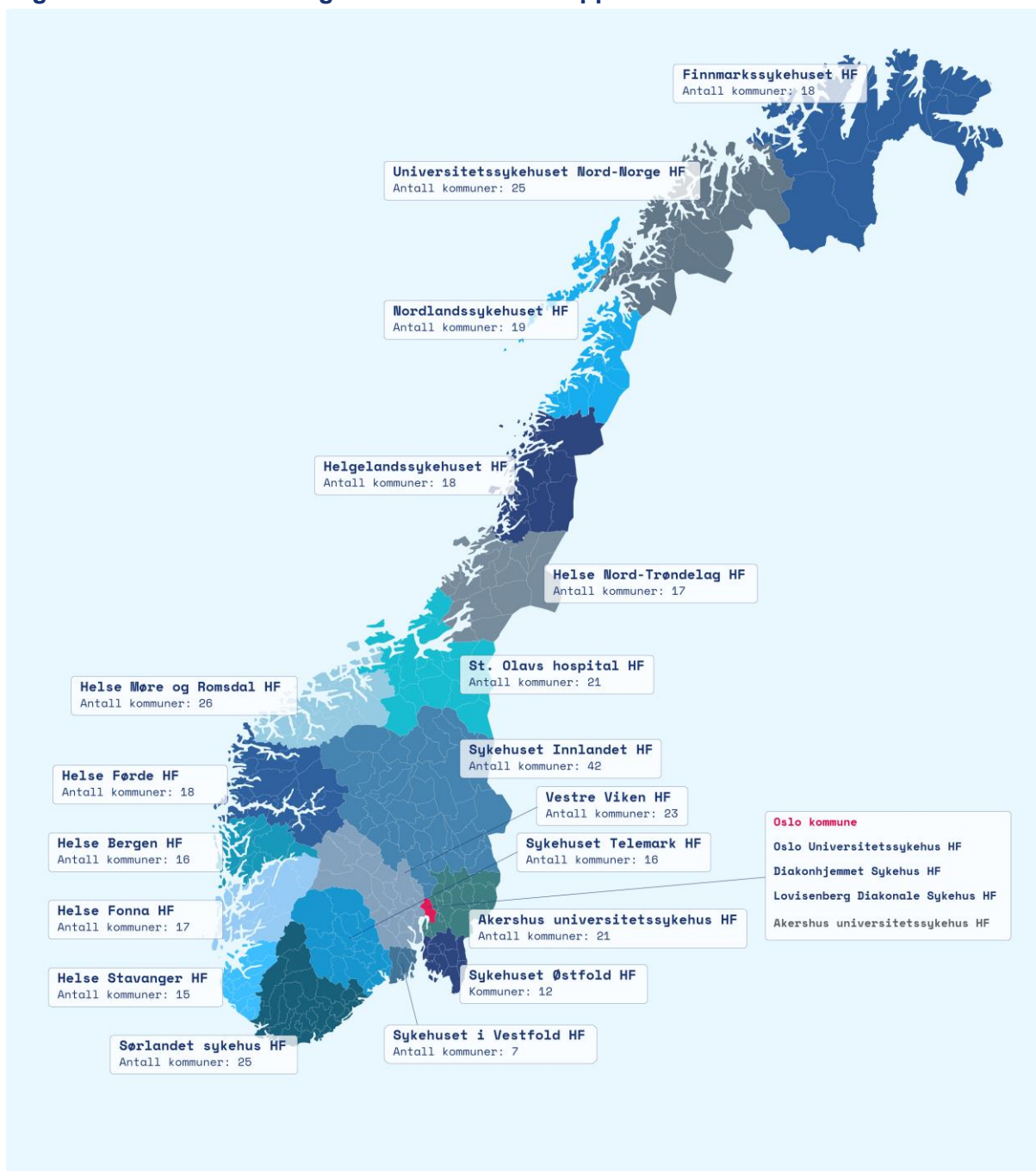
Tabell 7 viser at det varierer i hvilken grad de koordinerende enhetene opplever at de har oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes. Vi spurte de koordinerende enhetene som opplever det som krevende å få oversikt over rehabiliteringstilbudet, om hva som er grunnen til det. Dette er forklaringene som ble trukket fram av flest:

- Noen helseforetak har mange kommuner i sitt opptaksområde. Kommunene er ulike, og det er derfor vanskelig å ha oversikt over det kommunale rehabiliteringstilbudet.
- Oversikten til koordinerende enhet er helt avhengig av hva de andre tjenesteyterne skriver på sine nettsider. Flere koordinerende enheter opplyser at nettsidene ikke alltid er oppdaterte, og at det kan være vanskelig å finne relevant informasjon på nettsidene.
- Koordinerende enhets ambisjonsnivå er begrenset til å informere om kontaklinformasjon til de andre tjenesteleverandørene, ikke tjenesteinnhold.
- Informasjonsinnhenting er tidkrevende.

Forklaringene viser at noen helseforetak har mange kommuner i sitt opptaksområde. Figur 6 viser hvor mange kommuner de ulike helseforetakene har i sine opptaksområder.⁹⁴

⁹⁴ Sunnaas sykehus HF er ikke med i figuren da helseforetaket ikke har et geografisk avgrenset opptaksområde, og hovedsakelig har regionale funksjoner.

Figur 6 Helseforetakene og antall kommuner i opptaksområdet



Kilde: Riksrevisjonen.

Kartet i figur 6 viser at Sykehuset Innlandet HF skal ha oversikt over og samarbeide med 42 kommuner, mens både Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Sørlandssykehuset HF har 25 kommuner i sitt opptaksområde.

Den andre hovedoppgaven til koordinerende enhet er å følge opp systemene for individuell plan og koordinator. Disse ordningene omtales nærmere i punkt 7.4.

7.3.1 Regionale koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten

Det er ikke lovpålagt at de regionale helseforetakene skal ha regionale koordinerende enheter, men alle de regionale helseforetakene har likevel etablert en slik enhet. To viktige oppgaver som de regionale koordinerende enhetene har, er å

- ha oversikt over og formidle informasjon om rehabilitering til aktuelle aktører
- følge opp systemene for koordinerende enheter, koordinator og individuell plan

Det går fram av intervjuene med de regionale koordinerende enhetene at oppgaven med å ha oversikt over og formidle informasjon om rehabilitering til alle aktuelle aktører er en stor oppgave. Alle de regionale koordinerende enhetene forsøker å ha mest mulig oppdaterte nettsider som gir informasjon om relevante nettsider som omhandler rehabilitering. Det er flere regionale koordinerende enheter som opplyser at det er mer krevende å holde oversikt over tilbudet som blir gitt av helseforetakene, enn over tilbudet som blir gitt av de private leverandørene av rehabiliteringstjenester. Regional koordinerende enhet skal også holde oversikt over det kommunale rehabiliteringstilbudet, og det kan det være utfordrende å finne fram til. Det går fram av intervjuene at kommunene i ulik grad informerer om sitt tjenestetilbud.

Den andre hovedoppgaven for de regionale koordinerende enhetene er å følge opp systemene for koordinerende enheter, koordinator og individuell plan. Dette vil si at de regionale koordinerende enhetene skal fremme utvikling av de koordinerende enhetene på helseforetaksnivå, men det er den koordinerende enheten i hvert helseforetak som skal bidra til å implementere systemene for koordinator og individuell plan i det enkelte helseforetaket.

I Helse Vest har regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering vært med på å delfinansiere lønnskostnad til drift av de koordinerende enhetene. I intervjuet med de andre regionale koordinerende enhetene kommer det fram at de har få virkemidler for å få helseforetakene til å prioritere arbeidet med koordinerende enhet. De forteller at de likevel forsøker å påvirke helseforetakene til å prioritere funksjonen. Flere av de regionale koordinerende enhetene opplyser i intervju at det er en stor utfordring for arbeidet at helseforetakene i varierende grad har avsatt ressurser til arbeidet i koordinerende enhet, og at det ikke er mulig å være en pådriver i de helseforetakene som ikke har prioritert dette.

7.4 Individuell plan og koordinator

Individuell plan og koordinator er virkemidler som skal bidra til helhetlige og koordinerte tjenester for den enkelte pasient. Evalueringen av opptrappingsplanen slår fast at de lovfestede ordningene med individuell plan og koordinator fungerer dårlig. De færreste pasienter har en individuell plan, og i evalueringen anbefales det at tilnærmingen til individuell plan blir revidert. Vår datainnsamling bekrefter at individuell plan og koordinator er lite brukt.

Undersøkelsen viser at ca. 40 prosent av kommunene opplyser at det er rehabiliteringspasienter i deres kommune som ikke har en individuell plan, selv om de har rett til en slik plan. Tilsvarende er det nesten 80 prosent av de koordinerende enhetene i helseforetakene som kjenner seg igjen i at rehabiliteringspasienter med behov for en individuell plan ikke får en slik.

35 prosent av kommunene opplever at det er vanskelig å skaffe koordinator til rehabiliteringspasienter som har behov for det.⁹⁵ I underkant av 70 prosent av de koordinerende enhetene i helseforetakene kjenner seg igjen i at rehabiliteringspasienter med behov for koordinator ikke får tildelt en slik. I samtalen med de ansatte i helseforetak går det fram at en del ansatte ikke ønsker å ta rollen som koordinator. Oppgaven er krevende i og med at sykehuset er siloorganisert og koordinatoren ikke har myndighet i andre sykehusavdelinger enn sin egen. Ifølge de ansatte er det en utfordring at det ikke settes av tid til å være koordinator.

⁹⁵ Det er særlig de mellomstore kommunene som opplever at dette er vanskelig; nesten halvparten av de mellomstore kommunene synes det er vanskelig å skaffe koordinator til rehabiliteringspasienter, mot 27 prosent blant de små kommunene.

De koordinerende enhetene på helseforetaksnivå har som en av sine to hovedoppgaver å følge opp systemene for individuell plan og koordinator. De koordinerende enhetene har dermed en stabsfunksjon som skal støtte de medisinske enhetene, men det er de medisinske enhetene som må ivareta det praktiske koordineringsarbeidet. Dermed er det sykehusavdelingen som har ansvaret for å koordinere forløpet for den enkelte pasient. For at avdelingen skal kunne utføre oppgavene som kreves for å skape helhetlige og koordinerte pasientforløp, må mange ansatte ha kunnskap om de koordinerende virkemidlene og hvordan de skal brukes.

Helsedirektoratet opplyser at det har gitt tilbakemelding til departementet om at koordineringsordningene bør gjennomgås. Ordningene overlapper hverandre, og det blir uklart for både pasienter og de ansatte i helsetjenesten hva formålet er med de ulike ordningene.

7.5 Forklaringer på hvorfor pasienter ikke får helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp

Rehabiliteringspasienter har gjerne behov for langvarige og koordinerte tjenester, men som vist så langt i kapittel 7 er det utfordrende for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten å gi helhetlige og koordinerte forløp til rehabiliteringspasienter. Vi har undersøkt hva de ansatte i helseforetak og kommuner opplever som sentrale forklaringer på hvorfor det oppstår mangler og svakheter i samarbeid og koordinering. I tillegg har vi analysert svar fra spørreskjema. Selv om de ansatte har ulike opplevelser, er det to forklaringer som går igjen både i samtalene og i analysen av svarene fra spørreskjema:

- De koordinerende virkemidlene blir ikke prioritert av verken kommunene eller spesialisthelsetjenesten.
- Dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfull.

7.5.1 De koordinerende virkemidlene blir ikke prioritert av verken kommunene og spesialisthelsetjenesten

Både kommuner og koordinerende enheter som mener at samarbeidet mellom nivåene er utfordrende, forklarer dette med at det ikke er satt av tid til samarbeidet. Det går videre fram av samtalene med de ansatte i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten at de koordinerende verktøyene er lite tatt i bruk. Som omtalt i punkt 7.3 har helseforetakene i liten grad satt av ressurser til de koordinerende enhetene. Dette har blant annet ført til at det systematiske arbeidet med individuell plan og koordinator flere steder ikke er ivaretatt.

Sykehusene har delegert ansvaret for å ta i bruk de koordinerende verktøyene for enkeltpasienter til sykehusavdelingene, og en oppgave som å oppnevne koordinator er dermed noe som skal følges opp i den enkelte sykehusavdeling. De ansatte i helseforetakene sier at dette ofte ikke blir gjort. En forklaring som blir gitt på dette er at ledelsen har møtt motstand fra de ansatte og motstanden begrunnes med at de ansatte ikke ser nytten av de koordinerende verktøyene. En annen forklaring som gis, er at det ikke er avsatt tid til arbeidet.

Ansatte forteller at det er tidkrevende å få til samarbeid. De oppgir blant annet at det kan være utfordrende å komme i kontakt med riktig enhet i kommunen når de skal skrive ut pasienter. Dette beskrives som en veldig arbeidskrevende prosess. Det kan til og med være vanskelig å få tak i koordinerende enhet på kommunalt nivå.

Både kommuner og koordinerende enheter har erfaring med at pasienter med behov for en individuell plan ikke får det. Det kan skyldes at pasienten selv ikke ønsker en slik plan, men på begge nivåer vises det til at de ikke gir god nok informasjon til pasientene om retten de har til en individuell plan. At

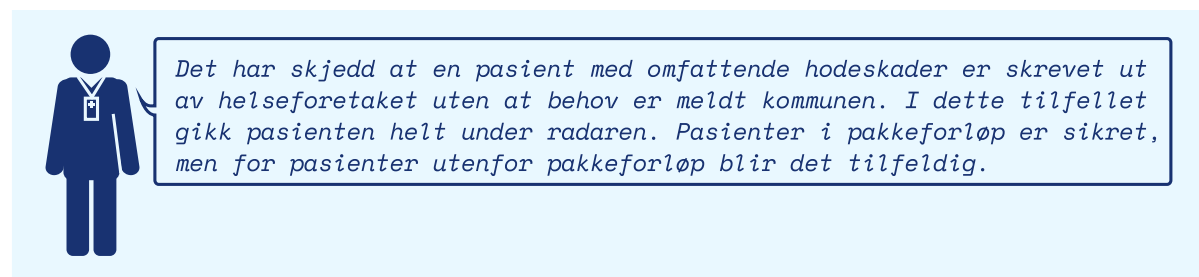
det er vanskelig å få på plass koordinatorene til pasientene, forklarer både kommuner og koordinerende enheter med at det mangler rutiner for å rekruttere koordinatorene.

Helsedirektoratet opplyser at det er utfordrende å få koordineringsordninger til å fungere. Intensjonen med ordningene er gode, men systemet fungerer ikke i praksis. Dette henger sammen med at lederne ikke har tatt innover seg hvor komplekst koordineringsarbeidet egentlig er, og det er ulike kulturer i de forskjellige delene av tjenestene.

En forklaring på utfordringer i samarbeidet mellom sykehusene og kommunene er at de også har utfordringer med den interne koordineringen i sykehusene og kommunene. 44 prosent av de koordinerende enhetene mener det er vanskelig å få til godt samarbeid om rehabiliteringspasienter internt i helseforetaket. Blant kommunene er det nesten én av fire kommuner som kjenner seg igjen i at det er vanskelig å få til samarbeid om rehabiliteringspasienter internt i kommunene.

7.5.2 Dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfull

Når det gjelder dialogen som sykehusene og kommunene har om enkeltpasienter, trekkes det fram at særlig dialogen om utskrivningsklare pasienter er utfordrende. I noen kommuner vet ikke de ansatte om pasienter som skrives ut fra sykehus og sendes rett hjem. En ansatt beskriver det slik:



Sett fra helseforetakenes ståsted skal sykehusene samarbeide med mange kommuner, og dette er en utfordring i seg selv.⁹⁶ For eksempel har Nordlandssykehuset 19 kommuner i sitt opptaksområde, og kommunenes størrelse varierer fra over 50 000 til under 500 innbyggere. Ulik størrelse gir ulike rammebetingelser. Videre har rehabiliteringstjenestene ulik organisering, innhold og volum i de ulike kommunene, og i tillegg varierer det hvor mye informasjon de gir om tilbudet som finnes.

Det går fram av samtalen med ansatte i helseforetak at det er utfordrende å få til et godt samarbeid med kommunene når de er så forskjellige og løser arbeidet på så ulike måter med hensyn til både kvalitet og kapasitet. Sett fra helseforetakenes perspektiv forsterkes utfordringene når kommunene heller ikke deltar med de best egnede personene i helseforetakets møter.

Når sykehuset skriver ut en pasient til kommunen, er det i mange tilfeller slik at sykehuset ikke kan si til pasienten hva som venter hen videre i pasientforløpet. Sykehuslegene anbefaler tiltak de mener er til beste for pasientene, men de vet ikke om kommunene har disse tilbudene. Sykehuset får heller ingen informasjon tilbake om hvorvidt tiltakene de anbefaler, blir fulgt opp av kommunene. En av de ansatte beskriver det slik:

⁹⁶ Helse Nord. (2023, 5. februar). *Kommuner og folketall per helseforetak*. <https://www.helse-nord.no/behandlingssteder/vare-helseforetak/kommuner-og-folketall-per-helseforetak>

Vi ønsker det beste for pasientene våre, og vi blir berørt når pasientene ikke får et godt tilbud.

Vi må bare håpe at pasienten får et rehabiliteringstilbud etter at de er skrevet ut fra oss.



Når sykehusene mangler kunnskap om tjenestetilbudet i kommunen, kan pasientene få feil forventninger til oppfølgingen i kommunen. Kommunene opplever for eksempel at sykehusleger skriver ut pasienter til korttidsopphold på sykehjem selv om kommunen har et godt hverdagsrehabiliteringstilbud. Da blir det utfordrende å forklare pasienten at vedkommende kommer til å få tjenester hjemme og ikke på institusjon. Flere kommuneansatte mener sykehusene blir for sterke premissgivere for hvilke kommunale tjenester pasientene skal få. I synet på hva som er det beste for pasientene, er det ikke alltid samsvar mellom det sykehusansatte mener, og kommunalt ansattes oppfatning.

8 Den nasjonale styringen av rehabiliteringstilbudet

Relevante føringer

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgsdepartementet eier de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har dermed ansvar for både kvaliteten og kapasiteten i sykehusstilbudet og andre spesialiserte helsetjenester.
- Staten har et ansvar for å sette kommunesektoren i stand til å løse oppgavene til beste for innbyggerne.
- Helsedirektoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre faglig normerende nasjonalt.
- Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummering av funn

- Helse- og omsorgsdepartementet har satt få mål for rehabiliteringstjenestene.
- Helse- og omsorgsdepartementet har prioritert å følge opp få av de tiltakene som Helsedirektoratet har spilt inn for å styrke området.
- De regionale helseforetakene opplever målkonflikt i styringssignalene om arbeidsdeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.
- Det er lite data om rehabiliteringstjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene. Det finnes få kvalitetsindikatorer, knapt med registerdata og lite forskning.
- Som en konsekvens av lite data mangler det kunnskap om effekten av behandlingen som den enkelte mottar, og analyser som bidrar til at tjenestene organiseres hensiktsmessig.
- Helse- og omsorgsdepartementet har ikke en konkret plan for når eller hvordan kunnskapen skal komme på plass.

8.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementets styring av rehabiliteringsområdet skjer gjennom de sentrale aktørene som skal levere tjenestene på feltet: kommunene og de regionale helseforetakene. Det er deres sørge-for-ansvar som danner rammene for virksomheten. For de regionale helseforetakene kan det i tillegg komme styringssignaler gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Departementet gir også styringssignaler til Helsedirektoratet og statsforvalterne på rehabiliteringsfeltet, som skal bidra til å støtte opp om og videreutvikle området.

Det er ikke satt noen overordnede mål for politikken på rehabiliteringsfeltet. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) hadde et kapittel om mål, men etter dette finnes det ikke tilsvarende policy-dokumenter.

8.2 Styringen av Helsedirektoratet

Helsedirektoratet får sine styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom tildelingsbrev og andre oppdrag gjennom året. I 2021–2023 har Helsedirektoratet fått flere oppdrag knyttet til rehabilitering, både mer avgrensede oppdrag rettet mot bestemte pasientgrupper og større oppdrag som skal inngå i politikkutviklingen.

I 2021 fikk Helsedirektoratet oppdrag rettet mot rehabiliteringstilbudet til covid-19-pasienter og til pasienter med alvorlig øyesykdom. I tillegg fikk de et oppdrag om registrering av habilitering og rehabilitering i kommunene.

I 2021 var det også dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om oppfølging av evalueringen av opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) ble evaluert i 2020. Evalueringen slår blant annet fast at planen i seg selv framstår som en tilskuddsordning og ikke en plan for å bidra til en systematisk og varig styrking av levering av tjenester for habilitering og rehabilitering.⁹⁷

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017- 2019)

Opptrappingsplanen ble utgitt som særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Opptrappingsplanen skulle bidra til at kommunene kunne gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i samsvar med befolkningens behov. I statsbudsjettene for 2017 til og med 2019 ble det bevilget totalt 300 millioner kroner til opptrappingsplanen. I tillegg forvaltet fylkesmennene et stimuleringsstilskudd på 4 millioner årlig som kommunene kunne søke på.

Hovedmomentene i dialogen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om oppfølgingen av opptrappingsplanen var følgende:

- Helsedirektoratet ga Helse- og omsorgsdepartementet anbefalinger om oppfølging av evalueringen, med 18 forslag til tiltak hvorav 13 handlet om rehabilitering, jf. faktaboks 4.
- Helse- og omsorgsdepartementet ga i møte i februar 2021 Helsedirektoratet i oppdrag å prioritere tiltakene og gi en oversikt over hvilke tiltak som kunne gjennomføres innenfor budsjettammen i 2021 og i 2022, eventuelt hvilke tiltak som kunne vurderes som aktuelle for innspill til statsbudsjettet for 2023.
- Helsedirektoratet omtaler i sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet 5 av de 13 tiltakene som prioriterte strategiske tiltak (markert med egen farge i faktaboksen under). Innenfor hvert av de 13 tiltakene er det angitt enkelttiltak som i stor grad er vurdert å gjennomføres innenfor ordinære økonomiske rammer. For to av de prioriterte tiltakene er det angitt kostnader som til sammen utgjør om lag 32 millioner kroner (tiltak 2 om bedre registrering og tiltak 3 om økt bruk av teknologi).

⁹⁷ KPMG. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*; Prop. 1 S (2021–2022) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Faktaboks 4 Helsedirektoratets 13 tiltak til videre styrking av rehabiliteringsfeltet.⁹⁸

- Tiltak 1: Nasjonal plan/strategi for videre styrking av habilitering og rehabilitering
- Tiltak 2: Det utvikles bedre registrering av habilitering og rehabilitering som gir kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet
- Tiltak 3: Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling for styrking av habilitering og rehabilitering
- Tiltak 4: Det iverksettes informasjonstiltak mot befolkningen og personell i tjenestene om tilbud om rehabilitering
- Tiltak 5: Det innarbeides bedre systematikk i utredning av pasienter og brukeres behov og potensial for habilitering og rehabilitering
- Tiltak 6: Det iverksettes tiltak for tilstrekkelig breddekompetanse og helhetlig tilnærming på tvers av somatikk og psykisk helse for å sikre sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Tiltak 7: Det tydeliggjøres forventninger om komplementære og sterke fagmiljøer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene og utvikling av samhandling, kompetanse og helhetlige forløp i helsefelleskapene
- Tiltak 8: Det utarbeides ny forskrift for styrking av tjenester fra logoped og audiopedagog
- Tiltak 9: Kommunenes sørge-for-ansvar for logopedtjenester avklares og tydeliggjøres
- Tiltak 10: Endring i organisering og finansiering for å understøtte tverrfaglig samarbeid i kommunal habilitering og rehabilitering
- Tiltak 11: Finansiering som understøtter veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene
- Tiltak 12: Det gjennomføres tiltak for bedre etterlevelse og operasjonalisering av lovkrav om individuell plan (IP) og koordinator for hele bredden av målgrupper
- Tiltak 13: Forskning innen habilitering og rehabilitering styrkes.

Kilde: brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet 4. mai 2021, og svar på deloppdrag 2 TB2023-62.

I tildelingsbrevet for 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp enkelte tiltak fra evalueringen, herunder bedre dataregistrering og informasjon (tiltak 2). I den videre dialogen mellom departementet og Helsedirektoratet går det fram at direktoratet skal jobbe innenfor en økonomisk ramme på inntil 5 millioner kroner, og at direktoratet skulle jobbe videre med tiltak 2 gjennom fem delprosjekter.⁹⁹ Arbeidet gjaldt blant annet kvalitetsindikatorer og kommunalt pasient- og brukerregister, som er nærmere omtalt i punkt 8.6.1.

Helsedirektoratet rapporterte om måloppnåelsen og resultatene i delprosjektene i desember 2022. Rapporteringen viser at det har vært utfordringer med flere av delprosjektene, og at det har vært et mindreforbruk på ca. 1,8 millioner kroner. Helsedirektoratet opplyser i intervju at arbeidet med tiltak 2 i 2022 var preget av at direktoratet måtte omprioritere ressurser i pandemihåndteringen. Framdriften i arbeidet med tiltak 2 er derfor noe lavere enn ønskelig, men arbeidet er imidlertid kommet i gang igjen.

I tildelingsbrevet for 2023 mottok Helsedirektoratet en rekke oppdrag i forbindelse med arbeidet med ny nasjonal helse- og samhandlingsplan. Ett av dem er å revidere tidligere anbefalinger om oppfølging av evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering og å vurdere forhold som har endret seg og eventuelt tilsier en annen oppfølging enn hva som tidligere er anbefalt. I tillegg fikk Helsedirektoratet flere oppdrag som gjelder blant annet kunnskapsgrunnlag, organisering og ansvarsfordeling på rehabiliteringsfeltet.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at de ønsker et generelt løft for hele rehabiliteringsfeltet for å sikre gode tjenester på de ulike nivåene og gode overganger for pasientene. Rehabilitering er ifølge direktoratet helt sentralt for å gjøre framtidens helsetjenester bærekraftige. Direktoratet opplyser at det ikke finnes en overordnet plan for rehabiliteringsfeltet, og sier at feltet er preget av at det iverksettes

⁹⁸ De fem første tiltakene er direktoratets prioriterte strategiske tiltak.

⁹⁹ TB2022-16, TTB2022-5 og TTB2022-35.

enkelttiltak fra nasjonalt nivå. For at arbeidet skal gi resultater, trengs det en plan med målbare og tydelige mål. Deretter må det ifølge direktoratet bli foretatt en tydelig prioritering av tiltakene som skal iverksettes og de konkrete tiltakene må omfatte helheten på rehabiliteringsfeltet.

Helse- og omsorgsdepartementet bemerker at departementet har fulgt opp sentrale tiltak fra evalueringen som nevnt over, men at dette er prosesser som tar tid.¹⁰⁰ Helse- og omsorgsdepartementet opplyser også at Helsedirektoratet, i oppfølgingen av evalueringen, spilte inn at det var behov for en nasjonal plan for rehabilitering. Departementet har vurdert om direktoratet skulle få dette som oppdrag, men besluttet i stedet at rehabilitering skal være en del av den nasjonale helse- og samhandlingsplanen. Begrunnelsen er at departementet ikke ønsker å se rehabilitering som et isolert tema, men som en del av de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Departementet opplyser at det i Prop. 1 S (2023–2024) er foreslått at det skal bli bevilget 5 millioner kroner til formål innen habilitering og rehabilitering.

8.3 Styringen av kommunene

Statens styring av kommunene er begrenset til lov- og budsjettvedtak som setter rammer for kommunenes virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet beskriver i intervju sin styring av kommunene som en indirekte form for styring. Departementet viser til at det er stor lokal variasjon i hvilke tjenester som tilbys, og i kvaliteten på tjenestene i kommunene, samtidig som det er viktig å respektere at kommunene står fritt til å organisere seg slik de selv ønsker.

Med samhandlingsreformen har det over tid vært et ønske om å overføre oppgaver og ressurser fra staten til kommunene.¹⁰¹ Dette ønsket ble også presisert i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, der kommunenes rolle ble omtalt slik: «Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten.»

Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner i intervju at det vil ta tid å løfte de kommunale rehabiliteringstjenestene. Kommunene jobber ikke planmessig nok, og det blir for mange siloer som ikke samhandler godt nok. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt møte med Kommunal- og distriktsdepartementet om at mange kommuner mangler kompetanse til å jobbe systematisk med planarbeid for helse- og omsorgstjenestene, og viser også til NOU 2023: 9 om generalistkommunesystemet, som underbygger dette. Kommunene gir tilbakemelding til departementene om at de ikke ønsker enkeltsatsinger, og ifølge Helse- og omsorgsdepartementet ses derfor de kommunale tjenestene i sammenheng i den nasjonale helse- og samhandlingsplanen. Departementet prioriterer å sette kommunene i stand til å jobbe på gode måter slik at de skal kunne ivareta sine oppgaver. Som omtalt i revidert nasjonalbudsjett vil departementet jobbe via statsforvalterne.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at statsforvalterne skal følge med og veilede kommunene. Departementet viser til at statsforvalterne blant annet har oppfordret kommunene til å ha oppmerksomhet på kompetanse og rekruttering i samfunnsdelen av kommuneplanen. Rapporteringen fra statsforvalter er en av departementets kunnskapskilder på rehabiliteringsområdet.

8.3.1 Statsforvalteren

Vi har undersøkt oppdragene som gjelder rehabilitering, som Helse- og omsorgsdepartementet i 2021, 2022 og 2023 har gitt til statsforvalterne. Oppdragene er ikke identiske i de tre årene, men de har

¹⁰⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 24. november). Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene – Hovedanalyserapport til kommentering [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].

¹⁰¹ Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Norges forskningsråd, s. 15.

blant annet til felles at de alle år skal gi en samlet vurdering av utviklingen av tilbudet og følge opp og understøtte en fortsatt styrking av habilitering og rehabilitering.

I 2022 var ett av oppdragene å gi en samlet vurdering av om tilbudet i fylket innenfor habilitering og rehabilitering utvikles i henhold til retningen og målene som er beskrevet i opptrappingsplanen. I rapporteringen peker statsforvalterne på en rekke utfordringer på feltet, noe følgende sitater illustrerer:

- Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: «Vårt inntrykk er at tilbudet innen habilitering og rehabilitering fortsatt er underdimensjonert, og ikke har fått høy nok prioritet i kommunene (...). Vi kjenner ikke til noen kommuner i vårt fylke som de siste årene har iverksatt noe som kan betegnes som en storsatsing eller oppskalering av sitt rehabiliterings- og habiliteringstilbud.»
- Statsforvalteren i Trøndelag: «Statsforvalteren vurderer at behov for tjenester innenfor hab- og rehabilitering er større enn tilbudet i kommunene.»
- Statsforvalteren i Troms og Finnmark: «Statsforvalterens overordnede vurdering er at habilitering og rehabilitering ikke er styrket i kommunene i 2022.»
- Statsforvalteren i Oslo og Viken: «Oppsummert vil vi forsiktig vurdere at utviklingen av tjenestene og tilbudene ser ut til å ha stagnert i henhold til retningslinjer og målsettinger i opptrappingsplanen.»
- Statsforvalteren i Innlandet: «Det Statsforvalteren ser som bekymringsfullt, er at det fra enkelte kommuner rapporteres om at dårlig kommuneøkonomi medfører kutt i budsjettet til rehabilitering og habiliteringstjenesten.»
- Statsforvalteren i Vestland: «Det kommunale tilbudet innen habilitering og rehabilitering er framleis underdimensjonert.»

Statsforvalternes veiledningsrolle er et tema i vår spørreundersøkelse til kommunene. Der oppgir en liten andel, 7 prosent av kommunene, at de har vært i kontakt med statsforvalteren for å få veiledning på rehabiliteringsfeltet i løpet av det siste året. Likevel er det bare 20 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har hatt behov for slik veiledning.

8.3.2 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal blant annet utarbeide nasjonale normer på utvalgte områder og være kompetanseorgan overfor kommunene. Direktoratet har en rekke pedagogiske virkemidler som omtales som veiledere, anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp.

På rehabiliteringsfeltet har direktoratet utarbeidet *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Riksrevisjonen har spurt direktoratet om anbefalingene i veiledere tar hensyn til at kommunene har ulike rammebetingelser. Direktoratet opplyste at anbefalingene er basert på beste faglige praksis, og utfordringen er at anbefalingene i ulik grad blir etterlevd. Veilederen er utarbeidet i samarbeid med tjenestene.

8.4 Styringen av de regionale helseforetakene

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom de årlige oppdragsdokumentene og gjennom foretaksmøter. I dialogen som Helse- og omsorgsdepartementet har hatt med de regionale helseforetakene i årene 2021, 2022 og 2023, er rehabilitering i liten grad nevnt i de årlige oppdragsdokumentene. Rehabilitering er nevnt som ett av formålene for basisbevilgningen og det er i forbindelse med pandemien understreket at det er viktig med rehabilitering etter covid-19.

Det er imidlertid to styringssignaler som er mer eksplisitt omtalt, og som også har vært et tema i intervjuene våre med de regionale helseforetakene: en føring i 2021 om forholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (som omtales nærmere under punkt 8.5), og et oppdrag i 2023 om metodebruk og overforbruk.

I 2023 fikk de regionale helseforetakene et oppdrag under ledelse av Helse Sør-Øst RHF om å vurdere metodebruken på rehabiliteringsområdet, med formål å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.

I rapporten som besvarer oppdraget står det under over skriften «Metoder for å redusere overforbruk» følgende overordnede vurdering:

«Det kan være mange aktuelle tiltak for å redusere overforbruk, men det mest virkningsfulle vil være å redusere kapasiteten. Det er samtidig utfordrende å beskrive kapasiteten i spesialisthelsetjenesten og for å kunne ta ned kapasitet, må det finnes kompetanse og kapasitet i kommunene.»¹⁰²

I rapporten anbefales følgende tiltak for både å sikre kunnskapsbasert praksis og å redusere et mulig overforbruk:

- samhandling om endringer i tjenestene
- tidlig start av rehabilitering
- treffsikre finansieringsordninger
- bedre styringsinformasjon
- styrking av forskning og kunnskapsbaserte retningslinjer
- økt bruk av teknologi
- oppdatering av prioriteringsveiledere
- vektlegging av forebygging og koordinering
- vektlegging av frisklivstilbud i kommunene

8.5 Styringssignaler om ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

8.5.1 Føringer til de regionale helseforetakene

Foretaksrådet vedtok i april 2021 en overordnet føring om forholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, basert på et anmodningsvedtak fra Stortinget.¹⁰³ De regionale helseforetakene ble bedt om å sikre at rehabiliteringstilbud innenfor spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at denne føringen også tidligere var gitt, blant annet knyttet til en konkret situasjon der det var uro rundt enkelte nedleggelse av private rehabiliteringstilbud i Rogaland og Innlandet.¹⁰⁴

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har lagt føringen til grunn for sin virksomhet. Alle de fire regionale helseforetakene opplyser i intervju at føringen om at spesialisthelsetjenesten ikke kan bygge ned tilbud før kommunene har bygget opp, setter dem i en vanskelig situasjon, og at føringen fører til at det kjøpes inn mer private rehabiliteringstjenester. Når for eksempel Helse Midt-Norge RHF vurderer det totale kommunale tjenestetilbudet, er det noen pasientgrupper som ikke alle kommuner i opptaksområdet er i stand til å overta ansvaret for. Hvis det regionale helseforetaket skal være lojalt til føringen, må det derfor fortsette å sørge for tilbud til alle pasientgrupper. Også i opptaksområdet til Helse Nord RHF varierer det hvilket tilbud kommunene har. Hvis noen kommuner har mye tilbud om rehabiliteringstjenester, noen har litt og andre ikke har noe, blir det nesten umulig for foretaket å

¹⁰² Interregional rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. (2023, mai). Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområde for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.

¹⁰³ Gjelder Stortingets behandling av Dokument 8:43 S (2020–2021), Innst. 271 S (2020–2021).

¹⁰⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 5. juni 2018, vedlegg til Innst. 31 S (2018–2019).

tilpasse sitt tilbud til enkeltkommunene. Det gjør det vanskelig å sikre gode og likeverdig tilbud. Både Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF opplyser at de kjøper tjenester fra private aktører som de mener kommunene burde gitt. Det gjelder rehabiliteringstjenester til blant annet pasienter som har utfordringer knyttet til muskel/skjelett, ortopedi, overvekt og kreft.

De regionale vurderingsenhetene beskriver flere utfordringer som de må ta stilling til når de vurderer henvisningene til private rehabiliteringsinstitusjoner. En hovedutfordring er at spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasientene har lik tilgang til rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted, samtidig som helsehjelp skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå innebærer at pasienter skal rehabiliteres i kommunen hvis kommunehelsetjenesten kan yte tilstrekkelige og forsvarlige tjenester.

Alle de regionale vurderingsenhetene opplyser i intervju at det er utfordrende å forholde seg til mangelfulle tilbud i kommunene. Vurderingsenhetene beskriver en situasjon der kryssende prinsipper, behov og forventninger står i motstrid til hverandre når henvisninger vurderes: Henvisninger som avvises, kan føre til at pasienter med behov for rehabilitering ikke får nødvendig helsehjelp. Samtidig kan innvilgede henvisninger føre til at pasienter ikke blir behandlet på laveste effektive omsorgsnivå selv om de kunne blitt det, og kan også gjøre at kommunene mangler incentiver til å bygge opp sitt rehabiliteringstilbud.

8.5.2 Statsforvalternes rapportering

Også statsforvalterne rapporterer om utfordringer i ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I årsrapportene for 2022 står det blant annet følgende:

- Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: «Vårt inntrykk er at kommunene nok ikke opplever at spesialisthelsetjenesten avventer med å bygge ned sine tilbud før kommunen har bygget opp tilsvarende. Vi ser imidlertid også stadig gode eksempler på at det foregår kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og også et økende samarbeid om å heve kompetanse på tvers av nivåer.»
- Statsforvalteren i Troms og Finnmark: «Etter at Samhandlingsreformen ble lansert har tilbud i spesialisthelsetjenesten i Troms og Finnmark blitt redusert uten en tilsvarende oppbygging på kommunalt nivå. Det er krevende for den enkelte kommune å ha et fagmiljø som er stort nok og robust nok til å tilby god habilitering og rehabilitering.»
- Statsforvalteren i Trøndelag: «Klagesakene Statsforvalteren mottar bærer preg av at det fremdeles er usikkerhet omkring ansvarsfordelingen mellom spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering. Vi er kjent med at spesialisthelsetjenesten vurderer å redusere tilbudet innenfor spesialisert rehabilitering i kommende avtaleperiode.»

8.6 Kunnskapsgrunnlag

I mange år har det vært pekt på at en sentral utfordring på rehabiliteringsfeltet er at det mangler kunnskap.¹⁰⁵ Det er slått fast at det mangler data, samfunnsøkonomiske analyser og forskning på hvilke rehabiliteringstiltak som har effekt. Helsedirektoratet opplyser i intervju i juni 2023 at det arbeider med å forbedre datakvaliteten. I intervjuet ba vi om status for hva som finnes av data nå som ikke fantes da evalueringen ble gjennomført. I svaret la direktoratet vekt på to datakilder:

- *Pasienters erfaringer med døgnopphold i rehabilitering*, PasOpp-undersøkelsen
- pilotering av rehabiliteringsregisteret

¹⁰⁵ KPMG. (2020). *Evalueringen av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*.

Ifølge Helsedirektoratet er begge disse datakildene viktige for å vurdere nytten av rehabiliteringen for pasientene. Det er imidlertid ikke avklart hvordan arbeidet med rehabiliteringsregisteret skal videreføres.

Manglende data har vært et tema som både de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet har fulgt opp i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet. I en rapport til departementet har de regionale helseforetakene anbefalt tiltak knyttet til blant annet bedre styringsinformasjon og at det særlig er et behov for nytte-kostnadsanalyser.¹⁰⁶

Helsedirektoratet har også pekt på konsekvensene av mangelfull tilgang på informasjon og data fra tjenestene. I et notat fra direktoratet til departementet står det at dette «vanskeliggjør en adekvat diskusjon om rasjonell ressursbruk eller diskusjon og dokumentasjon av samfunnsnytte og bærekraft for ulike tjenestemodeller».¹⁰⁷

Også kommunene peker på at det er en utfordring at det mangler data om rehabiliteringstjenestene. I spørreundersøkelsen trekker over halvparten av kommunene, 53 prosent, fram manglende styringsinformasjon som en forklaring på hvorfor det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester. Her spiller kommunistørrelsen en rolle: Det er flere av de store kommunene som synes dette er en utfordring, enn av de små.

Helse- og omsorgsdepartementet peker i intervju på at rehabiliteringsfeltet er et område med mange avhengigheter. Mangel på data om rehabilitering fører til at det er krevende å ha styringsinformasjon om feltet, og at det er krevende å etablere kunnskapsbaserte praksiser. Det gjør det vanskelig å gi signaler om blant annet hvilke rehabiliteringstjenester som har best effekt, og som kommuner og spesialisthelsetjenesten bør ha.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at Helsedirektoratet fikk i oppdrag å forbedre datagrunnlaget om rehabilitering etter evalueringen av opptrappingsplanen. Direktoratet jobber med dette, og det er ifølge departementet en positiv utvikling når det gjelder data, men prosessene er langsiktige. Ifølge departementet mangler det generelt data fra kommunale tjenester, og målet er at kommunalt pasient- og brukerregister skal bedre på dette.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser videre at det har løpende dialog med Helsedirektoratet om prioriteringer av arbeidet med nye datakilder, siden ikke alt kan gjøres samtidig. Departementet har tydelig formidlet til Helsedirektoratet at data fra allmennlegene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten skal prioriteres først i kommunalt pasient- og brukerregister. I tillegg er det ifølge departementet rapportert om enkelte forhold som gjelder rehabilitering i et tidligere system for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.

8.6.1 Kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Kontroll- og konstitusjonskomiteen pekte allerede i 2012 på at det er viktig at Helsedirektoratet prioriterer sitt lovpålagte ansvar for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for rehabilitering.¹⁰⁸ Dette vil gjøre det mulig for Stortinget å tilse at regjeringens tiltak fungerer slik at målet om bedre rehabiliteringstjenester oppnås.

¹⁰⁶ Interregional rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. (2023, mai). Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområde for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.

¹⁰⁷ Notat deloppdrag 1 i Tildelingsbrev TB2023–62 Rehabilitering, habilitering og mestring, 12. januar 2023.

¹⁰⁸ Innst. 295 S (2011–2012) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten.*

Da Riksrevisjonen ba om informasjon om status for dette arbeidet i 2015 i forbindelse med oppfølgingen av en tidligere revisjon,¹⁰⁹ opplyste Helse- og omsorgsdepartementet at Helsedirektoratet har startet opp gjennomføringen av en treårig handlingsplan for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Der er rehabilitering og habilitering prioriterte områder når det gjelder utvikling av nye kvalitetsindikatorer. Dette arbeidet skulle være fullført i 2017. Arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for rehabilitering og habilitering skulle starte opp høsten 2015, og målet var å publisere de første nye kvalitetsindikatorerne i løpet av 2016.¹¹⁰

En analyse som Helsedirektoratet har gjort i 2023, viser at det fortsatt er mye som gjenstår. Direktoratet har blant annet sammenlignet de seks sentrale kvalitetsdimensjonene¹¹¹ for helse- og omsorgstjenestene med datagrunnlaget som finnes i dag.¹¹² Tabell 8 viser status for data om rehabiliteringstjenestene på de seks kvalitetsdimensjonene.

Tabell 8 Status for data om kvalitet

Kvalitetsdimensjonene	Dagens rehabiliteringstjenester
virkningsfulle	mangler data
trygge og sikre	mangler data
brukermedvirkning	middels kvalitet
koordinerte	lav/ujevn kvalitet
god ressursutnyttelse	mangler data
lik tilgjengelighet	lav/ujevn kvalitet

Kilde: Helsedirektoratets rapportering på Deloppdrag 3 i tildelingsbrev TB2023-62.

Helsedirektoratet oppsummerer analysen med at det mangler tjenestedata/styringsdata til å gjøre en tilstrekkelig vurdering av kvalitet.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det ikke finnes kvalitetsindikatorer for rehabilitering ut over at det finnes informasjon om individuell plan og pakkeforløp. Arbeidet med kvalitetsindikatorer er ifølge direktoratet krevende og tar tid. Det første trinnet i arbeidet er å forbedre/utarbeide kodene for indikatorene. Deretter må de tekniske løsningene for de nye kodene utformes, og så må de kommunalt ansatte registrere opplysningene i de tekniske løsningene. Når praksis for koding er implementert, vil registermiljøet kunne hente ut og analysere mer data om rehabiliteringstilbud og hvilken effekt tilbudene har. Ifølge direktoratet tar det lang tid fra arbeidet med å endre kodeverk begynner, til det blir innrapportert data, men prosessen er i gang. I og med at dette er en svært krevende prosess, er det ifølge direktoratet risiko for at det vil mangle noe data om rehabilitering også de neste ti årene, men forhåpentligvis i stadig mindre grad.

Direktoratet opplyser at det har begrensede virkemidler for å gjøre at flere opplysninger registreres i kommunalt pasient- og brukerregister, men at det forsøker å vektlegge betydningen av dokumentasjon. Arbeidet med å forbedre kodeverket forventes også å ha positiv innvirkning på dette, fordi et kodeverk som fanger opp kvaliteter som innhold og omfang, sannsynligvis også vil kunne gi bedre motivasjon for riktig registrering. Uten dokumentasjon er det ifølge direktoratet krevende å få et

¹⁰⁹ Dokument 3:1 (2015–2016) Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget, som var en oppfølging av Dokument 3:11 (2011–2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten.

¹¹⁰ Brev til Riksrevisjonen om treårsoppfølging av rehabiliteringsundersøkelsen fra 2012.

¹¹¹ [De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet - Helsedirektoratet](#)

¹¹² Deloppdrag 3 til Tildelingsbrev TB2023-62 Rehabilitering, habilitering og mestring.

godt faktagrunnlag for politiske beslutninger. Dokumentasjon muliggjør dessuten forskning på blant annet hvilken rehabilitering som har effekt. Direktoratet erfarer også at rehabiliteringsmiljøene i kommunene gjerne vil synliggjøre innsatsen sin.

Riksrevisjonen har i intervju spurt Helse- og omsorgsdepartementet om det er en plan for når det skal foreligge data om kvalitetsdimensjonene av rehabiliteringstjenestene. Departementet viste til at det ikke foreligger en langsiktig plan, men at Helsedirektoratet utreder mulige kvalitetsindikatorer på rehabiliteringsfeltet, og at direktoratet skal være ferdig med utredningen i løpet av 2023. Datakvalitet er en oppgave som Helsedirektoratet jobber kontinuerlig med, og departementet må ha dialog med dem om hva som er realistisk å få til. Tidsperspektivet er en del av denne dialogen.

8.6.2 Kvalitetsregistre om rehabilitering

Rehabiliteringsregisteret er et kvalitetsregister som Helsedirektoratet prøver ut i samarbeid med aktører i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder informasjon om rehabiliteringspasientenes opplevelse av egen helsetilstand. Det består av lokale registre ved et utvalg sykehus og et sentralt register der Helsedirektoratet er ansvarlig for å samle opplysninger fra de lokale registrene.¹¹³

Helsedirektoratet opplyser at arbeidet har vært inspirert av den danske spesialisthelsetjenesten, med et ønske om å finne bedre kategorier for rehabilitering enn dagens skille mellom enkel og kompleks rehabilitering. Arbeidet var godt i gang, men de regionale helseforetakene ble usikre på om ny kategorisering kunne gå ut over finansieringen. Det ble derfor bestemt at arbeidet ikke skulle videreføres, og at direktoratet heller skulle satse på verktøy for å vurdere funksjon, som klinikere kunne bruke ved start og slutt av behandling. Dette arbeidet er startet opp i 2023.

Basert på erfaringer med de økonomiske incentivene og at systemene for elektronisk pasientjournal er vanskelige å endre, mener Helsedirektoratet at det på kort sikt ikke er rom for å endre dataene i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet er opptatt av å bedre dataene på kommunalt nivå. Det arbeides med å forbedre kodingen slik at den gir mer informasjon enn dagens registrering av rehabilitering i og utenfor institusjon. Målet er å endre kodeverket på en måte som gjør det mulig å følge pasientforløp fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste.

8.6.3 Forskning og samfunnsøkonomiske analyser

Evalueringen av opptrappingsplanen pekte på at det er behov for å styrke forskningen på rehabiliteringsfeltet. Det ble også pekt på at det er et behov for å gjøre flere nytte-kostnadsanalyser av ulike pasientforløp og finne forskjellige løsninger for å fordele ansvar og oppgaver mellom kommuner, spesialisthelsetjenester og private institusjoner.¹¹⁴

Undersøkelsen viser at de sentrale aktørene på feltet er enige om at det er lite forskning på rehabilitering og andre analyser av nytte og effekt som gjelder rehabilitering.

Vi har spurt de regionale helseforetakene om hvor mange regionale midler som totalt sett ble brukt på forskning på rehabilitering i 2022. Det varierer om de regionale helseforetakene har sett det som mulig å identifisere forskningsmidler tildelt rehabilitering. I Helse Vest RHF er det for 2022 tildelt i overkant av fem millioner kroner i regionale forskningsmidler til prosjekter der rehabilitering er klassifisert som ett av flere fagområder. Helse Nord RHF opplyser at det i 2022 ble tildelt tre millioner kroner til forskning på rehabilitering.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF opplyser at det er vanskelig å si hvor mye som er brukt på forskning på rehabilitering, fordi bevilgningene ikke er kategorisert etter fagområder. Helse Midt-

¹¹³ [Rehabiliteringsregisteret - Helsedirektoratet](#)

¹¹⁴ KPMG (2020) *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*

Norge RHF opplyser ellers at det ble satt av egne midler til en forsknings- og utviklingsenhet for Arbeid og Helse i Midt-Norge fra 2017, og at det er to pågående doktorgradsstipender som har rehabilitering i sin prosjektittel.

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF viser også til at de har etablert regionale kompetansetjenester for rehabilitering. De opplyser i intervju at forskning og fagutvikling er sentrale arbeidsområder for kompetansetjenestene.

De regionale helseforetakene viser til at rehabilitering tradisjonelt er et forskningssvakt felt. Til sammen peker de på en rekke faktorer som er med på å forklare dette:

- Det er vanskelig å gjennomføre solide studier på rehabiliteringsfeltet, der det er færre biomarkører¹¹⁵ og mer måling av «mykere» utfallsmål som livskvalitet.
- Rehabilitering er et vidt felt med en rekke profesjoner og pasientgrupper.
- Rehabilitering vurderes som et «ungt» forskningsfelt, med relativt få faglige drivkrefter som har løftet kunnskapsfronten.
- Rehabilitering har lavere status enn mange andre fagfelt.

De regionale helseforetakene opplyser i intervju at de ønsker å kjøpe tjenester hvor det er dokumentert en nytteeffekt av spesialisert rehabilitering. Dette er imidlertid krevende å få til i og med at kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt.

Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at det er utfordrende å kjøpe spesialiserte rehabiliteringstjenester som er dokumentert effektive. Dette skyldes først og fremst at det er flere områder innenfor rehabilitering hvor det er gjort lite forskning på effekt/virkning og samfunnsøkonomisk nytte. Flere peker på at CFS/ME¹¹⁶ som eksempel på en pasientgruppe som ikke har dokumentert effekt av det rehabiliteringstilbudet som gis i dag. Ifølge Helse Midt-Norge RHF kan helseregionen ha for stort rehabiliteringstilbud for enkelte pasientgrupper vurdert ut fra en nytte-kostnadsanalyse, mens tilbudet til andre pasientgrupper kan være for lite.

Heller ikke kommunene er særlig involvert i forskning. Over 70 prosent av kommunene oppgir i spørreundersøkelse at de ikke har medvirket til forskningsprosjekter innen rehabilitering i løpet av de siste fem årene. Blant de små kommunene har kun 4 prosent medvirket til slik forskning.

Helsedirektoratet har tatt til orde for at det forskningsmidler som er øremerket habilitering og rehabilitering, bør gjøres tilgjengelig. Direktoratet mener dette er spesielt viktig i sammenhenger der utfordringene kjennetegnes av et behov for at en rekke aktører må samarbeide om å yte tjenesten, og der forskjellige sektorer må samordnes.¹¹⁷

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ikke har jobbet særskilt med forskning på og samfunnsøkonomiske analyser av rehabiliteringsfeltet. Den siste samfunnsøkonomiske analysen departementet kjenner til, er rapporten som kom i 2020 fra Oslo Economics på oppdrag fra Spekter.¹¹⁸ Når det gjelder forskning på rehabilitering, viser departementet til Forskningsrådets frie midler og til at departementet ikke styrer over disse. Det er kjent at det på helseområdet er lite forskning på kommunale tjenester sammenlignet med spesialisthelsetjenester. Departementet er kjent med at det begynner å komme mer forskning på tilgrensende områder, som fysioterapi, der dataene kommer fra kommunene. Departementet ønsker mer forskning på kommunenes helse- og omsorgstjenester generelt, og ikke nødvendigvis rehabilitering for seg.

¹¹⁵ Ifølge Store norske leksikon er biomarkører «stoffer eller molekyler som kan måles eller påvises i en kropp eller celle, og som forteller noe om en underliggende tilstand».

¹¹⁶ Kronisk utmattelsessyndrom / myalgisk encefalopati.

¹¹⁷ Notat deloppdrag 2 i Tildelingsbrev TB2023–62 Rehabilitering, habilitering og mestring, 12. januar 2023.

¹¹⁸ Oslo Economics. (2020). *Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering* (utredning for Spekter).

9 Konsekvenser av mangelfullt rehabiliteringstilbud

I dette kapittelet beskriver vi hvilke konsekvenser det har for pasientene når de ikke får den rehabiliteringen de har behov for. Til slutt går vi kort inn på hvilke konsekvenser manglende eller mangelfull rehabilitering har for kommunene og helseforetakene samt for dem som jobber med rehabilitering i helsetjenesten.

Relevante føringer:

- Norge har sluttet seg til FNs bærekraftsmål nummer 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

Oppsummering av funn


- Manglende og mangelfull rehabilitering får konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.
- Nesten 90 prosent av kommunene har opplevd økt belastning på andre kommunale tjenester som følge av mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet.

9.1 Konsekvenser for pasientene

Svakhetene i rehabiliteringstilbudet som er beskrevet i kapitlene 5-8, påvirker den enkelte pasient. Undersøkelsens gruppeintervjuer med pasienter viser at mangelfulle tjenester får en rekke negative konsekvenser. Konsekvensene knytter seg til deres helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.¹¹⁹

Alle pasientene opplever at de mottar mangelfull rehabilitering, og det er noen pasienter som opplyser at de ikke mottar rehabilitering i det hele tatt. De beskriver i gruppeintervjuet hvordan dette setter dem tilbake både fysisk og kognitivt/psykisk.

De merker dette fysisk ved for eksempel at de får rygg- og hofteplager, ved at en arm fortsatt er lite bevegelig eller ved utfordringer med balanse. De beskriver hvordan det er å leve med smerter og fysiske begrensninger. De forteller om en hverdag med et begrenset energinivå, og en sier det slik:



Jeg har vært heldig og har relativt små plager, men til tross for dette må jeg hele tiden tenke på energinivået og fordele kreftene på de nødvendige aktivitetene.

Jeg ser for meg hverdagen som et energiregnestykke.

Når det gjelder de kognitive og psykiske utfordringene er det mange av pasientene som i gruppeintervjuene etterlyser hjelp. Det er mange som har store utfordringer med hukommelsen, og som etterlyser teknikker for å håndtere dette. Hos en av pasientgruppene vi har hatt samtale med, de som har hatt slag, får om lag en tredjedel depresjon.¹²⁰ Til tross for dette har ingen av pasientene i gruppen opplevd at hjelpeapparatet tilbyr hjelp rettet mot deres psykiske utfordringer. Det er flere som i samtalene forteller om selvmordstanker.

¹¹⁹ De tre gruppeintervjuene ble gjennomført med personer som har eller har hatt hjerneslag, multipel sklerose eller revmatisme.

¹²⁰ Det går fram av *Nasjonal faglig retningslinje for slag* at depresjon forekommer hos 20-40 prosent av pasienter som er rammet av hjerneslag.

Det er flere som trekker fram at de også savner et tilbud som er rettet mot læring og mestring. Ett formål med læring og mestring er å få informasjon til å håndtere sykdom og helseforandringer, og de vi har snakket med er enige om at de trenger hjelp til å mestre livet bedre med skade og/eller sykdom. Det trekkes i samtaleene også fram at pasienten må ha nok kunnskap om sin egen helse til å gjennomføre egentrening på en slik måte at den har helsegevinst og skaper overskudd. En pasient beskriver det slik:

Jeg kan gjøre egentrening, men vet ikke om det jeg gjør er riktig, eller om treningen vil føre til at jeg får mer vondt.



Noen pasienter trekker fram at valg av tidspunkt er viktig hvis når tjenesteapparatet skal tilby psykolog eller læring og mestring. Ifølge pasientene er det viktig at tilbudet ikke kommer for tidlig i forløpet, men at det blir tilbudt når situasjonen begynner å normalisere seg og pasienten begynner å forstå hvilke utfordringer hen faktisk har. Det er flere som i samtaleene tar opp at det er vanskelig å finne informasjon om læring og mestring.

Deltakerne peker også på at manglende rehabilitering påvirker arbeidsevnen. De som har erfaring med å være ute av arbeidslivet i kortere eller lengre perioder på grunn av helsen, mener de kunne kommet seg tilbake tidligere om de fikk mer rehabilitering. En av deltakerne fortalte om en erfaring hen hadde da hen ville komme seg tilbake i jobb igjen:

Jeg har akkurat hatt dialogmøte med Nav. Der ble "hva skal til for å få deg i jobb igjen?" et tema. Men det vet ikke jeg, for jeg har ikke hatt noen rehabilitering!

Jeg har ikke kunnskapen om hva jeg egentlig trenger av rehabilitering, og hva skal jeg gjøre da?



Det å være i arbeid blir av deltakerne i gruppeintervjuene trukket fram som svært positivt, men alle formidler at det er strevsomt å stå i arbeid når helsetilstanden er redusert. Det er flere som forteller at de var lei seg og gråt den dagen de ble uføre.

Noen av deltakerne i gruppeintervjuene var også opptatt av at mangelfull rehabilitering får konsekvenser for familielivet og fritiden. De opplever at de har et funksjonsnivå som ikke er så godt som det kunne vært. Dette gjør at familiemedlemmer må være mer til hjelp enn det som er rimelig å forvente. Noen hadde også hatt samlivsproblemer fordi det var vanskelig å ha en balansert relasjon når den ene får en hjelperolle overfor den andre. Det er også eksempler på at fritid og vennskap kan bli påvirket:



Jeg hadde god nytte av et tilbud kommunen hadde før, men det er lagt ned. Jeg trenger jevnlig rehabilitering for å "styrke meg", men det er ingen tilbud for sånne som meg i kommunen nå. Dette påvirker fritiden også, i den forstand at jeg kvier meg for å gjøre ting sammen med venner som inneholder fysisk påkjenning. Jeg er avhengig av at mannen min er med på mye, sånn at jeg kan få hjelp om jeg trenger det.

Noen av pasientene har fått avslag på søknad om opphold på privat rehabiliteringsinstitusjon fordi regional vurderingsenhet forventer at pasienten skal få et tilbud i kommunen. Disse pasientene opplever på sin side at det kommunale rehabiliteringstilbudet ikke finnes.

Noen av pasientene har fått rehabilitering gjennom et privat institusjonsopphold, men har opplevd at det kommunale rehabiliteringstilbudet i etterkant har vært svært begrenset. Det har ført til at pasientenes funksjonsnivå har blitt redusert etter at institusjonsoppholdet er over.

En gjennomgående erfaring er også at det er vanskelig å orientere seg i rehabiliteringstjenestene. Deltakerne i gruppeintervjuene trekker fram at de har behov for rehabiliteringstjenester, men at de ikke vet hvordan de skal gå fram for å få hjelp. Ifølge deltakerne mangler fastlegen oversikt over de ulike tilbudene, og de må selv ta ansvar for å få oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes. Dette opplever pasientene som en stor belastning som skaper bekymring. En av deltakerne beskriver det slik:

Det å ha et rehabiliteringsbehov som ikke blir dekket, går helt klart utover psyken.

Vi må finne ut alt selv, og det er veldig krevende.

Vi er helt alene.



Flere aktører trekker fram at det mangler informasjon om rehabiliteringstjenester. Pasient- og brukerombudene har omtalt rehabilitering som «de hemmelige tjenestene». Det går fram av intervju med regional vurderingsenhet i Helse Sør-Øst at helseforetakene har liten interesse av å beskrive hvilke rehabiliteringstjenester de har, fordi de har mye å gjøre og ikke ser behovet for å øke etterspørselen. Mange rehabiliteringstilbud er derfor ikke synlige på nettsidene.

Eksempel på kommunal variasjon i tilbud

En av deltakerne i gruppeintervju hadde erfaring med å flytte mellom to kommuner i ulike landsdeler. I kommunen hen bodde først, hadde hen en individuell plan og ble fulgt opp av et tverrfaglig team. Hen fikk et bredt tjenestetilbud og opplevde at hen var involvert i en målrettet prosess. Da hen flyttet til en annen kant av landet, ble det store endringer. Hen fikk ikke en individuell plan eller noen av de samme tjenestene.

Samtalen med de ansatte i kommunene bekrefter pasientenes erfaringer med kommunale rehabiliteringstjenester. Ansatte i alle de tre kommunene vi har besøkt viser til at det er tilfeldigheter og ikke pasientenes behov som er styrende for tilbudet som blir gitt, og at tilbudet ikke er tverrfaglig. De ansatte uttrykker tydelig at pasientene dermed ikke får den funksjonsforbedringen som de har mulighet til, og at de dermed blir mer hjelpetrengende enn de ellers kunne vært. Dette gir mindre livskvalitet for både pasienten og de pårørende.

Pasient- og brukerombudet har erfart at pasienter som selv etterspør rehabilitering, får det. Rehabilitering blir derfor en mulighet fordi pasienten eller pårørende gjør en egeninnsats, og ikke fordi tjenesten tilbyr det. I intervjuene med de ansatte kommer det også fram at de pårørende må stille opp mer når kommunen ikke evner å gi nok tjenester. Dette fører igjen til slitne pårørende. Samtidig peker flere ansatte på at pasienter uten pårørende som taler deres sak, ofte får færre tjenester enn andre.

Også de ansatte i helseforetakene beskriver både manglende rehabilitering, rehabilitering i mindre omfang enn behovet tilsier og rehabilitering som ikke gis til riktig tid. Samtalene med de ansatte i helseforetakene viser at det går ut over pasientene at det ikke er deres behov som styrer om de får rehabilitering. Det som avgjør om en pasient får et tilbud eller ikke er i stor grad hvilken diagnose pasienten har, hvilken kommune hen bor i, og hvor mye kapasitet sykehuset har. De ansatte mener at det blir for tilfeldig hvem som får rehabilitering, og at det gir pasientene lite forutsigbarhet. Oppsummert mener de ansatte at mange flere burde fått rehabilitering enn det som er tilfellet i dag.

Som det går fram av kapittel 7, er det manglende dialog mellom helseforetak og kommune når pasientene skrives ut fra sykehus, og dette resulterer blant annet i uforutsigbare rehabiliteringsprosesser for pasientene. Pasienten har under oppholdet på sykehuset fått informasjon om hva sykehuset mener skal inngå i pasientens rehabiliteringsprosess. Det er likevel ikke sikkert at kommunen har dette tilbudet eller er enig i sykehusets vurdering av at dette er den beste rehabiliteringsprosessen. Når kommunehelsetjenesten og sykehuset ikke er enige om hva som er det beste tilbudet for pasienten, oppstår en situasjon som er uoversiktlig for pasienten og som skaper usikkerhet.

9.2 Konsekvenser for kommuner og helseforetak

Nesten 90 prosent av kommunene har opplevd økt belastning på andre kommunale tjenester som følge av mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet. Det er i overkant av 65 prosent av kommunene som opplever at behovet for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten har økt som følge av mangler i rehabiliteringstilbudet.¹²¹ Mer enn halvparten av kommunene har fått flere beboere på sykehjem som følge av disse manglene.

Samtalene med de ansatte ved det ene helseforetaket viser at pasienter blir liggende lenger på akutteneheten enn de har behov for, fordi det mangler rehabiliteringsplasser. Fordi akutteneheten ikke har den rehabiliteringskompetansen som pasientene har behov for, blir ikke behandlingen effektiv.

De to helseforetakene der det er gjennomført kvalitative intervjuer, er i brev bedt om å svare på hva konsekvensene er av de utfordringene de har på rehabiliteringsfeltet. Det ene helseforetaket svarer at helseforetaket i stor grad er avhengig av andre tjenesteytere, som andre helseforetak i og utenfor egen region og private rehabiliteringsalternativ. Helseforetaket opplyser at dette antas å gi høyere utgifter enn om tilbudet ble gitt av eget helseforetak. Det andre helseforetaket opplyser at det både er avhengig av de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med det regionale helseforetaket, og av å ha et tett og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Svakhetene i rehabiliteringstilbudet går også ut over de ansatte som jobber i tjenestene. Det går fram at frustrasjon er en vanlig følelse blant ansatte både i kommuner og i helseforetak. Frustrasjonen oppstår fordi de ansatte ikke får gitt så god rehabilitering som de mener pasientene har behov for. Det er noen ansatte som har sagt fra om dette til ledelsen, men de opplever å ikke bli hørt. En ansatt formulerer frustrasjonen slik:

¹²¹ Dette gjelder særlig blant de store kommunene (83 prosent).



Vi føler at vi brøler ut i det store intet!

På kommunalt nivå er det en frustrasjon over at kommunene ikke har etablert en systematikk i arbeidet med rehabilitering og fordi de ansatte ikke har mulighet til å jobbe tverrfaglig, som de ansatte mener er rehabiliteringens utgangspunkt. De ansatte er frustrert over å jobbe alene og ikke mot felles mål. Det er flere som i samtalen trekker fram at de opplever at de ikke gir behandling med god kvalitet, og at de ikke kan stå inne for det arbeidet de gjør.

Ansatte på kommunalt nivå beskriver en opplevelse av at de kommer til kort. En ansatt illustrerer dette med å si «jeg har evig dårlig samvittighet», mens en annen forteller det slik:

Mye av jobben min handler om brannslukking.



På ledelsesnivå i ett helseforetak blir det trukket fram at det er tøft å stå i kampen om ressursene, og de ansatte trekker fram at de har så lite tid at blant annet faglig utvikling blir nedprioritert. Derfor opplever de ansatte at det er vanskelig å holde seg oppdatert på ny metodikk og kunnskap.

Som tidligere nevnt fører manglende dialog mellom helseforetak og kommune ved utskrivningen av pasienter til uforutsigbare rehabiliteringsprosesser for pasientene. I tillegg forteller de kommunalt ansatte at de opplever at de sitter igjen med «svarteper» i en slik situasjon. Når sykehusene har skapt forventninger hos pasientene som kommunene ikke er enig i eller i stand til å innfri, blir pasientene usikre. I neste omgang må da kommunehelsetjenesten bruke tid og ressurser på å berolige pasientene om at det tilbudet de gir, er godt. Den manglende dialogen kan også føre til at ansatte i kommunene mister troen på samarbeidet med helseforetakene, og til at de sykehusansatte blir oppfattet mer som en motspiller enn som en samarbeidspart.

10 Vurderinger

De svakhetene i rehabiliteringstjenestene som undersøkelsen viser, får store konsekvenser for pasientene. Det går ut over deres helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

Undersøkelsen viser at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for. Dette handler både om at noen pasienter ikke får rehabiliteringstjenester i det hele tatt, og om at andre ikke mottar de rehabiliteringstjenestene de har behov for.

Undersøkelsen viser videre at pasientene ikke har forutsigbare pasientforløp. Det skyldes blant annet at spesialisthelsetjenesten og kommunene ikke har nok kunnskap om hverandres tjenestetilbud og dermed ikke kan gi pasientene informasjon om hva som skjer videre når en pasient overføres mellom nivåene.

Rehabilitering er et felt der det over tid har vært geografisk variasjon, både på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenestnivå. Variasjonen består av både hvor mye rehabilitering pasientene får, og hvilke typer rehabiliteringstjenester de får. Hvor en pasient bor, blir dermed viktig for hvilket tilbud han eller hun får.

Rehabiliteringsområdet er preget av lite data. Det mangler data både om omfang, innhold og effekt. Lite data gjør at det er begrenset kunnskap om hva som virker, noe som i neste omgang fører til usikre beslutninger om hvordan samfunnet får mest igjen for ressursene.

Undersøkelsen viser videre at rehabilitering er et felt som ofte taper når ledelsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal prioritere. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke en overordnet strategi og målsettinger for feltet som et grunnlag for sin nasjonale styring. Evalueringen av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering dokumenterte allerede i 2020 helt grunnleggende svakheter på feltet. Helse- og omsorgsdepartementet bemerker at departementet har fulgt opp sentrale tiltak fra evalueringen som nevnt over, men at dette er prosesser som tar tid. Etter vår vurdering har departementet i for liten grad sørget for tiltak som skal bedre situasjonen.

10.1 Mange kommuner har ikke et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud

Kommunene skal sørge for at innbyggere som har behov for rehabilitering, får det. For å imøtekomme innbyggernes samlede behov for rehabilitering må kommunene ha et vidt spekter av kompetanse og et differensiert tjenestetilbud. Pasienter med behov for rehabilitering er en svært lite ensartet gruppe. Den består både av pasienter med kroniske lidelser og av pasienter som har blitt utsatt for akutte hendelser som for eksempel bilulykker eller et slag.

Undersøkelsen viser at færre enn 15 prosent av kommunene har tilgjengelig all den kompetansen som de etter helse- og omsorgstjenesteloven skal ha for pasienter med behov for rehabilitering: lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg anbefaler Helsedirektoratet at kommunene også bør ha sosionomer, vernepleiere, logoped, audio- og synspedagog og kompetanse på ernæring. Undersøkelsen viser at ingen av kommunene i Norge har all kompetansen som de er anbefalt å ha tilgjengelig for sine innbyggere. Etter vår vurdering er det bekymringsfullt at mer enn 85 prosent av kommunene mangler lovpålagt rehabiliteringskompetanse.

Undersøkelsen viser videre at det er store forskjeller når det gjelder i hvilken grad kommunene har et differensiert rehabiliteringstilbud. Personer med behov for rehabilitering kan ha svært ulike utfordringer og veldig ulike behov, og derfor må kommunens tilbud være innrettet og dimensjonert slik at det i størst mulig grad dekker behovet til hele bredden av pasient- og brukergrupper. De kommunale rehabiliteringstjenestene skal dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene har både et døgntilbud og tilbud i brukeres hjem. Videre bør personer med behov for rehabilitering ha tilgang til et lærings- og mestringstilbud, tverrfaglig metodikk og fysioterapeut. Undersøkelsen viser imidlertid at kun hver fjerde kommune har alle disse tjenestene, noe som betyr at det er mange kommuner som har et begrenset repertoar av tiltak å tilby sine innbyggere.

Som det går fram av undersøkelsen, finnes det lite forskning på hva som gir effekt på rehabiliteringsfeltet, men det er slått fast at pasienter som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, økte funksjonsevnen med nær det dobbelte på halvparten av tiden sammenlignet med pasienter med korttidsplass på sykehjem. Forskningen viser også at pasientene som var på rehabiliteringsinstitusjon, hadde mindre behov for tjenester etter oppholdet. Vår undersøkelse viser at over 40 prosent av kommunene ikke tilbyr døgnbasert rehabilitering i egen rehabiliteringsinstitusjon eller egen avdeling. Dette vil si at mange pasienter i dag ikke oppnår den funksjonsevnen de har potensial til, og at antallet liggedager er høyere enn nødvendig.

For å finne ut hva slags rehabilitering den enkelte pasient har behov for, må kommunene ha et system for tverrfaglig utredning og kartlegging. Siden mange kommuner ikke har den anbefalte bredden i kompetanse, er det ikke overraskende at en tredjedel av kommunene også mangler tverrfaglig team innenfor rehabilitering. Når mange kommuner ikke jobber tverrfaglig og systematisk fordi de mangler et bredt spekter av tjenester og kompetanse, er det etter vår vurdering sannsynlig at mange pasienter ikke får de tjenestene de har behov for. En konsekvens av at mange ikke får tilstrekkelig hjelp til å forbedre sin funksjons- og mestringsevne er at de ikke kan delta i arbeids- og samfunnsliv på den måten de har/hadde potensial til.

For at kommunene skal kunne sikre at de har de tjenestene og den kompetansen de har behov for, må de ha oversikt over innbyggernes behov for rehabilitering. Undersøkelsen viser at over 20 prosent av kommunene ikke har en slik oversikt, og at nesten 30 prosent av kommunene mangler en plan som inkluderer rehabilitering. En slik plan kan også være til hjelp i arbeidet med å sikre god kvalitet i tjenestene.

Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Virksomhetene kan innhente informasjon om tjenestene på flere ulike måter, men evalueringer er en sentral informasjonskilde i forbedringsarbeidet. Undersøkelsen viser imidlertid at bare to av tre kommuner har evaluert hele eller deler av rehabiliteringstilbudet sitt i løpet av de siste fem årene.

I arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet er også brukermedvirkning viktig. Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og bruke disse erfaringene i forbedringsarbeidet. Undersøkelsen viser at drøye 70 prosent av kommunene ikke har et system for tilbakemelding fra den enkelte pasient etter avsluttet rehabilitering, og at nesten like mange ikke gjennomfører jevnlig brukerundersøkelser blant sine pasienter. Over 40 prosent av kommunene benytter ingen av de vanligste metodene for å innhente brukererfaringer, som blant annet brukerundersøkelser eller å be om tilbakemeldinger fra den enkelte pasient etter avsluttet rehabilitering. Mange kommuner går dermed glipp av verdifull informasjon til kommunens arbeid med å sikre god kvalitet i tjenestene når de verken evaluerer tjenestetilbudet sitt eller innhenter erfaringer fra pasientene og deres pårørende. Etter vår vurdering er det ikke usannsynlig at pasientene i disse kommunene mottar tjenester med lavere kvalitet og/eller i et mindre omfang enn om det brukernære forbedringsarbeidet ble vektlagt i større grad.

Vellykket rehabilitering kan sette den enkelte i stand til å få et bedre liv og bidra til samfunnsøkonomien gjennom større arbeidsevne og reduserte behov for andre tjenester. Samtidig viser undersøkelsen at 90 prosent av kommunene har opplevd økt belastning på de andre kommunale

tjenestene som følge av mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet. Gode rehabiliteringstjenester vil være viktige bidrag til helsetjenestens og velferdsstatens bærekraft i årene framover.

10.2 Tilbudet av spesialiserte rehabiliteringstjenester er ikke geografisk likeverdig

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Antallet rehabiliteringspasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten, er høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Innbyggere i Nord-Trøndelag fikk i 2021 tre ganger så mye spesialisert rehabilitering som innbyggerne i Stavangerområdet. Undersøkelsen viser at det har vært store forskjeller over lang tid.

Undersøkelsen viser videre at helseforetakenes tilbud om spesialisert rehabilitering varierer. Det varierer

- om helseforetakene har avsatt egne døgnplasser til rehabilitering
- om de avsatte døgnplassene til rehabilitering er diagnoseavhengige eller diagnoseuavhengige
- om det tilbys rehabilitering i poliklinikk
- i hvilken grad de bruker ambulant rehabilitering

Undersøkelsen viser også at ikke alle pasientgrupper får dekket sitt behov for spesialisert rehabilitering. Hvilke grupper som mangler tilbud, varierer imidlertid mellom regioner og sykehus.

God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom – det handler også om hvordan pasienten håndterer hverdagen. Helseforetakene skal, i likhet med kommunene, ha et tilbud om læring og mestring. Bare 13 av 18 koordinerende enheter på helseforetaksnivå mener at læring og mestring er en integrert del av rehabiliteringstilbudet i helseforetaket. Når flere helseforetak ikke har innarbeidet læring og mestring i rehabiliteringstilbudet, kan det gå ut over pasientenes mulighet til å bedre livskvaliteten sin.

Det varierer også mellom de regionale helseforetakene hvor omfattende bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene er. Flertallet av de gjeldende avtalene med de private leverandørene ble dessuten inngått så langt tilbake som i 2015. Dette gjør at en del av tjenestene som kjøpes inn, ikke er i tråd med nyere kunnskap om hvilken behandling som gir best effekt.

Hvert regionale helseforetak har etablert egne enheter som vurderer henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Undersøkelsen viser at de regionale vurderingsenhetene har ulike mandater og ulik praksis for hvordan de vurderer henvisningene de mottar. En av de regionale vurderingsenhetene avviser for eksempel alle henvisninger om privat rehabilitering som kan ivaretas på kommunalt nivå, mens de andre regionale vurderingsenhetene opplyser at de kan gjøre vurderinger også av pasientene som kan ivaretas på kommunalt nivå.

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted. Selv om man kan regne med noe variasjon mellom de regionale helseforetakene, har ikke aktørene selv sannsynliggjort at forskjellene er betinget av ulikheter i befolkningens behov. Etter vår vurdering ser det heller ut til å være slik at pasientene bør ha en viss flaks med å ha akkurat de diagnosene og behovene som samsvarer med det som blir tilbudt.

De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Undersøkelsen viser at to av fire regionale helseforetak ikke har utarbeidet regionale planer for arbeidet med spesialiserte rehabiliteringstjenester. De regionale helseforetakene har heller ikke oversikt over egne helseforetaks samlede kapasitet til å gi rehabilitering.

Undersøkelsen viser også at de regionale helseforetakene gir få styringssignaler om rehabilitering til de underliggende helseforetakene. Etter vår vurdering er spesialisert rehabilitering et komplekst område med mange aktører som nettopp krever en overordnet samordning for at tjenestene til sammen skal bli gode.

10.3 Det er mangler i samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Flere av helseforetakene har mange kommuner i sitt opptaksområde, noe som krever god kjennskap til lokale forhold ved inngåelse og etterlevelse av avtalene. Flest har Sykehuset Innlandet HF som skal ha oversikt over og samarbeide med 42 kommuner. Gjennomgangene som Helsedirektoratet har gjort av samarbeidsavtalene i henholdsvis 2012 og 2023, viser at de fleste samarbeidsavtalene er skrevet på et overordnet nivå, og at de i liten grad omhandler arbeidet med rehabilitering. Til tross for at helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner, viser vår undersøkelse at nesten 40 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helsefelleskapene er det sentrale virkemiddelet for gode rehabiliteringstjenester framover. Samtidig vet vi at de regionale helseforetakene og de private leverandørene av rehabiliteringstjenester, som er sentrale aktører på feltet, ikke inngår i helsefelleskapenes faste samarbeidsstrukturer. Undersøkelsen viser at det er for tidlig å konkludere med hvordan helsefelleskapene virker inn på helseforetakenes og kommunenes arbeid med rehabilitering.

Kommunen skal ha en koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Om lag 55 prosent av de koordinerende enhetene i kommunene har tilstrekkelig kompetanse på rehabilitering, og bare i overkant av 40 prosent av dem har tilstrekkelig bemanning. Undersøkelsen viser videre at heller ikke alle helseforetakene har en koordinerende enhet som tilfredsstiller lovens krav. Tre av helseforetakene har i strid med loven ikke avsatt noen ressurser til arbeidet med koordinerende enhet.

Individuell plan og koordinator er virkemidler som er etablert for å bidra til koordinerte tjenester for den enkelte pasient. Flere undersøkelser har over flere år slått fast at disse lovfestede ordningene fungerer dårlig, og vår datainnsamling bekrefter at individuell plan og koordinator er lite brukt. Undersøkelsen viser dermed at de koordinerende virkemidlene fortsatt ikke blir prioritert av verken kommunene eller spesialisthelsetjenesten.

Over 20 prosent av kommunene mener det er vanskelig å få til godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringspasienter. Tilsvarende synes halvparten av de koordinerende enhetene i helseforetakene at det kan være utfordrende å få til godt samarbeid med alle kommunene i helseforetakets opptaksområde. Undersøkelsen viser dermed at dialogen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer etter intensjonen.

Når samarbeidsvirkemidlene ikke fungerer, er det viktig at kommunen og spesialisthelsetjenesten gir informasjon som setter pasientene i stand til å ivareta egne rettigheter. En gjennomgående erfaring pasientene i gruppeintervjuene hadde, var imidlertid at det er vanskelig å få informasjon om rehabiliteringstjenester. Mange av pasientene var i en sårbar situasjon. Hverdagen deres kan være preget av både fysiske og psykiske lidelser og plager, men likevel opplever pasientene at de selv må ta ansvaret for å få oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes. Etter vår vurdering er det ikke

tilfredsstillende at pasienter og pårørende selv må ta ansvar for å få oversikt over rehabiliteringstilbudet som er tilgjengelig.

10.4 Den nasjonale styringen mangler en overordnet strategi og målsettinger

Undersøkelsen viser at det er mange svakheter på rehabiliteringsfeltet, og at de skyldes organisering, kompetanse og ledelse på flere nivåer. Helse- og omsorgsdepartementet har satt få mål for rehabiliteringstjenestene. Det er heller ikke fastsatt en overordnet strategi eller plan som kan gi retning for arbeidet på tvers av aktører.

I etterkant av evalueringen av opptrappingsplanen (2017–2019) spilte Helsedirektoratet inn flere tiltak til Helse- og omsorgsdepartementet som skulle avhjelpe svakhetene. Av 13 tiltak som ble foreslått, har departementet valgt å gi direktoratet i oppdrag å jobbe videre med ett tiltak. Dette tiltaket handler om å forbedre dataregistrering og informasjon.

For å få helhetlige rehabiliteringstjenester kan pasienter være avhengig av tjenestetilbudet i kommune, av tjenestetilbudet i helseforetaket og av det tilbudet de regionale helseforetakene tilbyr gjennom avtaler med private leverandører. Undersøkelsen viser imidlertid at ansvarsfordelingen på feltet er uklar. Over tid har det vært et mål at kommunene skal ta større ansvar for rehabiliteringstjenestene, men blant annet rapporteringen fra statsforvalterne viser at kommunene ikke har bygd opp sine tjenester tilstrekkelig. Dette gjør at pasientene ikke kan få et tilbud på lavest effektive omsorgsnivå. De regionale helseforetakene opplever også uklare styringssignaler fra departementet om arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og dette påvirker deres evne til å dimensjonere sine tjenester.

Det er lite data om rehabiliteringstjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser at det finnes lite registerdata, få kvalitetsindikatorer og begrenset med forskning på feltet. Dermed mangler det også kunnskap om effekten av behandlingen som den enkelte mottar, og analyser som kan bidra til at rehabiliteringstjenestene organiseres mest mulig hensiktsmessig, og at ressursene utnyttes så effektivt som mulig, til beste for pasientene. Når Helse- og omsorgsdepartementet heller ikke har fastsatt en konkret plan for når eller hvordan den nødvendige kunnskapen skal komme på plass, er det lite sannsynlig at disse svakhetene vil kunne utbedres i overskuelig framtid.

En pasient kan ha behov for bistand fra mange ulike yrkesgrupper og tjenester i en rehabiliteringsprosess. Ett av de overordnede prinsippene for rehabilitering er at tjenestene skal tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig ut fra pasientens behov. Denne undersøkelsen viser at dette ikke skjer i praksis. Mange av de samme svakhetene ble beskrevet i Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering som ble offentliggjort i 2012. Vi mener at Helse- og omsorgsdepartementet burde gjort mer for å legge til rette for å utvikle rehabiliteringsfeltet.

11 Referanseliste

Lover

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Kommuneleken. (2018). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-22-83>

Forskrifter

- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. (2011). (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. (2017). (FOR-2017-09-01-1334). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2017-09-01-1334>
- Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. (2022). (FOR-2022-06-22-1110). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2022-06-22-1110>

Reglement

- Finansdepartementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten*. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 20. desember 2022. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Finansdepartementet. (2003). *Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 20. desember 2022. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Innstillinger

- Helse- og omsorgskomiteen. (2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (Innst. 424 L (2010–2011)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Kommunal- og forvaltningskomiteen. (2012). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel* (Innst. 270 S (2011–2012)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Kontroll- og konstitusjonskomiteen. (2012). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* (Innst. 295 S (2011–2012)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg* (Innst. 477 S (2012–2013)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2015). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Innst. 40 S (2015–2016)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>

- Kontroll- og konstitusjonskomiteen. (2016). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget* (Innst. 168 S (2015–2016)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014* (Innst. 217 S (2015–2016)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2020, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)* (Innst. 11 S (2019–2020)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2021, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) og Redegjørelse gitt av helse- og omsorgsministeren i Stortingets møte den 13. oktober 2020 om status for arbeidet med koronapandemien* (Innst. 11 S (2020–2021)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om lovfestet krav om logoped i kommunene, slik at alle får den språkhjelpen de trenger* (Innst. 236 L (2020–2021)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å sikre likeverdige og gode rehabiliteringstjenester i hele landet* (Innst. 271 S (2020–2021)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)* (Innst. 581 L (2020–2021)). Hentet fra <https://www.stortinget.no>

Proposisjoner

- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om lov om spesialisthelsetjenesten mm.* (Ot.prp. nr. 10 (1998–1999)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal helseplan 2007–2010*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjonal_helseplan_særtrykk.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (Prop. 91 L (2010–2011)). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019*. Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2018* (Prop. 1 S (2017–2018)). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Kunnskapsdepartementet. (2021). *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)* (Prop. 100 L (2020–2021)). Hentet fra <https://regjeringen.no>

Meldinger

- Kommunal- og regionaldepartementet. (2012). *Stat og kommune – styring og samspel* (Meld. St. 12 (2011–2012)). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremitidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* (Meld. St. 12 (2015–2016)). Hentet fra <https://regjeringen.no>

Riksrevisjonsrapporter

- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* (Dokument 3:11 (2011–2012)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no>

Resolusjon

- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (2030-agendaen). A/RES/70/01. Hentet fra <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf?ref=truth11.com>

Strategier, veiledere, nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og rundskriv

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... *Og bedre skal det bli: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (IS 1162). Hentet fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2017, 21. desember). *Hjerneslag. Kapittel 4.1: Organisering av slagrehabilitering*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/organisering-av-slagrehabilitering#hoyspesialisert-dognbasert-rehabilitering-ved-sjeldne-og-spesielt-kompliserte-funksjonsutfall>
- Helsedirektoratet. (2017, 21. desember). *Hjerneslag. Kapittel 4.7: Depresjon og emosjonell labilitet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/depresjon-og-emosjonell-labilitet#tiltak-ved-depresjon-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2018, 16. august). *Prioriteringsveileder Fysikalsk medisin og rehabilitering*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2018, 29. oktober). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019, 11. februar). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2020, 3. august). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2021). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-8 – fysioterapi*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-8-fysioterapi>

Styringsdokumenter

- Helse Midt-Norge. (2017). *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester – avtaler gjeldende fra 2018, Behovsvurdering*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Hentet fra <https://regjeringen.no>

- Helse- og omsorgsdepartementet. Referat fra foretaksmøter for årene 2021 til 2023.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022*. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Tillegg til tildelingsbrev til Helsedirektoratet (TTB2022-5). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Tillegg til tildelingsbrev til Helsedirektoratet (TTB2022-35). Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023*. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Oppdragsbrev til statsforvalterne.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Oppdragsbrev til statsforvalterne.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Oppdragsbrev til statsforvalterne.
- Helse Nord. (2021). Oppdragsdokument fra Helse Nord RHF til helseforetakene.
- Helse Nord. (2022). Oppdragsdokument fra Helse Nord RHF til helseforetakene.
- Helsedirektoratet. (2021, mai). Svar på oppfølgingsoppdrag – tiltak for videre styrking av habilitering og rehabilitering etter evalueringen.
- Helsedirektoratet. (2022, desember). Rapportering på oppdrag i tildelingsbrev – oppfølging av opptrappingsplan habilitering og rehabilitering.
- Helsedirektoratet. (2022, mars). Rapportering på oppdrag i TB2022-05 – oppfølging av evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.
- Helsedirektoratet. (2023, januar). Rapportering på deloppdrag 1). (Oppdrag TB2023-62)
- Helsedirektoratet. (2023, januar). Rapportering på deloppdrag 2) Oppfølging av evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. (Oppdrag TB2023-62)
- Helsedirektoratet. (2023, februar). Rapportering på deloppdrag 3). (Oppdrag TB2023-62)
- Helsedirektoratet. (2023, mars). Rapportering på deloppdrag 4) Utvikling av fysioterapitjenestene (Oppdrag TB2023-62).
- Helsedirektoratet. (2023, mars). Rapportering på deloppdrag 5) Helsedirektoratets innspill til omtale av Helsefremmende og forebyggende tjenester og innsats, lærings- og mestringsvirksomhet og tilbudet i kommunale frisklivssentraler i ny nasjonal helse og samhandlingsplan (Oppdrag TB 2023-62).
- Helsedirektoratet. (2023, mars). Rapportering på deloppdrag 6) Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene innen habilitering og rehabilitering (Oppdrag TB2023-62).
- Interregional rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. (2023, mai). Oppfølging av Oppdragsdokument 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområde for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.
- Årsrapport. (2022). Regional vurderingseining for rehabilitering, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus.
- Årsrapport. (2022). Regional vurderingsenhet for rehabilitering Helse Midt-Norge - RVE Midt. Regional koordinerende enhet Helse Midt-Norge – RKE Midt.
- Årsrapport. (2022). Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Helse Nord (RVE).
- Årsrapport. (2022). Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseregion nord.
- Årsrapport. (2022). Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst.
- Årsrapporter fra statsforvalterne for årene 2021 og 2022.

Fagbøker, fagartikler og rapporter

- SSB. (1998). *Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall*. Hentet fra <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115>

- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserede gruppintervjuer som undersøkingsmetode*. Studentlitteratur AB.
- Helsedirektoratet. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (rapport IS-1947). Oslo: Helsedirektoratet.
- Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M. (2012). Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(24): 2039–46.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.667193>
- Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Lysaker: Norges forskningsråd.
- Brandtzæg, B.A., Lunder, T.E., Aastvedt, A., Thorstensen, A., Groven, S. og Møller, G. (2019). *Utredning om små kommuner* (Telemarksforskning-rapport nr. 473). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/utredning-om-sma-kommuner/3455/>
- Helse Nord. (2019). *Rehabilitering i Nord-Norge, Rapport fra et prosjektarbeid for et liveverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge* (prosjektrapport). Helse Nord. Hentet fra <https://www.helse-nord.no/499f5f/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/rehabilitering-i-nord-norge---endelig-prosjektrapport.pdf>
- KPMG. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf/) /attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf
- Oslo Economics. (2020). *Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering* (utredning for Spekter) Hentet fra <https://www.spekter.no/getfile.php/133232-1643960650/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/Oslo%20Economics%3A%20Samfunns%3B%20konomisk%20verdi%20av%20rehabilitering%20282020%29.pdf>
- SKDE. (2020, 30. januar). *Rehabilitering etter hjerneslag* (SKDE-notat 30. januar 2020). Hentet fra <https://www.helse-nord.no/499f71/siteassets/dokumenter-og-blokker/skde/skde-notater/rehabilitering-etter-hjerneslag-skde-2020.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021* (rapport IS-3052). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2017-2021/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf/> /attachment/inline/f3f973f2-7a33-45c7-899b-3e17a9c7ea76:6542355b7785b60778f26b9a98b26d7221ee6f06/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf
- Helsedirektoratet. (2023, 31. januar). *Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant personer med demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-blant-personer-med-demens>
- NOU 2023:9. (2023). *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Brev/e-post

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 30. april). *Oppfølging – Dokument 3:11 (2011–2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 5.juni). *Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 5. juni 2018*. Vedlegg til Innst. 31 S (2018–2019). [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til helse- og omsorgskomiteen]

- Helse Midt-Norge. (2022, 22. november). *Innhenting av informasjon om fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF* [Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen med svar på oversendte spørsmål].
- Helse Nord. (2022, 16. november). *Innhenting av informasjon om fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering i Helse Nord RHF* [Brev fra Helse Nord RHF til Riksrevisjonen med svar på oversendte spørsmål].
- Helse Sør-Øst. (2022, 21. november). *Innhenting av informasjon om fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering i Helse Sør-Øst* [Brev fra Helse Sør-Øst RHF til Riksrevisjonen med svar på oversendte spørsmål].
- Helse Vest. (2022, 29. november). *Innhenting av informasjon om fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering i Helse Vest RHF* [Brev fra Helse Vest RHF til Riksrevisjonen med svar på oversendte spørsmål].
- Pasient- og brukerombudet. (2023, 6. mars). *Pasient- og brukerombudets erfaringer med rehabiliteringstjenester* [Brev fra Pasient- og brukerombudet til Riksrevisjonen].
- Helsedirektoratet. (2021, 4. mai). *Svar på oppfølgingsoppdrag – tiltak for videre styring av habilitering og rehabilitering etter evalueringen* [Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 24. november). *Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene – Hovedanalyserapport til kommentering* [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].

Internettisider

- Helsenorge. (2023, 21. mars). Habilitering og rehabilitering. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Mestring.no. (2023, 31. januar). Hva er læring og mestring. Hentet fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Hoelseth, Dag T., Lovdata. (2022, 29. juli). Lover i kraft 1. august 2022. Norsk Lovtidend. Hentet fra https://lovdata.no/artikkel/lover_i_kraft_1_august_2022/4062
- Mæhlum, S. (2020, 25. september). Rehabilitering. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/.versionview/1841956>
- WHO. (u.å.). *Rehabilitation*. Hentet 3. august 2023 fra <https://www.who.int/health-topics/rehabilitation>
- Helse Nord. (2023, 26. januar). Nye avtaler for rehabilitering og habilitering fra 2023. Hentet fra <https://www.helse-nord.no/nyheter/nye-avtaler-for-rehabilitering-og-habilitering-fra-2023>
- Helse Nord. (2023, 29. mars). Avlyser konkurranse om kjøp av habilitering- og rehabiliteringstjenester. Hentet fra <https://www.helse-nord.no/nyheter/avlyser-konkurranse-om-kjop-av-habilitering-og-rehabiliteringstjenester>
- Haugen, S.M. (2023, 3. oktober). Opptaksområder for spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://statisticsnorway.github.io/speshelse/#opptaksomrader-for-spesialisthelsetjenesten-somatikk>
- Helsedirektoratet. (2023, 13. januar). Rehabiliteringsregisteret. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/rehabiliteringsregisteret>

Annet

- Helsedirektoratet. (2022, 17. november). *Den lærende rehabiliteringstjenesten*. Presentasjon på Rehabiliteringskonferansen, Oslo Kongressenter.

- Helse Sør-Øst. (2023). *Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst. Høringsutkast 17. april 2023.*