



Rehabilitering i kommunene: Kapasitet og kompetanse i 187 kommuner og bydeler

Spørreundersøkelse i Helse Sør-Øst 2015

Innhold

Innhold

Innhold	2
Sammendrag	3
Forord	4
Kommuner og bydeler i Helse Sør-Øst	5
Praktisk metodikk	5
Kom forespørslene fram til rett sted?	6
Svarprosent i undersøkelsen	6
Kompetanse.....	7
Spørsmål: Hvilke yrkesgrupper finnes i kommunen – og hvem av dem deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering?.....	7
Spørsmål: «Ansatte i kommunen med ansvar for rehabilitering kommer til å ha behov for periodisk veiledning/opplæring fra noen i spesialisthelsetjenesten (sykehus)»	10
Spørsmål: Hvem vil få dekket behovet for rehabilitering i kommunens tilbud, uten innsats fra spesialisthelsetjenesten?	11
Spørsmål: Individuell Plan og Koordinator: Hvor mange prosent av IP planene og koordinatorene omhandler rehabilitering for voksne?.....	12
Kapasitet og dimensjonering.....	13
Rehabilitering i institusjon.....	14
Korttidsopphold i sykehjem med noe tverrfaglig utredning og trening - «rehab light» -antall plasser og antall opphold.....	15
Hvordan ligger dette an i forhold til IPLOS-tall?.....	16
Rehabilitering i hjemmet.....	17
Spørsmål: Rehabiliteringsteam	17
Spørsmål: Tverrfaglig samarbeid mellom fysio/ergo og hjemmesykepleie	19
Andre tiltak som kan inngå i et rehabiliteringsforløp.....	20
Frisklivssenter og LMS/pasientopplæring	20
Grupper med trening og undervisning	21
Variasjon i tilbudet – sammenligning med andre kilder	22
Kontaktinfo:.....	22

Sammendrag

187 kommuner i Helse Sør-Øst, og bydelene i Oslo, ble spurt om hva de har av kompetanse innen rehabilitering, og hvor stor kapasitet det er i ulike varianter av kommunal rehabilitering.

Rundt 50 prosent svarte, og svarene er representative for alle fylker i regionen, og alle kommuner, uavhengig av størrelse.

Kompetanse:

Uavhengig av kommunestørrelse er det stort sett lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleier som finnes i kommunens rehabiliteringstilbud. Logoped, sosionom, psykolog finnes unntaksvis. Ernæringsfysiolog, synspedagog, audiopedagog og nevropsykolog er helt fraværende.

Veiledning og opplæring fra spesialisthelsetjenesten oppleves som nødvendig innen de fleste pasientkategoriene, mens deler av tilbudet oppleves som godt ivaretatt med det kommunen har av kompetanse, spesielt hjerneslag, mild lungesykdom/KOLS, brudd/proteser og eldre med generelt funksjonstap.

Behovet for tilbud og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten oppleves størst innen alvorlig lungesykdom, hjertesykdom, sykkelig overvekt, hjerneskade med kognitive utfall, kreft og individer med spesielle utfordringer.

Kapasitet innen ulike typer kommunal rehabilitering:

- Kjennskap til tjenestedata og kapasitet i egen tjeneste mangler mange steder. Det later til å være dårligere oversikt over eget tilbud jo større kommunen er.
- Det er stor variasjon, og en tendens til at de ulike tilbudene IKKE er dimensjonert i forhold til folketallet. Det er dårligere tilbud jo større kommunene er, målt «per 1000 innbyggere».

Snitt (median) for alle kommuner kan gi en pekepinn hva som er typisk rehabiliteringstilbud:

- Rehabilitering i institusjon: 4 opphold i året per 1000 innbyggere, eller 0,4 rehabiliteringssenger per 1000
- Andre korttidsopphold med tverrfaglig oppfølging: 8 per 1000 innbyggere eller 0,6 slike korttidsplasser per 1000 innbyggere
- Rehabiliteringsteam i hjemmet: kapasitet til 2,5 brukere per 1000 innbyggere per år, eller ett team med tre ansatte per 20 000 innbyggere
- I tillegg kommer hverdagsrehabilitering og annet samarbeid innen hjemmetjenester med langt høyere kapasitet
- Lavterskeltilbud/friskliv: 20 per 1000 innbyggere

Disse tallene gjelder før opptrappingsplan for rehabilitering, som forventes å innebære en kraftig styrkning av kommunale rehabiliteringstilbud.

Forord

RKR – Regional kompetansetjeneste for rehabilitering - har tre rehabiliteringsnettverk, og i disse var det et sterkt ønske om å vite mer pålitelig hva som faktisk finnes av rehabilitering i regionen. Offentlig statistikk på rehabilitering i Norge er per 2015 svært mangelfull. Det var derfor ønskelig å få en oversikt over kapasitet og kompetanse i kommunal rehabilitering etter samhandlingsreformen, men før en eventuell opptrappingsplan. Før vi kunne sette i gang med arbeidet måtte vi ta stilling til noen grunnleggende spørsmål:

- Går det an å måle omfanget av rehabilitering i kommunene?
- Hva er rehabilitering, og hva legger de som svarer i kommunene i «rehabilitering»?
- Hvordan kan vi spørre på en måte som får fram hele bredden i tilbudet?

Spørsmål og svaralternativer ble utarbeidet i samarbeid med medlemmer av RKR's rehabiliteringsnettverk og sendt til erfarne kommunale fagpersoner i fem utvalgte kommuner for testing og innspill, og deretter endret i flere omganger basert på tilbakemeldingene.

Det var ønskelig å forsikre seg om at de som svarte fikk med hele bredden av tjenester, både koordinering ved hjelp av individuell plan, rehabiliteringsplasser i institusjon, rehabiliteringsteam, hjemmebasert innsats, hverdagsrehabilitering, men også enkelttiltak som lavterskel treningstilbud, læring og mestring og grupper i kommunal regi, i fysikalsk institutt og hos lokallag i brukerorganisasjoner. Man kan da satse på en lang innledende begrepsavklaring, eller lage spørsmål som fanger opp bredden. Valget falt på det siste.

Det ble derfor en ganske omfattende undersøkelse. Mange lot til å «falle av» underveis og svarte i mindre grad på spørsmålene mot slutten. Likevel kom mange og representative svar, og en del overraskelser åpenbarte seg, spesielt at de større kommunene har langt dårligere kapasitet enn de mellomstore og små kommunene.

Kommuner og bydeler i Helse Sør-Øst

Regionen har alle **kommunestørrelser**, fra 672 til 86000 innbyggere. Resultatene i denne undersøkelsen er inndelt i tre kategorier, tre ulike kommunestørrelser:

Små kommuner:

600 - 15 000 innbyggere - ca 600 000 bor i disse 122 kommunene

Mellomstore kommuner:

15 000 - 30 000 innbyggere - ca 600 000 bor i disse 29 kommunene

Store kommuner (utenom Oslo):

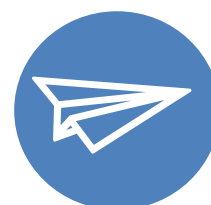
30 000 – 118 000 innbyggere - ca 900 000 bor i disse 17 kommunene

Oslo bydeler: Rundt 684 000 innbyggere

Det viste seg langt mer informativt å holde disse tre kommunetypene mot hverandre, enn å bare se på gjennomsnittsverdier og variasjon totalt.

Spørreundersøkelsen: Praktisk metodikk

- Epost sendt september 2015 til Koordinerende Enhet for rehabilitering i alle 187 kommuner i Helse Sør-Øst og bydelene i Oslo
- Link til nettbasert spørreundersøkelse (Enalyzer) med spørsmål om kapasitet og kompetanse innen rehabiliteringstilbud av alle slag
- Ba mottaker om å **videresende** til andre, siden mange av epostadressene gikk til kommunens postmottak. Mottaker ble også bedt om å finne rette svar i samarbeid med ansatte i kommunens fysio- og ergoterapitjeneste, og personer med adgang til IPLOS og andre tjenestedata for helse- og omsorgstjenester.



Kom forespørslene fram til rett sted?

E-postadressene var hentet fra en oversikt over alle koordinerende enheter på Helse Sør-Øst sin nettside, vel vitende om at mange av disse sikkert ikke var korrekte og oppdaterte.

25 ble returnert på teknisk grunnlag, det vil si at mailadressen ikke finnes.
Disse kommunene ble kontaktet direkte på telefon eller epost for å få rett adresse.

Mange var til postmottak i kommunen. Noen av disse avviser prinsipielt alle eksterne spørreundersøkelser. Andre strevde med å finne fram til egen «koordinerende enhet».

Noen svarte direkte at « det er ikke lenger meg som er koordinerende enhet».
Bare 6 av 187 kommuner hadde egen epostadresse med «koordinerende enhet» eller lignende, og bare to av disse seks besvarte undersøkelsen.

I mange av kommunene var tildelingskontor eller lignende saksbehandlingsenhet «koordinerende enhet». Disse strevde spesielt med å tallfeste rehabiliteringsvirksomhet, særlig de tjenestene som ikke krever kommunalt vedtak..

Første komplette besvarelse kom fra en bydel i Oslo, og var inne tre timer etter lansering.
Andre svarte først etter purring og noen runder med avklaring på enkeltspørsmål.

Totalt sett svarte rundt 50 prosent av kommunene, og halvparten av besvarelsene var komplette.

Svarprosent i undersøkelsen

- Hele Helse Sør-Øst var representert i svarene.

Mindre kommuner, under 15 000: **45 % svarte**

Mellomstore – 15 000-30 000 innbyggere: **46 % svarte**

Store kommuner/bydeler – over 30 000: **50 % svarte**

- Det bor 1,7 millioner innbyggere i kommunene som svarte.
- Minst 6 kommuner i hvert fylke/sykehusområde har svart, så hele regionen er med.

Stikkprøver i noen av kommunene som IKKE har svart, indikerer at de ikke skiller seg nevneverdig ut.

Her er resultatene fra de ulike delene av spørreundersøkelsen:

Kompetanse

Kompetanse kan oppfattes som hva slags fagpersoner man har tilgang til, og som hvilke kunnskapsområder de ansatte har, uavhengig av fagprofesjon.

Det ble spurt om begge deler.

Spørsmål: Hvilke yrkesgrupper finnes i kommunen – og hvem av dem deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering?

Bakgrunn:

Det er per 2015 lovpålagt for en kommune å ha lege og sykepleier, men ikke andre profesjoner som er nødvendige for rehabilitering. Kommunen må sikre sine innbyggere tilgang til de ulike fagpersonene i tverrfaglig rehabilitering, enten ved å ansette dem, eller ha avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter, fastleger, logoped, psykologer og andre som sikrer at de også deltar i rehabiliteringstilbudet. Finnes de ulike fagpersonene, og deltar de i rehabiliteringsarbeidet?

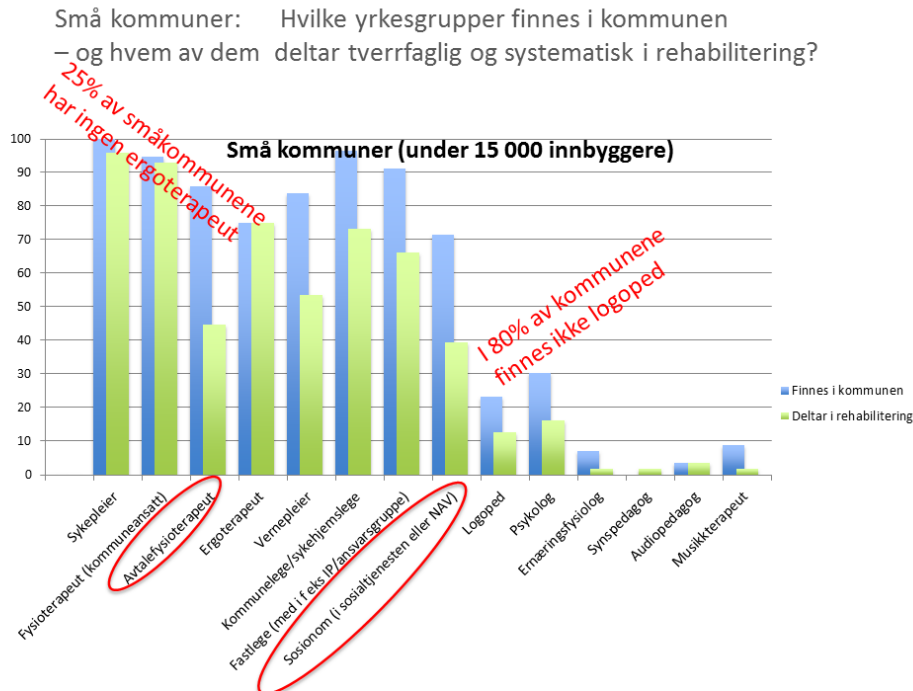
Respondentene fikk en lang, men ikke komplett liste over fagpersoner (for eksempel kunne også sexolog og nevropsykolog vært tatt med, men det er fortsatt ikke forventet at kommuner skal stille med all spesialisert kompetanse som finnes i spesialisthelsetjenesten).

Resultat:

	Finnes i kommunen ja/nei	Deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering
	Antall kommuner/bydeler som svarte «Ja»:	Antall kommuner/bydeler som svarte «Ja»:
Sykepleier	87	83
Fysioterapeut (kommuneansatt)	85	83
Avtalefysioterapeut	72	36
Ergoterapeut	75	72
Kommunelege/sykehjemslege	87	65
Fastlege (med i f eks IP/ansvarsgruppe)	80	55
Logoped	30	19
Psykolog	36	17
Sosionom (i sosialtjenesten eller NAV)	67	35
Ernæringsfysiolog	10	3
Synspedagog	3	2
Audiopedagog	4	3
Vernepleier	79	52
Musikkterapeut	10	2

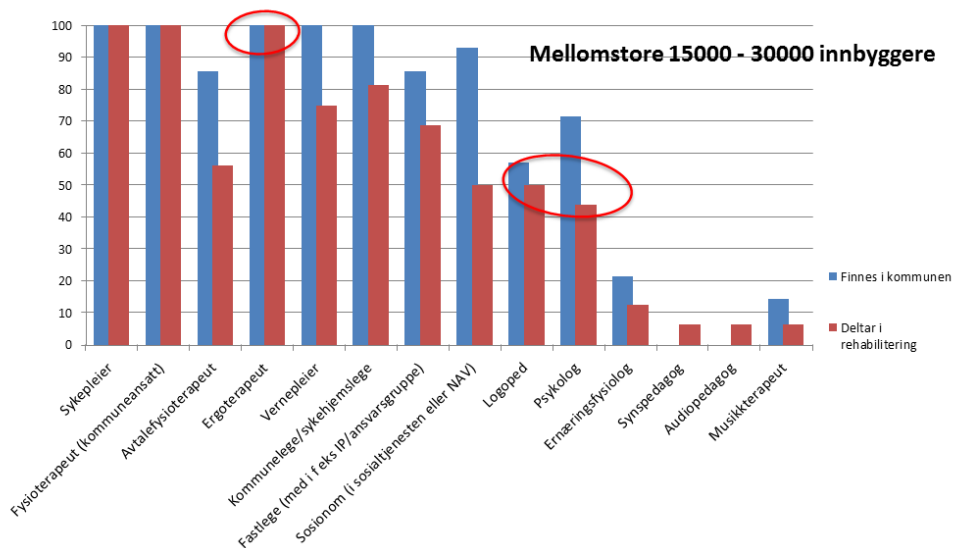
Generelt var svarene på dette ganske like i små, mellomstore og store kommuner, men med noen unntak:

Små kommuner mangler bredde i tilgjengelige fagpersoner. Mange mangler ergoterapeut, og logoped, psykolog, ernæringsfysiolog, audiopedagog og synspedagog mangler helt.



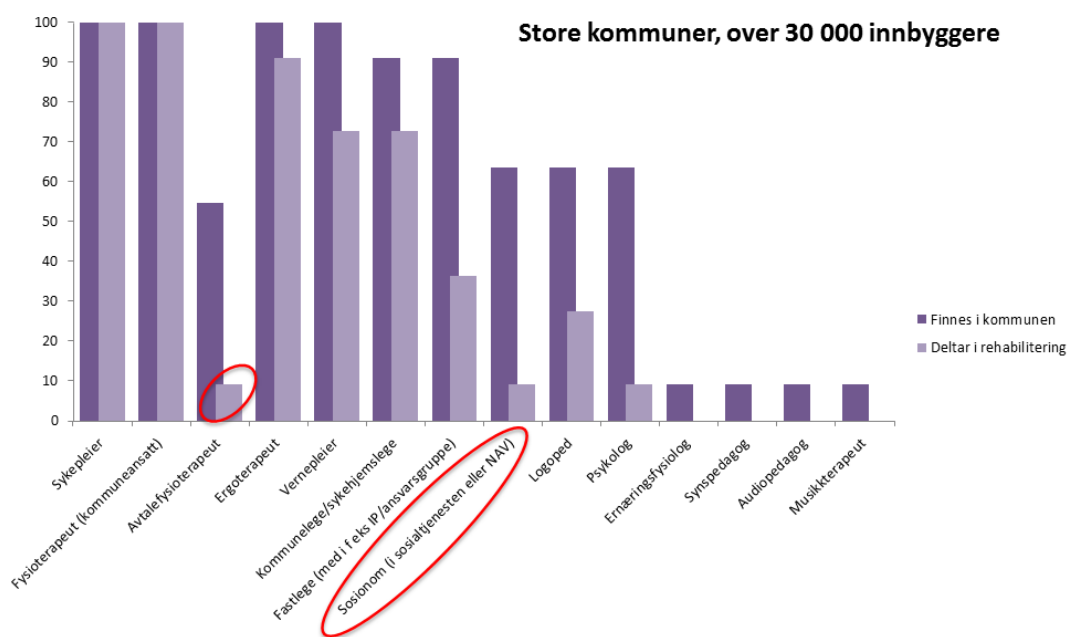
Mellomstore kommuner: Alle har sykepleier, fysio- og ergoterapeut i rehabilitering. De fleste har også med fastlege og vernepleier. Halvparten av disse mangler logoped og psykolog, og bare halvparten av de svarer at privatpraktiserende avtalefysioterapeuter og sosionomene i NAV deltar i rehabilitering.

Mellomstore kommuner: Hvilke yrkesgrupper finnes i kommunen – og hvem av dem deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering?

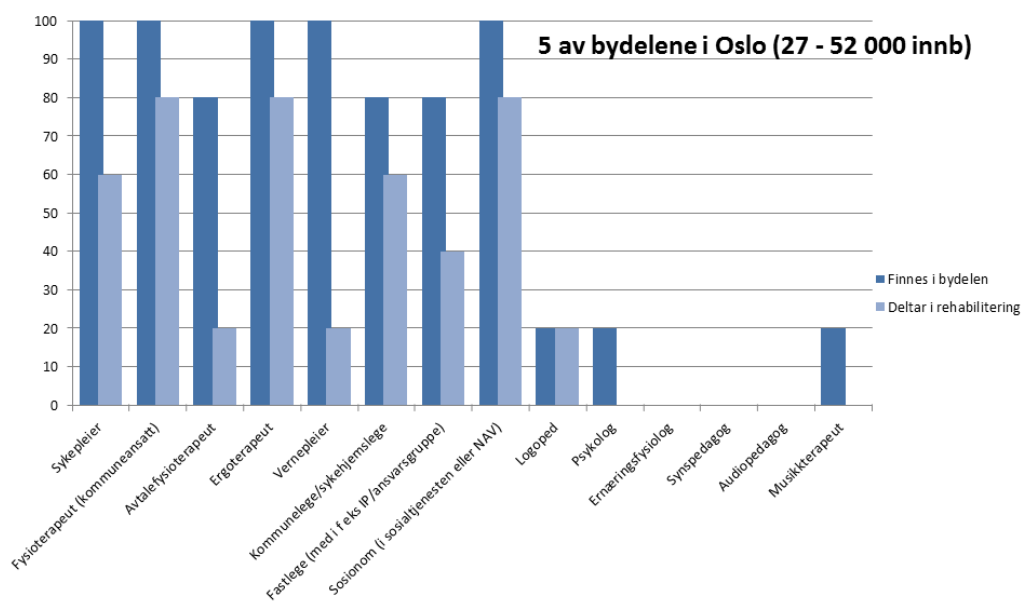


Store kommuner og bydeler: Overraskende er det mindre grad av deltakelse i rehabilitering. Fastlege og logoped er med i mindre enn 1/3 av store kommuner, og 9 av 10 kommuner svarer at sosionom, psykolog og avtalefysioterapeut ikke deltar i rehabilitering. Dette er enten svært nedslående resultater for de store kommunene, eller så er det koordinerende enhet i store kommuner som mangler innsikt i hvem som faktisk deltar i rehabiliteringsinnsatsen, fordi de bare håndterer henvisninger og søknader på vedtak om sykehjemsrehabilitering. Dette er i så fall en falitterklæring for KE som en instans som skal ha oversikt, innsikt og informasjon om rehabiliteringstjenestene.

Store kommuner: Hvilke yrkesgrupper finnes i kommunen
 – og hvem av dem deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering?



Oslo kommune: Hvilke yrkesgrupper finnes i bydelen
 – og hvem av dem deltar tverrfaglig og systematisk i rehabilitering?



Spørsmål: «Ansatte i kommunen med ansvar for rehabilitering kommer til å ha behov for periodisk veiledning/opplæring fra noen i spesialisthelsetjenesten (sykehus)»

Dette utsagnet ble sammenstilt med en liste over diagnosekategorier og kompetanseområder, og respondentene bedt om å svare «JA eller NEI» på hver av dem.

- Fagspesifikk oppdatering lunge/KOLS
- Fagspesifikk oppdatering kreft/onkologi
- Fagspesifikk oppdatering hjerte
- Fagspesifikk oppdatering ortopedi
- Fagspesifikk oppdatering smerte/muskel/skjelett
- Fagspesifikk oppdatering hjerneslag/hodeskade/kognitivt
- Fagspesifikk oppdatering progredierende nevrologi
- Individuell veiledning på enkeltindivider med spesielle utfordringer
- Opplæring i måleverktøy/undersøkelse
- Rehabiliteringsmetodikk/tverrfaglighet

Bakgrunn:

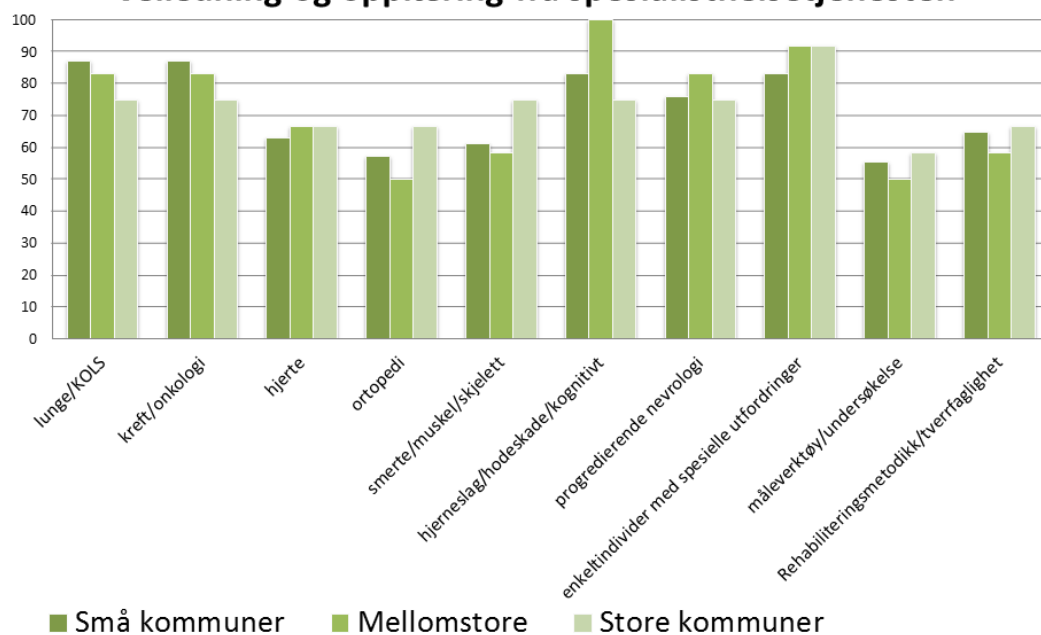
Rehabilitering i kommunen er mer generell og tar utgangspunkt i generelt funksjonsnivå, mens spesialisthelsetjenesterehabilitering oftere tar utgangspunkt i pasientens diagnoser og spesifikke utfordringer. Det er ingen forventning om at kommunen skal ha egne tilbud for de ulike gruppene. Det er likevel et behov for kompetanse relatert til de ulike store diagnosegruppene for å ivareta behov på forsvarlig vis. Det var ønskelig å høre hvilke områder Koordinerende Enhet mener at kommunen kan håndtere uten veiledning/opplæring fra spesialisthelsetjenesten.

Resultat:

Generelt er det behov for veiledning i kommunene på alle områder, men spesielt:

- Lungerehabilitering
- Kreft
- Progredierende nevrologi
- Hjerneskade
- Enkeltindivider med spesiell problemstilling

Hvor mange av kommunene som har behov for periodisk veiledning og opplæring fra spesialisthelsetjenesten



Spørsmål: Hvem vil få dekket behovet for rehabilitering i kommunens tilbud, uten innsats fra spesialisthelsetjenesten?

Kan godt være generelle tilbud, men helsepersonell har kunnskap til å veilede, individualisere og dosere riktig. JA/NEI spørsmål på en liste diagnosegrupper:

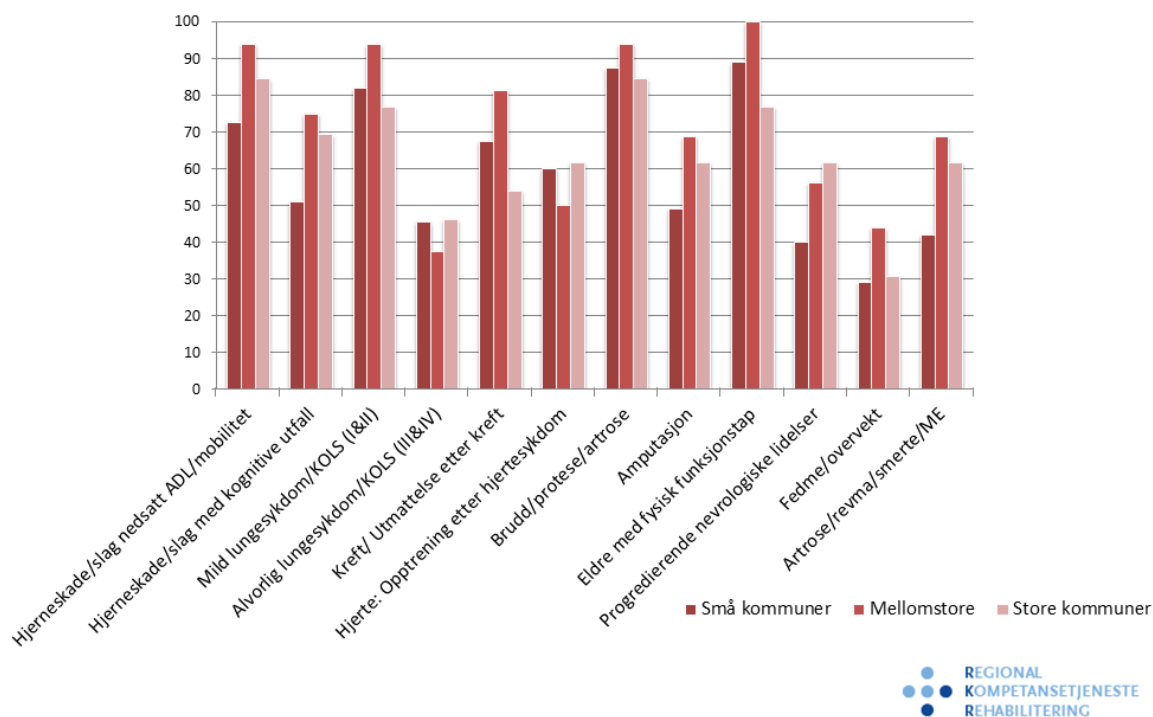
- Hjerneskode/slag nedsatt ADL/mobilitet
- Mild lungesykdom/KOLS (I&II)
- Kreft/Utømmelse etter kreft
- Hjerte: Opptrening etter hjertesykdom
- Brudd/protese
- Amputasjon
- Eldre med fysisk funksjonstap
- Progresjerende neurologiske lidelser
- Fedme/overvekt
- Artrose/revma/smerte/ME
- Hjerneskode/slag med kognitive utfall
- Alvorlig lungesykdom/KOLS (III&IV)

Bakgrunn:

Dette er en litt annen måte å spørre på, men fortsatt er ønsket å få inntrykk av hvilke pasientgrupper kommunen kan håndtere, og hvilken kompetanse som finnes i kommunen.

Resultat:

Hvem får dekket behovet for rehabilitering i kommunens tilbud?



De gruppene færrest kommuner oppgir å kunne håndtere er:

- Alvorlig lungesykdom
- Hjerte
- Sykelig overvekt
- Hjerneskode med kognitive utfall

Kommentarer: Har ikke spurt om tverrsnittsskader, alvorlig hjerneskode, multitraume, sjeldne tilstander, som er åpenbare ansvar for spesialisthelsetjenesten. Disse svarene er gitt av koordinerende enhet og ikke nødvendigvis fagpersonene selv. Men det er oftest koordinerende enhet som er «portvokteren» og avgjør hvem som skal få tilgang til kommunal rehabilitering.

Spørsmål: Individuell Plan og Koordinator: Hvor mange prosent av IP-planene og koordinatorene omhandler rehabilitering for voksne?

- Er de i realiteten mye brukt i rehabilitering, eller mest i barnehabilitering?

Svaralternativ: Under 20%, 20%-50%, 50%-80%, over 80%

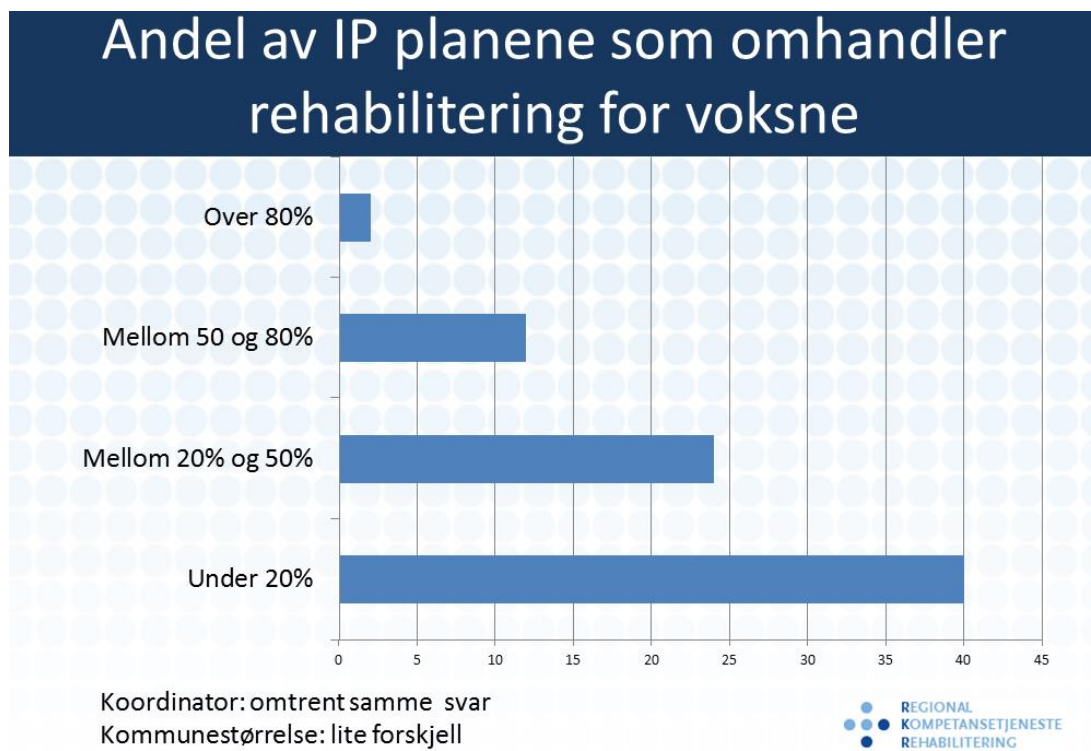
Bakgrunn: Individuell Plan og Koordinator er praktiske virkemidler som vektlegges sterkt av Helsedirektoratet, og som er sentrale i forskrift og veileder for rehabilitering. Resultatene viser at disse to verktøyene er svært lite brukt i praktisk rehabiliteringsarbeid. Selv om mange har individuell plan og koordinator, er det først og fremst rettet mot barn med varig funksjonsnedsettelse og tjenestemottakere innen habilitering, rus og psykisk helse.

Det er også kjent at det er vanskelig i mange kommuner å nøyaktig tallfeste antall planer og koordinatører, spesielt fordelt på ulike typer tjenestemottakere. Derfor ble spørsmålet stilt slik som dette. Mange respondenter strevde likevel med både å forstå spørsmålet og med å kunne svare.

Resultat:

Antakelsen om at dette ikke er mye brukte verktøy i praktisk rehabilitering ble bekreftet. De fleste kommunene svarer at få av planene og koordinatørene i kommunen har med rehabilitering å gjøre.

Det er stor sannsynlighet for at rehabiliteringsplaner med mål og tiltak likevel er i bruk, og at innsatsen koordineres. Formell oppnevning av koordinator og individuell plan er forbeholdt de med behov for langvarige og sammensatte tjenester.



Kapasitet og dimensjonering

Det finnes lite offisiell statistikk på dette, og det er lite tradisjon for å følge med på tjenstedata fra kommunal rehabilitering. Dette er tilfelle både internt i kommunene, i helsetilsynet hos Fylkesmannen og i Helsedirektoratet. Det finnes IPLOS-rapportering på korttidsopphold for rehabilitering i institusjoner (sykehjem) og for rehabilitering og habilitering utenfor institusjon (det vil

si i hjemmet). Det som rapporteres i IPLOS er ikke klart definert som reell tverrfaglig rehabilitering. Tallene utenfor institusjon skiller ikke mellom rehabilitering og habilitering. Det var derfor stor interesse for å få rapportert tall basert på en klarere beskrivelse og av flere ulike typer rehabilitering:

- Rehabilitering i institusjon
- Rehabilitering i hjemmet
- Lavterskeltilbud, trening og frivillige grupper

Det var lagt opp til en stor detaljeringsgrad i ulike tilbud, men kommunene sto fritt til å estimere riktige tall, eller å rapporterte det de måtte ha av tall på antall plasser, opphold, brukere og ansatte i de ulike tilbudene.

Rehabilitering i institusjon

Her ble det skilt mellom to ulike kategorier, inspirert av Inger Johansens doktorgradsarbeid:

Rehabiliteringsopphold i kommunal institusjon/sykehjem

Tverrfaglig tilbud med minimum fysioterapi og ergoterapi 5 dager i uka og tilgang til logoped m.m. ved behov.

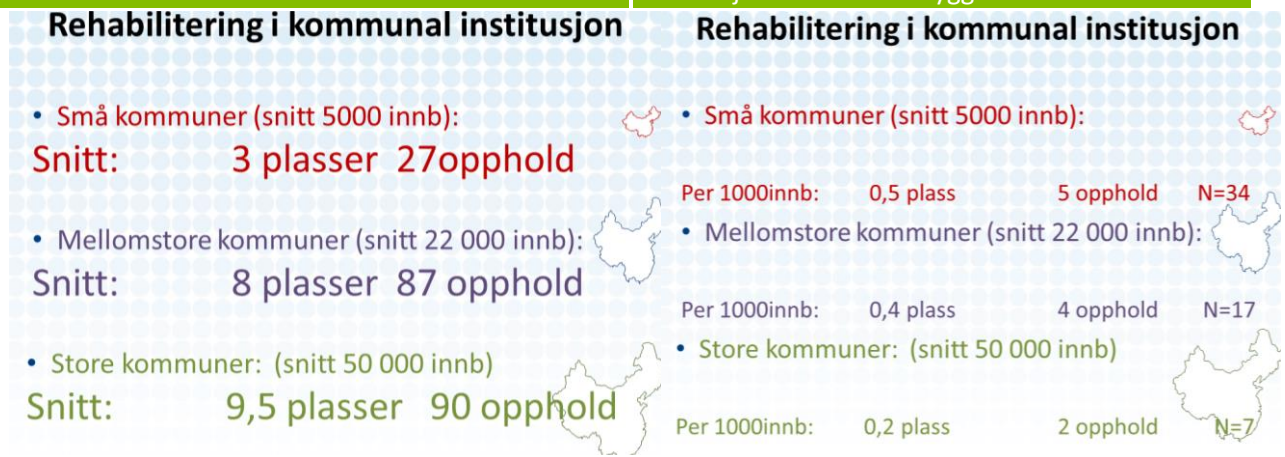
Korttidsopphold i sykehjem som ikke oppfyller kriteria i forrige spørsmål, men med noe tverrfaglig utredning og trening (spl, fysio, ergo, evt. flere)

Ikke tell med korttidsplasser som er uten tilgang til slik tverrfaglig oppfølging.

Det ble spurt om Antall plasser/senger og Hvor mange innleggelser per år.

Resultat:

- Små kommuner: De fleste kommunene under 10000 innbyggere: 0 plasser
Men: Noen av småkommunene fra 6000 innbyggere og oppover har en egen avdeling med 7-10 rehabiliteringssenger, og drar dermed opp snittet.
- Mellomstore kommuner: Her er kapasiteten best, og de fleste har både en egen rehabilitering sengepost, men også andre korttidsplasser hvor det foregår tverrfaglig vurdering og noen grad av funksjonstrening.
- Store kommuner: Her er det svikt i kapasitet sett i relasjon til folketallet.



Det er altså HALVPARTEN så mange plasser og opphold i reell tverrfaglig rehabilitering i store kommuner som i de mellomstore. Faktisk er det de små kommunene som i snitt har best dekning av rehabiliteringsplasser. Dette var et oppsiktsvekkende og overraskende funn i denne undersøkelsen.

Hva så med den andre varianten rehabiliteringsopphold, «rehab light»-varianten?

Korttidsopphold i sykehjem med noe tverrfaglig utredning og trening - «rehab light» - antall plasser og antall opphold

Bakgrunn:

Inger Johansen, fastlege og sykehjemslege i Larvik gjorde en doktorgradsstudie hvor hun sammenlignet resultat og økonomi i to varianter kommunal rehabilitering. I RKR sin spørreundersøkelse, ønsket vi å belyse dette ved å spørre om begge variantene. Det er dessuten interessant opp mot IPLOS-tall, siden IPLOS ikke skiller mellom opphold der tverrfaglige yrkesgrupper er et fast daglig team rundt pasienten, og der de bare er innom ved behov og kanskje ikke daglig.

Resultat:

Det var en antakelse på forhånd om at de fleste kommunene hadde enten den ene eller den andre varianten. Dette viste seg ikke å være tilfelle. Mange har oppgitt tall på begge typene tilbud. Igjen er små kommuner de klare «vinnerne», med kraftigere dimensjonert tilbud enn både mellomstore og store kommuner.

Abolutte tall:

Korttidsopphold i sykehjem med noe tverrfaglig utredning og trening - «rehab light»

- Små kommuner (snitt 5000 innb):

Snitt: 8 plasser 57 opphold

- Mellomstore kommuner (snitt 22 000 innb):

Snitt: 20 plasser 190 opphold

- Store kommuner: (snitt 50 000 innb)

Snitt: 35 plasser 350 opphold

I relasjon til antall innbyggere:

Korttidsopphold i sykehjem med noe tverrfaglig utredning og trening - «rehab light»

- Små kommuner (snitt 5000 innb):

Per 1000innb: 1,4 plass 10 opphold

- Mellomstore kommuner (snitt 22 000 innb):

Per 1000innb: 0,9 plass 8 opphold

- Store kommuner: (snitt 50 000 innb)

Per 1000innb: 0,7 plass 7 opphold

Hvordan ligger dette an i forhold til IPLOS-tall?

Ser man disse tallene i sammenheng med IPLOS-tall for Helse Sør-Øst, viser det seg at IPLOS-tjenesten «Tidsbegrenset opphold – rehabilitering» er ganske pålitelig.

Tallene ligner svært på tallene for rehabilitering i institusjon uten at «rehab light» korttidsopphold er tatt med.

Det bekrefter samtidig funnene som er gjort i denne undersøkelsen når det gjelder svikt i store kommuner.

Våre per 1000 tall sammenlignet med IPLOS-tall for rehab i institusjon

	Rehabopphold per 1000	Rehab «light» opphold per 1000	IPLOS: Rehab i inst per 1000
Små	5	10	5
Mellomstore	4	8	3
Store	2	7	3

Det er DÅRLIGST sannsynlighet for å komme på kommunalt rehabopphold i de største kommunene. (Eller de store mangler oversikt i eget tilbud)

- Kommunen har enten **ingen** rehab-enhet eller så har de **én** med 8-15 plasser
- **Uansett** kommunestørrelse

Rehabilitering i hjemmet

Bakgrunn:

Hjemmet er en god arena for rehabilitering. Der leves personens daglige liv, det er lettere å få til trening på direkte, relevante aktiviteter og oppnådde resultater kan lettere fortsette over tid.

Selv om det finnes rehabiliteringssenger i kommunen, er det ikke et tilbud som egner seg for alle. Rehabilitering i hjemmet må også finnes i en eller flere varianter. Noen kommuner har ett eller flere rehabiliteringsteam, noen har hverdagsrehabilitering integrert i omsorgstjenestene, og mange har et mindre formalisert samarbeid mellom fysio- og ergoterapeuter og hjemmesykepleien.

For å få fram helheten var det nødvendig å spørre om de ulike variantene.

Spørsmål: Rehabiliteringsteam

Team: Sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut er vanligst.

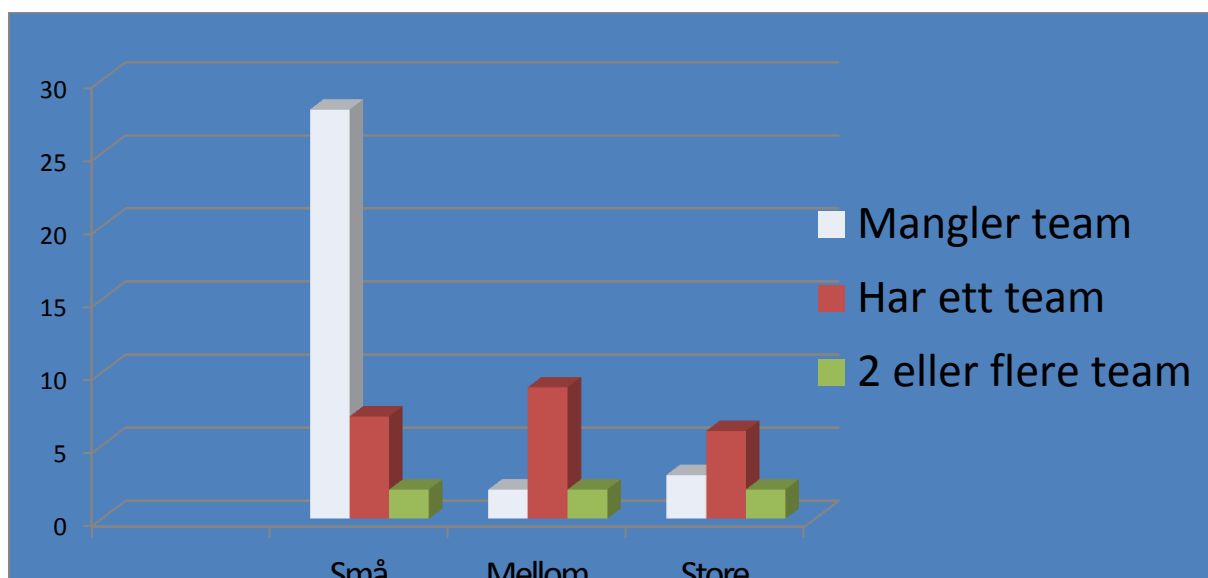


Respondentene ble spurte om **antall team** i kommunen, hvor mange **ansatte** og hvor mange **brukere** i løpet av et år.

Ordlyden: «Oppsøkende rehabiliteringsteam som kommer hjem til personen, med f eks fysio, ergo, sykepleier og evt andre. Ikke regn med ACT-team i psykisk helse med mindre de også jobber med fysisk funksjonsevne. **Hvor mange TEAM i kommunen? Hvor mange ansatte? Hvor mange brukere per år?»**

Resultat – antall team:

Tendensen er at de fleste små kommunene mangler team, mens de fleste mellomstore har ett eneste team, uansett kommunestørrelse/befolkning. Det uventede er at mange svært små kommuner har rehabiliteringsteam, mens så mange av de svært store fortsatt har bare ett eneste team med tre ansatte. Det finnes kommuner med inntil 80 000 innbyggere og bare ett eneste team, mens fire av kommunene med bare ca 6000 innbyggere også har ett team.



Resultat – antall ansatte i oppsøkende team:

Det er overveldende vanlig at ett team består av tre ansatte: sykepleier, ergo- og fysioterapeut, eventuelt i prosentstillinger.

Resultat – antall brukere per år:

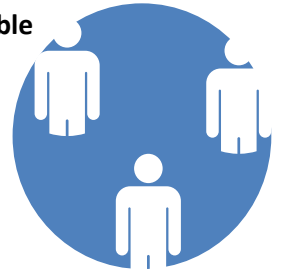
Hvor mange individer som blir hjulpet i løpet av et år, ville gitt best uttrykk for kapasiteten i teamfunksjonen. Resultatene her er imidlertid ikke representative nok til å kunne presenteres på en fornuftig måte. Det vanligste er at et team med 3 ansatte tar seg av ca **60 personer i løpet av et år**, mens de som har flere team hjelper tilvarende flere. Det mest overraskende er at så mange Koordinerende Enheter melder pass, og ikke greier å innhente tall på denne virksomheten. De har svart på alle spørsmål fram til dette, men har ikke oppgitt tall på antall brukere.

Resultat – IPLOS:

Det var også anledning til å rapportere tall på IPLOS- tjenesten *Re-/habilitering utenfor institusjon*. Antakelsen var at det ville være lettere tilgjengelige data. Derimot har bare 8 av de ca 90 kommunene som svarte på undersøkelsen rapportert tall på dette. Igjen et uttrykk for at koordinerende enheter generelt ikke befatter seg med tjenstedata fra rehabilitering.

Spørsmål: Tverrfaglig samarbeid mellom fysio/ergo og hjemmesykepleie

Ordlyd: Fysioterapeut/ergoterapeut som oppsøker personen hjemme i samarbeid med hjemmetjenesten - inkludert hverdagsrehabilitering, men utenom ambulant team, som ble besvart i forrige spørsmål. **Kapasitet:** Hvor mange brukere per år (anslått eller faktisk)?



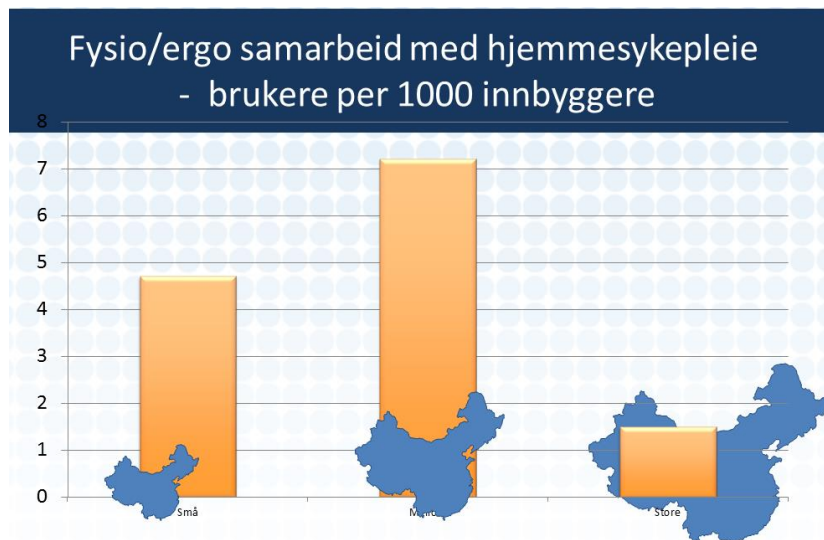
Bakgrunn:

Mange av kommunene som ikke har hjemmebesøkende rehabiliteringsteam har likevel hjemmebasert rehabilitering, i form av samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmesykepleier. I 2014/2015 var også en del kommuner i gang med hverdagsrehabilitering.

Resultat:

Mange av de helt små kommunene har god dimensjonering på denne varianten hjemmerehabilitering, mye fordi det er lettere å få til ved «flerbruk» av de ansatte: samme fysioterapeut reiser hjem til brukere, jobber på korttidsavdelingen og behandler kanskje også barn i barnehage og helsestasjon.

Igjen svikter mange av de største kommunene på dimensjonering: selv om tjenesten finnes, står ikke rapportert aktivitet i forhold til folketallet. Grafen i figuren nedenfor viser gjennomsnitt per 1000 innbyggere i de kommunene som har besvart dette spørsmålet, fordelt på de tre kommunistørrelsene.



Andre tiltak som kan inngå i et rehabiliteringsforløp

Ordlyd: Frisklivssentral, Lærings og mestringssenter, gruppetrening, undervisning og andre tiltak som kanskje ikke oppfattes som rehabilitering, men som kan være viktige ledd i et rehabiliteringsforløp.

Spørsmål for hvert av tilbudene: Finnes det: JA / NEI?

Antall kurs/grupper per år. Antall deltakere totalt per år.

Bakgrunn:

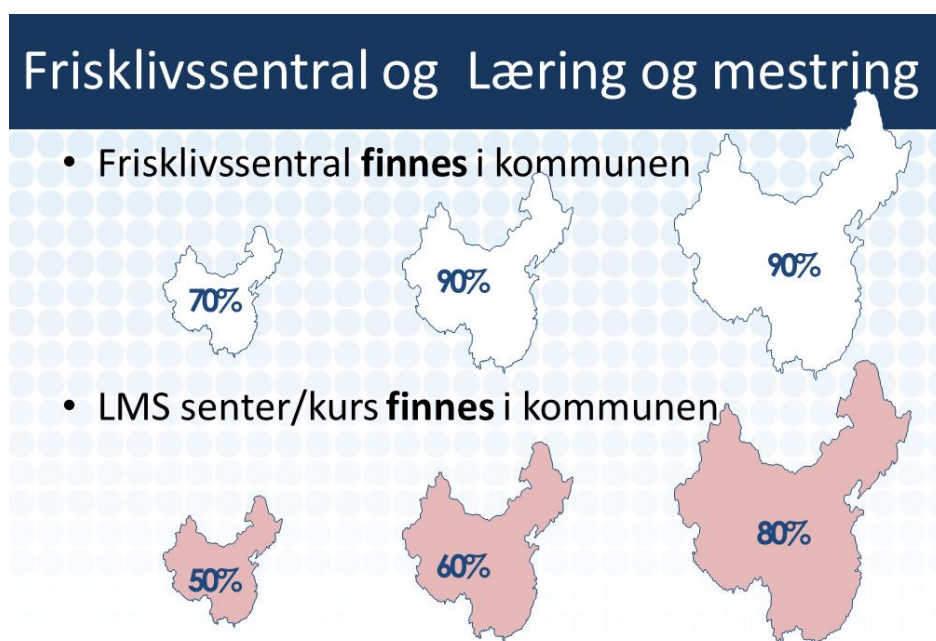
Definisjonen på hva som er rehabilitering innebærer, i hvert fall i Norge, systematisk tverrfaglig innsats, med aktivitet og deltakelse som mål. I et rehabiliteringsløp er det viktig også med ren treningsaktivitet, gjerne i gruppe med andre, selv om dette i seg selv ikke er rehabilitering. Gruppene kan foregå i fysioterapitjenesten, i frisklivstilbud, på fysikalsk institutt, i eldresenter, eller arrangert av LHL og andre brukerorganisasjoner.

Det samme gjelder pasientopplæring/læring og mestring. Tidligere foregikk dette bare i regi av sykehus, men stadig flere kommuner tar med dette enten som enkeltkurs, eller i etablerte lærings- og mestringssentre.

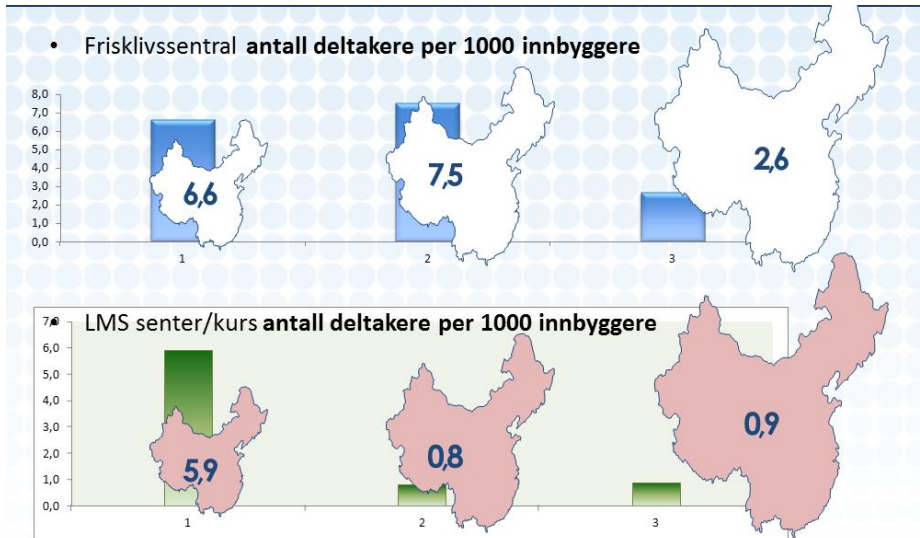
Resultat:

Frisklivssenter og LMS/pasientopplæring

Finnes i halvparten av de små og i nesten alle store kommuner.



Når det kommer til kapasitet, det vil si antall kurs og antall deltakere, viser det seg igjen at tjenestene er kraftig underdimensjonerte i de større kommunene.



Grupper med trening og undervisning

- **Fysisk institutt/fysioterapeut** i kommunen har grupper med trening/undervisning
- Gruppetrening/undervisning i **eldresenter**
- Grupper i **frivillig regi**, for eksempel LHL

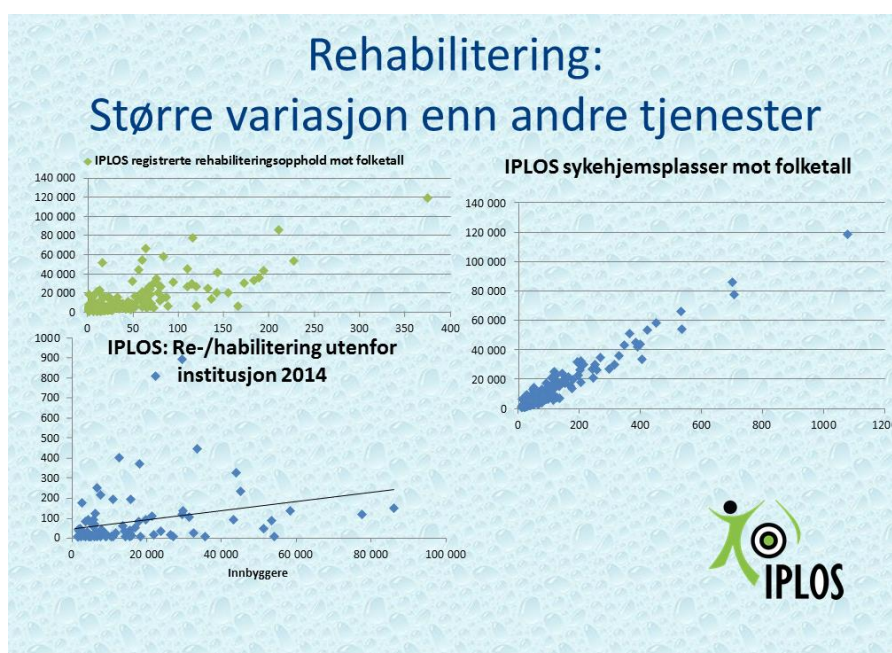
Resultat:

De fleste kommunene svarer JA på alle tre. For få og sprikende tall til å presentere resultatene.

Variasjon i tilbudet – sammenligning med andre kilder

Både tallene i denne spørreundersøkelsen og offisiell statistikk fra IPLOS viser at det er dårlig sammenheng mellom folketall og dimensjonering av ulike rehabiliteringstjenester. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Andre helse og omsorgstjenester som for eksempel hjemmesykepleie, sykehjemsplasser og antall fastleger følger folketallet ganske tett.

I grafene nedenfor er hver kommune representert som en prikk. Det viser omfanget av rehabiliteringstjenester i IPLOS opp mot kommunestørrelse, og det er stor og tilfeldig variasjon. Sykehjemsplasser, derimot, ligger ganske pent på linje og korrelerer bra med innbyggertallet i hver kommune.



Kontaktinfo:

Gjennomføring av spørreundersøkelsen og analyse av tallene ble foretatt av rådgiver Stein Arne Rimehaug sammen med kolleger i RKR, Regional Kompetansetjeneste for rehabilitering i Helse Sør-Øst. Resultatene ble i 2016 presentert for representanter for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, samt på regionale og nasjonale konferanser.

Spørsmål kan rettes til <mailto:stein.arne.rimehaug@sunnaas.no> eller <mailto:rkr@sunnaas.no>

www.sunnaas.no/rkr

Telefon: 48010145