



Senter for  
omsorgsforskning  
V E S T

# TJENESTETILBUDET TIL VOKSNE PERSONER MED NEVROLOGISKE LIDELSER

Mange tuer i et kupert terreng



**ANNE INGEBJØRG TAKVAM**

Høgskolen i Bergen  
Senter for omsorgsforskning – rapportserie nr. 5 - 2012



Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 5 - 2012

Anne Ingebjørg Takvam

Tjenestetilbudet til voksne personer  
med nevrologiske lidelser

Mange tuer i et kupert terreng

Senter for omsorgsforskning, Vest

2012

Omslagsbilde: © Anne Ingebjørg Takvam. Sognefjell.

© Cand. san. Anne Ingebjørg Takvam/ Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 5 – 2012

ISBN: 978-82-91313-88-7      ISSN: 1892-705X

## FORORD

Det har vært en lærerik og utviklende reise for meg å gjennomføre denne undersøkelsen. Jeg sitter igjen med svært mange inntrykk og respekt for mye godt arbeid som utøves for å yte gode tjenester til mennesker med nevrologiske lidelser eller skader. Samtidig har jeg fått eksempler på mye god kompetanse, innsatsvilje og faglig kreativitet der personalet ikke alltid tar den letteste stien i landskapet mot målet. Det er mange å takke for at rapporten nå ferdigstilles. Først en takk til Tor Inge Romøren og Frode F. Jacobsen ved Senter for Omsorgsforskning i Gjøvik og Bergen for tillitten og gode innspill og veiledning underveis.

Denne undersøkelsen har kunnet bli gjennomført fordi fagpersoner i 44 av landets kommuner har vært villige til å bidra med informasjon fra sin arbeidshverdag og dele av sine erfaringer. Takk til hver enkelt informant for ditt bidrag til denne rapporten. Takk også til dere som har gjennomført intervjuer i de respektive regionene.

Takk til kolleger ved Senter for Omsorgsforskning Vest for faglige innspill og støtte i prosessen. Takk også til Jorunn Drageset for hjelp med tallmaterialet.

En stor takk til Anne Øverlie, for hennes innsats med korrekturlesning, oppmuntring og gode samtaler.

Bergen februar 2012

Anne Ingebjørg Takvam



# INNHold

<b>FORORD</b>	3
<b>SAMMENDRAG</b>	7
<b>1 BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN</b>	9
1.2 Viktige begreper i denne rapporten	9
1.2 Formålet med undersøkelsen	10
1.3 Gjennomføring av undersøkelsen	11
<b>2. HOVEDTENDENSER</b>	13
2.1 Kommunenes opplevelse av suksess	13
2.2 Organisering av Koordinerende enhet (KE)	15
2.3 Sentrale samhandlingspartnere	16
2.3.1 Samhandling med tjenestemottaker og pårørende	16
2.3.2 Fastlegen	18
2.3.3 Spesialisthelsetjenesten	19
2.3.4 Koordinerende enhet (KE)	19
2.3.5 Andre samhandlingspartnere	19
<b>3. GOD SAMHANDLING</b>	21
3.1 Fastlegen – en nøkkelperson	21
3.2 Mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	22
3.3 Samhandling med Koordinerende enhet	25
<b>4. SAMHANDLINGSUTFORDRINGER</b>	27
4.1 Med fastlegen	27
4.2 Med Koordinerende enhet	29
4.3 Med spesialisthelsetjenesten	30
4.4 Koordinering av tjenestene	32
4.5 Endrede samhandlingsrutiner	33
4.6 Forutsigbarhet gjennom koordinering og samhandling	35
4.7 Rehabilitering	38
4.8 Utvikling av mer fleksible tjenester	42
4.9 Tilrettelegging for meningsfulle aktiviteter	45
<b>5 NÅR DET OFFENTLIGE FUNGERER ...</b>	47
<b>LITTERATURLISTE</b>	53
<b>VEDLEGG</b>	55
Vedlegg 1	55
Vedlegg 2	VII
Vedlegg 3	VIII
Vedlegg 4	IX
Vedlegg 5	IX
Vedlegg 6	X
Vedlegg 7	XI
Vedlegg 8	XII





## SAMMENDRAG

Hensikten med undersøkelsen har vært å kartlegge tjenester rettet mot voksne personer med neurologisk lidelse. Formålet er beskrevet slik: «Det er behov for å kartlegge effekter av ulike modeller for samhandling mellom tjenestenivåene, som skaper forutsigbarhet og koordinerte tjenester for personer med neurologiske lidelser». Informasjonen rapporten bygger på er fremkommet gjennom intervju med ledere i 44 kommuner. Kommunene inngår i et «omsorgsforskningspanel», et representativt utvalg av kommuner som omsorgsforsknings-sentrene har valgt ut tilfeldig. Å synliggjøre samhandlingsmodeller mellom ulike tjenestenivå om lovpålagte tjenester er sentralt. Tema i intervjuene var: koordinering av tjenester, identifisering av ulike samhandlingspartnere og -modeller, brukermedvirkning, bruk av Individuell Plan (IP), habilitering og rehabilitering og supplerende tjenester.

Det er kun hovedfunnene som gjengis i rapporten. Semi-strukturert intervju med intervjuguide ble benyttet.

Hovedtendenser: Informantene understreker at tjenestemottaker skal være omdreiningspunkt for aktuelle tjenester. Lovpålagte tjenester, som Koordinerende enhet (KE), IP og rehabilitering blir prioritert av tjenesteyterne. Tilbudene for å innfri tjenestene varierer avhengig av region og kommunestørrelse. Det fremkommer at fastlegen innehar en nøkkelrolle i samspill med tjenestemottaker, KE, spesialisthelsetjenesten, kommunchelsetjenesten og andre tjenesteytere. Små kommuner viser stor oppfinnsomhet med hensyn til å imøtekomme ønsker og behov for brukeren til tross for lite fagmiljø. Mangel på fagfolk vanskeliggjør etablering av systemer og rutiner. Store kommuner har utarbeidet gode retningslinjer for deler av tjenestetilbudet. Det viser seg at tjenestemottaker og pårørende i økende grad er ressurssterke og krever mer fra tjenesteapparatet. Det kan oppleves som en spennende utfordring for tjenesteyterne.

Når det offentlige tjenesteapparat fungerer viser tjenesteyterne kreativitet og engasjement for å kunne skreddersy individuelle løsninger for tjenestemottaker. Det ligger store utfordringer i å utvikle samhandlingsmodeller som ivaretar lovpålagte ytelser og samtidig ivaretar fleksibilitet i utforming og utøving av tjenestene.



# 1 BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

En person med neurologisk sykdom er vanligvis selvhjelpen til tross for sin sykdom. Neurologiske lidelser har svært varierende konsekvenser helsemessig og med hensyn til ivaretagelse av dagliglivet og er ofte ikke stabile over tid. Dette medfører svært ulik grad av funksjonshemming og ofte uforutsigbarhet om sykdomsutvikling som igjen fører til usikkerhet om framtid og funksjon. En medfødt eller ervervet neurologisk lidelse stiller dermed krav til omstillingsevne både hos personen det gjelder og hans nærmeste. Dette kan også få betydning for tjenestebehovet.

Denne undersøkelsen gjengir bilder fra en del av utvalgte kommuners virksomhet, den som er relatert til tjenestebehov som er erkjent og som blir registrert og ivaretatt på ulik måte i kommunene.

## 1.2 Viktige begreper i denne rapporten

Nedenfor beskrives begreper som er knyttet til lovpålagte tjenester og som forekommer i rapporten.

**Brukermedvirkning:** Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermidvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse [...] på eget liv. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a).

**Samhandling:** Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

**Forløp:** Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

**Koordinator i kommunen:** For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

**Individuell Plan (IP):** Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at [...] IP utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

**Koordinerende enhet (KE):** Koordinerende enhet skal være et «sted å henvende seg til», et kontaktpunkt i bostedskommunen for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kart-

legging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnere. I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b).

**Habilitering og rehabilitering:** Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

## 1.2 Formålet med undersøkelsen

Formålet med undersøkelsen er beskrevet slik fra oppdragsgiver: «Det er behov for å kartlegge effekter av ulike modeller for samhandling mellom tjenestenivåene som skaper forutsigbarhet og koordinerte tjenester for personer med nevrologiske lidelser» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

De to hovedspørsmålene som en ønsker belyst, er formulert i anbudet fra Helse- og omsorgsdepartementet:

1. Hvilke modeller for samhandling mellom tjenestenivåene skaper forutsigbare og koordinerte tjenester for personer med nevrologiske lidelser?
2. Hva er organisatoriske, økonomiske, juridiske og pedagogiske suksesskriterier for å utvikle, etablere og vedlikeholde gode samhandlingsmodeller? (Anbud 1 HOD W7903)

Det presenteres i anbudet et ønske om kartlegging av både ulike samhandlingsmodeller og suksesskriterier på flere spesifiserte felt med betydning for å utvikle, etablere og vedlikeholde gode samhandlingsmodeller. Formålet er å finne eksempler på gode samhandlingsmodeller blant annet ved å inkludere både store og små kommuner spredt utover landet i undersøkelsen. Det søkes i denne undersøkelsen å gi beskrivelser av hvordan disse modellene er etablert, finne eksempler på justeringer mot bedre modeller utfra erfaring gjort i ulike kommuner, samt forklaringer på hva som skal til for å vedlikeholde gode samhandlingsmodeller. Det er derfor utarbeidet en intervjuguide der både kvantitative og kvalitative data innhentes om samarbeid og samhandlingsmodeller for å sikre et godt tjenestetilbud til personer med nevrologisk lidelse.

Undersøkelsens hensikt er å synliggjøre erfaringer fra ulike modeller for koordinering og samhandling omkring tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologisk lidelse i et representativt utvalg av kommuner og å innhente eksempler på prosesser som fører til best mulig forutsigbarhet i tjenestetilbudet. En ønsket både en kartlegging av ulike samhandlingsrutiner, og å få beskrivelser av hva ledere for kommunens tjenester erfarte som gode samhandlingsmodeller knyttet til koordinering av tjenestetilbudet til personer med nevrologisk lidelse innad i kommunen samt til koordinering og samhandling mellom ulike tjenestenivåer som yter tjenester til disse personene.

Undersøkelsen omfatter 44 kommuner. En ønsker en kartlegging forstått som en *oversikt* over ulike modeller for samhandling mellom ulike tjenesteorgan innad i kommunene, og koordinerende praksiser mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunene som styrker forutsigbarheten for tjenesteytere og mottakere. Suksesskriterier kan en få fram ved blant annet å etterspørre eksempler på det Rambøl (2010) benevner som god praksis: «God praksis er handlingsmønstre som effektivt produserer ønskede resultater under gjeldende forutsetninger» Rambøl begrunner hvorfor god praksis er en bedre benevnelse enn «best praksis». Med «best praksis» som mål, sammenlignes en kommunes organisering og tjenestetilbud med det en finner i en annen kommune. Med de store forskjellene i størrelse, personelltilgang, geografisk beliggenhet, og ulikhet i tjenestemottakernes behov, kan en ifølge Rambøl (2010) vanskelig sammenligne hvor godt en kommune yter tjenester sammenlignet med andre. Til det er vilkårene i kommunene for ulike, hevder han.

Personer med nevrologisk lidelse har ofte behov for planmessige langsiktige og stabile tjenester. Samtidig kan akutte forverringer i tilstand eller annen tilstøtende sykdom i perioder kreve høyt spesialisert behandling. Dialog, åpne kommunikasjonslinjer, felles forståelse av virkeligheten og gjensidig kjennskap omkring mulig tjenestekapasitet og kompetansebehov mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale omsorgstjenestene er viktige forutsetninger for samhandling til beste for tjenestemottaker.

### 1.3 Gjennomføring av undersøkelsen

I denne undersøkelsen er ledere for kommunale tjenestetilbud blitt kontaktet. Kommunene er på forhånd stratifisert etter størrelse og jevnt fordelt utover landet. Størrelse er i denne sammenheng beregnet slik: Små kommuner <4000 innbyggere, mellomstor kommune >7000 og <12000 innbyggere, og store kommuner >20.000 innbyggere, inkludert store byer.

Kommunene inngår i et såkalt «omsorgsforskningspanel», et representativt utvalg av kommuner som omsorgsforskningsssentrene har valgt ut tilfeldig og deretter tegnet kontrakt med. Den gjensidige kontrakten bidrar til å lette samarbeid med hensyn til innhenting av informasjon. Prosjektet ble første gang introdusert på et dialogseminar mellom de fem omsorgsforskningsssentrene og representanter for og de utvalgte kommunene i februar 2011.

Med utgangspunkt i de to hovedspørsmålene (se s. 10) en ønsket å få svar på ble det i løpet av februar/mars 2011 utarbeidet en intervjuguide. Søknad ble sent til NSD og REK. Med utgangspunkt i intervju-guiden ble det utarbeidet et spørreskjema med både åpne og lukkede spørsmål. Etter godkjenning fra NSD medio april 2011 ble spørreskjemaet prøvd ut i et pilotintervju samt diskutert med flere fagpersoner. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble lest opp for informant før hvert intervju, der det også var ivaretatt en mulighet til å trekke seg underveis i undersøkelsen. Bakgrunnsinformasjon, knyttet til informantens profesjon, kjønn, stilling i kommunen, ansiennitet i kommunen og i gjeldende stilling ble registrert i første del av spørreundersøkelsen.

Norge har geografisk spredt befolkning og varierende kommunestørrelse. Under forberedelsen til undersøkelsen antok en at intervjuernes tilknytning og kjennskap til lokale forhold kunne ha betydning for intervjusituasjonen. Det ble derfor besluttet at hvert av de fem omsorgsforskningsssentrene skulle stå for opprettelse av kontakt med mulige informanter og gjennomføringen av telefonintervju i sin region. Disse regionene følger en inndeling etter de tidligere fem helseregioner i Norge og representerer dermed kommuner i alle deler av landet. En ønsket primært å intervju den ansatte i kommunen med ansvar for tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologisk lidelse. I kommuner med et fungerende KE ble det tatt kontakt med leder for denne (se Forskrift for koordinerende enhet i 2001, samt Rambøl, 2010 s. 10-11). Konsulent for funksjonshemmede eller den som fyller

---

tilsvarende funksjon i kommunen var andre kontaktpersoner. I praksis ble flere ledere for Pleie- og Omsorgstjenestene, ledere for kommunens bestillerkontor, ledere for rehabiliteringsteam og personer med delt funksjon i kliniske stillinger som ergoterapeut eller sykepleier med tilleggsansvar for koordinering, intervjuet. Totalt ble det tatt kontakt med 46 kommuner, hvorav to reserverte seg. Følgende rapport er basert på informasjon innhentet fra 44 kommuner og 46 personer, fordi et par kommuner ønsket å være representert av to personer under telefonintervjuet. Etter gjennomlesning av intervjuene ble det gjennomført oppfølgingsintervju med tre av de opprinnelige informantene for å utdype enkelte sentrale tema i undersøkelsen. Informantene som ble intervjuet representerte tre av de fem regionene.

## 2. HOVEDTENDENSER

Sykepleiere er i flertall blant informantene, men fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer og samfunnsvitere og én hjelpepleier er også representert. 8 av informantene var menn og 38 var kvinner. Flere av dem oppga på å ha videreutdanning innenfor felt som rehabilitering, administrasjon, psykiatri, veiledning, pedagogikk eller geriatri. Informantene representerer dermed ulike helsefaglige profesjoner, og har ulik plassering i kommunens helsefaglige ledelse. Enkelte har koordineringsansvar som del av en klinisk stilling i kommunen og møter jevnlig tjenestemottakerne. Andre har fagadministrative heltidsstillinger og er mindre i direkte kontakt med tjenestemottakerne.

I enkelte store kommuner rapporterer informantene om opp til 200 brukere med nevrologisk lidelse med svært varierende tjenestebehov i mengde og innhold. Disse kommunene har hatt behov for å koordinere tjenester til denne gruppen over år, og de har erfaringer med å samordne tilbud gjennom for eksempel rehabiliteringsteam også før Forskrift om Koordinerende Enhet (KE) ble initiert i 2001. Små kommuner derimot har gjerne nylig fått den første tjenestemottakeren med komplekse behov og erfarer en bratt læringskurve både faglig og organisatorisk. Et tett samarbeid innad i kommunen, dialog med bruker og pårørende og en tilgjengelig spesialisthelsetjeneste som yter faglig støtte er avgjørende faktorer for å sikre gode tjenester og tilfredse tjenestemottakere.

### 2.1 Kommunenes opplevelse av suksess

Kommunene ble spurt om hva de opplever å ha lykkes med angående tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologisk lidelse. Dette er en måte å få fram suksesskriterier på. Nedenfor gjengis noen av beskrivelsene informantene ga:

Vi har et godt system for å tilby tidlig og tverrfaglig rehabilitering. Vi har et team bestående av de ulike lederne i kommunen som er med å skreddersy tilbud. Jeg har ansvar for koordineringen. Vi tenker at alle ansatte i kommunen skal være inngangsport til et tverrfaglig tilbud. Det er viktig med god informasjon om tilbudet og gode rutiner for å melde behov. Alle med behov får oppnevnt en personlig koordinator opplever at dette er viktig og at ordningen fungerer godt.

Denne informanten peker på flere faktorer som skal sikre tjenestemottakeren gode tjenester. Tjenesten er forankret i flere deler av ledelsen i kommunen. De skreddersyr tilbud til den enkelte, ansvaret for koordinering er plassert, informasjon om tilbud og rutiner for å melde behov presiseres. Den enkelte tjenestemottaker får tildelt en kontaktperson i kommunen, en personlig koordinator. En annen kommune sier at de lykkes med følgende:

Vi er gode på å skreddersy gode individuelle tilbud rundt den enkelte. Vi er tilgjengelig. Vi har god oversikt, korte kommunikasjonslinjer mellom avdelinger som pleie og

---

omsorg og NAV. Vi vet hvem vi skal kontakte i ulike saker. Vi har også egne rutiner for igangsetting og utarbeiding av rehabiliteringsplaner.

Et fåtall kommuner i utvalget forteller at de har beskrevet en egen rehabiliteringsplan som del av kommunens virksomhetsplan. I enkelte av disse kommunene har de også nedfelt rutiner for utarbeiding av individuelle rehabiliteringsplaner. Gode samhandlingsmodeller med en etat som NAV kan ha stor betydning når tjenestetilbud til voksne personer med nevrologisk lidelse skal tilrettelegges. En kommune i Midt-Norge sier at de lykkes med følgende: «Kommunen har god og stabil fagkompetanse. Vi drar veksler på at kommunen er liten, gode kommunikasjonskanaler. Vi har etablert ressursgrupper i forhold til rehabilitering i hjemmetjenesten, disse kan følge opp brukerne på en bra måte».

I en annen kommune sier de at de lykkes med ledelse og samhandling. Følgende er en typisk respons: «Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi samarbeider godt mellom avdelingene i hjemmetjenestene og mot sykehjem. Vi har god ledelse, vi har en virksomhetsleder som får det beste ut av de ansatte.»

Rambøl (2010) framhever som et av suksesskriteriene for opparbeiding av en godt fungerende KE, at samarbeid er forankret i ledelsen. En engasjert leder kan skape positive ringvirkninger, både med hensyn til arbeidsmiljø og tilbudet virksomheten yter innbyggerne i kommunen, ved siden av at det er positivt ved etablering av et KE i kommunen.

De ansatte rapporterer jevnlig om tidspress, og at de opplever ikke å strekke til i arbeidssituasjonen. En leder som ser sine ansatte og er synlig som faglig inspirator, ikke bare sjef, medvirker til at de ansatte ser seg selv som en ressurs i tjenesteapparatet og kan utgjøre en positiv forskjell for tjenestemottaker.

I en annen kommune opplyser de at de over år har jobbet systematisk med en bestiller- utførermodell. De beskriver fordeler med dette på følgende måte:

Bestillerkontoret vårt sikrer at alle henvendelser kommer til én plass. Noen tar tak i saken. Bestillerkontoret har oversikt. De overfører til en primærkontakt, og vi prøver å være i forkant av problemene. Når en person har fått en diagnose, prøver vi å stille spørsmålet: Hvem må vi ha med på laget rundt denne personen? Vi har rutinerne personer på bestillerkontoret. Brukermedvirkning er sterkt fokusert.

Der rutinerne fagpersoner leder KE, personer som kjenner kommunens tjenesteapparat godt, knyttet til bestillerkontor eller tiltaksteam, er dette gjennomgående en suksessfaktor viser denne undersøkelsen.

Andre framhever bruk av planleggingsverktøy som synliggjør behov og oppgaver, og har møtepunkter mellom ulike deler av tjenestene. Tjenestebehovene til mennesker med nevrologisk lidelse er ofte komplekse og krever samordning mellom ulike etater og fagpersoner både innad i kommunen og mellom kommunen og for eksempel spesialisthelsetjenesten. Slik formulerer en informant seg:

Opplever at det er ressurskrevende oppgaver, men ved aktivt bruk av verktøy som IP må en planlegge og behov blir synlige. Vi har møtepunkter som ansvarsgrupper. Disse er sammensatt ut fra tjenestemottakers behov. Vi gjennomfører også samarbeidsmøter internt mellom de ulike tjenesteyterne.



---

En annen konkretiserer hvordan de i hans kommune systematiserer deler av tjenestene han sier følgende: «Vi har fått gode tilbakemeldinger i forhold til arbeidet rundt yngre mottakere med store behov. For disse brukerne jobber vi systematisk med IP og ansvarsgrupper. Føler at vi begynner å få kompetanse på dette».

I bilag til avtale mellom oppdragsgiver og utfører av denne undersøkelsen heter det under punktet problemstillinger: «*Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten vil være helt avgjørende i forhold til brukere med neurologiske lidelser. Utvikling av gode modeller for samhandling mellom de kommunale omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er derfor sentralt*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

En kommune i nord viser til godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten med følgende eksempel:

Tildelingsenheten i NN kommune og rehabiliteringsavdelingen ved NN sykehus var nominert til en pris for godt samarbeid tilknyttet utskrivningsklare pasienter. Har i dag et godt samarbeid som glir godt. Spesielt omfatter dette slagpasienter. Faste møtedager mellom kommune og spesialisthelsetjeneste har fungert veldig bra og vi har oppnådd større forståelse mellom partene. Eksempelvis en forståelse for at det tar tid å tilrettelegge nødvendig utstyr i hjemmet før en utskrivning. Dette fører til færre «hastesaker» i kommunen da mer blir forutsigbart.

Tiltak som øker forutsigbarheten i tjenestetilbudet fremheves av flere informanter når de beskriver hva de opplever å lykkes med. Dette sies fra en kommune sør i landet: «Vi lykkes med individuell tilpasning gjennom individuell plan som tar utgangspunkt i brukerens behov. Dette har hatt god forebyggende effekt, noe som har resultert i færre innleggelser på sykehus».

Andre kommuner påpeker at de har godt tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og god tilrettelegging av individuelle tjenester informantene sier:

Vi har gode rutiner for tildeling av tjenester, og beskrivelse av mål for tjenestene. Det er ikke kø for å få kommunale tjenester, og vi har ingen «overliggere» i sykehus. Vi har tre ulike avdelinger for korttidsopphold i institusjon. Vi tilbyr egne avlastningsopphold. For utskrivningsklare pasienter fra sykehuset har vi egne korttidsopphold, med kartlegging av behov. I tillegg gir vi egne rehabiliterings opphold. Vi har også godt samarbeid mellom sykehuset og tildelingskontoret i kommunen.

## 2.2 Organisering av Koordinerende enhet (KE)

Viktige spørsmål retter seg mot koordinering av tjenestene. I Synovates (Synovate & Helsedirektoratet, 2009) undersøkelse om rollen til KE, refereres det til 13 ulike organisatoriske plasseringer av KE i kommunene. Enheten er for eksempel noen ganger plassert i et eget bestillerkontor, i helse og sosialetaten, mens andre ganger sorterer KE direkte under Rådmannen i kommunen, eller KE kan være plassert under fysio- og ergoterapitjenesten.

Opprettelse av KE i de fleste kommuner har plassert ansvaret for dette i en stilling eller et team av fagpersoner i kommunen. Dette innebærer at samordning av tjenester og tilbud til personer med omfattende tjenestebehov gjøres på flere måter. På spørsmål om hvordan kommunene samordnet tjenestene, viste det seg at i 25 kommuner (57 %) svarte informantene at de samordnet tjenestene

---

gjennom KE. Tre kommuner samordnet tilbudene gjennom konsulent for funksjonshemmede, 23 (52 %) av kommunene samordner tjenestene på annen måte og i fire kommuner var det uklart for informanten hvordan en samordnet dette. Flere kommuner oppga at de i løpet av 2010 - 2011 hadde opprettet et KE, men at de ikke var «i funksjon ennå». Spesielt interessant er det å identifisere hvilke andre måter å koordinere tjenestene på som oppfattes *gode* og fungerer i de respektive kommunene. Noen kommuner oppga at de hadde en spesifisert enhet i kommunen, benevnt som tiltaksteamet, rehabiliteringsteamet eller et ambulerende team, som hadde koordinerende ansvar (Vedlegg 1).

I flere kommuner hadde dessuten én person ansvar for koordinering av tjenestetilbudet som del av sin stilling som ergo- eller fysioterapeut. Den opprettede koordinatorstillingen var i et fåtall kommuner ikke besatt på intervju tidspunktet. Atter andre viser til at de har en habiliteringstjeneste som koordinerer tjenester for barn, men ikke en KE eller person som har ansvar for å koordinere tjenestetilbudet til voksne. I noen kommuner har de en koordinator som er kommunens representant i et interkommunalt samarbeid. Slik illustrerer en informant dette: «Vi har koordinator, én person som fungerer som KE. Denne personen jobber for tiden i et interkommunalt samarbeid om samhandlingsreformen. De forslår her å opprette en koordinerende enhet for disse samarbeidskommunene».

De fleste kommunene som denne undersøkelsen omfatter har opprettet en ansvarshavende person, eller et team som ivaretar koordineringen av tjenestene rettet mot personer med nevrologisk lidelse. Rambøl (2010) viser til de store ulikhetene med hensyn til vilkår i kommunene i forhold både til historikk, tilgang på fagpersonell og organisasjonsstruktur. Mange kommuner er så små at en bestiller/utførermodell ikke lar seg praktisk etablere som følge av mangel på fagpersoner, på permanent basis eller som følge av stor utskifting i fagstillinger. Denne undersøkelsen gjenspeiler dette. Informanter i region sør og midt svarte gjennomgående at de har opprettet en fungerende KE. I regionene nord og vest har om lag halvparten av kommunene opprettet KE. Samtidig opplyser flere informanter at der KE er opprettet «fungerer KE bare på papiret». I region øst opplyser kun to av ni kommuner at de har KE, men her har de fleste kommunene et ambulans rehabiliteringsteam som de opplyser fungerer godt, og som ofte koordinerer tilbudene til personer med omfattende tjenestebehov. Slik beskriver en stor kommune på Østlandet hvordan de koordinerer tjenestene:

Tjenestene koordineres gjennom saksbehandlerne i kommunen. De mottar søknader, behandler disse og informerer om kommunenes tilbud. Dette skjer i tett samarbeid med NN sykehjem som er kommunens sykehjem med rehabiliteringstilbud. De treffer pasientene tidlig og er med på å legge til rette for et godt tilbud i kommunen. Kommunene har også et ambulerende rehabiliteringsteam som en viktig brikke.

## 2.3 Sentrale samhandlingspartnere

Samhandlingen om tjenestene skjer på ulike måter og mellom flere tjenestenivåer.

### 2.3.1 Samhandling med tjenestemottaker og pårørende

Denne undersøkelsen belyser uttalelser fra ansatte i kommunenes tjenesteapparat. Tjenestemottaker eller dennes pårørende er selv ikke målgruppe for denne undersøkelsen, og har dermed ikke direkte stemme her. Tjenestemottaker og eventuelle pårørende er de som «står i sentrum» for ulike tjenesteyteres samhandling om det tjenestetilbudet den enkelte til enhver tid gis. En informant påpeker at det viktigste i samhandlingen med tjenestemottaker for dem er: «Å lytte til bruker og pårørende,

---

påpeke at de har rettigheter, lovverket trekker inn pårørende» Flere bruker ord som «lytte til», eller «forsøke å ta tjenestemottakers perspektiv», «få innblikk i ønsker og behov brukeren har» eller sier spontant «brukermedvirkning er et stikkord. Brukermedvirkning er en lovfestet rett. Brukermedvirkning (s. 2) er i undersøkelsen et hyppig referert begrep når informantene beskriver hva som er viktig i samhandling med tjenestemottaker og pårørende. Hva en legger i medvirkning, hva bruker faktisk kan innvirke på og i hvilken grad en kan medvirke og i praksis påvirke et tjenestetilbud omtales i liten grad av informantene.

Noen informanter sier at å «ta folk på alvor» eller «ta bruker med på råd», er vesentlig for å etablere gode samhandlingsmodeller. Avklaring av forventninger, mulige løsninger, og felles mål blir trukket fram som kriterier for en forutsigbar samhandling. En informant formulerer seg slik: «Det er viktig med rett informasjon om hva de kan få, å gi tjenestemottaker rett forventning. Det er viktig å holde det vi sier vi skal gjøre». Å holde det en lover, og ikke love noe på vegne av andre, er en utfordring ikke bare i forhold til tjenestemottaker, men også i samarbeidet rundt tjenestene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hevder flere av informantene. At alle samarbeidsparter kommer inn tidlig i et forløp, fremheves også av flere som viktig. En informant fra Østlandet sier:

Det er viktig å ta brukerne på alvor og spørre hvor mye de ønsker å delta i utforming av tilbudet. Noen ønsker å være aktive andre ønsker at vi ordner mer. Viktig at vi utarbeider gode tilbud, basert på gode planer. Det er også viktig å prøve å være litt i forkant, slik at en kan møte behov på en god måte når de oppstår.

Gjensidig tillit og en noenlunde lik virkelighetsoppfatning er forutsetninger for å skape gode relasjoner mellom tjenesteytere og mottakere. En informant sier det slik: «Gjensidig tillitt, god kvalitet på tilbudet, og at tjenesten fungerer slik som den er avtalt med bruker gir forutsigbarhet og trygghet». Tydelig kommunikasjon, og å tilstrebe en god dialog framheves som sentralt i samhandlingen mellom tjenesteytere og mottakere. En informant sier at de «brenner for å få til en god dialog» som er «fundert på tillit og respekt for bruker».

Flere informanter påpeker at mennesker med nevrologisk lidelse ofte i utgangspunktet er ressurssterke mennesker, som gjerne kjenner sine rettigheter, og kan fremme egne krav Samtidig påpeker flere at en del av disse personene er sårbare når det gjelder behov for hjelp. I noen tilfeller opplever tjenesteytere at de kommer for sent inn med bistand. De forteller: «Enkelte tjenestemottakere har høye forventninger til hva de selv skal klare. De er utslitte når vi får kontakt med dem». Gjennomgående sier informantene at disse personene i stor grad er avhengig av kontinuitet i tjenestene for å kunne leve et godt liv. Mange vil ha behov for ulike tjenester og oppfølging gjennom livsløpet, spesielt dersom tilstanden forverrer seg, og personen over tid taper funksjon på livsområder som er sentrale for personens livskvalitet, og mulighet for selvstendig liv. Avhengighet kan lett skape underdanighet eller rolleendring både ovenfor profesjonelle hjelpere og eventuelle pårørende. Dette perspektivet er også en del av bildet og har betydning for samhandlingen mellom tjenestemottaker og de som yter tjenestene personen har behov for og rett på. Som en informant uttrykker det: «De skal ha et fullgodt tilbud selv om andre må ta ansvar og behovene er såkalt komplekse». En informant fra nord uttrykker seg slik: «Det er viktig med innsikt og ydmykhet, vi må ha kunnskap om og forståelse for denne brukergruppen, forståelse for både psykiske og fysiske sider av sykdomsbildet».

Det heter seg at tjenestemottaker har rett til medvirkning om eget tjenestebehov, selv om vedkommende må ha noen rundt seg som tar valg på vegne av personen. Da handler det både om å ta ansvar for, hvem som tar ansvar og etisk refleksjon rundt hvordan ansvaret forvaltes. I pasientrettighetsloven § 3.1 heter det:

---

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Det heter videre samme sted: «Dersom personen ikke har samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Ønsker pasienten at andre personer skal være tilstede når helsehjelpen gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig».

Det er utfordrende å gi et tilpasset tilbud etter hvert som personens tilstand endrer seg. For eksempel det å kunne tilby en bolig med døgnbasert oppfølging. De som ikke har sosialt eller familiært nettverk, og er avhengig av å ha noen rundt seg hele tiden. Også det å kunne demme opp for en tiltakende ensomhet er utfordrende for tjenesteapparatet.

Flere informanter er opptatt av at de har for lite å stille opp med når tjenestemottakers tilstand forverrer seg. Noen informanter sier at de i sin kommune har mulighet for å gi heldøgntilbud i hjemmet over en kort tid, dersom for eksempel ektefelle skal reise bort et par døgn.

Kognitiv forandring eller kognitiv svikt hos tjenestemottaker kan påvirke relasjonen til tjenesteapparatet. Dette sier en informant: «Det er utfordrende når tjenestemottaker ikke ser at et tiltak kan hjelpe dem, at de mangler innsikt, og det oppstår ulike oppfatninger mellom tjenesteapparatet og bruker om nødvendig hjelp som følge av kognitiv svikt hos bruker».

Informantene sier at de ofte samarbeider tett med pårørende. En informant sier: «Vi arbeider like mye opp mot pårørende som mot bruker. Noen har pårørende som står mer på for dem». En informant sier: «Pårørende har sin hjemme 24 timer i døgnet, vi er der gjerne en time». Flere informanter påpeker at pårørende står for en stor samfunnsinnsats som bør verdsettes bedre enn hva som tilbys i dag. Informanten etterlyser bedre ordninger for å honorere pårørendes samfunnsinnsats, enn den beskjedne omsorgslønn han oppfatter tilbys i dag.

### 2.3.2 Fastlegen

I undersøkelsen oppga 22 kommuner (50 %) at de samarbeidet mest med fastlegen. Fastlegen kan være den i tjenesteapparatet som følger opp personen over flest år. Fastlegen kan være viktig for kontinuitet i tjenestetilbudet, siden han kjenner personens medisinske historie og kan være en viktig støttespiller for og talsmann for tjenestemottaker i samarbeidsmøter med andre tjenesteytere i kommunen. Fastlegen er også kontaktleddet med spesialisthelsetjenesten i medisinsk samarbeid rundt den enkelte. Fastlegen er forøvrig den som mottar epikriser og er premissleverandør for andre ytelser personen måtte trenge. Derfor er det naturlig at fastlegen er sentral samarbeidspartner rundt personer med nevrologisk lidelse. Der fastlegen ikke er den mest sentrale samarbeidspartner, skyldes det flere faktorer, som stor turnover blant legene i kommunen og høyt arbeidspress. Utfordringer i dette samarbeidet blir eksemplifisert og diskutert under punkt 3.1.

I mange kommuner får fastlegen skryt for god tilgjengelighet og samarbeidsevne. I andre kommuner opplever de øvrige tjenesteyterne at «legene er lite på banen», og at samarbeidet i stor grad er personavhengig. Følgende uttaler en informant fra Sør i landet: «Vi sliter med å få henvisninger fra fastlegene. Opplever at de samarbeidsproblemene som er personavhengig, mye henger på fastlegene ulikt hvor godt de kommuniserer med kommunen».

---

### 2.3.3 Spesialisthelsetjenesten

17 kommuner (39 %) oppga at de samarbeidet mest med spesialisthelsetjenesten om disse tjenestemottakerne. Dette peker på både kompleksiteten og behovet for tverrfaglig, spesialisert tilnærming en del av disse tjenestemottakerne har når det gjelder sin tilstand. Flere av kommunene yter tjenester til kun én bruker med nevrologisk lidelse og sammensatte behov. Disse kommunene framhever behovet for og tryggheten ved å ha direkte kontakt med navngitte personer i spesialisthelsetjenesten, der de kan søke råd, og ha faste møtepunkter og åpen retur dersom brukerens tilstand krever dette. Som følge av et tett og forpliktende samarbeid, kan små kommuner med begrensede ressurser, spesielt på personalsiden, likevel ta daglig hovedansvar for personen og familien i deres nærmiljø.

### 2.3.4 Koordinerende enhet (KE)

10 informanter (23 %) oppgir at de samarbeider mest innad med egen koordinerende enhet for å yte tjenester til voksne personer med nevrologisk lidelse.

I en kommune besvarte informanten spørsmålet om hva de opplevde å lykkes med, med i følgende setning: «En koordinerende enhet som fungerer!»

Der denne enheten fungerer, ivaretar den mange funksjoner i tjenestesamarbeidet. De mottar søknader om, utarbeider og følger opp Individuelle Planer. I noen kommuner gjennomfører KE egne opplæringsprogrammer for koordinatorene, og de har utbredt samhandling med og skriftlige samarbeidsavtaler med KE i spesialisthelsetjenesten der denne er etablert. I deler av region Vest synes et slikt utvidet samarbeid å fungere godt.

### 2.3.5 Andre samhandlingspartnere

I forholdvis mange kommuner 17 (39 %) opplyser informanten at de samarbeider hyppigst med *andre*. Andre viser her til tjenestemottaker/ pårørende, ulike deler av tjenesteapparatet i kommunen, som for eksempel hjemmesykepleie/hjemmehjelp eller ergoterapi- og fysioterapitjenesten. Ulike kompetansesentre, rehabiliteringsinstitusjoner i kommunal eller offentlig eie, samt hjelpemiddelsen-tralen og NAV blir trukket frem som viktige samarbeidspartnere.

Kun tre kommuner spesifiserer ikke hvem de samhandler mest med om tjenestemottakere med nevrologisk lidelse. Nesten halvparten av kommunene trekker ikke frem fastlege, spesialisthelsetjenesten eller KE som nære samhandlingspartnere overfor denne brukergruppen (vedlegg 2).



### 3. GOD SAMHANDLING

Der samarbeidet beskrives som godt, skisseres gode rutiner for samarbeid, faste møtepunkter, korte avstander mellom de ulike aktørene, og jevnlig møter mellom lege, hjemmetjenesten og institusjonene i kommunen. I noen kommuner erfarer informantene at fastlegene prioriterer ansvarsmøter rundt tjenestemottakere med sammensatte behov. Dette kan skape forutsigbarhet for tjenestemottakeren, pårørende og tjenesteytere.

#### 3.1 Fastlegen – en nøkkelperson

Fastlegen har en nøkkelføle i mange menneskers kontakt med kommunale helsetjenester. Fastlegen har kontakt med og følger opp den enkelte pasient, ofte også flere i samme familie over år. Ved akutt sykdom eller skade, vil fastlegen derfor være den i tjenesteapparatet som best har kjennskap til den enkeltes sykehistorie og blir derfor lett bindeleddet i kjeden mellom spesialisthelsetjenesten, pasient og kommunale tjenesteytere i det påfølgende forløp. Samhandlingen mellom fastlegen og andre tjenesteytere kan dermed få stor betydning for kvaliteten på tilbudet til en person med nevrologisk lidelse. Dette får innvirkning på type og mengde ytelse og grad av brukermedvirkning og fleksibilitet i tjenestetilbudet. Eksempler på god samhandling som involverer fastlegen er derfor viktig å synliggjøre i denne undersøkelsen. Flere informanter fra ulike deler av landet og i kommuner av ulik størrelse viser til gode samhandlingserfaringer. Stikkord for god samhandling med fastlegen slik informantene beskriver, er at fastlegen *setter av tid* til samarbeidet, *tett og åpen kommunikasjon* mellom de ulike tjenestenivåene, *faste møtepunkter* og *små geografiske avstander mellom ulike deler av beslutningsapparatet i tjenestekjeden*. Slik formulerer en informant fra Midt-Norge det positive samarbeidet med fastlegen:

Synes vi har et godt samarbeid! Flere aktører har faste møter med legene. Pleie og omsorgstjenesten har møte med legene en gang per uke. Jeg har inntrykk av at kommunen står i en særstilling når det gjelder samarbeidet med legene, legene stiller opp! Hos oss har en lege også påtatt seg å være koordinator for IP.

Dette er den eneste beskrivelsen i undersøkelsen om at legen er koordinator for IP. At fastlegene tar større ansvar for sin del av samhandlingen med de andre tjenesteyterne savnes i mange kommuner, noe som synliggjøres og diskuteres under punkt 4.1.

Slik beskriver en informant øst i landet samarbeidet med fastlegen: «Kommunen har godt samarbeid med fastlegen, vi har faste møter og god kommunikasjon».

Det er flere aktører som arbeider tett på personer med nevrologisk lidelse. En kommune konkretiserer noen aktører som har behov for jevnlig samhandling med tjenestemottakers fastlege: «Vi opplever å ha et godt samarbeid. Både hjemmesykepleien, korttidsavdelinga på sykehjemmet og fysioterapitjenesten har faste møtepunkter med en del fastleger».

Kommunenes avlastnings- og rehabiliteringstilbud er ofte lokalisert i stedets sykehjem. For mennesker med nevrologisk lidelse, kan det derfor bli flere kortere eller lengre opphold i sykehjemmet, når de har behov for mer intensivt trening eller rehabilitering.

Når tjenestebehovet blir svært omfattende, har kommunene gjerne bare et fåtall tilpassede boliger utenfor institusjon å tilby personer med nevrologisk lidelse. Flere yngre mennesker med nevrologisk lidelse bor derfor på sykehjem, oftest tilpasset eldre mennesker. Sykehjemmet og de ansatte der blir en samarbeidsarena for fastlegen, dette gjelder også ulike bokollektiv og omsorgsboliger.

Flere små kommuner har bare en fastlege å forholde seg til, og de rapporterer å ha et godt samarbeid med denne. De eksemplifiserer dette slik: «Alt er i samme bygning, vi har bare gode samarbeids-erfaringer. Det er ikke ventetid på legetimer. Vi har faste møter en gang hver uke for brukere som bor i institusjon». En annen sier det slik: «Vi opplever et godt samarbeid, vi har små forhold. Vi har fellesmøter, gjerne ukentlig». En annen omtaler det på denne måten:

Synes dette samarbeidet fungerer greit. Det er stor forskjell på fastleger. Jeg tror det er viktig å ha direkte kontakt med fastlegene. Skulle gjerne fått til at de kom på tilsyn når pasientene er inne på rehabiliteringsavdelingen. Dette kunne gitt nyttig overførings- informasjon og gitt legene et bedre inntrykk av pasientenes tilstand.

### 3.2 Mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Både kommunens tjenesteapparat og spesialisthelsetjenesten har gjennomgått store omorganiseringer i de senere år. Dels handler dette om nye tjenester de skal implementere i sitt tilbud til innbyggerne, som følge av endringer i lovverket, for eksempel Forskrift om habilitering og rehabilitering som krever et mer planmessig målrettet tilbud for mennesker som etter Lov om Helsetjenester har krav på slike tjenester.

Nyere forskning underbygger at spesialisthelsetjenesten kan tilby ny og mer effektiv behandling, for eksempel innenfor behandling av hjerneslag (Helsedirektoratet & Myhr, 2011). Dette medfører at personer som rammes har større mulighet for å overleve et hjerneslag. Samtidig har kunnskap om aktiv rehabilitering endret seg radikalt på få tiår. En person som får slag, tilbringer ikke lenger flere måneder uten bedring i en sykehusseng. Rask og mer effektiv behandling kan hindre at skaden blir invalidiserende. Pasienten skrives deretter raskt ut fra spesialisthelsetjenesten, og kommunene overtar de fleste oppgaver om videre rehabilitering, vurdering av hjelpemiddelbehov og eventuell tilpasning av bolig.

Behandlingsmulighetene har også endret seg når det gjelder spastisitet som er en sterkt funksjonsbegrensende konsekvens av flere nevrologiske lidelser. Medisin i tablettform eller som injeksjoner i spastisk muskulatur minsker smerter og øker mobiliteten til mange (Rekand, 2010). Samarbeidet om ulike behandlingsforløp blir stadig viktigere for at helheten i tjenestetilbudet kan gi best mulig resultat når en person først blir rammet av sykdom eller skade. Ulike samarbeidsavtaler og fellesrutiner er opparbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på flere områder for å sikre gode pasientforløp mellom tjenestenivåene. Et eksempel på dette kan nevnes fra en større kommune i nord hvor de har opparbeidet gode samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten overfor personer med nevrologisk lidelse. Slik presenterer de samarbeidet mellom kommunen og sykehuset:



Tildelingskontoret er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tildelingskontoret arbeider etter bestiller-utfører modellen, og mottar ca. 100 henvisninger i uken på ulike tjenestebehov.

Nye pasienter med nevrologiske lidelser kommer ofte etter henvisning fra sykehuset. Henvisningen defineres som en ny søknad. Kommunen har en egen avtale med sykehuset vedrørende utskrivningsklare pasienter, som følges. Når nye henvisninger kommer, gjennomfører ofte saksbehandler fra tildelingskontoret et samarbeidsmøte med sykehuset innen det er gått tre dager. Ofte er det sykehuset som tar initiativet til dette samarbeidsmøtet, og når det gjelder brukere med nevrologiske lidelser er ofte flere aktører involvert. Disse samarbeidsmøtene ledes da av ansvarlig sykepleier for brukeren fra sykehuset. Saksbehandler fra tildelingskontor starter deretter med nødvendig tilrettelegging for et kommunalt tilbud for brukeren. Det kan være involvering av hjemmetjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten og oppsøkende rehabilitering.

I små kommuner har en gjerne bare én tjenstemottaker med nevrologisk lidelse som mottar tjenester, men tjenestebehovet kan være svært omfattende. Det er viktig for tjenstemottaker så vel som tjenesteyter at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er godt og at en har åpen tilgang til spesialiserte tjenester ved behov. I det følgende refereres flere gode eksempler på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen:

Personen har blitt overført fra et regionssykehus til et lokalsykehus. Kommunens ansatte opplever at overføringen har vært god. Bruker, pårørende og teamet rundt vedkommende er blitt introdusert for spesialist på nytt sykehus, og har fått bli kjent med avdelingen og fagfolkene der. Dette oppleves som god forebygging med tanke på framtidige innleggelser. Teamet fra kommunen er gitt mulighet for å ta direkte kontakt med spesialist. Avtaler er gjort for å sikre at nødvendig dokumentasjon følges opp. Informasjon om bruker kommuniseres og er tilgjengelig til enhver tid for de ulike tjenestenivåene som har felles ansvar for tjenstemottakeren.

I en annen kommune tar et rehabiliteringsteam i spesialisthelsetjenesten ansvar både for oppfølging av tjenstemottaker og veiledning av ansatte i kommunen, slik at de kan skreddersy et tilbud rundt personen og hans nærmeste. Informanten sier: «Vi opplever et godt samarbeid med spesialistteam på sykehuset. De tar også kontakt med kommunen. Det er ikke bare initiativ til kontakt én vei».

Når spesialisthelsetjenesten deltar aktivt med initiativ, støtte og kompetanse, erfarer fagpersoner i kommunen at de kan ivareta det daglige rundt personer med omfattende og langvarige tjenestebehov. En liten kommune i Midt-Norge erfarer at spesialisthelsetjenesten tar dette ansvaret, de sier: «Vi synes samarbeidet er bra. Kommunen får den informasjon det er behov for. Vi opplever god kunnskapsoverføring og vi får opplæring når det trengs.»

Trygghet for å kunne ta kontakt og få hjelp, er avgjørende for at kommuner som har begrenset tilgang på fagpersoner, kan ta dette ansvaret. I undersøkelsen kommenterer flere informanter at de samarbeider godt med en spesialavdeling i sykehuset, men at samhandlingen er litt ymse på andre avdelinger. I en annen kommune har de fått opprettet en stilling som er delt mellom sykehuset og kommunen for å bedre samhandlingen.

Vi har en prosjektstilling. (det er søkt midler på utvikling av tjenester rettet mot nevrologiske sykdommer) Vedkommende jobber 80 % ved sykehuset og 20 % ute i kommunen. Målet er å bedre samhandling og tilrettelegge for kompetanseopp-

---

bygging og kunnskapsoverføring mellom 1. og 2. linje tjenesten. Denne personen har spisskompetanse på nevrologi og er også med på å starte IP for en del av brukerne.

Dette er et eksempel på planmessig samarbeid, der en også har nyttet seg av muligheten til å søke på utlyste midler for å utvikle tjenestene for personer med nevrologisk lidelse.

En informant i nord sier: «Vi har et godt samarbeid med slagenheten på sykehuset. De andre avdelingene har det ofte travelt med å skrive ut pasienten og bli kvitt ansvaret». En kommune i Midt-Norge supplerer: «Spesialavdelinger på sykehuset er kanskje lettere å samarbeide med, de tar i større grad kontakt, og de etterspør mer angående praktiske forhold i forkant av utskrivning til kommunen».

Kommunene påpeker faktorer som positivt fremmer samhandlingen med ulike deler av spesialisthelsetjenesten. En kommune konkretiserer god samhandling slik: «Samhandlingen oppleves bra. Vi har faste dager der brukerkontoret fra kommunen er i møter på sykehuset». En annen kommune sier: «Vi har god kontakt, sykehuset informerer om interne primærkontakter til hjemmetjenesten».

Jevnlige felles møter, felles målsetting, gjensidig forståelse og respekt, kontaktpersoner og brukermedvirkning nevnes av flere når informantene beskriver hva de opplever som suksessfaktorer for at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal fungere godt. En kommune i Midt-Norge formulerer dette slik:

Kunnskap om hverandre er viktig, og å gjøre terskelen for å ta kontakt så lav som mulig. Å ha retningslinjer for samarbeidet og enighet om ansvarsfordelingen. Vi har en stor utfordring i å skape kontinuitet mellom tjenestenivåene. Det kan skapes forventninger når brukeren er på sykehuset, som kommunen ikke klarer å innfri. Kommunen forsøker å strekke seg så langt som praktisk mulig. Kommunen kan kanskje også bidra til å bygge opp forventninger. Brukeren kan dermed også få urealistiske forventninger til sykehusoppholdet.

Samarbeid på tvers av nivåer, om tilbudet til tjenestemottakere som gjerne danner seg et bilde av en optimalisert tjeneste krever gode kommunikasjonskanaler og gjensidig kjennskap mellom de ulike tjenestenivåene. Å kunne tilby en kvalitativt god, helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede er et av målene i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Flere kommuner kommenterer tiltak de mener vil lette denne samhandlingen. Slik sier en informant det: «Hospitering kan være nyttig. Å avklare hvilke oppgaver de ulike partene har også. Det er viktig å ha gode kommunikasjonskanaler, gjerne en kontaktperson, og ett telefonnummer å forholde seg til. Det må være enkelt å ta kontakt!». En annen framhever følgende: «God informasjon ved overføringer. Oversikt over hva som skal gjøres og gode overføringsrapporter. Det er viktig at spesialistene bidrar ut i kommunen med kompetanse og har tid til samhandling».

Det er i flere deler av landet opprettet skriftlige samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og nærliggende kommuner innenfor flere fagfelt. En informant fra Vestlandet sier det slik: «Vi har et for oss banebrytende samarbeidsnettverk med sykehuset, omkring fagområdene somatikk og psykiatri. Avtalene omfatter et samarbeidsutvalg, inn- og utskrivning av pasienter, opplæring, og hospitering». Et annet eksempel som kommer fra Vestlandet omfatter samarbeid mellom et kompetansesenter innen rehabilitering som er del av sykehuset i regionen og kommunen. «Når en person skal hjem fra kompetansesenteret, tar fagpersoner fra senteret kontakt med KE i kommunen i forkant for å planlegge utskrivning. Kommunens ansatte får opplæring ifølge en ordning med gjensidig hospitering og undervisning».

---

### 3.3 Samhandling med Koordinerende enhet

Når samhandlingen beskrives som god mellom KE og det øvrige tjenesteapparatet i kommunen, henviser informantene gjerne til at tjenstemottakeren vet at kommunen har en slik enhet de kan henvende seg til, og at det øvrige tjenesteapparatet kjenner til hvilke oppgaver som er lagt til KE. Noen kommuner har informert om ulike tjenester på oppdaterte hjemmesider. I andre kommuner er KE i hovedsak saksbehandler for IP, og tiltaksteam bestående av ledere for ulike enheter i kommunen møtes jevnlig og samordner mulige søknader om IP, inn til KE. En kommune på Vestlandet har i denne undersøkelsen rapportert å ha 13 avdelinger som sorterer under paraplyen pleie og omsorg, og som igjen forholder seg til én KE, eller bestillerkontor som det heter hos dem. I denne kommunen sier de:

Bestillerkontoret mottar alle søknader, det er én dør inn for brukeren, og vi er tilgjengelige. Med opprettelse av koordinator for den enkelte, er det en person som har oversikten. Denne personen skal være tjenstemottakers «hjelpende hånd», en støtte inn mot hjelpeapparatet. Koordinator skal også informere om hvilke tjenestetilbud som finnes, og veilede med tanke på IP. Koordinators oppgaver dokumenteres skriftlig.

I kommunen eksemplet over er hentet fra, utarbeides et opplæringstilbud for koordinatorene for ytterligere å forbedre tjenestene. En større kommune nord i landet har allerede en slik opplæring. Å få på plass nye organiseringer, og tiltak erfarer informantene som tidkrevende prosesser. Noen kommuner har hatt KE en stund og har som konsekvens av evaluering sett behov for å forbedre tjenesten og samhandlingen. Dette har de for eksempel gjort ved å implementere undervisning for medarbeidere, eller ved å frikjøpe medarbeidere som påtar seg koordineringsansvar fra andre oppgaver i en startfase i oppbygging av et sammensatt tjenestetilbud. En informant sier at bestillerkontoret hos dem ofte blir oppringt av personer som har spørsmål om mulige tjenester før en søknad sendes. I tillegg til å samordne tjenester, gjennomfører ofte bestillerkontoret hjemmebesøk og inviterer til nettverksmøter. «Å ha fått kontakt med personen skaper en trygghet. Tjenstemottaker er ofte i en vanskelig situasjon når hjelp søkes, det medfører frustrasjon for mange når et hjelpebehov melder seg, eller endrer seg».

En informant fra Midt-Norge hevder: «Det er viktig at koordinatoren kjenner hvordan tjenesten er oppbygd/fungerer, og også har god lokal kunnskap om brukerne og har nettverk». Informanten fra en kommune øst i landet påpeker mye av det samme og sier: «Det er viktig at de som sitter og koordinerer har kompetanse, kunnskap og innsikt i tjenestetilbudet – uten blir det vanskelig å se mulighetene». I denne undersøkelsen påpeker flere at å ha en erfaren fagperson som leder for KE, gjerne med et team av fagpersoner med faglig engasjement og lang erfaring fra kommunehelsetjenesten som saksbehandlere rundt seg, er en suksessfaktor. Lang faglig erfaring og gjerne god oversikt over mulige tjenester, gjør at en vet hvem en kan kontakte om ulike problemstillinger. Fagpersoner med lang tjenestetid lokalt har ofte nettverk med andre faggrupper og etater, de «kan systemet». En informant fra Vestlandet formulerer seg slik: «Tjenesteapparatet kan være en jungel å navigere i for brukeren. Å ha en personlig kontakt, en koordinator som kjenner systemet og de ulike tjenestene, da trenger en ikke sitte i så mange møter».

Kommunene sier videre at de opplever en positiv endring for samhandling ved opprettelse av et KE, eksempelvis slik «At vi får til en helhetlig tjenestekjede, og at vi får brukt kompetansen i kommunen best mulig, både i institusjon og i hjemmet». En annen framhever følgende: «Synes samarbeidet fungerer bra, vi holder hverandre informert. Vi er mange som synes at ting er endret til det bedre

---

etter at KE ble etablert». Neste informant påpeker samlokalisering som positivt slik: «Vi har tett kontakt, vi er et lite fagmiljø som har felles kontorlandskap. Alle faggrupper er lokalisert på et lite område». Flere informanter påpeker viktigheten av at alle involverte kommer raskt med i samarbeidet at også KE blir involvert tidlig i et forløp. Slik ordlegger en leder av KE seg: «Det er viktig med dialog, og å få informasjon tidlig nok. Ønsker å få melding inn til koordinerende enhet når gruppene har en aktuell pasient eller bruker. At vi blir invitert til samhandlingsmøter».

For at KE skal kunne bli en ressurs og naturlig samarbeidspartner må en opprettet KE være kjent for medarbeidere i kommunen. Noen informanter sier derimot at informasjon om KE og enhetens oppgaver er lite kjent. En sier: «Strukturen i kommunens tjenestekoordinering må tydeliggjøres bedre». Kjennskap til hverandre er viktig, en informant sier: «Tjenesteyterne må kjenne til koordinerende team, og hvilken funksjon dette teamet har», og «God informasjon om hva de (KE) kan gjøre og har ansvaret for». En annen supplerer: «Kjennskap til hverandre, og samhandlingsmøter på mer overordnet nivå. Det er viktig å evaluere samhandlingen mellom de ulike tjenesteyterne. Diskutere seg fram til hva som fungerer, og hva som ikke fungerer».

En annen sier det slik:

Samarbeidet fungerer bra. Vi har rutine på å *oppnevne brukerkoordinator* det kan være en utfordring å få oppnevnt denne koordinatoren. Vi hadde store ansvarsgrupper før, det er mer fokus på brukermedvirkning nå og vi trekker inn de personer som er aktuelle i hver sak, et mer konstruktivt samarbeid.

## 4. SAMHANDLINGSUTFORDRINGER

Store geografiske avstander vanskeliggjør samhandling i flere fylker, det at spesialist-helsetjenesten tar hensyn til denne faktoren er framhevet i en kommune i Midt-Norge:

Vi ønsker oss større forståelse for at ressursknapphet og store geografiske avstander innad i kommunen medfører utfordringer. Det fører til stort behov for praktisk planlegging. Basisavtalen – kommunen er «drillet» på å overholde denne. Vi opplever ikke at sykehuset ivaretar sine forpliktelser i like stor grad.

### 4.1 Med fastlegen

De fleste informantene ga tilbakemelding om utfordringer de erfarte med ulike former for nødvendig samarbeid. I 31 kommuner (70 %) ble utfordringer i samarbeidet med fastlegen kommentert (Vedlegg 3). Det de fleste kommuner beskriver her er at fastlegen har lite tid til dette samarbeidet. Det konkretiseres ved følgende utsagn:

Utfordringen her er fastlegens tid. Fastlegen kan bli litt på «sidelinja» – har ikke mulighet til å delta på alle ansvarsgruppemøter. Legen kan gå glipp av helhetsbildet og kontinuiteten. Det kan bli et problem om legen ikke informerer de aktuelle samarbeidspartnere når pasienten har hatt en time der brukerne har forventninger om at «alle vet», men de gjør ikke det.

Mange kommuner har ustabil legedekning. Dette får store konsekvenser for tjenestetilbud og samhandling. Informanten sier:

Pasientens sykdom varierer. I aktive faser er pasienten ofte i kontakt med legen, mens i mer stabile faser er de i lite kontakt med legen. Dette er en utfordring når legedekning er ustabil, legen kan miste forståelse for det totale bilde, kontinuitet. I små kommuner kan vi ofte oppleve at legedekningen varierer!

Eksemplet over kommer fra Midt-Norge og informanten påpeker videre behov for mer overordnede diskusjoner og planmessig samarbeid og sier:

Det er viktig å frigjøre tid for legene. Har søkt om å få ta av tiden som er tiltenkt den kommunale legetjenesten. Behov for fora og møtepunkt hvor man kan tenke litt større kanskje dra lengre linjer. Se på ulike grupper ikke bare enkeltpasienter. Hva kan gjøres bedre for grupper av pasienter?

Flere kommuner har bare én eller et fåtall fastleger. I andre kommuner er det mange fastleger å forholde seg til for de andre tjenesteyterne.

---

Informasjonsutveksling som kunne vært nyttig mellom tjenesteytere i kommunen og fastlegen må i noen tilfeller vike for tillitsforholdet mellom lege og pasient. Taushetsplikt og hva som skal være felles informasjon i en tjenesterelasjon, kan også bli et diskusjonstema. Felles rutiner på informasjonsutveksling, og at tjenestemottaker blir orientert om hva som må være fellesinformasjon, og hva som ikke vil bli delt etter avtale kan gi større forutsigbarhet for bruker, og styrke tilliten mellom tjenestemottaker og tjenesteytere. Kontrakt mellom bruker og tjenesteapparatet når en tjeneste blir formalisert, skal ivareta taushetsplikt og regulere nødvendig informasjonsutveksling mellom ulike tjenesteytere. Bedre felles rutiner etterlyses fra flere av informantene: «Problemet er ressurser og tid. Det er ofte en utfordring å få tak i legen og etablere rutiner for samarbeidet. Skulle ønske det var flere felles rutiner det kunne gi bedre pasientflyt».

Informantene i denne undersøkelsen påpeker også en underrapportering av tjenestebehov når de hevder: «Den største utfordringen er at legene ikke melder inn behov for personer med mindre skader. Vi opplever at personer som kunne hatt god nytte av rehabilitering i kommunen ikke blir henvist fra legen. En annen kommune i samme landsdel supplerer med følgende uttalelse: «Er usikker på om de som har behov blir henvist fra fastlegen. Ser det er stor forskjell på legene hvor flinke de er til å henvise. Koordinerende enhet mottar mange henvendelser, men de aller fleste er fra sykehus».

Fastlegen er ofte premissleverandør for utredning, mulige tjenester og ytelser personer med sammensatte behov kan nyttiggjøre seg. Det fordrer at legen er engasjert, kreativ og har god timing til å drøfte ulike muligheter med tjenestemottaker, og medarbeidere. I mange kommuner får fastlegen skryt for sin gode tilgjengelighet og samarbeidsevne. I andre kommuner opplever de øvrige tjenesteyterne at «legene er lite på banen», og at «samarbeidet i stor grad er personavhengig». En informant i sør uttaler: «Vi sliter med å få henvisninger fra fastlegene. Opplever at de samarbeidsproblemene som er personavhengig, mye henger på fastlegene, ulikt hvor godt de kommuniserer med kommunen».

Når legen ikke er tilgjengelig, får det gjerne negative ringvirkninger både for tjenestemottaker og andre tjenesteyteres arbeidssituasjon. En informant sier dette: «Legene deltar lite på ansvarsmøter. Vi er avhengig av legen for å søke om ulike behandlinger, tester m.m. Dette blir vanskelig når de ikke er tilgjengelig».

Legen har hovedansvar for det medisinske rundt pasienten. Med gode samhandlingsrutiner og åpne kommunikasjonskanaler mellom samarbeidspartnere, er det mulig også for andre enn legen å melde et behov eller komme med forslag. De som står nærmest brukeren til daglig har ofte mulighet til å identifisere endring og å påvirke motivasjon hos tjenestemottaker for eksempel for en tidsbegrenset intensivt innsats for å bedre egen funksjon. Å handle til tjenestemottakerens beste, innebærer gjerne at flere enn legen må ta ansvar for å iverksette nye tiltak og få disse igangsatt. Når tjenestemottaker bor i omsorgsbolig etterlyses større ansvarstaking fra fastlegen. «Fastlegene tar ikke tilstrekkelig ansvar for dem som bor i omsorgsboliger, dette overlater de i for stor grad til hjemmesykepleien». En annen forteller:

Det kan være utfordrende å få lege på banen. Spesielt er dette viktig i forhold til overganger, når unge skal over i voksenlivet. Det er en utfordring å være i forkant her, i forhold til botilbud, arbeid. Viktig men ofte vanskelig å komme i posisjon, ha kapasitet nok. En møter ofte familier i kriser i slike situasjoner.

## 4.2 Med Koordinerende enhet

I de fleste kommuner har opprettelsen av KE medført positive endringer når det gjelder samhandling rundt tjenestemottakere med sammensatte og langvarige tjenestebehov. Samtidig, i mange kommuner har KE bare vært i funksjon i kort tid, og medarbeidere i flere kommuner forteller om ulike utfordringer også i dette samarbeidet. 21 kommuner (47 %) kommenterer utfordringer i samhandling med KE (Vedlegg 3). I Midt-Norge har de fleste kommunene som deltar i intervjuet, opprettet KE. Samtidig sier flere informanter at KE ikke er synlig nok i tjenestelandskapet. Nedenfor siteres noen av utfordringene de rapporterer:

Kanskje er det ikke nok kunnskap om at brukerkontoret fungerer som KE? Vi har en utfordring med hensyn til å gi bedre informasjon internt i kommunen. Potensial for bedre samarbeid med opplæringscenteret, kanskje ikke. Muligheter er utnyttet godt nok. Kanskje er ikke kunnskap om hvilke tilbud som eksisterer/ som kan benyttes formidlet nok.

Gjensidig kjennskap til hvem som kan bidra i et samarbeid er sentralt når de samlede tjenestene i en kommune skal «selge» seg selv ut mot tjenestemottakerne. Å opptre som en helhetlig tjeneste inn mot tjenestemottakeren behov er en utfordring. Som en informant uttrykker det: «Vi har en felles agenda ett felles oppdrag rettet mot den enkelte brukers behov og ønsker». At alle involverte parter kommer tidlig inn i forløpet av et tjenestetilbud refereres også som en utfordring i flere kommuner. Dette eksemplifiseres slik i to kommuner: «Det er en utfordring å komme tidlig inn i bildet, og å utforme forpliktende samarbeidende rutiner», og: «Vi har ikke god nok dialog, og lite regelmessig informasjonsutveksling». I overføring av oppfølging enten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, eller mellom ulike avdelinger i kommunen kan samhandlingen også utfordres. En informant sier:

Ser at det er en utfordring ved overgang fra et tilbud til et annet, særlig fra rehabiliteringsavdelingen og hjem. Det er viktig at tilbud og tiltak blir videreført. Opplever at det lett skyldes på dårlig tid. Men det kan også være mangel på kompetanse.

Flere kommuner har påpekt utfordringer med å få personell til å påta seg rollen som koordinator for sammensatte tjenestebehov. Noe av frustrasjonen fagpersonell opplever er at tiden ikke strekker til, eller at tilstrekkelige ressurser økonomiske eller med tanke på kompetanse ikke overføres mellom tjenestenivåene som følge av ansvarsoverføring mellom til eksempel spesialisthelsetjeneste og kommune. Flere kommuner har også en stor utfordring i å skaffe nok kompetente fagpersoner til å dekke grunnleggende tjenester, eller som en informant uttrykker: «Vi gir hjelp på et minimumsnivå, det som er lovpålagt for at tjenestemottaker skal fungere i sitt dagligliv. Det ligger potensiale hos enkelte brukere som vi ikke får ivaretatt». En annen supplerer slik: «Det er vanskelig å få en person til å ta et helhetlig hovedansvar for pasienten. Vi har store kompetanseutfordringer».

Ett mål i rehabiliteringsmeldingen, i lov om helsetjenester og i Samhandlingsreformen er å gi rett hjelp til rett person til rett tid (*Helse- og omsorgsdepartementet, 2011*). Det blir hevdet i flere utredninger at ivaretagelse av en persons iboende potensiale og motivasjon for å bedre egen helsesituasjon blir for lite prioritert. Vedlikehold av funksjoner og forebygging ved å styrke personens gjenværende ressurser etter sykdom eller skade, prioriteres for lite hevdet det blant annet i rapporten «Fleksible tjenester- for et aktivt liv» (Helsedirektoratet, 2011b).

---

I noen kommuner er det én person som i tillegg til vanlig klinisk fagansvar er gitt ansvar for KE, og er alene om dette ansvaret. Dette erfares som utilfredsstillende. Slik formulerer en informant seg:

Jeg er i tillegg til å være leder i KE også behandlende fysioterapeut og går stadig rundt med evig dårlig samvittighet, for det blir ikke godt nok. Vår kommune valgte å ikke opprette «nye» stillinger når vi opprettet KE. Ressurser til dette ble tatt fra øvrige stillinger og ble en tilleggsfunksjon hos meg. Alle har jo nok å gjøre og da blir ikke dette godt nok.

Flere informanter har gitt uttrykk for at det er viktig for god samhandling at KE og den organisatoriske plasseringen denne har i kommunen er godt kjent. Noen kommuner har egen link til KE på sine hjemmesider. Samarbeid mellom KE og andre som for pleie og omsorg eller voksenopplæringen i kommunen hevder mange informanter er mangelfull. En informant sier dette: «Vi må få etablert en tydeligere enhet for koordinering. Ansvarsfordeling bør avklares bedre og ordningen per i dag evalueres. Ikke alle aktører i kommunen er kjent med koordinatorrollen».

Andre informanter erfarer at ansvarsfordelingen mellom KE og eksempelvis pleie og omsorgstjenesten er uklar, og at gjensidige forventninger spriker. En informant sier: «KE engasjerer seg lite – de er en instans som eksisterer på papiret. Det signaliseres lite interesse for å ta ansvar for denne brukergruppen. Disse oppgavene overlates til fysio- og ergoterapitjenesten». Mulig ansvarsfraskrivning kan også oppleves motsatt i ansvarsoverføring mellom KE og det øvrige tjenesteapparatet i kommunen. En informant sier: «Det negative kan være ansvarsfraskrivelse når henvendelsen er gjort er ansvaret lagt på koordinerende enhet. Koordinerende enhet opplever at de må stille krav tilbake til de ulike tjenesteyterne nær brukeren».

### 4.3 Med spesialisthelsetjenesten

Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Konstruktiv samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten har stor betydning for tjenestetilbudet til mange personer med neurologisk lidelse. Ved akutte sykdomstilfeller eller skader med neurologisk utfall er spesialisthelsetjenesten den instans som først kommer i kontakt med tjenestemottaker.

I mange tilfeller kreves langvarig og tett oppfølging av pasienten etter at vedkommende er ferdigbehandlet i sykehus. Det kan være behov for videre rehabilitering, tilretteleggelse i hjemmemiljø og psykososial oppfølging av den som er rammet og eventuelle pårørende. Enten personen har en medfødt skade, som har krevd spesialiserte helsetjenester over tid eller i perioder, eller har en ervervet neurologisk sykdom eller skade, er oppfølging av og samarbeid med spesialisthelsetjenesten ofte avgjørende for å sy sammen tjenestetilbudet til personer med neurologisk lidelse. Et tjenestetilbud alle parter ønsker skal være best mulig, individualisert, forutsigbart og kvalitetsmessig oppdatert når det gjelder faglig og teknisk utvikling. Endrede muligheter for medisinsk å avhjelpe funksjonsnedsettelse ved for eksempel bruk av nye medikamenter, digitaliserte løsninger for omgivelseskontroll og kommunikasjonshjelpemidler tilsier at tverrfaglig samarbeid er viktig for å kunne gi optimale muligheter til mennesker med neurologiske lidelser. Det er utfordrende å få til gode samhandlingsrutiner mellom ulike fagmiljøer ofte på tvers av ulike organisasjonsmodeller og ansvarslinjer.



---

33 kommuner (70 %) ga konkrete eksempler på utfordringer de erfarer i samhandling med ulike deler av spesialisthelsetjenesten (Vedlegg 3). Stikkord som er gjennomgående i beskrivelser av disse utfordringene er: «Kommunikasjonsvansker», «manglende kjennskap til hverandres virkelighet», «geografisk avstand», «kompetanseoverføring», «turnover i personalgrupper», «holdninger og opplevd ulik maktfordeling mellom tjenestenivåene».

Kommunikasjon, lett tilgjengelighet mellom tjenestenivåene, informasjonsflyt og gjensidig mulighet til å rapportere om endringer er ikke alltid lett som følgende utsagn illustrerer:

I første rekke kommunikasjon. Vi savner et felles IT- verktøy. Det kan være en møysommelig prosess å få tak i informasjonen vi trenger. Noe sendes med pasienten, og noe må vi få via fastlegen. Skulle ønske sykehuset kunne sende dokumentasjon direkte til hjemmetjenesten.

I en annen kommune sier de «Utfordringen er kanskje informasjon. Vi har en del telefonkontakt. Opplever ofte at informasjonen er mangelfull og at våre vurderinger av pasientene ikke stemmer overens med den de gjør på sykehuset». Informasjonsutveksling avhenger også av felles rapporteringssystem som for eksempel felles IT-verktøy eller rapporteringsrutiner. Hvilken type informasjon som vektlegges ved overføringer kan variere, mye dersom ikke de ulike aktørene anvender for eksempel samme E - journal.

De ovenfor nevnte utfordringene forsterkes av uttalelsen fra en kommune i Midt-Norge der de sier:

Ser at utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen kan være utfordrende. Det er viktig at vi møtes og snakker rundt pasientene før de kommer ut i kommunen. Men dette jobber vi mye med, vi har hatt fokus på samhandling lenge og har standardiserte skjemaer for utskrivelse.

Kjennskap til hverandres virkelighet og gjensidig respekt, er forutsetninger Romøren (2009) legger til grunn for at samarbeidet mellom ulike nivåer i tjenesteapparatet skal fungere til beste for personer med omfattende og sammensatte behov. Følgende utsagn illustrerer at den gjensidige kjennskapen ikke er optimal: «Vi vet for lite om hverandre. Brukerne blir forespeilet et annet tilbud (fra sykehuset om hva de får i kommunen) enn hva de faktisk får når de kommer hjem». En annen informant supplerer slik: «Vi må ikke love noe på vegne av hverandre».

De store geografiske avstandene i landet vårt og varierende utbygd infrastruktur er medvirkende faktorer som utfordrer samhandling mellom kommunene og spesialist-helsetjenesten: «Den største utfordringen er avstand. Det er langt til spesialister, det gjør nok at vi i mange tilfeller blir mer selvgående». Selvstendighet kan være positiv, men sikrer ikke alltid tjenestemottakeren det beste tilbudet. En annen informant sier: «Det er 14 mil til nærmeste sykehus. De er lite tilgjengelige for kommunen».

Holdninger til samarbeid og respekt mellom de ulike tjenesteyterne etterlyses av flere. Dette sier en informant: «Holdninger overfor kommunen kan svekke samarbeidet». En annen informant formulerer seg slik: «Spesialisthelsetjenesten oppleves noe kommanderende, dømmende overfor hva kommunen skal gjøre».

Også holdninger eller krav til pasienten påpekes av informanter som en utfordring. En informant fra Midt-Norge sier dette: «Det stilles store krav til pasienten. De skal være ganske velfungerende for å få et rehabiliteringstilbud i 2. linjetjenesten. «Kommunen må ta de tyngste selv». En informant

---

fra Sør-Norge supplerer med følgende uttalelse: «Spesialist-helsetjenesten prioriterer de tjenestemottakerne som er sterkest, kommunen står igjen med de som er dårligst. Vi er prisgitt hva 2. linjen ønsker». Slik ordlegger en informant fra Vestlandet seg om noe av det samme: «Kommunen får lett ansvaret for oppfølging og informasjon til bruker. Det er sjelden at overføringsmøter fungerer. Når spesialisthelsetjenesten har gjort sitt, må bare kommunen overta. De med størst pleiebehov kommer ikke inn på sykehuset en gang».

At ikke alle pasienter med behov får det de har krav på fra spesialisthelsetjenesten kommenteres fra kommuner i tre ulike deler av landet.

Beskrivelsene fra flere kommuner om at de tjenestemottakerne som er mest sårbare kanskje ikke får de spesialiserte helsetjenestene de trenger og har krav på er urovekkende. Samtidig illustreres en ulik maktfordeling, som flere informanter påpeker. Kommunene opplever tidvis at spesialisthelsetjenesten overstyrer dem, men ikke nødvendigvis til tjenestemottakers beste eller ut fra faglige kriterier. Denne ulike erfaringen av makt illustreres slik av en informant fra Vestlandet:

Vi opplever ikke at kommunens helsetjenester og spesialisthelsetjenesten er likeverdige parter. Spesialisthelsetjenesten vegrer seg for å gå inn i krevende samhandlingssituasjoner. De hevder at kommunen har rammer til å håndtere situasjoner og viser til samhandlings-avtaler. Samtidig savner kommunen veiledning og opplæring i forhold til spesielle situasjoner. Når en har et felles oppdrag i forhold til en tjenestemottaker, ønskes mer faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten. Forstår samtidig at spesialisthelsetjenesten er presset tidsmessig, men det er også ofte kommunens tjenester!

Gjennomtrekk av personale både i kommune- og spesialisthelsetjenesten skaper også utfordringer og truer kontinuitet i tjenestetilbudet: «Det er mye turnover, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, som svekker samarbeidet og informasjonsutvekslingen».

Utsagn fra to informanter illustrerer at viktige spørsmål ofte ikke er gjensidig avklart og at ansvarsfordeling i praksis er utfordrende: «Hva er utskrivningsklar? Opplever at vi har forskjellig syn her. Opplever også at det ikke alltid er tilstrekkelige opplysninger som følger med pasientene». «Å få nok opplæring er mangelvare. Det står ikke et legeteam klart i kommunen om en trenger veiledning!».

## 4.4 Koordinering av tjenestene

For mennesker med omfattende og komplekse tjenestebehov er det avgjørende at det er den enkelte personens målsetting en søker å oppnå ved de samlede tiltak som iverksettes. Om personen selv, hans pårørende eller personer i tjenesteapparatet ivaretar «den røde tråden» i det samlede tjenestetilbudet, er koordinering og samarbeid sentrale faktorer for at tjenestene totalt sett skal bli best mulige.

Hjemmetjenestene koordinerer tjenestene hyppigst. Dette rapporteres av 24 kommuner (54 %). Det er rimelig å tenke seg at tjenesteytere som kjenner tjenestemottaker over tid, registrerer og vurderer mulige endringer for et sammensatt tjenestebehov. Et interessant funn er at bruker selv eller hans pårørende oftest rapporteres å ta initiativ til dette i henholdsvis 10 (23 %) og 16 (36 %) av kommunene. Slås disse to sammen, er det altså bruker selv eller hans pårørende som oftest tar initiativ til å samordne tjenester, i nesten 60 % av tilfellene. Spesialisthelsetjenesten rapporteres i 14 (31 %) av kommunene å ta initiativet (Vedlegg 4). Dette korresponderer med at tjenestemottakere møter tjenesteapparatet i spesialisthelsetjenesten først som følge av akutt skade eller ved utredning av mulig

---

nevrologisk sykdom. Her starter derfor planlegging av en ny livssituasjon med behov for oppfølging fra flere aktører, når det gjelder helsetjenester, hjelpemidler for hjem og/eller arbeidsliv. Mange mennesker med nevrologisk sykdom har dessuten gjentatte innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved endring i tilstand, utprøving av ny behandling, eller intensiverte rehabiliteringsopphold. Dermed blir spesialisthelsetjenesten en viktig medspiller og premissleverandør for ulike tilbud og muligheter tjenestemottaker presenteres for. I denne undersøkelsen viser det seg at fastlegen er initiativtaker til koordinering av tjenestene kun i tre (7 %) av kommunene (Vedlegg 5).

Derimot viser det seg at ergo- eller fysioterapitjenesten i kommunen tar dette initiativet i 10 (28 %) av kommunene. Dette er rimelig også fordi brukeren og hjemmetjenestene søker råd og ber om vurderinger for eksempel med tanke på opptrening og hjelpemidler fra ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen alternativt i spesialisthelsetjenesten. Det er svært varierende hvor god tilgang kommunene har på fagpersoner som ergo- og fysioterapeuter, samt logopeditjeneste. Det gjenspeiler også noe av ulikheten i tilbudene fra kommune til kommune, gitt noenlunde samme tjenestebehov.

## 4.5 Endrede samhandlingsrutiner

Det har de siste årene vært gjennomført forholdsvis mange reformer i tjenestetilbudet som kommunene er pliktige til å yte sine innbyggere. Nye forskrifter om Individuell Plan (IP) og KE setter søkelys på brukermedvirkning og -rettigheter. De stiller krav om mer systematisk rapportering av de tjenester kommunen faktisk yter. Innføring av IPLOS, krav om tverretatlig ansvarsfordeling og tverrfaglig samarbeid indikerer at samhandling om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser, har endret seg.

31 (70 %) av informantene i undersøkelsen bekrefter dette. De begrunner dette hovedsakelig med opprettelse av KE i kommunen, økt oppmerksomhet på brukermedvirkning, mer bruk av IP. En informant forteller: «IP har kommet inn som et relevant verktøy, det arbeides mer tverrfaglig nå, flere ansvarsgrupper etableres nå enn tidligere». En informant fra nord sier det dette: «Det har endret seg etter innføring av IP. Kommunen har jobbet mye med implementering av denne. Tjenestemottaker har fått nye rettigheter, og forpliktelser ovenfor kommunen ved innføring av IP».

Slik eksemplifiserer to andre informanter fra ulike deler av landet denne endringen: «Vi opplever at det er økt brukerfokus. Vi jobber også mer med IP. Det er også økt fokus på tverrfaglig tilnærming. Dette gjelder nok særlig yngre mottakere med rehabiliteringspotensial». Og:

Det er mye mer fokus på samhandling og på å individualisere tjenestene. Vi arbeider mer tverrfaglig og vi bruker BPA. Miljørettede tjenester, fysio- og ergoterapi-tjenestene samhandler nå mer på tvers av fagmiljøer. Vi er også mindre låst fast i såkalte tradisjonelle tilbud.

Uoppfordret sier flere informanter at denne brukergruppen har behov for og krav på andre typer tjenester enn det tradisjonelle hjemmetjenester tilpasset eldre gjerne har inneholdt. Personer med nevrologisk sykdom eller skade er gjerne yngre som har levd aktive liv inntil sykdom eller skade inntraff. For å møte deres tjenestebehov, hevder flere informanter at man må tenke nytt, samarbeide tverrfaglig og tverretatlig med hensyn til familieliv, arbeidstilknytning og når og på hvilken måte tjenestene skal gis. En større kommune i nord viser til hvordan de tenker fleksibelt, både i turnusplanlegging og ved å etablere team rundt den enkelte slik at tjenestemottaker har få og kjente personer å forholde seg til. Slik får også den enkelte tjenesteyter et *fagfelleskap* som kan forebygge slitasje i

---

arbeidssituasjonen som kan oppstå dersom en står alene i en tjenesterelasjon over tid. Å arbeide i delt stilling i team rundt en tjenestemottaker og delt stilling i de ordinære hjemmetjenestene bidrar til økt trivsel og dempet slitasje i tjenesterelasjoner. Denne måten å organisere et tjenestetilbud på, gir også større grad av *forutsigbarhet* både for tjenestemottaker og tjenesteyter, hevder informantene. Å ta medarbeidere med på råd om endringer i tjenesteyting er konstruktivt, påpeker flere kommuner, særlig når det gjelder fleksibilitet i tjenesten, kompetanseheving og trivsel for den enkelte medarbeider. Slik formulerer de seg i en kommune vest i landet om dette: «Vi drøfter mer- det oppleves positivt. Dessuten hos oss har vi et generasjonsskifte i staben. De yngre, har lært nytt, de er «mer på hugget»».

Å aktivt anerkjenne og bruke erfarne medarbeideres kompetanse og nyansattes ferske kunnskap og initiativ handler mye om ledelse.

Noen kommuner skiller seg ut ved å ha arbeidet systematisk med koordinering av deler av tjenestene over tid, og slik sett vært i forkant av nye forskrifter og lovverk. De er kommet langt i å tenke helhetlig og fleksibelt når de utarbeider sine tjenester. Eksemplet under kommer fra en kommune på Vestlandet:

Vi har hatt rehabiliteringskoordinator i 10 år før forskrift om KE kom. Vi tenker rehabilitering i vid forstand. Dette innebærer at vi prøver å tenke arbeidsliv og fritid parallelt med utarbeiding av pleie- og omsorgstjenester. Vi tenker også på medarbeiderne våre, og hvordan vi best kan gi et helhetlig tilbud.

Flere informanter viser til bedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og at endret organisering av tjenestetilbudet gir positive erfaringer. Dette sier en informant: «Vi ser blant annet at spesialisthelsetjenesten er sitt ansvar mer bevisst enn før og at de i større grad ser betydningen av å samhandle med kommunen. Vi ser også at KE er blitt tydeligere i sin virkemåte og ansvar».

Som følge av disse endringene påpeker flere at også tjenestemottakerne er mer orientert om muligheter og rettigheter i møte med ulike deler av tjenesteapparatet. Dette ser de fleste informanter som en positiv utvikling, men også mer krevende for tjenesteapparatet. En informant formulerer seg slik:

Vi opplever et større forventningskrav til tjenestene. Noen brukere er svært ressurssterke eller har sterke pårørende. Vi erfarer at kommunen har trange rammer både i forhold til økonomi og personell, og så har vi et lovverk å følge. Det er større møtevirksomhet, også med brukere og pårørende. Det er som en ujevn vektskål, det er ikke ressurser til alle ønsker. Likevel, det er mer givende og spennende å møte tjenestemottakere som vet hva de vil, heller enn å stå med lua i hånden!

11 (25 %) av informantene sier at samhandlingsrutinene ikke har endret seg. I hovedsak korresponderer dette med de kommuner som ikke har et definert eller uttalt fungerende KE. Når ytterligere 7 (16 %) kommuner rapporterer at de ikke vet om samhandlingen har endret seg, kan det ha flere årsaker. En forklaring kan være at de som er intervjuet kun har jobbet en kort tid i kommunen og derfor ikke har kommunens historikk for samhandling å referere til. Flere av informantene hadde bare hatt stilling i kommunen mellom et halvt og tre år. En annen mulig forklaring er de store strukturelle omorganiseringene mange kommuner har gjennomført som har endret ansvarsområder for mange medarbeidere. Dette fordrer opparbeiding av nye samhandlingsrelasjoner for å ivareta tjenestetilbudet til innbyggerne. Undersøkelser har vist at omstilling krever tid. Ofte må ansatte i kommunene forholde seg til flere omstillingsprosesser parallelt, både strukturelle og praktiske, blant

---

annet endrede arbeidsoppgaver, nye kommandolinjer og innføring av nye rapporteringsverktøy på samme tid. Flere informanter påpeker at nye forskrifter og endringer i lovverket krever nye løsninger og fleksibilitet i tjenesteapparatet.

## 4.6 Forutsigbarhet gjennom koordinering og samhandling

31 (70 %) av informantene har tanker om hvordan tjenestene til personer med nevrologiske lidelser kan bli mer forutsigbare. Slik formulerer en informant seg: «Jeg tror at IP brukt på riktig måte kan lage stabilitet og inngi en fellesskapsfølelse, man er ikke alene om utfordringene. Å skape forutsigbarhet er tidkrevende»!

En kommune i nord som ikke har et fungerende KE sier: «Alt ble bedre etter at tildelingskontoret ble etablert. Vi har tatt i bruk Profil, og vi er mer oppdatert på pasienten. Kommunikasjonen mellom saksbehandlere og fagpersonell som yter tjenestene er bedret».

Tjenestemottakere er delaktig i å definere egen mål. Å dra i samme retning kan gi fellesskaps erfaringer, men når flere parter med ulikt ståsted og gjerne ulik makt i samhandlingsrelasjonen skal bli enige, kan det kreve både kompromisser og tid. Forutsigbarhet for de involverte gir økt trygghet, men krever gode rutiner og tydelig kommunikasjon. I en liten kommune midt i landet sier de dette:

Vi ønsker oss flere fagpersoner å spille på, flere å drøfte utfordringer med. Det finnes nettverk som man kan dra veksler på, men det er viktig å se på kommuner som er sammenlignbare. Små kommuner har spesielle utfordringer, de skal sikre at lovpålagte tjenester blir gjennomført, men må tilpasse organiseringen slik at dette blir mulig. Spesialisthelsetjenesten er også viktig å bruke til veiledning og rådgøring!

En informant fra Østlandet sier følgende:

Ha en plan med tiltakene som iverksettes. Vi har et stort spekter av tjenester, så gode tiltaksplaner med klare mål er viktige. Også viktig at vi tar utgangspunkt i brukernes ønsker. Samtidig er det viktig med våre faglige vurderinger for å sikre god tilrettelegging. Vi ser stor forskjell på pasientene, noen er flinke til å gi uttrykk for behov og ønsker, andre må vi hjelpe for å sikre gode tjenester til alle.

Denne informanten verbaliserer at å sørge for gode forutsigbare tjenester til alle er viktig. Faglig ansvar må også prioriteres, ikke minst ovenfor de tjenestemottakerne som ikke selv så lett krever sin rett. De trenger noen som taler deres sak og er villig til å ta ansvar sammen med dem (Vedlegg 5).

### Bruk av Individuell Plan (IP)

Individuell Plan er en rettighet personer med sammensatte og langvarige tjenestebehov skal tilbys, ifølge *Forskrift for Individuell Plan* heter det under § 4 Tjenestemottakerens rettigheter:

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

---

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger (Helsedirektoratet, 2010).

Individuell Plan (IP) er en rettighet personer som mottar tjenester fra flere etater og tjenestenivåer over tid har. «IP skal tilbys personer med omfattende og langvarig tjenestebehov», som en av våre informanter spontant sier. IP kan være aktuelt i et utdanningsløp, der den det gjelder har bruk for transport til og fra studiested, tilrettelegging på arbeidsplass og praktisk hjelp i hjemmet. En IP kan også utarbeides om personen har behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester i kombinasjon med supplerende tjenester (Vedlegg 6).

Tjenestemottaker sies å være eier av sin IP og skal medvirke i utarbeidelse og revideringer av egen plan. Dette påpeker en informant: «En IP skal man eie selv, det krever at en selv må være aktiv. Det er ikke alle som ønsker eller føler seg i stand til å ha den rollen». Tjenestemottaker kan også avstå fra å få utarbeidet en IP, med noen unntak. Informasjon til tjenestemottaker og eventuelle pårørende om hensikten med, nytten av og oppfølging av en mulig IP, har derfor stor betydning for at disse skal kunne ta informerte valg og ansvar for egen situasjon og delta aktivt i gjennomføring av en plan. Dette presiseres slik i en kommune: «Som oftest får brukerne tilbud om en plan, men bruken varierer og avhenger av ønske hos brukeren. Tror det er svært viktig hvordan informasjonen gis, hvordan IP presenteres». IP er et samarbeidsverktøy mellom tjenestemottaker og de ulike aktørene i tjenesteapparatet. IP er ofte også del av et felles elektronisk kommunikasjonsverktøy mellom tjenestemottaker og tjenesteytere. Eksempler på slike verktøy referert her er Profil og Sampro. I denne undersøkelse gjenspeiles det store forskjeller fra kommune til kommune i hvilken grad de anvender IP i samhandlingen med voksne personer med nevrologisk lidelse. Kun fem kommuner (11 %) svarte at de *alltid* anvender IP i samhandling om tjenestetilbudet til denne gruppen. 12 kommuner (27 %) refererte at de *som oftest* anvendte dette verktøyet, 19 (43 %) anvender det *noen ganger* og i 10 kommuner (23 %) svarte informantene at de *sjelden* eller *aldri* anvendte IP i samhandling om tjenestetilbudet rundt personer med nevrologisk lidelse.

Flere kommuner påpeker at innføring av IP har satt tjenestemottaker og brukermedvirkning mer i fokus når tjenester skal utarbeides. En kommune i nord beskriver hvordan de i et bredt samarbeid med aktuelle aktører har utarbeidet egne retningslinjer for IP: «Kommunen har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, andre kommuner og brukere utarbeidet retningslinjer om IP for bedre samarbeid og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelse-tjenesten».

Dette er et eksempel på konstruktiv og planmessig samhandling som konkretiserer felles innsats og ansvarsfordeling med mål om å bedre praksis. Tjenestemottakere og -ytere gis dermed felles eierskap til premissene for tjenestene. Dette kan igjen styrke tilliten mellom partene og gjensidig øke forståelsen mellom tjenestemottakere og tjenesteapparatet. En annen kommune har rutinemessig sørget for å påpeke den juridiske forpliktelsen kommunen har om å tilby IP, og samtidig plassert ansvaret for utarbeiding og oppfølging av IP slik:

Når bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester skriver tildelingskontoret vedtak om at brukeren har behov for IP. Egentlig er det ikke nødvendig at tildelingskontoret skal gjøre det, men i vår kommune har man valgt å gjøre dette for

---

å dokumentere at brukeren har den rettigheten. Det knyttes også en koordinator til vedtaket som legges til den som har mest kontakt med brukeren, slik at det kommer fram i vedtaket til hvilken enhet man legger ansvaret for å skaffe en koordinator til planen, og som får ansvaret for koordinatorfunksjonen.

Atter en annen kommune beskriver hvordan de har plassert ansvar for IP, samtidig som tjenestemottakers rett til å velge bort IP ivaretas:

Vi starter med å oppnevne brukerkoordinator og denne har ansvar for å informere om IP. Bruk av IP avgjøres av brukeren. Synes disse planene fungerer bra. For de som ikke ønsker en skriftlig plan jobber aktørene likevel i tråd med tankegangen som en IP legger opp til. Da lages det ikke en konkret plan, men den er likevel representert som en arbeidsmåte.

En informant fra Midt- Norge beskriver en alternativ måte å ivareta behovet for planmessighet i samarbeid når tjenestemottaker ikke ønsker en IP slik: «Vi har funnet en middelvei, vi avklarer hvem som skal ta ansvar for hva og bruker referat fra ansvarsgruppe som dokumentasjon».

Flere kommuner fremhever at å innføre et verktøy som IP har resultert i en mer systematisk prosessenking rundt tjenesteutvikling og tilbud i kommunen, selv om IP av ulike grunner ikke konkretiseres i samhandlingen med alle tjenestemottakere som etter loven har krav på en IP (Vedlegg 7). Slik formulerer de seg i en kommune, om hvordan de nå anvender prosessankegangen IP muliggjør:

I mange tilfeller brukes bare ansvarsgrupper. En del brukere ønsker ikke IP eller å arbeide med egen plan. Brukerne blir da forespurt om planen kan brukes som et arbeidsredskap. De som får en plan er ofte unge med sammensatte problemstillinger; arbeidsaktivitet, kontakt med NAV, bo-tilpasning, og de som også får bistand i forhold til egen økonomi.

I en annen kommune kommenterer informanten at tilbud om IP ikke tilbys alle som kunne ha krav på det, men følges opp der tjenestemottakere selv etterspør en IP:

Det burde vært flere som hadde IP. Det er i stor grad de som selv ber om det som får. Noen kommer fra spesialsykehus med en plan, eller får det på rehabiliteringsenheten på sykehjemmet, men vi opplever dessverre at det fort kan «renne ut» når brukeren er tilbake i hjemmetjenesten.

Noen informanter kommenterer tjenestemottakers kognitive svikt og derav manglende evne til å følge opp en plan som en årsak til at de ikke får en IP. Andre påpeker at selv om en har fått gode samhandlingsverktøy som Profil og Sampro, må en fortsatt i tjenesteapparatet tilby alternative løsninger for å ivareta rettighetene til brukere som av ulike grunner ikke selv kan bruke data. De er dermed avskåret fra å delta aktivt i oppfølgingen av egen IP. En må sørge for at IP fortsatt kan skrives uten bruk av et PC-program. Brukeren må eventuelt gis assistanse til å kunne påvirke sin egen plan. Informanten påpeker her at fremskritt og teknologiske løsninger ikke alltid er et gode for alle, men derimot kan ekskludere enkelte. De kan derfor lett «ofres», i den forstand at de ikke uten bistand kan kreve sin rett til å delta. Heri ligger et etisk ansvar på tjenesteapparatet.

Flere kommuner sier at de har en utfordring i å finne en person som ved siden av sine daglige oppgaver skal være koordinator for IP for flere brukere. Det hender derfor at tilrettelegging for og utarbeiding av IP tar tid. For å sikre at medarbeidere kan ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte,

---

har en kommune derfor innført følgende: «Vi har brukere som enda ikke er innvilget IP, men står på venteliste fordi det er vanskelig å skaffe koordinatorene. Vår kommune har internt laget en regel om at en ansatt kan være koordinatorene til fire brukere, ikke flere».

En kommune i nord erfarer også at det er utfordrende å finne ansatte som er villige til å påta seg koordinatorrollen. De har derfor satt i gang et eget prosjekt for å bevisstgjøre medarbeidere på koordinering og IP.

I flere kommuner har de utarbeidet egne opplæringsprogram og oppfølgingsrutiner for medarbeidere som påtar seg koordinatorfunksjonen. I en større kommune i nord, har de på bakgrunn av erfaringer innført tiltak på flere områder. KE i kommunen er ansvarlig for opplæring på Sampro. Tidligere avsluttet KE oppfølging av en «sak» etter at en koordinator var på plass. Dette har de endret. KE følger nå hver «sak» over en lengre tid, fordi de har innsett at det er arbeidskrevende å starte en prosess for å koordinere tjenester. I en startfase frikjøpes derfor medarbeidere som påtar seg omfattende koordineringsansvar. Videre samler de koordinatorene jevnlig i faggrupper, der de får undervisning i og diskuterer ulike emner. Dette bidrar til økt kompetanse for den enkelte og for arbeidsfellesskapet. Dessuten skapes arenaer der koordinatorene får en mulighet til å bli bedre kjent med sine kollegaer.

Flere informanter påpeker at tjenestemottakerne har bedre kjennskap til rettigheter og at kravene de stiller til tjenestene er i endring. Dette viser også til hvem som i hovedsak tar initiativ til å få utarbeidet en IP. Hjemmetjenestene refereres å ta initiativ i 24 kommuner (54 %). I 15 kommuner (34 %) derimot oppgis bruker selv å være den som hyppigst tar initiativ til å få utarbeidet en IP. Pårørende er initiativtakeren til dette i 11 kommuner (25 %). Et av undersøkelsens overraskende funn er at i over 50 % av kommunene viser det seg at tjenestemottaker eller pårørende er initiativtaker for å få utarbeidet en IP. 14 kommuner (32 %) oppgir at spesialisthelsetjenesten oftest tar initiativ, til opprettelse av IP. Kun to kommuner (4,5 %) oppgir at fastlegen tar initiativ til dette. KE oppgis å være initiativtaker for IP i 15 kommuner (34 %). Seks kommuner (14 %) svarer vet ikke på dette (Vedlegg 8). Flere informanter har krysset av for flere muligheter i spørreskjemaet, slik at både hjemmetjenesten og bruker /pårørende er krysset av, likeledes bruker/ pårørende og KE. Det er oftest ikke rangert mellom de ulike mulighetene. Det er sammenfallende tendenser om hvem som tar initiativ til å koordinere tjenestene og spørsmålet om hvem som tar initiativ til å utarbeide en IP.

## 4.7 Rehabilitering

For personer med nevrologisk lidelse, er tilgang på habilitering og rehabilitering tilpasset den enkeltes funksjon, potensiale og motivasjon for egeninnsats viktig for å kunne fungere best mulig i det daglige og over tid. Mennesker som har en medfødt nevrologisk skade/tilstand eller sykdom må ofte gå til fysioterapi eller annen behandling jevnlig hele livet for å vedlikeholde et funksjonsnivå lengst mulig. De kan også trenge jevnlig oppfølging og behandling for å begrense påløpende komplikasjoner av opprinnelig skade, eller en mulig forverring av sykdommen. I denne sammenheng er også tilrettelegging for eksempel i hjem, skole, studiesituasjon og til å utøve fritidsaktiviteter aktuelt. Utvikling av nye hjelpemidler og fleksible tilpasningsløsninger for eksempel teknologiske løsninger for omgivelseskontroll gir mulighet for økt innflytelse på eget liv, større grad av selvstendighet og deltakelse. Å vite om muligheter og få prøvd ut ulike alternativer, krever oppdatert kunnskap og engasjement fra tjenesteyter. Rehabilitering forstås her, som beskrevet av en komité nedsatt av Stortinget, som en fellesbetegnelse for habilitering og rehabilitering. Under behandling av meldingen



---

argumenterte komiteen for at habiliteringsbegrepet ikke kunne avgrenses til kun å omfatte barn og unge, men også *måtte inkludere tiltak overfor voksne med tidlig ervervet eller medfødt funksjonshemming* (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

I Rehabiliteringsplan 2015 under punkt 1.2. heter det på s.7: «Målet er å understøtte egenmestring og brukerinnflytelse ved å bidra til meningsfulle hverdager for den enkelte gjennom bistand og assistanse til å delta i arbeidsliv, rehabiliterings og habiliteringstiltak og ved tilrettelegging av aktivitets og treningstilbud».

31 kommuner (70 %) svarer at de gir denne gruppen jevnlig tilbud om rehabilitering. Ni kommuner (20 %) svarer at de ikke har et slikt tilbud, én kommune svarer vet ikke. Det er oppløftende at så mange refererer at de gir et tilbud. I enkelte kommuner har de planmessige løp, med jevnlig oppfølging, mens andre refererer til tilgang på fysioterapi og mulighet for å søke korttidsopphold når de beskriver hva innholdet i rehabiliteringstilbudet kan være. Flere kommuner sier de ikke har egne døgnplasser reservert for rehabiliteringsopphold. En kommune på Vestlandet forteller at ingen får rehabiliteringstilbud utfra at de har en nevrologisk lidelse, men heller som en samlet vurdering av personens behov. Samme informant sier at tjenesteytere trenger utvidet kompetanse, og å bevisstgjøres på at denne «gruppen» har behov for denne type tjenester og mer planmessig oppfølging. Andre kommuner forteller til at de kan søke opphold på rehabiliteringsavdeling på sykehuset, men at denne holdes stengt i alle ferier.

En informant i Midt-Norge sier dette: «Noen har faste tilbud om rehabilitering på rehabiliteringsinstitusjon, og noen deltar i grupper tilknyttet fysioterapeut. Brukerne får mye hjelp til søknader og henvendelser rettet mot ulike tilbud.» Å bli gjort oppmerksom på muligheter og gitt hjelp til å søke kan for noen tjenestemottakere være avgjørende for å få tilgang til nødvendig helsehjelp. Hva som betegnes som «tilbud om rehabilitering», varierer mye i de ulike kommunene. Tilgang på fagpersonell, kompetanse og om døgnplasser reserveres til rehabiliteringsopphold, er faktorer som påvirker hvilke tilbud en kommune kan gi. En informant fra Østlandet sier:

Tror det er viktig at kommunen har nødvendig kompetanse, vi har bygget et sykehjem som kompetansesenter. Videre tror jeg det ambulerende teamet er viktig - rehabilitering og trening der brukerne er. Også bra for bistand, tilpassing og avdekking av behov for hjelpemidler. Teamet er også en pådriver for å beholde rehabiliteringsfokus utover konkrete rehabiliteringsopphold. Det er viktig!

En informant fra en vestlandskommune som har hatt en egen rehabiliteringskoordinator i mange år, påpeker behovet for kunnskap og kompetanse om rehabilitering og prosess slik: «Det er avgjørende at de involverte fagpersoner vet hva rehabilitering er og betyr, for å kunne bidra med sitt fagfelts ekspertise inn mot brukerens behov». I en kommune øst i landet, har de en rehabiliteringsavdeling på sykehjemmet, der plassene utelukkende brukes til rehabilitering. De tilbyr en «startpakke» som de beskriver slik:

Vi har 12 plasser satt av til rehabilitering og som blir brukt til det. Vi har et eget tverrfaglig inntaksteam som vurderer behov og tildeler plass. Det er få søknader som avslås. Alle som får plass tildeles et 14 dagers vurderingsopphold, men den enkeltes behov avgjør oppholdets lengde. Vi har ikke et øvre tak her. Om en pasient kommer fra sykehus, settes det sammen med denne og eventuelle pårørende i første møtet opp 2-3 foreløpige mål med tiltak for oppholdet. Rapport fra møtet henges opp på pasientens rom. I rapporten står det også hvem som gjør eller har ansvar for hva. Etter 2-3 uker revurderes målene, og eventuelle nye mål med tiltak formuleres. Under

---

oppholdet gjennomføres det gjerne flere tester i forhold til funksjon. Når utskrivingsdato nærmer seg avtales et møte der ofte hjemmetjenesten også er representert. I god tid før utskriving foretas et hjemmebesøk der behov for tilrettelegging avklares. Vi har dessuten alltid søknad inne om rehabilitering fra personer med en kronisk sykdom, eksempelvis personer med MS eller Parkinsons sykdom. Vi tilbyr disse, plass for å gi dem et «løft» innimellom, og utnytter slik også kapasiteten på avdelingen.

Kommunen over har reservert døgnplasser for rehabilitering, som er tilgjengelig for personer med nevrologiske sykdommer, når de trenger et «løft». Rehabilitering slik det defineres i denne undersøkelsen innebærer korte, men intensiverte perioder der en ekstra innsats iverksettes for at en person skal kunne vedlikeholde eller gjenopprette funksjon eller lære nye måter å håndtere hverdagen på. Gjentatte rehabiliteringsperioder er både innsatskrevende og helsemessig nødvendig for mange personer med nevrologiske lidelser. Konsekvensene av en nevrologisk sykdom er ikke nødvendigvis stabile selv om en antar at selve skaden er det. Framtidige komplikasjoner av en ryggmargsskade kan være hyppige infeksjoner. En person som har hatt hjerneslag kan utvikle kontrakturer i rammet arm eller fot, eller smerter som følge av skjevbelastninger på frisk muskulatur. Progredierende sykdommer medfører over tid nedsatt funksjonsevne på flere livsområder. Det er derfor nødvendig å tenke rehabilitering i «vid forstand, der en har fritidutfoldelse og mulig arbeidstilknytning som del av mål, ikke bare fysisk forbedret funksjon» som en informant fra Vestlandet sier. En informant fra nord supplerer:

Denne brukergruppen er sårbar. De skulle fått mer tilbud om kommunal rehabilitering. Tjenestemottaker blir noen ganger overlatt for mye til seg selv etter at den akutte fasen i sykdomsforløpet er avsluttet. Det skulle blitt arbeidet mer forebyggende også idet videre sykdomsforløpet til den enkelte.

I flere regioner er det iverksatt eller på gang interkommunalt samarbeid om habilitering og rehabilitering. De utarbeider felles rehabiliteringsplaner og inngår skriftlige avtaler om tjenstedeling. I noen regioner har de kommet langt i å opprette nettverk innen habilitering og rehabilitering mellom faggrupper i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Regional koordinerende enhet i Helse Vest kaller dette «Møteplasser». Flere informanter i denne undersøkelsen refererer til disse nettverkene som en ressurs for rehabiliteringsarbeidet i de enkelte kommuner. Egne nettsider er utviklet og ligger tilgjengelig på helseforetakenes hjemmesider (Helsedirektoratet, 2011b).

Flere kommuner går sammen om å utarbeide et tilbud eller kommunene kjøper tjenester fra hverandre. Slik kan en bygge opp et godt interkommunalt samarbeid for å kunne gi befolkningen tjenester som ellers ville blitt for store løft for enkeltkommuner. En informant sier dette om samarbeidet: «Vi har gode erfaringer med et interkommunalt samarbeid med en rehabiliteringsinstitusjon i nærliggende kommune. Kommunen betaler for døgnplass her, og vi kan dra veksler på deres kompetanse».

En respondent påpeker behovet for samhandling og informasjonsutveksling for å komme inn tidlig i et forløp når tjenestemottakere nylig har fått et hjelpebehov.

Vi opplever av og til en utfordring dersom personen har fått diagnosen gjennom kontakt med fastlege eksempelvis, MS, eller ALS Kanskje har ikke personens hjelpebehov vært så utpreget tidlige. Disse tjenestemottakerne meldes i liten grad fra legehånd. Legen har kanskje en avventende holdning. Det er ønskelig med mer forebyggende holdning, mulighet til å være litt i forkant, være forberedt på forverring.

---

Legen framstår ikke så samarbeidsvillig, men henviser til taushetsplikten og verner om opplysninger.

En annen informant synliggjør en lignende utfordring og forteller om vansker med å få etablert samarbeid med fastlegene når tjenestemottaker er på rehabiliteringsopphold i kommunens egen rehabiliteringsavdeling. Utfordringen er ifølge informanten er at ansvaret for tjenestemottaker under oppholdet i institusjon overføres til institusjonens tilsynslege. Når en tar kontakt med fastlege for å innhente informasjon, er denne lite villig til å samarbeide, og påberoper seg taushetsplikt. Dette opplever informanten som hindringer for gode pasientforløp. Vedkommende sier: «Håper på endringer i regelverk som gjør at fastlegene blir mer forpliktet til å bidra, ønsker et mer forpliktende samarbeid mellom kommune og fastlege».

En kommune i nord som ellers har fått mange tilbud på plass refererer at voksne personer med nevrologisk lidelse: «Alt for sjelden får tilbud om rehabilitering og tilbudet i kommunen er ikke godt nok». Samme informant sier at de har fått til et godt samarbeid om rehabilitering av slagrammede med slagenheten på sykehuset. Dessuten har kommunen opprettet et «frisklivssenter» som informanten håper på sikt skal kunne bidra til bedre rehabiliteringsmulighet i kommunen.

I en annen kommune i nord har de tatt et kreativt grep i forhold til å bedre overføring av tjenestemottakere mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Informanten forteller:

Vi har opprettet en egen ergoterapistilling på korttidsavdelingen som følger opp alle med nevrologiske lidelser som er inne på opptrening. Ser at dette fungerer godt, og hun følger de opp og tilrettelegger i hjemmene. Vi ser at brukere som tidligere måtte søke sykehjem nå i større grad får tilrettelagt et godt tilbud i eget hjem. I 2010 fikk kommunen hjem vel 30 slagpasienter fra sykehusets rehabiliteringsavdeling som alle var potensielle sykehjemspasienter. Vi fikk de tilbake, de fikk opptrening, tilrettelegging og et godt tilbud gjennom hjemmetjenesten. Tenk hva vi har spart på dette med kun å opprette en ergoterapistilling!

Dette eksemplet viser at en kan oppnå gevinst for mange og på flere områder dersom en våger å satse på nye måter. Hva som er rett tiltak vil variere med utfordringene i den enkelte kommune, men kreative løsninger kan gi betydelige helsegevinster og økt innflytelse på eget liv for tjenestemottakere og store samfunnsøkonomiske besparelser for kommunene.

I en annen kommune beskriver informanten: «Vi har både hjemme-fysioterapi og korttidsavdeling for rehabiliteringsopphold. Samtidig har vi ventelister både for ergo og fysioterapitjenesten, så etterspørselen er større enn tilbudet». Og en annen supplerer:

Vi prioriterer rehabiliterings- opphold i kommunen eller søker om opphold i 2. og 3. linje, men behovet er nok større enn tilbudet. Synes brukerne ofte opplever skuffelse og avslag. Synes det var enklere før. Kravene i dag er strenge- det handler ofte om krav til ny problematikk, og potensialet og nytteverdi vurderes etter strenge kriterier.

Informantene rapporterer om at rehabiliteringstilbudet i kommunen er for lite utbygd. Samtidig er rehabilitering spesielt rettet mot personer med nevrologiske skader og sykdommer et satsingsområde fra myndighetenes side. I Nevroplan 2015 heter det

Gjennom Nevroplan 2015 er det et mål å bidra til utvikling av tilrettelagte trenings- tilbud for personer med nevrologiske skader spesielt. Fysisk aktivitet og treningstil-

---

bud på fritid eller dagtid kan blant annet drives i et samarbeid mellom det offentlige, de frivillige organisasjoner og idrettsbevegelsen. s.14

Flere steder i landet er det satset på tilbud om fysisk aktivitet i kombinasjon med en sosial arena, der deltakerne møtes jevnlig. To slike tilbud i hver sin region, organiseres på litt ulike måter. I en større kommune på Østlandet er rehabiliteringsavdelingen i kommunen forankret som en egen enhet under rådmannen. Her har de opprettet flere sosiale treningsgrupper. Informanten sier:

Gruppetilbud for kronikere, det blir mer effektivt, og folk må ta ansvar for egen helse, ikke bare bli behandlet av fysioterapeuten individuelt. De får felles trim, dagplass eller kommer på egen hånd. De kommer seg ut. Det er også økonomisk besparende. Vi har 20 grupper tilsammen i de fire - fem bo- og aktivitetssentrene. Vi har egne grupper, for, Parkinson, MS, KOLS, hjerte- og lungesyke og en balansegruppe.

Neste eksempel kommer fra en kommune i Nord Norge: Der har de organisert team av medarbeidere rundt flere tjenestemottakere med nevrologisk lidelse. Disse tjenestemottakerne og assistentene deres møtes jevnlig til bassengtrening. Dette for å tilby aktivitet, men like mye for å legge til rette for å opparbeide sosiale arenaer for personer som ellers gjerne ville blitt sittende alene i eget hjem.

Informantene ble spurt om de erfarte å ha nok fagpersonell for å møte tjenestebehovet til mennesker med nevrologiske lidelser. 25 (57) kommuner svarte positivt på dette. 17 kommuner (39 %) svarte at de ikke hadde nok fagpersonell. I to (4,5 %) kommuner visste ikke informanten om kommunen hadde tilstrekkelig med fagpersoner. Én kommune på Vestlandet var alene om å opplyse om at de hadde egne stillinger både for fysioterapi med 2,75 stillinger og- ergoterapi med 1,75 stillinger som var definert å gi tilbud kun til voksne personer i kommunen. Denne kommunen oppga at de hadde fagfolk nok. Der informantene oppga at de ikke hadde nok fagpersonell, oppga de fleste at de savnet ergo-, fysioterapeuter eller logoped. I noen kommuner opplyste informantene at kommunen kjøpte tjenester av privatpraktiserende tjenesteytere, andre sa at de kjøpte tjenester fra en nabokommune. I flere kommuner hadde de ikke stilling for verken ergoterapeut eller fysioterapeut, og andre igjen sa at det var vanskelig å få slike stillinger besatt, og at det var mye turnover ved at de leide inn fagpersoner på kortere kontrakter i stillingene (Vedlegg 11).

## 4.8 Utvikling av mer fleksible tjenester

Den enkelte tjenestemottaker sine muligheter for å påvirke eget tjenestetilbud er rettighetsfestet i kravet til brukermedvirkning nedfelt i blant annet Lov om Helsetjenester (regjeringen.no) kommunen. Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) er en organisering av praktisk bistand og tjenester, som kan ytes alene eller i kombinasjon med andre omsorgstjenester. BPA har sitt utspring i Independent Living-bevegelsen i USA Studenter med funksjonshemming som flyttet for seg selv og hadde behov for praktisk hjelp i hverdagen. De rekrutterte, organiserte og ansatte egne hjelpere, hovedsakelig uten helsefagutdanning. Tilsvarende ordning har vært brukt som eneste tjeneste eller som del av et tjenestetilbud i Norge i omkring 20 år. I Norge ble ULOBA representant for denne ordningen tidlig på 1990-tallet. Kommunenes plikt til å ha tilbud om ordningen er hjemlet i Sosialtjenesteloven § 4. men den er ikke lovpålagt. En rapport om kriterier for rettighetsfestelse av BPA er gjort tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2011a). Det søkes til kommunen om BPA og organiseres i ulike modeller. Personer med nevrologisk lidelse er en gruppe som i stor grad har nyttet seg av denne ordningen. Økt fokus på brukermedvirkning, individuelt tilpassede tjenester og en erkjennelse fra helsemyndighe-

---

tene om behov for mer fleksible tjenester aktualiserer at kommunenes tilbud om og erfaringer med BPA etterspørres i gjeldende undersøkelse (Helsedirektoratet, 2011b).

37 kommuner (84 %) svarer at de har et tilbud om BPA i sin kommune. Seks kommuner (13 %) har ikke tilbud om ordningen, og en kommune svarte vet ikke på spørsmålet. At ordningen ikke brukes kan ha å gjøre med at små kommuner ikke hadde mottakere av denne tjenesten på intervju tidspunktet, men de kan ha hatt brukere som har hatt ordningen tidligere. Hvordan BPA organiseres varierer fra at tjenestemottaker er både arbeidsgiver og arbeidsleder, at kommunen har kontrakt med andelslag som ULOBA, eller til at BPA innlemmes i det kommunale tjenestetilbudet til brukeren. Langt de fleste av de spurte i denne undersøkelsen påpeker at for mange tjenestemottakere med nevrologisk sykdom fungerer BPA godt og øker personens selvstendighet på flere områder og lar personen i stor grad selv ha kontroll over eget liv til tross for stort bistandsbehov i hverdagen. En informant framhevet tilbud om BPA som det kommunen *i størst grad hadde lyktes med* i forhold til tjenestetilbudet til personer med nevrologisk lidelse. Vedkommende formulerte seg slik: «BPA er noe vi opplever å ha lyktes med. Brukerne opplever stor fornøydhet. Spesielt i forhold til personer med MS og personer med ervervede hjerneskader medfører BPA et mer helhetlig og brukervennlig tilbud». Andre formulerer seg slik: Pasienter er ofte fornøyde, BPA skaper en forutsigbarhet og trygghet (samme personer). Utfordringen er å finne noen som vil søke og som passer til stillingen» og «Vi får gode tilbakemeldinger mer selvstendighet og større frihet, samt mer mulighet til individuelle aktiviteter. Det er i dag ofte yngre brukere som har BPA» En annen informant sier

Vi har gode erfaringer. Det er lettere å samarbeide når det er få personer å forholde seg til. Assistentene organiserer dette bra! Utfordring når brukerne ikke klarer å styre dette selv/være arbeidsleder selv. Mange vil ha BPA, men ikke alle klarer å være arbeidsleder selv. Dette skaper diskusjoner i kommunen.

En annen sier:

Noen ganger fungerer det veldig godt. Dette skyldes nok også at Fylkesmannen har lagt seg på en linje som innebærer at BPA medfører langt flere vedtakstimer I en slik intensivering av tilbud ligger det selvfølgelig en forbedring. Samtidig ser vi at det er viktig at brukeren kan håndtere arbeidsgiveransvaret for at det skal fungere godt.

Flere informanter påpeker at for at ordningen skal fungere godt, krever det en del ansvarstaking fra brukers side. Her er også et eksempel på at beslutningstakere over kommunenivå setter føringer for tjenesten.

En anerkjennelse av at tjenestemottakere kan ha behov for bistand både til personlig hygiene, men også i større grad til ivaretagelse av sosiale aktiviteter og arbeidstilknytning er forhold informantene trekker fram som begrunnelser for at tjenestene blir gitt som BPA.

En informant reflekterer slik rundt tilbud om BPA.

Jevnt over har vi gode erfaringer. Ordningen muliggjør at tjenestemottakere kan bo lengre hjemme, kanskje også gå i jobb. I forhold til andre brukere er ikke erfaringen så god. Vanskelig avveining, når bruker ikke har innsikt i egen situasjon, endring

---

sykdomsbilde for eksempel, eller innsikt i hva de kan forvente. Når helsetilstanden endres er det også vanskelig å ta noe «vekk» fra brukeren. Dette er en prosess, har brukt ULOBA, nå er det nye at en skal få inn anbud også på denne tjenesten. Dette er en ny utfordring for kommunen.

Denne informanten påpeker mulige dilemmaer, at tilbudene kanskje må differensieres. Og- hva er nødvendig hjelp, og hva er ønskelig å få hjelp til? Og, hva vil det innebære for forutsigbarheten, kontinuiteten og selvstendige valgmuligheter at tilbudet skal ut på anbud?

Informanten sier videre at en må sikre at helse blir ivaretatt hos «svake» brukere Det må også vurderes på lik linje med andre om de trenger medisinsk hjelp, eller bare praktisk hjelp med ernæring og fysisk aktivitet for eksempel. En annen informant har følgende innvending mot ordningen: Vi erfarer at det er vanskelig å få innsikt i BPA når vi bruker en privat aktør. Vi får ikke den oversikten vi bør ha over det reelle tilbudet som gis»

I en annen kommune har de valgt å ha flere hjelpere som deler stilling rundt en tjenstemottaker De sier «Ordningen krever god kjemi mellom assistent og bruker! Samtidig kan det bli et krevende forhold, og vi forsøker nå å dele en BPA-stilling på 2 personer (50 % på hver) MS-pasienter er de som kanskje har flest timer BPA».

Å få ta styringen over egne tjenester er noe av hensikten for tjenstemottakere som innvilges BPA En informant forteller: «Dette fungerer bra for vår bruker. Han administrerer selv sin BPA. Har inntrykk av at han syntes det er bra med denne formen for egenstyring.» I denne kommunen er det direkte kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og BPA. I en annen kommune formulerer informanten seg slik:

Positiv erfaring Den som har BPA, er arbeidsleder og styrer assistentene selv. Assistentene er ansatt i kommunen. Kommunen lager turnus, ordningen stiller krav til at bruker kan følge opp sin del av ansvaret stiller krav til bruker. Det kan være vanskelig å samordne med pleie og omsorg. Kommunen har arbeidsgiveransvar. Vi har noen miljøarbeidere som samarbeider godt med hjemmetjenestene.

I flere kommuner erfarer de at det er økning i antallet søknader om å få BPA. Dette sier en informant: « Det fungerer ganske greit, det er økende antall som søker om BPA. De som får BPA ordner mye selv.» Andre viser til at ordningen er et begrenset gode, og at flere søker enn de som innvilges ordningen. De sier: «Vi har gode erfaringer, men det er strenge kriterier for å få BPA.

Ordningen synes god for personer med et praktisk hjelpebehov. Kommer det andre svekkelser inn i bildet, kan en slik ordning bli vanskeligere å gjøre seg nytte av sier en informant når han hevder:

Det er vanskelig å finne personer som ønsker å være BPA. Når brukere har vedtak på BPA er det en utfordring å få tak i folk. Jeg tror ordningen fungerer godt for de som har evnen til å kommunisere egen vilje. Ser det kan være problemer for personer med kognitiv svikt, disse trenger en annen oppfølging.

Noe lignende erfaring refererer en informant fra Midt-Norge som forteller:

Gode erfaringer, det er lettere å samarbeide når det er få personer å forholde seg til. Assistentene organiserer dette bra! Utfordring når brukerne ikke klarer å styre dette

---

selv/være arbeidsleder selv. Mange vil ha BPA, men ikke alle klarer å være arbeidsleder selv. Dette skaper diskusjoner i kommunen.

En annen oppsummerer slik:

Vi samler flest mulig tjenester under BPA- ordningen. Oppgaver som må utføres av helsepersonell sørger hjemmetjenesten for. Vedtak om disse tjenestene kommer i tillegg. Ordningen kan fungere bra for enkelte, men kan være en utfordring å utmåle riktig mengde ressurser. Det er ofte store forventninger i forhold til hva BPA kan brukes til – hva er kommunens plikt til å yte og hva må løses på annet vis?

## 4.9 Tilrettelegging for meningsfulle aktiviteter

På bakgrunn av tidligere undersøkelser som har etterlyst flere tilbud om meningsfulle aktiviteter på dagtid rettet mot personer med neurologisk lidelse, ble dette et tema å legge frem for informantene. Flere av dem sa at de savnet mer tilpassede aktiviteter på dagtid for voksne personer med neurologisk lidelse. Noen hevdet at eldre personer hadde et utbygd tilbud til på dagtid, også unge i skolealder. Gjennomgående mente informantene at voksne personer mellom 35 og 67 år som hadde mistet kontakten med arbeidslivet, hadde få meningsfulle tilbud på dagtid. 33 kommuner (75 %) oppga at de hadde tilbud om støttekontakt. Noen kommuner sa de lett skaffet slike når det ble søkt om. Andre sa at voksne personer med neurologisk lidelse helst selv måtte ha en i sitt nettverk og slik selv skaffe seg en støttekontakt. Mens andre kommuner på generelt grunnlag hadde vanskelig for å finne personer som ville påta seg å være støttekontakt. Dagsenter oppga 25 kommuner (57) at de hadde tilbud om, tilbudet var i noen grad tilpasset alder, funksjon eller interesser. I 18 kommuner (40 %) sa informanten at det sosiale for denne gruppen i hovedsak ble dekket gjennom BPA-ordningen. 12 kommuner (27) sa at sosiale behov hos mennesker med neurologiske lidelser i hovedsak ble dekket på andre måter (Vedlegg 9). Tiltak i regi av ulike frivillige organisasjoner med eller uten støtte fra kommunen ble fremhevet av flere. En informant sier: «Vi har en godt fungerende frivillighetssentral». I en kommune på Vestlandet spiller kommunen på lag med frivillige på flere måter, informanten forteller:

Det finnes et rikt frivillig arbeid og kultur for dette i kommunen. Vi har en frivillighetssentral der en koordinator er lønnet av kommunen. Dette er en god møteplass, som blant annet arrangerer kafedager. Reumatikerforeningen her er også svært aktive, de låner en buss til utflukter og får tilskudd. På disse turene kan alle være med. Frivillige ledsagere stiller også opp.

Organisasjonene får støtte til drift fra kommunen, for eksempel ved gratis lokaliteter, eller tilskudd til drift av minibuss, for å kunne inkludere flest mulig i et tilbud, også utover egen diagnosegruppe.

Kommunene refererer svært ulikt om hvordan sosiale tilbud ivaretas. En informant erfarer at mennesker med neurologiske lidelser er godt integrert i lokalmiljø og samfunnsliv:

Vi er en liten kommune med lange avstander og begrenset tilbud. Denne brukergruppen er nok like ofte på kino eller teater som resten av innbyggerne. Disse brukerne deltar i det naturlige fellesskapet. Det sosiale miljøet oppleves inkluderende da blir det mindre behov for å søke spesielle tiltak kanskje. Inntrykket er at de fleste er deltakende og aktive, men det er selvfølgelig utfordringer.

---

Kontrasten blir da stor til informanter som hevder at tjenesteytere prøver å demme opp for en uønsket isolert tilværelse for personer som for eksempel opplever at en progredierende tilstand over tid innskrenker mobilitet og krefter til å delta sosialt. Dette sier en informant: «Utfordring å gi et godt tilbud til alle. Tilbudene er ikke godt nok differensiert, en del faller mellom barken og veden. Vi savner et spesialisert tilbud. Det finnes dagsenter for psykisk utviklingshemmede, eldre og psykiatri».

Andre kommuner viser til ordninger som muliggjør større sosial deltakelse for personer som kan trenge følge for å delta på aktiviteter. En informant fra Midt-Norge sier: «Ledsagerbevis- ordning er et bra tiltak, om det er behov for å ha med ledsager på ulike aktiviteter. Ledsageren kan være med på dette uten å betale for konsert eller fotballkamp».

To andre informanter fra samme landsdel viser til to ulike tiltak, den ene sier: «Vi har et godt kulturtilbud til alle! Kulturen må tas inn i dagsenter og institusjon når ikke brukerne kan komme ut til tilbudene». Den andre sier: «Vi har en svært aktiv MS-forening. De arrangerer turer, og kurs, også for ansatte i kommunen».

I undersøkelsen kommer det fram at når en etterspør spesifikke tilbud til personer med nevrologiske lidelser, så er det spesielt to grupper informantene opplyser å ha egne tilbud til. Det er personer med hjerneslag og personer med MS. En informant sier: «Vi tilbyr MS-grupper og slaggrupper som drives av rehabiliteringstjenesten tilbudet består av trening med fysioterapeut og samtale med sosionom». Spekteret på tilbud er stort, men i mindre grad spesifikt tilpasset personer med nevrologisk lidelse. Informantene etterlyser flere meningsfulle aktiviteter. En informant sier dette:

Arbeid og aktivitet. Vi jobber med å utvikle dagsenter som skal være et sted hvor det finnes muligheter for meningsfulle aktiviteter. Det skal ikke være et sted hvor det bare drikkes kaffe. Ønsker å tilby mer enn det som er på plass i dag. Eksempel vis bassengmuligheter er begrenset, bassenget er ikke åpent hele året, skulle ønske det var større tilgjengelighet og større spekter av valgmuligheter.

En annen informant supplerer: «Vi ser at enkelte andre brukergrupper får mye bedre oppfølging som følger et helt livsløp. Synes det er vanskelig å registrere at de med fysisk funksjonshemming ofte ikke får det tilbud de har behov for».

Et emne som flere informanter tar opp handler om kommunenes manglende tilbud innen meningsfulle aktivitetstilbud for voksne personer med nevrologisk lidelse. De fleste informantene sier at kommunen har for få sysselsettingstilbud med mulighet for arbeidstrening (Vedlegg 10).



## 5 NÅR DET OFFENTLIGE FUNGERER ...

Undersøkelsens hensikt har vært å synliggjøre samhandlingsmodeller mellom ulike deler av tjenesteapparatet rundt voksne personer med nevrologiske lidelser, sett fra faglige ledere i kommunen sin side. Den bygger på spørreundersøkelse i 44 kommuner og på oppfølgings-intervju med tre av disse. Informantene er fagpersoner med ulik profesjonsbakgrunn. De har koordineringsansvar for tjenestetilbudet som tilbys personer med nevrologiske lidelse som hovedoppgave eller som delansvarlig i sin stilling i kommunen. Det presiseres at funn presentert i denne rapporten kun representerer data innhentet fra kommunens ansatte, og gjengir bilder av samhandling slik de beskriver dem. En utfordring med å basere seg på slike diskursive data er at det informantene forteller i en intervju-situasjon vanskelig kan romme alle nyanser i deres egen vurdering og heller ikke kan brukes til å gi direkte bilde av praksis.

Det er i denne undersøkelsen ikke innhentet informasjon fra spesialisthelsetjenesten eller fra representanter for tjenestemottakerne. Det må forventes at man i en senere undersøkelse etterspør informasjon omkring samhandling og tjenestetilbud fra disse, for å kunne gi et mer helhetlig bilde av samhandlingsmodeller. Denne rapporten må leses med dette som forutsetning.

Oppbygning av rapporten har tatt utgangspunkt i lovpålagte tjenester og forutsetninger i kommunene for å innfri disse slik informantene beskriver at deres kommune løser disse oppgavene. Det er i undersøkelsen framkommet gode løsningsmodeller i samhandling både innad i kommunene, mellom kommuner, og mellom kommunene og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Det er også presentert gode eksempler på at tjenesteyterne på ulike nivåer bestreber seg på «å sette bruker og pårørende i sentrum» og «forsøker å ta brukers perspektiv i størst mulig grad» med i vurdering, utvikling og utøving av et komplekst tjenestetilbud. En del gode løsninger, til beste for tjenestemottaker, er kommet på plass for å imøtekomme størst mulig grad av brukermedvirkning, uavhengig av hvor i landet tjenestemottaker bor, eller om tjenestebehovet er konstant eller varierer. Noen av disse gode løsningene er eksempler på det informantene opplevde at hadde lyktes med i møte med mennesker med nevrologiske lidelser. Forutsigbarhet som en faktor for suksess, er beskrevet både når det gjelder samhandling med tjenestemottaker, i samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og som opparbeidede retningslinjer og ansvarsfordeling mellom ulike deler av kommunens tjenesteapparat. Å få en koordinator for IP som er en «hjelpende hånd» inn i et for tjenestemottaker, uoversiktlig tjenestelandskap, kan øke forutsigbarhet. Et team av få faste hjelpere, som over tid kjenner personen og eventuelle pårørende godt og har oppnådd tillit, kan sammen med den det gjelder lettere identifisere endring i et sykdomsbilde, snakke med personen, bli enig om nye tiltak, eller introdusere nye hjelpemidler tidlig. Forebygging av merbelastning, å være i forkant av nye funksjonstap, og å være i prosess sammen med personen, gir større forutsigbarhet, ikke bare når det gjelder helsemessig tilstand, men like mye om hva personen kan forvente av tjenesteapparatet. Det siste er kanskje det viktigste.

Flere informanter påpeker at å komme tidlig inn i et sykdomsforløp eller i forhold til en nyskaded person er viktig for forutsigbarhet også hos tjenesteyterne. Å opparbeide et helhetlig tjenestetilbud er en prosess, og behov for nye tiltak viser seg ofte over tid. Å ha en beredskap for endring eller

---

uventede hendelser ved å ha nedskrevne retningslinjer og gode kommunikasjonskanaler mellom tjenesteyterne, gir forutsigbarhet. Samtidig krever situasjonen ofte fleksibilitet i systemet for å tilpasse løsninger. Tjenesteytere som er trygge i sin rolle, og har oversikt over tjenesteapparatet, kan gi den støtten en person som opplever store endringer i livet sitt trenger for å se nye muligheter i egen livssituasjon. Når en person trenger ytelser fra ulike deler av tjenesteapparatet, er løsninger for å skape en helhetlig og sammenhengende tjeneste et mål, men også en utfordring for tjenesteapparatet.

Gode erfaringer med å koordinere tjenestene gjengis blant annet fra kommuner som har opprettet en KE, og der denne samarbeider med KE eller spesialiserte avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Totalt oppga 25 informanter at de hadde KE i kommunen. En faktor som går igjen der opprettelse av KE oppleves som en positiv forbedring av tjeneste-organiseringen i kommunen, er at den betjenes av flere fagpersoner med lang erfaring og lang tjenestetid i kommunen. Ledere av enheten eller teammedarbeidere som har vært intervjuet i denne undersøkelsen, har opp til 30 års yrkeserfaring og opptil like lang tjenestetid i kommunen. 21 kommuner har medarbeidere knyttet til koordinatorfunksjon med mer enn 15 års tjenestetid i kommunen. Ikke alle disse er knyttet til KE, men har koordinatoransvar blant annet for rehabiliteringsteam i kommunen. Som kontrast, der én person er ansvarlig for KE, eller på annen måte er gitt ansvaret for å koordinere tjenestene som en del av en annen stilling, fungerer tilbudet dårlig (Vedlegg 11).

En annen suksessfaktor for god koordinering er felles kommunikasjonsverktøy mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og fastlegen. Å systematisere de gode tjenestene og forankre tjenestetilbudet på et administrativt plan, slik at de gode modellene blir videreført, oppleves særlig små kommuner som utfordrende. De har få tjenestemottakere som trenger koordinerte tjenester. Informantene sier at de som oftest klarer å sette sammen et godt og individuelt tilpasset tjenestetilbud rundt den enkelte, men at det lett blir ad hoc-løsninger, som i liten grad blir forankret i systemet. Det er krevende å systematisere de gode erfaringene, når det er få eksempler å ta av. Det er mulig å samle de gode løsningshistoriene slik at løsningsprinsippene kan evalueres og videreføres. At informasjon blir gjort tilgjengelig ikke bare innad i tjenesteapparatet, men videreformidles også ut til dem tiltakene var ment for, nemlig tjenestemottakerne, aktualiseres av nyere kommunikasjonsverktøy tilgjengelig på internett, av kommunens informasjonsplikt, og plikt til å samarbeide også med tjenestemottakere for eksempel om en elektronisk IP. Hvordan samarbeidet rundt en IP fungerer er også en viktig indikator på brukermedvirkning. I rapporten *Fleksible tjenester for et aktivt liv* (Helsedirektoratet, 2011b) hevdtes det:

For alle mennesker er det viktig å ha styring med eget liv. Brukermedvirkning er basert på at de beste løsningene for både bruker og tjenesteyter finnes ved å samarbeide. Brukerens kompetanse om egen situasjon er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes, og for at brukeren skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv.

Juridisk er tjenestemottaker gitt en rett til medvirkning. Det heter seg, som flere informanter sier, at tjenestemottaker eier sin egen IP og også kan takke nei til en IP, og at valget skal være informert. Flere informanter påpeker at tjenestemottakers medvirkning må være reell, og ikke bare et ord på papiret. En formulering som ble brukt lød: «ta folk på alvor, at en har en reell innflytelse på den tjenesten en får». Denne informanten fremhever aktivt bruk av IP som en mulig konkretisering av reell brukerinnflytelse. «En godt utarbeidet og realistisk IP med utgangspunkt i tjenestemottakers behov» hevder flere informanter er viktig for at samhandling med tjenestemottaker skal bli god.

---

Koordinatorrollen, for å gi informasjon om og veiledning i utarbeidelse av IP, framheves som en sentral oppgave for KE. Samtidig beskriver informantene en hverdag der IP er lite brukt, delvis forklart ved at det er vanskelig å få på plass en koordinator, som følge av allerede stor arbeidsbelastning på fagpersonell, og en generell opplevelse av at nye oppgaver i liten grad er fulgt opp med ressurser til gjennomføring av lovpålagte tjenester fra sentralt fra myndighetenes side, eller prioritert innenfor allerede stramme økonomiske rammer i kommunene.

En del tjenestemottakere får etter søknad en IP, og informantene har i denne undersøkelsen gitt mye informasjon om viktigheten av at tjenestemottaker får en egen koordinator fordi det er viktig å få på plass en IP. Samtidig er inntrykket fra funnene i denne undersøkelsen at tilbudet gis, men at mange takker nei. Det er beskrevet noen gode alternativer til bruk av IP i gjeldende undersøkelse.

Gjennomgående refererer informantene til lovpålagte tjenester og rettigheter. Samtidig sies det lite konkret om hva de legger i et begrep som brukervedvirkning. I denne undersøkelsen problematiserer informantene lite om hvor vidt tjenestemottaker selv faktisk definerer egne behov eller om tjenesteyter i hovedsak artikulere disse. Likeledes sier informantene lite om hvilke deler av tjenestene, bruker i praksis har stor eller liten innflytelse på. I hvilken grad kan en si at tjenestemottaker faktisk medvirker dersom det vedkommende egentlig ønsker å medvirke på ikke gjøres tilgjengelig for diskusjon? Et eksempel på dette kan være er antall timer som skal ytes og hvordan timene skal brukes.

Ifølge rapporten referert til på foregående side, utfordrer brukervedvirkning helse- og omsorgstjenestenes evne til å: «Veilede om alle valgmuligheter og konsekvenser av valg, akseptere brukerens valg og få kommunens tilbud og muligheter til å passe overens med brukerens ønsker og behov» (Helsedirektoratet 2011, s. 83).

Reell medvirkning forutsetter en viss grad av felles virkelighetsoppfattelse, nærhet og avklaring av forventninger. Hvordan tjenesteyter oppfatter tjenestemottaker er dermed også relevant her. Profesjonelle hjelperes horisont kan være viktig å problematisere. En praktisk side gjelder hvilken oversikt de faktisk har over hvilke mulige ressurser og muligheter som er tilgjengelige for tjenestemottakerne. Den andre siden er mer kulturell, og går på hva de profesjonelle hjelperne tror brukerne ønsker og trenger. Med andre ord: Hvordan skaper de profesjonelle hjelperne seg et bilde av hvem tjenestemottakerne egentlig er. Kan det hende at den «gode bruker» konstrueres slik at den til enhver tid passer inn i det for tiden eksisterende system?

Brukerstyring gjennom BPA kan for noen være en konkretisering av reell brukervedvirkning. Flere informanter beskriver BPA som en suksess for tjenestemottakerne, samtidig tyder data i undersøkelsen på at «terskelen for å få tildelt BPA er høy», og at ordningen best passer for de som selv kan administrere egen hverdag og egne hjelpere. Noen informanter refererte også at BPA var regnet som en dyr ordning for kommunen. Da blir det vesentlig at tjenesteytere har oppmerksomhet også mot de som ikke selv så lett tar initiativ på egne vegne. Disse personene har også krav på meningsfulle hverdager og utviklende tjenester. Mange personer med nevrologisk sykdom må dessuten porsjonere ut kreftene som følge av sin sykdom eller skade. Å kunne glede seg over en valgt aktivitet betyr da kanskje mye for opplevelsen av å ha en god dag. Dette krever hensyntaken, kompetanse og innsikt hos de som skal yte ulike tjenester for å identifisere hva den enkelte ønsker og kan nyttiggjøre seg av tilbud. Brukervedvirkning er ikke ment å være en rettighet forbeholdt de mest ressurssterke eller de som har sterke pårørende rundt seg. Informantene i denne undersøkelsen gir uttrykk for at de ser behov for å ivareta enkelte tjenestemottakere spesielt. Den enkelte pårørende er også viktig å spille på lag med og utvikle bedre tilbud til hevder informantene.

---

Under intervjuene kom det fram gode eksempler på konstruktiv samhandling mellom tjenestenivåene for å sikre best mulig tjeneste for den enkelte tjenestemottaker. Informantene refererer til et fellesansvar kommunene og spesialisthelsetjenesten har for at tjenestemottaker skal få best mulig tilbud og samtidig føle seg ivaretatt, uten å måtte kjempe mot systemet i tillegg til belastningene med helsetilstanden. Flere spesielt små kommuner med begrensede faglige ressurser forteller om gode samhandlingserfaringer med spesialister i sykehuset. De erfarer at de kan ivareta personer med komplekse og avanserte tjenestebehov i eget hjem fordi de har tett oppfølging fra spesialister i sykehuset. Det er en klar tendens i funnene at særlig spesialiserte avdelinger i sykehuset følger opp sitt samhandlingsansvar ovenfor tjenestemottakere og kommunene. Spesielt nevnes slagenheten eller rehabiliteringsenheten i sykehuset når de gode modellene for samhandling om et pasientforløp beskrives. Gode modeller for samhandling forbindes av informantene med at det er lett å ta kontakt, at felles rapporteringssystem fungerer, med gode overføringsrapporter, jevnlig fellesmøter og nedskrevne retningslinjer for ansvarsfordeling. Også kompetanseoverføring mellom nivåene, og gjensidige hospiteringsmuligheter styrker kjennskapet mellom tjenestenivåene og gir godt samhandlingsklima i forhold til spesialavdelingene. Samhandlingen med de øvrige avdelingene i sykehuset oppleves ikke like tilfredsstillende. Kanskje kan noen suksessfaktorer videreføres innad i sykehuset, slik at de gode modellene for samhandling kan implementeres i flere avdelinger.

Informantene beskriver også gode erfaringer fra interkommunale og regionale samarbeidsmodeller, spesielt med tanke på det å utarbeide felles rehabiliteringsplaner, eller få mest mulig ut av den samlede kompetansen som de besitter. Eksempler på dette er spesielt framtrekkende i regionene Vest og Midt-Norge. Kommuner utveksler også kompetanse ut fra at de har kompetanse på ulike områder og kan kjøpe tjenester hos hverandre. Én kommune har bygd et sykehjem som fungerer som kompetansesenter innen rehabilitering også for nærliggende kommuner, en annen kommune har godt utbygd logopeditjeneste. I andre regioner fremhever informantene kompetansen som er bygd opp i rehabiliteringsinstitusjoner som har ytt tjenester til ulike grupper over år. Vi gjør oss nytte av deres kompetanse, sier flere informanter, og prinsippene som de arbeider etter kunne flere ha benyttet hevder informantene. Slike institusjoner finnes over store deler av landet, om enn ulikt fordelt mellom landsdelene. Ulike fora for å utveksle erfaringer mellom kommuner og mellom faggrupper i kommunene og spesialisthelsetjenesten gir faglig inspirasjon, og mulighet for å gjennomføre felles prosjekter for å samordne og utvikle bedre løsninger for tjenesteyting. I slike samhandlingsfora, diskuteres fag, gode ideer deles, og funksjonelle løsninger spres. Denne type samarbeid er også påkrevd ressursmessig, fordi tjenestene er under stadig press for å yte mer, både med hensyn til mengde og kvalitet på ulike deler av tjenestene. Dertil kommer medisinsk faglig og teknisk utvikling som stadig flytter grenser for hva som er mulig å behandle eller gjøre bedre. Dette utfordrer tjenestene i forhold til både og lovverk og ressurser.

Kompetansekravene endres og i noen kommuner har de tatt hensyn til dette. For å beholde medarbeidere lenger og tilføre kompetanse, samarbeider en kommune med en høyskole i regionen om desentralisert utdanning. I deler av landet kan en lett bo i en kommune og jobbe i en annen, slik kan tilgangen på kompetanse bedres. Andre kommuner har stor turnover og lite stabilt personale, noe som kan påvirke forutsigbarhet og kontinuitet både for tjenesteapparatet og for tjenestemottaker. En kommune påpeker en annen årsak til at de har vansker med å fylle stillinger i pleie og omsorgssektoren, at de har ingen arbeidsledighet i kommunen. Dette medfører at de periodevis må kjøpe inn enkelte tjenester.

Flere informanter i undersøkelsen påpeker at tjenestebehovet hos mennesker med neurologisk lidelse underkommuniseres. Det vises til at flere kunne hatt nytte av rehabilitering eller ny utredning enn

---

de som får det. Det kan til dels skyldes manglende kjennskap til muligheter og usikkerhet om hvor en skal henvende seg, når behovet melder seg. En viss underrapportering kan gjenspeile det iboende menneskelige ønsket om selvstendighet og tilbakeholdenhet med å kontakte hjelpeapparatet.

Spesielt blir dette viktig å ta fatt i med tanke på nye behandlingsmuligheter, ny kunnskap om hjernens plastisitet:

Ny forskning viser at hjernen ikke bare kan endre seg f.eks. etter en skade, men at hjernen faktisk til stadighet endrer seg i sin interaksjon med omverdenen. Et sentralt begrep er plastisitet, hjernens evne til å endre sin oppbygging og funksjon. Vesentlig for plastisitet er at hjernen og dens ulike funksjoner brukes, dvs. at hjernen blir stimulert og at den er i aktivitet. Overføringsverdien av stimulering og aktivitet for andre områder enn akkurat de vedkommende blir stimulert for, henholdsvis er aktiv i, synes å være, begrenset. Det betyr at personen må trene på akkurat det han/hun vil bli bedre på. Det er derfor viktig at det trenes på funksjoner som er relevante for den enkeltes hverdag. (Helsedirektoratet 2011)

Informantene påpeker viktigheten av å samarbeide med ulike etater og institusjoner for å møte den enkelte tjenestemottakers mulige tjenestebehov. De etterlyser tettere samarbeid med NAV, arbeidsmarkedsbedrifter, teknisk etat og boligavdelingen i kommunen. Hjelpemiddelsentralen er en svært sentral samarbeidspartner angående formidling av hjelpemidler med tanke på forflytning, kommunikasjon, arbeid eller studier og fritid. Informantene viser også til behov for å styrke tjenesteyteres kompetanse på flere felt, både faglig og med hensyn til nye måter å samarbeide på. De vektlegger det å samarbeide mer *med* enn *for* tjenestemottaker.

Flere informanter tar også opp en annen viktig dimensjon i relasjonen mellom dem som gir og de som mottar bistand. Når en person har fått en diagnose, vil vedkommende naturlig nok gjerne vite noe om hva han kan forvente seg framover å oppnå av forbedret funksjon. Den som er satt til å hjelpe, vil også gjerne kunne si noe om forløpsprosessen. Samtidig, tidlig i et forløp kan en vanskelig vite mye om dette. Å være i prosess med tjenestemottaker, og ha beredskap og vilje til også til å ta de «krevende» samtalene med tjenestemottaker og eventuelle pårørende er avgjørende, mener informantene. Da er det viktig å komme tidlig inn i en prosess for å oppnå kontakt med vedkommende.

Andre trekker fram viktigheten av å ha gode samarbeidsmodeller mellom kommuner gjennom opparbeiding av nettverk mellom tjenesteytere med samme fagstillinger i ulike kommuner. Her trekker informantene også fram KE som en brobygger i interkommunalt samarbeid. Tettere samarbeid også mellom kommuner og ulike deler av spesialisthelsetjenesten og på tvers av fag og profesjongrensler, er noe informantene ser behov for.

I denne undersøkelsen har tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser vært tema. Nevrologiske lidelser er en samlebetegnelse på ulike sykdommer og skader relatert til personens nervesystem. Det er vesentlig at en i denne sammenheng tar høyde for at det er store variasjoner på sykdomsbildet og opplevelse av situasjonen hos personer som har samme diagnose. Konsekvensene for den enkelte har blant annet sammenheng med når i livsløpet sykdom inntraff, personens evne til å takle situasjonen og tilgang til behandlingsmuligheter. En person på 18 år har andre forventninger til hva innhold i livet skal være, enn en person som nærmer seg pensjonsalder. Samtidig har ikke nødvendigvis to 18 åringer samme preferanse med hensyn til interesser og sosiale aktiviteter. For å kunne yte individuelt tilpassede tjenester til den enkelte er det derfor nødvendig at tjenesteapparatet besitter ulike typer kompetanse. Det trengs overbyggende generaliserte kunnskaper om ulike

---

sykdomsgrupper og ulike typer skader. Spesifikk kompetanse for eksempel om enkelte diagnoser og aktuelle tema som rehabilitering og prosess, samt evne til å se det individuelle og gjøre seg kjent med den personen en i praksis skal yte tjenester overfor. Alle trenger ikke vite alt, men det er viktig å ha kjennskap til hvor en kan henvende seg for å snakke med andre som kan hjelpe en videre. At noen har kompetanse om organisering og system er viktig når gode samhandlingsmodeller skal utvikles og fungere.

Undersøkelsen har avdekket noen overraskende funn. Det gis flere eksempler på fleksibilitet og evne til å få på plass gode løsninger i små kommuner til tross for store geografiske avstander til spesialiserte tilbud. Kan det handle om nærhet og kjennskap i små lokalsamfunn til tjenestemottakerne? Kan det være at de i større grad enn store kommuner har holdningen, «dette skal vi klare sammen»? Store kommuners styrke er at de har mulighet for å systematisere tjenestene fordi de har flere fagfolk å spille på og også flere brukere som krever koordinering av tjenestene. De kan kanskje i større grad enn små kommuner «flyte» på slike «stordriftsfordeler».

Et annet funn som overrasker noe er at fastlegen i så mange kommuner refereres å være er lite tilgjengelig for samhandling. Det er også spesielt at tjenestemottaker og pårørende i så stor grad selv tar initiativ til å utvikle en individuell plan eller for å koordinere tjenestene. Det synes dessuten å være påfallende stor variasjon i informantenes oppfatning av innholdet i sentrale begreper som brukermedvirkning, rehabilitering, KE og IP.

Flere informanter sier at ulike tjenester gis utfra behov, ikke diagnose, og at de ikke tidligere har tenkt på personer som har nevrologiske lidelser som en gruppe som trenger spesiell oppfølging. Dette kan være interessante tema å ta opp i senere undersøkelser. Det er også nærliggende å foreslå at representanter både for brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten i en senere undersøkelse gis mulighet for å uttale seg om tema som er belyst gjennom undersøkelsen «Tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser».

## LITTERATURLISTE

- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* Fastsatt ved kgl.res. 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 andre ledd og § 7-2 andre ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet. Øvrige deler av forskriften fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1 tredje ledd, og § 7-3 andre ledd, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a sjuende ledd, § 2-5 andre ledd, § 2-5a tredje ledd og § 2-5b andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1 andre ledd. . Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html#21>>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008a) *Brukermedvirkning* [Internett], Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803>> [Nedlastet 16.02.2012].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008b) *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: en nasjonal veileder*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2010) *Individuell plan 2010: Veileder til forskrift om individuell plan*. Helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet (2011a) *Brukerstyrt personlig assistanse - utredning av kriterier for en rettighetsfesting*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011b) *Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet & Myhr, K.-M. (2011) *Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack- og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Rambøl (2010) *Perspektiver på god praksis- en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Rekand, T. (2010) Clinical assessment and management of spasticity: a review. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122 (Suppl. 190), s. 62-66.
- Romøren, T. I. (2009) *Yngre personer med neurologiske sykdommer eller skader: Hvem er de som mottar hjemmetjenester, og hva slags hjelp får de?* Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 1. Gjøvik, Høgskolen i Gjøvik.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000) *Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?* NOU 2000:2. Statens forvaltningstjeneste.
- Synovate & Helsedirektoratet (2009) *Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene* Oslo Synovate





# VEDLEGG

## Vedlegg 1

### UNDERSØKELSE OM TJENESTETILBUDET TIL VOKSNE PERSONER MED NEUROLOGISK LIDELSE

#### Del 1: Bakgrunnsinformasjon.

Kommune.....

Respondent navn.....

Stilling i kommunen.....

Antall år i kommunen:.....

Antall år i stillingen:.....

Profesjonsutdanning.....

Kjønn.....

Dato for intervjuet.....

Intervjutid .....minutter

Intervjuet ble gjennomført av.....

#### Del II

**Jeg vil stille deg noen spørsmål omkring tjenestetilbudet til voksne personer i din kommune med neurologisk lidelse. Med neurologisk lidelse mener jeg for eksempel**

- Multippel sklerose (MS)
- Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)
- Progredierende muskelsykdommer
- Hjerneskrader etter ulykker

- Lammelser etter ulykker
- Hjerneslag
- Hjernesvulst
- Parkinsons sykdom
- Cerebral parese (CP)
  - eller andre nevrologiske sykdommer eller skader

Angi gjerne omtrentlig hvor mange tjenestemottakere dette gjelder i din kommune.....

1A) Hvordan samordner dere tilbudene til personer med nevrologisk lidelse i din kommune/ditt distrikt?

- a) Gjennom Koordinerende enhet for habilitering/rehabilitering(KE)
- b) Gjennom konsulent for funksjonshemmede
- c) Andre  - og det er.....
- d) Vet ikke

1B) Er det noe du er stolt av at dere har lykket med/er gode på i forhold til personer med nevrologisk lidelse i din kommune?

.....

.....

.....

.....

.....

2A) Hvem samhandler dere mest med i forhold til tilbudet til disse tjenestemottakerne?

- a) Fastlege
- b) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- c) Spesialisthelsetjenester
- d) Andre  og det er.....
- e) Vet ikke

2B) Hvilke utfordringer erfarer dere ved samarbeid om tjenestetilbudet til personer med nevrologisk lidelse?

- a) Mellom tjenesteytere i kommunen og fastlege .....
- .....
- .....
- .....

.....

b) Mellom tjenesteytere i kommunen og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering .....

.....  
.....  
.....

c) Mellom tjenesteyterne i kommunen og spesialisthelsetjenesten .....

.....  
.....  
.....  
.....

d) Mellom tjenesteyterne i kommunen og andre .....

.....  
.....  
.....  
.....

2C) Hva vil du vil fremheve som viktig når samarbeid om tjenestetilbud skal fungere godt over tid?

a) Mellom tjenesteytere i kommunen og tjenestemottaker

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

b) Mellom tjenesteytere i kommunen og fastlege .....

.....  
.....  
.....  
.....

c) Mellom tjenesteytere i kommunen og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

d) Mellom tjenesteyterne i kommunen og spesialisthelsetjenesten .....

.....  
.....  
.....  
.....

e) Mellom tjenesteyterne i kommunen og andre .....

.....

.....

.....

.....

3) Hvem tar som oftest initiativ til å koordinere tjenestene rundt tjenstemottakeren?

- A) Bruker
- B) Pårørende
- C) Konsulent for funksjonshemmede/KE
- D) Fastlege
- E) Hjemmetjenesten
- F) Spesialisthelsetjenesten
- G) Andre - og det er.....
- F) Vet ikke

4) Har samhandlingsrutinene for denne brukergruppen endret seg i løpet av de siste årene slik du ser det?

- A) Ja
- B) Nei
- C) Vet ikke

Om A) På hvilken måte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) Har du tanker om hvordan tjenestene til personer med neurologiske lidelser kan koordineres mellom ulike tjenesteytere og bli mest mulig forutsigbare?

- A) Ja
- B) Nei
- C) Vet ikke

Om )A Hvordan tenker du deg i så fall koordineringen

a) Mellom tjenesteytere i kommunen og fastlege .....

.....

.....

.....

b) Mellom tjenesteytere i kommunen og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering .....

.....

.....

.....  
.....  
....

c) Mellom tjenesteyterne i kommunen og spesialisthelsetjenesten .....

.....  
.....  
.....

d) Mellom tjenesteyterne i kommunen og andre .....

.....  
.....  
.....

6) Hvor ofte anvender dere Individuell Plan (IP) for tjenestemottakere med nevrologisk lidelse?

A) Alltid  B) Som oftest  C) Noen ganger  D) Sjelden  E) Aldri

6a) Hvis (A-D) Kan du utdype hva som avgjør hvem som får tilbud om IP? .....

.....  
.....  
.....  
.....

6b) Hvem tar som regel initiativ for å få utarbeidet en IP?

- 1) Bruker
- 2) Pårørende
- 3) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- 4) Konsulent for funksjonshemmede
- 5) Fastlege
- 6) Hjemmetjenestene
- 7) Spesialisthelsetjenesten
- 7) Vet ikke

7) Har tjenestemottakere med nevrologiske tilstander tilbud om Borgerstyrt Personlig Assistent (BPA) i deres kommune?

a) Ja  b) Nei  c) Vet ikke

7A) Hvis a) J hvordan samordnes de ulike tjenestene personen mottar mellom hjemmetjenestene og BPA?

.....

.....  
.....

Hvis b) Nei- kan du si noe om årsakene til at tilbudet ikke gis? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7B) Kan du si noe om hvilke erfaringer dere har gjort dere i forhold til ordningen BPA?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8A) Har du eksempler på gode sosiale tilbud til mennesker med neurologisk lidelse i din kommune?

- 1) Dagsenter  2) Støttekontakt  3) Dekkes via BPA  4) Interkommunale tilbud  5) Andre tilbud

Om 5) Andre-hvilke? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8B) Er disse tilbudene differensierte i forhold til:

- 1) Alder?  2) Funksjon?  3) Interesser?

8C) Er det tjenester personer med neurologisk lidelse kan ha krav på som du ser kommunen ikke klarer å imøtekomme?

- a) Ja  b) Nei  c) Vet ikke

Om a) Skjer dette slik du ser det 1) ofte  2) sjelden

Kan du skissere eksempler, og mulige årsaker til dette? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9) Mottar voksne personer med neurologiske lidelser i deres kommune/distrikt jevnlig tilbud om rehabilitering og/eller habilitering?

- A) Ja  B) Nei  C) Vet ikke

Hvis A) kan du beskrive noe av opplegget for et slikt tilbud? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hvis B) hva skal til slik du ser det for å kunne møte behovet for rehabilitering/ habilitering hos denne gruppen? .....

.....

.....

.....

.....

10) Har dere rutinemessig og innarbeidede tilbud for nyskadede eller personer som nylig har fått en nevrologisk diagnose i deres kommune?

A) Ja  B) Nei  C) Vet ikke

Hvis A) Kan du a) si noe om innholdet i disse tilbudene? .....

.....

.....

.....

.....

.....

b) Hvem samarbeider dere oftest med om disse tilbudene?

- 1) Fastlege
- 2) Spesialisthelsetjeneste /LMS
- 3 Kompetansesentre
- 4) Interkommunale samarbeid

11) Hvordan ivaretas behovet for voksenopplæring i deres kommune/distrikt?

.....

.....

.....

.....

.....

12) Har dere slik du ser det god tilgang på fagfolk for å møte behovene til disse tjenestemottakerne?

A) Ja  B)Nei  C) Vet ikke

B) Om nei, hvilke faggrupper opplever dere å ha

a) tilstrekkelig tilgang på?

1) fysioterapeut  2) ergoterapeut  3) logoped  4) lege  5) psykiatrisk sykepleier  6) andre  og det er.....

b) for lite tilgang på?

1) fysioterapeut  2) ergoterapeut  3) logoped  4) lege  5) psykiatrisk sykepleier  6) andre  og det er.....

13) Til slutt: Hvis du skulle si hva som karakteriserer gode samhandlingsmodeller for tjenestetilbudet til personer med nevrologisk lidelse – hva ville du trekke fram? Nevn det du mener er de tre viktigste faktorene:

a).....

b).....

c).....

14) Er det noe annet du anser som viktig å formidle som ikke er satt fokus på i denne undersøkelsen?

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen.



## Vedlegg 2

Tabell 1 A, 2 A, 2 B og 2 C.

1 A. Hvordan samordner dere tilbudene til personer med neurologisk lidelse i din kommune/ditt distrikt?

	Frekvens	%
Gjennom koordinerende enhet for habilitering /rehabilitering (KE)	25	56.8
Gjennom konsulent for funksjonshemmede	3	6.8
Andre	23	52.3
Vet ikke	4	9.1

$n = 44$

2 A. Hvem samhandler dere mest med i forhold til tilbudet til disse tjenestemottakerne?

	Frekvens	%
Fastlege	22	50.0
Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	10	22.7
Spesialisthelsetjenester	17	38.6
Andre	17	38.6
Vet ikke	3	6.8

$n = 44$

2 B. Hvilke utfordringer erfarer dere ved samarbeid om tjenestetilbudet til personer med neurologisk lidelse?

	Frekvens	%
Mellom tjenesteytere i kommunen og fastlege	31	70.5
Mellom tjenesteytere i kommunen og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	21	47.4
Mellom tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenester	33	75.0
Mellom tjenesteytere i kommunen og andre	24	54.5

$n = 44$

## 2 C. Hva vil du fremheve som viktig når samarbeid om tjenestetilbud skal fungere godt over tid?

	Frekvens	%
Mellom tjenesteytere i kommunen og tjenestemottaker	32	72.7
Mellom tjenesteytere i kommunen og fastlege	30	68.2
Mellom tjenesteytere i kommunen og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	20	45.5
Mellom tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenester	27	61.4
Mellom tjenesteytere i kommunen og andre	14	31.8

n = 44

## Vedlegg 3

Tabell 3 og 4 E.

### 3. Hvem tar oftest initiativ til å koordinere tjenestene rundt tjenestemottaker?

	Frekvens	%
Bruker	10	22.7
Pårørende	16	36.4
Konsulent for funksjonshemmede/KS	5	11.4
Fastlege	3	6.8
Hjemmetjeneste	24	54.5
Spesialisthelsetjenesten	14	31.8
Andre	10	22.7
Vet ikke	8	18.2

4 E. Har samhandlingsrutinene for denne brukergruppen endret seg i løpet av de siste årene slik du ser det?

	Frekvens	%
Ja	31	70.5
Nei	3	6.8
Vet ikke	7	15.9

## Vedlegg 4

5. Har du tanker om hvordan tjenestene til personer med nevrologiske lidelser kan koordineres mellom ulike tjenesteytere og bli mest mulig forutsigbart?

	Frekvens	%
Ja	31	70.5
Nei	3	6.8
Vet ikke	7	15.9
Mellom tjenesteytere i kommune og fastlege	14	31.8
Mellom tjenesteytere i kommune og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	13	29.5
Mellom tjenesteytere i kommune og spesialisthelsetjenesten	11	25.0
Mellom tjenesteytere i kommune og andre	9	20.5

## Vedlegg 5

Tabell 6 og 6 B.

6. Hvor ofte anvender dere Individuell Plan (IP) for tjenestemottakere med nevrologisk lidelse?

	Frekvens	%
Alltid	5	11.4
Som oftest	12	27.3
Noen ganger	19	43.2
Sjelden	8	18.2
Aldri	2	4.5

## 6 B. Hvem tar som regel initiativ for å få utarbeidet en IP?

	Frekvens	%
<b>Bruker</b>	15	34.1
<b>Pårørende</b>	11	25
<b>Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering</b>	15	34.1
<b>Konsulent for funksjonshemmede</b>	4	9.1
<b>Fastlege</b>	2	4.5
<b>Hjemmetjeneste</b>	24	56.6
<b>Spesialisthelsetjenesten</b>	14	31.8
<b>Vet ikke</b>	6	13.5

## Vedlegg 6

### Tabell 7, 8 A og 8 B.

7. Har tjenestemottaker med nevrologisk tilstand tilbud om Borgerstyrt Personlig Assistent (BPA) i deres kommune?

	Frekvens	%
<b>Ja</b>	37	84.1
<b>Nei</b>	6	13.6
<b>Vet ikke</b>	1	2.3

8 A. Har du eksempler på gode sosiale tilbud til mennesker med nevrologiske lidelser i din kommune?

	Frekvens	%
<b>Dagsenter</b>	25	56.8
<b>Støttekontakt</b>	33	75.0
<b>Dekkes via BPA</b>	18	40.9
<b>Interkommunale tilbud</b>	1	2.3
<b>Andre tilbud</b>	12	27.3

**8 B. Er disse tilbudene differensierte i forhold til:**

	<b>Frekvens</b>	<b>%</b>
<b>Alder</b>	12	27.3
<b>Funksjon</b>	11	25.0
<b>Interesse</b>	9	20.5

## Vedlegg 7

**Tabell 8 C, 9, 10, 10 B og 12**

**8 C. Er det tjenester personer med nevrologisk lidelse kan ha krav på som du ser kommunen ikke klarer å imøtekomme?**

	<b>Frekvens</b>	<b>%</b>
<b>Ja</b>	14	31.8
<b>Nei</b>	15	34.1
<b>Vet ikke</b>	15	34.1

**9. Mottar voksne personer med nevrologiske lidelser i deres kommune/ distrikt jevnlig tilbud om rehabilitering og /eller habilitering?**

	<b>Frekvens</b>	<b>%</b>
<b>Ja</b>	31	70.5
<b>Nei</b>	9	20.5
<b>Vet ikke</b>	1	2.3

**10. Har dere rutinemessig og innarbeidede tilbud for nyskadede eller personer som nylig har en nevrologisk diagnose i deres kommune?**

	<b>Frekvens</b>	<b>%</b>
<b>Ja</b>	12	27.3
<b>Nei</b>	27	61.4
<b>Vet ikke</b>	4	9.1

**10 B. Hvem samarbeider dere oftest med om disse tilbudene?**

	<b>Frekvens</b>	<b>%</b>
<b>Fastlege</b>	3	6.8
<b>Spesialisthelsetjenesten /LMS</b>	17	38.6
<b>Kompetansesentre</b>	4	9.1
<b>Interkommunalt samarbeid</b>	2	4.5

## 12. Har dere slik du ser det god tilgang på fagfolk for å møte behovene til disse tjenestemottakerne?

	Frekvens	%
Ja	25	56.8
Nei	17	38.6
Vet ikke	2	4.5

## Vedlegg 8

### Tabell Oversikt og bakgrunn

#### Landsdel

Landsdel	Kommuner
Nord	8
Øst	9
Sør	9
Vest	9
Midt	9

#### Bakgrunnsinformasjon

	Gjennomsnitt	Min – max
Antall år i kommunen	15.5	0.5 – 39
Antall år i stillingen	7.6	0 - 27

