



**Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten  
- utfordrende oppgaver med begrensede ressurser**  
Sluttrapport fra prosjektet «Nasjonal kartlegging av  
habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Januar 2018

## Forord

---

Prosjektgruppen ønsker å takke alle ledere og ansatte i voksenhabiliteringstjenestene som tok seg tid til å fylle ut spørreskjemaene. En spesiell takk rettes til de ledere som motiverte og la til rette for at egne ansatte skulle fylle ut det omfattende spørreskjemaet. Videre takker prosjektgruppen Arbeidsutvalget for lederne i voksenhabilitering som har vært positive til og støttet gjennomføringen av kartleggingen.

Initiativtakere til prosjektet var professor emeritus Erik Bautz-Holter, avdelingssjef Nils Olav Aanonsen og Inger Huseby fra Helsedirektoratet. Prosjektgruppen takker Helsedirektoratet, ved Inger Huseby, for god hjelp, motivasjon og stor tålmodighet og fleksibilitet under gjennomføringen av prosjektet. Kartleggingen var omfattende og det har tatt lang tid å oppsummere resultatene.

Prosjektgruppen takker Erik Bautz-Holter for den tiden han har satt av til å følge opp prosjektet. Han har bidratt på fellessamlinger og gitt tilbakemeldinger underveis på alle sider ved gjennomføringen av prosjektet. Bautz-Holter har hele tiden vært en motivator og pådriver for prosjektleder og dermed sikret nødvendig fremdrift når utfordringene har hopet seg opp.

Prosjektgruppen takker også professor/overlege Audny Anke for å ha bidratt på fellessamlinger og gitt tilbakemeldinger underveis på alle sider ved gjennomføringen av prosjektet.

Prosjektgruppen takker Nils Olav Aanonsen for tilbakemeldinger underveis og for å legge til rette for at prosjektleder har fått anledning til å avsette tid til å arbeide med prosjektet.

Videre takker prosjektgruppen mastergradsstudent Anett Olsen som har bidratt på fellessamlinger i forbindelse med kvalitativ innholdsanalyse, samt kommentert på utkast til analyser og sluttrapport.

Takk til alle kollegaer som velvillig har lest gjennom og kommentert på spørreskjema og utkast til rapport.

Vennlig hilsen prosjektgruppen

Nils-Øivind Offernes (prosjektleder)	Avd. for nevrohabilitering, OUS
Linn Ebeltoft Sparby	Hab.tj. for voksne, Finnmarkssykehuset
Bjørn Roar Vagle	Hab.tj. for voksne, Helse Stavanger
John Arne Rognlie	Seksjon for voksenhab., Sørlandet sykehus
Britt Hukkelås	Hab.tj. for voksne, St. Olav hospital
Anett Olsen (mastergradsstudent)	Avd. for voksenhabilitering, AHUS <sup>1</sup>
Nils Olav Aanonsen (Initiativtaker)	Avd. for nevrohabilitering, OUS
Audny Anke (biveileder)	Universitetet i Tromsø / Rehab.klinikk, UNN
Erik Bautz-Holter (initiativtaker og hovedveileder)	CHARM, Oslo Universitetssykehus

---

<sup>1</sup> Nå arbeider Olsen ved RHABU i Helse Sør-Øst.

# Innhold

---

Forord.....	2
Innhold .....	3
1. Oppsummering og anbefalinger.....	6
1.1 Hvem har deltatt i undersøkelsen? .....	6
1.2 Hensikten med kartleggingen og struktur for beskrivelsen av tjenestene .....	7
1.3 Pasienter.....	7
1.4 Arbeidsprosess .....	9
1.5 Evaluering av tjenestene sine resultater .....	13
1.6 Ledelse.....	14
1.7 Organisasjonsstruktur .....	14
1.8 Personell.....	17
1.9 Fagutvikling og forskning.....	18
1.10 Utdanning av helsepersonell .....	20
1.11 Variasjon mellom helseregioner og tjenester .....	21
1.12 På hvilke områder er det diskrepans mellom behov og tilbud? .....	22
1.13 Hvilke forhold bidrar til å skape forskjeller i tilbud mellom ulike tjenester? .....	25
1.14 På hvilke områder er det behov for forbedring av tjenestene?.....	26
1.15 Hva er sentrale barrierer som hindrer videre utvikling av tjenestene? .....	28
1.16 Hva er sentrale suksessfaktorer for videre utvikling av tjenestene? .....	29
1.17 Forslag til tiltak for å fremme videre utvikling av voksenhabilitering.....	31
2. Innledning.....	34
3. Bakgrunn .....	35
3.1 Mangelfullt kunnskapsgrunnlag .....	36
3.2 Hva er habilitering? .....	36
3.3 Spesialisert habilitering (habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten) .....	39
3.4 Beskrivelse av en tjenestemodell for habilitering .....	40
3.5 Spørsmål som ønskes besvart gjennom kartleggingen .....	43
4. Metode .....	45
4.1 Utvalg.....	45
4.2 Utvikling av spørreskjema .....	47
4.3 Fremgangsmåte .....	47
4.4 Analyse .....	48
5. Beskrivelse av de som har svart på undersøkelsen.....	51

6. Pasienter.....	55
6.1 Diagnosegrupper som mottar tjenester.....	55
6.2 Omfang av henvisninger som tjenestene håndterer per år.....	56
6.3 Typiske problemstillinger.....	58
6.4 Omfang av pasientkontakter per år.....	63
6.5 Ventelister og fristbrudd.....	65
7. Arbeidsprosess.....	68
7.1 Antall pasientsaker hver enkelt fagperson har ansvar for å følge opp.....	68
7.2 Type kontakter.....	70
7.3 Aktiviteter som utføres i kontaktene.....	72
7.4 Samarbeid mellom profesjoner.....	76
7.5 Kunnskapsbasert praksis.....	78
7.6 Samarbeidsutfordringer og eksponering for utfordrende atferd.....	80
7.7 Utredninger og behandling som gjennomføres av tjenestene.....	83
7.8 Forhold som bidrar til å hindre mer effektiv pasientflyt.....	83
8. Evaluering av tjenestene sine resultater.....	86
8.1 Måling av effekt av helsehjelp iverksatt overfor enkeltpasienter.....	86
8.2 Bruk av definerte prosedyrer og kliniske arbeidsprosesser.....	87
8.3 Evaluering av tjenesten sin pasientbehandling.....	89
8.4 Brukerundersøkelser.....	90
8.5 Rapportering til overordnet ledelse.....	90
9. Ledelse.....	92
9.1 Lederne sin fagbakgrunn og deltakelse i klinisk virksomhet.....	92
9.2 Fagpersonenes opplevelse av kontroll over egne arbeidsoppgaver.....	93
10. Organisasjonsstruktur.....	95
10.1 Antall årsverk i tjenestene.....	95
10.2 Voksenhabiliteringstjenesten sin plassering i organisasjonen.....	96
10.3 Fysisk lokalisering av tjenesten.....	99
10.4 Arbeidstidsordning.....	101
10.5 Omfang av reisevirksomhet og overnatting knyttet til ambulant arbeid.....	101
10.6 Støttesystemer for fagpersonene i tjenesten.....	103
10.7 Intern organisering av tjenesten.....	107
11. Personell.....	110
11.1 Antall fagpersoner og profesjoner.....	110
11.2 Fagpersonenes kjønns- og aldersfordeling.....	112
11.3 Antall år fagpersonene har arbeidet i tjenestene.....	113

11.4	Stillingsstørrelse.....	114
11.5	Utdanning og spesialisering.....	114
11.6	Fagpersonenes vurdering av egen mestring og kompetanse .....	118
11.7	Lederne sin vurdering av kompetansen i tjenestene .....	119
12.	Fagutvikling og forskning.....	126
12.1	Vitenskapelig kvalifisering og videreutdanning av fagpersoner i tjenestene.....	126
12.2	Publikasjoner fra fagpersoner i tjenestene .....	128
12.3	Deltakelse i fagutvikling og forskning.....	128
12.4	Fagutviklings- og forskningsprosjekter i tjenestene.....	130
12.5	Beskrivelse av ressurser avsatt til fagutvikling og forskning .....	134
12.6	Beskrivelse av barrierer for å delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter. ....	135
13.	Utdanning av helsepersonell.....	136
13.1	Undervisning og opplæring av studenter.....	136
13.2	Undervisning og opplæring av annet helsepersonell.....	137
14.	Opplæring av pasienter og pårørende .....	140
14.1	Opplæring av pasienter i perioden 2014-2015 .....	141
14.2	Opplæring av pårørende i perioden 2014-2015.....	141
15.	Referanser .....	145
16.	Vedlegg.....	147
A.	Oversikt over problemstillinger .....	148
B.	Eksempler på utredninger som ble utført/igangsatt i løpet av 2015.....	153
C.	Eksempler på tiltak/intervensjoner som ble igangsatt av HAVO i 2015 .....	158
D.	Komponentanalyser.....	162
E.	Spørreskjema for ledere.....	166
F.	Spørreskjema for fagpersoner.....	187

# 1. Oppsummering og anbefalinger

---

Høsten 2015/våren 2016 ble det gjennomført en kartlegging av voksenhabiliteringstjenestene i Norge. Med støtte fra Helsedirektoratet ble kartleggingen utført av en prosjektgruppe bestående av en representant fra voksenhabiliteringstjenesten i hver helseregion, samt representanter fra forskningsmiljøer. Alle voksenhabiliteringstjenestene i Norge ble invitert til å delta i kartleggingen.

Dette kapittelet gir en oppsummering av resultatene fra kartleggingen, inkludert en oppsummering av de viktigste likheter og forskjeller mellom helseregioner og tjenester. Deretter beskrives enkelte områder hvor det er behov for forbedring av tjenesten, samt barrierer og suksessfaktorer for videre utvikling av tjenestene. Til slutt kommer prosjektgruppen med forslag til tiltak som kan iverksettes for å fremme videre utvikling og kvalitetsforbedring innen tjenestene.

## 1.1 Hvem har deltatt i undersøkelsen?

Kartleggingen ble gjennomført ved at det ble sendt ut to spørreskjema, ett til lederne av voksenhabiliteringstjenestene og ett til alle fagpersoner ansatt i tjenestene.

Spørreskjemaet til lederne av tjenestene ble besvart av 28 av 29 tjenester. Ifølge informasjon fra spørreskjemaene til lederne var det 368,6 årsverk fagstillinger i tjenestene høsten 2015/våren 2016<sup>2</sup>.

195 personer besvarte spørreskjemaet til fagpersonene og disse utgjør til sammen 183,7 årsverk fagstillinger. Dette gir en svarprosent på 49,8 % sett i forhold til antall årsverk fagpersoner i hele habiliteringstjenesten for voksne i Norge. Eventuelle vakante stillinger er ikke fratrukket. Se figur 5-1 for en oversikt over hvilke tjenester som har svart på spørreskjemaet.

Det er stor variasjon på tvers av tjenestene i forhold til hvor mange fagpersoner som har besvart spørreskjemaet. Det har kommet svar fra fagpersoner i alle helseforetak bortsett fra ett. Ved fem tjenestesteder har ingen fagpersoner besvart skjemaet. Det er 16 tjenester som har en svarprosent over 50%. Dette utgjør 155 informanter/ 143,9 årsverk fagstillinger. Svarprosenten for disse 16 tjenestene samlet er 69,5 %.

Helse Vest og Helse Midt har en svarprosent som ligger over 50 %. Helse Midt har gjennomgående en svært høy svarprosent for tjenestene (47 – 100 %). Helse Sør-Øst har den laveste svarprosenten og ligger godt under 50 %. Hvis man kun forholder seg til de 16 tjenestene som har en svarprosent over 50 % ligger svarprosenten på 63,8 % for Helse Sør-Øst. Da er fire av ti tjenester representert.

Fordelingen av fagpersoner som har svart på spørreskjemaet stemmer godt overens med fordelingen av profesjonsgrupper i tjenestene. Samlet har omtrent halvparten av landets fagpersoner i habiliteringstjenesten deltatt og resultatene må derfor antas å reflektere hovedtrender i tjenestene. Helse Sør-Øst har en lav svarprosent og dette bør man ta hensyn til ved sammenligning av helseregioner. Det er usikkert om resultatene fra undersøkelsen gjenspeiler de tjenestene som i liten eller ingen grad har avgitt svar. Se kapittel 5 for en nærmere redegjørelse.

---

<sup>2</sup> Enkelte spørreskjema fra leder ble først levert vår/sommer 2016.

## 1.2 Hensikten med kartleggingen og struktur for beskrivelsen av tjenestene

Hensikten med dette prosjektet har vært å gjennomføre en kartlegging av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten for å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av og forskning innenfor tjenestene.

Prioriteringen av hvilke deler av habiliteringstjenestene for voksne som ble gjenstand for kartlegging ble bestemt av både teoretiske og praktiske forhold. De fire hovedområder som er definert i §3-8 i lov om spesialisthelsetjenester ble valgt som en overordnet struktur (Helse og omsorgsdepartementet 2001)<sup>3</sup>: Pasientbehandling, fagutvikling og forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av ansatte og pårørende. Området pasientbehandling ble videre operasjonalisert i syv temaområder: 1) pasienter, 2) arbeidsprosess, 3) resultat, 4) ledelse, 5) organisasjonsstruktur, 6) personell og 7) samhandling<sup>4</sup>.

## 1.3 Pasienter

Her gis det en oversikt over hvilke hovedgrupper av pasienter som mottar tjenester fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, omfang av henvisninger og pasientkontakter, hvilke typiske problemstillinger tjenesten arbeider med og forventet ventetid.

### Hovedgrupper av pasienter

Lederne definerer personer med utviklingshemming som hovedmålgruppen for tjenestene. Alle tjenester gir imidlertid tilbud til flere pasientgrupper enn personer med utviklingshemming og flere tjenester viser til Prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet 2015) når det gjelder målgruppe for tjenesten. Flere ledere peker på at ved enkelte tjenester, og da spesielt tjenester med få fagstillinger, må ansvaret for gruppene i prioriteringsveilederen deles på flere enheter i spesialisthelsetjenesten. Nesten alle tjenester vurderer at de har et særskilt ansvar for personer med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse/autismespektrumforstyrrelse. Hvor langt dette ansvaret strekker seg for personer med autismespekterforstyrrelser uten utviklingshemming er uklart. Her er det forskjeller mellom tjenestene. Informasjonen fra undersøkelsen gir ikke tilstrekkelig informasjon til at det er mulig å si noe om forskjeller i tilbud til ulike målgrupper.

Det er store forskjeller i pasientgrunnlaget for de ulike tjenestene. For eksempel er pasientgrunnlaget i Helse Sør-Øst omtrent 6,5 ganger så stort som pasientgrunnlaget i Helse Nord, 4,1 ganger pasientgrunnlaget i Helse Midt og 2,7 ganger så stort som pasientgrunnlaget i Helse Vest. Dette får stor betydning da habiliteringstjenestene ofte arbeider med sjeldne tilstander. Det betyr for eksempel at habiliteringstjenestene i Helse Nord har behov for å opprettholde bred kompetanse på mange tilstander selv om de ulike tilstandene ikke forekommer så ofte.

---

<sup>3</sup> Se kapittel 2 for en nærmere redegjørelse.

<sup>4</sup> Datamaterialet for dette området har ikke blitt analysert og er derfor ikke tatt med i denne oppsummeringen.

### Omfang av henvisninger

I 2014 mottok habiliteringstjenesten til sammen ca. 4319 henvisninger og ca. 3664 pasienter ble gitt et tilbud om tjenester<sup>5</sup>. Det er stor variasjon mellom tjenestene og antall henvisninger til hver tjeneste, som varierer fra 7 til 562 for 2014. Antall henvisninger per årsverk varierer fra 2,3 til 27,3. Antall nyhenviste pasienter som ble gitt et tilbud i 2014 varierer fra 5 til 496 pasienter for ulike tjenester.

Sammenligner man gjennomsnitt for helseregioner ser det ut som Helse Sør-Øst mottar flere henvisninger per årsverk fagperson og gir tilbud til flere pasienter per årsverk fagperson enn de andre helseregionene. Helse Nord ser ut til å motta flest henvisninger og gir tilbud til flest pasienter per 10.000 innbyggere i opptaksområdet. Helse Vest ser ut til å ha lavest bemanning i tjenestene sett i forhold til befolkningsgrunnlaget.

681 henvisninger ble avvist i 2014. Andelen henvisninger som avvises ligger på 15-16 % for alle helseregioner. Det er imidlertid stor variasjon mellom de enkelte tjenester, fra 2 % til 34 %.

### Omfang av pasientkontakter

I løpet av 2014 gjennomførte 26 av 29 tjenester ca. 42934 kontakter<sup>6</sup> i arbeid med henviste pasienter. Tallene viser at det er svært stor variasjon på tvers av tjenester og at tjenestene benytter ulike definisjoner av hva som regnes som en kontakt. Antall kontakter må antas å bli påvirket av hvilke profesjoner som er ansatt. Tjenester som har en stor poliklinikk med leger, psykologer, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer vil nødvendigvis registrere flere kontakter (med refusjonsrett) enn tjenester som i liten grad arbeider poliklinisk og har mange fagpersoner som arbeider ambulant (uten refusjonsrett). For tjenester som ikke har egen lege ansatt i tjenesten, men som benytter leger fra andre avdelinger, er det usikkert om kontaktene blir regnet inn som en del av habiliteringsvirksomheten.

### Typiske problemstillinger som henvises

Fagpersonene beskrev hvilke problemstillinger de hadde arbeidet med i sine siste 5 pasientsaker. De tre hyppigst forekommende problemstillingene fagpersonene arbeidet med var (se tabell 6-4 for en nærmere beskrivelse):

1. Utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd (19,2%). 46,1% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.
2. Utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov (17,3%). 47,6% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.
3. Arbeid knyttet til lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kapittel 9 (12,2%). 34,6% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.

---

<sup>5</sup> Gjelder for de 28 av 29 tjenestene som deltok i lederundersøkelsen. Noen av tjenestene har oppgitt omtrentlige tall, derfor benyttes «ca.»

<sup>6</sup> Lederne ble bedt om å oppgi antall konsultasjoner i 2014, samt oppgi hvordan tjenesten definerer og teller antall konsultasjoner. Noen tjenester har oppgitt omtrentlige tall, derfor benyttes «ca.»



Fagpersonenes beskrivelser viser at tjenestene arbeider med problemstillinger innenfor alle tilstandsgrupper i prioriteringsveilederen. Det synes å være noe forskjeller på tvers av helseregioner med tanke på hvor ofte ulike problemstillinger henvises<sup>7</sup>. I Helse Vest ser det ut til at andelen henvisninger med problemstillingen «utredning av kognitiv funksjon og vurdering av bistandsbehov» forekommer oftere enn i de andre helseregionene<sup>8</sup>. Helse Sør-Øst ser ut til å oftere arbeide med problemstillinger rettet mot utfordrende atferd enn de andre helseregionene. I Helse Midt ser det ut til at problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9, forekommer relativt sett sjeldnere enn i de andre helseregionene. Helse Nord ser ut til å relativt sett ha en høyere andel problemstillinger rettet mot medisinsk utredning og behandling enn i de andre helseregionene (se tabell 6-5).

### Ventetid og ventelister

I 2014 hadde tjenestene omtrent 58 dagers ventetid, men noe kortere ventetid i Helse Midt og Helse Nord. Mange tjenester opplyser at de ikke har ventetid, men dersom man operer med definisjonen «tiden fra henvisning er mottatt til første kontakt er gjennomført» vil det ikke være mulig å ha 0 dager i ventetid.

Av de 28 tjenestene som har besvart skjemaet opplyser nesten halvparten at de ikke hadde fristbrudd i 2014. Totalt var det 43 fristbrud fordelt på 15 tjenester. Det er stor variasjon mellom tjenestene. Det ser ut til at Helse Sør-Øst har flest fristbrudd, men denne regionen har også flest pasienter.

## 1.4 Arbeidsprosess

Her gis det en oversikt over antall pasientsaker fagpersonene er involvert i, andelen av ulike typer kontakter, aktiviteter som gjennomføres i kontaktene, samarbeidsutfordringer og forhold som antas å bidra til å hindre effektiv pasientflyt.

### Antall pasientsaker

Blant fagpersonene er det mest vanlig (35%) å være involvert i 11-20 pasientsaker, men ca. 33% av fagpersonene var involvert i mer enn 31 pasientsaker. Fem fagpersoner var involvert i 70-100 pasientsaker og 6 personer over 100 pasientsaker. Legene er involvert i signifikant flere saker enn psykologer og andre faggrupper<sup>9</sup> (se figur 7-3). Av fagpersonene var flest (37%) hovedansvarlig for 11-20 pasientsaker. Bare 13-14% vurderer at de har hovedansvar for mer enn 30 pasienter. Det er stor variasjon på tvers av tjenester med tanke på hvor mange pasientsaker de ulike fagpersonene er

---

<sup>7</sup> Statistisk signifikans ble ikke beregnet da dataene ikke egnet seg for statistisk analyse.

<sup>8</sup> Husk at når vi sier «oftere» så menes ikke antall saker, men sett i forhold til forekomsten av andre problemstillinger i helseregionen. Det vil si at andelen pasienter som henvises med denne problemstillingen er høyere i denne helseregionen enn i de andre helseregionene.

<sup>9</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,548, p = 0.014$ )

involvert i eller har hovedansvar for. Imidlertid finner vi den største variasjonen på tvers av fagpersoner, også innenfor personer fra samme profesjon som arbeider på samme tjeneste.

### Type kontakter

For å få en oversikt over i hvilken grad tjenestenes kontakter er preget av direkte pasientkontakt, møtevirksomhet, telefonkontakter eller intern drøfting ble fagpersonene bedt om å angi type kontakt for sine siste 10 kontakter. Resultatene viser at det i hovedsak er store likhetstrekk i bruk av ulike kontakttyper på tvers av alle helseregioner, noe som tyder på at tjenestene arbeider forholdsvis likt. Fagpersonene har direkte møte med pasient i 39,0% av kontaktene og av disse skjer 39,6% som ambulante kontakter i pasientens hjem eller hjemkommune. Møtevirksomhet med hjelpeapparat/pårørende uten pasient utgjør 30,5% av kontaktene, hvorav 75,9% av disse møtene skjer ambulant. Helse Nord og Helse Midt synes å ha en større andel telefonkontakter. Helse Nord og Helse Vest ser også ut til å i større grad benytte seg av interne drøftinger. Helse Vest og Helse Sør-Øst synes å ha en større andel direkte polikliniske kontakter, mens Helse Nord ser ut til å ha en mindre andel ambulante møter enn de andre helseregionene. Pasientkontakt via videomøter foregår, men i et svært begrenset omfang. Forskjellene på tvers av regioner kan ha sammenheng med ulik registreringspraksis på tvers av tjenester. Resultatene viser at tjenestene bruker en stor del av sine ressurser på arbeid rettet mot nærpersoner og systemer rundt pasientene.

Leger ser ut til å ha den høyeste andelen av telefonkontakter og intern drøfting sammenlignet med de andre profesjonene (se figur 7-6). Videre synes psykologer og leger å ha den største andelen av direkte polikliniske kontakter. Vernepleierne synes å ha den laveste andelen direkte polikliniske kontakter. Vernepleiere og gruppen andre faggrupper<sup>10</sup> ser imidlertid ut til å ha den høyeste andelen av direkte ambulante polikliniske kontakter. Vernepleierne synes også å ha den største andelen av ambulante møter, nesten dobbelt så mye som gruppen andre faggrupper, og betydelig mer enn leger og psykologer.

### Aktiviteter som utføres i kontaktene

Fagpersonene i tjenesten ble bedt om å krysse av for hvilke av aktivitetene i tabell 7-2 de hadde gjennomført i løpet av sine fire siste kontakter. En sammenligning på tvers av helseregioner viser at tjenestene arbeider forholdsvis likt med tanke på hvilke aktiviteter de gjennomfører i forbindelse med kontakter (se figur 7-7). De hyppigst forekommende aktivitetene i kontaktene er:

- a) Rådgivning og veiledning til tjenesteyter (36,8%)
- b) Samtale med pårørende/tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering (27,1%)
- c) Samtale med pasient med fokus på utredning og diagnostisering (25,2%)
- d) Møte med boligleder/tjenesteansvarlig (17,7%)
- e) Rådgivning og veiledning til pårørende (16,6%)
- f) Observasjon av pasient i sitt naturlige miljø (13,6%)
- g) Støttesamtale (12,3%)
- h) Medisinsk behandling og oppfølging (11,9%)
- i) Veiledning knyttet til vedtak etter hol, kapittel 9 (11,8%)

---

<sup>10</sup>«Andre faggrupper» omfatter følgende profesjoner: Pedagog, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, sosionom, barnevernspedagog og ernæringsfysiolog.

Direkte trening og oppøving av funksjoner hos pasient som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning skjer i kun 2,4% av kontaktene. Man kan anta at noe av dette blir utført gjennom direkte veiledning av tjenesteytere som forekommer litt oftere (7,6%), men mye av dette må antas å være knyttet til veiledning i forhold til forebygging og behandling av utfordrende atferd. I denne sammenheng er det kanskje viktig å se at funksjonell analyse bare benyttes i 3,0% av kontaktene selv om utfordrende atferd er den problemstillingen som er hyppigst forekommende (se tabell 6-4).

Når man sammenligner på tvers av profesjoner ser man at leger i en betydelig større andel av sine konsultasjoner har samtaler med pasient, pårørende og tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering (se figur 7-8). Legene er den profesjonen som ser ut til å benytte størst andel av sine konsultasjoner på rådgivning og veiledning til pårørende. Legene bruker naturlig nok mye tid på medisinsk behandling og oppfølging. Leger og psykologer ser ut til å bruke lite eller ingen tid på aktiviteter knyttet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - kapittel 9, undervisning av tjenesteytere, og møte med boligleder og tjenesteansvarlig. Legene antas imidlertid å ha flere konsultasjoner enn andre profesjoner og utvalget av konsultasjoner er lite med tanke på at slike oppgaver nok har en lavere frekvens for de andre profesjonene. Psykologisk testing og psykoterapi er det i hovedsak psykologene som utfører, hvor testing gjøres i omtrent 30% av konsultasjonene. Støttesamtaler gjennomføres imidlertid av alle profesjoner. Det kan synes som om psykologene har hovedfokus på polikliniske konsultasjoner med pasientene og bruker en mindre andel av sine kontakter på rådgivning og veiledning til tjenesteyterne enn vernepleiere, andre faggrupper og leger. Vernepleiere og gruppen andre faggrupper bruker en stor andel av sine kontakter til å gi råd og veiledning til tjenesteytere, samt møter med boligleder og tjenesteansvarlige. Andelen av kontakter som innebærer observasjon av pasienten i sitt naturlige miljø er også høyest blant vernepleiere og gruppen med andre faggrupper. Gjennomføring av funksjonell analyse og veiledning i forhold i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - kapittel 9 blir i hovedsak utført av vernepleiere, men også av flere profesjoner innenfor gruppen andre faggrupper. Gruppen med andre faggrupper ser ut til å bruke en større andel av sine konsultasjoner enn vernepleierne til samtale med pasient, pårørende og tjenesteytere med tanke på utredning og diagnostisering.

Sammenligning mellom profesjoner kan tyde på at det er en veldig tydelig arbeidsdeling i tjenestene, både i forhold til oppgaver og i forhold til arbeidsmetode (poliklinisk /ambulant).

#### Vurdering av samarbeid mellom profesjoner internt i tjenesten og om tjenesten har en kunnskapsbasert praksis

Fagpersonene i alle helseregioner vurderer at de i stor grad samarbeider med leger, psykolog og vernepleier. Omtrent en femtedel av fagpersonene som vurderer at de i stor/svært stor grad arbeider tverrfaglig. Samtidig er det kun 6,9 % som vurderer at de i liten/svært liten grad arbeider tverrfaglig. Dette tyder på at hovedtyngden av fagpersonene skårer litt over gjennomsnittet med tanke på at de arbeider tverrfaglig.

Fagpersonene i tjenesten vurderer at de i stor grad deler erfaringer, diskuterer med kollegaer, holder seg oppdatert på metoder og benytter kunnskapsbaserte retningslinjer/standarder. Nesten halvparten av fagpersonene (46,9 %) vurderer at de i stor/svært stor grad definerer tydelige mål for helsehjelpen, samt måler og evaluerer effekten av helsehjelpen («Målstyring og registrering»). Det er ingen signifikante forskjeller når dette analyseres på tvers av helseregion, profesjon og kjønn (se figur

7-11 og 7-12), bortsett fra for indeksen «Målstyring og registrering» hvor vernepleiere og gruppen andre faggrupper har en signifikant høyere skåre enn psykologene<sup>11</sup>.

### Samarbeidsutfordringer og eksponering for utfordrende atferd

Fagpersonene i habiliteringstjenesten vil ofte delta i samarbeid over tid med pasienter og nærpersoner. Dette samarbeidet kan være utfordrende og kan av og til oppleves belastende for fagpersonene. Det er 9,4 % av fagpersonene som sier de i stor grad opplever store samarbeidsutfordringer, og 0,5 % sier de opplever svært store samarbeidsutfordringer (se tabell 7-7). Sammenligner man på tvers av profesjoner kan det synes som om vernepleiere opplever signifikant mer samarbeidsutfordringer enn leger<sup>12</sup> (se tabell 7-8).

Kun 5,8 % av de ansatte sier at de i stor eller svært stor grad benytter tolk i arbeidet (se tabell 7-7). Det kan synes som om kvinnelige fagpersoner oftere benytter tolk enn mannlige fagpersoner<sup>13</sup>.

Ser du på alle fagpersoner i habiliteringstjenesten samlet vurderer fagpersonene at de i liten/svært liten grad blir utsatt for fysiske angrep og truende atferd (se tabell 7-9). 1,6 % av fagpersonene vurderer at de i stor grad blir utsatt for fysiske angrep og truende atferd (se tabell 7-7). Her er det imidlertid forskjeller på tvers av helseregion, tjeneste, kjønn og profesjon.

Det ser ut til at mannlige fagpersoner oftere enn kvinnelige fagpersoner observerer fysisk angrep eller truende atferd rettet mot andre<sup>14</sup>. Vernepleiere synes å oftere bli utsatt for fysiske angrep eller trusler enn leger, psykologer og andre faggrupper<sup>15</sup>, og de observerer oftere fysiske angrep eller truende atferd rettet mot andre enn de andre profesjonene<sup>16</sup>. Vernepleiere synes å oftere veilede personer som er utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter enn leger, psykologer og andre faggrupper<sup>17</sup>. Det ser ut til å være store variasjoner på tvers av avdelinger og fagpersoner med tanke på hvor ofte fagpersoner utsettes for, observerer at andre blir utsatt for, eller veileder andre personer som har blitt utsatt for fysiske angrep og trusler.

### Forhold som bidrar til å hindre effektiv pasientflyt

Lederne av tjenestene la spesielt vekt på følgende forhold:

1. Mangel på fagpersoner i spesialisthelsetjenesten/lav bemanning. Den profesjonen som flest ledere etterlyser bedre tilgang til er leger og medisinsk kompetanse. Ifølge lederne er det ikke tilstrekkelig å låne inn spesialister fra andre avdelinger i helseforetaket. Innleide leger mangler ofte habiliteringskompetanse og det leder til mindre effektiv helsehjelp. Andre profesjoner som

---

<sup>11</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 14,877, p = 0.002$ ).

<sup>12</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 9,349, p = 0.025$ ).

<sup>13</sup> ( $z = -2,086; p = 0,037$ ).

<sup>14</sup> ( $z = 3,155; p = 0,002$ ).

<sup>15</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 20,156, p = 0.000$ ).

<sup>16</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 41,851, p = 0.000$ ).

<sup>17</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 54,763, p = 0.000$ ).

nevnes er psykolog, vernepleier, spesialpedagog, ergoterapeut, fysioterapeut og fagkonsulenter (15 av 28 ledere).

2. Manglende kapasitet til utredning og diagnostisering (14 av 28 ledere).
3. Uavklarte behandlingsforløp og mangelfull intern koordinering mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig overfor psykisk helsevern og HABU. Lederne beskriver at det er vanskelig å få til samarbeid med lokal DPS. Lokal DPS avviser ofte med begrunnelse om at de ikke har kompetanse om utviklingshemming (10 av 28 ledere).
4. U hensiktsmessig organisering i kommunen (rammebetingelser). Dette gjelder særlig organisering av tjenesteyternes arbeidstid slik at det blir vanskelig å samle hele personalgruppen til opplæring og veiledning (9 av 28 ledere).
5. Oppfølging av krevende saker. Dette er saker som ofte omfatter utfordrende atferd og krever tett oppfølging av fagpersonene. Det er ifølge lederne vanskelig for fagpersonene å rydde tid til dette på grunn av at man følger mange saker samtidig (9 av 28 ledere).
6. Manglende gjennomføringsevne i kommunen. Her refereres til en rekke forhold som at tjenesteyterne i kommunen ikke gjør det de skal mellom samlinger, avlyser møter, prioriterer ikke å delta på samarbeidsmøter med habiliteringstjenesten og sørger ikke for kontinuitet i fagpersonene som følger opp arbeidet (7 av 28 ledere).
7. Intern samhandling og koordinering av timebøker mellom ansatte i habiliteringstjenesten som har ansvar for å følge opp mange pasientsaker og «fulle timebøker». Dette medfører at arbeidet med henvisninger tar lenger tid enn nødvendig (7 av 28 ledere).
8. Mangelfull kompetanse i kommunen. Dette innebærer at kommunen mangler eller har for få fagpersoner som har nødvendig basiskunnskap, og at habiliteringstjenesten må bruke mye tid på opplæring av kommunale tjenesteytere da det er stor «turnover» og tjenesteyterne som ansettes mangler basiskunnskap for å arbeide i tjenestene (6 av 28 ledere).

## 1.5 Evaluering av tjenestene sine resultater

Tjenestene må i svært stor grad «skreddersy» intervensjoner overfor enkeltpasienter og ofte igangsettes flere tiltak samtidig. Tiltakene pågår også over lang tid. Dette skaper store utfordringer for hvordan tjenestene skal innhente informasjon og evaluerer effekten av egen virksomhet med fokus på pasientbehandling. Det fokuseres i denne rapporten på fem forhold:

### A. Måling av effekt av helsehjelp iverksatt overfor enkeltpasienter

De metodene som var benyttet av flest fagpersoner var 1) rapportering fra nærpasienter (41%), 2) registrering (37,4 %), 3) pre- post måling (35,9 %), 4) rapportering fra pasient (21,5 %) og 5) observasjon av pasient (11,3%). Det synes å være store variasjoner i hvilke metoder som benyttes på tvers av profesjoner og problemstilling det arbeides med.

### B. Bruk av definerte prosedyrer og kliniske arbeidsprosesser

Resultatene viser at lederne hadde ulike forståelse av som menes med prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser, men at det er et område som mange tjenester arbeider med. Mange tjenester har laget en generell prosedyre for pasientforløp, samt maler og sjekklister for utredning, oppfølging og behandling av ulike tilstandsbilder. Tjenestene opplyser at de følger nasjonale retningslinjer for utredning og behandling. Det synes å være stor **variasjon** på tvers av tjenestene

i forhold til hvilke prosedyrer / kliniske arbeidsprosesser som benyttes.

C. Evaluering av tjenesten sin pasientbehandling

Sett under ett benytter tjenestene mange ulike «metoder» for å evaluere egne tjenester, men det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold til hvordan og om en slik evaluering gjøres.

D. Brukerundersøkelser

Tre tjenester opplyser å ha gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de to siste årene. Flere tjenester opplyser at dette er under planlegging, og flere tjenester ønsker å benytte skjema fra undersøkelsen laget av Avdeling for voksenhabilitering, St. Olav hospital i Sør-Trøndelag.

E. Mer overordnede mål/parametere som er etablert for å måle avdelingens prestasjoner

De forholdene som nevnes hyppigst av lederne er antall fristbrudd, aktivitetsmål, ventetid og økonomi/budsjett. Det er store likheter på tvers av tjenestene i forhold til hva som rapporteres. Det ser ut til at rapporteringen for mange tjenester skjer månedlig og at tjenesten har jevnlig oppfølgingsmøter med overordnet ledelse basert på de rapporterte virksomhetstallene. Ingen av tjenestene rapporterer noe om innholdet i eller kvaliteten på pasientbehandlingen (ut over eventuelle avvik og klager).

Ut fra fagpersonenes beskrivelser kan det synes som det i praksis er store forskjeller mellom de ulike tjenestene når det gjelder hvordan de følger opp og rapporterer resultater fra egen virksomhet.

## 1.6 Ledelse

Nesten alle profesjonene som arbeider innenfor habilitering er representert blant lederne, men det er flest ledere som er utdannet vernepleiere (11 av 28). De fleste lederne har arbeidet lenge innenfor habiliteringsfeltet. Det er stor variasjon på tvers av tjenestene når det gjelder andel av stillingen leder benytter til klinisk virksomhet, fra 0 – 70%. Ved flere tjenester er lederfunksjonen delt på flere personer.

Fagpersonene i tjenestene vurderer at de i stor grad står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med pasientene skal løses, at deres meninger blir tatt hensyn til og at det blir tatt hensyn til tjenesteytneres spesialkompetanse og interesse ved fordeling av pasientsaker.

## 1.7 Organisasjonsstruktur

Her gis det en oversikt over tjenestene sin plassering i sykehusorganisasjonen, arbeidstidsordninger, reisevirksomhet, intern organisering, støttesystemer for fagpersonene og muligheter for opplæring og vedlikehold av fagpersoners kompetanse.

### Klinikktilhørighet, plassering i organisasjonshierarkiet og tilknytning til sykehus

Når det gjelder klinikktilhørighet er 9 tjenester plassert innenfor psykisk helsevern, 9 innenfor somatikk/medisin og 7 innenfor habilitering/rehabilitering/fysikalsk medisin. For to tjenester er habilitering et eget område. En tjeneste er plassert innenfor en barne- og ungdomsklinikk.

14 av 28 tjenester er plassert på 4. nivå og 8 tjenester er på 5. nivå i organisasjonshierarkiet. Det er kun tre tjenester som ligger på 3. nivå og dermed deltar i faste møter på klinikk eller divisjonsnivå. Dette er tre av de største habiliteringstjenestene med tanke på antall årsverk. I tillegg er tre tjenester plassert i en habiliteringsavdeling som ligger på 3. nivå, men tjenestene er seksjoner innenfor habiliteringsavdelingen som omfatter både barn og voksne.

Over halvparten av tjenestene er lokalisert innenfor sykehusområdet, og ifølge lederne planlegger flere tjenester å flytte inn på sykehusområdet innen relativt kort tid. Lederne vurderer at fordelene ved å være en del av sykehusmiljøet i form av lettere tilgang på andre spesialiteter, samarbeid med andre avdelinger og anerkjennelse av habilitering som et fagområde synes å veie opp for mange av ulempene. Flere tjenester beskriver at de har kontorer flere steder i opptaksområdet.

### Arbeidstidsordning, reisevirksomhet og overnatting

22 av 28 tjenester opplyser at de ansatte er dagarbeidere med fast arbeidstid. De fleste ledere opplyser at det legges vekt på fleksibilitet og at de ansatte kan avspasere tid opparbeidet gjennom merarbeid, reisevirksomhet og overnatting. Ved enkelte tjenester har noen profesjoner/stillinger andre og mer fleksible arbeidstidsordninger.

136 fagpersoner opplyste at de til sammen reiste 1083 timer for å gjennomføre 680 kontakter. Dette blir i gjennomsnitt 8 timer reisetid per fagperson for å gjennomføre 5 kontakter. Det er imidlertid svært stor forskjell på tjenester og fagpersoner med tanke på arbeidstimer som medgår til reisetid. Fagpersonene i Helse Nord ser ut til å bruke signifikant flere arbeidstimer på reisevirksomhet enn fagpersonene i Helse Vest og Helse Sør-Øst<sup>18</sup>. Vernepleiere og gruppen andre faggrupper reiser signifikant mer enn leger og psykologer<sup>19</sup>.

De aller fleste (omtrent 90%) av fagpersonene hadde ingen overnattinger i forbindelse med gjennomføring av kontakter i løpet av 2 måneder. I Helse Nord er det imidlertid signifikant flere overnattinger enn i de andre helseregionene<sup>20</sup>. Det er ingen forskjeller mellom profesjoner med tanke på antall overnattinger. Belastninger som følge av reisevirksomhet og overnatting synes å være noe ujevnt fordelt mellom fagpersonene, også innenfor samme tjeneste.

### Intern organisering av tjenesten

Lederne sin beskrivelse av den interne organiseringen av tjenesten viser at det er relativt store forskjeller. Den store forskjellen i antall årsverk på tvers av tjenester, avdelingstilhørighet og plassering i organisasjonshierarkiet, vil med stor sannsynlighet medføre forskjeller i tilbud og hvordan arbeidsoppgaver fordeles. For eksempel vil store avdelinger kunne legge til rette for arbeidsdeling

---

<sup>18</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 23,858, p = 0.000$ )

<sup>19</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 23,405, p = 0.000$ )

<sup>20</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 12,139, p = 0.007$ )

ved å inndele i enheter eller team. Dette vil ikke være mulig for små avdelinger hvor 2-3 personer må ta seg av alle funksjoner. Tjenester som er lagt som en seksjon under en annen avdeling vil kunne benytte funksjoner og tjenester fra denne avdelingen, men vil også i større grad måtte tilpasse seg den større avdelingens behov og prioriteringer. Eksempler på ulik organisering er: skille mellom poliklinikk og ambulant virksomhet, innsatsteam for pasienter med særlig krevende problematikk, døgnavdeling, fagteam og geografisk team, team basert på profesjoner og arbeidsform, team basert på diagnose (med og uten utviklingshemming), spesialpoliklinikk, fagteam/kompetansegrupper og fagnettverk på tvers av tjenester.

#### Støttesystemer for fagpersonene i tjenestene

Omtrent 60 % av fagpersonene vurderer at de i stor grad, eller svært stor grad, har en godt tilrettelagt arbeidsplass, har tilgang på nødvendige møterom og utstyr, samt får delta på nødvendige kurs og konferanser. Det er imidlertid betydningsfulle forskjeller mellom tjenestene og 4,2 % av fagpersonene vurderer at de i liten grad har en tilrettelagt arbeidsplass. Her er det også forskjeller mellom profesjoner, eksempelvis skårer vernepleierne signifikant dårligere på indeksen tilrettelagt arbeidsplass sammenlignet med legene<sup>21</sup>.

Fagpersonene skårer gjennomsnittlig for spørsmål som omhandler muligheten til å ha tid til å lese faglitteratur, mulighet til å diskutere problemstillinger med kolleger, tilstrekkelig tid til å løse arbeidsoppgavene og om vedkommende får nødvendig veiledning. Dette tyder på at tjenestene har noe å gå på når det gjelder å legge til rette for bedre muligheter for faglig arbeid i tjenestene.

Omtrent 38 % av fagpersonene vurderer at IKT-systemene i stor grad, eller svært stor grad, er tilpasset arbeidsoppgavene og at vedkommende får hjelp når systemene ikke fungerer. Flesteparten av fagpersonene vurderer imidlertid at IKT-systemene er gjennomsnittlige.

Omtrent 68 % av fagpersonene vurderer at de i stor eller svært stor grad har tilgang på elektroniske tidsskrift og databaser. Imidlertid kan det synes som om enkelte tjenester har dårligere tilgang enn andre.

#### Muligheter for opplæring og vedlikehold av kompetanse for fagpersonene i tjenesten

Det er stor variasjon i hvor mye tid som avsettes til intern undervisning i tjenestene. 6 tjenester har ingen fast undervisningstid i løpet av en måned, mens andre tjenester benytter opptil 10 timer til internundervisning per måned. De fleste lederne vurderer at tjenestene satser på opplæring og vedlikehold av de ansatte sin kompetanse, men det er store forskjeller mellom tjenestene i forhold til om de benytter opplærings- og kompetanseutviklingsplaner, gir økonomisk støtte til etter- og videreutdanning, tilbyr ansatte å delta på eksterne kurs/konferanser, legger til rette for og betaler kostnader ved videreutdanning til spesialist.

---

<sup>21</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,277, p = 0.016$ ).



## 1.8 Personell

Her gis det en beskrivelse av fagpersonene i voksenhabiliteringstjenestene: Antall årsverk, kompetanse, kjønn, alder, stillingsprosent, spesialisering og fagpersonenes egen opplevelse av mestring og kompetanse.

### Antall årsverk og profesjoner

Lederne i tjenestene opplyste at de i 2015-2016 til sammen hadde omtrent 420 årsverk, hvor omtrent 369 var årsverk for fagpersoner. Summen av fagstillinger som var besatt var ca. 354 årsverk. Det var ubesatte stillinger for lege og psykolog tilsvarende henholdsvis ca. 3 årsverk og 9 årsverk. Som det fremgår av tabellen er det store forskjeller i antall årsverk på tvers av tjenester. Enkelte tjenester har bare 1,7 årsverk, mens de største tjenestene har 33 årsverk. 6 tjenester har mindre enn 5 årsverk, 7 tjenester har fra 6 til 10 årsverk, 10 tjenester har fra 11-15 årsverk og 6 tjenester har mer enn 15 årsverk fagpersoner.

Av 29<sup>22</sup> tjenester så opplyser 7 (24,1 %) at de ikke har legeårsverk i tjenesten. Tjenestene må derfor samarbeide med andre deler av spesialisthelsetjenesten for å få ivaretatt behovet for medisinsk undersøkelse og behandling. Ytterligere 6 av tjenestene har fra 0,2 til 0,6 legeårsverk. Her er det 9 leger som deler på 2,3 årsverk. Enkelte leger har 0,1 årsverk i habilitering. Det innebærer at 44,8% av tjenestene synes å ha liten eller ingen tilgang til medisinsk utredning og behandling av lege ansatt i habiliteringstjenesten. Det er 8 tjenester som har ett legeårsverk og kun 3 tjenester som har mer enn 2 legeårsverk knyttet til tjenesten.

Tre tjenester har ikke psykolog ansatt i tjenesten og fire tjenester har under ett årsverk psykolog i tjenesten. Dette innebærer at 24,1% av tjenestene har begrenset tilgang til psykologfaglig utredning og behandling fra psykolog som har ansvar for å følge opp habiliteringsfaglige problemstillinger. 13 av 29 tjenester (44,8%) har mer enn 2 årsverk for psykolog i tjenesten.

Fire tjenester (13,8%) har ingen eller under ett årsverk for vernepleier. 5 tjenester har 1-2 årsverk vernepleier, 12 tjenester har fra 3-5 årsverk vernepleier og 8 tjenester har mer enn 5 årsverk vernepleier i tjenesten.

For andre profesjoner i tjenestene varierer antall årsverk per tjeneste fra 0 til 3 årsverk. Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold hvilke andre profesjoner som er ansatt, men de vanligste utdanningene er: pedagog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, barnevernspedagog og sykepleier. Det er flest årsverk for pedagoger, deretter følger fysioterapeuter, og så videre.

### Kjønnfordeling, alder, stillingsprosent og antall år fagpersonene har arbeidet i tjenestene

Av de fagpersonene som svarte på skjema var det 71,5% kvinner og 28,5% menn. Av de 145 fagpersonene som oppga alder er gjennomsnittsalderen 47,3 år. Gjennomsnittsalderen for de 14 tjenestestedene som har en svarprosent over 50% varierer fra 39,7 år til 55,3 år. Det er relativt stor variasjon mellom tjenestene med tanke på alderssammensetningen av de ansatte. Det er ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsalder på tvers av helseregioner.

---

<sup>22</sup> Selv om spørreskjemaet for leder ikke ble utfylt for en av tjenestene kjenner prosjektgruppen antall årsverk for de ulike profesjoner ved tjenesten.

Fagpersonene som har besvart undersøkelsen har i gjennomsnitt arbeidet 9,9 år i tjenestene. Den største andelen fagpersoner (57,8 %) har arbeidet mer enn 6 år i tjenestene og 25 % av fagpersonene har arbeidet under 2 år i tjenestene. Psykologene er den profesjonen hvor fagpersonene i gjennomsnitt har arbeidet kortest tid i tjenestene, og signifikant kortere enn vernepleiere og gruppen andre faggrupper<sup>23</sup>.

Omtrent 83% av fagpersonene som svarte på undersøkelsen hadde en stillingsstørrelse på 100%. Det er særlig fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og psykologer som har reduserte stillinger. Informasjon fra lederne viser at omtrent 43% av legene har en stillingsprosent under 100%, og for mange er stillingsprosenten svært lav.

### Fagpersonenes utdanning og spesialisering

Omtrent 49% av fagpersonene opplyser at de har mastergrad (eller tilsvarende). For fagpersoner med en 3-årig grunnutdanning er det omtrent 16% av vernepleierne og omtrent 37% av personer med annen fagbakgrunn som har mastergrad. For Helse Midt og Helse Sør-Øst ligger andelen fagpersoner med 3-årig grunnutdanning og mastergrad på omtrent 28-30%, mens for Helse Vest og Helse Nord ligger den på omtrent 15-16%. Omtrent 31% av fagpersonene som besvarte spørreskjemaet for ansatte opplyste at de er godkjente spesialister innenfor sitt fagfelt. Det er 16 av 19 leger (84,2 %), 24 av 43 psykologer (55,8 %), 6 av 71 vernepleiere (8,5 %) og 13 av 57 fra gruppen andre faggrupper (22,8 %) som oppgir å være spesialister. Ifølge opplysninger fra lederne er omtrent 55% av fagpersonene i tjenesten godkjente spesialister. For vernepleiere og gruppen andre faggrupper opplyser 70,3 % at de har en eller flere videreutdanninger. Mastergrad teller her som videreutdanning.

### Tjenestene sin vurdering av egen mestring og kompetanse

77% av fagpersonene oppgir at de opplever stor eller svært stor grad av mestring av arbeidsoppgavene. Kun omtrent 3% opplyser i liten eller svært liten grad å mestre oppgavene. 71% av fagpersonene opplyser at de i stor grad eller svært stor grad opplever å ha den kompetansen som er nødvendig. Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av helseregion, kjønn eller profesjoner. For opplevd kompetanse synes det å være større variasjon på tvers av tjenester.

Når det gjelder hvilke områder tjenestene har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse viser flest ledere til at de mangler personell med nødvendig kompetanse, og ikke til konkrete kompetanseområder. Det er ellers relativt stor spredning i de tema som nevnes av lederne.

## 1.9 Fagutvikling og forskning

Her beskrives det hvordan tjenestene arbeider med vitenskapelig kvalifisering av fagpersoner, publisering og fagutvikling.

---

<sup>23</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 11,920, p = 0.008$ ).

### Videreutdanning og vitenskapelig kvalifisering av fagpersoner i tjenestene

Lederne opplyser at 53 personer har avlagt mastergrad og 11 fagpersoner har avlagt doktorgrad mens de har vært ansatt i tjenestene. I perioden 2015-2016 var 23 personer i gang med studier til mastergrad og 6 fagpersoner i gang med doktorgradsstudier.

Et flertall av fagpersonene i tjenestene gir også uttrykk for at de ønsker å ta mer utdanning. Av 111 fagpersoner som svarte på om de ønsket å ta mer utdanning svarte 58,6% at de ønsket mer utdanning. Det synes som om det særlig er ansatte under 39 år som ønsker å ta mer utdanning. Omtrent 60 % av vernepleiere og andre faggrupper ønsker å ta mer utdanning. For fagpersoner med mastergrad ønsker 50-60% å ta mer utdanning med unntak av legene hvor ca.38% ønsker mer utdanning.

Over halvparten av de ansatte opplyser at det ikke er noe som hindrer dem fra å ta mer utdanning, at de har fått innvilget utdanning eller at de ønsker å ta utdanning senere. Av forhold som hindrer fagpersoner fra å ta mer utdanning er det mangel på tid og forhold utenfor jobb som synes å ha høyest frekvens. Dette tyder på at det legges til rette for videreutdanning i tjenestene, men det er ifølge fagpersonene store variasjoner mellom de enkelte tjenestene.

### Publisering og deltakelse i fagutviklings- og forskningsprosjekter

Ca. 10% av fagpersonene rapporterer at de har vært medforfattere på fra 1-5 vitenskapelige artikler i perioden 2014-2015. Omtrent 9% har vært forfatter/medforfatter på andre typer publikasjoner i samme periode. Psykologer og leger har den største andelen av fagpersoner med vitenskapelige publikasjoner.

Omtrent 41% av fagpersonene svarer at de har deltatt i fagutviklingsprosjekter eller kvalitetsforbedringsarbeid i perioden 2014-2015.

Psykologer og leger synes å være de profesjonene hvor størst andel av fagpersonene i gruppen bidrar til fagutvikling og forskning. Det er svært store forskjeller mellom tjenestesteder og fagpersoner i forhold til hvor mye tid og ressurser som benyttes til fagutvikling og forskning.

Fagpersonene som besvarte undersøkelsen forteller om 70 ulike fagutviklingsprosjekter og 18 forskningsprosjekter som de har vært involvert i perioden 2014-2015. Det antas at dette er et underestimat av antall prosjekter i tjenestene da det kun er omtrent halvparten av fagpersonene som har svart på undersøkelsen. Uansett viser dette at det foregår en betydelig aktivitet med tanke på fagutvikling og forskning i tjenestene, spesielt med tanke på at det kun er i underkant 370 årsverk i tjenestene.

De fagpersonene som ikke hadde deltatt i fagutviklings- eller forskningsprosjekter ble spurt om hva som eventuelt hindret dem fra å delta i slike prosjekter. De hyppigst forekommende svarene var:

1. Mangel på tid (32,4 %).
2. Manglende kapasitet på grunn av mange pasienter, høye produksjonskrav og at tjenesten prioriterer kliniske oppgaver (25,9 %).
3. At fagpersonen var nyansatt, hadde en midlertidig stilling eller akkurat hadde kommet tilbake fra en lengre permisjon (19,4 %).
4. At fagpersonen for tiden ikke var motivert for å delta i fagutvikling/forskning (9,3 %).
5. At arbeidsgiver har for lite fokus på fagutvikling og forskning, i liten grad prioriterer det i forhold til kliniske oppgaver og at det er ikke blitt lagt til rette for det (9,3 %).

## 1.10 Utdanning av helsepersonell

Her gis det en oversikt over hvordan voksenhabiliteringstjenestene bidrar til undervisning og opplæring av studenter og helsepersonell.

### Undervisning og opplæring av studenter

Hele 19,5% av fagpersonene opplyser at de har undervist på høyskole/universitet i perioden. Totalt har de ansatte undervist 123 ganger (noen kan ha undervist sammen) og 27,7% av fagpersonene opplyser at de har veiledet en eller flere studenter i perioden (115 studenter totalt har fått veiledning). Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold til hvor mye de ansatte deltar i undervisning og veiledning av studenter.

Tjenestene tilbyr til sammen 41 praksisplasser til helsefaglige studenter fra universitet og høyskole. Det tilbys kun to praksisplasser for lege og fire praksisplasser for psykolog, 7 for annet helsepersonell og 28 plasser for vernepleier. Enkelte tjenester tilbyr i tillegg praksisplass etter forespørsel.

### Undervisning og opplæring av helsepersonell.

Kartleggingen viser at fagpersonene i habiliteringstjenestene gir et betydelig bidrag til undervisning og opplæring av annet helsepersonell. I perioden 2014 til 2015 hadde:

- 4,6% av fagpersonene undervist på fagspesialisering-programmer (leger og psykologer).
- 20,5% av fagpersonene undervist på nasjonale konferanser.
- 52,8% av fagpersonene undervist på lokale kurs/konferanser.
- 42,1% deltatt i kommunale nettverk hvor fag diskuteres.
- 29,7% deltatt i arrangering av kurs for kommunalt ansatte.
- 69,2% av fagpersonene deltatt i undervisning av kommunalt ansatte i pasientsaker.

Prosentdelen viser andelen fagpersoner som har deltatt/bidratt minst en gang. Det er stor variasjon mellom fagpersoner i forhold til hvor mange ganger de har deltatt/undervist. Det synes som en større andel av fagpersoner fra større avdelinger (antall stillinger) foreleser på fagkonferanser eller underviser på universitet/høyskole.

### Opplæring av pasienter og pårørende

Her gis det en oversikt over hvordan voksenhabiliteringstjenestene bidrar til undervisning og opplæring av pasienter og pårørende.

Kartleggingen viser at 29,5% av fagpersonene opplyser at de har undervist på pasientkurs i perioden 2014-2015. Fagpersonene har undervist 262 ganger i denne perioden. Fem fagpersoner (2,6 %) står for 42,7 % av antall ganger tjenestene bidrar på pasientkurs, noe som viser at det er stor variasjon mellom fagpersoner i forhold til hvor mye enkeltpersoner bidrar i undervisning. Det er stor variasjon på tvers av tjenester.

35,1% av fagpersonene opplyser at de har undervist på pårørendekurs i perioden. Fagpersonene har undervist 225 ganger i perioden. Syv fagpersoner (3,6%) står for 44,4% av antall ganger tjenestene bidrar på pårørendekurs. Det er stor variasjon på tvers av tjenester.

Vernepleiere er den profesjonen hvor største andel av fagpersoner deltar i opplæring av pårørende og pasienter. Videre ser det ut som andelen fagpersoner som deltar i opplæring av pasienter er høyest i Helse Vest og for pårørende er andelen høyest i Helse Midt og Helse Nord.

Det ser ikke ut til å være sammenheng mellom størrelsen på tjenesten (antall fagstillinger) og gjennomsnittlig antall kurs for pasienter og pårørende.

## 1.11 Variasjon mellom helseregioner og tjenester

Tabell 1-2 oppsummerer de viktigste likheter og forskjeller mellom helseregioner/tjenester som kom frem i denne kartleggingen. Det er viktig å presisere at den store forskjellen i antall ansatte fagpersoner på hvert tjenestested, og lav svarprosent fra mange tjenester, medførte at det ikke ble utført statistiske analyser på tvers av tjenester. Mange av de forhold som trekkes frem som likheter og forskjeller i tabell 1-2 er derfor basert på en kvalitativ vurdering. For helseregion ble det gjennomført statistisk signifikantesting for de variablene som egnet seg for dette. I den detaljerte beskrivelsen av kartleggingsresultatene fremgår det hvilke forhold som er signifikantestet.

Når man sammenligner helseregioner er det to forskjeller mellom regionene som peker seg ut:

- 1) Tilgang på sentrale profesjoner som lege, psykolog og vernepleier synes å være et større problem i Helse Nord og Helse Vest (se tabell 1-1). Helse Vest har den laveste andelen leger og psykologer ansatt i tjenestene, mens Helse Nord har en betydelig lavere andel vernepleiere enn de andre helseregionene. I tillegg er lege og psykologressursene skjevt fordelt i disse to helseregionene. I Helse Nord er lege og psykologressursene i stor grad samlet i Tromsø, mens i Helse Vest er psykologressursene i stor grad samlet i Bergen. Helse Vest synes å være den helseregionen som har lavest bemanning i tjenestene sett i forhold til befolkningsgrunlaget.
- 2) Helse Nord har mer omfattende reisevirksomhet i forbindelse med ambulante tjenester enn de andre helseregionene, selv om det er enkelte tjenester i andre helseregionene som også har utstrakt reisevirksomhet. Omfattende reisevirksomhet har betydning for kapasiteten til fagpersonene i tjenesten.

For enkelte forhold er variasjonen på tvers av fagpersoner svært stor. Dette gjelder for:

- a) Antall pasientsaker en fagperson er involvert i eller har hovedansvar for. Det er uklart hva som ligger til grunn for den store variasjonen, men forhold som om man arbeider poliklinisk versus ambulant, hvor raskt man avslutter saker, intensitet i oppfølging, spesialkompetanse, reisetid, deltakelse i andre oppgaver som fagutvikling/forskning, med mer kan kanskje spille en viktig rolle.
- b) Reisetid og overnatting: Noen få fagpersoner reiser betydelig mer enn de andre fagpersonene i tjenestene.
- c) Deltakelse i undervisning på høyskole/universitet, veiledning av studenter og undervisning av pasienter og pårørende. Noen få fagpersoner underviser betydelig mer enn alle andre fagpersoner i tjenestene.

## 1.12 På hvilke områder er det diskrepans mellom behov og tilbud?

Når lederne blir bedt om å vurdere hvilke områder hvor kommunene savner kompetanse eller tjenester fra voksenhabiliteringstjenestene er det tre områder som identifiseres av fem eller flere ledere (se tabell 11-13 for beskrivelse av flere tema):

1. Kommunene ønsker mer langvarig involvering, tilstedeværelse og «hands on» veiledning fra habiliteringstjenesten i enkeltsaker som er vanskelige og som har en utfordrende karakter eller hvor det forekommer utfordrende atferd.
2. Uavklart ansvar mellom psykisk helsevern og habilitering skaper problemer for tjenestene og en kombinasjon av utfordrende atferd og psykiske lidelser oppleves som utfordrende for mange kommuner. Det ønskes en styrking av psykiatrisk tilbud og oppfølging i enkelte problematiske saker og døgntilbud til personer med psykisk lidelse, utviklingshemming og atferdsproblematikk.
3. Flere kommuner ønsker bedre tilgang til medisinsk kompetanse og tjenester gjennom habiliteringstjenesten. Tjenestene rapporteres å mangle medisinsk kompetanse, spesielt tilgang på nevrolog og psykiater, samt mulighet for ambulante medisinske tjenester.

Beskrivelsene av problemstillingene som tjenesten arbeider med tyder ifølge prosjektgruppen på at det er underforbruk av bistand til spesialisert tilrettelegging og veiledning knyttet til opplæring/-trening av ferdigheter for personer med omfattende habiliteringsbehov. Dette må regnes som forebyggende helsearbeid og vil være viktig for personens utvikling, helse, livskvalitet og forebygging av utfordrende atferd. Ifølge resultatene fra kartleggingen bistår tjenestene svært sjelden med slike problemstillinger. Det er mulig at kommunene klarer seg selv i forhold til dette, eller så henvises ikke disse pasientene/-problemstillingene.

For å vurdere eventuell diskrepans mellom behov og tilbud for de ulike gruppene av pasienter som har behov for spesialisert habilitering må det gjøres en mer detaljert kartlegging for hver enkelt pasientgruppe i prioriteringsveilederen.

Tabell 1-2: Ulike profesjoners andel av totalt årsverk fagperson i tjenestene.

Helseregion	Andel av fagstillinger i habiliteringstjenesten			
	Lege	Psykolog	Vernepleier	Andre faggrupper
Helse Vest	5,7 %	16,6 %	40,3 %	37,40 %
Helse Sør	10,7 %	26,2 %	36,7 %	26,40 %
Helse Øst	11,7 %	20,0 %	41,1 %	27,20 %
Helse Midt	8,6 %	23,3 %	34,9 %	33,20 %
Helse Nord	7,5 %	17,9 %	26,4 %	48,20 %
Norge	9,3 %	20,6 %	36,4 %	33,70 %

Tabell 1-1: Oversikt over likheter og forskjeller mellom helseregioner/tjenester.

Område	Forhold hvor det synes å være stor likhet på tvers av helseregioner og tjenester	Forhold hvor det kan være stor variasjon mellom enkelte tjenester
1. Pasienter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle tjenester opplyser å følge retningslinjene i prioriteringsveilederen.</li> <li>• Fagpersonene sin beskrivelse av hvilke problemstillinger de arbeider er relativt like på tvers av helseregioner, selv om det er variasjoner i hvor hyppig tjenesten arbeider med ulike problemstillinger.</li> <li>• Regionene er like med tanke på antall avviste henvisninger (15-16%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall henvisninger</li> <li>• Pasientgrunnlag</li> <li>• Antall pasientkontakter per årsverk</li> </ul>
2. Arbeidsprosess	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Store likhetstrekk i bruk av ulike kontakttyper på tvers av helseregioner (se figur 7-5).</li> <li>• Helseregionene ser ut til å arbeide likt med tanke på hvilke aktiviteter de gjennomfører i pasientkontaktene (se figur 7-7).</li> <li>• Det ser ut til å være en tydelig arbeidsdeling mellom de sentrale profesjonene i tjenestene.</li> <li>• I alle helseregioner er de to hyppigst forekommende problemstillingene 1) utredning, og veiledning i forhold til utfordrende atferd og 2) utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov. Problemstillinger knyttet til arbeid med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9, kommer på tredje- eller fjerdeplass.</li> <li>• Fagpersonene vurderer at det er et godt samarbeid mellom lege, psykolog, vernepleier og andre faggrupper i tjenestene.</li> <li>• Fagpersonene i tjenestene vurderer at de i stor grad deler erfaringer, diskuterer med kollegaer, holder seg oppdatert på metoder og benytter kunnskapsbaserte retningslinjer/-standarder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall pasientsaker den enkelte fagpersoner er involvert i eller har hovedansvar for. NB! Størst variasjon på tvers av fagpersoner, også innenfor samme profesjon.</li> <li>• Om det benyttes definerte prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser. Om dette også innebærer store forskjeller i det kliniske arbeidet er usikkert. Mange tjenester opplyser at de følger nasjonale retningslinjer for utredning og behandling.</li> </ul>
3. Resultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelt synes det som om alle tjenestene har store muligheter for forbedring i hvordan de evaluerer effekten av egne tjenester.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan og om det gjøres en systematisk evaluering av egen praksis.</li> </ul>
4. Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagpersonene i tjenesten vurderer at de i stor grad står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med pasienten skal løses, at deres meninger blir tatt hensyn til og at det blir tatt hensyn til fagpersonenes spesialkompetanse og interesser ved fordeling av pasientsaker.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel av stillingen leder benytter til klinisk virksomhet. Ved noen tjenester er lederfunksjonen delt på flere personer. I hvilken grad leder også deltar i det kliniske arbeidet, og om funksjonen er delt på flere personer, henger sammen med størrelsen på avdelingen.</li> </ul>
5. Organisasjonsstruktur		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikktilhørighet: De fleste tjenestene er plassert innenfor en av tre klinikker: somatikk/medisin, psykisk helsevern eller</li> </ul>

Område	Forhold hvor det synes å være stor likhet på tvers av helseregioner og tjenester	Forhold hvor det kan være stor variasjon mellom enkelte tjenester
		<p>habilitering/rehabilitering. Antall tjenester fordeler seg omtrent likt på de tre klinikkene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plassering i organisasjonshierarkiet på sykehuset. De fleste tjenestene er plassert langt ned i organisasjonen, men enkelte tjenester er representert på klinikknivå.</li> <li>• Arbeidstid som går med til reisevirksomhet i forbindelse med pasientarbeid.</li> <li>• Intern organisering av tjenesten.</li> </ul>
6. Personell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hovedtyngden av fagpersonene opplever at de i stor eller svært stor grad mestrer arbeidsoppgavene og har den kompetansen som er nødvendig for å løse oppgavene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall årsverk fagpersoner. Den minste tjenesten i kartleggingen oppgir å ha 1,7 årsverk mens de største avdelingene har 33 årsverk.</li> <li>• Tilgang til sentrale profesjoner som vernepleier, lege og psykolog.</li> <li>• Hvilke profesjoner som er ansatt ved tjenesten.</li> <li>• Gjennomsnittsalder for fagpersonene i tjenesten.</li> </ul>
7. Samhandling		
8. Fagutvikling og forskning		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tid avsatt til internundervisning og opplæring.</li> <li>• Økonomisk støtte til etter- og videreutdanning for de ansatte.</li> <li>• Mulighet til å delta på eksterne kurs/konferanser.</li> <li>• Dekning av ansatte fagpersoner sine kostnader i forbindelse med videreutdanning til spesialist.</li> <li>• Tid og ressurser som avsettes til fagutvikling og forskning.</li> </ul>
9. Utdanning av helsepersonell		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om ansatte underviser på høgskole/universitet</li> <li>• Undervisning og veiledning av studenter.</li> </ul>
10. Opplæring av ansatte og pårørende		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor mye fagpersoner deltar i undervisning av pasienter og pårørende.</li> </ul>



### 1.13 Hvilke forhold bidrar til å skape forskjeller i tilbud mellom ulike tjenester?

Det tilbudet som gis fra de enkelte voksenhabiliteringstjenestene er et resultat av en prosess hvor tjenesten har tilpasset seg lokale/geografiske forhold og tilgjengelige ressurser over lang tid. Prosjektgruppen vurderer derfor at det er svært mange forhold som vil påvirke det tilbud de enkelte tjenestene har til sine pasienter. Nedenfor følger en oppsummering av de forhold som prosjektgruppen vurderer trer tydelig frem i resultatene fra kartleggingen.

#### Redusert eller manglende tilgang på sentrale profesjoner

Det kommer frem i kartleggingen at flere mindre tjenester sørger for tilgang på for eksempel lege og psykolog gjennom samarbeid med andre enheter/avdelinger i helseforetaket. Prosjektgruppen vurderer imidlertid at dette ikke vil være en fullgod løsning da disse fagpersonene ofte har en liten bistilling i habilitering og har sin identitet/hovedjobb innenfor et annet fagområde. Det er usikkert i hvilken grad leger/psykologer og andre profesjoner som kun innehar en liten bistilling vil engasjere seg i problemstillinger og prioritere å opparbeide seg habiliteringsfaglig kompetanse. Det er i utgangspunktet ønskelig at fagpersoner har sin hovedjobb og sin faglige identitet innenfor habiliteringsfeltet. Dette er spesielt viktig for den videre fagutvikling og forskning innenfor fagfeltet.

Den tydelige arbeidsdelingen mellom de ulike profesjonene i tjenesten innebærer at dersom en tjeneste mangler, eller har redusert tilgang en profesjon, så vil dette med stor sannsynlighet skape forskjeller i tjenestetilbudet.

#### Store forskjeller i pasientgrunnlag og antall henvisninger til tjenestene

De tilstandene som ligger innenfor målgruppen til habiliteringstjenestene er en svært heterogen gruppe av tilstander som forekommer relativt sjelden i befolkningen. Dette kan skape vansker med å bygge opp spesialkompetanse da det er vanskelig å oppnå tilstrekkelig volum av pasienter med samme type problemstillinger. En tjeneste som får syv nyhenviste pasienter per år får ikke den samme erfaring som en tjeneste som får 562 henvisninger. Det blir også vanskelig å la medarbeidere spesialisere seg på enkelte problemstillinger, da fagpersonene er nødt til å spre seg over et bredt kompetanseområde for å følge opp de henvisninger tjenesten mottar. Over tid kan dette lede til forskjeller i tilbudet fra de enkelte tjenestene.

#### Reisetid

Kartleggingen viser at fagpersonene i gjennomsnitt reiser 8 timer for å gjennomføre 5 kontakter, men at det er betydelig forskjeller på tvers av tjenester og fagpersoner. For tjenester varierer reisetiden fra 1,8 timer til 24,0 timer for fem kontakter. Denne reisetiden er ofte ikke aktiv arbeidstid med tanke på behandling/oppfølging og vil dermed i stor grad antas å påvirke produksjonen og faktisk kapasitet til fagpersonene. Det er overveiende sannsynlig at lengre avstander og dårlig kommunikasjon/-infrastruktur i de nordligste fylkene gir seg utslag her, for eksempel i færre ambulante kontakter.

### Stor variasjon i kompetanse og erfaring på tvers av fagpersoner

Kartleggingen tyder på at det kan være store forskjeller på tvers av fagpersoner i forhold til hva enkeltpersoner, også innenfor samme profesjon, tilbyr av tjenester til pasient og kommune. For eksempel er det noen fagpersoner som har en spesiell kompetanse, reiser betydelig mer enn andre, holder betydelig flere kurs enn andre og har ansvar for betydelig flere/færre pasientsaker enn andre fagpersoner. Prosjektgruppen antar at slike store forskjeller kan få konsekvenser for tilbudet som gis til den enkelte pasient.

Dette viser at tjenestene ikke er større enn at hvem du ansetter og hvilken kompetanse og faglig perspektiv vedkommende har kan spille en stor rolle for det tilbudet tjenesten har. Rehabilitering av voksne spenner over et vidt område og fagpersoner kan spesialisere seg på ulike tema innenfor dette området. Enkelte tjenestetilbud vil derfor være avhengig av enkelte ansatte som har spisskompetanse/særinteresse innenfor ett område. Dette blir svært sårbart. Slutten personen risikerer tjenesten at deler av tilbudet forsvinner.

### Tjenestene sin størrelse og plassering i sykehusorganisasjonen.

Tjenestene er ofte plassert langt ned i organisasjonshierarkiet i helseforetaket, noe som gjør at de ofte er samlokalisert med eller innlemmet i en annen avdeling. Avdelingstilhørighet og klinikktilhørighet vil kunne påvirke hvilket tilbud pasientene får fra tjenesten.

Ved små avdelinger må fagpersonene i større grad håndtere alle problemstillinger, mens man i store avdelinger i større grad kan la fagpersoner spesialisere seg. Der hvor en liten tjeneste ligger under en annen avdeling vil man kunne benytte funksjoner og tjenester fra den overordnede avdelingen, men det vil også være et press mot at rehabiliteringstjenesten må tilpasse seg den overordnede avdelingens behov og prioriteringer.

## 1.14 På hvilke områder er det behov for forbedring av tjenestene?

Forskjellene mellom tjenestene tilsier at forskjellige tjenester vil ha ulike behov for forbedring. Når tjenestene vurderes samlet foreslår prosjektgruppen forbedringsområdene som er beskrevet nedenfor.

### Det er behov for tettere samarbeid på tvers av tjenester i konkrete pasientsaker

Prosjektgruppen vurderer at det er urimelig å forvente at alle tjenester skal klare å bygge opp spesialkompetanse på alle forhold. Spesielt gjelder dette mer «sjeldne» problemstillinger. Det burde derfor være mulig å sette sammen (ambulante) team på tvers av tjenester i komplekse pasientsaker. Tjenestene bør her bli enige om hva som bør regnes som «grunnkompetanse» som alle tjenester bør ha og hva som må antas å være mer «spesialisert kompetanse» som ikke alle tjenester har. Når det gjelder «spesialisert kompetanse» bør det kanskje lages et skille mellom hva som regnes som regionalt, det vil si kompetanse som bør være i regionen, og nasjonalt spesialistnivå. Husk at det her er snakk om kompetanse som allerede finnes i tjenestene med utgangspunkt i kliniske fagmiljøer og

klinisk praksis. Det er ikke her snakk om å opprette «nye» kompetansesentre, men heller bygge på og utvikle regionalt og nasjonalt samarbeid basert på den kompetansen som allerede er i tjenestene.

#### Bruk av teknologi for samarbeid/møtevirksomhet i kontakt med kommuner/andre tjenester

Kartleggingen viser at tjenestene i liten grad har tatt i bruk teknologi for videokonferanser eller lignende i forbindelse utredning/oppfølging av pasienter og veiledning av nærpersoner. Det er behov for å finne frem til teknologi som kan lette samarbeidet på tvers, både i forhold til pasientsaker, men også i forbindelse med samarbeid og veiledning på tvers av tjenester/helseregioner. Teknologien må være lett tilgjengelig i den daglige virksomheten og lett å ta i bruk ambulant. Ofte er det spørsmål om personvern og sikkerhet som kan stoppe et slikt samarbeid. Dette må det prioriteres å finne en løsning på da bruk av tekniske løsninger/video for samarbeid på tvers av store avstander vil ha stor betydning for den videre utviklingen av tjenestene.

#### Samarbeid på tvers av tjenester om utvikling av mer standardiserte behandlingsforløp

Flere ledere peker på at det ofte er uavklarte behandlingsforløp og mangelfull intern koordinering mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig overfor psykisk helsevern hvor flere ledere beskriver at det er vanskelig å få til samarbeid med lokal DPS. Lokal DPS avviser ofte med begrunnelse om at de ikke har kompetanse om utviklingshemming. Resultatene viser også at mange tjenester arbeider med å utvikle prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser. Det synes likevel å være stor variasjon på tvers av tjenestene i forhold til hvilke prosedyrer / kliniske arbeidsprosesser som benyttes. Det er derfor behov for å samkjøre prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser på tvers av tjenester.

#### Utvikling av en enhetlig standard for virksomhetsrapportering

Undersøkelsen har, som forventet, avdekket at det er store forskjeller i hvordan tjenestene i praksis rapporterer styringsinformasjon fra sin egen virksomhet. Prosjektgruppen ønsker å understreke at antall kontakter og ventetid/venteliste alene ikke vil være god nok styringsinformasjon for tjenestene. Det bør inkluderes andre mål som gir et bedre bilde av innhold og effekt av tjenestene. Dersom antall kontakter og ventetid skal benyttes som styringsinformasjon og sammenligningsgrunnlag mellom tjenestene bør det etableres en enhetlig definisjon og standard for hvordan denne informasjonen registreres.

#### Styrking av tjenestene sitt tilbud om ambulant oppfølging til spesielt krevende pasienter

Enkelte pasienter som fremviser alvorlig utfordrende atferd krever tett oppfølging av fagpersoner over tid. Mange av disse pasientene er «ferdigbehandlet» i spesialisthelsetjenesten og den videre oppfølging er overlatt til kommunen. Dette til tross for at det er nødvendig med høy spesialistkompetanse i medisinske, psykologiske og miljøterapeutiske strategier over lang tid for å sikre forsvarlig ivaretagelse av pasientene sine grunnleggende behov. Det er ofte vanskelig for fagpersonene i habiliteringstjenestene å sette av tid til denne type tidkrevende og langvarig bistand. I perioder er det ofte behov for akutt bistand for å unngå at en situasjon eskalerer eller får et negativt forløp som er vanskelig å snu.

## 1.15 Hva er sentrale barrierer som hindrer videre utvikling av tjenestene?

Med utgangspunkt i resultatene fra kartleggingsundersøkelsen, samt lang erfaring fra habiliteringstjenestene, vurderer deltakerne i prosjektgruppen at følgende forhold bidrar til å hemme videre utvikling av tjenestene.

### Manglende refusjon (takst) for ambulant arbeid utført av vernepleiere og andre faggrupper

Et kjennetegn ved habiliteringstjenestene er at en stor del av arbeidet utføres ambulant med direkte veiledning til pasient, pårørende og tjenesteytere der hvor pasienten bor. Resultatene viser at hovedtyngden av de ambulante tjenestene, og da spesielt oppfølging og veiledning knyttet til de miljøterapeutiske tiltakene, utføres av vernepleiere og andre faggrupper. Siden vernepleiere ifølge takstsystemet ikke får refusjon for sine tjenester innebærer dette at en rekke kjerneaktiviteter innenfor habilitering ikke gir inntekter til tjenesten og blir mindre synlig/viktig for overordnet ledelse i helseforetaket. I en tid hvor tjenestene opplever et sterkt fokus på inntjening og antall kontakter kan dette skape et press som gjør at tjenestene i større grad prioriterer poliklinisk fremfor ambulant virksomhet, samt å ansette profesjoner som utløser takst. Ambulante tjenester medfører også økte utgifter i form av reiseutgifter og tapt arbeidstid/reduert antall kontakter per fagperson. Dette kan over tid føre til at praksis i tjenestene dreies bort fra ambulant observasjon og veiledning, noe som tradisjonelt har stått sterkt innenfor habilitering og som regnes som helt nødvendig for å følge opp pasienter med omfattende habiliteringsbehov.

### Mangel på leger/medisinsk kompetanse og redusert kapasitet til utredning/diagnostisering

Flere ledere rapporterer at de har mangelfull kapasitet med tanke på særlig medisinsk, men også psykologisk, utredning/diagnostisering. Dette medfører at all kapasitet benyttes i klinikken og muligheter for nødvendig fagutvikling og forbedringsarbeid reduseres.

Det er viktig for den videre utvikling av tjenestene at det skapes et fagmiljø for leger og psykologer i tjenestene slik at fagpersonene utvikler sin faglige identitet innenfor habiliteringsfeltet. Små stillinger/«innlån» av leger og psykologer fra andre avdelinger antas å gjøre det vanskelig for disse fagpersonene å bidra til å videreutvikle habiliteringstjenesten da de har forpliktelser og interesser innenfor andre fagfelt/-tjenester.

### Mangelfull evaluering av tjenestene og usystematisk effektmåling av intervensjoner

Det er stor variasjon på tvers av tjenester, og antakeligvis fagpersoner, med tanke på hvordan man går frem for å måle effekten av de intervensjonene som iverksettes. Flere av metodene som beskrives for å måle effekt er ikke systematiske og her har tjenestene et stort forbedringspotensial. Samtidig må det understrekes at det er svært stor variasjon i de intervensjoner som iverksettes og effektmålingen må med stor sannsynlighet tilpasses i hvert enkelt tilfelle. Dette skaper utfordringer med tanke på å utforme en «standardisert metode» som gjør det mulig å oppsummere erfaringer på tvers av pasienter og tjenester.

### Manglende kapasitet og uhensiktsmessig organisering i kommunen

Det er i kommunene hovedtyngden av det habiliteringsfaglige arbeidet foregår. Ofte er det kommunale tjenesteytere eller pårørende som utfører det daglige habiliteringsfaglige arbeidet med veiledning fra fagpersoner i spesialisthelsetjenesten. Når kommunen er ansvarlig for gjennomføring av habiliteringstiltak overfor personer med omfattende bistandsbehov stiller dette ofte store krav til de lokale rammebetingelsene. Dette kan for eksempel være krav til bemanning, systemer for informasjonsutveksling, opplæring av tjenesteytere, tid til møtevirksomhet sammen med habiliteringstjenesten, med mer. Habiliteringstjenesten blir i slike situasjoner helt avhengig av et godt samarbeid med kommunen og at kommunen sikrer nødvendige rammebetingelser. Det er som oftest kommunen, sammen med pasient/pårørende som beslutter hvilke tiltak som skal iverksettes. Kommunale forhold som uhensiktsmessig organisering, mangelfulle ressurser, manglende kompetanse, stor utskiftning av personale og dårlig gjennomføringsevne blir da en stor utfordring for å kunne implementere de anbefalte intervensjonene.

### 1.16 Hva er sentrale suksessfaktorer for videre utvikling av tjenestene?

Med utgangspunkt i resultatene fra kartleggingsundersøkelsen vurderer prosjektgruppen at forholdene beskrevet under er sentrale med tanke på å sikre en videre utvikling av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

### Anerkjennelse av habilitering som eget fagområde innen medisin/sykehus

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er et fagområde som ligger i skjæringspunktet mellom en rekke disipliner: nevrologi, psykiatri, somatikk, psykologi og miljøterapi. Fellesnevneren innen habilitering er spesialkompetanse om hvordan medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse påvirker utvikling, funksjonsevne, sykdomsforløp, mestring og livskvalitet. Flesteparten av lederne gir uttrykk for at det i dag er viktig å knytte tjenestene opp mot de medisinske fagmiljøene på sykehus i spesialisthelsetjenesten. Lederne antar at tjenestene da får lettere tilgang til bistand fra andre spesialiteter samtidig som andre spesialiteter blir kjent med hva habilitering har å tilby. Tjenestene, sykehusene og myndighetene bør derfor arbeide med å tydeliggjøre habilitering som et eget medisinsk fagområde og i dette arbeidet fremheve de komplekse tilstandene som det arbeides med innenfor feltet.

### Tjenestene må fortsette med å være en viktig samarbeidspartner for pasienter og pårørende

For at voksenhabiliteringstjenestene skal være en aktiv og viktig samarbeidspartner for pasienter og pårørende må fagpersonene i tjenesten være oppdatert på fagkunnskap og kunne levere denne på en måte som er anvendelig og nyttig for pasienter og nærpersoner. Dette er ofte en stor utfordring for tjenesten, spesielt overfor pasienter hvor det avdekkes komplekse problemstillinger hvor det ofte ikke finnes kjente løsninger.

For at tjenesten skal kunne være en viktig samarbeidspartner må fagkunnskapen settes inn i en sammenheng som er direkte og praktisk relevant for pasient/pårørende. For å få til dette:

- a) er det helt nødvendig at fagpersonene i habiliteringstjenesten får mulighet til å sette seg inn i pasientens forutsetninger og miljø slik at eventuelle intervensjoner kan tilpasses den enkelte pasient.
- b) må tjenesten legge til rette for bred medvirkning fra pasienter, pårørende og nærpersoner og tilstrebe å skape en felles forståelse av situasjonen.
- c) må tjenesten være bredt orientert på sine fagområder og ha et oppdatert og fleksibelt tilbud av fagkunnskap/tjenester. Tjenesten bør være i stand til raskt å opparbeide ny kunnskap slik at den kan levere skreddersydde tjenester til enkeltpasienter.

Dette stiller store krav til habiliteringstjenestene sin kompetanse, fleksibilitet og ressurser. Tjenesten må kontinuerlig jobbe med å utvikle kompetansen ved å utnytte de læringsmuligheter som arbeidsoppgavene gir, fokusere på hvordan arbeidet er organisert og hva som kan gjøres bedre, samt legge inn systemer/rutiner for kompetanseutvikling som en del av det daglige arbeidet. Dette vil også ofte innebære et tett samarbeid med pasientene sine brukerorganisasjoner med tanke på å avdekke behov for forbedring av tjenester, eventuelt behov for helt nye tjenester, basert på brukernes akkumulerte opplevelser og erfaringer.

#### Tjenestene må fortsette med å være en viktig samarbeidspartner for kommunene

Habiliteringstjenestene har tradisjonelt hatt et tett samarbeid med førstelinjen/kommunen og tjenestene strekker seg vanligvis langt for å bistå pasient og kommune med opplæring, veiledning og det å finne praktiske løsninger i hverdagen. På mange måter kan man få inntrykk av at habiliteringstjenestene av og til operer som en 1,5 linje tjeneste på grunn av mangelfull grunnkompetanse i kommunene. Tjenesten blir dermed ofte opplevd som en aktiv partner i kommunens tjenesteproduksjon. Samtidig etterlyser kommunene mer aktivt samarbeid fra tjenestene, spesielt overfor pasienter med kompleks problematikk i skjæringspunktet mellom nevrologi/psykiatri/utfordrende atferd. Dette er ofte de mest sårbare pasientene hvor det kan være mangelfull kompetanse i både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

#### Samarbeid på tvers av tjenestene i klinikk, fagutvikling og forskning

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er et lite fagfelt, kun 370 fagpersoner på landsbasis, som driver klinikk, fagutvikling og forskning. At hele 41% av fagpersonene opplyser å ha deltatt i fagutvikling eller kvalitetsforbedring i perioden må anses å være veldig bra. Habilitering anses som et forskningssvakt område, men denne kartleggingen viser at det foregår svært mye forskning og fagutvikling sett i forhold til antallet fagpersoner som arbeider i tjenesten. Det store antallet tjenester, samt at flere av dem er relativt små i henhold til antall årsverk, innebærer at tjenestene må samarbeide på tvers. Fagpersoner i alle tjenestene må sikres gode muligheter til å delta i fagutvikling og forskning. Tjenestene samarbeider bra i dag, men det må utvikles nye og mer fleksible samarbeidsformer som sikrer mer effektiv deling av kunnskap på tvers, veiledning i daglig arbeid i klinikken og deltakelse i fagutviklings- og forskningsprosjekter på tvers av tjenester. For eksempel kan nye tekniske løsninger for videomøter/-kommunikasjon sikre rask tilgang til kompetanse/eksperter som andre tjenester besitter. Rask tilgang til eksperter i forbindelse med klinisk arbeid kan kanskje bidra til å redusere noe av forskjellen på små og store tjenester, samt sikre erfaringsoverføring og

kunnskapsbygging på tvers. Slike former for samarbeid vil over tid også føre til en likere praksis på tvers av tjenestene, mer likeverdige tjenester, samt bidra til å utvikle et sterkt fagmiljø innenfor tjenestene selv om man ikke er lokalisert på samme geografiske sted. Habiliteringsavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har allerede startet med felles undervisning for alle habiliteringstjenestene i Helse Nord over videolink. Helseregionen har også lang erfaring med ulike former for fagnettverk. Erfaringer fra dette arbeidet bør tas med når man skal finne frem til mer effektive og fleksible metoder for samarbeid og kompetanseutveksling på tvers av tjenestene. Oppbygning av nettverk kan imidlertid ikke erstatte kompetente fagfolk som skal utrede og implementere tiltakene lokalt.

#### Tid til faglig arbeid ved siden av klinikk

Det bør være en forventning om at fagpersoner i tjenesten skal holde seg oppdatert innenfor sitt fagfelt, lese fagartikler og holde faglige forelesninger for kolleger. Det bør settes av tid til dette som en del av den vanlige virksomheten. Fagpersonene må også sikres tid og mulighet til å diskutere fag/problemstillinger med kollegaer, samt få nødvendig veiledning. I denne undersøkelsen fremkommer det at en del fagpersoner rapporterer at de har mer enn nok med å utføre arbeidet i klinikken og de har ikke overskudd til å delta i fagutvikling og forskning.

#### Støtte til videreutdanning og spesialisering

Tjenestene må fortsette det gode arbeidet med å legge til rette for videreutdanning og spesialisering for fagpersonene i tjenesten. Omtrent halvparten av fagpersonene i tjenesten gir uttrykk for at de ønsker å ta videreutdanning og dette er en stor styrke for tjenestene med tanke på rekruttering til fagutvikling og forskning. Det er rimelig å anta at tjenestene i fremtiden vil ha lettere for å rekruttere ansatte til forskning dersom det legges bedre til rette for å gjøre dette i tjenestene, for eksempel ved å skape en bedre infrastruktur /forskningstilbud innenfor den enkelte tjeneste og på tvers av tjenestene. Det er også behov for flere praksisplasser for leger og psykologer innenfor habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Mange fagpersoner har arbeidet lenge innenfor voksenhabilitering og har bred erfaring. Disse personene vil kunne spille en sentral rolle i å videreutvikle kunnskapen og metoder innenfor fagfeltet.

### 1.17 Forslag til tiltak for å fremme videre utvikling av voksenhabilitering

På bakgrunn av resultatene fra kartleggingen foreslår prosjektgruppen følgende tiltak for å legge til rette for og styrke en videre utvikling av tjenestene:

#### Etablering av nasjonalt fagnettverk/samarbeid i konkrete pasientsaker

Som vi ser vil det lokale habiliteringstilbudet bli påvirket av en lang rekke forhold, for eksempel kompetansen til de fagpersoner som er ansatt, hvilke profesjoner man har tilgang til, reisevirksomhet, lokal organisering og samarbeid i spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være

urimelig å forvente at tilbudet blir likt på tvers av tjenestene. For å sikre likeverdige tjenester bør det tilstrebes å øke samarbeid på tvers av tjenestene og dermed sikre at spesialkompetanse ved en tjeneste også tilflyter andre tjenester. Dette vil også bidra til at tjenestene over tid utvikler en mer enhetlig praksis.

1. Helse Nord har etablert jevnlig undervisning på tvers av tjenester i helseregionen. Helsetjenester i andre helseregioner har også fått mulighet til å delta i denne undervisningen. Det anbefales å utvide denne undervisningen, eller å etablere en tilsvarende ordning, hvor alle landets voksenhabiliteringstjenester gis mulighet til å delta.
2. Helse Nord benytter i dag kompetansenettverk innenfor sentrale habiliteringsfaglige områder. Det foreslås at en lignende ordning kan utvides til nasjonale nettverk.
3. Prosjektgruppen vurderer at erfaringsutveksling og eventuelt veiledning på tvers av habiliteringstjenester vil kunne bidra til bedre utnyttelse av kompetansen i tjenestene. Det bør derfor legges til rette for bruk av videomøter og veiledning på tvers av tjenester i konkrete pasientsaker hvor spesialister fra andre tjenester konsulteres.
4. Igangsette samarbeidsprosjekter på tvers av tjenestene for å definere de ulike kompetansenivåene og vurdere ulike modeller for samarbeid på tvers av tjenestene i konkrete pasientsaker.
5. Igangsette et prosjekt som prøver ut ulike tekniske løsninger for samarbeid på tvers av tjenester, også i forhold til konkrete pasientsaker. Her blir det viktig å finne frem til datatekniske løsninger som tilfredsstillende sikkerhetskravene som stilles av helseforetakene.

#### Sikre alle tjenester tilgang på fagpersoner fra alle sentrale profesjoner

6. Med tanke på de komplekse medisinske problemstillinger som preger fagfeltet er det mest åpenbare den lave legedekningen over hele landet generelt, og store forskjeller mellom tjenestene spesielt.

#### Sikre refusjon (takst) for alle sentrale profesjoner, samt for samarbeid på tvers av tjenester.

7. Mulighet til refusjon (takst) for alle tjenester som samtidig er involvert i arbeidet overfor en pasient. Uten refusjonsmulighet vil samarbeid på tvers av tjenester med stor sannsynlighet bli oppfattet som tilleggsarbeid. Tjenestene er så presset på inntjening at all virksomhet som ikke gir uttelling har økt risiko for å bli nedprioritert.
8. Innføre takster for vernepleiere, og eventuelt andre treårige fagpersoner i habilitering.
9. Revidere takstsystemet slik at det bygges inn incentiver for ambulant arbeid.

#### Sikre at habiliteringstjenestene oppfattes som en viktig samarbeidspartner for pasienter, pårørende og kommuner.

10. Nedsette en prosjektgruppe på tvers av habiliteringstjenester for å utrede hva som er rimelig å forvente av habiliteringstjenestene, spesialisthelsetjeneste og kommunene med tanke på arbeid overfor pasienter som krever tett oppfølging over tid. Representanter for kommuner, pasienter og deres organisasjoner bør involveres i denne prosessen.
11. Igangsette et samarbeidsprosjekt på tvers av tjenestene som utarbeider et forslag til parametere for evaluering av tjenestene, inkludert en felles definisjon og metode for registrering av



kontakter og ventetid/venteliste. Det bør gjøres en vurdering av hvordan de enkelte parameterne vil påvirke praksis i tjenestene med tanke på hva som regnes som den overordnede målsettingen for tjenestene.

12. Utarbeide og samkjøre standardiserte pasientforløp på tvers av tjenestene.
13. Mer fokus på forebyggende arbeid (proaktive tiltak), for eksempel ved å være en aktiv samarbeidspartner for kommunen med tanke på å øke tjenesteyterne sin grunnkompetanse. Ikke bare få henvisninger når problemet allerede har oppstått (arbeide reaktivt).

## 2. Innledning

---

Samhandlingsreformen varsler om inngripende endringer i både utforming av tilbud og om ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette antas å få konsekvenser for fremtidig utvikling og organisering av habiliteringstjenestene for voksne i spesialisthelsetjenesten. Som en følge av samhandlingsreformen antas det å komme ytterligere press på tjenestene for å iverksette fagutvikling og forskning, samt tydeliggjøre hva som må regnes som henholdsvis kommunale oppgaver og spesialisthelsetjenesteoppgaver innenfor voksenhabilitering.

For å styrke arbeidet med kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid innenfor tjenestene er det nødvendig med en bedre beskrivelse og forståelse av dagens tjenester innenfor habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Med støtte fra Helsedirektoratet, og godkjenning fra Arbeidsutvalget for ledere i voksenhabiliteringstjenestene, har en prosjektgruppe gjennomført en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle tjenester og ansatte fagpersoner innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten i Norge. Prosjektgruppen har bestått av en representant fra hver helseregion i voksenhabiliteringstjenestene, samt forskningsstøtte fra UNN og CHARM.

Hensikten med kartleggingen er at den skal fungere både som referanseramme og som et utgangspunkt for videre utvikling av tiltak og arbeidsformer i tjenestene. Endringer av tjenestene bør bygge både på faktiske kunnskaper om status i Norge i dag og i den grad det er mulig, også på internasjonale erfaringer.

Prosjektets effektmål er å bidra til å skape et kunnskapsgrunnlag for fremtidig planlegging, fagutvikling, forskning og evaluering av tjenester innenfor habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Videre ønsker prosjektet å bidra til å etablere et samarbeid om fagutvikling og forskning på tvers av landets voksenhabiliteringstjenester, samt stimulere til utvikling av ideer og hypoteser for videre forsknings- og utviklingsarbeid.

Prosjektets resultatmål er å gi en strukturert beskrivelse av dagens helsetjenester som tilbys innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, med fokus på de tilstandsgruppene som beskrives i prioriteringsveilederen.

Resultatene fra kartleggingen skal brukes som utgangspunkt for:

1. Å synliggjøre eventuelle forskjeller i tjenester som ytes på tvers av målgrupper og region.
2. Vurdere eventuell diskrepans mellom behov og tilbud.
3. Å tenke nye arbeidsmodeller og samarbeidsformer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (evt. andre interesseparter).
4. Identifisering av områder med forbedringsbehov og skape ideer til eventuelle forbedringstiltak.
5. Å iverksette forskningsmessig evaluering av iverksatte tiltak.

### 3. Bakgrunn

---

Målgruppen for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er mennesker over 18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Med tidlig ervervet funksjonsnedsettelse menes her at tilstanden er ervervet før 18 års alder. Dette kan være mennesker med tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer med kognitiv svikt, utviklingshemning eller autisme. Det vil også kunne omfatte mennesker med tidlig ervervede nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer, eksempelvis muskeldystrofier, ataksier eller ryggmargsbrokk. Mennesker med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, utgjør den dominerende andelen av pasienter som i dag henvises til habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratets, 2015, side 5).

Personer med diagnosen psykisk utviklingshemming er den største målgruppen som mottar tjenester fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i statistiske modeller er det vanlig å anslå at omtrent 1-3% av befolkningen tilfredsstiller kriteriene for diagnosen psykisk utviklingshemming. Med utgangspunkt i ICD-10 opererer Verdens helseorganisasjon (WHO, 2007) med en generell forekomst på 1,5% av befolkningen (Bufdir, 2016). Med utgangspunkt i at Norges befolkning per 01.01.2016 var 5 213 985 personer (Statistisk Sentralbyrå) tilsier dette at barne- og voksenhabilitering skal gi tilbud om habiliteringstjenester til omtrent 78 210 personer med utviklingshemming (1,5% av befolkningsgrunnlaget). Antall personer med utviklingshemming som mottar tjenester fra kommunen ligger ifølge Helsedirektoratet på ca. 24 000 på landsbasis (NOU 2016:17).

Prioriteringsveilederen definerer følgende tilstandsbilder som tilhørende habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten:

1. Atferdsvansker i målgruppen
2. Demens i målgruppen
3. Følgetilstander av skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer
4. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
5. Omfattende språk og kommunikasjonsvansker i målgruppen
6. Psykisk lidelse hos personer med moderat til alvorlig/dyp utviklingshemming
7. Psykisk utviklingshemming og/eller kognitiv svikt
8. Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen

Det er ofte foreldre, nærpersoner, kommunale tjenesteytere som ber om at fastlege henviser pasienten til habilitering for voksne i spesialisthelsetjenesten. Personene som henvises til habiliteringstjenestene er ikke alltid klar over at vedkommende trenger bistand, og vil i mange tilfeller heller ikke ta imot bistand. Det blir ofte bedt om bistand for at pasienten skal få ivarettatt grunnleggende behov, sikre forsvarlig utredning og oppfølging av nødvendige helsetjenester og sosiale behov, tilrettelegging for utvikling og mestring, samt unngå å skade seg selv eller andre. I mange tilfeller er det derfor kommune og foreldre, og ikke pasienten direkte, som mottar tjenester fra habiliteringstjenesten. Blant annet for å sette foreldre, tjenesteytere og kommune bedre i stand til å ivareta pasienten. Habilitering av voksne personer omfatter ofte tverrfaglig innsats og samarbeid

fra flere ulike instanser over lang tid og krever betydelige ressurser fra både det kommunale tjenesteapparatet og fra spesialisthelsetjenesten.

### 3.1 Mangelfullt kunnskapsgrunnlag

I dag er kunnskapsgrunnlaget langt fra tilstrekkelig for å kunne gi gode anbefalinger med hensyn til ansvars- og oppgavefordelinger på dette feltet. Også internasjonalt etterspørres det mer kunnskap om hvilke modeller for organisering av tjenester som vil gi personer med utviklingshemning tilgang til den nødvendige spesialistkompetanse (Ballogh m.fl. 2009; Emerson og Robertson 2008; Departement of Health 2007). Det pekes på at kunnskap og erfaring med utforming av helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning er et eget *spesialistområde* og at det i internasjonal faglitteratur er store mangler på kunnskap i forhold til helt grunnleggende parametere som ligger til grunn for utforming av tjenestene (O'Hara, McCarthy og Bouras 2010). Evalueringer av tjenestene i Norge har også pekt på at det er stor lokal variasjon i tjenestene, at pårørende og kommuner kan oppleve tjenestene som utilstrekkelige, at det er behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner i tjenestene, samt behov for mer kunnskapsbasert praksis (Nordlandsforskning, 2008). Tjenestene beskrives også som et forskningssvakt felt og det er et ønske om mer forskning, fagutvikling og systematisk kunnskapsproduksjon innenfor tjenestene. Dette reflekteres i offentlige føringer som gjentatte ganger har fremhevet at habilitering skal være et prioritert innsatsområde for helsetjenestene.

### 3.2 Hva er habilitering?

Habilitering handler om faglig innsats overfor barn, ungdom og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemminger med mål om best mulig livskvalitet. Den faglige innsatsen innebærer å hjelpe en person til å utvikle, lære, opprettholde eller forbedre ferdigheter og funksjoner som vedkommende med stor sannsynlighet ikke ville ervervet på samme måte uten hjelpetiltak eller behandling. Det er derfor viktig at habiliteringsfaglig innsats kommer tidlig inn der hvor barn fremviser et atypisk utviklingsforløp slik at man kan støtte og legge til rette for en best mulig utvikling for personen. I voksen alder blir det viktig å fokusere på aktiv deltakelse og opplevelse av mestring og kontroll av egen hverdag med utgangspunkt i et livsløpsperspektiv. Ulike livsfaser stiller ulike krav til personer og dette må det tas hensyn til ved utforming av hjelpetiltak og behandling.

Menneskers evner og forutsetninger er gitt gjennom arv, biologisk utrustning, modning og læring og vil kunne bli redusert av sykdom og skader. Evner og forutsetninger kan økes ved at personen får behandling, trening og opplæring. Den enkeltes potensial er individuelt og vil dessuten variere med personens motivasjon, interesser og livssituasjon. Kravene fra omgivelsene til individets fungering vil kunne endres ved hjelp av medisinsk, psykologisk og miljøterapeutisk behandling, fysisk tilrettelegging, hjelpemidler, endringer i rutiner og sosiale konvensjoner, og gjennom samfunnsmessige ordninger og lover (basert på Lie, 1996 og Tetzchner m.fl. 2008, s. 2).

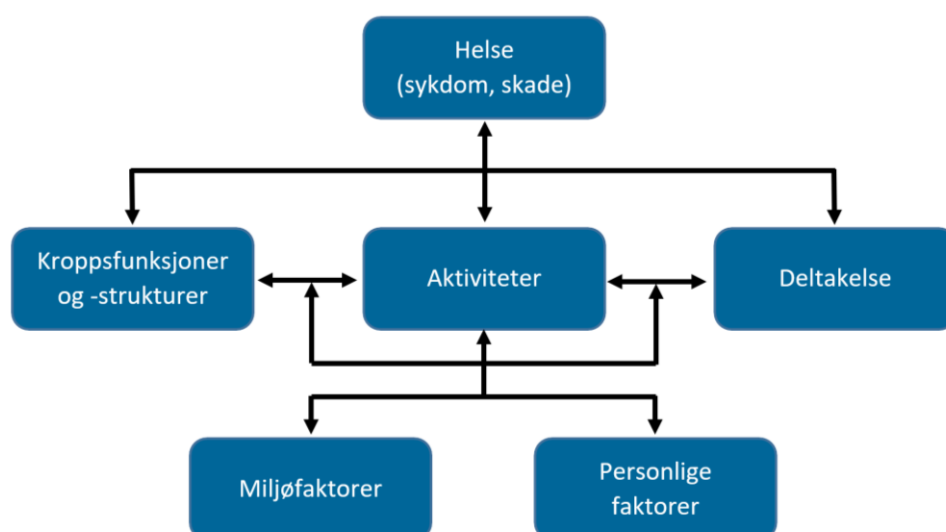
Denne forståelsen av funksjonshemming gjenspeiles også i «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) som er Verdens Helseorganisasjons sitt system for klassifisering av personers funksjon (WHO 2007). I arbeidet med ICF er det lagt ned et betydelig

arbeid med å beskrive og klassifisere menneskelig fungering (kompetanse) på ulike områder (Tetzchner m.fl. 2008, s. 3). Tetzchner m.fl. (2008) understreker at selv om det er svært nyttig å arbeide for bedre og mer samstemte beskrivelser av menneskers funksjon, så er forholdet mellom enkeltpersoners kompetanse og omgivelsenes krav ofte situasjonsavhengig og lar seg derfor ikke alltid beskrive på en enkel måte. Det samme gjelder for valg av hjelpetiltak og behandling. Menneskelig fungering og utvikling – typisk, atypisk og avvikende – og sosial deltakelse er for kompleks til at det vil være mulig å utarbeide «tiltaksindikatorer» som gir direkte anvisninger om hvilke tiltak man bør sette inn, bortsett fra på et forholdsvis generelt nivå. Innenfor habilitering må man som oftest alltid «skreddersy» detaljene i hjelpetiltak og behandling ut fra inngående kjennskap til den enkelte persons forutsetninger og de aktuelle muligheter i omgivelsene (Tetzchner m.fl. 2008). Dette resulterer som oftest i individuelt tilpassede hjelpetiltak, behandling og pasientforløp.

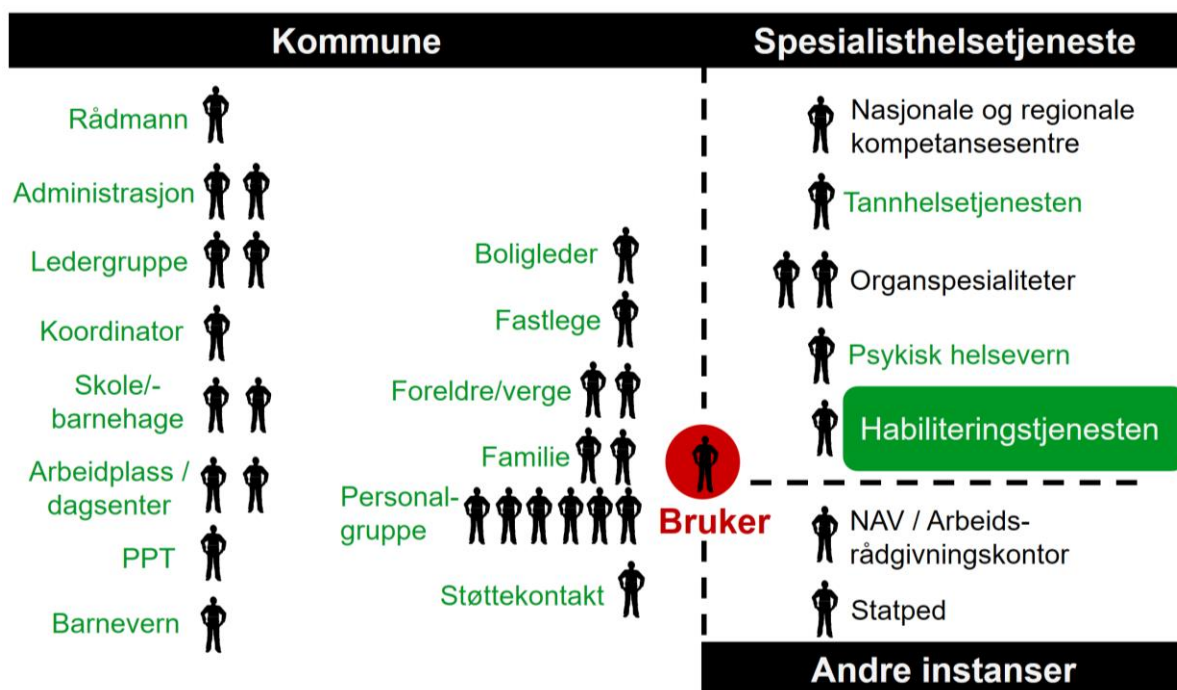
Habilitering skilles vanligvis fra rehabilitering. Selv om man kan bruke en del av de samme behandlingsstrategiene og hjelpemidlene, er det grunnleggende forskjeller i tilnærminger og problemstillinger mellom rehabilitering og habilitering. Om skaden som fører til funksjonsnedsettelsen er tidlig eller sent ervervet kan medføre betydelig forskjeller i konsekvenser for personen og valg av behandlingsmetoder. Dette krever ulik kompetanse hos fagpersoner. For eksempel kan mennesker som har blitt døvblinde i voksen alder ofte fortsatt snakke og skrive, mens mennesker som har vært døvblinde fra fødselen av, sjelden tilegner seg disse ferdighetene. Mennesker som får en stor ervervet funksjonshemming kan oppleve dramatiske endringer i hvordan de lever. De har vært vant til å ta del i samfunnet på vanlig måte, og skadene som ligger til grunn for funksjonshemmingen innebærer plutselige problemer med tilgjengelighet og deltakelse i mange sammenhenger. Personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse har på en annen måte vokst inn i og tilpasset seg konsekvensene av funksjonsnedsettelsen.

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) skal kommunen og spesialisthelsetjenesten sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter kommunehelsetjenesteloven og etter spesialisthelsetjenesteloven. Habiliteringsarbeid omfatter følgelig en lang rekke oppgaver som

Figur 3-1: International Classification of Function, basert på illustrasjon i WHO (2003).



Figur 3-2. Oversikt over habiliteringssystemet. Habiliteringstjenesten gir veiledning til aktørene som er markert med grønn skrift.



utføres av mennesker med ulik faglig bakgrunn. At flere parter må være involvert ser man tydelig dersom man tar utgangspunkt i ICF og de ulike forhold som påvirker en persons funksjonsnedsettelse. Forhold som påvirker en persons funksjonsnedsettelse og den funksjonshemmingen dette leder til i konkrete situasjoner påvirkes av personens kroppsfunksjoner- og strukturer, miljøfaktorer, personlige faktorer, aktiviteter og deltakelse (se figur 3-1). Det er urimelig å forvente at en enkelt profesjon, spesialitet eller fagmiljø skal ha inngående kompetanse og erfaring med alle forhold som kan være aktuelt for den enkelte pasient. Habiliteringsarbeid krever derfor som regel tett og tverrfaglig arbeid mellom flere parter på tvers av nivåer og instanser (se figur 3-2).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2011) skal tjenestene «...gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». For de fleste mottakere av habiliteringstjenester innebærer dette at hovedtyngden av habiliteringsarbeidet skjer i familien, i hjemmet eller på skole/arbeid hvor brukeren/pasienten tilbringer mesteparten av sin tid. Kommunen må sørge for å gi nødvendig bistand og tilrettelegging for at personen skal være aktiv og deltakende i egen hverdag med god livskvalitet. Spesialisthelsetjenesten spiller ofte en sentral rolle i å utrede og behandle sykdom som går ut over fastlegens ansvar, samt utrede kroppsfunksjoner/strukturer og gi veiledning på hva dette har å si for aktivitet, deltakelse, osv. Bistanden bør være basert på kunnskap om vanlige utviklingsforløp for ulike tilstander, eller belastninger som ofte følger med ulike typer av funksjonsnedsettelser.

For voksne personer med omfattende bistandsbehov er det ofte kommunale tjenesteytere, med støtte fra pårørende/hjelpeverge som har ansvaret for og gjennomfører hovedtyngden av habiliteringsarbeidet. Fastlegen følger opp og viderefremidler kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Koordinator i kommunen, administrasjon, ledere og politikere påvirker tjenestene gjennom de føringer de legger og de systemer for oppfølging, rapportering, med mer som de

etablerer. Å fange opp endringer i bruker sitt bistandsbehov for deretter å tilpasse tjenester krever ofte et tett og godt samarbeid med kommunens administrasjon. Ved behov for spesialiserte tjenester sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten. Voksenhabiliteringstjenesten kan bistå med medisinsk, psykologisk og miljøterapeutisk utredning og behandling basert på spesialistkunnskap om de ulike tilstandene, inkludert forventet utviklingsforløp og sekundærvansker. Samtidig dekker ikke voksenhabiliteringstjenesten alle brukerens behov for spesialiserte helsetjenester. Ofte vil brukere med omfattende behov ha kontakt med både psykisk helsevern og ulike organspesialiteter. Av og til møter man en forventning om at voksenhabiliteringstjenesten skal dekke alle brukerens behov for helsetjenester, men dette vil være umulig å gjennomføre i praksis og bryter med ansvarsreformens intensjoner om likeverdighet, rettigheter og normalisering.

### 3.3 Spesialisert habilitering (habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten)

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er et sammensatt og relativt nytt fagområde. I engelspråklig litteratur beskrives fagfeltet som «developmental pediatrics», «mental retardation», «intellectual disability» og «learning disability». Det er et spesialistovergripende og tverrfaglig fagområde med grensesnitt mot andre fagområder som habilitering av barn og unge, psykisk helsevern, rus, nevrologi, medisinske spesialiteter, fysikalsk medisin og rehabilitering og mot andre etater (Helsedirektoratet, 2015).

Habiliteringsfaglige tjenester fra voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten skal være tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). En habiliteringsfaglig tilnærming retter seg inn mot både pasienten og systemet rundt pasienten. Det brukes metoder som vektlegger tett samarbeid med pasient, pårørende og offentlige tjenesteytere. Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å veilede kommunene når behovet for kompetanse går ut over det som kan forventes av fastlege/kommune.

Fagområdet spesialisert habilitering består av en rekke disipliner: nevrologi, psykiatri, somatikk, psykologi og miljøterapi. Fellesnevneren innen habilitering er spesialkompetanse om hvordan medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse påvirker utvikling, funksjonsevne, sykdomsforløp, mestring og livskvalitet. Habiliteringstjenesten forventes å ha kunnskap, ferdigheter og praktisk erfaring i forhold til blant annet:

- Funksjonsnedsettelse, funksjonshemming og komorbide tilstander.
- Utredning av utviklingshemming, etiologi, vurdering av kognitiv funksjon og adaptive ferdigheter.
- Syndromdiagnostikk og utredning av utviklingsforstyrrelser.
- Utredning, forebygging og behandling av forventede sekundærvansker.
- Utredning, behandling og oppfølging av utfordrende atferd og psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming.
- Individuell tilpasning av behandling til komplekse pasientgrupper.
- Forskning og fagutvikling innenfor fagområdet.
- Ambulant oppfølging og veiledning, inkludert intensiv direkteveiledning over tid.
- Tverrfaglig samarbeid.

- Systemkunnskap.
- Tidlig identifisering, diagnose og tiltak.
- Medisinsk omsorg og behandling.
- Rådgivning og hjelp vedrørende medisinske, sosiale, psykologiske og andre forhold relatert til funksjonsnedsettelse og kroniske lidelser.
- Rådgivning og profesjonell samtale omkring seksualitet og andre personlige utfordringer knyttet til det å ha en funksjonsnedsettelse.
- Opplæring i selvhjelpsaktiviteter, inkludert mobilitet, kommunikasjon og dagliglivsferdigheter, med spesiell tilrettelegging der det er behov for det
- Formidling av tekniske hjelpemidler.
- Spesialundervisning og tilpasset opplæring
- Yrkesrettet habilitering.
- Oppfølging og veiledning av nærpersoner/personalgrupper.
- Veilede og styre arbeidet i målrettede og avgrensede rehabiliteringsprosesser med fokus på måloppnåelse, mestring og livskvalitet hos pasienten.

### 3.4 Beskrivelse av en tjenestemodell for habilitering

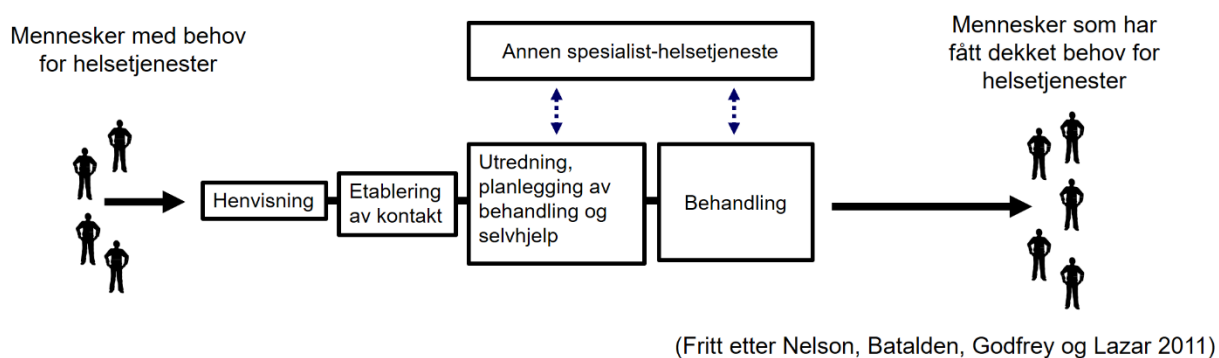
Denne kartleggingen fokuserer på å beskrive systemet for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Operasjonaliseringen av en modell for tjenestene tar utgangspunkt i et systemperspektiv hvor organisasjoner sees på som produksjonssystemer (Jacobsen og Thorsvik 2007). Rehabiliteringstjenestene tar inn ressurser i form av pasienter, pårørende, tjenesteytere, offentlige midler og omdanner dem til resultater for pasient og omgivelser (se figur 3-3). Hvordan ressursene omdannes til resultater er svært viktig med tanke på å forstå hvordan organisasjonen fungerer. Omdanningen skjer gjennom en kjede av aktiviteter som kan kalles for en arbeidsprosess, eller et pasientforløp. Det er imidlertid mange forhold som kan påvirke aktivitetene i pasientforløpet og de resultater som produseres. Dette kan for eksempel være menneskene som utfører aktivitetene, intern og ekstern samhandling og kommunikasjon, ledelse, organisasjonsstruktur og organisasjonens omgivelser (Jacobsen og Thorsvik 2007). Dette kan føre til store variasjoner i arbeidsprosessene overfor pasienter som fremviser lignende symptomer.

Figur 3-3. Organisasjonen som produksjonssystem (etter Jacobsen og Thorsvik 2007).





Figur 3-4. En generell modell for arbeidsprosessen i helsetjenesten.



aktivitetene, intern og ekstern samhandling og kommunikasjon, ledelse, organisasjonsstruktur og organisasjonens omgivelser (Jacobsen og Thorsvik 2007). Dette kan føre til store variasjoner i arbeidsprosessene overfor pasienter som fremviser lignende symptomer.

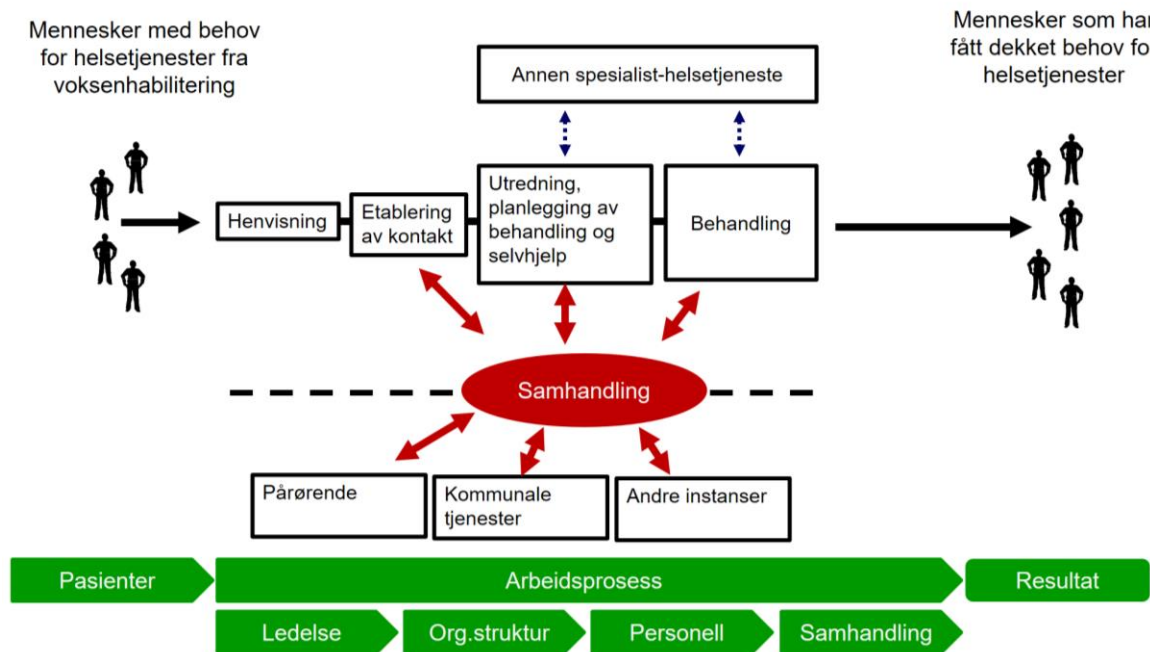
Nelson m.fl. (2011) argumenterer for at selv om det er stor variasjon i selve arbeidsprosessene, så er det en felles flyt av aktiviteter i nesten alle systemer. Når det gjelder helsetjenester vil pasienter og familier komme inn i systemet med spesifikke behov for helsetjenester, de deltar i kliniske aktiviteter knyttet til informasjon, utredning, intervensjon og evaluering, før pasienten til slutt forlater systemet og går tilbake til egen hverdag (se figur 3-4).

Glouberman og Zimmerman (2002) argumenterer for at opplevde problemer i helsetjenester svært ofte er av kompleks karakter, noe som innebærer at "standardløsninger" har begrenset nytteverdi. Det at man har funnet løsningen for en pasient, eller en organisasjon, bidrar til økt erfaring, men er ingen garanti for suksess med neste lignende problemstilling. Hver pasient eller hver organisasjon er unik og løsningen må tilpass es ut fra dette. Noe av bakgrunnen for dette er at effekten av behandlingen for mange pasienter er avhengig av svært mange forhold og interaksjonen mellom disse. Dette gjør at det ikke er mulig å standardisere behandling og forløp fullt ut, hverken når det gjelder type intervensjoner, varighet på forløpet og annen ressursbruk slik som type kompetanse involvert.

Siden hensikten med kartleggingen av tjenestene i dette prosjektet er å skape et kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av og forskning på tjenestene har prosjektet valgt å ta utgangspunkt i teori og litteratur knyttet til kvalitetsutvikling av helsetjenester. For å lykkes med forbedringsarbeid er det viktig med en detaljert beskrivelse og forståelse av de tjenestene og systemene man ønsker å endre (Nelson m.fl. 2011). Samtidig vil det være umulig å beskrive alle sider ved et system.

Prioriteringen av hvilke deler av habiliteringstjenestene for voksne som ble gjenstand for kartlegging ble bestemt av både teoretiske og praktiske forhold. De fire hovedområder som er definert i §3-8 i lov om spesialisthelsetjenester ble valgt som en overordnet struktur (Helse og omsorgsdepartementet 2001): Pasientbehandling, fagutvikling og forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av ansatte og pårørende.

Figur 3-5. Operasjonaliseringen av pasientbehandling tar utgangspunkt i at habiliteringstjenesten er et produksjonssystem med et generelt pasientforløp som kan beskrives ved hjelp av 7 temaområder.



(Fritt etter Nelson, Batalden, Godfrey og Lazar 2011)

## A. Pasientbehandling

Området pasientbehandling ble videre operasjonalisert i syv temaområder som beskriver ulike sider ved produksjonssystemet i habiliteringstjenesten (se figur 3-5): 1) pasienter, 2) arbeidsprosess, 3) resultat, 4) ledelse, 5) organisasjonsstruktur, 6) personell og 7) samhandling<sup>24</sup>.

### 1. Pasienter

Her ønsker man en beskrivelse av de hovedgrupper av pasienter (diagnosegrupper) som mottar tjenester fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, samt hvilke problemstillinger som tjenesten arbeider med. Det spørres blant annet etter typiske diagnosegrupper, hovedproblemstillinger, pasientgrunnlag, omfang av henvisninger og konsultasjoner.

### 2. Arbeidsprosess

Her ønsker man en beskrivelse av typiske pasientforløp og de arbeidsoppgaver de ansatte gjennomfører som et ledd i forløpet. Det spørres blant annet etter typiske pasientforløp<sup>25</sup>, avdelingens kompetanse og kapasitet, type kontakter og arbeidsoppgaver.

### 3. Resultat (Evaluering av tjenestene sine resultater)

Her ønskes det en beskrivelse av hvordan tjenestene innhenter informasjon og evaluerer effekten av egen virksomhet med fokus på pasientbehandling. Det skilles mellom tre nivåer: 1) effekt av behandling/intervensjon iverksatt overfor enkeltpasienter, 2) effekt av ulike prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser hvor man evaluerer på bakgrunn av en større gruppe av

<sup>24</sup> Datamaterialet for dette området har ikke blitt analysert og er derfor ikke tatt med i denne oppsummeringen.

<sup>25</sup> Deler av informasjonen om pasientforløp er bearbeidet hver for seg, men ikke som beskrivelse av et samlet pasientforløp.

pasienter, og 3) mer overordnede mål/parametere som er etablert for å måle avdelingens prestasjoner.

**4. Ledelse**

Her ønsker man informasjon om hvor enheten er plassert i organisasjonen (organisasjonskart) og om enheten har en administrativ eller klinisk ledelse.

**5. Organisasjonsstruktur**

Her ønsker man en beskrivelse av enhetens organisering med tanke på pasientbehandling. Det spørres blant annet etter strukturer for samarbeid mellom kolleger, reisevirksomhet, fysisk lokalisering, intern organisering og arbeidstidsordninger.

**6. Personell**

Her ønsker man en beskrivelse av de ansatte som skal utføre arbeidsoppgavene. Det spørres blant annet etter opplevd formell kompetanse, type stillinger, videreutdanning og opplevd arbeidsbelastning.

**7. Samhandling**

Her ønsker man en beskrivelse av den samhandling som skjer i forbindelse med gjennomføring av pasientforløp, både internt i tjenestene og med eksterne samarbeidspartnere.

B. Fagutvikling og forskning

Her ønskes det en oversikt over de forsknings- og fagutviklingsprosjekter som enheten deltar i, samt antall publikasjoner innenfor forskning og fagutvikling siste år.

C. Utdanning av helsepersonell

Her ønskes det en beskrivelse av enhetens rolle i utdanning av helsepersonell. Det spørres blant annet om praksisplasser, samarbeidsavtaler med høyskole/universitet og undervisning/opplæring av studenter.

D. Opplæring av ansatte og pårørende

Her ønskes det en beskrivelse av enhetens rolle i opplæring av pasienter og pårørende. Det spørres blant annet om samarbeid med brukerorganisasjoner og gjennomføring av kurs for brukere og pårørende.

### 3.5 Spørsmål som ønskes besvart gjennom kartleggingen

Hensikten med kartleggingen er å gi en beskrivelse av tjenestene som bedrer informasjonsgrunnlaget og som kan fungere som et utgangspunkt eller referanseramme for videre utvikling av tiltak og

arbeidsformer innenfor voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten. Følgende spørsmål ønskes besvart gjennom kartleggingen:

1. Hvilke likheter og forskjeller er det mellom regioner/tjenester?
2. På hvilke områder er det diskrepans mellom behov og tilbud?
3. Hvilke forhold bidrar til å skape forskjeller i tilbudet som gis fra de ulike voksenhabiliteringstjenestene?
4. Hva bør være kommunens ansvar og hva bør være spesialisthelsetjenesten sitt ansvar? Nye samarbeidsmodeller og samarbeidsformer?<sup>26</sup>
5. Hvor er det forbedringsbehov?
6. Hva er sentrale barrierer som hindrer videre utvikling av tjenestene?
7. Hva er sentrale suksessfaktorer for videre utvikling av tjenestene?

---

<sup>26</sup> Dette spørsmålet ble ikke besvart da informasjonen som er samlet inn om samhandling ikke har blitt analysert.

## 4. Metode

---

I utgangspunktet ønsket prosjektgruppen å benytte kvantitative data, men det viste seg svært utfordrende å definere relevante variabler/svarkategorier uten først å innhente mer kunnskap om de ulike tjenestene. Prosjektgruppen valgte derfor å prioritere en større bruk av kvalitative spørsmål for med større treffsikkerhet beskrive dagens praksis i tjenestene. Informantene er bedt om å gi detaljerte beskrivelser av arbeidet de utfører (se spørreskjema i vedlegg E og F).

### 4.1 Utvalg

Alle tjenester som var oppført på [www.habilitering.no](http://www.habilitering.no) sin liste over voksenhabiliteringstjenester høsten 2015 ble invitert til å delta i undersøkelsen. Utvalget for undersøkelsen omfatter alle voksenhabiliteringstjenestene i Norge, det vil si hele populasjonen av voksenhabiliteringstjenester.

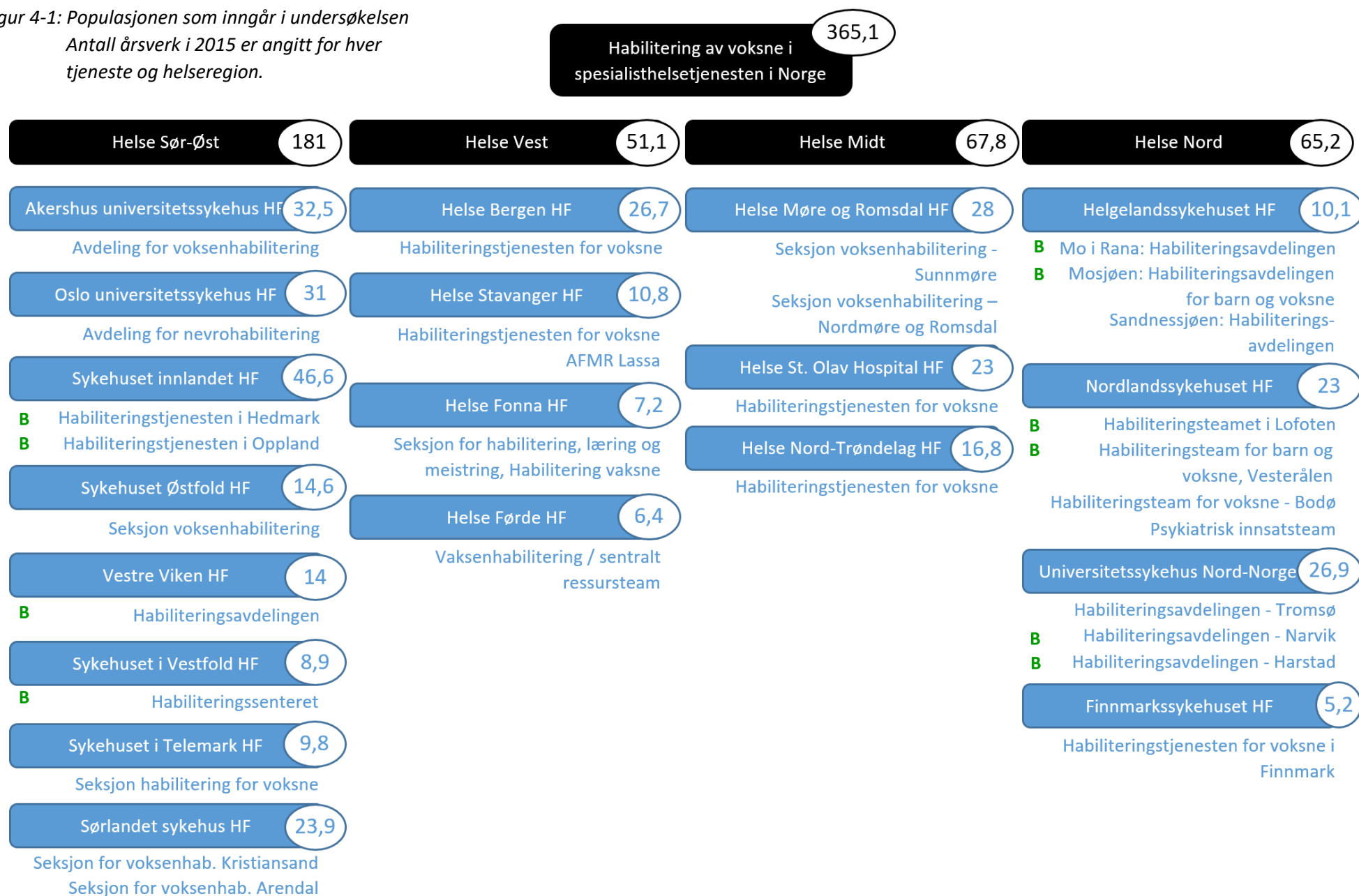
To av tjenestene på listen ga prosjektgruppen tilbakemelding om at de ikke regnet seg som en del av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten og at de derfor ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Dette var tjenestene:

- SUA – Spesialseksjon for utviklingshemming og autismediagnoser med alvorlige psykiatriske symptomer/atferdsvansker, Vestre Viken HF.
- Glenne regionale senter for autisme, Sykehuset i Vestfold. Klinikk psykisk helse og rusbehandling.

Norge er inndelt i fire helseregioner: Nord, Midt, Vest og Sør-øst. I hver helseregion er ansvaret for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten lagt til ulike helseforetak (HF). Figur 4-1 på neste side gir en oversikt over de 19 helseforetakene som yter tjenester innenfor voksenhabilitering i Norge og som deltar i undersøkelsen. Helseforetakene har valgt å organisere tjenestene på ulike måter og tjenesten består samlet av 29 avdelinger/enheter/seksjoner (heretter kalt tjenester). For hver tjeneste er det i figur 4-1 oppgitt antall årsverk for fagpersoner jamfør Bemanningskartleggingen 2014 (Arbeidsutvalget for lederne i voksenhabilitering 2014). Årsverk for leder og merkantile stillinger er ikke inkludert. Antall årsverk for fagpersoner blir summert for helseregioner og for tjenesten samlet (Norge). Oversikten viser at det høsten 2015 var 365,1 årsverk for fagpersoner i de tjenestene som inngår i undersøkelsen. Det er stor variasjon i størrelsen på avdelinger/enheter. De tjenestene som også har ansvar for barn er markert med en B. Det er viktig å være klar over at enkelte tjenester har legestilling/psykologstilling inkludert i sine årsverk, mens andre tjenester benytter lege/psykolog fra andre avdelinger etter behov uten at dette er tatt med i tjenesten sitt årsverk.

I de 365,1 årsverkene er det ansatt omtrent 395 fagpersoner. Prosjektgruppen besluttet å innhente informasjon fra alle fagpersonene i tjenestene for å få en best mulig beskrivelse av daglig praksis i tjenestene. I tillegg ble det besluttet å innhente informasjon fra lederne av alle 29 tjenester. Merkantil personell ble ekskludert fra undersøkelsen.

Figur 4-1: Populasjonen som inngår i undersøkelsen  
 Antall årsverk i 2015 er angitt for hver  
 tjeneste og helseregion.



## 4.2 Utvikling av spørreskjema

Det ble utviklet to spørreskjema, ett til leder og ett til alle fagpersoner. Først ble det gjennomført en «idémyldring» i prosjektgruppen for å identifisere aktuelle tema og forhold som burde inngå i kartleggingen av tjenestene. Deretter ble det gjennomført en begrenset litteraturstudie med tanke på å identifisere ytterligere tema/forhold. På bakgrunn av litteraturstudien ble det utarbeidet en tjenestemodell for habilitering (se figur 3-5) hvor pasientbehandling ble operasjonalisert i syv temaområder. Se side 42-43 for en oversikt over hovedområder og temaområder i spørreskjemaet.

Hovedområder og temaområder ble operasjonalisert til konkrete spørsmål og spørreskjemaene ble revidert gjennom flere runder med tilbakemeldinger fra deltakere i arbeidsgruppen, samt ledere og ansatte i voksenhabiliteringstjenestene. Det ble deretter gjennomført en begrenset pilotstudie hvor deltakerne i arbeidsgruppen ba ledere og arbeidskolleger ved tjenestene om å forsøke å fylle ut spørreskjemaene. På bakgrunn av pilotstudien ble flere spørsmål revidert og skjemaet ble betydelig kortet ned. Se vedlegg E og F for en kopi av de to endelige spørreskjemaene som ble benyttet i kartleggingen.

Litteraturstudien fant ingen validerte verktøy for å måle de tematiske områdene som defineres av tjenestemodellen for habilitering. Det finnes validerte verktøy som kan brukes for å måle deler av et temaområde, men disse verktøyene benytter mange spørsmål for å måle avgrensede deler av det tematiske området. Ønsket om å begrense omfanget av en allerede omfattende undersøkelse forhindret bruk av slike instrumenter.

## 4.3 Fremgangsmåte

Kartleggingen ble gjennomført ved at prosjektleder informerte om kartleggingen på et møte for lederne av voksenhabiliteringstjenestene i Norge. Prosjektgruppens representanter fra de ulike helseregionene tok deretter kontakt med lederne for tjenestene i sin helseregion. Lederne av tjenestene ble informert om undersøkelsen og skjema til leder og ansatte ble oversendt per e-post til leder. Leder ble oppfordret til å sende ut spørreskjema til alle ansatte fagpersoner i egen tjeneste per e-post. Det ble bedt om en tilbakemelding fra leder i forhold til hvor mange skjema som ble sendt ut på hvert tjenestested.

Ved at leder sendte ut spørreskjemaene og oppfordret sine ansatte til å svare vurderer prosjektgruppen at leder samtykket til at undersøkelsen ble gjennomført. Skjemaene var på forhånd kodet for tjenestested slik at hver tjeneste fikk tilsendt et skjema med en unik tallkode. I oversendelsesbrevet ble det informert om at prosjektgruppen ikke kunne garantere anonymitet for informantene. Bakgrunnen for dette er at det er en teoretisk risiko for at enkeltbesvarelser utilsikt kan tenkes å kunne spores tilbake til enkeltpersoner ved å sammenstille informasjon fra flere felt i spørreskjemaet. Det ble informert om at rapporteringen fra undersøkelsen vil tilstrebe å sikre at enkeltpersoners besvarelser ikke kan spores. Innsendelse av spørreskjemaet fra fagpersoner ble ansett som at fagpersonen samtykket til å delta i undersøkelsen.

Data ble samlet over en periode på fem måneder fra slutten av september 2015 til februar 2016. Det ble gjennomført tre runder med purring av svar, både per e-post og per telefon til leder. Purring av svar fra ledere fortsatte ut over vår og sommer 2016. På grunn av lav svarprosent i Helse Nord ble det gjort en supplerende datainnsamling der for tre tjenester i perioden oktober-november 2016. Informantene kunne svare på spørreskjemaet på tre måter: 1) Skrive ut skjemaet på papir, fylle inn

med håndskrift og oversende per post eller som vedlegg til e-post; 2) Skrive inn i det elektroniske skjemaet, skrive ut på papir og sende per post eller som vedlegg til e-post; og 3) Skrive inn i det elektroniske skjemaet og oversende filen som vedlegg per e-post.

Det ble opprettet en egen e-postadresse for undersøkelsen hos et eksternt firma. Det eksterne firmaet lagret ikke filene, men frikoblet skjemaet fra avsenderadressen og videresendte skjemaene til prosjektleder. E-post og vedlegg ble slettet hos det eksterne firmaet når skjemaene var mottatt av prosjektleder. Det er ikke mulig for prosjektleder å spore skjemaene tilbake til avsenderadressen, kun til hvilken tjeneste skjemaet kommer fra. Informasjonen fra spørreskjemaene ble kopiert eller manuelt registrert og lagret i et Excel-ark på forskningsserveren ved Oslo universitetssykehus.

## 4.4 Analyse

SPSS versjon 23 ble benyttet til å fremstille beskrivende statistikk og til å gjennomføre statistiske analyser. Spørsmål 8 og 9 i spørreskjemaet til fagpersonene er ikke tatt med i analysene her siden disse spørsmålene blir analysert i Anett Olsen sin masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

### Spørreskjema til ledere

Det lave antallet habiliteringstjenester tilsier at det ikke vil være hensiktsmessig å signifikanteste forskjellene mellom tjenestene på bakgrunn av de 28 tjenestene som har svart. Kvantitative variabler fra lederskjema ble derfor oppsummert ved bruk av beskrivende statistikk som frekvens, gjennomsnitt og andel (%). Ulike forholdstall ble beregnet for å kunne sammenligne på tvers av tjenester og helseregioner. Stolpediagram ble benyttet for å vise variasjon i gjennomsnittsverdier for en variabel på tvers av tjenester. Eksempel på forholdstall som benyttes er antall kontakter per tjeneste/antall årsverk for tjenesten.

De kvalitative variablene ble analysert ved å lage kategorier fra de 28 lederne sine svar og deretter oppsummere i form av antall/frekvens/andel per kategori. For eksempel antall tjenester som nevner et forhold som hindrer effektiv pasientflyt. På spørsmål hvor det var få svar, eller hvor det ikke var naturlig å oppsummere i kategorier, ble det laget en sammenfatning av de ulike lederne sine svar.

### Spørreskjema til fagpersoner

Datamaterialet fra spørreskjemaene til fagpersonene må antas å reflektere en hierarkisk struktur hvor det er rimelig å anta at fagpersoner som arbeider sammen (ved samme tjeneste) påvirker hverandre over tid. Det gjør det rimelig å anta at fagpersoner fra samme tjeneste vurderer enkelte forhold likere, enn fagpersoner fra andre tjenester som kanskje kan ha en annen oppfatning. Dette betyr at det er indre avhengigheter mellom svarene til fagpersoner fra samme tjeneste, noe som gjør at forutsetningen om at svarene skal være uavhengige brytes når vi analyserer alle fagpersonene sammen. Dette er en forutsetning som gjelder for mange statistiske analyser (Christophersen 2013). Siden det er så få svar fra enkelte tjenester, og så stor variasjon i gruppestørrelse på tvers av tjenester, får man ikke korrigerert for dette i de statistiske analysene. For enkelte spørsmål vil denne avhengigheten ha lite å si, men for andre spørsmål kan dette ha stor betydning og svekke statistisk konklusjonsvaliditet ved signifikantesting (Christophersen 2013). Prosjektgruppen har valgt å se bort fra dette, men begrenset bruk av signifikantesting til noen få variabler for sammenligning på tvers av helseregioner (vest, sør-øst, midt og nord), fagpersonens kjønn og profesjon (lege, psykolog,



vernepleier og andre faggrupper). I praksis betyr dette at hvis det er tjenester med mange ansatte hvor de som har svart har spesielle og samstemte synspunkter så kan dette føre til en uforholdsmessig vektning i analysene.

Kvantitative variabler fra spørreskjemaet til fagpersonene ble oppsummert ved bruk av beskrivende statistikk som frekvens, gjennomsnitt, standardavvik, sum, andel (%) og minimums-/maksimumsverdi der hvor dette passer. Ulike forholdstall ble beregnet for å kunne sammenligne på tvers av tjenester og regioner. Stolpediagram ble benyttet for å vise variasjon i gjennomsnittsverdier for en variabel på tvers av tjenester og linjediagram ble benyttet for å sammenligne verdier fra flere kategorier samtidig. På grunn av at mange variabler ikke var normalfordelte ble det benyttet ikke parametriske metoder ved signifikanstesting. Testene som ble benyttet var Mann-Whitney U-test for sammenligning på tvers av fagpersonens kjønn og Kruskal-Wallis-enveisvariansanalyse for sammenligning på tvers av helseregion og profesjoner (Pett, 2016; Siegel og Castellan, 1988).

Spørsmålene 10, 15 og 17 består av en rekke «delspørsmål» (indikatorer) som til sammen antas å være en operasjonalisering av et overordnet begrep med flere underliggende aspekter (latente variabler) (Pett, Lackey og Sullivan 2003; Tabachnik og Fidell 2013). For eksempel forsøker de 8 indikatorene i spørsmål 17 å måle ulike aspekter ved «kunnskapsbasert praksis». For hvert av spørsmålene 10, 15 og 17 ble det derfor gjennomført en komponentanalyse («principal component analysis») for å identifisere de underliggende aspektene (latente variablene). For hver latent variabel som ble identifisert gjennom komponentanalysen ble det laget en indeks. Indeksskårene ble så gjenstand for videre analyse i stedet for delspørsmålene i spørreskjemaet.

Det var en rekke kvalitative variabler i spørreskjemaet til fagpersonene og disse ble kodet før de ble kategorisert. Deretter ble frekvens og eventuelt andel (%) rapportert. For enkelte variabler ble det beregnet forholdstall for å kunne sammenligne på tvers av helseregion, kjønn og profesjon. Noen av de kvalitative variablene var enkle å kode da kategoriene var oppgitt i spørreskjemaet eller var åpenbare. For eksempel «type kontakter» eller «type stilling».

Spørsmål 5, 6, 7, 12, 13, 14, 18 og 20 inneholdt derimot komplekse fritekstbeskrivelser (se tabell 4-1). Spesielt spørsmål 6 var vanskelig å kode da spørsmålet inneholdt beskrivelser av tre typiske pasienter fordelt på 8 punkter per pasient. Kvalitativ innholdsanalyse (Schreiner 2012) ble benyttet for å analysere og kategorisere svarene på disse spørsmålene. Det ble lagt vekt på å benytte en data-drevet (induktiv) tilnærming basert på Graneheim og Lundman (2003) for å sikre at oppsummeringen av materialet i kategorier i størst mulig grad reflekterte informantenes svar på spørsmålene. Ved å benytte denne fremgangsmåten utarbeidet grupper av 2-4 personer en hierarkisk struktur for de 8 spørsmålene basert på svarene fra 80 informanter. Gruppene bestod av medlemmer av prosjektgruppen da kodingen forutsetter god kunnskap om habilitering. Den hierarkiske strukturen som ble laget av gruppene ble benyttet som kodebok for kvantifisering av svarene på de kvalitative spørsmålene. Kategoriene ble forenklet og slått sammen etter at dataene var kodet slik at kategorier med kun få svar ble utelukket eller slått sammen til større kategorier. Kodingen foregikk ved at prosjektleder kodet svarene.

Tabell 4-1. Spørsmål fra ansattskjema som ble gjenstand for kvalitativ innholdsanalyse.

Spørsmål fra spørreskjemaet til fagpersonene som ble kategorisert ved bruk av metoder fra kvalitativ innholdsanalyse.
<p><i>5. Henviste problemstillinger</i>                      Når du ser tilbake på de 5 siste pasientene (ulike pasienter) som du har vært involvert i. Hvilke hovedproblemstillinger har du arbeidet med overfor disse pasientene?</p>
<p><i>6. Pasientforløp</i>                      Her beskriver informanten opptil tre typiske pasienter vedkommende har arbeidet med siste år i forhold til en rekke ulike forhold (spørsmål A-H). Svarene på alle tre pasientene slås sammen til «ett» svar på hvert spørsmål. Bakgrunnen for dette er at svarene skal gi informasjon om hva de ulike avdelingene har av problemstillinger, gjør av utredninger osv.</p> <p>6A. Hvilke hovedproblemstillinger har du/avdelingen arbeidet med (overfor disse pasientene)?</p> <p>6B. Hvilke utredninger/kartleggingsarbeid har du/avdelingen igangsatt?</p> <p>6C. Hvilke råd eller anbefalinger ble gitt i etterkant av utredning/kartlegging?</p> <p>6D. Hvilke tiltak/intervensjoner ble igangsatt?</p> <p>6E. Hvordan er brukermedvirkning/samarbeid med pasienten gjennomført?</p> <p>6F. Hvordan er eventuelt samarbeid med pårørende/verge gjennomført?</p> <p>6G. Beskriv eventuelt internt samarbeid.</p> <p>6H. Hvilke instanser har du/avdelingen samarbeidet med i arbeidet overfor (disse pasientene)?</p>
<p>7. Hvilke metoder anvender du for å måle effekten av behandling som du igangsetter?</p>
<p>12. Gi eksempler på samarbeid med kommunen som du har erfart bidrar til gode tjenester for pasientene.</p>
<p>13. Hvilke utfordringer opplever du i samarbeidet med kommunen?</p>
<p>14. Hvilke utfordringer tror du kommunen opplever i samarbeid med voksenhabiliteringstjenesten?</p>
<p>18. Hva trenger du å lære mer om for å bli en enda bedre habilitor?</p>
<p>20. Er det noe som hindrer deg fra å ta videre utdanning?</p>

## 5. Beskrivelse av de som har svart på undersøkelsen

---

I dette kapitlet gis det en beskrivelse av hvilke informanter som har svart på undersøkelsen med tanke på å vurdere om sammensetningen kan sies å være representativ for habiliteringstjenesten i Norge. Prosjektgruppen konkluderer med at sammensetningen av informanter tilsier at resultatene må antas å reflektere hovedtrender i tjenestene.

Spørreskjemaet til leder ble besvart av 28 av 29 tjenestestedet. Det har kommet svar fra fagpersoner i alle helseforetak bortsett fra ett. Ifølge informasjon fra spørreskjemaene til lederne var det 368,6 årsverk fagstillinger i tjenestene høsten 2015/våren 2016<sup>27</sup>. 195 informanter besvarte spørreskjemaet til fagpersonene og disse utgjør til sammen 181,7 årsverk fagstillinger. Dette gir en svarprosent på 49,3 % sett i forhold til antall årsverk fagpersoner i hele habiliteringstjenesten for voksne i Norge. To informanter har ikke oppgitt stillingsstørrelse. Dersom vi setter inn gjennomsnittlig stillingsstørrelse for disse to informantene gir dette en svarprosent på 49,8 %.

Det er stor variasjon på tvers av tjenestene i forhold til hvor mange ansatte som har besvart spørreskjemaet. Ved fem tjenestestedet er det ingen ansatte som har besvart skjemaet.

Svarprosent for hver tjeneste er definert som antall årsverk fagpersoner per tjeneste som har besvart spørreskjemaet delt på antall årsverk fagstillinger på tjenestestedet. Antall årsverk fagstillinger på tjenestestedet er oppgitt i spørreskjemaet til leder. Eventuelle vakante stillinger er ikke fratrukket og vil kunne bidra til at enkelte tjenestestedet får en lavere svarprosent. Det er 16 tjenester som har en svarprosent fra 51,8 % til 100 % (se figur 5-1). Dette utgjør 155 informanter/ 143,9 årsverk fagstillinger. Svarprosenten for disse 16 tjenestene er 69,5 %. Det er i tillegg en fagperson som ikke har oppgitt stillingsstørrelse.

Helse Vest og Helse Midt har en svarprosent som ligger over 50 % (se tabell 5-1). Helse Midt har gjennomgående en svært høy svarprosent for tjenestene (47 – 100 %). Helse Sør-Øst har den laveste svarprosenten og ligger godt under 50 %. Hvis man kun forholder seg til de 16 tjenestene som har en svarprosent over 50 % ligger svarprosenten på 63,8 % for Helse Sør-Øst. Da er fire av ti tjenester i regionen representert. Se figur 5-1 for en beskrivelse av antall fagpersoner som har svart fra hver helseregion.

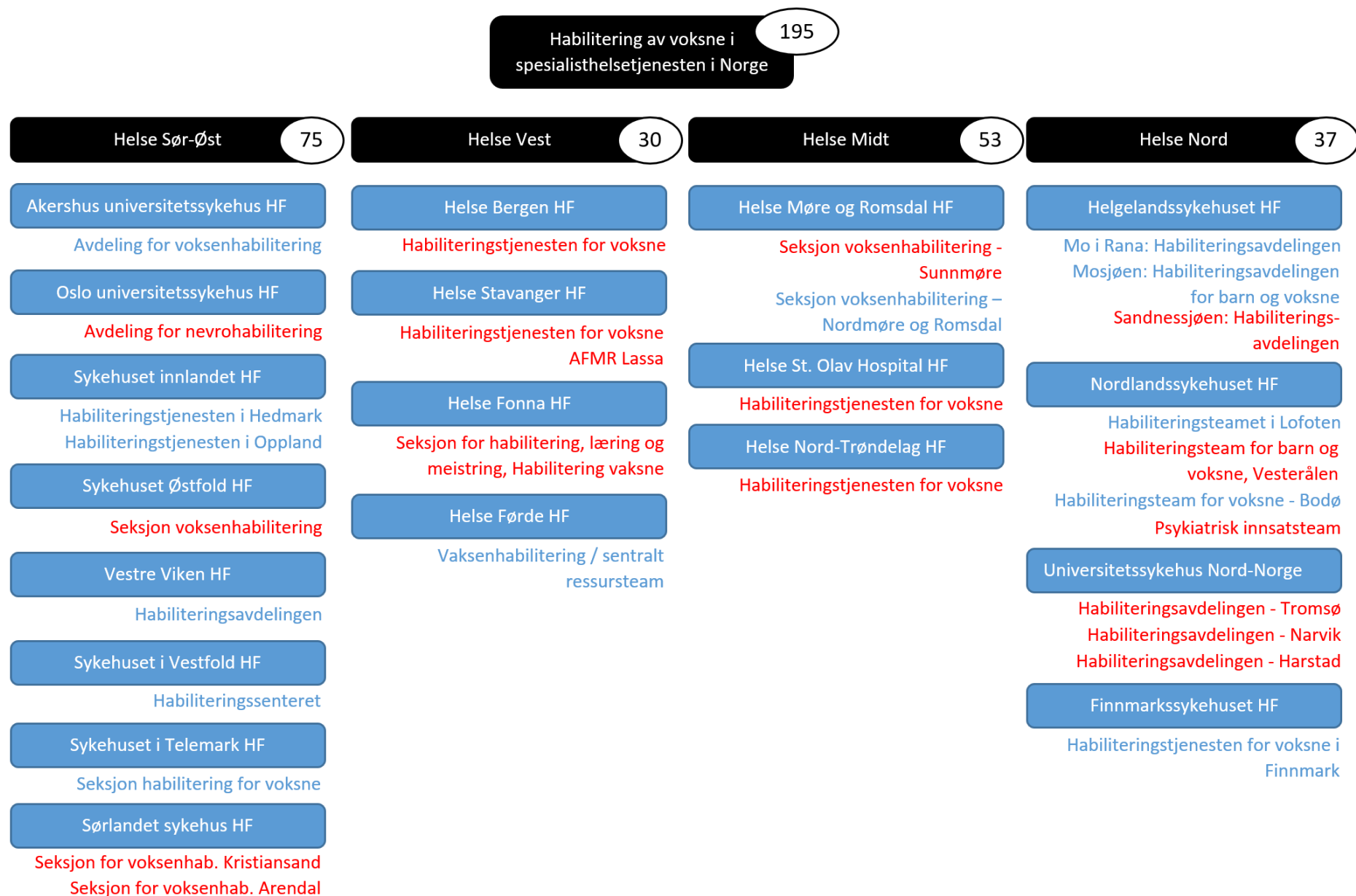
Tabell 5-2 viser at alle store profesjoner i habiliteringstjenesten for voksne er representert<sup>28</sup>. Representasjonen stemmer også godt overens med fordelingen av årsverk for de ulike profesjonene i hele habiliteringstjenesten. Tallene i kolonne 3 og kolonne 6 i tabell 5-2 er forholdvis like, noe som viser at ingen profesjon er betydelig over- eller underrepresentert. Kolonne 4 i tabellen viser at de fagpersonene som har svart utgjør over 49 % av samlet årsverk for alle profesjoner, bortsett fra for ergoterapeuter (39,5%) og sosionomer (34,5%). Tabell 5-3 viser at de ulike profesjonene er representert fra alle helseregioner. Helse Sør-Øst har en lav andel av svar. For en mer detaljert beskrivelse av fagpersonene som har svart på spørreskjemaet vises det til kapittel 11, «Personell».

---

<sup>27</sup> Enkelte spørreskjema fra leder ble først levert vår/sommer 2016.

<sup>28</sup> Fire personer har ikke oppgitt profesjon.

Figur 5-1: Oversikt over antall fagpersoner som har svart på ansattskjema. De tjenestene som har en svarprosent over 50% er markert med rød skrift.



Tabell 5-1: Oversikt over svarprosent per helseregion for spørreskjema til ansatte fagpersoner.

Helseregion	Svarprosent beregnet ut fra årsverk for alle 29 tjenester	Svarprosent beregnet ut fra årsverk for de 24 tjenester hvor ansatte har svart	Svarprosent beregnet ut fra årsverk for 16 tjenester med svarprosent over 50 %	Andel tjenester med svarprosent større enn 50%	Minimums- og maksimumsverdi for svarprosent for tjenestene i regionen
Helse Vest	57,1	57,1	61,1	3 av 4 tjenester	30,8 – 75,9 %
Helse Sør-Øst	38,5	41,0	63,8	4 av 10 tjenester	0,0 – 69,7 %
Helse Midt	74,3	74,3	84,2	3 av 4 tjenester	47,2 – 100,0 %
Helse Nord	47,7	65,1	70,8	6 av 11 tjenester	0,0 – 100,0 %
Norge	49,3	53,5	69,6	16 av 29 tjenester	

Tabell 5-2: Fordeling av profesjoner blant de som har svart i forhold til antall fagpersoner i tjenestene.

Profesjon	Informanter			Fagpersoner i tjenestene (2015)	
	Antall årsverk per profesjon som har besvart skjema	Profesjonens andel av totalt antall årsverk for de fagpersoner som har besvart ansattskjema	Andel av tjenestens samlede årsverk for hver profesjon som har besvart ansattskjema	Antall årsverk fagpersoner i tjenestene	Profesjonens andel av totalt antall årsverk i tjenesten
Leger	16,5	9,2 %	53,2 %	31,0	8,7 %
Psykologer	40,5	22,5 %	60,6 %	66,8	18,9 %
Vernepleiere	69,4	38,6 %	52,1 %	133,3	37,6 %
Pedagoger	15,0	8,3 %	51,0 %	29,4	8,3 %
Fysioterapeuter	11,2	6,2 %	49,3 %	22,7	6,4 %
Sykepleiere	8,0	4,4 %	69,0 %	11,6	3,3 %
Ergoterapeuter	8,3	4,6 %	39,5 %	21,0	5,9 %
Sosionomer	4,8	2,7 %	34,5 %	13,9	3,9 %
Barneverns-pedagoger	5,9	3,3 %	49,2 %	12,0	3,4 %
SUM	179,6	99,8 %		341,7	96,4 %
Annet	0,4	0,2 %		12,6	3,6 %
Totalt	180	100,0 %		354,3 <sup>29</sup>	100,0 %

<sup>29</sup> Dette er antall fagpersoner i tjenestene for profesjonene over slik dette er beskrevet av lederne. Vakante stillinger fratrukket.

Tabell 5-3: Andel av årsverk i tjenestene per profesjon som har svart på ansattskjema fordelt på helseregion.

Helseregion	Lege	Psykolog	Vernepleier	Andre faggrupper	Alle profesjoner
Helse Vest	67,5 %	80,6 %	48,0 %	51,7 %	56,4 %
Helse Sør-Øst	37,0 %	44,4 %	41,6 %	43,8 %	42,2 %
Midt	81,6 %	82,1 %	77,1 %	69,7 %	76,0 %
Nord	82,5 %	67,0 %	63,9 %	37,0 %	52,8 %
Norge	53,1 %	60,6 %	52,1 %	48,4 %	52,7 %

#### Vurdering av om informantene som har svart kan sies å representere habiliteringstjenesten

Prosjektgruppen vurderer at fordelingen av fagpersoner som har svart på spørreskjemaet stemmer godt overens med fordelingen av profesjonsgrupper i tjenestene. Samlet har omtrent halvparten av landets fagpersoner i habiliteringstjenesten deltatt og resultatene må derfor antas å reflektere hovedtrender i tjenestene. Helse Sør-Øst har en lav svarprosent og dette bør man ta hensyn til ved sammenligning av helseregioner. Det er usikkert om resultatene fra undersøkelsen gjenspeiler de tjenestene som i liten eller ingen grad har avgitt svar.

#### Hvilke konsekvenser har svarprosent og manglende svar fra enkelte tjenester for videre analyse?

Svarene fra alle ansatte er tatt med i den samlede beskrivelsen av tjenestene, bortsett fra der hvor resultatene fra ulike tjenestesteder sammenlignes. Når tjenestesteder sammenlignes benyttes kun resultatene fra de tjenestestedene som hadde en svarprosent over 50% og hvor det er flere enn 5 personer som har svart. Dette utgjør 15 tjenester. Den store variasjonen i antall informanter som har svart for tjenestesteder med svarprosent over 50% innebærer at det ikke gjennomføres signifikantesting av forskjeller mellom tjenestene. Der hvor tjenester sammenlignes vil dette gjøres ved å benytte stolpediagram.

Når vi i rapporten sammenligner helseregioner er det i stor grad tjenestene med svarprosent over 50% som sammenlignes. Bare 20,5 % av informantene er fra tjenester med en svarprosent mindre enn 50 %.

Siden det er stor variasjon i antall fagpersoner per profesjon, fra 1 til 71, er profesjoner hvor få fagpersoner har svart slått sammen. Vernepleiere er den største gruppen etterfulgt av psykologer og leger. Følgende gruppering brukes ved sammenligning av forskjeller mellom profesjoner:

- Lege (19)
- Psykolog (43)
- Vernepleier (71)
- Andre faggrupper<sup>30</sup> (58). I denne gruppen inngår pedagog, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, sosionom, barnevernspedagog og ernæringsfysiolog.

<sup>30</sup> I enkelte av figurene står det «Andre yrkesgrupper». Dette er det samme som «Andre faggrupper».

## 6. Pasienter

---

For å få en beskrivelse av de hovedgrupper av pasienter (diagnosegrupper) som mottar tjenester fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten ble informantene bedt om å svare på følgende forhold:

- A. Diagnosegrupper som mottar tjenester
- B. Omfang av henvisninger
- C. Typiske problemstillinger
- D. Omfang av pasientkontakter
- E. Ventetid, ventelister og fristbrudd

### 6.1 Diagnosegrupper som mottar tjenester

På spørsmål om det er andre hoveddiagnoser enn psykisk utviklingshemming som tjenesten har et særskilt ansvar for innenfor opptaksområdet svarer samtlige tjenester «Ja». Fire ledere viser til pasientgruppene som er beskrevet i prioriteringsveilederen for voksenhabilitering for en beskrivelse av målgruppen for tjenesten (se side 35).

Flere ledere gir uttrykk for at hoveddiagnoser i seg selv ikke alltid gir en god avgrensning. Komorbiditet, funksjonsnivå og i hvilken grad en pasient har komplisert og sammensatt funksjonsnedsettelse som er tidlig ervervet spiller også inn. Disse pasientene kommer i tillegg til de gruppene som spesifiseres i prioriteringsveilederen. Flere ledere understreker at deres tjeneste kun kan ha et delansvar for flere av gruppene i prioriteringsveilederen da ansvaret nødvendigvis må deles på flere spesialistavdelinger innenfor helseforetaket.

Ut fra lederne sine beskrivelser kan det se ut som det er en viss variasjon i hvilke diagnosegrupper tjenestene vurderer at de har et særskilt ansvar for (se tabell 6-1). Nesten alle tjenestene vurderer at de har et særskilt ansvar for personer med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse/-autismespektrumforstyrrelse. Det fremkommer ikke av resultatene hvor langt dette ansvaret strekker seg for personer med autismespektrumforstyrrelse som ikke har diagnosen psykisk utviklingshemming. Når det gjelder Cerebral parese oppgir 13 av 28 ledere at tjenesten har et særskilt ansvar overfor denne gruppen pasienter. Flere tjenester opplever også et særskilt ansvar overfor pasienter med AMC/MCC-/ryggmargsbrokk, muskelsykdommer, syndromer og sammensatt nevropsykiatrisk problematikk. Fire tjenester opplyser at de tar et spesielt ansvar for oppfølging av epilepsi i målgruppen.

To tjenester opplyser at de har utviklet et mer omfattende tilbud innenfor utredning og behandling av psykiske lidelser. Begge disse tjenestene er organisert innenfor psykisk helsevern. En tjeneste har utviklet et tilbud til personer med progredierende hjernesykdommer og en tjeneste har tilbud om spesiell oppfølging av personer som har Huntingtons sykdom.

Tabell 6-1: Oversikt over hvilke andre hoveddiagnoser enn psykisk utviklingshemming som lederne opplever at tjenestene har et særskilt ansvar overfor innenfor opptaksområdet. Prosjektgruppen ønsker å understreke at denne oversikten med stor sikkerhet ikke er fullstendig da lederne ble gitt et åpent spørsmål om hvilke grupper de opplever å ha et hovedansvar for. Hadde lederne blitt forelagt en oversikt over diagnosegrupper ville man nok fått et bedre bilde av hvilke pasientgrupper som de ulike tjenestene har et tilbud til.

Hoveddiagnoser / tilstandsbilder	Andel av tjenester som opplever et særskilt ansvar overfor diagnosegruppen
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse / Autismespekterforstyrrelse	24 av 28 tjenester
Cerebral parese	13 av 28 tjenester
AMC / MMC / ryggmargsbrokk	8 av 28 tjenester
Muskelsykdommer / nevromuskulære sykdommer	8 av 28 tjenester
Personer med komplisert og sammensatt funksjonsnedsettelse	7 av 28 tjenester
Syndromer – både med og uten utviklingshemming	6 av 28 tjenester
Tourette syndrom, ADHD, OCD	6 av 28 tjenester
Epilepsi	4 av 28 tjenester
Lærevansker uten utviklingshemming (intelligensskåre 80 – 70)	2 av 28 tjenester

## 6.2 Omfang av henvisninger som tjenestene håndterer per år.

De 28 tjenestene som besvarte lederskjemaet mottok i 2014 til sammen 4319 henvisninger og 3664 pasienter ble gitt et tilbud om tjenester (se tabell 6-2). Dette tilsvarer i gjennomsnitt ca. 12 henvisninger per årsverk fagstilling. Det er stor variasjon mellom tjenestene og antall henvisninger til hver tjeneste varierer fra 7 til 562 for 2014 (se figur 6-1). Antall henvisninger per årsverk varierer fra 2,3 til 27,3. Antall pasienter som ble gitt et tilbud i 2014 varierer fra 5 til 496 pasienter for ulike tjenester. Dette tilsvarer i gjennomsnitt ca. 10 pasienter per årsverk fagstilling.

Sammenligner man gjennomsnitt for helseregioner ser det ut som Helse Sør-Øst mottar flere henvisninger per årsverk fagperson. I Helse Vest mottar habiliteringstjenestene en relativt høy andel henvisninger per årsverk fagperson samtidig som antall henvisninger per 10 000 innbyggere ligger lavere enn for de andre helseregionene. Dette antyder at Helse vest har en lavere bemanning enn habiliteringstjenestene i de andre helseregionene.

681 henvisninger ble avvist i 2014. Dette utgjør ca. 16 % av henvisningene. Tabell 6-3 viser at andelen henvisninger som avvises ligger på 15-16 % for alle helseregioner. Det er imidlertid stor variasjon mellom de enkelte tjenestestedene, fra 2 % til 34 % (se figur 6-2). For små tjenester med få henvisninger vil hver avvist henvisning bidra til å øke/senke prosentandelen avviste henvisninger betraktelig. Prosentberegning anbefales ikke på så små tall, men benyttes her for å kunne sammenligne på tvers av tjenester.

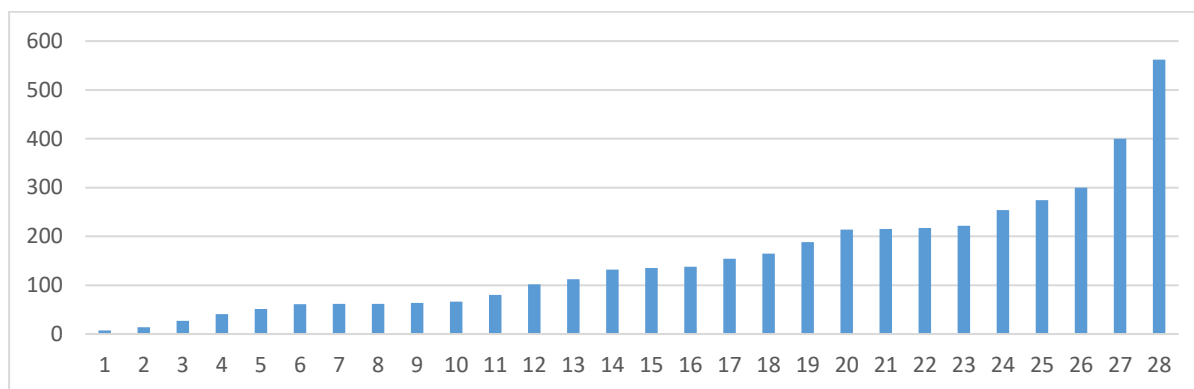
Det er viktig å understreke at variasjonen på tvers av avdelinger er større enn på tvers av helseregioner når det gjelder henvisninger per årsverk, antall henvisninger per 10 000 innbyggere og andel avviste henvisninger.



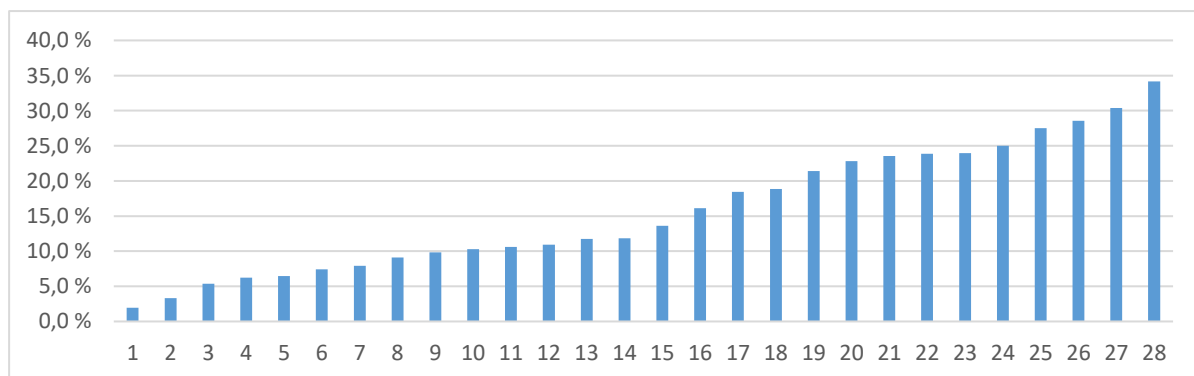
Tabell 6-2. Oversikt over henvisninger mottatt, personer som har fått tilbud og avviste henvisninger per helseregion for tjenestene som har besvart lederskjema.

Helseregion	Henvisninger mottatt 2014			Henviste personer tatt inn 2014		
	Antall	Antall henvisninger per årsverk	Antall henvisninger per 10 000 innbyggere	Antall	Antall pasienter tatt inn per årsverk	Antall gitt tilbud per 10.000 innbyggere
Helse Vest	603	10,8	5,5	511	9,1	4,7
Helse Sør-Øst	2564	15,2	8,8	2190	13,0	7,5
Helse Midt	607	9,2	8,5	513	7,8	7,2
Helse Nord	545	9,0	12,1	450	7,4	10,0
28 tjenester	4319	12,3	8,3	3664	10,5	7,1

Figur 6-1: Antall henvisninger for ulike tjenester (sortert i stigende rekkefølge). Figuren viser den store variasjonen det er i antall henvisninger per år for de ulike tjenestene.



Figur 6-2: Oversikt andel avviste henvisninger for de ulike tjenestene (sortert i stigende rekkefølge).



Tabell 6-3: Oversikt over avviste henvisninger.

Helseregion	Avviste henvisninger 2014			
	Antall	Andel av antall henvisninger	Årsverk fagstillinger 2015	Pasient-grunnlag (SSB 2016)
Helse Vest	92	15,3 %	55,9	1 096 202
Helse Sør-Øst	401	15,6 %	168,2	2 912 214
Helse Midt	98	16,1 %	65,7	715 059
Helse Nord	90	16,5 %	60,8	450 828
28 tjenester	681	15,8 %	350,6 <sup>31</sup>	5 174 303

### 6.3 Typiske problemstillinger

For å identifisere hvilke problemstillinger tjenestene hjelper pasienter, pårørende og kommunale tjenester med ble de ansatte bedt om å beskrive hvilke problemstillinger de hadde arbeidet med i sine fem siste pasientsaker. 191 fagpersoner har oppgitt hvilke problemstillinger de har arbeidet med i 923 pasientsaker. Tabell 6-4 gir en oversikt over de problemstillingene som oftest ble nevnt av fagpersonene. De hyppigst forekommende problemstillingene som fagpersonene arbeider med er:

1. Utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd (19,2%). 46,1% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.
2. Utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov (17,3%). 47,6% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.
3. Arbeid knyttet til lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kapittel 9 (12,2%). 34,6% av de ansatte rapporterte å arbeide med denne problemstillingen.

I figur 6-3 og tabell 6-5 er det gjort en sammenligning på tvers av helseregioner for de problemstillingene som omfatter mer enn 5% av de 923 pasientsakene. Helseregionene sammenlignes her med utgangspunkt i andelen av pasienter i helseregionensom som får hjelp med ulike typer problemstillinger. Når man på denne måten sammenligner fordelingen av problemstillinger innenfor hver helseregion kan det se ut som om det er noen forskjeller mellom helseregionene i forhold til hvor ofte de ulike problemstillingene forekommer<sup>32</sup>:

1. I Helse Vest ser det ut til at problemstillingen utredning av kognitiv funksjon og vurdering av bistandsbehov forekommer oftere enn i de andre helseregionene<sup>33</sup>. Det ser og ut til at fagpersonene i Helse Vest arbeider mer med problemstillinger som omhandler utredning av psykisk lidelse enn Helse Sør-Øst og Helse Midt.
2. Helse Sør-Øst ser ut til å oftere arbeide med problemstillinger rettet mot utfordrende atferd enn de andre helseregionene.

<sup>31</sup> Ubesatte stillinger fratrukket.

<sup>32</sup> Statistisk signifikans ble ikke beregnet da dataene ikke egnet seg for statistisk analyse.

<sup>33</sup> Husk at når vi sier «oftere» så menes ikke antall saker, men sett i forhold til forekomsten av andre problemstillinger i helseregionen. Det vil si at andelen pasienter som har denne problemstillingen er høyere i denne helseregionen enn i de andre helseregionene.

3. I Helse Midt ser det ut til at problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9, forekommer relativt sett sjeldnere enn i de andre helseregionene. Videre ser det ut til at Helse Midt har høyere forekomst av problemstillinger rettet inn mot etablering av tjenester og bistand til å flytte inn i egen bolig enn det gjøres i Helse Vest.
4. Helse Nord ser ut til å relativt sett ha en høyere andel problemstillinger rettet mot medisinsk utredning og behandling enn de andre helseregionene, samt høyere andel av utredning av autismespekterforstyrrelser enn i Helse Vest og Helse Midt. Videre ser det ut til at forekomsten av problemstillinger knyttet til etablering av tjenester og bistand til å flytte inn i egen bolig er høyere enn i Helse Vest.

*Tabell 6-4: Oversikt over typiske problemstillinger tjenesten arbeidet med i 2015. Det oppsummeres hvor mange ganger temaet nevnes som en del av problemstillingen. NB! Husk at dette ikke blir 100% da flere problemstillinger kan være aktuelle i samme pasientsak. Se vedlegg A for en mer detaljert oversikt over problemstillinger.*

Hovedproblemstillinger beskrevet av fagpersonene i sine 5 siste pasientsaker	Antall pasienter <sup>34</sup> med denne problemstillingen	Andel av 923 pasienter	Andel av 191 fagpersoner som arbeidet med denne problemstillingen
Utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd	177	19,2 %	46,1 %
Utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov	160	17,3 %	47,6 %
Arbeid knyttet til lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kapittel 9	113	12,2 %	34,6 %
Etablering av tjenester og bistand til pasienten for å flytte (særlig hjemmefra)	78	8,5 %	28,3 %
Medisinsk utredning, behandling og oppfølging	78	8,5 %	17,3 %
Utredning av psykisk lidelse	68	7,4 %	22,0 %
Miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging	62	6,7 %	18,3 %
Psykoedukasjon	55	6,0 %	21,5 %
Utredning av autismespekterforstyrrelse	52	5,6 %	17,3 %
Behandling av psykisk lidelse (ikke behandling for utviklingshemming og autismespekterforstyrrelse)	45	4,9 %	12,0 %

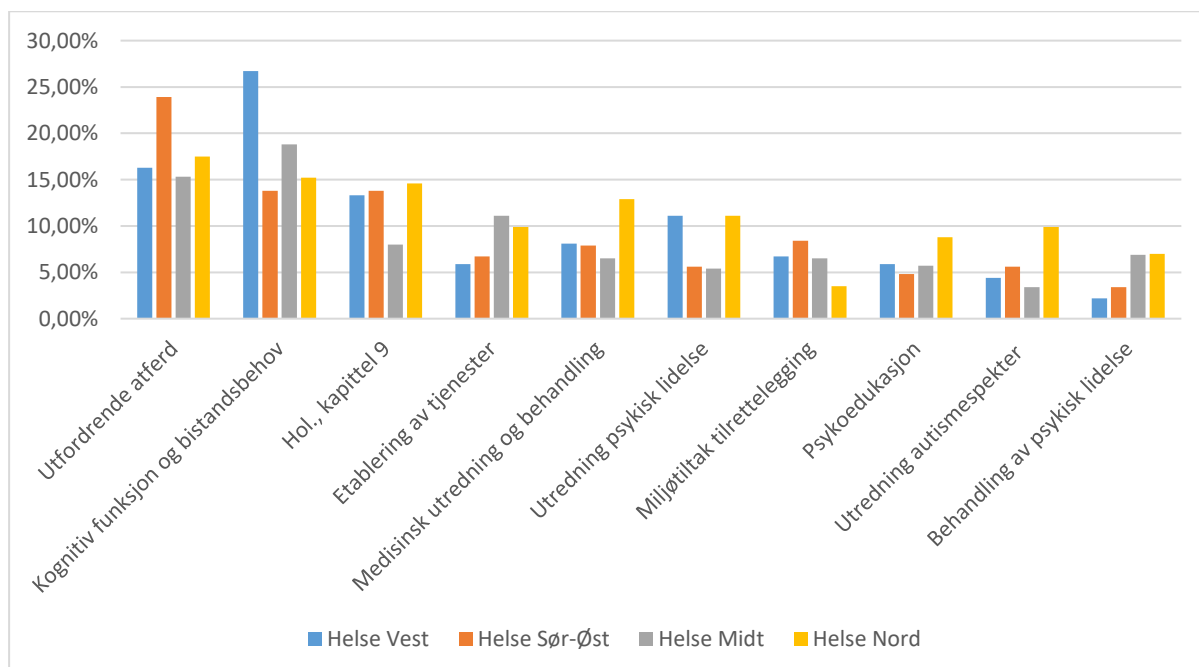
<sup>34</sup> Siden fagpersoner i habiliteringstjenesten ofte samarbeider overfor enkeltpasienter vil det faktiske antallet pasienter være lavere enn 923 da flere fagpersoner kan henvise til samme pasient. Tabellen gir derfor ikke nødvendigvis et helt riktig bilde av fordelingen av problemstillinger som henvises til habiliteringstjenestene for voksne.

Hovedproblemstillinger beskrevet av fagpersonene i sine 5 siste pasientsaker	Antall pasienter <sup>34</sup> med denne problemstillingen	Andel av 923 pasienter	Andel av 191 fagpersoner som arbeidet med denne problemstillingen
Systemarbeid mot tjenesteapparatet	34	3,7 %	13,1 %
Diagnostisering	33	3,6 %	7,9 %
Generell forespørsel om utredning	31	3,4 %	11,0 %
Utredning, behandling og veiledning i forhold til seksualitet	29	3,1 %	9,4 %
Utredning av diagnosen psykisk utviklingshemming	28	3,0 %	8,9 %
Utredning, behandling og veiledning i forhold til sitteproblematikk, motorisk funksjon og tilpasning/valg av tekniske hjelpemidler	28	3,0 %	6,3 %
Samtalebasert behandling og oppfølging	25	2,7 %	11,0 %
Utredning, trening og veiledning i forhold til språk og kommunikasjon	25	2,7 %	8,9 %
Støttesamtaler	18	2,0 %	7,3 %
Undervisning av tjenesteytere og pårørende	15	1,6 %	5,8 %
Veiledning i forbindelse med skolegang	14	1,5 %	7,3 %
Veiledning i forbindelse med arbeid/NAV	14	1,5 %	5,8 %
Utredning, behandling og veiledning i forhold til aldring og demens	13	1,4 %	6,3 %
Førerkortvurdering	13	1,4 %	3,1 %
Utredning, behandling og veiledning i forhold til spiseproblematikk, vekt og ernæring/kosthold	12	1,3 %	4,2 %
Tiltak rettet mot trening og opplæring av pasienten	7	0,8 %	3,7 %

Tabell 6-5: Andel av pasientenes problemstillinger på tvers av helseregion<sup>35</sup>.

Hovedproblemstillinger beskrevet av fagpersonene i sine 5 siste pasientsaker	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Helse Midt	Helse Nord
Utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd	16,3 %	23,9 %	15,3 %	17,5 %
Utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov	26,7 %	13,8 %	18,8 %	15,2 %
Arbeid knyttet til lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kapittel 9	13,3 %	13,8 %	8,0 %	14,6 %
Etablering av tjenester og bistand til pasienten for å flytte (særlig hjemmefra)	5,9 %	6,7 %	11,1 %	9,9 %
Medisinsk utredning, behandling og oppfølging	8,1 %	7,9 %	6,5 %	12,9 %
Utredning av psykisk lidelse	11,1 %	5,6 %	5,4 %	11,1 %
Miljøtiltak og tilrettelegging	6,7 %	8,4 %	6,5 %	3,5 %
Psykoedukasjon	5,9 %	4,8 %	5,7 %	8,8 %
Utredning av autismespekterforstyrrelse	4,4 %	5,6 %	3,4 %	9,9 %
Behandling av psykisk lidelse (ikke behandling for utviklingshemming og autismespekterforstyrrelse)	2,2 %	3,4 %	6,9 %	7,0 %
Antall fagpersoner som svarte i helseregionen	28	74	53	36
Antall pasienter	135	356	261	171

Figur 6-3: Oversikt over andel av hovedproblemstillinger de ulike pasientene som fagpersonene i tjenestene arbeider med sammenlignet på tvers av helseregion.

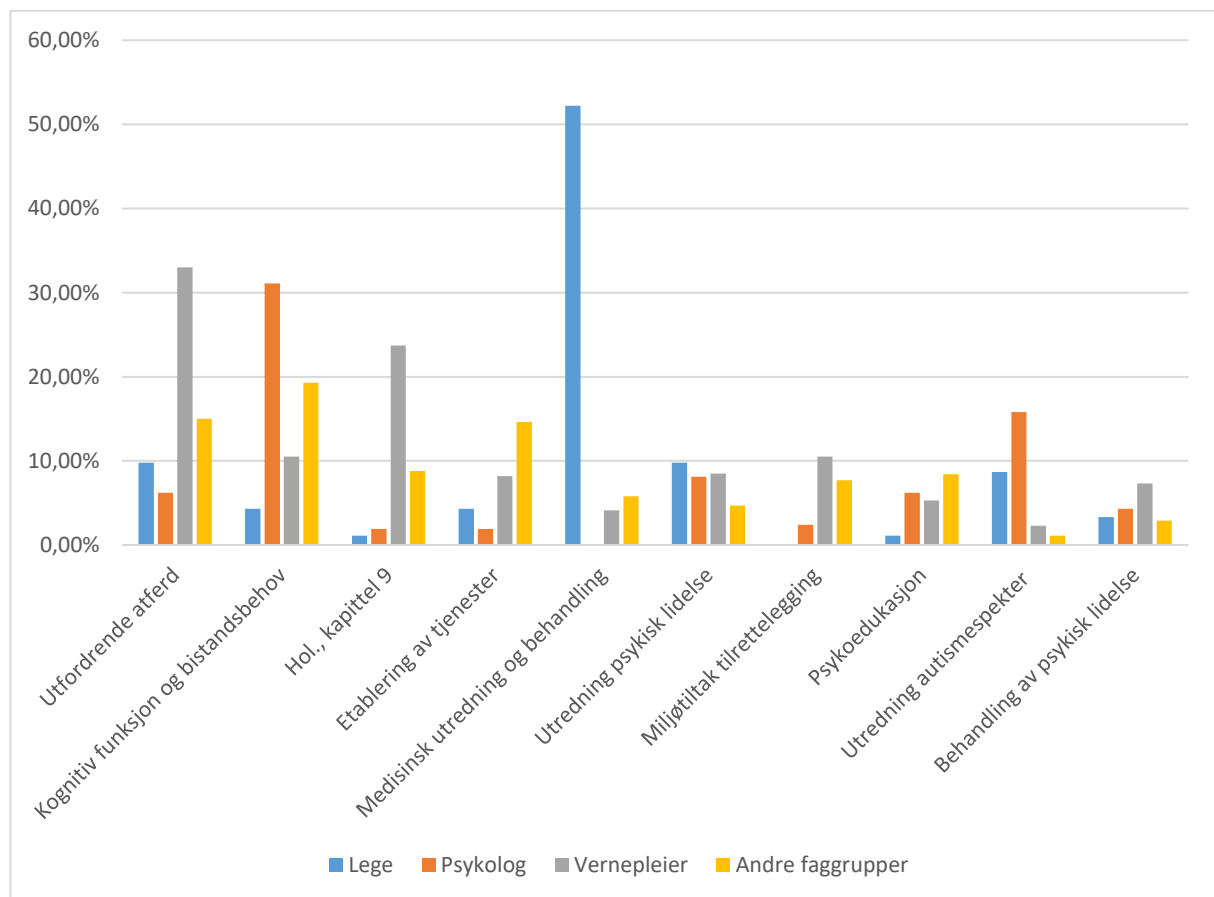


<sup>35</sup> For eksempel arbeidet fagpersonene med «utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov» i 26,7 % av 135 pasientsaker i Helse Vest.

Tabell 6-6: Andel av pasientenes problemstillinger på tvers av profesjoner.

Hovedproblemstillinger beskrevet av fagpersonene i sine 5 siste pasientsaker	Lege	Psykolog	Vernepleier	Andre faggrupper
Utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd	9,8 %	6,2 %	33,0 %	15,0 %
Utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov	4,3 %	31,1 %	10,5 %	19,3 %
Arbeid knyttet til lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kapittel 9	1,1 %	1,9 %	23,7 %	8,8 %
Etablering av tjenester og bistand til pasienten for å flytte (særlig hjemmefra)	4,3 %	1,9 %	8,2 %	14,6 %
Medisinsk utredning, behandling og oppfølging	52,2 %	0,0 %	4,1 %	5,8 %
Utredning av psykisk lidelse	9,8 %	8,1 %	8,5 %	4,7 %
Miljøtiltak og tilrettelegging	0,0 %	2,4 %	10,5 %	7,7 %
Psykoedukasjon	1,1 %	6,2 %	5,3 %	8,4 %
Utredning av autismespekterforstyrrelse	8,7 %	15,8 %	2,3 %	1,1 %
Behandling av psykisk lidelse (ikke behandling for utviklingshemming og autismespekterforstyrrelse)	3,3 %	4,3 %	7,3 %	2,9 %
Antall fagpersoner som svarte i helseregionen	19	43	71	56
Antall pasienter	92	209	342	274

Figur 6-4: Oversikt over andel av hovedproblemstillinger de ulike pasientene som fagpersonene i tjenestene arbeider med sammenlignet på tvers av profesjoner.



På samme måte kan vi sammenligne profesjonsgruppene med utgangspunkt i andelen pasienter med ulike typer av problemstillinger som profesjonene arbeider med (se tabell 6-6 og figur 6-4). Sammenligningen antyder da følgende forskjeller mellom profesjonene:

1. For legene er andelen problemstillinger som omhandler medisinsk utredning og behandling over 50 %. Det er i hovedsak legene som arbeider med dette, med noe støtte fra gruppen andre faggrupper og vernepleiere. Andre problemstillinger som synes å være vanlige for legene er utredning av psykisk lidelse, utredning av autismespekterforstyrrelse og utfordrende atferd. Legene synes å i liten grad være involvert i problemstillinger rettet inn mot miljøtiltak og tilrettelegging, samt lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9.
2. Psykologene har høyest forekomst av problemstillinger rettet mot utredning av kognitiv funksjon og bistandsbehov, samt utredning av autismespekterforstyrrelse sammenlignet med de andre profesjonene. Psykologene er den profesjonen som har lavest forekomst av problemstillinger knyttet til utfordrende atferd og ser ut til å i liten grad arbeide med problemstillinger knyttet til miljøtiltak og tilrettelegging, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9 og etablering av tjenestetilbud.
3. Vernepleierne er den profesjonen som har høyest forekomst av problemstillinger relatert til utfordrende atferd og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9. Dette er også den profesjonen som har høyest andel av problemstillinger som innebærer miljøtiltak, tilrettelegging og behandling av psykisk lidelse. Vernepleierne arbeider i liten grad med problemstillinger knyttet til utredning av autismespekterforstyrrelser.
4. Gruppen «Andre faggrupper» ser ut til å i stor grad arbeide med problemstillinger rettet inn mot utredning av kognitiv funksjon og adaptive ferdigheter, utfordrende atferd og etablering av tjenester. Sammenlignet med de andre profesjonene ligger denne gruppen nest høyest på i forhold til mange problemstillinger. Dette antas å reflektere det faktum at gruppen er sammensatt av mange ulike profesjoner som nok har noe ulike «profiler» når det gjelder problemstillinger.

## 6.4 Omfang av pasientkontakter per år

Lederne ble bedt om å beskrive hvordan de ulike tjenestene definerte «pasientkontakt» med tanke på registrering. Når det gjelder definisjon av hva som regnes som en kontakt fremkommer følgende variasjoner mellom tjenestene (se også tabell 6-7):

1. Tjenesten teller direkte kontakter, indirekte kontakter og telefonkontakter.
2. Tjenesten teller direkte og indirekte pasientkontakter.
3. Tjenesten teller direkte pasientkontakter (indirekte kontakter er ikke tatt med).
4. Tjenesten teller kun kontakter hvor tjenesten mottar refusjon.
5. Tjenesten benytter spesielle ordninger hvor det totale antall kontakter som oppgis er uttrykk for en vektet oppsummering. Det betyr at aktivitetsnivået er høyere enn det som fremkommer i antall kontakter, for eksempel ved at tre telefonsamtaler tilsvarer en kontakt.
6. Ut fra ledernes beskrivelser kan det synes som flesteparten av tjenestene følger en praksis i overensstemmelse med punkt 1.

Enkelte ledere informerte om at tjenesten holder på å ta i bruk nye systemer, eller nylig er slått sammen med nye enheter/avdelinger, noe som gjør at tallene for antall kontakter er usikre. Andre tjenester opplyser at antall konsultasjoner inngår i registrering gjort i andre overordnede/-samarbeidende enheter/avdelinger og at det derfor er vanskelig å skille ut hvilke kontakter som gjelder voksenhabilitering. Det samme gjelder for tjenester hvor habilitering av barn og voksne er en og samme tjeneste.

Ut fra definisjonene synes det likevel som praksisen er forholdsvis lik på tvers av mange tjenester og mange av tjenestene opplyser at antall konsultasjoner rapporteres gjennom bruk av det elektroniske pasientjournalssystemet. Det ser ut til å være enighet blant de fleste habiliteringstjenestene om at tjenesten kun registrerer en konsultasjon per dag selv om det kan være flere møter og aktiviteter knyttet til pasienten i løpet av dagen. Interne samarbeidsmøter og tid til dokumentasjon og uttalelser telles normalt ikke.

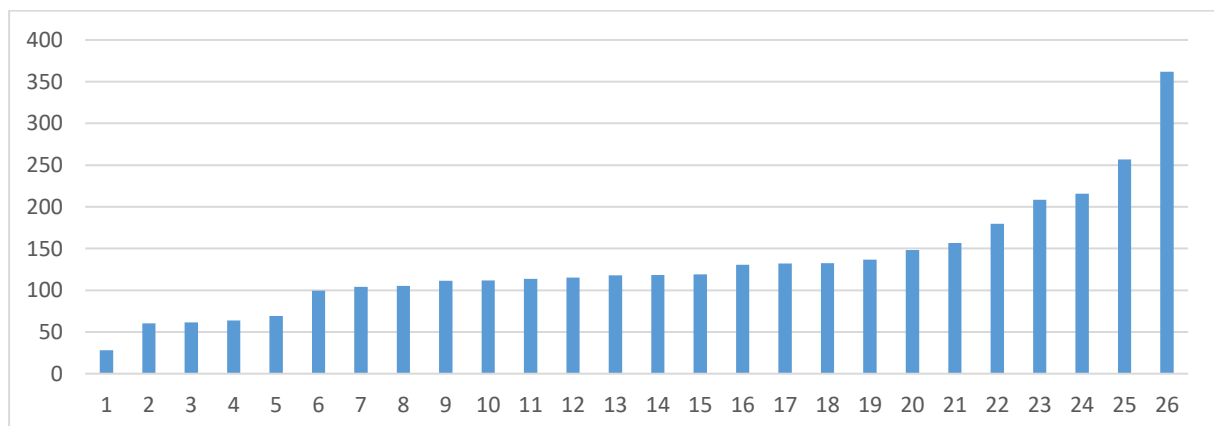
I løpet av 2014 gjennomførte 26 av 29 tjenester 42 934 kontakter i arbeid med henviste pasienter. Dette innebærer at det i gjennomsnitt ble utført 125 kontakter per årsverk fagstilling. Antall årsverk fagstilling oppgitt av leder er benyttet i beregningen av dette gjennomsnittet og det er ikke tatt hensyn til vakante stillinger eller om tjenesten har en døgnavdeling. Antall kontakter er delt på antall årsverk fagstillinger i tjenesten. Tid som går med til forskning, fagutvikling, reisetid, opprettholdelse av kompetanse m.m. er da ikke medregnet. Tallene må derfor anses å være et grovt estimat.

Som det fremgår av figur 6-5 er det svært stor variasjon mellom tjenestene i forhold til antall kontakter per årsverk fagstilling. Antall kontakter per årsverk varierer fra 28 til 362 for de 26 tjenestene som har oppgitt antall kontakter. Den store variasjonen tyder på at det er ulikheter i hvordan tjenestene teller/registrerer kontakter. Under registreringen kom det også frem at enkelte

Tabell 6-7. Definisjon av ulike type kontakter.

Type kontakt	Definisjon
Direkte kontakt	Pasienten er tilstede under konsultasjonen (fysisk eller per telefon).
Indirekte kontakt	Pasienten er ikke tilstede under konsultasjonen. For eksempel møter med pårørende, verge eller kommunen om pasienten.
Telefonkontakt	Dersom samtalen er av en viss varighet og av en slik art at det skal registreres journalnotat. Telefoner med formål om avklaring/organisering av møte eller veiledning telles ikke.

Figur 6-5: Antall kontakter per årsverk for de ulike tjenestene (sortert i stigende rekkefølge).





tjenester bare har sendt inn et grovt estimat av kontakter, andre har rapportert antall kontakter som gjelder for hele avdelingen selv om tjenesten bare er en seksjon, og for avdelinger som har ansvar for både barn og voksne blir det vanskelig å skille ut hvilke kontakter som omfatter virksomheten knyttet til voksne pasienter.

Usikkerheten knyttet til kvaliteten på dataene og den store variasjonen mellom de enkelte tjenestene gjør at det er lite hensiktsmessig å sammenligne på tvers av helseregioner. Over halvparten av tjenestene (14 av 26) har fra 100 til 137 kontakter per årsverk fagstilling.

Det er viktig å huske på at antall kontakter ikke er en god indikator på den samlede aktiviteten ved habiliteringstjenestene. Antall kontakter er et underestimat av antall kontakter som gjennomføres da tjenesten i stor grad arbeider tverrfaglig og ofte gjennomfører flere kontakter på samme dag, eventuelt med fagpersoner som ikke utløser takst/refusjon. I tillegg gjennomfører fagpersonene i tjenestene mange nødvendige arbeidsoppgaver som er tidkrevende under forberedelse til kontakter, opplæring av tjenesteytere i kommunen og i samarbeid med kommune og andre instanser. Denne aktiviteten opptar en stor del av arbeidstiden, blir svært ofte ikke registrert og kan heller ikke registreres i de systemene som brukes.

## 6.5 Ventelister og fristbrudd

Av 26 tjenester opplyser 11 at de ikke har noen pasienter på venteliste, 14 tjenester har under 50 pasienter på venteliste og 2 tjenester har en venteliste på over 100 pasienter (se tabell 6-8). I gjennomsnitt er det 26 pasienter per tjeneste på venteliste, men som det fremgår av tabell 6-8 og 6-9 er det store variasjoner mellom tjenestene og mellom helseregioner. Flere tjenester opplyser at de ikke har tall for venteliste eller at de ikke beregner venteliste da alle pasienter får time innen behandlingsfrist.

Det fremkommer i svarene fra lederne at tjenestene har ulik praksis for beregning av hva som regnes som ventelistepasienter. Det hefter derfor svært stor usikkerhet ved disse tallene, men det kan likevel se ut som om det er færrest pasienter på venteliste i Helse Nord. Deretter følger Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst. En av tjenestene i Helse Sør-Øst har en venteliste som er nesten 2,5 ganger så lang som den nest lengste ventelisten. Fjerner man den ene tjenesten i Helse Sør-Øst blir gjennomsnittlig antall pasienter på venteliste i Helse Sør-Øst liggende like i overkant av tallene for Helse Vest.

Følgende ulike definisjoner av ventelistepasienter blir beskrevet av lederne:

1. Antall henviste pasienter som venter på første time (oppstart helsehjelp). Dette er data vi får fra sykehuset basert på registrering og behandling av henvisninger i det elektroniske pasientjournalssystemet.
2. Antall pasienter som venter på time ut fra vurderingsdato.
3. Antall pasienter/henvisninger som frem i tid ikke er satt opp til første time. De som venter på oppstart frem i tid, men har fått time er ikke med.
4. Pasienter som venter på oppstart av nyhenvist sak og pasienter som venter på ny time uten at tidspunkt er fastsatt, utgjør ventelistepasienter.

## Ventetid

Lederne ble bedt om å oppgi gjennomsnittlig ventetid (antall dager) per 01.07.15, samt beskrive hvordan de beregner ventetid. Av de tjenestene som beskriver hvordan de beregner ventetid ser det ut til å være enighet om følgende definisjon: «Ventetid = Tiden fra henvisning er mottatt til første kontakt er gjennomført (ikke behandling)».

Enkelte tjenester skiller mellom første kontakt etter nye henvisning og kontroller. Her ser det ut til å være noe ulik praksis, men flere tjenester opplyser at de henter tallene ut fra det elektroniske pasientjournalssystemet.

Benyttes definisjonen over vil det ikke være mulig å ha en ventetid på 0 dager og de tjenestene som opplyser at de har en ventetid på 0 dager antas derfor å benytte en annen definisjon av ventetid. Dersom man beregner ventetiden uten å ta med disse 8 tjenestene, dvs. for 20 av Norges 29 tjenester, får man tallene som er vist i tabell 6-9, kolonne 2. Dette kan tyde på at gjennomsnittlig ventetid fra henvisning er mottatt fremt til første konsultasjon er omtrent 58 dager for hele tjenesten samlet. Når man sammenligner helseregionene viser resultatene at pasientene i Helse Midt og Helse Nord må vente omtrent 50 dager, mens pasienter i Helse Vest og Helse Sør-Øst må vente omtrent 65 dager. Det må tas forbehold om at de tjenestene som har angitt ventetid også har benyttet noe forskjellige definisjoner. Resultatet må derfor anses å være et grovt estimat.

Tabell 6-8: Oversikt over ventetid, antall pasienter på venteliste og antall fristbrudd.

Ventetid Antall dager	Antall tjenester	Antall pasienter på venteliste 010715	Antall tjenester	Antall fristbrudd 2014	Antall tjenester
0 dager	8	0 pasienter	11	0 fristbrudd	13
1-50 dager	9	1-10 pasienter	3	1-5 fristbrudd	13
51-90 dager	11	11-25 pasienter	6	6-10 fristbrudd	2
Sum	28	26-50 pasienter	5	Sum	28
		Over 50 pasienter	2		
		Sum	27		
		Ikke oppgitt	1		

Tabell 6-9: Oversikt over ventetid og fristbrudd. To av tjenestene i Helse Sør-Øst hadde et svært høyt antall pasienter på venteliste. Tallene i parentes angir antall pasienter og gjennomsnitt per tjeneste når disse to tjenestene er ekskludert<sup>36</sup>.

Helseregion	Gjennomsnittlig ventetid per 010715	Antall pasienter på venteliste per 010715	Gjennomsnittlig antall pasienter på venteliste per tjeneste	Antall fristbrudd per 010715	Gjennomsnittlig ant. fristbrudd per tjeneste
Helse Vest	65,7	110	27,5	1,0	0,3
Helse Sør-Øst	64,1	523 (133)	58,1 (19)	30,0	3,0
Helse Midt	52,5	54	13,5	4,0	1,0
Helse Nord	49,4	23	2,3	12,0	1,2
Norge	58,4	710	26,3	47,0	1,7

<sup>36</sup> Gjennomsnittet gjelder for syv tjenester. En tjeneste hadde ikke oppgitt tall for pasienter på venteliste.

## Fristbrudd

Av de 28 tjenestene som har besvart skjemaet opplyser nesten halvparten at de ikke hadde noen fristbrudd i 2014. Totalt var det 43 fristbrudd fordelt på 15 tjenester, men bare to tjenester hadde mer enn 6 fristbrudd. Det ser ut til at Helse Sør-Øst har flest antall fristbrudd sammenlignet med de andre helseregionene, men det er stor variasjon mellom tjenestene.

De 15 tjenestene som hadde fristbrudd oppgir følgende årsaker til fristbrudd:

- Manglende kapasitet (syv tjenester). Manglende kapasitet begrunnes i at det ikke var noen behandler ledig, for få behandlere eller fravær/sykdom hos behandlere.
- Registreringsfeil (seks tjenester). Dette skyldes manglende føring av behandlingslapper, sykdom hos registreringsansvarlig, kodefeil, at behandler starter saken uten å sette oppstartsdato eller at tidligere behandling/sak ikke var avsluttet.
- Pasienten hadde fått vedtaksbrev med frist, men HAVO hadde ikke klart å få pasienten inn til utredning innen fristen.
- Pasienten hadde fristbrudd når vedkommende ble viderehenvist fra annen avdeling.
- For dårlig kvalitetssikring.

## 7. Arbeidsprosess

---

Generelle pasientforløp innenfor voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten baserer seg i hovedsak på å arbeide målrettet over avgrensede tidsperioder basert på henvisninger fra førstelinjen. Henvisningene kommer i hovedsak fra fastlege eller andre deler av spesialisthelsetjenesten. Bistanden som ytes til pasienten kan være kort- eller langvarig. Det er ikke uvanlig at enkelte pasientforløp kan ta mange år fra første henvisning til avslutning. Enkelte habiliteringstjenester har også en praksis hvor noen saker ikke avsluttes, eksempelvis henvisninger som omhandler problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9. Det samme er tilfellet for pasienter som kommer til løpende kontroller ved tjenestene.

Hvordan tjenestene arbeider vil bli beskrevet ut fra følgende tema:

- A. Antall pasientsaker hver enkelt fagperson har ansvar for å følge opp
- B. Type kontakter
- C. Aktiviteter som utføres i kontaktene.
- D. Samarbeid mellom profesjoner.
- E. I hvilken grad de ansatte vurderer at de har en kunnskapsbasert praksis.
- F. Utredninger og behandling som gjennomføres.
- G. Forhold som bidrar til å hindre mer effektiv pasientflyt.

### 7.1 Antall pasientsaker hver enkelt fagperson har ansvar for å følge opp

Fagpersonene ble spurt om å angi hvor mange pasientsaker de var involvert i, og hvor mange pasientsaker hvor de var hovedansvarlig. Flesteparten av fagpersonene opplyste at de var involvert i fra 11-20 pasientsaker (se figur 7-1). 35% av fagpersonene er involvert i mer enn 31 pasientsaker. Fem personer var involvert i mellom 70-100 pasienter, og 6 personer var involvert i over 100 saker.

Sammenlignes helseregionene kan det se ut som fagpersonene i Helse Nord er involvert i færre pasientsaker<sup>37</sup> og at fagpersoner i Helse Vest er involvert i flere pasientsaker<sup>38</sup> enn fagpersoner i de andre helseregionene (se figur 7-2). Enkeltpersoner i helseregionen er involvert i et stort antall saker, men samlet for regionen ser det ut som om antallet pasientsaker er lavere per fagperson.

11 av 18 leger vurderte at de var involvert i over 40 pasientsaker, mens 12 av 17 definerer at de har hovedansvar for 20 eller færre pasientsaker. Legene er involvert i signifikant flere saker enn psykologer og andre faggrupper<sup>39</sup> (se figur 7-3). Andelen psykologer som er involvert i 21-30 pasientsaker er også høyere enn for de andre profesjonene, men færre psykologer er involvert i over 30 pasientsaker. Det er imidlertid svært stor variasjon innenfor den enkelte profesjon, også innenfor samme tjeneste, hvor det er enkeltpersoner som er involvert i svært mange pasientsaker.

---

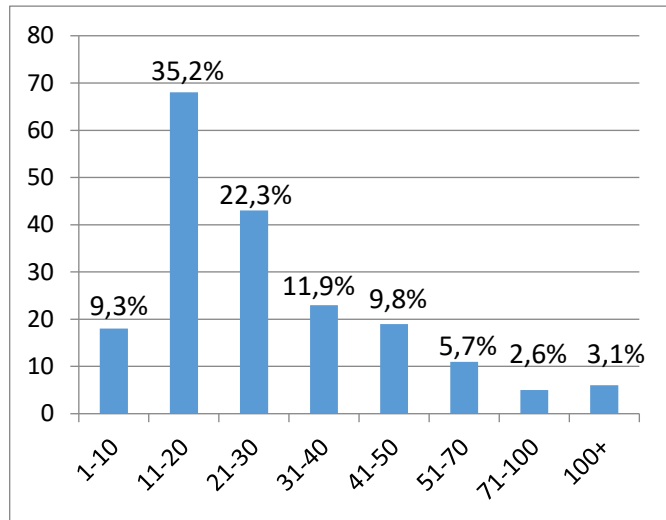
<sup>37</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 19,708, p = 0.000$ ).

For å kunne beregne gjennomsnittlig antall saker for hver fagperson i en sammenligning mellom profesjoner, helseregion og kjønn ble variabelen omkodet ved å benytte midtpunktet i hvert intervall.

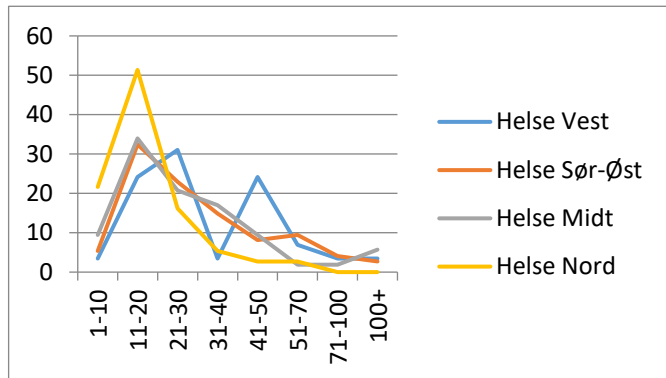
<sup>38</sup> Ikke signifikant forskjell.

<sup>39</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,548, p = 0.014$ )

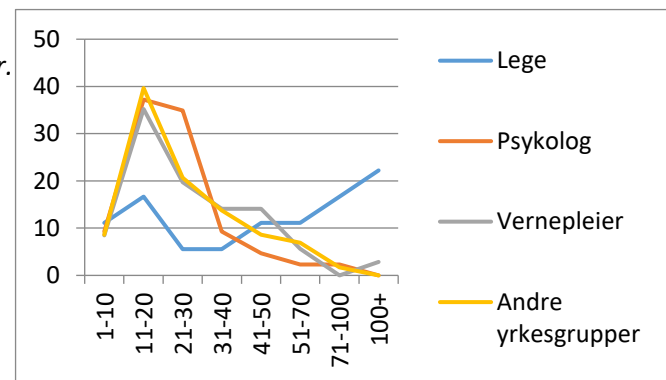
Figur 7-1: Histogram som viser hvor mange pasientsaker fagpersonene er involvert i. X-aksen viser antall fagpersoner og y-aksen viser antall pasientsaker. Tallet på toppen av hver stolpe angir andelen av fagpersoner (av 193) som har krysset av for dette alternativet.



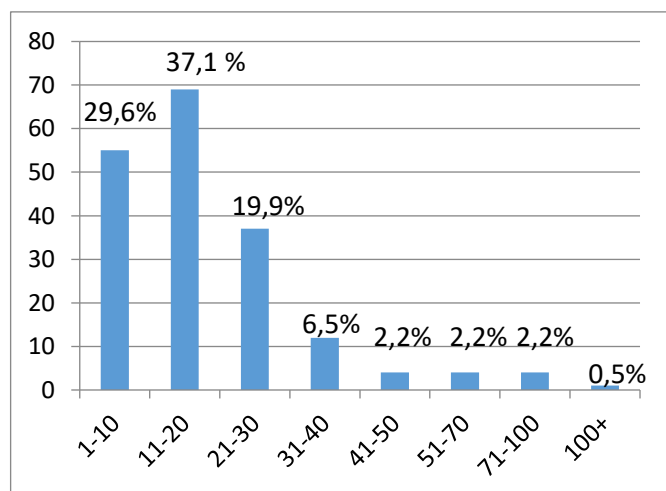
Figur 7-2: Oversikt over pasientsaker som fagpersoner er involvert i per helseregion. Y-aksen angir andel av saker (%)



Figur 7-3: Oversikt over pasientsaker som fagpersoner er involvert i for ulike profesjoner. Y-aksen angir andel av saker (%).



Figur 7-4: Histogram som viser hvor mange pasientsaker fagpersonene har hovedansvar for. X-aksen viser antall fagpersoner og y-aksen viser antall pasientsaker. Tallet på toppen av hver stolpe angir andelen av fagpersoner (av 186) som har krysset av for dette alternativet.



De fleste fagpersonene angir at de er hovedansvarlig for 11-20 pasientsaker og bare 13,6 % av fagpersonene vurderer at de har hovedansvar for å følge opp mer enn 30 pasienter (se figur 7-4). Det er 9 personer som opplyser at de har hovedansvar for over 50 pasienter. Dette er 3 leger, 2 psykologer, 2 vernepleiere, 1 fysioterapeut og 1 ergoterapeut. Fire fagpersoner oppgir å være hovedansvarlig for mellom 71 og 100 pasienter, mens en person oppgir å være hovedansvarlig for over 100 pasienter.

Fagpersonene i Helse Nord oppgir at de er hovedansvarlig for færre pasientsaker enn i andre helseregioner. Den største forskjellen finnes mellom Helse Nord og Helse Vest/Helse Sør-Øst, men forskjellen mellom regionene er ikke signifikant

Innenfor det enkelte tjenestested kan det være stor variasjon i antall pasientsaker den enkelte fagperson er involvert i og/eller har hovedansvar for. Noe av forskjellene kan kanskje skyldes ulik arbeidspraksis, at tjenestestedet har en praksis hvor man venter lenge/er raske med å avslutte pasientsaker eller at mye tid går med til reisevirksomhet.

## 7.2 Type kontakter

For å få en oversikt over i hvilken grad tjenestenes kontakter er preget av direkte pasientkontakt, møtevirksomhet, telefonkontakter eller intern drøfting ble fagpersonene bedt om å angi type kontakt for sine siste 10 kontakter. 151 fagpersoner oppga 10 kontakter noe som gir et utvalg på 1510 kontakter. Fagpersoner som hadde oppgitt færre eller flere enn 10 kontakter ble ekskludert.

For de 1510 kontaktene har fagpersonene et direkte møte med pasient i 39,0% av kontaktene (se tabell 7-1). Av disse direkte møtene skjer 39,6% som ambulante kontakter. Møtevirksomhet med hjelpeapparat/pårørende uten pasient utgjør 30,5% av kontaktene, hvorav 75,9% av disse møtene skjer ambulant. Hovedtyngden av den direkte pasientkontakten skjer poliklinisk, mens møtevirksomheten i hovedsak ser ut til å foregå ambulant. Telefonkontakter og intern drøfting utgjør henholdsvis 17,4% og 11,5% av kontaktene. Svært lite direkte pasientkontakt skjer via videomøter. Resultatene viser at tjenestene bruker en stor del av sine ressurser på arbeid rettet mot nærpasienter og systemer rundt pasientene.

Tjenestene bruker i liten grad video til møte med pasienter og gjennomføring av møter. I kategorien annet inngår blant annet korrespondanse per e-post, innleggelse ved egen avdeling/opphold på døgnavdeling, poliklinikk på andre sykehus/DPS i fylket, undervisning for tjenesteytere, møte med hjelpeapparat og pårørende, LMS-kurs, undervisning pasientgruppe, gruppebasert tilbud og planlegging av bolig for unge funksjonshemmede.

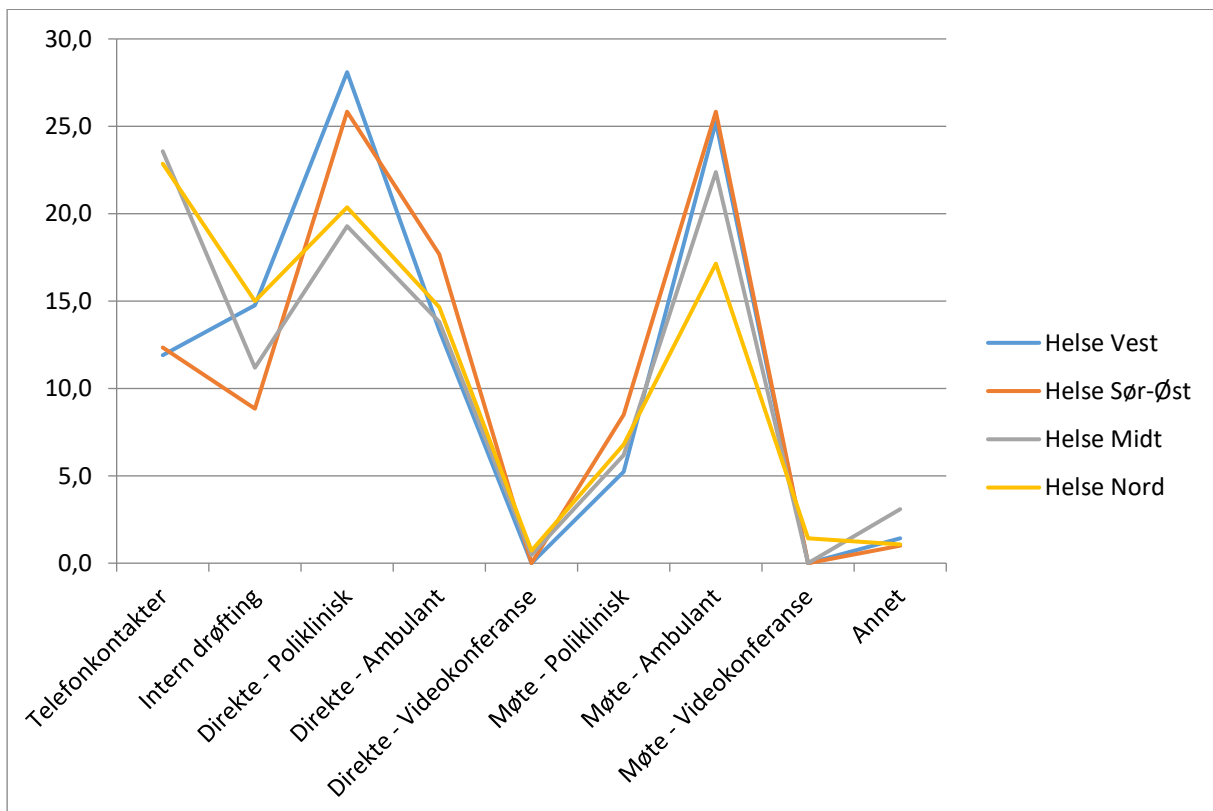
Det synes å være store likhetstrekk mellom bruk av ulike kontakttyper på tvers av alle helseregioner (se figur 7-5). Helse Nord og Helse Midt ser ut til å ha en større andel telefonkontakter. Helse Nord og Helse Vest ser også ut til å i større grad benytte seg av interne drøftinger. Helse Vest og Helse Sør-Øst synes å ha en større andel direkte polikliniske kontakter, mens Helse Nord ser ut til å ha en mindre andel ambulante møter enn de andre helseregionene.

Tabell 7-1: Oversikt over fordeling av typer kontakter.

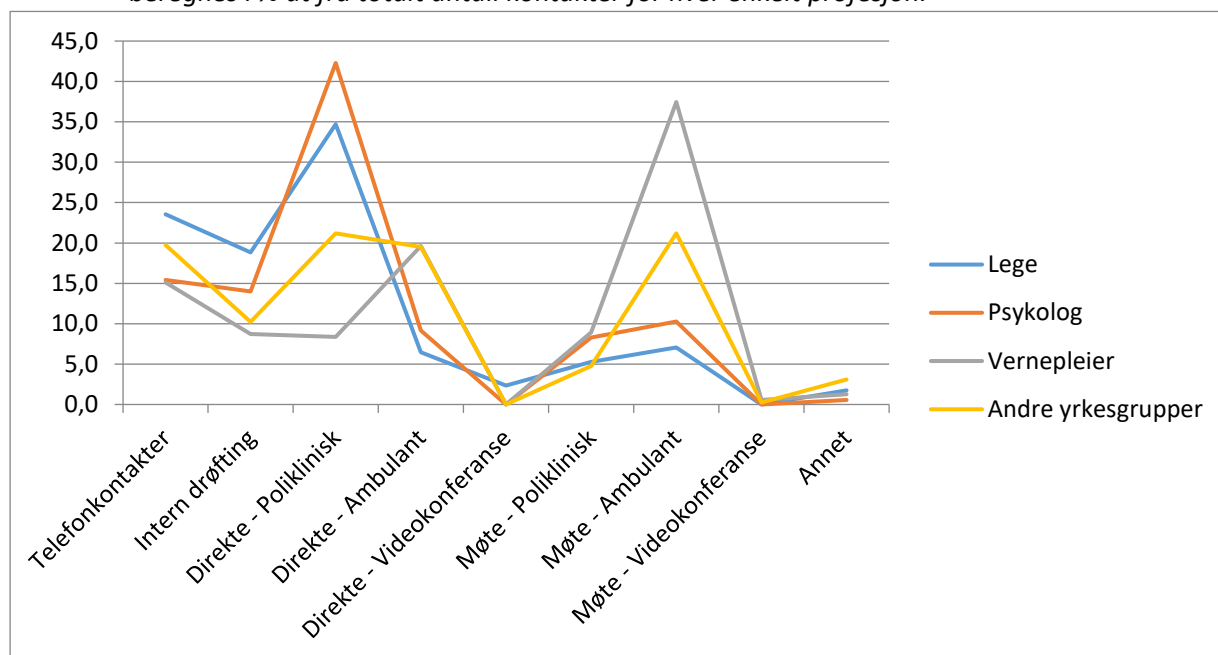
Type kontakter	Antall	Andel
Telefonkontakter	262	17,4 %
Intern drøfting	173	11,5 %
Direkte - Poliklinisk	352	23,3 %
Direkte - Ambulant	233	15,4 %
Direkte - Videokonferanse	4	0,3 %
Møte - Poliklinisk	107	7,1 %
Møte - Ambulant	350	23,2 %
Møte - Videokonferanse	4	0,3 %
Annet	25	1,7 %
Antall kontakter	1510	100 %

Type kontakter	Antall	Andel	Andel ambulant
Direkte kontakter	589,0	39,0 %	39,6 %
Møte	461,0	30,5 %	75,9 %
Ambulante kontakter			38,6 %

Figur 7-5: Andel av de ulike typer kontakter sammenlignet på tvers av helseregioner. Andelen beregnes i % ut fra totalt antall kontakter for hver enkelt helseregion.



Figur 7-6: Andel av de ulike typer kontakter sammenlignet på tvers av profesjoner. Andelen beregnes i % ut fra totalt antall kontakter for hver enkelt profesjon.



Leger ser ut til å ha den høyeste andelen av telefonkontakter og intern drøfting sammenlignet med de andre profesjonene (se figur 7-6). Videre synes psykologer og leger å ha den største andelen av direkte polikliniske kontakter. Vernepleierne synes å ha den laveste andelen direkte polikliniske kontakter. Vernepleiere og andre faggrupper ser imidlertid ut til å ha den høyeste andelen av direkte ambulante polikliniske kontakter. Vernepleierne synes også å ha den største andelen av ambulante møter, nesten dobbelt så mye som andre faggrupper og betydelig mer enn leger og psykologer. Ingen profesjoner ser ut til å benytte kontakter gjennom bruk av videokonferanse.

Resultatene antyder at psykologer og leger bruker en stor andel av sin arbeidstid i poliklinisk virksomhet, mens vernepleierne i stor grad står for den ambulante oppfølgingen. I gruppen andre faggrupper vil enkelte profesjoner arbeide mer som vernepleierne, mens andre profesjoner som f.eks. fysioterapeuter, vil ha et større innslag av poliklinisk virksomhet. Med tanke på arbeidsoppgavene til leger og psykologer ser dette ut til å være en forventet fordeling.

Det er ingen kjønnsforskjeller i forhold til fordeling av type kontakter eller antall kontakter.

### 7.3 Aktiviteter som utføres i kontaktene

Fagpersonene i tjenesten ble bedt om å krysse av for hvilke av aktivitetene i tabell 7-2 de hadde gjennomført i løpet av sine fire siste kontakter. Flere fagpersoner hadde krysset av for at de hadde gjennomført svært mange aktiviteter i løpet av 4 kontakter. Dette virket urimelig og prosjektgruppen ble derfor enig om å ekskludere svar som angir at det var utført over 22 aktiviteter i løpet av fire kontakter (over 95 percentil). Dette førte til at svarene fra 10 fagpersoner (40 kontakter) ikke ble tatt med i analysen. Det samlede utvalget av kontakter er derfor 705 kontakter fra 181 fagpersoner.



Tabell 7-2: Oversikt over aktiviteter gjennomført i 705 kontakter utført av 181 fagpersoner. Kolonnen med andel av kontakter angir hvor ofte denne aktiviteten forekommer i løpet av de 705 kontaktene.

Aktiviteter	Antall ganger aktiviteten ble gjennomført	Andel av kontakter hvor aktiviteten ble gjennomført	
A	Samtale med pasient med fokus på utredning og diagnostisering	178	25,2 %
B	Samtale med pårørende/-tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering	191	27,1 %
C	Medisinsk behandling og oppfølging	84	11,9 %
D	Observasjon av pasient i sitt naturlige miljø	96	13,6 %
E	Psykologisk testing	58	8,2 %
F	Funksjonell analyse av utfordrende atferd	21	3,0 %
G	Psykoterapi (CBT, psykodynamisk, m.fl.)	25	3,5 %
H	Støttesamtale	87	12,3 %
I	Rådgivning og veiledning til tjenesteytere	260	36,8 %
J	Rådgivning og veiledning til pårørende	117	16,6 %
K	Deltakelse på ansvarsgruppe	55	7,8 %
L	Møte for å utarbeide eller evaluere individuell plan	12	1,7 %
M	Direkte veiledning av tjenesteyter i samhandling med pasienten	54	7,6 %
N	Direkte trening og oppøving av funksjoner hos pasient som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning	17	2,4 %
O	Veiledning knyttet til vedtak etter hol., kap. 9	83	11,8 %
P	Gruppebehandling	4	0,6 %
Q	Individuell undervisning av pasient	20	2,8 %
R	Individuell undervisning av pårørende	9	1,3 %
S	Gruppeundervisning av pasienter	5	0,7 %
T	Gruppeundervisning av pårørende	4	0,6 %
U	Undervisning av tjenesteytere	35	5,0 %
V	Møte med boligleder/-tjenesteansvarlig	125	17,7 %
W	Møte med kommune-/bydelsadministrasjon	28	4,0 %
X	Møte med annen offentlig instans	37	5,2 %

De hyppigst forekommende aktiviteter i de 705 kontaktene er:

- j) Rådgivning og veiledning til tjenesteyter (36,8%)
- k) Samtale med pårørende/tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering (27,1%)
- l) Samtale med pasient med fokus på utredning og diagnostisering (25,2%)
- m) Møte med boligleder/tjenesteansvarlig (17,7%)
- n) Rådgivning og veiledning til pårørende (16,6%)
- o) Observasjon av pasient i sitt naturlige miljø (13,6%)
- p) Støttesamtale (12,3%)
- q) Medisinsk behandling og oppfølging (11,9%)
- r) Veiledning knyttet til vedtak etter hol, kapittel 9 (11,8%)

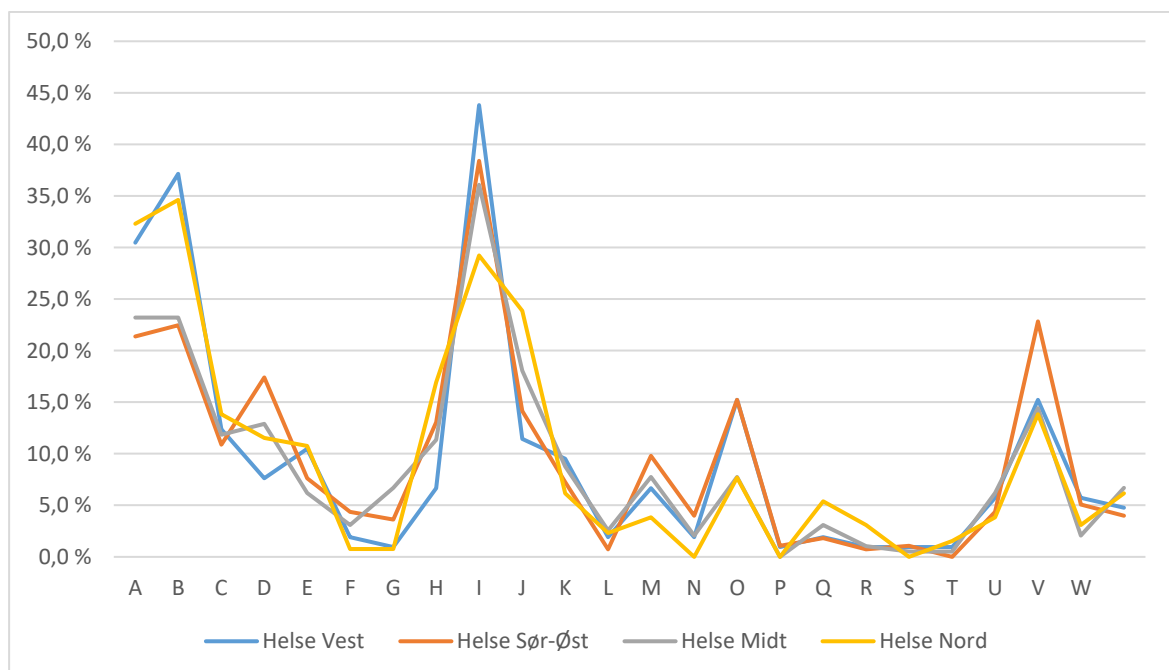
Direkte trening og oppøving av funksjoner hos pasient som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning skjer i kun 2,4% av kontaktene. Man kan anta at noe av dette blir utført gjennom direkte veiledning av tjenesteytere som forekommer litt oftere (7,6%), men mye av dette må antas å være knyttet til veiledning i forhold til forebygging og behandling av utfordrende atferd. I denne sammenheng er det kanskje viktig å se at funksjonell analyse bare benyttes i 3,0% av kontaktene selv om utfordrende atferd er den problemstillingen som er hyppigst forekommende (se tabell 6-4).

Undervisning av pårørende og gruppeundervisning av pasienter og pårørende forekommer svært sjelden. Det samme gjelder for gruppebehandling, men erfaringsmessig samles slike kurs opp til bestemte tidspunkt eller gjøres i samarbeid med lærings- og mestringssentre eller kommuner utenfor ordinære kontakter i forbindelse med henviste pasienter. Dette gjør at dette utvalget av kontakter nok er for lite til å fange opp den reelle frekvensen av opplæring/gruppebehandling.

En sammenligning på tvers av helseregioner viser at tjenestene arbeider forholdsvis likt med tanke på hvilke aktiviteter de gjennomfører i forbindelse med kontakter (se figur 7-7). Grafen i figur 7-7 viser hvor ofte en aktivitet gjennomføres i kontakter sett i forhold det totale antallet kontakter for helseregionen. Det er ikke gjennomført signifikantesting av forskjellene mellom helseregionene, men ut fra inspeksjon av grafen i figur 7-7 kan det kan synes som:

- Helse Sør-Øst og Helse Vest i en større andel av kontaktene veileder på vedtak etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9.
- Helse Sør-Øst bruker i en større andel av kontaktene deltar på møter med boligledere og tjenesteansvarlig.
- Helse Vest og Helse Nord i en større andel av kontaktene har samtale med fokus på diagnostisering.
- Det kan synes som om Helse Nord i en lavere andel av kontaktene gir rådgivning og veiledning til tjenesteytere.

Figur 7-7: Aktiviteter som utføres i kontaktene sammenlignet på tvers av helseregion. Se tabell 7-2 for en beskrivelse av aktivitetene på den vertikale akse.



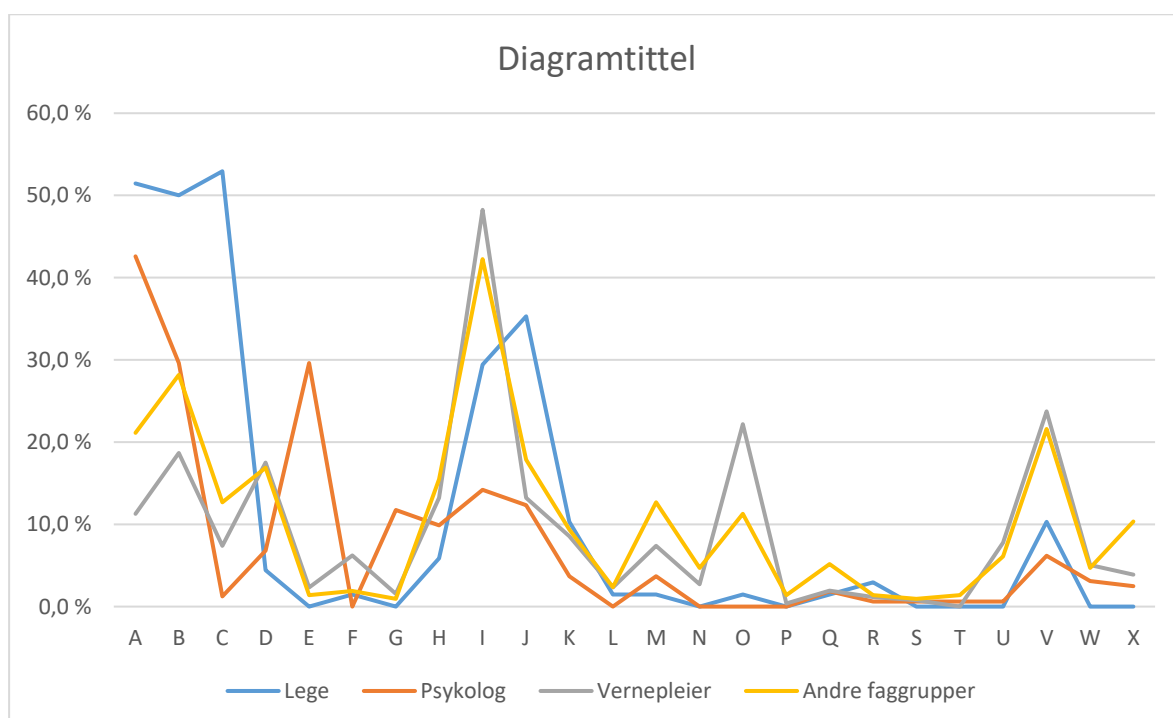
Når man sammenligner på tvers av profesjoner ser man at leger i en betydelig større andel av sine konsultasjoner har samtaler med pasient, pårørende og tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering (se figur 7-8). Legene er den profesjonen som ser ut til å benytte størst andel av sine konsultasjoner på rådgivning og veiledning til pårørende. Legene bruker naturlig nok mye tid på medisinsk behandling og oppfølging.

Leger og psykologer ser ut til å bruke lite eller ingen tid på aktiviteter knyttet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - kapittel 9, undervisning av tjenesteytere, møte med boligleder og tjenesteansvarlig. Legene antas imidlertid å ha flere konsultasjoner enn andre profesjoner og utvalget av konsultasjoner er lite med tanke på at slike oppgaver nok har en lavere frekvens for leger enn for psykologer, vernepleiere og gruppen med andre faggrupper.

Psykologisk testing og psykoterapi er det i hovedsak psykologene som utfører, hvor testing gjøres i omtrent 30% av konsultasjonene. Støttesamtaler gjennomføres imidlertid av alle profesjoner. Det kan synes som om psykologene har hovedfokus på polikliniske konsultasjoner med pasientene og bruker en mindre andel av sine kontakter på rådgivning og veiledning til tjenesteyterne enn vernepleiere, andre faggrupper og leger.

Vernepleiere og gruppen med andre faggrupper bruker en stor andel av sine kontakter til å gi råd og veiledning til tjenesteytere, samt møter med boligleder og tjenesteansvarlige. Andelen av kontakter som innebærer observasjon av pasienten i sitt naturlige miljø er også høyest blant vernepleiere og gruppen med andre faggrupper. Gjennomføring av funksjonell analyse og veiledning i forhold i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - kapittel 9 blir i hovedsak gitt av vernepleiere, men også av flere profesjoner innenfor gruppen andre faggrupper. Gruppen med andre faggrupper ser ut til å bruke en større andel av sine konsultasjoner enn vernepleierne til samtale med pasient, pårørende og tjenesteytere med tanke på utredning og diagnostisering.

Figur 7-8: Aktiviteter som gjennomføres i konsultasjoner fordelt på ulike profesjoner. Se tabell 7-2 for en beskrivelse av aktivitetene på den vertikale akse.



## 7.4 Samarbeid mellom profesjoner.

Som understreket tidligere er habilitering et fagfelt hvor det legges stor vekt på tverrfaglighet. Fagpersonene ble derfor bedt om å oppgi i hvilken grad de samarbeider med lege, psykolog og vernepleier. De fleste fagpersoner gir uttrykk for at de i stor grad samarbeider med lege, psykolog og vernepleier (se tabell 7-3). Verdiene for minimum og maksimums viser imidlertid at det er stor variasjon mellom de enkelte fagpersonene hvor enkelte vurderer at de i svært liten grad samarbeider med lege og psykolog, og vernepleier.

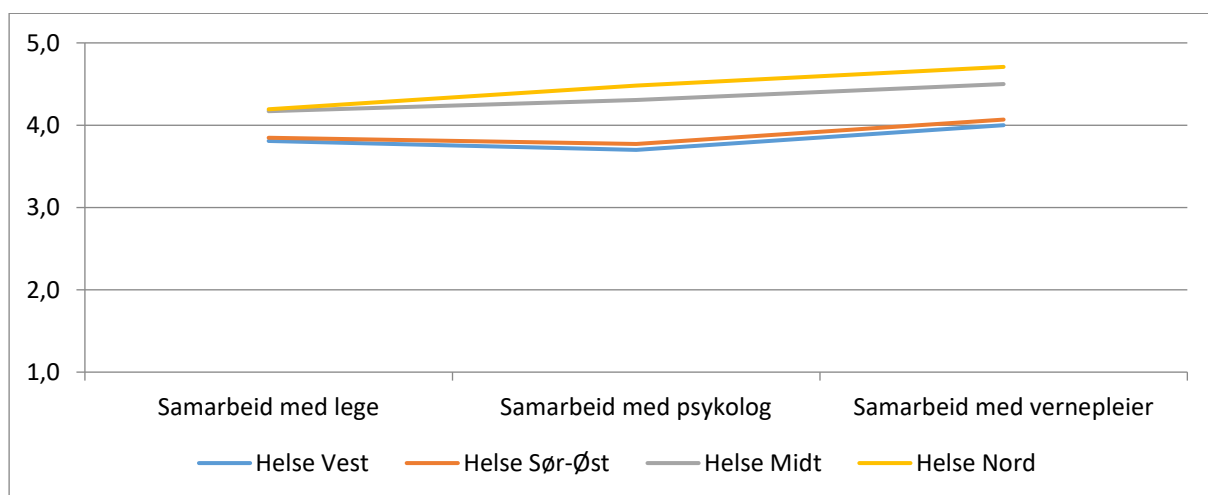
Helse Nord og Helse Midt ser ut til å ha signifikant mer samarbeid med psykolog enn Helse Sør-Øst og Helse Vest<sup>40</sup> (se figur 7-9). I Helse Nord ser det også ut til at fagpersonene har signifikant mer samarbeid med vernepleier sammenlignet med Helse Vest<sup>41</sup>. Forskjellene er imidlertid ikke store og det er stor variasjon på tvers av de enkelte fagpersoner. Alle profesjoner vurderer at de i stor grad samarbeider med lege, psykolog og vernepleier. Det er ingen forskjeller av betydning mellom profesjonene (se figur 7-10). De er ingen kjønnsforskjeller.

Samlet viser disse resultatene at det er en høy grad av samarbeid på tvers mellom de ulike profesjonene i habiliteringstjenesten, og kanskje størst grad av samarbeid i Helse Nord.

*Tabell 7-3: Oversikt over fagpersonenes vurdering av om de samarbeider med lege, psykolog og vernepleier. Vurderingen ble gjort på en Likert-skala fra 1=I svært liten grad til 5=I svært stor grad. Tallene gjelder for alle tjenestene samlet. Den profesjonen det spørres om samarbeid med er ikke tatt med i beregningen av gjennomsnittsskåren.*

Samarbeid med profesjon	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Lege	3,99	0,97	1,00	5,00
Psykolog	4,05	1,06	1,00	5,00
Vernepleier	4,31	0,87	2,00	5,00

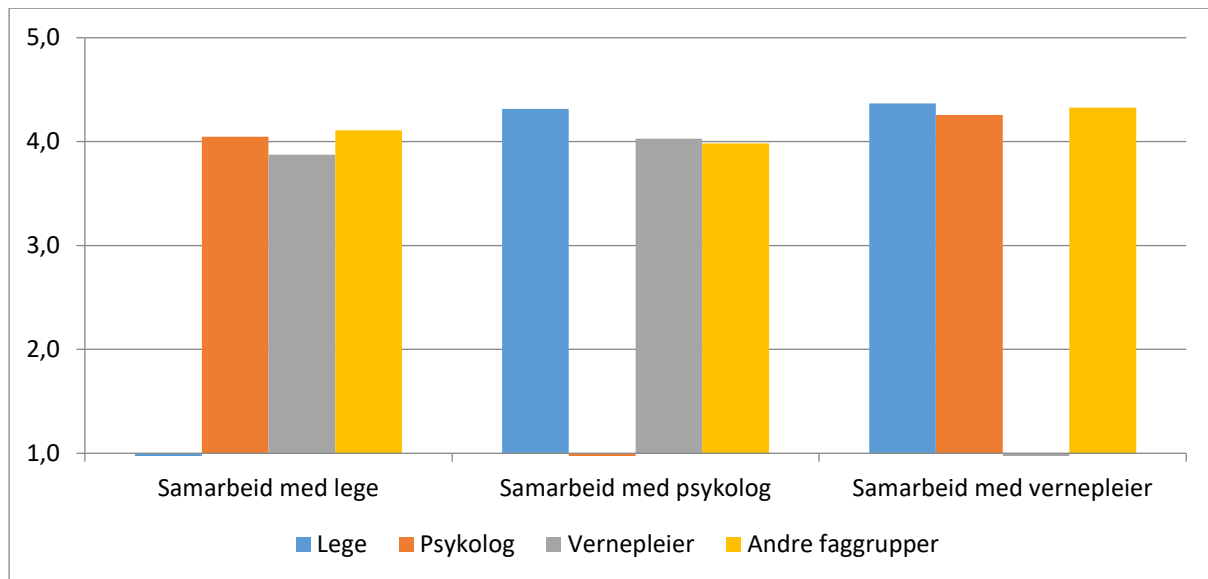
*Figur 7-9: Samarbeid med lege, psykolog og vernepleier per helseregion.*



<sup>40</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 14,053, p = 0.003$ ).

<sup>41</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,140, p = 0.017$ )

Figur 7-10: Samarbeid med lege, psykolog og vernepleier per profesjon



#### Fagpersonenes vurdering av tverrfaglighet

Fagpersonene svarte på ni spørsmål knyttet til samarbeid med andre profesjoner og i hvilken grad de opplever kontroll over eget faglig arbeid (spørsmål 10 i vedlegg F). Spørsmålene ble antatt å måle ulike aspekter ved tverrfaglig samarbeid og fagpersoners autonomi i forhold til faglig arbeid. For å unngå å oppsummere mange spørsmål som egentlig må antas å være mål på det samme ble det gjennomført en komponentanalyse for å redusere antall spørsmål til en eller flere indekser (se vedlegg D for en nærmere beskrivelse av analysen). På bakgrunn av komponentanalysen ble det laget en indeks kalt «Tverrfaglighet» bestående av fem spørsmål og som antas å måle tverrfaglig samarbeid (se tabell 7-6 for en beskrivelse av indeksen).

Ut fra gjennomsnittsverdiene i tabell 7-4 ser det ut til at fagpersonene vurderer at de i stor grad arbeider tverrfaglig. Resultatene i tabell 7-5 viser imidlertid at det kun er 20,5 % av fagpersonene som har en skåre over 3,5. Det vil si at det er omtrent en femtedel av fagpersonene som vurderer at de i stor/svært stor grad arbeider tverrfaglig. Samtidig er det kun 6,9 % som vurderer at de i liten/svært liten grad arbeider tverrfaglig. Dette tyder på at hovedtyngden av fagpersonene skårer litt over gjennomsnittet med tanke på at de arbeider tverrfaglig. Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av helseregion, kjønn og profesjon, bortsett fra at det kan synes som om Helse Nord arbeider mer «tverrfaglig» enn Helse Vest<sup>42</sup>.

<sup>42</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,454, p = 0.015$ ).

Tabell 7-4: Oversikt over gjennomsnittsverdier for de ulike indeksene på tvers av helseregion, kjønn og profesjon.

		Tverrfaglighet	Dele erfaringer	Oppdatert praksis	Måling og registrering
24 tjenester <sup>43</sup>		3,9	4,1	3,8	3,6
Helseregion	Vest	3,7	4,0	3,9	3,7
	Sør-Øst	3,8	4,0	3,8	3,6
	Midt	4,1	4,0	3,8	3,6
	Nord	4,2	4,3	3,8	3,4
Kjønn	Kvinne	4,0	4,1	3,8	3,5
	Mann	3,8	4,1	3,8	3,6
Profesjon	Lege	3,9	4,1	3,7	3,5
	Psykolog	4,0	4,1	4,0	3,2
	Vernepleier	3,9	4,0	3,7	3,8
	Andre faggrupper	4,0	4,1	3,8	3,6

## 7.5 Kunnskapsbasert praksis.

Fagpersonene svarte på åtte spørsmål laget for å måle grad av kunnskapsbasert praksis (spørsmål 17 i vedlegg F). For å unngå å oppsummere mange spørsmål som egentlig må antas å være mål på samme underliggende variabel ble det gjennomført en komponentanalyse. Hensikten med komponentanalysen er å vurdere om spørsmålene kan slås sammen til et mindre sett av indekser (se vedlegg D for en nærmere beskrivelse av analysen). På bakgrunn av komponentanalysen ble det laget tre indekser: Deling av erfaringer, Oppdatert praksis og Måling og registrering. Se tabell 7-6 for en beskrivelse av indeksene.

Som det fremgår av tabell 7-4 og 7-5 vurderer fagpersonene at de i stor grad deler erfaringer og diskuterer med kollegaer. Gjennomsnittskårene for at man har en «Oppdatert praksis» ligger litt lavere, men er forenlig med at de fleste fagpersoner vurderer at de i stor grad holder seg oppdatert på metoder og benytter kunnskapsbaserte retningslinjer/standarder. På indeksen «Målstyring og registrering» skårer imidlertid fagpersonene noe lavere, men nesten halvparten av fagpersonene (46,9 %) vurderer at de i stor/svært stor grad definerer tydelige mål for helsehjelpen, samt måler og evaluerer effekten av helsehjelpen.

For indeksene «Deling av erfaringer» og «Oppdatert praksis» er det ingen signifikante forskjeller når dette analyseres på tvers av helseregion, kjønn og profesjon (se figur 7-11 og 7-12). For indeksen «Målstyring og registrering» ser det ut til at vernepleiere og gruppen andre faggrupper har en signifikant høyere skåre enn psykologene<sup>44</sup>. Legegruppen sin skåre ligger nærmere

<sup>43</sup> Det er ansatte fra 24 ulike tjenester som har svart på spørreskjemaet. Ved fem tjenester hadde ingen fagpersoner svart på skjemaet.

<sup>44</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 14,877, p = 0.002$ ).

vernepleier/fagkonsulent enn psykologgruppen. Denne forskjellen er imidlertid ikke signifikant. Det er ingen signifikante forskjeller mellom helseregioner eller kjønn i forhold til indeksen «Målstyring og registrering». Det er stor variasjon mellom tjenestesteder.

Tabell 7-5:

Oversikt over resultater for de ulike indeksene. Tabellen viser gjennomsnittsverdi og standardavvik for alle 24 tjenester hvor tjenesteytere har svart på spørreskjema, samt andel skårer lavere enn 2,5 og høyere enn 3,5. Svarene ble avgitt på en likertskala hvor 1 = I svært liten grad og 5 = I Svært stor grad. Kolonnene merket Minimum og Maksimum viser laveste og høyeste skåre for de 14 tjenestene som har en svarprosent over 50 %.

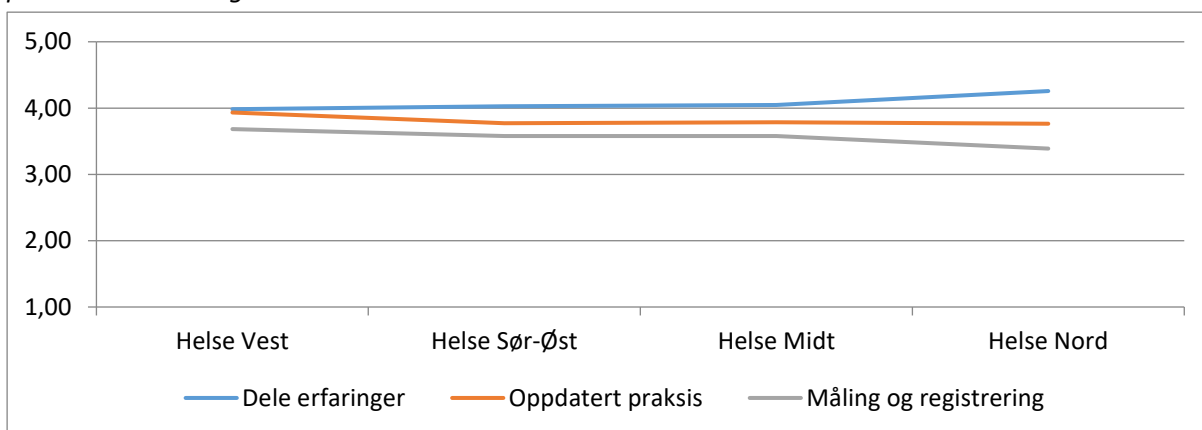
	Gjennomsnitt	Standard-avvik	Andel skåre < 2,5	Andel skåre > 3,5	Minimum/Maksimum <sup>45</sup>
Deling av erfaringer	4,1	0,69	1,5 %	76,0 %	3,7 / 4,5
Oppdatert praksis	3,8	0,67	1,6 %	55,8 %	3,5 / 4,4
Måling og registrering	3,6	0,75	6,9 %	46,9 %	2,7 / 4,1
Tverrfaglighet	3,9	0,71	4,7 %	20,5 %	3,6 / 4,5

Tabell 7-6: Beskrivelse av indekser utarbeidet på bakgrunn av spørsmål som omhandler tverrfaglig samarbeid og kunnskapsbasert praksis.

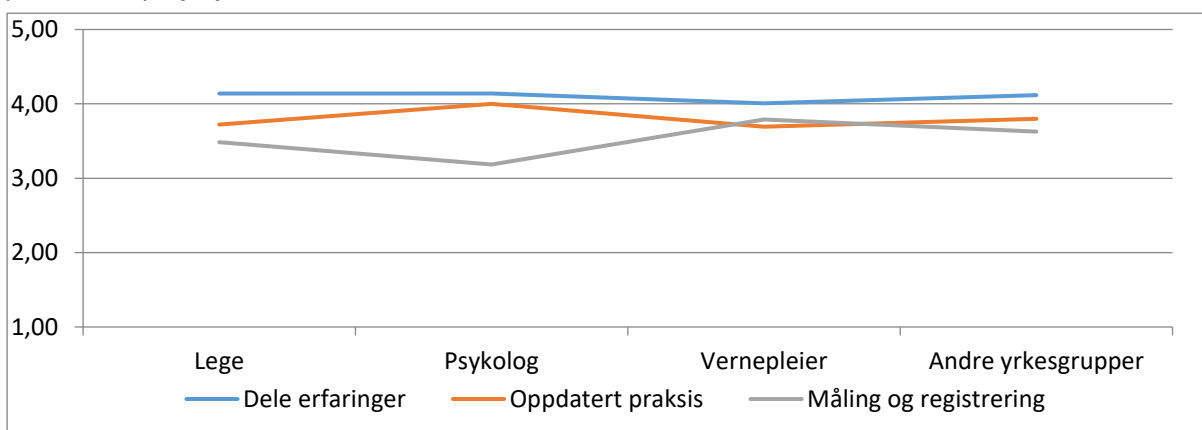
Navn på indeks	Beskrivelse	Antall spørsmål	Chronbachs alpha
Tverrfaglighet	Indeksen består av fem spørsmål og antas å måle tverrfaglig samarbeid. Spørsmålene omhandler i hvilken grad fagpersonene arbeider i team, om drøftingsmøter gjennomføres med flere profesjoner, om konklusjoner drøftes med kollegaer før tilbakemelding gis og om utredninger er flerfaglige.	5	0,742
Deling av erfaringer	Indeksen består av to spørsmål og antas å måle i hvilken grad fagpersoner deler erfaringer og diskuterer med kollegaer.	2	0,864
Oppdatert praksis	Indeksen består av to spørsmål og antas å måle i hvilken grad fagpersoner holder seg oppdatert på metoder og benytter kunnskapsbaserte retningslinjer/standarder i arbeidet.	2	0,662
Måling og registrering	Indeksen består av fire spørsmål og antas å måle i hvilken grad fagpersoner definerer tydelige mål for helsehjelpen, samt måler og evaluerer effekten av helsehjelpen.	4	0,818

<sup>45</sup> For de 14 tjenestene som hadde en svarprosent over 50 %.

Figur 7-11: Sammenligning av indeksene Dele erfaringer, Oppdatert praksis og Måling og registrering på tvers av helseregioner.



Figur 7-12: Sammenligning av indeksene Dele erfaringer, Oppdatert praksis og Måling og registrering på tvers av profesjoner.



## 7.6 Samarbeidsutfordringer og eksponering for utfordrende atferd

Fagpersonene i habiliteringstjenesten vil ofte delta i samarbeid over tid med pasienter og nærpå personer. Dette samarbeidet kan være utfordrende og oppleves belastende for fagpersonene, spesielt dersom språkvansker og utfordrende atferd kommer i tillegg.

De fleste fagpersoner rapporterer at de i liten eller svært liten grad opplever store samarbeidsutfordringer eller benytter tolk som en del av arbeidet. Det er 9,4 % av fagpersonene som sier de i stor grad opplever store samarbeidsutfordringer, og 05 % sier de opplever svært store samarbeidsutfordringer (se tabell 7-7). Sammenligner man på tvers av profesjoner kan det synes som om vernepleiere opplever signifikant mer samarbeidsutfordringer enn leger<sup>46</sup> (se tabell 7-8).

<sup>46</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 9,349, p = 0.025$ ).



Tabell 7-7: Oversikt over fagpersonenes svar på spørsmål om samarbeidsproblemer og eksponering for utfordrende atferd.

Spørsmål	Variasjon i skårer på tvers av tjenester		Andel fagpersoner som skårer (i prosent)				
	Min.	Maks	1	2	3	4	5
I hvilken grad opplever du store samarbeidsutfordringer som en del av jobben?	1,5	2,4	27,1	42,2	20,8	9,4	0,5
I hvilken grad benytter du tolk i arbeidet med utredning, behandling og oppfølging av pasienter?	1,1	2,5	43,4	29,6	21,2	4,2	1,6
I hvilken grad blir du utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter?	1,1	2,0	68,2	22,9	7,3	1,6	0,0
I hvilken grad observerer du fysiske angrep eller truende atferd rettet mot andre?	1,4	2,5	42,2	34,9	14,6	7,3	1,0
I hvilken grad veileder du personer som er utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter?	1,9	3,5 (4,4)	25,0	17,2	19,8	25,5	12,5

Tabell 7-8: Oversikt over fagpersonenes svar på spørsmål om samarbeidsproblemer.

	I hvilken grad opplever du store samarbeidsutfordringer som en del av jobben?		I hvilken grad benytter du tolk i arbeidet med utredning, behandling og oppfølging av pasienter?	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Norge</b>				
24 tjenester	2,14	0,94	1,91	0,98
<b>Helseregion</b>				
Helse Vest	2,1	0,9	1,6	0,7
Helse Sør-Øst	2,2	1,0	2,3	1,0
Helse Midt	2,1	0,9	1,7	1,0
Helse Nord	2,0	0,9	1,7	0,9
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	2,1	0,9	2,0	1,0
Menn	2,3	1,0	1,7	0,9
<b>Profesjon</b>				
Leger	1,7	0,9	2,3	1,0
Psykologer	2,2	1,0	2,2	1,1
Vernepleiere	2,3	0,8	1,7	0,9
Andre faggrupper	2,0	1,0	1,8	0,9

Kun 5,8 % av de ansatte sier at de i stor eller svært stor grad benytter tolk i arbeidet (se tabell 7-7). Det kan synes som om kvinnelige fagpersoner oftere benytter tolk enn mannlige fagpersoner<sup>47</sup> og fagpersoner fra Helse Sør-Øst ser ut til å oftere benytte tolk enn fagpersoner fra andre helseregioner<sup>48</sup>. Sammenligner man på tvers av profesjon kan det se ut som leger og psykologer benytter tolk oftere enn vernepleiere og gruppen med andre faggrupper<sup>49</sup> (se tabell 7-8).

### Eksposering for fysiske angrep og truende atferd fra pasienter

Som det fremgår av tabell 6-4 så er problemstillinger relatert til utfordrende atferd noe av det som habiliteringstjenesten arbeider mest med. Eksposering for fysiske angrep og truende atferd kan skape en ekstra belastning for fagpersonene. For å kartlegge omfanget av dette ble fagpersonene bedt om å vurdere i hvilken grad de utsettes for fysiske angrep og truende atferd, de observerer fysiske angrep eller truende atferd mot andre og i hvilken grad de veileder personer som har blitt utsatt for dette.

Ser du på alle fagpersoner i habiliteringstjenesten samlet vurderer 1,6 % av fagpersonene at de i stor grad blir utsatt for dette (se tabell 7-7). Over 90 % av fagpersonene vurderer at de i liten/svært liten grad blir utsatt for fysiske angrep og truende atferd (se tabell 7-7). Her er det imidlertid forskjeller på tvers av helseregion, kjønn og profesjon.

Fagpersoner i Helse Sør-Øst ser ut til å oftere bli utsatt for fysiske angrep eller trusler enn fagpersoner fra Helse Midt<sup>50</sup> (se tabell 7-9). Helse Vest har samme gjennomsnittsskåre som Helse Sør-Øst, men her er ikke forskjellen signifikant. Mannlige fagpersoner synes å oftere observere fysisk angrep eller truende atferd rettet mot andre enn kvinnelige fagpersoner<sup>51</sup>. Vernepleiere synes å oftere bli utsatt for fysiske angrep eller trusler enn leger, psykologer og andre faggrupper<sup>52</sup>, og de observerer oftere fysiske angrep eller truende atferd rettet mot andre enn de andre profesjonene<sup>53</sup>. Vernepleiere synes å oftere veilede personer som er utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter enn leger, psykologer og andre faggrupper<sup>54</sup>. Det ser ut til å være store variasjoner på tvers av avdelinger og fagpersoner med tanke på hvor ofte fagpersoner utsettes for, observerer at andre blir utsatt for, eller veileder andre personer som har blitt utsatt for fysiske angrep og trusler.

---

<sup>47</sup> ( $z = -2,086$ ;  $p = 0,037$ ).

<sup>48</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 18,650$ ,  $p = 0,000$ ).

<sup>49</sup> Omnibustesten er signifikant for profesjon ( $\chi^2_{K-W} = 9,525$ ,  $p = 0,023$ ), men ingen grupper er signifikant forskjellig fra hverandre ved parvis sammenligning.

<sup>50</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 15,624$ ,  $p = 0,001$ ).

<sup>51</sup> ( $z = 3,155$ ;  $p = 0,002$ )

<sup>52</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 20,156$ ,  $p = 0,000$ ).

<sup>53</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 41,851$ ,  $p = 0,000$ ).

<sup>54</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 54,763$ ,  $p = 0,000$ ).

Tabell 7-9: Oversikt over fagpersonenes svar på spørsmål om eksponering for utfordrende atferd.

	I hvilken grad blir du utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter?		I hvilken grad observerer du fysiske angrep eller truende atferd rettet mot andre?		I hvilken grad veileder du personer som er utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter?	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Norge</b>						
24 tjenester	1,42	0,70	1,90	0,97	2,83	1,38
<b>Helseregion</b>						
Helse Vest	1,6	0,7	1,8	1,0	2,7	1,3
Helse Sør-Øst	1,6	0,8	2,2	1,1	3,0	1,5
Helse Midt	1,2	0,5	1,7	0,8	2,7	1,3
Helse Nord	1,2	0,5	1,8	0,8	2,9	1,4
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	1,4	0,6	1,7	0,8	2,7	1,4
Menn	1,5	0,9	2,3	1,2	3,1	1,4
<b>Profesjon</b>						
Leger	1,2	0,4	1,6	0,6	1,9	1,0
Psykologer	1,2	0,5	1,5	0,7	2,2	1,3
Vernepleiere	1,7	0,8	2,5	1,0	3,8	1,0
Andre faggrupper	1,3	0,6	1,6	0,9	2,5	1,3

## 7.7 Utredninger og behandling som gjennomføres av tjenestene

Fagpersonene beskrev hvilke tiltak/hvilken behandling de hadde igangsatt i opptil tre typiske pasientsaker. Innholdet i disse beskrivelsene har blitt kondensert og kategorisert. Vedlegg B gir en oversikt over en rekke utredninger som ble utført/igangsatt av HAVO i 2015 og vedlegg C gir en tilsvarende oversikt over tiltak/behandling som ble iverksatt i løpet av 2015.

## 7.8 Forhold som bidrar til å hindre mer effektiv pasientflyt

Ledere fra 28 tjenester svarte på hvor tjenesten opplevde kapasitetsproblemer og hvilke faktorer som bidrar til å hindre effektiv flyt i arbeidet. Hvilke forhold som ble identifisert, og hvor ofte de ble nevnt av ulike ledere er vist i tabell 7-10. 10 av 28 tjenester rapporterer at dårlig legedekning bidrar til kapasitetsproblem og hindrer flyt i arbeidet. For psykologer gjelder det samme for 7 av 28 tjenester. Andre tjenester rapporterer behov for flere personer med høyskolebakgrunn for å klare å følge opp komplekse ambulante pasientsaker.

Tabell 7-10. Oversikt over forhold som lederne av tjenestene mener bidrar til å hindre effektiv arbeidsflyt.

Forhold som skaper barrierer mot effektiv arbeidsflyt (effektiv helsehjelp) i habiliteringstjenesten	Antall ledere som nevner forholdet	Andel av ledere som nevner forholdet
1. Mangel på fagpersoner i spesialisthelsetjenesten/lav bemanning. Den profesjonen som flest ledere etterlyser bedre tilgang til er leger og medisinsk kompetanse. Ifølge lederne er det ikke tilstrekkelig å låne inn spesialister fra andre avdelinger i helseforetaket. Innleide leger mangler ofte habiliteringskompetanse og det leder til mindre effektiv helsehjelp. Andre profesjoner som nevnes er psykolog, vernepleier, spesialpedagog, ergoterapeut, fysioterapeut og fagkonsulenter.	15	53,6 %
2. Manglende kapasitet til utredning og diagnostisering.	14	50,0 %
3. Uavklarte behandlingsforløp og mangelfull intern koordinering mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig overfor psykisk helsevern og HABU. Lederne beskriver at det er vanskelig å få til samarbeid med lokal DPS. Lokal DPS avviser ofte med begrunnelse om at de ikke har kompetanse om utviklingshemming.	10	35,7 %
4. Uhensiktsmessig organisering i kommunen (rammebetingelser). Dette gjelder særlig organisering av tjenesteyternes arbeidstid slik at det blir vanskelig å samle hele personalgruppen til opplæring og veiledning.	9	32,1 %
5. Oppfølging av krevende saker. Dette er saker som ofte omfatter utfordrende atferd og krever tett oppfølging av fagpersonene. Det er ifølge lederne vanskelig for fagpersonene å rydde tid til dette på grunn av at man følger mange saker samtidig.	9	32,1 %
6. Manglende gjennomføringsevne i kommunen. Her refereres til en rekke forhold som at tjenesteyterne i kommunen ikke gjør det de skal mellom samlinger, avlyser møter, prioriterer ikke å delta på samarbeidsmøter med habiliteringstjenesten og sørger ikke for kontinuitet i fagpersonene som følger opp arbeidet.	7	25,0 %
7. Intern samhandling og koordinering av timebøker mellom ansatte i habiliteringstjenesten som har ansvar for å følge opp mange pasientsaker og «fulle timebøker». Dette medfører at arbeidet med henvisninger tar lenger tid enn nødvendig.	7	25,0 %
8. Mangelfull kompetanse i kommunen. Dette innebærer at kommunen mangler eller har for få fagpersoner som har nødvendig basiskunnskap, og at habiliteringstjenesten må bruke mye tid på opplæring av kommunale tjenesteytere da det er stor «turnover» og tjenesteyterne som ansettes mangler basiskunnskap for å arbeide i tjenestene.	6	21,4 %
9. Lang reisevei i ambulant virksomhet.	5	17,9 %
10. Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9. Oppfølging av saker med tiltak som innebærer bruk av tvang og makt.	5	17,9 %
11. Kommuneøkonomi.	3	10,7 %

Forhold som skaper barrierer mot effektiv arbeidsflyt (effektiv helsehjelp) i habiliteringstjenesten	Antall ledere som nevner forholdet	Andel av ledere som nevner forholdet
12. Vansker med å etablere samarbeid med og få kontakt med saksbehandlere i NAV.	3	10,7 %
13. Vanskelig å få tak i dedikerte koordinører med reell myndighet i kommunen.	2	7,1 %
14. Stadig omorganisering i eget helseforetak gjør at man får mindre tid til å arbeide med pasientene.	2	7,1 %
15. Samarbeidsproblemer med pårørende forsinker fremdrift.	2	7,1 %
16. Pasientadministrativt arbeid som journalføring, rapportskriving og sakkyndige uttalelser tar mye tid.	2	7,1 %
17. Fagutvikling og forskning.	2	7,1 %
18. Overgang fra videregående til voksenlivet medfører tap av tilbud og tiltak. Kommunene har vansker med å få på plass gode løsninger for pasientenes bolig, fritid og arbeid.	1	3,6 %
19. Alvorlig syke må ivretas av kommunen fordi spesialisthelsetjenesten avviser med begrunnelse om at de ikke har kompetanse på området.	1	3,6 %
20. Mangelfulle henvisninger – utilstrekkelig informasjon.	1	3,6 %

## 8. Evaluering av tjenestene sine resultater

---

Tjenestene må i svært stor grad «skreddersy» intervensjoner overfor enkeltpasienter og ofte igangsettes flere tiltak samtidig. Tiltakene pågår også over lang tid. Dette skaper store utfordringer for hvordan tjenestene skal innhente informasjon og evaluerer effekten av egen virksomhet med fokus på pasientbehandling. Det fokuseres i denne rapporten på fem forhold:

- A. Måling av effekt av helsehjelp iverksatt overfor enkeltpasienter
- B. Bruk av definerte prosedyrer og kliniske arbeidsprosesser
- C. Evaluering av tjenesten sin pasientbehandling
- D. Brukerundersøkelser
- E. Mer overordnede mål/parametere som er etablert for å måle avdelingens prestasjoner.

### 8.1 Måling av effekt av helsehjelp iverksatt overfor enkeltpasienter

Fagpersonene i tjenesten ble bedt om å beskrive hvilke metoder de benytter for å måle effekten av behandlingen/-helsehjelpen som de igangsetter. Tabell 8-1 gir en oppsummering av beskrivelsene. Rapportering fra nærpersoner er den metoden som hyppigst benyttes. Av 195 fagpersoner nevner 23,1 % at de benytter oppfølgingsmøter med pasient, pårørende og samarbeidspartnere, og 9,2 % sier de benytter samarbeidsmøter for å evaluere tiltak.

Når det gjelder registrering sier 32,8 % av fagpersonene at de registrerer målatferd/symptomer over tid. Flere legger vekt på at de har en baseline- og en tiltaksfase. 3,1 % sier at de benytter registreringer av tvangsbruk som et effektmål (jfr. vedtak etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9).

Pre-post målinger omfatter en rekke ulike metoder for å måle effekt før og etter behandling. Det gjøres punktvis målinger, som oftest en måling før og en måling etter intervensjon. Dette til forskjell fra løpende registreringer. Av 195 fagpersoner sier:

- 11,8 % at de gjør en kartlegging før og etter igangsettelse av behandling.
- 23,6 % at de benytter standardiserte verktøy/sjekklistor, ofte tilpasset problemstillingen
- 3,1 % at de måler medisinske parametere
- 2,6 % at de bruker psykologiske tester for pre-post testing

Når det gjelder rapportering fra pasient oppgir fagpersonene at dette i hovedsak skjer gjennom individuelle samtaler (18,5 % av 21,5%). Rapportering fra samarbeidende instanser innebærer rapportering/kontroller hos fastlege, lege i spesialisthelsetjenesten eller dialog med henvisende instans. Det er rimelig å anta at det er store forskjeller i hvilke metoder som benyttes på tvers av profesjoner og avhengig av problemstillingen det jobbes med overfor den enkelte pasient.

Tabell 8-1. Oversikt over fagpersonenes beskrivelse av hvilke metoder de anvender for å måle effekten av den behandlingen de igangsetter.

Metoder for å måle effekt av helsehjelp	Antall fagpersoner som har benyttet metoden	Andel fagpersoner som har benyttet metoden
1. Rapportering fra nærpåsoner	80	41,0 %
2. Registrering	73	37,4 %
3. Pre-post måling	70	35,9 %
4. Rapportering fra pasient	42	21,5 %
5. Observasjon av pasient	22	11,3 %
6. Bruk av behandlingsplan/samarbeidsavtale	17	8,7 %
7. Intern drøfting	7	3,6 %
8. Rapportering fra samarbeidende instanser	5	2,6 %
9. Klinisk vurdering	4	2,1 %
10. Skriftlige kilder (arkiv-informasjon)	3	1,5 %
11. Sluttevaluering	3	1,5 %
Ingen evaluering	8	4,1 %
Ingen spesifikke metoder	5	2,6 %
Ikke besvart	41	21,0 %

## 8.2 Bruk av definerte prosedyrer og kliniske arbeidsprosesser

På spørsmål om «tjenesten benytter definerte prosedyrer eller kliniske arbeidsprosesser hvor man gjennomfører systematiske evalueringer som ledd i forbedringsarbeid» svarer 21 av 25 ledere «JA». Tre tjenester svarer «NEI» og en tjeneste svarer ikke på spørsmålet. Ut fra beskrivelsene lederne gir av prosedyrer må man anta at lederne har hatt ulik forståelse av dette spørsmålet, og at presisjonen i svarene ville økt dersom de ble presentert en liste over ulike praksiser som er «definert» som prosedyrer.

En av lederne opplyser at klinikken er ISO-sertifisert og at det medfører en rekke føringer for hva som skal gjennomføres i hvert enkelt utrednings- og behandlingsforløp. Denne tjenesten gjennomfører regelmessig intern- og eksternrevisjon.

Lederne beskriver at følgende prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser benyttes i større/mindre grad av tjenestene:

### 1. Pasientforløp (generelt)

- Mange tjenester opplyser at de har laget en generell prosedyre for pasientforløp som beskriver faser med ulike oppgaver. Vanlige faser er avklaring, utredninger av pasient og omsorgsmiljø, tiltak og oppfølging, men dette kan variere på tvers av tjenestene. Flere tjenester opplyser at de har utarbeidet prosedyrer for ulike deler av forløpet. Enkelte tjenester påpeker imidlertid at kompleksiteten i pasientsakene ofte gjør at det er hensiktsmessig å beskrive rammene heller enn en veldig fastlagt prosedyre for forløp. Flere tjenester opplyser at det er utarbeidet en mal for oppstart av sak som skal brukes for å sikre en bred kartlegging av bakgrunn for henvisning, beskrivelse av

funksjonsnivå, problemstilling, opplysninger om medisinske forhold, ressurser samt en avklaring av videre arbeid i saken.

- Sammen med prosedyrene er det ofte utarbeidet egne maler som kan benyttes for utredning, rapportskrivning, osv.
  - En tjeneste har utarbeidet en egen «habiliteringskoffert" med standardisert forundersøkelse/inntakssamtale og oversikt over tilgjengelige tester/kartlegginger.
  - Ved avslutning av saken skal en egen mal benyttes som inneholder punkter som skal beskrives.
2. Flere tjenester opplyser at de har utarbeidet sjekklister og interne veiledere for utredning av:
    - Etiologi og komorbide tilstander
    - Utviklingshemming
    - Psykiske lidelser
    - Autismespekter (inkludert Asperger)
    - Demens
    - Multifunksjonshemming
    - Dysfagi
    - Liggende posisjonering
    - Utagerende atferd.
    - CP
    - Førerkortvurdering
  3. Tilsvarende er det utarbeidet sjekklister og interne veiledere for oppfølging og behandling av enkelte tilstander. For eksempel:
    - CP (CPOP for voksne)
    - MMC/AMC
    - Pasienter med Downs syndrom.
    - Psykisk lidelse
    - Utviklingshemming
    - Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser
    - Utredning av ADHD
    - Kapittel 9-saker
  4. Det er utarbeidet egne prosedyrer for tverrfaglig poliklinikk generelt og for ulike problemstillinger (for eksempel evneutredning og autismespekterutredning)
  5. Noen tjenester opplyser at de arbeider med å lage prosedyrer for:
    - Nevromuskulære sykdommer
    - CP
    - Ryggmargsbrokk
    - Mistanke om demens i målgruppen
  6. Andre områder hvor tjenestene opplyser at det er utarbeidet veiledere/retningslinjer er:
    - Psykoedukative grupper
    - Samtykkevurdering
    - Varslingsrutine ved mistanke om seksuelle overgrep
  7. Medisinske prosedyrer
  8. Det er laget et regionalt standardisert pasientforløp for pasienter med moderat til alvorlig psykisk utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse.

Tjenestene opplyser ellers at de følger nasjonale retningslinjer for utredning og behandling. Enkelte tjenester opplyser at de har utarbeidet flere behandlingslinjer ut fra Helsedirektoratets veiledere.



Det ser ut til å være stor variasjon på tvers av tjenestene i forhold til hvilke prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser som benyttes.

### 8.3 Evaluering av tjenesten sin pasientbehandling

På spørsmål om hva avdelingen gjør for å evaluere resultater av egen praksis beskriver lederne følgende «metoder».

1. Interne møter
  - Ukentlige teammøter hvor pasientsaker blir gjennomgått. For eksempel drøfting av tiltaksplaner, samt gjennomgang av sluttrapporter/epikriser og saker med vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9.
  - Interne behandlingsmøter
2. Eksterne møter med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere (f.eks. kommunalt hjelpeapparat) som del av pasientforløpet
  - Samarbeidsmøter
  - Evalueringsmøter hvor tiltak evalueres
  - Systematisk sluttevaluering
3. Internkontroll
  - Individuell evaluering for hver enkelt pasient (jevnlig).
  - Saksgjennomgang med alle pasientansvarlige 2 ganger årlig. Andre tjenester evaluerer hver 3. og 6. mnd. Noen steder ledes gjennomgangen av spesifikke fagpersoner i tjenesten, for eksempel psykologspesialist og leder.
  - Kontroll av epikriser hos teamleder.
  - Skriftlig evaluering av prosess/samarbeid i løpet av saksgangen.
  - Evaluering opp mot klinikkens kvalitetsmål, f.eks. om pasientene har individuell plan, epikrisetid og behandlingsplan.
  - Årlige journalgjennomganger mellom behandler og teamledere i nær sagt alle pasientsaker. Seksjonsleder har gjennomgang med hver enkelt saksansvarlig av den enkeltes saker en gang pr. år.
4. Oppfølgingstimer, kontrolltimer av pasient.
5. Dedikerte evalueringsdager
  - Egne evalueringsdager to ganger i året der hele teamet er samlet og går gjennom og reviderer blant annet virksomhetsplan, årsplan/statistikk og prosedyrer.
6. Systematisk datainnsamling om enkeltpasienter
  - De fleste pasienter skal ha tiltaksplan/oppfølgingsplan med fast evalueringsdato. Resultatet av evalueringen skal drøftes på teammøtet.
  - Frekvensregistrering i saker med utfordrende atferd.
  - Bruk av pre-/post målinger som effektmål. For eksempel sjekklisten HONOS-LD eller Vineland foreldreintervju (under innføring/utprøving).
7. Kvalitetssikring
  - Fokus på riktig registreringspraksis.
  - Kvalitetsutvalg med fokus på internkontroll.
  - Kompetansegrupper spiller en aktiv rolle i utvikling og evaluering av pasientforløp.
  - Systematisk veiledning internt i avdelingen.
  - Nyansatt-kurs.

- Ved avslutning av arbeid med enkelthenvisninger gjennomgås saken med utgangspunkt i prosedyren for å få en feedback-sløyfe (læringsløyfe) av eget arbeid.
  - Evaluerer prosedyrene tilknyttet forløpet i forbindelse med regelmessige fagdager.
  - Setter opp mål jevnlig, og fører årlig tilsyn /målinger med minimum et forbedringsområde per kalenderår.
  - Rutine for å ta opp og gjennomgå alle tidligere saker hvor «second opinion» har resultert i en annen konklusjon enn hos oss.
  - Kvalitetssikringsprogram der alle pasientsaker legges inn (anonymt) og det beskrives blant annet hvilke mål som ble satt og om de ble oppnådd.
8. Brukerundersøkelse
- Enkelte tjenester har gjennomført en brukerundersøkelse. Flere tjenester rapporterer at pasienttilbakemeldingssystemer er under utarbeiding-
  - Tilbakemeldingsskjema fra bydeler innhentes.
9. Pr. i dag ikke systematisk arbeid på dette.

Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold til hvordan og om en slik evaluering gjøres.

## 8.4 Brukerundersøkelser

Når det gjelder brukerundersøkelser er det tre tjenester som opplyser å ha gjennomført en slik undersøkelse i løpet av de siste to år. En tjeneste svarer ikke på spørsmålet, og 21 tjenester har ikke gjennomført brukerundersøkelse de siste 2 år. Flere tjenester gir uttrykk for at dette er under planlegging.

Habiliteringstjenesten i Sør-Trøndelag (St. Olav) har laget en brukerundersøkelse tilpasset habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Flere habiliteringstjenester oppgir at de ønsker å benytte denne og enkelte tjenester var høsten 2015 i gang med å planlegge dette. Andre tjenester opplyser at de benytter en brukerundersøkelse som de er pålagt å benytte, men som ikke vil gi valide resultater for pasienter som mottar tjenester innenfor voksenhabilitering.

Enkelte tjenester oppgir at de innhenter tilbakemeldinger fra brukerne på samarbeids- og evalueringsmøter. Andre tjenester opplyser at de gjennomfører brukerundersøkelser ved avslutning av saker, eller ved rutinemessig evaluering i forbindelse med gruppebehandlingstilbud.

## 8.5 Rapportering til overordnet ledelse

På spørsmål om hvilke forhold tjenestene må rapportere til overordnet ledelse med tanke på å evaluere avdelingens prestasjoner oppgir lederne følgende forhold:

1. Ventetid
2. Vurderingstid
3. Fristbrudd
4. Økonomi/budsjett
5. Aktivitet.
  - a) Antall konsultasjoner, eventuelt med og uten inntjening.

- b) Antall henvisninger
  - c) Avvisninger
  - d) Direkte booking
  - e) Døgnopphold
  - f) Dagopphold
  - g) Prosedyrekoder (aktivitet i henhold til kodeverk)
6. Epikrisetid
  7. Kursvirksomhet
  8. Avvik
  9. Klager
  10. Måloppnåelse i henhold til årlige handlingsplaner/virksomhetsplaner og årsmeldinger
  11. Kvalitetssikkerhetskampanjer
  12. Kvalitetsarbeid
  13. Sykefravær
  14. Rapporter tilknyttet det elektroniske journalsystemet, for eksempel uferdige dokumenter, mm.
  15. Individuell plan
  16. Antall avsluttede saker

De forholdene som nevnes hyppigst av lederne er antall fristbrudd, aktivitetsmål, ventetid og økonomi/budsjett. Det er store likheter på tvers av tjenestene i forhold til hva som rapporteres. Det ser ut til at rapporteringen for mange tjenester skjer månedlig og at tjenesten har jevnlig oppfølgingsmøter med overordnet ledelse basert på de rapporterte virksomhetstallene. Ingen av tjenestene opplyser at de rapporterer noe om innholdet i eller kvaliteten på pasientbehandlingen (ut over eventuelle avvik og klager).

## 9. Ledelse

For å få en beskrivelse av ledelsen i tjenestene ble følgende informasjon samlet inn:

- A. Informasjon om leder og lederstillingen
- B. Fagpersonenes opplevelse av kontroll over egne arbeidsoppgaver

### 9.1 Lederne sin fagbakgrunn og deltakelse i klinisk virksomhet

Tabell 9-1 viser at fagbakgrunnen til lederne reflekterer tverrfagligheten i fagfeltet. Nesten alle profesjoner som arbeider innenfor habilitering er representert blant lederne, men det er flest ledere som er utdannet vernepleiere. Seks av lederne er spesialister innenfor eget fagfelt, andre ledere har ulike typer videreutdanning. Fire av lederne opplyser at de har kurs/videreutdanning i organisasjon og ledelse og tre ledere har mastergrad innenfor ledelse.

De fleste lederne har arbeidet svært lenge innenfor habiliteringsfeltet (se tabell 9-2). 18 av 28 ledere har arbeidet mer enn 10 år med habilitering. Av disse har 9 ledere arbeidet mer enn 20 år med habilitering.

Tabell 9-1: Oversikt over fagbakgrunn for lederne av tjenestene.

Fagutdanning for leder	Antall ledere som har denne fagutdanningen
Vernepleier	11
Pedagog (inkludert en førskolelærer og to spesialpedagoger)	5
Fysioterapeut	3
Sosionom	3
Lege	2
Ergoterapeut	2
Psykolog	1
Sykepleier	1
Sum (antall ledere)	28

Tabell 9-2:  
Oversikt over antall år lederne har arbeidet innenfor voksenhabilitering.

Antall år arbeidet innenfor voksenhabilitering	Antall ledere
0-5 år	4
6-10 år	6
11-15 år	8
16-20 år	2
21-25 år	8
Antall ledere	28

Tabell 9-3:  
Oversikt over hvor stor andel av sin stilling lederne benytter til kliniske oppgaver.

Andel av stillingen som brukes til kliniske oppgaver	Antall ledere
0%	3
5% - 20%	7
30% - 40%	3
50%	12
60% - 70%	3
Samlet (0-70%)	28

Det er stor variasjon på tvers av tjenestene når det gjelder andel av stillingen leder benytter til klinisk virksomhet, fra 0 – 70% (se tabell 9-3). Ved flere tjenester er lederfunksjonen delt på flere personer. Dette ble det ikke spurt om i spørreskjemaet og det kommer derfor ikke frem av beskrivelsen her.

## 9.2 Fagpersonenes opplevelse av kontroll over egne arbeidsoppgaver

Voksenhabilitering er et fagfelt hvor tjenesteytere ofte arbeider relativt alene med pasienter som har komplekse bistandsbehov og utfordrende problemstillinger. En viktig oppgave for leder er å legge til rette for at de ansatte opplever å ha kontroll over egne arbeidsoppgaver. På en skala fra 1 til 5, hvor 1=«I svært liten grad» og 5= «I svært stor grad» ble fagpersonene bedt om å vurdere spørsmålene i tabell 9-4. Som det fremgår av tabellen vurderer fagpersonene at de i stor grad står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med pasientene skal løses, at fagpersonens meninger blir tatt hensyn til og at det blir tatt hensyn til spesialkompetanse og interesse ved fordeling av pasientsaker. Fagpersonene opplever imidlertid at de i mindre grad får bestemme hvilke pasientsaker de får ansvar for. Som det fremgår av tabell 9-5 og 9-6 er det stor enighet mellom fagpersonene på tvers av helseregion, kjønn og profesjon. Det er ingen signifikante forskjeller i svarene bortsett fra en signifikant forskjell mellom Helse Nord og Helse Sør-Øst. Det kan synes som om fagpersonene i Helse Sør-Øst opplever at de er friere til å bestemme hvordan arbeidet med den enkelte pasient skal løses, enn fagpersonene i Helse Nord<sup>55</sup>. Den største variasjonen finnes på tvers av tjenester, noe som illustreres med differansen mellom skårene for de tjenestene som fikk lavest og høyest skåre (se minimums- og maksimumsskåre i tabell 9-4).

Tabell 9-4: Oversikt over variasjon og fordeling av fagpersonenes skårer for spørsmål relatert til opplevelse av kontroll og mestring over egne arbeidsoppgaver.

Spørsmål	Variasjon i skårer på tvers av 14 tjenester		Andel fagpersoner som skårer (i prosent) <sup>56</sup>				
	Min.	Maks.	1	2	3	4	5
Jeg står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med den enkelte pasient skal løses.	3,3	4,5	1,6	3,1	22,9	43,2	29,2
Jeg bestemmer selv hvilke saker jeg får ansvar for.	1,5	3,1	22,4	28,6	35,9	10,4	2,6
Mine meninger og ønsker blir tatt hensyn til når saker blir fordelt til meg.	3,2	4,6	3,1	5,8	28,8	41,9	20,4
Det blir tatt hensyn til de ansattes spesialkompetanse og interesse ved fordeling av pasientsaker.	3,6	4,7	1,0	2,6	16,7	49,0	30,7

<sup>55</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 3,065, p = 0.013$ ).

<sup>56</sup> Alle fagpersoner som svarte på spørreskjemaet, uavhengig av hvilken tjeneste de kommer fra.

Tabell 9-5: Gjennomsnittsskåre og standardavvik for spørsmålene i tabell 9-4.

	Jeg står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med den enkelte pasient skal løses		Jeg bestemmer selv hvilke saker jeg får ansvar for.	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Norge</b>				
24 tjenester	3,95	0,9	2,42	1,03
<b>Helseregion</b>				
Helse Vest	3,9	0,9	2,4	1,2
Helse Sør-Øst	4,1	0,9	2,3	0,9
Helse Midt	4,0	0,9	2,5	1,1
Helse Nord	3,6	0,9	2,5	1,1
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	4,0	0,9	2,4	1,0
Menn	3,9	0,9	2,5	1,0
<b>Profesjon</b>				
Leger	3,9	0,7	2,7	1,1
Psykologer	4,0	1,1	2,6	1,2
Vernepleiere	4,0	0,8	2,3	1,0
Andre faggrupper	4,0	0,8	2,4	0,9

Tabell 9-6: Gjennomsnittsskåre og standardavvik for spørsmålene i tabell 9-4.

	Mine meninger og ønsker blir tatt hensyn til når saker blir fordelt til meg.		Det blir tatt hensyn til de ansattes spesialkompetanse og interesse ved fordeling av pasientsaker.	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Norge</b>				
24 tjenester	3,71	0,96	4,06	0,82
<b>Helseregion</b>				
Helse Vest	3,7	1,1	4,0	1,0
Helse Sør-Øst	3,5	0,9	4,1	0,8
Helse Midt	3,8	1,0	4,0	0,8
Helse Nord	3,9	0,8	4,1	0,8
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	3,6	1,0	4,0	0,8
Menn	3,9	0,8	4,2	0,7
<b>Profesjon</b>				
Leger	4,0	0,9	4,3	0,6
Psykologer	3,8	0,9	3,9	1,0
Vernepleiere	3,5	1,0	4,0	0,8
Andre faggrupper	3,8	0,9	4,2	0,7

## 10. Organisasjonsstruktur

I dette kapitlet gis det en beskrivelse av forhold ved tjenestene sin organisasjonsstruktur. Med organisasjonsstruktur siktes det til fysiske og sosiale forhold ved organisasjonen som påvirker fordeling av autoritet, arbeidsdeling og systemer som støtter fagpersonene i å gjennomføre sine arbeidsoppgaver. Beskrivelsen omfatter:

- A. Størrelsen på de ulike tjenestene – antall årsverk i tjenesten
- B. Hvor tjenestene er plassert i organisasjonshierarkiet (nivå)
- C. Fysisk lokalisering av tjenestene
- D. Arbeidstidsordning
- E. Omfang av reisevirksomhet og overnattinger
- F. Støttesystemer for fagpersonene
- G. Arbeidsdeling blant de ansatte i tjenesten (intern organisering)

### 10.1 Antall årsverk i tjenestene

Totalt har ledere fra 29<sup>57</sup> tjenester oppgitt at de til sammen har 419,4 årsverk hvor 368,6 er fagstillinger og 49,8 er merkantile stillinger (se tabell 11-1 for en detaljert beskrivelse av årsverk i tjenestene). Tabell 10-2 viser at det er store størrelsesforskjeller mellom tjenestene, fra 1,7 til 33,0 årsverk for fagpersoner. Flest tjenester har 11-15 årsverk for fagpersoner, men 6 tjenester har under 5 årsverk for fagpersoner. 18 av 29 tjenester har liten eller ingen merkantil støttefunksjon (se tabell 10-3). Helse Nord er den helseregionen som har flest årsverk fagperson per 10000 innbyggere, men denne regionen dekker et svært stort geografisk område som medfører betydelig reisevirksomhet. Det er også denne regionen som har flest tjenester med et lite antall årsverk. Helse Vest ser ut til å ha lavest bemanning sett i forhold til befolkningsgrunnlaget (se tabell 10-1)<sup>58</sup>. Oppland, Oslo og Akershus har de største tjenestene når man ser på antall årsverk fagperson. Tjenesten i Oppland har imidlertid ansvar for både barn og voksne og det er uklart hvordan årsverkene fordeler seg på barn/voksen.

Tabell 10-1: Oversikt over antall årsverk fagperson per 10000 innbyggere.

Helseregion	Antall årsverk per 10000 innbyggere	Antall årsverk	Befolknings-grunnlag (SSB 2016)
Helse Vest	0,45	49,4	1096202
Helse Sør-Øst	0,63	183,6	2912214
Helse Midt	0,96	68,5	715059
Helse Nord	1,49	67,1	450828
Norge 29 tjenester	0,71	368,6	5174303

<sup>57</sup> For en av tjenestene er antall årsverk estimert ut fra Bemanningskartleggingen 2014.

<sup>58</sup> Helse Vest har også flere årsverk allokert til en døgnavdeling, noe som gjør at antall årsverk allokert til den «vanlige» habiliteringstjenesten er enda lavere.

*Tabell 10-2:  
Oversikt over antall årsverk fagstilling i  
habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.*

Antall fagstillinger	Antall tjenester
1,7-5 årsverk	6
6-10 årsverk	7
11-15 årsverk	10
16-20 årsverk	1
21-25 årsverk	2
26-30 årsverk	0
31-33 årsverk	3
Antall tjenester	29

*Tabell 10-3:  
Oversikt over antall årsverk merkantile stillinger i  
habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.*

Antall merkantile stillinger	Antall tjenester
Ingen stillinger	4
>0 - 1 stilling	14
>1 - 2 stillinger	2
>2 - 3 stillinger	4
>3 - 4 stillinger	2
>4 - 5 stillinger	1
>5 - 7 stillinger	2
Sum Antall tjenester	29

## 10.2 Voksenhabiliteringstjenesten sin plassering i organisasjonen

Hvor i organisasjonshierarkiet en tjeneste er plassert kan si noe om hvor store muligheter tjenesten har til å fremme sine interesser og påvirke prioriteringer i sykehuset. Tabell 10-6 gir en oversikt over hvor de ulike tjenestene er plassert i organisasjonen og hvor mange nivåer det er fra toppleder og ned til leder av habiliteringstjenesten for voksne. Tabellen viser at det kun er tre tjenester som ligger på 3. nivå og dermed deltar i faste møter på klinikk eller divisjonsnivå. Dette er tre av de største habiliteringstjenestene med tanke på antall årsverk. I tillegg har tre tjenester en habiliteringsavdeling som ligger på 3. nivå, men tjenestene er seksjoner innenfor habiliteringsavdelingen som omfatter både barn og voksne. 14 av 28 tjenester er plassert på 4. nivå og 8 tjenester er på 5. nivå i organisasjonshierarkiet.

Tabell 10-4 viser at tjenestene er godt spredd mellom psykisk helsevern, somatikk og habilitering/rehabilitering. En tjeneste opplyser at de er organisert i somatikken, men fysisk lokalisert innenfor Psykisk helsevern.

12 av 28 tjenester oppgir at de er samlokalisert med barnehabiliteringstjenesten. 10 av 28 tjenester opplyser at barn og voksen er slått sammen til en felles habiliteringstjeneste. Dette gjelder for tjenestene i Vestre Viken, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet (Hedmark og Oppland), Lofoten og Vesterålen (Nordlandssykehuset), Helgelandssykehuset og UNN avdeling Narvik og Harstad. En tjeneste opplyser at de vil fremme forslag om å bli samlokalisert og sammenslått med barnehabiliteringstjenesten. Flere tjenester beskriver at de har kontorer på flere steder i opptaksområdet.



Tabell 10-4:  
Oversikt over organisatorisk tilknytning.

Organisatorisk tilknytning	Antall tjenester
Psykisk helsevern	9
Somatikk/Medisinsk	9
Habilitering/Rehabilitering/- Fysikalsk medisin	7
Barne- og ungdomsklinikk	1
Habilitering	2
Samlet antall tjenester	28

Tabell 10-5:  
Oversikt over tjenestene sin fysiske lokalisering.

Fysisk lokalisering	Antall tjenester
På sykehusområdet	15
Utenfor sykehusområdet	7
Samlokalisert med annen spesialisthelsetjeneste utenfor sykehusområdet	4
Spredt lokalisering (hovedenhet med satellitter)	2
Sum antall tjenester	28

Tabell 10-6: Oversikt over organisatorisk tilknytning for tjenestene, samt avstand fra toppleder (T), divisjonsleder (D), enhetsdirektør (E), klinikkleder (K), områdesjef (O), avdelingsleder (A) og til leder av tjenesten for habilitering av voksne (L).

Tjeneste	Organisatorisk enhet	Organisatorisk tilknytning	Plassering i hierarkiet for leder av voksenhab.
1. Sykehuset i Østfold	Seksjon	Klinikk for psykisk helsevern og rus, Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering	4 nivå (T – K – A – L)
2. Oslo universitetssykehus	Avdeling	Nevroklubben	3 nivå (T – K – L)
3. Akershus universitetssykehus	Avdeling	Divisjon for psykisk helsevern	3 nivå (T – D – L)
4. Vestre Viken	Seksjon (del av habiliteringsavdelingen med to seksjoner)	Klinikk Drammen sykehus: Nevrologi, revmatologi og reHabilitering	5 nivå (T – K – A1 - A2 – L)
5. Sykehuset i Telemark	Seksjon (del av habiliteringsavdelingen med to seksjoner)	Barne- og ungdomsklinikken	4 nivå (T – K – A – L)
6. Sykehuset Innlandet	Seksjon voksenhabilitering - Hedmark	Divisjon habilitering og rehabilitering, Habilitering (Hedmark og Oppland)	4 nivå (T – D – A – L)
7. Sykehuset Innlandet	Seksjon habilitering - Oppland	Divisjon habilitering og rehabilitering, Habilitering (Oppland og Hedmark)	4 nivå (T – D – A – L)
8. Sykehuset i Vestfold	Enhet for voksenhabilitering)	Medisinsk klinikk, Poliklinikk habilitering, Habiliteringssenteret	5 nivå (T – K – A1 – A2 – L)
9. Sørlandet sykehus (Kristiansand)	Seksjon for voksenhabilitering	Somatikk Kristiansand, Fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR)/ revmatologi	4 nivå (T – K – A – L)
10. Sørlandet sykehus (Arendal)	Seksjon for voksenhabilitering	Somatikk Kristiansand, Fysikalsk medisin og	4 nivå (T – K – A – L)

Tjeneste	Organisatorisk enhet	Organisatorisk tilknytning	Plassering i hierarkiet for leder av voksenhab.
		rehabilitering (AFR)/ revmatologi	
11. Helse Stavanger	Enhet	Medisinsk divisjon: Avdeling for rehabilitering, Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering.	5 nivå (T – D – A1 – A2 – L)
12. Helse Bergen	Avdeling	Rehabiliteringsklinikken.	3 nivå (T – K – L)
13. Helse Fonna	Team for voksenhabilitering	... Seksjon for habilitering, læring og mestring.	5 nivå (T - D- A - S - L)
14. Helse Førde	Team for voksenhabilitering	Psykisk helsevern, Psykiatrisk klinikk.	4 nivå (T - D- A-L)
15. Helse Møre og Romsdal (Sunnmøre)	Seksjon	Klinikk for psykisk helsevern: Avdeling for alderspsykiatri og vaksenhabilitering	4 nivå (T – K – A – L)
16. Helse Møre og Romsdal (Nordmøre og Romsdal)	Seksjon	Klinikk for psykisk helsevern: Avdeling for alderspsykiatri og vaksenhabilitering	4 nivå (T – K – A – L)
17. St. Olav hospital	Avdeling for voksenhabilitering	Divisjon psykisk helsevern: Avdeling Brøset	4 nivå (T – D – A – L)
18. Helse Nord-Trøndelag	Seksjon Habilitering Voksne	Psykiatrisk klinikk: Avdeling Poliklinikk	4 nivå (T – K – A – L)
19. Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Habilitering (avd.)	Distrikt: Sandnessjøen, Psykisk helse og rus.	4 nivå (T – E – O – L)
20. Helgelandssykehuset Mosjøen	Habilitering (avd.)	Distrikt: Mosjøen, Psykisk helse og rus.	4 nivå (T – E – O – L)
21. Helgelandssykehuset Rana	Habilitering (avd.)	Distrikt: Mo i Rana, Psykisk helse og rus.	4 nivå (T – E – O – L)
22. Nordlandssykehuset, Bodø	Habiliteringsteamet for voksne (enhet)	Hode- og bevegelsesklinikk, Avdeling for habilitering, rehabilitering og kliniske servicefunksjoner	4 nivå (T – K – A – L)
23. Nordlandssykehuset, Lofoten	Habiliteringsteamet for voksne (enhet)	Hode- og bevegelsesklinikk, Avdeling for habilitering, rehabilitering og kliniske servicefunksjoner	5 nivå (T – K – A1 – A2 – L)
24. Nordlandssykehuset, Vesterålen	Habiliteringsteamet for voksne (enhet)	Hode- og bevegelsesklinikk, Avdeling for habilitering, rehabilitering og kliniske servicefunksjoner	5 nivå (T – K – A1 – A2 – L)
25. Finnmarkssykehuset	Enhet for - voksenhabilitering	Klinikk Kirkenes: Avdeling for Rehabilitering og habilitering	4 nivå (T – K – A – L)

Tjeneste	Organisatorisk enhet	Organisatorisk tilknytning	Plassering i hierarkiet for leder av voksenhab.
26. Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habilitering Tromsø	Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Rehabiliteringsavdelingen	4 nivå (T – K – A – L)
27. Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habilitering Narvik	Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Rehabiliteringsavdelingen	5 nivå (T – K – A1 – A2 – L)
28. Universitetssykehuset i Nord-Norge	Habilitering Harstad	Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Rehabiliteringsavdelingen	5 nivå (T – K – A1 – A2 – L)

### 10.3 Fysisk lokalisering av tjenesten

Som det fremgår av tabell 10-5 er over halvparten av tjenestene lokalisert inne på sykehusområdet. Ifølge lederne vil flere tjenester flytte inn på sykehuset i løpet av noen år. Dette stemmer overens med lederne sin vurdering av fordeler og ulemper ved å være fysisk lokalisert på sykehusområdet. Fordelene ved å være en del av sykehusmiljøet i form av lettere tilgang på andre spesialiteter, samarbeid med andre avdelinger og anerkjennelse av habilitering som et fagområde synes å veie opp for mange av ulempene (se tabell 10-7).

Tabell 10-7: Oppsummering av lederne sin vurdering er fordeler og ulemper ved ulike typer fysisk lokalisering av tjenesten.

Fysisk lokalisering	Fordeler/Ulemper med fysisk lokalisering
Generelle fordeler og ulemper med lokalisering som gjelder uansett om tjenesten er lokalisert på sykehusområdet eller ikke.	<p>Lederne vurderer det som en fordel at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligger nærme de forskjellige kommuner og pasienter som bruker tjenesten.</li> <li>• Har mulighet for desentralisert jobbing når tjenesten skal dekke store geografiske områder.</li> <li>• Har romslige lokaler og mange møterom.</li> <li>• Gode parkeringsmuligheter med lett adkomst/kort avstand for pasienter med funksjonshemming (universell utforming).</li> <li>• Tilrettelagte lokaler (universell utforming).</li> </ul> <p>Lederne vurderer det som en ulempe at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke er tilrettelagt for funksjonshemmede/rullestolbrukere da dette fører til at enkelte pasienter ikke får tilgang til tjenesten.</li> <li>• Har for liten kapasitet for rom til undersøkelse og testing / kartlegging.</li> <li>• Mangler gruppe/samtalerom og tilstrekkelig møteromskapasitet.</li> <li>• Har dårlig bussforbindelse for pasientene.</li> </ul>

Fysisk lokalisering	Fordeler/Ulemper med fysisk lokalisering
<p>Tjenesten er lokalisert på sykehusområdet</p>	<p>Lederne vurderer det som en fordel at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan benytte seg av felles ressurser som rom og personale som arbeider på andre avdelinger, for eksempel leger. Dette gjør arbeidet lettere og mer fleksibelt og oppleves som positivt av pasientene.</li> <li>• Har nærhet til andre avdelinger og fagfolk i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør samarbeid på tvers lettere.</li> <li>• Får en bredere kontaktflate til forskjellige enheter utenfor sykehuset.</li> <li>• Sikrer tilknytning til sykehusvirksomheten, forskning, fagutvikling, med mer.</li> <li>• Blir sett og anerkjent som spesialisthelsetjeneste.</li> <li>• Blir mer synlig for andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten.</li> </ul> <p>Lederne vurderer det som en ulempe at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blir assosiert for mye med psykiatri, psykisk lidelse og farlighet. Noen pasienter har reagert dette, blant annet krav til sikkerhet.</li> <li>• Internt på sykehuset er plassert for langt unna øvrige seksjoner i poliklinikken, for eksempel psykiatrisk klinikk.</li> <li>• Får mer innblanding og krav om å innrette seg etter praksis og krav fra andre og større avdelinger på sykehuset.</li> </ul>
<p>Tjenesten er lokalisert utenfor sykehusområdet, enten samlokalisert med annen spesialisthelsetjeneste, eller spredt lokalisering.</p>	<p>Lederne vurderer det som en fordel at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligger nært et somatisk sykehus med tanke på legetjenester og bruk av nødvendige støttefunksjoner på sykehuset.</li> <li>• Er en del av et større tverrfaglig miljø (flere tjenester er lokalisert sammen).</li> <li>• Har mindre "sykehusatmosfære".</li> <li>• Ikke ligger på sykehuset da den fysiske passeringen blir mer sentral i fylket/opptaksområdet.</li> </ul> <p>Lederne vurderer det som en ulempe at tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke er en del av sykehuset fordi tjenesten mindre synlig og kjent innad i sykehuset/resten av klinikken. De andre tjenestene får lite innblikk i hvem vi er og hva vi gjør. Dette er særlig et stort problem ved spredt lokalisering.</li> <li>• Er isolert fra resten av sykehuset og andre avdelinger i helseforetaket.</li> <li>• Er en liten seksjon og ikke en del av et større habiliteringsmiljø.</li> </ul>

## 10.4 Arbeidstidsordning

22 av 28 tjenester opplyser at de ansatte er dagarbeidere med fast arbeidstid. For 12 tjenester opplyses det at dette gjelder alle ansatte. En tjeneste skriver at de ansatte likevel er fleksible og tar lengre dager i forbindelse med reise/overnatting, men at dette avspaseres. Ved 3 tjenester er det kun leger som er dagarbeidere, ved to tjenester er det bare merkantilt personale og ved en tjeneste er psykologer dagarbeidere.

11 av 28 tjenester opplyser at de benytter dagarbeidere med fleksitidsordning. Av disse er det 7 tjenester hvor alle ansatte har fleksitid og en hvor de ansatte i utgangspunktet er dagarbeidere, men hvor alle får mulighet til å velge fleksitid. To tjenester tilbyr fleksitid til treårig høgskoleutdannede og psykologer, og en tjeneste tilbyr dette også til merkantil personell. Ved to tjenester er tilbudet om fleksitid avhengig av behov. Tidsperioden og hva som regnes som kjernetid varierer noe på tvers av tjenester.

En tjeneste opplyser at de benytter turnus for fagkonsulenter og en tjeneste benytter turnus for fagpersoner som arbeider i ambulanseteam. En tjeneste opplyser å ha døgnavdeling hvor miljøterapeuter og miljøarbeidere går turnus og en tjeneste opplyser at de har vaktordning for leger i døgnåpen akuttpost.

## 10.5 Omfang av reisevirksomhet og overnatting knyttet til ambulanseteam arbeid

Fagpersonene estimerte samlet reisetid for sine siste fem kontakter. Det var 136 fagpersoner som besvarte spørsmålet og vurderte at reisetiden var representativ for deres reisevirksomhet. Samlet reisetid for 680 kontakter blir da 1083 timer. Dette blir i gjennomsnitt 8 timer reisetid per fagperson for fem kontakter (sd=13,2 timer)<sup>59</sup>. Det er imidlertid stor variasjon i forhold til hvor mye den enkelte fagperson reiser (se tabell 10-8). En person reiste 120 timer og dette var over dobbelt så mye som den fagpersonen som reiste nest med. Denne fagpersonen ble derfor holdt utenfor analysene med tanke på helseregion, kjønn og profesjon.

Fagpersonene i Helse Nord ser ut til å reise signifikant mer enn fagpersonene i Helse Vest og Helse Sør-Øst<sup>60</sup>. Vernepleiere og gruppen andre faggrupper reiser signifikant mer enn leger og psykologer<sup>61</sup>. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder reisetid. Det ser ut til å være noen få vernepleiere, personer fra gruppen andre faggrupper og psykologer som reiser betydelig mer enn andre fagpersoner.

Figur 10-1 viser at det er stor variasjon på tvers av tjenester i forhold til hvor mye arbeidstid som går med til å reise. Reisetiden for de ulike tjenestene varierer fra 1,8 timer til 24,0 timer for fem kontakter. Denne reisetiden er vurdert som representativ for daglig virksomhet av de ulike fagpersonene.

---

<sup>59</sup> Dersom personen som reiste 120 timer holdes utenfor blir gjennomsnittlig reisetid for fem kontakter 7,1 timer (sd = 9,0; N=135).

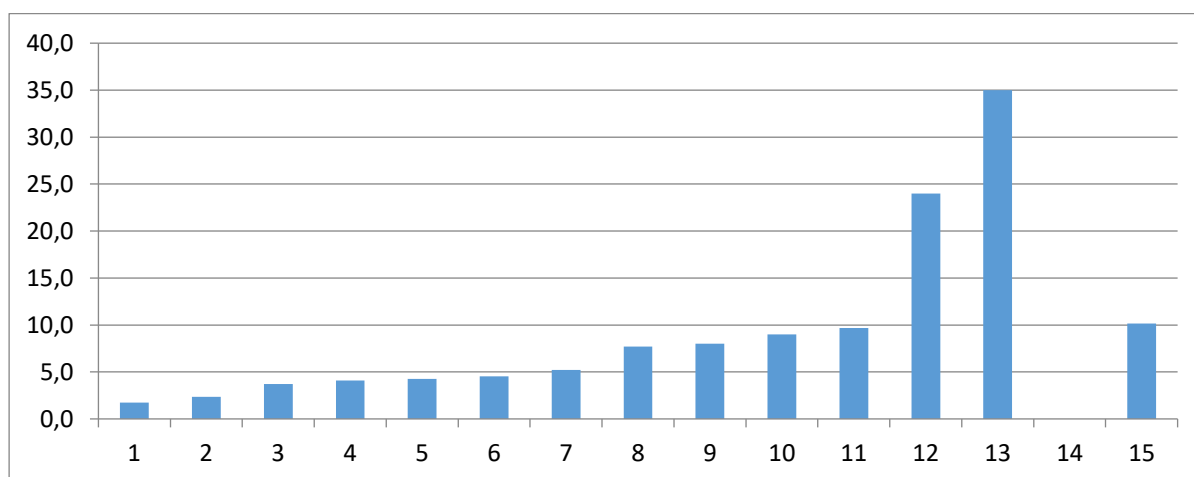
<sup>60</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 23,858, p = 0.000$ )

<sup>61</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 23,405, p = 0.000$ )

Tabell 10-8: Oversikt over fagpersoners reisetid i forbindelse sine siste fem kontakter.

Reisetid i forbindelse med de siste 5 kontakter	Antall fagpersoner	Prosentandel av fagpersoner
Ingen reisetid	15	11,1 %
2 timer eller mindre	29	21,3 %
Mer enn 2 timer til 5 timer	33	24,3 %
Mer enn 5 timer til 10 timer	34	25,0 %
Mer enn 10 timer til 15 timer	9	6,6 %
Mer enn 15 timer til 20 timer	7	5,1 %
Mer enn 20 timer	9	6,6 %
Total	136	100,0 %

Figur 10-1: Oversikt over gjennomsnittlig reisetid for hver enkelt fagperson de siste 5 kontakter fordelt på 13 tjenester med mer enn 50 % svar (sortert i stigende rekkefølge). Den siste stolpen (15) viser gjennomsnittlig reisetid for alle fagpersoner fra tjenester med mindre enn 50 % svar.



### Overnatting

170 fagpersoner rapporterer at de har overnattet til sammen 100 ganger i løpet av en periode på 2 måneder i forbindelse med gjennomføring av kontakter. Fagpersonene har også vurdert at dette er representativt for deres virksomhet. Dette gir et gjennomsnitt på 0,6 overnattinger per fagperson (sd=2,1).

Som det fremgår av tabell 10-9 har 152 av fagpersonene (89,4%) ingen overnattinger. Det er stor variasjon i forhold til hvor ofte fagpersoner må overnatte, og det kan se ut som om det er noen enkeltpersoner og tjenestesteder som har mange overnattinger. En tjeneste står for nesten

halvparten av overnattingene. Trekker man fra denne tjenesten viser dette at 165 fagpersoner har overnattet 58 ganger. Dette gir et gjennomsnitt på 0,4 overnattinger per fagperson (sd= 1,6). Trekker man fra den tjenesten som har svært mange overnattinger ser man at 38 av 58 overnattinger skjer i Helse Nord (65,5%) og det er signifikant forskjell mellom antall overnattinger i Helse Nord og de

Tabell 10-9: Oversikt over fagpersoners overnatting i forbindelse sine siste fem kontakter.

Overnatting i forbindelse med gjennomføring av kontakter i løpet av en periode på to måneder	Antall fagpersoner	Prosentandel av fagpersoner
Ingen overnattinger	152	89,4%
1-2 overnattinger	7	4,1 %
3-5 overnattinger	3	1,8 %
6-10 overnattinger	6	3,6 %
11-14 overnattinger	2	1,2 %
Total	170	100,0 %

andre helseregionene<sup>62</sup>. Menn overnatter signifikant oftere enn kvinner<sup>63</sup>, men forskjellen er ikke stor. Det er ingen forskjeller mellom profesjoner med tanke på antall overnattinger. Enkelte psykologer, vernepleiere og andre fagpersoner har imidlertid et relativt stort antall overnattinger.

For 13 av tjenestene med en svarprosent over 50% er det 7 tjenester som ikke har noen overnattinger. For de resterende 6 tjenestene varierer antall overnattinger fra 0,2 til 1,2 netter per fagperson i løpet av en periode på 2 måneder. I og med at det er stor variasjon mellom de enkelte fagpersonene hefter det betydelig usikkerhet til disse tallene selv om over 50% av de ansatte har svart.

## 10.6 Støttesystemer for fagpersonene i tjenesten

Fagpersonene svarte på 13 spørsmål som omhandlet ulike forhold ved organisasjonens tiltak for å støtte tjenesteyterne i gjennomføring av arbeidsoppgavene. På bakgrunn av en komponentanalyse ble det laget fire indekser basert på 12 av spørsmålene (se tabell 10-10). Indeksene er tilrettelagt arbeidsplass, muligheter for faglig arbeid, IKT-systemer og elektroniske tidsskrift. Se vedlegg D for en mer detaljert beskrivelse av komponentanalysen.

Resultatene i tabell 10-11 viser at gjennomsnittsskåren for indeksen tilrettelagt arbeidsplass er 3,77 og 59,5 % av fagpersonene vurderer at de i stor grad, eller svært stor grad, har en godt tilrettelagt arbeidsplass, har tilgang på nødvendige møterom og utstyr, samt får delta på nødvendige kurs og konferanser. Kun 4,2 % av fagpersonene vurderer at de i liten grad har en tilrettelagt arbeidsplass. Minimums og maksimumsskårene viser at det er betydningsfulle forskjeller mellom tjenestene og ved noen tjenester gir fagpersonene uttrykk for at de har en svært godt tilrettelagt arbeidsplass.

Gjennomsnittsskåren for indeksen mulighet for faglig arbeid er 3,13. Dette er en skåre som ligger omtrent midt i intervallet fra 1 – 5, og minimums og maksimumsverdiene viser at det er lite forskjeller mellom tjenestene. Dette tyder på at tjenestene har noe å gå på når det gjelder å legge til rette for at fagpersoner får tid til å lese faglitteratur, mulighet til å diskutere problemstillinger med kolleger, tilstrekkelig tid til å løse arbeidsoppgaver og at de får nødvendig veiledning.

<sup>62</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 12,139, p = 0.007$ )

<sup>63</sup> ( $z = 2,288, p = 0.022$ )

Tabell 10-10: Beskrivelse av indekser utarbeidet på bakgrunn av 12 spørsmål vedrørende hvordan tjenestene tilrettelegger for å støtte fagpersonene i gjennomføringen av arbeidsoppgavene.

Navn på indeks	Beskrivelse	Antall spørsmål	Chronbachs alpha
Tilrettelagt arbeidsplass	Indeksen antas å måle om fagpersonene vurderer at de har en godt tilrettelagt arbeidsplass, har tilgang på nødvendige møterom og utstyr, samt får delta på nødvendige kurs og konferanser.	4	0,704
Muligheter for faglig arbeid	Indeksen antas å måle om fagpersonene vurderer å ha tid til å lese faglitteratur, mulighet til å diskutere problemstillinger med kolleger, tilstrekkelig tid til å løse arbeidsoppgavene og om vedkommende får nødvendig veiledning.	4	0,680
IKT-systemer	Indeksen antas å måle om fagpersonene vurderer at IKT-systemene er godt tilpasset arbeidsoppgavene og om vedkommende får hjelp når systemene ikke fungerer	2	0,692
Elektroniske tidsskrift	Indeksen antas å måle om fagpersonene vurderer at de kan søke etter litteratur i elektroniske databaser og har tilgang på databaser og tidsskrift.	2	0,850

Tabell 10-11: Oversikt over resultater for de ulike indeksene. Tabellen viser gjennomsnittsverdi og standardavvik for alle 24 tjenester hvor tjenesteytere har svart på spørreskjema, samt andel skårer lavere enn 2,5 og høyere enn 2,5. Kolonnene merket Minimum og Maksimum viser laveste og høyeste skåre for de 14 tjenestene som har en svarprosent over 50 %.

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Andel skåre < 2,5	Andel skåre > 3,5	Minimum	Maksimum
Tilrettelagt arbeidsplass	3,77	0,70	4,2 %	59,5 %	3,00	4,46
Mulighet for faglig arbeid	3,13	0,67	12,9 %	25,3 %	2,71	3,48
IKT-systemer	3,51	0,86	8,2 %	38,1 %	2,75	4,14
Elektroniske tidsskrifter	3,95	0,92	4,7 %	67,7 %	2,75	4,5

Når det gjelder IKT-systemer er gjennomsnittsskåren 3,51 og variasjonen mellom avdelingene er mye større, fra 2,75 til 4,14. 38,1 % av fagpersonene vurderer at IKT-systemene i stor grad, eller svært stor grad, er tilpasset arbeidsoppgavene og at vedkommende får hjelp når systemene ikke fungerer. Flesteparten av fagpersonene vurderer imidlertid at IKT-systemene er gjennomsnittlige. Kun 8,2 % av fagpersonene skårer under 2,5 på indeksen IKT-systemer.

Gjennomsnittsskåren for elektroniske tidsskrift er 3,95 noe som tyder på at de fleste fagpersoner i stor grad har tilgang på elektroniske tidsskrift og databaser. 67,7 % av fagpersonene vurderer at de i stor eller svært stor grad har tilgang på elektroniske tidsskrift og databaser. Imidlertid kan det synes som om enkelte tjenester har dårligere tilgang enn andre, jfr. minimumsskåren for tjenester.

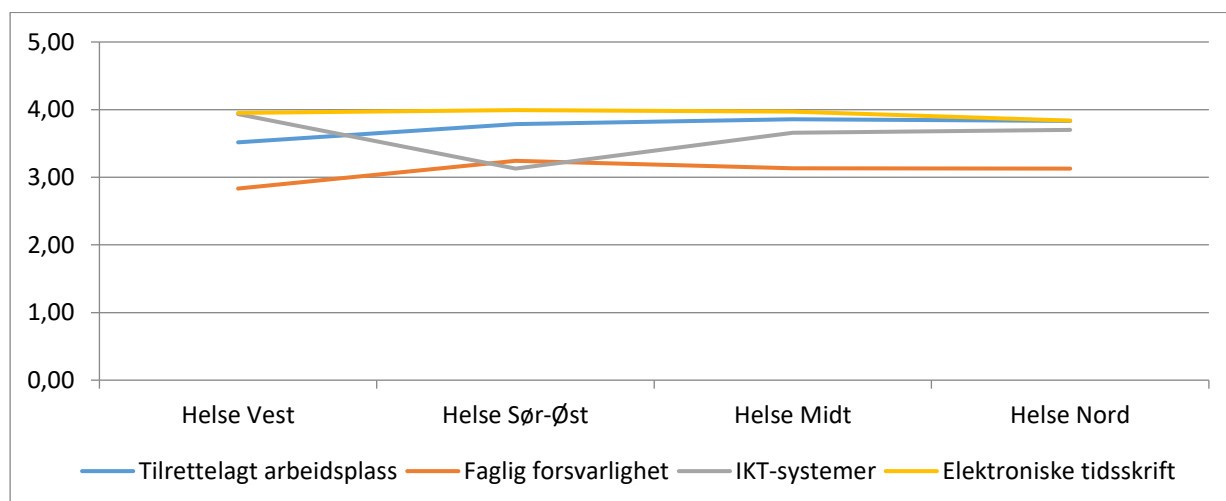


Fagpersonene i Helse Sør-Øst ser ut til å være signifikant mindre fornøyd med sine IKT-systemer enn fagpersoner i andre helseregioner<sup>64</sup> (se figur 10-2). Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av ulike helseregionene når det gjelder muligheter for faglig arbeid, tilrettelagt arbeidsplass eller elektroniske tidsskrift.

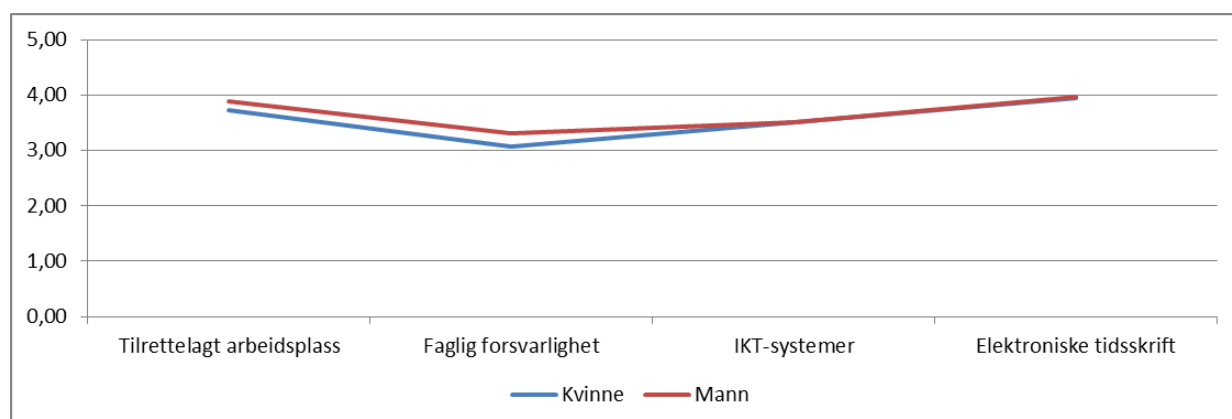
Kvinnelige fagpersoner ser ut til å vurdere mulighetene for faglig arbeid i tjenestene som signifikant lavere enn det mennene gjør<sup>65</sup>, men forskjellen er ikke stor (se figur 10-3). Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av kjønn når det gjelder vurdering av tilrettelagt arbeidsplass, IKT-systemer eller elektroniske tidsskrift.

Vernepleierne skårer signifikant dårligere på indeksen tilrettelagt arbeidsplass sammenlignet med legene<sup>66</sup>. Det er ingen signifikante forskjeller i de ulike profesjonene sin vurdering av muligheter for faglig arbeid, IKT-systemer eller elektroniske tidsskrift (se figur 10-4).

Figur 10-2: Skårer for indekser sammenlignet på tvers av helseregion.



Figur 10-3: Skårer for indekser sammenlignet på tvers av fagpersonens kjønn.

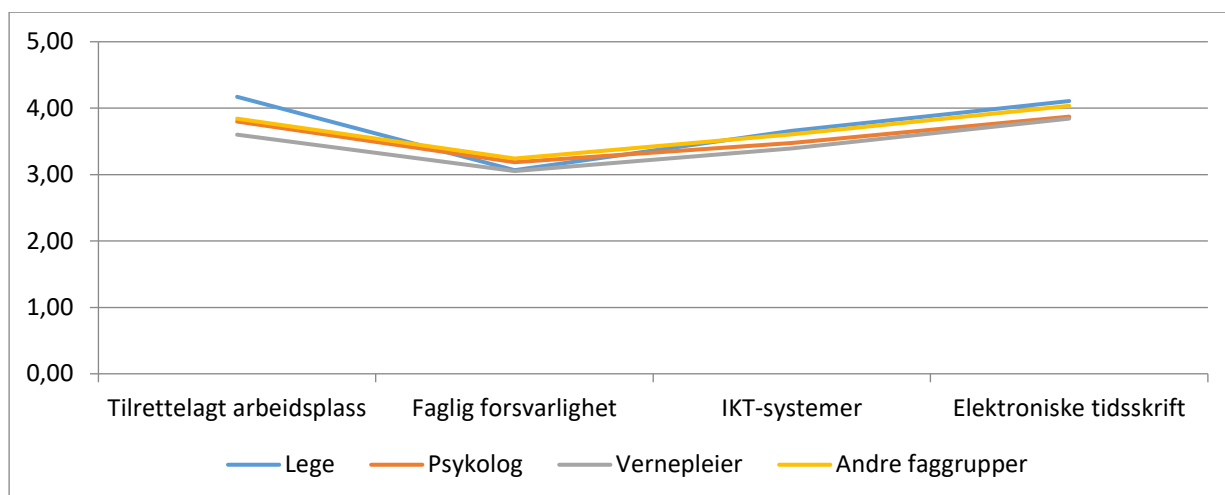


<sup>64</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 24,152, p = 0.000$ )

<sup>65</sup> ( $z = 2,277, p = 0.023$ )

<sup>66</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 10,277, p = 0.016$ ).

Figur 10-4: Skårer for indekser sammenlignet på tvers av profesjoner.



#### Muligheter for opplæring og vedlikehold av kompetanse for fagpersonene i tjenesten

Det er stor variasjon i hvor mye tid som avsettes til intern undervisning i tjenestene. 6 tjenester har ingen fast undervisningstid i løpet av en måned, mens andre tjenester benytter opptil 10 timer til intern undervisning per måned (se tabell 10-12).

Lederne sine svar på spørsmål knyttet til opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne ansatte viser at dette er et område som de fleste ledere vurderer at tjenesten satser på (se tabell 10-1):

- 14 av 28 ledere sier at de i stor/svært stor grad benytter årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner for egne ansatte.
- 19 av 28 ledere sier at de i stor/svært stor grad gir økonomisk støtte til etter- og videreutdanning for de ansatte.
- 24 av 28 ledere sier at avdelingen i stor/svært stor grad tilbyr alle ansatte å delta på eksterne kurs, seminarer eller konferanser i løpet av en periode på 24 måneder.
- 18 av 28 ledere sier at avdelingen i stor/svært stor grad legger til rette for at fagpersoner uten spesialitet skal videreutdanne seg til spesialister.
- 25 av 28 ledere sier at avdelingen i stor/svært stor grad betaler kostnader ved kurs, reise og opphold i forbindelse med ansattes spesialisering.

Tabell 10-12: Oversikt over antall timer avsatt til intern undervisning i tjenestene.

Antall timer fast internundervisning ved avdelingen per måned	Antall tjenester
0 timer	6
1-2 timer	8
3-4 timer	6
5-6 timer	5
7-8 timer	1
9-10 timer	1
Sum antall tjenester	27

Tabell 10-13: Opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne ansatte.

Spørsmål relatert til opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne fagpersoner						Gjennomsnitt (skala fra 1 til 5)	Antall tjenester
	I svært liten grad				I svært stor grad		
1. Avdelingen benytter årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner for egne ansatte.	4	3	7	7	7	3,4	28
2. Avdelingen gir økonomisk støtte til etter- og videreutdanning, for eksempel permisjon med lønn.	2	1	6	8	11	3,9	28
3. Avdelingen tilbyr alle ansatte å delta på eksterne kurs, seminarer eller konferanser i løpet av en periode på 24 måneder.	1	3	0	5	19	4,4	28
4. Avdelingen legger til rette for at fagpersoner uten spesialitet skal videreutdanne seg til spesialister.	1	3	6	4	14	4,0	28
5. Avdelingen betaler kostnader ved kurs, reise og opphold i forbindelse med ansattes spesialisering.	2	0	1	5	20	4,5	28

## 10.7 Intern organisering av tjenesten

Den store forskjellen i antall årsverk (fra 1,7 til 33) og plassering i organisasjonen vil nødvendigvis medføre forskjeller i hvordan de ulike tjenestene er organisert. For eksempel vil store avdelinger vil kunne legge til rette for spesialisering eller arbeidsdeling ved å inndele i enheter eller team. Dette vil ikke være mulig for små avdelinger hvor 2-3 personer må ta seg av alle funksjoner. Tjenester som er lagt som en seksjon under en annen avdeling vil kunne benytte funksjoner og tjenester fra denne avdelingen, men vil også i større grad måtte tilpasse seg den større avdelingens behov og prioriteringer.

I lederne sin beskrivelse av den interne organiseringen fremkommer det at det er relativt store forskjeller mellom tjenestene. Nedenfor følger en oppsummering basert på forhold som går igjen på tvers av flere tjenester. Flere tjenester har ingen intern inndeling i enheter, team eller lignende.

### Skille mellom poliklinikk og ambulant virksomhet

Poliklinikken består i hovedsak av lege (psykiater/nevrolog), psykolog, sosionom, fysioterapeut, mm. som primært har poliklinisk virksomhet. Dette innebærer tverrfaglig utredning/diagnostisering, behandling og oppfølging. Den ambulante virksomheten følger i hovedsak opp utfordrende atferd og andre atferdsmessige problemstillinger i tett samarbeid med kommune og familie.

Flere tjenester skiller mellom et team/en seksjon for utredning og en for oppfølging. Dette skillet synes å være tildels overlappende med skillet mellom poliklinikk og ambulant virksomhet.

### Innsatsteam for pasienter med særlig krevende problematikk

Ved enkelte tjenester er det skilt ut egne innsatsteam, av og til i samarbeid med psykisk helsevern eller barnehabiliteringen. Teamet utreder, behandler og gir oppfølging til personer med alvorlig utfordrende atferd eller annen svært krevende problematikk. Teamet gir intensiv oppfølging for en mindre gruppe av pasienter i form av høy tilstedeværelse hjemme hos pasienten for veiledning av pasient og tjenesteytere. For noen tjenester blir disse pasientene ivaretatt av det ambulante teamet/enheten, men for andre tjenester blir denne virksomheten skilt ut i et eget team på siden av den vanlige ambulante virksomheten.

### Døgnavdeling

En tjeneste opplyser at de har en døgnavdeling for korttidsopphold/utredning. Ansatte her gir også ambulant oppfølging i etterkant av pasientens opphold. Bemanningen består av psykolog og miljøterapeuter.

### Fagteam og geografiske team

En tjeneste har etablert et fagteam som fokuserer på somatisk helse, CP og muskeldystrofier. Teamet gir støtte til tre geografiske team som deler opptaksområdet mellom seg. Hvert enkelt geografisk team har ansvar for alle pasientsaker i sitt område, bortsett fra pasientsakene som håndteres av fagteamet.

### Team basert på profesjoner og arbeidsform

En tjeneste har valgt å organisere team ut fra profesjoner og arbeidsform: Team leger, team pedagoger og psykologer og team fagkonsulenter. Pasientforløpet sikrer tverrfaglig arbeid i enkeltsaker. Leger arbeider i hovedsak poliklinisk, pedagoger og psykologer arbeider poliklinisk og ambulant og fagkonsulenter arbeider i hovedsak ambulant.

### Team basert på diagnose (pasienter med og uten utviklingshemming)

En tjeneste har delt tjenesten inn to grupper. Nevropsykiatrisk gruppe har ansvar for utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser uten utviklingshemming, pasienter med CP uten utviklingshemming og syndromer uten utviklingshemming. Gruppe for utviklingshemming og psykiske lidelser tar alle pasienter med utviklingshemming, uansett komorbiditet og

tilleggsproblematikk. For eksempel utviklingshemming og autisme, psykisk lidelse, hol. kapittel 9, utfordrende atferd og demens.

#### Spesialpoliklinikk

En tjeneste har etablert en egen poliklinikk for multifunksjonshemmede rullestolbrukere. Poliklinikken drives av lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Det gjøres en tverrfaglig medisinsk utredning og pasientene settes opp til kontroll med 1 - 2 års mellomrom avhengig av behov.

#### Fagteam/kompetansegrupper

Mange tjenester oppretter egne team/grupper av fagpersoner som får et hovedansvar for å ivareta tjenesten sin kompetanse og praksis innenfor spesielle områder, for eksempel arbeidet med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9, seksualitet og funksjonshemming, aldring og demens, MMC og utfordrende atferd.

#### Fagnettverk på tvers av tjenester/region

Flere tjenester arbeider mye i fagnettverk på tvers av tjenester der ulike ansatte har dette som spesialområde. Temaer for fagnettverkene kan være rettsikkerhet, aldring og demens, seksualitet og psykiske lidelser.

## 11. Personell

---

Ett av de sentrale kjennetegn ved habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er at det legges stor vekt på tverrfaglig samarbeid. For å beskrive tjenesteyterne som arbeider i tjenestene vil det bli lagt vekt på følgende tema:

- A. Antall fagpersoner og profesjoner
- B. Fagpersonenes kjønns- og aldersfordeling
- C. Hvor lenge de ansatte har arbeidet i tjenestene
- D. Stillingsstørrelse
- E. Fagpersonenes utdanning og spesialisering
- F. Lederne sin vurdering av kompetansen i tjenestene

### 11.1 Antall fagpersoner og profesjoner

Tabell 11-1 på neste side gir en oversikt over antall årsverk for fagpersoner og profesjoner som arbeidet i tjenestene 2015/2016<sup>67</sup>. Samlet var det 368,56 årsverk for fagpersoner og 49,8 stillinger for merkantilt personell som arbeidet med voksenhabilitering. En tjeneste har ikke oppgitt informasjon om stillinger og for denne tjenesten er tallene fra Bemanningskartleggingen 2014 satt inn. Summen av fagstillinger som var besatt var 354,3 årsverk. Det var ubesatte stillinger for lege og psykolog tilsvarende henholdsvis 2,9 årsverk og 8,7 årsverk. Som det fremgår av tabellen er det store forskjeller i antall årsverk på tvers av tjenester. Enkelte tjenester har bare 1,7 årsverk, mens de største tjenestene har 33 årsverk. 6 tjenester har mindre enn 5 årsverk, 7 tjenester har fra 6 til 10 årsverk, 10 tjenester har fra 11-15 årsverk og 6 tjenester har mer enn 15 årsverk fagpersoner.

Av 29 tjenester så opplyser 7 (24,1 %) at de ikke har legeårsverk i tjenesten. Tjenestene må derfor samarbeide med andre deler av spesialisthelsetjenesten for å få ivaretatt behovet for medisinsk undersøkelse og behandling. Ytterligere 6 av tjenestene har fra 0,2 til 0,6 legeårsverk. Her er det 9 leger som deler på 2,3 årsverk. Enkelte leger har 0,1 årsverk i habilitering. Det innebærer at 44,8% av tjenestene synes å ha liten eller ingen tilgang til medisinsk utredning og behandling av lege ansatt i habiliteringstjenesten. Det er 8 tjenester som har ett legeårsverk og kun 3 tjenester som har mer enn 2 legeårsverk knyttet til tjenesten.

Tre tjenester har ikke psykolog ansatt i tjenesten og fire tjenester har under ett årsverk psykolog i tjenesten. Dette innebærer at 24,1% av tjenestene har begrenset tilgang til psykologfaglig utredning og behandling fra psykolog som har ansvar for å følge opp habiliteringsfaglige problemstillinger. 13 av 29 tjenester (44,8%) har mer enn 2 årsverk for psykolog i tjenesten.

Fire tjenester (13,8%) har ingen eller under ett årsverk for vernepleier. 5 tjenester har 1-2 årsverk vernepleier, 12 tjenester har fra 3-5 årsverk vernepleier og 8 tjenester har mer enn 5 årsverk vernepleier i tjenesten.

For de andre profesjonene varierer antall årsverk per tjeneste fra 0 til 3 årsverk. Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold hvilke andre profesjoner som er ansatt.

---

<sup>67</sup> For Helse Nord fikk prosjektet flere svar fra ansatte høsten 2016. Disse er tatt med i oversikten.

Tabell 11-1: Oversikt over antall årsverk for fagpersoner og profesjoner som arbeidet i tjenestene 2015/2016.

Tjenestested	Fagstillinger	Merkantile stillinger	Lege		Psykolog		Vernepleier	Barneverns-pedagog	Pedagog	Fysio-terapeut	Sosio-nom	Syke-pleier	Ergo-terapeut	Andre yrkes-grupper
			Antall årsverk	Vakant	Antall årsverk	Vakant								
Helse Stavanger HF	10	1,5	1,2	0	2,1	0	4	0	0	0,8	2	1	0	0
Helse Fonna HF	7,9	0,8	0,4	0	1	0	3	0	1,5	1	0	0	1	0
Helse Førde HF	6,5	0,5	0,6	0	0,2	0	2	1	0,6	0	0	2	0	0
Helse Bergen HF	25	5	1	0	6	0	13,5	1	0	0	0	0	3	6
Sørlandet sykehus HF Arendal	12,8	1	1,2	0	2,8	0,2	3,8	1	2,8	1	0	0	0	0
Sørlandet sykehus HF Kristiansand	11,6	1	1	0	3	0	3	0	0	0,6	1	1	0	1
Sykehuset Telemark	11	0	1	0	3	0	5	0	0	1	0	0	1	0
Sykehuset i Vestfold HF	9,8	1	1	0,3	2	0	3	0	0	1	0,1	0,1	0,5	0,2
Vestre Viken HF	11	1,5	1,2	0	3	0	4,8	0	0	1	0,8	0	0	0
Oslo universitetssykehus HF	33	5,5	6	0	6	0	12	2	2	0	0	1	0	1
Akershus universitetssykehus	33	4	5,5	0,5	7	2	15	0	2	2	0	0	0	0,4
Sykehuset Innlandet HF, Hedmark	14,4	3	1	0	1	0	6	0	3	2	1	0	1,4	0
Sykehuset Innlandet HF, Oppland	32	7	0	0	3	0	11	0	4	3	1	1	3	0
Sykehuset Østfold HF	15	2,9	1	0	3	2	5,2	0	0	1	1	0	0,8	0
Helse Møre og Romsdal HF, Nordmøre og Romsdal	18,5	2,5	0,4	1	4,5	0	5	2	2	2	1	0	1	0
Helse Møre og Romsdal HF, Sunnmøre	14	1	1	0	2	0	5	1	1,5	1,3	0	0	1	0
St. Olavs Hospital, Universitetssyk. i Trondheim	23	3,5	2	0	6	0	8	0	2	1	0	2	2	0
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	13	0	1,5	0	1,5	2	6	1	0	1	0	1	0	0
Nordlandssykehuset, Psykiatrisk innsatsteam	11	1	1	0	2	0	3	0	2	0	1	1	1	0
Nordlandssykehuset, Bodø	8	1	0,2	0	1	1	3	0	0	0	1	1	0	0
Nordlandssykehuset, Vesterålen	1,7	0,3	0	0	0	0	0,7	0	0	0,5	0	0	0,5	0
Nordlandssykehuset, Lofoten	3	0,5	0	0,1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Helgelandsykehuset Mo HF	3,5	0,5	0	0	0,9	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Helgelandsykehuset Mosjøen HF	3,4	0	0	0	0,1	0	0,3	1	1	0	0	0	1	0
Helgelandsykehuset HF avd. Sandnessjøen	3,7	0	0	0	0,2	0	0,5	0	2	0	0	0	0	1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø	14,6	1	2,6	0,5	3,5	0,5	2	0	1	0	0	0,5	0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Narvik	4,36	2,5	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Harstad	6,3	0,8	0	0,5	0	1	2	0	1	0,5	1	0	1,8	0
Helse Finnmark HF	7,5	0,5	0,2	0	1	0	3,5	1	1	0	0	0	1	0
<b>Sum antall årsverk</b>	<b>368,56</b>	<b>49,8</b>	<b>31</b>	<b>2,9</b>	<b>66,8</b>	<b>8,7</b>	<b>133,3</b>	<b>12</b>	<b>29,4</b>	<b>22,7</b>	<b>13,9</b>	<b>11,6</b>	<b>21</b>	<b>12,6</b>

## 11.2 Fagpersonenes kjønns- og aldersfordeling

Av de som har svart på ansattskjema er 71,5% kvinner og 28,5% menn. Ved enkelte tjenester er det kun kvinner som har svart på spørreskjemaet. Noen av disse tjenestene er små og det kan være at det ikke arbeider menn ved tjenesten. Se figur 11-1 for en fordeling av kvinner på ulike aldergrupper og tabell 11-2 for en fordeling av informantenes kjønn på tvers av helseregion, profesjon og utdanning.

50 av 195 personer (25,6%) har valgt å ikke oppgi alder i ansattskjema. Av de 145 som har oppgitt alder er variasjonsbredden 26-65 år med et gjennomsnitt på 47,3 år (standardavvik = 10,3 år). Se figur 11-1 for en beskrivelse av aldersfordelingen til fagpersonene i tjenestene.

Gjennomsnittsalderen for de 14 tjenestestedene som har en svarprosent over 50% varierer fra 39,7 år til 55,3 år. Det viser at det er relativt stor variasjon mellom tjenestene med tanke på alderssammensetningen av de ansatte (se tabell 11-3). Det må knyttes stor usikkerhet til disse gjennomsnittene da mange ansatte har valgt å ikke svare på spørsmålet. Det er ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsalder på tvers av helseregioner, men psykologene er har signifikant lavere gjennomsnittsalder enn vernepleiere og andre faggrupper<sup>68</sup>. Leger synes å ha en høyere gjennomsnittsalder enn de andre profesjonene, men denne forskjellen er ikke signifikant.

Tabell 11-2: Oversikt over informantenes alder, antall år de har arbeidet i habiliteringstjenesten, kjønn og stillingsstørrelse.

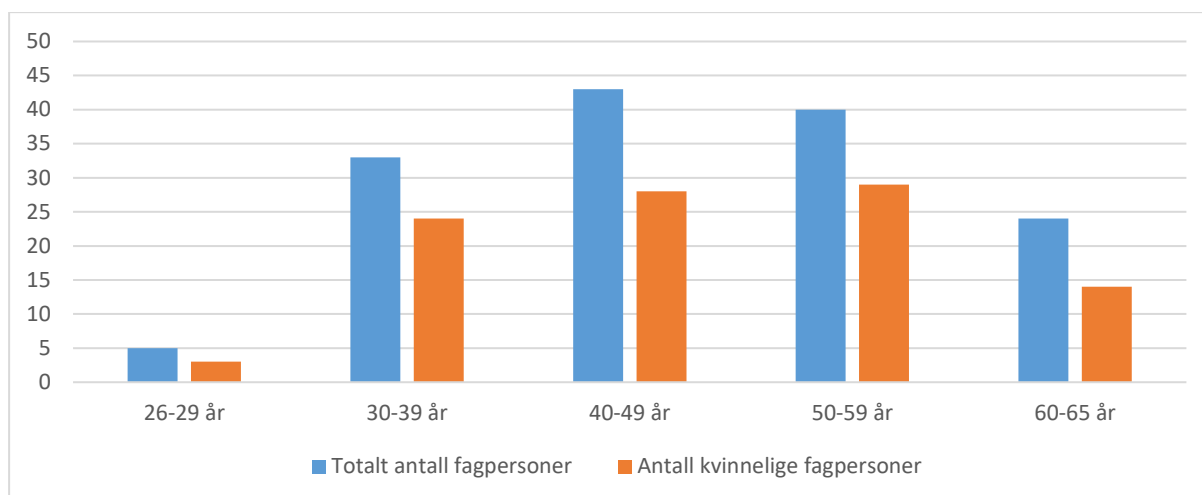
	Antall informanter	Gjennomsnittsalder	Variasjonsbredde alder	Gjennomsnittlig antall år arbeidet i tjenesten	Variasjonsbredde år arbeidet i tjenesten	Andel kvinner	Stillingsstørrelse <sup>69</sup>
<b>Norge</b>							
24 tjenester	195	47,3 år	26-65 år	9,9 år	0-26 år	71,5 %	94,2 %
<b>Helseregion</b>							
Helse Vest	30	42,4 år	26-61 år	6,5 år	0-23 år	75,9 %	97,1 %
Helse Sør-Øst	75	47,7 år	28-65 år	11,5 år	0-26 år	72,0 %	94,3 %
Helse Midt	53	47,8 år	33-65 år	9,0 år	0-24 år	69,8 %	96,0 %
Helse Nord	37	50,0 år	27-63 år	10,6 år	0-24 år	69,4 %	88,8 %
<b>Profesjon</b>							
Leger	19	52,1 år	34 -65 år	6,9 år	1 – 21	63,2 %	86,6 %
Psykologer	43	41,9 år	27-64 år	6,9 år	0 – 26	67,4 %	94,2 %
Vernepleiere	71	47,1 år	26-62 år	10,9 år	0 – 24	70,4 %	97,7 %
Andre faggrupper	58	50,5 år	28-65 år	11,6 år	0 – 25	77,2 %	92,3 %
<b>Utdanning</b>							
Bachelorgrad	97	49,4 år	26-65 år	11,4 år	0-25	70,8 %	95,3 %
Mastergrad	94	45,2 år	27-65 år	8,5 år	0-26	73,4 %	92,8 %

<sup>68</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 15,931, p = 0.001$ ).

<sup>69</sup> Gjennomsnittlig stillingsstørrelse.



Figur 11-1: Alders- og kjønnsfordeling for fagpersoner i voksenhabiliteringstjenestene.



Tabell: 11-3 Gjennomsnittsalder for ansatte på tjenestesteder med over 50 % svarprosent (14 tjenestesteder).

Gjennomsnittsalder på tjenestested	Antall tjenestesteder
39 - 44 år	5
45 – 49 år	5
50 – 56 år	4

### 11.3 Antall år fagpersonene har arbeidet i tjenestene

Som det fremgår av tabell 11-2 har fagpersonene som har besvart ansattskjema i gjennomsnitt arbeidet 9,9 år i tjenestene og variasjonsbredden er fra 0 – 26 år. Den største andelen fagpersoner (57,8 %) har arbeidet mer enn 6 år i tjenestene og 25 % av fagpersonene har arbeidet under 2 år i tjenestene (se tabell 11-4).

Fagpersonene i Helse Vest har i gjennomsnitt arbeidet kortest tid i tjenesten og har signifikant lavere gjennomsnitt enn fagpersonene i Helse Sør-Øst<sup>70</sup>. Det var ingen signifikante forskjeller for de andre helseregionene.

Psykologene er den profesjonen hvor fagpersonene i gjennomsnitt har arbeidet kortest tid i tjenestene, og signifikant kortere enn vernepleiere og gruppen andre faggrupper<sup>71</sup>.

<sup>70</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 8,380, p = 0.039$ ).

<sup>71</sup> ( $\chi^2_{K-W} = 11,920, p = 0.008$ ).

Tabell: 11-4: Oversikt over hvor lenge fagpersonene har arbeidet i tjenestene.

Antall år arbeidet i tjenesten	Antall fagpersoner	Andel av fagpersoner	Antall kvinnelige fagpersoner	Andel kvinnelige fagpersoner
0-2 år	48	25,0 %	32	66,70 %
3-4 år	21	10,9 %	16	76,20 %
5-6 år	12	6,3 %	11	91,70 %
7-8 år	15	7,8 %	13	86,70 %
9-10 år	15	7,8 %	8	53,30 %
11-12 år	9	4,7 %	5	55,60 %
13-14 år	10	5,2 %	9	90,00 %
15-16 år	17	8,9 %	13	76,50 %
17-18 år	11	5,7 %	7	63,60 %
19-20 år	9	4,7 %	6	66,70 %
21-22 år	8	4,2 %	4	50,00 %
23-24 år	13	6,8 %	10	76,90 %
25-26 år	4	2,1 %	2	50,00 %
Alle grupper	192	100,0 %	137	71,40 %

#### 11.4 Stillingsstørrelse.

Som det fremgår av tabell 11-2 er den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen svært høy for de fagpersonene som har besvart spørreskjemaet. Dette tyder på at mesteparten av fagpersonene som har svart på skjemaet arbeider 100% stilling. Av 193 fagpersoner er det 34 personer (16,6%) som har en stillingsstørrelse under 100%. Fire av disse fagpersonene (2,0%) har en stillingsprosent under 50%. Det er særlig fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og psykologer som har reduserte stillinger.

Dette gir et bilde av at det i liten grad benyttes små stillinger innenfor tjenestene. Det stemmer imidlertid ikke med beskrivelsene fra lederskjemaet hvor det fremkommer at særlig leger har lav stillingsstørrelse i enkelte tjenester. Omtrent 43% av legene har en stillingsprosent under 100%, og for mange er stillingsprosenten svært lav. Barnevernspedagoger og vernepleiere er de profesjonene som har høyest gjennomsnittlig stillingsprosent. Det at mange leger har små stillingsstørrelser, samtidig som dette ikke vises tydelig blant de som har besvart spørreskjemaet til fagpersonene, kan antyde at leger i små stillinger ikke har fylt ut spørreskjemaet.

Det er ingen signifikante forskjeller i stillingsstørrelse på tvers av helseregioner. Legegruppen synes imidlertid å ha en tendens til å ha lavere stillingsprosent enn de andre profesjonene.

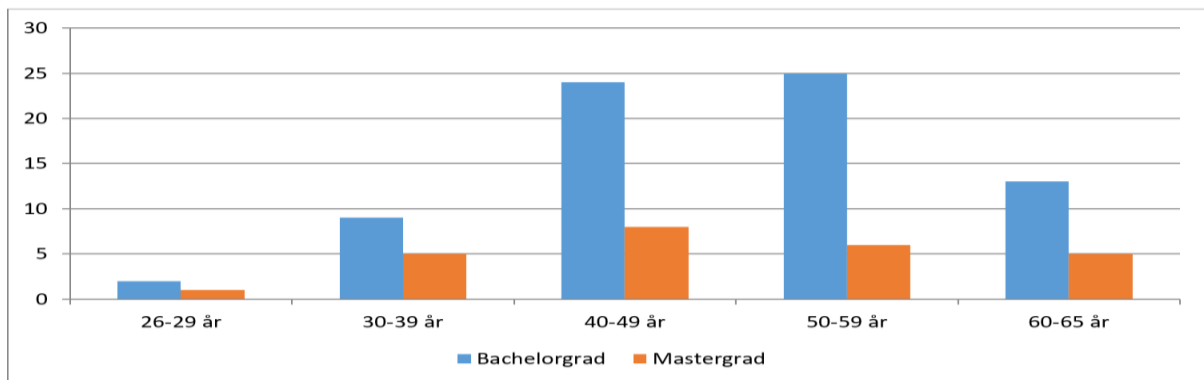
#### 11.5 Utdanning og spesialisering

Av 193 fagpersoner oppgir 94 personer (48,7%) at de har mastergrad (eller tilsvarende) og 97 personer (50,3%) har bachelorgrad. To personer med doktorgrad har besvart spørreskjemaet.

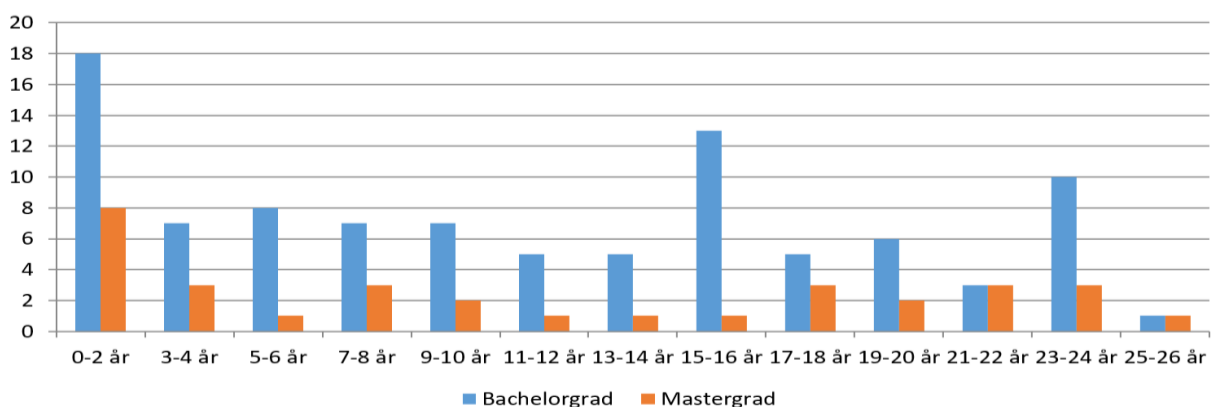
Av de som har svart på ansattskjema er det 11 av vernepleierne (15,5 %) og 22 av fra gruppen andre faggrupper (36,8 %) som har mastergrad. Når disse to gruppene analyseres samlet ser man at 28,7% av kvinnene og 16,7% av mennene har mastergrad. I Helse Midt og Helse Sør-Øst ligger andelen fagpersoner med 3-årig grunnutdannelse og mastergrad på omtrent 28-30%, mens for Helse Vest og Helse Nord ligger andelen på 15-16%. Andelen fagpersoner med mastergrad ser ut til å være høyest hos fagpersoner med 3-årig grunnutdannelse som er under 40 år, men dette er en liten gruppe (se figur 11-2). Ser man på hvor lenge de ansatte har arbeidet i tjenesten kan det synes som om tjenestene fortsatt ansetter flere personer med bachelorgrad fremfor mastergrad (se figur 11-3). Ved nærmere inspeksjon av datamaterialet kommer det frem at dette i stor grad gjelder vernepleiere.

Av de 190 fagpersonene som oppga profesjon og spesialisitet opplyste 59 personer (31,1 %) at de er godkjente spesialister innenfor sitt fagfelt<sup>72</sup>. Det er 16 av 19 leger (84,2 %), 24 av 43 psykologer (55,8 %), 6 av 71 vernepleiere (8,5 %) og 13 av 57 fra gruppen andre faggrupper (22,8 %) som oppgir å være spesialister.

Figur 11-2: Oversikt over utdanning for vernepleiere og andre faggrupper etter alder.



Figur 11-3: Oversikt over utdanning for vernepleiere og andre faggrupper etter antall år de har arbeidet i tjenesten.



<sup>72</sup> For vernepleiere og andre faggrupper ser det ut til å være en sammenblanding av videreutdanning og godkjent klinisk spesialisitet. I de tallene som beskrives her er det bare tatt med de personer som oppgir at de har en klinisk spesialisitet, eller at de er godkjente spesialister. Vernepleier, sosionom og barnevernspedagog har ikke egne spesialiseringssløp, men ved å ta videreutdanning og erverve seg veilederkompetanse søke om å bli godkjent som klinisk eller spesialvernepleier/-sosionom/-barnevernspedagog.

For vernepleiere og gruppen andre faggrupper opplyser 90 fagpersoner av 128 (70,3 %) at de har en eller flere videreutdanninger. Det er tjenesteyterne selv som har oppgitt at de har en videreutdanning. Mastergrad teller her som videreutdanning. 45 av 71 vernepleiere (63,4 %) oppgir at de har en videreutdanning, mens 45 av 57 (78,9 %) fagpersoner fra gruppen andre faggrupper opplyser at de har en videreutdanning.

Tabell 11-5 gir en oversikt over antall fagpersoner med videreutdanning og godkjent spesialitet med utgangspunkt i spørreskjemaet til lederne. Ifølge lederne er det 43 personer med 3-årig grunnutdanning som har tatt mastergrad eller doktorgrad. Det kan derfor synes som det er en overrepresentasjon av personer med mastergrad som har fylt ut spørreskjemaet til ansatte (33 av 43). Sammenligning av svarene fra ansatte og ledere tyder på at det er litt unøyaktighet i rapporteringen av fagpersoner med spesialitet, doktorgrad og mastergrad (se fotnote 38).

Lederne oppgir at det er 213 fagpersoner med spesialitet i de 28 tjenestene som har besvart skjemaet. Prosjektgruppen har estimert at det er ca. 391 fagpersoner i de 28 tjenestene som har besvart lederskjema. Dette innebærer at 54,6 % av fagpersonene i tjenesten er godkjente spesialister innenfor sitt fagfelt. Det kan være at dette tallet er for høyt på grunn av usikre kriterier for hva som regnes som videreutdanning og hva som regnes som en godkjent klinisk spesialitet. For de fagpersonene som har besvart ansattskjema ligger andelen av spesialister på 31,1 %. Se tabell 11-6 for en oversikt over de ulike profesjonene sine områder for spesialisering/fordypning, og tabell 11-7 for en beskrivelse av de ulike stillingskategoriene som benyttes i tjenestene.

Tabell 11-5: Oversikt over spesialister og utdanning fra lederskjema.

Profesjon	Antall spesialister	Antall med doktorgrad	Antall 3-årig grunnutd. og mastergrad
Lege	38	6	
Psykolog	41	5	
Vernepleier	73	1	21
Pedagog	13	0	8
Fysioterapeut	8	0	4
Sykepleier	13	0	3
Ergoterapeut	12	0	2
Sosionom	6	0	4
Barnevernspedagog	9	0	0
Annet	0	0	1
Sum	213	12	43

Tabell 11-6: Oversikt over spesialiteter. NB! Alle ledere har ikke oppgitt tittelen på de ansatte sine spesialiteter.

Profesjon	Type spesialitet
Lege	Av legespesialister er det flest med nevrologi og psykiatri. Mer sjeldent har legene spesialitet i barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin, medisinsk genetikk og øyemedisin.
Psykolog	De vanligste spesialiteter er nevropsykologi, habiliteringspsykologi og klinisk voksenpsykologi. Mer sjeldent er barn- og ungdomspsykologi, samfunnspsykologi, alderspsykologi og familiepsykologi.
Vernepleier	De vanligste fordypninger er sexologi, målrettet miljøarbeid, veiledning, psykisk helse/psykiatri, aldring/demens hos utviklingshemmede, komplekse systemer/atferdsanalyse, spesialpedagogikk, aggresjonsproblematikk/ART, epilepsi og rehabilitering. Andre fordypninger som nevnes er kognitiv terapi, flerkulturell forståelse, kommunikasjon/ASK, autisme, familierapi, Marte Meo, sosialpsykologi, offentlig forvaltning/ledelse, helserett, nevropsykiatri, relasjonskompetanse, forskerskole, testtekniker, miljøterapeutisk arbeid og profesjonskunnskap.
Pedagog	De fleste pedagogene hadde videreutdanning i målrettet miljøarbeid, sexologi, spesialpedagogikk og kommunikasjon. Andre videreutdanninger var idrettspsykologi, prosjektledelse, testtekniker, pedagogisk psykologisk rådgivning, veiledning, Marte Meo, Aldring og helse og sosialpedagogikk.
Fysioterapeut	De vanligste spesialitetene er nevrologi/rehabilitering, psykosomatisk fysioterapi og kommunikasjonshjelpemidler/alternativ kommunikasjon. Ellers forekommer spesialisering/fordypning i hemiplegi, demens, psykiatri, organisasjon og ledelse, habilitering og barne- og ungdomsfysioterapi.
Sykepleier	Den vanligste spesialiseringen for sykepleierne i tjenesten er psykiatri/psykisk helse. Andre spesialiseringer/fordypninger er kognitiv terapi, rehabilitering, veiledning, aldring og psykisk utviklingshemming, praktisk pedagogisk utdanning, sexologi, filosofi, helsesøster og familierapi.
Ergoterapeut	Spesialiseringer/fordypninger som forekommer er rehabilitering, geriatri, aldersdemens, «posture management», ASK, seksualitet, familieveiledning, veiledningspedagogikk, psykisk helsearbeid, kognitiv terapi, sexologi, helserett og pedagogikk.
Sosionom	Spesialiseringer/fordypninger som forekommer er veiledning, psykoedukasjon, helsepedagogikk, konsultasjon, psykisk helsearbeid, yrkesfaglig veiledning, sexologi og funksjonshemming og sosialpedagogikk.
Barneverns- pedagog	De vanligste fordypningene var veiledningspedagogikk, kommunikasjon hos utviklingshemmede, spesialpedagogikk, familierapi og aggresjonsproblematikk/ART. Andre fordypninger var helsevitenskap, målretta miljøarbeid, psykisk helsearbeid og miljøterapi.

Tabell 11-7: Oversikt over de ulike stillingskategoriene som benyttes av de ulike tjenestene.

Avdelingsleder	Klinisk vernepleier	Klinisk sosionom
Enhetsleder	Spesialvernepleier	Spesialutdannet sosionom
Teamleder	Rådgivende vernepleier	Sosionom
	Vernepleier med spesialutdanning	
Regional overlege	Vernepleier	<b>Generelle stillingskategorier</b>
Seksjonsoverlege		Behandler
Overlege	Spesialpedagog	Fagkonsulent
LIS (Lege i Spesialisering)	Pedagog	Fagkoordinator
Assistentlege		Fagrådgiver
Lege	Fysioterapeutspecialist	Klinisk konsulent
	Spesialfysioterapeut	Konsulent
Sjefpsykolog	Fysioterapeut	Miljøterapeut
Psykologspesialist		Rådgiver
Nevropsykolog	Spesialsykepleier	Saksbehandler
Spesialpsykolog	Sykepleier	Spesialkonsulent
Psykolog		Spesialrådgiver
	Spesialergoterapeut	Testtekniker
Klinisk ernæringsfysiolog	Ergoterapeut	Veileder

## 11.6 Fagpersonenes vurdering av egen mestring og kompetanse

Fagpersonene ble bedt om å vurdere hvor stor grad av mestring de opplever i forhold til gjennomføring av arbeidsoppgavene, og om de opplever å ha den kompetansen som kreves for å løse oppgavene. Resultatene er vist i tabell 11-8 og tabell 11-9. 77% av tjenesteyterne opplever stor eller svært stor grad av mestring av arbeidsoppgavene, kun 2,6% opplever i liten grad å mestre oppgavene og ingen personer opplyser at de svært liten grad mestre oppgavene. 70,9% opplyser at de i stor grad eller svært stor grad opplever å ha den kompetansen som er nødvendig. Kun 2.1% opplyser at de i liten grad har denne kompetansen og ingen fagpersoner opplyser at de i svært liten grad har nødvendig kompetanse.

Det er ingen signifikante forskjeller på tvers av helseregion, kjønn eller profesjon. For kompetanse ser det ut til å være større variasjon på tvers av tjenester enn for opplevelse av mestring av arbeidsoppgavene.

Tabell 11-8: Oversikt over variasjon og fordeling av svar på spørsmål om fagpersonene opplever at de mestrer arbeidsoppgavene og har den nødvendige kompetanse.

Spørsmål	Variasjon i skårer på tvers av tjenester		Andel fagpersoner som skårer (i prosent)				
	Min.	Maks.	1	2	3	4	5
Hvor stor grad av mestring opplever du i forhold til gjennomføring av arbeidsoppgavene?	3,6	4,0	0,0	2,6	20,3	66,1	10,9
I hvilken grad opplever du å ha den kompetansen som kreves for å løse arbeidsoppgavene?	3,4	4,1	0,0	2,1	27,1	61,5	9,4

Tabell 11-9: Gjennomsnittsskårer og standardavvik for spørsmål om fagpersonene opplever at de mestrer arbeidsoppgavene og har den nødvendige kompetanse på tvers av helseregion, kjønn og profesjon.

	Hvor stor grad av mestring opplever du i forhold til gjennomføring av arbeidsoppgavene?		I hvilken grad opplever du å ha den kompetansen som kreves for å løse arbeidsoppgavene?	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Norge</b>				
24 tjenester	3,85	0,63	3,78	0,63
<b>Helseregion</b>				
Helse Vest	3,8	0,8	3,7	0,6
Helse Sør-Øst	3,9	0,5	3,9	0,7
Helse Midt	3,8	0,7	3,7	0,7
Helse Nord	3,8	0,6	3,7	0,6
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	3,9	0,6	3,8	0,6
Menn	3,8	0,7	3,8	0,6
<b>Profesjon</b>				
Leger	3,7	0,6	3,6	0,6
Psykologer	3,9	0,7	3,8	0,7
Vernepleiere	3,9	0,6	3,8	0,5
Andre faggrupper	3,9	0,7	3,8	0,7

## 11.7 Lederne sin vurdering av kompetansen i tjenestene

For å få en beskrivelse av innenfor hvilke områder tjenestene må antas å ha spesialkompetanse ble lederen bedt om å svare på følgende spørsmål:

- På hvilke områder har tjenesten spesialkompetanse innenfor pasientrettede oppgaver?
- På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har best kompetanse?
- På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse?

- d) Nevn områder hvor kommunene har gitt uttrykk for at de savner kompetanse/tjenester hos voksenhabiliteringen?

Som det fremgår av tabell 11-10 og 11-11 var det relativt stort overlapp mellom hvordan lederne svarte på spørsmål a og b over. Ser man på resultatene for spørsmålene samlet har flest ledere identifisert følgende kompetanseområder som sentrale for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten:

1. Utredning, diagnostisering og behandling i forhold til autismespekterforstyrrelser
2. Arbeid knyttet til oppfølging av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9
3. Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen/sekualrådgivning
4. Utredning og tiltak i forhold til problematferd/utfordrende atferd
5. Utredning og behandling av psykisk helse/psykiske lidelse/ psykiatri hos personer med utviklingshemming
6. Miljøterapi, målrettet miljøarbeid og tilrettelegging
7. Aldring og demens hos personer med utviklingshemming
8. Utredning og behandling av medfødt eller tidlig ervervet sykdom/skade som påvirker nervesystemet eller bevegelsesapparatet (herunder CP)
9. Utredning og diagnostisering av utviklingshemming
10. Psykoedukasjon
11. Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)
12. Nevropsykologi

Når man skal tolke resultatene er det viktig å huske på at listen over tema har kommet frem på bakgrunn av et åpent spørsmål til lederne. Det kan være at prioriteringen av tema hadde sett annerledes ut dersom de hadde blitt bedt om å vurdere betydningen av tema ut fra en forhåndsdefinert liste. Det ble valgt å bruke åpne spørsmål da det var ønskelig å få lederne til å definere hvilke temaer som anses å være viktige.

*Tabell 11-10: Oversikt over områder hvor tjenestene har spesialkompetanse i forhold til pasientrettede oppgaver (slik dette er vurdert av lederne). Resultater fra 26 tjenester som hadde svart på spørsmålet.*

Områder med spesialkompetanse i pasientrettede oppgaver	Antall tjenester som nevner området	Andel av tjenester som nevner området
1. Utredning og diagnostisering av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autismespektrumforstyrrelser).	13	50,0 %
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9.	12	46,2 %
3. Seksualveiledning: kropp, seksualitet og overgrep i forhold til personer med utviklingshemming.	12	46,2 %
4. Utredning og behandling av psykisk helse/psykiske lidelse/ psykiatri hos personer med utviklingshemming.	10	38,5 %
5. Aldring og demens hos utviklingshemmede.	9	34,6 %
6. Utredning og tiltak i forhold til utfordrende atferd.	8	30,8 %



Områder med spesialkompetanse i pasientrettede oppgaver	Antall tjenester som nevner området	Andel av tjenester som nevner området
7. Psykoedukasjon – gruppebehandling av personer med Asperger syndrom og personer med lett/-borderline utviklingshemming.	7	26,9 %
8. Miljøterapi, målrettet miljøarbeid og tilrettelegging.	6	23,1 %
9. Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).	5	19,2 %
10. Utredning og diagnostisering av utviklingshemming.	4	15,4 %
11. Utredning og behandling av medfødt eller tidlig ervervet sykdom/skade som påvirker nervesystemet eller bevegelsesapparatet (herunder CP).	4	15,4 %
12. Nevropsykologi.	3	11,5 %
13. Utredning og behandling av komplekse/sammensatte tilstander og tilleggsvansker/komorbiditet.	2	7,7 %
14. Funksjonskartlegging/ergoterapivurdering.	1	3,8 %
15. Saker med høyt konfliktnivå.	1	3,8 %
16. Botoxbehandling.	1	3,8 %
17. Psykoedukasjon – læring og mestringstilbud.	1	3,8 %
18. Opplæring i tegn-til-tale.	1	3,8 %
19. Posisjonering i et 24-timersperspektiv for personer med omfattende fysiske og psykiske funksjonshemninger.	1	3,8 %
20. Endring i livsstil (fysisk trening og kosthold).	1	3,8 %
21. Aggresjonsmestringstrening (ART).	1	3,8 %
22. Veiledning til miljøpersonell.	1	3,8 %
23. Voldsrisikovurdering (HCR-20).	1	3,8 %
24. Funksjonskartlegging (adaptive ferdigheter).	1	3,8 %
25. Veiledning og opplæring til koordinatorene og kommuner i forhold til Individuell plan.	1	3,8 %

Tabell 11-11: Ledernes svar på spørsmålet: På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har best kompetanse?

På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har best kompetanse?	Antall tjenester som nevner området	Andel av tjenester som nevner området
1. Utredning, diagnostisering og behandling i forhold til autismespekterforstyrrelser.	13	50,0 %
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9.	13	50,0 %
3. Bistand i miljøkartlegginger og tiltak / Målrettet miljøarbeid.	10	38,5 %
4. Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen/sekularrådgivning.	10	38,5 %
5. Utredning og tiltak i forhold til problematferd/utfordrende atferd.	9	34,6 %
6. Psykisk helse/psykiske lidelse/ psykiatri og utviklingshemming	7	26,9 %
7. Vurdering av medisinske problemstillinger, for eksempel utredning, diagnostikk og behandling av nevrologisk problematikk og nevrologiske problemstillinger (cp).	7	26,9 %

På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har best kompetanse?	Antall tjenester som nevner området	Andel av tjenester som nevner området
8. Utredning og diagnostisering av utviklingshemming.	6	23,1 %
9. Nevropsykologisk utredning.	5	19,2 %
10. Aldring og demens hos mennesker med kognitiv svikt/-utviklingshemming.	5	19,2 %
11. Veiledning- og opplæringskompetanse, inkludert ambulant observasjon og veiledning i miljøet.	5	19,2 %
12. Alternativ og supplerende kommunikasjon.	4	15,4 %
13. Tiltak i forhold til multifunksjonshemmede.	4	15,4 %
14. Funksjonskartlegginger (ikke funksjonell analyse).	3	11,5 %
15. Psykoedukasjon.	3	11,5 %
16. Livsstilsendring/ernæring	3	11,5 %
17. Samarbeid med bydel vedrørende tilrettelegging av tjenestetilbud etter utredning.	3	11,5 %
18. Psykologisk behandling.	2	7,7 %
19. Rettigheter og lovverk.	2	7,7 %
20. Posisjonering i et 24-timersperspektiv.	2	7,7 %
21. Tverrfaglig utredning og diagnostikk av sammensatte tilstander/komplekse problemstillinger.	2	7,7 %
22. Støttesamtaler med utviklingshemmede.	1	3,8 %
23. Individuell plan og koordinator.	1	3,8 %
24. Fysioterapi vurderinger/veiledning.	1	3,8 %
25. Voldsrisikovurdering.	1	3,8 %

Når det gjelder hvilke områder tjenestene har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse viser flest ledere til at de mangler personell med nødvendig kompetanse, og ikke til konkrete kompetanseområder. Det var relativt stor spredning i hvilke kompetanseområder som ble trukket frem og tabell 11-12 viser hvilke områder med behov for forbedring som ble identifisert av lederne. Kompetanseområder som ble identifisert av fem ledere er:

1. Kommunikasjon og språkforstyrrelser, spesielt i forhold til alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).
2. Multifunksjonshemming, dette innebærer spesielt:
  - a) Oppfølging av pasienter med CP / fysiske funksjonshemninger.
  - b) Fysioterapiveiledning ved tilstander med store motoriske plager og funksjonssvikt.
  - c) "Sterk" CP og progredierende lidelser – hvordan leve med funksjonshemmingen?
  - d) Cerebral parese og senkomplikasjoner.

Tabell 11-12: Ledernes svar på spørsmålet: På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse? 25 av 28 tjenester har svart.

På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse?	Antall tjenester som nevner området	Andel tjenester som nevner området
Tjenesten mangler tjenesteytere med fagutdannelse innenfor følgende fagområder: a) Medisinsk kompetanse: psykiatri, nevrologi og somatiske undersøkelser; b) Psykolog; c) Ernæringsfysiolog; d) Fysioterapi; e) Ergoterapi og f) Pedagogikk.	10	40,0%
Kommunikasjon og språkforstyrrelser, spesielt i forhold til alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).	5	20,0%
Multifunksjonshemming, dette innebærer spesielt: a) Oppfølging av pasienter med CP / fysiske funksjonshemninger; b) Fysioterapiveiledning ved tilstander med store motoriske plager og funksjonssvikt; c) "Sterk" CP og progredierende lidelser – hvordan leve med funksjonshemmingen?; og d) Cerebral parese og senkomplikasjoner.	5	20,0%
Videreutvikling av kompetanse og kapasitet innenfor veiledning/rådgivning, spesielt i forhold til metodisk arbeid knyttet til ambulant virksomhet og ambulante miljøterapeutiske intervensjoner.	4	16,0%
Utredning, forståelse og håndtering av utfordrende atferd, spesielt hos personer med lett grad av utviklingshemming eller som har et generelt funksjonsnivå som ligger rett i overkant av kriteriene for utviklingshemming.	4	16,0%
Utviklingshemming og psykiske lidelser. Det er et generelt behov for økt kompetanse innen psykiatri, alle former for psykiske lidelser slik at vi kvalitetssikrer våre utredninger av psykisk helse i denne målgruppen.	4	16,0%
Seksualitet, spesielt inn mot de vanskelige overgrepssakene og den daglige oppfølgingen.	3	12,0%
Syndrom-"screening" og sjeldne diagnoser.	2	8,0%
Videreutvikling av kompetanse og kapasitet innenfor veiledning/rådgivning, spesielt i forhold til håndtering av vanskelige saker der pårørende er en samarbeidspartner.	2	8,0%
Nye lovverk	2	8,0%
Psykoedukasjon - gruppe / individuell.	1	4,0%
Voldsrisikokartlegging – forebygging av voldshandlinger	1	4,0%
Videre bygging av kompetanse omkring overganger barn/voksne	1	4,0%
Aktivitet / deltagelse.	1	4,0%
Mer intensive pasientforløp	1	4,0%
Bedre evalueringsrutiner på forløp	1	4,0%

På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse?	Antall tjenester som nevner området	Andel tjenester som nevner området
Rus	1	4,0%
Standardiserte kartleggingsverktøy	1	4,0%
Utredning autismespektrumforstyrrelser	1	4,0%

Lederne ble bedt om å vurdere hvilke områder hvor kommunene savner kompetanse eller tjenester fra voksenhabiliteringstjenestene. Resultatene er oppsummert i tabell 11-13 og det er tre områder som identifiseres av fem eller flere ledere:

1. Kommunene ønsker mer langvarig involvering og tilstedeværelse fra habiliteringstjenesten i enkelt saker som er vanskelige og som har en utfordrende karakter eller hvor det forekommer utfordrende atferd. Det ønskes at habiliteringstjenesten er mer tilstede i miljøene over tid før, under og etter tiltak. Tjenestene oppleves av flere kommuner som begrensede i både tid og omfang. Det bes spesifikt om mer "hands- on" veiledning, direkte arbeid med pasient og mer tid avsatt til veiledning og oppfølging/opplæring av miljøpersonell.
2. Kombinasjon av utfordrende atferd og psykiske lidelser oppleves som utfordrende for mange kommuner og det ønskes bedre oppfølging av denne typen pasienter. Det ønskes en styrking av psykiatrisk tilbud og oppfølging i enkelte problematiske saker og døgntilbud til personer med psykisk lidelse, utviklingshemming og atferdsproblematikk. Uavklart ansvar mellom psykisk helsevern og habilitering skaper problemer for tjenestene.
3. Flere kommuner ønsker bedre tilgang til medisinsk kompetanse og tjenester gjennom habiliteringstjenesten. Tjenestene rapporteres å mangle medisinsk kompetanse, spesielt tilgang på nevrolog og psykiater, samt mulighet for ambulante medisinske tjenester.

Tabell 11-13: Oversikt over svar på spørsmålet: Nevn områder hvor kommunene har gitt uttrykk for at de savner kompetanse/tjenester hos voksenhabiliteringen. 22 av 29 tjenester svarte på dette spørsmålet.

Områder hvor kommunene har gitt uttrykk for at de savner kompetanse/tjenester hos HAVO	Hvor mange ledere som nevner dette forholdet	Andel av lederne som nevner forholdet
Kommunene ønsker mer langvarig involvering og tilstedeværelse fra habiliteringstjenesten i enkeltsaker som er vanskelige og som har en utfordrende karakter eller hvor det forekommer utfordrende atferd. Det ønskes at habiliteringstjenesten er mer tilstede i miljøene over tid før, under og etter tiltak. Tjenestene oppleves av flere kommuner som begrensede i både tid og omfang. Det bes spesifikt om mer "hands- on" veiledning, direkte arbeid med pasient og mer tid avsatt til veiledning og oppfølging/opplæring av miljøpersonell.	8	36,4 %
Kombinasjon av utfordrende atferd og psykiske lidelser oppleves som utfordrende for mange kommuner og det ønskes bedre oppfølging av denne typen pasienter. Det ønskes en styrking av psykiatrisk tilbud og oppfølging i enkelte problematiske saker og døgntilbud til personer med psykisk lidelse, utviklingshemming og atferdsproblematikk. Uavklart ansvar mellom psykisk helsevern og habilitering skaper problemer for tjenestene.	6	27,3 %
Flere kommuner ønsker bedre tilgang til medisinsk kompetanse og tjenester gjennom habiliteringstjenesten. Tjenestene rapporteres å mangle medisinsk kompetanse, spesielt tilgang på nevrolog og psykiater, samt mulighet for ambulante medisinske tjenester.	5	22,7 %
Enkelte kommune ønsker bedre tilgang til kompetanse innenfor spesialpedagogikk, fysioterapi, ergoterapi eller ernæringsfysiologi.	4	18,2 %
Flere kommuner etterlyser bedre kunnskap om seksualitet og overgrep overfor personer med utviklingshemming.	3	13,6 %
Det er behov for mer kunnskap om problemstillinger knyttet til personer med lett grad av utviklingshemming og utfordrende atferd.	2	9,1 %
Konflikthåndtering – både skadeavverging og samarbeid med pårørende.	2	9,1 %
Aktivitet/deltagelse – hvordan motivere pasienten til å ha mer fokus på livsinnhold/positive opplevelser.	1	4,5 %
Bedre forutsigbarhet ved overgangen fra barn til voksenhabilitering.	1	4,5 %
Kommunikasjon, spesielt i forhold til kunnskap om alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).	1	4,5 %
Utredningskompetanse.	1	4,5 %
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9	1	4,5 %

## 12. Fagutvikling og forskning

I kartleggingen av dette hovedområdet ble det skilt mellom følgende tema:

- A. Vitenskapelig kvalifisering av fagpersoner i tjenestene
- B. Publikasjoner fra fagpersoner i tjenestene
- C. Deltakelse i fagutvikling og forskning i tjenestene
- D. Fagutviklings- og forskningsprosjekter i tjenestene
- E. Beskrivelse av ressurser avsatt til fagutvikling- og forskning
- F. Barrierer for deltakelse i fagutvikling- og forskning

### 12.1 Vitenskapelig kvalifisering og videreutdanning av fagpersoner i tjenestene

I 2015-2016 opplyser lederne at 23 fagpersoner er i gang med studier til mastergrad og 6 fagpersoner er i gang med doktorgradsstudier. Det opplyses at 53 fagpersoner har avlagt mastergrad og 11 fagpersoner har tatt en doktorgrad mens de har vært ansatt i tjenestene.

På spørsmål om fagpersoner ønsket mer utdanning svarte totalt 111 fagpersoner. Av disse svarte 58,6% at de ønsket å ta mer utdanning. Det var svært mange fagpersoner som ikke svarte på dette spørsmålet, spesielt innenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt. Det blir derfor ikke laget oversikt over fordeling på helseregion, kjønn eller profesjon.

Tabell 12-1 viser at et flertall av ansatte fagpersoner i aldersgruppen 26-49 år ønsker å ta mer utdanning. Det betyr at tjenestene må legge til rette for dette for å sikre rekruttering og stabilitet i arbeidsstyrken. For fagpersoner under 39 år er andelen som ønsker mer utdanning størst. Av 53 fagpersoner med bachelorgrad ønsker 60,6% av vernepleierne og 55,0% av andre fagpersoner å ta mer utdanning (fortrinnsvis mastergrad). For 56 fagpersoner med mastergrad ønsker 37,5% av legene, 65,6% av psykologene, 50% av vernepleierne og 60% av andre fagpersoner å ta mer utdanning (se tabell 12-2).

Tabell 12-1: Ønske om mer utdanning sett i forhold til aldersgruppe.

Utdanning	Alder	Andel av de som har svart som ønsker å ta mer utdanning
Bachelorgrad	26-39 år	85,7%
	40-49 år	71,4%
	50-67 år	35,0%
Mastergrad	26-39 år	85,0%
	40-49 år	61,5%
	50-67 år	8,3%

Tabell 12-2: Ønske om mer utdanning sett i forhold til profesjon.

Utdanning	Profesjon	Andel av de som har svart som ønsker å ta mer utdanning
Bachelorgrad	Vernepleier	60,6%
	Andre faggrupper	55,0%
Mastergrad	Lege	37,5%
	Psykolog	65,6%
	Vernepleier	50,0%
	Andre faggrupper	60,0%

105 fagpersoner svarte på spørsmålet om det var noe som hindret dem fra å ta videre utdanning. Tabell 12-3 gir en oversikt over fagpersonenes begrunnelser. Over halvparten oppgir at det ikke er noe som hindrer dem fra å ta mer utdanning, at de har fått innvilget utdanning eller at ønsker å ta videreutdanning senere. Av forhold som hindrer fagpersonene fra å ta mer utdanning er det mangel på tid og forhold utenfor jobb som får høyest frekvens.

Tabell 12-3: Oversikt over fagpersonenes svar på spørsmålet «Er det noe som hindrer deg i å ta mer utdanning?»

Er det noe som hindrer deg fra å ta mer utdanning?	Hvor ofte forekommer begrunnelsen?	Andel av fagpersoner som har nevnt denne hindringen
1. Jeg opplever ingen hindringer.	23	21,9 %
2. For lite tid.	20	19,0 %
3. Har fått innvilget eller er under videreutdanning.	15	14,3 %
4. Forhold utenfor jobb hindrer meg fra å ta mer utdanning.	13	12,4 %
5. Jeg ønsker å ta videreutdanning senere, men har ikke bestemt hva eller avklart muligheter.	13	12,4 %
6. Manglende økonomisk støtte fra tjenesten.	10	9,5 %
7. Høy arbeidsbelastning hindrer eller begrenser kapasitet for mer utdanning.	8	7,6 %
8. Tjenestestedets begrensning på kurs og utdanning.	8	7,6 %
9. Jeg ønsker ikke mer utdanning.	6	5,7 %
10. Små barn hjemme.	5	4,8 %
11. Ikke godt nok tilrettelagt i tjenesten for å ta mer utdanning.	5	4,8 %
12. Høy alder.	4	3,8 %
13. Jeg er nyansatt.	4	3,8 %
14. Lang reise til utdanningsinstitusjoner	3	2,9 %
15. Ønsker ikke å bruke all fritid på mer utdanning.	3	2,9 %
16. Høyt sykefravær på tjenestestedet.	2	1,9 %

## 12.2 Publikasjoner fra fagpersoner i tjenestene

19 av 195 fagpersoner (9,7%) har vært medforfattere på fra 1-5 vitenskapelige publikasjoner i perioden 2014-2015. 18 av 195 fagpersoner (9,2%) har vært forfatter/medforfatter på andre typer publikasjoner i samme periode. Av disse har fire fagpersoner hatt 1-2 vitenskapelige og 1-3 andre publikasjoner. I Helse Sør-Øst er andelen av fagpersoner som har publisert størst, beregnet ut fra de fagpersonene som svarte på undersøkelsen. Det synes som om menn publiserer mer enn kvinner. Psykologer og leger har den største andelen av fagpersoner med vitenskapelig publikasjoner.

## 12.3 Deltakelse i fagutvikling og forskning

Av 191 fagpersoner svarer 79 (41,4%) at de har deltatt i fagutviklingsprosjekter eller kvalitetsforbedringsarbeid i perioden 2014-2015. 45 av 187 fagpersoner (24,1%) svarer at de har deltatt i forskningsprosjekter.

Figur 12-1 viser at fagpersonene i Helse Midt i langt større grad ser ut til å delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter<sup>73</sup>. Denne helseregionen hadde også svært bra svarprosent så dette antas å gi et riktig bilde av fagpersonenes bidrag. Deretter følger helse Nord, mens Helse Vest og Helse Sør-Øst har den laveste andelen av ansatte som bidrar i fagutviklings- og forskningsprosjekter. Det synes også å være kjønnsforskjeller hvor det er en høyere andel av menn som bidrar i fagutviklings- og forskningsprosjekter (se figur 12-2). Psykologer og leger ser ut til å være de profesjoner hvor størst andel av fagpersonene i gruppen bidrar til fagutvikling og forskning.

Av 195 fagpersoner rapporterer 120 personer (61,5%) at de ikke bruker noe tid på fagutviklingsarbeid. Det er store forskjeller i hvor mye tid enkeltpersoner bruker til fagutviklingsarbeid. 15 av 195 fagpersoner (7,7%) bruker 55,2% av dagene som rapporteres brukt til fagutvikling. Det kan synes som om menn deltar mer i fagutvikling da menn benytter i gjennomsnitt 3,3 dager mens kvinner benytter 2,2 dager til fagutviklingsarbeid. Helse Nord benytter i gjennomsnitt 3,3 dager per fagperson til fagutvikling og ligger dermed høyest. Deretter følger Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt med henholdsvis 2,7; 2,1 og 2,0 dager.

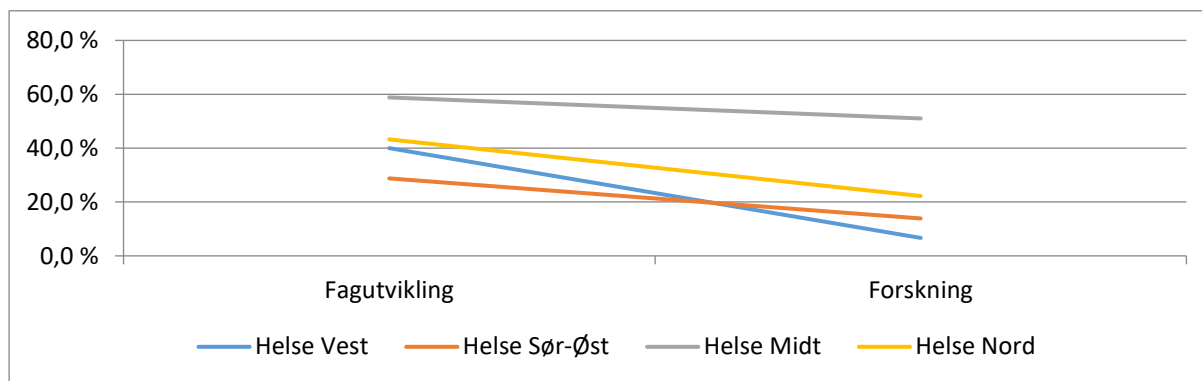
Tabell 12-4 viser at det er vernepleiere og andre faggrupper som benytter mest tid til fagutviklingsarbeid. Disse to gruppene har den største deltakelsen og bruker også det høyeste antall dager på fagutviklingsarbeid. Det er store forskjeller mellom tjenestesteder i forhold til hvor mye tid de benytter til fagutviklingsarbeid. I registreringene av antall dager brukt til fagutviklingsarbeid viser registreringene at fagpersonene har utøvd en del skjønn. Dette innebærer at disse registreringene må anses som omtrentlige.

---

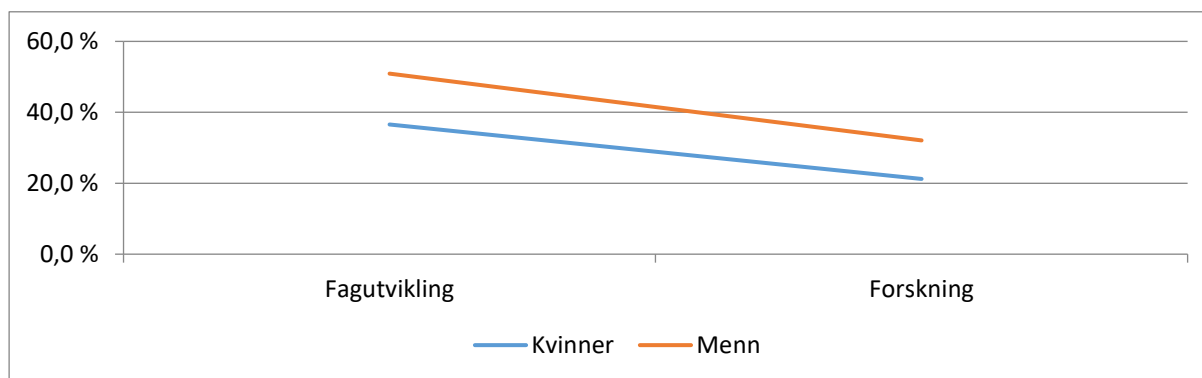
<sup>73</sup> Det er ikke undersøkt om forskjellene er signifikante. Det er Helse Midt som tydelig skiller seg fra de andre helseregionene.



Figur 12-1: Andel fagpersoner som har deltatt i fagutviklings- og forskningsprosjekter per helseregion.



Figur 12-2: Andel kvinnelige og mannlige fagpersoner som har deltatt i fagutviklings- og forskningsprosjekter.



Tabell 12-4: Oversikt over tid brukt til fagutvikling for ulike profesjoner.

Profesjon	Gjennomsnittlig antall dager benyttet til fagutvikling per fagperson som har svart i perioden 2014-2015 <sup>74</sup>	Andel av fagpersoner som har deltatt i fagutvikling	Andel av totalt antall dager brukt til fagutvikling rapportert av alle fagpersoner
Lege	1,4 dager	31,6%	5,6%
Psykolog	1,8 dager	32,6%	16,3%
Vernepleier	3,1 dager	42,3%	45,5%
Andre faggrupper	2,7 dager	39,7%	32,6%
Alle profesjoner	2,5 dager	38,5%	100%

<sup>74</sup> Avgrensningen av perioden er uklar – spesielt siden noen spørreskjema ble besvart betydelig senere enn de andre. For de fleste har tidsrommet spørsmålet refererer til vært ca. 1,5 år

## 12.4 Fagutviklings- og forskningsprosjekter i tjenestene

Det var stor variasjon i hvor detaljerte beskrivelser fagpersonene ga av de prosjektene de hadde deltatt i. Generelle beskrivelser hvor det ikke fremkommer hvilket tema prosjektet omhandlet er ikke tatt med i oversikten nedenfor. Noen av prosjektene ble av ulike ansatte beskrevet som både forskning og fagutvikling. Prosjektene er da listet opp under enten forskning eller fagutvikling da det ikke har vært nok informasjon i beskrivelsene til å avgjøre statusen til prosjektet. Enkelte beskrivelser er også slått sammen ut fra en antakelse om at beskrivelsene omhandler samme prosjekt. Uansett viser resultatene at det foregår betydelig aktivitet med tanke på fagutvikling og forskning i tjenestene, spesielt med tanke på at det kun er i underkant av 370 årsverk i tjenestene.

### Fagutviklingsprosjekter

Fagpersonene rapporterte at de i perioden 2014-2015 hadde deltatt i fagutviklingsprosjektene som er beskrevet i tabell 12-5 som en del av sin tilknytning til habiliteringstjenesten.

Tabell 12-5: Oversikt over tema for fagutviklingsprosjekter i tjenestene i perioden 2014-2015.

Overordnet tema	Tema for fagutviklingsprosjekt
Tvang og makt, kapittel 9	1) Videreutvikling av "bruk av refleksjon som metode"- knyttet til arbeid med bruk av tvang og makt i interkommunalt arbeid.
	2) Tvang og makt (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9). Det omhandler å utvikle bedre metoder for å unngå bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning.
	3) Bruk av strukturert refleksjon for å øke kompetansen i forhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9, i kommunal tjeneste.
Seksualitet	4) Prosjektet "seksualitet og funksjonshemming" rettet mot samarbeidskommuner.
	5) Samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus om delstudiet "Sexologi og funksjonshemming". Vi vil prøve ut denne 15-studiepoeng utdannelsen gjennom bruk av videokonferanse.
	6) Utvikling av retningslinjer for å håndtering og forebygging av seksuelle overgrep.
	7) Prosjekt for å øke kompetansen innen seksualitet for pasientgruppen samt tjenesteyterne.
	8) Utgivelse av bok om forebygging og oppfølging ved seksuelle overgrep mot utviklingshemmede.
Utfordrende atferd	9) Samarbeid med Studio 3 i England om kurs/utdanning i "Low arousal" teori og metode. Fagpersoner fra Studio 3 i England vil gjennomføre opplæring.
	10) Stressmestring.
	11) Utdanning og utvikling av metodikk for håndtering av utagerende atferd.

Overordnet tema	Tema for fagutviklingsprosjekt
	12) Har innført ambulant innsatsteam med psykolog og fagkonsulenter som jobber intensivt med pasienten (3 måneder) i pasientens nærmiljø.
Profesjonelt miljøarbeid	13) Utarbeidet undervisningsopplegg for «Profesjonell omsorg» og målt effekt av opplæring i tre kommuner.
	14) Intervju av tjenesteytere med fokus på holdninger, verdier og praksis (skrevet artikkel).
Psykisk lidelse	15) Personlighetsforstyrrelser og utviklingshemning.
	16) Prosjekt for å øke autisemekompetansen i voksenpsykiatrien.
	17) Samarbeidsprosjekt med psykisk helsevern for å utvikle et bedre tilbud til pasientene i målgruppen til habiliteringstjenesten.
	18) Veiledning for utredning av autismespekterforstyrrelse.
	19) Prosjekt rettet mot å øke kompetansen rundt Asperger syndrom i kommunen.
	20) Veiledning og informasjon om psykisk helse i videregående skole.
	21) Interne retningslinjer for utredning og kartlegging av psykisk lidelse.
	22) Intern fagutvikling: Traume/PTSD
	23) Intern fagutvikling: ASD og psykose/schizofreni – fokus på utredning og differensialdiagnostikk.
	24) Etablering av regionalt fagnettverk med fokus på personer med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelse og psykisk lidelse.
	25) Intern veileder for psykoedukasjon til pasient og pårørende i forhold til diagnosen psykisk utviklingshemning.
Utvikling av pasientforløp	26) Utvikling av regionalt pasientforløp for personer med moderat til dyp grad av utviklingshemning og psykisk lidelse.
	27) Oppfølging av voksne med cerebral parese (fagutviklingsprosjekt i regi av Nasjonalt nettverk for ledere i voksenhabilitering).
	28) Samkjøring av prosedyrer for håndtering av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9 i helseforetaket.
	29) Helseteam som har startet arbeid med behandlingsforløp ved demens og CP.
	30) Kvalitetssikring av arbeidet med førerkortvurderinger og meldinger til Fylkesmannen.
	31) Utarbeide rutiner for pasientforløp i egen enhet.
	32) Pasientforløp ved utredning av autisme hos henviste pasienter med Down syndrom.
	33) Utvikling av avgrensede habiliteringsforløp for personer med lettere kognitive vansker.
	34) Brukerundersøkelse.

Overordnet tema	Tema for fagutviklingsprosjekt
Evaluering av egen tjeneste	35) Etablering av kvalitets- og kompetanseregister.
	36) Evaluering av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.
	37) Etablere database for pasientregister.
	38) Kvalitetsregister (tverrfaglig).
Utvikling av gruppetilbud	39) Videreutvikling av gruppebehandlingstilbud i samarbeid med kommune.
	40) Gruppebehandling.
	41) Aspergergruppe.
Intern forbedring	42) Intern gjennomgang av veiledningsmodeller.
	43) Intern utvikling av kunnskap om miljøterapi.
	44) Øke veiledningskompetanse gjennom hospitering.
	45) Fagutviklingsgruppen (FUG) i gamle Helse Øst. Gruppen igangsetter og følger opp samarbeid om utarbeidelse av faglige veiledere på tvers av tjenestene.
	46) Kursing i veiledningsteori for alle ansatte.
Kulturelle utfordringer	47) Fokusgruppeundersøkelse om helsesamtaler med migrasjonspasienter.
	48) Kognitiv utredning av fremmedspråklige.
	49) Minoritets-helse – samle kompetanse om utfordringer i arbeid med mennesker med minoritetsbakgrunn.
	50) Utvikle samarbeidsrutiner med tanke på tolkebruk.
Multifunksjonshemming	51) Det nordiske sittesymposiet (posisjonering 24-timer).
	52) Multifunksjonshemming – utvikling av nettverk og kurs om sansestimulering og spise-sitte funksjoner.
	53) Posisjonering i et 24-timersperspektiv.
Utvikling av kartleggingsverktøy	54) Utviklet skjema for å fange opp små barn (før 3 år) med nonverbale vansker.
	55) Utvikling av kartleggingsmateriale basert på ICF og CPOP-voksen.
	56) Utvikling av kartleggingsverktøy i samarbeid med høyskolen og kommunen.
Kosthold og livsstil	57) Prosjekt rundt kosthold, livsstil og helse for en gruppe pasienter og hvordan vi kan utvikle dette som gruppetilbud i tjenesten vår.
	58) Livsstilsendring for mennesker med motoriske og kognitive utfordringer.
Kommunale tjenester	59) Deltatt i en kommunal prosjektgruppe med fokus på «Hva betyr et godt, selvstendig liv?» og «Hvordan skal tjenestene være med tanke på fremtidens utfordringer?».
Opplæring av tjenesteytere i kommunen	60) Utvikling av diverse kurspakker.
	61) Utprøving av metoder for effektiv opplæring av personalgrupper.

Overordnet tema	Tema for fagutviklingsprosjekt
Diverse	62) Etablert opplæringsprogram Atlas.
	63) Utviklingshemning og nettbruk.
	64) Pilotprosjekt for bruk av PC i ambulant virksomhet.
	65) Utvikling av LMS-tilbud på tjenesten.
	66) Pasientsikkerhetsundersøkelse.
	67) Skrivning av fagbok.
	68) Opplæring av dommere om mennesker med forståelsesvansker.
	69) Utforming og utprøving av applikasjonsløsning for nettbrett tilpasset personer med utviklingshemming (velferdsteknologi).
	70) Revisjon av prioriteringsveileder for voksenhabiliteringstjenestene.

### Forskningsprosjekter

Fagpersonene rapporterte at de i perioden 2014-2015 hadde deltatt i følgende forskningsprosjekter som en del av sin tilknytning til habiliteringstjenesten:

- a) Multisenterstudie i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for autisme og fagmiljøer med regionalt ansvar for spisskompetanse om psykisk lidelse hos personer med autismspekterforstyrrelse og utviklingshemming.
- b) Ung demens.
- c) Validering av sjekklister for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (PDCC) hos personer med utviklingshemming.
- d) Prosjekt i forhold til å finne metode som egner seg for å drive effektiv opplæring av personale i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9. Målet er at kunnskap spres innenfor en virksomhet.
- e) Oppfølgingsstudie av bruk av nevrofeedback for behandling av barn med lærevansker og ADHD.
- f) Undersøkelse av koordinerte helsetjenester for personer med multifunksjonshemming.
- g) Genetisk forståelse av en fenotyp ved et syndrom.
- h) Epilepsi.
- i) Psykisk helse hos barn i habiliteringstjenesten (autisme, utviklingshemming og psykisk helse).
- j) Systematisk gjennomgang av pasienter som er utsatt for tvang for å avdekke funksjonsnivå, psykiske tilleggsvansker, type atferdsproblemer og type av tvangstiltak.
- k) REGISTRY-studien for Huntingtonpasienter.
- l) Sinnemestring for utviklingshemmede.
- m) Sammenheng mellom medisinske funn og kognitive fenotyper ved konkret mikrodelesjon.
- n) EURAP (studie av epilepsi hos gravide).
- o) BUP-Gen.
- p) Utprøving av Ravens CPM i samisk kontekst.
- q) Brukerfornøydhet hos pasienter.
- r) Psykososial sårbarhet hos personer som har oppsøkt voldtektsmottak.

## 12.5 Beskrivelse av ressurser avsatt til fagutvikling og forskning

Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold til hvor mye ressurser de benytter til fagutvikling og forskning. Lederne av tjenestene beskriver en rekke ulike tiltak som benyttes:

- Utvikling av prosedyrer som en følge av krav om utarbeidelse av slike på områder hvor dette i dag ikke foreligger.
- Hospitering hos annen spesialisthelsetjeneste.
- Mulighet til å søke om lesedager.
  - Det er mulighet til for å søke lesedager der ansatte kan fordype seg i eks. litteratur innenfor et tema de ønsker å sette seg inn i.
- Tilrettelegging for videreutdanning i arbeidstiden.
  - Oppmuntrer de ansatte til videreutdanning innen felt som er ønsket av tjenesten.
- Tilrettelegging for spesialisering i arbeidstiden
  - Noen av de ansatte er i utdanningsløp til spesialisering.
- Fristilling av tid til gjennomføring av masterutdanning
  - En prosentandel av stillingen avsettes til arbeid med mastergraden, f.eks. 10-20%.
- Økonomisk støtte til utdanning
- Fristilling av tid hos ansatte til fagutviklings- og forskningsprosjekter. Det beskrives ulike ordninger for fristilling av ansatte:
  - Det er ikke øremerkede ressurser, men det oppmuntres til fagutvikling innenfor eksisterende rammer.
  - Ansatte deltar i fagutviklingsprosjekter, men det er ikke definert hvor mye tid som er avsatt.
  - Det er avsatt tid, for eksempel et konkret antall dager til spesifikke prosjekter.
  - En prosentandel av stillingen avsettes til fagutviklings- og forskningsarbeid, for eksempel fra 20% til 50% hos en eller flere ansatte.
  - Flere ansatte deler ressurser fra for eksempel 1,5 stilling til å delta i ulike prosjekter.
- Fristilling av tid hos ansatte til forskning
  - Ansatte får avsatt tid til å delta i konkrete forskningsprosjekter.
  - Stipendiatstillinger.
  - En ansatt har fått fristilt tid til å være forskningsleder, dvs. utarbeide handlingsplan for forskning, oppfølging av denne, veilede oppstart og gjennomføring av prosjekter, lede forskningsgruppe i avdelingen, samt tid til egen forskning/publikasjon.
  - En prosentandel av stillingen avsettes til forskning – opptil 75% av stillingen.
- Frikjøp av stillinger med prosjektmidler
- Etablering av egne stillinger for fagutvikling og forskning
  - En ansatt har fått fristilt 50% merkantil stilling som forskningskoordinator for å koordinere ulike prosjekter, oppfølging prosjektmedarbeidere, utvikle dataverktøy for forskningsregistrering, oppfølging av prosjekter (database) og utvikle e-læringskurs.
  - En ansatt har 60% professorat.
  - 100% stilling for fagutvikler.
- Deltagelse i forskningsarbeid som en del av daglig drift

## 12.6 Beskrivelse av barrierer for å delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter.

De fagpersonene som ikke hadde deltatt i fagutviklings- eller forskningsprosjekter ble spurt om hva som eventuelt hindret dem fra å delta i slike prosjekter. Det var 108 av 194 fagpersoner som svarte på dette spørsmålet (se tabell 12-6). På bakgrunn av svarene ble det identifisert flere forhold (barrierer) som kan bidra til å hindre at fagpersoner deltar i fagutvikling og forskning i tjenestene. De barrierene som flest fagpersoner beskrev var:

1. Mangel på tid (32,4 %).
2. Manglende kapasitet på grunn av mange pasienter, høye produksjonskrav og at tjenesten prioriterer kliniske oppgaver (25,9 %).
3. At fagpersonen var nyansatt, hadde en midlertidig stilling eller akkurat hadde kommet tilbake fra en lengre permisjon (19,4 %).
4. At fagpersonen for tiden ikke var motivert for å delta i fagutvikling/forskning (9,3 %).
5. At arbeidsgiver har for lite fokus på fagutvikling og forskning, i liten grad prioriterer det i forhold til kliniske oppgaver og at det er ikke blir lagt til rette for det (9,3 %).

Tabell 12-6: Oppsummering av 108 fagpersoner sitt svar på spørsmålet om hva som hindrer dem fra å delta i fagutvikling og forskning.

Hva hindrer deg fra å delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter?	Antall fagpersoner som nevner barrieren	Andel av fagpersoner som har svart på spørsmålet
1. Mangel på tid.	35	32,4 %
2. Jeg har ikke kapasitet. Det er høye produksjonskrav og kliniske oppgaver prioriteres.	28	25,9 %
3. Jeg er nyansatt, har en midlertidig stilling eller har akkurat kommet tilbake fra en lengre permisjon.	21	19,4 %
4. Jeg mangler egen motivasjon / Jeg er ikke interessert.	10	9,3 %
5. Arbeidsgiver har for lite fokus på dette, det er ikke tilrettelagt for fagutvikling/forskning og det prioriteres ikke.	10	9,3 %
6. Jeg mangler tema / Det er ingen aktuelle prosjekter.	6	5,6 %
7. Jeg holder på med masterutdanning/videreutdanning.	6	5,6 %
8. Jeg har ikke blitt forespurt.	5	4,6 %
9. Mangel på samarbeidspartnere / Lite miljø innen aktuelt kompetanseområde.	5	4,6 %
10. Det er for liten tid til å utvikle prosjekter.	4	3,7 %
11. Jeg vet ikke hvordan man går frem / Det er vanskelig å komme i gang alene.	3	2,8 %
12. Alder.	2	1,9 %
13. Ingenting.	2	1,9 %
14. Jeg mangler forskningskompetanse.	1	0,9 %
15. Begrenset økonomi.	1	0,9 %
16. Ledelsen sine signaler om hvilke tema de ønsker fagutvikling/forskning i forhold til.	1	0,9 %

## 13. Utdanning av helsepersonell

I kartleggingen av dette hovedområdet ble det skilt mellom

- A. undervisning og opplæring av studenter og
- B. undervisning og opplæring av annet helsepersonell.

### 13.1 Undervisning og opplæring av studenter

Undervisning og opplæring av studenter ble kartlagt ved at lederne av tjenestene beskrev antall praksis plasser for utdanning av helsepersonell per år og hvilke samarbeidsavtaler tjenesten har med universitet og høyskole. Fagpersonene ble spurt om hvor mange ganger de hadde undervist på universitet/høyskole og hvor mange studenter de veiledet i perioden 2014/2015.

#### Praksisplasser for utdanning av helsepersonell

De 28 tjenestene som har besvart lederskjemaet tilbyr til sammen 41 praksisplasser (se tabell 13-1). Enkelte tjenester opplyser at de ikke har noen faste praksisplasser, men at de jevnlig tar imot studenter i praksis etter avtale i hvert konkret tilfelle. En tjeneste opplyser at de har praksisplass for sosionom, ergoterapeut, spesialpedagog og fysioterapeut, men det fremkommer ikke om dette er faste plasser eller om de gjøres tilgjengelig etter avtale. Andre tjenester opplyser at de ikke har praksisplasser på grunn av utstrakt reisevirksomhet.

Det er bare fem tjenester som opplyser at de har gjennomført hospitering. Hovedtyngden av hospiteringen er knyttet til en døgnavdeling som tilbyr hospitering til kommunalt ansatte.

Tabell 13-1: Oversikt over praksisplasser som tilbys til ulike profesjoner/studieretninger.

Helseregion	Lege	Psykolog	Vernepleier	Praksis annet helse- personell	Sum	Antall tjenester som tilbyr praksis <sup>75</sup>	Hospitering
Vest	0	0	7	1	8	4/4	20 <sup>76</sup>
Sør-Øst	1	3	15	3	22	5/10	2
Midt	1	1	6	2	10	4/4	0
Nord	0	0	0	1	1	2/10	5
Total	2	4	28	7	41	15/28	27

<sup>75</sup> Tjenester som tilbyr praksis / Antall tjenester i regionen som har besvart lederskjemaet.

<sup>76</sup> Dette tallet inkluderer hospitering av kommunalt personale ved en døgnavdeling.



### Samarbeidsavtaler med universitet og høyskoler om praksisplasser og/eller veiledning for studenter.

12 av de 28 tjenestene har etablert samarbeidsavtale med universitet (3 avtaler) eller høyskole (11 avtaler). Avtalene omhandler praksisplasser for studenter under utdanning til vernepleier sosionom, psykolog og andre helse- og sosialfaglige studenter innen psykisk helsearbeid og målrettet miljøarbeid. Noen tjenester presiserer at avtalen om praksisplasser gjelder videreutdanning og ikke grunnutdanning. Enkelte tjenester opplyser at de tilrettelegger praksis for psykologer under spesialisering dersom de får forespørsel om det.

### Undervisning på høyskole/universitet 2014-2015

38 av 195 fagpersoner (19,5%) opplyser at de har undervist på høyskole/universitet i perioden. 27 personer har undervist 1-2 ganger, mens 11 personer har undervist fra 3-32 ganger. Totalt har de ansatte undervist 123 ganger i denne perioden (det kan være at enkelte har undervist sammen). Det er stor variasjon mellom tjenestene i forhold til om de ansatte underviser på høyskole/universitet. Det er en tydelig tendens til at de tjenesteyterne som har arbeidet lenge i tjenestene i større grad foreleser ved høyskoler og universitet.

### Antall studenter veiledet 2014-2015

54 av 195 fagpersoner (27,7%) oppgir at de veiledet en eller flere studenter. De fleste har veiledet 1-2 studenter, men 6 personer oppgir å ha veiledet fra 3-8 studenter hver. I tillegg oppgir en fagperson å ha veiledet ca. 30 studenter. Det fremkommer ikke omfang og varighet av den veiledningen som er gitt. Totalt har de 54 ansatte veiledet 115 studenter i perioden.

## 13.2 Undervisning og opplæring av annet helsepersonell

Undervisning og opplæring av annet helsepersonell ble kartlagt ved å spørre fagpersonene om hvor mange ganger de i perioden:

1. Underviste på fagorganisasjoners spesialiseringsprogrammer
2. Foreleste på nasjonale konferanser
3. Foreleste på lokale/kommunale kurs/konferanser
4. Deltok i kommunale/lokale nettverk hvor fag ble diskutert
5. Underviste kommunale tjenesteytere tilknyttet pasientsaker
6. Arrangerte kurs for kommunalt ansatte

Det er viktig å presisere at tallene for antall ganger fagpersonene har undervist gjelder for omtrent 50 % av tjenesteyterne. Antall ganger tjenestene har gjennomført undervisning må derfor antas å være omtrent det dobbelte. Tabell 13-2 og 13-3 gir en oversikt over omfang av tjenestene sitt bidrag til undervisning og opplæring av annet helsepersonell. Det er særlig helsepersonell i kommunen som nyter godt av tjenestene sin innsats i forhold til undervisning og opplæring av annet helsepersonell.

Tabell 13-2: Oversikt over undervisning og opplæring av annet helsepersonell.

	Deltakelse i kommunale nettverk		Arrangering av kurs		Veiledning av studenter	Undervisning på høyskole/-universitet
	Antall ganger	... per ansatt som har svart	Antall ganger	... per ansatt som har svart	Antall ganger	Antall ganger
<b>Norge</b>						
24 tjenester	312	1,6	147	0,75	115	123
<b>Helseregion</b>						
Helse Vest	31	1,0	19	0,6	14	15
Helse Sør-Øst	139	1,9	55	0,7	28	46
Helse Midt	97	1,8	47	0,9	27	26
Helse Nord	45	1,2	26	0,7	46	36
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	237	1,7	114	0,8	93	87
Menn	75	1,4	33	0,6	21	36
<b>Profesjon</b>						
Leger	14	0,7	2	0,1	10	34
Psykologer	110	2,6	11	0,3	17	30
Vernepleiere	81	1,1	79	1,1	41	30
Andre faggr.	97	1,7	49	0,8	43	29

Tabell 13-3: Oversikt over undervisning og opplæring av annet helsepersonell.

	Undervisning i pasientsaker		Undervisning på lokale konferanser		Undervisning på nasjonale konferanser		Undervisning på fagspesialisering
	Antall ganger	... per ansatt som har svart	Antall ganger	... per ansatt som har svart	Antall ganger	... per ansatt som har svart	Antall ganger
<b>Norge</b>							
24 tjenester	653	3,4	401	2,1	63	0,3	13
<b>Helseregion</b>							
Helse Vest	89	3,0	47	1,6	4	0	2
Helse Sør-Øst	272	3,6	164	2,2	37	0,5	6
Helse Midt	185	3,5	107	2,0	13	0,2	3
Helse Nord	107	2,9	83	2,2	9	0,2	2
<b>Kjønn</b>							
Kvinner	449	3,3	228	1,7	33	0,2	8
Menn	184	3,3	154	2,8	30	0,5	5
<b>Profesjon</b>							
Leger	12	0,6	17	0,9	2	0,1	5
Psykologer	88	2,0	50	1,2	12	0,3	5
Vernepleiere	337	4,7	197	2,8	30	0,4	2
Andre faggr.	195	3,4	135	2,3	19	0,3	1

#### Undervisning på programmer for fagspesialisering

9 av 195 fagpersoner (4,6 %) opplyste at de hadde undervist på fagspesialiseringprogrammer fra 1-3 ganger. Det er leger og psykologer fra alle helseregioner som har deltatt i denne undervisningen. Totalt opplyser fagpersonene at de har undervist 13 ganger i perioden.

#### Undervisning på nasjonale konferanser

40 av 195 fagpersoner (20,5%) har undervist på nasjonale konferanser fra 1-5 ganger. Totalt opplyser fagpersonene at de har undervist 63 ganger på nasjonale konferanser i perioden. Fagpersoner fra alle helseregioner og fra alle profesjoner har bidratt.

#### Undervisning på lokale/kommunale kurs og konferanser

103 av 195 fagpersoner rapporterte at de undervist på lokale kurs/konferanser i perioden. Av disse har 88 fagpersoner opplyst å ha undervist 1-6 ganger. 12 fagpersoner har undervist fra 7-10 ganger og 3 personer har undervist henholdsvis 19, 24 og 30 ganger i perioden.

#### Deltakelse i kommunale nettverk

82 av 195 fagpersoner (42,1%) opplyste å ha deltatt i kommunale nettverk hvor fag diskuteres fra 1-35 ganger. Det er stor variasjon i hvor mange ganger fagpersoner har deltatt, men mesteparten har deltatt fra 1-3 ganger i løpet av perioden 2014-2015.

#### Arrangering av kurs for kommunalt ansatte

58 av 195 fagpersoner (29,7%) deltok i arrangering av kurs for kommunalt ansatte 147 ganger. 39 personer deltok i arrangering av 1-2 kurs, mens 19 personer deltok i arrangering av 3-10 kurs. Husk at selv om det ansatte har deltatt i arrangering av kurs 147 ganger, er det ikke nødvendigvis arrangert 147 kurs da flere fagpersoner ofte samarbeider om å arrangere kursene.

#### Undervisning kommunalt ansatte i pasientsaker

135 av 195 fagpersoner (69,2%) opplyser at de har deltatt i undervisning for kommunalt ansatte i pasientsaker til sammen 653 ganger. Husk at flere fagpersoner ofte underviser sammen slik at antall undervisninger er lavere enn 653. Dette er derfor et tall som viser hvor ofte fagpersonene underviser og gir et bilde av den tid og de ressurser som benyttes til dette. Det er stor variasjon i forhold til hvor mye den enkelte ansatte underviser. 34,4% av fagpersonene har undervist fra 1-3 ganger i perioden, 29,2% har undervist fra 4-10 ganger og 5,6% har undervist fra 11-20 ganger i perioden.

## 14. Opplæring av pasienter og pårørende

Voksenhabiliteringstjenestene skal gjennom pasientopplæringstiltak gi pasientene informasjon om egen tilstand og bidra til at de kan mestre livet på best mulig måte. Det kan være aktuelt med ulike former for opplæring, men ofte vil opplæringen foregå indirekte ved at habiliteringstjenesten gir opplæring/trening til nærpersoner/pårørende. Disse vil deretter gi den nødvendige daglige opplæring/trening av pasienten.

I denne kartleggingen ble aktivitet knyttet til opplæring av pasienter og pårørende/nærpersoner avgrenset til:

- A. Antall kurs fagpersonene har avholdt for pasienter i perioden 2014-2015.
- B. Antall kurs fagpersonene har avholdt for pårørende/foresatte i perioden 2014-2015.
- C. Beskrivelse av samarbeid som den enkelte fagperson har hatt med brukerorganisasjoner om kurs/-opplæring.

Når det gjelder opplæring av nærpersoner i form av kommunale tjenesteytere vises det til forrige kapittel.

Det er viktig å presisere at tallene for antall ganger fagpersonene har undervist gjelder for omtrent 50 % av fagpersonene som er ansatt i tjenesten. Antall ganger tjenestene har gjennomført undervisning må derfor antas å være betydelig høyere<sup>77</sup>. Tabeller 14-1 gir en oversikt over hvor mange av fagpersonene som har bidratt i undervisning og opplæring av pasienter og pårørende. Husk at flere fagpersoner ofte kan bidra til samme kurs slik at antall kurs som har blitt holdt vil være lavere enn antall ganger fagpersoner har bidratt.

Tabell 14-1: Oversikt over kurs undervist for pasienter og pårørende/foresatte i perioden 2014-2015.

Antall kurs	Kurs undervist for pasienter i 2014/2015			Kurs avholdt for pårørende/foresatte i 2014/2015		
	Antall per fagperson	Andel av fagpersoner	Kumulativ andel av fagpersoner	Antall per fagperson	Andel av fagpersoner	Kumulativ andel av fagpersoner
0 kurs	136	70,5 %	70,5 %	126	64,9 %	64,9 %
1-2 kurs	29	15,0 %	85,5 %	41	21,1 %	86,0 %
3-5 kurs	18	9,3 %	94,8 %	20	10,3 %	96,3 %
6-10 kurs	5	2,6 %	97,4 %	5	2,5 %	98,8 %
11-20 kurs	3	1,5 %	98,9 %	1	0,5 %	99,3 %
21-30 kurs	2	1,0 %	99,9 %	0	0,0 %	99,3 %
31-40 kurs	0	0,0 %	0,0 %	1	0,5 %	99,8 %
Sum	193	100,0 %	100,0 %	194	100,0 %	100,0 %
Ikke svart	2			1		

<sup>77</sup> I utgangspunktet kunne man forvente at antallet er dobbelt så stort siden vi har fått svar fra omtrent halvparten av fagpersonene. Siden enkelte fagpersoner ser ut til å holde et betydelig høyere antall kurs enn andre fagpersoner vil det hefte betydelig usikkerhet knyttet til et slikt estimat da det i stor grad påvirkes av hvilke fagpersoner som har svart.

## 14.1 Opplæring av pasienter i perioden 2014-2015

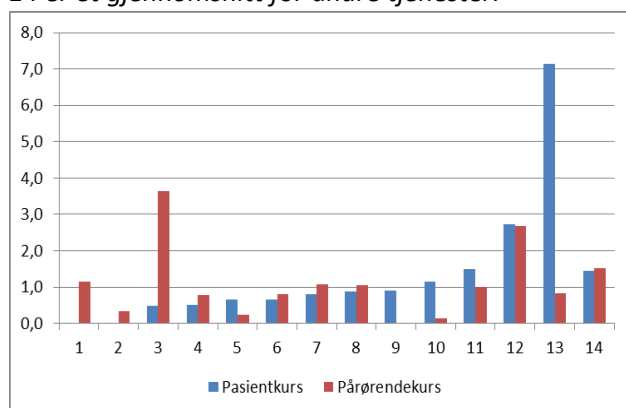
57 av 193 fagpersoner (29,5%) opplyser at de har undervist på pasientkurs i perioden. 29 fagpersoner har undervist 1-2 ganger, 18 fagpersoner har undervist 3-5 ganger, mens 5 fagpersoner har undervist fra 15-30 ganger. Totalt har de ansatte undervist 262 ganger i denne perioden (det kan være at enkelte har undervist sammen). 5 av 193 fagpersoner (2,6 %) står for 42,7 % av antall ganger tjenestene bidrar på pasientkurs. Det er stor variasjon mellom tjenestene (se figur 14-1 og 14-2). Det er variasjoner på tvers av helseregion, kjønn og profesjon, men ingen av forskjellene er signifikante (se figur 14-3, 14-4 og 14-5). Bakgrunnen for dette er nok at 70 % av fagpersonene ikke bidrar i forhold til denne typen kurs og det er svært stor variasjon mellom enkeltpersoner og tjenester.

## 14.2 Opplæring av pårørende i perioden 2014-2015

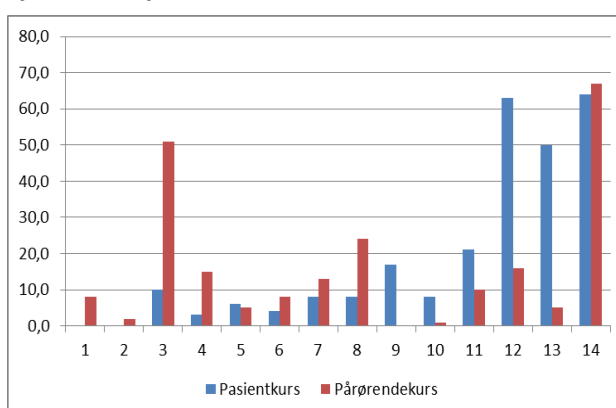
68 av 194 fagpersoner (35,1 %) opplyser at de har undervist på pårørendekurs i perioden. 41 fagpersoner har undervist 1-2 ganger, 20 fagpersoner har undervist 3-5 ganger, mens bare to fagpersoner har undervist på mer enn 10 kurs. Totalt har de ansatte undervist 225 ganger i denne perioden (det kan være at enkelte har undervist sammen). 7 av 194 fagpersoner (3,6 %) står for 44,4 % av antall ganger tjenestene bidrar på pårørendekurs. Det er stor variasjon mellom tjenestene (se figur 14-1 og 14-2). Det er variasjoner på tvers av helseregion, kjønn og profesjon, men ingen av forskjellene er signifikante (se figur 14-3, 14-4 og 14-5). Bakgrunnen for dette er nok at svært mange fagpersoner ikke bidrar i forhold til denne typen kurs og at det er svært stor variasjon mellom enkeltpersoner og tjenester.

Ifølge resultatene i tabell 14-2 ser det ut til at andelen av fagpersoner som deltar i opplæring av pasienter og pårørende er høyest for vernepleiere. Videre ser det ut som andelen fagpersoner som deltar i opplæring av pasienter er høyest i Helse Vest, og for pårørende er andelen høyest i Helse Midt og Helse Nord.

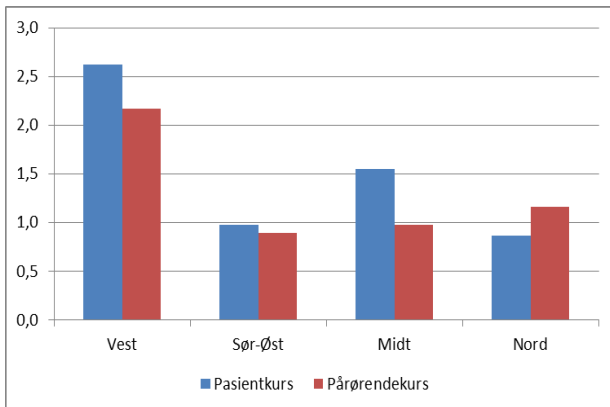
Figur 14-1: Gjennomsnittlig antall kurs som fagpersoner har bidratt i forhold til. Tallene 1-13 viser til tjenester med over 50 % svarprosent. Tjeneste 14 er et gjennomsnitt for andre tjenester.



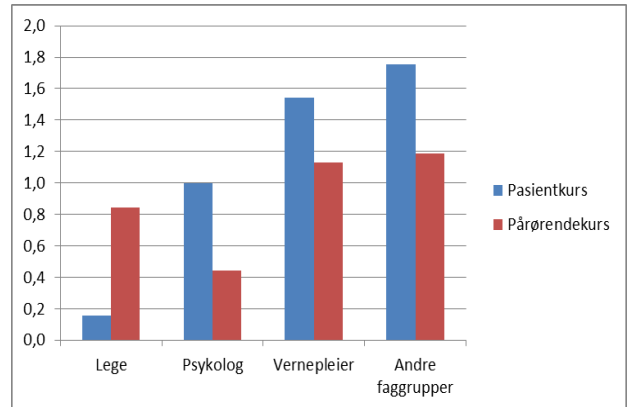
Figur 14-2: Antall kurs hvor fagpersoner har bidratt. Tallene 1-13 viser til tjenester med over 50 % svarprosent. Tjeneste 14 er et gjennomsnitt for andre tjenester.



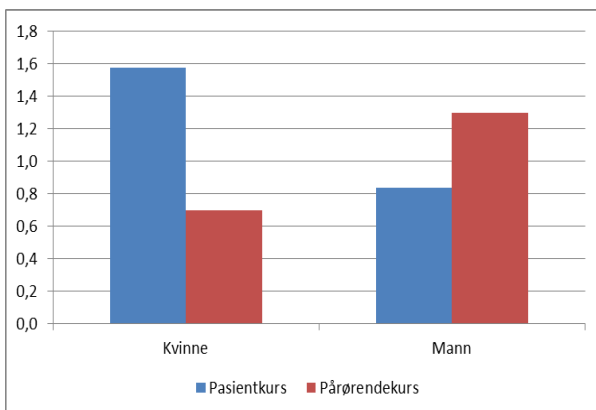
Figur 14-3: Gjennomsnittlig antall kurs som fagpersoner har bidratt i forhold til på tvers av helseregion.



Figur 14-4: Antall kurs hvor fagpersoner har bidratt på tvers av profesjoner.



Figur 14-5: Gjennomsnittlig antall kurs som fagpersoner har bidratt i forhold til på tvers av kjønn.



Tabell 14-2: Oversikt over undervisning og opplæring av pasienter og pårørende.

	Pasientkurs			Pårørendekurs		
	Antall ganger	Antall per ansatt som har svart	Andel fagpersoner som deltar	Antall ganger	Antall per ansatt som har svart	Andel fagpersoner som deltar
<b>Norge</b>						
24 tjenester	262	1,4	29,2 %	225	1,2	34,7 %
<b>Helseregion</b>						
Helse Vest	76	2,6	40,0 %	63	2,2	30,0 %
Helse Sør-Øst	72	1	29,3 %	67	0,9	29,3 %
Helse Midt	82	1,5	32,1 %	52	1	43,4 %
Helse Nord	32	0,9	16,2 %	43	1,2	37,8 %
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	217	1,6	30,4 %	115	0,8	31,2 %
Menn	37	0,7	25,5 %	70	1,3	43,6 %
<b>Profesjon</b>						
Leger	3	0,2	10,5 %	16	0,8	36,8 %
Psykologer	43	1	25,6 %	19	0,4	25,6 %
Vernepleiere	108	1,5	35,2 %	79	1,1	39,4 %
Andre faggrupper	100	1,8	31,0 %	69	1,2	34,5 %

### Samarbeid med brukerorganisasjoner om kurs/opplæring

Fagpersonene ble bedt om å beskrive sitt samarbeid med brukerorganisasjoner om kurs og opplæring. Fagpersonene beskriver å ha hatt samarbeid med følgende organisasjoner: NFU, LUPE, Autismeforeningen og CP-foreningen. Mange fagpersoner opplyser at de ikke har noe samarbeid med brukerorganisasjoner vedrørende kursvirksomhet og mange gir uttrykk for at de er positive til mer samarbeid. Nedenfor følger en kortfattet oppsummering av fagpersonenes beskrivelse av samarbeidet med brukerorganisasjonene.

1. Flere tjenesteytere/tjenester har gitt undervisning til eller i samarbeid med eller til brukerorganisasjoner. Dette er både kurs i regi av habiliteringstjenestene og LMS-kurs. Tema det er gitt undervisning i som ble nevnt av fagpersonene er:
  - a. Diagnosespesifikke kurs
    - i. Autismespekterforstyrrelser / Asperger syndrom
    - ii. Epilepsi
    - iii. Demens
    - iv. Down syndrom
    - v. CP
    - vi. MMC
    - vii. MS
  - b. Kapittel 9
  - c. Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming
  - d. Seksualitet
  - e. Brukermedvirkning
  - f. Kognitiv atferdsterapi

- g. Tegn-til-tale
  - h. Helsespørsmål
  - i. Flytting hjemmefra
  - j. Kurs om det å leve med hjerneskade
  - k. Kurs til pårørende til personer som har hjerneskade.
  - l. Posisjonering
2. Innlegg på konferanser arrangert av lokallag i brukerorganisasjon
  3. Utvikling av LMS-kurs. Drøfting av kursinnhold.
  4. Samarbeid med brukerorganisasjon om gruppe
    - a. Psykoedukativt gruppetilbud for personer med Asperger syndrom.
    - b. Samtalegrupper for ungdom
    - c. Pårørendegruppe
  5. Deltatt på samarbeidsmøter med representanter for brukerorganisasjon(er)
    - a. Generelt (regelmessige møter)
    - b. I forkant av oppstart av kurstilbud.
  6. Deltakelse i planlegging og gjennomføring av landskonferanse for brukerorganisasjon
  7. Kurs for personer med ny diagnose.
  8. Brukerrepresentant deltar på pårørendekurs.
  9. Brukerorganisasjon får tilsende avdelingens kursbrosjyre.
  10. Brukerorganisasjoner inviteres til å gi informasjon om eget arbeid på kurs holdt av tjenesten.
  11. Deltakelse på medlemsmøter i brukerorganisasjoner/informasjonsmøter.
  12. Tjenesteytere har deltatt (som deltaker) på kurs sammen med representanter fra brukerorganisasjoner.
  13. Samarbeidet foregår på ledelsesnivå.
  14. Kontakt med brukerorganisasjoner for å identifisere pasienter og pårørende sitt behov for kurs.
  15. Brukerorganisasjonene har spurt om samarbeid, men tjenesten har ikke hatt mulighet.
  16. Har individuell oppøring av pasienter og pårørende, men ikke kurs for brukerorganisasjoner.
  17. Ikke noe samarbeid i denne perioden.



## 15. Referanser

---

- Adresser habiliteringstjenester for voksne. <http://www.habilitering.no/wp-content/uploads/2012/04/Adresser-habiliteringstjenester-voksne-2015.htm>
- Arbeidsutvalget for lederne i voksenhabilitering (2014). Bemanningskartlegging 2014. Hentet fra habilitering.no 02.01.2018: <http://www.habilitering.no/wp-content/uploads/2014/10/Bemanningskartlegging-2014-voksenhab.pdf>
- Ballogh, R., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Lunsy, Y. og Colantonio, A. (2008). Organising health care services for persons with an intellectual disability (review). *The Cochrane Library*, 4. The Cochrane Collaboration.
- Bufdir (Barne, ungdoms og familidirektoratet) (2016). Hvor vanlig er utviklingshemming? Hentet fra følgende nettside 17.08.2016: [https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_utviklingshemming//](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming//)
- Christophersen, K.-A. (2013). *Introduksjon til statistisk analyse: Regresjonsbaserte metoder og anvendelse*. Gyldendal Akademisk: Oslo.
- Department of Health (2007). Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs (The Mansell report). [http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research\\_projects/dh2007mansellreport.pdf](http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research_projects/dh2007mansellreport.pdf)
- Emerson, E., & Robertson, J. (2008). *Commissioning person-centred, cost effective, local support for people with learning disabilities*. London: Social Care Institute of Excellence.
- Glouberman, S. og Zimmerman, B. (2002). Complicated and complex systems: What would successful reform of Medicare look like? Discussion Paper No. 8. Commission on the future of health care in Canada. Hentet fra følgende nettside 10.01.2018: <http://publications.gc.ca/site/eng/235920/publication.html>.
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Helse og omsorgsdepartementet (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) den 28.12.2017: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) den 11.01.18:
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009)*. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2015). Prioriteringsveileder – habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra følgende nettside 11.01.18: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Habilitering%20av%20voksne%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer (tredje utgave)*. Fagbokforlaget: Bergen.
- Lie, I. (1996). *Rehabilitering: Prinsipper og praktisk organisering*. Ad Notam – Gyldendal: Oslo

Nelson, E.C., Batalden, P.B., Godfrey, M.M. og Lazar, J.S. (2011). Introducing clinical microsystems. I E.C. Nelson, P.B. Batalden, M.M. Godfrey og J.S. Lazar: Value by design: Developing clinical microsystems to achieve organizational excellence. Jossey-Bass: San Francisco

Nordlandsforskning (2008). Rapport fra Nordlandsforskning nr. 1/2008: Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Hentet fra følgende nettsadresse 10.01.2018:  
<https://evalueringsportalen.no/evaluering/kapittel-4a-en-faglig-revolusjon-evaluering-av-sosialtjenestelovens-kapittel-4a-rettsikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemning/Kapittel%204A%20-%20En%20faglig%20revolusjon/@@inline>

NOU 2016:17. På lik linje: Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning. Hentet fra følgende nettsadresse 11.01.18:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>

O'Hara, J., McCarthy, J. og Bouras, N. (2010). Intellectual disability and ill health: A review of the evidence. Cambridge: Cambridge University Press.

Pett, M. (2016). Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions. Sage publications: London.

Pett, M.A., Lackey, N.R. og Sullivan, J.J. (2003). Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research. Sage publications: London.

Schreiner, M. (2012). Qualitative content analysis in practice. Sage publications: London.

Siegel, S. og Castellan, N.J. (1988). Nonparametric statistics for the behavioural sciences (second edition). McGraw-Hill Book Co.: Singapore.

Tetzchner, S. von, Hesselberg, F. og Schiørbeck, H. (2008). Habilitering: Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger. Gyldendal Akademisk: Oslo.

Tabachnik, B.G. og Fidell, L.S. (2013). Multivariate statistics (sixth edition). Pearson Education: New Jersey.

WHO (World Health Organization)(2007). Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse. Fagbokforlaget: Bergen.

## 16. Vedlegg

---

Nedenfor følger en oversikt over alle vedlegg til rapporten.

- A. Oversikt over problemstillinger
- B. Eksempler på utredninger som ble utført/igangsatt i løpet av 2015
- C. Eksempler på tiltak/behandling som ble igangsatt i løpet 2015
- D. Komponentanalyser
- E. Spørreskjema for ledere
- F. Spørreskjema for fagpersoner

## A. Oversikt over problemstillinger

For å identifisere hvilke problemstillinger tjenestene hjelper pasienter, pårørende og kommunale tjenester med ble de ansatte bedt om å beskrive hvilke problemstillinger de hadde arbeidet med i sine fem siste pasientsaker. 191 fagpersoner opplyste hvilke problemstillinger de hadde arbeidet med i 923 pasientsaker. I tillegg ble fagpersonene bedt om å beskrive problemstillinger de hadde arbeidet med overfor inntil tre typiske pasienter. Dette resulterte i beskrivelser av problemstillinger for i overkant av 500 pasienter.

Beskrivelsene ble kondensert og kategorisert med utgangspunkt i fremgangsmåten beskrevet av Graneheim og Lundmann (2003). Resultatet av kategoriseringen er vist i oversikten nedenfor. Fremstillingen er preget av at enkelte fagpersoner har gitt generelle beskrivelser av problemstillingene, mens andre har lagt vekt på å få med mange detaljer. Prosjektgruppen har valgt å ta med mange detaljer da hensikten med fremstillingen er å vise det sammensatte bildet innenfor voksenhabilitering. Oversikten over problemstillinger er ikke uttømmende, men antas å gi et godt bilde av de problemstillingene fagpersonene arbeider med innenfor tjenestene.

Det er viktig å presisere at beskrivelsen i oversikten nedenfor ikke sier noe om hvilke problemstillinger som er mest vanlig innenfor voksenhabilitering. Beskrivelsen viser variasjonen i klinikken da alt som «er nevnt» av fagpersonene er tatt med.

### Oversikt over problemstillinger habiliteringstjenestene for voksne har arbeidet med i 2015

#### **1. Utredning av utviklingshemming**

- 1.1. Grader av utviklingshemming
- 1.2. Tilleggsversker

#### **2. Utredning av psykisk lidelse**

- 2.1. Utviklingsforstyrrelser
  - 2.1.1. Lærevansker
  - 2.1.2. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
  - 2.1.3. Autismespekter
    - 2.1.3.1. Asperger
- 2.2. Spesifikke psykiske lidelser
  - 2.2.1. Psykisk lidelse – lett utviklingshemming
  - 2.2.2. Psykisk lidelse – moderat utviklingshemming
  - 2.2.3. Affektiv lidelse
  - 2.2.4. Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
    - 2.2.4.1. Tvangslidelse
  - 2.2.5. Psykose
  - 2.2.6. Personlighetsforstyrrelse
  - 2.2.7. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
- 2.3. Diagnostisering av fremmedkulturelle personer

#### **3. Utredning av evnenivå/adaptiv funksjon**

- 3.1. Vurdering av evnenivå
- 3.2. Kartlegging av kognitiv funksjon
- 3.3. Utredning funksjonsnivå/adaptiv funksjon
- 3.4. Utredning av arbeidsevne

- 3.5. Utredning av bistandsbehov
- 3.6. Sosiale vansker
- 3.7. Førerkortvurdering
- 4. Rusrelaterte problemer**
- 5. Medisinsk utredning, behandling og oppfølging**
  - 5.1. Medisinsk utredning
    - 5.1.1. Nevrologiske syndromer
    - 5.1.2. Delesjonssyndrom
    - 5.1.3. Etiologisk utredning
    - 5.1.4. Vurdering demens
    - 5.1.5. Nevrologiske lidelser – progredierende vansker
    - 5.1.6. Utredning FASD
    - 5.1.7. Spise/ernæringsvansker
    - 5.1.8. Somatisk utredning
  - 5.2. Medikamentell behandling
    - 5.2.1. Epilepsi
    - 5.2.2. Søvnproblematikk
    - 5.2.3. Autisme
    - 5.2.4. Atferdsproblematikk/behandling utfordrende atferd
    - 5.2.5. Angst
    - 5.2.6. Depresjon
    - 5.2.7. Metabolsk lidelse
    - 5.2.8. Nevropsykiatriske lidelser
  - 5.3. Andre problemstillinger
    - 5.3.1. Sansetap - blind
    - 5.3.2. Utmattelse
  - 5.4. Medisinsk oppfølging
  - 5.5. Viderehenvisning til andre spesialiteter
- 6. Utfordrende atferd**
  - 6.1. Spesifikke problemstillinger
    - 6.1.1. Sosial fornedrende atferd
    - 6.1.2. Ødeleggelse av inventar
    - 6.1.3. Selvskading
    - 6.1.4. Stereotypier
    - 6.1.5. Låseatferd (selvhindring)
    - 6.1.6. Kriminell atferd (stjeling, påtenning, narkotika)
    - 6.1.7. Passivitet og inaktivitet
      - 6.1.7.1. Isolasjon hjemme (Autismespekter)
    - 6.1.8. Telefonterror
    - 6.1.9. Invalidiserende rutiner og ritualer (Autismespekterlidelse)
    - 6.1.10. Samlemani
    - 6.1.11. Motsette seg tjenester (at andre kommer inn i leiligheten)
    - 6.1.12. Utfordrende atferd knyttet til seksualitet (seksualisert atferd)
    - 6.1.13. Hyling/gråting/roping (stemmebruk)
    - 6.1.14. Våken om natten
  - 6.2. Voldelig atferd
    - 6.2.1. Håndtering av utfordrende atferd
    - 6.2.2. Voldsutøvelse mot andre

- 6.2.3.Fysisk utagering mot personal/medbeboere
- 6.2.4.Vold i nære relasjoner
- 6.2.5.Seksuelle overgrep
- 6.2.6.Seksuell trakassering av andre
- 6.2.7.Sinnemestring
- 6.3. Utfordrende atferd – tiltaksarbeid
  - 6.3.1.Vurdering av miljøtiltak
  - 6.3.2.Veiledning til personal
  - 6.3.3.Veiledning til familie
  - 6.3.4.Utarbeidelse av tiltak
  - 6.3.5.Oppfølging av tiltak
- 6.4. Utfordrende atferd – utarbeidelse av tiltak
- 7. Bruk av tvang og makt (hol. Kap.9)**
  - 7.1. Forebyggende tiltak og andre løsninger
  - 7.2. Ivaretagelse av grunnleggende behov
  - 7.3. Skadeavverging
  - 7.4. Utarbeidelse av vedtak
  - 7.5. Overvåking og varslingssystemer
- 8. Vansker knyttet til seksualitet**
  - 8.1. Oppfølging i etterkant av seksuelle overgrep
  - 8.2. Veiledning ifht. Seksualitet og identitet
  - 8.3. Transseksualisme/kjønnstematikk
  - 8.4. Parforhold
  - 8.5. Opplæring
  - 8.6. Samtaler ved gjennomgått abort
- 9. Livsstil og ernæring**
  - 9.1. Spiseproblematikk
  - 9.2. Diabetes
  - 9.3. Begrensning av sigaretter
- 10. Multifunksjonshemming**
  - 10.1. Sittestilling
  - 10.2. Posisjonering
  - 10.3. Treningsprogram motorikk
- 11. Motoriske vansker**
  - 11.1. Spastisitet
  - 11.2. CP
  - 11.3. Scoliose
- 12. Problemstillinger knyttet til behandling og oppfølging**
  - 12.1. Samarbeid og koordinering
    - 12.1.1. Samarbeid pårørende og bestillerkontor
    - 12.1.2. Familierelasjoner
    - 12.1.3. Samarbeid pasient og tjenesteytere
    - 12.1.4. Samarbeidsvansker mellom kommune og pårørende
    - 12.1.5. Samarbeidsferdigheter i personalgruppen
    - 12.1.6. Koordinere somatiske utredninger
    - 12.1.7. Arbeid med IP
  - 12.2. Vurdering av tjenestetilbud
    - 12.2.1. Utfordrende atferd og mangelfulle tjenester

- 12.2.2. Grunnleggende behov ikke ivaretatt (dårlig holdning hos tjenesteyterne)
- 12.3. Tiltak på systemnivå
  - 12.3.1. Skape felles forståelse av diagnoser
  - 12.3.2. Sørge for at pasienten ivaretas ut fra utredning/bistandsbehov
  - 12.3.3. Få ansatte til å følge rutiner og tiltak
  - 12.3.4. Besøksbegrensning for foreldre
  - 12.3.5. Arbeid mot kommunen for å øke pasientens bistand
  - 12.3.6. Rådgivning til personal og pårørende
  - 12.3.7. Veiledning av boligpersonal
  - 12.3.8. Helseoppfølging – etablering av rutiner
- 13. Trening og opplæring**
  - 13.1. ADL – etablering av ADL-funksjoner og rutiner
    - 13.1.1. Etablering av styringssystem for bruker
      - 13.1.1.1. Avtalestyring
      - 13.1.1.2. Bildedagsplan
    - 13.1.2. Overgangsproblematikk (fokusrelaterte utførelsesvansker)
    - 13.1.3. Strukturering av hverdagen
  - 13.2. Språk/kommunikasjonsvansker
    - 13.2.1. ASK
    - 13.2.2. Kommunikasjon/trening for å snakke høyere
  - 13.3. Trening av sosiale ferdigheter
  - 13.4. Tilpasset bistand
- 14. Tilrettelegging**
  - 14.1. Hjelpemidler
  - 14.2. Tilrettelegging i hjemmet
  - 14.3. Tilrettelegging av bolig – samarbeid
  - 14.4. Tilrettelegging av tjenestetilbud
  - 14.5. Tilrettelegging av miljøbetingelser for læring og behandling
- 15. Tiltak for å bedre psykisk helse**
  - 15.1. Kognitiv terapi
  - 15.2. Psykoedukasjon
  - 15.3. Forebygge suicid
  - 15.4. Psykisk lidelse – veiledning til tjenesteytere og pårørende
- 16. Livsfaserelaterte problemer**
  - 16.1. Egen livssituasjon
  - 16.2. Overgang til voksenlivet
  - 16.3. Overgang voksenliv – opplæring
  - 16.4. Flytting hjemmefra
- 17. Aktiv deltakelse i arbeid, skole og fritid**
  - 17.1. Arbeid
  - 17.2. Motivasjonsarbeid for å motta tjenester
  - 17.3. Skole
    - 17.3.1. Veiledning
    - 17.3.2. Tilrettelegging av skolesituasjon
    - 17.3.3. Støttesamtaler oppstart skole
    - 17.3.4. Overgang til videregående
  - 17.4. Aktivisering/fritid
- 18. Voldsrisikovurdering**

## **19. Undervisning**

19.1. Opplæring av personalgrupper

## **20. Tverrfaglig utredning**

## **21. Støttearbeid**

21.1. Støttesamtaler

21.2. Mestringsorientert samtale



## B. Eksempler på utredninger som ble utført/igangsatt i løpet av 2015

Fagpersonene beskrev hvilke utredninger de hadde igangsatt/gjennomført i opptil tre typiske pasientsaker. Til sammen beskrev fagpersonene hvilke utredninger som ble igangsatt overfor 528 pasienter. Beskrivelsene fra 92 fagpersoner, omtrent 250 pasienter, ble kondensert og kategorisert med utgangspunkt i fremgangsmåten beskrevet av Graneheim og Lundmann (2003). Resultatet av kategoriseringen er vist i oversikten nedenfor. Fremstillingen er preget av at enkelte fagpersoner har gitt generelle beskrivelser av utredningene, men andre har lagt vekt på å få med mange detaljer. Prosjektgruppen har valgt å ta med mange detaljer da hensikten med fremstillingen er å vise det sammensatte bildet innenfor voksenhabilitering. Oversikten over utredninger er ikke uttømmende, men antas å likevel gi et godt bilde av utredninger som utføres/igangsettes innenfor voksenhabilitering. Flere detaljer ville vært med om alle svar var gjennomgått.

Det er viktig å presisere at beskrivelsen i oversikten nedenfor ikke sier noe om hvilke utredninger som er mest vanlig innenfor voksenhabilitering. Beskrivelsen viser variasjonen i klinikken da alt som «er nevnt» av fagpersonene er tatt med.

### Oversikt over utredninger som ble utført/igangsatt i løpet av 2015

#### 1. Utredning av pasient

##### 1.1. Medisinsk utredning / etiologisk utredning

###### 1.1.1. Diagnostisk historikk og sykdomsforløp

###### 1.1.2. Somatiske undersøkelser

###### 1.1.2.1. Blodprøver

###### 1.1.2.2. Somatisk helsesjekk

###### 1.1.2.3. Naturlige funksjoner

###### 1.1.2.4. Vurdering av komplikasjoner ved multifunksjonshemming

###### 1.1.2.4.1. Puloksygenmålinger (O<sub>2</sub> metning) i diverse kroppstillinger

###### 1.1.3. Nevrologisk undersøkelse

###### 1.1.3.1. Klinisk nevrologisk undersøkelse

###### 1.1.3.1.1. Undersøkelse av bevegelsesapparatet

###### 1.1.3.1.2. Utredning av motorisk spastisitet

###### 1.1.3.2. Utredning av epilepsi

###### 1.1.3.2.1. EEG

###### 1.1.3.2.2. Anfallskalender

###### 1.1.3.3. Bildediagnostikk

###### 1.1.3.3.1. MR

###### 1.1.3.3.2. CT

###### 1.1.3.4. Utredning av migrene / hodepine

###### 1.1.3.5. Vurdering av baclofen

###### 1.1.3.6. Vurdering av botoxbehandling

###### 1.1.4. Psykiatrisk undersøkelse (se også utredning av psykisk lidelse)

###### 1.1.5. Ortopedisk undersøkelse

###### 1.1.5.1. Utredning av scoliose

###### 1.1.5.2. Utredning av feilstillinger

###### 1.1.5.3. Røntgen av hofter og knær

###### 1.1.6. Utredning av motorisk funksjon

###### 1.1.6.1. Utredning ved fysioterapeut

- 1.1.6.2. Muskel og leddundersøkelse
  - 1.1.6.2.1. Leddmåling
  - 1.1.6.2.2. Mobilitet
  - 1.1.6.2.3. Forutsetninger for å kunne sitte/forflytte seg/posisjonering («sitteklinikk»)
  - 1.1.6.2.4. Ganganalyse
  - 1.1.6.2.5. Funksjonell kartlegging av hofte, ankler og rygg
- 1.1.6.3. Utredning av bensmertetilstander
- 1.1.6.4. Kartlegging av kondisjon og styrke
- 1.1.6.5. Analyse av posisjonering
- 1.1.6.6. Utredning av fysisk funksjon / funksjonsanalyse (ICF)
- 1.1.6.7. Utprøving av diverse skinner
- 1.1.7. Metabolsk utredning
  - 1.1.7.1. Stoffskifte
- 1.1.8. Genetisk utredning
  - 1.1.8.1. Array CGH
- 1.1.9. Syndromer/syndromspesifikke utfordringer
- 1.1.10. Kartlegging av tidligere medikamentell behandling, f.eks. psykofarmaka
- 1.1.11. Vurdering av medikamentell behandling / medisinutprøving
- 1.1.12. Utredning av syn/hørsel
- 1.1.13. Søvnkartlegging
  - 1.1.13.1. Polysomnografi (PSG)
  - 1.1.13.2. Kartlegging av døgnrytme
- 1.1.14. Henvisning til øvrige spesialiteter
  - 1.1.14.1. Utredning kardiolog
  - 1.1.14.2. Utredning av mage/tarm
    - 1.1.14.2.1. Gastroskopi (f.eks. reflux)
  - 1.1.14.3. Utredning spesialist i lungemedisin
- 1.1.15. Tannlegeundersøkelse i narkose
- 1.2. Funksjonell analyse (utredning av atferdens funksjon for pasienten)
  - 1.2.1. Kartlegging ABC (trefeltskartlegging) / FAK
  - 1.2.2. Funksjonelt analyseintervju (FAI)
  - 1.2.3. Motivation Assessment Scale (MAS)
  - 1.2.4. Contextual Assessment Inventory (CAI)
  - 1.2.5. Direkte observasjon
  - 1.2.6. Eksperimentell funksjonell analyse
- 1.3. Observasjon og beskrivelse av utfordrende atferd
  - 1.3.1. Type (topografi)
  - 1.3.2. Registrering av utfordrende atferd
    - 1.3.2.1. Frekvens (baselineregistrering / løpende atferdsregistrering)
    - 1.3.2.2. Intensitet
    - 1.3.2.3. Varighetsregistrering
    - 1.3.2.4. Atferdsregistrering med scatterplot (spredningsdiagram)
  - 1.3.3. Kartlegging av «triggere»/stressorer
  - 1.3.4. Kartlegging av sinnemestring
  - 1.3.5. Kartlegging av tidligere miljøterapeutisk behandling
  - 1.3.6. Systematisk utprøving av ulike intervensjoner
- 1.4. Utredning av behov for vedtak etter hol., kap. 9

- 1.5. Diagnostisk utredning av psykisk lidelse
  - 1.5.1. Screening for psykisk lidelse
    - 1.5.1.1. MINI
    - 1.5.1.2. SCID-II
    - 1.5.1.3. PAS-ADD
    - 1.5.1.4. DASH-2
    - 1.5.1.5. Reiss screen
    - 1.5.1.6. PAC
    - 1.5.1.7. P-aid (Psychopathology checklist for adults with intellectual disabilities)
    - 1.5.1.8. SCL-90
  - 1.5.2. Utredning av autismespektrumforstyrrelse
    - 1.5.2.1. ADOS
    - 1.5.2.2. ADI
    - 1.5.2.3. RAADS
    - 1.5.2.4. SCQ
    - 1.5.2.5. ASQ
    - 1.5.2.6. ASDI
    - 1.5.2.7. Sosiale historier
    - 1.5.2.8. Kartlegging etter Gillberg og Gillberg sine kriterier
  - 1.5.3. Utredning av psykose/schizofreni
    - 1.5.3.1. PANSS
  - 1.5.4. Utredning av angstlidelser
    - 1.5.4.1. PTSD
    - 1.5.4.2. OCD
  - 1.5.5. Utredning av stemningslidelse
    - 1.5.5.1. Depresjon
    - 1.5.5.2. Kartlegging av humørsvingninger
  - 1.5.6. Utredning av ADHD
  - 1.5.7. Utredning av Tic-forstyrrelse/Tourette
    - 1.5.7.1. Kartlegging av Tics
  - 1.5.8. Utredning av personlighetsforstyrrelse
  - 1.5.9. Kartlegging av psykiatrisk sekundærproblematikk
- 1.6. Diagnostisk utredning av utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse
  - 1.6.1. Utredning av evnenivå/grad av utviklingshemming
    - 1.6.1.1. WAIS-IV
    - 1.6.1.2. WISC-IV
    - 1.6.1.3. Ravens matriser
    - 1.6.1.4. Beer VMI
  - 1.6.2. Utredning av sekundærvansker
- 1.7. Nevropsykologisk utredning/testing
  - 1.7.1. Førerkortvurdering
  - 1.7.2. Utredning av ulike kognitive funksjoner
    - 1.7.2.1. BRIEF-A
  - 1.7.3. Vurdering av om pasienten kan nyttiggjøre seg av ulike former for samtalebehandling
- 1.8. Kartlegging av adaptive ferdigheter/bistandsbehov
  - 1.8.1. Vineland-II
  - 1.8.2. Basisregistrering
  - 1.8.3. ABC community

- 1.8.4. BA -kartlegging
  - 1.8.5. Kartlegging av ADL-ferdigheter
  - 1.8.6. Kartlegging av sosiale ferdigheter
    - 1.8.6.1. Kartlegging av sosial forståelse SRS-II
    - 1.8.6.2. Strukturert kartlegging av sosial kompetanse
  - 1.8.7. Kartlegging av seksual- og kroppskunnskap
    - 1.8.7.1. SexKUNN-testen
    - 1.8.7.2. KroppKUNN-testen
  - 1.8.8. Kartlegging av væremåte
  - 1.8.9. Kartlegging av pasientens egen kjennskap/holdninger til egen fungering
  - 1.8.10. Kartlegging av sekundærvansker/tilleggsvansker
  - 1.9. Utredning av språk og kommunikasjon
    - 1.9.1. Sensorisk persepsjon
    - 1.9.2. Kommunikasjonskartlegging
      - 1.9.2.1. Bruk av ikke-standardiserte kommunikasjonsverktøy
      - 1.9.2.2. Språktester
      - 1.9.2.3. Kartlegging av kommunikasjonsferdigheter
      - 1.9.2.4. ASK-utredning
    - 1.9.3. Språkvurdering
    - 1.9.4. Utprøving av kommunikasjons- og styringsalternativer (brytere, mm)
      - 1.9.4.1. Utprøving av øyestyring (Tobii).
  - 1.10. Utredning relatert til ernæring
    - 1.10.1. Kartlegging/observasjon av spisesituasjon, evt. bruk av video
    - 1.10.2. Utredning – dysfagi
    - 1.10.3. Kartlegging av vekt og kroppsmasseindeks
    - 1.10.4. Kartlegging matinntak før, under etter aktivitet/trening
    - 1.10.5. Kartlegging av kost/drikke – kostplan
      - 1.10.5.1. Kostholdsregistrering
      - 1.10.5.2. Aktivitetsregistrering
    - 1.10.6. Kartlegging av ernæringsstatus
  - 1.11. Utredning av demens
  - 1.12. Utredning i forhold til tekniske hjelpemidler
    - 1.12.1. Utprøving av hjelpemidler
    - 1.12.2. Vurdering av rullestoltyper
    - 1.12.3. Kartlegging av miljø med tanke på bruk av rullestol inne/ute
    - 1.12.4. Kartlegging for tilrettelegging av leilighet (hjelpemidler og omgivelseskontroll)
    - 1.12.5. Gjennomgang av ulike hjelpemidler i samarbeid med hjelpemiddelsentralen
    - 1.12.6. Utredning av behov for varsling (trenger f.eks. hjelp på do)
  - 1.13. Utredning av motivasjonelle forhold
    - 1.13.1. Forsterkerkartlegging
    - 1.13.2. Interessekartlegging
    - 1.13.3. Direkte samhandling med pasient
  - 1.14. Vurdering av samtykkekompetanse
  - 1.15. Vurdering av selvmordsrisiko
  - 1.16. Risikovurdering / voldsriskovurdering
    - 1.16.1. HCR-20
- 2. Kartlegging av miljø**
- 2.1. Kartlegging av sentrale miljøforhold (ofte basert på observasjon)

- 2.1.1. Bolig
- 2.1.2. Skole
- 2.1.3. Arbeid
  - 2.1.3.1. Samtaler med NAV
  - 2.1.3.2. Samtaler med Arbeidsmarkedsbedrift
  - 2.1.3.3. Yrkespedagogisk kartlegging
  - 2.1.3.4. Arbeidsutprøving / observasjon
- 2.1.4. Nærmiljø
- 2.2. Nettverkskartlegging
  - 2.2.1. Familie
  - 2.2.2. Venner
- 2.3. Kartlegging av tjenestetilbud / kommunale tjenester
  - 2.3.1. Fysiske rammebetingelser
  - 2.3.2. Bistandstimer
  - 2.3.3. Antall tjenesteytere/kompetanse
  - 2.3.4. Vurdering av livskvalitet
  - 2.3.5. Samhandling mellom pasient og tjenesteytere/nærpersoner
  - 2.3.6. C-aid (coherence of social care)
  - 2.3.7. Organisering av tjenester
- 2.4. Kartlegging av livskvalitet/ opplevd livssituasjon
  - 2.4.1. Pasientens drømmer og syn på det gode liv.
  - 2.4.2. Pasienten sine utfordringer i hverdagen.
  - 2.4.3. Kartlegging aktiviteter
    - 2.4.3.1. Registrering av aktiviteter
    - 2.4.3.2. Type aktiviteter
    - 2.4.3.3. Fritidsaktiviteter
    - 2.4.3.4. Livsløpsvurdering
  - 2.4.4. L-aid (Life event checklist for adults with ID)
- 3. Anamnese / utviklingsanamnese**
  - 3.1. Samtale/klinisk intervju med pasient
  - 3.2. Pårørendesamtale
  - 3.3. Samtaler med personal
  - 3.4. Samtaler med fosterforeldre
  - 3.5. Gjennomgang av tidligere journal
  - 3.6. Samarbeid med barnevern
- 4. Observasjon av pasient**
  - 4.1. Utprøving av intervensjoner i samarbeid med pasienten
- 5. Ingen utredning/kartlegging**

## C. Eksempler på tiltak/intervensjoner som ble igangsatt av HAVO i 2015

Fagpersonene beskrev hvilke tiltak/intervensjoner de hadde igangsatt i opptil tre typiske pasientsaker. Til sammen beskrev fagpersonene hvilke tiltak/intervensjoner som ble igangsatt overfor 525 pasienter. Beskrivelsene ble kondensert og kategorisert med utgangspunkt i fremgangsmåten beskrevet av Graneheim og Lundmann (2003). Resultatet av kategoriseringen er vist i oversikten nedenfor. Fremstillingen er preget av at enkelte fagpersoner har gitt generelle beskrivelser av tiltak/intervensjoner, mens andre har lagt vekt på å få med mange detaljer. Prosjektgruppen har valgt å ta med mange detaljer da hensikten med fremstillingen er å vise det sammensatte bildet innenfor voksenhabilitering. Oversikten over tiltak/intervensjoner er ikke uttømmende, men antas å likevel gi et godt bilde av tiltak/intervensjoner som igangsettes innenfor voksenhabilitering.

Det er viktig å presisere at beskrivelsen i oversikten nedenfor ikke sier noe om hvilke tiltak eller intervensjoner som er mest vanlig innenfor voksenhabilitering. Beskrivelsen viser variasjonen i klinikken da alt som «er nevnt» av fagpersonene er tatt med.

### Oversikt over tiltak/intervensjoner som ble igangsatt i løpet av 2015

#### **1. Medisinsk oppfølging**

- 1.1. Spesialisterklæring
- 1.2. Kontroll av syn og hørsel
- 1.3. Helsesjekk hos fastlege
- 1.4. Medisin vurdering
- 1.5. Medikamentell behandling
  - 1.5.1. Epilepsi
  - 1.5.2. Antipsykotika
- 1.6. Innleggelse i sykehus – psykisk helsevern
- 1.7. Oppfølging nevrolog

#### **2. Miljøterapeutisk behandling**

- 2.1. Justering av tiltak
- 2.2. Atferdsavtaler
- 2.3. Forsterkningsbaserte prosedyrer
  - 2.3.1. Tegnøkonomi
  - 2.3.2. DRO
  - 2.3.3. NCR
- 2.4. Regelstyring

#### **3. Hol, kapittel 9**

- 3.1. Veiledning på utforming av vedtak
- 3.2. Opplæring av personal i fysisk konflikthåndtering
- 3.3. Søknad om mekanisk tvangsmiddel
- 3.4. Utvikling av forebyggende tiltak
- 3.5. Utvikling av skadeavvergende tiltak
- 3.6. Melding til fylkesmannen om behov for tiltak etter hol, kap.9

#### **4. Tiltak ved utfordrende atferd**

- 4.1. Utarbeidelse av retningslinjer og tiltak for personal ved utagering fra bruker
- 4.2. Kartlegging av og skjerming for «triggere» og stressorer
- 4.3. Reduksjon av krav

- 4.4. Skjermingstiltak
- 4.5. Forebyggende tiltak
- 4.6. Skadeavvergende tiltak
- 5. Samtaler**
  - 5.1. Individuelle samtaler med pasient
    - 5.1.1. Psykoterapi
    - 5.1.2. Støttesamtaler
  - 5.2. Støttesamtale med personal i kommunen
  - 5.3. Samtaler med pårørende
- 6. «Manualbaserte» tiltak**
  - 6.1. ART
  - 6.2. Sosiale historier
- 7. Gruppebaserte tiltak**
  - 7.1. Asperger
- 8. Psykoedukasjon**
  - 8.1. Samtale om diagnose og bistandsbehov
  - 8.2. Utlevering av skriftlig materiale om diagnoser
  - 8.3. Støtte/oppfølging ved ny diagnose
- 9. Kommunikasjonsvansker**
  - 9.1. Vurdering og anbefaling vedrørende kommunikasjon og ASK
  - 9.2. Opplæring av pasient i ulike kommunikasjonsformer
    - 9.2.1. PECS
    - 9.2.2. ASK
- 10. Tilpasning av hjelpebetingelser**
  - 10.1. Vurdering av samtykkekompetanse
  - 10.2. Balanse mellom hvile og aktivitet
  - 10.3. Visuell tydeliggjøring
  - 10.4. Tilpasning av hjelpemiddel og omgivelser som følge av fysisk funksjonshemming
    - 10.4.1. Tilrettelegging av sitteposisjon
    - 10.4.2. Medisinske behandlingshjelpemidler
    - 10.4.3. Oppfølging av posisjonering
    - 10.4.4. Tilrettelegging av spising/måltider
    - 10.4.5. Trening for å opprettholde motorikk/bevegelse
    - 10.4.6. Trening på bruk av rullestol
    - 10.4.7. Utprøving og tilpasning av hjelpemidler
  - 10.5. Opplæring i bruk av kognitive hjelpemidler
  - 10.6. Trening på nye aktiviteter
  - 10.7. Utvikling/tydeliggjøring av retningslinjer for personal
  - 10.8. Lik praksis/rutiner for personal
  - 10.9. Utvikling av dagsplan
  - 10.10. Tilrettelegging av bomiljø
  - 10.11. Utarbeidelse av rutiner for bruker
  - 10.12. Råd personalatferd
- 11. Veiledning**
  - 11.1. Veiledning til personal i bolig
  - 11.2. Veiledning til personal på skole
  - 11.3. Veiledning til pårørende
  - 11.4. Veiledning til pasient

- 11.5. Veiledning til pasient og personal i fellesskap
  - 11.5.1. Direkte veiledning
  - 11.5.2. Direkte arbeid med bruker for utprøving av tiltak
- 11.6. Tema for veiledning
  - 11.6.1. Mestring og selvstendighet
  - 11.6.2. Kommunikasjon/forutsetninger for kommunikasjon
  - 11.6.3. Tilrettelegging for medbestemmelse
  - 11.6.4. Diagnoser
  - 11.6.5. Samhandling med bruker
  - 11.6.6. Målrettet miljøarbeid
  - 11.6.7. Lik praksis
  - 11.6.8. Seksuelle overgrep
- 12. Opplæring/undervisning**
  - 12.1. Undervisning av personal i bolig
  - 12.2. Undervisning av personal i skole
  - 12.3. Tema for undervisning
    - 12.3.1. Etikk
    - 12.3.2. Holdninger
    - 12.3.3. Autisme
    - 12.3.4. Utviklingshemming
    - 12.3.5. Målrettet miljøarbeid
    - 12.3.6. Utfordrende atferd
    - 12.3.7. Lovverk
- 13. Videre henvisning**
  - 13.1. Psykisk helsevern
  - 13.2. Geriatri
  - 13.3. Nevrologi
  - 13.4. PPT
  - 13.5. Fastlege
- 14. Utredning av seksualkunnskap**
- 15. Informasjonsarbeid**
  - 15.1. Informasjon til pasient
    - 15.1.1. Helsekrav til førerkort
    - 15.1.2. Trygdeordninger
  - 15.2. Informasjon til personal i bolig
  - 15.3. Informasjon til lærere/rådgivere
- 16. Søknad om støttetiltak og tjenester**
  - 16.1. Søknad koordinator
  - 16.2. Søknad IP
  - 16.3. Igangsette ansvarsgruppe
- 17. Tiltak rettet mot arbeid**
  - 17.1. Etablere kontakt/samarbeid med NAV
  - 17.2. Arbeidsutprøving
- 18. Avklaring av bistandsbehov og tjenester**
  - 18.1. Råd og anbefaling om nytt boligtilbud
  - 18.2. Økte bemanningsressurser/endring av bemanningsressurser
  - 18.3. Færre bistandsyttere
  - 18.4. Rapport bistandsbehov (tilpasning og tilrettelegging)



- 18.5. Oppnevne støttekontakt
- 18.6. Vurdering av vergefunksjon
- 18.7. Endring av aktiviteter/aktivitetstilbud

**19. Etablere kontakt med samarbeidspartnere/instanser**

- 19.1. Sette pasienten i kontakt med kommunen
- 19.2. Etablere kontakt/samarbeid mellom ulike instanser/på tvers av arenaer
  - 19.2.1. Helsesøster
  - 19.2.2. Fastlege
  - 19.2.3. Psykisk helsevern
- 19.3. Oppfølgingsplan med ansvarsfordeling
- 19.4. Melding barnevern/møte barnevern
- 19.5. Etablere kontakt med politi (samtale)

**20. Ingen tiltak igangsatt**

## D. Komponentanalyser

For å unngå å oppsummere mange spørsmål som egentlig må antas å være mål på samme underliggende variabel ble det for spørreskjemaet til de ansatte gjennomført tre komponentanalyser (Principal Component Analysis). Hensikten med komponentanalysene var å redusere antall variabler i forbindelse med rapportering av resultatene. På bakgrunn av resultatene ble det laget åtte indekser.

### Vurdering av statistiske forutsetninger for å gjennomføre de tre komponentanalysene

Siden hensikten med komponentanalysen er å redusere antall variabler, og ikke å verifisere en underliggende struktur i datamaterialet, er kravene til analysens forutsetninger relaxert (Tabachnick og Fidell, 2013). En av variablene som ble gjenstand for komponentanalyse hadde syv manglende verdier («missing»), hvilket innebærer at antall informanter var minst 188 i alle komponentanalysene<sup>78</sup>. Det vurderes at N er tilstrekkelig for å gjennomføre analysene med tanke på hensikten som er å redusere antall variabler.

For alle variablene som inngår i komponentanalysen ligger verdiene for skjevhet («skewness») i intervallet -1,095 til 0,211 og for kurtose i intervallet -0,893 til 1,308. Dette, sammen med inspeksjon av P-P-plot, tyder på at det er rimelig å anta at variablene ikke avviker for mye fra normalfordelingen. Flere av variablene har en negativ skjevfordeling, men ingen har en positiv skjevfordeling av betydning.

Ingen utliggere som det ville være rimelig å fjerne ble identifisert ved inspeksjon av histogrammer for de variablene som ble gjenstand for komponentanalyse<sup>79</sup>. Ut fra inspeksjon av spredningsdiagrammer ble det ansett som rimelig å anta en lineær sammenheng mellom variablene som inngår i komponentanalysene.

Determinantene for analysene ligger i intervallet 0,033 - 0,211 hvilket tyder på at det ikke er problemer med multikolaritet eller singularitet. For alle tre komponentanalyser er Bartlett's test of sphericity signifikant ( $p < 0.000$ ) og Kaisers measure of sampling adequacy ligger for analysene i intervallet 0,687 til 0,752. Dette indikerer at matrisene er faktoriserbare.

Alle analyser ble gjennomført med varimax rotasjon.

Indeksene ble laget ved å summere råskårene for alle spørsmålene som inngår i en komponent, delt på antall spørsmål. Hensikten med å dele på antall spørsmål var å få indeksen til å ha samme skala som spørsmålene, dvs. fra 1 til 5.

### Komponentanalyse-1: Tverrfaglig samarbeid

De fem første påstandene i spørsmål 10 («Samarbeid med kollegaer») ble antatt å omhandle ulike aspekter ved tverrfaglig samarbeid. Resultatene av komponentanalysen viser at det er rimelig å lage en felles indeks, «Tverrfaglighet», basert på disse fem påstandene (se tabell D-1).

---

<sup>78</sup> Maksimalt antall informanter var 195.

<sup>79</sup> Det ble ikke gjennomført statistiske beregninger for å avdekke utliggere eller undersøkt om det forekommer multivariate utliggere.

Tabell D-1: Resultater fra komponentanalyse-1. Tabellen viser hvordan de fem første påstandene i spørsmål 10 lader på komponent-1, kommunalitet forbundet med de ulike påstandene, hvor stor andel av variansen i påstandene som forklares av komponenten og cronbachs alpha for indeksen som er basert på komponenten.

Komponent / Påstander som inngår i spørsmål 10	Komponent 1	Kommunalitet <sup>80</sup>
<b>Komponent-1: Tverrfaglighet (51,2 % forklart varians, alpha = 0,742)</b>		
1. Vi arbeider i team (minst to personer som samtidig deltar på møter, observasjoner, etc.)	,543	,295
2. Utredninger er flerfaglige (minst to personer med ulik fagbakgrunn har vurdert pasienten).	,716	,512
3. Vi har felles drøftingsmøte med alle involverte faggrupper før tilbakemelding til pasient/henvisende instans.	,648	,420
4. Jeg drøfter konklusjoner fra mine utredninger med minst en kollega før tilbakemelding til pasient/henvisende instans.	,822	,676
5. Jeg drøfter mine forslag til tiltak med minst en kollega før jeg anbefaler pasient/foreldre/kommune å iverksette dem.	,828	,685

Vi ser av tabell D-1 at kommunaliteten er lav for påstand nr. 1. Komponent-1 forklarer bare ca. 29,5 % av variasjonen i svarene på påstand nr. 1. Dette betyr at det er svært mange andre forhold som forklarer variasjonene på dette spørsmålet<sup>81</sup>. Generelt bør man forvente at en stor andel av variansen i spørsmål blir forklart av de komponentene som trekkes ut ved hjelp av komponentanalysen.

### Analyse-2: Støttesystemer

Spørsmål 15 («Støttesystemer») består av 13 påstander som omhandler ulike forhold som bidrar til å hjelpe fagpersonene til å utføre sitt faglige arbeid i tjenesten. Påstand nr. 11 ble fjernet fra analysen da den ikke ladet entydig på noen av faktorene. Resultatene fra analysen viser at det er rimelig å dele inn i fire komponenter (se tabell D-2).

Påstanden «Jeg får nødvendig veiledning» lader høyt på både komponent-1 og komponent-3. Dette er naturlig gitt innholdet i komponentene, men her ble det besluttet at påstanden tilhører komponent-1 da ladningen på denne faktoren var betydelig høyere.

Påstanden «Jeg har tilgang til det utstyret som er nødvendig for å gjøre jobben» lader på tre av de fire komponentene. Den lader høyest på komponent-2, men det blir vurdert at det gir mer mening å inkludere den i komponent-3 («Tilrettelagt arbeidsplass»). Det er problematisk med indikatorer (her påstander) som er «komplekse», dvs. lader høyt på flere komponenter. Ofte blir de ekskludert fra analysen, men her har prosjektgruppen valgt å ta den med.

<sup>80</sup> Kommunalitet har en verdi mellom 0 og 1 og angir hvor stor andel av variansen i det aktuelle spørsmålet som forklares av de komponentene som er trukket ut. I dette tilfellet er det bare en komponent.

<sup>81</sup> Det kan være at denne påstanden burde vært trukket ut av indeksen på grunn av at den lader relativt lavt på komponent-1 og omhandler forhold som kanskje i større grad påvirkes av andre forhold enn de andre påstandene som inngår i indeksen.

Tabell D-2: Resultater fra komponentanalyse-2. Tabellen viser hvordan 12 av påstandene i spørsmål 15 lader på fire ulike komponenter, kommunalitet forbundet med de ulike påstandene, hvor stor andel av variansen i påstandene som forklares av hver komponent og chronbachs alpha for indeksene som er basert på komponentene. Komponentladninger som er mindre enn 0.30 er fjernet.

Komponenter / Påstander som inngår i spørsmål 15	Komp. 1	Komp. 2	Komp. 3	Komp. 4	Kommunalitet
<b>Komponent-1: Muligheter for faglig arbeid (30,5 % forklart varians, alph= 0,680)</b>					
Jeg har tid til å lese faglitteratur innenfor vanlig arbeidstid.	,746				,582
Jeg har mulighet til å diskutere faglige problemstillinger med kollegaer i arbeidstiden.	,729				,540
Jeg har tilstrekkelig tid til å løse arbeidsoppgavene slik jeg vurderer er til beste for pasienten.	,709				,575
Jeg får nødvendig veiledning.	,618		,359		,526
<b>Komponent-2: Elektroniske tidsskrift (14,5 % forklart varians, alph= 0,850)</b>					
Jeg har god tilgang til relevante elektroniske tidsskrift og databaser.		,911			,875
Jeg kan søke etter litteratur i elektroniske databaser.		,883			,810
<b>Komponent-3: Tilrettelagt arbeidsplass (10,2 % forklart varians, alph= 0,704 )</b>					
Jeg får delta på kurs og konferanser som er nødvendige for å opprettholde min kompetanse.			,648		,484
Jeg har tilgang på nødvendige møterom.			,816		,682
Jeg har en godt tilrettelagt arbeidsplass.			,708		,599
Jeg har tilgang til det utstyret som er nødvendig for å gjøre jobben.		,525	,455	,312	,593
<b>Komponent-4: IKT-systemer (9,7 % forklart varians, alph= 0,692)</b>					
Jeg får raskt hjelp når IKT-systemer ikke fungerer.				,853	,758
Våre IKT-systemer er godt tilpasset arbeidsoppgavene.				,852	,763

### Analyse-3: Kunnskapsbasert praksis

Spørsmål 17 («Spørsmål om praksis») består av 8 påstander som er antatt å omhandle ulike aspekter av det å ha en kunnskapsbasert praksis. Som tabell D-3 viser delte komponentanalysen påstandene inn i tre tydelig komponenter, selv om to av komponentene kun har to indikatorer (påstander). I utgangspunktet hadde det vært ønskelig med en komponent som omfattet alle påstandene, da komponenter bør være basert på minst 5-6 indikatorer (her påstander) for å sikre en mer stabil struktur. Her er imidlertid hensikten å forenkle presentasjonen av data ved å redusere antall variabler.

Tabell D-3: Resultater fra komponentanalyse-. Tabellen viser hvordan de åtte påstandene som inngår i spørsmål 17 lader på tre ulike komponenter, kommunalitet forbundet med de ulike påstandene, hvor stor andel av variansen i påstandene som forklares av hver komponent og chronbachs alpha for indeksene som er basert på komponentene. Komponentladninger som er mindre enn 0.30 er fjernet.

Komponenter / Påstander som inngår i spørsmål 17	Komp. 1	Komp. 2	Komp. 3	Kommunalitet
<b>Komponent-1: Dele erfaringer</b> (42,6 % forklart varians, $\alpha = 0,864$ )				
1. Jeg deler mine erfaringer med kollegaer.		,909		,877
2. Jeg diskuterer resultater av behandling/ tiltak med kollegaer.		,915		,870
<b>Komponent-2: Oppdatert praksis</b> (17,3 % forklart varians, $\alpha = 0,662$ ).				
1. Jeg holder meg oppdatert på de siste anbefalte utrednings og behandlingsmetoder for de problemstillingene jeg arbeider med.			,825	,743
2. Jeg bruker kunnskapsbaserte retningslinjer/anbefalte faglige standarder i mitt arbeid med pasienter.			,853	,771
<b>Komponent-3: Måling og registrering</b> (14,0 % forklart varians, $\alpha = 0,818$ ).				
1. Jeg har kunnskap om hvordan jeg kan måle effekten av de behandling/tiltak/intervensjoner jeg iverksetter.	,687			,540
2. Jeg sørger for at det gjøres registreringer/målinger før helsehjelp iverksettes (baseline).	,858			,755
3. Jeg evaluerer effekt av helsehjelp ved å benytte innsamlede data.	,904			,823
4. Jeg definerer tydelige mål for helsehjelpen som skal iverksettes.	,647			,540

## E. Spørreskjema for ledere

På neste side finner du spørreskjemaet som ble sendt ut til alle lederne av tjenestene.

Spørreskjemaet ser litt annerledes ut da det ble konvertert fra .pdf format for å legge det inn i denne rapporten.



# Nasjonal kartlegging av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten

Spørreskjema for ledere

# Kom i gang med spørreskjemaet!

Spørreskjemaet består av seks områder som til sammen gir en utfyllende beskrivelse av tjenestene. Målet er å gi en beskrivelse av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten i Norge. Prosjektgruppen er opptatt av at det er fagpersonene i tjenestene som best klarer å beskrive tjenestene, inkludert egne arbeidsoppgaver og utfordringer. Resultatene vil bli brukt til forskning, fagutvikling og forbedringsarbeid innenfor tjenestene.

## Guide til utfylling av spørreskjemaet

Det tar omtrent 60 minutter å fylle ut skjemaet. De fleste spørsmålene besvares med fritekst. Skriv svarene direkte inn i skjemaet og lagre på maskinen. Merk at du på enkelte datamaskiner ikke kan lagre det utfylte skjemaet på grunn av sykehusets sikkerhetssystem. Skriv derfor ut en papirkopi som en sikkerhet før du lukker filen eller om du tar en pause i arbeidet.

Ferdig utfylt skjema kan sendes inn på tre måter:

1. Filen sendes som vedlegg til e-post til *habilitering2015@whylab.se*.  
NB! Husk å sjekke at svarene er i skjemaet før det sendes!
2. Papirkopien av skjemaet scannes og sendes som vedlegg til e-post til *habilitering2015@whylab.se*.
3. Papirkopien av skjemaet sendes per post til:  
Nils-Øivind Offernes, Oslo universitetssykehus, Avdeling for nevrohabilitering  
Postboks 4950, Nydalen  
0424 OSLO

NB! For habiliteringstjenester som yter tjenester til både barn og voksne er det ønskelig at man i spørreskjemaet kun beskriver den delen av tjenesten som regnes som voksenhabilitering.

## Resultater og lagring av data

Spørreskjemaene behandles konfidensielt. Ledelse og ansatte ved de ulike avdelingene får ikke tilgang til enkeltbesvarelser, men vil få tilgang til en oppsummering av resultatene for egen og andre tjenester. Resultatene fra undersøkelsen formidles tilbake til voksenhabiliteringstjenestene og Helsedirektoratet, samt publiseres eventuelt i fagtidsskrift.

E-postadressen som skjemaene sendes til administreres av en ekstern part som ser til at det ikke er mulig å gjenopprette koblingen mellom et skjema og dets avsender. Skjemaene samles og oversendes prosjektleder som deler resultatene med resten av prosjektgruppen.

Resultatene fra undersøkelsen lagres slik at de kan benyttes i forbindelse med forskning og fagutvikling innenfor tjenestene.

**Takk for at du setter av tid til undersøkelsen!** Din prioritering gjør at vi sammen legger grunnlaget for en nødvendig utvikling og styrking av tjenestene.



# Del 1 av 6: Pasienter

*Denne delen av skjemaet er ment å gi en beskrivelse av omfanget av henvisninger, spesielle ansvarsområder og spesialkompetanse.*

## 1. Henvisninger

A Antall mottatte henvisninger i 2014

B Antall henviste personer tatt inn i 2014

C Antall avviste henvisninger i 2014

## 2. Ventetid

A Gjennomsnittlig ventetid (antall dager) per 01.07.15

B Antall pasienter på venteliste per 01.07.15

Gi en kort beskrivelse av hvordan din tjeneste beregner antall pasienter på venteliste.

## 3. Fristbrudd

Antall fristbrudd i 2014

Dersom dere har fristbrudd – hva er årsaken til fristbruddene?

## 4. Aktivitet

Totalt antall konsultasjoner i 2014

Gi en kort beskrivelse av hvordan din tjeneste definerer og teller konsultasjoner.

## 5. Særskilte ansvarsområder

- A Er det andre hoveddiagnoser enn psykisk utviklingshemming som tjenesten har et særskilt ansvar for innenfor opptaksområdet? Ja      Nei

Om ja, hvilke:

- B Er det andre enheter i spesialisthelsetjenesten innenfor opptaksområdet som har et særskilt ansvar for habilitering knyttet til noen av tilstandsgruppene i prioriteringsveilederen for voksenhabilitering? Ja      Nei

Om ja, hvilke:

## 6. Spesialkompetanse

- A Beskriv inntil 4 områder hvor tjenesten har spesialkompetanse innenfor pasientrettede oppgaver.

1

2

3

4

## 7. Arbeidsflyt

- A Hvor opplever avdelingen kapasitetsproblemer? Gi en kort beskrivelse.

- B Hvilke andre faktorer hindrer effektiv flyt i arbeidet? Gi en kort beskrivelse, ta med både interne og eksterne «flaskehals».

## Del 2 av 6: Organisasjon og ledelse

Denne delen av skjemaet fokuserer på ledelse, antall årsverk, lokalisering, organisering og personell.

### 8. Fordeling mellom kliniske og administrative oppgaver for leder

Med leder siktes det til den personen som har det daglige ansvaret for å lede det kliniske arbeidet innenfor habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Prosent av stillingen som benyttes til administrative oppgaver

Prosent av stillingen som benyttes til kliniske oppgaver

Har du som leder av voksenhabiliteringstjenesten også ansvar for flere avdelinger/seksjoner?

Ja

Nei

Angi hvilke avdelinger/seksjoner du har ansvar for:

### 9. Lederens profesjonelle bakgrunn

Profesjon:

Utdanning (høyeste):

Eventuell godkjent spesialitet:

Antall år arbeidet i voksenhabiliteringstjenesten:

### 10. Antall årsverk i virksomheten

Fagstillinger

Merkantile stillinger (eksempelvis sekretærer, administrative ledere, etc.)

### 11. Virksomhetens organisatoriske tilknytning i spesialisthelsetjenesten

Psykisk helsevern

Somatikk/Medisinsk

Rehabilitering/Fysikalsk medisin

Barneavdeling

Annet:

## 12. Samlokalisering

Er barnehabiliteringen og voksenhabiliteringen samlokalisert?	Ja	Nei
Er tjenesten (barn/voksen) sammenslått til en felles habiliteringstjeneste?	Ja	Nei

Kommentar:

## 13. Fysisk lokalisering

På sykehusområdet

Utenfor sykehusområdet

Samlokalisert med annen spesialisthelsetjeneste utenfor sykehusområdet.

Hvilke tjenester:

Spredt lokalisering (hovedenhet med satellitter). Beskriv:

Hvilke fordeler/ulemper har avdelingens fysiske lokalisering?

## 14. Intern organisering

*Dersom tjenesten har etablert interne enheter eller en intern funksjonsfordeling er det ønskelig at dette beskrives nedenfor. For eksempel om man har etablert poliklinikk eller egne utredningsteam, demensteam, fagteam, geografiske team, diagnosespesifikke team eller ambulante miljøterapeutiske team.*

Intern enhet/funksjonsfordeling:

Beskrivelse av ansvar/funksjon:

Intern enhet/funksjonsfordeling:

Beskrivelse av ansvar/funksjon:

Intern enhet/funksjonsfordeling:

Beskrivelse av ansvar/funksjon:

## 15. Arbeidstidsordning

*Angi alle aktuelle arbeidstidsordninger og hvilke grupper av ansatte som omfattes.  
En ansattgruppe kan inngå i flere arbeidstidsordninger.*

Dagarbeidere (fast arbeidstid)

Grupper som omfattes:

Dagarbeider (fleksitid – dag/kveld)

Grupper som omfattes:

Turnus (dag og kveld)

Grupper som omfattes:

Døgnavdeling med turnus

Grupper som omfattes:

Annet:

Grupper som omfattes:

## 16. Opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne fagpersoner

Avdelingen...	I svært liten grad	I svært stor grad
...benytter årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner for egne ansatte		
...gir økonomisk støtte til etter- og videreutdanning, for eksempel permisjon med lønn.		
...tilbyr alle ansatte å delta på eksterne kurs, seminarer eller konferanser i løpet av en periode på 24 måneder.		
...legger til rette for at fagpersoner uten spesialitet skal videreutdanne seg til spesialister.		
...betaler kostnader ved kurs, reise og opphold i forbindelse med ansattes spesialisering.		

Antall timer fast internundervisning ved avdelingen per måned:

## 17. Personell

*Nedenfor bes det om en beskrivelse av de ulike yrkesgrupper som er ansatt ved avdelingen, samt informasjon om klinisk spesialisering og forskningskompetanse.*

### **Lege**

A Antall årsverk for lege besatt per dags dato

B Antall årsverk for lege vakant per dags dato

C Antall leger med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

D Antall leger med doktorgrad

### **Psykologer**

A Antall årsverk for psykolog besatt per dags dato

B Antall årsverk for psykolog vakant per dags dato

C Antall psykologer med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

D Antall psykologer med doktorgrad

### **Vernepleier**

A Antall årsverk for vernepleier besatt per dags dato

B Antall vernepleiere med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall vernepleiere med doktorgrad

D Antall vernepleiere med mastergrad

**Barnevernspedagog**

A Antall årsverk for barnevernspedagoger besatt per dags dato

B Antall barnevernspedagoger med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall barnevernspedagoger med doktorgrad

D Antall barnevernspedagoger med mastergrad

**Pedagog**

A Antall årsverk for pedagoger besatt per dags dato

B Antall pedagoger med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall pedagoger med doktorgrad

D Antall pedagoger med mastergrad

**Fysioterapeuter**

A Antall årsverk for fysioterapeuter besatt per dags dato

B Antall fysioterapeuter med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall fysioterapeuter med doktorgrad

D Antall fysioterapeuter med mastergrad



**Sosionom**

A Antall årsverk for sosionomer besatt per dags dato

B Antall sosionomer med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall sosionomer med doktorgrad

D Antall sosionomer med mastergrad

**Sykepleier**

A Antall årsverk for sykepleiere besatt per dags dato

B Antall sykepleiere med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall sykepleiere med doktorgrad

D Antall sykepleiere med mastergrad

**Ergoterpaut**

A Antall årsverk for ergoterapeuter besatt per dags dato

B Antall ergoterapeuter med spesialisering

Hvilke spesialiseringer:

C Antall ergoterapeuter med doktorgrad

D Antall ergoterapeuter med mastergrad

**Andre yrkesgrupper ansatt ved voksenhabiliteringen**

A Antall årsverk for annet helsepersonell besatt per dags dato

B Antall annet helsepersonell med doktorgrad

C Antall annet helsepersonell med mastergrad

18. Hvordan innhenter tjenesten kompetanse som tjenesten opplever at den mangler?

## Del 3 av 6: Samarbeidsformer

Denne delen av skjemaet ber om en beskrivelse av avdelingen sitt samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste, andre tjenester, kommune og pårørende.

### 19. Samarbeider avdelingen med andre deler av spesialisthelsetjenesten på systemnivå?

Oppgi hvilke tjenester avdelingen har samarbeid med og gi en kort beskrivelse av typen samarbeid. Samarbeidet kan være lokalt, regionalt eller nasjonalt – men skal være uavhengig av konkrete pasientsaker.

A Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

B Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

C Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

## 20. Samarbeider avdelingen med andre tjenester på systemnivå?

*Eksempelvis ulike kompetansesentre, private institusjoner, NAV og lignende.*

A Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

B Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

C Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

Frekvens

Ukentlig      Månedlig      Halvårlig      Årlig

## 21. Har avdelingen regelmessig samarbeid med kommune/bydeler (uavhengig av konkrete pasientsaker)?

*For eksempel samarbeid om generell opplæring eller kurs for tjenesteytere.*

A Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

B Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

C Tjenestenavn

Type av samarbeid eller aktuelle problemstillinger (uavhengig av konkrete pasientsaker)

## 22. Er det utarbeidet områdeplan for voksenhabilitering i tjenestens opptaksområde?

Ja – legg i så fall ved kopi av avtalen      Nei

## 23. Benyttes samarbeidsavtaler mellom bydel/kommune og habiliteringstjeneste knyttet til arbeid overfor enkeltpasienter?

*Det er mulig å krysse av for flere forhold.*

Ja, i alle saker.

Ja, i noen saker.

Ja, i saker som krever tett oppfølging og samarbeid over tid mellom kommune og voksenhabiliteringstjeneste.

Ja, i saker relatert til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kap. 9.

Nei, formelle samarbeidsavtaler benyttes ikke.

Annet:

## 24. Hvilke typer samarbeid har avdelingen etablert med pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner?

A Type av samarbeid

Kort beskrivelse av dette samarbeidet (uavhengig av konkrete pasientsaker)

B Type av samarbeid

Kort beskrivelse av dette samarbeidet (uavhengig av konkrete pasientsaker)

C Type av samarbeid

Kort beskrivelse av dette samarbeidet (uavhengig av konkrete pasientsaker)

## Del 4 av 6: Resultatrapportering og kvalitetssikring

*Denne delen av skjemaet ber om en beskrivelse av avdelingens resultatrapportering, samt hvordan avdelingen arbeider med å sikre/bedre kvaliteten på egne tjenester.*

### 25. Systematisk forbedringsarbeid

Benytter avdelingen definerte kliniske prosedyrer eller arbeidsprosesser? Ja      Nei

Hvis ja, angi hvilke prosedyrer/kliniske arbeidsprosesser:

Hva gjør avdelingen for å evaluere resultater av egen pasientbehandling?

### 26. Tilbakemeldinger fra brukere

Er det gjennomført brukerundersøkelse i løpet av siste 2 år? Ja      Nei

Hvilke metoder benytter avdelingen/enheten for å samle inn tilbakemeldinger fra brukere?

### 27. Hvilke forhold må avdelingen rapportere til overordnet ledelse med tanke på å evaluere avdelingens prestasjoner?

Gi en kort beskrivelse:

## Del 5 av 6: Forskning og utvikling

*Denne delen av skjemaet ber om en beskrivelse av avdelingens deltakelse i opplæring av helsepersonell, samt vitenskapelig kvalifisering av egne ansatte.*

### 28. Undervisning og opplæring av studenter og helsepersonell

Angi antall praksisplasser i tjenesten per år for:

A Leger

B Psykologer

C Vernepleiere

D Andre 3-årige helsefagutdanninger

E Antall helsepersonell som har hospitert ved avdelingen i 2014

F Annet:

### 29. Har avdelingen etablert samarbeidsavtaler med universitet eller høyskole om praksisplasser og/eller veiledning for studenter?

A Samarbeidspartner

Kort beskrivelse av samarbeidsavtalen

B Samarbeidspartner

Kort beskrivelse av samarbeidsavtalen

C Samarbeidspartner

Kort beskrivelse av samarbeidsavtalen



### 30. Vitenskapelig kvalifisering

- A Antall ansatte som er i gang med studier til mastergrad
- B Antall ansatte som har avlagt mastergrad mens de har vært ansatt ved avdelingen
- C Antall phd-stipendiater som er ansatt ved avdelingen i 2015
- D Antall doktorgrader avlagt av ansatte ved avdelingen

### 31. Hvilke ressurser er avsatt til fagutvikling og forskning i perioden 2015-2016?

*Oppgi ressurs og gi en kort beskrivelse. For eksempel: Tid avsatt til fagutvikling- og forskning:  
To ansatte har fått 20% av arbeidstiden avsatt til å gjennomføre fagutviklings- eller forskningsarbeid.*

A Ressurs

Kort beskrivelse

B Ressurs

Kort beskrivelse

C Ressurs

Kort beskrivelse

## Del 6 av 6: Evaluering av egen tjeneste

### 32. Kompetanse

- A På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har best kompetanse?
- B På hvilke områder vurderer du at denne tjenesten har størst behov for å tilegne seg mer kompetanse?
- C Nevn områder hvor kommunene har gitt uttrykk for at de savner kompetanse/tjenester hos voksenhabiliteringen?

### 33. Voksenhabiliteringstjenestens utfordringer

- A Hva vurderer du er tjenestens største utfordringer/svakheter?  
*For eksempel økonomi, administrasjon, geografisk område, faglige utfordringer, etc.*
- B Hva tror du vil være de største utfordringene for fagfeltet voksenhabilitering i årene fremover?

Ferdig! Tusen takk for hjelpen!

## F. Spørreskjema for fagpersoner

På neste side finner du spørreskjemaet som ble sendt til alle fagpersoner i tjenestene.



# Nasjonal kartlegging av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten

Spørreskjema

# Kom i gang med spørreskjemaet!

Spørreskjemaet består av seks områder som til sammen gir en utfyllende beskrivelse av tjenestene. Målet er å gi en beskrivelse av voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten i Norge. Prosjektgruppen er opptatt av at det er fagpersonene i tjenestene som best klarer å beskrive tjenestene, inkludert egne arbeidsoppgaver og utfordringer. Resultatene vil bli brukt til forskning, fagutvikling og forbedringsarbeid innenfor tjenestene.

## Guide til utfylling av spørreskjemaet

Det tar omtrent 60 minutter å fylle ut skjemaet. De fleste spørsmålene besvares med fritekst. Skriv svarene direkte inn i skjemaet og lagre på maskinen. Merk at du på enkelte datamaskiner ikke kan lagre det utfylte skjemaet på grunn av sykehusets sikkerhetssystem. Skriv derfor ut en papirkopi som en sikkerhet før du lukker filen eller om du tar en pause i arbeidet.

Ferdig utfylt skjema kan sendes inn på tre måter:

1. Filen sendes som vedlegg til e-post til *habilitering2015@whylab.se*.  
NB! Husk å sjekke at svarene er i skjemaet før det sendes!
2. Papirkopien av skjemaet scannes og sendes som vedlegg til e-post til *habilitering2015@whylab.se*.
3. Papirkopien av skjemaet sendes per post til:  
Nils-Øivind Offernes, Oslo universitetssykehus, Avdeling for nevrohabilitering  
Postboks 4950, Nydalen  
0424 OSLO

NB! For habiliteringstjenester som yter tjenester til både barn og voksne er det ønskelig at man i spørreskjemaet kun beskriver den delen av tjenesten som regnes som voksenhabilitering.

## Resultater og lagring av data

Spørreskjemaene behandles konfidensielt. Ledelse og ansatte ved de ulike avdelingene får ikke tilgang til enkeltbesvarelser, men vil få tilgang til en oppsummering av resultatene for egen og andre tjenester. Resultatene fra undersøkelsen formidles tilbake til voksenhabiliteringstjenestene og Helsedirektoratet, samt publiseres eventuelt i fagtidsskrift.

E-postadressen som skjemaene sendes til administreres av en ekstern part som ser til at det ikke er mulig å gjenopprette koblingen mellom et skjema og dets avsender. Skjemaene samles og oversendes prosjektleder som deler resultatene med resten av prosjektgruppen.

Resultatene fra undersøkelsen lagres slik at de kan benyttes i forbindelse med forskning og fagutvikling innenfor tjenestene.

**Takk for at du setter av tid til undersøkelsen!** Din prioritering gjør at vi sammen legger grunnlaget for en nødvendig utvikling og styrking av tjenestene.

# Bakgrunnsinformasjon

## 1. Informasjon om informanten

Kvinne            Mann            Alder

Profesjon

Utdanning (høyeste)

Eventuell godkjent spesialitet

Antall år arbeidet i voksenhabiliteringstjenesten

Stillingsbrøk i habiliteringstjenesten

Type stilling

# Pasientbehandling

## 2. Hvor mange av dine siste 10 registrerte kontakter var:

*Med kontakter siktes det til arbeid i henviste pasientsaker som medfører journalplikt.*

Telefonkontakter

Intern drøfting i team

Direkte pasientkontakt – Poliklinisk

Direkte pasientkontakt – Ambulant

Direkte pasientkontakt – Videokonferanse

Møte med hjelpeapparat/pårørende uten pasient – poliklinisk

Møte med hjelpeapparat/pårørende uten pasient – ambulant

Møte med hjelpeapparat/pårørende uten pasient – videokonferanse

Annet:

### 3. Arbeid i saker

Ta utgangspunkt i dine siste 4 konsultasjoner. Hvilke aktiviteter gjennomførte du i disse konsultasjonene? I tabellen nedenfor er det en kolonne for hver konsultasjon. Kryss av for de aktivitetene du gjennomførte i forbindelse med hver enkelt konsultasjon. I eksempelet (kolonne E) ser du at det i denne konsultasjonen ble gjennomført observasjon av pasient, funksjonell analyse av utfordrende atferd, samt direkte veiledning av tjenesteyter i samhandling med pasienten.

	Aktivitet	Konsultasjon 1-4				E
		1	2	3	4	
A	Samtale med pasient med fokus på utredning og diagnostisering.					<input type="checkbox"/>
B	Samtale med pårørende/-tjenesteytere med fokus på utredning og diagnostisering.					<input type="checkbox"/>
C	Medisinsk behandling og oppfølging					<input type="checkbox"/>
D	Observasjon av pasient i sitt naturlige miljø					<input checked="" type="checkbox"/>
E	Psykologisk testing					<input type="checkbox"/>
F	Funksjonell analyse av utfordrende atferd					<input checked="" type="checkbox"/>
G	Psykoterapi (CBT, psykodynamisk, m.fl.)					<input type="checkbox"/>
H	Støttesamtale					<input type="checkbox"/>
I	Rådgivning og veiledning til tjenesteytere					<input type="checkbox"/>
J	Rådgivning og veiledning til pårørende					<input type="checkbox"/>
K	Deltakelse på ansvarsgruppe					<input type="checkbox"/>
L	Møte for å utarbeide eller evaluere individuell plan					<input type="checkbox"/>
M	Direkte veiledning av tjenesteyter i samhandling med pasienten.					<input checked="" type="checkbox"/>
N	Direkte trening og oppøving av funksjoner hos pasient som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning					<input type="checkbox"/>
O	Veiledning knyttet til vedtak etter HOL, kap. 9.					<input type="checkbox"/>
P	Gruppebehandling					<input type="checkbox"/>
Q	Individuell undervisning av pasient					<input type="checkbox"/>
R	Individuell undervisning av pårørende					<input type="checkbox"/>
S	Gruppeundervisning av pasienter					<input type="checkbox"/>
T	Gruppeundervisning av pårørende					<input type="checkbox"/>
U	Undervisning av tjenesteytere					<input type="checkbox"/>
V	Møte med boligleder/-tjenesteansvarlig					<input type="checkbox"/>
W	Møte med kommune/-bydelsadministrasjon					<input type="checkbox"/>
X	Møte med annen offentlig instans					<input type="checkbox"/>
Y	Annet:					<input type="checkbox"/>
Z	Hvor mange personer fra habiliteringstjenesten deltok i konsultasjonen (inkludert deg)					<input type="text"/>



## 4. Antall pasientsaker

A Hvor mange pasienter er du per dags dato involvert i arbeidet overfor?

Under 10      11-20      21-30      31-40      41-50      51-70      71-100      100+

B Hvor mange pasienter har du per dags dato hovedansvar for?

Under 10      11-20      21-30      31-40      41-50      51-70      71-100      100+

## 5. Henviste problemstillinger

Når du ser tilbake på de 5 siste pasientene (ulike pasienter) du har vært involvert i. Hvilke hovedproblemstillinger har du arbeidet med overfor disse pasientene?

*Hvis det er de samme problemene med alle pasientene skriver man dette. Eksempler på problemstillinger kan være: utredning av bistandsbehov, psykoedukasjon i forhold til egen diagnose, flytting hjemmefra til bolig i bydel og utredning og behandling av psykisk lidelse/selvskading/ utfordrende atferd.*

A

B

C

D

E

## 6. Pasientforløp

Velg *opptil* tre typiske pasienter du har arbeidet med siste år. Forsøk å velge pasientene slik at du får vist variasjonen i de problemstillingene du arbeider med. For hver pasient svarer du på spørsmålene a) til h).

### Pasient 1

A Hvilke hovedproblemstillinger har du/avdelingen arbeidet med overfor denne pasienten?

B Hvilke utredninger/kartleggingsarbeid har du/avdelingen igangsatt?

C Hvilke råd eller anbefalinger ble gitt i etterkant av utredning/kartlegging?

D Hvilke tiltak/intervensjoner ble igangsatt?

E Hvordan er brukermedvirkning/samarbeid med pasienten gjennomført?

F Hvordan er eventuelt samarbeid med pårørende/verge gjennomført?

G Beskriv eventuelt internt samarbeid

H Hvilke instanser har du/avdelingen samarbeidet med i arbeidet overfor denne pasienten?

**Pasient 2**

A Hvilke hovedproblemstillinger har du/avdelingen arbeidet med overfor denne pasienten?

B Hvilke utredninger/kartleggingsarbeid har du/avdelingen igangsatt?

C Hvilke råd eller anbefalinger ble gitt i etterkant av utredning/kartlegging?

D Hvilke tiltak/intervensjoner ble igangsatt?

E Hvordan er brukermedvirkning/samarbeid med pasienten gjennomført?

F Hvordan er eventuelt samarbeid med pårørende/verge gjennomført?

G Beskriv eventuelt internt samarbeid

H Hvilke instanser har du/avdelingen samarbeidet med i arbeidet overfor denne pasienten?

**Pasient 3**

A Hvilke hovedproblemstillinger har du/avdelingen arbeidet med overfor denne pasienten?

B Hvilke utredninger/kartleggingsarbeid har du/avdelingen igangsatt?

C Hvilke råd eller anbefalinger ble gitt i etterkant av utredning/kartlegging?

D Hvilke tiltak/intervensjoner ble igangsatt?

E Hvordan er brukermedvirkning/samarbeid med pasienten gjennomført?

F Hvordan er eventuelt samarbeid med pårørende/verge gjennomført?

G Beskriv eventuelt internt samarbeid

H Hvilke instanser har du/avdelingen samarbeidet med i arbeidet overfor denne pasienten?

## 7. Hvilke metoder anvender du for å måle effekten av behandling som du igangsetter?

Beskriv kort metodene:

## 8. Veiledning på organisatoriske forhold ved bolig- og dagsentertilbud

Nedenfor er det listet opp en rekke forhold som angår organisering av bolig- og dagsentertilbud til personer med utviklingshemming. Ta stilling til hvert forhold og indiker i hvilken grad du gir veiledning til kommunen/bydelen på dette temaet.

Jeg veileder kommunen/bydelen i forhold til...	Aldri	I svært liten grad	I svært stor grad
... system for opplæring av personal			
... system for veiledning av personal			
... system for fagadministrasjon			
... samarbeid i personalgruppen			
... møtestruktur			
... internkontroll			
... ledelse			
... turnus			
... rekruttering			

## 9. Veiledning til kommunene

Bør habiliteringstjenesten for voksne veilede kommunene i forhold til organisatoriske forhold rundt tjenestetilbud til personer med utviklingshemming?

Ja

Nei

Begrunn svaret:

# Samarbeid

## 10. Samarbeid med kollegaer

Nedenfor er det listet opp en rekke påstander med relevans for egen praksis. Ta stilling til hver påstand og indiker i hvilken grad denne påstanden stemmer med din egen daglige praksis i arbeidet med pasienter.

Forhold	I svært liten grad	I svært stor grad
Vi arbeider i team (minst to personer som samtidig deltar på møter, observasjoner, etc.)		
Utredninger er flerfaglige (minst to personer med ulik fagbakgrunn har vurdert pasienten).		
Vi har felles drøftingsmøte med alle involverte faggrupper før tilbakemelding til pasient/henvisende instans.		
Jeg drøfter konklusjoner fra mine utredninger med minst en kollega før tilbakemelding til pasient/henvisende instans.		
Jeg drøfter mine forslag til tiltak med minst en kollega før jeg anbefaler pasient/foreldre/kommune å iverksette dem.		
Jeg samarbeider med leger.		
Jeg samarbeider med psykolog.		
Jeg samarbeider med vernepleier.		
Jeg samarbeider med spesialpedagog.		
Jeg står relativt fritt til å bestemme hvordan arbeidet med den enkelte pasient skal løses.		
Jeg bestemmer selv hvilke saker jeg får ansvar for.		
Mine meninger og ønsker blir tatt hensyn til når saker blir fordelt til meg.		
Det blir tatt hensyn til de ansattes spesialkompetanse og interesse ved fordeling av pasientsaker.		

## 11. Arbeidsbelastning

Ta utgangspunkt i din opplevelse av total arbeidsmengde når du svarer på påstandene nedenfor. Vi ønsker at du skal gjøre en generell vurdering ut fra samlet arbeidsmengde.

Forhold	I svært liten grad	I svært stor grad
Hvor stor grad av mestring opplever du i forhold til gjennomføring av arbeidsoppgavene?		
I hvilken grad opplever du å ha den kompetansen som kreves for å løse arbeidsoppgavene?		
I hvilken grad opplever du store samarbeidsutfordringer som en del av jobben?		
I hvilken grad blir du utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter.		
I hvilken grad observerer du fysiske angrep eller truende atferd rettet mot andre.		
I hvilken grad veileder du personer som er utsatt for fysiske angrep eller truende atferd fra pasienter.		
I hvilken grad benytter du tolk i arbeidet med utredning, behandling og oppfølging av pasienter?		
Annet:		
Annet:		

12. Gi eksempler på samarbeid med kommunen som du har erfart bidrar til gode tjenester for pasientene?

*Med kommunen siktes det her til alle kommunale tjenesteytere, fra tjenesteytere som følger pasient til avdelingen, til øverste leder i kommunen.*

13. Hvilke utfordringer opplever du i samarbeidet med kommunen?

*Med kommunen siktes det her til alle kommunale tjenesteytere, fra tjenesteytere som følger pasient til avdelingen, til øverste leder i kommunen.*

14. Hvilke utfordringer tror du kommunen opplever i samarbeid med voksenhabiliteringstjenesten?



# Organisering

## 15. Støttesystemer

Nedenfor er det listet opp en rekke påstander med relevans for egen praksis. Ta stilling til hver påstand og indiker i hvilken grad du vurderer at denne påstanden stemmer.

Forhold	I svært liten grad	I svært stor grad
Jeg har tid til å lese faglitteratur innenfor vanlig arbeidstid.		
Jeg har mulighet til å diskutere faglige problemstillinger med kollegaer i arbeidstiden.		
Jeg har tilstrekkelig tid til å løse arbeidsoppgavene slik jeg vurderer er til beste for pasienten.		
Jeg får delta på kurs og konferanser som er nødvendige for å opprettholde min kompetanse.		
Jeg får nødvendig veiledning.		
Jeg har tilgang på nødvendige møterom.		
Jeg har en godt tilrettelagt arbeidsplass.		
Jeg har god tilgang til relevante elektroniske tidsskrift og databaser.		
Jeg kan søke etter litteratur i elektroniske databaser.		
Jeg har tilgang til det utstyret som er nødvendig for å gjøre jobben.		
Jeg rapporterer ved faste intervall på status og resultater i de pasientsakene hvor jeg har hovedansvaret.		
Jeg får raskt hjelp når IKT-systemer ikke fungerer.		
Våre IKT-systemer er godt tilpasset arbeidsoppgavene.		

## 16. Reisevirksomhet

### A Estimering av reisetid.

- *Summer reisetid for de siste fem konsultasjoner, telefonkonsultasjoner ikke medregnet.*
- *Om pasient, pårørende, møtedeltakere osv. kommer til avdelingen er reisetid = 0 timer.*
- *Dersom man planlegger reisen slik at man kjører innom flere tjenestesteder beregnes den reisetiden som benyttes.*

Samlet reisetid (t/r) for dine siste fem konsultasjoner.

### B Er dette representativt for din reisevirksomhet i forbindelse med konsultasjoner?

Ja

Nei

Hvis nei, gi en kort forklaring:

### C Hvor mange netter har du måttet overnatte på hotell eller lignende i forbindelse med gjennomføring av konsultasjoner august-september 2015?

### D Er dette representativt for hvor ofte du overnatter i forbindelse med konsultasjoner?

Ja

Nei

Hvis nei, gi en kort forklaring:

### E Benytter dere områdehabilitering?

Ja

Nei

*Med områdehabilitering menes at tjenesten oppretter en lokal poliklinikk for noen dager, eller samler opp og gjennomfører møter/besøk i et område over noen dager.*

# Kunnskapsbasert praksis

## 17. Spørsmål om praksis

Nedenfor er det listet opp en rekke påstander med relevans for egen praksis. Ta stilling til hver påstand og indiker i hvilken grad denne påstanden stemmer med din egen daglige praksis i arbeidet

Forhold	I svært liten grad	I svært stor grad
Jeg deler mine erfaringer med kollegaer.		
Jeg diskuterer resultater av behandling/ tiltak med kollegaer.		
Jeg holder meg oppdatert på de siste anbefalte utrednings- og behandlingsmetoder for de problemstillingene jeg arbeider med.		
Jeg bruker kunnskapsbaserte retningslinjer/ anbefalte faglige standarder i mitt arbeid med pasienter.		
Jeg har kunnskap om hvordan jeg kan måle effekten av de behandlinger/tiltak/ intervensjoner jeg iverksetter.		
Jeg sørger for at det gjøres registreringer/ målinger før helsehjelp iverksettes (baseline).		
Jeg evaluerer effekt av helsehjelp ved å benytte innsamlede data.		
Jeg definerer tydelige mål for helsehjelpen som skal iverksettes.		

## 18. Hva trenger du å lære mer om for å bli en enda bedre habilitor?

# Forskning og fagutvikling

## 19. Forskning og fagutvikling

- A Har du deltatt i ett eller flere prosjekt rettet inn mot fagutvikling eller kvalitetsforbedring i 2014 og 2015? Ja      Nei

Hvis Ja, gi en kort beskrivelse av prosjektet/prosjektene:

- B Har du deltatt i et eller flere forskningsprosjekt i 2014 og 2015? Ja      Nei

Hvis Ja, gi en kort beskrivelse av prosjektet/prosjektene:

- C Hvis Nei på spørsmål A og/eller B over:  
Hva hindrer deg fra å delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter?

D Antall vitenskapelige publikasjoner du har vært forfatter eller medforfatter på i 2014/15.

E Antall andre publikasjoner du har vært forfatter eller medforfatter på i 2014/15.

## 20. Kompetanseutvikling og -vedlikehold i 2014 og 2015

Deltakelse på kurs eller veiledning relatert til videreutdanning/spesialisering. Timer:

Deltakelse på kurs eller veiledning relatert til opprettholdelse av spesialitet. Timer:

Deltakelse på annen ekstern kursvirksomhet eller fagkonferanser. Timer:

Deltakelse i annet fagutviklingsarbeid. Dager:

Ønsker du å ta mer utdanning? Ja      Nei

Hvis Ja, er det noe som hindrer deg fra å ta videre utdanning?

## 21. Opplæring av pasienter og pårørende

Antall kurs du har undervist for pasienter

Antall kurs avholdt for pårørende/foresatte i 2014 og 2015

Beskriv ditt samarbeid med brukerorganisasjoner om kurs/opplæring:

## 22. Opplæring av annet helsepersonell i 2014 og 2015

Undervisning på fagorganisasjoners spesialiseringsprogrammer. Antall ganger:

Undervisning eller presentasjoner på nasjonale kurs/konferanser. Antall ganger:

Undervisning på lokale/kommunale kurs/konferanser. Antall ganger:

Deltakelse i kommunale/lokale nettverk hvor fag diskuteres. Antall ganger:

Arrangering av kurs for kommunalt ansatte  
(ikke forelest selv – antall kurs arrangert). Antall ganger:

## 23. Opplæring av annet helsepersonell siste halvår

Undervisning av kommunalt ansatte tjenesteytere  
i pasientsaker siste seks måneder. Antall ganger siste halvår:

## 24. Opplæring av studenter

Undervisning på høgskole og universitet i 2014 og 2015. Antall ganger:

Veiledning av studenter i 2014 og 2015. Antall studenter:

**Ferdig! Tusen takk for hjelpen!**