

Hvordan kan kvalitetsmålinger brukes innen spesialisert rehabilitering?

Bjørnar Alexander Andreassen



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

15.11.2015

© Bjørnar Alexander Andreassen

2015

Hvordan kan kvalitetsmålinger brukes innen spesialisert rehabilitering?

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Rehabilitering defineres i lov og forskrift som *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*. Kvalitet kan defineres på forskjellige måter, men den hoveddefinisjon jeg har holdt meg til i denne oppgaven er denne: *"Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap."* Jeg har også forholdt meg til den nasjonale kvalitetsstrategiens 6 dimensjoner innen kvalitet, der det står at tjenester av god kvalitet skal være trygge og sikre, være virkningsfulle, være samordnet og koordinert, involvere brukerne og gi dem innflytelse, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. Min problemstilling har vært: *"Hva er god kvalitet innen spesialisert rehabilitering, hvordan kan denne kvaliteten måles og hvordan kan måleresultatene best anvendes?"*.

Jeg har brukt kvalitativ metode for å besvare oppgavens problemstilling, nærmere bestemt semistrukturerte dybdeintervjuer med et strategisk nøkkelutvalg av 7 informanter. Jeg har så brukt systematisk tekstkondensering for å identifisere meningsbærende hovedenheter i tekstmaterialet jeg satt igjen med etter transkripsjon av intervjuene. Dette har jeg så diskutert opp mot teori og forskning på området.

Jeg fant at informantene hadde forskjellige ståsted hva gjelder rehabiliteringsdefinisjonens bredde. Noen mente at det var relativt enkelt å skille ut hva av den helsehjelp som ble gitt som kunne karakteriseres som rehabilitering og hva som ikke var det. Andre hadde en bredere definisjon det ikke var så enkelt å definere noe ut fra. Når det gjaldt spørsmålet om hva rehabilitering av god kvalitet var, knyttet de fleste dette opp mot definisjonens benevnelse av best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet - det å nå disse målene var en indikasjon på at rehabiliteringen hadde vært av god kvalitet. Det var stor enighet blant informantene om at når man skal måle kvalitet, så er det nødvendig med klare avgrensninger, slik at det er tydelig hva man måler. Det var størst entusiasme knyttet til målinger av om tjenestene hadde effekt, var virkningsfulle. Men også målinger av prosess og strukturelle forhold samt målinger av de øvrige kvalitetsdimensjonene ble trukket fram som viktige deler av helheten.

Det ble trukket fram 3 hovedgrupper som kunne ha nytte av kvalitetsmålinger.

Brukerne/pasientene kan ved økt kunnskap om kvaliteten i større grad velge bort tjenester av dårlig kvalitet. Brukerorganisasjoner kan bruke kunnskapen i sin representasjon av brukerne og i sine eventuelle krav til politikere og nasjonale myndigheter om oppfyllelse av brukerrettigheter. **Tjenesteutøverne** kan bruke målingene til lokal kvalitetsforbedring og kvalitetsbasert ledelse. **Nasjonale myndigheter** kan bruke måleresultatene i sitt følge med-oppdrag, i sine anbefalinger til tjenestene og i videreutvikling av tjenestene på nasjonalt nivå - gjennom prioriteringer og systemer, for eksempel innen finansiering.

Forord

Rehabilitering er et viktig fagområde. I spesialisthelsetjenesten har man et prisverdig fokus på å redde liv. Men et reddet liv skal også leves, og mange trenger bistand fra både spesialisthelsetjenesten, kommunene og øvrige sektorer for å nå sine mål om bedret funksjonsnivå, mestringsevne og økt deltagelse sosialt og i samfunnet. Her vil mange trenge rehabilitering.

Vi vet av erfaring at rehabilitering er til stor hjelp for mange pasienter. Vi begynner å få en del forskningsbasert kunnskap på bordet også, som gir oss en indikasjon på at en del rehabiliteringsintervensjon har god dokumentert effekt. Vi vet likevel for lite om kvaliteten på rehabiliteringen som blir gitt. Det er først og fremst to grunner til dette: Rehabilitering er et bredt fagfelt som det er utfordrende å definere veldig eksakt. Og så har vi ikke kommet i gang med systematiserte, nasjonale kvalitetsmålinger på feltet.

Jeg har mitt daglige virke i Helsedirektoratet, som har ansvar for blant annet det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, NKI. Det er nå igangsatt en handlingsplan for NKI der blant annet rehabilitering er en del av feltene en skal forsøke å få opp noen gode kvalitetsindikatorer på. Jeg håper og tror at arbeidet jeg har lagt ned i denne masteroppgaven skal kunne tjene som et godt innspill for de som jobber med dette til daglig.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle informanter som velvillig har stilt opp for meg i forbindelse med dette arbeidet. Jeg må også få takke min veileder Anne Karin Lindahl for god og effektiv veiledning. Og så må jeg få takke studiekonsulent Deborah Ann Arnfinsen i avdeling for helseledelse og helseøkonomi på Universitetet i Oslo for god hjelp gjennom hele masterstudiet i helseadministrasjon. Jeg vil også takke Sverre Vigeland Lerum som ledet fordypningskurset i kvalitativ metode og som har hjulpet meg mye med metodedelen av dette masteroppgavearbeidet gjennom masteroppgaveskissen vi fikk i oppgave å utarbeide på kurset hans.

Jeg må også få takke Helsedirektoratet generelt og min avdelingsdirektør Anne-Stina Nordmo og tidligere divisjonsdirektør og assisterende helsedirektør Cecilie Daae spesielt, for den anbefalingen de skrev ved opptak på studiet og den permisjon og velvillighet jeg har fått underveis. Og så må jeg få takke min egen familie for tålmodighet under arbeidet - nå skal pappa bli litt mindre opptatt igjen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Om rehabilitering.....	7
1.2	Om kvalitet.....	8
1.3	Problemstilling.....	10
2	Teori.....	11
2.1	Om spesialisert rehabilitering.....	11
2.1.1	Ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet.....	12
2.1.2	Fritt behandlingsvalg.....	14
2.1.3	Pasientforløp.....	14
2.1.4	Helsehjelpen innen rehabilitering.....	15
2.1.5	Individuell plan og koordinator.....	18
2.2	Nærmere om kvalitet og kvalitetsmålinger.....	19
2.2.1	Kvalitetsindikatorer.....	19
2.2.2	Pakkeforløp.....	21
2.2.3	Rehabiliteringsstatistikk.....	22
2.2.4	Funksjonsvurderingsverktøy.....	22
2.2.5	Bruker- og pasienterfaringsundersøkelser.....	25
2.2.6	Andre kvalitets- og rehabiliteringsrelaterte undersøkelser.....	26
2.2.7	Forskning innen rehabilitering.....	28
3	Metode.....	32
4	Resultater.....	38
4.1	Hva legger informantene i begrepet rehabilitering?.....	38
4.2	Hva legger informantene i begrepet rehabilitering av god kvalitet?.....	41
4.3	Hvordan mener informantene at kvaliteten på rehabiliteringen kan måles?.....	42
4.3.1	Måling av om tjenestene er virkningsfulle.....	43
4.3.2	Måling av om tjenestene er trygge og sikre.....	45
4.3.3	Måling av om tjenestene er samordnet og koordinert.....	46
4.3.4	Måling av brukermedvirkning og -erfaringer.....	46
4.3.5	Måling av ressursutnyttelse.....	48
4.3.6	Måling av om tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt.....	49

4.4	Hva mener informantene om nytteverdien av å gjøre kvalitetsmålinger innenfor rehabilitering?.....	50
5	Diskusjon.....	54
6	Konklusjon	67
	Litteraturliste	69
	Vedlegg	74

1 Innledning

1.1 Om rehabilitering

Rehabilitering er et fag og en form for helsehjelp som er beskrevet og regulert gjennom lovverket. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 står *"Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering"* oppramset blant helse- og omsorgstjenestene kommunen har plikt til å tilby. I spesialisthelsetjenesteloven står det ikke spesifikt at spesialisthelsetjenesten har plikt til å tilby rehabilitering, men i § 10 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det at *"Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. § 1 og § 3"*. I tillegg står habilitering og rehabilitering nevnt som utdyping av begrepet "pasientbehandling" under "sykehusenes oppgaver" i rundskrivet om spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer (1).

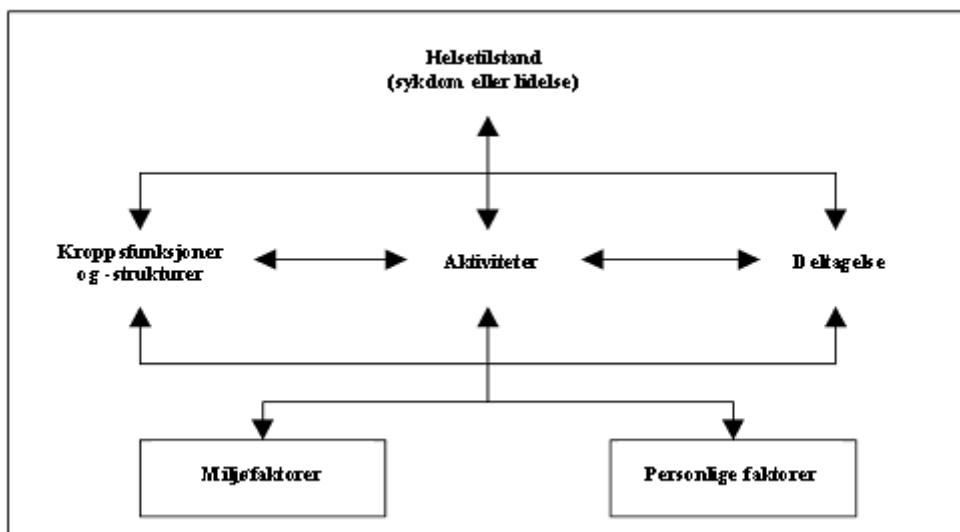
Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 som *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*.

Denne definisjonen ble først introdusert i "St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring" (2) og operasjonalisert i forskrift om habilitering og rehabilitering i 2001. Dagens forskrift har beholdt definisjonen av rehabilitering, og understreker faget som noe mer sammensatt og komplekst enn enkeltstående tiltak og opptrening.

Den såkalte ICF-modellen henger tett sammen med definisjonen på rehabilitering. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er et klassifikasjonssystem og en modell utviklet av WHO (Verdens helseorganisasjon) for å beskrive konsekvensene av sykdom eller skade.

På Helsedirektoratets nettsider (3) står det følgende om ICF:

"ICF er særlig egnet til å beskrive funksjoner etter hovedaksene kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltakelse og miljøfaktorer. Hovedvekten legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene som bestemmer deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål. ICF er et felles fagspråk som er egnet i tverrfaglig individrettet arbeid, tverretattlig og internasjonal virksomhet."



Modellen er i overensstemmelse med rehabiliteringsdefinisjonens krav om at det er brukers mål om å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet som står i sentrum av intervensjonen.

1.2 Om kvalitet

"Kvalitet" er det andre sentrale begrepet i denne oppgaven. Norsk Standard, som er en privat og uavhengig medlemsorganisasjon med enerett til å utgi "Norsk Standard" (som angir standarder for viktige deler av et produkt, en tjeneste eller en arbeidsprosess), definerer kvalitet som *"i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk"* (4).

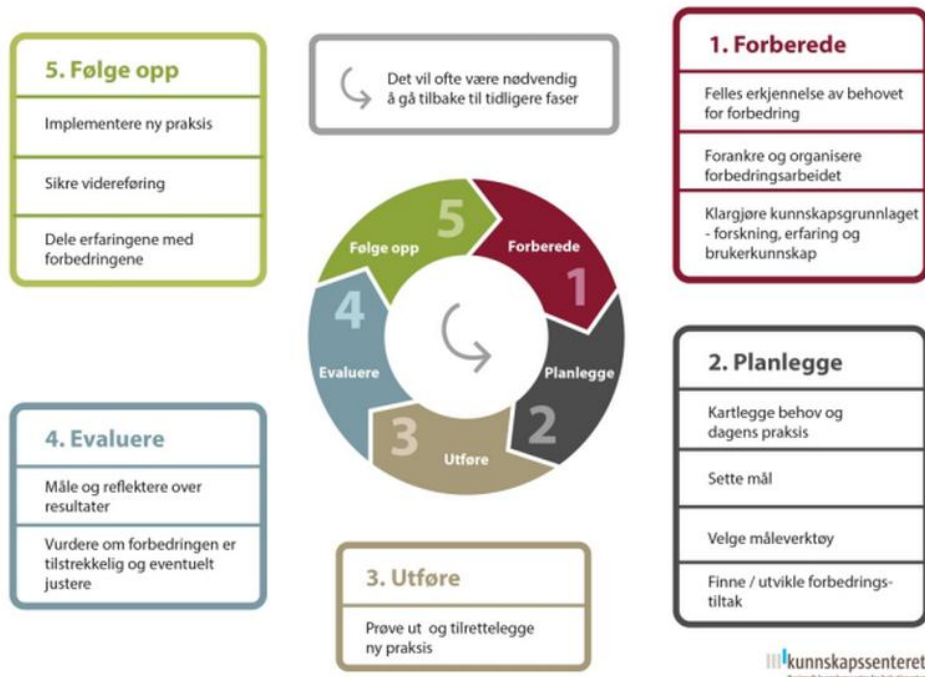
I rapporten *"Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten"*(5), utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten i 2010 står

følgende definisjon av kvalitet, som er mer spesifikt vinklet mot helsetjenesten: *”Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helse relatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.”*

I den nasjonale kvalitetsstrategien, utgitt av daværende Sosial- og Helsedirektoratet i 2005 (6), opererer man med 6 dimensjoner i kvalitetsbegrepet. Disse dimensjonene er at tjenester av god kvalitet skal:

- være trygge og sikre
- være virkningsfulle
- være samordnet og koordinert
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Alle de seks dimensjonene innen tjenester av god kvalitet, samt de nevnte to definisjonene av kvalitet, vil være en del av min forståelse av kvalitetsbegrepet i denne oppgaven. Et annet begrep som følger av kvalitetsbegrepet er kvalitetsforbedring. Som modell for kvalitetsforbedring finner man i materialet som ble utarbeidet i forbindelse med nevnte kvalitetsstrategi følgende variant av det tradisjonelle kvalitetshjulet:



Hjulet indikerer forskjellige ledd i en kvalitetsutviklingsprosess, med hovedbestanddelene "forberede", "planlegge", "utføre", "evaluere" og "følge opp". I prinsippet vil hjulet måtte "rulle rundt" flere ganger i en kvalitetsforbedringsprosess, hvilket tilsier at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess, hvor fokuset må opprettholdes og nye endringer kan være nødvendig for å opprettholde resultatene (7).

1.3 Problemstilling

Denne oppgavens problemstilling er:

"Hva er god kvalitet innen spesialisert rehabilitering, hvordan kan denne kvaliteten måles og hvordan kan måleresultatene best anvendes?"

For å kunne belyse denne problemstillingen vil jeg gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer med et strategisk nøkkelutvalg av informanter. Resultatene som jeg får gjennom denne metoden vil jeg analysere og diskutere opp mot relevant litteratur på området.

2 Teori

2.1 Om spesialisert rehabilitering

I denne oppgaven har jeg i utgangspunktet avgrenset mitt tjenesteperspektiv til spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsinnsats. Spesialisthelsetjenester er regulert ved spesialisthelsetjenesteloven, og har i rundskrivet til spesialisthelsetjenesteloven følgende definisjon: *"Begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ikke bare for fastsettingen av hvilket ansvar som tilligger de regionale helseforetakene og lovens saklige virkeområde, men også for avgrensningen mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. I hovedsak omfattes helsetjenester som krever tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser, og som det ut fra faglige og økonomiske hensyn er hensiktsmessig å ha et samlet ansvar for i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenester kan derfor sies å være et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivået.(1).*

Henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som kommer fra primærhelsetjenesten skal rettighetsvurderes i henhold til bestemmelsene om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 b. Rett innvilges hvis *"pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt"*. Som beslutningsstøtte til slike rettighetsvurderinger er det utviklet prioriteringsveiledere. Disse gir anbefalinger knyttet til utfallet av rettighetsvurderingene for de fleste tilstandsgruppene innen de respektive fagområdene. Det er utviklet en prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering. I tillegg finnes prioriteringsveiledere for tilgrensende områder, for eksempel prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge, prioriteringsveileder for habilitering av voksne og tilsvarende for fagområder som ortopedi, revmatologi, nevrologi og smertetilstander.

Mange pasienter får også rehabilitering i spesialisthelsetjenesten etter en elektiv innleggelse for noe annet enn rehabilitering, alternativt en øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Når pasienten først er inne i spesialisthelsetjenesten skal vedkommende ikke rettighetsvurderes på nytt når pasientforløpet "beveger seg videre" i spesialisthelsetjenesten (med mindre en annen tilstand enn den pasienten kom inn i spesialisthelsetjenesten for oppdages). Det vil være en vurdering


av medisinsk forsvarlighet som avgjør om pasienten skal ha videre oppfølging, for eksempel rehabilitering, i spesialisthelsetjenesten.

2.1.1 Ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

Hva som er spesialisthelsetjenestens ansvarsområde innen rehabilitering, altså i praksis hvilke pasienter som får rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvilke som får det i kommunen, kan være vanskelig å benevne eksakt. Den tidligere omtalte prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering utdyper nærmere hvilke tilstander innenfor dette fagområdet som kan ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I den fagspesifikke innledningen til denne prioriteringsveilederen står det følgende om kommunens ansvar innen rehabilitering: *"For å bli vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten være tilstrekkelig utredet, og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i primærhelsetjenesten."* (8). Andre publikasjoner angir også at rehabilitering i spesialisthelsetjenesten gis der det ikke er hensiktsmessig å bygge opp et tilsvarende tilbud i kommunen. Reformer og andre organisatoriske og faglige endringer i helsetjenesten kan påvirke hva som er kommunens og hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar på dette området. Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, var en retningsreform der mer ansvar for forskjellige tjenester ble overført til kommunene. I kapitlet om habilitering og rehabilitering stod det *"På denne bakgrunn vil regjeringen vurdere om kommunene skal ta et større ansvar for store pasientgrupper som i dag får tilbud i spesialisthelsetjenesten"* (9).

Helsedirektoratet ga i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ut rapporten "Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" (10). Der ble det utarbeidet en modell for ansvarsavklaring, til hjelp i arbeidet med å vurdere om et tilbud mest hensiktsmessig kan gis i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Denne modellen - med tilhørende anbefalinger - ble brukt blant annet i tildelingsbrevene fra helse- og omsorgsdepartementene til de regionale helseforetakene (11). Den har således vært et klart styringssignal, og har påvirket utviklingen for eksempel av avtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private rehabiliteringsinstitusjoner om å levere spesialisert rehabilitering. Modellen er blitt videreutviklet i den nettopp utgitte

veilederen for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (12), og ser nå slik ut:

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p data-bbox="603 622 869 808">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Modellen setter brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, som hentet fra definisjonen av rehabilitering i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, i sentrum. Den angir deretter typer av behov hos pasienten og på hvilket nivå disse best kan dekkes. Her framkommer det at når pasienten har behov for spesialisert kompetanse, så er spesialisthelsetjenesten best egnet til å gi tilbudet. Det ligger i sakens natur at spesialisthelsetjenesten har smalere og mer spissede problemstillinger, og dermed utvikler mer erfarings- og realkompetanse på håndtering av slike enn kommunen som har et bredere spekter av utfordringer å håndtere. I tillegg er det ofte mer spesialisert formalkompetanse i spesialisthelsetjenesten, blant annet ved at legespesialist innen fysikalsk medisin og rehabilitering leder rehabiliteringsarbeidet. Spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne yte bistand fra et bredt tverrfaglig sammensatt team med høyintensiv oppfølging er også gitt uttrykk for i modellen. I tillegg er behovet for nærhet til medisinsk kompetanse, spesielt for pasienter som fremdeles ikke er "medisinsk stabile", et viktig element som kan tale for at rehabiliteringen bør gis i spesialisthelsetjenesten.

I 2015 ga Helse- og omsorgsdepartementet ut en stortingsmelding om kommunereformen, kalt "Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner". I

denne står det blant annet at: *"Departementet foreslår at større kommuner kan få et større ansvar for rehabiliteringstjenester som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet kommunene skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje"* (13).

Det er med andre ord bevegelse i ansvarsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet. Det er rimelig å anta at man i enda høyere grad vil anvende spesialisthelsetjenesten til å gi rehabilitering samtidig med, eller umiddelbart etter, medisinsk eller kirurgisk behandling på sykehus og/eller rehabilitering der kravene til spesialisert, tverrfaglig kompetanse og høy intensitet i oppfølgingen er høye.

2.1.2 Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg er en ny ordning i spesialisthelsetjenesten. Retten til fritt behandlingsvalg bygger videre på retten til fritt sykehusvalg. I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 står det om rett til fritt behandlingsvalg: *"Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-1 b andre ledd, kan velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes"*. Rehabilitering i helseforetak er dekket av denne rettigheten i dag, og Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en høring ute på deres forslag om også å inkludere private rehabiliteringsinstitusjoner i denne retten.

2.1.3 Pasientforløp

Kunnskap om pasientforløp er viktig for å forstå rehabiliteringsfeltet. Pasientforløp forstås som:

"En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode" (12).

Pasientforløp innen rehabilitering kan grovt inndeles i fire hovedtyper (12):

1. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen og løses i kommunen.
2. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen, men hvor behovet tilsier at pasienten søkes/henvises til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

3. Pasientforløp som starter med planlagt innleggelse for noe annet enn rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, for eksempel kirurgisk inngrep.

4. Pasientforløp som starter med akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og videre rehabilitering fra tidlig fase og eventuelt også videre ut i forløpet i spesialisthelsetjenesten.

I denne oppgaven vil det primært være pasientforløpene av type 2, 3 og 4 som omhandles. I alle disse tre forløpene vil rehabiliteringsforløpet ofte fortsettes i kommunen etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

2.1.4 Helsehjelpen innen rehabilitering

Det er årlig litt i underkant av 60 000 pasienter som registreres som mottakere av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (14). Noen av pasientene får rehabilitering både i helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner, men de fleste er fordelt omtrent halvt om halvt mellom disse.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten gis enten som døgnbehandling i dedikerte rehabiliteringsavdelinger der rehabilitering er hovedhensikten med innleggelsen (såkalt primærrehabilitering), som dag-/ eller poliklinisk rehabilitering, på sykehusavdelinger der hovedhensikten med innleggelsen er kirurgi eller medisinsk behandling (såkalt sekundærrehabilitering) eller som døgn- eller dag-/poliklinisk rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. Spesialisthelsetjenesten gir også rehabilitering som ambulante tjenester eller ambulant behandling. Ambulant behandling er i regelverk for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten definert som følger: *"Med ambulant behandling menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem eller i sykehjem er eksempler på aktivitet som regnes som ambulant behandling"* (15).

Helsehjelp er et begrep som angir den behandling og oppfølging som pasienten får i spesialisthelsetjenesten etter utredning. En av kildene til hva innholdet i den spesialiserte rehabiliteringstjenesten er kan finnes i beskrivelsen av spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering:

"Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering hos personer som på grunn av medisinske lidelser har eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming. Spesialiteten skal fremme fysisk og kognitiv funksjon, atferd og livskvalitet (aktiviteter og deltakelse)" (16).

I White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe (17) står følgende 11 hovedbolker oppført innen fagets intervensjon:

1. Medical interventions

2. Physical Treatments

3. Occupational therapy to

4. Speech and language therapy within the framework of complex specialized rehabilitation programmes;

5. Dysphagia management;

6. Neuropsychological interventions;

7. Psychological assessment and interventions, including counselling;

8. Nutritional therapy;

9. Disability equipment, assistive technology, prosthetics, orthotics, technical supports and aids;

10. Patient education;

11. Rehabilitation nursing.

Dette står i god relasjon til det som står i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13, som utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging.

«Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal videre sørge for tilbud om

a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning

b) intensiv trening som inngår i individuell habiliterings/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling

c) tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.»

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 har spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor kommunen. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14 utdyper denne veiledningsplikten innen habilitering og rehabilitering med følgende ordlyd:

"Det regionale helseforetaket skal sørge for:

a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter

b) samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer

c) generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen

d) samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte."

Når man skal framskaffe kunnskap om hva som faktisk blir gitt av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i Norge, må man se på hva som rapporteres av aktivitet inn til Norsk pasientregister (NPR). Grovt inndelt har man følgende kilder til informasjon om denne oppfølgingen i NPR:

Administrative kodeverk:

Her kan man finne informasjon om en rekke forhold så som fagområde (f.eks. fysikalsk medisin og rehabilitering), juridisk status (rett eller behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste), hvor i forløpet man er (herunder ventetid), om man har individuell

plan og koordinator og hvor behandlingen utføres (f.eks. på sykehus eller hjemme hos pasienten).

Helsefaglige kodeverk:

Her kan man finne informasjon om diagnose/tilstand og prosedyrekoder. Det er et kapittel om habilitering og rehabilitering innen sistnevnte. Dette er et relativt nyutviklet kapittel, som fremdeles har en del tekniske utfordringer (herunder å koble tilleggskoder som blant annet angir hvor ofte prosedyren har vært utført med selve prosedyrehovedkoden). Innen diagnosekodeverket (ICD-10) er det koder for de forskjellige diagnosene, men her ligger det også en del koder for innleggelsesårsak. Innen rehabilitering er det primært fire forskjellige koder, og disse er:

Z50.80 Kompleks rehabilitering, Z50.89 Enkel rehabilitering, Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak (brukes ved poliklinisk rehabilitering) og Z50.70 Rehabilitering med arbeid som mål. De tre første kodene er det knyttet finansiering og en tilhørende DRG (Diagnoserelatert Gruppe - koder som brukes til å beregne uttelling innen det innsatsstyrte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten) til. Flere av disse kodene har iboende krav for å kunne brukes, krav som kan sies å ha et kvalitativt element. Koden for Kompleks rehabilitering har blant annet krav om at "Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensere teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø" og "Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid" for at den skal kunne anvendes. Det ligger også krav til at det skal være tverrfaglig samarbeid i flere av kodene, samt at det skal være fokus på å utarbeide mål i alle deler av ICF-modellen, at det skal utarbeide rehabiliteringsplan og at det skal være et samarbeid med primærhelsetjenesten.

2.1.5 Individuell plan og koordinator

Individuell plan og koordinator er to sentrale virkemidler innen rehabilitering. Formålet med individuell plan og koordinator, jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1, er å:

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse

- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Hvorvidt pasienten har individuell plan er noe som man kan lese ut fra det som er registrert av koder i både spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

2.2 Nærmere om kvalitet og kvalitetsmålinger

Kvalitetsmålinger er sentralt for å systematisk måle og vurdere kvalitet periodisk eller over vedvarende tidsforløp (18). Det er mange måter å måle kvalitet på, og i denne oppgaven vil jeg fokusere spesielt på nasjonale kvalitetsmålinger. Det finnes mye informasjon om helsetjenestene i nasjonal helsestatistikk, og en del av denne informasjonen har så absolutt kvalitative elementer.

I Meld. St. 10 God kvalitet – trygge tjenester (19) står det i kapittel 7.1 følgende om kvalitetsmålinger:

Det finnes flere metoder for å vurdere, og bedømme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten:

- *Kvalitetsindikatorer*
- *Pasientrapporterte effektmål*
- *Spørreundersøkelser, inkludert pasient-, bruker- og pårøndererfaringsundersøkelser*
- *Egenevalueringer*
- *Tredjepartsevalueringer gjennom fagrevisjoner og akkreditering eller sertifisering*
- *Tilsyn*

Et helhetlig system for kvalitetsmåling bør omfatte flere av disse metodene.

2.2.1 Kvalitetsindikatorer

Som nevnt ovenfor er kvalitetsindikatorer en av måtene for å vurdere og bedømme kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens § 12-5 ansvaret for å "utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer". I den 3-årige

handlingsplanen, som strekker seg fra 2014 til 2017, for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet står det at (20):

Visjonen for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-system) er å:

Vise kvaliteten i en helse – og omsorgstjeneste i utvikling.

De overordnede målene for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er å:

- *Omfatte alle sektorer og fagområder.*
- *Vise en balanse av indikatorer innenfor alle dimensjoner av tjenester med god kvalitet.*
- *Måle tjenestekvalitet, rettigheter og praksis i tråd med eksisterende retningslinjer, veiledere og lovverk.*
- *Måle effekter ved implementeringer og endringer i helse- og omsorgstjenesten.*
- *Analysere utvikling, vise resultater tilpasset målgruppen, varsle om negative trender og understøtte kontinuerlig forbedring på tjenestenivå.*

Begrepene kvalitetsindikator og kvalitetsindikatorsystem kan defineres slik (5):

Kvalitetsindikator: "Målbare variabler som anvendes for å registrere viktige aspekter av tjenestenes kvalitet. Med hjelp av slike måleverktøy kan man identifisere forhold og områder som bør studeres nærmere når det gjelder årsakssammenhenger og muligheter for forbedring."

Kvalitetsindikatorsystem: "Et unikt system bestående av et sett av indikatorer, som er etablert med et bestemt formål innenfor en avgrenset kontekst, herunder organisasjon, infrastruktur og prosedyrer knyttet til systemets utvikling og drift."

En kvalitetsindikator vil, som navnet antyder, gi en indikasjon på kvaliteten på – i dette tilfellet – den helsetjenesten som ytes. Den gir ikke nødvendigvis fasiten på hvor god kvaliteten er, men gir en indikasjon på, og en innfallsvinkel til, hvor man bør lete etter forbedringsområder. Som regel trengs det ikke bare en, men et sett av indikatorer, for å beskrive kvaliteten på en helsetjeneste på en god måte.

Det finnes tre forskjellige typer kvalitetsindikatorer; strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Disse stammer fra «Donabedians klassiske modell for å operasjonalisere måling av kvalitet i helsetjenesten» (5), og er beskrevet som følger i rammeverket for de nasjonale kvalitetsindikatorerne (21):

Strukturindikatorer beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Indikatorerne beskriver med andre ord forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering.

Prosessindikatorer beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp. Indikatoren gir et bilde av i hvilket omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer, for eksempel forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon, i pasientforløp. Prosessindikatorer utvikles på grunnlag av referanseprogrammer eller kliniske retningslinjer, dersom de finnes. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelsene som de bør, ifølge referanseprogrammer og kliniske retningslinjer.

Resultatindikatorer belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjon på sykdom og tilfredshet med behandling.

Det finnes for tiden ingen nasjonale kvalitetsindikatorer innen rehabilitering. Det finnes imidlertid en kvalitetsindikator i det beslektede feltet habilitering, nærmere bestemt andel pasienter med individuell plan i barnehabiliteringen (22).

Habilitering og rehabilitering har kommet inn i den 3-årige handlingsplanen for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som gjelder fra 2014-2017, så dette er et felt som vil få større fokus etterhvert.

2.2.2 Pakkeforløp

Pakkeforløp er noe nytt i norsk sammenheng. Pakkeforløp er en beskrivelse og en implementering av et standardisert pasientforløp. Fokuset er på anbefalinger om hvordan forløpet bør være, koordineringen av det og hvor lang tid hver av milepælene i forløpet bør ta. Monitoreringen av forløpstidene er noe av det mest sentrale. Forløpstidene publiseres sammen med de øvrige nasjonale kvalitetsindikatorerne på den nasjonale nettsiden helsenorge.no. Selv

om pakkeforløpet ikke innebærer noen økte juridiske rettigheter for pasientene, vil fokuset på forløpstidene og sammenligninger mellom regioner og behandlingssteder kunne forårsake en vridning i retning av bedre gjennomføring av pakkeforløpet hos de som kommer dårligere ut enn gjennomsnittet. Foreløpig er det lansert 28 pakkeforløp innen kreft. Rehabilitering er nevnt i beskrivelsen av flere av pakkeforløpene, men foreløpig er det ikke knyttet noen forløpstider til rehabilitering. I kommende pakkeforløp vil etter planen rehabilitering få en større plass, ikke minst i pakkeforløpet for hjerneslag som kommer i 2016 (23). I denne oppgaven er pakkeforløpenes relevans knyttet til at det å holde seg innen de anbefalte forløpstidene er en indikasjon på kvalitet.

2.2.3 Rehabiliteringsstatistikk

I statistikkene som publiseres innen rehabilitering finner en mye informasjon av hovedsaklig kvantitativ, men også noe kvalitativ, art. Samdata er en årlig rapportserie som beskriver aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. I kapittelet om habilitering og rehabilitering kan man lese hvor mange pasienter som har fått rehabilitering, hvilket omsorgsnivå rehabiliteringen har hatt (døgn, dag, poliklinikk), om det var primær- eller sekundærrehabilitering (altså om rehabilitering var hovedhensikt eller en sekundær hensikt ved innleggelsen), hvilke diagnoser rehabiliteringspasientene hadde og informasjon om geografisk fordeling av pasienter. I tillegg finnes nasjonal statistikk i øvrige publikasjoner, så som de mer spesielle rapportene "Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten", Samhandlingsstatistikk og nøkkeltallsrapportene (i de to sistnevnte finnes også informasjon om kommunal rehabilitering) samt NPRs publikasjoner om ventetider og fristbrudd. Samlet vil man i disse publikasjonene få tilleggsinformasjon i forhold til det man får i Samdata, blant annet knyttet til hvilken type rehabilitering som gis (kompleks eller enkel), ventetider og fristbrudd innen rehabilitering, ambulant rehabilitering og lengde på rehabiliteringsoppholdene. Når kvaliteten på dataene blir større vil det også bli publisert statistikk vedrørende utførelse av forskjellige prosedyrer innen rehabilitering.

2.2.4 Funksjonsvurderingsverktøy

Det finnes en rekke funksjonsvurderingsverktøy til bruk i helsevesenet generelt og rehabiliteringsfeltet spesielt. Disse kan brukes til å måle en pasients funksjonsnivå på et tidspunkt, gjerne ved oppstart av en helseintervensjon, og så på nytt igjen for eksempel ved

avslutningen av intervensjonen. Da får man et mål på eventuell fram- eller tilbakegang i funksjonsnivå i løpet av behandlingsperioden. Dette kan gi mye kunnskap om effekten av behandlingen, spesielt hvis det sees i sammenheng med pasientens tilstand, diagnose og prognose.

Det eneste funksjonsvurderingsverktøyet, som blant annet kan benyttes innen rehabilitering, som er pålagt på nasjonalt nivå i Norge per i dag er funksjonsvurderingsskjemaet i IPLOS i kommunene. IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren (24). Funksjonsnivåene i IPLOS inndeles i 5 forskjellige nivåer. Nivåene er:

1. Ingen problemer - Utfører selv/utfører selv med hjelpemidler
2. Noe problemer - Utfører selv, endret standard
3. Middels problemer - Utfører deler av oppgaven, men må ha bistand til resten
4. Store problemer - Utfører alt eller deler av oppgaven med tjenesteyter til stede
5. Klarer ikke - Utfører ikke noe av oppgaven selv

I spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsavdelinger og -institusjoner er det en rekke funksjonsvurderingsverktøy i bruk, og mange av dem har mer finmaskede funksjonsnivåinndelinger enn IPLOS. Det er imidlertid ikke innført en nasjonal standard på området, noe som kan vanskeliggjøre sammenligninger på tvers av behandlingssteder. Et verktøy som er tatt i bruk av de regionale helseforetakene i sin kravspesifikasjon til de private rehabiliteringsinstitusjonene er Barthel ADL-indeks. ADL er en forkortelse for Activities of Daily Living (dagligdagse aktiviteter), og Barthel ADL-indeks er et funksjonsvurderingsverktøy som angir pasientens grad av selvhjulpenhet i dagligdagse aktiviteter (25). En spesiell styrke ved dette verktøyet til bruk i en kravspesifikasjon til private rehabiliteringsinstitusjoner er at det angir grad av selvhjulpenhet og grad av pleiebehov. Det er sånn sett velegnet til å planlegge ressursinnsatsen som pasienten vil kreve. Det kan også brukes til å dokumentere eventuell fram- eller tilbakegang i grad av selvhjulpenhet.

Andre eksempler på funksjonsvurderingsverktøy som kan brukes innen rehabilitering er:

- **FIM (Functional Independence Measure)**

FIM er et av de mest brukte verktøyene for å måle grad av funksjonsnedsettelse (26), blant annet i relasjon til dagligdagse aktiviteter. Det er velegnet til dokumentasjon av funksjonsmessig fram- eller tilbakegang i forbindelse med rehabiliteringsintervensjon.

- **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (27) er et funksjonsvurderingsverktøy som scorer "Utførelse" og "Tilfredshet med utførelse" av inntil fem prioriterte aktiviteter. Pasienten vurderer her selv utførelse og tilfredshet. COPM kan brukes for å kartlegge problemer knyttet til aktivitet og deltagelse, for å beskrive mål og planlegge behandling, for å følge individuelle behandlings- og rehabiliteringsforløp, og for å evaluere effekt/nytte av tiltak både på individ- og gruppenivå.

- **SF 36 (Short Form Health Survey)**

SF-36 (28) er et spørreskjema som skal fylles ut av pasienten uten hjelp fra andre. Det inneholder 36 spørsmål og er inndelt etter de 8 dimensjonene fysisk funksjon, rollebegrensning – fysisk, smerte, rollebegrensning – emosjonell, generell sykdomsopplevelse, energi og tretthet (vitalitet), sosial funksjon og mental helse. Det kan benyttes til å sammenligne pasientgrupper mot hverandre og mot friske populasjoner.

2.2.5 Bruker- og pasienterfaringsundersøkelser

Instrumenter for funksjonsvurdering kan klassifiseres ut fra måten de er konstruert eller bygd opp på og i forhold til hva de måler. Ofte skiller man mellom objektive og subjektive instrumenter slik som figuren under viser (29):



Funksjonsvurderingsverktøyene som er omtalt i denne oppgavens kapittel 2.2.4 fordeler seg jevnt mellom det "objektive" og det "subjektive" perspektiv, med f.eks. FIM og Barthel på objektiv side og SF-36 på subjektiv side.

Pasientrapporterte resultater (PROMS¹ og PREMS²) inkluderer instrumenter eller spørreskjemaer som vurderer helse og livskvalitet fra pasientens perspektiv. Det vanligste er at pasientene selv fyller ut spørreskjemaer om helse og livskvalitet, både før og etter kontakten med helsetjenesten, som grunnlag for å vurdere effekten av kontakten eller intervensjonen (30). Pasientrapporterte resultater vil plassere seg på brukerperspektivside av figuren ovenfor.

Bruker- og erfaringsundersøkelser som Kunnskapssenterets PasOpp-undersøkelser er en måte å systematisere innhenting av pasientrapporterte resultater av helsehjelpen. Kunnskapssenterets PasOpp-undersøkelser måler "brukeropplevd kvalitet" og "inkluderer brukernes vurdering av prosesser og strukturer knyttet til ikke-medisinske faktorer (pasientrapporterte erfaringer), effekt av behandling (pasientrapporterte resultater) og pasientsikkerhet" (31). Innenfor rehabilitering er det utviklet en PasOpp-undersøkelse for måling av pasienters erfaringer med private rehabiliteringsinstitusjoner (32). Undersøkelsen ble utarbeidet i 2009, og flere av de private rehabiliteringsinstitusjonene bruker den på sine pasienter. Den er imidlertid

¹ PROMS: Patient Reported Outcome Measures

² PREMS: Patient Reported Experience Measures

ikke inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, som en nasjonal bruker- og pasienterfaringsundersøkelse.

2.2.6 Andre kvalitets- og rehabiliteringsrelaterte undersøkelser

Det er flere instanser, undersøkelser, rapporter og publikasjoner som, i tillegg til de allerede nevnte i dette kapitlet, gir oss informasjon om kvaliteten i tjenestene. Noen eksempler:

- **Norsk pasientskadeerstatning (NPE)**

NPE gir oss gjennom årsrapporter og andre publikasjoner oversikt over hvor mange og hvilke pasientskadeerstatninger som er blitt utbetalt i løpet av et år.

- **Pasient- og brukerombudene**

Pasient- og brukerombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene (33). Disse kommer også med årsrapporter med statistikk over saker og saksområder i inneværende år.

- **Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.**

I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 skal helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten *"om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten"*. Et av produktene av denne meldeordningen er læringsnotater der læringsressurser og kunnskap om tiltak som nytter (34) blir formidlet basert på meldingene som er mottatt og diskusjon opp mot litteratur og annen kunnskap på området.

- **Tilsynsrapporter fra Helsetilsynet og Fylkesmennene**

Statens helsetilsyn og fylkesmennene er de statlige tilsynsmyndighetene for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester. Når disse utfører tilsyn utarbeides det tilsynsrapporter som kan gi mye kunnskap om helsetjenestene. En av disse tilsynsrapportene med spesiell relevans for rehabiliteringsområdet var den som omhandlet rehabilitering i sykehjem i kommunene, som en del av en del av Statens helsetilsyns fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre 2009–2012. Resultatet av tilsynet ble en ganske omfattende kritikk av disse rehabiliteringstjenestene, med følgende hovedfunn (35):

- *prosedyre eller etablert praksis som sikret rehabiliteringstilbudet manglet*
- *tverrfaglig samarbeid fungerte ikke bra nok, særlig var det ikke godt nok tilrettelagt for medvirkning fra lege og fysioterapeut*
- *mangelfull og lite systematisk nedtegnelse av nødvendige og relevante opplysninger i pasientjournaler*
- *observasjoner tydet på at ikke alle kommunene hadde tilstrekkelig med kompetanse og ressurser til å sikre faglig forsvarlig rehabilitering*

- **Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering**

Riksrevisjonen har en uavhengig stilling overfor forvaltningen og rapporterer resultatene av revisjonen og kontrollen til Stortinget (36). I 2012 publiserte Riksrevisjonen en omfattende undersøkelse av rehabiliteringsfeltet. Blant hovedfunnene i denne rapporten kan nevnes:

- *Samlet sett er det ikke mulig å måle en styrking av rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2005 til 2010.*
- *Variierende prioriteringspraksis, varierende ventetider.*
- *Kommunene kan i mindre grad tilby tilrettelagte rehabiliteringstjenester til yngre pasienter, og en stor andel av kommunene har utfordringer med å tilby*

opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening i daglige aktiviteter.

- *80 prosent av kommunene mener at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke tjenester kommunen kan tilby. Flere rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene erfarer at kommunene i liten grad har kompetanse eller kapasitet til å følge opp tiltak som spesialisthelsetjenesten anbefaler.*
- *Individuell plan oppleves som et godt verktøy for samarbeid, men bare 17 prosent av pasientene fra brukerundersøkelsen oppgir at de har det.*
- *En femtedel av kommunene har ikke opprettet en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, tross at dette er lovpålagt.*
- *Nasjonale myndigheter har for lite oversikt over rehabiliteringsfeltet, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.*

2.2.7 Forskning innen rehabilitering

Rehabiliteringsfaget er ikke blant de fagene som er tyngst på forskning innen medisin og helse. Likevel er det gjort en del forskning som indikerer god effekt innen forskjellige deler av rehabiliteringsfaget. Siden rehabilitering er en tverrfaglig, multidisiplinær tilnæringsmetode har forskningsresultatene ofte preg av å være rettet mot vesentlig smalere deler av det spekteret av tjenester og metoder som utgjør helheten av faget. Her er noen eksempler på forskningsresultater i den nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag som er interessante ut fra et rehabiliteringsperspektiv (37):

- *Effekten av spesialisert tverrfaglig rehabilitering i sykehus er godt dokumentert hvis pasientene samles i en egen enhet i rehabiliteringsavdelingen, slik at organiseringen blir tilsvarende det som internasjonalt er betegnet som rehabiliteringslagenhet.*
- *Det er viktig at personalet har kompetanse om slag og slagrehabilitering da spesialopplært personale ser ut til å være viktig for å oppnå de beste resultatene.*

- *Studier tyder på at oppgaverelatert trening for benfunksjon, gange og balanse, og armfunksjon forbedrer motorisk funksjon. Den funksjonelle forbedringen er begrenset til det som trenes.*
- *Muskulær styrke kan økes ved progressiv styrketrening alene og i kombinasjon med oppgaverelatert trening. Evnen til å utføre hverdagsaktiviteter, balanse og utholdenhet kan også bedres ved styrketrening.*
- *Konkret trening av forflytning opp og ned i stol gir økt selvstendighet målt i forhold til redusert postural svai og redusert tid til å reise seg.*
- *Følgende kriterier synes å være viktige for motorisk læring etter hjerneslag: Oppgaverelatert trening, høy intensitet og tilstrekkelig mengde.*
- *Metaanalyser som inneholder informasjon om både randomiserte og ikke randomiserte studier tyder på at språkterapi kan ha en positiv effekt i alle stadier i rehabiliteringen.*
- *ESD (Early Supported Discharge - tidlig støttet utskrivning) gir en signifikant reduksjon i risiko for død og alvorlig funksjonshemning, bedret pasienttilfredshet og helse relatert livskvalitet samt en gjennomsnittlig reduksjon i institusjonsliggetid på 8 dager sammenlignet med tradisjonell oppfølging og rehabilitering. Det er også holdepunkter for langtidseffekter opptil 5 år etter behandling.*

Det er også blitt gjort øvrig forskning på effekt av rehabilitering. Et søk på effekt av rehabilitering de siste 5 år i Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) gir 3660 treff. Mange av treffene konkluderer med manglende påvisning av effekt, ofte på grunn av dårlig kvalitet på litteratur og studier, og at det er behov for mer forskning på området. Andre indikerer imidlertid effekt, spesielt hva gjelder intensiv treningsbasert rehabilitering. Noen utvalgte eksempler på treffene som viser positiv effekt av forskjellige intervensjoner for forskjellige pasientgrupper innen rehabiliteringsfaget:

- *"Active mobilization appears to have a positive effect on physical function and hospital outcomes in mechanical ventilation" (38).*

- *"It is recommended that most prostate cancer patients be encouraged to exercise regularly by their clinicians and significant others. Where possible, this exercise should be group-based and include some resistance training" (39).*
- *"Cardiac rehabilitation (CR)" improves patients self-care; a reduction in cholesterol and body mass index was observed. In addition to this, patients tended to quit smoking and increase their exercise activity. This suggests that the establishment and development for CR services is essential for the most effective management of heart condition" (40).*
- *Extra physical therapy decreases length of stay and significantly improves mobility, activity, and quality of life in people with acute or subacute conditions (41).*
- *Recommendations on exercise for knee osteoarthritis also apply to subjects aged 70-80 years. Long-term effectiveness requires a maintenance strategy. Specific trials on very old patients with various comorbidities are mandatory, given that these subjects are more exposed to drug-related iatrogenesis (42).*
- *Aerobic exercise can be regarded as beneficial for individuals with cancer-related fatigue during and post-cancer therapy, specifically those with solid tumours (43).*

Institutt for helse og samfunn på Universitetet i Oslo publiserte i 2013 forskning der rehabilitering i dedikerte rehabiliteringsenheter ble sammenlignet opp mot rehabilitering i sykehjem (44). Der ble følgende hovedkonklusjoner presentert:

- Eldre pasienter med funksjonssvikt, som mottok tverrfaglig, strukturert og intensiv døgnbasert rehabilitering i primærhelsetjenesten i egen kommunal enhet (PCDIR), forbedret evnen til å mestre dagliglivets aktiviteter til nesten det dobbelte i løpet av ned mot halve rehabiliteringstiden, sammenliknet med standard rehabilitering i korttidsplasser på sykehjem (PCNHR). Forskjellen i effekt mellom modellene var fortsatt tilstede 18 måneder etter rehabiliteringen. Pasientene i PCDIR trengte mindre hjemmetjenester. De tilbragte færre dager i

korttidsplasser på sykehjem frem til 18 måneder etter rehabiliteringen, og andelen pasienter bosatt i omsorgsleilighet eller sykehjem var stabil, mens den ble doblet i PCNHR. Alle omtalte effekter var statistisk signifikante. Rehabiliteringen i PCDIR var både mer effektiv og kostet mindre enn rehabiliteringen i PCNHR.

3 Metode

I denne oppgaven har jeg tatt i bruk kvalitativ metode. Tanken med valg av tema og problemstilling var å øke innsikten på området. Kvantitative metoder er formålstjenlige hvis forskningsspørsmålene er av typen "hvor mye...?", "hvor ofte...?" eller "mer effektivt enn...?". Kvalitative metoder er bedre egnet til å belyse spørsmål som "hva er...?", "hva betyr...?" eller "hvordan foregår...?" (45).

Mine forskningsspørsmål har i denne sammenhengen primært vært av typen "hva er...?" og "hvordan kan...?", noe som medfører at kvalitativ metode er best egnet.

I en deduktiv tilnærming går slutningsrekken fra det generelle til det spesielle. En bruker kunnskap fra et allment nivå til å si noe om det enkeltstående tilfellet. I en induktiv tilnærming går slutningsrekken motsatt vei – fra det spesielle til det generelle. Vi går da ut fra de data vi har, nedenfra og opp, for å finne svar (45). Den induktive tilnærmingen kjennetegner de kvalitative metodene, som jeg har benyttet meg av, mens de kvantitative metodene mer baserer seg på (hypotetisk) deduktiv tilnærming.

Metoden jeg har tatt i bruk for å innhente nødvendige data er intervju. Nærmere bestemt har jeg brukt intervjuer med individuelle deltakere, i litteraturen noen ganger omtalt som dybdeintervjuer eller semistrukturerte intervjuer. Jeg utarbeidet en intervjuguide i forkant av intervjuene, basert på de spørsmålene jeg i mine forberedelser til dette prosjektet hadde kommet fram til at jeg ønsket å stille mine informanter. Intervjuguiden var ikke veldig detaljert, og har primært fungert som en tematisk huskeliste for min samtale med intervjuobjektet. Dette blant annet grunnet lærdom jeg har trukket fra metodelitteraturen, i særdeleshet følgende betraktning fra Malterud (45): *"Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk. Tenk på den mer som en huskeliste"*. Selv om intervjuguiden ikke var veldig detaljert, ble den likevel evaluert og revidert underveis – for å sikre at huskelisten omfattet de mest riktige og relevante temaene. Intervjuguiden ble sendt ut til informantene før intervjuene. I etterkant reflekterte jeg over at det kanskje resulterte i at informantene i litt for stor grad ble styrt i en viss retning. På den ene siden var det mange som signaliserte at de satte

pris på å få intervjuguiden, at det var en trygghet og at det hjalp dem til å forberede seg til intervjuet. På den andre siden kan det muligens være en risiko for å gå glipp av informasjon som informantene kanskje ville ha kommet med uten forhåndskjennskap til intervjuguiden.

Utvalgskriteriene var en av de første utfordringene jeg stod overfor når jeg gikk i gang med datainnsamlingen. Jeg gikk for et strategisk utvalg av informanter. Utvalget var videre et tilgjengelighetsutvalg. Informantene takket ja til å være med, noe som er en etisk grunnforutsetning i kvalitativ metode. Utvalget var videre et nøkkelutvalg, de som ble plukket ut til intervjuet var personer jeg hadde grunn, ut fra hvordan de hadde markert seg i rehabiliteringsrelevante prosjekter som jeg hadde møtt dem i tidligere, til å tro hadde særlig innsikt i det aktuelle temaet.

Jeg foretok 7 semistrukturerte intervjuer. Jeg ønsket en viss bredde innenfor det avgrensede universet som dette fagområdet utgjør, for å få maksimal variasjon innen tematikken jeg tar for meg. Jeg foretok imidlertid ikke noen sammenligninger av grupper mot hverandre, f.eks. om personer ansatt i helseforetak har andre meninger enn personer i private rehabiliteringsinstitusjoner, eller om ledere har andre meninger enn medarbeidere. Sammenligning var ikke poenget her, men variasjon ble likevel søkt for å få belyst problemstillingen best mulig. Informantene kom derfor fra flere forskjellige deler av det som grenser opp mot spesialisert rehabilitering. Jeg hadde informanter fra helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner, brukersiden, sentral helseforvaltning og miljøer som driver med den mer måletekniske siden av dette feltet. Dette gjorde slik at jeg fikk varierte ståsteder å hente informasjon fra. Etter 4 intervjuer merket jeg at de nye opplysningene jeg fikk inn begynte å sammenfalle med det jeg allerede hadde fra de andre intervjuene. Etter 7 intervjuer nådde jeg det punktet der jeg følte at ytterligere datainnsamling ikke ville føre til vesentlig ny kunnskap på området. I metodelitteraturen benevnes dette som metningspunktet (45).

Når man intervjuer, kommer man ikke utenom å ta hensyn til den rolle en har i intervjusituasjonen. Jeg har mitt daglige virke i Helsedirektoratet, som er en nasjonal helsemyndighet. Jeg jobber blant annet med forvaltningsoppgaver innen rehabilitering, samt at jeg sitter i gruppen for "overordnede kvalitetsindikatorer innen somatikken" som er opprettet som ledd i den treårige handlingsplanen for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (20). I tillegg er det opprettet en gruppe for kvalitetsindikatorer innen habilitering og

rehabilitering, men den deltar jeg ikke direkte i per i dag. Det er i denne profesjonelle rollen jeg har blitt oppmerksom på hvilke informanter som kunne være formålstjenlig å plukke ut til intervju i forbindelse med denne oppgaven. Jeg tenkte på forhånd, før jeg gikk i gang med arbeidet med denne oppgaven, at jeg ville måtte være spesielt oppmerksom på dette. Ville informantene kunne tenkes å holde noe skjult for meg? Ville de kvie seg for å tilkjenne en eventuell motstand mot at nettopp sentrale helsemyndigheter skulle foreta kvalitetsmålinger og –sammenligninger? Jeg håper at jeg gjennom redegjørelsen for hvordan etikken skal ivaretas i oppgaven (blant annet i informasjonsskrivet som informantene fikk utlevert på forhånd), at prosjektet er godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) og at personvernet er tatt hånd om etter alle regler som de setter, beroliget informantene mine slik at de kunne snakke fritt. Jeg kan nok likevel ikke helt utelukke at jeg for enkelte av informantene kunne ha den såkalte "evaluator-rollen (den skumle)". Jeg måtte også vokte meg for å havne i "ekspert-rollen (den som har kunnskapen)". Dette er et felt jeg både har kunnskap og meninger om, så det var en reell fare for at jeg ville kunne havne i denne rollen. Jeg har forsøkt å ha disse potensielle rollene i bakhodet når jeg har utført intervjuene og analysert mine funn i etterkant. Jeg førte også en logg i tilknytning til hvert intervju, for å dokumentere eventuelle observasjoner jeg gjorde blant annet knyttet til min rolle og informantenes måte å forholde seg til meg i løpet av intervjuet. Jeg greide ikke å fange opp noen tydelige tegn på at noen av informantene holdte tilbake ting jeg hadde hørt dem si ved andre anledninger, eller forsøkte å for eksempel snakke ekstra positivt om nasjonale myndigheter til meg siden de visste at jeg jobbet for disse. En kan likevel ikke se bort fra at ens egen rolle, og ikke bare måten en stiller spørsmål på, har betydning for utfallet av intervjuene.

Jeg tok opp intervjuene digitalt, og disse lydfilene utgjør oppgavens rådata. Jeg har brukt transkripsjon for å omforme lydfilene til tekst på papir. Det er viktig å være bevisst det at selve transkripsjonen ikke er en helt "nøytral prosess". *"Når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av hendelsen, også ved detaljert gjengivelse ord for ord"* (45). Jeg har transkribert så nært opp til det faktiske innholdet i samtalen som mulig, uten å bevege meg over i det "parodiske". En muntlig samtale vil alltid ha en noe annerledes form enn en skriftlig tekst. Resonnementene og setningene vil som regel være mer oppstykkede og ufullstendige, og kanskje underbygges eller forklares ved nonverbal kommunikasjon som ikke fanges opp på lydopptaket. For å best mulig få fram det reelle

meningsinnholdet, samt ikke gå i fella og risikere en utilsiktet latterliggjøring av informantenes uttrykk, har jeg redigert teksten litt mens jeg har transkribert. Dette er i tråd med det som i engelskspråklig litteratur omtales som "slightly modified verbatim mode" (45). Jeg har utført transkripsjonen selv, for å være sikker på at jeg har hatt et bevisst forhold til hvordan tale omdannes til tekst i alle intervjuene og for å gjennom transkriberingen bli bedre kjent med innholdet i intervjuene.

Transkripsjonen av mine 7 intervjuer resulterte i 105 sider med tekst. Dette er et relativt stort datamateriale, noe som gjorde det utfordrende å trekke ut den nødvendige informasjonen for å belyse problemstillingen. Malterud beskriver en metode kalt systematisk tekstkondensering (45), som jeg til en viss grad har benyttet. Denne metoden medfører at tekstanalysen gjennomføres i fire trinn:

1. Man danner seg et helhetsinntrykk
2. Man identifiserer meningsdannende enheter i teksten
3. Man abstraherer innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
4. Man sammenfatter betydningen av dette

Trinn 1 begynte jeg på under selve intervjuet, fortsatte med mens jeg gjorde transkriberingen og fullførte ved gjennomlesning av alle de transkriberte intervjuene. Tanken her er å bli godt kjent med materialet og dets innhold, men ikke henge seg for mye opp i enkeltdelene. Her vil en også utfordres til å sette sin egen forforståelse og sitt eget teoretiske rammeverk i bakgrunnen, slik at en mest mulig åpent suger inn totalinntrykket av materialet. Dernest forsøkte jeg å identifisere foreløpige temaer i teksten. Her kan det være en fordel om de foreløpige temaene en kommer fram til ikke nødvendigvis er de samme inndelingene som en opererte med på forhånd og i intervjuguiden, for da kan det være en indikasjon på at man greier å løsrive seg noe fra sin forforståelse og innta en "reell" induktiv innstilling til datainnsamlingen.

I trinn 2 av den systematiske tekstkondenseringen organiserte jeg den delen av dataene som jeg tenkte å bruke i oppgaven. Jeg skilte nå ut det som var relevant for å belyse problemstillingen. Dette inndelte jeg så i forskjellige meningsbærende enheter. Dette vil i praksis nærmest bety å kapittelindele datamaterialet. Her har jeg brukt forskjellige farger på

de forskjellige meningsbærende enhetene. Samme farge for de som tilhører samme enhet, eller kapittel.

I trinn 3 abstraherte jeg de meningsbærende enhetene jeg lagde i trinn 2. Jeg skrev dem da om til abstrakt mening. I denne prosessen begynte jeg å tolke materialet, ut fra mitt faglige perspektiv og ståsted. Jeg gjennomgikk hele det empiriske materialet, samtidig som jeg spurte meg om hva det kunne fortelle meg om problemstillingen jeg hadde valgt. I trinn 4 sammenfattet jeg det jeg skrev i trinn 3 i form av gjenfortellinger som skulle kunne legge grunnlag for ny kunnskap eller nye begreper. Jeg foretok her en analyse av materialet, og gjorde rede for hva jeg mente å ha funnet innenfor hvert tema. I løpet av trinn 4 endte jeg opp med en analytisk tekst som gjorde meg i stand til å identifisere hva som var selve resultatet i prosjektet. I resultatkapittelet gjengis noen ganger slik analytisk tekst, mens jeg flere steder har valgt å la direkte sitater illustrere funnene.

Systematisk tekstkondensering var en nyttig metode for å dra ut relevant informasjon fra det relativt store datamaterialet jeg satt med etter å ha transkribert 7 intervjuer. Det hjalp meg til å se noen mønstre i informasjonen som jeg ikke tror at jeg ville ha oppdaget uten bruk av den metodikken.

Det er tre begreper som er sentrale i en metodediskusjon, og det er begrepene refleksivitet, relevans og validitet (45). Refleksivitet omhandler et bevisst forhold til den påvirkning man har på sitt materiale. Det har vært av stor betydning å reflektere fortløpende over dette for å bevisstgjøre meg selv på hvilken bias en har til materialet og konklusjonene samt å åpent redegjøre for dette i oppgaven. Her har blant annet mine refleksjoner rundt egen rolle vært viktig i tolkningen av informantenes utsagn. Relevans går i dette tilfellet på om man med sin studie har bidratt med ny kunnskap. Det er viktig – ikke bare i forskning på høyere nivå – men også i en masteroppgave, at det man kommer fram til bidrar med ny innsikt og kunnskap på området. Dersom det bare er reproduksjon av allerede kjent viten får prosjektet lav relevans og liten reell verdi. Validitet kan deles inn i intern og ekstern validitet. Førstnevnte går på om vi har brukt de riktige spørsmål for å komme fram til svarene vi har fått. Dersom kartleggingen, i dette tilfellet intervjuene jeg skal gjennomføre, ikke har vært relevante for formålet vil ikke svarene jeg finner ha intern validitet. Ekstern validitet går på om det man finner har noen overføringsverdi. Sier det noe om virkeligheten ut over den konteksten en har

undersøkt? I dette tilfellet blir spørsmålet om det jeg vil finne har noen overføringsverdi for rehabiliteringsfeltet ut over de 7 informantene jeg har brukt. Dette er et vanskelig spørsmål, og her vil nok et bevisst forhold til hvilken metode man tar i bruk samt en samvittighetsfull og grundig redegjørelse for denne kunne øke den eksterne validiteten. Jo åpnere en er om hvordan resultatene har framkommet, jo mer etterprøvbart blir de for andre. Det at jeg etter hvert nådde det jeg oppfattet som et metningspunkt, som tidligere beskrevet, styrket min tro på at de resultater jeg samlet har fått inn i løpet av arbeidet er relevante for en bredere del av rehabiliteringsfeltet enn akkurat bare disse 7 informantene. Jeg fant altså at det var rimelig å anta at flere intervjuer ikke ville ha endret betraktelig på datamaterialets hovedpunkter. Følgelig har jeg også tro på at min analyse og mine konklusjoner har en viss overførings- og læringsverdi for dette feltet.

4 Resultater

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for mine funn. Disse har framkommet ved intervjuer av mine informanter, og analysering av tekstmaterialet jeg satt igjen med etter transkripsjon av intervjuene - slik som beskrevet i metodekapittelet. Noen av funnene refererer jeg indirekte til, mens andre redegjøres for ved hjelp av direkte sitater for best mulig å gjengi spesielt viktige eller representative utsagn.

4.1 Hva legger informantene i begrepet rehabilitering?

I denne delen av informasjonsinnhenting var jeg på jakt etter informantenes personlige oppfatning av innholdet i begrepet rehabilitering. Det er jo et begrep som er definert i forskrifts form, men definisjonen er såpass vid at det er rom for tolkninger hva gjelder begrepets betydning. Alle informantene syntes likevel samstemte i at det i rehabiliteringsbegrepet lå et element av å få hjelp til å "komme tilbake igjen". Tilbake til det funksjonsnivået en hadde før en skade eller sykdom inntraff, eller ihvertfall så høyt som mulig;

"Når ett eller annet fører til funksjonsnedsettelse, så er utgangspunktet for rehabilitering å bringe en så nært tilbake til utgangspunktet som mulig."

Mange trakk også fram at det ikke bare dreide seg om fysisk funksjonsnivå, men også mestringsperspektivet og deltagelsesperspektivet - inklusive et helsebegrep som strakk seg videre ut enn til bare helsesektoren:

"(...)å mestre tilværelsen i en totalitet bedre. Og det betyr ikke bare å mestre en fysisk funksjon, men på en måte å mestre livet sitt, som betyr at rehabilitering dreier seg ikke bare om helse men dreier seg også om de andre livsarenaene som er hjem, skole, arbeid...og dermed så kan vi både snakke om rehabilitering i en helsemessig forstand, men også sosial rehabilitering og økonomisk rehabilitering."

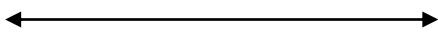
Tverrfagligheten gikk også igjen som et sentralt kjennetegn:

"At det må skje gjennom en tverrfaglig tilnærming, ikke en flerfaglig tilnærming – men tverrfaglig tilnærming. Man jobber sammen mot samme mål."

"Bruker i sentrum" og fokus på målavklaring var også gjengangere:

"Og hvis vi skal utvide den beskrivelsen litt da, så må det jo være at det må foregå en målavklaring, det vil si at det individet selv ønsker å oppnå som de allerede er klar over, blir kombinert med to andre ting – det ene elementet er en slags gradvis finsliping i forhold til hva som faktisk er realistisk og oppnåelig, det er der fagkompetanse og erfaring fra fagpersoner kommer inn, at det har sett så mange andre og har kunnskap og forskning tilgjengelig som gjør at de kanskje kan bidra til å modifisere de målene enten nedover eller oppover."

Når vi bevegde oss videre fra det rent definitoriske til å snakke om hvilke tjenester som inngikk i en rehabiliteringsprosess, og hva slags helsehjelp som eventuelt *ikke* var en del av rehabiliteringen, så avdekket det seg forskjeller. Formålet med denne øvelsen var å konkretisere hvilken helsehjelp som man skulle måle kvaliteten på når størrelsen "rehabilitering av god kvalitet" eventuelt skulle kartlegges. Disse forskjellene avspeilte seg i at informantene fordelte seg langs en akse som kan beskrives som følger:

Smalere definisjon  Videre definisjon

De som la seg på aksens venstreside var tydelige på at rehabilitering *ikke* utgjorde totaliteten av tjenester som må til for å oppnå rehabiliteringsmålene etter sykdom eller skade. Ingen oppga å ville sidestille begrepene opptrening og rehabilitering (som i tilfelle ville ha utgjort en enda smalere rehabiliteringsdefinisjon), men på aksens venstreside var det likevel tydelighet på at trening og tilhørende tiltak, såkalt «konservativ behandling», var essensen i rehabilitering. Eksempler på utsagn i denne retningen var:

"Jeg er ikke der at f.eks. en operasjon som er nødvendig for å komme deg igjen er en del av rehabiliteringen. Det kirurgiske eller det medisinske skal gjøre meg så frisk som mulig ut fra den skaden jeg fikk. Og så kommer du dit, og så finner du ut at ved den støtten eller treningen eller tiltaket så...dit skal vi klare å få deg. Og da blir det på en måte...det som er rehabiliteringen."

"(...)så tenker jeg at rehabiliteringen er det som skjer med den mer fysiske biten av det. Men forløpet kan være lenger og bestå av flere deler, men rehabilitering er en avgrenset del av det, da. (...) Hvis du får MS eller hjerneslag eller noe som svekker funksjonen veldig, så kan du ha behov for mye psykologisk oppfølging for eksempel, så tenker jeg ikke at det primært er en del av rehabiliteringen da, men mer en del av den totale helsehjelpen. Hvis du trenger noe annet, type omskolering eller annen tilpasning, for å få annen type funksjon eller for å klare det du tidligere klarte, så tenker jeg ikke at det er en del av rehabilitering, men en del av totalpakken er det jo. Forløpet er helheten, og jeg tror at rehabilitering er en del av forløpet."

Noen av informantene la seg midt i aksene, med en relativ vid forståelse av begrepet, men med særtrekk som tverrfaglighet som en "avgrensende faktor" opp mot øvrig helsetjeneste:

"Slik jeg ser det er mye av helsetjenesten for øvrig flerfaglig. Kanskje kjedet, men likevel flerfaglig. Mens det som skiller rehabiliteringen ut er den helhetlige tilnærmingen. Vi tror at det er ganske umulig å finne en tilstand der utelukkende fokus på opptrening av en funksjon er det som fører pasienten tilbake igjen i funksjonelle mønstre, og da tenker jeg i vid forstand."

Høyresiden av aksene utgjøres av de informantene som ikke mente at det var lett å skille ut noen tjenester som ikke tilhørende rehabiliteringsforløpet dersom et slikt var igangsatt. Skaden eller sykdommen var et faktum, og rehabiliteringen ble således et samlebegrep på den bistand som man da behøver for å komme seg på et så høyt funksjonsnivå som mulig:

"En bør ikke innsnevre rehabiliteringsbegrepet. Det å mestre hverdagen sin, være i stand til å møte de utfordringer som måtte komme i ditt daglige liv. Enten det er av fysisk eller psykisk karakter. Og skal du da ha god kvalitet i rehabiliteringen, så må det altså være tiltak rettet inn mot at du skal kunne mestre det som du nå ikke mestrer."

En annen av informantene sa:

"Ja, jeg klarer liksom ikke her og nå sitte å si at det er en tjeneste som ikke hører hjemme i en rehabiliteringsprosess...det ser ikke jeg for meg."

4.2 Hva legger informantene i begrepet rehabilitering av god kvalitet?

I dette kapittelet redegjør jeg for informantenes umiddelbare assosiasjoner og svar på de direkte spørsmålene jeg i intervjuene stilte om hva de la i begrepet "rehabilitering av god kvalitet". Svarene her bar preg av at dette var et av de innledende spørsmålene i intervjuene, og betraktningene var av mer overordnet og ikke så detaljorientert art. Når vi senere i intervjuet kom inn på hvordan kvaliteten på rehabiliteringen kan måles, ble samtalen og svarene som informantene kom med av vesentlig mer detaljert art. I disse detaljene kom det også fram bredere perspektiver på hvilke kvalitetsdimensjoner som er viktige innen rehabilitering. Istedenfor å slå sammen svarene på dette overordnede spørsmålet med de mer detaljorienterte svarene som kom senere i intervjuet, velger jeg her å framvise funnene separat. De overordnede perspektivene har en relevans i seg selv, for de sier noe om hva informantene ser på som "de store linjene" innenfor dette feltet. De mer detaljerte funnene, med fokus på måleperspektivet, gjengis i kapittel 4.3 og 4.4.

Gjennomgående hos alle informantene var at rehabilitering av god kvalitet fordret at bruker opplevde effekt av tiltakene sett opp mot de mål vedkommende hadde satt seg på forhånd. Som en av informantene uttrykte det:

"Jeg har en funksjon som er dårlig, og jeg håper at denne prosessen kan gjøre den bedre...og da er jo kvaliteten hvor bra den funksjonen er blitt."

Brukernes opplevelse av rehabiliteringsprosessen ble av mange framhevet som et annet viktig aspekt av rehabilitering av god kvalitet, som et supplement til det mer "objektive" funksjonsforbedringsmålet:

"Et annet aspekt er hvordan opplevelsen gjennom rehabiliteringsprosessen er da. Alle møtene med aktørene, hvordan er det å være en del av denne prosessen? Det er jo også en veldig sånn...viktig kvalitets....et viktig kvalitetsperspektiv. Og jeg ser jo...jeg har lest mye om dette også i forhold til type brukerundersøkelser. Det er jo ganske mange som sier at de er fornøyde med resultatet av tjenesten, men de er ikke fornøyde med hvordan tjenesten er blitt utøvd."

Flere av informantene trakk fram flere elementer fra kvalitetsstrategiens definisjon av tjenester av god kvalitet. I tillegg ble dette med at tjenestene måtte være godt koordinerte framhevet spesielt:

"Jeg vil trekke fram litt av de elementene som vi definerer kvalitet med i helsetjenesten, altså de klassiske er at det må være tjenester som er trygge, sikre, forutsigbare...i rehabiliteringssammenheng så tenker jeg spesielt at det er noe som peker seg ut som ekstra viktig...dette med koordinerte tjenester, at tjenestene er koordinerte, det er noe vi får tilbakemelding på fra brukere at det er et kjerneproblem i rehabilitering at man opplever å få ulike tjenester, men at de er i liten grad koordinerte."

Av andre elementer som går på hva som kjennetegner rehabilitering av god kvalitet blant mine informanter kan nevnes:

- Tverrfaglig samarbeid
- Fokus på deltagelse, blant annet arbeidsdeltagelse, sosialt og i samfunnet.
- Tilstrekkelig grad av intensitet i oppfølgingen.
- Individuell tilpasning til hver enkelt bruker.
- Fokus på og tiltak knyttet til eventuelle kognitive og kommunikasjonsbaserte utfordringer, ikke bare fysiske

4.3 Hvordan mener informantene at kvaliteten på rehabiliteringen kan måles?

Noen av informantene assosierte umiddelbart dette spørsmålet med nasjonale kvalitetsindikatorer. I de tilfellene passet jeg som intervjuer på å stille spørsmålene litt videre, slik at en åpning for også å snakke om eventuelle andre måter å måle kvalitet på ble gitt. Andre informanter anla på eget initiativ både et bredt fokus på kvalitet og kvalitetsmålinger generelt og et mer spisset ett på nasjonale kvalitetsindikatorer.

Jeg har her sortert mine funn i underkapitler som tilsvarer de forskjellige dimensjonene i definisjonen av tjenester av god kvalitet i kvalitetsstrategien. De fleste uttalelsene som

informantene mine kom med når det gjelder spørsmålet om måling av kvalitet innen rehabilitering gikk på dimensjonen *virkningsfulle* tjenester.

4.3.1 Måling av om tjenestene er virkningsfulle

Når man skal vurdere om en rehabiliteringstjeneste er virkningsfull, så viser mine funn at det er sentralt å relatere virkning til mål. Dersom målet med rehabiliteringsprosessen er å bedre kroppsfunksjoner, så er det hvorvidt disse faktisk er blitt bedret som må måles. Likeledes må mål som går på aktivitet og deltagelse måles på det de tok sikte på av måloppnåelse innenfor de områdene.

Det finnes funksjonsvurderingsverktøy som måler langs en eller flere av disse aksene – kroppsfunksjon, aktivitet og deltagelse. Flere slike er i følge mine informanter i bruk i tjenestene, men det er ikke satt i system at forskjellige rehabiliteringstjenester skal bruke samme eller like funksjonsvurderingsverktøy. En av informantene sa:

«Da må man dokumentere og sammenligne. Og da må man ha noen fellesverktøy. Her må det ligge noen nasjonale retningslinjer, noen føringer på...overordnet...som sier at det og det og det skal gjøres.»

En annen sa:

«Du har sånne litt grovmaskede måleverktøy som er beregnet på populasjonsnivå – altså at når du har 150 pasienter innom innen et halvt års tid. Så har du et grovmasket vurderingsverktøy, så fanger du opp om du generelt og gjennomsnittlig har framgang på ting. Men de er så grovmasket at de ikke fungerer på individnivå. Så du må jo supplere med sånne mindre enkeltverktøy da, som fokuserer på bestemte områder.»

Det var jevnt over enighet om at det ville være fordelaktig med mer eller mindre standardiserte måleverktøy hva gjelder funksjonsnivå og fram- eller tilbakegang i dette. Noen mente at nasjonale myndigheter måtte benevne konkrete måleinstrumenter som skulle benyttes av alle sammenlignbare tjenester, mens andre sa at det holdte at nasjonale myndigheter anga hva som skulle måles og hvilke krav til måleverktøyene denne målingen ville stille. Så kunne valg av konkret verktøy bli opp til den enkelte tjeneste:

«(...)verktøyene skal kunne snakke med hverandre. Men jeg er ikke opptatt av den eller den eller den og med ulike navn på de verktøyene. Men standardiser prosessen, og hva som skal dokumenteres. Det synes jeg er viktig. Og så kan det være forskjellige verktøy. Men kravene til verktøyet må støtte den standardiserte prosessen.»

De av informantene som var mest kjent med og fortrolig med standardiserte måleverktøy trakk fram viktigheten av at disse totalt sett skulle bidra til å si noe om måloppnåelse både innenfor kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse – det med å komme ut i jobb igjen var det hyppigst nevnte eksempelet på sistnevnte.

Innenfor temaet virkningsfulle tjenester var det mest fokus på å gjøre målinger som sa noe om resultat og effekt av tjenestene. Mange trakk da også fram at det var det som var viktigst å fokusere på. En av informantene sa på direkte spørsmål om dette:

«Ja, effektmål, resultatmål. Definitivt. Struktur- og prosessmål er mer egnet for å si at sånn skal det være på alle institusjoner. Du må ha på plass så og så mange yrkeskategorier. Skal du drive med dette du skal drive med, så tilsier all best practice og evidens at du må ha det sånn og sånn og sånn. Så det er et sånt krav som ligger i bunnen da, som man må bli enig om. Og så kommer da...javel, men hvordan bruker du det da, det du har? Gir det den effekt du vil ha? Og det er det du egentlig må måle.»

Dette med å fokusere på struktur- og prosessrelaterte kvalitetsmålinger og –indikatorer ble ikke framhevet som viktigere enn resultatrelaterte sådanne av noen av informantene. Noen uttrykte imidlertid sterkere enn andre at disse var viktige supplementter til evalueringen av rehabiliteringens kvalitet:

«(...)fordelen med å ha det sammen med strukturindikator er at det sier noe om rammene for resultatet. Finnes det basseng eller sånne ting. Du bør ha begge sammen for å si noe om hvorfor du fikk de og de resultatene. Og prosessen kan også være bra, for den sier noe om hvordan du har oppnådd de resultatene. Er det slik at de som klarer å få pasientene raskt gjennom et behandlingsforløp får gode resultater eller er det tvert i mot. De som bruker tid får de gode resultatene. Ja. Så det er noe med at resultatindikatoren...veldig morsom og veldig spennende og lett å kommunisere rundt. Men de andre indikatorene er med på å nyansere bildet da.»

Et annet moment som ble diskutert med informantene mine var hvilken del av tjenestenes virkningsgrad som skulle måles - effekten av alle tiltakene i hele forløpet samlet eller hvert enkelt ledds kvalitet. Her var informantene rimelig samstemte i at effekten av hele forløpet hadde mye å si, spesielt for den enkelte bruker, da det var et uttrykk for hvor "bra" brukeren ble fra vedkommende ble rammet av en sykdom eller en skade og til helsevesenet (eventuelt med bistand fra andre sektorer) var ferdig med oppfølgingen. De var imidlertid også samstemte i at det likevel ikke betød at man ikke måtte måle hvert enkelt ledd av kjeden som pasientforløpet utgjør. Det var helt avgjørende for å vite hvor det var forbedringspotensiale og hvor forbedringstiltak burde igangsettes. Som en av informantene sa:

"Jeg tror man må fokusere på å måle enkeltelementene. Hvis man ikke er fornøyd med outcome, så må man vite hvor man skal forbedre seg. (...) For hvordan kan man ellers jobbe med forbedring, hvis du ikke vet hva som skjedde... hvor det sviktet? Da blir det veldig lett å sitte og peke på hverandre."

Her var det for øvrig flere som trakk fram at det var et behov for større grad av standardisering av pasientforløpet innen rehabilitering, for å sikre at man drev kunnskapsbasert og uten for mye uhensiktsmessig variasjon i tilbudet. Standardiserte pasientforløp ville også kunne lette arbeidet med å få til gode målinger av kvaliteten i pasientforløpet, mente flere.

Et moment som ble trukket fram av flere av informantene var viktigheten av at utvalget var tydelig avgrenset og konkretisert når man skulle iverksette målinger av om tjenestene er virkningsfulle:

"Du må finmaske det mer enn å bare si rehabilitering. En må lage undergrupper."

4.3.2 Måling av om tjenestene er trygge og sikre

Trygge og sikre tjenester er også en av de seks dimensjonene i det kvalitetsbegrepet som jeg tar utgangspunkt i i denne oppgaven. Det var ikke så mange av informantene som spesielt trakk fram denne dimensjonen i diskusjonen om kvalitet innen rehabilitering. Flere nevnte trygge og sikre tjenester som ledd i kvalitetsdefinisjonen, men de fleste framhevet at måling av virkning nok var et område der "skoen trykkes" mer på rehabiliteringsområdet. En av informantene sa, knyttet til diskusjonen om kvalitetsindikatorer:

"Og så finnes det jo andre kilder til informasjon. Det finnes klager til fylkeslegen, det finnes pasientskadeerstatnings...å se på saker der, man kan se på Helsetilsynet...hvor de griper inn, hva sier de, hva er deres formening...så det finnes jo andre kilder til...og så finnes det også en form for meldeplikt på uheldige hendelser eller potensielt uheldige hendelser. Alt det er jo viktige kilder for å liksom supplere begrepet kvalitet. Men mange av de går kanskje veldig på pasientsikkerhet, og de går veldig på de veldig dramatiske tilfellene...kanskje. Og at kvalitetsindikatorene også kan klare å måle det som er...de fleste har jo ikke en uheldig hendelse når de kommer på sykehuset. Vi kan måle det som er litt mindre dramatisk, hvor det ikke er liv og død som står på spill."

En ting som ble trukket fram som viktig her var at man kunne dokumentere at man fulgte internkontrollforskriften og hadde et kvalitetssystem. Sertifiseringer, f.eks. ISO-sertifisering, ble av flere trukket fram som en god indikasjon på at man hadde dette på plass.

4.3.3 Måling av om tjenestene er samordnet og koordinert

Samordnede og koordinerte tjenester ble av mange informanter trukket fram som særlig viktig innenfor rehabiliteringstjenester. Flere trakk fram at selve definisjonen på en måte legger opp til det, ved at rehabilitering er prosesser *"...hvor flere aktører samarbeider om å..."*.

Individuell plan og koordinator er potensielt viktige elementer i en rehabiliteringsprosess, og formålet med disse er da også å *"sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud"* (12).

En av informantene uttrykte det slik:

"(...)i rehabiliteringssammenheng så tenker jeg spesielt at det er noe som peker seg ut som ekstra viktig...for eksempel dette med koordinerte tjenester, at tjenestene er koordinerte (...)"

Det med at spesialisthelsetjenesten hadde et fokus på å samhandle med kommunene og drev med utadrettet virksomhet, f.eks. ambulant pasientoppfølging, ble av flere trukket fram som noe man kunne måle og som var viktig for å oppnå velkoordinerte tjenester.

4.3.4 Måling av brukervedvirkning og -erfaringer

I likhet med samordnede og koordinerte tjenester var også brukervedvirkning framhevet som spesielt viktig innenfor rehabiliteringsfeltet av mange av informantene. Også dette hadde

blant annet sitt utspring i definisjonens ordlyd, der brukeren fremheves spesielt; "(...)å gi nødvendig bistand til **pasientens og brukerens egen innsats** for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

En av informantene sa:

"Jeg må forsøke å myndiggjøre brukeren på en måte til å ta ansvar for egen prosess. Og det er klart at det er helt sentralt i forhold til at brukeren vil oppleve at det er kvalitet i rehabiliteringen."

Brukererfaringsundersøkelser ble trukket fram av samtlige informanter. Det vekslet imidlertid litt om informantene så på dette som en del av denne kvalitetsdimensjonen eller som en del av dimensjonen virkningsfulle tjenester. For det å måle om brukererfaringer ble gjort eller ei kan sees på som en slags prosessindikator innenfor dimensjonen brukermedvirkning/brukerrefaring - med svar av typen "ja, vi har foretatt en brukererfaringsundersøkelse". Men det å spørre om hvor fornøyd bruker er med rehabiliteringen blir like gjerne en del av kvalitetsdimensjonen virkningsfulle tjenester. Og som en av informantene sa, en kan også oppleve at en bruker er fornøyd med effekten av oppfølgingen, men ikke med totalinntrykket av tjenesten:

"Det er jo ganske mange som sier at de er fornøyde med resultatet av tjenesten, men de er ikke fornøyde med hvordan tjenesten er blitt utøvd. Så for meg er det de to, hvordan er funksjonsnivået blitt...det er det ene. Og opplevelsen igjennom prosessen...det er også veldig viktig i en kvalitetsmåling, da."

Noen uttrykte også litt skepsis til om brukererfaringsundersøkelser kunne fungere som et godt resultat-/effektmål:

"...dette brukerperspektivet, denne brukerundersøkelsen...det er noe helt annet. Og det gir ofte ikke uttrykk for om vi får effekt av et opphold eller ei, det kan jo hende at vi har dårligst effekt da på den som er mest tilfreds. Fordi vi har på stell alt dette. Vi har gode måltider, vi har internettforbindelse...ikke sant? Og så videre. Men brukeren har jo ikke kommet i jobb igjen, og har det jo egentlig like ille som før. (...)Så det med brukerundersøkelse er nok en dårlig parameter. Men den vil jo si noe den også."

Andre mente at brukerundersøkelser hadde en viktig funksjon knyttet til dette med å være en påminner om hvem som faktisk er mottager av helsetjenestene:

"Jeg tror pasienterfaringsundersøkelser er veldig viktige. I dag forventer man god kvalitet. Det kan selyfølgelig være noen småting som kan være prikken over i'en, eller det som gjør slik at man sier at dette ikke var bra. Men man må være ydmyk overfor pasientenes ståsted. Og da tenker jeg av og til at er det blitt så presset i helsetjenesten at man glemmer at oi – her var det jo en person."

Viktigheten av at brukerundersøkelsene var kvalitativt og metodisk gode ble trukket fram av samtlige. En sa:

"Det er veldig viktig å ha gode undersøkelser. De brukerundersøkelsene som man har inne i systemet i dag, de er på en måte metodisk gode, og blir gjort av kunnskapssenteret og de har veldig mange justeringer og sånn, slik at de skal på en måte være objektiv selv om det er en brukerundersøkelse. Så er det jo en annen type undersøkelse der man kan gå ut en dør og trykke på en rød, orange eller grønn knapp. Slike har du og. Det ville jeg ikke ha hatt inne i et kvalitetssystem. Det blir for usikkert. Dersom jeg har en dårlig dag, så kan jeg trykke rødt. Det blir litt sånn...nei takk. Men å prøve å sette det i system, det tror jeg faktisk...jeg tror man kan få, jeg tror man kan lære veldig mye av å høre på de som bruker tjenestene. Og PasOpp-undersøkelsene de synes jeg er bra."

Flere trakk også fram at det kunne ha en verdi i seg selv, for eksempel som en prosessindikator, å måle om de forskjellige instansene som ga spesialisert rehabilitering hadde et system for brukermedvirkning eller ikke (for eksempel om det ble gjennomført brukerundersøkelser eller om de hadde et brukerråd).

4.3.5 Måling av ressursutnyttelse

Ressursutnyttelse var en ting som flere av informantene mente var viktig, men vanskelig, å måle innen rehabilitering. Flere mente at igangsettelse av nye rehabiliteringstiltak i en behandlingsskjede ville kunne medføre en kortsiktig økning av utgiftene til helsevesenet, men at de på lang sikt ville kunne være samfunnsøkonomisk nyttig. Kort sagt: at bruk av ressurser på rehabiliteringstjenester var god ressursutnyttelse. Flere trakk imidlertid fram at det kunne være krevende å få til gode målinger på dette:

"(...)dette med den samfunnsøkonomiske effekten. Det har vi diskutert litt rundt. Det å måle brukerens effekt er en ting, men det å måle den samfunnsøkonomiske effekten, gevinsten. At

du får noe ut av det du putter inn. Det vil jo være interessant å ha noen effektmål på, i den grad det er mulig."

En annen sa:

"Hva slags rehabilitering må til for at du skal kunne klare deg bedre hjemme. Hvordan løser en slike oppgaver? En selvhjelpenhet vil jo også gi en økonomisk gevinst for samfunnet, pluss en personlig gevinst. Du klarer selv. Det er jo også gjort den del forskning på dette – folk blir utfordret i hjemmet og sånt. Men drøftninger rundt hva det skal være og kostnadssiden og hva du kan spare er ofte litt usynlig her."

Flere av informantene trakk fram spesielt to forhold som litt mer "lavhengende frukter" hva gjelder måling av ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi, og det var unngåelse av institusjonalisering på den ene siden og økt arbeidsdeltagelse på den andre. Dersom rehabiliteringstiltak kan forebygge innleggelse på institusjon, for eksempel sykehjem, så ville det være mulig å lage regnestykker og målinger på den samfunnsøkonomiske effekten av det. Likeledes arbeidsdeltagelse - et forhold der det var mulig å lage regnestykker på hva samfunnet "fikk igjen" for investeringen i rehabiliteringstjenester.

Av øvrige ting som ble trukket fram var rehabiliteringens (tertiær-)forebyggende effekt - ved å få tidlig rehabilitering kan man forebygge andre følgetilstander og -lidelser av en sykdom eller en skade. Dette kan det også puttes en verdi på.

Spørsmålet om ressursutnyttelse ble også omtalt på den måten at det å sette kvalitetsmålinger på om tjenestene er virkningsfulle opp mot de aktuelle tjenestene budsjett og rammebetingelser kunne være en måte å regne på og måle graden av god ressursutnyttelse.

4.3.6 Måling av om tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Samtlige informanter trakk fram det å følge med på om tjenestene var rettferdig fordelt uavhengig av geografi som et av de viktigste elementene ved kvalitetsmålinger spesielt og helsestatistikk generelt. Helsestatistikk ville kunne gi indikasjoner på om det ble gitt mer eller mindre (per 1000 innbyggere) av en helsetjeneste, i dette tilfellet rehabilitering, i for eksempel en region enn en annen. Kvalitetsmålinger ville kunne gå et skritt videre og si noe om kvaliteten på de rehabiliteringstjenestene som ble gitt var forskjellig fra et sted til et annet.

Flere informanter trakk fram at strukturindikatorer kunne si noe om tilgjengelighet på et behandlingssted. En kunne for eksempel ha strukturindikatorer på universell utforming, tilgjengelighet for rullestoler etc. Tolketjeneste, hvorvidt man har dette eller ikke, ble også trukket fram som en mulig indikator i så retning:

"Tolketjeneste er også et viktig tiltak, for å sikre tilgjengelighet også for grupper som ellers ville ha hatt vansker med å benytte seg av tilbudet."

4.4 Hva mener informantene om nytteverdien av å gjøre kvalitetsmålinger innenfor rehabilitering?

Et av hovedtemaene i intervjuene var om informantene mente at fordelene ved å utføre kvalitetsmålinger innen spesialisert rehabilitering var større enn ulempene. Bakteppet for denne tematikken er at man av og til støter på skepsis i tjenestene spesielt rettet mot presisjonen i kvalitetsmålingene. Og dersom presisjonen er dårlig, altså dersom det som måles i realiteten er dårlige mål på kvalitet, vil også bruken av målingene kunne få uhensiktsmessige utfall. Samtlige informanter mente imidlertid at det var viktig å komme i gang med kvalitetsmålinger på rehabiliteringsfeltet. En sa:

"En kommer ikke utenom det. Det skulle bare mangle, mener jeg, at myndighetene som skal betale dette her, må kunne stille krav om at det er effekt. Da må man dokumentere og sammenligne. Og da må man ha noen fellesverktøy."

Informantene mente heller ikke at eventuell dårlig presisjon i målingene var et godt argument for å ikke gjennomføre dem. En sa:

"(...)at det er svakheter ved et system er ikke noe argument for å ikke innføre det. Så lenge en er klar på hvorfor en har innført systemet, og har fokus på det, så må man bare jobbe med å bedre kvaliteten på det systemet viser. Sånn må det være innenfor rehabilitering også, det er ikke annerledes. Jeg tror vi er så redde for dårlige nyheter, dårlige tilbakemeldinger...at det vi holder på med ikke er bra nok, at vi ikke vil ha systemet av den grunn."

Informantene var likevel tydelige på at man måtte være ydmyk for at målingene kanskje ikke fullt ut ga et representativt bilde av virkeligheten, særlig ikke i startfasen av en type måling. I tillegg var flere tydelige på viktigheten av god presentasjon av resultatene, med fokus på

framstillinger som kunne gi mening uten nødvendigvis å måtte lese en lang og forklarende tilleggstekst. "Megetsigende" søylediagrammer der det står med liten skrift at en må være forsiktig med tolkningen av tallene ble av flere sett på som en risiko for at de som bare leste overfladisk kunne konkludere på feil grunnlag;

"Det er skummelt å vise tall. Tall er slagkraftig i argumentasjon, og brukt feil så er det skummelt."

Mange av informantene var tydelige på at en ikke måtte innføre så mange målinger og registreringsskjemaer at det gikk for mye ut over den tiden en har til rådighet til pasientoppfølging. Dersom en innførte en ny registrering innen spesialisert rehabilitering burde en også vurdere å fjerne en annen, eldre og mindre nyttig registrering.

Når det gjelder bruksområdene til kvalitetsmålinger innen rehabilitering, så skilte de fleste informantene ut tre primære grupper av mottagere av slike: nasjonale myndigheter, tjenesteapparatet og brukerne/pasientene. Dette er i stor grad i overensstemmelse med det som står om bruksområde for det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet i *"Rammeverket for det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet"* (21). For nasjonale myndigheter ble det trukket fram at kvalitetsmålinger kunne brukes til dette med å følge med på om bruken av midler til rehabilitering kunne forsvares, følge med på om bruker- og pasientrettighetene ble oppfylt i hele landet, prioritering mellom satsning på forskjellige type tiltak og sikring av at faglige anbefalinger i retningslinjer og pakkeforløp ble fulgt. Noen mente også at det potensielt kunne brukes til finansiering av tjenestene, men her fordelte informantene seg langs en akse der noen på den ene siden mente at man ikke burde blande finansiering inn i kvalitetsmålingene mens noen på den andre siden mente at dette var en bra måte å stimulere til god kvalitet på. En av informantene sa:

"Og da må vi jo forvente at etter hvert som disse indikatorene blir drillet, og vi vet at disse indikatorene faktisk gir noen svar på effekt, så kan vi jo da i neste omgang ha en knytting mot betaling her. Ikke sant? Pay for performance, som vi har snakket om tidligere. Men det er jo noe som ligger litt lenger fram. Først må en se at dette er robuste indikatorer, som faktisk måler det en er ute etter, og så må en da si noe om at...ok, leverer en da, så kan en få betalt for det."

En annen informant knyttet en kommentar til at det med å knytte penger til kvalitetsmålinger, innføre kvalitetsbasert finansiering, kunne bidra til økt fokus på kvalitet:

"Det er kanskje synd at det må henge penger på ting for at det skal få oppmerksomhet. Men det er gevinsten. Du begynner å snakke om kvalitet."

Det var flere synspunkter på hvem som burde motta de økonomiske stimuleringsmidlene i en modell for kvalitetsbasert finansiering innen rehabilitering. Noen mente at de som leverte god kvalitet burde få en økonomisk gevinst, til inspirasjon for dem selv og andre. Andre mente at penger burde gå til de som klarte å kvalitetsforbedre sitt tilbud. Mens atter andre mente at penger burde gå til de som ikke klarte å levere god kvalitet, for å hjelpe dem opp på et høyere nivå;

"(...)invester nå inn pengene når vi er der vi er i Norge, til de som faktisk trenger kvalitetsforbedring. Og ikke gi penger til de som allerede er gode."

For tjenesteapparatet ble det trukket fram at kvalitetsmålinger kunne brukes til lokal kvalitetsforbedring langs alle kvalitetsdimensjonene. En informant sa det på følgende måte:

"Hvis man blir gjort oppmerksom på at man har dårligere effekt enn en annen institusjon.(...) Det å kunne si til ansatte her at, hør her, vårt opplegg viser at vi gir ikke den effekten som den andre institusjonen, eller eventuelt det de andre i snitt gir i Norge, dette kan ikke vi være bekjent av. Da må vi være nysgjerrige, hva er det disse gjør som ikke vi gjør? Hva gjør de annerledes enn oss. Vi må ut å lære, vi må ut å nytenke, eventuelt også for å gjøre det enda bedre enn konkurrentene da i neste omgang. Men uten at du har på en måte fått den informasjonen om hvordan du ligger i forhold til enkeltinstitusjoner i Norge...så går det ikke. Og vi har jo en verden utenfor også. Det er jo heller ingen god tanke at folk skal bli mye raskere friske, og mye friskere, hvis de holder til i USA enn de gjør i Norge. Det er ingen god tanke å leve med. Men igjen da, så har vi jo ikke noe mulighet til det i dag. Så vi skulle jo gjerne ha hatt det. Det ville jo ha vært utrolig inspirerende for oss. Og selvfølgelig, hvis vi var best, så er jo også det en stor motivator. For da kan du jo slå deg på brystet og si at vi har gjort en god jobb. Og det er jo veldig motiverende. Men det er ingen sovepute, for det å bli framhevet som best i klassen, det forplikter jo veldig. Så det er utrolig mye bra som ligger i denne typen tilbakemelding, og som vi går glipp av per i dag."

Flere av informantene trakk i denne sammenhengen fram at resultatet av kvalitetsmålingene kunne være et bra verktøy for å utøve ledelse i organisasjonen/virksomheten.

For brukerne/pasientene ble det trukket fram at kvalitetsmålinger kunne hjelpe brukerorganisasjoner til å følge med på om bruker- og pasientrettighetene for deres grupper ble oppfylt. I tillegg trakk mange fram at kvalitetsmålinger og publisering av resultatene disse ga ville være til hjelp for pasientene når de skulle foreta informerte valg i ordningen med fritt behandlingsvalg:

"Og så er det jo litt sånn som de prosessene som går nå på at pasienten/brukeren selv skal kunne ta informerte valg om hvor hun eller han ønsker sin behandling eller i dette tilfellet rehabilitering da. Så tenker jeg at gitt at disse...i hvert fall på den siste gruppa da...for pasienten/brukeren...så fremst det framstilles på en pedagogisk måte og svarer på det som pasienten lurer på når de skal ta sine informerte valg. Så tenker jeg at det kan være nyttig."

Når det gjelder det med fritt behandlingsvalg og fritt rehabiliteringsvalg så merket jeg en viss polarisering intervjuobjektene imellom, der de som var nærmest brukersiden og de private rehabiliteringsinstitusjonene var mest positive til akkurat det med brukers frie valg av behandlingssted, mens de fra helseforetakssiden så større utfordringer enn fordeler med dette.

5 Diskusjon

Rehabiliteringsbegrepet har vært både omdiskutert og hyppig referert til i de senere års reformer, strategier og handlingsplaner på helseområdet. Det er et begrep som mange synes å være enige om at representerer et felt som burde ha vært prioritert høyere, men når man går saken nærmere etter i sømmene avdekker det seg etter min erfaring ofte problemer med å være sikker på at man snakker om det samme. Dette kan henge sammen med at definisjonen har blitt mer og mer utvidet, for å understreke at rehabilitering ikke er det samme som det noe enklere begrepet opptrening. Effekten med å utvide forståelsen av begrepet har nok inntruffet, men altså muligens med den konsekvens at det nå har blitt noe vanskeligere å være sikker på hva man snakker om når man snakker om rehabilitering. Denne definatoriske vagheten avspeiler seg også i at det synes vanskelig å trekke klare grenser mellom hva som er kommunen sitt ansvar på området og hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar. Blant annet derfor er spørsmålet om ansvarsavklaring et stadig tilbakevendende spørsmål hver gang rehabilitering nevnes i en stortingsmelding eller annen sentral nasjonal utgivelse på helseområdet.

Denne definatoriske vagheten avspeilet seg også i intervjuene med mine informanter, på den måten at de alle hadde litt forskjellig forståelse av begrepet - selv om de alle var særlig informerte på området. Fra hvert sitt ståsted. Det at de fordelte seg på en skala mellom en vid og en snevrere avgrensning av hva begrepet inneholdte og hva det ikke inneholdte, illustrerer slik jeg ser det noe av problemene med å si at "det skal satses mer på rehabilitering" og lignende i nasjonale strategier og handlingsplaner. For hva er det som det skal satses på? Hele helsevesenet som skal bistå en pasient når denne har fått en sykdom eller skade? Eller de delene av helsehjelpen som omhandler mer trenings- og stimuleringsbaserte "konservative" tiltak?

En ting er å "satse" på et felt innen helse. En annen ting er å måle resultatet av intervensjon innen helse. Jeg har ofte støtt på skepsis til nasjonale kvalitetsmålinger innen rehabilitering; "en sammenligner epler med pærer". Og gitt den litt vage definisjonen av dette fagfeltet er det kanskje ikke så rart at mange ser en risiko i at noen vil legge for stor vekt på sammenligninger mellom ikke-sammenlignbare størrelser. Samtidig hører en ofte, spesielt fra brukerorganisasjoner på den ene siden og nasjonale helsemyndigheter på den andre siden, at

vi er nødt til å skaffe oss mer kunnskap om kvalitet ved og effekt av det vi bruker våre midler på innen helse - herunder rehabilitering.

Intervjuene ga meg mye materiale å analysere på akkurat dette feltet. Informantene syntes bevisste på denne problemstillingen, og når man sammenfatter deres samlede innspill så avtegner det seg et bilde av nødvendigheten av å konkretisere før man begynner å måle. Slik at når man skal publisere målingene, og eventuelt bruke resultatene av dem til noe, så framkommer det klart hva man har målt og hvilke forhold man bør være oppmerksomme på når man gjør sammenligninger. Den samme type diskusjon rundt resultatene av en måling er det man finner i Kunnskapssenterets rapport om kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse (46). Der diskuterer man hvordan denne kvalitetsindikatoren kan og bør leses. En skjødesløs tilnærming til indikatoren ville kunne ha ført til at man hadde sammenlignet sykehus med hverandre, og framstilt det sykehuset med høyest overlevelse som "best". Det ville imidlertid ikke nødvendigvis ha gitt et riktig bilde av behandlingskvaliteten ved de aktuelle sykehusene. Som Kunnskapssenterets rapport viser så er det en rekke tilleggsmomenter som må tas hensyn til, for eksempel:

- Kodepraksis. Her kan det foreligge variasjon, som kan påvirke resultatet av indikatoren - for eksempel knyttet til hvilken diagnose som blir stående som hoveddiagnose.
- Funksjonsfordeling mellom sykehusene. Forskjellige sykehus tar i mot pasienter med tilstander av forskjellig alvorlighetsgrad. Sykehus som tar i mot de "enkleste" pasientene kan således få en høyere overlevelse uten at det reelt sett sier noe om deres behandlingskvalitet.
- Størrelsen på sykehuset. Den statistiske usikkerheten er større på et mindre sykehus, grunnet "de store talls lov", hvilket kan beskrives som følger: "Når et stort antall tilfeldigheter sees under ett, så forsvinner på et vis det tilfeldige og erstattes av en nær deterministisk lovmessighet" (47). Tall som omfatter et lite pasientgrunnlag må derfor tolkes med større forsiktighet.

På rehabiliteringsfeltet vil det kunne være mange slike forbehold som bør tas, avhengig av hvor konkret den eventuelle kvalitetsindikatoren er definert og avgrenset. Forhold som kan påvirke utfallet av en resultatindikator innen rehabilitering er for eksempel; hvilket type

rehabiliteringsopphold har pasienten hatt (kompleks døgnerhabilitering, enkel døgnerhabilitering, sekundær rehabilitering, poliklinisk rehabilitering, treningsopphold, vurderingsopphold etc), hvilken diagnose og prognose har pasienten, hvilke funksjonsutfall har pasienten, hvilken alvorlighetsgrad av diagnosen har pasienten, hvor i forløpet er pasienten, kjønn og alder, hvilken komorbiditet har pasienten (noen typer komorbiditet vil ikke en gang framgå av rapporteringen til NPR, da kun det som er relevant for innleggelsen skal kodes) og ikke minst lengden på rehabiliteringsoppholdet. Alt dette kan framstilles i et diskusjonskapittel knyttet til en resultatindikator, på samme måte som man har gjort i tilfellet 30 dagers overlevelse. Jeg sitter imidlertid med et samlet inntrykk fra mine informanter om at det er en risiko for at slike forbehold i prosatekst fort kan bli forbigått når man ønsker å sammenligne forskjellige behandlingssteder.

Det jeg sitter igjen med som den potensielt mest ønskede løsning på dette området etter analyse av mine resultater, er *veldefinerte og klart avgrensede* kvalitetsindikatorer og -målinger innenfor rehabiliteringsfeltet. Dersom indikatorene ikke er såpass vide som "effekt av rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten", men mer er avgrenset ned til effekt av en viss type intervensjon av en viss intensitet og en viss varighet for en konkret type pasienter, så vil tallene en sitter igjen med som resultat av målingene være mindre risikofylte å bruke uten å ha lest hele metodekapittelet som følger med. De av informantene mine som uttalte seg spesifikt om dette syntes relativt samstemte i at en måtte sikre seg at målingene i utgangspunktet var så spesifikke at de ga mening uten en lang tilleggsforklaring.

Under forutsetning av at man gjorde nødvendige avklaringer, definerte utvalg og inklusjons-/eksklusjonskriterier, så var det konsensus om at målinger av kvalitet innenfor rehabiliteringsfaget var ønskelig. Her var det ganske stor tydelighet på viktigheten av å ikke "sammenligne epler med pærer". Ovennevnte konkretisering av eksakt hva som skal måles var ment å sikre at relativt like størrelser ble satt opp mot hverandre. I min analyse av mine resultater er det imidlertid ikke nødvendigvis slik at jeg har kommet fram til at man ikke bør sammenligne forskjellige typer tilbud med hverandre. Tvert i mot så kan sammenligninger på tvers av tilbudstyper være av det gode, da det kan gi en indikasjon på hvilken type oppfølging som er å foretrekke for den aktuelle gruppen. Men det må framkomme tydelig hva som er hva i formidlingen av resultatene.

Det kan være at en mer spesifikk ordbruk også i andre sammenhenger av betydning for rehabiliteringsfeltet, ville ha vært formålstjenlig. Når det er risiko for misforståelser ved for

vag begrepsbruk innenfor måling av kvalitet innen rehabilitering, vil det sannsynligvis kunne være det samme når man snakker om "å satse på rehabilitering" i en handlingsplan eller en strategi. Manglende konkretisering her vil måtte kunne sies å innebære risiko for manglende målbarhet og tilhørende manglende potensiale for måloppnåelse.

Når det gjelder informantenes syn på hva rehabilitering av god kvalitet er og bør være, var det tydelig at alle dimensjonene ved kvalitet ble løftet fram. Imidlertid var det lettest å få i gang en engasjert dialog rundt dimensjonen virkningsfulle tjenester. Det var tydelig at mange mente at det var der "skoen trykket" mest på rehabiliteringsområdet. Dette på tross av at kunnskap om virkning av tjenester gjennom f.eks. de nasjonale kvalitetsindikatorerne er mangelvare også innenfor mange andre felt i helsevesenet. Det var imidlertid et inntrykk blant enkelte av informantene mine av at rehabiliteringsfaget kanskje i større grad enn en del andre medisinske og kirurgiske disipliner manglet god forskning som kunne dokumentere at tiltakene hadde effekt. Og når slik kunnskap manglet, vanskeliggjorde dette å finne prosessindikatorer som man kunne være sikker på var meningsfulle kvalitetsindikatorer. Det var likevel en viss enighet om at det innenfor rehabiliteringsfaget fantes en del grunnleggende forhold som man hadde så stor empiri og konsensus om at var viktige for utfallet, at det var mulig å lage prosessindikatorer på. Dette med å ha fokus på den biopsykososiale ICF-modellen, og sammen med pasienten utarbeide mål langs alle dimensjonene av denne, var et slikt forhold. Det med å måle at dette var gjort, kunne ha en egenverdi - selv om det var enighet om at det beste var å ha et resultatmål å knytte det opp mot. Min analyse av informantenes utsagn sett opp mot egne erfaringer og teori på området indikerer også at det kan være formålstjenlig å utarbeide struktur- og prosessindikatorer på en del andre områder innenfor rehabiliteringsfeltet, for eksempel;

Virkningsfulle tjenester:

Grad av intensitet i oppfølgingen

Spesielt innenfor den mer tradisjonelle trenings- og stimuleringsdelen av rehabiliteringsfaget og -definisjonen, så vil helsehjelpen ofte bestå av forskjellige tiltak innenfor det spekteret. Her kan det være grunn til å anta at tiltak med høyere grad av intensitet er å foretrekke, spesielt i tidlig fase etter en skade eller av en sykdom/diagnose. Forskning innen rehabilitering indikerer at høy intensitet er av viktighet for effekten (37). At rehabiliteringen har en nærmere definert høy grad av intensitet kan være en prosessindikator.

Grad av tverrfaglighet i oppfølgingen

Tverrfaglighet, i motsetning til flerfaglighet, kan sies å være et særlig gjennomgående trekk ved den forståelsen av rehabiliteringsfaget jeg har funnet fram til gjennom dette prosjektet. Det med å sette en standard for grad av tverrfaglighet og så måle i hvilke tilbud denne standarden oppfylles, kan være en meningsfylt struktur-/prosessindikator. Her finnes allerede en ICD-10-kode som heter Z50.80 Kompleks rehabilitering, som kan være et eksempel på en slik standard. Det kan imidlertid være at den burde ha vært revidert før den er fullt ut anvendbar til formålet. En annen kode, spesielt utformet for arbeidsrettet rehabilitering - ICD-10-koden Z50.7, kan også være en struktur-/prosessindikator, da den innehar flere faglig funderte krav som må tilfredsstilles for at den skal kunne anvendes. Her vil det nok være visse deler av tjenesten som har et potensielt underforbruk av den koden grunnet at det ikke er knyttet noe finansiering til den i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Forskning, spesielt innen slagrehabilitering, understreker også viktigheten av tilstrekkelig grad av tverrfaglighet i rehabiliteringsteamet (37).

Rehabilitering av kognitiv og kommunikasjonsfaglig art

Gjennom dette prosjektet har jeg lært at rehabilitering som retter seg mot det kognitive funksjonsnivået og mot funksjonsnedsettelse hva gjelder kommunikasjon anses som viktig for resultatet innenfor visse områder, og at det ofte er en mangelvare ute i tjenestene. En prosessindikator eller systemindikator på dette området ville kunne ha vært formålstjenlig. Innen slagrehabilitering har man konkludert med at forskning *indikerer* at språktrening ved logoped har effekt (37).

Utføring av bestemte prosedyrer

Gjennomføring av visse definerte prosedyrer, nærmere definert hva gjelder utførelse og intensitet i kunnskapsbaserte anbefalinger i nasjonale retningslinjer. Slike prosedyrer kan kodes i dagens pasientadministrative systemer og hentes ut fra Norsk pasientregister.

Også innenfor de andre kvalitetsdimensjonene mener jeg, basert på mine funn, at det er mulig å få til struktur- og prosessindikatorer, f.eks.:

Trygge og sikre tjenester:

Sertifisering, f.eks. ISO-sertifisering

En slik sertifisering kan være en indikasjon på at virksomheten har fokus på arbeidet med internkontroll og kvalitetssikring, alt etter hvilken type sertifisering som velges.

Samordnede og koordinerte tjenester:

Andel av pasienter som har Individuell plan og/eller koordinator

Individuell plan og koordinatører er verktøy for sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Andelen av pasienter innen en virksomhet eller et område som har slike kan si noe om fokuset på velkoordinerte tjenester.

Hvor mange pasienter som har fått rehabilitering i spesialisthelsetjenesten får etterfølgende rehabilitering i kommunen?

Her kunne man også ha lagt inn hvor lang ventetid det eventuelt ville ha vært på rehabiliteringen i kommunen. En utfordring her er vanskelighetene med å koble registrene for spesialisthelsetjenesten (NPR) med registrene for kommunen (IPLOS), da sistnevnte er et såkalt pseudonymt helseregister som reguleres av forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk.

Andel av tjenestene som er gitt ambulant

Når spesialisthelsetjenesten yter sin helsehjelp ambulant så kan det føre til større overføringsverdi av tiltakene til pasientens hjemmesituasjon og dagligliv. Dersom spesialisthelsetjenesten i tillegg utnytter muligheten til samhandling med, og kompetanseoverføring til, kommunens tjenesteapparat som ambulant tjenesteutøvelse gir, så kan en prosessindikator basert på hvor stor andel av rehabiliteringen som er gitt ambulant ha sin berettigelse.

Brukermedvirkning og –erfaringer:

Gjennomføres det brukererfaringsundersøkelser?

Som struktur- eller prosessindikator vil det at brukererfaringsundersøkelser gjennomføres systematisk kunne være en indikasjon på at brukermidvirkning tas på alvor.

God ressursutnyttelse:

Økt kunnskap om hvilke tilnæringsmåter innen rehabilitering som har god samfunnsøkonomisk effekt vil kunne brukes til å utvikle prosessindikatorer på god ressursutnyttelse.

Tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester:

Ventetider, prioriteringstall og antall brukere per 1000 innbyggere i en region/område

Det kan diskuteres hvorvidt ventetidene, tallene for prioritering av pasienter (hvor stor andel får rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten) og eventuelle forskjeller i antall pasienter i forskjellige regioner eller sykehusområder er struktur-, prosess- eller resultatindikatorer. De er uansett relativt lett tilgjengelige data som kan si noe om kvaliteten, eller eventuelt forskjeller i kvalitet, sykehusområder og regioner imellom.

Universell utforming

Det at et behandlingssted tilfredsstillt krav til universell utforming, herunder tilgang for for eksempel elektriske rullestoler, kan være en god strukturindikator innen rehabilitering.

Tolk

Hvorvidt et behandlingssted har tolketjeneste kan også være en strukturindikator. Det framkommer i intervjuene at det blir stadig flere fremmedspråklige pasienter. For at disse skal kunne få optimal effekt av rehabiliteringen er det nødvendig å kunne kommunisere med dem, og tilgang til tolk kan være et tiltak for å realisere dette effektpotensialet.

Resultatindikatorer:

Mine informanter syntes relativt samstemte i at det var resultatindikatorer eller andre målinger av effekt av intervensjonen som det var mest spennende å få utarbeidet, og som det var mest behov for innen rehabiliteringsfeltet.

Det med avgrensning av utvalget var de fleste svært opptatte av. For å få mest mulig sammenlignbare tall var det viktig at eventuelle resultatindikatorer synliggjorde hvilken pasientgruppe de gjaldt for, og hvilke forutsetninger som lå til grunn for resultatet. En kan lage mer overordnede og generelle indikatorer, og så redegjøre for hvordan resultatene bør

leses i prosatekst. Informantene syntes imidlertid ikke spesielt optimistiske med tanke på hvorvidt slik prosatekst ble lest av beslutningstagere. Det var derfor stor enighet om at indikatorene burde være såpass konkrete og avgrensede at det ble vanskeligere å gjøre "urettferdige" sammenligninger.

Et av forholdene som vi drøftet under intervjuene var validiteten til resultatmålinger. Noen av informantene hadde vært involvert i retningslinjearbeid, og hadde vært borti de høye kravene som stilles til anbefalinger i slike. Det finnes forskjellige måter å gradere anbefalinger etter deres kunnskapsgrunnlag, og SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Group) (37) og GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (48) var blant metodene som ble trukket fram. Vi drøftet hvordan disse metodene for vurdering av kunnskapsgrunnlaget viste hvor strenge krav man må stille til om vi kan bevise at noe har effekt eller ikke, og hvilke konsekvenser dette ville kunne ha for vår tolkning av resultatindikatorer som skulle registreres av mange forskjellige tjenesteutøvere. Dette var et forhold som samtlige informanter mente kunne skape usikkerhet rundt resultatene som ble rapportert. Her kan man imidlertid innvende at en resultatindikator ikke egentlig gir seg ut for noe annet enn å gi en *indikasjon* på kvaliteten. Det var også stor enighet om at kvalitetsindikatorer måtte prøves ut og sannsynligvis revideres flere ganger før de kunne forventes å gi en god indikasjon på kvaliteten.

En mangelvare i dagens rapporteringssystemer som ble behørig omtalt i intervjuene, var standardiserte måleverktøy. Det med å få alle sammenlignbare aktører til å bruke samme verktøy var et tiltak som flere foreslo. Andre var mer åpne i sin tilnærming her. De mente at det var nødvendig at alle brukte vurderingsverktøy. Om det ikke akkurat var det samme verktøyet, så burde det ihvertfall tilfredsstillende være samme kravspesifikasjon. Standardiserte måleverktøy som ble trukket fram spesifikt var de i teorikapittelet omtalte SF-36, COPM og FIM samt PasOpp-undersøkelser for å måle pasient- og brukertilfredshet. Her var imidlertid alle klare på at det fantes mange forskjellige verktøy også ut over disse, og at det viktigste var at de tilfredsstilte kravene om å få mer kunnskap om endringer i funksjonsnivå før og etter oppfølgingen. Det kan også være nærliggende å anta at det vil kreves flere verktøy, ikke bare ett, for å gi et godt bilde av funksjonsendringer som følge av rehabiliteringsintervensjonen - på samme måte som man i et kvalitetsindikatortilbud ideelt sett baserer seg på flere indikatorer per helseområde, ikke bare en.

Skal man måle resultatet for brukeren i hele behandlingkjeden, hele pasientforløpet, eller skal man satse på å måle enkeltelementenes kvalitet? Dette spørsmålet ble drøftet.

Rehabiliteringsfeltet har en høy grad av brukermedvirkning i sin faglige definisjon. Det er derfor nærliggende å tenke seg at det viktigste er å måle hvor bra pasienten ble etter at alle aktørene hadde gitt sitt bidrag til pasientens prosess. I utgangspunktet hadde jeg tenkt at det lå en motsetning i det med å måle kvaliteten i pasientforløpet samlet på den ene siden, og kvaliteten i hvert enkelt ledd av kjeden på den andre siden. I løpet av intervjuene kom vi imidlertid fram til at det ikke behøver å være et enten/eller-svar på dette. Det var enighet om at det viktigste er hvor bra pasienten blir til slutt. Det kan således være interessant i et kvalitetsmålingsperspektiv å måle om en type pasienter totalt sett opplever bedre effekt i en region enn i en annen. Svaret vil imidlertid ikke gi så mange muligheter for å iverksette kvalitetsforbedringstiltak, for man vet ikke hvor i kjeden det eventuelt har sviktet hvis kvaliteten er dårlig. I tillegg er det i dag en viss grad av "pasientflyt" over regiongrensene. Ved innføring av fritt rehabiliteringsvalg (inkludering av rehabilitering i ordningen med fritt behandlingsvalg), vil det kunne bli enda mer av slik pasientflyt. Det vil derfor kunne være slik at en pasient i en region har fått mesteparten av sin rehabilitering i en annen region. Eventuelle mangler i kvalitet kan dermed delvis skyldes forhold i denne andre regionen. En mulighet som det dermed er mulig å finne støtte for i mine resultater er at man gjør både/og. Man måler kvalitet innenfor hvert enkelt ledd i kjeden, det være seg om dette er en rehabiliteringsavdeling på et sykehus, en annen avdeling på et sykehus, en privat rehabiliteringsinstitusjon eller en rehabiliteringsinstans i kommunen. I tillegg måler en overordnet resultat av rehabiliteringen for brukere i en region. Da får en både forløpsmålinger og behandlingsstedsmålinger, og kan dermed få et bedre grunnlag for å iverksette kvalitetsforbedringstiltak.

Forholdet rundt tidsbruken ved registreringene ble diskutert. For noen år siden satte Helse- og omsorgsdepartementet i gang med et prosjekt kalt overrapporteringsprosjektet. Dette var et svar på mye av kritikken som var kommet inn fra tjenesteapparatet om for stor registreringsbyrde. Når fagfolk må bruke tiden på koding og registrering i stedet for å følge opp pasienter er dette åpenbart en uønsket trend dersom utviklingen går for langt. Dette var et tema for mine samtaler med informantene, og flere av dem tilkjennega at rapporteringsbyrden til tider var tung å bære. Det var likevel en positiv holdning til å få til gode kvalitetsmålinger, selv om disse i seg selv potensielt kunne innebære mer koding og registrering. Her mente de fleste informantene at det var noe å hente ved å fjerne unødvendig registrering samtidig som

man innførte ny registrering. I tillegg mente de at man måtte unngå tilleggsrapporteringer ut over det som skulle registreres i de pasientadministrative systemene. I tillegg mente de at det allerede i dag, som ledd i oppfølgingen av pasientene, ble brukt tid på gjennomføring av grundige funksjonsvurderinger gjennom ett eller flere standardiserte funksjonsvurderingsverktøy (selv om resultatene ikke ble rapportert inn til nasjonale myndigheter). På dette området ligger det en stor grad av samstemthet rundt at slike funksjonsvurderingsverktøy bør bli en obligatorisk del av det som skal innrapporteres til NPR, for å få opp mer kunnskap og gode kvalitetsmålinger knyttet til virkningsfulle tjenester. Dette var det enkelttiltaket på dette området som samtlige informanter var mest tydelige på at nasjonale myndigheter burde iverksette.

Et forhold som kom opp nesten like entydig som det med innføring av funksjonsvurderingsverktøy var dette med å få til større grad av standardisering av pasientforløpene. Pakkeforløp ble trukket fram som en mulighet, selv om de fleste ønsket seg et noe videre fokus enn disses fokus på forløpstider. Her ble det påpekt en interessant vekselvirkning: Større kunnskap om kvalitet innen rehabilitering gjennom kvalitetsmålinger kunne bidra til økt standardisering av oppfølgingen av forskjellige pasienttyper. Økt standardisering kunne på sin side lette arbeidet med å finne gode kvalitetsmålinger og bedre sammenligningsgrunnlag mellom forskjellige behandlingssteder.

Nytteverdien av kvalitetsmålinger:

Gjennom mine intervjuer var en av de viktigste forholdene jeg ønsket å belyse hvilket syn de hadde på nytteverdien av kvalitetsmålinger. Bakteppet for dette var at man som representant for nasjonale myndigheter ofte støter på en skepsis i deler av tjenesteapparatet mot kvalitetsmålinger. Noen ser etter min erfaring på dette som et ledd i en tilpasning til NPM (New Public Management), med stadig større fokus på effektivisering, målinger, «kvantifiseringer», konkurranse og en generell markedstilpasning av offentlige tjenester – på bekostning av tid og ressurser brukt på å gjøre pasientbehandlingen så bra som mulig. Andre er skeptiske av ikke fullt så prinsipielle grunner – de er ikke i utgangspunktet uenig i at kvalitetsmålinger kan være anvendbare og nyttige, de baserer sin skepsis mer på hvor vanskelig det er å være sikker på at de resultatene en klarer å frambringe ved kvalitetsmålinger avspeiler virkeligheten.

I mine resultater fant jeg at informantene trakk fram stor potensiell nytteverdi og flere potensielle brukergrupper av dataene fra slike kvalitetsmålinger innen rehabilitering;

Nasjonale myndigheter kan bruke kvalitetsmålinger i sitt «følge med-oppdrag». Det med å følge med på om befolkningen får de tjenestene av den kvalitet de har krav på er en viktig del av nasjonale helsemyndigheters rolle. Den manglende kunnskap om rehabiliteringsfeltet som Riksrevisjonen påpekte at hersket i Norge på nasjonalt nivå, vil kunne adresseres ved bred innføring av kvalitetsmålinger og generelt økt registrering innen rehabilitering. Det finnes etter min erfaring en smule skepsis mot nasjonale myndigheters analyse av data i visse deler av tjenesteapparatet. Totalt sett så virket det imidlertid som om dette var et punkt som mine informanter så som et viktig produkt av gode kvalitetsmålinger innen rehabilitering.

Finansiering er også et mulig anvendelsesområde. «Pay for performance» er til en viss grad innført i en del andre lands helsevesen, og dette potensielle anvendelsesområdet var gjenstand for en del diskusjon i mine intervjuer. Mange har en forståelig frykt for vridningseffekter ved innføring av finansielle incitament i tilknytning til kvalitetsindikatorer. Det er også en frykt for at interessen for og fokuset på kvalitet skal bli forskjøvet til fordel for fokuset på ressurser og penger. På den andre siden hevder flere at det uansett er mange incitament i dagens finansieringssystem, og at med mindre disse endres vil de fremdeles styre utviklingen på feltet. Det kan uansett slutes ut fra mine data at man bør bruke god tid på å utforme et slikt system før man tar det i bruk. Man må være sikker på at indikatorene er valide og reliable, og virkningen av incitamentene må analyseres. Skal man for eksempel stimulere de som leverer god kvalitet? Vil det ikke være de som leverer dårlig kvalitet som bør stimuleres? Men vil man i sistnevnte tilfelle faktisk stimulere i retning av å levere dårlig kvalitet? Uansett hvem som får uttelling vil det gi en effekt som kan ha positive og negative sider. Det er også mulig å finne holdepunkter for at det er endringen i kvalitet som bør gi uttelling. De som i løpet av for eksempel ett år har fått til en kvalitetsforbedring, får uttelling økonomisk. Dette kan imidlertid i sin tur igjen «straffe» de som var gode fra før. I tillegg er det av stor viktighet at alle forbehold og nyanseringer av bildet som man formidler når man framviser kvalitetsmålinger og –indikatorer også framgår av et pay for performance-finansieringssystem. Slik at behandlingsstedet som primært behandler kroniske pasienter med progredierende tilstander ikke får dårligere uttelling enn de som har pasienter som er tidlig i forløpet og har stort funksjonsforbedringspotensiale. I hvert fall ikke dersom ikke en slik effekt er ønsket, noe det sannsynligvis ikke vil være.

Kvalitetsdimensjonen god ressursutnyttelse vil kunne påvirkes ved kvalitetsbasert finansiering. Ved at man sikrer at pengene kanaliseres der de fører til best kvalitet, vil ressursutnyttelsen kunne bli bedre.

For tjenestene selv så vil kvalitetsmålinger og eventuelt kvalitetsfinansiering kunne være et verktøy for sammenligninger og kvalitetsforbedringer. Dersom man gjør det godt er dette et viktig signal om å opprettholde den gode kvaliteten, dersom man ligger dårligere an får man et incentiv til å forbedre seg - ved økt kunnskap om hvor "lista bør ligge". Finansielle virkemidler vil kunne øke mulighetsrommet til å bedre kvaliteten, ved at innsats for forbedring gir økte midler til å fortsette forbedringsprosessen. Dette punktet var det stor enighet om blant mine informanter, selv om det ble trukket fram at en kunne havne i noen av de samme fallgruvene på virksomhetsnivå som man kan ved feil analyse eller framstilling av kvalitetsmålinger på nasjonalt nivå - nemlig at bastante konklusjoner og avgjørelser fattes på sviktende grunnlag. En sykehusledelse kan for eksempel potensielt sett fatte store avgjørelser hva gjelder videre drift og eventuell vridning av aktivitet basert på resultatet av kvalitetsmålinger. Her tror jeg at det ligger et læringspotensiale i organisasjonene om hvordan en bør lese og bruke slike målinger, samt at det synliggjør viktigheten av at resultatene publiseres på mest mulig pedagogisk og lett lesbart vis.

Å bruke resultatene av kvalitetsmålinger som et ledelsesverktøy er i overensstemmelse med teoriene om Total Kvalitetsledelse, inspirert av kvalitetsteoriene til bl.a. Deming og Juran (6). Kunnskap om kvaliteten i en tjeneste kan gi en leder gode verktøy for å utøve ledelse med fokus på kontinuerlig kvalitetsforbedring. Dette var et punkt som ble framhevet som særlig viktig av flere informanter.

For pasientene og brukerne, så vil kvalitetsmålinger kunne si noe om de får sine rettigheter oppfylt på en tilfredsstillende måte. Brukerorganisasjoner vil ha større mulighet til å si i fra om deres brukergruppe kommer dårligere ut enn de bør, slik at myndighetene eventuelt kan iverksette forbedringstiltak. Kvalitetsmålinger vil også kunne være til hjelp i brukerens informerte valg av behandlingssted, slik det etter hvert åpnes for i regelverket for spesialisert rehabilitering. Her merket jeg en viss polarisering intervjuobjektene imellom, der kanskje de som var nærmest brukersiden og de private rehabiliteringsinstitusjonene var mest positive til akkurat det med brukers frie valg av behandlingssted, mens de fra helseforetakssiden så større utfordringer enn fordeler med dette. Utvalget er selvfølgelig ikke stort nok til at denne observasjonen kan sies å ha en generaliserbar kraft, men jeg synes likevel det er verdt å merke

seg. Jeg får ikke inntrykk av at det nødvendigvis har noe med hvor stor vekt de forskjellige fraksjonene vektlegger viktigheten av brukermedvirkning, mer med hvor optimistiske de er med tanke på at målingene kan gi nok kunnskap til å kunne ta et valg som reelt sett er et informert valg.

6 Konklusjon

Denne oppgavens problemstilling er:

"Hva er god kvalitet innen spesialisert rehabilitering, hvordan kan denne kvaliteten måles og hvordan kan måleresultatene best anvendes?".

Etter å ha gjennomført dybdeintervjuer av et nøkkelutvalg av informanter, analysert resultatene og diskutert disse opp mot kunnskap på feltet, har jeg kommet fram til følgende konklusjon:

Rehabilitering som begrep er en betegnelse på et stort og relativt vidt fagfelt, som selv eksperter på området har forskjellig forståelse av hva gjelder innhold og avgrensninger opp mot andre medisinske og helsebaserte fagfelt. Definisjonen av rehabilitering inneholder likevel mange kvalitative elementer som delvis besvarer spørsmålet om hva som er god kvalitet innen rehabilitering:

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

Det med at det jobbes tverrfaglig og sammen med brukeren med dennes mål for prosessen langs alle dimensjoner av ICF-modellen (kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse), kan sies å være et kjennetegn på rehabilitering av god kvalitet. I tillegg er alle de 6 kvalitetsdimensjonene sentrale fokusområder også innen rehabilitering.

Når det er snakk om hvordan kvaliteten kan måles, så blir det imidlertid viktigere å avgrense feltet. En kan sannsynligvis ikke iverksette *en* måling av *kvaliteten på rehabilitering i Norge*. Nøkkelen til gode og meningsfulle målinger her er tydelige avgrensninger, var mine informanter samstemte om. Hvilke pasienter er det som får hvilken type rehabilitering av hvilken mengde? Hvilken kvalitet har så denne rehabiliteringen, langs alle kvalitetsdimensjonene? Denne avgrensningen ble trukket bredt fram som viktig for å få meningsfulle og rettferdige måleresultater, og unngå at man sammenligner "epler med pærer". Det ble trukket fram et vidt spekter av måter å måle kvaliteten på rehabilitering på, med

innføring av standardiserte funksjonsmålingsverktøy og nasjonale kvalitetsindikatorer i spissen.

Måleresultatene kan anvendes til å gi bedre tjenester for brukerne og pasientene. Disse kan ved økt kunnskap om kvaliteten i større grad velge bort tjenester av dårlig kvalitet.

Brukerorganisasjoner kan bruke kunnskapen i sin representasjon av brukerne og i sine eventuelle krav til politikere og nasjonale myndigheter om oppfyllelse av brukerrettigheter.

Tjenesteutøverne kan bruke målingene til lokal kvalitetsforbedring og kvalitetsledelse.

Nasjonale myndigheter kan bruke måleresultatene i sitt følge med-oppdrag, i sine anbefalinger til tjenestene og i videreutvikling av tjenestene på nasjonalt nivå - gjennom prioriteringer og systemer, for eksempel innen finansiering. Her synes informantenes syn på kvalitetsmålingers bruksområde å være i overensstemmelse med det som angis som bruksområde i rammeverket for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Rehabiliteringsfeltet er et felt der det er få målinger og relativt lite forskning per i dag. Gitt mulighetene som gode kvalitetsmålinger kan gi, i følge mine informanter, er det rimelig å anbefale at dette er noe som det bør satses målrettet på framover.

Litteraturliste

1. Rundskriv IS-5/2013. Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Helsedirektoratet. 2013.
2. St. Meld. Nr. 21 (1998-99). Ansvar og meistring. Sosial- og helsedepartementet. 1998.
3. Helsedirektoratets nettsider om ICF: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icf-internasjonalt-klassefikkasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>
4. Store Norske Leksikons sider om Norsk Standards definisjon av kvalitet: <https://snl.no/kvalitet>
5. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16, 2010.
6. "...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver." IS-1162. 2005. Sosial- og helsedirektoratet.
7. Kunnskapssenterets materiale om kvalitetsforbedring på Helsebibliotekets nettsider: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>
8. Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering. Helsedirektoratet. 2015.
9. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. 2009.
10. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. IS-1947. Helsedirektoratet. 2012.
11. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2013. Helse- og omsorgsdepartementet. 2012.
12. Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet. 2015.

13. Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Helse- og omsorgsdepartementet. 2015.
14. Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. IS-2348. Helsedirektoratet. 2015.
15. Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2015. IS-2230. Helsedirektoratet. 2014.
16. Den norske legeforenings nettsider om spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering: <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/malbeskrivelse-og-gjennomforingsplan/>
17. The White Book on Rehabilitation på Journal of Rehabilitation Medicine sine nettsider: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0028>
18. Mainz Jan, Bertels Paul, Bek Tøke, Møller Pedersen Kjell, Krøll Vibeke, Rhode Peter (redaktører): Kvalitetsutvikling i praksis. Munksgaard Danmark, 2011.
19. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. 2012.
20. 3-årig handlingsplan 2014-2017. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. IS-2228. Helsedirektoratet. 2014.
21. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten – Primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1878. Helsedirektoratet. 2010.
22. Framstilling av kvalitetsindikator for Individuell plan i barnehabiliteringen på nettsidene helsenorge.no: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/individuell-plan-i-barnehabilitering>
23. Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2015: https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/tildelingsbrev_helsedirektoratet_2015.pdf
24. Om IPLOS på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61–5.

26. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. 1996.
27. Omtale av funksjonsvurderingsverktøyet COPM på Diakonhjemmet sykehus sine nettsider: <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/helsepersonell/nasjonalkompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verkt%C3%B8yer/alfabetisk-liste/1737/2003>
28. Omtale av funksjonsvurderingsverktøyet SF-36 på Diakonhjemmet sykehus sine nettsider: <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/helsepersonell/nasjonalkompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verkt%C3%B8yer/alfabetisk-liste/1737/2456>
29. Kjekken I, Kvien T K, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:598 – 9.
30. Garratt AM, Andresen ØA. Pasientrapporterte resultatmål (PROMS) som nasjonale kvalitetsindikatorer – kvalitetskriterier og standard utviklingsprosess. Notat – 2014. ISBN 978-82-8121-736-2
31. Kunnskapssenterets nettsider om måling av brukeropplevd kvalitet: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/brukeropplevd-kvalitet>
32. Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med private rehabiliteringsinstitusjoner. PasOpp-rapport fra Kunnskapssenteret nr 1 – 2009.
33. Årsmeldingene til pasient- og brukerombudene på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter>
34. Kunnskapssenterets nettsider om meldeordningen: <http://www.melde.no/1%C3%A6re>
35. Helsetilsynets nettsider om tilsyn ved rehabiliteringstilbudene i sykehjem: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Eldretilsynssatsing/Rehabilitering-i-sykehjem/>
36. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011-2012)

37. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688. Helsedirektoratet. 2010.
38. Li Z, Peng X, Zhu B, Zhang Y, Xi X. Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94(3):551-61.
39. Keogh JW, MacLeod RD. Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(1):96-110.
40. A AC, Giakoumidakis K, Brokalaki H. Cardiac rehabilitation outcomes: modifiable risk factors. *Br J Nurs* 2013;22(4):200-7.
41. Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(9):1490-500.
42. Quintrec JL, Verlhac B, Cadet C, Breville P, Vetel JM, Gauvain JB, et al. Physical exercise and weight loss for hip and knee osteoarthritis in very old patients: a systematic review of the literature. *Open Rheumatol J* 2014;8:89-95.
43. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006145.
44. Johansen I. Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings - an open, prospective, comparative observational study. Institutt for helse og samfunn. UIO. 2013.
45. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
46. 30-dagers overlevelse og reinnleggelse ved norske sykehus for 2013. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, november 2014.
47. Aalen OO, red. Statistiske metoder i medisin og helsefag 2006 (nytt opplag 2008).

48. Kunnskapssenterets nettsider om GRADE:

<http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/grading-of-recommendations-assessment-development-and-evaluation-grade>

Vedlegg

Intervjuguide

Introduksjon:

Masteroppgaven jeg skal skrive har som tentativ tittel "Kvalitetsstyring av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsvirksomhet". Det er en viss mulighet for at kvalitetsstyringsaspektet tones ned til fordel for en mer generell kvalitetsrelatert tittel etterhvert. Tentativ problemstilling er: Hva er god kvalitet innen spesialisert rehabilitering, hvordan kan denne kvaliteten måles og hvordan kan måleresultatene best anvendes som styringsdata og ledelsesverktøy?

Subsidiært vil nok også betraktninger rundt kvaliteten i det totale rehabiliteringstilbudet som brukeren får, altså også det som gis av det kommunale tjenesteapparatet, kunne tas med i oppgaven.

Oppgaven er en del av faget helseadministrasjon på universitetet i Oslo, så betraktninger rundt ledelse og styring vil på en eller annen måte bli en sentral del av den.

Oppbevaring og bruk av data som framkommer ved hjelp av intervjuene vil bli gjort i henhold til reglene til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) og etter formell tillatelse fra dem. Alle vedtatte regler om anonymisering av informantene vil bli fulgt.

Spørsmål:

- Hva innebærer begrepet rehabilitering for deg? (hva slags tjenester inngår i rehabilitering, hva "får" pasienten når pasienten får rehabilitering?)
- Hvordan vil du definere "rehabilitering av god kvalitet"?
- Kan man måle omfanget av hvor mye rehabilitering som gis? Hva med hvor god kvalitet rehabiliteringen som gis har?
- Hvilke fordeler ser du for deg dersom man greier å måle kvalitet gjennom nasjonale indikatorer eller annen offentlig tilgjengelig statistikk?

- Hvordan ser du for deg at disse målingene bør publiseres nasjonalt? Som nasjonale kvalitetsindikatorer?
- Hvilke potensielle fallgruver/ulemper ser du for deg dersom man greier å måle kvalitet gjennom nasjonale indikatorer eller annen offentlig tilgjengelig statistikk?
- Hva kan kvalitetsmålinger brukes til internt i en bedrift, avdeling, enhet som driver rehabilitering?
- Hva kan kvalitetsmålinger brukes til nasjonalt?
- Nasjonale kvalitetsindikatorer deles inn i strukturelle indikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Strukturelle indikatorer angir strukturelle forhold rundt tjenestetilbudet, f.eks. antall av en profesjonsgruppe eller tilstedeværelse av f.eks. en fasilitet (som basseng). Prosessindikatorer angir kjennetegn ved f.eks. en rehabiliteringsprosess som man mener bør være tilstede for at behandlingen skal ha god kvalitet. Resultatindikatorer angir hvilket resultat i dette tilfellet rehabiliteringen har gitt for sluttbruker. Hvilke type indikatorer mener du man helst bør satse på å lage nasjonalt?
- Er det andre ting enn kvalitetsindikatorer som det er viktigere å satse på lokalt/nasjonalt i et kvalitetsforbedringsarbeid innen rehabilitering?
- Bør man satse på kvalitetsmålinger som måler hele rehabiliteringsprosessen til en pasient, kvalitet i deler av kjeden eller begge deler? Hva er fordeler og ulemper med disse forskjellige variantene?
- Hva ser du som utfordring ved generiske kvalitetsindikatorer/kvalitetsmålinger vs særfaglige på rehabiliteringsområdet? Kan også rehabilitering som fagområde bli for bredt til at sammenligninger gir mening? Må man ned på diagnosnivå, eller enda lavere (forskjellige grader av diagnoser, forskjellige grader av funksjonsnedsettelse) før tall blir sammenlignbare?
- Hva tenker du vi eventuelt mangler i Norge for å kunne muliggjøre gode kvalitetsmålinger og –sammenligninger? Hva bør på plass av verktøy og/eller dokumentasjon?
- Hva er ditt inntrykk av kvaliteten på rehabiliteringstjenestene i Norge i dag? Hvor er det evt forbedringspotensiale?

- Hva tror du brukerne er mest interessert i hva gjelder kvalitet i rehabiliteringsprosessen?
- Tror du det er en forskjell mellom hva brukerne er interessert i og hva utøverne av faget er interessert i hva gjelder kvalitet i rehabiliteringsprosessen? Hva med utøvere vs ledere? Hva med lokalt vs nasjonalt?