



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

FRA HENVISNING TIL LIKEVERDIG BEHANDLING?

*En kvalitativ studie av vurderingspraksis i ambulant rehabilitering i
spesialisthelsetjenesten*

Lisbeth Anfeltmo

Masteroppgave i Helsefag (HEL-3960), oktober 2016

Antall ord: 20516



Forord.

Å studere master i helsefag, har vært utrolig givende. Det har vært spennende å utfordre meg selv til å være åpen i forskning på et felt jeg har mye forforståelse, flott å få opplevelsen av å la seg overraske underveis, og ikke minst muligheten til en stadig økende respekt for feltet som jeg har forsket på.

Takk til Torunn Hamran for stødig veiledning underveis. Takk også til Sonja Stavem for spennende innspill, gode diskusjoner og gjennomlesing. Til informantene, uten dere hadde det ikke blitt denne oppgaven, takk for at dere stilte opp og gav av deres tid. Og så må jeg takke alle på biblioteket i Nordlandssykehuset, dere har vært fantastisk hjelpsomme.

Så vil jeg også takke ”gutan”. Tolv, takk for korrektur og et hederlig forsøk på å få mor til å tenke at metode er spennende saker, og Huges, takk for grafisk bearbeiding av modeller.

Til slutt, Svein. Takk for at du trodde på at jeg skulle komme i mål, da jeg selv tapte det perspektivet.

Stokmarknes, 02.10.16

Lisbeth Anfeltmo

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 1 |
| Summary | 2 |
| 1. Innledning | 3 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 4 |
| 1.2 Tema | 4 |
| 1.3 Avgrensning | 5 |
| 1.4 Faglig og teoretisk tilnærming | 6 |
| 1.5 Analyse | 6 |
| 1.6 Oppgavens oppbygging | 6 |
| 2. Sentrale begreper | 7 |
| 2.1 Likhetsprinsippet i norsk helselovgivning | 7 |
| 2.2 Rett til behandling i spesialisthelsetjenesten | 8 |
| 2.3 Prioritering | 9 |
| 2.4 Rehabilitering | 11 |
| 3. Teoretisk ramme | 13 |
| 3.1 Tidligere forskning | 13 |
| 3.2 Prinsipper for en rettferdig helsetjeneste | 13 |
| 3.2.1 Formalisering | 16 |
| 3.2.2 Behov for helsetjeneste | 17 |
| 3.2.3 Å beskrive- tolke brukerens behov | 18 |
| 3.3 Klinisk utøver og rettsanvender | 18 |
| 3.4 Vurdering av rettighet sett i et interaksjonsteoretisk perspektiv | 20 |
| 3.5 Tverrfaglig rehabilitering | 21 |
| 4. Metode | 22 |
| 4.1 Utvalg | 23 |
| 4.2 Bruk av fokusgruppe | 24 |
| 4.3 Forskningsetikk | 26 |
| 4.4 Metode for analyse | 27 |
| 4.5 Legitimitet | 27 |
| 4.6 Gjennomføring | 27 |
| 4.7 Å studere egen praksis | 28 |
| 5. Presentasjon av data | 28 |
| 5.1 Hvordan organiseres vurdering av henvisninger | 29 |
| 5.1.1 Organisering | 29 |
| 5.1.2 Inntaksmøtets oppgaver og roller | 30 |
| 5.1.3 Prioriteringsveileder | 31 |
| 5.2 Hva er det som vurderes? | 32 |
| 5.2.1 Kompleksitet | 33 |
| 5.2.2 <i>Behov</i> for rehabilitering | 33 |
| 5.2.3 Å vurdere rettighet | 34 |

| | |
|--|----|
| 5.2.4 Lik behandling for like tilfeller | 35 |
| 5.3 Mangelfulle henvisninger | 37 |
| 5.3.1 Førkartlegginger – forhåndsvurderinger | 37 |
| 5.3.2 Å lese mellom linjer | 39 |
| 5.3.3 Andre praksiser | 43 |
| 6. Drøfting av funn | 43 |
| 6.1 Perspektiver på rehabiliteringsfeltets praksis for å håndtere mangelfulle henvisninger | 44 |
| 6.2 Tverrfaglig kompetanse i vurdering av rett til rehabilitering, nødvendig for å sikre lik behandling av like tilfeller? | 51 |
| 6.3 Økt rettighetsfesting som svar på utfordringen med likebehandling | 53 |
| 7. Avsluttende drøfting og refleksjon | 55 |
| 7.1 Svar på forskningsspørsmål | 55 |
| 7.2 Avsluttende refleksjon | 57 |

Litteraturliste

Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger NSD

Vedlegg 4 Kategorisering av materiale

Sammendrag

Prinsippet for lik rett til behandling er grunnleggende for føringer i norsk helselovgivning. Så også for rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Styrking av pasienters rettsikkerhet i form av økt styrking og presisering av rettigheter er et av myndighetenes sterkeste kort i arbeidet med å sikre at pasienter skal ha lik behandling uavhengig av hvor du bor, kjønn, religion eller sosial status. I praksis viser det seg imidlertid at tilbudet til pasientene kan variere i stor grad.

I helsevesenet er det fagprofesjonene som er gitt myndighet å vurdere om pasienten har rett til behandling. Hva som faktisk blir vurdert og hvilke drøftinger som arter seg når profesjonene vurderer rettighet finnes det begrenset kunnskap om. Spesielt hva gjelder vurdering av rett til rehabilitering. Kunnskap fra praksisfeltet kan sette lys på hvilke områder som utfordrer rettighetsprinsippet og studien her søker og utforske hvordan praksis for vurderinger arter seg i felt.

Metoden er en kvalitativ studie, og det er gjennomført fokusgruppeintervju for å belyse praksis for vurdering. Det sentrale området som belyses handler om hva som drøftes når henvisning til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vurderes. Funnene drøftes i hovedsak med utgangspunkt i teorier som omhandler organisasjon, rett og helsepolitikk.

Funnene i denne studien tyder på at mangelfulle henvisninger gir et dårlig grunnlag for de profesjonelle til å kunne vurdere om pasienten er i behov for rehabilitering hvorpå praksis som er etablert for å håndtere dette både kan styrke og svekke likhetsprinsippet. Videre viser funn at det er grunn til å stille spørsmål ved organiseringen av vurdering av rett til rehabilitering og på hvilke måter organiseringen kan bidra til å øke eller minske rettsikkerheten til rehabiliteringspasienten.

Nøkkelord: rehabilitering, rett til, vurdering, behov

Summary

The principle of equal right to treatment is paramount within Norwegian legislation on healthcare. This also applies to rehabilitation in *spesialisthelsetjenesten* (umbrella term for various institutions concerning themselves with health). Increasing patients' legal protection through strengthening and emphasizing of their rights is one of the government's best options when securing equal treatment, regardless of the location of the patients' home, their gender, religion, social status etc. However, in reality, the options offered to different patients can vary greatly.

Within the healthcare system, the specialists are given authority to assess a patient's right to treatment. Very little is known about what is actually being assessed and the contents and logic of these deliberations. This especially applies to the right to rehabilitation. Practical knowledge might shed some light on certain aspects of this process and evaluate their compatibility with the principle of equal rights. Therefore, this study explores the praxis of assessing the right to treatment.

The method used is that of a qualitative study, and interviews of focus groups have been carried out. The central aspect being considered is the content of the deliberations preceding a decision on whether or not to refer a patient to rehabilitation in *spesialisthelsetjenesten*. The findings are viewed on the basis of theories of organization, legislation and health politics.

The findings of this study imply that incomplete referrals offer professionals a bad basis on which to consider the patient's need for rehabilitation. Handling this problem has in turn led to the establishment of a praxis capable of both strengthening and weakening of the principle of equal right to treatment. Further findings show that there is ample reason to question the organization of the process and how it may contribute to increasing or diminishing the rehabilitation patient's legal protection.

Key terms: rehabilitation, right, assessment, need

1. Innledning

«Vi mottok <mottatt dato> henvisning fra <tittel - henvisende lege/instans>, datert <hdato>. <Tittel og navn> har vurdert om du har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Ut fra de opplysningene vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.» (Helsedirektoratet, 2016c. Brevmaler for helseforetakenes pasientbrev, 30.09.16, 1 del).

Utdraget her er en frase fra *Brevmaler for helseforetakenes pasientbrev*, etter at spesialisthelsetjenesten har vurdert en henvisning og funnet at pasienten ikke har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Et oppslag i nrk.no, 26.april i år, viser til tall fra Norsk pasientregister hvor det viser seg at 203 478 henvisninger til spesialisthelsetjenesten ble avvist i 2015. Dette er 12, 8 % av totale henvisninger (Lauritzen, 2016).

Rett til behandling i spesialisthelsetjenesten er gitt av myndighetene, og skal gis når visse vilkår er tilstede (Eriksen & Molander, 2008). Og utøvelsen av vurderingen av rett er delegert til praksisfeltet. Dette innebærer at profesjonelle aktører innen det helsefaglige arbeidet, har som oppgave å vurdere om den enkelte pasient som henvises oppfyller vilkårene for å få rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Sentralt i dette arbeidet er lover, forskrifter og veiledere som myndighetene har gitt for å regulere rettighetsspørsmålet og grunnleggende for disse ligger prinsipper for lik behandling for like tilfeller. Reguleringene gir visse forutsetninger for rettighetsvurderingene, bl.a. frister for når henvisninger skal være vurdert og hvem som er ansvarlig for å vurdere. For øvrig reguleres det bla ikke hvordan spesialisthelsetjenesten skal organisere vurdering av henvisninger.

Denne studien vil se på hvordan vurdering av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten arter seg i praksis, hvordan organiseres vurdering av henvisninger og frem for alt, hva er det de profesjonelle ser etter, hva går diskursen rundt rett til – ikke rett til behandling i spesialisthelsetjenesten ut på. Kunnskap om praksis på området, hvem som bidrar, bruk av verktøy (slik som veiledere), refleksjoner rundt egen praksis og vurderingskompetanse, bruk av skjønn m. m, kan bidra til å løfte frem ny og viktig kunnskap.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Studien som beskrives og begrunnes her, er en selvstendig master i helsefag. Utgangspunktet for valg av tema er Riksrevisjonens dokument 3:11 (2011-2012) *Riksrevisjonens undersøkelse*

om rehabilitering i helsetjenesten. Målet for undersøkelsen riksrevisjonen gjennomførte, var å sjekke ut «i hvilken grad myndighetene ivaretar sitt overordnede ansvar for å sikre prioritering av rehabilitering i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger» (Riksrevisjonen, 2012, s.7). Blant flere av revisjonens anmerkninger finner vi følgende; «Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering», jf. henviste pasienter til spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2012, s. 74). Revisjonens eksempler viser bl.a at den prosentvise andelen av pasienter som ble vurdert å ha rett til helsehjelp (tall fra 2010), varierte fra 1 prosent (Sykehuset i Telemark) til 90 prosent (Helse Førde). I rapporten bemerkes det at revisjonen hadde utfordringer med å finne gode datamateriale som kunne benyttes i arbeidet, men når det gjelder ulikhetene i rett til helsehjelp, er revisjonen imidlertid tydelig på at de ikke ser å kunne forklare ulikhetene eksempelvis ut fra pasientsammensetninger og medisinsk skjønn. Riksrevisjonene vurderte derfor at pasientens juridiske rettighetsstatus er uklar.

Likhet, eller det som heter lik rett for like tilfeller, er et sentralt prinsipp for regulering av en rekke sosiale og økonomiske ordninger. I følge FNs menneskerettighetskonvensjoner har menneskene grunnleggende rettigheter uavhengig av rase, kjønn, religion, alder og nasjon (FN, 2016). Dette finner vi igjen i velferdstjenestens ordninger, og prinsippet ligger i bunn for de lover og forskrifter som er gjeldene i alle sektorer som yter helse- og sosial tjenester i Norge. Det betyr at innenfor noen gitte rammer, skal alle med en «gitt forutsetning» ha rett til gitte tjenester. Så også i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Tema

I denne studien er ambulant rehabilitering i spesialisthelsetjenesten valgt som felt for å studere vurderingspraksis. Henvisningsforløpet, hvor vurdering av rett til rehabilitering er en del, starter ved at det oppdages at en person, pasienten, har et behov for rehabilitering. Når en pasient er i behov av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten henvises han/hun av sin lege og blir vurdert i henholdt til rettighet gjennom prioriteringsveilederen *Fysikalsk medisin og rehabilitering* (Helsedirektoratet, 2015b). Dette er en av flere veiledere som har sitt utspring i at det har vært store variasjoner i praktiseringen av forskrifter som regulerer prioriteringer. Veilederen har som formål å «bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem» (Helsedirektoratet, 2015a, Prioriteringer i den norske helsetjenesten, 3.09.16, 4.avsnitt). Behovet for rehabilitering beskrives så i henvisning, kanskje understøttet av resultater fra tester og lignende. Når henvisningen videre mottas på den aktuelle avdeling eller

enhet, skal denne vurderes av spesialist/team i henhold til lover og veiledere (Helsedirektoratet, 2015c).

Forskningsspørsmålene i studiet tar utgangspunkt i den typiske «gangen» i vurdering av henvisning, fra henvisningen kommer inn til ambulant rehabiliteringsteam(ART) og til vedtak er fattet. De sentrale områdene som ønskes belyst handler om hva det er praksisfeltet drøfter og reflekterer om når henvisningen vurderes, når er det usikkerhet rundt vurderingene og hvordan arter praksis seg i de tilfellene. Tenker informantene at pasientene blir vurdert likt, og hva slags kompetanse benytter praksisfeltet seg av for å gjøre jobben med å rettighetsvurdere.

Studiets hovedproblemstilling er: **Hvordan vurderes rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten?**

1.3 Avgrensning

I et henvisningsforløpet er det flere områder hvor studier kan gi økt kunnskap om hva som skjer. Riksrevisjonen fant bla ut at alle nivå i helsetjenesten, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, er for dårlige på å fange opp at pasienter er i behov for rehabilitering (Riksrevisjonen, 2012). Å gjøre en kvantitativ studie på data fra pasientjournaler og sjekke i hvor stort omfang det f.eks gjøres kartlegginger som omhandler pasienters funksjonsnivå i daglige aktiviteter, ville kunne bidra med økt kunnskap om den delen av praksis hvor pasienters behov for rehabilitering fremtrer. Men denne studien konsentrer seg om å se på den delen av vurderingsforløpet hvor praksis som omhandler selve vurderingen av henvisningen er det sentrale.

Studien er videre avgrenset til å omhandle praksis slik den fremtrer i den profesjonelles praksisnære felt. Et av områdene som ikke ble trukket frem av praksisfeltet, og derfor ikke berøres her, er de økonomiske sidene vedrørende helsetjenestene. Diskursen ang prioriteringer i helsesektoren som er fremtredende i offentlig debatt i dag, er derfor ikke sentral i drøftingene her.

1.4 Faglig og teoretisk tilnærming

Tilnærmingen til denne studien er todelt. Utgangspunktet er innsamlet data fra praksisfeltet gjennom intervju. Å beskrive praksis handler om å fremstille noe av den menneskelige

aktivitet i form av den profesjonelles virksomhet. (Molander & Terum, 2008). Denne beskrivelsen danner så grunnlag for drøfting hvor teorier om profesjon og organisasjon står sentralt.

Mange ulike disipliner har tradisjon for å studere profesjoner, det være seg samfunnsvitere, økonomer, sosiologer, historikere, pedagoger m.fl. Ulikhetene ligger i tyngdepunktene for studiene. Sosiologer har gjerne studert organisatoriske sider ved profesjonene, pedagogene studerer ofte læring, psykologer kikker på beslutningsprosesser osv. Når en studerer profesjoners praksis, så er dette derfor en type studie som "står på skuldrene" til de forskjellige disipliner (Eriksen & Molander. 2008, s. 21). Denne studien har sitt tyngdepunkt i teorier som omhandler organisasjon og rett og helsepolitikk, men benytter også deler av teorier rundt interaksjonsteori, profesjoner og skjønn samt kontroll og ansvar.

1.5 Analyse

I studien er stegvis-deduktiv induktive-metode (SDI) benyttet for å behandle data som er samlet inn. Gjennom denne modellen er materialet behandlet fra innsamlet data frem mot teori (induktiv), samtidig som teorier er tatt i bruk for å sjekke ut empirien som har fremkommet (deduktiv) (Tjora, 2012, s.175). Målet er å belyse praksis slik den fremstår ut fra studiens empiri.

1.6 Oppgavens oppbygging

Vurderingspraksisen som belyses her, har utgangspunkt i spørsmålet hvem som får rett til rehabilitering og hvordan. Siden rettighet er regulert gjennom lovgivning og føringer er det derfor naturlig å starte med en gjennomgang av lovdata som er førende på området. Gjennomgangen omhandler også presisering av de sentrale begrepene som det vises til gjennom oppgaven.

Videre presenterer jeg den teorien som jeg har valgt å belyse materialet ut fra. Deler av teorien har vært med i studiet fra dens begynnelse, med utgangspunkt i bakgrunn for valg av tema. Etersom studiens materiale og funn har trått frem har bredden i det teoretiske feltet økt.

Derneft kommer en beskrivelse av metode og analyse, med refleksjoner rundt gjennomføring.

Så følger presentasjon og drøfting av funnene som fremkommer av materialet. Funnene og drøftingen presenteres hver for seg, da jeg ønsket at informantenes stemmer skulle tre tydelig frem. Til sist ser jeg på forskningsspørsmålene gjennom avsluttende drøfting og konklusjon.

2. Sentrale begreper, lover og forskrifter

For flere av de fremtredende temaene som studiet berøres av, ligger nasjonale lover, regler og føringer til grunn. Og i og med at studien forsker på en lovpålagt rettighet, vil aktuelle offentlige styringsdokumenter bli presentert spesielt.

2.1 Likhetsprinsippet i norsk helselovgivning

Et sentralt prinsipp i norsk helsetjeneste er at alle skal få et *likeverdig tilbud av helsetjenester*. (Helsedirektoratet, 2012). Riksrevisjonens konklusjon viste til at det var store forskjeller på hvor stor andel pasienter som ble vurdert å ha rett til rehabilitering, viste derfor også at det syntes langt til målet om et likeverdig tilbud (Riksrevisjonen, 2012).

Rett til nødvendig helsehjelp er lovfestet i Lov om Pasient og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven), hvor §1-1 beskriver lovens formål; «*å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.*» (Lovdata 2016, Lov om pasient- og brukerrettigheter, 30.09.16, kap.1).

Prinsippet om lik behandling for like tilfeller er som nevnt, helt grunnleggende i norsk helsetjeneste og verdigrunnlaget ligger i bunn for lovgivninger, stortings meldinger og prioriteringsverktøy, eksempelvis slik som i rapporten Prioriteringer i helsesektoren, verdigrunnlag, status og helseutfordringer: «*Likeverdige tilbud av tjenester er et av hovedmålene for norsk helsetjeneste og regnes som bærebjelkene i den norske velferdsstaten*» (Helsedirektoratet 2012, s.23).

Likhetsprinsippet betyr at tjenestene skal fordeles likt uavhengig av hvilken region en bor i, eller hvilken sosial gruppe en tilhører. Ei heller skal retten til et tilbud være avhengig av etnisitet, kjønn ol. (Helsedirektoratet, 2012). «Dette stiller krav til organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellet side» (Helsedirektoratet, 2016a, Pasient og brukerrettighetsloven med kommentar, 29.09.16, s.8).

I praksis betyr dette at befolkning skal være trygg for å ha lik tilgang på hjelp fra helsetjenesten og trygg for at fordelingen av tjenestene er rettferdig. De ansvarlige som skal

sørge for dette i praksis er det organet som er ansvarlig for helsetjenesten (her spesialisthelsetjenesten) hvor helsepersonellet er iverksettere (Riksrevisjonen, 2012).

Nå viser det seg, at til tross for at befolkningen har samme tilgang på helsetjenester, så er helse ulikt fordelt. Dette gjelder bla mellom ulike sosiale grupper. Helsedirektoratets rapport *Prioriteringer i helsesektoren* viser til Bjørn & al.(3003) studie, hvor det kan se ut som at sosioøkonomiske helseulikheter ikke blir godt balansert av helsesystemet (Helsedirektoratet, 2012). Et sted hvor det gjøres forskjell, er i overgangen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvor pasienter med høy inntekt og utdanning er overrepresentert. Det kan være flere grunner til dette, bla kan bakenforliggende årsaker være utdanning, oppvekstvilkår, arbeid, m.m. Rapporten *Prioriteringer i helsesektoren, verdigrunnlag, status og utfordringer* viser også til Juel & al. (2006) som beskriver en måte å imøtekomme denne ulikheten gjennom å prioritere grupper med lite ressurser, altså «behandle like tilfeller ulikt i de ressurssvakes favør» (Helsedirektoratet, 2012). Det ville i så fall bryte med prinsippet for lik behandling av like tilfeller.

2.2 Rett til behandling i spesialisthelsetjenesten

Sentralt for problemstillingen som studiet søker å belyse er begrepene *rett til helsehjelp*, *rettighetspasient* eller *pasientrettigheter*. Begrepene benyttes alle i ulike formelle skriv og i studien videre alle begrepene brukes.

Rett til behandling reguleres av *Lov om pasient og brukerrettigheter* (Lovdata, 2016) samt *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd* (Lovdata 2015).

Følgende vilkår ligger pr i dag til grunn for at en pasient skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i henhold til *Rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten § 2-1b andre ledd*:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, når: a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i §3 andre ledd, kan forvente nytte av helsehjelpen og b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller

livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen.» (Lovdata, 2016, Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp for spesialisthelsetjenesten m.m, 20.09.16, kap.1).

Med rettighetspasient menes” en *pasient som er vurdert til å ha ‘rett til nødvendig helsehjelp’*”. (Riksrevisjonen, 2012, s.24). Vurderingen omhandler ifølge pasientrettighetsloven, å vurdere hvorvidt pasienten kan forvente å dra nytte av helsetjenesten samt vurdere om pasienten kan risikere *et visst prognosetap* om helsehjelp ikke blir gitt (Lovdata, 2016). Til vurderingen ligger også å se på om tiltak og «forventede kostnader» står i forhold til hverandre (Riksrevisjonen 2012, s.41). Og endelig, vurderingen omhandler også å sette en frist – vurdere når det er forsvarlig å starte helsehjelpen. For øvrig omhandler helsehjelp all type behandling som utføres av helsepersonell og som kan ha diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende, forebyggende og i pleie- og omsorgsformål (Helsedirektoratet, 2016d).

De henvisninger som er lagt til ambulant rehabilitering i spesialisthelsetjenesten å vurdere er primærhenvisninger, som er henvisninger fra fastlege, og henvisninger fra spesialisthelsetjenesten i de tilfeller hvor avsluttet behandling ikke har gitt resultat. De pasientene som pga av akutte tilstander er i behandling og hvor fysikalsk medisinsk rehabilitering er en naturlig del av behandlingsforløpet, skal ikke rettighetsvurderes (Helsedirektoratet, 2015b).

I Riksrevisjonens rapport vedrørende rehabilitering i helsetjenesten, ble pasientrettigheter løftet frem av helseforetakene som særlig utfordrende, og det ble bla stilt spørsmål om hvorvidt kriteriene for vurdering passet for denne pasientgruppa, samt spørsmål knyttet til grunnlaget for vurdering (Riksrevisjonen, 2012).

2.3 Prioritering

Helsetjenesten håndterer daglig tusenvis av beslutninger også hva gjelder prioritering, og det er et mål å søke «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet, 2012, s.16). Til dette bør det finnes klare kriterier, effektive virkemidler, håndteres åpnet og systematisk samt ved bruk av brukermedvirkning.

Å prioritere handler om å gjøre klare valg, her knyttet til spørsmålet om hvem som skal få, hvem som ikke skal få og hvem som må vente. Å prioritere er derfor ikke lett, fordi det får følger for menneskers liv og helse. Av den grunn er det viktig at prioriteringene søker å være i harmoni med norske verdier for helsetjenestene og stemmer overens med helsepolitiske mål, gjeldende lover og regler (Helsedirektoratet, 2012, s.23). Prioritering sees også på som en aktiv prosess (NOU-Åpent og rettferdig, 2014).

En viktig bistand til prioriteringer på klinisk nivå er de nasjonale prioriteringsveilederne. Veilederne er et redskap som skal sikre lik behandling med utgangspunkt i alvorlighet, forventet nytte av behandlingen og effekt av behandlingen i forhold til kostnader. Prinsippene sier både noe om når det ikke er grunn til å forskjellsbehandle som for eksempel bosted og økonomi, og noe om når det er grunn til og legalt å forskjellsbehandle, for eksempel alvorlighet (Helsedirektoratet, 2012).

Når en pasient er i behov av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten henvises han/hun av sin lege og blir vurdert i henholdt til rettighet gjennom prioriteringsveilederen *Fysikalsk medisin og rehabilitering* (Helsedirektoratet, 2015b). Dette er en av flere veiledere som har sitt utspring i at det har vært store variasjoner i praktiseringen av prioriteringsforskriften. Veilederen har som formål at pasienter blir i så stor grad som mulig skal bli vurdert likt, uansett hvor de bor i landet og ansett hvilket sykehus de henvises til (Helsedirektoratet, 2015a). Samtidig åpner helsedirektoratet åpner også opp for spørsmålet om prioriteringsveilederne er rettferdig i seg selv, eller om de favoriserer enkelte sykdommer/skader (Helsedirektoratet, 2012).

Veilederen skal også være et hjelpemiddel, en bearbeidet og organisert informasjon som kan bidra i arbeidet med å ta en avgjørelse, og skal fungere i praksis når en pasient skal vurderes med tanke på rett til nødvendig helsehjelp.

Veilederen består av en felles del som gjelder for alle fagområder i spesialisthelsetjenesten samt en fagspesifikk del og søker å dekke 75-80 % av problemstillingene¹. Den felles delen *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveileder* viser henvisningsforløpet fra spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisning til denne er avvist, eller at helsehjelp er startet (Helsedirektoratet 2015a). Fokus her er hvilke frister som gjelder og forslag ang rettigheter.

¹ Pasienter som ikke omfattes av veilederen skal også vurderes i henhold til pasient- og brukerrettighetslov, samt prioriteringsforskrift. (Prioriteringsveileder fysikalsk medisinsk rehabilitering, 2015).

Der lov og pasient- og brukerrettigheter og prioriteringsforskriften omfatter pasientens individuelle rettigheter, gir prioriteringsveilederen i utgangspunktet tilråding for grupper av pasienter. Mens det i prioriteringsveilederen *Fysikalsk medisin og rehabilitering* gis en fagspesifikk del som beskriver tilstander som knyttes til veiledende rettighet og frist for behandling (Helsedirektoratet 2015b). Den enkelte tilstand er også gitt en liste over karakteristika (individuelle forhold) som også skal vurderes. Slik gis det mulighet til å ivareta pasienter som ikke gis rett til behandling på gruppenivå, men som på bakgrunn av individuelle karakteristika likevel skal ha en rett. Individuelle karakteristika (forhold) er derfor særlig viktig å vurdere hva gjelder denne gruppen med pasienter. Samtidig skal «like» pasienter rettighetsvurderes likt uansett hvilket sykehus i landet de er henvist til. I Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne veilederen vises det til at dette krever at ”de som rettighetsvurderer henvisningen må ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene» (Helsedirektoratet 2015a, 3. Prioriteringsveilederne som verktøy for rettighetstildeling, 29.09.16, 1. avsnitt).

Generelt er prioriteringsveilederen myndighetenes egen tolkning av lover og regler, og et bidrag til å koble sammen helsefagene og regelverket for prioritering (Helsedirektoratet, 2016). De profesjonelle er imidlertid ikke bundet til prioriteringsveilederen og kan velge annen praksis når de prioriterer (Helsedirektoratet 2015a). Dette må i så fall begrunnes, da vurderingen og beslutningen om rettighet er de profesjonelles ansvar.

For å vurdere behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er det viktig at pasienten er godt utredet, samt mottatt rehabilitering og aktivisering i primærhelsetjenesten.

Prioriteringsveilederen tar som utgangspunkt at fastlegens henvisning ikke er nok for å kunne vurdere det videre forløpet hva gjelder behandling eller rehabilitering, og at pasienten derfor trenger at spesialisthelsetjenesten utreder dette nærmere (Helsedirektoratet, 2015b). Dette kan gjøres gjennom innleggelse, poliklinisk eller av ambulante team.

2.4 Rehabilitering

Vurderingspraksisen som studeres her, omhandler vurdering av rett til rehabilitering i form av ambulant rehabilitering. Rehabilitering er omfattende og handler om både diagnostikk, behandling og rehabilitering. Målgruppen er personer som p.g.a sykdom eller skade har eller er i risikosonen for langvarig funksjonshemming (Helsedirektoratet, 2015b). I tillegg skal det vurderes om pasienten står i fare for å få, eller har fått nedsatt funksjonsevne.

En ofte brukt definisjon på rehabilitering er «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (St.medl. nr.21, 1998-99). Mens f.eks. Store norske leksikon bygger sin definisjon av rehabilitering på de latinske *habil*, å gjøre i stand til og *re*, igjen (Store Norske Leksikon, 2014). Altså, rehabilitering i form av noe en igjen vil bli i stand til.

Om ambulant rehabilitering finner vi presisert i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* at; «Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.» (Lovdata.no, 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 29.09.16, kap. 4 §15). En ambulant tjeneste er en tjeneste gitt av spesialisthelsetjenesten som tilbys og ytes utenfor sykehus.” En modell der spesialisthelsetjenesten bistår i behandlingsopplegget til pasienter i deres eget hjem eller ved institusjon i samarbeid med primærhelsetjenesten.” (Riksrevisjonen 2012, s.24). Ambulante tjenester bør derfor skje i tett dialog med kommunale tjenester.

Rehabilitering handler, som vi ser av definisjon, om å jobbe planmessig i felleskap mot brukers mål. Det er derfor et mål at ambulante rehabiliteringsteam skal være tverrfaglig. Sammensetting og størrelse på teamene varierer dog, bla ut fra hvilket geografisk område som det aktuelle team skal gi et tilbud til. Eksempelvis, i Helse Nord varierer teamenes størrelse fra 3-7 personer (lege ikke inkludert) og består av sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og familierapeuter. Sosionomer og vernepleiere har også hatt virke der. Spesielt for den ambulante rehabiliteringen er at den er organisert i spesialisthelsetjenesten, men den profesjonelle har store deler av din praksis på brukers private arena, hjemme, på arbeid, i skole og i møte med andre aktører slik som kommunen, NAV m.fl.

3. Teoretisk ramme

Det vil her bli sett på tidligere forskning og aktuelle teorier som kan belyse sentrale deler av problemstillingen og datamaterialet som er samlet inn. Søket på teori ga treff inn imot teorier som omhandler organisasjoner og profesjoner og deres ansvar og praksiser i velferdsstaten.

De sentrale her er profesjon, rett og politikk (Eriksen & Molander, 2008), Profesjon og skjønn (Grimen & Molander, 2008). Også profesjon, organisasjon, kontroll og ansvar berøres her.

Gjennom søkene framkom også artikler vedrørende prioritering i helsevesenet. Flere av disse hadde sitt utspring i samfunnsøkonomi, en disiplin som er viktig og som også gjør seg gjeldende i helselovgivning, bla gjennom vilkår for rett til behandling i helsetjenesten (Lovdata, 2016). Temaer rundt økonomiske rammer ville i denne studien blitt gjenstand for oppmerksomhet dersom det fremkom som sentralt gjennom det innsamlede materialet. Dette er ikke tilfellet her, og i den grad det drøftes i studien er det ut fra dette perspektivet.

3.1 Tidligere forskning

Det er her søkt etter forskning og materiale som kunne si noe om profesjoner, ansvar og praksiser. Det ble søkt bredt fra Kunnskapssenteret, Pub Med til Cochrane Library hvor søkeordene var ulike varianter av *organization* (teori), *professions*, *rehabilitation*, *health*, *priority*, *dicisions*. Dette uten konkrete treff. Derimot gav søk i Medline med kontrollerte emneord treff på noen forskningsstudier. Søk på kombinasjonen *patient asmission*, *health services assesibility* gav 771 treff. Kombinert med *qualitative* gav søket 106 treff. I søket er *not economic* lagt inn. Av disse 106 treffene fant jeg to-tre studier som var beslektet med tema for denne studien. Imidlertid var studiene fra land som ikke er sammenlignbare med Norge hva gjelder de økonomiske rammene rundt tjenestene, offentlig og/eller privat finansiert. Studiene er derfor ikke benyttet her. Jeg har imidlertid sett noe til sosiolog Gunhild Tøndels beskrivelser med utgangspunkt i hennes PhD-prosjekt om statistikk som styringsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt Hamran og Moes forskningsrapport om *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling*. Begge disse berører vurderinger og beslutninger som gjøres i kommunesektoren, men drøfter noe av det som er sentralt også for denne studien.

3.2 Prinsipper for en rettferdig helsetjeneste

Begrepet rettighet, brukt som i Lov om pasient- og brukerrettigheter kan også kalles en sosial rettighet, en rett som omhandler at pasienten skal sikres *et visst nivå* av helse, funksjon, levekår m.m (Eriksen & Molander, 2008). Dette kan en bare få til gjennom å regulere aktuelle tiltak med utgangspunkt i pasientens situasjon som helhet. Goodin (1985) som Eriksen og Molander viser til, utarbeidet en formel, «*rettighet som tildelingsregel*», som forsøker å vise grunnlaget som rettighet kan vurderes ut ifra (Eriksen & Molander, 2008). Komponenter som ikke-personlige omstendigheter (bolig, jobb, ansvar), karakteristika (alder, sykdom/skade

m.m), tjenester som følge av lovbestemte ytelser (statsborgerskap, adresse m.m) spiller alle inn i rettighetsvurderingen. Ulikt som komponentene kan fremstå fra en bruker til en annen, krever derfor vurdering av rettighet rom for skjønn.

Modell 1



Modell 1 søker å enkelt vise rettighet som tildelingsregel med utgangspunkt i Goodin, presentert som en prosess. Jamfør denne modellen skal de som rettighetsvurderer ta utgangspunkt i informasjon om pasienten og vurdere om han/hun via rehabiliteringstiltak kan oppnå et visst nivå av noe.

Rettighetsfesting, sosial rettighet, betyr at staten forpliktes til pasientene, hvor staten skal imøtekomme pasientenes krav og forventninger til et visst nivå av helse, funksjon, levekår m.m. Statens utfordring er å klare og formulere når en slik rettighet skal utløses. (Eriksen og Molander, 2008). Lov om pasient- og brukerrettigheter, aktuelle rundskriv og prioriteringsveiledere er en måte å formulere rettigheter på.

Eriksen og Molander skiller mellom 2 typer rettighet. Den første, *komparativ rettighet*, viser til den type formell rettighet hvor grunnlaget for tildelingen av rett er interpersonelle. Barnetrygd er en slik form for rettighet – alle behandles likt ved at alle som har barn får barnetrygd.

Den andre type rettighet, *ikke-komparativ-rettighet*, er en rett hvor den enkelte blir vurdert i forhold til rett-ikke rett, med utgangspunkt i den enkelte person, selv sett i forhold til *en allmenn målestokk*. Pasienten vil slik sett ikke vurderes likt med en annen pasient, men likebehandlingen følger av at begge er vurdert opp mot den allmenne målestokken (Eriksen & Molander, 2008). Den rettighet som pasienten, ved henvisning til spesialisthelsetjenesten, vurderes ut fra, er en rettighet i ikke-komparativ forstand. Og denne retten er det den/de profesjonelle som er satt til å ivareta.

Eriksen og Molander viser igjen til Goodin (1985) som også sier at å vurdere rett til henger sammen med å se på behov (Eriksen & Molander, 2008). Dersom en pasient skal ha rett til helsetjenesten, så må pasienten ha et behov for helsetjenesten.

I vurderingen av rett til rehabilitering, må den profesjonelle se både på pasientens personlige og ikke-personlige omstendigheter og vurdere om rehabilitering vil kunne føre til *et visst nivå* av helse og funksjon (tilfredsstillende visse forutsetninger). Dersom ja, ansees det at pasienten har en rett som staten, gjennom den profesjonelle, har et ansvar for å dekke ved å gi tilbud om rehabilitering. Goodins beskrivelser av komponenter som spiller inn i vurderingen kan vise seg å være interessante å se studiens materiale ut fra, da studiet søker å dykke inn i et mindre område i organiseringen av rehabilitering, hvor det vil bli gjort forsøk på å finne mer ut av rettighetsvurdering i praksis og hva som kjennetegner denne praksisen.

Men rettigheter, her rett til rehabilitering, vil ikke kunne vurderes helt likt. Som ikke-komparativ rettighet vil vurderingen være avhengig av et element av *skjønn* (Eriksen & Molander, 2008). Skjønnen er et tveegget sverd. Siden vurderingen her er ikke-komparativ, er det ikke mulig å praktisere vurdering av rett til helsehjelp rettferdig uten bruk av *skjønn*. Tiltaket som skal tilbys pasienten må variere ut ifra hvilke egenskaper pasienter har og dens ikke-personlige omstendigheter. Samtidig må de profesjonelle ofte gjøre vurderingen med utgangspunkt i *svake holdepunkter* (Eriksen og Molander, 2008). Vurdering på et slikt grunnlag, vil kunne føre til ulikt tilbud også dersom en ser på mot en allmenn målestokk.

I forhold til pasientens rettsikkerhet er det problemfylt med bruk av *skjønn*. Bruk av *skjønn*, gir de profesjonelle rom for vurdere rettighet ulikt, selv om vurderingen er faglig godt begrunnet og i beste mening. Skjønnen bringer inn en grad av tilfeldighet som rokker ved prinsippet om formell rettferdighet (Eriksen & Molander, 2008). Uten formell rettferdighet, kan det bli vanskelig for pasienten å danne seg rette forventninger til hvilke tjenester og ytelser han/hun kan ha krav på. Ulikheter, eller variasjoner i vurdering av rett til helsehjelp, kan også si noe om den profesjonelles verdi- og moraloppfatninger (Eriksen & Molander, 2008).

Hamran og Moe tematiserer også bruken av *skjønn* i en rapport om *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling* (Hamran & Moe, 2012). Rapporten konkluderer med at vurderingsgrunnlag og standard for hjemmetjeneste er forskjellig om det gjelder yngre eller eldre brukere, og at når det gjelder å formidle pleie- og omsorgstjenester er

også bruk av skjønn sentralt. Rapporten peker avslutningsvis på at å øke muligheten for å reflektere rundt praksis, kunnskaper og holdninger vil medvirke til at denne type utøvelse «snarere bringes nærmere helsepolitiske intensjoner om et forsvarlig helsetilbud til de som trenger det mest,..» (Hamran & Moe, s.72, 2012). Dette er det motsatte av føringer til nasjonale forskrifter, som ifølge Hamran og Moe legger opp til å redusere muligheten for refleksjon.

Prinsippet for *formell rettferdighet* viser til at dersom en skal rettferdiggjøre at tilfeller behandles ulikt, så må det finnes noen grunnleggende forskjeller mellom tilfellene (Grimen & Molander, 2012). Dersom pasienter skal forskjellsbehandles stiller det krav til de som vurderer rettigheten at grunnlaget for forskjellbehandlingen er vurdert og begrunnet. Rettighetsfesting krever med andre ord at blikket rettes på flere ting på en gang; Pasientens helse, sykdom/skader og utfordringer i forhold til dette, pasientens livssituasjon for øvrig, alder, barn, gift/ugift, bolig, arbeid/skole, forventet nytte av helsehjelpen og om kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

3.2.1 Formalisering

Et av grepene som rettsstaten tar i bruk for å redusere bruk av skjønn, er å øke rettighetsfestingen. Det skjer gjennom å presisere hva som skal være statens forpliktelser, her tjenester, og gi pasienten rett til disse tjenestene. Dette innebærer å beskrive hvem som skal ha hva, på en så tydelig måte som mulig (Eriksen & Molander, 2008). Og som i utgangspunktet ikke gir rom for unntak. Innen helsetjenestene kan dette være et av departementenes nylige tiltak, idet forskrift og prioriteringsveiledere ble endret gjeldende fra høsten 2015.

Skjønn kan ikke elimineres og en av myndighetenes, og for så vidt, pasientens utfordringer er hvordan en kan kontrollere bruk av skjønn. Riksrevisjonens rapport fra 2012 er en måte å kontrollere ha kontroll med myndighetens håndtering og oppfølging av egne dokumenter, strategier og lover (Riksrevisjonen, 2016). For pasienter er rett til innsyn i egen journal en måte å kunne ha innsikt Kontroll av dette er imidlertid ikke det sentrale tema for dette studie.

3.2.2 Behov for helsetjeneste

Et begrep som går igjen i offisielle skriv og tekster som bla regulerer rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, er begrepet *behov*. Store Norske Leksikon definerer behov som;

”... , tilstand i organismen som er preget av at den mangler noe eller trenger noe for å kunne funksjonere tilfredsstillende” (Store Norske Leksikon, 2014a).

Gunhild Tøndel bruker uttrykket *behovsvurdering* om det arbeidet som gjøres når de profesjonelle søker å finne ut hva tjenestemottaker har behov for (Tøndel, 2012). Hun har gjennom feltarbeid sett på behovsvurderinger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vurdering av behov og ”rett til” er regulert ulikt fra kommune til spesialisthelsetjenesten. Spesielt gjelder dette bruk av IPLOS², hvor de kommunale pleiernes tolkning av hva brukeren trenger, omgjøres til faktiske data. Arbeidet med å vurdere behov starter med en formell eller uformell søknad hvor klienten forfekter et krav på en tjeneste. Oppgaven for kommunen er å kartlegge om kravet er rett, hvorpå en eller flere pleiere gjør en kartlegging av klientens behov. Dette gjøres gjennom bruk av IPLOS, samt bruk av erfaring, kompetanse og skjønn (Tøndel, 2012). Fra feltarbeidet fremkom det at det også eksisterte *ikke-formaliserte systemer* som også påvirket behovsvurderingen. Disse kunne oppleves gjennom forutsetninger for hvordan utføre arbeidet, gitt av det kollegiale fellesskapet.

I følge flere, så er begrepet behov uklart. Tøndel viser bla til Latour (1987), som hevder at når begrepet behov ikke er tydelig så blir det usikkerhet rundt hva som inngår i vurderingen noe som igjen påvirker hva som kommer ut av vurderingen (Tøndel, 2012).

Behov, og vurdering av behov, er sentralt i arbeidet med å vurdere rettighet. Tre teoretikere som har sett nøyere på begrepet er Hasman & al. som mener all den tid behov skal benyttes i arbeidet med å identifisere årsaker som skal tas hensyn til, så er det nødvendig med en mer presis uttale og forståelse av begrepet (Hasman & al., 2006).

3.2.3 Å beskrive – tolke brukerens behov

Feltarbeidet til Tøndel, beskriver flere utfordringer som pleierne opplever ved behovsvurderingen. Dette kan være opplevelsen av at de karakteristika som er beskrevet ikke trer tydelig frem, eller på annet vis kan oppleves tvilsomme. Eller dilemma de profesjonelle

² IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte skal beskrive bistanndsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. IPLOS er en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Registeret er hjemlet i egen forskrift under helseregisterloven og skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS eies av Helsedirektoratet. (<http://www.frambu.no/hovedmeny/tema/rettigheter-og-tiltak/iplos---hva-er-det/237ad33d-85d7-4857-9cd1-8da6941aeb54>)

blir stilt ovenfor når det kommer er ulike innspill i tillegg til klientens eget krav, eksempelvis fra pårørende.

En utfordring er å omgjøre informasjon gitt av klienter eller ikke-profesjonelle, om til et profesjonell anliggende (Måseide, 2008). Dette krever at informasjonen bearbeides, ofte gjennom å veksle mellom skrift og diskurs. En måte å gjøre dette på er å beskrive problemet profesjonelt gjennom å konstruere kasus (kasuskonstruksjon). Dette gjelder ofte når den profesjonelle ikke har møtt pasienten og hvor utgangspunktet er utdrag fra journal, brev fra lege ol. I følge Måseide har gjerne slik kasuskonstruksjon særlig vekt på det medisinske perspektivet (patologi, medisinsk teknologi, informasjon gitt av pasienten omgjøres til subjektiv informasjon), og hvor andre karakteristika ved pasienten ikke vektlegges.

3.3 Klinisk utøver og rettsanvender

Studiet her søker data som kan belyse profesjonenes praksis, ansvar og rolle, hva gjelder vurdering av rett til helsehjelp. Om denne rollen bruker Eriksen og Molander begrepene «*rettsanvendere og iverksettere av offentlig politikk*» (Eriksen & Molander, 2008, s.161).

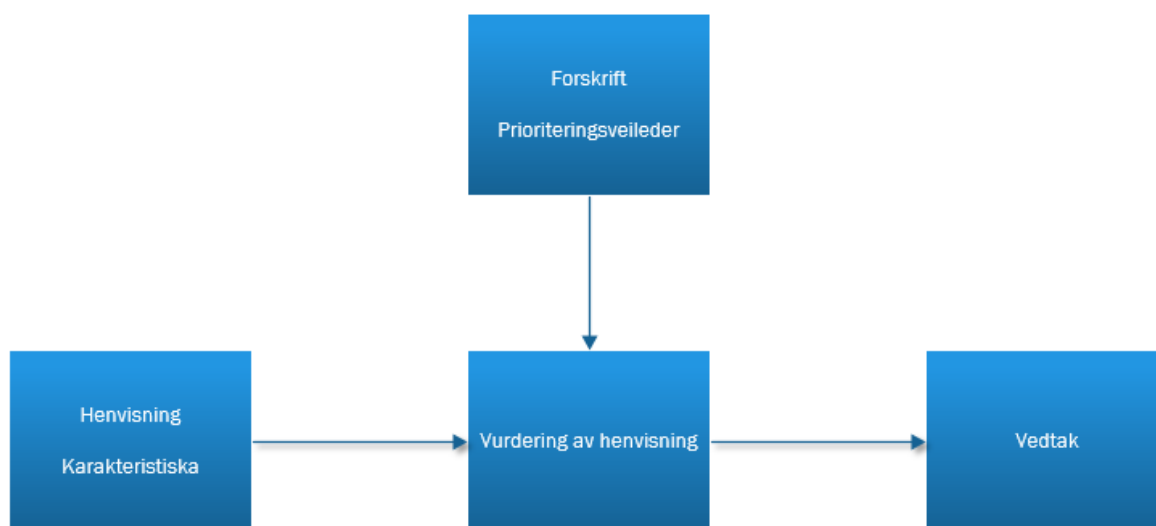
Rollen innebærer at den profesjonelle både skal ivareta likebehandling gjennom en rettfærdig fordeling av tjenester, samtidig som han/hun skal gi individuell behandling, her rehabilitering (Molander & Terum, 2008).

Jeg vil her se kort på hva som ligger til den profesjonelles roller, både som en som innehar en profesjon, og spesielt hva som ligger til denne rollen som iverksetter av offentlig politikk eller rettsanvender som er det begrepet som vil bli benyttet i det videre.

Enklest sagt, er en profesjon et yrke hvor personer gjennom en felles, spesifikk utdanning, har fått rett til å gjøre visse arbeidsoppgaver. Begrepet *praksis* er knyttet til profesjonenes arbeidsoppgaver, og oppgavene er vurdert å være til allmenn nytte for samfunnet (Molander & Terum, 2008). Ordet profesjon, *prophaino* (gresk) betyr "å erklære offentlig" noe som tydelig viser det tette båndet mellom den profesjonelles kunnskap/praksis og samfunnets behov for og tiltro til at den profesjonelle har kunnskaper som er til nytte for allmennheten (Eriksen & Molander, 2008). Samfunnet gir derfor den profesjonelle "rett" til å utføre bestemte arbeidsoppgaver i henhold til uttrykte faglige standarder. De bestemte arbeidsoppgavene er oftest knyttet til en pasient, klinisk praksis (Måseide, 2008). I denne praksisen kan en si at den profesjonelles «klient» er pasienten.

Rollen som rettsanvender, er knyttet opp til at en innehar en profesjon, og handler om å iverksette velferdsstatens rettigheter som er bestemt av myndighetene (Molander & Terum, 2008). Det betyr i praksis å avgjøre hvem som skal få tjenester, og hvilke tjenester (Eriksen & Molander, 2008).

Modell 2



Modell 1 viser den profesjonelles oppgave, i møtepunktet mellom gjeldene lover og forskrifter og den enkelte pasient. Eller som rettsanvender og utøvende profesjon (Eriksen & Molander, 2008). Her ser en hvor i pasientforløpet ART utfører vurderingen som starter med at henvisningen kommer inn til vurdering. Regulert av forskrift og evt prioriteringsveileder drøftes henvisningen og pasienten får et vedtak som følge av å ha blitt vurdert å ha rett til eller ikke rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Etter vurdering og vedtak vil aktuelle tiltak settes i verk.

Som nevnt, oppgaven med å beskrive kriteriene for hvem som har rett eller ikke, er ingen enkel oppgave. Og med prinsippet for likebehandling som sentral i helselovgivningen, gis den profesjonelle, som rettsanvender, rom for skjønn. I følge Eriksen og Molander reiser dette *to grunnleggende problemstillinger* (Erikson & Molander, 2008 s.161). Mulighet for å kontrollere iverksetting av lover, er en av disse problemstillingene, men vil ikke bli fulgt videre i denne studien. Det som studien ser på i denne sammenheng, er konsekvensene ved bruk av skjønn sett opp mot likebehandling av pasienter, samt hvilke utfordringer en

profesjonell kan erfare som iverksetter av klinisk praksis og rett. Eller *den rettslige utfordring*. (Eriksen og Molander, 2008, s 161)

Dersom en ser nærmere på modell 2 så viser den at ”formelen” for å vurdere rettighet inneholder mange deler. Dersom de enkelte delene ikke er klargjørende øker behovet for å bruke skjønn (Eriksen & Molander, 2008). Det vil si at om lover og forskrifter gitt av myndighetene er uklare så øker behovet for bruk av skjønn. Det samme gjelder dersom henvisningene er uklare. Men det er ikke mulig å praktisere lik behandling for like tilfeller uten bruk av skjønn. Slik sett er det ønskelig. Samtidig vanskeliggjør bruk av skjønn muligheten for å ha kontroll over tjenestene. Studier viser også at det er store variasjoner blant de profesjonelles vurderinger. I følge organisasjonsteori ligger utfordringen i at gjeldende standarder gir store rom for fortolkninger (Eriksen & Molander, 2008).

Som profesjonell har en kompetanse innen et fagfelt som en er gitt rett til å utøve i praksis. Kompetansen følger av formell utdanning og etter hvert kompetansen som følger av erfaringen en opparbeider gjennom å jobbe i felt. Spesialisthelsetjenesten er en institusjonell setting, hvor prosedyrer og formål er strukturert og tydelig (Måseide, 2008). Her utfører den profesjonelle konkret gjøremål/handlinger, og det er her kunnskapen og kompetansen som den profesjonelle har blir virkeliggjort og får sitt uttrykk. Herunder også faglige standarder. Om dette bruker Bengt Molander begrepet å være ekspert (Molander, 1996). Dette omfatter måten den profesjonelle lærer å utføre profesjonen på, hvordan han/hun tenker, handler og formidler sin kunnskap. Dette omfatter også å ha kunnskaper om gjeldende lov og rett på området. Men dersom den profesjonelle i sin praksis deltar i å vurdere rett til helsetjeneste, så krever dette også og kunne tolke lov og forskrift, både ved bruk av faglig kompetanse, men også må gjennom en organisatorisk kompetanse.

3.4 Vurdering av rettighet sett i et interaksjonsteoretisk perspektiv

Studien her har sett på vurdering av rettighet slik det i praksis utøves i team, og hvor teamene er sammensatt av flere faggrupper. Det er derfor interessant å se på vurderingspraksisen i et interaksjonsteoretisk perspektiv.

I et interaksjonsteoretisk perspektiv ser en på den sosiale interaksjon som arter seg mellom aktører, her de profesjonelles interaksjon (Måseide, 2008). Dette perspektivet omhandler flere områder hvor uttrykk og handlinger gir mening i samhandlingen mellom mennesker.

I et språkpragmatisk³ perspektiv kan diskursen sees på som en sosial interaksjon, hvor det språklige samspillet gjør mennesket til deltakere av konkrete praksiser og måter å tenke på (Måseide, 2008). Og hvor det språklige samspillet arter seg, er knyttet til ulike situasjoner, aktiviteter, profesjoner og institusjoner. Diskursen er gjerne lett og nøytral i et profesjonelt fellesskap. Språket her handler ikke bare om å dele fakta og informasjon, men er en diskursen kan sees på som en aktivitet for seg, hvor diskursen ikke er gitt på forhånd, men skapes underveis i den gitte kontekst. Måseide viser til Drew og Heritage (1992) som mener at profesjonelles diskurser skiller seg fra vanlige samtaler på viktige områder (Måseide, 2008). Sentralt for denne argumentasjonen er at profesjonelle diskurser er fokusert på mål, slik som de konkrete arbeidsoppgavene som skal utføres i tråd med prosedyrer ol. Andre igjen hevder at diskursene skapes av de praksiser som er gjeldene på stedet.

I diskurser som fremtrer mellom ulike profesjoner er det vesentlige trekk som fremtrer og som påvirker avgjørelsene som tas. Dette kan være måten en uttrykker seg på, forholdet mellom profesjonene m.m.

Et annet område som gjør seg gjeldene i profesjonelle diskurser, er skriftspråket. Mye av informasjon blir omdannet til skrift. Som f.eks i journal samt i styrende tekster som prosedyrer, instruksjer m.m (Måseide, 2008). Også ulike skjema faller inn under denne kategorien, og skal sikre at f.eks registrering av informasjon er standardisert og systematisk. Slik søker en å kvalitetssikre profesjonell og institusjonell praksis. Skjemaer som dette må stemme overens med den type aktivitet det er en del av.

3.5 Tverrfaglig rehabilitering

Hagland og Solvang viser til Biering-Sørensen (2008) som hevder at om en skal oppnå gode resultater i rehabilitering, så må en ha flere perspektiver (Hagland & Solvang, 2012). Dette fordi rehabilitering innebærer komplekse problemstillinger. Begrepet tverrfaglig rehabilitering er et mye brukt begrep om den profesjonelle samhandling som foregår i rehabilitering.

Hagland og Solvang benytter seg av begrepet *tverrprofesjonell*. Begrepet bygger på *tverr-* en stavelse som sier noe om at aktørene har samme mål og oppgaver som de jobber tett sammen om å løse. Nyseth peker på at begrepet ikke er klar og at begreper som flerfaglig og transfaglig omhandler mye av det samme (Nyseth, 2007). Det som er felles for disse er at det handler om å kommunisere på tvers av faggrenser.

³ Hvordan bruken av språket i en kontekst, bidrar til å gi mening til det som sies.

Noen disipliner kan sies å være «tverrfaglig i sin natur» (Nyseth, 2007). Dette kan sies om rehabilitering hvor fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleiefaglig kompetanse utgjør en felles disiplin. Rehabilitering er også en prosess som omfatter flere tjenester som sammen utgjør et helhetlig pasientforløp. En enkelt tjeneste, som for eksempel fysioterapi eller ergoterapi, ansees ikke som rehabilitering.

4. Metode

Studien forsker på en profesjonell praksis og er satt i et fenomenologisk perspektiv. Studien søker å få svar via fagpersonenes erfaringer i praksis gjennom kvalitativ metode, som gjennom fortolkning har sitt utgangspunkt i hermeneutikk. Med rehabiliteringspasientens rett til lik behandling som «paraply» hentes det frem erfaringer fra et lite praksisfelt som tema kan drøftes ut fra. Gjennom å slik se på deler av en helhet, slik som vurderingspraksis av henvisninger til ambulante rehabiliteringsteam, her en mulighet til å forstå mer av både delene og helheten. Det som i hermeneutisk forstand handler om å forstå deler av en helhet for så å forstå helheten ut fra delene (Gadamer, 2012). Gjennom intervju forsøkes forskningsspørsmålene belyst, hvor fokus er å løfte frem de profesjonelles praksis ved vurdering av rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i at det ikke foreligger bred forskning på området er det valgt en delvis induktiv tilnærming, da det var ønskelig med en åpen intervjuform som kunne gi rom for det uventede. Samtidig som det ble søkt etter generelle sammenhenger i tråd med den induktive tilnærmingen (Tjora, 2013). Fordelene med intervju for innhenting av data, er at det er lettere for forskeren å følge opp med de spørsmål som ønskes belyst (Englander, 2012). Samtidig stilles det krav til forskerens åpenhet og evne til å reflektere. Forskeren må også opptre respektfullt og være tydelig på at han søker data om fenomenet «vurdering av rett til helsehjelp» og ikke om informantene (Tjora, 2013). Slik kan han oppnå gjensidig tillit.

Søk på forskning tyder også på at det er et felt som det ikke har vært forsket mye på. Jeg har derfor valgt en kvalitativ metode for innsamling av data, en tilnærming som egner seg godt når det er lite forskning på et område (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Studien søker også kvalitet gjennom å velge metode som kan reflekter den teori som er (Englander, 2012).

4.1 Utvalg

Det er her valgt å intervju ambulante rehabiliteringsteam (ART). Ambulant rehabilitering er en av spesialisthelsetjenestens mindre virksomheter sammenlignet med spesialisthelsetjenestens tjenester for øvrig. Nedslagsfeltet omfatter slik sett en mindre målgruppe. Tall fra Norsk pasientregister viser f.eks at det var 6130 konsultasjoner i dag- og poliklinisk rehabilitering i Helse Nord i løpet av 2013 (Helsedirektoratet, 2015a). En ukjent andel av disse mottok ambulant rehabilitering. Samtidig var det totalt 52349 konsultasjoner i dag- og polikliniske avdelinger som omhandlet sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev (Helsedirektoratet, 2016a).

Intervju med inntaksteam som vurderer henvisninger som omfatter en større pasientgruppe, ville kunne sies å ha en større generell tyngde. Samtidig gjelder forskrift for rett til behandling i spesialisthelsetjenesten for alle team som vurderer henvisninger. Prinsippet om lik rett for like tilfeller er gjeldende for alle pasienter – alle pasientgrupper, så all beskrivelse av praksis kan vise seg relevant her. Forsker har selv erfaring fra ambulant rehabilitering og anser ambulante rehabiliteringsteam å være et utvalg av fagpersoner som kan besvare problemstillingen. ART jobber tradisjonelt tverrfaglig, en arbeidsform som en også finner igjen i vurdering av henvisninger og inntak. Det enkelte ambulante team vil i studien fungere som studiets fokusgruppe.

Tilnærmingen i fokusgruppeintervjuet ble forberedt ved å skissere få, men åpne og sentrale spørsmål (vedlegg 2). På denne måten ble det åpnet opp for å få fokusgruppa til å presentere erfaringer og refleksjoner omkring tema. Informantene ble invitert inn i temaet via følgende spørsmål; Kan dere beskrive «gangen» i en typisk vurdering, fra henvisning er kommet inn til ambulant rehabiliteringsteam og til vurdering er gjort? Samtidig gav det informantene mulighet til å selv «ramme inn» den praksis de beskriver. F.eks. hva er det fokusgruppa anser som første ledd i det vurderingsarbeidet de selv gjør, hva kommer dernest, osv.

Skisse 1.

| Kjernes spørsmål | Praksis | Metode/design | Datainnsamling og utvalg |
|--|------------------------------------|--|---|
| Hvordan vurderes rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten? Hva vurderes? | Erfaringer/drøftinger / holdninger | Kvalitativ metode Intervju i fokusgrupper | Intervjue to ambulerende rehabiliteringsteam, bestående av deltakere i inntaksmøter, eller flerfaglige møter hvor inntak foretas. |

Forut for intervjuene ble det gjennomført et testintervju med et annet team, hvor det etterpå ble gjort mindre justeringer i innledning til intervju samt at rekkefølgen på to av spørsmålene i intervjuguiden ble byttet på.

Studien hadde knyttet til seg en fagperson som stilte som moderator. Moderator hadde selv erfaring fra å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten og deltok på testintervjuet og på et av de to intervjuene som studien omhandler. I forhold til taushetsplikt, ble moderator ansett å være bundet til taushetsplikten gjennom sin profesjon.

4.2 Bruk av fokusgruppe

Studien har valgt å samle inn data som kan belyse problemstillingen, gjennom å intervjuer fokusgrupper.

Tjora viser til Wilkinson (2004) som beskriver fokusgrupper som en gruppe med informanter som diskuterer tema/fokus (Tjora, 2013). Når en søker informasjon på denne måten får en data fra flere informanter samtidig. Tjora viser også bla til Wibeck (2011) som hevder at et av skillene mellom denne type intervju og andre er at den gir mulighet for å fange opp data som følge av interaksjon mellom informantene (Tjora, 2013). Interaksjon mellom informantene i gruppa kan slik bli en del av dataen som samles inn. Samhandling og det å samarbeide er grunnleggende for at rehabilitering skal finne sted og fokusgruppen kan gi mulighet for å fange opp samhandlingen som foregår mellom profesjonene. Et annet aspekt er at dialogen imellom informantene kan stimulere gruppa til refleksjon. Refleksjonene omkring tema kan gi data som kan si noe om dialogen som er innarbeidet på stedet. Også andre faktorer kan løftes

frem, f.eks hvordan møtet gjennomføres i praksis, beskrive eksempler fra egen praksis m.m. (Tjora, 2013).

Av forskningsmessige hensyn ble lagt opp til å intervju to grupper. Utvalget, som ble på ni informanter, ble ansett å bringe inn nok empiri til et studie av denne størrelse. Flere informanter ville ikke nødvendigvis gjøre studien mer generaliserende, kanskje tilføre noen flere variabler (Englander, 2012).

Forespørselen om deltakelse i fokusgrupper gikk til lederne for ambulante rehabiliteringsteam (ART). Her har forsker valgt ambulante rehabiliteringsteam ut fra kjennskap til deres virksomhet, altså et målrettet valg av utvalg, også beskrevet som *purpositive sampling* (Polit & Beck, 2012). Det ble bevist valgt en homogen gruppe slik at både det generelle og variasjonene ved praksis skulle kunne tre frem. Invitasjon og informasjon til den enkelte informant gikk til avdelingens leder etter at leder hadde gitt tillatelse til deltakelse. Informasjon måtte derfor vær spesielt god på området som beskrev hvilke informanter som kunne besvare forskningsspørsmålet, slik at leder forstod hvem forskeren var ute etter å intervju (Polit & Beck, 2012). Dersom denne informasjonen var til å misforstå, kunne scenarioet i ytterste konsekvens bli at studiet fikk informanter som ikke kunne belyse forskningsspørsmålet. I denne studien viste det seg at en av fokusgruppene som ble intervjuet, egentlig bestod av flere deltakere (fra et annet sykehus), hvor inntaksmøtet foregår via telestudio. Leder som hadde mottatt forespørselen om å delta på intervju hadde imidlertid bare sendt forespørselen videre til deltakerne fra eget sykehus. Det hadde vært ønskelig at forespørselen om deltakelse i studien kunne gått ut til alle deltakerne for inntaksmøtet, i begge sykehus, men her hadde altså informasjonen om studien ikke tatt høyde for et slikt scenario.

Å invitere bredt kunne føre til at gruppene som takket ja til å delta endte opp med å være ulik med tanke på størrelse, fagsammensetning, pasientgrunnlag, m.m. Dette er tilfelle for de to gruppene som deltok i dette studie. Den ene gruppen bestod under intervjuet av tre personer. Studiet krevde at deltakerne ga et frivillig samtykke, noe som betydde at de som ble invitert måtte få så god informasjon som mulig om studiets hovedmål og metode (se vedlegg 1). Den enkelte informant som ble invitert undertegnet samtykke om å delta i studien (NSD, 2016 a). Krav om samtykke handler om å beskytte og gjelder for både informant og det materiale som forskeren sitter igjen med etter intervjuet.

Invitasjon til deltakelse ble sendt ut til syv ulike ambulante rehabiliteringsteam i Norge. Fire team svarte positivt til å delta i studien, men i et team var det bare to personer som ønsket å

delta. Dette ble ansett og ikke kvalifiseres som fokusgruppe, som bør ha seks til tolv deltakere (Tjora, 2013). Valget ble derfor intervju av de to teamene som kunne stille som hele team. Fokusgruppen på tre er en liten gruppe i fokusgruppesammenheng. Tjora viser imidlertid til Krueger (1994) som beskriver en gruppe på tre til fire spesialister på et felt, som mini-fokusgrupper (Tjora, 2013). Da informantene her ansees som spesialister på sitt felt, er data fra dette intervjuet behandlet på lik linje med det andre intervjuet. At fokusgruppene er ulike i størrelse er også et bilde på praksis slik den er og er slik sett med på å belyse studien som sådan.

4.3 Forskningsetikk

I all forskning stilles det krav til at etiske retningslinjer, normer og verdier blir ivaretatt av forskeren (Everett & Furseth, 2004). Studiet her, er forskning som er underlagt UiT Norges arktiske universitet. Det er derfor bestrebet å gjennomføre studien i henhold til UiTs regler *for etikk og forskning ved Helsefak* (UiT, 2015).

Studiet ble meldt inn og vurdert i henhold til personvern i forskning av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD, 2016b). Datamaterialet inneholder ikke personopplysninger, men det ansees at personer kan gjenkjennes indirekte, da miljøet i ambulant rehabilitering er lite og gjennomsiktig.

Siden denne studien valgte å gjennomføre intervju av fokusgrupper som kilde for informasjon, ble personvernet og informantenes selvbestemmelse og frihet til å delta, ivaretatt, her via informasjonsskriv og underskrevet samtykke (Everett & Furseth, 2004). Det innsamlede materialet ble anonymisert og oppbevart låst gjennom studien og slettet i etterkant. Spesielt for bruk av fokusgrupper er det at det ikke bare er forsker som får ta del i informantens informasjon. De øvrige deltakerne i gruppa får også tilgang til den enkeltes opplysninger. Selv om tema og kjernes spørsmålet i den skisserte studien i seg selv rettes mot det system- og praksisnære, og ikke det individuelle, så er informantenes erfaringer og holdninger en del av det som forskeren ønsker skal få komme til uttrykk. Bare forskeren er omfattet av taushetsplikt, men taushetsplikten ble gjort aktuell for informantene i gruppa, både for å oppmuntre informantene om å la informasjon som deles omfattes av taushetsplikt og slik at den enkelte informant kunne være seg bevisst på hvor mye informasjon han/hun ønsket å dele (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

4.4 Metode for analyse

I studien ble Tjoras *stegvis-deduktiv induktive-metode* (SDI) benyttet ved behandling av de data som ble samlet inn (Tjora, 2013, s.175). SDI er en modell som beskriver hvordan man behandler materialet fra innsamlet data frem mot teori (induktiv) samtidig som en tar i bruk teorier for å sjekke empirien som fremkommer (deduktive). I følge Tjora er målet for kvalitativ analyse at den som leser studien, ikke skal måtte lese alt materiale som samles inn, men likevel kunne forstå området/tema som beskrives (Tjora, 2013).

Intervjuene ble transkribert i sin helhet og deretter ble teksten lest på søk etter *koder*, beskrivelser og uttrykk nært opp til teksten/dataen som kort kunne si noe om det som fremkom i materialet (Tjora, 2013).

Neste steg var å sortere ut det materialet som hadde relevans for problemstillingen, gjennom å samle kodene i grupper, det Tjora kaller for *kategorisering*. Det som kom frem da var det som ble stående som hovedtema i det videre arbeidet med analysen (Tjora, 2013, s. 185).

De beskrevne gruppene ble så vurdert med utgangspunkt i spørsmålet; «*Hva er det dette handler om?*» (Tjora, 2013, s.186). Problemstilling og empiri ble i det videre diskutert opp mot aktuelle teorier. Studien vil ikke ha et omfang som kan utvikle ny teori, men er et forsøk på å løfte frem og sette kritisk lys på praksis slik den fremstår.

4.5 Legitimitet

I Riksrevisjonens materiale fremkommer det, ifølge helseforetakenes egen rapportering, at en sentral utfordring innen rehabilitering er spørsmål knyttet til pasientrettigheter (Riksrevisjonen, 2012). Blant flere ting som trekkes frem er spørsmålet om hvorvidt vurderingskriteriene passer for denne pasientgruppa (rehabilitering) og spørsmål knyttet til vurderingsgrunnlag. Denne studien ansees ikke å kunne være generaliserende, men kunne ha legitimitet ved å belyse sentrale områder vedrørende praksis for vurdering av rettighet.

4.6 Gjennomføring

Et aspekt ved studien, er at prioriteringsveilederne ble endret med virkning fra 1.november 2015 for å være i samsvar med endringer som var blitt gjort i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskrift (Helsedirektoratet, 2016b). Dersom endringene skulle tilsi at praksis på feltet måtte endres, ville ikke informantene ha hatt mange månedene med ny praksis i vise til. Endringene som vist til her, ble imidlertid ikke ansett å ha ført til de store endringene hva gjaldt studiets problemstilling som forsøker å beskrive praksis slik den

arter seg pr.idag, gitt de føringer som gjelder i dag. Samtidig var det spennende å gjøre datainnsamling akkurat i overgangen mellom gammel og ny forskrift, da det ville kunne åpne opp for refleksjoner knyttet til dette.

4.7 Å studere egen praksis

Ved oppstart av studiet arbeidet forsker i ambulant rehabilitering. ART i egen virksomhet var ikke forespurt om å delta, og all data er samlet inn via andre virksomheter.

Å studere en praksis som en selv har vært en profesjonell aktør i, gir mulighet til å ha et «utsideblikk» på praksisen. Denne type studier kan medvirke til «å tydeliggjøre betingelsene profesjonsutøvelsen hviler på, løfte fram det som tas for gitt, og klargjøre sammenhengen den inngår i» (Molander & Terum, 2008, s. 23).

Å studere praksis som forsker hadde nærhet og erfaring fra, var til hjelp når intervjuet skulle utarbeides. Denne kjennskapen gav også en trygghet for at informantene/utvalget kunne belyse problemstillingen i studien. Samtidig kan forforståelse gjennom egen praksis i feltet ha utfordret forskeren i å ha den type åpenhet i spørsmålene som kunne gi rom *for det uventede* som var ønsket her. Det ble dog bestrebet.

5. Presentasjon av data

I det følgende kapittel vil deler av materiale slik det fremstod etter intervju, bli presentert. Første del omhandler organiseringen av inntak, hvor henvisningene som kommer inn til ART blir vurdert. Kunnskap om hvordan ambulante rehabiliteringsteam organiserer vurdering av henvisninger vil bidra til å plassere materialet inn i en kontekst. I neste kapittel vil informantenes beskrivelse av hva de *ser etter* i henvisningen bli presentert, og sist, et kapittel som omhandler materiale om rettighetsvurdering og likebehandling.

Materialet presenteres i form av direkte sitater fra intervju, hvor hver informant er tildelt et tilfeldig nummer. Sitatene følger de ulike funn, eller tema, som presenteres fortløpende i tekst. Forskeren har gjort beviste grep for å ivareta anonymiseringen av informantene. Dette viser seg i materialet ved at en ikke får tilgang på informasjon som kan knytte sitatene til konkrete fagprofesjoner, selv ikke der hvor dette kan være interessant for studien. Forsker har også

valgt å gjøre grep for at fokusgruppene, inntaksteamene, ikke skal kunne gjenkjennes i materialet. Fokusgruppene presenteres derfor ikke med nummerering eller bokstav, men der hvor det er ønskelig å få frem forskjeller brukes begrepene *den ene fokusgruppen* og *den andre fokusgruppen*. Videre benyttes X der hvor informanten har navngitt et sykehus eller kommune. I et tilfelle er også en informant anonymisert fra *Informant 'tall'* til *Informant X*. Forsker har også tatt seg frihet til å anonymisere et av informantenes eksempler.

De to fokusgruppene viste seg å være ulikt organisert og materialet viser også at ”gangen” i hvordan vurderingene gjøres er noe ulik. Samtidig synes praksis å være svært lik på endel sentrale områder. Sitatene er derfor valgt ut for og både vise likhetene, eller det generelle ved materialet, samtidig som det ulike, der det finnes, trer frem.

En utfordring i sorteringen av materialet, er at refleksjonene rundt de ulike temaene flyter inn i hverandre. En beskrivelse som omhandler f.eks vurdering av rett til rehabilitering kan også inneholde beskrivelser av organisering eller erfaringer som omhandler andre områder. Jeg velger i noen grad å ta med noen av disse sammensatte refleksjonene, da de beskriver vurderingspraksisens sammensatthet.

5.1 Hvordan organiseres vurderinger av henvisninger

Beskrivelsen av hvordan de ulike teamene er organisert, hvem som deltar, hvor ofte en har inntak m.m viser at det er både likheter og ulikheter i rammene for vurdering av henvisninger. Når fokusgruppene ble bedt om å beskrive ”gangen” i en typisk vurdering, fra henvisning kommer inn til ambulant rehabiliteringsteam og til det er bestemt om pasienten får et tilbud eller ikke, så var det disse formelle strukturene som informantene først ga en beskrivelse av.

5.1.1 Organisering

Begge teamene organiserer vurdering av henvisninger til et ukentlig *inntaksmøte*. I inntaksmøtet deltar flere aktører som et *inntaksteam*, og inntaksteamet er tverrfaglig eller flerfaglig sammensatt. Inntaksmøtet ivaretar flere oppgaver enn henvisninger til ART, bla er teamet ansvarlig for andre henvisninger til rehabiliteringsområdet, bla til sengeposter m.m. For øvrig er inntaksteamenes størrelse ulik og organiseringen av møtet noe forskjellig. Bla deltar det ene teamet i hovedsak i forhold til henvisninger som gjelder ART (og forlater deretter møtet), mens i det andre teamet deltar alle i dialogen rundt alle henvisninger som inntaksmøtet er satt til å ivareta (også til habilitering, sengepost for rehabilitering m.m).

Et av teamene består av leger, kontorfaglig ansvarlig, avdelingsledere og enhetsledere for ulike avdelinger/poster som omhandlet habilitering og rehabilitering i sykehuset, inkludert enhetsleder for ART. Det andre teamet består av rehabiliteringsseksjon og leger, enhetsleder for ART samt en representant til fra ART.

I et av teamene sitter deltakerne i inntaksmøtet sammen i felles møterom, mens ved det andre teamet sitter deltakerne fysisk lokalisert i to sykehus og avholder møtet via telestudio.

Videre er måten inntaket blir organisert på, nylig endret for et av teamene. Informantene er derfor noe usikre når de svarer på enkelte spørsmål, da de ikke helt vet hvordan ting vil fungere i den nye praksisen for inntaksmøte.

Informant 8: Men nå vet vi jo ikke hvordan nye praksis blir. Ikke sant? Det blir jo sikkert endringer, når vi.. Når vi gjør det på denne måten.

I det andre teamet har inntaksmøtets organisering vært stabil over år.

Informant 1: Hver gang vi evaluerer prosedyren for inntaksteam, så har det aldri vært tema å endre på strukturen og endre på måten vi gjør det på.

5.1.2 Inntaksmøtets oppgaver og roller

Det som er inntaksmøtets hovedoppgave, som også er intervjuets hovedfokus, er å vurdere henvisninger som kommer inn til tjenesten. De interne henvisningene kommer fra spesialisthelsetjenesten, sengeposter innen rehabilitering mfl. og skal ikke vurderes i henhold til rettighet. Disse pasientene er allerede i spesialisert behandling og er gjennom det allerede vurdert å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten (Prioriteringsveilederen for fysikalsk og medisinsk rehabilitering, 2015). De eksterne henvisningene kommer i all hovedsak fra kommunene v/fastlege og det er disse som blir vurdert i henhold til rettighet.

Samtidig viser materialet at inntaksmøtets oppgaver kan være sammensatte. I tillegg til å vurdere henvisninger, også henvisninger innen områder som ikke spesifikt gjelder ART, så drøfter inntaksteamet aktuelle tiltak, hvilke fagkompetanse som bør inn i den enkelte sak m.m.

Et av teamene behandler eksterne og interne henvisninger på et og samme møte, mens det andre teamet har adskilte møter for eksterne og interne henvisninger. Henvisningene som informantene drøfter i intervjuet, gjelder både eksterne henvisninger og interne tilmeldinger. Dette innebærer at når informantene viser til egen praksis, reflekterer de, og viser, til erfaringer som gjelder drøftinger av både eksterne henvisninger og interne tilmeldinger.

Teamene er tydelige på at det er lege som er ansvarlig for vedtak og som har avgjørende myndighet hva gjelder vurdering av henvisning. Samtidig definerer teamene selv at de har en viktig rolle, en ”veiledende rolle” overfor lege. Deltakerne stiller forberedt til møtene i form av å ha lest gjennom henvisningene og har gjort seg opp en mening. Begge team viser til at de ”legger føringer” for vurderingen.

Informant 7: Og ofte har jo vi sett på henvisningen, eller, vi har jo sett på henvisningen i forkant, og om nå ikke drøftet den, men gått litt igjennom hva det handler om, så vi er forberedt til møtet. ... Så ofte har jo vi ganske sterke føringer vil jeg si, om det er noe vi skal gå inn i eller ikke gå inn i.

Informant 8: Han har jo siste ordet, på en måte (avdelingsoverlegen).

Informant 1: For det er jo kanskje viktig å si, vi er jo et inntaksteam, men teamet er egentlig rådgivende til legens avgjørelse. Sånn, så det er jo legen som tar., som er ansvarlig for avgjørelsen.

For et av teamene gjelder det også at en av inntaksteamets oppgaver er å fordele ”saken” (henvisningen).

Informant 1: Inntaksteamets rolle blir å fordele eierskapet til saken, Altså, nå er det ART som eier saken.

5.1.3 Prioriteringsveileder

Teamene har ulik praksis for bruk av prioriteringsveileder, fra ikke å bruke veilederen aktivt til og alltid bruke veilederen i arbeidet med rettighetsvurdering.

Intervjuer: Prioriteringsveileder? Er det noe som er kjent?

Informant 8: Ja.

Intervjuer: Bruker dere den aktivt ved inntak?

Informant 7: Nei. Gjør vi det?

Flere informanter: Nei

Intervjuer: Prioriteringsveileder. Brukes den ved inntak?

Informant 3: Ja (latter, holder opp veileder)

Intervjuer: Brukes den alltid? Altså, på alle henvisninger?

Informant 2: I prinsippet ja. ... Det varierer hvem som har den (prioriteringsveilederen) slått opp ved bordet. Men vi har alltid mange oppslått. Vi har den fast i permen, den er en del av det som hører med oss inn på inntaksteamet, og så varierer det hvem som slår opp. Men legene har den jo ofte med seg hele tiden.

Prioriteringsveilederen har som et av sine viktigste mål å gi mulighet for å prioritere, altså å velge å gi en pasient tjeneste foran en annen pasient med utgangspunkt i alvorlighetsgrad og kost nytte prinsipp (Helsedirektoratet, 2015b).

En informant viser til gjeldende prosedyrer som grunnlag for inntaksteamets aktivitet.

Informant 2: ... Vi har jo faktisk to prosedyrer som beskriver arbeidet som inntaksteamet, som vi kalles da, jobber etter. Det ene er hvordan henvisningene mottas og liksom prepareres i inntaksteamene. «...» Og, i den prosedyren som gjelder oss da, så er det sånn at vi alle sammen har et selvstendig ansvar for i forkant av møtet å lese gjennom henvisningen og gjøre seg opp en mening om hva denne henvisningen dreier seg om. Hva vi vil anbefale er konklusjonen.

5.2 Hva er det som vurderes?

Et av studiets sentrale funn er at *henvisningen* er det dokumentet som diskuteres/drøftes mest når rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vurderes. I henvisningen skal informasjonen om pasienten finnes. Det var derfor viktig å få informantene til å beskrive mer om hva det er de ser etter i henvisningen. Spørsmålet ble stilt åpent da det var ønskelig at vurderingspraksis slik den artet seg i det aktuelle teamet var det som kom frem.

5.2.1 Komplexitet

Informant 1: Når jeg tenker på om dette her kan være noe for ART, så handler det litt om pasientens alder, livssituasjon, er det en person som er i yrkesfør alder, har en jobb han skal tilbake til. Eller er det en familiesituasjon som tilsier at her kan den skaden som har skjedd påvirke familie på en måte som gjør at jeg tenker at det er ikke så dumt at det ... Og at det gjøres der ute (ambulant).

Informant 8: Ja. Litt om hvor kompleks det er? Hva problemstillingen er?

Informantene ser etter beskrivelser i henvisningen som kan gi et bilde av et større hele, pasientens *livssituasjon* som informant 1 sier. Ut fra det hele bildet, som består av flere deler, kan teamet vurdere hvor kompleks pasientens situasjon er. Enkeltdelene som en ser etter er alder, familie, jobb, hjem, diagnose m.m.

Pasientens diagnose snakkes ikke frem, men fremkommer mer som en faktor som ligger i bunn av vurderingene som blir gjort.

Intervjuer: Men om dere nå tenker en veldig tydelig henvisning, som dere umiddelbart tenker at denne har rett til behandling. Er det diagnosen eller beskrivelsen i henvisningen? Altså, hva er det i henvisningen som gjelder pasienten som gjør at man tenker at dette er helt klart?

Informant 9: Som informant 8 sa i sted, kompleksitet, men diagnose ligger jo bestandig i bunn.

Informant 7: Dere får bare rette meg om jeg har feil, men jeg tror at dette med diagnose er veldig slik, ikke avgjørende, men jeg tror, det er ganske ofte klart at vi skal inn når det er slag, for at det er hjerneskade.

5.2.2 Behov for rehabilitering

Et begrep som går igjen i materialet, både i besvarelsen av dette tema, og øvrige tema, er *behov*.

Informant 2: Vi ser på hva dem spør om, hva dem ber om. Hva som er begjært i henvisningen.

Informant 5: Hva det er behov for.

Intervjuer: Behovet?

Informant 5: Behovet.

Informant 8: Ja. Litt hvor komplekst det er? Hva problemstillingen er? Hva er, hva slags behov ser vi at pasienten har. Altså, er det en pasient som har krav på noe, i forhold til rehabilitering? Så er det.., har vi noe vi kan bidra med?

Koblingen mellom pasientens behov og tjenestens tilbud er også et generelt trekk i materialet. Dette uttrykkes som *hva det er behov for, hva pasienten trenger* og lignende. Koblingen opp mot tiltak synes å skje både etter at en har skaffet seg en oversikt over pasientens behov, men også som en del av jobben med å finne pasientens behov.

Informant 1. Men vi bruker ganske mye tid på å vurdere å diskutere, er det slik, er det slik. Kan vi dekke behovet, er det andre?

Informant 2: Sånn at vi på den måten kan.., at det bestemmes hva er denne her pasienten trenger? Og når vi har bestemt oss for det, så blir han på en måte plassert i hvilken enhet han hører hjemme. Først om det er noe vi kan gi tilbud om da, og om så, i hvilken enhet er det best at denne får tilbud fra.

Intervjuer: Kan dere å beskrive hva det er dere ser på da, i henvisningen, som betyr at denne pasienten skal inn? Og denne skal kanskje ikke inn?

Informant 8: Ja. Litt hvor komplekst det er? Hva problemstillingen er? Hva slags behov ser vi at pasienten har. Altså, er det en pasient som har krav på rehabilitering? Så er det har vi noe vi kan bidra med?

5.2.3 Å vurdere rettighet:

Studiets hovedfokus er spørsmålet om praksis vedrørende vurdering av rettighet. I dette studiets data fremkommer det at det er lite diskusjon om rettighetsspørsmålet i inntaksmøtet.

Informant 9: I de møtene (inntaksmøtene), sies det noe om rettigheter der?

Informant 8: Ikke som jeg har erfart, nei.

Informant 7: Så det er ikke noe som.. Det har ikke til nå vært noen store diskusjoner. Det som vi har vi har sagt ja til å skulle gå inn i, så har det vært ganske raskt avklart.

Informant 8: Har vært veldig klart at vi har noe å bidra med.

Vi ser igjen at vurderingen omhandler drøfting rundt spørsmålet, hva kan ART tilby.

Intervjuer: Men hva kan det komme av, at det er stor enighet?

Informant 9: Jeg tror ikke vi har diskutert så mye rettighet eller ikke.

Intervjuer: Har dere erfaringer fra å være uenige om pasienten har rett til eller ikke rett til tilbud fra spesialisthelsetjenesten?

Informant 1: Vi har jo diskutert en del, men det er jo legen som tar avgjørelsen vist det er uenighet.

Informant 2: Det er veldig sjeldent at det er uenighet om rettighetsspørsmålet.

Eksempler fra intervjuet viser også at inntaksteamet har etablert praksis hvor de vurderer rett til behandling i spesialisthelsetjenesten også i tilfeller hvor teamet tenker at ART ikke kan tilby noe selv, eller ikke har rette kompetanse i forhold til det som bli etterspurt.

Informant 2: Og da velger vi det på to måter. Altså, når vi får en henvising som er innenfor det som er innenfor vårt totale område, og vi skjønner at dette kan vi ikke klare å innfri selv uten noen tiltak, så gjør vi det på to måter. Enten så videre henviser vi til et annet sykehus som har det, f.eks. da oftest sykehus X.. Eller vi sier at vi tar saken, men da må vi kjøpe inn den tjenesten i fra andre.

5.2.4 Lik behandling for like tilfeller?

Underliggende for studiets hovedproblemstilling, ligger spørsmålet om vi klarer å etablere en praksis hvor like tilfeller behandles likt i møtet med rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For informantene vil direkte spørsmål om dette falle litt utenfor, eller bakenfor, den praksis de er invitert inn for å beskrive. Det var likefullt interessant å spørre om dette, og høre refleksjonene som spørsmålet ga rom for.

Intervjuer: Et sentralt prinsipp for velferdsstaten sine ordninger, det er jo prinsippet om lik behandling av like tilfeller. Blir pasienter som henvises likt vurdert?

Informant 1: Vi følger samme rammebetingelsene.

Flere informanter: Ja, det..

Informant 1: Ellers så er det ikke to pasienter som er like fordi om de har samme sykdom.

Informant 3: Men de får jo samme vurdering, vi vurderer dem med samme rett. Det gjør vi jo.

Informant 8: Det håper jeg, at vi driver med likebehandling. Men det er klart. De er jo så forskjellig, sakene, så det er vanskelig mange ganger å sammenligne den ene opp mot den andre. Men, vi skal jo ha likebehandling, det er nå i alle fall mitt mål.

Informant 1: Det som er, et sånt etisk dilemma i forhold til dette med rettigheter og likhet for likhet, det er at.. Altså, loven står jo som den står med sine føringer, sant? Mens vi, de papirene vi får med beskrivelse av pasientens problematikk på vårt bord, er ikke like. Selv om det er en mann på 42 år med hjerneslag, så vil jo den beskrivelsen som henviser gir variere fra gang til gang. Slik at det er vanskelig å tenke, altså vi behandler henvisningen innenfor de samme rammene hver gang. Men opplysningene vi får inn for å gjøre en vurdering varierer fra gang til gang.

Spørsmålet om likebehandling og hva som evt. kan påvirke at helsetjenesten likebehandler eller ikke likebehandler pasienter gav noen refleksjoner rundt dette.

Informant 9: Vi ser jo at når vi er inne i en kommune og gjør en høvelig grei jobb, så får vi flere henvisninger ifra kommunen. Og det strider jo med likhetsprinsippet, for å si det slik, at man håper det ikke blir for mange i fra kommune X. Ja.

Når informantene blir bedt om å reflektere rundt forhold som kan være med å påvirke teamets vurdering av om pasienten har rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, så diskuteres flere ting, men konklusjonen er i utgangspunktet at det ikke foreligger noen ytre forhold som kan påvirke denne vurderingen.

Informant 1: Men i praksis, dere får korrigere meg om jeg har feil, men at det kan på en måte være enklere og følge tettere opp på en i nærområdet enn en som bor ute i X som er tre timer unna.

Informant 2: Ja

Intervjuer: Men i forhold til det å vurdere henvisningen. Vil dere si at det påvirker vurdering av henvisningen?

Informant 2: Nei.

5.3 Mangelfulle henvisninger

Et av de generelle trekkene ved materialet er diskusjonen rundt henvisninger med dårlig kvalitet. Dette omhandler spesielt mangel på viktig informasjon fra henviser. Det er i henvisningen teamene henter nødvendig opplysninger om pasienten. Informasjonen skal kunne gi dem grunnlag for å vurdere om pasienten har rett til eller ikke rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i henhold til lov og forskrift. For at de profesjonelle skal kunne ha nok grunnlag, må henvisningen inneholde noe, et minimum som kan gi teamene et innblikk i pasientens *behov* for rehabilitering.

Informant 8: Men det er jo som vi sier.. De er jo mange ganger..., de er jo veldig tynn disse henvisningene.

Informant 2: Og så er det jo her, som i resten av Norges land, litt varierende kvalitet på hva innholdet i disse henvisningene er.

Informant 1: Vi har en henvisning i fra noen år tilbake, og det er ramset opp en del diagnoser på pasienten. Og henvisningen gikk på; "Skaff denne pasienten et liv."

Når en henvisning er dårlig og ikke gir nok informasjon til at henvisningen kan vurderes, møter teamene dette på to måter, man "leser mellom linjene" som en informant uttrykte det, eller så går ART inn i saken og gjør en forhåndsvurdering eller en før-kartlegging.

5.3.1 Forhåndsvurdering/førkartlegging

Begge teamene tok jobben med å skaffe til veie mer informasjon om pasienten gjennom å gjøre en kartlegging. Dette ble henvist til som en førkartlegging eller forhåndsvurdering. I praksis betyr det at teamene benytter seg av sin egen kompetanse (eller andre spesialister) til å gjøre ulike kartlegginger som kan skaffe til veie den informasjon som henvisningen mangler og som teamene trenger i det videre arbeidet.

Informant 8: Og vi har jo ikke praksis med å sende de (henvisningene) tilbake og be om ei utfyllende henvisning. Vi går gjerne inn og gjør en kartlegging og.. Så kan en jo avslutte dersom en ser at det her var det ikke noe å bidra med.

Informant 2: Men.. Alltid vil jeg si, så er det noe i det som er skrevet som gjør at vi tenker at her er det for lite opplysninger. At her er det ett eller annet som skurrer, her må det mangle opplysninger eller noe. Da må vi finne de opplysningene, for det tar vi ansvaret for. Vi påtar oss det ansvaret for å supplere opplysningene for at vi skal ha et så bredt vurderingsgrunnlag som mulig. Så da kan det jo være slik at man gjør en liten forkartlegging, og forsøker finne ut litt mer av hva det er. Og da har man jo i prinsippet gått i gang med og.. Altså, da har man jo henvendt seg til pasienten og tatt tak i den henvisningen. Og, jeg vet ikke hvor ofte, men noen ganger kan det jo også kunne ut i en slik forkartlegging av man ikke går videre. At man sier at her var ikke behovet så stort. Og da avslutter man.

Praksis, i begge team, er at når grunnlaget for å vurdere henvisningen er svært lav, så gjør ART en kartlegging som skal supplere grunnlaget. For at ART som spesialisthelsetjeneste skal kunne gjøre dette, må pasientens "tas inn". Det vil si at pasienten blir gitt rett til behandling.

Intervjuer: Blir den tatt inn og gjort som aktiv pasient før.. Altså, visst det er behov for å ta en vurdering for at henvisningen er "tynn", blir den tatt inn og så gjort en vurdering? Eller blir det gjort en vurdering og så tatt inn?

Informant 8: Da blir den tatt inn.

Informant 1: Og så kan vi komme tilbake, når vi har gjort en forhåndsvurdering, komme tilbake til inntaksteamet og si at; Ja, denne her bør vi ta inn i sengeposten, han har kanskje utbytte av et døgnbasert opphold. Eller vi kan heller fortsette å veilede ute (i kommunen) fordi at pasienten ikke vil ha utbytte av å bli flyttet inn.

Informant 2: Sett at vi får en vanlig henvisning på en femogsytti år gammel mann som ligger på sykehjem, og som har de og de utfallene, og de ønsker et rehabiliteringsopphold. Så kan vi ut fra de faktiske opplysningene som står i henvisningen, og eventuelt andre journalopplysninger vi har tilgang på, tenke at; Skal tro om denne her er så dårlig at han ikke vil kunne klare å gjennomføre et rehabiliteringsopphold på sengeposten. Vi er litt usikre på om han er mottakelig for tilbudet i det hele tatt. Da kan vi gjøre om at henvisningen fra å være til sengeposten til at vi gir i første omgang et tilbud ved ART som da drar ut til der

pasienten er og gjør en vurdering av hvordan fungerer pasienten slik han er, hva trenger dem evt. for å kunne hjelpe pasienten der han er.

Informant 5: Det vi kaller en forhåndsvurdering.

Vi ser av sitatene her, at ved henvisninger som gir for lite informasjon, og henvisninger som har en del informasjon, men hvor opplysningene gir grunn for teamet til å stille spørsmålstegn ved f.eks. hvilken rehabilitering det er søkt om, er ARTs praksis å ta inn pasienten og gjennomføre en førkartlegging.

I tillegg til å gjøre førkartlegginger, samler teamene informasjon fra andre, fra journaler og samarbeidspartnere.

Informant 1: Og jeg tenker på disse henvisningene hvor det står at dette her dreier seg om boligtilpassning. Og den henvisningen er det en eller annen lege som har skrevet, på beskjed om at det må ei henvisning til. Og så har vi jo gjerne hatt telefon i fra ergoterapeuter, sosionomer, fysioterapeuter eller sykepleiere, som har spisset opplysningene. Her er det en familie involvert, her er det behov for støtte slik og slik, behov for å lage et nettverk rundt familien, behov for litt opplæring og slike ting. Slik får man med seg mye mer enn den stakkars dokteren som måtte skrive henvisningen har fått med seg. Og så finner man jo i Dips en god del notater i fra andre yrkesgrupper, og du får det tverrfaglige med deg.

5.3.2 Å lese mellom linjer

Den andre måten teamene håndterer mangelfulle henvisninger på er å ”lese mellom linjene”, som en informant uttrykte det. Dette viser seg ved at deltakerne både leser det som står der og det som ikke står der.

Informant 7: Det kan jo for eksempel være en henvisning som ut går på tilrettelegging av hjelpemidler. Hvilket vil si at, om det kun er det, så skal jo ikke vi gå inn, det kan hjelpemiddelansvarlig i kommunen gjøre. Men når vi ser på diagnose, utfall og hva som ellers er rundt pasienten, så er det sannsynlig at det er en del områder som ikke er kartlagt og gjort noe med.

Informant 9: Jo. Du sier det veldig godt. Men ikke sant, vi analyserer jo ofte henvisningen. Altså, helse er en bit. Dette med sykdom og funksjon er og det. Men så er det jo

konsekvensene i forhold til det sosiale, i forhold til arbeid /sysselsetting, i forhold til økonomi. Ikke minst! Vi går jo inn og så ser på mange ting og, leser mellom linjene.

Informant 1: Så det er på en måte det jeg klarer å se ut av henvisninga som handler om personen og hvilke arena personen lever livet sitt på, ut fra de opplysningene som ligger i henvisningen. Og av og til så er det litt uklart. Det kommer ikke bestandig frem om folk er i jobb eller ikke, fordi om personen er toogførti år. Men man kan jo anta at en toogførtiåring er i et slags virke og er i en livsfase hvor det er vanlig at man egentlig enten er i en utdanning eller er i en jobb.

Informant 2: Jevnlig så må vi jo tolke og legge meninger i selve henvisningen.

For å kunne vurdere opplysningene i et bredere perspektiv referer informantene til viktigheten av å ha fagkunnskaper og erfaringer fra feltet.

Informant 7: Men jeg tror vel at det her med erfaring, lang erfaring, også gjør at..., det å se litt det som ikke står i henvisningen.

Informant 2: Nettopp fordi vi må hente..., vi må jo bruke våre egne faglige skjønn når vi ser på de opplysningene vi får, og så må vi gjøre noen selvstendige vurderinger på hva er det dette her egentlig dreier seg om.

Informant 8: Jeg tenker vi bruker det vi har lært i faget og erfaringene du har gjort deg under jobben. Når du gjør vurderingen så har du en del "i bagasjen" som du bruker. Jeg tror kanskje vi bruker det litt ubevist også, men det ligger der.

Informant 1: Som fagperson og rehabilitør, så har jeg med meg en faglig kunnskap inn, til å forstå ordlyden i henvisningen. Hvis jeg hadde henta inn naboen som er snekker og fått han til å se på henvisninga og gjort en vurdering, så ville han jo ha lest noe helt annet utav den enn det jeg leser, hvordan jeg forstår fagspråket i henvisningen. Og slik sett er det viktig å ha med seg inn en faglig kompetanse for å forstå hva det handler om.

Informant 2: Men det er mer enn den bare rene fagkompetansen og. Fordi at.., om vi bytta ut deg med en hvilken som helst annen helsefagperson, som jobber på et annet felt, på akuttsiden eller i kommunen eller et eller annet. Så ville den personene likefullt være fagperson, og sikkert kjempedyktig, men ville mangle den tilleggskompetansen din i mange år som rehabilitør. Og i tillegg som ambulanserehabiliterer.

I tillegg til den individuelle faglige erfaringen som de enkelte informantene viser til, så er et av teamene også opptatt av den sammensatte erfaringen som teamet samlet innehar, og den mulighet som teamet da har til å få flere øyne på henvisningen.

Informant 4: Men jeg tror, det jeg tenker på er at det i inntak, at det er et tverrfaglig inntak, så har du flere, holdt jeg på å si, kompetanse- øyne og ører på å vurdere saken. Og hvilken kompetanse vi kan utveksle hvis det er behov for det.

Informant 2: Nettopp fordi vi har har mange ulike faglige bakgrunner, og det ønsker vi å ha i inntaksteamet.

Informant 6: Det jeg har sett på som veldig... betryggende, artig eller, interessant. Det er jo det at, jeg kan jo sitte og se det fra en side med det og det synet, så får du plutselig input; Ja, men det kan jo være slik. Ja det hadde ikke jeg tenkt på.

Informant 4: Jeg synes jo også det at det er egentlig det informant 6 sier, det er betryggende at man har en del fagkompetanse rundt selve vurderinga av hva er hva.

Et av teamene viser til at kunnskap om tilbud og praksis både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er til hjelp i arbeidet de gjør.

Informant 9: Det er jo at man er vant til å tenke i forhold til både kompleksitet, og man er vant til å tenke i forhold til konsekvensene av sykdom og funksjonssvikt. Og at man ser at det omgår på mange forskjellige områder. Og en til ting som man har i forhold til rehabiliteringskompetanse, det er jo at vi har ganske stor systemkompetanse, både på det som finnes i spesialisthelsetjenesten og kompetanse på kommunal nivå. Vi vet jo liksom.. Å, er denne pasienten fra den her kommunen? Jaha, da må vi kanskje legge det opp slik. Og er pasienten fra den kommunen, da har vi en rehabkontakt vi skal kontakte, og så vet vi at det kanskje er en annen som er mer i stand til å sette i gang ting og ta tak i ting.

Et av spørsmålene som ble stilt informantene var hvordan de erfarer arbeidet med å vurdere henvisninger. Er det utfordrende, eller greit? Opplever de at de har kompetanse til å gjøre

dette? Har noen med seg realkompetanse som er relevant? Beskrivelsene viser at oppgavene med å vurdere henvisninger både er(2 utfordrende, komplisert, lærerikt og inspirerende.

Informant 7: Jeg synes det er utfordrende (å vurdere rettighet, red adm). Også med tanke på at vi ser at målgruppen er så stor, og at vi uti fra henvisning har litt vanskelig å kunne gi et avslag. At man må litt videre for å kartlegge.

Informant 1: Men det blir som 3 sier, for det er jo ikke noe teknisk sak i og med at man har et lovverk og så har man pasientene. Og så skal man liksom få dette her til å bli rettferdig og stemme. Men vi bruker ganske mye tid på å vurdere å diskutere, er det slik, er det slik. Kan vi dekke behovet, er det andre? Du kan vurdere hele tiden fordi om du har et lovverk som sier noe om du har noen pasienter som har noen rettigheter. Det er ikke enkelt, synes jeg. Det er jo komplisert og.

Informant 2: Altså hvor krevende det er, og hvor mye vi må tenke på, hvor lærerikt det er, hvor inspirerende det er! For i andre enden på det at det er krevende, så er det i faktisk.. Det løfter jo oss! Hver gang så lærer vi jo litt nytt. Og så på den måten så blir det jo inspirerende videre. Nysgjerrighet på faget rett og slett. Ja, jeg synes nå i at jeg har lært veldig mye av inntaksmøtet.

Informantene ga flere beskrivelser på hvor sentral erfaring fra rehabiliteringsfeltet er for å gjøre vurderingsarbeid. Det var imidlertid få som hadde med seg realkompetanse fra grunnutdanning. Heller ikke medisinsk ansvarlig, legene, som har det avgjørende ansvaret for vedtakene.

Intervjuer: Men det å vurdere en rettighet som pasientene har. Ble dere forberedt på det, i utdanningen slik, at det skulle være en del av jobben å håndheve lov? Vurdere rett/ ikke rett?

Informant X: Nei. Ikke noe du lærer på dokterskolen.

Informant 2: Men i grunnutdanninga som X, så var det jo aldri snakk om det. Men da jeg tok den masteren i ledelse, så var det absolutt et tema, med rettighetspasienter, prioriteringsveiledere, forskrifter og slikt.

5.3.3 Andre praksiser

I refleksjonene som trer frem i løpet av intervjuet, så fremkommer det også tanker som informantene gjør rundt praksisen de har, og mulige praksiser. Det kan være at et av teamene tar andre fagpersoner, som vanligvis ikke er en del av inntaksteamet, med når teamet anser at de selv ikke har kompetanse nok for det for å kunne vurdere en henvisning.

Informant 1: Vi har en kultur på å utvide inntaksteam når vi ser behov for det.

Informant 2: Ja.

Informant 1: Vi henter inn psykologen vår av og til hvis vi ser at det er noe psykologen kanskje har noen formeninger om. Sånn med rettighetsvurderinger og slikt.

Eller refleksjoner på muligheten for å kunne hatt andre praksiser når henvisninger kommer inn og ikke inneholder nok informasjon.

Informant 8: Men det er klart at vi kunne jo gjort det på en annen måte, at man har sendt den tilbake til henviser og spurt; Er det det her de ønsker å få gjort noe med? Eller er det andre ting. Altså få det spisset mer. Henvisningen. Men vi har nå ikke gjort det så langt. Men det kunne kanskje vært en tanke, om å gjøre det sånn.

6. Drøfting av funn.

I dette kapitlet vil funn fra materialet blir drøftet opp mot litteratur og det teorigrunnlaget som studien her bygger på. Momentet som funn og drøftinger dreier om, er henvisningene som kommer inn til spesialisthelsetjenesten. Første del av drøftingen omhandler den praksis som ART har etablert for å håndtere henvisninger med mangelfulle opplysninger. Informantene uttrykker at de er prisgitt den informasjon de får fra henviser, og at dette påvirker jobben de skal utføre vedrørende rettighetsvurderingene av henvisningene. Mangelfulle henvisninger påvirker også muligheten til å gjøre prioriteringer, noe som også blir belyst. I drøftingens andre del ser jeg på organiseringen av vurderingspraksisen opp mot prinsippet for lik behandling. Avslutningsvis vil jeg drøfte formalisering som tiltak for å styrke prinsippet for lik behandling for like tilfeller.

6.1 Perspektiver på rehabiliteringsfeltets praksis for å håndtere mangelfulle henvisninger

Det som er gjennomgående i materialet er at når rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal vurderes, så er henvisningen det mest sentrale dokumentet i denne prosessen. I henvisningen søker informantene informasjon som kan beskrive om og hva pasienten har behov for av rehabilitering. Utfordringen som inntaksteamene ofte møter er at kvaliteten på henvisningene er for svak. Dette medfører at teamene ikke får tilstrekkelig informasjon om pasienten til å kunne foreta en reel vurdering i henhold til spesialisthelsetjenestens prioriteringsveiledere. Ambulant rehabiliteringsteam sin praksis i møte med mangelfulle henvisninger er å «lese mellom linjene» og i tillegg gjøre en selvstendig kartlegging.

Når inntaksteamet står overfor en henvisning som er mangelfull, beskriver informantene at de tolker og analyserer informasjonen i henvisningen for å kunne danne seg et bilde av pasientens behov for rehabilitering. Noen av eksemplene som er presentert viser også at informantene til dels tolker mer inn i henvisningen enn det som står der fra før. Ut fra noen gitte opplysninger tilføres tenkte opplysninger, til et mer utfyllende bilde er etablert. Dette kan gjenkjennes som en konstruksjon av kasus (Måseide, 2008). For å gjøre dette tar informantene i bruk et bredt spekter av erfaring. Informantene peker på betydningen av den enkeltes erfaring som fagperson, men også at også den sammensatte faglige kompetansen og erfaringen som teamet besitter totalt sett er viktig. Erfaringskunnskapen som benyttes brer seg fra det rent fagspesifikke, om diagnose-sykdom-funksjon, til deltakelse i daglige aktiviteter, noe som krever et blikk på pasientens målsettinger, nettverk, miljø m.m. Altså pasientens karakteristika.

Eriksen og Molander drøfter hva som trenges av opplysninger for at en skal kunne vurdere rettighetsspørsmål (Eriksen & Molander, 2012). Mens Tøndel løfter frem hva som hender når grunnlaget for vurdering er dårlig (Tøndel, 2012). Begge utgangspunktene peker på hvert sitt vis på at grunnlaget, informasjonen i henvisningen, må inneholde noe spesifikt. Når teamene sitter med et dårlig utgangspunkt blir det utfordrende å vite hva som er pasientens sammensatte karakteristika, eller behov.

Informantene bruker begrepet skjønn når de beskriver arbeidet med å vurdere henvisninger. Grimen og Molander beskriver bruk av skjønn som en *praktisk resonering* (Grimen & Molander, 2008, s.179). Målet er å komme til en avgjørelse i det enkelte tilfelle, men skjønnet er basert på *svake holdepunkter*. Henvisningene som informantene refererer til synes å passe inn i betegnelsen svake holdepunkter. I beskrivelsen av enkelte henvisninger kan de se ut som at de kan være så mangelfulle at selv svake holdepunkter er fraværende.

Informantene, spesielt i et av teamene, trekker frem at de har mange diskusjoner rundt henvisningene. Ikke vedrørende vurdering av rettighet, men for å finne ut hva henvisningene faktisk handler om. En praktisk resonering. Diskusjon handler bla om å finne ut hva som er pasientens behov, og *behov* er ingen gitt størrelse. En pasients behov for rehabilitering kan handle om fysisk, psykisk eller sosial mestring i et spenn som omfatter alt av daglige aktiviteter, fra hjem, skole, jobb, familie, økonomi m.m.

Rehabilitering er gitt en definisjon⁴, men er samtidig ikke lett og definere. Begrepet vil gi ulik mening for den enkelte, være knyttet til ulike aktiviteter, egne forestillinger og hva som oppleves meningsfylt (Thommesen, 2011). Årsakene til at pasientene ikke klarer å ivareta beskrivelser av fysiske, psykiske og sosiale utfordringer, vil være ulike, så informasjonen i henvisningen må også inneholde noe utover diagnose der det er mulig. Videre, opplysninger som omhandler aktivitet og deltakelse i daglige gjøremål spenner bredt og handler om alt fra evne til å ivareta personlig pleie (hygiene, påkledning, toalett m.m), gjøre innkjøp og tilberede mat, være i jobb, gå på skole (kunne lære), håndtere ansvar som følger med å bo, håndtere økonomi, ivareta familie og andre nære relasjoner m.m. Disse områdene er det som Eriksen og Molander viser til som Goodin`s (1985) beskrivelser av karakteristika, og som er nødvendig å vite noe om for å kunne vurdere hvorvidt pasienten har et behov for helsetjenesten (Eriksen & Molander, 2008). Jo mindre opplysninger som foreligger av karakteristika, jo større risiko er det for at pasienter ikke vurderes likt i forhold til rettighet.

Pasienter kan også ha særegne behov knyttet til spesielle situasjoner. En pasients behov kan derfor være individuell på en måte som gjør at den ikke kan fungere som et eksempel for andre pasienters behov (Grimen & Molander, 2008). Prinsippet for formell rettighet gjør seg gjeldende her. Ser en på pasienters behov som individuelle, så kan det være at praksisen med å tolke mangelfulle henvisninger, gjennom å legge til erfaringskunnskap fra andre pasienter, reduserer det individuelle med pasienten. Dersom vurderingen etter dette konkluderer med at pasienten ikke har rett til tjenesten, ville en kanskje kunne stille spørsmålstegn ved vedtaket. Imidlertid er praksis, slik den fremkommer i materialet, at pasienten blir vurdert å ha rett til tjenesten i form av en kartlegging som kan klargjøre pasientens behov. Og med det får det individuelle igjen tre frem.

Å utøve skjønn handler om å justere vurderingen med utgangspunkt i spesielle behov og andre spesifikke forhold (Eriksen & Molander. 2008). Henvisninger som er mangelfulle,

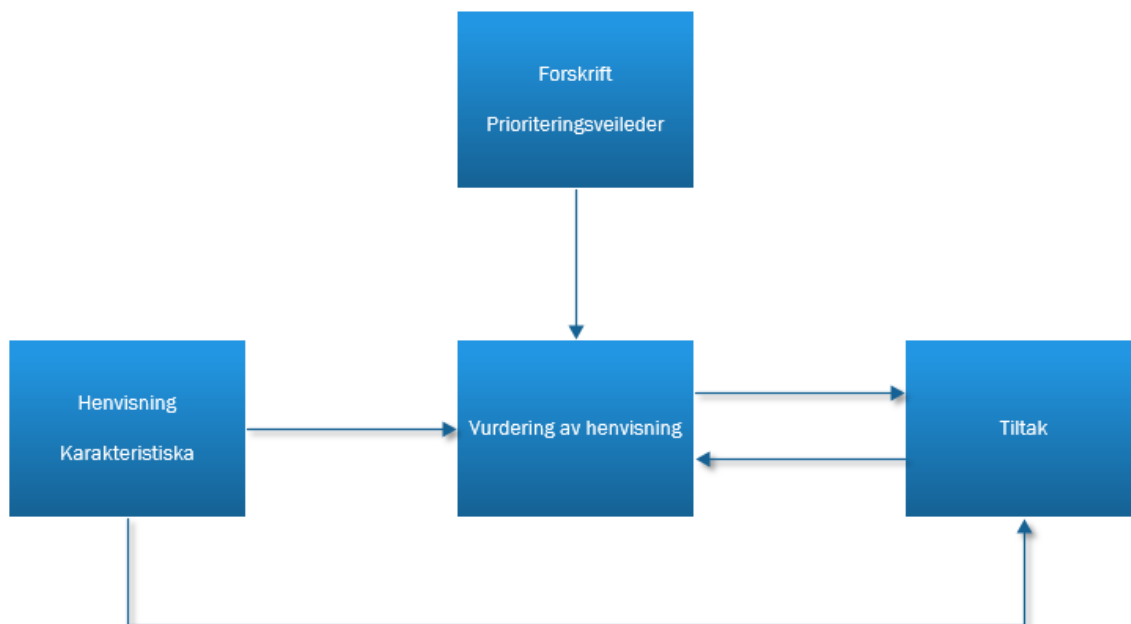
⁴I Kap 2.2

mangler i utgangspunktet informasjon om spesielle behov og spesifikke forhold. Spørsmålet er hvorvidt en kan da kan karakterisere tolkningene og drøftingene slik de fremstår, som skjønn? Grimen og Molander viser igjen til Dworkin (2000) som beskriver vurdering bygget på svake holdepunkt som et sterkt skjønn (Grimen & Molander, 2008). Drøftingene som fremkommer som generell i dette studiet, bygger ofte på mangelfulle henvisninger og kan slik sett karakteriseres som et sterkt skjønn. Men samtidig som informantene drøfter henvisningen og skjønnsvurderer den ut fra de svake holdepunktene, så er praksis å gi rett til behandling i disse tilfellene, slik at ART kan gjøre en selvstendig kartlegging. I kraft av kartleggingen endres holdepunktene og fremstår sterk.

Samtidig som deltakerne i inntaksmøtet har blikket på henvisningen, så rettes fokus også fremover, til det som eventuelt skal/kan komme etter vurderingen i form av hvilket tilbud pasienten kan få. Til dette trenges kunnskap om tilbud og kompetanse i egen organisasjon, i andre deler av spesialisthelsetjenesten samt kjennskap til tilbudene i de ulike kommunene hvor pasienten er hjemmehørende. Jobben som teamet gjør for å danne seg et bilde av pasientens behov, enten via å supplere opplysningene fra andre fagpersoner, eller gjennomføre en kartlegging krever at deltakerne har erfaring fra det pasientnære rehabiliteringsarbeidet. Den kunnskapen og erfaringen deltakerne har med seg fra å jobbe ute i hjemmene til pasientene, i kommunene de bor i, på institusjonen de har korttidsopphold ved, er den erfaringen og kunnskapen de bruker når de danner seg et bilde av pasientens behov når henvisningene skal vurderes.

I modell 2 ble hovedtrekkene for vurdering av henvisning presentert skjematisk. Men med utgangspunkt i funn fra studiens materiale, utvikles modellen.

Modell 3:



Modell 3 beskriver vurderingspraksisen slik informantene beskriver den. Vi ser at tiltakene, eller forestillingen om hva som kan tilbys pasienten, også integreres i vurderingen av rett til behandling. Når pasienten vurderes i henhold til rett til behandling, drøftes med andre ord, karakteristika og personlige omstendigheter som er gitt i henvisning og mulige tiltak.

Vurderingens fokus på tiltak omhandler både å vurder hvilke tiltak som er tilgjengelig for pasienten i spesialisthelsetjenesten og til dels i kommunen, og samtidig hvorvidt dette er til nytte for pasienten selv. Å *utsette* pasienten for tiltak som ikke ventes å gi resultater refereres av informantene som ”dårlig gjort”. En ser også på at det ville være dårlig utnyttelse av spesialisthelsetjenestens ressurser dersom pasienten ikke kan nyttiggjøre seg rehabiliteringen.

Goodin beskriver at sentralt i en vurdering av behov ligger også en vurdering av om pasienten gjennom rehabilitering kan oppnå et *visst nivå av helse*. (Grimen & Molander, 2008) *Et visst nivå* og *nytte av* peker her på noe fremover i tid, men spørsmålet er om det for øvrig kan sees på som noe av det samme. På søk etter definisjon på begrepet nivå, finner jeg at det står ganske uforklart, selv om det brukes i mange sammenhenger. Setningen *oppnå et visst nivå av helse* fremstår derfor som svært lite konkret. Å implementere dette begrepet inn i vurderingspraksisen ville øke behovet for bruk av skjønn, i form av et sterkt skjønn i henhold til Dworkin.

Eriksen og Molander bruker begrepet den *allmenne målestokk*. (Eriksen & Molander. 2008). Å vurdere rett til rehabilitering sett opp mot en allmenn målestokk, kan synes å by på utfordringer. Det allmenne viser til noe som er gjengs eller felles, som, i dette tilfellet, nytten av rehabiliteringen skal måles opp mot. Slik jeg tolker dette, så ligger det å vurdere tiltaket opp mot en allmenn målestokk, å ivareta en rettighet som gjelder for alle og hvor det generelle er det sentrale. Men pasienten er ikke generell, han er individuell. Og den enkeltes målsetting i rehabilitering handler ikke om noe generelt, men handler ofte om å gjenvinne noe spesielt. Eller noe en igjen skal bli i stand til (Store Norske Leksikon, 2014b). Å balansere det allmenne og det individuelle vil kunne øke behovet for bruk av skjønn i vurdering av henvisninger.

Praksisfeltets eget begrep, å *ha nytte av*, viser til å kunne gjøre bruk av/dra nytte av. Begrepet finner vi igjen i prioriteringsforskriften, vilkårene for rett til behandling i spesialisthelsetjenesten kap1, §2 a) «pasienten «...» kan ha forventet nytte av helsehjelpen.» (Lovdata, 2016). Brukt slik i vurderingen peker det på et forhold; kan pasienten gjøre bruk av rehabiliteringstiltakene. At begrepet *nytte av* peker på dette ene, kunne tenkes å redusere bruken av skjønn, et svakt skjønn. Samtidig, siden områdene som rehabilitering omhandler er omfattende, ville trolig ikke skjønnet være nevneverdig svakere. Uansett, for å kunne se fremover og vurdere tiltakenes effekt, så må inntaksteamet vite noe vesentlig om pasienten, forventet gitt i henvisning. Tønder viser til Latour (1987) som hevder at dersom grunnlaget for vurderingen er uklar, vil utfallet av vurderingen bli usikker (Tøndel, 2012). All den tid grunnlaget for vurderingen ofte er mangelfull, vil det øke bruken av skjønn også hva gjelder vurdering av tiltakenes nytte.

Et tydeligere krav til innholdet i henvisningene ville kunne være med på å sikre rettighetsvurderingen, og derav pasientens rettsikkerhet hva gjelder vurdering av pasientrettigheter. En av informantene viser da også til at deres team utarbeidet en henvisningsmal som ble sendt ut til fastlegene, men med dårlig respons. Det lokale tiltaket er i tråd med Helsedirektoratet som har utarbeidet en del henvisningsveiledere for kommunale leger (Helsedirektoratet, 2015). Disse er imidlertid generelle og trolig ikke dekkende for rehabilitering.

Også andre, lokale avdelinger eller institusjoner, har tatt initiativ og utarbeidet maler eller skjema som presiserer hvilke opplysninger en ønsker (NOU- Åpent og rettferdig, 2014). Et

slikt initiativ har bla Helse Nord gjort gjennom etableringen av Regional Vurderingsenhet for rehabilitering i Helse Nord (RVE). Oppgaven til RVE er å rettighetsvurdere og prioritere henvisninger til private rehabiliteringsaktører (UNN, 2016). RVE har utarbeidet skjema for henvisning til rehabiliteringsopphold hvor informasjon om pasientens karakteristika og personlige omstendigheter fremkommer. Dette omhandler bla diagnoser, sykehistorie, på hvilken måte pasientens funksjon er nedsatt, arbeid og utdanning, selvstendighet i ulike daglige aktiviteter, mobilitet m.m. Skjemaet gir fastlegene en standardisert mulighet for å kortfattet skissere en del av de grunnleggende karakteristika som vurderingsenheten trenger for å kunne gjøre en rettferdig vurdering, samt prioritere.

Den generelle praksis, som begge teamene viser til, når henvisningene mangler informasjon eller når teamene stiller spørsmålsteget ved informasjonen, er at pasienten *tas inn* slik at ART kan starte arbeidet med å gjennomføre en egen kartlegging av rehabiliterings – behov og potensiale hos pasienten. Det kan synes å være et paradoks at pasienter, hvor henvisningen er så mangelfull at en vurdering ikke kan gjøres, får et vedtak på at de har rett til behandling slik at spesialisthelsetjenesten ved ART kan skaffe de nødvendige opplysningene gjennom en kartlegging. Informantene peker selv på en av årsakene. Etter at prioriteringsforskriften og prioriteringsveileder for medisinsk fysikalsk rehabilitering ble endret fra høsten 2015 er fristen for å vurdere om pasienten har rett til eller ikke rett til behandling, ti dager mot tidligere 30 dager (Helsedirektoratet, 2016b). Dette gir lite rom for teamet til å gjøre en selvstendig kartlegging innen tidsfristen. Praksisen med at spesialisthelsetjenesten gjennomfører selvstendig kartlegging er i tråd med prioriteringsforskriften, som viser til at henvisning fra fastlege oftest ikke vil være nok for å vurdere et rehabiliteringsforløp og at en del av spesialisthelsetjenestens ansvar er bidra i å klargjøre om pasienten har potensial for rehabilitering. Vurdering av ambulante rehabiliteringsteam kan være et av tiltakene. (Helsedirektoratet, 2015b).

Ambulant rehabiliteringsteams praksis med å *ta pasienten inn* og gjennomføre en selvstendig kartlegging er en praksis som kan sies å standardisere opplysningene om pasienten, noe som gir større grunnlag for og økt mulighet til likebehandling. Gitt at teamene har samme ramme for kartlegging hver gang, er et resultat av denne praksisen at grunnlaget for vurderingen blir likt for pasientene. I alle fall i dette teamets geografiske nedslagsfelt. Når lik rett for like tilfeller krever at gitte grunnleggende karakteristika ligger til grunn (Eriksen & Molander,

2012), så kan det tenkes at praksisen som ART har etablert styrker muligheten for at like tilfeller behandles likt.

Informantene mener at de likebehandler eller bestreber likebehandling, altså at en ikke forskjellsbehandler. I studien om *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling*, viste det seg også at informantene først var avvisende til at det skulle foregå en forskjellsbehandling. Samtidig utvidet informantene sin refleksjon rundt forskjellsbehandling, løpet av intervjuet (Hamran & Moe, 2012). I studien som presenteres her, var spørsmålet knyttet til likebehandling, og informantene fikk ikke flere oppfølgingsspørsmål rundt dette enn de øvrige spørsmålene de skulle besvare. De fikk dermed ikke mye tid og hjelp til å reflektere rundt tema, noe som kunne ha gitt flere innspill. Samtidig beskrev de dilemmaet med å ivareta det individuelle i møte med ”rammene” for vurderingene (som skal være lik), på en god måte.

Selv om praksisen, som beskrevet med utgangspunkt i dette materiale, synes generell, så kommer informantene med sammenligninger av sin egen praksis og andre praksiser som de kjenner til. Disse data kan tyde på det finnes flere praksiser, både for hvordan vurdering av henvisninger organiseres og hvor strengt henvisningene vurderes. Likebehandlingen strekker seg i så fall ikke lengre enn innad i den enkelte organisasjon og intensjonen om lik behandling for like tilfeller, uansett hvor en bor, kan ikke sees oppnådd.

Et annet aspekt ved denne praksisen er hva som skjer med prioritering av pasienter.

Informantene viser til at det hender ART gjør kartlegging og avslutter saken etter kort tid da det viser seg at pasienten ikke har behov for rehabilitering. Informasjonen tyder på at resultatet av vurderingspraksisen er at det i noen tilfeller viser seg at pasienten som er vurdert å ha rett til rehabilitering ikke har behov for rehabilitering eller ikke kan nyttiggjøre seg rehabilitering. Å prioritere er en oppgave som ligger til vurderingspraksisen. Men i dette tilfellet får pasienten fått et tilbud uten å ha behov.

Følgende sitat er hentet fra Helsedirektoratets *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*;

«Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen, og det er viktig at den inneholder de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette

ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part. I etterkant bør spesialisthelsetjenesten ta kontakt med henviser for veiledning.» (Helsedirektoratet. 2015a).

Den praksis som ART utøver fremstår som «raus», hvor det skal mye til for at pasienter som henvises til ambulant rehabilitering blir vurdert å ikke ha rett til et tilbud. Vurderingspraksis slik den fremkommer her, er i tråd med Helsedirektoratets instruks hvor direktoratet presiserer at pasienten ikke skal bli skadelidende om henvisningene gir dårlig grunnlag.

6.2 Tverrfaglig kompetanse i vurdering av rett til rehabilitering, nødvendig for å sikre lik behandling av like tilfeller?

Som profesjonell er en person gitt myndighet av staten til å yte en gitt tjeneste i henhold til utdanningen og i forhold til oppgaver som samfunnet har bruk for (Molander & Terum, 2008). Jobben med å vurdere rett til behandling kan sees på som en del av arbeidet staten bestiller av den profesjonelle.

Generelt for informantene i dette studiet, er at de ikke gjenkjenner at de lærte noe konkret om denne delen av den profesjonelles praksis fra grunnutdanningen. De som har valgt videreutdanning, eks i ledelse, kjenner derimot temaet derifra. Det sentrale som informantene trekker frem som viktig for å vurdere henvisninger er at deltakerne i inntaksmøtet har erfaring fra rehabiliteringsfeltet.

Rett til behandling i spesialisthelsetjenesten er formalisert av myndighetene i form av gjeldende lover og forskrifter, og vi har sett på forbindelsen mellom å vite noe om behovet for tjenesten for å kunne vurdere om behovet utløser retten til tjenesten. Slik som vurderingspraksisen viser seg i dette materialet, så kan en beskrive jobben med å vurdere henvisninger som en prosess. Det samme fant Tøndel i sin undersøkelse om hvordan behovsvurderinger utføres i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Tøndel, 2012). Prosessen handler om å omgjøre data (karakteristika om pasienten) til faglige termer samt diskursen rundt disse. Til forskjell fra kommunal sektor, hvor myndighetene har utformet en formell ramme for vurderingen i form av IPLOS, finner vi ikke tilsvarende struktur for innhenting av karakteristika og vurdering hva gjelder henvisninger til ambulant rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering er sammensatt i sin form, og krever derfor tverrfaglig eller flerfaglig samarbeide. For å kunne bidra til å rehabilitere pasientens mange utfordringer trengs flere øyne på rehabiliteringsoppgaven; en fagperson, uavhengig av spesialitet, kan ikke utføre rehabilitering alene. Den tverrfaglig tilnærming er vesentlig for i det hele tatt å kunne karakterisere tjenesten som rehabilitering. En av informantene pekte på at de samme tverrfaglige øynene var viktig i arbeidet med å vurdere henvisningen og deres beskrivelser viser hvor sentral den tverrfaglige kompetansen og erfaringen er når inntaksmøtet vurderer henvisningene. Informantene var tydelige på at ansvaret for å vurdere henvisninger i spesialisthelsetjenesten var lagt til legen, men sa samtidig at de andre deltakerne i inntaksmøtet generelt sett hadde stor påvirkningskraft på avgjørelsen.

Begge inntaksteam som har bidratt med data til studien, hadde organisert inntak til et ukentlig møte. Inntaksmøtet er en måte for organisasjonen å etablere en ramme for vurderingsarbeidet med utgangspunkt i rutiner, regler, normer ol (Svensson, 2008). Det er ikke et krav at vurderinger av henvisninger skal være organisert i inntaksteam ala fokusgruppene som er intervjuet her. Ansvaret kan legges eksempelvis til ansvarlig lege og helsesekretær. Ved en slik organisering vil vurderingen hvile på forskrift og veileder, henvisning og legens ene blikk, hans kompetanse og erfaring med rehabilitering.

Svensson peker også på at organisasjonens kompetanse og rutiner i stor grad holdes i hevd og videreføres av de enkelte deltakerne (Svensson, 2008). Dette legger også informantene vekt på når de presiserer at erfaring og kompetanse fra rehabiliteringsfeltet er viktig når henvisninger vurderes, både for å vurdere behovet og tilbudet som pasienten kan få. Det er tenkelig at et inntaksteam med deltakere som har lite erfaring ville kunne tolke mindre ut av en mangelfull henvisning og kanskje heller ikke kunne ha mulighet til å oppfatte at henvisningen er mangelfull, mens et inntaksteam som har deltakere med mye erfaring vil lese mere ut av henvisningen. I et slikt scenario kan det tenkes at vurdering av samme henvisning kunne gi ulikt resultat.

Tøndel finner i sin studie, at det finnes ikke-formaliserte system knyttet til vurderingspraksisen (Tøndel, 2012). Materialet i denne studien kan også tyde på at det i ARTs vurderingspraksis finnes en underliggende felles forståelse av "hvordan en gjør". Et av teamene referer til at deres praksis er at de (det ambulante rehabiliteringsteamet) er kjapp med å gå i gang, og at det bare er slik det er. Det andre teamet viser til at de ved evaluering av prosedyrene nok ikke gjør endringer i selve vurderingspraksisen. Implisitt; noe ved

vurderingspraksisen ”er slik den er”, godt forankret og videreført i inntaksteamet gjennom aktørene som deltar der.

Det faglige fellesskapet i inntaksteamet kan også gjerne studeres i et interaksjonsteoretisk perspektiv (Måseide, 2008). Informantenes bruk av felles begreper tyder på at aktørene har utviklet en sosial interaksjon hvor det bla ligger en felles forståelse av aktiviteten de gjør (vurderer henvisninger, og hvordan) og de synes å ha en felles forståelse av sentrale begreper, for eksempel begrepet behov. At de ulike inntaksteam har utviklet en felles interaksjon, på hver sin kant, viste seg i materialet ved at teamene benyttet et begrep innad i teamet, som var forskjellig mellom de to teamene som ble intervjuet. Et eksempel på dette er når informantene diskuterer hvordan mulige tiltak integreres i vurderingen, hvor et av teamene snakket om hva de har å *tilby* pasienten, mens det andre teamet snakker om hvilke *tiltak* som kan være gjeldende for pasienten.

6.3 Økt formalisering som svar på utfordringen med likebehandling

Myndighetene søker gjennom lover og regler å regulere og klargjøre hvem som har rett til hva og de profesjonelle er satt til å håndheve gjeldende politikk gjennom sin praksis for vurdering av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. «Sannhetens øyeblikk for offentlig politikk» (Eriksen & Molander, 2008, s.169). Studien her har med utgangspunkt i et stort tema, lik behandling for like tilfeller, dukket ned i et lite felt og sett på hvordan vurderingspraksis er ved henvisning til ambulant rehabilitering.

Lik behandling for like tilfeller er et sentralt prinsipp i rettighetslovgivningen, selv om det er et idealistisk mål. Studien her viser at skal en oppnå lik behandling for like tilfeller så trengs det noe mer en gjeldende politikk, lover og regler.

For å kunne vurdere rettighet må det foreligge en del sentrale opplysninger som kan si noe om pasientens behov. Et funn i denne studien er at henvisningen, som skal kunne gi disse opplysningene, er det sentrale dokumentet for å kunne vurdere rett og at mangelfulle henvisninger utfordrer rettighetsvurderingen. Vurderingspraksis i ambulant rehabilitering, slik den arter seg her, korrigerer for skjønnsbruk og usikre omstendigheter gjennom å gi pasientene rett til behandling slik at ART kan kartlegge pasientens behov på et selvstendig grunnlag. Gitt at ARTs kartlegginger er strukturerte og fanger opp et sett av felles opplysninger, øker rettsikkerheten til pasientene i henhold til rett. Samtidig øker også risikoen for at pasienter tas inn uten å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Formalisering handler om å greie ut hvilke krav borgeren har, og hva myndighetene har plikt til å yte (Eriksen & Molander, 2008). Mange av rettighetene, slik som pasientrettigheter, er imidlertid ikke tydelige. Bruken av skjønn og problemstillinger knyttet til bruk av skjønn, blir derfor ikke borte ved økt formalisering. Å utarbeide enklere regler som beskriver hvem som skal ha hva kan virke som et god grep for å redusere bruk av skjønn.

Helsedirektoratet har de siste årene endret prioriteringsforskrift og veileder for å styrke likebehandlingen mellom pasienter. Et av helsedirektoratet sentrale dokumenter og som også skal kunne være et praktisk hjelpemiddel for de profesjonelle i arbeidet med å vurdere henvisninger, er prioriteringsveilederne. Funn fra studien viser at det ikke er gitt at veileder benyttes som et praktisk hjelpemiddel når henvisningene vurderes og at det er henvisningen som er praksisfeltets sentrale dokument i vurderingen. Fokusgruppene mente at de forsøkte å gi pasientene lik behandling for like tilfeller, men at det ikke var enkelt. For som en av informantene sa; «rammen for vurderingen er lik for alle, men henvisningene som kommer inn er aldri like».

Informantene påpekte noen forhold som kan påvirke like behandling for like tilfeller. Disse forholdene kan stå som eksempler på områder i praksisfeltet, hvor praksis ikke enkelt kan reguleres av lov og forskrift. Et av punktene omhandlet kommunenes ulike kjennskap til ART. Et av teamene opplevde at når ART hadde oppfølging på en pasient, kunne det være at pasientens hjemkommune for første gang ble oppmerksomme på ART som samarbeidspartner i rehabilitering. Oppdagelsen kunne føre til at det kom flere henvisninger fra akkurat den kommunen. Underliggende her, finner vi at kjennskapen til ambulant rehabilitering som en mulig tjeneste pasienten kan ha krav på, er ulik fra kommune til kommune. Forholdet peker på et svakhetstrekk. Dersom kommunen, ved fastlege eller andre aktører i rehabilitering, ikke har kjennskap til ART i spesialisthelsetjenesten, vil de heller ikke henvise pasienten til denne type rehabilitering.

Et annet forhold som fremkommer i materialet er forholdet til samarbeidspartnere. Dette omhandler hvilke fagpersoner/grupper som er tilgjengelig for det enkelte team, og hvor tett samarbeide er etablert til disse. Teori og materiale fra studien, viser til at tilbudet som kan/skal gis pasienten, er en del av vurderingspraksisen. Gitt at ART i et sykehus har flere fagfelt og fagpersoner de kan samarbeide med, vil også det fremtidsrettede tilbudet som blir drøftet inn i vurderingen gi flere muligheter. Et annet team i et annet sykehus, med færre eller andre faggrupper som samarbeidspartnere, vil naturlig spille på de tiltak som er nærliggende

for akkurat det teamet. Dette forholdet viser at det er risiko for at ulike vurderinger i de ulike teamene er tilstede.

Informantenes presisering av viktigheten av den tverrfaglige sammensettingen i inntaksteamet, peker på et annet forhold som kan skape ulikhet. Inntak har ingen gitt struktur, og kan være ulik fra sykehus til sykehus. Om vurdering av henvisninger utføres av profesjoner med lik/ulik fagsammensetning, lik/ulik erfaring fra felt, så kan det spille inn på vurderingene som blir gjort i de enkelte tilfeller.

Funnene fra denne studien tyder på at myndighetenes bestrebelser på å øke pasientenes rettsikkerhet og mulighet for lik behandling for like tilfeller, ikke kan oppnås gjennom formalisering alene. Forskning på bla vurderingspraksis kan belyse vurderingspraksisen og gi mulighet for å forbedre sentrale områder. Dette kan være i form av å standardisere henvisningsskjema som fastlegene sender til spesialisthelsetjenesten og tilpasse det til rehabiliteringsfeltet, eksempelvis slik henvisningsskjema til RVE Helse Nord er utformet (UNN, 2016). Slik kan grunnlaget for vurderingene, i form av noen sentrale opplysninger om pasientens karakteristika og personlige omstendigheter, være mer lik allerede når de kommer inn til spesialisthelsetjenesten. Dette vil videre redusere behovet for tolkning, og samtidig forsterke holdepunktene som skjønnsbruken bygges på.

7. Avsluttende drøfting og refleksjon

Vilkårene for å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten er at pasienten forventes å ha nytte av helsehjelpen og at det er et rimelig forhold mellom kostnader og effekt. Studien her har gjennom fokusgruppeintervju, sett på hvordan vurderingspraksis arter seg i ambulant rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Et sentralt funn er hvordan kvalitet på henvisningen som grunnleggende dokument for vurdering utfordrer de profesjonelle, og hvordan erfaring fra rehabiliteringsfeltet gjør seg gjeldende i vurdering av henvisninger til rehabilitering.

7.1 Svar på forskningsspørsmålene

Det vilkåret som diskuteres i drøftingen når henvisning vurderes er hvorvidt pasienten vil kunne ha nytte av rehabiliteringstiltaket. Dette gjøres gjennom å beskrive pasientens behov via henvisning, supplerende informasjonsinnhenting, tolkning og egen kartlegging, som så vurderes opp mot mulige rehabiliteringssenarioer (tiltak) og nytteeffekt. Dette synes å være en

sammensatt øvelse, hvor det er mange elementer som skal sees på og hvor deltakerne må bruke både profesjonell fagkompetanse (klinisk), erfaringskompetanse og ha oversikt over de tilbud som er tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten og i pasientens hjemkommune.

Generelt er ARTene rause i vurderingene av henvisninger, «alle bør få en sjanse». Kanskje som en direkte følge av at henvisningene ofte er mangelfulle? Samtidig som at inntaksteamene er satt til å gjøre en vurdering av henvisninger, er de også gitt muligheten til å gi pasientene rett til behandling for å gjøre en selvstendig kartlegging av pasientenes behov. Riksrevisjonen konkluderte med at det å fange opp at pasienter er i behov for rehabilitering ikke fungerer godt nok, heller ikke i spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2012). Spørsmålet er hva vurderingspraksis slik den fremstår i dette materiale har å si for pasienters rettsikkerhet. Uten å konkludere, kan en si at den enkeltes pasients rettsikkerhet til en viss grad økes gjennom praksisen med at spesialisthelsetjenesten gjennomfører selvstendige kartlegginger av pasienten. Det vil si, for pasienter henvist til det enkelte team. Kartleggingen kan gjøre det tydeligere for de ambulante teamene hva rehabiliteringsbehovet til den enkelte pasient er. Studien her har ikke sett på kartleggingene som en del av materialet, og det kan være at ulike ambulante rehabiliteringsteam har ulike varianter av kartlegginger som standard. I så fall, er grunnlaget for vurderingene ulik fra sykehus til sykehus, og det vil ikke være gitt at pasientene vurderes likt i forhold til like tilfeller.

Praksisen med å «ta inn» pasientene, gjennom å gi rett til behandling, gir spesialisthelsetjenesten mulighet til å vurdere rettighet. Paradokset er at pasienten allerede har fått rett til behandling når grunnlaget for å vurdere rettigheten foreligger. Vi har sett at praksisen er innenfor myndighetenes anbefalinger, når det er usikkerhet hvorvidt en pasient har rett til behandling eller ikke. Spørsmålet er om myndighetenes anbefalinger er tenkt å gjelde for enkelte tilfeller om den åpner for en generell praksis? Praksis, slik den fremstår her, tyder på at dette fungerer som en generell praksis.

Spørsmålet bringer *prioritering* på banen. Slik vurderingspraksisen fremstår, så har de ansvarlige for vurderingene liten mulighet til å gjøre prioriteringer. Men prioritering er en av oppgavene som ligger til ansvaret med å vurdere henvisninger. Informantene gav uttrykk for at praksisen, hvor få pasienter får avslag, generelt ikke går ut over andre pasienter. Å prioritere handler bla om å fordele tjenester både ut fra et rettferdighetsperspektiv og et effektivitetsperspektiv (NOU, 2014). Det bringer oss tilbake til prinsippene for rettferdig helsetjeneste og hva som ligger i lik behandling av like tilfeller. Satt på spissen, i enkelte

tilfeller må det finne sted en forskjellsbehandling for at likhetsprinsippet skal gjøre seg gjeldende. Når det ifølge informantene er en praksis med at de aller fleste pasientene som henvises til ambulant rehabilitering får rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, så kan en si at ansvaret med å prioritere ikke blir ivaretatt og at det er risiko for at pasienter blir urettferdig behandlet fordi de ut fra gitte omstendigheter burde ha vært prioriterte høyere enn andre pasienter. Imidlertid utfører inntaksteamene prioriteringene etter inntak og på grunnlag av selvstendig kartlegging av pasienten. Da vurderes det hvor pasienten er best tjent med å få rehabilitering, og hvordan, eller at pasienten ikke har behov for rehabilitering hvorpå spesialisthelsetjenesten avslutter oppfølgingen. Prioriteringen, slik den fremstår i materialet her, utføres etter at rettighetsvurderingen er gjort, men bygger da på sterke holdepunkter. Dersom inntaksteamene hadde prioritert med utgangspunkt i mangelfulle henvisninger ville det være å prioritere ut fra svake holdepunkter.

7.2 Avsluttende refleksjon

Å forske på vurderingspraksis er viktig for å kunne vite noe om hva som faktisk skjer når henvisninger vurderes. Det handler om hvordan praksisfeltet bidrar til å ivareta pasientens rettighet og hvordan prinsippene for lik behandling av like tilfeller blir sikret.

Et av vilkårene for å ha rett til behandling, tematiseres ikke av informantene som en del av vurderingspraksisen. Dette gjelder forholdet mellom kostnader og effekt. Dette tema drøftes derfor ikke nærmere her, men jeg ønsker å påpeke på noen utfordringer som ligger i vilkåret og som vil være de profesjonelles utfordringer dersom vilkåret skal være en aktiv del av vurderingspraksis. I følge organisasjonsteori ligger det en utfordring i at gjeldende standarder gir store rom for fortolkninger (Eriksen & Molander, 2008). Standarden som ligger i nevnte vilkår synes uklar og kan bringe inn et ekstra element inn i vurdering hvor de profesjonelle allerede må bruke stor grad av skjønn.

Spørsmål som vedrører prioritering handler også om viktige samfunnsmessige og økonomiske forhold. Så en naturlig undring er hvorvidt praksis med at spesialisthelsetjenesten er den sentrale part i å kartlegge og beskrive pasientenes rehabiliteringsbehov, kan karakteriseres som god praksis med tanke på utnyttelse av ressurser og sett i sammenheng med andre samfunnsmessige forhold.

Inntaksteamene som har bidratt her har i mer eller mindre grad vært tverrfaglig sammensatt, og en tverrfaglig tilnærming i videre forskning ville kunne belyst noe mer om hvordan det tverrfaglige gjør seg gjeldene i vurderingspraksis.

Kanskje enda viktigere ville det være å forske tverrfaglig på vurderingspraksis på tvers av disipliner som tradisjonelt forsker på hvert sitt felt. Dette kan være områdene helse, samfunnsvitenskap, samfunnsøkonomi og filosofi. Denne type forskning vil kunne fremheve kunnskap som skal ha fokus på «nytte og anvendelse» (Nyseth, 2007, s.21.). Myndighetenes rammer for lovgivning på området skal jo både ivareta den enkelte pasient og samtidig ivareta samfunnets interesser. Slik sett vil problemstillinger som omhandler prioriteringer i helsesektoren omfatte mer enn en enkelt disiplin.

Avslutningsvis vil jeg reflektere rundt et paradoks. Studien her ble påbegynt høsten 2015. I løpet av det året som gått, har helsemyndighetene gjort store endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og i de forskrifter og veiledere som studiet omfatter. I tillegg har myndighetene bl.a. utarbeidet aktuell informasjon om lov og forskrift og beskrivelser for hvordan prioriteringsveileder skal brukes. Ønsket om å få til et rettferdig helsetilbud samt bedre ressursutnyttelse, synes stor, og dokumentene som de profesjonelle må forholde seg til for å vurdere pasienters rettigheter, er etter hvert blitt mange. Når så praksisfeltet selv viser til at denne type dokument ikke er det mest sentrale når henvisninger skal vurderes, så undrer jeg meg på om alle disse offentlige dokumentene vil få den ønskede effekt. Om det vil nok historien videre vise.

Litteratur:

Biering-Sørensen, F. (2008). Mangfoldigheden af kompetencer I rehabilitering, I C.W. Nilsen (red), *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag

Biørn, E., Hagen, T. P., Iversen, T., Magnussen, J. (2003) *The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000*. Health Care Management Science; 6(4) (s.271-83).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (02.08.16)

Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analysing talk at work: an introduction. I. P., Drew og J. Heritage (red), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dworkin, R. (2000). *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press

Englander, M. (2012). «The Interview: data collection in Discriptive Phenomenological Human Scientific Research», *Journal of Phenomenological Psychology*, 43:13-35

Eriksen, E. O., & Molander, A. (2008). Profesjon, rett og politikk. I: A, Molander og L. I., Terum (red), *Profesjonsstudier*. (s.161- 176). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Everett, E. L., og Furuseth, I. (2004) *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. (1.ug. 3. opplag). Oslo: Universitetsforlaget AS.

FN (2016). *Menneskerettigheter*. Hentet fra; <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Hva-er-menneskerettigheter> (29.08.16)

Gadamer, H-G. (2012). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax Forlag A/S

Goodin, R. (1985). *Vulnerableibilities and Responsibilities. An Ethical Defense of the Welfare State*. Amerikan Poitical Science Review, 79.

Grimen, H & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I; A, Molander og L. I., Terum (red). *Profesjonsstudier*. (s.179-196) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap I: P.K., Solvang og Å., Slettebø (red). *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (s. 253-266). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hamran, T., & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Tromsø: Senter for omsorgsforskning – rapportserie nr.3-2012.

Hasman, A., Hope, T., & Østerdal, L. P. (2006). *Health Care Needs: Three Interpretations*. Journal of Applied Philosophy, Vol. 23, No. 2

Helsedirektoratet (2016a) *Aktivitetsdata fra og med 2010*. Hentet fra; <http://cognos.shdir.no/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe?DC=Q&E=/Aktivitetsdata%20fra%20og%20med%202010&LA=en&LO=nb-NO&BACK=/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe?toc%3D%26LA%3Den%26LO%3Dnb-NO> (15.09.16)

Helsedirektoratet (2016b). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=3-prioriteringsveilederne-som-verktoy-2766> (28.98.16)

Helsedirektoratet (2016c). *Brevmaler for helseforetakene pasientbrev*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/prioritering/brevmaler-for-helseforetakenes-pasientbrev#svar-førstegangshenvisning> (29.09.2016)

Helsedirektoratet (2016d). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=2-enderinger-i-pasient-2764> (15.08.16)

Helsedirektoratet (2015a) *Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/962/Habilitering%20og%20rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202013.pdf> (20.09.16)

Helsedirektoratet (2016d) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf> (30.09.16)

Helsedirektoratet (2012). *Prioriteringer i helsesektoren: Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015b) *Prioriteringsveileder. Fysikalsk medisin og rehabilitering*. Helsedirektoratet: Oslo

Helsedirektoratet (2015c). *Prioriteringsveiledere som verktøy ved rettighetstildeling*. Hentet fra; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=3-prioriteringsveilederne-som-verktoy-2766>(01.10.16)

Juel, K., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed,

Krueger, R., A. (1994). *Focus groups – A practical guide for applied research* (2.utg). Thousand Oaks: Sage.

Lauritsen, F. (2016). *Sykehusene sier nei over 550 ganger daglig*. Hentet fra; <https://www.nrk.no/norge/sykehusene-sier-nei-550-ganger-daglig-1.12913536> (20.08.2016)

Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge: Harvard University Press

Lovdata (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering*. Hentet fra; <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (29.09.16)

Lovdata (2016) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra; <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (29.09.16)

Lovdata (2015) *Prioriteringsforskriften*. Hentet fra; <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208> (20.09.16)

Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon, I: A, Molander & L., I., Terum (red) *Profesjonsstudier*. (s.13-27). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Diadalos

Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv I: A, Molander & L. I., Terum (red). *Profesjonsstudier*. (s.367-385). Oslo: Universitetsforlaget AS.

NOU (2014). *Åpent og rettferdig*. Oslo: Norges offentlige utredninger, 2014:12.

NSD (udatert a) *Krav til samtykke*. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>

NSD (udatert b). *Opprett nytt meldeskjema*. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema> (20.11.15)

Nyseth, T. (2007). *I disiplinenes grenseland*. (s. 15-32). Bergen: Fagbokforlaget.

Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

UNN (udatert). *Regional vurderingsenhet for rehabilitering i nord*. Hentet fra; <https://unn.no/avdelinger/nevro-ortopedi-og-rehabiliteringsklinikken/rehabiliteringsavdelingen/regional-vurderingsenhet-rve> (01.10.16)

- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens rolle og oppgave*. Hentet fra; <https://www.riksrevisjonen.no/OmRiksrevisjonen/RolleOppgaver/Sider/RolleOgOppgaver.aspx> (27.08.16)
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Oslo: Riksrevisjonen (Dokument 3:11).
- Store Norske Leksikon (2014a). Hentet fra; <https://snl.no/behov%2Fpsykologi> (28.08.16)
- Store Norske Leksikon (2014b) Hentet fra; <https://snl.no/rehabilitering> (30.10.16)
- Stortingsmelding nr.21 (1998-99) *Ansvar og mestring*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. I: E.O. Eriksen og A. Molander (red). *Profesjonsstudier*. (s.130-143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thommesen, H. (2011). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. (red). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tøndel, G. (2012). Mellom tvil og tall: Behovsvurderinger i helse- og sosialtjenestene. I: A, Tjora (red). *Helsesosiologi*. (s. 134-156) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- UiT. (2015) *Etikk og forskning ved Helsefak*. Hentet fra; http://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=343173&p_dimension_id=88127&men=42374 (30.11.15)
- Wibeck, V. (2011). Med fokus på interaksjon – om å fange opp samspillet mellom deltakere, ideer og argumenter i fokusgruppestudier. I: K, Fangen og A.M, Sellerberg (red). *Mange ulike metoder*. (s.15-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilkinson, S. (2004). 'Fokucus group research I: D. Silvermann (red). *Qualitative Research: Theory, Method, and Practice*. (s.177-199). Thousand Oaks: Sage.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

"Fra forskrift til praksis. En praksisstudie av rettighetsvurdering av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten"

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel om deltakelse i en masterstudie ved UiT Norges arktiske universitet. Studien søker å beskrive erfaringer fra praksisfeltet, og tema har fokus på hvordan rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vurderes. Formålet er å få økt kunnskap om praksis på dette feltet og ønsker å se på «gangen» i hvordan henvisning vurderes i forhold til rett til rehabilitering, og refleksjoner rundet dette.

Studien søker å beskrive praksis gjennom fokusgruppeintervju, og har valgt intervju av ambulante rehabiliteringsteam (ART) som kilde. I fokusgruppeintervju foregår intervjuet i gruppe. Fokusgruppene vil bestå av medlemmer fra samme ART, og det planlegges gjennomført intervju av 2 grupper.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen innebærer en aktiv deltakelse under intervjuet, hvor beskrivelser, erfaringer og refleksjoner rundt tema er det sentrale.

Praktisk legges det opp til at intervjuer og evt co- reiser til de aktuelle team og foretar intervjuet hos det lokale ART. Estimert tid for intervju, 1- 1 1/2 time. I intervjuet vil det legges opp til få og åpne spørsmål, eks «Hva er det som vurderes når henvisningen rettighets vurderes?»

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil bli gjort opptak av intervjuet, som blir transkribert og anonymisert. Det vil ikke fremkomme hvilke team som er intervjuet, eller sporbare personopplysninger for øvrig. Deltakere skal ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Lyddopptak vil bli sikkert lagret (låst inne) så lenge studien pågår, og slettes ved prosjektslutt, mai 2016. I perioden vil kun intervjuer og veileder ha tilgang på materialet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med på
Kontaktopplysninger til veileder:, UiT Norges arktiske universitet, telefon.....

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med videre hilsen

Samtykke til deltakelse i studien

”Fra forskrift til praksis. En praksisstudie av rettighetsvurdering av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten”

Høst 2015- vår 2016.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(dato)

(Signert av prosjektdeltaker)

Intervjuguide.

(Nummererte spørsmål er de sentrale. Underspørsmålene er hjelpespørsmål som kan benyttes til oppfølging).

Innledning:

- Kort om meg selv og studien
- Takke for at gruppa stiller opp til intervju.
- Kort informasjon behandling av materiale og lignende.
- Presentasjon av gruppa, fornavn og profesjon.

- 1) Beskriv «gangen» i en typisk vurdering, fra henvisning er kommet inn til ambulant rehabiliteringsteam og til vurdering er gjort.
 - Hvem deltar?
 - Hvem har avgjørende myndighet?
 - Bruk av prioriteringsveileder?
- 2) Når henvisningen vurderes før inntak, hva er det som blir vurdert?
- 3) Hvordan erfarer dere arbeidet med å vurdere om en pasient tas inn eller ikke?
 - Henvisningstekst?
 - Hva gjør dere når det er usikkert om pasienten har rett eller ikke?
 - Erfaringer fra uenighet i teamet?
 - Eksempler?
- 4) Hvilken kompetanse har dere som profesjonelle som er en styrke i arbeidet med å vurdere rettighet? Har dere erfart å mangle kompetanse i dette arbeide?
 - Eksempler?
- 5) Et sentralt prinsipp for velferdsstatens ordninger, er prinsippet for lik behandling av like tilfeller. Tenker dere at pasienter som henvises blir likt vurdert?
 - Hva er lik behandling for like tilfeller?
 - Hva er skjønn?
 - Eksempler?
- 6) Brukermedvirkning – et sentralt fokusområde. Har brukerne selv innvirkning på vurderingen?
- 7) Noen andre forhold dere vil trekke frem, som ikke er berørt her, men som er med å påvirke vurderingen?



Harald Hårfagres gate 29
N 5007 Bergen
Norway
Tel +47 55 58 21 17
Fax +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Torunn Hamran
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 01.09.2015

Vår ref: 44036 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|--|
| 44036 | <i>Fra forskrift til praksis: En praksisstudie av rettighetsvurdering av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Torunn Hamran</i> |
| <i>Student</i> | <i>Lisbeth Anfeltmo</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TROMSØ NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel +47-77 64 43 36 nsdmaa@svt.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lisbeth Anfeltmo lisbeth.anfeltmo@nlsh.no

Problemstilling: **Hvordan vurderes rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten?**

| KATERGORISERING | KODING |
|--|---|
| Inntak slik det fungerer i praksis (system/prosedyre) | Eksterne henvisninger tas opp i inntaksmøtet Ny måte å ha inntak på (etter 01.11.15) De som deltar på inntaksmøtet Prosedyren for inntaksteamet |
| Å ha forberedt seg – lest henvisningen | Stiller forberedt til møtet og til drøftingen i inntaksmøtet Deltakerne i inntaksteamet har selvstendig ansvar |
| Rettighetsvurderingen | Har sterke føringer for rettighetsvurderingen Legen har siste ordet Det sies lite om rettighet i inntaksmøtet Det blir ikke satt tidsfrist for oppstart under inntaksmøtet Prøver å få ut brev om time innen fristen Legene holder struktur vedrørende rettighets-vurdering Inntaksteamet er rådgivende for legens avgjørelse |
| Drøfting i inntaksmøtet | Lite diskusjon om rettighetsvurdering i inntaksmøtet Det er lite uenighet om inntak Har ikke diskutert mye rett eller ikke rett til Diskuterer alle henvisninger, eksterne og interne |
| Prioriteringsveileder | Bruker ikke prioriteringsveileder i møtet Prioriteringsveilederen er alltid med inntaksmøtet |
| Henvisningen | Ser i henvisningen etter kompleksitet, problemstilling og pasientens behov Henvisningen må vise kompleksitet Ikke så gode henvisninger |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>Å gjøre en forkartlegging når henvisningen ikke er god</p> <p>Noen ganger kommer ikke andre deler av pasientens lidelse frem i henvisningen og det kan føre til at den ikke blir god nok ivaretatt.</p> <p>Ofte veldig tynne henvisninger Praksis når henvisningen er tynn er at vi går inn og kartlegger</p> <p>Ved tynn henvisning ble pasienten tatt inn og kartlagt.</p> <p>En tydelig henvisning handler om kompleksitet og diagnose</p> <p>Behov for mer kartlegging betyr at pasienten tas inn (får rett)</p> <p>Behov for mer kartlegging kan bety at pasienten står "åpen" i påvente av utredning og lignende</p> <p>Variierende kvalitet på henvisningene – må tolke og legge mening inn</p> <p>Bruker ART for å undersøke når teamet er usikre</p> <p>Pasienten tas inn forut for vurdering = mer kartlegging</p> <p>En del av arbeidet er å vurdere om pasienten vil kunne gjennomføre rehabilitering</p> <p>Noen henvisninger er klare!</p> |
| Avslag | <p>Har nesten ingen avslag</p> <p>Avslag/videre henvist når henvisningen gjelder annet</p> <p>Ved tilfeller der det blir avslag, er det greit med lege "i ryggen"</p> <p>Pasienten kan ha rett på.., men kan ikke få tilbudet her hos oss</p> |
| Organisering av inntak | <p>Endring av praksis for inntak gjennom tid, her legedeltakelse</p> <p>Usikkerhet om den nye praksis fortsatt vil føre til førkartlegginger</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Vi hadde annen praksis for inntak da organiseringen var en annen</p> <p>Organiseringen av inntaket er unik fordi flere aktører er med å vurderer hvor tilbudet best kan gis den enkelte pasient</p> <p>Bruker fagkompetansen på tvers av enheter og sengeposter</p> <p>Gir mulighet til å skreddersy tilbudet til pasienten</p> <p>Ønskelig med tverrfaglighet i inntaksteamet</p> <p>Viktig at deltakerne i inntaksteamet har ulik rehabiliteringserfaring</p> |
| <p>Lik behandling for like tilfeller</p> | <p>Vi driver likebehandling når vi vurderer henvisninger</p> <p>Avstand til pasienten påvirker ikke vurdering av henvisningen</p> <p>Når kommunen blir kjent med ART, kommer det flere henvisninger fra den kommunen</p> <p>Arbeidsmengde kan påvirke vurderingen</p> <p>Går ofte fort inn i saker, spesielt de som kommer fra sykehusets avdelinger</p> |
| <p>Fagkompetanse og erfaring</p> | <p>Bruker skjønn når henvisningene er uklare</p> <p>Bruker erfaring når vurderinger gjøres</p> <p>Tror det er en styrke å ha kompetanse på rehabilitering når rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal vurderes</p> <p>Er vant til å tenke konsekvenser av funksjonssvikt.</p> <p>Har stor systemkompetanse (oversikt på alle nivå</p> <p>Ser det som ikke står i henvisningen</p> <p>Ser etter alder, livssituasjon, jobb, familie m.m når en leser henvisningen.</p> <p>Pasienten og hans livsarena.</p> <p>Erfaring fra lignende saker spiller inn på hvordan en leser henvisningen</p> |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>Faglig kunnskap gir mulighet til å forstå ordlyden</p> <p>Viktig med ulike faglige blikk</p> <p>Handler både om å ha fagkompetanse <u>og</u> rehabiliteringskompetanse</p> <p>Som lege lærer du ikke noe om dette i utdanninga</p> <p>Bruker prioriterings-veileder og erfaring for å vurdere rettighet</p> |
| Ulikheter | <p>Ulik praksis på hvem som får blir henvist ART (U-T og U-N)</p> <p>Har tradisjonelt jobbet mye med slagpasienter</p> <p>Ulik praksis på hvem som får blir henvist rehab (U-T, U-H og U-N)</p> |
| Om å rettighetsvurdere | <p>Det er utfordrende å ha vurdering av rettighet som en del av jobben</p> <p>Har fortsatt et stort ansvar med delta i vurderinger</p> |
| Kultur | <p>Vi er snar med å ta inn henvisning og begynne med saken</p> <p>Er flerfaglighet viktig for inntak?</p> <p>Har brukt å gjøre vurdering selv – det henger i</p> <p>Samme forståelse av f.eks tverrfaglighet stimulerer til og påvirker hvem en samarbeider tett med, noe som påvirker hvor pasientene henvises fra</p> |
| | <p>Tror det er en styrke å ha kompetanse på rehabilitering når rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal vurderes</p> |
| Brukermedvirkning | <p>Pasientene kan ikke påvirke rettighetsvurderingen</p> |
| | |