

KAN REHABILITERINGEN BLI BEDRE?

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

12.06.09

INNHOOLD

1. INNLEDNING	1
1.1 Vurderingskriterier	1
1.2 Avgrensing	2
1.3 Problemstillinger	2
1.4 Rådmannens kommentarer	3
2. ER VEDTAKET FULGT OPP?	4
2.1 Er vedtaket behandlet i handlingsprogrammene?	4
2.2 Er vedtaket tatt inn i resultatavtalene?	4
2.3 Er det iverksatt konkrete tiltak for å oppnå vedtaket?.....	5
2.4 Er resultater rapportert til kommunestyret?.....	8
2.5 Revisjonens vurdering	9
3. ER RESULTATENE I SAMSVAR MED INTENSJONENE?	10
3.1 Bidrar rehabiliteringen til å redusere brukernes pleiebehov?.....	10
3.2 Revisjonens vurdering	11
4. ER DET LAGT TIL RETTE FOR EFFEKTIV STYRING OG KONTROLL?	12
4.1 Er organiseringen optimal?	12
4.2 Legger saksbehandlingen til rette for målrettet tildeling og styring av tjenestene?14	
4.3 Sikrer journalføringen og dokumentasjonen målrettet utførelse og kontroll?	17
4.4 Legges det til rette for god samordning?.....	20
5. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	22
5.1 Konklusjon	22
5.2 Anbefalinger	24
KILDEHENVISNINGER	1
RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	1
REVISJONENS BEMERKNINGER TIL HØRINGSSVARET	1

1. INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok å be revisjonen gjennomføre følgende forvaltningsrevisjonsprosjekt¹:

Prosjektet skal vurdere om forvaltningens ressursbruk på rehabilitering er i samsvar med kommunestyrets vedtak og effektiv med tanke på å redusere det samlede behovet for pleietilbud.

Bakgrunnen for prosjektet var kommunestyrets vedtak om at Eldremelding 2006-2015 skulle være grunnlag for videre utvikling innen pleie og omsorg. Denne meldingen gir føringer for bl.a. rehabiliteringen.

1.1 Vurderingskriterier

Vurderingskriteriene omfatter politiske vedtak, lovkrav, regelverk etc. som inneholder krav eller mål som skal oppfylles på området.

Kommunestyret vedtok i 2007²: *Eldremelding 2006-2015 vedtas som grunnlag for videre utvikling av Bærum kommunes tjenester til eldre.*

Et viktig fundament i eldremeldingen er å tilrettelegge tjenestene med fokus på innbyggernes evne til mestring, egenomsorg og mulighet til å bo i eget hjem lengst mulig. Bærum kommune har allerede et godt utbygd tilbud hvor det forebyggende og helsefremmende arbeid blant eldre står i fokus³.

For å følge opp de utfordringer og muligheter kommunens tjenester til eldre står overfor, legger eldremeldingen opp til noen viktige veivalg. Prioriteringen tar utgangspunkt i at det neppe er mulig å øke budsjettammene like mye som behovet for tjenester øker. Det vil være nødvendig å finne løsninger som kan opprettholde kvaliteten med lavere ressursbruk enn i dag. Det er derfor lagt vekt på de deler av tjenestetilbudet som kan bidra til å stimulere innbyggernes evne til mestring og egenomsorg. På denne bakgrunn legges opp til fem veivalg frem mot 2015⁴. Det første av disse er:

Vekt på forebygging og rehabilitering gir bedre mestring og økt livskvalitet, og kan bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. Seniorsentrenes og frivillige organisasjoners rolle i det forebyggende arbeid videreføres og utvikles.

I samsvar med oppdraget fra kontrollutvalget vil vi fokusere på i hvilken grad rehabiliteringen bidrar til å gi brukerne bedre mestring og økt livskvalitet slik at brukerne får redusert behov for pleie og omsorgstjenester. Vi vil også prøve å finne frem til tiltak som ytterligere kan øke rehabiliteringens positive bidrag for det samlede pleie og omsorgsbehovet.

¹ Kontrollutvalget møte 13.11.08, sak 066/08 *Valg av prosjekter for 2009.*

² Kommunestyret 28. februar 2007, sak 011/07 *Eldremeldingen.*

³ Eldremelding 2006 – 2015 side 5.

⁴ Eldremelding 2006 – 2015 side 6.

En sentral målsetting i eldremeldingen er at rehabilitering skal få en enda mer sentral plass i kommunens tjenester til eldre. Det fokuseres på innbyggernes mulighet til å kunne bo i eget hjem lengst mulig⁵ En større del av rehabiliteringstjenestene skal skje i brukernes hjem⁶.

Eldremeldingen har som mål en ”sømløs” rehabiliteringskjede”, det vil si en fleksibel tjeneste som ivaretar brukers behov og evne til medvirkning på de ulike nivåer i rehabiliteringsprosessen. Tjenesten skal være målrettet, og den skal sikre kontinuitet, samordning og gode overganger mellom de ulike nivåer, enten det er internt i kommunen eller mellom sykehus og kommune⁷.

Rehabilitering er en av fire lovpålagte oppgaver for kommunen i henhold til kommunehelseloven § 1-3. Sosial- og helsedepartementet har fastsatt egen forskrift om rehabilitering og habilitering som nedfeller krav til tjenesten og som inneholder bestemmelser om kommunens ansvar for å yte slike tjenester. Etter forskriften skal kommunen ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering og tilby nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering.

Rask tidlig intervensjon av kompetente rehabiliteringsfagpersoner er viktig for å sikre god faglig oppfølging når behovet melder seg⁸.

I denne rapporten vil revisjonen rette fokus på om rehabiliteringen som virkemiddel er styrket og om rehabilitering i hjemmet er vektlagt. Revisjonen vil særlig undersøke om rehabilitering bidrar til at brukerne får redusert sitt behov for pleie og omsorgstjenester.

1.2 Avgrensning

Forebygging og rehabilitering skjer ved flere tjenestesteder i kommunen, på seniorsentrene og ved kommunens senter i Altea. I tillegg gir frivillige organisasjoner viktige bidrag. Revisjonen har valgt å fokusere på de to tjenestestedene som i hovedsak arbeider med rehabilitering i hjemmet. Om rehabiliteringen bidrar til å utsette behov for tjenester vil ikke bli behandlet her, denne rapporten fokuserer kun på bidraget til å redusere brukernes behov for mer omfattende tjenester.

1.3 Problemstillinger

Vi vil først belyse om kommunestyrets vedtak og eldremeldingens veivalg er fulgt opp og om resultatene er i samsvar med intensjonene. Vi vil deretter belyse om organisering og arbeidsmåten for tjenesten legger godt til rette for effektiv styring og kontroll av tjenesten.

Vi deler inn rapporten i følgende problemstillinger:

- Er vedtaket fulgt opp?
- Er resultatene i samsvar med intensjonene?
- Er organiseringen formålstjenlig?
- Legger saksbehandlingen til rette for målrettet tildeling av tjenester?
- Sikrer dokumentasjonen god styring og kontroll?
- Sikrer journalføringen og dokumentasjonen målrettet utførelse?
- Legges det til rette for god samordning?

⁵ Eldremelding 2006 – 2015 side 5.

⁶ Eldremelding 2006 – 2015 side 22.

⁷ Eldremelding 2006 – 2015 side 24.

⁸ Eldremelding 2006 – 2015 side 24.

1.4 Rådmannens kommentarer

Rådmannen har fått rapporten på høring og rådmannens høringssvar er vedlagt.

Revisjonens bemerkninger til høringssvaret følger deretter.

Prosjektet er gjennomført og rapportert i samsvar med *Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001)⁹.

⁹ Fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 23.05.05.

2. ER VEDTAKET FULGT OPP?

I framstillingen under hver av problemstillingene vil vi først presentere relevante fakta vi har samlet inn, for deretter å vurdere fakta opp mot kriteriene. Til slutt i rapporten vil vi gi en samlet konklusjon i forhold til problemstillingene.

I KommuneLOVEN¹⁰, § 23 nr.2 står det at vedtak som blir fattet i de politiske organene skal følges opp av administrasjonen i kommunen. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at kommunens administrasjon drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium/ krav til grunn:

⇒ Vedtaket og eldremeldingen skal være fulgt opp i administrasjonen.

2.1 Er vedtaket behandlet i handlingsprogrammene?

I de to handlingsprogrammene som er kommet etter kommunestyrets vedtak¹¹, er eldremeldingen nevnt flere steder. Det fremheves bl.a. at målrettet rehabilitering er viktig for å nå målet i eldremeldingen om at fysio- og ergoterapeuter bidrar til økt selvhjelpenhet, økt livskvalitet og bedre bruk av helsekronene totalt¹².

Det opplyses også at utfordringen fremover er å gi et tilfredsstillende tilbud til befolkningen i perioden uten at rammene økes. Det forventes bl.a. økende antall skrøpelige eldre¹³. Raskere utskrivning fra sykehus til kommunen vil gi økt press på tjenesten.

Vedtaket og eldremeldingen er ikke konkretisert i bestemte tiltak i handlingsprogrammene, så langt revisjonen kan se.

2.2 Er vedtaket tatt inn i resultatavtalene?

Kommunen har innført resultatledelse der lederne på alle nivå inngår resultatavtaler med sin overordnede. Her skal de viktigste resultatmålene inngå. I rådmannens resultatavtale er rehabilitering ikke nevnt. Her er det fokusert på overordnede mål for kommunens administrasjon.

Kommunalsjefen med ansvar for kommunehelse der rehabilitering i hjemmet inngår, har ingen mål knyttet til eldremeldingen i sine resultatavtaler for 2008 og 2009. I 2009 er det et mål om: *Effektivisering og innsparing innenfor de aktuelle programområder (ref. delegasjon) er gjennomført i tråd med vedtakene i HP 2009-2012*. I resultatavtalene til de to kommunalsjefene for pleie og omsorg der rehabilitering i institusjon inngår, er det tatt inn tilsvarende mål om effektivisering og innsparing. Det er også et mål om å oppnå rasjonell drift gjennom vurdering av tildelingspraksis som skal føre til rett kvalitet på rett sted^{14 15}. De har dessuten mål om å legge til rette for samhandling på tvers av programområdene.

¹⁰ KommuneLOVEN av 25. september nr. 107 1992.

¹¹ Kommunestyret 28. februar 2007, sak 011/07 *Eldremeldingen*.

¹² Handlingsprogram 2009-2012 side 88.

¹³ Handlingsprogram 2009-2012 side 89.

¹⁴ Resultatavtale kommunalsjef pleie og omsorg. Elisabeth Vennevold 2009.

¹⁵ Resultatavtale kommunalsjef pleie og omsorg. Bovild Tjønn 2009.

Resultatavtalene til tjenestelederne på de to enhetene som gir rehabilitering, er helt generelle og sier ingenting om konkrete arbeidsoppgaver.

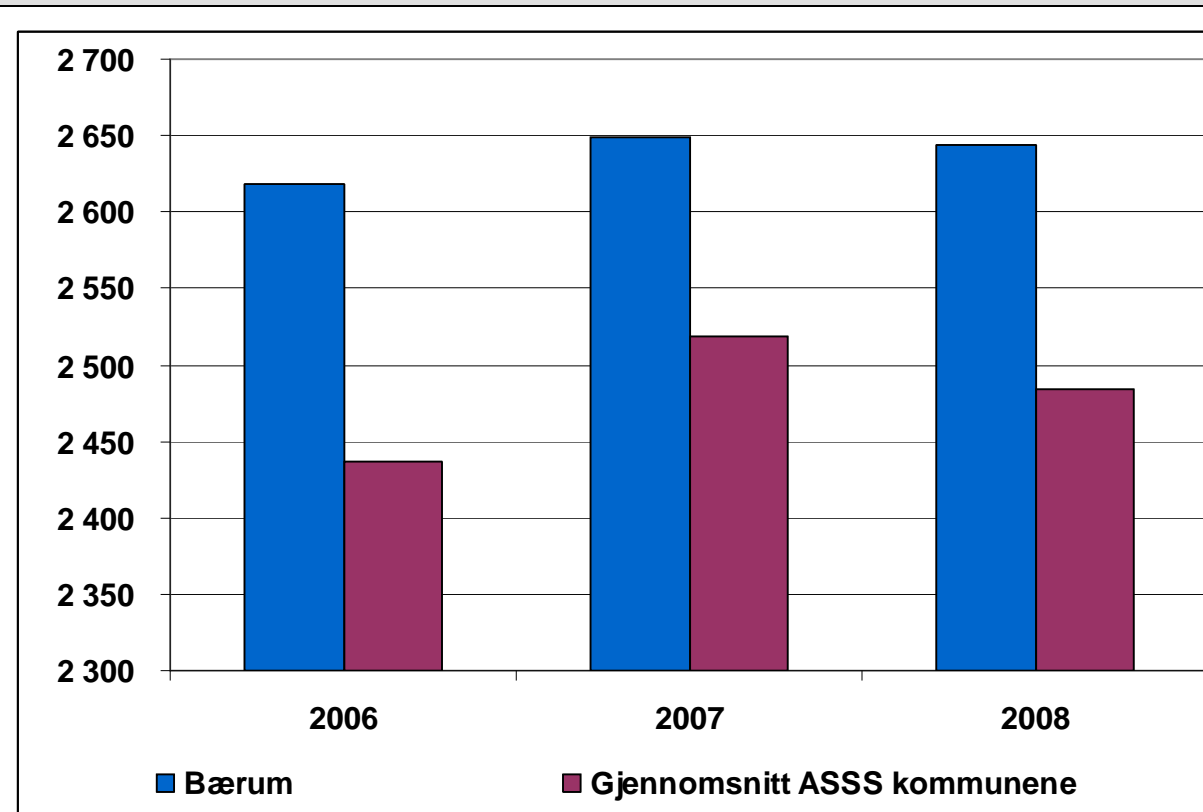
2.3 Er det iverksatt konkrete tiltak for å oppnå vedtaket?

2.3.1 Hvordan er status i Bærum sammenlignet med andre kommuner?

I handlingsprogrammene rapporteres om antall årsverk per 10 000 innbyggere på flere yrkesgrupper. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er de yrkesgruppene som i hovedsak er knyttet til rehabilitering. Det oppgis bl.a. antall av disse gruppene sammenlignet med snittet i ASSS kommunene¹⁶ og det oppgis høyeste antall blant disse kommunene. Bærum kommune ligger godt over snittet på begge yrkesgruppene. Og det er ingen av kommunene som har flere ergoterapeuter enn Bærum per innbygger.

Revisjonen har også sett på utviklingen i antall fysioterapeuttimer i Bærum sammenlignet med andre kommuner:

Figur 2-1 Fysioterapeuttimer per 10 000 innbyggere over 67 år.



Tabellen viser at Bærum ligger godt over gjennomsnittet blant de største kommunene i landet og at det har vært en økt satsing på området fra 2006 til 2008.

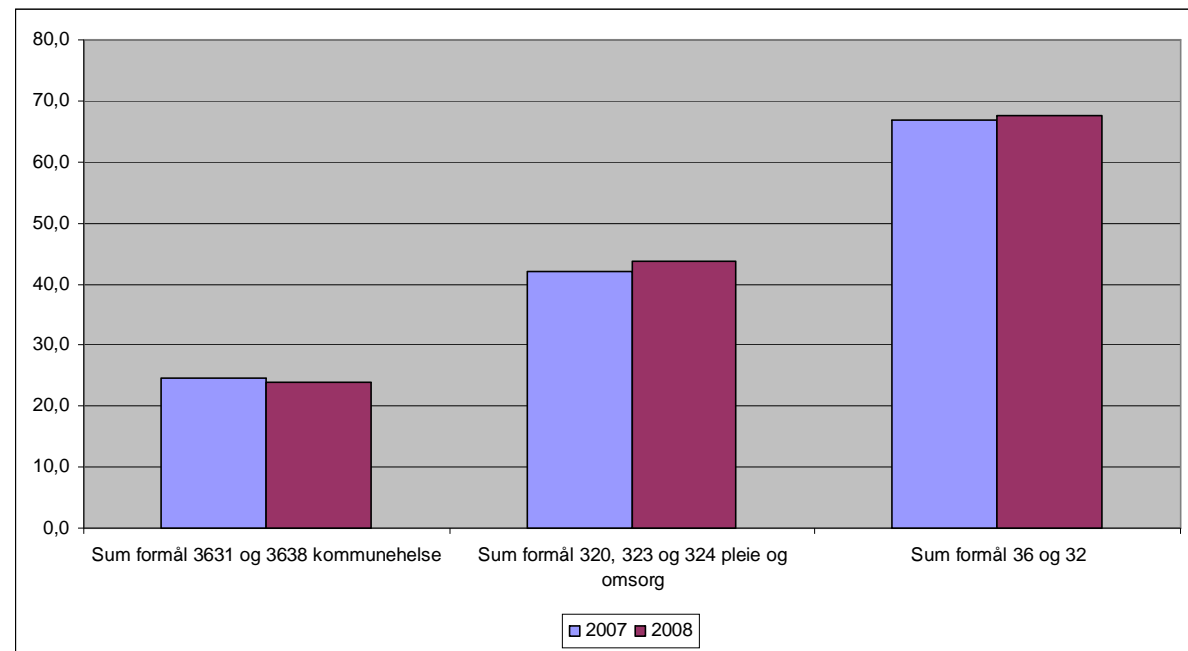
Tall for netto driftutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per eldre over 67 år viser at Bærum har hatt en økning de siste tre årene.

¹⁶ ASSS kommunene er de største kommunene i landet. Det er mest relevant å sammenligne seg med lignende kommuner.

2.3.2 Er rehabiliteringen i eldreomsorgen styrket finansielt?

Utgifter til forebygging og rehabilitering av eldre er fordelt mellom Pleie og omsorg og KommuneHelse. Det forebyggende arbeidet, drift av seniorsentrene, institusjonene og hjelp i hjemmet er fordelt til pleie og omsorg, mens kommunehelse har ansvar for fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddellageret. Utgiftene til forebygging og rehabilitering er henholdsvis ført under formål 32 og 36. Figuren nedenfor viser utviklingen i budsjettet mellom 2008 og 2009.

Figur 2-2 Budsjettutvikling 2008 – 2009 på forebygging og rehabilitering¹⁷.



Figuren viser at det bare er små endringer i budsjettet innenfor området rehabilitering. På kommunehelse er budsjettet redusert med 750 000 og på pleie og omsorg er det øket med 1 550 000. Innen pleie og omsorg er rehabiliteringen i hjemmet økt prosentvis mer en økningen i rehabilitering i institusjon. Altså økt vektlegging av hjemmeboende i tråd med kommunestyrets vedtak.

2.3.3 Er rehabilitering i hjemmene vektlagt?

Kommunens budsjetter viser at innen område pleie og omsorg har det vært en vektlegging av rehabilitering for hjemmeboende i forhold til rehabilitering på institusjon.

Handlingsprogrammene opplyser at det er foretatt en reduksjon i privat fysioterapivirksomhet ved å inndra ledige driftstilskudd med 0,4 – 1,1 millioner for perioden 2010-2012¹⁸. Det opplyses at dekningen av fysioterapeuter ligger lavere i 2007 enn 2006, men at det fortsatt ligger over gjennomsnittet for ASSS-kommunene¹⁹. Det fremgår også at andelen kommunalt ansatte fysioterapeuter har hatt en økning i forhold til gjennomsnittet²⁰.

¹⁷ Ansvar 55.

¹⁸ Handlingsprogram 2009-2012 side 93.

¹⁹ Handlingsprogram 2009-2012 side 88.

²⁰ Handlingsprogram 2009-2012 side 88.

Administrasjonen opplyser at samtidig med at privat fysioterapivirksomhet er redusert, er deler av ledige såkalte "ambulante" driftstilskudd utlyst²¹. Dette for å sikre rehabilitering i hjemmet. Innehavere av ambulante driftstilskudd oppsøker og behandler pasienter i deres hjem – i tråd med intensjonen i eldremeldingen.

Administrasjonen peker på at for å nå målet om at en økt andel av rehabiliteringstjenestene skal utføres i hjemmet må det foretas en overflytting av midler innenfor budsjett. Det vises til at det er nødvendig å skjerme rehabilitering ved rehabiliteringsavdelinger og korttidsavdelinger. Administrasjonen peker på at et alternativ for å kunne øke rehabiliteringstjenestene i hjemmet vil være å flytte ressurser fra langtidsboende til fordel for hjemmeboende²².

Rådmannen la i 2005 frem en sak i sektorutvalg BIOM som drøftet forholdet til private fysioterapeuter med kommunal avtale²³. Da kommunen overtok ansvaret for primærhelsetjenester fra staten i 1982, måtte kommunen inngå avtale om tidsbegrenset kommunalt driftstilskudd med alle som drev egen praksis. Tilskuddet er kommunens eneste styringsinstrument i forhold til de private utøverne. Det har vist seg vanskelig å få private fysioterapeuter til å prioritere behandling utenfor instituttene til bl.a. hjemmeboende²⁴. Rådmannen har derfor innført en strengere praksis for oppsigelse av avtaler ved ledighet og fravær. Høsten 2008 ble det fremforhandlet avtale mellom KS og Norsk Fysioterapeut Forbund som åpner for mulighet til å styre privatpraktiserende fysioterapeuter til å utføre "viktige kommunale oppgaver" i større grad enn dagens praksis²⁵.

2.3.4 Hvilke tiltak er iverksatt?

Da revisjonen fant få tiltak knyttet til eldremeldingen i styringsdokumentene bad vi administrasjonen om tilbakemelding på bl.a. hvordan administrasjonen operasjonaliserer de målsettingene for rehabilitering som er nedfelt i eldremeldingen. Administrasjonen gav et utfyllende svar over tre sider på dette og kommenterte ulike tiltak knyttet til ulike deler av eldremeldingen²⁶. Det ble oppgitt ulike tiltak for å sikre kontinuitet i rehabiliteringstjenesten, trygge overganger, samarbeide og samordning med andre faggrupper og tjenester, mestring, deltakelse, økt fokus på hjemmeboende m.m. Administrasjonen viser til at styrking av tilbudet må gis uten at de økonomiske rammene økes.

Det vises til at tjenestestedene for rehabilitering er poolorganisert. Det vil si at alle kommunale ergo-og fysioterapitjenester til voksne er organisert i 2 tjenestesteder, rehabilitering Øst og Vest. Poolorganiseringen bidrar til kontinuitet i rehabiliteringstjenesten og overganger under trygge forhold. Rehabilitering utføres ofte i samarbeide med andre faggrupper og tjenester. Trygge overganger mellom sykehus og kommune sikres i samarbeide med disse, særlig tildelingskontoret og hjemmebaserte tjenester. Det vises til at rehabiliteringskoordinator sikrer sammen med tildelingskontoret at rett bruker kommer på rett plass ved søknad om rehabilitering i institusjon/rehabiliteringsdagsenter. Det vises videre til at bruk av ansvarsgrupper og individuelle planer sikrer samordning. Dette er særlig viktig der det er nødvendig med tett samarbeide med f.eks voksenopplæringen (for slag/hodeskade

²¹ Notat fra administrasjonen datert 14.01.09.

²² Notat fra administrasjonen datert 14.01.09.

²³ Sektorutvalg bistand og omsorg, møte 07.04.05 sak 019/05 *Fysioterapitjenesten – privat praksis*.

²⁴ Sektorutvalg bistand og omsorg, møte 07.04.05 sak 019/05 *Fysioterapitjenesten – privat praksis* s 4 i redegjørelsen.

²⁵ Notat fra administrasjonen datert 14.01.09.

²⁶ Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg av 24.03.09, side 4.

pasienter) og for brukere som trenger bistand til tilbakeføring til arbeidslivet ved hjelp av NAV.

Helse Asker og Bærum er et samarbeid mellom Sykehuset Asker og Bærum Helseforetak (SABHF), Asker og Bærum kommuner. Målet er å gi et bedre og mer helhetlig helsetilbud til befolkningen i Asker og Bærum. I 2006 ble det opprettet et administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for sykehusets direktør og rådmennene i kommunene, eller en i deres sted. Satsingsområdene så langt har vært helsetjenester for eldre, rehabilitering, omsorg ved livets slutt og psykisk helsevern. Det ble i november 2007 utarbeidet en rapport ”Rehabilitering- til mestring og deltakelse. Felles ansvar for rehabilitering i Asker og Bærum”.

Rapporten ble høsten 2008 behandlet i Eldrerådet og delt ut i sektorutvalget Bistand og omsorg. Rapporten konkluderte med en handlingsplan. Administrasjonen viser til at planen operasjonaliseres nå, blant annet gjennom en tiltaksplan for kompetanseheving og planer om tiltak for bedring av tilbudet til yngre med funksjonsnedsettelse – sistnevnte i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved SABHF.

Administrasjonen fokuserer på det forebyggende arbeidet gjennom etablering av ulike gruppeaktiviteter rettet mot brukere med spesielle behov f.eks styrke/balansegrupper og for spesielle diagnoser. Administrasjonen viser til at de vil opprettholde gruppetilbudet fremover og fortsette fokus på at det skal være god tilgjengelighet. Det vises også til at det kan være aktuelt å opprette nye grupper.

Det ble i svaret fra administrasjonen ikke nevnt tiltak knyttet til eldremeldingens intensjon om at rehabilitering bidrar til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. Revisjonen har heller ikke fått opplysninger om dette i samtaler med ansatte eller sett at dette har vært nevnt i andre sammenhenger.

2.4 Er resultater rapportert til kommunestyret?

Kommunestyrets vedtak om eldremeldingen ble fattet i 2007 og årsrapporten for 2008 er per i dag eneste årsrapport etter vedtaket. Årsrapporten oppgir utvikling de tre siste årene for antall personer som får tidsbegrenset opphold rehabilitering og antall som får dagopphold rehabilitering²⁷. Revisjonen kan ikke se at informasjon som kan belyse effekten eller resultatene av tiltak innen rehabilitering er nevnt ut over dette.

Den økonomiske rapporteringen i regnskap og årsrapport følger kommunens administrative organisering, noe som medfører at forebygging og rehabilitering av eldre blir rapportert både på kommunehelse og på pleie og omsorg²⁸. Den økonomiske ressursbruken innen rehabilitering rapporteres dermed på en slik måte at bare deler av den totale aktiviteten kommer frem under det enkelte programområde.

Under kommunehelse er aktiviteten på rehabilitering konsentrert om fysio- og ergoterapi, samt hjelpemiddellageret. Kommunehelse har i sin rapportering i årsrapporten, under rehabilitering, kun omtalt aktiviteten rundt fysio- og ergoterapitjenesten²⁹. Aktiviteter og ressursbruk til hjelpemiddellageret er ikke eksplisitt omtalt i årsrapporten.

²⁷ Årsrapport 2008, Bærum kommune, side 34.

²⁸ Henholdsvis formål 36 og formål 32.

²⁹ Årsrapport 2008 side 43.

Under pleie og omsorg er aktiviteten på rehabilitering kun omtalt knyttet til Seniorsentrene³⁰. Rehabilitering knyttet til hjelp i institusjon og hjelp i hjemmet er ikke eksplisitt nevnt.

Det er ikke foretatt noen kartlegginger eller rapporteringer av i hvilken grad rehabiliteringen bidrar til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

2.5 Revisjonens vurdering

Kommunestyrets vedtak og eldremeldingens veivalg er omtalt i handlingsprogrammene, men det angis ikke konkrete tiltak for å følge opp disse. Eldremeldingens innhold er så langt revisjonen kan se ikke nedfelt i resultatavtalen til aktuelle kommunalsjefer eller tjenesteledere.

Revisjonen mener Bærum har et omfattende rehabiliteringstilbud og at kommunen har satset klart sterkere på dette enn sammenlignbare kommuner.

Kommunens samlede rehabiliteringstilbud har ikke i stor grad blitt styrket økonomisk de to siste årene. Revisjonen ser innen område pleie og omsorg en omprioritering over til rehabilitering av hjemmeboende i samsvar med intensjonen i eldremeldingen. Administrasjonen viser til flere tiltak knyttet til oppfølging av eldremeldingen som fokus på forebygging og tiltak for å sikre økt mestring og livskvalitet for brukerne. Revisjonen kan imidlertid ikke utfra styringsdokumentene se at administrasjonen har oppgitt spesielle tiltak knyttet til intensjonen om å redusere det totale pleiebehovet.

Kommunestyret vil generelt ha behov for rapportering som viser om vedtakene gir ønsket resultat. Revisjonen antar at det ville være ønskelig at det ble foretatt kartlegginger for å belyse om rehabiliteringen bidrar til å redusere eller utsette brukernes behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

Når den administrative rapporteringen både i regnskaper og årsrapport er splittet mellom rapportering fra område for kommunehelse og område for pleie og omsorg³¹, kan ikke revisjonen se at de gir en helhetlig tilbakerapportering på det nivå som eldremeldingen legger opp til.

³⁰ Årsrapport 2008 side 35.

³¹ Henholdsvis formål 36 og formål 32.

3. ER RESULTATENE I SAMSVAR MED INTENSJONENE?

Som vi har vist til er det gjennomført flere tiltak for å styrke rehabiliteringen i kommunen. I dette kapitlet vil revisjonen særlig undersøke om rehabiliteringen bidrar til at brukerne får redusert sitt behov for pleie og omsorgstjenester.

Vi legger følgende kriterier/ krav til grunn:

- ⇒ En intensjon med rehabiliteringen er å bidra til at brukerne får redusert sitt behov for pleie- og omsorgstjenester.
- ⇒ Rehabilitering i eldreomsorgen skal styrkes og rehabilitering i hjemmene skal vektlegges.

3.1 Bidrar rehabiliteringen til å redusere brukernes pleiebehov?

Som nevnt har administrasjonen ikke foretatt kartlegging av i hvilken grad rehabiliteringen fører til at brukerne får redusert eller utsatt sitt behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. Rehabiliterings bidrag til å redusere brukernes behov kan måles på flere måter. Revisjonen valgte å sammenligne omfanget av pleie- og omsorgstjenester før og etter rehabiliteringstiltakene³² for 189 saker som var registrert i kommunens datasystem Helios³³. Revisjonen legger til grunn at den enkelte brukers behov for pleie og omsorg vil gi seg uttrykk i omfanget av pleie og omsorgstjenester som brukeren får.

Utenforliggende forhold som ikke er knyttet til rehabiliteringen vil påvirke utvikling i tjenestebehov. Disse forholdene er likevel relativt konstante. Ved å måle mange personer kan vi få et mål på effekten av rehabiliteringen. En fordel er også at slike målinger er raske å gjennomføre og gir et enkelt uttrykk for rehabiliteringens bidrag til å redusere brukernes behov for omfattende pleie og omsorgstjenester.

Vår kartleggingen viste bl.a. hvor stor andel av brukerne som fikk lavere tjenestenivå etter at rehabiliteringen var avsluttet. Det er ikke gjort slike målinger for tidligere år eller i andre kommuner. Det er derfor ikke mulig for revisjonen å vurdere om effekten av rehabiliteringen har blitt bedre/ dårligere over tid eller om rehabiliteringen i Bærum er bedre/ dårligere enn i sammenlignbare kommuner.

Tidlig intervensjon av kompetente rehabiliteringsfagpersoner er viktig for å sikre god faglig oppfølging når behovet melder seg³⁴. Forskning viser at en viktig forutsetning for at rehabiliteringstiltak skal gi bruker høyere funksjonsnivå er at tiltak settes inn raskt³⁵: *Gjennom tidlig intervensjon ... oppnådde brukerne et høyere funksjonsnivå enn hva man ellers ville forvente.* Administrasjonen opplyser at rehabiliteringstjenesten utenfor institusjon er et lavterskeltbud hvor målet er hurtig intervensjon for å forhindre eller utsette funksjonssvikt³⁶. Tjenestestedene skal ha kort reaksjonstid fra et behov meldes til første

³² Sum av tildelte timer per uke av hjemmehjelp, hjemmesykepleie, støttekontakt, dagopphold, omsorgslønn og annet de har fått vedtak om fra Tildelingskontoret. Langtidsopphold og midlertidig institusjonsplass ble registrert som maksimal tjeneste.

³³ Det er ca 1 270 personer som er registrert med rehabiliteringstjenester på de to rehabiliteringsenhetene til en hver tid og ca 770 på de ulike institusjonene (bo- og behandlingssentre, sykehjem etc.). Revisjonen har gjort et tilfeldig utvalg av 189 personer blant de som fikk rehabiliteringstjenester 1. juli i 2008. For de to rehabiliteringsenhetene er første person på hver side av utskriftene valgt. For de ulike institusjonene er de to første på hver side av samleutskriftene valgt. 5 tilfeldige falt ut pga kodefeil.

³⁴ Eldremelding 2006-2015 side 24.

³⁵ Tid til å medvirke, SINTEF 27.05.02.

³⁶ Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg av 24.03.09, side 5.

kontakt. Interne retningslinjer for saksbehandlingen tilsier en ukes reaksjonstid for fysioterapi og tre ukers reaksjonstid for ergoterapi³⁷. Informasjon om dette registreres ikke i kommunens datasystem Helios i dag.

Hvor lang tid tjenesten bruker på å få personer ferdig rehabilitert ville også vært et interessant forhold å belyse. Revisjonens kartlegging viser at det er svært ulik praksis for når ansatte avslutter et tiltak i kommunens datasystem Helios. Perioden som er oppgitt i systemet er derfor ikke pålitelig nok til å belyse dette.

3.2 Revisjonens vurdering

Eldremeldingen oppsummeres i 5 veivalg. Det første av disse uttrykker bl.a. en intensjon om at forebygging og rehabilitering skal bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

Revisjonens kartlegging viser at rehabiliteringens effekt på pleie- og omsorgsbehovet lar seg måle, men at administrasjonen ikke har gjort målinger for å belyse det.

Revisjonen kan dermed ikke fastslå om utviklingen i Bærum har vært positiv eller negativ de siste årene eller om effekten er lav eller høy i forhold til andre kommuner. Revisjonen mener at målinger av rehabiliteringens effekt på pleie og omsorgstjenestene er viktige.

Revisjonen mener gjennomgangen viser at rehabiliteringstjenestene igangsettes relativt raskt. At ventetiden på rehabilitering er kortest mulig er gunstig med tanke på effekt av rehabiliteringen.

³⁷ *Responstid på nye henvendelser og prosess frem til oppstart av tjeneste*

4. ER DET LAGT TIL RETTE FOR EFFEKTIV STYRING OG KONTROLL?

I kapitlene foran mener revisjon å ha sett at det er enkelte svakheter i hvordan eldremeldingen er fulgt opp av administrasjonen.

Kommunens rehabiliteringstjenester er en lovpålagt ytelse som reguleres av kommunehelseloven. Helse- og sosialdepartementet har vedtatt en egen forskrift om habilitering og rehabilitering som setter krav til rehabiliteringstjenestene i kommunen. Lovgivningen setter altså visse skranker for det handlingsrommet kommunen har til å styre ressursbruken på rehabilitering.

Funnene kan tyde på at det er forbedringsmuligheter i styring og kontroll med rehabiliteringstjenestene. Vi velger derfor å fokusere på organisering, saksbehandling, journalføring/ dokumentasjon og samordning.

4.1 Er organiseringen optimal?

En god organisering av tjenesten kan være viktig for effektiv tildeling og administrasjon av tjenestene.

Kommunestyret vedtok å innføre en bestiller – utfører modell for Bærum kommune³⁸. Denne modellen ble valgt for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene, fleksibilitet og tettere kontroll med kostnadene. Generelt sett anses en slik modell egnet til å avklare roller og ansvarsforhold i kommunen. Modellen er basert på at bestiller definerer innholdet og kvaliteten på de tjenestene som skal leveres, mens en annen enhet utfører den faktiske tjenesten iht. til bestillingen.

Vi legger følgende kriterier/ krav til grunn for gjennomgangen:

- ⇒ Organiseringen skal legge til rette for effektiv tildeling og administrasjon av tjenestene.
- ⇒ Bærum kommune skal fortrinnsvis benytte en bestiller - utfører modell.

4.1.1 Funn/ fakta

Rehabiliteringen i kommunen er organisert og budsjettetert både under *pleie og omsorg* og *kommunehelse* og har ulike kommunalsjefer.

Under pleie og omsorg er det to institusjoner som er spesialisert på rehabilitering: Lønnås bo- og behandlingssenter gir intensiv og målrettet behandling av brukere med sammensatte problemstillinger. Henie-Onstad bo og rehabiliteringssenter gir målrettet opptrening ved korttidsopphold og lengre rehabiliteringsopphold. Senteret drives i samarbeid med sykehuset Asker og Bærum og er særlig innrettet på å motta pasienter etter sykehusopphold. I tillegg er Vallerhjemmet er en korttidsinstitusjon som har relativt store fysio- og ergoterapiressurser og som benyttes i rehabiliteringsøyemed. Rehabiliteringstilbud i institusjon gis i form av tidsbegrenset døgnopphold til brukere med behov for aktiv rehabilitering som tilsier stor grad av tverrfaglig innsats. Det er tildelingskontoret som fatter vedtak om rehabilitering på

³⁸ Kommunestyret møte 31.01.96, sak 08/96 Ny administrativ organisering – Bærum '96 og personalpolitiske retningslinjer for gjennomføringen.

institusjon. Tildelingskontoret fatter videre vedtak om tildeling av hjemmehjelp, hjemmesykepleie og praktisk bistand i hjemmet.

Under kommunehelse er rehabiliteringstjenesten organisert i to enheter: ”Rehabilitering øst” og ”Rehabilitering vest”. Disse tjenestestedene administrerer ergo- og fysioterapitjenester til hjemmeboende, bo og behandlingssentrene og rehabiliteringsinstitusjonene i sine geografiske distrikt. Tjenesten omfatter opptrening, behandling, vurdering av behov for hjelpemidler samt veiledning/trening i bruk av disse og tilrettelegging av bolig. Rehabiliteringstjenestene i hjemmet gis fra kommunalt ansatte fysio- og ergoterapeuter samt de tre tverrfaglige rehabiliteringsteamene (bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut). Rehabiliteringstjenesten har 69,5 årsverk³⁹. I tillegg har kommunen avtale om driftstilskudd med 7 private fysioterapeuter (ambulante driftstilskudd) som utfører tjenester overfor hjemmeboende brukere etter avtale med de to rehabiliteringsenhetene. Kommunen har videre driftsavtaler med en rekke private fysioterapeuter som driver sin virksomhet på sine institutter.

I tillegg gir fysio- og ergoterapeutene ved de to enhetene tjenester ved enkelte seniorsentrene (dagsentre) i kommunen. Seniorsentrene gir tilbud om ulike treningsgrupper som bla. bassentrening og styrke- og balansekurs.

Under pleie og omsorg benyttes bestiller - utfører modellen. Tildelingskontoret vurderer behovene for pleie og omsorg, fatter vedtak om tildeling av tjenester og bestiller tjenestene fra kommunale eller private utførere. Tjenestene utføres bl.a. av de ulike arbeidslagene innen hjemmetjenesten og av de ulike institusjonene. Tildelingskontoret fatter som nevnt også vedtak om tildeling rehabiliteringstiltak på institusjon⁴⁰.

De to rehabiliteringsenhetene er ikke organisert i en bestiller - utfører modell. De tar både avgjørelse om tildeling av rehabiliteringstjeneste og utfører tjenesten. I tillegg avtaler de utførelsen av tjenester fra ambulerende private fysioterapeuter med kommunal avtale.

Administrasjonen opplyser at de to rehabiliteringsenhetene ikke benytter en bestiller - utfører modell fordi de har konkludert med at denne ikke passer for fysioterapi og at dagens løsning er mest formålstjenlig⁴¹. Dette vil vi komme tilbake til senere. De mener videre det er ressursbesparende at vurdering og oppfølging skjer av samme terapeut.

4.1.2 Revisjonens vurdering

At rehabiliteringstjenestene er delt mellom to ulike sektorer – kommunehelse samt pleie og omsorg vanskeliggjør samordning. Vår kartlegging viser at ca 90 % av de som får rehabiliteringstjenester også mottar ulike pleie og omsorgstjenester. Det er altså i hovedsak de samme brukerne som mottar disse tjenestene. Revisjonen mener dette taler for en tett samordning og samlet organisering slik også eldremeldingen påpeker. Det er bl.a. enklere å overføre ressurser innen et område enn å overføre ressurser til et annet område. Organiseringen kan forklare hvorfor hjemmeboende synes å ha fått økt prioritet innen pleie og omsorg, mens en ikke ser økte ressurser til rehabilitering i hjemmet innen helse.

Revisjonen kan ikke se at administrasjonen har fremført vesentlige grunner som taler for at bestiller utførermodellen ikke også kan benyttes for rehabiliteringstjenestene i samsvar med

³⁹ Oversikt lagt ut på intranett, datert 20.2.2008.

⁴⁰ Dvs opphold på Lønnås bo- og behandlingssenter, Vallerhjemmet, Henie- Onstad og Altea.

⁴¹ Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg av 24.03.09, side 5.

prinsippet vedtatt av kommunestyret⁴². Innvendningene mot en slik modell synes bl.a. å være at en klart definert bestilling som praktiseres for pleie- og omsorgstjenestene ikke passer for rehabiliteringstjenestens behov for fleksibilitet i behandlingen (utførelsen). Revisjonen ser imidlertid ikke bort fra at en bestilling av rehabiliteringstjenester kan utformes mer fleksibelt enn praksis for bestillingen av pleie og omsorgstjenester.

4.2 Legger saksbehandlingen til rette for målrettet tildeling og styring av tjenestene?

Av kommunehelsetjenesteloven fremgår det at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak etter kommunehelsetjenesteloven. Det er gjort unntak for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om institusjonsplass. Slike avgjørelser skal følge forvaltningslovens regler og må anses for enkeltvedtak. Forvaltningsloven oppstiller uttrykkelige krav til saksforberedelsen og innholdet i et enkeltvedtak, bla krav om skriftlighet, begrunnelse for vedtaket og at det gis utfyllende opplysninger om klageadgang

Det gis ofte hjemmehjelp parallelt med rehabilitering i hjemmet. Disse tjenestene reguleres av sosialtjenesteloven. Det fremgår av sosialtjenesteloven at avgjørelser om tildeling av slike tjenester skal regnes som enkeltvedtak.

Dette innebærer at det stilles ulike krav til saksbehandling for tildeling av de ulike tjenestene som kan være aktuelle i forbindelse med et rehabiliteringsløp. Tildeling av rehabilitering på institusjon og tildeling av pleie- og omsorgstjenester i hjemmet følger forvaltningslovens regler om ”enkeltvedtak”, mens det ikke foreligger uttrykkelig regulering av saksbehandling og avgjørelsesform for tjenester som fysio- og ergoterapitjenester i hjemmet.

I veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester⁴³ peker Sosial- og helsedirektoratet på at *forvaltningsmyndighet utøves når det utredes og tas stilling til om en konkret person oppfyller lovens vilkår for tjenester, og når det tas stilling til hvilke tjenester som skal tilbys. På denne bakgrunn bør derfor de forvaltningsrettslige prinsipper og forvaltningslovens bestemmelser komme til anvendelse så langt de passer*⁴⁴, uavhengig av ordlyden i kommunehelsetjenesteloven. Særlig i de tilfeller hvor det er et behov for helsehjelp over tid bør de forvaltningsrettslige prinsipper, herunder bestemmelsene i forvaltningslovens kapittel 5⁴⁵ følges.”

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ Saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av tjenester bør være i samsvar med grunnleggende forvaltningsrettslige prinsipper og legge til rette for målrettet tildeling og styring av tjenestene.

4.2.1 Funn/ fakta

Revisjonens gjennomgang viser at tildelingskontoret og rehabiliteringstjenesten har ulik saksbehandling for tildeling av de ulike tjenestene.

Under pleie og omsorg er som nevnt tildelingskontoret bestiller av tjenester. Opphold i en rehabiliteringsinstitusjon tildeles som et formelt enkeltvedtak, i første omgang normalt med

⁴² Kommunestyret møte 31.01.96, sak 08/96 *Ny administrativ organisering – Bærum '96 og personalpolitiske retningslinjer for gjennomføringen.*

⁴³ IS-1040. Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.

⁴⁴ Vår utheving.

⁴⁵ Dvs reglene om enkeltvedtak.

en varighet på 3 uker. Det nærmere innholdet i behandlingen på institusjonen fastlegges av personalet på institusjonen etter faglige vurderinger. Evt. videre behov for opphold på rehabiliteringsinstitusjon foretas av institusjonen i samarbeid med tildelingskontoret. Det er tildelingskontoret som fatter evt. forlengelsesvedtak.

Tildelingskontoret behandler også søknader om hjemmebaserte tjenester i forbindelse med igangsatt rehabiliteringsprosess i hjemmet. Slike tjenester kan dreie seg om hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Vedtakene er skriftlige og detaljerte. Et eksempel hentet fra Helios kan illustrere saksbehandlingen. Innledningsvis vises til søknad om hjelp og hvilket behovet saksbehandler mener bruker har. Det vises til at pasienten har kommet hjem fra Godthåp⁴⁶ og ikke er i form. Det vises til behov for sårbehandling, dosering av medisin og behov for praktisk bistand. Deretter får bruker opplyst følgende:

Du vil få hjelp/tilrettelegging til:

Sårbehandling daglig x 2, dusj/bad en gang i uken, dosering av medisin en gang i uken.

Bruker opplyses også bl.a. om at arbeidet vil bli utført med 2 besøk pr. dag fra en 02.03.2007 til og med 02.05.2007.

Bruker får opplyst at det kan klages dersom en er uenig i vedtaket og det er lagt ved en generell orientering om klageadgang.

Under kommunehelse har rehabiliteringstjenesten ikke en formalisert saksgang i forhold til bruker. Revisjonen har fått opplyst at saksbehandling ved de to rehabiliteringsenhetene i hovedsak er muntlig. Informasjon om tjenestene til den enkelte bruker gis over telefon eller i forbindelse med hjemmebesøk.

På spørsmål fra revisjonen om hvorfor tildeling av rehabiliteringstjenester ikke avgjøres skriftlig svarer administrasjonen at *rehabiliteringstjenesten utenfor institusjon er et lavterskeltilbud hvor målet er hurtig intervensjon ...*

Administrasjonen viser videre til uttalelse fra Sosial og helsedirektoratet⁴⁷:

Kommunen skal ikke fatte enkeltvedtak om fysioterapi. Kommunen har et ansvar for at det finnes et tilbud, som ledd i helsetjenesten de er pålagt å yte etter kommunehelsetjenesteloven. Det fremgår av loven § 2-1 tredje ledd⁴⁸ at forvaltningslovens bestemmelser ikke gjelder for vedtak etter bestemmelsen. Det gjør kun vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Etter en antitetisk (motsatt) fortolkning betyr det at det ikke skal treffes enkeltvedtak for blant annet fysioterapi. Det vanlige er at pasientens fastlege skriver en henvisning.

Administrasjonen viser til at det er nedfelt prosedyrer for responstid og henvendelse og for registrering av tjenester i Helios og at rehabiliteringstjenesten har utarbeidet prioriteringsnøkkel for hvem som bør ha hjelp raskt⁴⁹. Administrasjonen viser videre til at dersom bruker er uenig i tiltak og omfang av en tjeneste så skal det opplyses om klageadgang, klagemåte og hjelp til klage skal tilbys. På bakgrunn av revisjonens

⁴⁶ Statlig rehabiliteringsinstitusjon.

⁴⁷ Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg av 24.03.09, side 5.

⁴⁸ § 2 i kommunehelseloven gjelder Rett til helsehjelp.

⁴⁹ Dokument *Oppgaver i rehabiliteringstjenesten*, mottatt fra rehabiliterings øst.

henvendelse uttaler administrasjonen at rehabiliteringstjenesten vil vurdere å utarbeide eget informasjonsskriv om klageadgang.

4.2.2 Revisjonens vurdering

Administrasjonens henvisning til brevet fra Sosial- og helsedirektoratet reiser for det første spørsmål om hvilken mulighet kommunen har til å styre ressursene ved tildeling av rehabiliteringstjenester, særlig når det foreligger henvisning om fysioterapi fra lege.

Revisjonen legger til grunn at kommunen ikke kan overprøve en legehenvvisning om fysioterapi, jf henvisning til brev fra sosial og helsedirektoratet. Medisinsk rehabilitering er en rettighet brukerne har etter kommunehelsetjenesteloven og som skal tilbys av kommunen. En slik legehenvvisning innebærer at vedkommende bruker har et stadfestet behov for rehabilitering i form av fysioterapi.

Samtidig vil revisjonen peke på at kommunen likevel har et visst handlingsrom for hvordan en legehenvvisning skal følges opp mht behandlingens innhold og omfang. Revisjonen legger til grunn at kommunen kan vurdere hvor vedkommende behandling skal legges inn i forhold til omsorgstrappen etter prinsippet om at bruker skal få bistand på laveste effektive omsorgsnivå (LEON – prinsippet). Kommunen kan vurdere om vedkommende skal få et rehabiliteringstilbud på en rehabiliteringsinstitusjon som tidsbegrenset opphold eller som dagpasient, om vedkommende skal få rehabiliteringstjenester i hjemmet, herunder om vedkommende skal ha behandling av rehabiliteringsteamet, eller om vedkommende skal henvises til et treningsinstitutt. Revisjonen antar også at kommunen har et handlingsrom til å vurdere behandlingens omfang, basert på faglige vurderinger og prioriteringer og for å sikre likebehandling av pasientgrupper. Rehabiliteringstjenesten har utarbeidet slike prioriteringer for hjemmebehandling av pasienter.

Revisjonen har sett at en legehenvvisning i praksis kun ligger til grunn for behandling av en liten andel av brukerne. For de brukere som ikke har legehenvvisning og hvor rehabiliteringstjenesten selv vurderer hjelpebehovet antar revisjonen at kommunen har et videre handlingsrom for tildeling av tjenester. Dvs at kommunen kan sette inn rehabiliteringstiltak for å nå kommunale mål for eldreomsorgen.

Revisjonen mener at ovennevnte innebærer at kommunen har et handlingsrom mht å foreta vurderinger for tildeling av rehabiliteringstjenester, inkludert fysioterapi. Dette er vurderinger tjenestestedene foretar i dag. Spørsmålet er da i hvilken grad disse vurderingene bør formaliseres og nedfelles skriftlig i fremtiden.

Kommunen har en generell veiledningsplikt⁵⁰ overfor brukerne mht å sikre at brukere av tjenestene kan ivareta de rettighetene de har. I veileder fra sosial- og helsedirektoratet uttales at forvaltningsrettslige prinsipper bør komme til anvendelse for de tjenestene som faller utenfor begrepet ”enkeltvedtak” så langt de passer.

Revisjonen mener det er tvilsomt om muntlig saksbehandling, slik rehabiliteringstjenesten praktiserer det i dag, er i godt samsvar med forvaltningslovens grunnleggende prinsipper. Revisjonen mener det bør innføres skriftlighet i saksbehandlingen. Samtidig ser revisjonen at det ikke finnes formelle føringer på hvor langt kravet til skriftlighet bør gå.

⁵⁰ Forvaltningsloven § 11.

Etter revisjonens oppfatning vil hensyn til bedre styring og kontroll med tjenesten, herunder økt brukerkontroll med tjenesten, tale for at det innføres større grad av skriftlighet i saksbehandlingen. Revisjonen legger til grunn at brukere har rett til å klage dersom de ikke får en rehabiliteringstjeneste de mener å ha krav på. Bruker har også rett til å klage på innholdet av tjenesten dersom de er misfornøyd med behandlingen⁵¹. Revisjonen kan vanskelig se at klager vil ha en reell mulighet til å klage over tjenesten uten at kommunens beslutninger er skriftlige.

For det første synes det klart at de brukere som ikke får tildelt tjeneste vil ha et behov for å få en skriftlig begrunnelse for dette, slik at bruker kan vurdere om en er enig i rehabiliteringstjenestens behovsvurdering og grunnlag for avslag. Deretter er det spørsmål i hvilken grad bruker bør få nærmere informasjon om hvordan rehabiliteringstjenesten vurderer behovet for behandling og om bruker bør få nærmere informasjon om innholdet i den behandlingen vedkommende skal få. Revisjonen vil peke på at skriftlighet rundt behovsvurdering og forventet behandling sikrer at de vurderingene tjenesten legger til grunn blir uttalte. Dette legger bedre til rette for økt brukerkontroll med tjenesten.

Skriftlige beslutninger legger samtidig bedre til rette for å sikre en målrettet tildeling av tjenestene og at overordnede føringer for prioriteringer følges. Med knappere ressurser og strengere prioriteringer i fremtiden blir det viktigere å sikre at vedtatte prioriteringer følges opp i praksis. Revisjonen mener at uformell vedtaksstruktur kan øke farene for at tildelinger ikke er i samsvar med overordnede føringer.

4.3 Sikrer journalføringen og dokumentasjonen målrettet utførelse og kontroll?

I Kommuneleien § 23 nr. 2 står det at vedtak som blir fattet i de politiske organene skal følges opp av administrasjonen i kommunen. Administrasjonssjefen skal bl.a. sørge for at kommunens administrasjon drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Alt helsepersonell som yter helsehjelp har plikt til dokumentasjon av den løpende tjenesteyting. Formålet med dokumentasjonsplikten er å vise hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger. Journalopplysninger skal kunne bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og forskrift om rehabilitering og habilitering. Journalen bidrar også til at det i ettertid er mulig å dokumentere hva som faktisk har skjedd ved en evaluering og endring av tjenestetilbudet og ved eventuell senere klage eller erstatningssak. Det som skal dokumenteres er relevante og nødvendige opplysninger⁵².

Vi legger følgende kriterier/ krav til grunn:

- ⇒ De alminnelige regler om dokumentasjonsplikt av tjenesteutøvelsen for helsepersonell skal følges.
- ⇒ Journalføring og registrering skal legge til rette for god styring og kontroll.

⁵¹ Klage på helsetjenester er regulert i to klageordninger, etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

⁵² Hva som relevant og nødvendig avgjøres ut fra en faglig vurdering, sammenholdt med formålet med dokumentasjonsplikten. De nærmere kravene til innholdet av dokumentasjonsplikten følger av journalforskriften.

4.3.1 Funn/ fakta

HELIOS er Bærum kommunes elektroniske dokumentasjonssystem for helse og sosiale tjenester⁵³. Her skal bl.a. all informasjon om brukere av pleie og omsorgstjenester samles. Systemet benyttes bl.a. av ledere på strategisk nivå til å få frem styringsdata. Det er også dette systemet som brukes for å ta ut statistikk knyttet til rehabilitering⁵⁴.

Rådmannens internrevisjon har nylig vurdert systemet og bruken av det innen pleie og omsorg, og påpekt enkelte svakheter⁵⁵. Revisjonen har derfor ikke vurdert systemet eller bruken av det for pleie og omsorg generelt.

Målet er at ansatte dokumenterer opplysninger i HELIOS i henhold til lover, forskrifter og kommunale retningslinjer⁵⁶....*journalen ... skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. ... journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell*⁵⁷.

Det fattes i dag som nevnt ikke vedtak for rehabiliteringstjenester under kommunehelse. For å få informasjon om tjenesten må en gå videre til ”generelle journalnotat”. Her skal alt helsepersonell som yter helsehjelp dokumentere den løpende tjenesteytingen. Dette innebærer at en her finner ulike notater fra hjemmesykepleie, lege, fysioterapeut, ergoterapeut. Ansatte på rehabiliteringstjenesten skal registrere primæransvarlig terapeut, hvem som har henvist, hvilken dato og grunn for henvisning. Etter vurderingsbesøket skal det beskrives mål og tiltak i innskomstrapport⁵⁸. Ved langvarige tiltak skal tiltaksjournal brukes.

Revisjonen har gjennomgått 189 tilfeldig saker i Helios for å sjekke praksis for journalskrivingen. I flere av sakene revisjonen gjennomgikk, kunne revisjonen ikke finne notater i journalen om fysio- eller ergoterapi, selv om bruker var registrert som bruker av slike tjenester. En person er registrert med fysioterapi i 6 år uten at revisjonen kunne finne et eneste notat om fysioterapi i journalen. Revisjonen har fått opplyst at en del terapeuter bare bruker *tiltaksjournal*, noe som ikke er i samsvar med retningslinjene. Vi har også fått opplyst at private ambulerende fysioterapeuter har egen dokumentasjonsplikt og ikke bruker kommunens dokumentasjonssystem⁵⁹. De private fysioterapeutene skal imidlertid sende inn statusrapporter og sluttrapporter for innsending i Helios.

Der det er notater i Helios er det stor forskjell i hvor mye det noteres. Noen saker starter med Innskomstrapport eller Resymé med vurdering av ulike funksjoner og beskrivelse av aktuelle tiltak og mål for behandling. I mange tilfeller finner revisjonen notater hvor det er lett å finne opplysninger om tilstand, behandling og utvikling.

I flere tilfeller er det imidlertid ikke mulig å se beskrivelse av mål og tiltak. I en sak er det for eksempel et eneste notat som sier: *Privatpraktiserende hjemmefysioterapeut NN starter hjemmebehandling av NN i forhold til kompresjonsfraktura i ryggen*. Tjenesten ble avsluttet et år senere. I en annen sak sier eneste notat: *Overført til amb. fysioterapeut NN for*

⁵³ Kvalitetshåndbok, Pleie- og omsorg, Bærum kommune nr.: 9.1.1 Dokumentasjon i HELIOS

⁵⁴ Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg av 24.03.09, side 4.

⁵⁵ Internrevisjonsrapport: Tildeling av pleie- og omsorgstjenester, januar 2009.

⁵⁶ Kompendium i Dokumentasjon for pleie- og omsorg i Bærum kommune. Bærum oktober 2007.

⁵⁷ Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven), Kapittel 8 Dokumentasjonsplikt, §40 krav til journalens innhold mm

⁵⁸ Internt notat av 24.03.09 fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg til revisjonen, side 6.

⁵⁹ Internt notat fra tjenesteleder for Rehabilitering vest av 20.04.09.

fysioterapi i hjemmet. I en sak som er åpen i 9 måneder er eneste opplysning at *terapeut skal ta kontakt med bruker*, ellers finner vi ikke andre opplysninger.

Særlig er det store forskjeller i notatføringen for rehabiliteringen som utføres på institusjonene. De mest utfyllende notatene knyttet til ergo og fysioterapi blir ført her. Samtidig er det på institusjonene flest saker der vi ikke finner notater overhodet.

Vår kartlegging viser også at det er svært ulik praksis for når ansatte avslutter et tiltak i Helios. Noen starter og avslutter for hvert enkelt tiltak, mens andre lar saken være åpen i mellomtiden. Det kan være flere år mellom to helt ulike tiltak uten at saken har blitt avsluttet.

Det er ofte ingen sammenheng mellom dato på notatene under "Generelt journalnotat" og dato på start av tjenesten under "Vedtak og tjenester". Det kan være et år i forskjell. En ergoterapitjeneste er i følge oversikten over vedtak og tjenester startet 9.10.06, mens første notat om ergoterapi er datert 3.1.07. Perioden for behandling som er angitt i Helios vil derfor kunne være lite pålitelig.

For pleie og omsorgstjenester registreres faktisk tjenesteutførelse i Helios under "leverte tjenester". Her registreres hjemmehjelp og hjemmesykepleier hvem som har vært hos bruker, dato for besøk, samt tidsbruken for de ulike tjenestene vedkommende har gitt. Dette gir grunnlag for kontroll med at de aktuelle vedtakene faktisk er fulgt opp og at bruker har fått den bistand han/hun er tildelt. For pleie og omsorgstjenestene er slik registrering nødvendig for å utløse betaling for utført tjeneste.

Rehabiliteringstjenesten benytter ikke denne registreringen.

I vurderingen av hva som er "relevante og nødvendige" opplysninger legges til grunn av tjenesten at det er tilstrekkelig at terapeutene registrerer informasjon om vurdering av behov og beskrivelse av planlagte tiltak samt endringer i vurdering av behov og tiltak. De anser det ikke nødvendig iht journalforskriften å registrere opplysninger hvert enkelt besøk/behandling hos bruker.

I 2008 var det i alt 7 157 personer som mottok en eller flere pleie og omsorgstjenester⁶⁰ fra kommunen i løpet av året. Det var bl.a. registrert 4 546 som mottok rehabiliteringstjenester.

4.3.2 Revisjonens vurdering

Revisjonens gjennomgang av Helios har vist flere tilfeller av manglende journalføring for rehabiliteringstjenestene. I flere saker kan revisjonen ikke finne notater i journalen om hvilken behandling som er utført av fysio- eller ergoterapeutene⁶¹.

Revisjonen mener flere av de avvikene vi har avdekket i registrering av opplysninger om tjenestene representerer brudd på krav til journalføring i lov og forskrift og kommunens interne retningslinjer. Noen av avvikene synes å relatere seg til private fysioterapeuter. Disse skal sende inn rapporter for innsending i Helios. Dette blir i praksis ikke alltid gjort.

⁶⁰ Hjemmehjelp, hjemmesykepleie, boliger med service, personlig assistanse, omsorgslønn el.a.

⁶¹ Vi valgte ut alle som var oppført som mottaker av ergo eller fysioterapitjeneste 01.07.08. Alle disse var registrert i Helios med en slik tjeneste denne dagen.

Etter revisjonens oppfatning vil mangelfull journalføring vanskeliggjøre mulighetene til å etterprøve hvordan behandlingen av den enkelte er fulgt opp. Journalføringen bør utføres i samsvar med lov/forskrift og interne retningslinjer.

Revisjonen har ikke tatt stilling til om det er et absolutt krav etter journalforskriften at terapeutene må dokumentere samtlige besøk/behandlinger i Helios. Revisjonen peker på at det allerede er lagt til rette for slik registrering i Helios og at pleie- og omsorgstjenestene systematisk følger slik prosedyre. Revisjonen mener at tilsvarende registrering av faktisk tjenesteutførelse bør innføres for rehabiliteringstjenesten av kontrollhensyn. Revisjonen mener det bør være mulig å kontrollere at avgjørelser om tildelt rehabiliteringstjenester faktisk er utført.

Datasystemet gir etter revisjonens mening mulighet for en relativt god oversikt over relevante opplysninger og gir gode muligheter for å få ut statistikk. Helios benyttes bl.a. av ledere på strategisk nivå til å få frem styringsdata på aggregert nivå.

Mangler ved registreringen i dette systemet innebærer at kvaliteten på de styringsdata som trekkes ut blir mindre pålitelig og at Helios blir dårligere egnet som grunnlag for viktig styringsinformasjon.

4.4 Legges det til rette for god samordning?

En viktig forutsetning for at tjenestenivået skal bli lavere etter en rehabilitering er at det er god samordning av tjenestene. I eldremeldingen er det en målsetting at alle former for rehabilitering skal være godt samordnet, både mellom forskjellige kommunale enheter og mellom sykehuset og kommunen.

Rehabilitering handler både om å bedre personens funksjonsevne og legge til rette for selvstendighet og deltakelse i samfunnet, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak i hjemmet og om praktisk/økonomisk hjelp⁶². For eldre som har brukket lårhalsen vil en rehabiliteringsprosess kunne bestå i fysioterapitjenester, tekniske hjelpemidler hjemmehjelp og andre hjelpetilbud i hjemmet som er nødvendige for at vedkommende kan bo i hjemmet i rehabiliteringsperioden.

Dette illustrerer at det er viktig med god samhandling mellom de ulike tjenestene slik at det dannes en helhetlig rehabiliteringsprosess. Både forskrift om habilitering og rehabilitering og eldremeldingen understreker behovet for at tjenestene er godt koordinerte slik at behandlingen får best mulig effekt. Revisjonen har derfor kartlagt hvilke mekanismer som er opprettet for å koordinere disse tjenestene i kommunen.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ Det skal være god samordning mellom rehabiliteringstjenestene og pleie og omsorg som kan sikre at brukerne mottar et sammensatt og godt koordinert tilbud
- ⇒ Det skal være god koordinering mellom rehabiliteringstjenestene for å sikre at ressursene utnyttes mest mulig effektivt.

4.4.1 Funn/ fakta

For å koordinere den faglige vurderingen i forbindelse med tildeling av institusjonstjenester har rehabiliteringstjenesten etablert to stillinger som rehabiliteringskoordinatorer som skal

⁶² St.prp.nr. 1 (2007-2008) kapittel 9, side 8.

bistå tildelingskontoret i forbindelse med søknader om rehabilitering i institusjon⁶³. Koordinatorene er ansatt ved rehabiliteringstjenesten, men skal være saksbehandlere ved tildelingskontoret ved søknad om institusjonsplass. De brukerne som ikke får tildelt rehabiliteringsplass på institusjon blir henvist til rehabiliteringstjenesten for vurdering der. Omvendt vil brukere som henvender seg til rehabiliteringstjenesten, men som har behov for institusjonsplass, bli henvist til tildelingskontoret.

For å sikre samordning ved utførelsen av tjenestene er det opprettet et formalisert samarbeid mellom rehabiliteringstjenesten og pleie- og omsorgstjenesten som er regulert i interne retningslinjer. Det er fastlagt faste møter hver 14. dag hvor fysio- og/eller ergoterapeut møter arbeidslag fra pleie og omsorg. Hensikten med samarbeidet er å sikre at brukerne mottar samordnede tjenester og avklare ansvarsforholdene når faggrupper fra flere tjenestested er involvert⁶⁴. I tillegg er det uformelle kontakter mellom tjenestestedene.

Revisjonen har som nevnt gjennomgått et utvalg saker og har undersøkt i hvilken grad en kan se at tjenestene til hjemmeboende koordineres gjennom Helios. Av de som fikk rehabiliteringstjenester fikk 92 % også andre pleie og omsorgstjenester⁶⁵.

Kartleggingen viste ingen klar sammenheng mellom dato for når de to rehabiliteringskontorene har vært inne og dato for tildeling av ulike tjenester fra tildelingskontoret. Revisjonen kan i sin gjennomgang av sakene i Helios heller ikke se at behovet for tjenester fra pleie og omsorg er vurdert samtidig med fysioterapi eller ergoterapi. Det er flere unntak, men hovedfunnet er lite synlig samordning i Helios. Revisjonen har funnet at det i snitt går 90 dager etter avsluttet rehabilitering før tildelingskontoret har foretatt en justering av pleie- og omsorgstjenestene.

4.4.2 Revisjonens vurdering

De aller fleste som mottar rehabilitering mottar også pleie og omsorgstjenester. Brukergruppen er derfor i stor grad sammenfallende for disse tjenestene. Revisjonen mener at for å oppnå eldremeldingens målsetting er det avgjørende med god samordning mellom rehabiliteringstjenestene og pleie og omsorgstjenestene.

Revisjonens gjennomgang viser at det er en koordinering mellom tjenestestedene i forbindelse med tildeling av institusjonsplasser. I forhold til hjemmeboende er det et system for koordinering av tjenesteutøvelsen mellom tjenestestedene. Dette systemet har etter revisjonens oppfatning svakheter.

Revisjonen mener det er viktig å vurdere behovet for pleietilbud samlet og i sammenheng med et rehabiliteringsforløp. Etter det revisjonen kan se er det ikke god nok systematisk koordinering/revurdering av pleiebehovet sett i forhold til brukers rehabiliteringsforløp. Revisjonen mener det særlig må være viktig å revurdere pleie og omsorgstjenesten etter endt rehabilitering. Revisjonen mener bedre samordning mellom tjenestene kan innebære at rehabiliteringen får større effekt på det samlede behovet for pleie- og omsorgstjenester.

⁶³ Det er en rehabiliteringskoordinator ved rehabilitering øst og en rehabiliteringskoordinator ved rehabilitering vest. Oppgavene som rehabiliteringskoordinator kommer i tillegg til denne personens ergo/fysio/sykepleier oppgaver.

⁶⁴ Dok nr 3.7.9.2 samt vedlagte retningslinjer for struktur, mål og innhold på samarbeidsmøtet – hjemmebaserte tjenester og rehabiliteringstjenesten (november 2008).

⁶⁵ Aldersgruppen er også den samme. Gjennomsnittsalderen for de personene som er med i revisjonens utvalg som brukere av rehabiliteringstjenester er ca 79 år og ca. 90 % av de som mottar rehabilitering mottar også pleie og omsorgstjenester

5. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

Kontrollutvalget ba revisjonen vurdere om forvaltningens ressursbruk på rehabilitering er i samsvar med kommunestyrets vedtak og effektiv med tanke på å redusere det samlede behovet for pleietilbud.

En av eldremeldingens fem veivalg sier at rehabiliteringen bl.a. kan bidra til at brukerne får redusert sitt behov for pleie- og omsorgstjenester. Meldingen har også en målsetting om at rehabilitering skal få en enda mer sentral plass i kommunens tjenester til eldre og at en større del av rehabiliteringstjenestene skal skje i brukernes hjem.

Revisjonen mener Bærum har et omfattende rehabiliteringstilbud og at kommunen har satset klart sterkere på dette enn sammenlignbare kommuner. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er de yrkesgruppene som i hovedsak er knyttet til rehabilitering. Bærum kommune ligger godt over snittet på begge yrkesgruppene målt i antall årsverk per 10 000 innbyggere sammenlignet med snittet i ASSS kommunene⁶⁶. Og det er ingen av kommunene som har flere ergoterapeuter per innbygger enn Bærum.

Revisjonen har likevel sett at det kan gjøres grep for at rehabiliteringen i Bærum skal gi et enda bedre tilbud til kommunens innbyggere.

5.1.1 *Oppfølging av vedtaket og resultater for tjenesten*

Kommunestyrets vedtak og eldremeldingens mål for rehabiliteringen er omtalt i handlingsprogrammene, men det angis ikke konkrete tiltak for å følge opp disse. Målene er ikke nevnt i resultatavtalene til aktuelle kommunalsjefer og tjenesteledere. Administrasjonen oppgir til revisjonen å ha gjennomført tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten, men oppgir ikke tiltak som de direkte knytter til intensjonen om å redusere brukernes samlede pleiebehov.

Ressursbruken på rehabilitering er i følge tall fra budsjettene for 2008 og 2009 ikke økt i stor grad. Innenfor pleie og omsorg synes det å ha vært økt prioritering av rehabilitering i brukernes hjem i samsvar med eldremeldingens målsetting. Det er gjort mindre endringer i ressursbruken til forebygging og rehabilitering eldre. Rehabiliteringen i Bærum har likevel et betydelig omfang sammenlignet med andre kommuner.

Det er ikke oppgitt relevante resultater i årsrapporten knyttet til rehabiliteringens bidrag til å gjøre brukerne mer selvhjulpne og dermed få mindre behov for pleie og omsorgstjenester. Det gis heller ikke en samlet rapportering om kommunens totale ressursbruk på rehabiliteringstiltak. Økonomirapporteringen på rehabilitering er i regnskap og årsrapport splittet på kommunehelse og pleie og omsorg.

Administrasjonen har ikke gjennomført kartlegginger for å belyse hvor mange som faktisk får redusert behov for pleie- og omsorgstjenester etter rehabilitering. Revisjonens kartlegging viser at rehabiliteringens effekt på pleie- og omsorgsbehovet lar seg måle. Da det ikke finnes sammenlignbare tall fra tidligere år eller fra andre kommuner, er det ikke mulig å belyse om effekten av rehabiliteringen har blitt bedre/ dårligere over tid eller om

⁶⁶ ASSS kommunene er de største kommunene i landet. Det er mest relevant å sammenligne seg med lignende kommuner.

rehabiliteringen i Bærum er bedre/ dårligere enn i andre kommuner. Revisjonen mener likevel at slik informasjon er vesentlig dersom kommunestyret skal få rapportering om oppnåelsen av en viktig intensjon i eldremeldingen. Slik rapportering er også i samsvar prinsippene for resultatledelse som er kommunens styrings- og ledelsessystem.

5.1.2 Tilrettelegging for effektiv styring og kontroll

Revisjonen har vurdert om arbeidsmåten gir godt grunnlag for styring og kontroll med rehabiliteringstjenesten. Rehabiliteringstjenesten praktiserer i dag hovedsakelig muntlig saksbehandling i forbindelse med tildeling av rehabiliteringstjenester. Revisjonen mener denne uformelle saksbehandlingen ikke legger godt til rette for styring og kontroll. En mer formell vedtaksstruktur vil bedre mulighetene for å sikre at tildeling av tjenester er i samsvar med overordnede føringer for tjenesten. Den vil også styrke rettssikkerheten og brukerkontrollen.

Journalføring og registrering av aktiviteten kan gi viktig styringsinformasjon og grunnlag for god kontroll med virksomheten. Revisjonen har funnet flere eksempler på mangelfull journalføring i strid med lov/forskrift og interne retningslinjer. Revisjonen har videre funnet at det ikke foregår en systematisk registrering av utført aktivitet. En slik registrering vil gi bedre dokumentasjon av den behandlingen bruker har fått og vil legge til rette for bedre kontroll med tjenesten.

Revisjonens gjennomgang viser at vurderingen av en brukers pleie og omsorgsbehov ikke systematisk ses i tett sammenheng med dennes rehabiliteringsforløp. Kartleggingen viser at oppstart og avslutning av et rehabiliteringstiltak ikke korresponderer godt med vurdering av behovet for pleie- og omsorgstjenester. Revisjonen har funnet at det i snitt går 90 dager etter avsluttet rehabilitering før tildelingskontoret har foretatt en justering av pleie- og omsorgstjenestene. Revisjonen mener dette tyder på at samordningen mellom pleie og omsorgstjenesten og rehabiliteringstjenesten kan bli bedre.

5.1.3 Forbedringsmuligheter

Revisjonen har grunn til å tro at rehabiliteringen har potensial til å bidra i enda større grad til å redusere eller utsette brukernes behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester.

Revisjonen mener føringene i eldremeldingen kan følges bedre opp ved å konkretisere målsettinger/tiltak bl.a. i resultatavtalene. Det bør også utarbeides relevant rapportering slik at kommunestyret kan vurdere utviklingen i forhold til intensjonene i eldremeldingen. Revisjonen mener bl.a. at målinger av rehabiliteringens bidrag til å redusere brukernes behov for omfattende pleie og omsorgstjenester og en samlet rapportering på kommunens ressursbruk på rehabilitering er sentralt.

Revisjonen mener det er behov for økt formalisering og skriftlighet i forbindelse med tildeling av rehabiliteringstjenester bl.a. for å sikre mer målrettet styring med tjenestene. Revisjonen mener videre at hver enkelt behandling/besøk bør registreres i datasystemet av hensyn til kontroll av faktisk tjenesteutførelse.

Revisjonen kan ikke se avgjørende hindringer for at bestiller- utfører modellen kan brukes på alle rehabiliteringstjenestene. Revisjonen mener en slik organisering vil kunne gi bedre helhet i tildelingsprosessen ved at en enhet vurderer hele omsorgstrappen ved tildeling av tjenester. Dette legger også bedre til rette for at tildeling av pleie- og omsorgstjenester ses i sammenheng med rehabiliteringstiltak. Slik organisering legger til rette for en tydeligere

formalisert prosess og bedre grunnlag for styring og samordning av alle involverte tjenester enn dagens ordning.

Kommunens rehabilitering er delt på to programområder; kommunehelse og pleie og omsorg. 92 % av brukerne av rehabiliteringstjenester får også pleie- og omsorgstjenester og tjenestene henger i praksis tett sammen. Revisjonen mener at å samle rehabiliteringstjenestene under området pleie og omsorg vil kunne legge enda bedre til rette for samvirke mellom rehabiliteringstjenesten og pleie- og omsorgstjenestene. Slik organisering vil innebære et samlet ansvar for den total ressursbruken og gjøre det enklere å iverksette tiltak på tvers av tjenestene og å omprioritere midler innenfor området.

5.2 Anbefalinger

1. Rådmannen må sikre at prinsippene i eldremeldingen følges opp nedover i organisasjonen.
2. Rådmannen bør rapportere til kommunestyret om den samlede ressursbruken på rehabilitering generelt og på hjemmeboende spesielt.
3. Rådmannen bør måle rehabiliteringens effekt og rapportere dette til kommunestyret.
4. Rådmannen bør vurdere å innføre skriftlige beslutninger om tildeling av alle rehabiliteringstjenester.
5. Rådmannen bør vurdere å innføre som rutine at rehabiliteringstjenesten registrerer faktisk tjenesteutførelse.
6. Rådmannen bør vurdere om tildelingskontoret skal få en bestillerfunksjon i forhold til alle rehabiliteringstjenestene.
7. Rådmannen bør eventuelt vurdere om det er formålstjenlig å organisere rehabiliteringstjenesten under programområde pleie og omsorg.

KILDEHENVISNINGER

Eldremeldingen 2006 – 2015, Bærum kommune 2007.
Handlingsprogram 2008-2011, Bærum kommune 2007.
Handlingsprogram 2009-2012, Bærum kommune 2008.
Intern retningslinje Dokument Kompendium i Dokumentasjon for pleie- og omsorg i Bærum kommune. Bærum oktober 2007.
Intern retningslinje Dokument nr 3.7.9.2 Retningslinjer for struktur, mål og innhold på samarbeidsmøtet – hjemmebaserte tjenester og rehabiliteringstjenesten (november 2008).
Intern retningslinje *Oppgaver i rehabiliteringstjenesten*, mottatt fra rehabiliterings øst.
Intern retningslinje *Responstid på nye henvendelser og prosess frem til oppstart av tjeneste*.
Internt notat fra administrasjonen datert 14.01.09.
Internt notat fra kommunalsjef Ragnhild Haneborg til revisjonen av 24.03.09.
Internt notat fra tjenesteleder for Rehabilitering vest av 20.04.09.
IS-1040 Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.
Klage på helsetjenester er regulert i to klageordninger, etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.
Kommunestyret møte 28.02.07, sak 011/07 *Eldremeldingen*.
Kommunestyret møte 31.01.96, sak 08/96 *Ny administrativ organisering – Bærum'96 og personalpolitiske retningslinjer for gjennomføringen*.
Kontrollutvalget møte 13.11.08, sak 066/08 *Valg av prosjekter for 2009*.
Kvalitetshåndbok, Pleie- og omsorg, Bærum kommune nr.: 9.1.1 Dokumentasjon i HELIOS Lov Forvaltningsloven.
Lov Kommunehelsesloven.
Lov Kommuneloven av 25. september nr. 107 1992.
Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven)
Resultatavtale kommunalsjef kommunehelse Ragnhild Haneborg 2008.
Resultatavtale kommunalsjef kommunehelse Ragnhild Haneborg 2009.
Resultatavtale kommunalsjef pleie og omsorg Bovild Tjønn 2009.
Resultatavtale kommunalsjef pleie og omsorg Elisabeth Vennevold 2009.
Sektorutvalg bistand og omsorg møte 07.04.05, sak 019/05 *Fysioterapitjenesten – privat praksis*.
SINTEF Rapport Hjem og rehabilitering. 27.05.02.
St.prp.nr. 1 (2007-2008).
Årsrapport 2008, Bærum kommune.

FIGUROVERSIKT

Figur 2-1 Budsjettutvikling 2008 – 2009 på forebygging og rehabilitering. 6

RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

Kommunerevisjonen

09/40602

5. juni 2009

Høringssvar – forvaltningsrevisjon om rehabilitering

Rådmannen viser til revisjonens høringsbrev av 28. mai 2009, med anmodning om rådmannens merknader til forvaltningsrevisjonsrapporten ”*Effektiv rehabilitering?*”

Rådmannen har ingen innvendinger mot de anbefalinger rapporten konkluderer med. Rådmannen vil sørge for å gjennomføre tiltak knyttet til revisjonens anbefalinger.

Rådmannen har også i rapportens tekst registrert funn som vil bli fulgt opp for å sikre bedre kvalitet. Det gjelder blant annet

- Rådmannen vil vurdere innføring av formalisert vedtaksprosess for tildeling av rehabiliteringstjenester (jfr. rapportens punkt 4.2.2). Rådmannen vil særlig legge vekt på revisjonens argumenter om klagemulighet, veiledning og dokumentasjon av beslutningsprosessen.
- Rådmannen vil sørge for at det blir utarbeidet informasjonsskriv om klageadgang (rapportens punkt 4.2.1).
- Rådmannen har utarbeidet nye rutiner for dokumentasjon om overføring av brukere til private fysioterapeuter (rapportens punkt 4.3).
- Rådmannen vil sikre at forskriftsmessig journalføring finner sted, ved blant annet
 - obligatorisk gjennomgang av krav til journalføring for alle medarbeidere
 - kontroll/stikkprøver av journalføring
- Rådmannen vil konkretisere føringer i Eldremeldingen i tjenestelederes resultatavtaler.

Rådmannen har imidlertid merknader til teksten i rapporten. Dette fordi enkelte forhold som beskrives kan være gjenstand for misforståelser, og dermed skape uro blant brukere og innbyggere om kvaliteten på kommunens rehabiliteringstilbud, siden blant annet bare deler av kommunens rehabiliteringstilbud og målsetting vurderes, og ikke den samlede tjenesteproduksjon innen rehabilitering. Rådmannens merknader gjelder følgende forhold:

1. Rapporten vurderer ikke kommunens samlede rehabiliteringstilbud, men er avgrenset til gjennomgang av virksomheten ved to tjenestesteder.
2. Rapporten legger i hovedsak vekt på å vurdere om rehabilitering fører til lavere behov for pleie- og omsorgstjenester, mens det mål kommunestyret har vedtatt i eldremeldingen handler om at rehabilitering skal gi økt **mestring og livskvalitet**.
3. Rapportens vurdering av effekten av rehabiliteringsinnsats gir ikke et dekkende bilde av effekten av rehabilitering.

1. Rapporten vurderer ikke kommunens samlede rehabiliteringstilbud, men er avgrenset til gjennomgang av virksomheten ved to tjenestesteder

Det er i rapportens punkt 1.2 gjort en avgrensning som viser at revisjonen har valgt å fokusere på to tjenestesteder som i hovedsak arbeider med rehabilitering i hjemmet.

Dette gir ikke et samlet bilde av Bærum kommunes rehabiliteringstilbud. Ved oppstart av forvaltningsrevisjonsprosjektet understreket rådmannen nettopp behovet for å se det totale rehabiliteringstilbudet i sammenheng, jfr. brev fra rådmannen til revisjonen, datert 4. februar 2009, hvor det blant annet står:

”Rehabilitering er et vidtfavnende begrep. Kommunens innsats i så måte er knyttet til flere områder, blant annet innenfor kommunehelse og innenfor pleie og omsorg. Det anbefales at revisjonen vektlegger spennvidden når prosjektet gjennomføres. Fokus på totaliteten i kommunens rehabiliteringstilbud vil etter rådmannens syn gi et mer korrekt bilde av effektivitet og ressursbruk.”

Rådmannen kan ikke se at dette perspektiv er ivaretatt i rapporten, og rapporten er formulert slik at den lett kan oppfattes som en vurdering av hele kommunens rehabiliteringstilbud. Dette understrekes ikke minst av vurderingskriteriene, hvor man tar utgangspunkt i et av de fem veivalg som er vedtatt i Eldremeldingen: *Vekt på forebygging og rehabilitering gir bedre mestring og økt livskvalitet, og kan bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.* Det er kommunens samlede rehabiliteringstilbud som skal bidra til å nå dette målet. En vurdering av virksomheten ved to tjenestesteder gir derfor ikke et dekkende bilde av kommunens innsats for å nå målet.

2. Rapporten legger i hovedsak vekt på å vurdere om rehabilitering fører til lavere behov for pleie- og omsorgstjenester, mens det mål kommunestyret har vedtatt i eldremeldingen handler om at rehabilitering skal gi økt mestring og livskvalitet

Revisjonen oppgir i rapporten at formålet med prosjektet er å *”undersøke om forvaltningens ressursbruk på rehabilitering er i samsvar med kommunestyrets vedtak, og effektiv med tanke på å redusere det samlede behovet for pleietilbud.”* Revisjonen har lagt en av målformuleringene i eldremeldingen til grunn. Målet er sitert slik i rapporten:

Vekt på forebygging og rehabilitering gir bedre mestring og økt livskvalitet, og kan bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

På dette grunnlag legger revisjonen til grunn at et av to vurderingskriterier for å undersøke om kommunestyrets vedtak i Eldremeldingen er fulgt opp skal være: ”Rehabilitering skal bidra til å redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester.”

Rådmannen er enig i at det er relevant og viktig å undersøke om rehabilitering bidrar til redusert behov for pleie- og omsorgstjenester. Men det mål som er fastsatt i eldremeldingen omfatter mer enn dette, og rådmannens oppfølging bør vurderes i forhold til hele målet, som lyder slik (rådmannens uthevinger):

*Vekt på forebygging og rehabilitering gir bedre **mestring og økt livskvalitet**, og **kan** bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. **Seniorsentrene og frivillige organisasjoners rolle i det forebyggende arbeid videreføres og utvikles.***

Seniorsentrene er utelatt fra sitatet i revisjonens rapport. I eldremeldingen er seniorsentrene en vesentlig faktor i forhold til dette målet. Revisjonen har heller ikke lagt til grunn at målet er formulert for å gi bedre mestring og økt livskvalitet, og at effekten av dette kan være redusert eller utsatt behov for tjenester.

Ved å utelate mestring og livskvalitet fra vurderingen, ser revisjonen helt bort fra grunnleggende effekter av rehabilitering. Effekten av rehabilitering kan være at en person kan bo hjemme i stedet for på institusjon, kan gå selv fremfor å bruke rullestol, kan utføre daglige gjøremål selv, fremfor med bistand fra andre osv. Felles for alle disse resultater er at de bidrar til økt mestring og livskvalitet, samtidig som de reduserer behovet for pleie- og omsorgstjenester.

3. Rapportens vurdering av effekten av rehabiliteringsinnsats gir ikke et dekkende bilde av effekten av rehabilitering

For å belyse om rehabiliteringen fører til redusert eller utsatt behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester, har revisjonen sammenlignet omfanget av pleie- og omsorgstjenester for en del brukere før og etter at rehabiliteringstiltak ble gjennomført (kapittel 3.1 i rapporten). Denne vurderingen gir etter rådmannens syn ikke et fullstendig bilde av effekten av rehabilitering. Vurderingen undersøker de behov for pleie- og omsorgstjenester som **gjenstår** etter rehabilitering, men fanger ikke opp at en viktig effekt av rehabilitering er de tjenestebehov som forhindres i å oppstå eller å videreføres.

For å vurdere effekten av å sette inn rehabiliteringstiltak, mener rådmannen det er nødvendig å sammenlike brukerens tjenestebehov på starttidspunktet med hva tjenestebehovet på slutt-tidspunktet ville vært **dersom rehabiliteringstiltak ikke hadde vært iverksatt**. En slik vurdering vil fange opp også de viktigste resultater av vellykket rehabilitering – de tjenestebehov som forhindres i å oppstå eller å videreføres, jf. eksemplene om at en person kan bo hjemme i stedet for på institusjon, kan gå selv fremfor å bruke rullestol, kan utføre daglige gjøremål selv, fremfor med bistand fra andre osv.

Revisjonen skriver i forvaltningsrevisjonsrapportens punkt 3.2: ”Revisjonens kartlegging viser at rehabiliteringsens effekt på pleie- og omsorgsbehovet lar seg måle, men at slike målinger ikke er gjennomført i kommunen.”

Det er ikke korrekt at slike målinger ikke er gjennomført i kommunen. Rådmannen har i forbindelse med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet oversendt til revisjonen rapporten *Prosjekt hjemrehabilitering: Investert tid gir resultater* fra januar 2003. Rapporten dokumenterer resultatene fra et omfattende, tre-årig prosjekt som nettopp hadde til hensikt å vurdere effekten av rehabilitering. Evaluering av resultater i prosjektet er utført med bistand fra SINTEF. Rapporten konkluderer med at de rehabiliteringsmetoder som er vurdert, både gir økt kvalitet til brukerne og økonomisk effektivisering i form av redusert behov for pleie- og omsorgstjenester.

Rådmannen er av den oppfatning at verken brukernes behov og fysiske forutsetning eller rehabiliteringsmetodene er vesentlig endret fra 2003. Rådmannen legger derfor til grunn at resultatene fra 2003 fortsatt er relevante som uttrykk for effekten av rehabilitering. Dette er også lagt til grunn for kommunens arbeid knyttet til rehabilitering.

4. Andre forhold

I rapportens punkt 2.3.3 skriver revisjonen blant annet følgende:

”Da revisjonen ikke fant tiltak knyttet til eldremeldingen i styringsdokumentene bad vi administrasjonen om tilbakemelding på bl.a. hvordan administrasjonen operasjonaliserer de målsettingene for rehabilitering som er nedfelt i eldremeldingen. Administrasjonen gav et utfyllende svar over tre sider på dette og kommenterte ulike tiltak knyttet til ulike deler av eldremeldingen. Det ble oppgitt ulike tiltak for å sikre kontinuitet i rehabiliteringstjenesten, trygge overganger, samarbeide og samordning med andre faggrupper og tjenester, mestrings, deltakelse, økt fokus på hjemmeboende m.m.

Det ble i svaret fra administrasjonen ikke nevnt tiltak knyttet til målsettingen om at rehabilitering skal redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.”

De forhold administrasjonen har oppgitt i svaret til revisjonen (her understreket av rådmannen) er nettopp forhold som skal bidra til å nå målene i eldremeldingen, om økt mestrings og livskvalitet, og som derigjennom kan bidra til å redusere eller utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

I punkt 2.5 påpeker revisjonen at

Eldremeldingens innhold er så langt revisjonen kan se ikke nedfelt i resultatavtalen til aktuelle kommunalsjefer eller tjenesteledere. Revisjonen mener funnene tyder på at vedtaket og veivalget ikke er klart formidlet nedover i organisasjonen. Dersom vedtaket og veivalget ikke er oppfattet nede i organisasjonen, bør en ikke forvente at den praktiske rehabiliteringen har fokus på å sikre at rehabiliteringen skal bidra til å redusere behovet pleie- og omsorgstjenester.

Rådmannen er enig i at det ville være naturlig at eldremeldingens mål reflekteres i ledernes resultatavtaler. Eldremeldingen er et styringsdokument som er godt kjent i organisasjonen. Rådmannen mener at meldingens innhold og veivalg er hyppig diskutert og godt implementert i organisasjonen.

Marit Langfeldt Ege
rådmann

REVISJONENS BEMERKNINGER TIL HØRINGSSVARET

Revisjonen er glad for at rådmannen ikke har innvendinger mot de anbefalinger rapporten konkluderer med. Rådmannens kommentarer til rapporten dreier seg etter revisjonens vurdering i hovedsak om to forhold: Avgrensingene som er gjort og metoden for å måle effekten av rehabilitering mht å redusere det totale pleietilbudet.

Kontrollutvalget vedtok følgende bestilling for prosjektet: *Prosjektet skal vurdere om forvaltningens ressursbruk på rehabilitering er i samsvar med kommunestyrets vedtak og effektiv med tanke på å redusere det samlede behovet for pleietilbud.*

Revisjonen er enig i at en av eldremeldingens målsettinger for rehabiliteringstjenestene er at tjenesten skal gi bedre mestring og økt livskvalitet slik som rådmannen påpeker i sitt høringssvar. Revisjonen mener imidlertid at eldremeldingen også gir føring om økt satsing på rehabilitering som virkemiddel for å redusere det totale pleiebehovet. Selv om det er en sammenheng mellom disse målsettingene er det etter revisjonens oppfatning mulig og ønskelig å måle effekten av rehabilitering på det totale pleietilbudet. Det er denne intensjonen revisjonen har undersøkt nærmere i rapporten iht kontrollutvalgets bestilling.

Revisjonen vil understreke at det er kontrollutvalgets vedtak som er det førende for revisjonens undersøkelser og ikke rådmannens innspill i undersøkelsens startfase. Disse innspillene er alltid interessante for revisjonen, men vil kun medføre endringer dersom revisjonen mener de er i samsvar med kontrollutvalgets ønsker. Revisjonen vil videre bemerke at revisjonen ofte må avgrense undersøkelsene for å overholde vedtatte ressursrammer. Det er naturlig at vi avgrenser undersøkelsene til de områdene der vi ser at forbedringsmulighetene antakelig er størst; i dette tilfellet ved de to rehabiliteringsenhetene. Disse enhetene utgjør 59 % av kommunens rehabiliteringsbudsjett. Revisjonen mente det var størst forbedringsmuligheter å finne på disse tjenestestedene.

Den andre innvendingen er slik revisjonen oppfatter det at rådmannen mener det ikke lar seg gjøre å måle rehabiliteringens effekt på grunnlag av kommunens dataregister. Revisjonen mener at rehabiliteringens bidrag til å redusere brukernes behov for omfattende pleie og omsorgstjenester er en viktig intensjon i eldremeldingen. Revisjonen mener en kan få et godt sammenligningsgrunnlag ved å gjøre en kvantitativ analyse på bakgrunn av kommunens dataregister (Helios). Dette kan gi tall som egner seg for rapportering til kommunestyret.

Som et svar på rådmannens innvendinger har revisjonen tydeliggjort helheten i eldremeldingens målsetting for rehabiliteringstjenestene og synliggjort de avgrensningene vi har foretatt i vår undersøkelse⁶⁷.

Rådmannen viser til at rapporten bare beskriver deler av målsettingene for rehabiliteringstjenesten og deler av kommunens totale rehabiliteringstilbud. Rådmannen uttrykker bekymring for at dette kan skape misforståelser og uro blant innbyggerne om kvaliteten på kommunens rehabiliteringstilbud. For å imøtekomme denne innvendingen har revisjonen i den endelige rapporten utdypet vår beskrivelse av kommunens virksomhet. Revisjonen har bl.a. tatt inn data og mer utfyllende beskrivelser av kommunens tjenestetilbud som belyser omfanget av rehabiliteringstjenesten⁶⁸.

⁶⁷ Rapportens pkt 1.1 avsnitt 5 og 1.2.

⁶⁸ Særlig i pkt 2.3.1. og 2.3.4.

De endringer og tilføyelser revisjonen har gjort er ikke av en slik karakter at revisjonen anser det nødvendig med en ny høringsrunde.

Revisjonen ser ikke grunnlag for å endre rapportens konklusjoner eller anbefalinger på bakgrunn av høringsvaret fra rådmannen.