

Rehabiliteringen i kommunen

Forvaltningsrevisjon

21.05.12

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1 Hva er rehabilitering?.....	1
1.2 Vurderingskriterier	2
1.3 Avgrensinger	5
1.4 Problemstillinger.....	5
1.5 Anvendte metoder i prosjektet.....	5
1.6 Rådmannens kommentarer.....	6
2. HAR DE ANSATTE EN FELLES FORSTÅELSE AV BEGREPET REHABILITERING?	7
2.1 Funn/fakta	7
2.2 Revisjonens vurdering.....	8
3. ER DET OVERSIKT OVER TJENESTEPRODUKSJONEN?	9
3.1 Funn/fakta	9
3.2 Revisjonens vurdering.....	11
4. ER DET GOD ØKONOMISTYRING?	12
4.1 Funn/fakta	12
4.2 Revisjonens vurdering.....	13
5. ER DET TVERRFAGLIG SAMHANDLING?	15
5.1 Er rehabilitering prioritert i kommunen?.....	15
5.2 Organiseringen av rehabiliteringstjenestene i kommunen	18
5.3 Tildelingskontorets rolle	19
5.4 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	21
5.5 Suksessfaktorer for vellykket tverrfaglig samhandling	23
6. ER DET KUNNSKAP OM MÅLOPPNÅElsen FOR BRUKERNE?	26
6.1 Funn/fakta	26
6.2 Revisjonens vurdering.....	27
7. REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	29
7.1 Hovedfunn	29
7.2 Anbefalinger	31
KILDER	32
RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	34
REVISJONENS BEMERKNINGER	38

Gjennomført av:

Morten Mjøsnes

Eirik Lindstrøm

Inger Helene Elstad

Karl Berg

1. INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok å gjennomføre følgende forvaltningsrevisjon:¹

*Er forutsetningene for effektiv rehabilitering til stede?
Forvaltningsrevisjonen skal undersøke om rehabilitering i kommunen er organisert slik at det tilrettelegges for tverrfaglig samhandling. Det skal undersøkes om kommunen har oversikt over tjenesteproduksjonen og kunnskap om måloppnåelsen for brukerne.*

Kontrollutvalget satte fristen for ferdigstillelse til junimøtet.²

1.1 Hva er rehabilitering?

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.³ For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.*⁴

Begrepene habilitering og rehabilitering er i forskrift definert som følger:

*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*⁵

Dette er en definisjon av rehabilitering som Stortinget ga sin tilslutning til ved behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.*⁶ Habilitering forstås på samme måte som rehabilitering, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.⁷

Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og atferding, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, og om praktisk/økonomisk hjelp.⁸

Definisjonen har hovedvekten på at rehabilitering er en prosess med brukeren i sentrum. Den skal være planlagt og målrettet. Brukerens behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag. Brukermedvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen. Tjenesteyternes rolle er å bistå brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse.⁹

¹ Kontrollutvalget møte 12.12.11, sak 053/11 *Forvaltningsrevisjoner 2012*. Kontrollutvalget møte 16.04.12, sak 020/12 *Forvaltningsrevisjon – endring av bestilling*.

² Kontrollutvalget møte 06.02.12, sak 004/12 *Frister forvaltningsrevisjoner 2012*.

³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 3-1.

⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 3-2 nr. 5.

⁵ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

⁶ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) side 182.

⁷ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) side 182.

⁸ St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

⁹ Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål.¹⁰ Rehabilitering dreier seg altså ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system.¹¹ Opptrening, forstått som enkeltstående treningstiltak, er funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer koordinert oppfølging over en antatt tidsperiode. Målrettede treningstiltak er imidlertid ofte deler i et rehabiliteringsforløp. Opptreningstiltak forstås som elementer i re-/habilitering på linje med behandling.¹²

Gjennom denne forståelsen av rehabilitering har man forlatt den tradisjonelle oppfatningen av forholdet mellom rehabilitering og behandling som et ”enten/eller” eller ”først behandling og deretter rehabilitering”. Medisinsk behandling vil for svært mange være nødvendig del av en rehabiliteringsprosess samordnet med andre deltjenester også etter akutt fase. Pleie- og omsorgstjenester vil være sentrale elementer særlig i akutt og tidlig fase, men kan for mange også være viktig senere i forløpet. Fysisk trening, pedagogiske, sosiale og psykososiale lærings- og mestringstiltak med mer, kan øke i intensitet utover i forløpet.¹³

I henhold til definisjonen skal rehabilitering bestå av *tidsavgrensede prosesser*. Dette betyr ikke at man innen en angitt tid skal kunne forutsi komplett gjenvinning av tapte funksjoner. *Rehabilitering vil ikke seie å «gjere frisk», men å hjelpe den det gjeld til å mestre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking.*¹⁴ Aktørene i rehabiliteringsforløpet skal bistå den enkelte i å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.¹⁵ Selv om en rehabiliteringsprosess skal være tidsavgrenset og med klare mål, betyr ikke dette nødvendigvis at den er kortvarig. For mange pågår en rehabiliteringsprosess i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.¹⁶

1.2 Vurderingskriterier

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

1.2.1 Politiske vedtak og dokumenter

1.2.1.1 Nasjonale føringer

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 oppsummeres ”status” på rehabiliteringsfeltet som følger:

Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for

¹⁰ Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

¹¹ St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

¹² Artikkel ”Om habilitering og rehabilitering” på Helsedirektoratets nettsider. <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/om-habilitering-og-rehabiliterin/Sider/default.aspx>. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

¹³ Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

¹⁴ St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, punkt 2.1.

¹⁵ St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, punkt 2.2.

¹⁶ St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

*rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid.*¹⁷

Strategien fremhever en rekke utfordringer det må jobbes med, blant annet knyttet til samhandling, koordinering og ressursituasjonen.

Nasjonale helse- og omsorgsplan angir retningen for helse- og omsorgstjenestene de neste årene. I meldingen uttales:

*Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.*¹⁸

Flere av satsningene i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering videreføres og forsterkes som målsettinger i samhandlingsreformen. Dette gjelder for eksempel at kommunene skal ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering. Dette omhandler både tilstrekkelige ressurser, faglig bredde og kvalitet.¹⁹

1.2.1.2 Kommunestyrets føringer

Kommunestyret har de siste årene vedtatt en rekke dokumenter som understreker at rehabilitering er et satsningsområde og en sentral del av kommunens helse- og omsorgstilbud.

I 2007 vedtok Kommunestyret at *Eldremelding 2006-2015 vedtas som grunnlag for videre utvikling av Bærum kommunes tjenester til eldre.*²⁰ Meldingen legger opp til at det skal foretas noen viktige veivalg frem mot 2015. Prioriteringen som gjøres gjennom disse veivalgene tar utgangspunkt i at det ikke vil være mulig å øke kommunens budsjetttrammer like mye som behovet for tjenester vil øke, og at det derfor vil være nødvendig å finne løsninger som kan opprettholde kvaliteten med lavere ressursbruk.²¹ Ett av veivalgene som tas 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.*²²

Prioriteringen av disse områdene bygger på en tanke om at forebygging og rehabilitering kan utsette eller redusere mer omfattende behov for tjenester fra kommunen. Det gir god kvalitet for brukerne, samtidig som det er gunstig ressursbruk for kommunen.²³ Meldingen gir videre en del konkrete føringer for organiseringen av kommunens rehabiliteringstilbud og understreker viktigheten av at rehabiliteringen må ha en tverrfaglig tilnærming dersom man skal imøtekomme fremtidens utfordringer.²⁴

¹⁷ St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.2.

¹⁸ Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), side 7.

¹⁹ Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), side 58.

²⁰ Kommunestyret møte 28.02.07, sak 011/07 Eldremelding 2006-2015.

²¹ Eldremelding 2006-2015, punkt 1.2.

²² Eldremelding 2006-2015, punkt 1.2.

²³ Eldremelding 2006-2015, punkt 3.1.

²⁴ Eldremelding 2006-2015, punkt 3.1.

I 2009 vedtok Kommunestyret at *Helsemeldingen 2009-2015 vedtas som grunnlag for videre utvikling av Bærum kommunes helsetjenester.*²⁵ I helsemeldingen foreslås hovedlinjene i kommunens helsepolitikk videreført, men med oppmerksomhet rettet mot noen områder. De innsatsområder som vektlegges oppsummeres gjennom følgende tema: Samhandling, forebygging, mestring og tidlig innsats.²⁶ Det fremkommer at forebygging kan kategoriseres i ulike typer, hvorav rehabilitering utgjør en underkategori.²⁷

I Handlingsprogram for 2012-2015 understrekes det i forbindelse med tilpasning til samhandlingsreformen at en større andel utskrivningsklare pasienter antakelig bør reise rett hjem fremfor å bli liggende på sykehus i påvente av ledig institusjonsplass. Dette vil forutsette en fleksibel hjemmetjeneste og *godt organisert rehabilitering, enten i brukers hjem, på institusjon eller ved dagopphold.*²⁸

Videre uttales det om rehabilitering:

*Det er behov for en dreining av ressurser fra fysioterapi i langtidsplasser i sykehjem til hjemmeboende brukere etter hvert som pasienter blir tidligere utskrevet fra sykehus til oppfølging i hjemmet – noe som også er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige pasientforløp og rehabiliteringsens plass i disse.*²⁹

1.2.2 Viktige lover og bestemmelser

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.³⁰ For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.*³¹ Det følger videre av lovens § 7-3 at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering gir en nærmere konkretisering av kommunens ansvar.³² Formålet med forskriften er *å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.*³³

Det fremgår videre av forskriftens § 5 at kommunen *skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning*

²⁵ Kommunestyret 28.10.09, sak 075/09 Helsemelding 2009-2015 – endelig behandling.

²⁶ Helsemelding 2009-2015, sammendrag.

²⁷ Helsemelding 2009-2015, punkt 2.5.1.

²⁸ Handlingsprogram 2012-2015, punkt 3.2.

²⁹ Handlingsprogram 2012-2015, punkt 5.3.4.

³⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 3-1.

³¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 3-2 nr. 5.

³² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011.

³³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 § 1.

og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.³⁴

1.3 Avgrensinger

Denne undersøkelsen skal belyse om rehabilitering i kommunen er organisert slik at det tilrettelegges for tverrfaglig samhandling og om kommunen har oversikt over tjenesteproduksjonen og måloppnåelsen. Undersøkelsen går derfor ikke i dybden på de enkelte enhetene.

Rehabilitering som begrep omfatter både somatikk, rus og psykisk helsevern. Denne rapporten fokuserer hovedsaklig på kommunens enheter og rehabiliteringstilbud innen somatikk. Revisjon har likevel også innhentet noe informasjon om rehabiliteringen på rusområdet.

I rapporten brukes begrepet *rehabilitering* som fellesbetegnelse på rehabilitering og habilitering. Begrepene *bruker*, *pasient* og *mottaker* benyttes om hverandre for å beskrive personene som mottar ulike former for rehabilitering.

1.4 Problemstillinger

Revisjonen har valgt å dele rapporten inn i følgende problemstillinger:

- Har de ansatte en felles forståelse av begrepet rehabilitering?
- Er det oversikt over tjenesteproduksjonen?
- Er det god økonomistyring?
- Er det tverrfaglig samhandling?
- Er det kunnskap om måloppnåelsen for brukerne?

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.

1.5 Anvendte metoder i prosjektet

Prosjektet er gjennomført og rapportert i samsvar med *Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001).³⁵

Rehabilitering involverer mange aktører og tjenester. Dette gir utfordringer knyttet til å etablere et tilfredsstillende fakta- og dokumentasjonsgrunnlag. Det er gjort mange avgrensninger og valg underveis i prosjektet for å møte slike utfordringer.

Fakta- og dokumentasjonsgrunnlaget i denne rapporten bygger på offentlige dokumenter, administrative data, svar på skriftlige henvendelser til administrasjonen, samt en intervjuundersøkelse. Det ble gjort oppstartssamtaler med berørte kommunalsjefer samt en tjenesteleder som også ble revisjonens kontaktperson for prosjektet. Rådmann besvarte spørsmål på e-post 10.04.12 og 16.04.12.

Revisjonen gjennomførte intervjuer av personer med konkrete arbeidsoppgaver knyttet til rehabilitering. Utvalget for intervjuundersøkelsen ble valgt strategisk med tanke på å kunne gi

³⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 5.

³⁵ Fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 01.02.11.

et godt bilde av rehabiliteringstjenestene i kommunen. For å kunne ivareta dette ønsket ble det valgt informanter med forskjellige posisjoner, arbeidsoppgaver og roller i de ulike delene av kommunens rehabiliteringstjeneste. Det endelige utvalget består av 11 informanter fordelt på følgende tjenestesteder og enheter: Progress rustiltak, Lønnås bo- og rehabiliteringssenter, Hennie Onstad bo- og rehabiliteringssenter, Opptrening og rehabilitering, ett rehabiliteringsteam, Tildelingskontoret og Koordinerende enhet. Intervjuene varte fra 1 til 2,5 timer.

Selv om revisjonen har besøkt mange enheter, er antallet informanter få. Rehabiliteringsområdet er dessuten et mangesidig område som involverer et stort antall aktører. Dette stiller strenge krav til eventuelle konklusjoner og generaliseringer. I denne sammenheng har det vært viktig for revisjonen å velge ut temaer og funn som vanskelig kan bestrides med utgangspunkt i datamaterialet.

Revisjonen har hatt som mål å ivareta informantenes anonymitet. Små forhold gjør derimot at enkelte aktører kan være gjenkjennelige for de som kjenner enhetene.

Revisjonen retter en takk til informantene for god bistand.

1.6 Rådmannens kommentarer

Rådmannens kommentarer til rapporten er vedlagt.

2. HAR DE ANSATTE EN FELLES FORSTÅELSE AV BEGREPET REHABILITERING?

Bærum kommune har et omfattende rehabiliteringstilbud til sine innbyggere innen områdene somatikk, rus og psykisk helsevern. Det er et bredt spekter av tiltak som tilbys den enkelte bruker og det er en rekke forskjellige yrkesgrupper som medvirker i konkrete rehabiliteringsopplegg. Rehabilitering ytes på tvers av sektorer og tjenestesteder, til hjemmeboende og i institusjon.

Det er viktig at de som jobber med rehabilitering er kjent med begrepets innhold og arbeidsmetoden det forutsetter. Vellykket tverrfaglig samhandling forutsetter normalt at aktørene har en felles forståelse om prosessen.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

⇒ Ansatte som jobber med rehabilitering bør ha felles forståelse av hva rehabilitering er.

2.1 Funn/fakta

Revisjonen har intervjuet flere ansatte som gjennom sitt arbeid er involvert i kommunens rehabiliteringstilbud.³⁶ Vår gjennomgang viser at forståelsen av begrepet rehabilitering varierer, både i førstelinjetjenesten og på ledernivå/oppover i systemet. Gjennom samtalene kommer det imidlertid frem en relativt samstemt forståelse av at kjernen i begrepet er at man gjennom tverrfaglig, målrettet innsats skal hjelpe brukeren til å vedlikeholde eller forbedre sin egen funksjonsevne. Samtidig får vi også svar som indikerer en mer snever holdning til begrepet: *rehabilitering er i stor grad sykepleiere, eller det er fysio- og ergoterapeutene som driver med rehabilitering.*

Flere av informantene understreker at man er godt kjent med at forståelsen og vektleggingen av rehabilitering varierer innad i kommunen. Dette skaper utfordringer for rehabiliteringsarbeidet i hverdagen. En utfordring som fremheves er at det legges en for snever forståelse av begrepet til grunn. Opplevelsen er at rehabilitering kun dreier seg om brukerens fysiske behov, mens de sosiale og psykososiale behov lett faller utenfor. Et annet eksempel som fremheves er at enkelte i for stor grad mener at man må være på institusjon for å kunne bedrive målrettet funksjonstrening. Andre mener at slik trening ofte kan gjøres vel så bra i brukerens hjem med bistand fra terapeuter og lignende. Fordelen er at brukeren da får trent i vante omgivelser, og med den ”infrastruktur” rundt seg som han vil ha når han forhåpentligvis på sikt skal mestre ting alene.

Flere av informantene fremhever at man må være varsom med å bruke begrepet rehabilitering som en betegnelse på et konkret avgrenset behandlingstiltak. Rehabilitering er en *prosess* og en *arbeidsmetode*, og vellykket rehabilitering forutsetter felles forståelse for metodikken og reell tverrfaglig samhandling. Utfordringen er å få alle aktørene til å trekke i samme retning, dvs. jobbe etter samme metode og med samme målsetting. I denne sammenheng trekkes det frem som en utfordring at arbeidsmetodikken rehabiliteringstanken hviler på, skiller seg ganske mye fra den tradisjonelle måten å jobbe på innen pleie og omsorg. Rehabilitering er i stor grad *hjelp til selvhjelp*, og forutsetter at man har tid til å bistå brukeren i å mestre ulike

³⁶ En nærmere beskrivelse av metoden og hvem som er intervjuet fremgår av kapittel 1.5 ovenfor.

gjøremål fremfor å utføre dem for han. For eksempel bistår man brukeren slik at denne selv klarer å ta på tannpasta på tannbørsten, smøre brødsdiven sin, vaske håret sitt, stå opp av sengen og komme seg opp i rullestolen osv. Det sentrale er at brukeren skal mestre oppgavene og man skal ikke gjøre disse for han selv om dette vil ta kortere tid.

2.2 Revisjonens vurdering

Rehabilitering har en komplisert definisjon og et svært omfattende virkeområde. Det er mange forskjellige tiltak som kan være en del av et konkret tilpasset rehabiliteringsopplegg.

Tilsvarende er det mange aktører eller yrkesgrupper som i større eller mindre grad gjennom sitt daglige arbeid medvirker i rehabiliteringsopplegg. Typiske eksempler på yrkesgrupper som relativt ofte er involvert i rehabiliteringsprosesser, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, logopedar, fastleger, helsesøstre osv. Dette utgjør en risiko for at man får ulike sektor- eller fagorienterte forståelser av begrepet.

Revisjonen mener det i seg selv er uheldig at man mangler en god felles forståelse av begrepet rehabilitering. Som flere påpeker kan dette få innvirkning på hvordan man jobber med rehabiliteringsbrukere og dermed for om man lykkes med rehabiliteringsopplegget. Vellykket tverrfaglig samhandling forutsetter normalt at aktørene har en felles forståelse om prosessen.

Samtidig er definisjonen av rehabilitering både kompleks og omfattende, og det er derfor ikke overraskende eller unaturlig at ansatte trekker frem forskjellige aspekter når de skal forklare begrepet. Det er naturlig at den enkelte fokuserer på aspekter og problemstillinger som er særlig aktuelle ved egen arbeidsplass. Enkelte gir svar av typen *rehabilitering er i stor grad sykepleiere*, eller *det er fysio- og ergoterapeutene som driver med rehabilitering*. Dette kan tyde på at man har misforstått det tverrfaglige samspillet som er nødvendig for å sikre vellykket rehabilitering.

Begrepets kompleksitet og mangelen på felles forståelse har også konsekvenser for hvilken oversikt man har over tjenesteproduksjonen innen rehabilitering i Bærum kommune, og for muligheten for å kontrollere måloppnåelsen på området. Disse forhold kommenteres nærmere senere i rapporten.

3. ER DET OVERSIKT OVER TJENESTEPRODUKSJONEN?

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og *ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud.*³⁷

Det foreligger få kilder som konkretiserer hva som ligger i kravet om at kommunen skal ha oversikt over behovet for rehabilitering. I merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i forskriften om rehabilitering fra 2001, er kravet omtalt som følger:³⁸

Første ledd pålegger kommunen en plikt til å ha generell oversikt over behovene for re-/habilitering i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd.

Bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Bestemmelsen må tolkes slik at det kreves en generell oversikt over folkehelsen i kommunen, det kreves ikke en oversikt over enkeltindividers helsetilstand. Oversikten må være presis nok til å kunne være et planleggingsverktøy for kommunen slik at formålet med forskriften kan oppfylles.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterier til grunn:

- ⇒ Kommunen skal ha generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen.
- ⇒ Kommunen bør ha oversikt over den samlede rehabilitering som ytes.
- ⇒ Kommunen bør ha oversikt over brukerne som mottar rehabilitering.

3.1 Funn/fakta

HELIOS er Bærum kommunes elektroniske dokumentasjons- og saksbehandlingssystem innen kommunehelse og pleie og omsorg. Her skal all nødvendig informasjon om brukere av pleie og omsorgstjenester registreres. Systemet benyttes bl.a. av ledere på strategisk nivå til å få frem styringsdata. I systemet registreres bl.a.:

- personopplysninger, fødselsnummer, navn, bosted etc.
- hvilke tjenester de mottar
- start- og sluttdato for hver enkelt tjeneste
- omfang av hver enkelt tjeneste (for eksempel hvor mange timer per uke).
- tjenestestedet mottakerne får tjenestene fra
- vedtaket knyttet til hver tjeneste
- begrunnelse for tildeling/avslag
- de ulike journalopplysningene

I e-post av 09.03.12 ba revisjonen rådmannen om svar på følgende spørsmål:

- *Hvilken oversikt har kommunen over den samlede rehabiliteringen som ytes?*
- *Har kommunen oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.11 § 5?*
- *Har kommunen hel/delvis oversikt over brukergruppene, dvs. personer som mottar rehabilitering? Hvilke har man i så fall oversikt over og hvor finnes denne?*

³⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 5.

³⁸ Merknad til forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.01 nr. 765 § 7. Forskriften er nå opphevet.

I rådmannens svar fremkommer blant annet følgende punkter:³⁹

- *Alle brukere som mottar tjenester er registrert i journalsystem Helios på individuell nivå.*
- *Det er til enhver tid oversikt over hvem som har vedtak og mottar tilbud om rehabilitering inne på institusjonene og på Lønnås dagsenter.*
- *Det er også oversikt over hvilke pasienter som til enhver tid får tilbud gjennom de tre rehabiliteringsteamene.*
- *Koordinerende enhet kan ta ut oversikt over pasienter med IP.*
- *Det er ikke mulig å få ut statistikk basert på diagnoser i HELIOS*
- *Behovet for rehabilitering vil ikke være statisk – men vil til enhver tid være i endring og bevegelse - avhengig av de individuelle behov som melder seg.*
- *Ventetid til de ulike rehabiliteringstjenestene sier noe generelt om behovet i befolkningen.*
- *Tildelingskontoret har oversikt over vedtak til dag- og døgnrehabilitering, mens tjenestestedet Opptrening og rehabilitering har oversikt over rehabiliteringsteamenes brukere.*

Flere av informantene revisjonen har snakket med fremhever at HELIOS er et mangelfullt system som gir få muligheter til å ta ut relevante statistikker. Enkelte påpekte også at man generelt kan bli flinkere til å beskrive og dokumentere tiltakene som er gjennomført. Kommunen har besluttet at HELIOS skal byttes ut med ett nytt system. Det er store forventninger blant informantene til hvilke egenskaper det nye systemet vil få, spesielt i forhold til muligheten for å ta ut oversikter, statistikker, målinger osv.

Verktøyet Sampro⁴⁰ gir en del relevant statistikk om bruken av individuell plan i kommunen. Det er ikke mulig å ta ut oversikt over hvor mange av de med individuell plan som mottar rehabilitering.

Ved tjenestestedet Opptrening og rehabilitering er det ikke mulig å skille de brukerne som får rehabiliteringstjenester i eget hjem fra de brukere som ”bare” mottar fysioterapi eller ergoterapi som enkeltstående opptrening eller behandling. Tjenestestedet har derimot oversikt over antall pasienter som til enhver tid får tilbud gjennom de tre rehabiliteringsteamene.

Når det gjelder rehabilitering i institusjon er det er til enhver tid oversikt over hvem som har vedtak og mottar tilbud om rehabilitering på Lønnås rehabiliteringssenter. Dette har sammenheng med at Lønnås har en egen avdeling og et dagsenter der plassene er forbeholdt rehabiliteringsbrukere. Rehabilitering gis også ved andre institusjoner i kommunen, særlig Hennie Onstad bo- og rehabiliteringssenter, Vallerhjemmet og Løkka korttidsavdeling. Ved disse institusjonene er det ikke systemer som gjør det mulig å skille ut hvilke av brukerne som mottar rehabilitering og hvilke som får en annen form for tilbud gjennom korttidsopphold.

Rustjenesten opplyser at man har mulighet til å ta ut informasjon om antall rehabiliteringsbrukere tjenesten til enhver tid har kontakt med.

³⁹ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12.

⁴⁰ Elektronisk, web-basert individuell plan.

3.2 Revisjonens vurdering

Gjennomgangen ovenfor viser at det ikke er mulig å ta ut en samlet oversikt over antall rehabiliteringsbrukere i kommunen. For eksempel er det for hjemmeboende ikke mulig å skille de brukerne som får fysioterapi som ledd i rehabiliteringsopplegg fra dem som ”bare” mottar fysioterapi som enkeltstående behandling. På institusjoner med kortidsplasser er det ikke mulig å skille ut hvilke pasienter som mottar rehabilitering og hvilke som får en annen form for tilbud.

Vanskelighetene med å få skilt ut rehabiliteringsbrukerne som egen gruppe har opplagt en sammenheng med begrepets vide definisjon. Innen rehabilitering skal flere aktører samarbeide på tvers av tjenestesteder og sektorer, og på ulike arenaer (i institusjon og hjemme hos bruker). Det er naturlig at det da blir vanskelig å holde en samlet oversikt over brukerne. Mangelen på slik oversikt betyr ikke at situasjonen er kaotisk. Redegjørelsen fra rådmannen viser at det til en viss grad er mulig å ta ut en oversikt over brukerne innenfor enkelte tjenestesteder og kategorier av rehabiliteringsmottakere. Pr i dag er imidlertid ikke dette noe som gjøres systematisk.

Mangelen på oversikt har en del konsekvenser for hvilket helhetsbilde man kan gi av rehabiliteringen i kommunen. For det første er det ikke mulig å identifisere mottakerne av rehabilitering, og dermed kan man heller ikke tallfeste antall brukere. For det andre blir det svært problematisk å angi hvor mye penger kommunen bruker på rehabilitering.⁴¹ Disse forhold medfører videre at det blir vanskelig å si noe om måloppnåelsen og effekten, både positiv og negativ, av tiltak på området.

Dersom man skal få en samlet oversikt over tjenesteproduksjonen er man avhengig av å sammenstille aktiviteten til en rekke ulike tjenestesteder og tjenesteytere. For noen av disse er rehabilitering en vesentlig del av deres virke, for andre er det en mindre eller ubetydelig del. Det vil antakelig kreves en del ressurser og kompetanse for å få på plass systemer for en slik sammenstilling. Det er et politisk spørsmål å avgjøre om det er behov for denne typen oversikt. Kostnadene bør i tilfelle utredes i forkant.

⁴¹ Jf. nærmere om dette i kapittel 4.

4. ER DET GOD ØKONOMISTYRING?

Kommuneloven sier at årsbudsjettene tydelig skal vise kommunestyrets prioriteringer og målsettinger.⁴² Årsregnskapet skal omfatte alle økonomiske midler som disponeres for året, og anvendelsen av midlene.⁴³ Dette danner grunnlag for kontroll og etterprøving i forhold til om kommunens midler er benyttet i samsvar med de gitte bevilgninger.

Årsrapporten redegjør for omfang og resultater av de tjenester kommunen har levert, måloppnåelse, oppfølging av vedtak i handlingsprogram og styringsdokumenter. Årsrapporten er rådmannens rapport til politikerne om aktiviteten i siste budsjettår.

I forskrift står det også at kommunen skal rapportere til statlig myndigheter i henhold til den detaljeringsgrad som er fastsatt.⁴⁴ I tillegg til å dekke Bærums egne behov for regnskapsinformasjon skal kommunens økonomisystem også gi grunnlag for å stille opp regnskapsopplysninger i tråd med kravene til rapporteringen i KOSTRA.⁴⁵ Kontoplanen i kommunen må defineres ut fra interne behov, men samtidig slik at også kravene i regnskapsforskriften og rapporteringsforskriften kan oppfylles. Dette er også nedfelt i kommunens økonomihåndbok.⁴⁶

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterier til grunn:

- ⇒ Økonomisystemet bør vise hvor mye Bærum bruker på prioriterte områder.
- ⇒ Økonomisystemet må utformes slik at det gir grunnlag for å stille opp regnskapsopplysninger i tråd med kravene til statlig rapportering.

4.1 Funn/fakta

Økonomisystemet i Bærum gir mulighet for å identifisere alle transaksjoner innenfor minst tre ulike dimensjoner. Hver utbetaling blir gitt tre uavhengige koder i økonomisystemet.

- Formål angir hva som produseres med ressursen - for eksempel psykiatrisk rehabilitering.
- Ansvar angir hvem som bruker ressursene - tjenestested eller avdeling som utbetaler.
- Art angir hvilken type ressurs som brukes - for eksempel vikarlønn.

Som nevnt er det flere tjenestesteder og avdelinger (med ulike ansvarskoder) som i hovedsak bruker ressursene på rehabilitering.

Det er ett formål i økonomisystemet med rehabilitering i navnet, nemlig formål 363: *Diagnose, behandling og rehabilitering*. Her er noen av underkodene klart knyttet til rehabilitering.⁴⁷ Det som legges inn på denne formålskoden er i hovedsak det som rapporteres til KOSTRA på funksjon med samme navn.⁴⁸ Opptrening og rehabilitering fører 93 % av aktiviteten sin på dette formålet. Bærum kommunale arbeidssenter som har ansvar for hjelpemiddellageret, fører alt her.

⁴² Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.09.92, nr 107 § 46 pkt 4.

⁴³ Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.09.92, nr 107 § 48 pkt 2.

⁴⁴ Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner av 15.12.00 nr 1425 § 8.

⁴⁵ Veiledning til regnskapsrapportering i KOSTRA – regnskapsåret 2011, side 4.

⁴⁶ Økonomihåndbok, Bærum kommune, 1.6 Regler for tjenesteleders økonomiansvar pkt 5.3.

⁴⁷ Formål 3631: Fysio og ergoterapitjenester, Formål 3637: Psykiatrisk rehabilitering og Formål 3638: Hjelpemiddellager.

⁴⁸ Formål 363 tilsvarer Funksjon 241 Diagnose, behandling, rehabilitering i KOSTRA.

Institusjonene i pleie og omsorg⁴⁹ fører ikke utgifter på dette formålet.⁵⁰ Her blir all aktiviteten ført som *Bistand, pleie, omsorg til hjemmeboende*⁵¹ eller som *Bistand, pleie, omsorg i institusjon*.⁵² Kategoriene i økonomisystemet i kommunen er lagt tett opp til funksjonen i KOSTRA og i følge veilederen skal all ressursbruk på institusjon, også rehabilitering, kodes på dette formålet/denne funksjonen.

KOSTRA forutsetter et skille mellom oppbyggingen av økonomisystemet som skal brukes som grunnlag for den interne politiske og administrative styringen og systemet som skal brukes som grunnlag for rapportering av sammenlignbar informasjon.

Så langt revisjonen kan se finnes det ikke andre registreringer i kommunen som kan gi mer presise data om ressursbruken.

I e-post av 09.03.12 ba revisjonen rådmannen om svar på om kommunen har oversikt over de samlede ressursene som brukes på rehabilitering. I rådmannens svar fremkommer det at kommunen ikke har *en total oversikt over de samlede ressursene, da de på noen områder brukes på tvers av tjenestene*.⁵³ I tillegg opplyses det at det vil være vanskelig å få en nøyaktig oversikt over ressursbruken på de fleste institusjonene, da det ikke er mulig å skille ut hvilke korttidsplasser som benyttes til rehabilitering.

4.2 Revisjonens vurdering

Det er i dag ikke mulig å finne ut hvor mye ressurser som bevilges eller brukes på rehabilitering ut fra informasjonen i økonomisystemet. Systemet viser bare delvis hvor rehabiliteringen skjer og bare delvis hvor mye av aktiviteten som brukes til rehabilitering. Et anslag over ressursbruken på rehabilitering vil antakelig ha en feilmargin på noen millioner kroner.

Kommunestyret har i dag ingen poster i handlingsprogrammene for den samlede rehabilitering og har dermed heller ingen poster å øke eller redusere for å få budsjettet i samsvar med politisk prioritering. Det er heller ingen informasjon i årsrapportene om den samlede aktiviteten på rehabilitering.

De folkevalgte må ha styringsinformasjon for å kunne styre kommunen. Informasjon er spesielt viktig på de politisk prioriterte områdene. Dersom kommunestyret ønsker å prioritere rehabilitering så vil det etter revisjonens vurdering være vesentlig å styrke bl.a. den økonomiske styringsinformasjonen om området. Som det står i Årsrapporten under *Kommunehelse: Et godt datagrunnlag er et nødvendig utgangspunkt for god prioritering og planlegging i tjenestene*.⁵⁴

Dersom en ønsker å få frem mer pålitelige økonomitall for rehabilitering så kan en enten opprette en egen formålskode for dette i økonomisystemet der de ulike enhetene fører denne aktiviteten, eller så kan en opprette egne enheter med egne ansvarskoder som kun driver med

⁴⁹ I hovedsak bo- og behandlingssentrene.

⁵⁰ Unntaket er en feilføring der et tjenestested har ført innkjøp av renholdstjenester som "Fysio og ergoterapitjenster".

⁵¹ Formål 324: Bistand, pleie, omsorg i inst. - KOSTRA funksjon 253 Bistand, pleie, omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede.

⁵² Formål 323: Bistand, pleie, oms til hjmbo. - KOSTRA funksjon 254 Bistand, pleie, omsorg til hjemmeboende.

⁵³ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12.

⁵⁴ Årsrapport 2011, Bærum kommune, side 62.

rehabilitering. Revisjonen mener begge løsningene er forenlige med krav til statlig rapportering. En egen ansvarskode vil gi god oversikt for den aktuelle enheten, men si lite om rehabilitering i kommunen for øvrig. Opprettelsen av en egen formålskode vil favne videre, men fortsatt vil det gjenstå vanskelige vurderinger knyttet til hvem som skal føre sin aktivitet der, hvor mye av aktiviteten skal de føre osv.

5. ER DET TVERRFAGLIG SAMHANDLING?

Rehabilitering er flere tjenester satt sammen til en helhet. Gode deltjenester er i seg selv ikke nok til å sikre vellykket rehabilitering. Forskriften understreker derfor at et sentralt element i rehabilitering er at *flere aktører samarbeider*.⁵⁵ Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.⁵⁶ En vellykket rehabiliteringsprosess skal sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører.⁵⁷

Kravene til koordinering og tverrfaglig samhandling i kommunens rehabiliteringsarbeid er styrket gjennom samhandlingsreformen. Samtidig er dette krav som det er utfordrende å vurdere kvalitativt. Det er vanskelig å gi en objektiv fasit på spørsmål av typen ”har man god tverrfaglig samhandling i Bærum kommune?”

Revisjonen har nedenfor valgt å omtale enkelte temaer som kan ha innvirkning på den tverrfaglige samhandlingen i kommunens rehabiliteringsarbeid.

For vurderingen av disse temaene legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

⇒ Det skal være tilrettelagt for godt samarbeid og tverrfaglig samhandling i kommunen.

5.1 Er rehabilitering prioritert i kommunen?

5.1.1 Funn/fakta

I handlingsprogrammene sammenligner Bærum seg med ASSS kommunene som består av de ti største kommunene i landet.⁵⁸ Bærum brukte generelt 1,4 % mer per innbygger i 2011 enn snittet av de andre storkommunene.⁵⁹ I handlingsprogrammet er kommunens ressursbruk per innbygger på ulike tjenesteområder omtalt.⁶⁰ Rehabilitering utføres på flere tjenestesteder, men i hovedsak under KommuneHelse og under Pleie og omsorg. Tallene viser at Bærum brukte 25 % og 22 % mer på disse to sektorene enn de andre storkommunene.

I handlingsprogrammene er det opplyst at Bærum har en befolkning med lavere kommunalt utgiftsbehov enn landsgjennomsnittet.⁶¹ I hovedrapporten fra nettverket er utgiftsbehovet innen kommuneHelse beregnet til å være 2 % lavere enn gjennomsnittet i de andre storkommunene, mens det innen pleie og omsorg er beregnet til å være ca 4 % høyere.⁶²

⁵⁵ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

⁵⁶ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 5.

⁵⁷ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 15.5.6.3.

⁵⁸ ASSS = Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. ASSS kommunene: Fredrikstad, Bærum, Oslo, Drammen, Kristiansand, Sandnes, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø.

⁵⁹ Tallene er hentet fra KOSTRA (KOMMUNE til STAT Rapportering). Databasen inneholder sammenlignbare tall fra alle norske kommuner. KOSTRA Nivå 3 2011, Konsern Brutto driftsutgifter i alt, delt på antall innbyggere. Vi har holdt Oslo utenfor snittet fordi Oslo har både kommunale og fylkeskommunale oppgaver og har av den grunn klart høyere utgifter per innbygger.

⁶⁰ *Handlingsprogram 2011-2014*, side 41. Figuren viser brutto driftsutgifter per innbygger.

⁶¹ *Handlingsprogram 2011-2014*, side 40 og *Handlingsprogram 2012-2015*, side 40. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra forskjeller i befolkningssammensetning, sosiale forhold og bosettingsmønster. En kommune med mange eldre må nødvendigvis bruke mer penger på eldreomsorg enn en kommune med få eldre, dersom tjenestetilbudet skal være det samme.

⁶² *Hovedrapport ASSS-nettverket 2011, Rapporteringsåret 2010*, www.ks.no, side 31 og 35.

Stort sett er helsen god i Bærum, til dels vesentlig bedre enn i landet for øvrig.⁶³

Kommnehelse er i KOSTRA delt inn i tre funksjoner⁶⁴ der den ene er *Driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering* som omfatter størstedelen av utgiftene til kommnehelse. Det er også her Bærum skiller seg mest ut fra sammenligningskommunene med vesentlig høyere driftsutgifter. Her viser tallene en klar økning over tid. *Diagnose, behandling og rehabilitering* omfatter en rekke forskjellige tjenester, og ikke bare rehabilitering.⁶⁵ Kommunens økonomisystem viser at aktiviteten knyttet til rehabilitering bare utgjør en liten andel av dette – ca 20 %. I tillegg utføres det rehabilitering på en rekke andre tjenestesteder, men det finnes ikke tall for dette i økonomisystemet. Kommunens regnskapstall for driftsutgifter til tjenestestedet Opptrening og rehabilitering i Bærum⁶⁶ og driftsutgiftene på de formål som klart omfatter rehabilitering⁶⁷ viser en relativt liten stabil økning over tid. Økningen i *Driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering* synes altså ikke å skyldes økte driftsutgifter til rehabiliteringstjenesten. I rapporteringen fra kommunene er det ikke mulig å skille ut kostnader som kun kan relateres til rehabilitering. Dette er også påpekt i rapport fra Riksrevisjonen.⁶⁸

I tillegg er det i KOSTRA sammenligningstall for årsverk fysioterapeuter og ergoterapeuter i forhold til antall innbyggere. Disse viser at Bærum ligger godt over snittet på fysioterapeuter og litt under snittet på ergoterapeuter. Disse yrkesgruppene arbeider ikke bare med rehabilitering og i tillegg omfatter de både kommunale og private stillinger.

For pleie og omsorg er det få tall i KOSTRA som sier noe om rehabilitering. Det eneste som er direkte knyttet til rehabilitering er tall for andelen av institusjonsplassene som er avsatt til rehabilitering/habilitering. Figuren nedenfor viser utviklingen sammenlignet med utviklingen i de andre storkommunene.

⁶³ Helsemelding 2009-2015, side 15.

⁶⁴ Funksjon 232 *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste*, funksjon 233 *Forebyggende arbeid, helse* og funksjon 241 *Driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering*

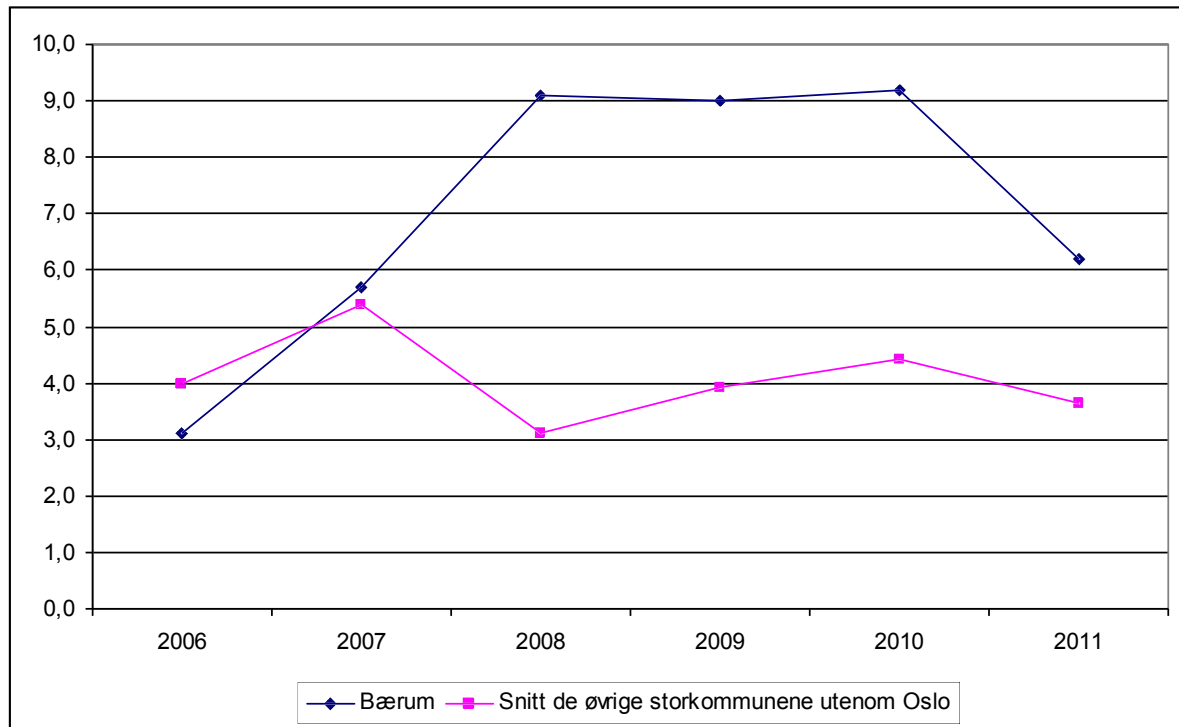
⁶⁵ Felles (inkl. psykiatriplan), Fysio og ergoterapitjenester, Legevaktjeneste, Almennlegetjeneste, Legetjeneste Statlig finansiert helsetjenest, Prosjekt folkehelsekontoret, Psykiatrisk rehabilitering og Hjelpemiddellager

⁶⁶ Sum utgifter Ansvar 55 alle formål alle arter. Nå omorganisert med ny ansvarskode.

⁶⁷ Sum utgifter på formål 3631, 3637 og 3638, alle ansvar, alle ansvar.

⁶⁸ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012), side 12.

Figur 5-1 Sammenligning av utvikling i andel plasser avsatt til rehabilitering i institusjon



Figuren viser at Bærum hadde en markant økning i andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering fra 2006 til 2008 og at Bærum nå ligger høyere enn snittet av de andre storkommunene som har ligget stabilt i perioden. I resten av landet fra 2005 til 2010 har det vært en generell økning.⁶⁹

Så langt revisjonen kan se finnes det ikke andre sammenligningstall som kan si noe om kommuners samlede ressursbruk på rehabilitering.

Rådmannen opplyser at *Bærum kommune har et generelt høyt nivå på rehabilitering i forhold til andre sammenliknbare kommuner. Kommunen har den beste dekning av private avtale fysioterapeuter pr. innbygger.*⁷⁰ Videre viser rådmannen til at kommunen har spesialtilpassede institusjonsplasser til rehabilitering som er rettet mot brukere med komplekse behov. I tillegg har man plasser ved ulike institusjoner rettet mot mer ”ordinære” brukere.

Flere av informantene revisjonen har snakket med gir uttrykk for at det ikke satses på rehabilitering i Bærum kommune. Andre mener at rehabilitering er godt prioritert, men at ressursene ikke utnyttes riktig. Innvendingen er at det blir for mye fokus på å få brukerne hurtig gjennom systemet fremfor å få dem rehabilitert.

En rekke informanter mener det foreligger *liten interesse og kunnskap oppover i systemet* om hva som skal til for å drive vellykket rehabilitering. Bakgrunnen er at man stadig opplever

⁶⁹ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012). Riksrevisjonen 2012, side 10.

⁷⁰ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12.

krav til å redusere bemanningen og at andre prioriteringer er viktigere. *Man belønnes ikke for å jobbe på tvers, men for å holde budsjettene.* De sier at når denne typen betraktninger blir førende blir det ikke tid til å drive god rehabilitering. Vellykket rehabilitering forutsetter at man har tid til å være sammen med bruker og at det er tilgjengelig ressurser til relevant utstyr og andre nødvendige utgifter.

Det fremheves også som et paradoks at kommunen reduserer tjenestetilbudet samtidig som samhandlingsreformen vil gi kommunen flere oppgaver.

5.1.2 Revisjonens vurdering

Det er vanskelig å ta stilling til om rehabilitering generelt er godt nok prioritert i kommunen. Informantene er relativt entydige på at de som driver med rehabilitering burde hatt mer tid til å gjennomføre sine oppgaver. Denne typen innvending er ikke særegen for disse yrkesgruppene og dette fagområdet. Mangelen på tilstrekkelig tid og ressurser er antakelig en oppfatning som gjør seg gjeldende blant en rekke av kommunens arbeidstakere, spesielt dem som jobber i førstelinje ut mot brukerne.

Sammenligningstall viser at Bærum kommune bruker ca 25 % mer på Kommunehelse og 22 % mer på Pleie og omsorg enn de andre storkommunene. Bærum har flere fysioterapeuter og høyere andel plasser avsatt til rehabilitering og habilitering enn de andre storkommunene. Dette tyder på at Bærum vektlegger rehabilitering. Tilgjengelige tall belyser likevel bare en del av rehabiliteringen i kommunen. Den samlede rehabiliteringen finnes det ikke sammenligningstall som belyser.

I forbindelse med samhandlingsreformens krav om at kommunene overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehus fra dag én, er 8 korttidsplasser ved Hennie Onstad bo- og rehabiliteringssenter, omgjort til 16 mottaksplasser. Disse plassene skal ikke benyttes til rehabilitering. Tiltaket innebærer en reduksjon i kommunens rehabiliteringstilbud, da man delvis bedrev rehabilitering ved de 8 korttidsplassene som ble omgjort.

5.2 Organiseringen av rehabiliteringstjenestene i kommunen

5.2.1 Funn/fakta

Rehabilitering utføres på flere tjenestesteder i kommunen, hovedsaklig under Kommunehelse og under Pleie og omsorg.

Flere av informantene trekker frem at man må ha større fokus på å få den interne samhandlingen i kommunen til å fungere. Det vises til at det er store kulturforskjeller i kommunen og erfaringen er ofte at ansatte representerer sitt eget tjenestested fremfor kommunen som helhet. Det er ikke uvanlig å møte på holdninger som for eksempel *du skal ikke fortelle oss hvordan vi gjør jobben vår, eller har ikke dere blitt et så stort tjenestested nå at dere kan ordne opp i dette selv?* Slike holdninger vanskeliggjør tverrfaglig samhandling og vellykket rehabilitering. Enkelte informanter hevder at mangelen på samhandling og intern kommunikasjon gjør at brukere feilaktig får avslag på søknader om tjenester.

Enkelte informanter trekker frem at det er et problem at aktører som samarbeider om et rehabiliteringsopplegg, er organisert under forskjellige sektorer og med forskjellige ledere. Eksempelvis gjør dette seg gjeldende for pleiepersonalet på institusjon på den ene siden og

fysio- og ergoterapeutene på den annen. Problemet som fremheves er særlig mangelen på mulighet til å styre alle aktørene som medvirker i prosessen i en felles retning. På den annen side er det andre informanter som ikke opplever dette som et problem. Tvert i mot anføres dagens organisering som en fordel for terapeutene, da dette gir dem et godt fagmiljø og mulighet for å ha mer rendyrket fokus på rehabilitering.

Flere påpeker for øvrig at uenigheten omkring organisering er underordnet og at den reelle utfordringen ligger i å bryte ned tradisjonelle skott mellom ulike yrkesgrupper i forhold til arbeidsmetodikk. Rehabilitering forutsetter at man jobber på en spesiell måte, og det er en utfordring å få innarbeidet denne forståelsen hos faggrupper som tradisjonelt jobber annerledes.

Kommunens organisering gir utfordringer ved at ansatte som skal samarbeide får ulike prioriteringer man må forholde seg til i hverdagen. Ett aktuelt eksempel som fremheves er kommunens tilbud om opplæring i koordinatorfunksjonen og verktøyet Sampro.⁷¹ Det vises til at det påvirker forutsetningene for samarbeid dersom ansatte i en sektor blir pålagt å delta på slike kurs, mens ansatte i en annen sektor knapt får fri for å delta.

5.2.2 Revisjonens vurdering

Med en så vid definisjon av rehabilitering og en så stor kommune som Bærum, må nødvendigvis aktørene som yter tjenester som kan inngå i et rehabiliteringsopplegg være spredt organisatorisk. Samtidig er utgangspunktet at organisasjonsform ikke bør ha innvirkning på samarbeidet. Noen aktører og yrkesgrupper vil ofte være involvert i rehabiliteringsprosesser, mens det for andre vil være mer sjelden.

Vellykket rehabilitering forutsetter at alle som samarbeider er innforstått med arbeidsmetodikken og er gitt mulighet til å prioritere denne i hverdagen. I hierarkiske systemer kommer prioriteringer og instruksjoner ovenfra. Flere ansatte fremhever at en utfordring med nåværende organisasjonsmodell er at det satses på forskjellige ting innenfor de ulike sektorene. Revisjonen mener det er opplagt at man skal, og delvis må, kunne gjøre dette. Samtidig synes det å være et behov for en tydeligere forankring av rehabiliteringstankegangen på ledernivå i organisasjonen. Dette vil kunne gi aktørene nedover i systemet den konkrete markeringen man etterlyser om at man til tross for knappe ressurser skal prioritere og tilrettelegge for denne typen samarbeid. Nødvendige ressurser må også være tilgjengelig for aktørene, spesielt innenfor kommunehelse og pleie og omsorg.

5.3 Tildelingskontorets rolle

5.3.1 Funn/fakta

Tildelingskontoret tildeler tjenester på en rekke områder innen Pleie og Omsorg. Tjenestetildeling skjer på grunnlag av en vurdering av søkers hjelpebehov i samarbeid med søker og/eller pårørende.⁷²

Tildelingskontoret fattet vedtak om opphold i institusjon og om en rekke andre tjenester som kan inngå i et rehabiliteringsopplegg, for eksempel ulike hjemmebaserte tjenester. Det er ikke

⁷¹ Elektronisk, web-basert individuell plan.

⁷² Bærum Kommunes internettsider: <https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Tildelingskontoret/>

alle tjenester som inngår i rehabiliteringsopplegg som blir tildelt via Tildelingskontoret. Tjenester fra kommunens tre rehabiliteringsteam og oppfølging fra rustjenesten er eksempler på tjenester som går utenom Tildelingskontoret.

Generelt fremhever informantene at Tildelingskontoret har medarbeidere med god kompetanse og oversikt over tjenestetilbudet i kommunen. Samarbeidet med kontoret beskrives som greit, og det anses særlig positivt at saksbehandlere fra kontoret deltar i nettverksmøter, ansvarsgruppemøter og lignende. Flere informanter trekker frem at man opplever Tildelingskontoret som lydhøre for faglige signaler og vurderinger, eksempelvis ved spørsmål om forlengelse av opphold i institusjon. Andre mener derimot at denne egenskapen tidvis er fraværende og at det blir mer ett ”oss-dem forhold” med Tildelingskontoret.

Informantene fremhever enkelte utfordringer ved Tildelingskontorets rolle som kan gå ut over den tverrfaglige samhandlingen og kvaliteten på rehabiliteringstilbudene.

Tildelingskontoret er ansvarlig for å fremskaffe nødvendige institusjonsplasser til brukerne. Dette gjør at kontoret har fokus på å frigjøre plasser og redusere gjennomsnittlig liggetid i institusjonene. Flere informanter fremhever at man har forståelse for at det skal være effektiv utnyttelse av plassene, men opplever samtidig at det kan bli for sterkt press fra Tildelingskontoret. Det hevdes at det er en reell risiko for at man i enkeltsaker skriver ut pasienter og sender dem hjem tidligere enn man burde.

Flere informanter påpeker at mangelen på langtidsplasser i institusjon er et stort problem som skaper utfordringer for muligheten til å drive rehabilitering. For det første er det en utfordring at mange pasienter med langtidsvedtak blir liggende uforholdsmessige lenge ved rehabiliteringsavdeling eller korttidsavdeling i påvente av ledig langtidsplass. For det andre hevdes det at en rekke brukere ved rehabiliterings- eller korttidsavdeling burde hatt vedtak om langtidsplass, men at Tildelingskontoret avventer å fatte slikt vedtak for å unngå at brukerne blir del av en dårlig statistikk. Tildelingskontoret fremhever derimot at det er viktig at man ikke fatter vedtak om langtidsopphold for tidlig i prosessen. Eldre mennesker bruker ofte tid på å komme seg, og man ser i en del tilfelle at man kan unngå langtidsopphold dersom man gir dem litt mer tid.

For det tredje er det en utfordring at man angivelig heller ikke er villig til å sende disse brukerne hjem med oppfølging fra hjemmebaserte tjenester, mens de venter på egnet langtidsplass. Det anføres at dette har sammenheng med at Bærum kommune har en tre måneders garanti til pasienter som venter hjemme, dvs. at man i vedtak om langtidsopphold gir en garanti om at vedkommende vil få tildelt plass innen tre måneder fra vedtaksdato.⁷³ Garantitiden løper ikke så lenge en person har opphold i institusjon, selv om det er ”feil” type institusjon.

Flere informanter understreker at denne problematikken er svært uheldig og går ut over kvaliteten på tilbudet ved institusjonene. Det har en uheldig påvirkning på fagmiljøet ved rehabiliterings- og korttidsavdelinger dersom en stor andel av pasientene er pleiepasienter som skulle vært på langtidsplass. Disse pasientene må følges opp på en annen måte, samtidig som de opptar en rehabiliterings-/korttidsplass og tar fokus vekk fra den arbeidsmetodikken man må ha for å drive vellykket, aktiv rehabilitering.

⁷³ <https://www.baerum.kommune.no/Temastruktur/Tjenester-a---a/Sykehjem---langtidsopphold/>

5.3.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen mener det er uheldig dersom det medfører riktighet at pasienter som ikke er i målgruppen for en rehabiliteringsavdeling blir liggende ved avdelingen over lengre tid. En slik løsning er neppe bra for noen av de involverte. Den aktuelle pasienten blir henvist til et annet tilbud enn det vedkommende har behov for, mens de ansatte ved avdelingen får utfordringer knyttet til arbeidsmetodikk og utviklingen av fagmiljø. I tillegg blir statistikker misvisende ettersom plassene ikke blir brukt til det de er ment for.

Dersom det medfører riktighet at man unnlater å fatte vedtak om langtidsplass for å unngå uheldige statistikker, er dette i seg selv uakseptabelt. Tilsvarende er det uheldig dersom man unnlater å sende brukere til et forsvarlig hjemmetilbud i påvente av ledig langtidsplass, utelukkende fordi man vil unngå at tre måneders garantien begynner å løpe. Revisjonen har ikke belegg for å konkludere med at dette faktisk skjer. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om påstandene bør undersøkes nærmere.

Uansett er det bekymringsfullt at institusjonene opplever at det er lite fremdrift knyttet til pasientene som har eller burde hatt langtidsvedtak. Dette må ses i sammenheng med at institusjonene samtidig oppgir at de opplever stort press for å frigjøre plasser dersom man har brukere som snart kan være utskrivningsklare. Det er et paradoks at man opplever stort press på å få enkelte pasienter ut, mens det ikke er så farlig med de andre. Dette gjelder spesielt når man tar i betraktning at risikoen er stor for å få tilbake pasienter til nytt opphold dersom man skriver dem ut for tidlig fra rehabilitering. Likevel er det disse pasientene det oppgis å være størst press på å få ut.

5.4 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

5.4.1 Funn/fakta

Den enkelte kommune har siden 2001 hatt plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.⁷⁴ I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter løftet fra forskrift til lov.⁷⁵ Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.⁷⁶

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.⁷⁷ Departementet understreker at økt bruk av ordningen representerer *et betydelig potensial for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere.*⁷⁸

⁷⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.01 nr. 765 § 8. Forskriften er nå opphevet.

⁷⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 7-3.

⁷⁶ Artikkelen "Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering" på Helsedirektoratets nettsider. <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/koordinerende-enhet/Sider/default.aspx>

⁷⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 6.

⁷⁸ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 32.6.1.

I henhold til regelverket skal kommunen ha *en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet*.⁷⁹ I Bærum kommune er enheten organisert under Tildelingskontoret, som igjen ligger under sektoren Pleie og Omsorg. Begrepene habilitering og rehabilitering er ikke inntatt i enhetens navn. Begrepene er heller ikke nevnt eller gitt særskilt omtale på enhetens hjemmeside.⁸⁰

Det er nylig besluttet at Koordinerende enhet skal reduseres fra fire til to årsverk.⁸¹ Endringen betyr at enheten fremover skal fokusere sitt arbeid på koordinering på systemnivå. Koordinering på individnivå overføres helt til ordinær drift, og ivaretas i fellesskap av de tjenestesteder som er involvert i forhold til den enkelte bruker.⁸²

Rådmannen opplyser til revisjonen at koordinerende enhet i kommunen tilfredsstillt kravene i gjeldende forskrifter og at enheten er sikret den status og forankring som er forutsatt i regelverket.⁸³ Det understrekes at enheten får et tydeligere systemansvar fremover.

Generelt er ikke koordinerende enhet godt kjent blant informantene revisjonen har snakket med. Flere var usikre på hvilke arbeidsoppgaver enheten har. I den grad enheten er kjent er det særlig for oppgavene man har utført knyttet til individuell plan og opplæring i verktøyet Sampro.

Koordinerende enhet skal oppnevne koordinator til de brukerne som har krav på og ønsker dette.⁸⁴ I Bærum kommune er det administrativt bestemt at koordinerende enhet utpeker tjenestestedet som skal ha koordineringsansvar basert på en vurdering av hvilket tjenestested som er mest inne i saken. Dette tjenestestedet utpeker så personen som skal være koordinator i den konkrete saken.⁸⁵

I kommunens kvalitetsprosedyre for individuell plan blir det opplyst at man *Utnevner ansvarlig tjenestested for koordinatorfunksjon ut fra en helhetsvurdering basert på ønsker fra planeier, hvilken tjeneste som er mest inne og eller er best egnet*.⁸⁶

5.4.2 Revisjonens vurdering

Etablering av koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering var ett av satsningsområdene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, og er i forbindelse med samhandlingsreformen løftet fra forskrift til lov.⁸⁷ Det er ingenting i veien for at koordinerende enhet blir pålagt å ivareta koordineringsfunksjoner for annen virksomhet. Tvert i mot vil det ofte være naturlig. Plikten til å etablere koordinerende enheter er imidlertid avgrenset til å gjelde habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.⁸⁸ Revisjonen mener dette

⁷⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 7-3.

⁸⁰ Se nærmere på <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Teneststeder/Tildelingskontoret/Team-psykisk-helse/Koordinerende-enhet1/>

⁸¹ Handlingsprogram 2012-2015, Rådmannens grunnlagsdokument side 83.

⁸² Handlingsprogram 2012-2015, Rådmannens grunnlagsdokument side 83.

⁸³ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12.

⁸⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 7-3.

⁸⁵ Denne rutinen er etter det opplyste forankret i beslutning i møte mellom kommunalsjefene.

⁸⁶ <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Styringssystem-i-PLO/Kvalitetshandboken/Handbok-i-Pasient-og-brukerrettigheter/Individuell-plan/>

⁸⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 7-3. Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), side 69.

⁸⁸ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 32.6.1.

kunne vært bedre kommunisert i informasjonen som gis utad, både gjennom enhetens navn og på hjemmesiden. Noe stort poeng er dette likevel ikke. Det er ikke tvilsomt at enheten er opptatt av og arbeider med koordinering av habilitering og rehabilitering i det daglige.

Koordinerende enhet skal nedbemannes i kommunen samtidig som det løftes frem som et satsningsområde på nasjonalt plan. Det er ikke nødvendigvis et misforhold mellom disse punktene. Det er opplyst at enheten nå skal få et tydeligere systemansvar. Revisjonen mener dette er i tråd med føringene som gis gjennom regelverket og overordnede nasjonale dokumenter. Samtidig mener revisjonen at man bør ta en grundig gjennomgang av hvilke plikter og arbeidsoppgaver som påhviler enheten, og at man konkretiserer innholdet i systemansvaret. Det blir lett uklart dersom man begrenser seg til å si at enheten skal konsentrere seg om systemnivå og ikke lenger jobbe på individnivå. Denne typen uklarheter bør ryddes av veien slik at det tydelig kan kommuniseres ut hvilke oppgaver enheten skal ha. I denne sammenheng vil revisjonen også vise til at det i forarbeidene til ny Helse- og omsorgstjenestelov er gjengitt flere anbefalinger fra Helsedirektoratet som departementet slutter seg til. Blant annet uttales det at *Koordinerende enhet bør forankres i et overordnet ledernivå* og at *Koordinerende enhet bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter*.⁸⁹ I forbindelse med en gjennomgang av enhetens oppgaver kan det være naturlig å vurdere om, og i tilfelle hvordan, man skal følge opp disse anbefalingene.

Endelig vil revisjonen bemerke at dagens praksis der koordinerende enhet utpeker det tjenestested som skal ha koordineringsansvaret basert på en vurdering av hvem som er mest inne i saken, ikke er i samsvar med kommunens kvalitetsprosedyre for individuell plan. Revisjonen har fått forståelse for at det er i gang satt et arbeid med å revidere den aktuelle prosedyren.

5.5 Suksessfaktorer for vellykket tverrfaglig samhandling

5.5.1 Funn/fakta

Det er en gjennomgående tilbakemelding fra informantene at en av de viktigste suksessfaktorene man har for å sikre samhandling er tverrfaglige, faste møtearenaer. Typiske eksempler er teammøter, ansvarsgruppemøter og lignende der man samler tverrfaglig personell som jobber opp mot brukerne og diskuterer videre oppfølging. Et beslektet eksempel, er samarbeidet mellom sykehuskoordinatorene og rehabiliteringskoordinatorene relatert til utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester. Disse koordinatorene sitter på verdifull kompetanse og det fremheves som positivt å kunne ha en dialog med dem.

Flere informanter påpeker at brukeren ikke vil være tilstede på tverrfaglige teammøter der pasienter diskuteres. Det er derfor viktig å innarbeide rutiner som sikrer god brukermedvirkning på annen måte.

Det er flere fordeler som fremheves med tverrfaglige møter. For det første erfarer man at den muntlige informasjonsutvekslingen er bedre enn det man kan lese seg til gjennom journalnotat i HELIOS. For det andre påpekes det at man blir kjent på tvers av tjenestestedene og får bedre forståelse for hverandres utfordringer i hverdagen. Tilsvarende får man også bedre

⁸⁹ Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 32.6.2.

kunnskap om hvilke tilbud og muligheter som finnes i kommunen. For det tredje tar man lettere tak i uenigheter og bringer dem opp til diskusjon, fremfor å la irritasjonen bygge seg opp og skape vanskelige samarbeidsforhold.

Flere informanter fremhever at man bør videreutvikle tanken om å jobbe tett sammen på tvers av tjenestestedene og yrkesgrupper. Eksempelvis kan det være slik at ulike tjenesteytere møtes hjemme hos brukeren og trener med vedkommende der.

På den annen side er flere informanter skeptisk til om man faktisk vil få innført denne typen tverrfaglig samarbeid som en del av rutinene. Hovedbekymringen går på at man ikke tror de nødvendige ressurser i form av utstyr og tid vil være tilgjengelig for alle relevante aktører. For å lykkes er man videre avhengig av at alle aktørene tilpasser egen organisasjon og rutiner til en felles tankegang. Videre påpekes det at tjenestene må stille opp for hverandre og delta i tiltak selv om nytteverdien ikke er størst for det tjenestested man selv representerer.

Et annet tiltak som gjennomgående beskrives som en suksessfaktor, er kommunens tre rehabiliteringsteam. Disse teamene består alle av en ergoterapeut, en fysioterapeut og en sykepleier. Teamene yter tjenester til hjemmeboende pasienter. Flere informanter trekker frem at teamene har god kompetanse og oversikt over de tilbud og muligheter som finnes innen rehabilitering. Det anses svært nyttig at representanter for teamene deltar i nettverksmøter ved institusjonene, og at de gjennomfører hjemmebesøk sammen med beboeren. Flere fremhever at teamene er en viktig bidragsyter i forhold til å trygge overgangen fra institusjon til bolig for den enkelte bruker.

Teamene vurderer på selvstendig grunnlag om en bruker skal få oppfølging fra dem eller ikke, samt i hvilken grad. Det beskrives som en stor fordel og suksessfaktor at teamene kan tilbringe vesentlig mer tid sammen med bruker enn det for eksempel ansatte fra pleietjenesten kan.

Fere informanter etterlyser at kommunen burde hatt mer skriftlige samarbeidsrutiner som forplikter på tvers av tjenestesteder. Pr i dag har kommunen få slike rutiner, men flere antar at dette kunne vært nyttig for å bedre det tverrfaglige samarbeidet. Rådmannen opplyser at det *pågår et arbeid med å etablere skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser for pasienter som får sitt rehabiliteringstilbud ved Lønnås rehabiliteringssenter. Det utarbeides i den forbindelse også et flytdiagram som viser "gangen i et rehabiliteringsforløp". Arbeidet ... er forventet avsluttet innen 1. halvår 2012.*⁹⁰

5.5.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen registrerer at det er en gjennomgående tilbakemelding fra informantene at en av de viktigste suksessfaktorene man har for å sikre samhandling, er tverrfaglige, faste møtearenaer. Det er viktig at tjenestestedene fortsetter med slike møter og at forholdene tilrettelegges slik at man kan videreutvikle denne typen samarbeid.

Videre mener revisjonen det kan være fornuftig å se nærmere på årsakene til at kommunens rehabiliteringsteam får så god omtale. Dersom man kan avdekke faktorer som har overføringsverdi og kan bidra til å øke kvaliteten på rehabiliteringen andre steder i kommunen, vil det selvfølgelig være positivt.

⁹⁰ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12.

Revisjonen har merket seg at det etterlyses skriftlige rutiner for samhandling. Det er sjeldent negativt å ha ett minimum av slike forpliktende rutiner på plass. Dette synspunktet gjør seg kanskje spesielt gjeldende i en stor kommune der flere aktører skal samarbeide på tvers av sektorer og fagområder i en hverdag med knappe ressurser og vanskelige prioriteringer. Revisjonen har i den forbindelse merket seg at rådmannen har igangsatt et arbeid med å etablere skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser for pasienter som får sitt rehabiliteringstilbud ved Lønnås rehabiliteringssenter.

6. ER DET KUNNSKAP OM MÅLOPPNÅELEN FOR BRUKERNE?

Kommuneloven § 23 pkt. 2 angir at rådmannen *skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.*⁹¹

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal kommunen *ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen.*⁹²

I merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i forskriften om rehabilitering fra 2001 er det presisert at det ikke kreves en oversikt over enkeltindividers helsetilstand, men at den generelle oversikten *må være presis nok til å kunne være et planleggingsverktøy for kommunen slik at formålet med forskriften kan oppfylles.*⁹³

I kommunens årsrapport for 2011 står det som mål på programområde kommunehelse at *tjenestene skal ha oversikt over og anvende innbyggerdata for å sikre at fremtidens tjenester er i tråd med utviklingen og behovet i befolkningen.*⁹⁴

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

⇒ Kommunen bør ha oversikt over resultatene av tjenesteproduksjonen.

6.1 Funn/fakta

På spørsmål fra revisjonen svarer rådmannen at det ikke gjøres kontroll av måloppnåelse på systemnivå.⁹⁵ I svaret opplyser rådmannen for øvrig at det som en del av rehabiliteringsforløpene rutinemessig gjøres mange vurderinger knyttet til måloppnåelse på individnivå. Dette bekreftes også av informantene. Blant annet fremkommer det at måloppnåelse vurderes i faste tverrfaglige møter mellom de involverte i rehabiliteringsprosessene. I tillegg gjøres det skriftlige evalueringer etter avsluttet rehabiliteringsprosess som dokumenteres gjennom en sluttrapport i HELIOS.

Kommunens økonomisystem gir som nevnt ikke oversikt over ressursbruken på rehabiliteringsområdet.⁹⁶ Systemet viser bare delvis hvor rehabiliteringen skjer og bare delvis hvor mye av aktiviteten som brukes til rehabilitering.

Kommunens oversikt over mottakere av rehabiliteringstjenester er som tidligere påpekt preget av flere mangler.⁹⁷ Blant annet er det problemer knyttet til å identifisere mottakere av rehabiliteringstjenester. Dette gjør at det ikke er mulig å tallfeste antallet mottakere.

De eksisterende rapporteringssystemene har mangler og begrensninger i forhold til hvilke tall og statistikker som er mulig å ta ut.⁹⁸

⁹¹ Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.09.92, nr. 107 § 23 pkt. 2.

⁹² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 5.

⁹³ Merknad til forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.01 nr. 765 § 7. Forskriften er nå opphevet.

⁹⁴ Årsrapport 2011, Bærum kommune, side 62.

⁹⁵ E-post av 16.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12

⁹⁶ Jf. kapittel 4.

⁹⁷ Jf. kapittel 3.

Det er gjort brukerundersøkelser med relevante indikatorer på tjenestesteder som tilbyr rehabiliteringstjenester, men mottakerne av rehabiliteringstjenester lar seg ikke skille ut som egen gruppe.⁹⁹

Dagens kunnskapsgrunnlag, både om effekter av rehabilitering¹⁰⁰ og om den nasjonale utviklingen på rehabiliteringsområdet,¹⁰¹ er mangelfull.

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering ba Helse- og omsorgsdepartementet Norges forskningsråd om å utarbeide en oversikt over forskningen på feltet habilitering og rehabilitering de siste fem årene, dvs. i perioden 2003-2008. *Noe av det mest interessante denne kartleggingen viste var mangelen på forskning knyttet til rehabilitering i tråd med rehabiliteringsdefinisjonen fra forskrift om habilitering og rehabilitering. Det gjøres forskning på mange delprosesser, men forskning på effekt av rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet er nærmest totalt fraværende.*¹⁰² Den forskningen som er gjort har gjennomgående for svakt dokumentasjonsgrunnlag og evner i følge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ikke å dokumentere at endringene som måles skyldes rehabiliteringstiltakene.¹⁰³

I Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten fremkommer det at det i dag ikke er *en tilfredsstillende måte å registrere rehabiliteringsaktivitet i kommunene eller helseforetakene på.*¹⁰⁴ Videre fremkommer det at det ikke er utviklet indikatorer som gjør det mulig å måle om det har skjedd noen utvikling av tjenestetilbudet på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet skriver i kommentar til Riksrevisjonen at *det er utfordringer knyttet til å konkretisere rehabiliteringsprosesser, men departementet vil arbeide langsiktig og systematisk med tanke på å bedre rapportering knyttet til rehabilitering.*¹⁰⁵

6.2 Revisjonens vurdering

Det gjøres ikke målinger som gir informasjon om resultatene av tjenesteproduksjonen på rehabiliteringsområdet.

Uttalelser fra rådmannen og de revisjonen har intervjuet viser at det gjøres mange vurderinger og rapporteringer knyttet opp mot måloppnåelse på individnivå. Denne informasjonen nyttegjøres ikke i vurderinger av måloppnåelse på aggregert nivå, og de eksisterende

⁹⁸ Jf. kapittel 3.1

⁹⁹ E-post av 10.04.12 der Rådmannen besvarer revisjonens henvendelse av 09.03.12

¹⁰⁰ Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.11.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

¹⁰¹ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012), side 13

¹⁰² Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.11.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011. En nærmere gjennomgang av forskningen på området er tilgjengelig i denne rapporten og i *Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet*, rapport nr. 27-2009 fra Kunnskapssenteret.

¹⁰³ Effekter av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet, side 3 og 33. Rapport nr. 29. 2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

¹⁰⁴ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012), side 9-12.

¹⁰⁵ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012), side 13

systemene for rapportering synes å være preget av mangler og begrensninger knyttet til variabler som beskriver rehabiliteringsområdet.

Manglende kontroll og oversikt over rehabiliteringsområdet er ikke særegent for Bærum kommune. Dette er også en utfordring på nasjonalt nivå.

Fullstendig oversikt og kontroll over måloppnåelse på rehabiliteringsområdet er om mulig noe som krever betydelige ressurser og kompetanse. Tilpasninger i budsjetter og eksisterende rapporteringssystemer kan forbedre kommunens kunnskap om utviklingen på rehabiliteringsområdet. Ved å gjøre målinger og kontroller rettet mot delmål i rehabiliteringssatsingen kan det gis innblikk i forhold som er relevante for vellykket rehabilitering.

Kravene som stilles til kontroll og oversikt må avveies mot ressursbruken. Gode systemer for måling av måloppnåelse kan i seg selv være kostbart. I tillegg kan en slik tilrettelegging kreve vesentlig bedre oversikt over tjenesteproduksjon og ressurser enn det som er status i dag. På den annen side kan kunnskap fra slike målinger brukes som styringsverktøy og gi effektiviseringsgevinster.

7. REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Kontrollutvalget ønsket å undersøke om forutsetningene for effektiv rehabilitering er til stede, herunder om rehabiliteringen er organisert slik at det tilrettelegges for tverrfaglig samhandling og om kommunen har oversikt over tjenesteproduksjonen og kunnskap om måloppnåelsen for brukerne.

Rehabilitering har en komplisert definisjon og et svært omfattende virkeområde. Det er mange forskjellige tiltak som kan inngå i et konkret rehabiliteringsopplegg. Tilsvarende er det mange yrkesgrupper som i varierende grad medvirker i rehabilitering. En utfordring ligger i at disse må samarbeide på tvers for å drive vellykket rehabilitering.

Revisjonens gjennomgang avdekker at det er manglende oversikt over rehabiliteringen i kommunen. Dette gjør at det er vanskelig å vurdere om forutsetningene for effektiv rehabilitering, herunder tverrfaglig samhandling, er til stede.

Rapporten fokuserer på avvik på området, da hensikten er å belyse områder som kan forbedres.

7.1 Hovedfunn

- Det er ikke en felles forståelse av begrepet rehabilitering blant aktørene som medvirker i rehabiliteringsprosessene.
- Det er ikke mulig å ta ut en samlet oversikt over antall rehabiliteringsbrukere.
- Det er ikke mulig å finne ut hvor mye ressurser som bevilges eller brukes på rehabilitering.
- Manglende oversikt gjør det umulig å få oversikt over måloppnåelsen på området.

7.1.1 *Manglende felles forståelse av rehabilitering*

Revisjonen mener det er uheldig at de som jobber med rehabilitering mangler en felles forståelse av begrepet. Dette kan få innvirkning på hvordan man jobber med brukerne og dermed for om man lykkes med rehabiliteringsopplegget. Vellykket tverrfaglig samhandling forutsetter normalt at aktørene har en felles forståelse om prosessen.

Med en så vid definisjon av rehabilitering og en så stor kommune som Bærum, må nødvendigvis aktørene som yter tjenester være spredt organisatorisk. Disse organisatoriske enhetene vil ha forskjellige prioriteringer og satsningsområder. Vellykket rehabilitering forutsetter at alle som samarbeider er innforstått med arbeidsmetodikken og er gitt mulighet til å prioritere denne i hverdagen. Det synes å være et behov for en tydeligere forankring av rehabiliteringstankegangen på ledernivå i organisasjonen. Dette vil kunne gi aktørene nedover i systemet den konkrete markeringen man etterlyser om at man til tross for knappe ressurser skal prioritere og tilrettelegge for denne typen samarbeid.

Revisjonen mener det er uheldig dersom det medfører riktighet at pasienter som ikke er i målgruppen for rehabilitering blir liggende ved en rehabiliteringsavdeling over lengre tid. Pasienten blir da henvist til et annet tilbud enn det vedkommende har behov for, mens de ansatte ved avdelingen får utfordringer knyttet til utviklingen av arbeidsmetodikk. Tilsvarende mener revisjonen det er uheldig dersom presset for å frigjøre institusjonsplasser blir så stort at

man skriver pasienter for tidlig ut fra rehabiliteringsopphold. At rapporterte plasser ikke brukes etter intensjonen vanskeliggjør overordnet styring av området.

Revisjonen mener det er viktig at tjenestestedene fortsetter med faste tverrfaglige møter og at forholdene tilrettelegges slik at man kan videreutvikle denne typen samarbeid.

7.1.2 Manglende oversikt over brukerne

Gjennomgangen viser at det ikke er mulig å ta ut en samlet oversikt over antall rehabiliteringsbrukere i kommunen. Vanskelighetene med å få skilt ut rehabiliteringsbrukerne som egen gruppe har opplagt en sammenheng med begrepets vide definisjon. Innen rehabilitering skal flere aktører samarbeide på tvers av tjenestesteder og sektorer, og på ulike arenaer (i institusjon og hjemme hos bruker). Det er naturlig at det da blir vanskelig å holde en samlet oversikt over brukerne. Det er i dag til en viss grad mulig å ta ut en oversikt over brukerne innenfor enkelte tjenestesteder og kategorier av rehabiliteringsmottakere. Pr i dag er imidlertid ikke dette noe som gjøres systematisk.

Mangelen på oversikt gjør at man ikke kan få helhetsbilde av rehabiliteringen i kommunen. Når det ikke er mulig å identifisere brukerne/mottakerne av rehabilitering, kan man heller ikke tallfeste dem.

Revisjonen mener man bør konkretisere innholdet i systemansvaret til Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og ta en grundig gjennomgang av hvilke plikter og arbeidsoppgaver som påhviler enheten. Dette bør så kommuniseres tydelig utad i kommunen.

Dagens praksis der koordinerende enhet utpeker det tjenestested som skal ha koordineringsansvaret basert på en vurdering av hvem som er mest inne i saken, er ikke i samsvar med kommunens kvalitetsprosedyre for individuell plan. Revisjonen har fått forståelse for at det er igangsatt et arbeid med å revidere den aktuelle prosedyren.

7.1.3 Manglende økonomisk oversikt

Det er i dag ikke mulig å finne ut hvor mye ressurser som bevilges eller brukes på rehabilitering ut fra informasjonen i økonomisystemet. Økonomitallene viser bare delvis hvor rehabiliteringen skjer og bare delvis hvor mye av aktiviteten som brukes til rehabilitering. Handlingsprogrammene eller årsrapportene gir dermed heller ikke informasjon om den samlede aktiviteten på rehabilitering.

Dersom en ønsker å få frem mer pålitelige økonomitall for rehabilitering må man styrke den økonomiske styringsinformasjonen om området. Dette kan man gjøre ved å opprette en egen formålskode for dette i økonomisystemet der de ulike enhetene fører denne aktiviteten, eller så kan en opprette egne enheter med egne ansvarskoder som kun driver med rehabilitering. Begge løsninger vil gi bedre informasjon enn man har i dag, men likevel ikke en fullstendig oversikt over området.

7.1.4 Manglende informasjon om måloppnåelse

Med manglende oversikt over brukere og ressursbruk er det også umulig å si noe om måloppnåelsen og effekten, både positiv og negativ, av tiltak på området.

Dersom man skal få en samlet oversikt over tjensteproduksjonen er man avhengig av å sammenstille aktiviteten til en rekke ulike tjenestesteder og tjenesteytere. For noen av disse er rehabilitering en vesentlig del av deres virke, for andre er det en mindre eller ubetydelig del.

7.2 Anbefalinger

Revisjonen foreslår at Kontrollutvalget vedtar følgende anbefalinger til Rådmannen:

1. Rådmannen bør iverksette tiltak som kan gi de folkevalgte bedre styringsinformasjon om rehabilitering.
2. Rådmannen bør vurdere tiltak for å sikre at de ulike typene institusjonsplasser brukes til det de er ment for.
3. Rådmannen bør påse at prioriteringen av rehabilitering er forankret på alle nivåer i organisasjonen.
4. Rådmannen bør sikre at tjenestestedene prioriterer tverrfaglige møter og samarbeid for å bidra til felles forståelse av rehabiliteringsprosessen.

KILDER

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Rapport IS-1947, Helsedirektoratet 12/2011.

Bærum Kommunes internettsider: <https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Tildelingskontoret/>

Bærum Kommunes internettsider: <https://www.baerum.kommune.no/Temastruktur/Tjenester-a---a/Sykehjem---langtidsopphold/>

Bærum Kommunes intranett: <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie--og-omsorg/Tenestesteder/Tildelingskontoret/Team-psykisk-helse/Koordinerende-enhet1/>

Bærum Kommunes intranett: <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie--og-omsorg/Styringssystem-i-PL0/Kvalitetshandboken/Handbok-i-Pasient--og-brukerrettigheter/Individuell-plan/>

Effekter av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet. Rapport nr. 29. 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Eldremelding 2006-2015, vedtatt av kommunestyret 28.02.07.

E-post av 09.03.12 fra revisjonen til rådmannen.

E-post av 10.04.12 fra rådmannen til revisjonen.

E-post av 16.04.12 fra rådmannen til revisjonen.

Helsemelding 2009-2015, vedtatt av kommunestyret 28.10.09.

Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.01 nr. 765. Forskriften er opphevet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.11 nr. 1256.

Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner av 15.12.00 nr. 1425.

Handlingsprogram 2011-2014, vedtatt av kommunestyret 08.12.10.

Handlingsprogram 2012-2015, vedtatt av kommunestyret 14.12.11.

Hovedrapport ASSS-nettverket 2011, Rapporteringsåret 2010, www.ks.no.

Kommunestyret møte 28.02.07, sak 011/07 *Eldremelding 2006-2015*.

Kommunestyret møte 28.10.09, sak 075/09 *Helsemelding 2009-2015 – endelig behandling*.

Kontrollutvalget møte 12.12.11, sak 053/11 *Forvaltningsrevisjoner 2012*.

Kontrollutvalget møte 06.02.12, sak 004/12 *Frister forvaltningsrevisjoner 2012*.

Kontrollutvalget møte 16.04.12, sak 020/12 *Forvaltningsrevisjon – endring av bestilling*.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, Helsedirektoratets nettsider:

<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/koordinerende-enhet/Sider/default.aspx>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 nr. 30.

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 25.09.92, nr. 107.

Meld. St.16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.

Merknader til forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.01 nr. 765.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.

Om habilitering og rehabilitering, Helsedirektoratets nettsider:

<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/om-habilitering-og-rehabiliterin/Sider/default.aspx>

Prop. 91 L 2010–2011 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011-2012).

Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt (RSK 001), fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 01.02.11.
St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring.
Veiledning til regnskapsrapportering i KOSTRA – regnskapsåret 2011.
Økonomihåndbok, Bærum kommune.
Årsrapport 2011, Bærum kommune 2012.

RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

NOTAT

Dato: 16.05.2012
Arkivkode: N-011.7
J.postID: 12/61452
Arkivsaksnr: 12/3155

Til:

Eirik Lindstrøm

Fra:

Nitika Dhall

Kopi til:

Trine E. Bakkeli
Bovild Tjønn

Vedrørende: **Forvaltningsrevisjon - rehabiliteringen i Bærum kommune**

Det vises til brev av 2.5.2012, hvor rådmannen bes om å kvalitetssikre faktabeskrivelser og evt. misforståelser.

Generelt

Revisjonen har fått et omfattende oppdrag, hvor hovedmålet er svare på om forutsetningene for effektiv rehabilitering er til stede.

Revisjonen har lagt ned betydelig arbeid i utarbeidelsen av rapporten som dekker en prosess (rehabilitering) med et stort spenn, er komplekst og involverer ulike fag på tvers av organisasjonen. I tillegg finnes det lite objektive data som kan brukes til å vurdere de ulike aspekter ved tjenesten som revisjonen har undersøkt.

Kommunerevisjonen har gjennomført revisjon basert på en kvalitativ metode, som legger stor vekt på intervjuer av 11 informanter, i tillegg til to kommunalsjefer. Revisjonen skriver *selv om revisjonen har besøkt mange enheter, er antallet informanter få*. Rehabilitering dekker 5-6 profesjoner som i ulik grad bidrar til et rehabiliteringsforløp for brukere. Det er rådmannens oppfatning at rapporten bærer preg av en for stor generaliseringsgrad ift. antall intervjuobjekter, og det kan derfor stilles spørsmål ved hvor allment gyldig konklusjonene kan trekkes jf. utvalget. Informantene belyser situasjonen fra sitt ståsted. Imidlertid er rådmannen usikker på om man alene kan legge avgjørende vekt på 11 uttalelser for å kunne vurdere rehabilitering som et innsatsområde i Bærum kommune.

Når det gjelder styringsinformasjon er rådmannen enig i at det ikke finnes gode data/måleindikatorer som kan gi helhetlig og tilstrekkelig informasjon om rehabilitering ift. planlegging, prioritering, gjennomføring og utviklingstrekk. Denne utfordringen finnes ikke bare på kommunenivå, men også på spesialist- og nasjonalt nivå. Kommunen har andre brukergrupper og tjenesteområder hvor det finnes tilsvarende utfordringer mht. god

styringsinformasjon, eksempelvis rus, demensomsorg, helsefremmede tiltak og forebyggende arbeid innenfor ulike områder.

Samhandlingsreformen skal bidra til å tydeliggjøre roller og ansvar for de ulike aktørene og nivåene og fordrer at det etableres gode mål og styringsverktøy slik at brukere kan få et helhetlig pasientforløp.

Revisjonen har også kommet med gode betraktninger og forslag til tiltak som tjenestene kan bruke som et utgangspunkt for gode diskusjoner og læring.

Nedenfor kommenteres enkelte punkter i rapporten:

3.2

På institusjoner med kortidsplasser er det ikke mulig å skille ut hvilke pasienter som mottar rehabilitering og hvilke som får en annen form for tilbud.

For det første er det ikke mulig å identifisere mottakerne av rehabilitering, og dermed kan man heller ikke tallfeste antall brukere.

Tildelingskontoret har full oversikt over hvilke pasienter som mottar rehabilitering og hvilke som mottar annet tilbud på kortidsplassene. Kommunen har disse dataene på individnivå. Imidlertid har kommunen ikke et godt nok verktøy for å kunne aggregere og sammenstille dataene på et overordnet nivå.

5.1 – side 18

En rekke informanter mener det foreligger liten interesse og kunnskap oppover i systemet om hva som skal til for å drive vellykket rehabilitering.

Det er uklart hvilke ledelsesnivå det siktes til i ovennevnte setning. Rådmannen vurderer at tjenesteledere har særdeles god og høy kompetanse innenfor dette området.

Tiltaket innebærer en reduksjon i kommunens rehabiliteringstilbud, da man delvis bedrev rehabilitering ved de 8 kortidsplassene som ble omgjort.

Rådmannen forstår ikke bakgrunnen for ovennevnte konklusjon. I forbindelse med samhandlingsreformen er disse 8 kortidsplassene omdøpt til mottaksplasser. I tillegg er det økt med 8 ytterligere plasser da det ble vedtatt å innføre dobbeltrom ved mottaksplassene. Disse plassene er rettet mot samme brukergruppe som tidligere. Før samhandlingsreformen ble den første vurderingen foretatt ved sykehuset, mens den nå skal tas av kommunen. Hensikten med mottaksplassene er å vurdere om brukeren skal videre til et korttidsopphold eller få et tilbud i hjemmet.

Pleie- og omsorg arbeider kontinuerlig med å evaluere og vurdere type institusjonsplasser og innhold i disse for å sikre en riktig profil, slik at den er tilpasset brukernes behov for tjenester.

5.3.1

Under punkt 5.3 refereres det til ulike påstander/uttalelser fra informantene som tildelingskontoret ikke kjenner seg igjen og som ikke er verifisert av dem. Det er uheldig at de gjengis på denne måten. Revisjonen skriver selv at man *ikke har belegg for å konkludere at*

dette faktisk skjer. Slike uttalelser vil kunne bidra til å svekke omdømme av tjenesten og skape unødvendig frykt hos brukere. Det er viktig å huske på at rehabilitering utføres av ulike profesjoner og beskriver ulike prosesser på individnivå. Det vil derfor ofte kunne være ulike oppfatninger av rehabiliteringstjenestene.

Rådmannen ønsker likevel å kommentere enkelte påstander:

Dette gjør at kontoret har fokus på å frigjøre plasser og redusere gjennomsnittlig liggetid i institusjonene. Flere informanter fremhever at man har forståelse for at det skal være effektiv utnyttelse av plassene, men opplever samtidig at det kan bli for sterkt press fra Tildelingskontoret. Det hevdes at det er en reell risiko for at man i enkeltsaker skriver ut pasienter og sender dem hjem tidligere enn man burde.

Det er riktig at tildelingskontoret skal ha fokus på å få sirkulasjon i plassene for å sikre en rettferdig fordeling og optimal bruk av ressursene. Dette skal selvsagt skje uten at brukere skrives ut tidligere enn de burde. Det vil være ulike faglige oppfatninger av hva som er "godt nok", og hva som kan gis som hjemmerehabilitering.

For det andre hevdes det at en rekke brukere ved rehabiliterings- eller korttidsavdeling burde hatt vedtak om langtidsplass, men at Tildelingskontoret avventer å fatte slikt vedtak for å unngå at brukerne blir del av en dårlig statistikk. Tildelingskontoret fremhever derimot at det er viktig at man ikke fatter vedtak om langtidsopphold for tidlig i prosessen.

Det presiseres at tildelingskontoret fatter vedtak etter en helhetlig vurdering og har flere verktøy for å foreta denne vurderingen. Alle muligheter skal være utprøvd før beslutningen om langtidsplass tas. Vedtaket fattes i vedtaksmøte med lege til stede. Denne praksisen er i tråd med kommunes policy og omsorgstrappen.

Garantitiden løper ikke så lenge en person har opphold i institusjon, selv om det er "feil" type institusjon.

Garantitiden gjelder for hjemmeboende pasienter. De som er på institusjon er ivaretatt.

Anbefalinger

1. Rådmannen bør iverksette tiltak som kan gi de folkevalgte bedre styringsinformasjon om rehabilitering.

Eksisterende systemer egner seg ikke for å ta ut oversikter på et overordnet nivå eller til sammenstilling av dataene, jf. revisjonens vurdering under punkt 3.2. Pr. dags dato er det kun mulig å innhente informasjon gjennom Kostra og Iplos. Som et ledd i samhandlingsreformen skal det etableres både bedre og tydeligere mål, samt bedre styringsverktøy for å oppnå målet om et bedre og mer effektivt pasientforløp. Rådmannen er i tvil om det er hensiktsmessig å utarbeide egen styringsinformasjon da dette er en meget omfattende og ressurskrevende oppgave. Videre er det usikkert om dette ville kunne gi full ut dekkende informasjon.

2. Rådmannen bør vurdere tiltak for å sikre at de ulike typene institusjonsplasser brukes til det de er ment for.

Rådmannen har som mål at de ulike institusjonsplassene skal brukes ihht. intensjoner, vedtatte kriterier og lovverk. Videre skal hver plass kunne tilpasses den enkeltes individuelle behov så langt dette er mulig. Kommunen står imidlertid fritt til å velge på hvilke måte den vil yte sine tjenester. I perioder er det behov for å bruke plassene noe fleksibelt for å sikre en effektiv bruk av plassene samt brukernes behov for bistand. Mottaksplasser opprettet som følge av samhandlingsreformen vil justeres i takt antall pasienter som utskrives fra sykehus. Dette vil også kunne medføre en justering av øvrige institusjonsplasser.

Det understrekes at tildelingskontoret har god oversikt over type vedtak, lengde på opphold, gjennomsnitt liggetid med mere. Dette følges opp månedlig.

3. Rådmannen bør påse at prioriteringen av rehabilitering er forankret på alle nivåer i organisasjonen.

Rehabiliteringstjenester ble slått sammen og omorganisert i 2011. Som en oppfølging av dette arbeidet er det planlagt et tverrfaglig møte for ledere innenfor helse- og sosial og pleie- og omsorg i løpet av høsten 2012. Hensikten med møtet er å sikre forankringen samt samhandling mellom programområdene. Rådmannen vil arbeide systematisk for å øke bevisstheten og sikre gode arenaer for samarbeid mellom de ulike tjenestestedene for å kontinuerlig forbedre tjenestene til brukerne.

4. Rådmannen bør sikre at tjenestestedene prioriterer tverrfaglige møter og samarbeid for å bidra til felles forståelse av rehabiliteringsprosessen.

Se svar under punkt 3.

Med hilsen

Hans Kristian Lingsom
fung. rådmann

REVISJONENS BEMERKNINGER

Revisjonen finner grunn til å knytte enkelte bemerkninger til høringssvaret fra rådmannen. I tilknytning til revisjonens metode uttaler rådmannen at rapporten bærer preg av en for stor generaliseringsgrad i forhold til antall intervjuobjekter og at man er *usikker på om man alene kan legge avgjørende vekt på 11 uttalelser for å kunne vurdere rehabilitering som et innsatsområde i Bærum kommune.*

Revisjonen vil bemerke at det ikke er slik at funnene og vurderingene i rapportene utelukkende er basert på opplysninger fra informanter. Revisjonen har gjennomgått et omfattende skriftlig materiale om rehabilitering, herunder en rekke nasjonale og kommunale proposisjoner og planer. Revisjonen har videre benyttet informasjon tilgjengelig på internett, samt fra kommunens økonomisystem og fra dokumentasjons- og saksbehandlingssystemet Helios. Vi viser også til kildehenvisningen i rapporten.

Det er riktig at revisjonen påpeker i rapporten at antallet informanter er få. Vi finner grunn til å bemerke at de personene revisjonen har intervjuet er sentralt plassert på ulike nivåer innen kommunens rehabiliteringstjeneste, og ikke tilfeldig utvalgt. Flere er tjenesteledere som i følge rådmannens eget høringssvar besitter *særdeles god og høy kompetanse innenfor dette området.*

I tilknytning til rapportens punkt 5.1 angir rådmannen at man ikke kan forstå bakgrunnen for revisjonens vurdering om at opprettelsen av mottaksplasser ved Hennie Onstad *innebærer en reduksjon i kommunens rehabiliteringstilbud, da man delvis bedrev rehabilitering ved de 8 korttidsplassene som ble omgjort.* Revisjonens resonnement er som følger: Før opprettelsen av mottaksplasser ble disse 8 plassene delvis benyttet til rehabilitering. Så blir de gjort om til 16 mottaksplasser (8 dobbeltrom). Ledelsen ved Hennie Onstad opplyser at det er helt klart at man ikke skal drive rehabilitering ved disse mottaksplassene. Dette skulle tilsi at det er en reduksjon i rehabiliteringstilbudet ved institusjonen (riktignok samtidig som man øker tilbudet om mottaksplasser).

I tilknytning til punkt 5.3.1 angir rådmannen at det er uheldig at revisjonen gjengir påstander fra informanter som tildelingskontoret ikke kjenner seg igjen i og som ikke er verifisert av dem. Det vises også til at revisjonen selv skriver at man ikke har belegg for å bekrefte påstandene. Det er riktig at revisjonen skriver at man ikke har belegg for å verifisere påstandene. Revisjonen skriver imidlertid samtidig at det kan *stilles spørsmål ved om påstandene bør undersøkes nærmere.* Dette har sammenheng med at når mange informanter uavhengig av hverandre fremsetter påstander om at kommunen bryter gjeldende regelverk, så mener revisjonen at påstandene bør tas på alvor og undersøkes nærmere, om ikke annet for å avklare at den påståtte praksis ikke forekommer.

Rådmannens kommentarer til anbefalingene

Revisjonen registrerer rådmannens kommentarer i tilknytning til rapportens anbefalinger. Det er vanskelig å forstå kommentarene til rapportens to første anbefalinger på annen måte enn at rådmannen langt på vei er uenig i revisjonens anbefalinger og mener det ikke er grunnlag for å følge opp disse.

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