



# Rehabilitering ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter

Forvaltningsrevisjon

24.01.13

# INNHold

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Hva er rehabilitering? .....	1
1.2 Vurderingskriterier .....	1
1.3 Særlig om Bærum kommunes rehabiliteringstilbud.....	3
1.4 Revisjonens forståelse av bestillingen og avgrensinger .....	3
1.5 Anvendte metoder i prosjektet .....	4
1.6 Disposisjon.....	5
1.7 Rådmannens kommentarer .....	5
<b>2. BRUKERGRUPPEN.....</b>	<b>6</b>
2.1 Faktagrunnlag .....	6
2.2 Revisjonens vurdering.....	7
<b>3. BEMANNING.....</b>	<b>9</b>
3.1 Faktagrunnlag .....	9
3.2 Revisjonens vurdering.....	10
<b>4. FAGKOMPETANSE .....</b>	<b>11</b>
4.1 Faktagrunnlag .....	11
4.2 Revisjonens vurdering.....	12
<b>5. TVERRFAGLIG SAMHANDLING OG SAMARBEID.....</b>	<b>14</b>
5.1 Faktagrunnlag .....	14
5.2 Revisjonens vurdering.....	17
<b>6. RUTINEBESKRIVELSER.....</b>	<b>18</b>
6.1 Faktagrunnlag .....	18
6.2 Revisjonens vurdering.....	19
<b>7. UTSTYR OG HJELPEMIDLER .....</b>	<b>20</b>
7.1 Faktagrunnlag .....	20
7.2 Revisjonens vurdering.....	21
<b>8. REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>22</b>
8.1 Hovedinntrykk.....	22
8.2 utfordringer.....	22
8.3 anbefalinger .....	23
<b>KILDER.....</b>	<b>25</b>
<b>RÅDMANNENS HØRINGSSVAR .....</b>	<b>27</b>
<b>REVISJONENS BEMERKNINGER .....</b>	<b>28</b>

## 1. INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok å gjennomføre følgende forvaltningsrevisjon:<sup>1</sup>

*Rehabilitering ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter  
Forvaltningsrevisjonen skal undersøke om rammebetingelsene for å gi et godt  
tverrfaglig rehabiliteringstilbud til pasientene ved Lønnås bo- og  
rehabiliteringssenter er til stede.*

Kontrollutvalget satte fristen for ferdigstilling til møtet i februar 2013.<sup>2</sup>

### 1.1 Hva er rehabilitering?

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.<sup>3</sup>*

Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, og om praktisk/økonomisk hjelp.<sup>4</sup>

Rehabilitering er en prosess med brukeren i sentrum. Den skal være planlagt og målrettet. Brukerens behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag. Tjenesteyternes rolle er å bistå brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse.<sup>5</sup>

Innen rehabilitering er samhandling mellom tjenesteytere og bruker helt avgjørende for å lykkes. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål.<sup>6</sup> Rehabilitering dreier seg altså ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system.<sup>7</sup>

### 1.2 Vurderingskriterier

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

#### 1.2.1 Viktige lover og bestemmelser

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen blant annet skal tilby *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.*<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Kontrollutvalget møte 20.08.12, sak 033/12 *Forslag om presisering av forvaltningsrevisjoner.*

<sup>2</sup> Kontrollutvalget møte 20.08.12, sak 036/12 *Frister forvaltningsrevisjoner høsten 2012.*

<sup>3</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

<sup>4</sup> St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

<sup>5</sup> Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

<sup>6</sup> Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

<sup>7</sup> St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

<sup>8</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 § 3-2 nr. 5.

Forskrift om habilitering og rehabilitering gir en nærmere konkretisering av kommunens ansvar.<sup>9</sup> 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 tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.<sup>10</sup>

## **1.2.2 Politiske vedtak og dokumenter**

### *1.2.2.1 Nasjonale føringer*

Nasjonal 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.<sup>11</sup>*

Flere av satsningene i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

### *1.2.2.2 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.*<sup>14</sup> 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 budsjettammer 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>*

<sup>9</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011.

<sup>10</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 § 1.

<sup>11</sup> Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), side 7.

<sup>12</sup> St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9, *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*.

<sup>13</sup> Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), side 58.

<sup>14</sup> Kommunestyret møte 28.02.07, sak 011/07 Eldremelding 2006-2015.

<sup>15</sup> Eldremelding 2006-2015, punkt 1.2.

<sup>16</sup> Eldremelding 2006-2015, punkt 1.2.

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.<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup>

I Handlingsprogram for 2013-2016 understrekes det at:

*Samhandlingsreformen startet i januar 2012. Den er en retningsreform hvor kommunene har fått økt ansvar for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. I dette ligger blant annet et ansvar for å styrke kommunale lavterskeltiltak innen både forebygging, behandling og rehabilitering.*<sup>19</sup>

### 1.3 Særlig om Bærum kommunes rehabiliteringstilbud

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 brukerne 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.

Når det gjelder rehabilitering i institusjon gis det blant annet tilbud ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter, Hennie Onstad bo- og rehabiliteringssenter, Vallerhjemmet og Løkka korttidsavdeling. Lønnås bo- og rehabiliteringssenter skiller seg ut ved at dette er eneste institusjon som har en egen avdeling og et dagsenter der plassene er forbeholdt rehabiliteringsbrukere.<sup>20</sup> Lønnås er tilrettelagt for og skal behandle de tyngste rehabiliteringsbrukerne i kommunen.

### 1.4 Revisjonens forståelse av bestillingen og avgrensinger

Denne undersøkelsen skal belyse om rammebetingelsene for å gi et godt tverrfaglig rehabiliteringstilbud er til stede ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter. *Rammebetingelser og godt tverrfaglig rehabiliteringstilbud* er vide begreper med uklare yttergrenser.

Godt tverrfaglig rehabiliteringstilbud er ikke en enkel målbar og objektiv størrelse. På den annen side kan man ut fra gjeldende regleverk og overordnede politiske dokumenter, utlede en del forutsetninger som kjennetegner et godt rehabiliteringstilbud:

- Prosessen skal være tidsbegrenset, planlagt og målrettet.<sup>21</sup>
- Ulike faggrupper skal samarbeide om brukerens rehabilitering.<sup>22</sup>
- Brukermedvirkningen skal være optimal. Brukerens behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag.<sup>23</sup>

Revisjonen legger en vid forståelse av begrepet rammebetingelser til grunn. I prinsippet er alle faktorer som kan tenkes å påvirke kvaliteten på rehabiliteringstilbudet relevant. Enkelte

<sup>17</sup> Eldremelding 2006-2015, punkt 3.1.

<sup>18</sup> Eldremelding 2006-2015, punkt 3.1.

<sup>19</sup> Handlingsprogram 2013-2016, Rådmannens grunnlagsdokument, side 69.

<sup>20</sup> E-post av 16.04.12 fra Rådmannen i forbindelse med forvaltningsrevisjonen *Rehabiliteringen i kommunen*.

<sup>21</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

<sup>22</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

<sup>23</sup> Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, punkt 2.1. Rapport IS-1947 utgitt av Helsedirektoratet 12/2011.

faktorer er forholdsvis opplagte og kan angis i målbare størrelser, for eksempel antall ansatte som jobber ved en rehabiliteringsavdeling eller de ansattes formelle fagkompetanse. Andre er vanskeligere å konkretisere, for eksempel ansattes holdninger og evne til samarbeid. Innenfor rammene av denne undersøkelsen er det neppe mulig å gi en uttømmende liste over relevante faktorer for å skape et godt rehabiliteringstilbud.

Rapporten fokuserer på tilbudet som gis ved rehabiliteringsavdelingen og til dels dagsenteret på Lønnås bo- og rehabiliteringssenter. Tilbudet ved de andre avdelingene<sup>24</sup> på Lønnås eller kommunens rehabiliteringstilbud for øvrig, er således ikke omfattet.

Begrepene *bruker* og *pasient* benyttes om hverandre for å beskrive personene som mottar rehabilitering ved Lønnås.

Når det i rapporten snakkes om *ansatte* revisjonen har intervjuet, siktes det til alle vi har snakket med som arbeider med rehabilitering ved Lønnås. Begrepet dekker således også dem som formelt er ansatt ved andre tjenestesteder, men utøver hoveddelen av sitt virke overfor brukerne ved rehabiliteringsavdelingen, dvs. fysioterapeutene, ergoterapeutene og logoped.

## 1.5 Anvendte metoder i prosjektet

Prosjektet er gjennomført og rapportert i samsvar med *Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001).<sup>25</sup>

Denne rapporten bygger på en intervjuundersøkelse blant ansatte som er involvert i rehabiliteringsvirksomheten ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter. I tillegg har revisjonen benyttet offentlig dokumentasjon, administrative tall og informasjon fra kommunens intranett. Det er gjennomført 20 intervjuer i forbindelse med prosjektet.

*Utvalget har følgende fordeling:*

	<b>Antall</b>
Sykepleiere	5
Hjelpepleiere	4
Fysioterapeuter	3
Ergoterapeuter	3
Lege	1
Logoped	1
Avdelingssykepleier	1
Tjenesteleder ved Lønnås	1
Tjenesteleder ved avdeling Rehabilitering, Opptrening og rehabilitering	1
<b>SUM</b>	<b>20</b>

Revisjonen har hatt som mål å ivareta informantenes anonymitet. Små forhold gjør derimot at man ikke kan utelukke at utsagn og meninger gjenkjennes og knyttes til personer.

<sup>24</sup> I tillegg til rehabiliteringsavdelingen og dagsenteret har Lønnås også en somatisk avdeling og en skjermet demensavdeling. <https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Tjenestesteder/Sykehjembo--og-behandlingscentre/Lonnas-bo--og-behandlingscenter/>

<sup>25</sup> Fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 01.02.11.

## 1.6 Disposisjon

I kapitlene nedenfor vil revisjonen gjennomgå relevante fakta vi har samlet inn, herunder særlig momenter som de ansatte i intervju med revisjonen selv trekker frem at innvirker på kvaliteten i rehabiliteringen ved Lønnås. Revisjonen vil gi en selvstendig vurdering knyttet til hvert enkelt tema som presenteres.

Stikkordsmessig vil følgende temaer berøres i kapitlene nedenfor:

- Brukergruppen ved avdelingen.
- Bemanningen ved avdelingen.
- Fagkompetansen ved avdelingen.
- Tverrfaglig samhandling og samarbeid.
- Rutinebeskrivelser.
- Utstyr og hjelpemidler.

Til slutt i rapporten vil vi gi en samlet konklusjon.

## 1.7 Rådmannens kommentarer

Rådmannens kommentarer til rapporten er vedlagt.

## 2. BRUKERGRUPPEN

Plassene ved rehabiliteringsavdelingen er beregnet for personer som har faglig begrunnet behov for medisinsk rehabilitering i institusjon.<sup>26</sup> Forskriftsdefinisjonen understreker at rehabilitering er en prosess som skal gi nødvendig bistand til *brukerens egen innsats* for å oppnå best mulig mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.<sup>27</sup> Det er avgjørende at en rehabiliteringsprosess planlegges og gjennomføres ut fra den enkelte brukers individuelle behov.<sup>28</sup>

Tildelingskontorets saksbehandlingsveileder understreker betydningen av søkerens egen motivasjon i rehabiliteringsprosessen, blant annet ved å angi at utgangspunktet er at søkere til rehabiliteringsopphold aktivt skal være med på å formulere målsettingen for sitt eget opphold.<sup>29</sup>

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ Personer som innvilges opphold ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås bør ha potensiale og motivasjon til å nyttiggjøre seg tilbudet.

### 2.1 Faktagrunnlag

De fleste ansatte revisjonen har intervjuet forteller at det regelmessig innvilges opphold ved avdelingen til brukere med så kompliserte lidelser og omfattende pleiebehov at det reelt sett ikke foreligger potensiale for rehabilitering. I tillegg vises det til at en del brukere mangler motivasjon til å delta i rehabilitering.

For eksempel vises det til at man får brukere med svært sammensatte lidelser, gjerne i form av rusproblemer, psykologiske utfordringer og mer tradisjonelle fysiske problemer. I en del av disse tilfellene oppleves lidelsen som gjør at brukeren får plass ved avdelingen som underordnet brukerens øvrige, mer dominante problemer. Et annet forhold som fremheves er at enkelte brukerne angivelig får plass ved avdelingen fordi de ikke passer inn i kommunens øvrige tilbudsapparat. Det typiske eksempelet er brukere som er for unge til å passe inn på seniorsenter.

Det eventuelle omfanget av denne typen innskrivelser er uklart og oppgis å variere med tiden. Forholdsvis mange fremhever at situasjonen synes å ha bedret seg markant det siste halvåret, men det gis uttrykk for usikkerhet knyttet til om denne utviklingen er et resultat av bevisste tiltak eller om den er tilfeldig.

På den annen side må det understrekes at det er kompliserte vurderinger som ligger bak en beslutning om tildeling av et rehabiliteringsopphold. Tildelingen av disse plassene er gjenstand for grundig saksbehandling i tråd med gjeldende regelverk, kommunalpolitiske føringer og veileder i saksbehandling innen pleie og omsorg.<sup>30</sup> Tildelingskontoret tilstreber

<sup>26</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 §§ 3-1 og 3-2 nr. 5, og Tildelingskontorets vilkår for tildeling av rehabiliteringsplass.

<sup>27</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

<sup>28</sup> St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

<sup>29</sup> <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Tenestesteder/Tildelingskontoret/Tildelingspraksis1/Veileder-til-Saksbehandling/Generelt-om-vilkar-for-tildeling-av-tjenester-kap-2-/Vilkar-for-tildeling-av-rehabiliteringsplass/>

<sup>30</sup> <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Tenestesteder/Tildelingskontoret/Tildelingspraksis1/>



god brukermedvirkning og kontakt med de utøvende tjenestestedene i denne typen saker. Det er pr. i dag heller ikke ventetid på å få plass ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås.<sup>31</sup>

Et annet forhold som mange ansatte fremhever som et problem, er at det er en del brukere med langtidsvedtak som blir liggende uforholdsmessig lenge ved rehabiliteringsavdelingen i påvente av ledig sykehjemsplass. Dette vil typisk være brukere der man har forsøkt å gjennomføre et rehabiliteringsopplegg, men dette ikke har hatt ønsket effekt. De ansatte fremhever at dette er brukere som forutsetter tett oppfølging og genererer omfattende pleieoppgaver som må utføres. Det påpekes at dette tar både tid og fokus vekk fra muligheten til å drive rehabilitering, særlig i morgenstellet av brukerne. Videre sier flere ansatte at økningen i denne typen brukere påvirker både kompetansen og rutinene ved avdelingen. Synspunktet er at det skjer en dreining fra rehabiliteringstankegang til pleie og omsorg. I tillegg er det en utilsiktet konsekvens at man på grunn av tidspresset ender opp med å nedprioritere bistand til de rehabiliteringsbrukerne som klarer seg ”greit” på egen hånd, men som kunne hatt nytte av ytterligere veiledning.

Verken Lønnås eller Tildelingskontoret fører noen statistikk som viser omfanget av denne utfordringen. Tildelingskontoret bekrefter imidlertid at brukere kan bli liggende i flere måneder i påvente av ledig plass.<sup>32</sup> Årsaken til ventetiden varierer, og kan både ha sammenheng med mangel på ledige plasser, men også med at for eksempel brukeren har bestemte ønsker om hvor han vil ha plass. Det spiller også en rolle om det er press på plassen gjennom søknader inn til Lønnås.

Mange ansatte påpeker at de den senere tid er blitt flinkere til å nedprioritere brukerne med langtidsvedtak, der dette kan gjøres. Samtidig etterlyser de fleste at man mer systematisk tar tak i denne problemstillingen. Det er særlig to løsninger som fremhves i den forbindelse. Det første er at man burde bli flinkere til å sende disse langtidsbrukerne hjem i påvente av ledig sykehjemsplass, med oppfølging fra rehabiliteringsteamene og hjemmesykepleien. Brukeren selv og ressurssterke pårørende er imidlertid ofte en hindring for en slik løsning, da disse opplever det som tryggere at brukeren forblir ved institusjonen.

Den andre løsningen som påpekes er at den kommunale garantitiden for langtidsplass i sykehjem burde løpe selv om brukeren har plass ved rehabiliteringsavdelingen. Bærum kommune har en tre måneders garanti til pasienter som venter hjemme på langtidsplass i sykehjem. Garantitiden løper fra vedtaksdato, men ikke så lenge en person har opphold i institusjon.<sup>33</sup>

## 2.2 Revisjonens vurdering

Det er selvfølgelig viktig at en rehabiliteringsavdeling får brukere som er i målgruppen for og er egnet til å motta det tilbudet som skal gis ved avdelingen. Uten at dette hensyn ivaretas vil neppe rehabiliteringsprosessen bli vellykket. Tilsvarende er det antakelig viktig å sikre at avdelingen over tid ikke blir sittende med for mange pleietrengende brukere som venter på ledig langtidsplass. På den annen side er det ikke nødvendigvis enkelt å identifisere de rette brukerne på forhånd. Det er vanskelige vurderinger som ligger til grunn for å finne de personene som er best egnet og vil kunne nyttiggjøre seg et rehabiliteringsopphold. Det er

<sup>31</sup> E-post av 22.11.12 fra Tildelingskontoret.

<sup>32</sup> E-post av 22.11.12 fra Tildelingskontoret.

<sup>33</sup> <https://www.baerum.kommune.no/Temastruktur/Tjenester-a---a/Sykehjem---langtidsopphold/>

heller ikke uvanlig at man først ser endring og utbytte av rehabiliteringsprosessen etter lang tids behandling.

Gjennomgangen viser at det ikke foreligger statistikk som dokumenterer eller gir antydninger om i hvilken grad man lykkes med rehabiliteringsarbeidet ved avdelingen. Eksempelvis er det ingen oversikt over omfanget av brukere som skrives ut til tilbud i eget hjem og som faktisk blir boende der over tid. Revisjonen mener det kunne være fornuftig å ha denne typen oversikt, spesielt når det stilles spørsmålsteget ved sammensetningen av brukergruppen. På den annen side gir de fleste ansatte uttrykk for at man lykkes med svært mange av brukere. Det skulle etter revisjonens oppfatning i så fall tyde på at brukergruppen ikke kan være så galt sammensatt.

Videre er det et selvstendig poeng at det ikke er rehabiliteringsbrukere som står i kø for å få plass ved avdelingen. Det er grenser for hvor lenge man bør la en plass stå ubenyttet. Det er press på institusjonsplasser i kommunen, og det er forståelig at man søker å fylle opp ledige plasser med personer som kan tenkes å nyttiggjøre seg tilbudet.

Det er antakelig ikke til å unngå at det oppstår en viss ventetid når brukerne i avdelingen får vedtak om langtidsplass i sykehjem. Det er imidlertid uheldig hvis omfanget blir så stort at det går ut over metoden og fagmiljøet på avdelingen, og dermed på kvaliteten på rehabiliteringen som ytes. Revisjonen bemerker imidlertid at det heller ikke i relasjon til denne problemstillingen foreligger statistikk eller annet materiale som gir oversikt over i hvilken grad dette faktisk er et reelt problem.

Revisjonen mener det bør vurderes om man skal undersøke nærmere det eventuelle omfanget av de utfordringene som beskrives ovenfor. Forholdene som beskrives kan potensielt ha negative konsekvenser for rehabiliteringen som ytes, samtidig som omfanget av disse problemene er høyst usikre.

### 3. BEMANNING

Rehabiliteringsavdelingen på Lønnås tilbyr rehabilitering i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 5 og tilhørende forskrifter.<sup>34</sup> Hensikten med oppholdet på avdelingen er å øke nivået for selvhjelp slik at pasienten kan bli utskrevet til ønsket bolig.<sup>35</sup> Rehabiliteringsoppholdet skal sikre en helhetlig oppfølging av brukeren gjennom planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål.<sup>36</sup>

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ Rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås må ha tilstrekkelig bemanning til å kunne gjennomføre rehabilitering av brukerne i tråd med kravene i gjeldende regelverk.

#### 3.1 Faktagrunnlag

Organisasjonsmodellen ved Lønnås er slik at sykepleierne og hjelpepleierne er ansatt ved selve institusjonen, i sektor Pleie og Omsorg. Fysio- og ergoterapeutene som jobber med brukerne på avdelingen, er derimot underlagt Helse og Sosial. Disse gruppene har således forskjellige tjenesteledere.

I utgangspunktet fordeles budsjetttrammen til kommunens institusjoner innen Pleie og omsorg ut fra en vektingsmodell.<sup>37</sup> Summen av vektningen avgjør hvor stor budsjetttramme den enkelte institusjon får. En rehabiliteringsplass er vektet noe høyere enn en vanlig langtidsplass. Dette har sammenheng med at rehabiliteringsbrukerne normalt har mer krevende og sammensatte behov, og dermed krever mer ressurser. Videre skal rehabilitering være en mer intensivert, målrettet innsats over en tidsbegrenset periode.

Rehabiliteringsavdelingen på Lønnås har pr. i dag 22 plasser.

I perioden 2009-2011 hadde rehabiliteringsavdelingen på Lønnås ekstra bemanning. I denne perioden ble det gitt betydelige tilskudd til budsjetttrammen, over 3 millioner årlig, som følge av utfordringene knyttet til særlig krevende brukere. Disse brukerne flyttet videre i systemet i desember 2011 og januar 2012.<sup>38</sup>

I 2012 er bemanningsplanen for avdelingen slik at det fra mandag til fredag er åtte ansatte på dagvakt og seks på aftenvakt. I tillegg kommer blant annet fysio- og ergoterapeutene som jobber med brukerne på dagtid.<sup>39</sup> Lørdager, søndager og helligdager er det syv ansatte på dagvakt og fem på aftenvakt. I tillegg er det enten en fysio- eller ergoterapeut på dagvakt på lørdagene. Bemanningen er noe redusert i forhold til 2011 ved at det er en person mindre på aftenvakt i helgen. For å imøtekomme redusert budsjetttramme er det varslet at man i 2013 vil redusere til fem personer på aftenvakt mandag til fredag og seks personer på dagvakt i helgene.<sup>40</sup>

<sup>34</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 nr. 30.

<sup>35</sup> <https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Tjenestesteder/Sykehjembo--og-behandlingscentre/Lonnas-bo--og-behandlingscenter/Letasje-Rehabilitering/>

<sup>36</sup> Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) side 182.

<sup>37</sup> <http://ansattportal.baerum.kommune.no/PageFiles/40156/Budsjettpresentasjon%202012.ppt>

<sup>38</sup> E-post av 26.11.12 fra tjenesteleder på Lønnås.

<sup>39</sup> Avdelingen har totalt 4 fysioterapeuter, en i 100 % stilling, en i 60 % og to i 50 %, og 4 ergoterapeuter, en i 100 % stilling, en i 75 % og to i 50 %.

<sup>40</sup> E-post av 26.11.12 fra tjenesteleder på Lønnås.

De ansatte revisjonen intervjuet er meget opptatt av bemanningsnivået på avdelingen. De fleste understreker at man klarer seg greit med nåværende bemanning. Samtidig er de klare på at smertegrensen er nådd og at ytterligere bemanningsreduksjon vil gå ut over kvaliteten på rehabiliteringen.

De ansatte viser særlig til at det er utfordrende at man blir færre på jobb, samtidig som brukerne utskrives tidligere fra sykehuset og har stadig mer kompliserte behov. Det anføres at disse forholdene, i hvert fall i stressende perioder, gjør at det kun blir tid til å gi brukerne nødvendig pleie, men ikke rehabilitering. Mange opplever dette som uheldig da de er klare på at de bevisst søkte seg til Lønnås for å jobbe med faget rehabilitering.

Videre er det mange ansatte som sier at den lave bemanningsgraden har gjort avdelingen svært sårbar for sykefravær. Sykefravær i pleiegruppen fører til økt bruk av ufaglært arbeidskraft. Gjenværende personale må da nedprioritere tverrfaglige møter og aktiviteter for å sikre tilstedeværelsen av nødvendig fagpersonell i avdelingen. Tilsvarende er det mange som problematiserer at man ikke erstatter terapeutene med vikar ved korte sykefravær. Fraværet går da ut over tilbudet ved at ikke alle brukerne får den treningen de skal ha.

### 3.2 Revisjonens vurdering

Det er ikke overraskende at avdelingens ansatte merker økt press i hverdagen. Dette har en naturlig sammenheng med at man er blitt færre personer på jobb, og med at man synes å ha fått en økende andel brukere med kompliserte behov. Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter har også medført at brukerne skrives ut tidligere fra sykehuset.

Samtidig er det ikke særegent for disse yrkesgruppene, dette fagområdet og denne arbeidsplassen, at man opplever å ha for lite ressurser i hverdagen. Kommunens økonomi er stram. Det er et politisk spørsmål å vedta budsjettfordelingen, herunder å gjøre vanskelige prioriteringer mellom de ulike budsjettposter og programområder. Det er ikke revisjonens oppgave å etterprøve disse beslutningene.

Revisjonen har merket seg at selv om de fleste mener bemanningen er på grensen, så oppgir de likevel at den er tilstrekkelig til å drive god rehabilitering. Problemene som fremheves er først og fremst knyttet til bruk av ufaglært arbeidskraft<sup>41</sup>, samt oppdekking ved fravær. Enkelte hevder imidlertid også at man i perioder er så dårlig bemannet at det ikke blir tid til å drive rehabilitering. Det er neppe en fast grense som markerer når bemanningen blir så marginal at man ikke lenger kan drive rehabilitering. Revisjonen antar det er snakk om flytende overganger og at det tidvis oppstår stressende perioder der de ansatte føler seg på etterskudd. Det er forståelig at dette kan oppleves som frustrerende for ansatte som ønsker å jobbe med rehabilitering.

---

<sup>41</sup> Se mer om dette i kapittel 4.

## 4. FAGKOMPETANSE

Moderne rehabilitering krever og forutsetter tverrfaglige arbeidsformer og kompetanse hos tjenesteyterne.<sup>42</sup>

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ De som jobber ved rehabiliteringsavdelingen bør ha tilstrekkelig fagkompetanse og forståelse for rehabilitering.

### 4.1 Faktagrunnlag

Rehabilitering forutsetter fagkompetanse og at de involverte aktørene jobber etter samme arbeidsmetode. Det er følgelig lagt opp til at det skal være fagutdannede personer som arbeider med brukerne ved rehabiliteringsavdelingen. De som jobber ved avdelingen består hovedsakelig av sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, lege og logoped.

De fleste ansatte sier til revisjonen at terapeutgruppen består av kvalifiserte personer med solid faglig bakgrunn. Det fremheves også at det er bra kontinuitet i denne gruppen. Innen pleiegruppen påpekes det derimot at det er en ikke ubetydelig bruk av ufaglærte vikarer. Det føres ikke oversikt som viser nøyaktig hvor stort omfanget er. Turnuslistene og bemanningsplanen viser imidlertid at man er avhengig av å bruke ekstravakter på daglig basis for å få kabalen til å gå opp. Kompetansen og erfaringen til disse ekstravaktene, varierer. Revisjonen får opplyst at det blant annet benyttes en del studenter som har påbegynt relevant utdanning, for eksempel innen pleie eller medisin.

De fleste ansatte forteller at bruken av ufaglærte har negative konsekvenser for kvaliteten på rehabiliteringen. For det første vises det til at det er en del faste oppgaver som ufaglærte ikke kan utføre, eksempelvis knyttet til medisinerings, dokumentasjon og møteledelse. Bruk av ufaglærte gjør at det blir færre personer å fordele disse oppgavene på. De fagutdannede får dermed bundet opp mer av sin tid til faste oppgaver som ikke innebærer brukerkontakt. På den annen side opplever flere det som positivt at de ufaglærte nettopp av denne grunn har bedre tid til å være til stede med brukerne i avdelingen.

For det andre er det mange som anfører at de ufaglærte ansatte har mindre faglig forståelse og kunnskap om brukerne. Typisk vises det til at de ufaglærte ikke er flinke til å sette seg inn i og følge opp tiltakene som er bestemt for den enkelte bruker. Er det for eksempel bestemt at en bruker skal gå selv til måltidene, opplever man at vikarene likevel kjører vedkommende i rullestol. På den annen side blir det vist til at flere av ekstravaktene er lærevillige og over tid har opparbeidet seg god kompetanse om avdelingen.

For det tredje er det flere som tar opp at bruken av ufaglærte gir mindre kontinuitet og vanskeliggjør tverrfaglig samhandling. Det vises til at det oppleves som vanskelig å etablere personrelasjoner og gode samarbeidsrutiner fordi man stadig må forholde seg til nye mennesker.

Mange ansatte gir uttrykk for at det er viktig at man satser på å øke fagkompetansen ved avdelingen. Det er særlig innen pleiegruppen at behovet for kompetanseøkning blir fremhevet. Flere påpeker også at man for å bedre samarbeidet og fagforståelsen burde lagt til

<sup>42</sup> St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.6 (side 28).

rette for at pleierne og terapeutene fikk dra på kurs sammen. En del anfører videre at faglig oppdatering er så viktig for rehabiliteringsarbeidet, at deltakelse på internundervisning og ulike kurs, burde vært obligatorisk.

Avdelingen har innført internundervisning for ansatte en gang i måneden. De fleste gir uttrykk for at dette er et godt tiltak som bør utvikles videre. Det fremheves imidlertid som en utfordring at det er vanskelig å frigjøre tid for pleierne til å delta, samtidig som det er disse som trenger arenaen mest. Mange gir uttrykk for at terapeutene kunne vært mer på tilbudssiden og dekket opp i avdelingen mens pleierne fulgte internundervisning. I tillegg vises det til at man burde holde internundervisningen i reprise slik at flere kan delta. Revisjonen får opplyst at pleierne får betalt dersom de ønsker å delta i internundervisningen selv om de har fri. Flere av de ansatte revisjonen snakket med, var ikke klar over dette.

Når det gjelder øvrig fagkompetanse bemerket nesten alle revisjonen snakket med, at det er behov for tilgang til sosionom og psykolog/psykiatrisk sykepleier, eksempelvis en dag pr. uke. Det påpekes at mange av brukerne har problemer som tradisjonelt håndteres av disse yrkesgruppene, og som overskygger deres behov for rehabilitering eller i det minste forhindrer fremdrift i prosessen. Det opplyses at avdelingen ikke har iverksatt spesielle tiltak for å få tilgang til disse tjenestene.

## 4.2 Revisjonens vurdering

Det er opplagt at fagkompetanse er en viktig faktor for å lykkes med rehabilitering. Rehabilitering forutsetter at man jobber på tvers av faggrupper overfor samme brukere, etter samme metode og med samme tiltak. Det stiller store krav til kunnskap og koordinering blant de ansatte. Revisjonen mener det er uheldig at de ansatte opplever at man ikke får dette til i tilstrekkelig grad.

Det virker ganske klart at bruken av ufaglærte ansatte fører med seg både positive og negative elementer i hverdagen. Det er også nødvendig å benytte ekstravakter for å få bemanningsplanen til å gå opp. Samtidig mener revisjonen at det bør være en målsetting å begrense bruken av ufaglærte ansatte, da det er oppgaver disse faktisk ikke har anledning til å utføre.

Det foreligger ikke oversiktstall som viser omfanget av bruken av ufaglærte ansatte over en gitt periode, for eksempel en måned. Revisjonen mener man med fordel kunne gjort en slik øvelse for å få bedre oversikt over i hvilken grad man klarer å bemanne avdelingen med fagutdannede medarbeidere.

Når det gjelder ønsket om bedre kontakt med en sosionom og en psykiatrisk fagperson, mener revisjonen at Lønnås bør gå i dialog med for eksempel Tildelingskontoret for å se om dette kan ordnes. Etter revisjonens oppfatning vil en slik dialog være et naturlig ledd i en helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringsprosess. Revisjonen viser til at det understrekes i lovproposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven at *Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske*

*lidelser, rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade.*<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) side 182.

## 5. TVERRFAGLIG SAMHANDLING OG SAMARBEID

Forskriftsdefinisjonen understreker at rehabilitering er planlagte prosesser der flere aktører samarbeider med klare mål.<sup>44</sup> En vellykket rehabiliteringsprosess skal sikre en helhetlig oppfølging av mennesker gjennom planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører.<sup>45</sup>

Rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system.<sup>46</sup> Samhandling både mellom tjenesteyterne og mellom tjenesteytere og bruker, er helt avgjørende for å lykkes.

Kravene til koordinering og tverrfaglig samhandling i kommunens rehabiliteringsarbeid er styrket gjennom samhandlingsreformen.<sup>47</sup> Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud.<sup>48</sup>

Dette er krav som det er utfordrende å vurdere kvalitativt. Det er vanskelig å gi en objektiv fasit på spørsmål av typen ”i hvilken grad er det godt tverrfaglig samarbeid ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås?” På den annen side er det mulig å beskrive hvordan de involverte aktørene opplever samarbeidet, og belyse ulike faktorer som har innvirkning på dette. Revisjonen har nedenfor valgt en slik fremgangsmåte.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

⇒ Det skal være tilrettelagt for godt samarbeid og tverrfaglig samhandling ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås.

### 5.1 Faktagrunnlag

Samtlige personer revisjonen har intervjuet understreker at god tverrfaglig samhandling og samarbeid er nødvendig for å oppnå vellykket rehabilitering. De ansatte fremhever at det er avgjørende at alle har felles forståelse for hva rehabilitering er, jobber etter samme arbeidsmetode, og følger opp de tiltak som er bestemt for den enkelte bruker.

De ansatte fremhever en rekke rutiner og tiltak som benyttes for å sikre godt tverrfaglig samarbeid i det daglige. Den klart mest sentrale faktoren som trekkes frem, er de ulike tverrfaglige møtene som rutinemessig gjennomføres i løpet av brukerens opphold på avdelingen. Disse møtene har ulik sammensetning, funksjon og møtefrekvens, men fellestrekket som fremheves er at de samlet bidrar til å sikre en helhetlig rehabiliteringsprosess for brukeren. Møtearenaer som fremheves er innkomstsamtalen, teammøtene, legevisitten, nettverksmøter, pårørendemøter, møtene med kommunens rehabiliteringsteam og hjemmebesøk i brukerens bopel.

Innkomstsamtalen avholdes normalt en eller to dager etter at brukeren ankommer avdelingen. Det sentrale med samtalen er at man i samarbeid med brukeren får fastsatt det overordnede mål for rehabiliteringsoppholdet. En typisk målsetting vil være at brukeren skal bli frisk nok

<sup>44</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 3.

<sup>45</sup> Prop. 91 L 2010–2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 15.5.6.3.

<sup>46</sup> St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.2.

<sup>47</sup> Se blant annet Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), side 7.

<sup>48</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256 § 5.



til at vedkommende kan flytte hjem og klare seg selv i hverdagen. Målet som settes er retningsgivende for hvordan man jobber med brukeren under det videre oppholdet på avdelingen.

Hver gruppe<sup>49</sup> på rehabiliteringsavdelingen har tverrfaglig teammøte en gang i uken. På dette møtet deltar normalt sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, avdelingssykepleier, lege og eventuelt logoped ved behov. På møtet går man gjennom status for hver enkelt pasient og vurderer hvor langt vedkommende er kommet i rehabiliteringen. Det settes ukefokus der man klargjør konkrete delmål man særlig skal jobbe med i den kommende uken. Det vurderes i hvilken grad man har oppnådd delmålene som er satt tidligere, og om det er behov for forlengelse av brukerens opphold.

Nettverksmøter avholdes normalt en gang pr. opphold og er et møte med ulike tjenesteytere<sup>50</sup> for å utveksle informasjon om brukeren og koordinere videre tilbud til vedkommende etter utskivning fra Lønnås. De ansatte fremhever møtet som svært viktig for å sikre god koordinering av en erfaringsmessig vanskelig overgangsprosess.

De ansatte gir en gjennomgående positiv beskrivelse av utbyttet man har av disse møtearenaene. Enkelte forbedringspunkter blir imidlertid også fremhevet. I denne sammenheng vises det særlig til at flere ansatte fremhever at man gjerne skulle hatt bedre tid til å gjennomgå hver enkelt bruker på teammøtet. Videre gir en rekke ansatte uttrykk for frustrasjon knyttet til at det er vanskelig å få enkelte aktører til å stille på nettverksmøter. Særlig NAV trekkes frem i denne sammenheng. Tildelingskontoret fremheves positivt som en aktør som deltar aktivt og har god oversikt over tilgjengelig tjenestetilbud.

Selv om det påpekes mange tiltak som bidrar til god tverrfaglig samhandling, er dette samtidig et område der de fleste ansatte understreker at det gjenstår betydelige utfordringer.

Organisasjonsmodellen ved Lønnås er slik at pleierne og terapeutene er underlagt forskjellige sektorer og har forskjellige tjenesteledere. De færreste ansatte gir uttrykk for at denne organisasjonsformen i seg selv er et problem. Derimot er det mange som fremhever at organisasjonsmodellen har en del praktiske konsekvenser som har negativ innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet.

I denne sammenheng vises det til at pleierne og terapeutene opplever å ha forskjellige økonomiske rammebetingelser og prioriteringer å forholde seg til. Terapeutene opplever å ha betryggende økonomiske rammer, god bemanning og disponibel tid for å jobbe med rehabilitering i henhold til gjeldende faglige metoder. Innenfor pleiegruppen er det derimot mange som opplever at det er et så sterkt fokus på økonomiske innsparinger kombinert med mye grunnleggende pleieroppgaver som må utføres, at det blir liten tid til å jobbe med rehabilitering. Det påpekes at denne forskjellen kan gjøre det vanskelig for de forskjellige faggruppene å forstå hverandres hverdag, og dermed forhindre samhandling på tvers.

Videre er det mange som fremhever at gjeldende organisasjonsmodell skaper uklarheter med hensyn til hvordan oppgaver som ligger i gråsonen mellom faggruppenes arbeidsområder, skal løses. Et aktuelt eksempel som nevnes er rutiner for vedlikehold og opplading av

<sup>49</sup> Rehabiliteringsavdelingen er delt inn i gruppene blå, og gul og rosa.

<sup>50</sup> Aktuelle tjenesteytere som kan delta er Tildelingskontoret, hjemmesykepleien, fastlege, pleiere og terapeuter fra rehabiliteringsavdelingen, boligkontoret, NAV, kommunens rehabiliteringsteam mv.

hjelpemidler.<sup>51</sup> Ansatte viser til at man kan få ulike beskjeder om hva som er gjeldende rutiner avhengig av hvilken tjenesteleder man henvender seg til. Dette kan oppleves som ubehagelig og gjør det vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg.

Når det gjelder koordinering og samhandling er de fleste ansatte tydelige på at man må få langt bedre kommunikasjon, kvalitet og fremdrift i beslutningsprosesser. Det etterlyses en større kultur for å involvere og lytte til hverandres faglige argumenter i forkant av at man treffer og iverksetter beslutninger som påvirker den daglige driften ved avdelingen og det faglige innholdet i rehabiliteringen. Et eksempel som de fleste ansatte påpeker, er beslutningen om å legge ned avisgruppen ved institusjonen. I denne gruppen samlet man brukere som ikke selv kunne lese avisen, leste høyt fra denne og snakket om det man leste. Gruppen ble nedlagt som en konsekvens av at man avbestilte institusjonens avisabonnement for å spare penger. De fleste er meget kritiske til beslutningen og ikke minst prosessen i forkant. Det blir på tvers av faggruppene gitt klart uttrykk for at man hadde godt faglig utbytte av avisgruppen. I tillegg blir det anført at brukerne opplevde stor trivsel med denne. Til tross for dette ble gruppen nedlagt uten at man først gjennomførte en dialog for å avklare om situasjonen kunne løses på annen måte.

Et annet område der det påpekes forbedringspotensiale, er at de ulike faggruppene etterlyser mer aktiv deltakelse fra hverandre. Typiske etterlyses det mer aktiv deltakelse og veiledning fra terapeutene i forbindelse med morgenstell og ved måltider. Tilsvarende etterlyses det mer aktiv deltakelse fra pleierne i forhold til treningssituasjonen, ikke minst for å følge opp og øve på tiltakene som er bestemt for den enkelte bruker. Videre etterlyses muligheten for at pleierne skal få delta på kurs og hjemmebesøk sammen med terapeutene. Det anføres at disse tiltakene vil gi økt, gjensidig faglig forståelse, og bidra aktivt til større fokus på at man kontinuerlig må jobbe med brukerens rehabilitering etter en felles metode. Flere ansatte fremhever også at denne typen samarbeid vil gi økt tilstedeværelse på felles arenaer og dermed kunne bidra til å bryte ned terskelen som tidvis eksisterer for å spørre hverandre om hjelp. I samtalene med revisjonen er det for øvrig ikke slik at de ansatte deler seg etter faggrupper (pleiere og terapeuter) og etterlyser mer aktivitet fra ”de andre”. Det er flere representanter for begge faggruppene som også etterlyser mer aktivitet fra sin egen gruppe inn mot den andres hovedarbeidsområde.

De daglige gruppemøtene på avdelingen er et tema som uoppfordret ble kommentert av samtlige ansatte revisjonen snakket med. Tidligere var dette et daglig morgenmøte som skulle avholdes gruppevis på avdelingen fra 08:00 til 08:15. Hensikten var at de som var på jobb skulle møtes og planlegge dagens aktivitet ut fra bemanningssituasjonen, brukersituasjonen og andre relevante omstendigheter. Det ble besluttet å flytte møtet slik at dette nå skal avholdes i 13-tiden på den enkelte gruppe. Bakgrunnen for beslutningen var særlig at møtet trakk ut i tid og ofte ikke var ferdig før mellom 08:30 og 08:45. Det ble da vanskelig å få gjennomført morgenstell og få alle brukerne opp og påkledd til frokost.

Det er stort engasjement og mange synspunkter fra de ansatte på denne beslutningen. Enkelte viser forståelse for begrunnelsen som er gitt og mener denne er treffende. Andre mener det var nødvendige faglige diskusjoner som gjorde at møtet trakk ut i tid, og at man heller burde innstrammet på tiden før man besluttet å omberamme. Svært mange anfører at denne beslutningen har ført til mindre tverrfaglig samkjøring og samarbeid. Det vises til at der man

---

<sup>51</sup> Se nærmere om dette i kapittel 7.

tidligere møttes for å planlegge arbeidsdagen i forkant, møtes man nå i ettertid for å planlegge neste dag. Problemet er at man da mister gevinsten som lå i at man visste at det var samme persongruppe som planla dagen som også var til stede og utførte arbeidet.

I tillegg er det et sentralt poeng at det synes å være enighet blant de ansatte om at gruppemøtene pr. i dag ikke fungerer tilfredsstillende på to av avdelingens tre grupper. Det vises til at man ikke får til å koordinere slik at alle samles, og at møtet blir oppstykket ved at mange går til og fra avhengig av andre arbeidsoppgaver. Fra enkelte terapeuter blir det nye tidspunktet også opplevd som problematisk ettersom det angivelig ligger i deres beste treningstid med brukerne. På den gruppen møtet opplyses å fungere, er det flere som sier at møtet har endret karakter og blitt en arena der man forteller om dagens hendelser fremfor å planlegge fremover og diskutere konkrete tiltak.

Endelig er det en god del som anfører at begrunnelsen for å omberamme møtet er faglig svak og viser mangelfull forståelse for rehabilitering som arbeidsmetode. Synspunktet er at det på en rehabiliteringsavdeling ikke skal være slik at kvalitetsmålet er at brukeren er oppe av sengen, påkledd og klar til å spise frokost til et bestemt tidspunkt. Fra et rehabiliteringsperspektiv er det svært mye god trening i å øve seg på daglige gjøremål som å stå opp, benytte toalettet, kle på seg, gå til frokost, spise osv. Så lenge man øver riktig på disse tingene er det mye terapi i prosessen rundt morgenstellet, og da gjør det heller ikke noe at det tar tid. Flere påpeker at man burde dra terapeutene aktivt inn som veiledere i denne prosessen. En mulighet som ble nevnt var at man først kunne gi noen brukere en enkel frokost på sengen, så de fikk i seg næring og var klare til å trene på morgenstell.

## 5.2 Revisjonens vurdering

Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad det er tilrettelagt for tverrfaglig samhandling og samarbeid ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås. Revisjonens gjennomgang viser imidlertid at det er iverksatt mange tiltak for å bidra til økt tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprosessen. De ansatte gir også gjennomgående inntrykk av å ha et bevisst forhold til rehabilitering som fag og metode. Samtidig registrerer revisjonen at dette er et område hvor de fleste mener at avdelingen har et ikke ubetydelig forbedringspotensial.

Revisjonen har merket seg at de fleste er relativt åpne på at det er en av de tre gruppene på avdelingen som synes å fungere bedre enn de to andre. Det kan være grunn til å vurdere om man bør undersøke nærmere hvilke faktorer som gjør at denne gruppen fungerer så bra, og om disse har en overføringsverdi.

For øvrig mener revisjonen det er uheldig når mange ansatte gir uttrykk for at det på visse områder ikke er kultur for å lytte til faglige argumenter før beslutninger tas. Misnøyen knyttet til avdelingens gruppemøter er et egnet eksempel. Det er ikke opp til revisjonen å vurdere hvilket tidspunkt som egner seg best for møter på et konkret tjenestested. Det er imidlertid overraskende at man opplever så stort engasjement og sterk faglig uenighet knyttet til dette. Et hovedpoeng med rehabiliteringsavdelingen er at de ansatte skal jobbe sammen, etter samme metode og mot felles mål. Da bør man også ha en kultur for å møtes og diskutere seg fram til enighet om gode løsninger basert på faglige argumenter. Dette synes ikke å være tilfelle i dag.

## 6. RUTINEBESKRIVELSER

Helsetilsynsloven krever at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten.<sup>52</sup> Internkontroll er i forskrift definert som *systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.*<sup>53</sup>

Innholdet i internkontrollen består bl.a. i at den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.<sup>54</sup>

Innen Pleie og omsorg i Bærum kommune er regelverkets krav til rutinebeskrivelser mv. i hovedsak ivarettatt gjennom "kvalitetshåndboken" på kommunens intranett.<sup>55</sup> Håndboken dekker prosedyrer og retningslinjer for enkelte risikoområder innen Pleie og omsorg. Prosedyrer og retningslinjer som det enkelte tjenestested har behov for og som ikke finnes i Kvalitetshåndboken, skal utarbeides på tjenestestedet.<sup>56</sup>

Rehabiliteringsprosesser krever at utøverne arbeider tverrfaglig og planmessig etter samme metode og mål. Dette øker betydningen av å utarbeide gode rutinebeskrivelser.

Revisjonen legger følgende kriterium til grunn:

⇒ Det skal utarbeides nødvendige rutinebeskrivelser ved tjenestestedet.

### 6.1 Faktagrunnlag

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen *Rehabiliteringen i kommunen* opplyste rådmannen at det pågikk et arbeid med å etablere skriftlige rutinebeskrivelser ved rehabiliteringsavdelingen på Lønnås. Arbeidet var forventet avsluttet innen 1. halvår 2012.<sup>57</sup> Arbeidet med å utarbeide skriftlige rutinebeskrivelser er ikke fullført.<sup>58</sup> Revisjonen har fått opplyst at det er utarbeidet utkast til en rekke rutinebeskrivelser, men at partene ikke har lyktes med å bli endelig enige om innholdet. De rutinebeskrivelsene som er utarbeidet er samlet i en perm og gjort tilgjengelig for de ansatte på avdelingen. De fleste ansatte revisjonen intervjuet er usikre på om disse er gjeldende.

De som har vært involvert i arbeidet forteller at prosessen har vært en kilde til støy og at man har støtt på en del samarbeidsproblemer underveis. Partene er enige om at arbeidet med skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser skal fullføres. For det videre arbeidet har flere fremmet ønske om at man i større grad skal involvere ansatte og andre berørte parter i prosessen.

<sup>52</sup> Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) av 30.03.1984 § 3 første ledd.

<sup>53</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 § 3.

<sup>54</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 § 4 bokstav g.

<sup>55</sup> Internkontroll i pleie og omsorg, versjon 4 datert 27.12.2010.

<sup>56</sup> Internkontroll i pleie og omsorg, kapitel 7.1, versjon 4 datert 27.12.2010.

<sup>57</sup> E-post av 16.04.12 fra Rådmannen.

<sup>58</sup> Pr. desember 2012.

Flere av de ansatte sier de er meget positive til at dette arbeidet er igangsatt og ser frem til at man skal få en perm hvor rutiner og prosedyrer er samlet. I denne sammenheng trekkes det frem at permene kan bidra positivt til samhandling og til bedre og mer felles forståelse av fag og arbeidsmetoder. Enkelte trekker også frem at opplæring av nyansatte og vikarer kan bli enklere og bedre.

Samtidig trekker flere frem at det er negativt at man ikke har fått dette i stand på et tidligere tidspunkt. Det anføres at usikkerhet knyttet til prosedyrer og ansvarsområder har vært en kilde til irritasjon og gnisninger i hverdagen. Det påpekes at gode samarbeidsrutiner og prosedyrer vil kunne føre til at man avklarer en del uklarheter som i dag henger i luften.

Flere av de intervjuede har konkrete forslag til rutiner og beskrivelser som avdelingen kan ha behov for:

- Rutine knyttet til ladning av mobile heiser. Forslaget har sammenheng med at ansatte stadig opplever at heisene er utladet og at dette bidrar til å skape støy på avdelingen.
- Rutine som forteller hvem som skal skrive referat fra de ulike møtene, samt referatmaler.
- Rutine som gir nærmere beskrivelser knyttet til vask, vedlikehold, service og bruk av diverse utstyr på avdelingen.
- Bedre rutiner knyttet til opplæring av nyansatte og vikarer. Herunder materiell som beskriver hva rehabilitering er og hvordan de ulike faggruppene jobber.
- En oversikt over hvem man kan kontakte i kommunen for diverse opplysninger/bistand av ulik art som en erfaringsmessig har behov for.

## 6.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen mener det er uheldig at arbeidet med å utarbeide samarbeidsrutiner og prosedyrebekrivelser ikke er fullført, og at man bør sette ny frist for ferdigstilling.

Revisjonen registrerer at flere har fremmet ønske om økt involvering av ansatte i denne prosessen. De ansatte sitter gjerne på mye kunnskap om hvordan ting gjøres på en arbeidsplass, og medvirkning i prosesser kan gi økt eierskap til resultatet. Revisjonen mener derfor at man bør vurdere tiltak for å sikre økt involvering av medarbeidere og andre involverte parter i det videre arbeidet med å utarbeide rutiner og prosedyrer.

## 7. UTSTYR OG HJELPEMIDLER

Virksomheten ved rehabiliteringsavdelingen krever en del utstyr og hjelpemidler. Mye av dette tilhører institusjonen og omfatter blant annet sykehussenger, prekestoler, takheiser<sup>59</sup>, rullestoler mv. I tillegg kan den enkelte bruker ha personlige hjelpemidler.<sup>60</sup> Hjelpemidler formidles til brukeren gjennom NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus og Hjelpemiddelutlånet i kommunen.<sup>61</sup>

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- ⇒ Utstyret som benyttes ved rehabiliteringsavdelingen må være vedlikeholdt og i alminnelig brukbar stand.

### 7.1 Faktagrunnlag

Ingen av de ansatte revisjonen intervjuet har signalisert at man mangler utstyr eller hjelpemidler som anses kritisk for virksomheten ved avdelingen. De fleste anfører at man klarer seg greit med dagens utstyr, men påpeker samtidig at mye er utdatert og slitt, og med fordel kunne vært erstattet med nye og bedre produkter. Videre skaper det misnøye at utstyr regelmessig er ødelagt og må repareres.

Mange ansatte tar opp at det er problemer knyttet til lading av batteriene til de mobile heisene.<sup>62</sup> Det vises til at det skaper mye frustrasjon i hverdagen når man ikke får benyttet nødvendig utstyr fordi det er utladet. Flere av de ansatte trekker frem at man mangler rutiner på dette området. Samtidig mener de fleste at det burde være opplagt at den som bruker heisen også må ta ansvar for å lade batteriet, uavhengig av om man har rutinebeskrivelse eller ikke.

De fleste ansatte forteller at det tidvis er en del støy og intern uenighet om hvem som har ansvar for å sørge for nødvendig løpende vedlikehold av avdelingens utstyr og hjelpemidler. Det foreligger en samarbeidsavtale<sup>63</sup> mellom Lønnås (under sektor Pleie og omsorg) og Opptrening og rehabilitering (under sektor Helse og sosial). Denne avtalen klargjør at terapeutene ikke har ansvar for andre hjelpemidler enn dem som følger brukeren, dvs. som bruker får formidlet gjennom Hjelpemiddelsentralen. Tjenesteleder og flere ansatte ved Lønnås er kritiske til denne løsningen og mener at terapeutene også burde hatt ansvar for institusjonens hjelpemidler og utstyr. Det har over lengre tid pågått en dialog mellom Lønnås og Opptrening og rehabilitering med henblikk på å endre avtalen. Partene er imidlertid faglig uenige og har ikke lyktes å komme frem til en omforent løsning.

De ansatte opplever situasjonen som uavklart og gir eksempler som viser at dette har konsekvenser for det daglige arbeidet i avdelingen. For det første vet ikke alle ansatte på avdelingen om den foreliggende avtalen er gjeldende eller ikke. Flere oppgir at man har fått klar beskjed av tjenesteleder om at avtalen ikke lenger er gyldig. Som en følge av dette er disse ansatte usikre på hvem som faktisk har ansvar for å vedlikeholde og reparere ulike typer utstyr når behovet oppstår. For det andre blir personer med kompetanse på området

<sup>59</sup> Løfteverktøy som er fastmontert over noen av sengene på avdelingen.

<sup>60</sup> Disse hjelpemidlene følger den enkelte bruker.

<sup>61</sup> Oppgaver for hjelpemiddelutlånet.

<sup>62</sup> Mobilt verktøy for å løfte pasienter.

<sup>63</sup> Samarbeidsavtale mellom Rehabilitering Øst og Lønnås bo- og rehabiliteringssenter, datert 26.01.2009.

stadig spurt om å utføre vedlikehold, til tross for at de ikke har ansvar for dette. Det hevdes at slike hendelser er med på å skape støy mellom faggrupper og personer på avdelingen.

For det tredje sier flere ansatte at nåværende situasjon skaper unødvendig trege beslutningsprosesser, selv for relativt enkle spørsmål. Eksempelvis blir det vist til at personer er tilbakeholdne med å bistå i oppgaver de er usikre på om deres faggruppe har ansvar for, før de får tatt det opp med sin tjenesteleder.

I tilknytning til hjelpemidler er det særlig på ett punkt tilbakemeldingene fra de ansatte revisjonen intervjuet, spriker veldig. En god del ansatte forteller at det er et stort problem at brukere som kunne vært utskrevet blir liggende ved avdelingen fordi det tar lang tid å få tildelt nødvendige hjelpemidler gjennom Hjelpemiddelsentralen. Andre ansatte mener derimot at dette ikke lenger er et problem. Det er også en del som påpeker at i den grad dette er et problem, så kan forsinkelsen like gjerne skyldes at de selv er trege med å søke om de rette hjelpemidlene fra NAV. Per i dag finnes det ingen rapporteringsordning eller dokumentasjon som gir oversikt over om, og i hvilket omfang, dette faktisk er et problem.

## 7.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen mener det er uheldig at det foreligger usikkerhet om samarbeidsavtalens gyldighet og om ansvarsforholdene knyttet til løpende vedlikehold av avdelingens utstyr. Uenigheten er godt kjent og de ansatte gir flere eksempler på at situasjonen skaper frustrasjon og tilspissede forhold på avdelingen. Til tross for dette er problemstillingen ikke utkvittert. Revisjonen mener de ansvarlige tjenestelederne må tak i dette forholdet og sikre at det tydelig kommuniseres til alle ansatte hvilken arbeids- og ansvarsfordeling som gjelder pr i dag. I denne sammenheng vil revisjonen påpeke at det generelt er uheldig å gi uttrykk for at en gjeldende samarbeidsavtale er ugyldig eller opphevet, hvis så ikke er tilfelle.

På sikt synes det også å være behov for at partene gjennomfører en dialog for å avklare hva som er den mest hensiktsmessige løsning på denne problemstillingen fremover.

## 8. REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Kontrollutvalget ønsket å undersøke *om rammebetingelsene for å gi et godt tverrfaglig rehabiliteringstilbud til pasientene ved Lønnås bo- og rehabiliteringssenter er til stede.*

En vellykket rehabiliteringsprosess kjennetegnes av at den er systematisk, planlagt og målrettet, at det foreligger god tverrfaglig samhandling, og av at brukerens behov og medvirkning er i sentrum.

Revisjonen har i undersøkelsen primært benyttet en kvalitativ metode og intervjuet totalt 20 ansatte som jobber med rehabilitering ved Lønnås. Formålet har vært å finne frem til rammebetingelser som disse mener påvirker kvaliteten på dagens rehabiliteringstilbud. Forholdene som trekkes frem er ikke enkelt målbare, og vurderingene som presenteres i rapporten blir derfor skjønnsmessige. Rapporten fokuserer på utfordringer innen det reviderte området.

### 8.1 Hovedinntrykk

Revisjonens hovedinntrykk er at det jobbes målrettet og godt med rehabilitering ved Lønnås. Avdelingens medarbeidere gir gjennomgående inntrykk av å ha et bevisst forhold til rehabilitering som fag og arbeidsmetode. Det er iverksatt flere gode tiltak for å bedre det tverrfaglige samarbeidet.

Samtidig avdekker revisjonens gjennomgang flere områder som kan ha negativ innvirkning på kvaliteten i rehabiliteringstilbudet. Avdelingen synes å ha et forbedringspotensiale når det gjelder tverrfaglig samarbeid, felles rutinebeskrivelser og å skape en kultur for inkluderende beslutningsprosesser.

### 8.2 Utfordringer

#### 8.2.1 Brukergruppe

Gjennomgangen viser at de fleste ansatte mener det reglemessig innvilges opphold ved avdelingen til brukere som ikke har rehabiliteringspotensiale. Samtidig mener de fleste ansatte at man lykkes med rehabiliteringen av svært mange brukere, hvilket skulle tyde på at brukergruppen ikke kan være så galt sammensatt. Det føres imidlertid ingen oversikt som bekrefter eller viser omfanget av dette problemet.

Videre føres det ikke oversikt over omfanget av brukere man ”lykkes” med, dvs. som skrives ut til tilbud i eget hjem og som faktisk blir boende der over tid. Revisjonen mener det kan være fornuftig å ha denne typen oversikt, spesielt når det stilles spørsmålstegn ved sammensetningen av brukergruppen.

Det fremstilles som en stor utfordring at brukere uten rehabiliteringspotensiale blir liggende uforholdsmessig lenge ved avdelingen i påvente av ledig sykehjemsplass. Dette kan være uheldig for arbeidsrutinene og fagmiljøet på avdelingen. Heller ikke i relasjon til denne problemstillingen foreligger det imidlertid materiale som gir oversikt over i hvilken grad dette faktisk er et reelt problem.



### **8.2.2 Bemanning**

De fleste ansatte mener bemanningsnivået er på grensen, men likevel at det er tilstrekkelig til å drive god rehabilitering. Det anføres imidlertid som et stort problem for kvaliteten på rehabiliteringen at man har omfattende bruk av ufaglærte vikarer. Videre hevdes det at kvaliteten på tjenesten forringes av at man ved kortere fravær ikke erstatter terapeuter med fagutdannede vikarer.

Revisjonen registrerer at avdelingen er avhengig av å benytte ufaglærte ekstravakter for å få bemanningsplanen til å gå opp. Samtidig bør det være en målsetting å begrense bruken av ufaglærte ansatte. Rehabilitering forutsetter fagkompetanse og det er oppgaver ved avdelingen som ufaglærte ikke har anledning til å utføre.

Det foreligger ikke oversiktstall som viser omfanget av bruken av ufaglærte ansatte over en gitt periode. Revisjonen mener man med fordel kunne gjort en slik øvelse for å få bedre oversikt over bemanningssituasjonen.

### **8.2.3 Tverrfaglig samhandling og samarbeid**

Tverrfaglig samhandling og samarbeid er avgjørende for en vellykket rehabiliteringsprosess. Selv om det er iverksatt flere tiltak for å bedre det tverrfaglige samarbeidet, viser gjennomgangen at avdelingen her har et forbedringspotensiale.

Det er uheldig når mange ansatte gir uttrykk for at det på visse områder ikke er kultur for å lytte til faglige argumenter før beslutninger tas. Et hovedpoeng med rehabiliteringsavdelingen er at de ansatte skal jobbe sammen, etter samme metode og mot felles mål. Da bør man også ha en kultur for å møtes og diskutere seg fram til enighet om gode løsninger basert på faglige argumenter. Dette synes ikke å være tilfelle i dag.

Undersøkelsen viser eksempler på at man ikke oppnår enighet om løsningen av ulike oppgaver som ligger i gråsonen mellom faggruppene arbeidsområder. Et aktuelt eksempel er rutiner for vedlikehold og opplading av hjelpemidler. Det er skapt usikkerhet om samarbeidsavtalens gyldighet og dermed om ansvarsforholdene knyttet til løpende vedlikehold. Revisjonen mener det er uheldig for samhandlingen at det skapes uklarhet om rutiner og ansvarsforhold som er sentrale for rehabiliteringen. I tillegg er det tydelig at usikkerheten skaper frustrasjon og tilspissede forhold på avdelingen. Revisjonen mener de ansvarlige tjenestelederne må kommunisere til alle ansatte hvilken arbeids- og ansvarsfordeling som gjelder pr. i dag.

Videre mener revisjonen at man må prioritere å fullføre arbeidet med å utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser for avdelingen. Arbeidet var forventet avsluttet innen 1. halvår 2012, og det bør settes ny frist for ferdigstilling.

De fleste av utfordringene som beskrives ovenfor er godt kjent blant både de ansatte og lederne for rehabiliteringsavdelingen. Til tross for dette har man ikke lyktes med å utkvittere problemene og komme frem til omforente løsninger.

## **8.3 Anbefalinger**

1. Rådmannen bør påse at man følger bestemmelsene i gjeldende samarbeidsavtale eller at man avtaler en annen løsning for arbeids- og ansvarsfordelingen.

2. Rådmannen bør påse at man innen rimelig tid fullfører arbeidet med å utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser for pasienter som får sitt rehabiliteringstilbud ved Lønnås rehabiliteringssenter.

## KILDER

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

*Budsjettpresentasjon*, PO32 Pleie og omsorg, Bærum kommunes intranett:

<http://ansattportal.baerum.kommune.no/PageFiles/40156/Budsjettpresentasjon%202012.ppt>

*Eldremelding 2006-2015*, Bærum kommune. Vedtatt av kommunestyret 28.02.07.

E-post av 16.04.12 fra Rådmannen i forbindelse med forvaltningsrevisjonen

*Rehabiliteringen i kommunen*.

E-post av 22.11.12 fra Tildelingskontoret.

E-post av 26.11.12 fra tjenesteleder på Lønnås bo- og rehabiliteringssenter.

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

*Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* av 20.12.02 nr. 1731.

*Handlingsprogram 2013-2016*, Rådmannens grunnlagsdokument.

Informasjon om *Lønnås bo- og rehabiliteringssenter*, Bærum kommunes intranett:

<https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Pleie--og-omsorg/Tjenestesteder/Sykehjembo--og-behandlingscentre/Lonnas-bo--og-behandlingscenter/>

Informasjon om *Sykehjem - langtidsopphold*, Bærum kommunes internettsider:

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

*Internkontrollsystem i pleie og omsorg*, Bærum kommune, versjon 4 datert 27.12.2010:

<http://ansattportal.baerum.kommune.no/Documents/Pleie%20og%20omsorg%20dokument/INTERNKONTROLL/INTERNKONTROLL%20plo,%202010.12.27.doc>

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

Kontrollutvalget møte 20.08.12, sak 033/12 *Forslag om presisering av forvaltningsrevisjoner*.

Kontrollutvalget møte 20.08.12, sak 036/12 *Frister forvaltningsrevisjoner høsten 2012*.

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11 nr. 5.

*Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven) av 30.03.84 nr. 15.

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

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

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

*Samarbeidsavtale mellom Rehabilitering Øst og Lønnås bo- og rehabiliteringssenter*, datert 26.01.09.

*Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001), fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 01.02.11.

*Tildelingspraksis/Veileder i saksbehandling*, Bærum kommune, Tildelingskontoret:

<http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Tenestesteder/Tildelingskontoret/Tildelingspraksis1/>

*Vilkår for tildeling av rehabiliteringsopphold*, Bærum kommune, Håndbok i veileder til

Saksbehandling punkt 2.20: <http://ansattportal.baerum.kommune.no/Mitt-tjenestested/Pleie-og-omsorg/Tenestesteder/Tildelingskontoret/Tildelingspraksis1/Veileder-til->

[Saksbehandling/Generelt-om-vilkar-for-tildeling-av-tjenester-kap-2-/Vilkar-for-tildeling-av-rehabiliteringsplass-/](#)

**RÅDMANNENS HØRINGSSVAR****NOTAT**

Dato: **23.01.2013**  
Arkivkode: **N-334**  
J.postID: **13/12535**  
Arkivsaksnr: **12/22840**

Til:

Eirik Lindstrøm

Fra:

Nitika Dhall

Kopi til:

Bovild Tjønn  
Tove Hagen Venås

Vedrørende: **Høringsbrev forvaltningsrevisjon - rehabilitering ved Lønnås bo og rehabiliteringssenter**

---

Det vises til brev av 2.1.2013, rådmannen har følgende kommentarer til rapporten.

Som det fremkommer i rapporten er rehabiliteringsarbeidet både omfattende og komplekst, hvor tverrfaglig samarbeid er et kritisk element for å kunne yte et godt faglig tilbud. Det arbeides kontinuerlig for å sikre forståelse av felles holdninger og integrering av egne og andres faglige perspektiver. En del av dette arbeidet handler om å endre kulturen, noe som tar tid.

Kommunerevisjonen har kommet med to anbefalinger:

*1. Rådmannen bør påse at man følger bestemmelsene i gjeldende samarbeidsavtale eller at man avtaler en annen løsning for arbeids- og ansvarsfordelingen.*

I uke 2/2013 har tjenestene blitt enige om ansvarsfordeling mht. forvaltning av hjelpemidler. Øvrige punkter vil bli innarbeidet i den nye samarbeidsavtalen.

*2. Rådmannen bør påse at man innen rimelig tid fullfører arbeidet med å utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner og prosedyrebeskrivelser for pasienter som får sitt rehabiliteringstilbud ved Lønnås rehabiliteringssenter.*

Arbeidet knyttet til utarbeidelse av skriftlige samarbeidsrutiner vil bli sluttført innen 31.3.2013

Med hilsen

Hans Kristian Lingsom  
rådmannen

## **REVISJONENS BEMERKNINGER**

Rådmannens hørings svar inneholder ikke momenter som gjør det nødvendig med bemerkninger fra revisjonen.