

Koordinerende enhet binder tjenestene sammen

Tilbakemeldinger fra ni regionale konferanser om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i 2010



Heftets tittel: Koordinerende enhet binder tjenestene sammen

Utgitt: 05/2011

Publikasjonsnummer: IS-1909

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1909

Forfatter: Torill Bakke,
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Redaktør: Sigrunn Gjønnnes, Helsedirektoratet

Design og trykk: Andvord Grafisk AS

Forsidebilde: "M for Maya"
En juninatt i 2006 ble May Helen Antonsen fra Vesterålen utsatt for en bilulykke. Det er laget en liten film om May Helens kamp for å komme tilbake til livet og om hennes rehabiliteringsprosess. Filmen ble første gang vist under åpninga av Rehabiliteringsuka 2010 i Tromsø. Her er hun sammen med fra venstre: Tove Rinde Johansen, filmprodusent Tord Olsen og koordinator Gunn Haldis Mortensen. Foto: Sigrunn Gjønnnes

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Forord | 2 |
| Del 1 | |
| Om koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering | 3 |
| Innledning | 3 |
| Bakgrunn | 4 |
| Nasjonale krav og føringer | 5 |
| Del 2 | |
| Innspill fra praksisfeltet – utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering | 9 |
| Innledning | 9 |
| Hva ser dere som de største utfordringene for utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering? | 10 |
| Hva skal til for å lykkes i utviklingen av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering? | 13 |
| Hva skal kjennetegne en god koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering for brukerne og tjenestene? | 15 |
| Oppsummering | 16 |
| Del 3 | |
| Eksempler på god praksis | 17 |
| Koordinering på tvers – suksess i nord – også mulig for andre? | 17 |
| Koordinering i alle ledd | 19 |
| “Siloane må til livs” | 21 |

Forord

De siste årene har det vært lagt ned et betydelig arbeid for å etablere koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering (KE) i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering slår fast at dette er et sentralt virkemiddel for å styrke arbeidet på feltet. Det er nå 10 år siden koordinerende enheter ble pålagt i forskrift om habilitering og rehabilitering. De siste års oppmerksomhet på enhetenes funksjon og rolle har satt fart i arbeidet. Det overordnede ansvaret for individuell plan har blitt en svært sentral oppgave for KE i kommunene. De regionale koordinerende enhetene i spesialisthelsetjenesten gjør et viktig arbeid i å utvikle nettverk og møteplasser på tvers av kommunegrenser og tjenestenivåer.

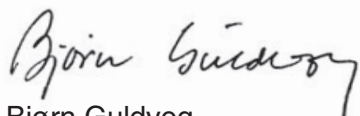
Det ble i 2010 arrangert ni regionale konferanser med utveksling av erfaringer og formidling av nasjonale føringer for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. "Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering binder tjenestene sammen" var også tema for ReHabiliteringsuka 2010. Konferansene samlet omkring 1000 deltakere fra alle deler av tjenesteapparatet og brukere. Det ble lagt frem gode eksempler på hvordan KE kan være en tilrettelegger og et knutepunkt for god koordinering. En sentral utfordring som fremheves er at KE må sikres god ledelsesforankring. Dette fremstår som særlig viktig i og med at enhetene har en rolle på tvers av fag og sektorer.

Denne rapporten gir et bilde av muligheter og utfordringer som ligger i det videre utviklingsarbeidet sett fra praksisfeltets ståsted. Den er en oppsummering av skriftlige tilbakemeldinger fra de om lag 1000 deltakerne på de ni konferansene rundt om i landet, og gir viktige innspill til videre arbeid og prioriteringer på feltet.

En stor takk til fylkesmennene som hadde arrangementsansvaret, og til de regionale koordinerende enhetene og brukerorganisasjoner som var viktige samarbeidspartnere. Det ble mange spennende møteplasser.

I forslag til ny helselovgivning i oppfølgingen av samhandlingsreformen er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering løftet fra forskrift til lov. Det er også foreslått å lovhjemle enhetenes overordnede ansvar for individuell plan.

Vennlig hilsen



Bjørn Guldvog
konstituert helsedirektør

Del 1 Om koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering

Innledning

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011 slår fast at rehabilitering ikke har hatt den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske føringer tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette til beste for den enkelte bruker som har behov for habilitering/rehabilitering. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. Strategien fremhever 10 områder som det skal iverksettes tiltak innenfor i perioden 2008 - 2011. Individuell plan (IP) og koordinerende enheter (KE) er to viktige satsinger knyttet til dette. Andre områder er: Riktig kapasitet og bedre prioriteringer, sterkere politisk styring av feltet, økt brukermedvirkning, samhandling på tvers av samfunns- og departementsområder, private institusjoner som del av helheten, styrke kommunenes rolle, styrke faglig status og kvalitet, og at tilbudene skal bidra til økt mestring og deltakelse (1). Flere av de sistnevnte områdene har viktige koblinger til satsingen på KE.

Helsedirektoratet har i oppdrag å følge opp de 10 områdene, og i 2010 var det en betydelig satsing på utvikling av gode og funksjonelle KE. Blant annet var det tema på 9 regionale konferanser rundt omkring i landet høsten 2010. De fleste ble lagt til ReHabiliteringsuka i oktober som hadde som nasjonalt tema; "Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering binder tjenestene sammen." Konferansene ble avholdt i: Alta, Skånøvik, Molde, Trondheim, Førde, Inderøy, Stavanger, Lillestrøm og Tromsø, og samlet i overkant av 1000 deltakere. I noen av regionene ble temaet KE inkludert i allerede etablerte konferanser og møteplasser, mens det i andre regioner ble avholdt egne arrangement. Oppdraget om å arrangere konferanser ble gitt av Helsedirektoratet til fylkesmennene som løste dette i samarbeid med brukerorganisasjoner og KE i helseregionene.



Her er teamet som hadde ansvaret for konferansen i Tromsø 25. okt 2010. Den markerte også åpningen av ReHabiliteringsuka. Fra venstre Kirsti Rasmussen og Audhild Høyem fra regional KE i Helse Nord, Eli Johanne Åsgård fra Fylkesmannen i Troms og Karin Næsvold fra brukerutvalget ved UNN.

Tre programposter gikk igjen på alle konferanser:

1. Nasjonale føringer og suksesskriterier for gode KE v/ Helsedirektoratet
2. Presentasjon av gode eksempler fra praksis v/ representanter for kommuner, HF/RHF og brukere. (HF=helseforetak / RHF=regionale helseforetak).
3. Gruppearbeid hvor deltagerne ble invitert til å gi innspill på temaet: "Utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering". De ble bedt om å svare på spørsmålene: Hva er de største utfordringene, hva skal til for å lykkes, og hva kjenner en god KE? En oppsummering av svarene presenteres i del 2¹ i denne rapporten.

Bakgrunn

Koordinerende enheter i kommuner og spesialisthelsetjenesten ble pålagt gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering i 2001 (2). Bakgrunnen for å etablere en slik funksjon var den samme som for IP. Dokumentasjon viste at tjenestene til personer med kroniske sykdommer og behov for habilitering og rehabilitering i for liten grad var koordinert. I 2009 oppga 77% av alle landets kommuner at de hadde etablert KE (KOSTRA)(8). Det er variasjoner i måten de er organisert på. Et stort flertall oppgir det overordnede ansvaret for individuell plan som den viktigste oppgaven.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er det etablert KE i alle fire helseregioner:

- ✧ Enhetene er godt etablert og har et eget nettverk seg imellom.
- ✧ Enhetene bygger nettverk og møteplasser ut mot KE i helseforetak og kommuner.
- ✧ Enhetene er pådrivere for, og koordinerer tiltak i ReHabiliteringsuka i de respektive regioner.
- ✧ Enhetene samarbeider om drift av en nasjonal informasjonstelefon om rehabiliteringstilbud.

Den regionale koordinerende enheten i Helse Sør-Øst ivaretar ikke habilitering.

KE er i økende grad også etablert på helseforetaksnivå, slik Helsedirektoratet anbefaler. Pr 2010 var det på plass i 60 % av HF-ene (8). Her gjøres et betydelig utviklingsarbeid i regi av regionale KE. Det er så langt ikke foretatt systematiske kartlegginger av KE i spesialisthelsetjenesten. Opplysningene om status for arbeidet baserer seg på informasjon fra de regionale KE.

Definisjonen av habilitering og rehabilitering i forskrift om habilitering og rehabilitering § 2 skal legges til grunn for arbeidet:

"Habilitering og rehabilitering er 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." (2)

1) Helse Bergen hadde møteplass med tilsvarende program våren 2010. Denne rapporten oppsummerer kun innspillene fra konferansene høsten 2010.

Nasjonale krav og føringer

I tillegg til Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, gir følgende dokumenter sentrale krav og føringer for utvikling av KE:

- ✧ Forskrift om habilitering og rehabilitering med merknader (2001-06-28)
- ✧ St.meld 21 (1998-99). Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk
- ✧ Rundskriv IS-1/2010 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010, Helsedirektoratet
- ✧ Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015, Helsedirektoratet
- ✧ St. meld nr. 47 (2008 – 2009) Rett behandling på rett sted til rett tid (Samhandlingsreformen)

Disse dokumentene lå til grunn for Helsedirektoratets foredrag på konferansene.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001-06-28)

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering ytes tjenester som kan bidra til *”stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestrings- evne, likeverdighet og deltakelse”*, § 1. (2)

I forskriften understrekes betydningen av brukermedvirkning: Det skal sikres *”at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud”*, § 5 (2). Med gjennomføring menes både planlegging, utforming, utøving og evaluering. I tillegg bør kommunen og det regionale helseforetaket legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten.

Videre beskriver forskriften kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. Beskrivelsen inkluderer planlegging, organisering og samarbeid. Inn under dette er kravet om å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I kommunen skal tjenestene som tilbys være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. Spesialisthelsetjenesten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, og en oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliterings-tjenesten i kommunen (2). Hensikten er å bygge faste kontaktpunkt for samarbeid på begge nivåer. Forskriften stiller ikke krav til hvordan enhetene skal organiseres.

En rehabiliteringsprosess vil bestå av ulike elementer, og det er den enkeltes mål som skal styre hva som vektlegges. I mange tilfeller er pasientene avhengige av tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Pasientenes individuelle behov og livssituasjon gjør at det vil variere hvilke som til enhver tid er aktuelle i den enkeltes prosess.

St.meld 21 (1998-99)

Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

Stortingsmelding ”Ansvar og meistring” kom i forkant av forskrift om habilitering og rehabilitering. I meldingen understrekes betydningen av en fast koordineringsfunksjon som må gis tydelig mandat og tilgjengelighet til de arenaene som er vesentlige for å utvikle virksomheten innen re-/habilitering.

Her foreslås følgende funksjoner som kan ligge til en slik koordineringsrolle i kommunene (3):

- ✧ ”Registrera rehabiliteringsbehov
- ✧ Sikre at heilskaplege individuelle planar blir utarbeidde og gjennomførte
- ✧ Initiere, administrere og følgje opp tverrfaglege grupper rundt den enkelte
- ✧ Vere eit knutepunkt for samarbeid mellom kommune og fylkeskommune² om brukarar med rehabiliteringsbehov. Dette kan gjelde utvikling og oppfølging av samarbeidsavtaler om rehabilitering mellom ulike nivå, og samarbeid rundt den enkelte ved inn- og utskriving ved institusjon/sykehus
- ✧ Koordinere samarbeidet mellom helse- og sosialtenesta og til dømes dei lokale statlege etatane, og vere sentral i forhold til utviklinga av tverretatlege samarbeidsforum på leiarnivå
- ✧ Fungere som lokal pådrivar i planlegging og utvikling av feltet
- ✧ Leie tverrfaglege team for rehabilitering
- ✧ Initiere og følgje opp lokale tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorar.”

Rundskriv IS-1/2010 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet utgir årlig Rundskriv IS-1 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer. Dette inneholder et samordnet og konkretisert budskap til kommunene, fylkesmennene, regionale helseforetak og fylkeskommunene med informasjon om og konkretisering av områder de skal ha et særlig fokus på. Følgende var adressert til regionale helseforetak i 2010 (7):

- ✧ ”Etablering av KE med definert rolle tydelig plassert i organisasjonen og med nettverk ut mot kommunene. Kontaktinformasjon om KE både i spesialisthelsetjenesten og i de kommuner som hører til i opptaksområdet bør være å finne på helseforetakenes/lokalsykehusenes nettsider.” (pkt. 2.2.3).
- ✧ ”Spesialisthelsetjenesten skal etablere og videreutvikle KE som kontaktpunkt for samhandling med KE i kommunene. Dette må være en integrert del av samhandlingsstrukturen med kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal samhandle med kommunene i arbeidet med individuelle planer og bidra til tidlig oppstart av planprosesser.” (pkt. 2.3.2.3).

Oppdrag til kommunene og fylkesmennene på samme tema var formulert slik (pkt 2.3.2.1 og 2.3.2.2):

- ✧ ”Etablering av KE med definert rolle tydelig plassert i organisasjonen.”
- ✧ ”KE skal ha tverrsektorielt ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer i kommunen (systemansvar).”
- ✧ ”Kommunene skal tydeliggjøre sin rolle som forankringspunkt for individuelle planprosesser.”

Med systemansvar menes i denne sammenhengen: Informasjonstiltak, prosedyrer og nødvendige maler, opplæring av ansatte, rekruttering, opplæring og veiledning av koordinatorene, oversikt over pågående planprosesser og tverrsektorielt samarbeid.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring har betydning for KE på et generelt og overordnet nivå fordi den definerer kjennetegn på tjenester av god kvalitet. De skal være (11):

- ✧ ”virkningsfulle
- ✧ trygge og sikre
- ✧ involvere brukere og gi dem innflytelse
- ✧ være samordnet og preget av kontinuitet
- ✧ utnytte ressursene på en god måte
- ✧ være tilgjengelige og rettferdig fordelt”

2) På dette tidspunkt lå ansvaret for spesialisthelsetjenesten til fylkeskommunen.

Flere av disse kravene til kvalitativt gode tjenester – ikke minst ”samordnet og preget av kontinuitet”, kan relateres direkte til KEs hovedoppgave. Tilgjengelighet er også et sentralt krav til KE, i tillegg til å involvere brukerne og gi dem innflytelse i egen rehabiliteringsprosess.

St. meld nr. 47 (2008 – 2009)

Retten til behandling på rett sted til rett tid (Samhandlingsreformen)

Samhandlingsreformens målsettinger (4):

- ✦ Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- ✦ Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene.
- ✦ Mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helsetjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- ✦ Å sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.

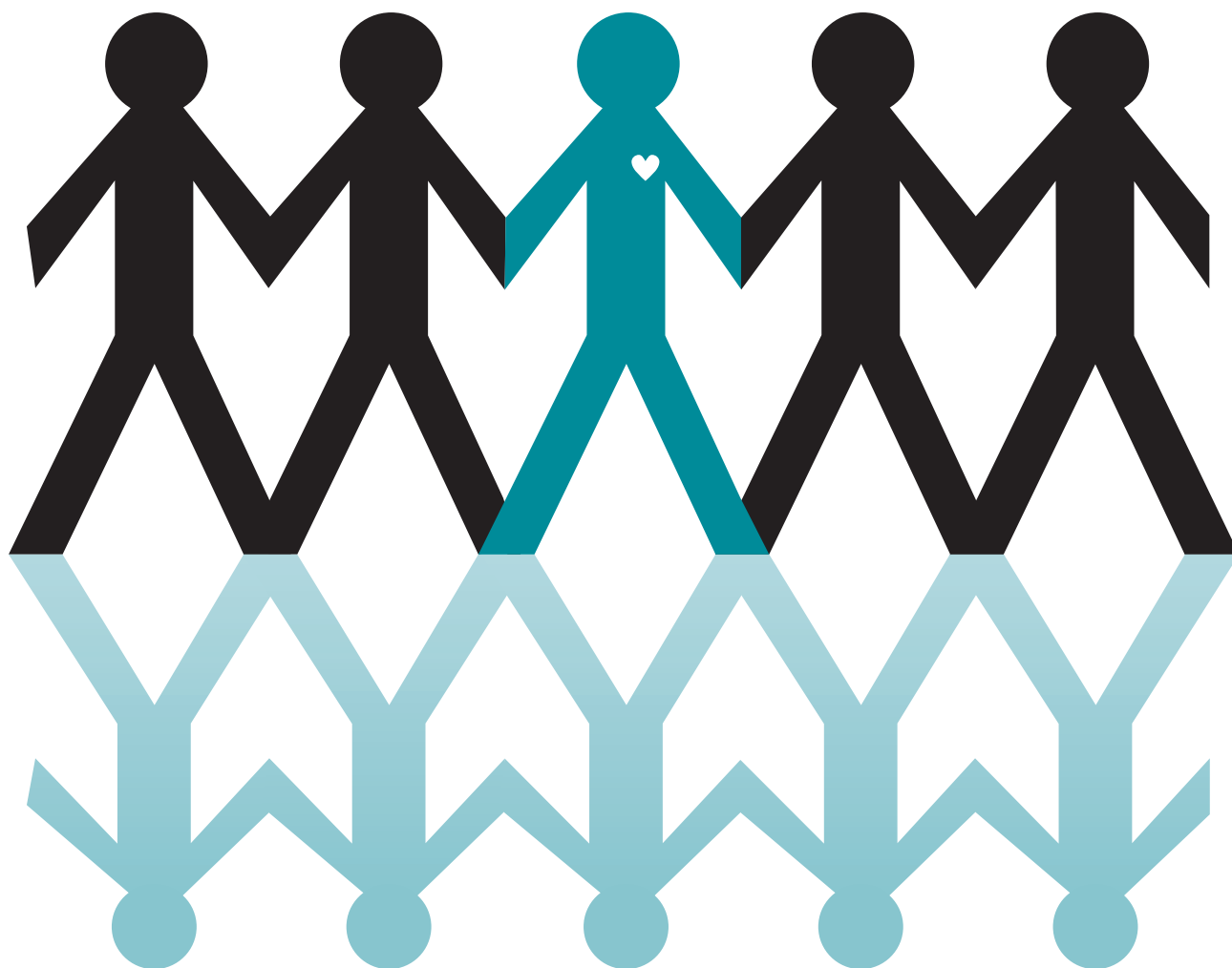
Velfungerende KE vil være sentrale for å nå flere av målene i samhandlingsreformen, blant annet målet om mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Som denne oversikten viser, er overordnede krav og føringer om KE nedtegnet i flere sentrale dokumenter. Det er også av stor interesse å få tilbakemeldinger fra praksisfeltet – de som skal organisere, drifte og utvikle KE, om hva de ser på som utfordringer, suksesskriterier og kjennetegn ved gode KE. Dette er kartlagt i undersøkelser som er referert nedenfor, og ikke minst er del 2 av denne rapporten en oppsummering av de innspillene som ble samlet inn fra praksisfeltet på de regionale konferansene.

Kunnskapsgrunnlaget

Helsedirektoratet har i perioden 2008 – 2010 gjennomført to større undersøkelser rettet mot KE. ”Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene”, ble gjennomført av Synovate i januar 2009. (10) Den omfattet 192 kommuner og ga et bilde av hvilke roller enhetene har, hvordan de er organisert, når de ble etablert og om funksjon og rolle er formalisert i samarbeidet mellom sykehus og kommune. Undersøkelsen ble foretatt som en oppfølger til at samtlige kommuner i 2008 oppga til Helsedirektoratet å ha etablert KE.

Høsten 2009 fikk Rambøll i oppdrag fra Helsedirektoratet om å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse i 5 kommuner om hva som kan synes å være god praksis knyttet til organisering av KE. Denne rettet seg i hovedsak mot kommunene, men hadde også informanter fra KE i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen er sammenfattet i to rapporter ”Perspektiver på god praksis” (Rambøll 2010) og ”Knutepunkt for koordinering” (Rambøll/Helsedirektoratet 2010). (9)



Videre utga Helsedirektoratet i 2009 tipsheftet – *”Takk for hjelpen”*, med eksempler på nytten av KE sett fra brukere og samarbeidspartnere sitt ståsted. Heftet inneholder eksempler både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. (6) Samme år utga Helsedirektoratet rapporten *”Samhandling gir god praksis”*. (5) Den inneholder også eksempler på KE som en sentral aktør for god samhandling og koordinering.

Gjennom den årlige KOSTRA-rapporteringen (SSB) registrerer kommunene hvorvidt de har etablert en koordinerende enhet og hvordan den er organisert. Tilsvarende informasjon for spesialisthelsetjenesten er kartlagt gjennom direkte henvendelser fra Helsedirektoratet til de regionale koordinerende enheter. Status for etablering av KE er gjengitt på side 4.

Del 2 Innspill fra praksisfeltet – utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering

Innledning

På hver av de 9 konferansene ble deltakerne bedt om å svare skriftlig på følgende tre spørsmål:

1. Hva ser dere som de største utfordringene for utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering?
2. Hva skal til for å lykkes i utviklingen av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering?
3. Hva skal kjennetegne en god koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering for brukerne og tjenestene?

Deltakerne skrev svarene ned på et skjema som deretter ble samlet inn. Metoden for å fylle ut skjemaene varierte en del fra konferanse til konferanse tilpasset de regionale variasjonene i hvordan konferansene var lagt opp. Det mest vanlige var at to - fire deltakere diskuterte seg frem til enighet under hvert spørsmål og skrev ned de viktigste momentene på det utdelte skjemaet. Skjemaene er besvart av representanter fra både kommuner, spesialisthelsetjenesten, brukere, organisasjoner med mer.



Fra venstre Sue Maun og Gjertrud Elise Hadland fra Dalane distriktsmedisinske senter er her i full sving med å besvare spørreskjema. Bildet er fra konferansen i Stavanger.

Alle skjemaene ble siden gjennomgått av en person som plasserte svarene på de tre spørsmålene i følgende kategorier ut fra hvilke tema som kom frem i materialet: Ansvarsavklaring, brukermidvirkning, forankring, organisering, ressurser, samarbeid/samhandling, tilgjengelighet/informasjon. Materialet ble deretter bearbejdet og sammenstilt til denne rapporten. Det var ikke lagt opp til å kunne skille ut og sammenlikne svarene fra kommuner, spesialisthelsetjeneste, brukere med mer.

Hva ser dere som de største utfordringene for utvikling av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering?

Det første spørsmålet handlet om *utfordringene* knyttet til utvikling av gode KE. Spørsmålet ble stilt fordi det er mange som i løpet av de siste årene har arbeidet med utvikling av KE i kommuner og helseforetak og har gjort viktige erfaringer. En kartlegging av hva sentrale ressurspersoner ser som de største utfordringene, gir viktig informasjon til videre planlegging og videreutvikling av KE på landsbasis.

Ansvarsavklaring

En hovedutfordring som ble løftet frem av deltakerne var manglende ansvars- og rolleavklaring for den koordinerende enheten. Etersom mange enheter er relativt nystartede, er ikke dette overraskende. Noen deltakere mener at kommunene ikke har innsett sitt ansvar når det gjelder etablering av KE, og at det kan virke som om det hersker en form for beslutningsvegring når det gjelder etablering.

I materialet fremkommer det noen forslag til tiltak som kan iverksettes for å møte utfordringen i forhold til det som oppleves som manglende ansvars- og rolleavklaring: Stillingsinstrukser for ansatte i enhetene, og en konkret beskrivelse av ansvar, oppgaver og myndighet for KE.

I materialet fremkommer det også et ønske om å få en formell beskrivelse av hvilke oppgaver og ansvar KE *ikke* skal ha. Hva dette ønsket bunner i kommer ikke klart frem i materialet, men det er utsagn som kan tyde på at noen opplever et forventningspress som kan være for stort ut fra de ressursene som finnes i enheten.

På bakgrunn av deltakernes tilbakemeldinger kan man både stille spørsmålet om KEs ansvar og rolle er klart nok beskrevet på overordnet nivå, og hvis det er det, hvordan kan denne informasjonen spres ut til KE i kommuner og sykehus? Et dokument som til en viss grad beskriver oppgaver, hva som er god praksis og gir eksempler på organisering både for kommuner og sykehus er brosjyren: *"Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - synlig og brukerrettet"* (12). Denne brosjyren kan bestilles fra Helsedirektoratet. I tillegg er det sammenfattet en presentasjon av krav og føringer på Helsedirektoratets temasider om habilitering og rehabilitering på internett.

Fordi KE er pålagt omfattende funksjoner i forhold til habilitering og rehabilitering, understreket noen deltakere betydningen av å skape et miljø der personalet både ønsker og tar ansvar og utfordringer.

Brukermedvirkning

Noen peker på behovet for holdningsendring når det gjelder KE. Det fremgår ikke hva som ligger i dette. Det er utsagn som kan tyde på at det handler om å flytte fokus fra sykehusets og de kommunale virksomhetenes mål med behandlingen over på brukernes egen rehabiliteringsprosess hvor de selv har stor innflytelse og lager egne mål. Det kan også handle om vilje til å ta ansvar for samhandling utover egen enhets oppgaver og ansvar.

Forankring

Manglende forankring av KE i ledelsen ble løftet frem som en stor utfordring. Enkelte deltakere hadde opplevd at ansvaret for KE, både opprettelse og drift, ble delegert så langt ned i systemet at gjennomslagskraften dermed ble redusert. Tilstrekkelig forankring på ledernivå løftes også frem som en utfordring i andre undersøkelser(9,10). Forankringen må ikke bare sikres hos lederne. Medarbeiderne i organisasjonen må også ha en bevissthet om enhetenes rolle. Gjennomslagskraften til KE blir mindre hvis ikke kunnskapen om og betydningen av slike enheter er forankret i hele organisasjonen. I kommunene må KE forankres minst på rådmannsnivå, men aller helst også politisk.

Ettersom formålet med KE er å sikre at personer med behov for habilitering og rehabilitering tilbys tjenester som blant annet kan bidra til egen læring, motivasjon, økt mestring, likeverdighet og deltakelse, er det også viktig at slike enheter er godt kjent i alle relevante sektorer og etater. Funn i materialet viser en bekymring i forhold til at KE kun oppfattes som "helsetiltak". En utfordring i den forbindelse er at andre tjenesteytende instanser i verste fall kan fraskrive seg noe av ansvaret for habilitering og rehabilitering, bevisst eller ubevisst. Det samme kan gjelde hvis KE blir organisert under andre sektorer. Deltakerne anbefaler derfor at KE i kommunen ikke organiseres under en "sektorsjef", uansett område, for å understreke betydningen av felles ansvar på tvers.

Forankring er av stor betydning for at arbeidet med KE skal lykkes, og det understrekes i materialet at den må være reell, ikke bare komme frem i festtaler. Rehabilitering og habilitering må løftes frem og få økt status i alle relevante fagmiljø.

Organisering

Ønsket om ansvarsavklaring omfatter også avklaring av den *myndighet* som er tillagt KE. I Rambøll sin undersøkelse, kommer det frem at intervjuobjektene, som i mange tilfeller var ledere av KE, men ofte plassert langt nede i det organisatoriske hierarkiet, ønsket mer myndighet lagt til sin stilling og funksjon (9). Dette støttes av Helsedirektoratet: I brosjyren fra 2008 anbefales det at KE forankres i et overordnet ledernivå i kommunen (12). I materialet er det også funn som viser at KE ønsker seg mer myndighet, blant annet til å utnevne koordinatorene i arbeidet med IP *på tvers* av ulike etater, nivåer og sektorer for å bli mest mulig effektive. Dette støttes også av anbefalinger fra Helsedirektoratet: "Koordinerende enhet bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter" (12). Manglende myndighet til å gjennomføre oppgavene og ta det ansvaret KE er tillagt, var en gjennomgående bekymring blant deltakerne. Det ble også vektlagt at myndighetsområdene må fremgå i skriftlige avtaler. Det er ikke nok at det inngås muntlig, blant annet fordi det er stor utskifting av personalet, både ledere og ansatte, og at misforståelser derfor kan oppstå.

Når det gjelder organisering oppleves det også som en utfordring at det ikke finnes standardiserte maler i forhold til å ivareta de oppgavene KE har. Slik det er nå bruker både kommuner og sykehus mye tid på å utvikle hver sine maler, blant annet for søknader. Et spørsmål som ble stilt var om det er mulig å kartlegge hvilke behov for maler som finnes i forhold til organisering og drift av KE, og at sentrale myndigheter utvikler noen standardløsninger som deretter kan tilpasses den enkelte KE. Samtidig som det fremkommer et ønske om standardisering, kommer det også frem en bekymring/utfordring i materialet når det gjelder faren for økt byråkratisering av rehabiliteringsarbeidet ved opprettelse av KE. Kommunene er ulike i organisering, størrelse og ressurser, og for mange krav og standardisering av KE vil kunne redusere det lokale selvstyret og lokale behov.

Betydningen av god organisering, og ikke minst forankring, blir løftet frem også for å sikre at KE ikke blir avhengig av "ildsjeler" på en slik måte at tilbudet opphører hvis/når ildsjelene eventuelt slutter.

Ressurser

En annen utfordring som nevnes er at KE, enten det er i kommuner eller i spesialisthelsetjenesten, blir bemannet med kun én person. KE har en sentral rolle i koordinering og tilrettelegging av tjenestene til personer som trenger habilitering og rehabilitering. Da blir det for spinkelt og lite kraftfullt for én person å drive en slik enhet, ikke minst med alle forventningene slike enheter blir møtt med både fra myndigheter, fagpersoner og pasienter. Men uansett antall ansatte, er det viktig å få på plass prosedyrer og rutiner som kan sikre at tjenestene blir så effektive som mulig. En utfordring som må løses er IKT systemer som ikke ”snakker sammen” på tvers av nivåene.

Når det gjelder ressurser ble også tidsfaktoren, manglende personell og manglende kompetanse presentert som aktuelle utfordringer. Tidsfaktoren handler, slik det kan leses ut av materialet, sannsynligvis om erfaringer med å bli pålagt ansvar og oppgaver uten samtidig å få avsatt tilstrekkelig tid til å gjøre oppgavene godt nok. Manglende kompetanse handler i denne sammenhengen både om samhandling og om egen/andres profesjon, noe som anses å være av betydning knyttet til KE. Flere av deltakerne var opptatt av at KE ikke måtte pålegges flere oppgaver uten at det også blir tilført mer ressurser.

Samarbeid/samhandling

Den tverrfaglige tilnærmingen oppleves mangelfull flere steder og dette fremheves som en stor utfordring. Profesjonskamp og maktutøvelse løftes også frem som en utfordring. For å oppnå intensjonen med KE slik den beskrives i forskriften, er det behov for god kommunikasjon samt evne og vilje til samarbeid på tvers av enheter, sektorer og nivåer. For å få til dette er det blant annet behov for møteplasser, og at alle involverte parter kjenner seg forpliktet på samarbeid. Det innebærer også en felles forståelse av ansvar, oppgaver og roller.

Tilgjengelighet og informasjon

En utfordring kan være manglende markedsføring av de koordinerende enhetenes rolle og funksjon. Dette medfører at de ansatte og pasientene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, ikke får informasjon om hvordan de kan komme i kontakt med KE. De vet heller ikke hvilke tjenester de kan yte. I tillegg vektlegges betydningen av: Én dør, én adresse og lett tilgjengelighet for både pasienter, pårørende, fagpersoner og ledere. Fastlegene trekkes frem som særlig viktige.

I rapporten fra Rambøll sin undersøkelse i 2009 beskrives noen hovedutfordringer dersom KE skal fungere etter intensjonen (9):

- ✧ ”Å få ansatte til å ta rollen som koordinator for brukere med individuell plan
- ✧ Det er ulike oppfatninger av ansvar i forskjellige kommunale sektorer
- ✧ Å etablere samarbeid med tjenester utenom de tradisjonelle helse-, pleie- og omsorgstjenestene
- ✧ Å sikre tilstrekkelig informasjonsspredning
- ✧ Å utarbeide gode nok prosedyrer, internkontrollsystem og kvalitetshåndbøker
- ✧ At funksjonen innehas av en enkelt person i kommunen”

Som vi ser, er det en høy grad av samsvar mellom de utfordringene som presenteres i rapporten fra denne undersøkelsen og de som fremkommer gjennom besvarelsene fra deltakerne på konferansene.

Hva skal til for å lykkes i utviklingen av gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering?

Det andre spørsmålet deltakerne skulle svare på, handlet om hva som skal til for å lykkes med KE.

Ansvarsavklaring

Ettersom manglende avklaring av ansvar, roller og myndighet til KE ble beskrevet som en utfordring, kommer det ikke som noen overraskelse at en slik ansvarsavklaring løftes frem som en suksessfaktor. Deltagerne er tydelige i sine tilbakemeldinger om at alle involverte parter som er viktige for brukernes rehabiliteringsprosess må ansvarliggjøres. Blant annet trekkes NAV, skolesektoren og fastlegene frem som sentrale og viktige aktører. Forslag til tiltak erl ansvarsavklaring gjennom samarbeidsavtaler. I tillegg blir ledelsens betydning nevnt som et annet suksesskriterium. Hvis ledelsen prioriterer koordinering så er sjansene for å lykkes større.

Brukermedvirkning

Myndiggjøring av brukeren nevnes av mange som en suksessfaktor for å lykkes i arbeidet med KE. For å få dette til må det lages gode rutiner for brukermedvirkning, og kulturen i enhetene må fremme betydningen av å innhente og benytte brukernes erfaringer og kunnskap i rehabiliteringsprosessen. Et annet tiltak som foreslås, er å oppnevne brukerrepresentanter som kan delta i planlegging og drift av KE. Det vil sikre at brukerperspektivet blir ivaretatt over tid. I arbeidet med habilitering og rehabilitering er det en klar nasjonal føring at brukermedvirkning generelt skal styrkes, og at brukeren skal være sentral i egen rehabiliteringsprosess (1,2,3,4,5,6,9,11,12).

Som visjon for KE nevnes betydningen av å være fleksible, ubyråkratiske og kunne tilby skreddersydde tjenester til hver enkelt bruker. Enkelte deltakere foreslår regelmessig evaluering av arbeidet som et suksesskriterium, og ikke minst det å måle resultatene: I hvilken grad fører opprettelsen av KE virkelig til bedre helhetlige og koordinerte tjenester i den enkelte brukers rehabiliteringsprosess?

Forankring

I likhet med ansvarsavklaring fremheves forankring som en viktig faktor for gode koordinerende enheter. Deltakerne fremhever at enhetene må ha solid faglig og administrativ forankring i linjeledelsen, og i kommunene må KE i tillegg være politisk forankret for å sikre god legitimitet.

Organisering

I forhold til organisering er det klare rammer i form av rutiner, prosedyrer og strukturer som ofte nevnes som en suksessfaktor. I tillegg nevnes betydningen av god dokumentasjon og oversiktlige, enkle skjema. Gode systemer for samhandling med de mest sentrale aktørene er også et sentralt moment for å lykkes. Ildsjelene er ofte viktige både i oppstart og drift av KE, men deltakerne anbefaler at det lages rutiner og system slik at arbeidet kan opprettholdes når disse personene slutter. Betydningen av avvikshåndtering nevnes også som en suksessfaktor. Det samme gjelder rask saksbehandling, planer med mål, tiltak og evaluering, og felles arbeidsverktøy på tvers av nivåer, sektorer og etater.

Ressurser

En annen viktig faktor som nevnes for at formålet med KE skal oppnås, er å ha tid nok til å gjøre jobben ordentlig. Interessant er det også at ildsjelene ofte nevnes som både ressurs og suksesskriterium. Det er tydelig at det å ha slike personer i organisasjonen blir sett på som positivt i forhold til KE. Deltagerne mener ildsjelene må ivaretas, gis opplæring og veiledning slik at de holder ut over tid. Behovet for veiledning og opplæring gjelder også de som skal være koordinatorene i arbeidet med IP. Dette er en relativt ny rolle og det kan ta tid før den faller på plass. Temaet er behov for opplæring i, er blant annet systemkunnskap, koordinatorrollen og IP. Ettersom noen KE har eksistert lenger enn andre, understrekes betydningen av å lære av hverandre og dele de gode eksemplene på det som fungerer.

Samarbeid/samhandling

Faste møteplasser, det at alle sentrale aktører på rehabiliteringsfeltet tar sin del av ansvaret – ”rehabilitering er en fellesoppgave”, evne og vilje til samarbeid, tverrfaglighet - gjøre hverandre gode til beste for brukeren, lære av hverandre - blant annet gjennom hospitering, erfaringsutveksling, utvikle ”ryggmargsrefleks for samhandling”, utvikle kompetanse på samhandling og kommunikasjon er noen sentrale elementer som trekkes frem som faktorer for å få til god samarbeid/samhandling.

I tillegg understrekes det å ha en felles forståelse for IP som et godt verktøy for samhandling, og lojalitet mot koordinator fra alle involverte sektorer, etater og nivåer, som betydningsfullt. Økt bruk av IP fremheves som ett av 10 sentrale områder i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (1). Utvikling av nettverk og møteplasser for alle KE nevnes som et tiltak for å sikre felles forståelse og det å lære av hverandre. Et spennende forslag som går ut over den enkelte KE, er at koordinering og samhandling i større grad enn i dag må få plass som tema i alle helsefagutdanninger.

En vilje hos alle berørte parter til å ta på seg koordinatorrollen blir også fremhevet, samt det å jobbe mot felles mål – brukerens mål, og skape gode og sammenhengende pasientforløp.

Tilgjengelighet og informasjon

Grundig og gjentatt informasjon både innad i egen organisasjon og til eksterne samarbeidspartnere, er nødvendig for at KE skal bli kjent og tilgjengelig. I kommunene inkluderer dette også rådmann og det øvrige faglige, politiske og administrative nivået. Befolkningen generelt er også en viktig målgruppe for informasjon. Den kan gis gjennom brosjyrer som legges ut på venterom og offentlige kontorer, oppslagstavler i nærbutikken, egen hjemmeside på internett samt lett tilgjengelig informasjon på spesialisthelsetjenestens og kommunenes hjemmesider. Informasjonen bør inneholde ett tlf. nr, navn på leder av KE og adresse hvor enheten holder til.

I Rambøll sin undersøkelse, ble både ledere av KE, tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere spurt om hvilke faktorer som er av stor betydning for at slike enheter skal fungere etter intensjonen om å skape god koordinering på individnivå. Følgende faktorer ble trukket frem (9):

- ✦ ”God administrativ og praktisk forankring i kommunen
- ✦ Informasjon om rolle og funksjon til både tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere
- ✦ Legitimitet blant tjenesteytere/samarbeidspartnere
- ✦ Etablerte samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer på tvers av tjenesteområder
- ✦ System for opplæring av koordinatorene for individuell plan, og å skape arenaer for brukermedvirkning
- ✦ Felles forståelse på tvers av enheter av hva habilitering og rehabilitering innebærer
- ✦ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- ✦ Tydelig ansvarsfordeling mellom enheter, og tydelighet ovenfor bruker

- ✧ Nedskrevne prosedyrer, rutiner og håndbøker
- ✧ "Fleksibilitet"

Det kan synes å være en høy grad av samsvar mellom det som deltakerne på konferansene og denne Rambøll-undersøkelsen fremhever som suksesskriterier for å skape gode koordinerende enheter.

Hva skal kjennetegne en god koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering for brukerne og tjenestene?

Det tredje og siste spørsmålet deltakerne ble bedt om å svare på handlet om kjennetegn på en god KE. Følgende kjennetegn kom frem som svar på dette spørsmålet:

- ✧ Ansvarsavklaring i forhold til myndighet, arbeidsoppgaver, funksjon og roller
- ✧ Fastlegene er trukket inn i arbeidet
- ✧ Alle sentrale aktører spiller mot samme mål og føler et felles ansvar
- ✧ Brukerne opplever en fleksibel, tilpasset og ubyråkratisk enhet med myndighet til å ta avgjørelser
- ✧ Høy grad av brukermedvirkning
- ✧ Personalet ser muligheter, ikke hindringer
- ✧ Høy grad av tilgjengelighet og lav terskel
- ✧ Godt samarbeid med pårørende
- ✧ Brukere møtes med respekt
- ✧ Gode rutiner og prosedyrer, ikke minst når det gjelder samhandling
- ✧ Brukeren opplever at tjenestetilbudet er koordinert
- ✧ Rask saksbehandling
- ✧ Systematisk og regelmessig evaluering av tilfredshet hos brukere, medarbeidere og samarbeidspartnere
- ✧ IP benyttes som samhandlingsverktøy og det er fokus på brukerens mål
- ✧ Faste møteplasser og nettverk med andre KE og alle sentrale aktører
- ✧ Stabile og dyktige koordinatører som får veiledning og opplæring
- ✧ Samhandlingskompetanse overfor brukere, pårørende og samarbeidspartnere
- ✧ Bredt spekter av kompetanse og kjennskap til "systemet"
- ✧ God ressursutnyttelse
- ✧ Pådriver for utvikling av nye tilbud, videreutvikle eksisterende tilbud i samarbeid med andre

Listen gir en omfattende oversikt over hva deltakerne på konferansene mener bør kjennetegne en god KE for brukerne og tjenestene. Hvordan sammenfaller så disse kjennetegnene med de rollene det er forventet å ha slik det beskrives i forskrift om habilitering og rehabilitering og St. meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring"? Følgende krav og føringer kan utledes av disse dokumentene: (2,3):

- ✧ Være kontaktpunkt for samarbeid på tvers av nivåer
- ✧ Ha oversikt over re-/habiliteringstilbud i kommunen
- ✧ Ha oversikt over re-/habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten
- ✧ Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan
- ✧ Bidra til brukermedvirkning på individnivå
- ✧ Bidra til brukermedvirkning på systemnivå
- ✧ Være pådriver for tverrfaglig samarbeid

- ✧ Være pådriver for tverretattlig samarbeid
- ✧ Initiere og følge opp kompetanseutvikling tverrfaglig
- ✧ Initiere og følge opp kompetanseutvikling tverretattlig
- ✧ Være en tydelig adresse for habilitering og rehabilitering (kommune)
- ✧ Ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering (kommune)

Med noe ulik vektning vil disse punktene være relevante for KE både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. De to siste er imidlertid særlig rettet mot kommunene. En overordnet målsetting er å sikre kontinuitet i det samlede tilbudet til den enkelte bruker av tjenestene. Rollene som det er forventet at KE skal fylle og kjennetegnene deltakerne oppgir i forhold til gode KE er i overensstemmelse med hverandre. Mens rollene som beskrives synes å være på et mer overordnet og systemmessig nivå, handler kjennetegnene også om forhold som må være på plass innad i den enkelte enhet.

Oppsummering

Gjennomgangen av det innsamlede materialet har vist at svarene på de tre spørsmålene som ble stilt i stor grad samsvarer med hverandre: Det som kommer frem som utfordringer, er det som i neste omgang blir suksesskriterier og kjennetegn på en god koordinerende enhet når den fungerer optimalt. Gjennomgangen har også vist en høy grad av samstemthet på tvers av regioner. Ut fra måten materialet ble samlet inn på er det ikke mulig å si noe om svarene fra sykehusansatte skiller seg fra svarene fra kommunalt ansatte. Det samme gjelder brukere.

På samtlige spørsmål er det samsvar mellom innspillene fra deltakerne på konferansene og oppsummering av kunnskapsgrunnet i de undersøkelsene som er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Dette styrker budskapet om hvilke utfordringer som må løses, og gir samtidig råd og føringer for hvilke tiltak som kan være med å sikre utviklingen av gode KE.

Når det gjelder utfordringer i forhold til KE er avklaring av roller, ansvar og ikke minst myndighet løftet frem som en av de viktigste å ta tak i, samt det å utvikle effektive rutiner og prosedyrer. De omfattende forventningene som er beskrevet i overordnede føringer kombinert med opplevelsen av manglende myndighet, blant annet fordi ledelsen av KE ofte er plassert langt ned i organisasjonen, synes å være en av de viktige utfordringene som må løses. Det samme gjelder det å sikre forankring både i organisasjonen generelt og ikke minst i ledelsen. I tillegg er det sentralt at KE gis legitimitet i alle relevante sektorer og etater for å sikre et felles eierskap. For de kommunale KE må forankring sikres både politisk og på rådmannsnivå.

Myndiggjøring av brukeren nevnes av mange som en suksessfaktor for å lykkes med arbeidet i KE. For å få dette til må det lages gode rutiner for brukermedvirkning, og kulturen i enhetene må fremme betydningen av å innhente og benytte brukernes erfaringer og kunnskap i re-/habiliteringsprosessen. I tillegg bør brukermedvirkning formaliseres ved å invitere brukerorganisasjonene inn som samarbeidspartnere i de koordinerende enhetene.

Eksempler

På konferansene ble det presentert gode eksempler fra praksisfeltet. Engasjerte medarbeidere i kommuner og i spesialisthelsetjenesten formidlet at de har tro på at gode koordinerende enheter er viktig for bedre koordinerte forløp for den enkelte bruker. I denne rapporten gir vi ordet til tre av aktørene som "var i ilden". Her presenterer de selv sine modeller og erfaringer:

Koordinering på tvers – suksess i nord – også mulig for andre?

Av Annette Eidesen, leder av koordinerende enhet i Nordkapp kommune

Nordkapp er en kommune med 3200 innbyggere. Kommunen har jobbet systematisk over flere år med å utvikle samarbeidet mellom ulike sektorer og etater, noe som blant annet har resultert i en plan for helhetlige og koordinerte tjenester. KE har ansvar for:

- ✦ psykisk helse
- ✦ ergoterapi og fysioterapi
- ✦ dagtilbud
- ✦ tjenester til funksjonshemmede
- ✦ øvrig bistandstjenester
- ✦ kommunens tildelingsnemd - forvalter de fleste tjenestene under sosialtjenesteloven



Fagteam på tvers av fag, sektorer og etater

For å dekke de områdene som kommunen er pålagt å ha handlingsplaner for, er arbeidet med habilitering og rehabilitering organisert i fagteam. Flere av teamene er etablert med det formål å sikre koordinering av tjenestetilbudet til innbyggerne. KE er representert ved leder eller en av de andre fagpersonene i de fleste teamene. Hvilke fagpersoner som deltar i det enkelte team bestemmes ut fra hvilke behov som skal dekkes.

Eksempler på ulike fagteam:

- ✦ Samarbeidsforum barn og unge:
Dette teamet har jobbet over flere år og har en sterk forebyggende profil
- ✦ Demensteam
- ✦ Boligoppfølgelsesteam
- ✦ NAV-nett

Teamene kan i tillegg til representanter fra KE være sammensatt av helse- og omsorgssjef, leder for NAV, oppvekst- og kultursjef, politi, rektor, barnehagestyrer, PPT, kulturkonsulent, representant fra videregående skole, og ved behov - deltakere fra økonomisk og/eller teknisk etat. Fagteamene gjør at vi raskt kan vurdere om vilkår for tjenestene er oppfylt, og dermed kan tiltak settes i gang så raskt som mulig til beste for brukeren, selv om ikke alltid vedtaket er fattet.

Vi opplever at den måten vi har valgt å organisere de kommunale tjenestene på sikrer koordinering for den enkelte bruker, og at modellen er kan fungere uavhengig av kommunestørrelse.

Fast kontortid på NAV

Rehabiliteringstjenesten har kontortid på NAV hver 14.dag. Det er fagtjenestene ergoterapi og psykisk helse som er representert. Vi jobber også med at fagansvarlig vernepleier skal ha en halv dag hver 14.dag da det er en økende andel felles brukere som gjør at det er behov for å være tilstede. Vi annonserer i media om dette og gjør også avtaler både individuelt med ulike brukere men har også samarbeidsmøter med aktuelle fra NAV.

Overordnet ansvar for individuell plan

KE har også systemansvaret for individuell plan. Det betyr at både rekruttering, opplæring og oppfølging av koordinatorene er lagt til KE.

De fleste ansatt i KE er koordinatorene og det er viktig med tett samarbeid med de øvrige aktørene og arbeidet med NAV-nett er et godt eksempel på dette.



Fra venstre: Ann Elise Kristiansen, KE, Steinarr Jensen, NAV, Birger Isaksen og Odd Harald Mathisen fra Vekst Nordkapp, Annette Eidesen leder KE, Anne Sivertsen leder NAV Nordkapp og Geir Martin Smalsundmo NAV.

Koordinering i alle ledd

Av Edith Victoria Lunde, leder av regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering og Merethe H. Boge, rådgiver for regional rådgivende funksjon i Helse Vest

Organisering

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering ivaretek funksjonen som Regional Koordinerende Eining (RKE) i Helse Vest. RKE er éin av 5 hovudoppgåver for senteret, gitt i mandat frå Helse Vest RHF. Dette har etter vår erfaring bidrege sterkt til prioritering av denne funksjonen i vår region.

Langvarig, systematisk arbeid

RKE består av fem rådgivarar, spesielt dedikert til funksjonen. Desse har brei helsefagleg utdanning og kan vise til variert kunnskap og lang erfaring innan habilitering og rehabilitering. I moderføretaket til kompetansesenteret, Helse Bergen, har ein av rådgivarane regional koordinerende funksjon/regional koordinator, ein anna ivaretek funksjonen som koordinerende eining for Helse Bergen HF-område. I tillegg har senteret rådgivarar i dei tre øvrige helseføretaka i regionen; Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde. Dei er i bindeledd mellom Regionalt kompetansesenter og dei einskilde føretaka, der dei ivaretek funksjonen som koordinerende eining.

Det har ikkje vore nokon lette løysingar på å få desse funksjonane på plass. Resultatet har vore basert på langvarig, systematisk arbeid som har kravd stort tolmod og engasjement, særskilt frå leiari av kompetansesenteret. Regional koordinator sørgjer for koordinering og framdrift av felles oppgåver i RKE og sikrar einskapleg framstilling og innhald av KE-funksjonen sett frå spesialisthelsetenesta i regionen. Tett samarbeid og systematisk arbeid, gjennom fysiske møter, telefonmøtar og hyppige maildialogar, er etter vår erfaring avgjerande faktorar for å lykkast med arbeidet i RKE.



Merethe H. Boge



Edith Victoria Lunde



Representanter for koordinerende enhet fra kommuner i Helse Stavanger HF sammen med arbeidsutvalget (AU) for Møteplass Helse Stavanger.

Møteplassar for samhandling

I følgje forskrift om habilitering og rehabilitering skal regional koordinerende eining vere eit knutepunkt for samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Regional koordinerende eining i Helse Vest har tatt forskrifta på alvor, og etablert "Møteplassar" innan habilitering og rehabilitering mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta i alle HF-områda. Deltakarane på Møteplassane utgjer et kontaktnettverk innan habilitering og rehabilitering, og består av KE i kommunane og deira samarbeidspartnarar samt tilsette i spesialisthelsetenesta. RKE har utarbeidd regionale retningslinjer for Møteplassane. Dei arrangeres 1-2 gongar pr år av KE på HF nivå, saman med lokalt arbeidsutval (AU) for Møteplassen. Rådgivarane med KE funksjon held fast i det administrative arbeidet for planlegging og gjennomføring. Møteplassen skal blant anna legge til rette for samhandling mellom koordinerende eining (KE) og aktuelle samarbeidspartnarar for utvikling innan habiliterings- og rehabiliteringsfelt.

Har utvikla nettstad

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering har utvikla nettsider med eige meny-punkt for Regional koordinerende eining. Nettstaden er synleg og lett tilgjengeleg for brukarar og samarbeidspartnarar frå <http://www.helse-bergen.no>. Her finn ein blant anna oversikt over KE i helseføretak og kommunar, samt informasjon om Møteplassane.

“Siloane må til livs”

v/ *Hilde Flotve Mo, leiar av koordinerande eining i Ørsta kommune*

Kommunestyret vedtok organisering av KE og kva for mynde og oppgåver eininga skal ha

KE i Ørsta kommune vart etablert 15. februar 2008. Kommunestyret vedtok organisering av KE og kva for mynde og oppgåver eininga skal ha i samband med handsaming av Plan for habilitering og rehabilitering i desember same år. Ørsta kommune har systemet på plass, men forankringa i leiarskapet er for svak.

Rådmannen kallar alle med ulike leiarfunksjonar i kommunen inn til leiarsamling

I samband med rehabiliteringsveka 2010, med temaet: KE knyter tenester saman, kalla rådmannen alle med ulike leiarfunksjonar i kommunen inn til leiarsamling. Samlinga markerte starten på ein prosess der KE sin plass og rolle i kommunen skulle få ei tydeleg forankring. Om lag 50 leiarar frå alle sektorar og fagfelt møtte fram. Det var sett av ein heil dag til samlinga. Dagen vart opna av ordførar Gudny Fagerhol, og mor til ei kvinne på 30 år med autisme, heldt eit engasjerande innspel som brukarrepresentant. I tillegg ble det satt fokus på leiarutfordringar i samhandling, dialog med brukaren, samheng og kontinuitet i tenester, og korleis Ørsta kan møte desse utfordringane.



Me treng å ha fokus på interorganisatorisk leiing framfor fag- og sektororientert leiing

KE er synleg og tilgjengeleg i Ørsta. Likevel er det fleire tenestestader som ikkje ser si eiga rolle i høve til eit samla tenesteapparat, og KE si rolle i høve til å knyte tenestene saman.

- Det er avgjerande at KE har naudsynt mynde og definerte roller for at det skal fungere etter intensjonen, på tvers av ulike tenestekområde.

Alle brukarar med trong for koordinerte tenester skal ha ein brukarkoordinator

Ørsta kommune legg vekt på koordinering, og har difor eit system som skal sikre alle brukarar med trong for koordinerte tenester ein brukarkoordinator. Deretter vil brukarkoordinator gjennom dialog med brukaren finne fram til kva for verkty som tener den einskilde; om det er ynske om ein IP, og om det er ynske om ei ansvarsgruppe. Utfordringar som me no står føre er at alle tenestestader tek sin del av utfordringa med å gje tilbod om brukarkoordinator.

Dei “organisatoriske siloane” må til livs!

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001-06-28 nr 765)
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. St. meld. nr. 21 (1998 – 99).
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Rett behandling på rett sted til rett tid. St. meld nr. 47 (2008 – 2009).
5. Helsedirektoratet (2009). Samhandling gir god praksis. IS-1676.
6. Helsedirektoratet (2010). Takk for hjelpen. Eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak. IS-1762.
7. Helsedirektoratet (2010). Nasjonale mål og hovedprioriteringer. Rundskriv IS-1/2010.
8. Helsedirektoratet (2011). Nøkkeltall for helsesektoren, rapport 2010. IS-1874.
9. Rambøll / Helsedirektoratet (2010). Perspektiver på god praksis og Knutepunkt for koordinering – to rapporter fra en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. IS-0288 og IS-1841.
10. Synovate Ltd (2009). Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. Rapport.
11. Sosial- og helsedepartementet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015. IS-1162.
12. Sosial- og Helsedirektoratet (2008). Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet. IS 1530/0108.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

