

Rapport, januar 2010
Utarbeidet på oppdrag fra



PERSPEKTIVER PÅ GOD PRAKSIS

– EN UNDERSØKELSE AV KOORDINERENDE ENHET FOR
HABILITERING OG REHABILITERING I KOMMUNER



PERSPEKTIVER PÅ GOD PRAKSIS- EN UNDERSØKELSE AV KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING I KOMMUNER

Rambøll
Besøksadr.: Hoffsvæien 21-23,
Postboks 427
Skøyen
0213 Oslo
T +47 2252 5903
F +47 2273 2701
www.ramboll-management.no

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	Sammendrag	1
1.1	Overordnede funn	1
2.	Innledning	5
2.1	Formål med undersøkelsen	5
2.2	Metode	6
2.3	Begrepsavklaring	8
2.4	Leserveiledning	9
3.	Bakgrunn for Koordinerende enhet	10
3.1	Politisk satsning på rehabilitering	10
3.2	Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	10
3.3	Tidligere undersøkelser av koordinerende enhet	11
3.4	Samhandlingsreformen	12
4.	Noen forutsetninger for god praksis	13
4.1	God praksis	13
4.2	Noen suksesskriterier for etableringen av god praksis	15
4.3	Utfordringer	18
5.	Organisering	21
5.1	Synlighet og tilgjengelighet	23
5.2	Forankring, myndighet og legitimitet	25
5.3	Oppsummering	27
6.	Roller og ansvarsområder	29
6.1	Behandle søknader om rehabiliteringstjenester	30
6.2	Oversikt over rehabiliteringstilbud og behov	30
6.3	Brukermedvirkning på individnivå - Individuell plan	31
6.4	Ansattes kompetanse	34
6.5	Fordeling av ansvarsoppgaver	36
6.6	Oppsummering	36
7.	Samarbeid	38
7.1	Samarbeid internt i kommunene	39
7.2	Samarbeid med eksterne aktører	41
7.3	Samarbeid med brukere	43
7.4	Samarbeid med brukerorganisasjoner	44
7.5	Oppsummering	45
8.	Litteraturliste	46

1. SAMMENDRAG

Rambøll har i perioden oktober 2009 til februar 2010 gjennomført ”Perspektiver på god praksis - en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering” på oppdrag fra Helsedirektoratet. Formålet med undersøkelsen har vært å synliggjøre faktorer og rammebetingelser som ser ut til å være avgjørende for at disse enhetene på systemnivå bidrar til å sikre god koordinering på individnivå, med utgangspunkt i de roller og oppgaver enheten er ment å ivareta. Undersøkelsen skal også sette fokus på erfaringer og kunnskap fra praksisfeltet rundt organisering, ansvarsområder og samarbeid. Det vil derfor bli lagt særlig vekt på å fremheve god praksis knyttet til arbeidet med koordinerende enhet.

Undersøkelsen ble gjennomført som en kvalitativ casestudie i fem kommuner som har kommet langt i sitt arbeid med koordinerende enhet. Datamaterialet baserer seg på personlige intervjuer med omkring åtte personer fra hver av de fem kommunene, inkludert ledere for koordinerende enhet og samarbeidspartnere internt og eksternt. Vi har også gjennomført fokusgruppeintervju med brukere i hver av kommunene for å synliggjøre hva brukere opplever som viktig innen rehabiliteringsfeltet.

Formålet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å bidra til at brukere som har behov for tjenester fra flere ulike aktører skal motta et helhetlig tjenestetilbud. Bakgrunnen for undersøkelsen er at kommunene i 2001 ble lovpålagt å etablere en koordinerende enhet. I etterkant har det imidlertid kommet frem at kommunene har møtt utfordringer knyttet til etableringen av koordinerende enhet, og at ordningen ikke fungerer etter intensjonen.

1.1 Overordnede funn

I dette avsnittet presenterer vi overordnede funn fra undersøkelsen. Først oppsummerer vi suksesskriterier som er av stor betydning for en velfungerende koordinerende enhet. Deretter presenterer vi hvilke hovedutfordringer som kan hindre at koordinerende enhet fungerer etter intensjonen. Til sist nevner vi i korte trekk viktige funn relatert til undersøkelsens hovedtema.

1.1.1 Suksesskriterier

Gjennomgående i undersøkelsen har vi fokusert på hvilke faktorer som både ledere av koordinerende enhet, tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere opplever som særlig betydningsfulle for at koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen om å skape god koordinering på individnivå. Følgende ble trukket frem:

- 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 koordinatører 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

1.1.2 Hovedutfordringer

Gjennom undersøkelsen har vi også identifisert noen hovedutfordringer i flere av kommunene dersom koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen. De utfordringene som ble tillagt størst vekt var følgende:

- 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, internkontrollsystemer og kvalitetshåndbøker
- At funksjonen innehas av en enkelt person i kommunen

Som det fremkommer av suksesskriteriene og utfordringene, er noen punkter nevnt begge steder, for eksempel det å utarbeide gode prosedyrer og kvalitetshåndbøker, og å oppnå tilstrekkelig informasjonsspredning. Disse punktene ansees som helt sentrale for god funksjon, samtidig som de oppleves som utfordrende å få til i praksis.

1.1.3 God praksis

I dette avsnittet oppsummerer vi eksempler på god praksis innenfor de overordnede temaene organisering, ansvarsområder, samarbeid og brukermedvirkning.

Organisering

Det finnes mange ulike måter å organisere koordinerende enhet på, noe som også har kommet til syne gjennom undersøkelsen. Variasjonen i vårt utvalg strekker seg fra at funksjonen er tillagt en person i en 50 % stilling som samhandler med et tverrfaglig team, til å utgjøre åtte offentlige servicekontor med flere ansatte ved hvert kontor. Det er mange faktorer som påvirker organisering, blant annet kommunens organisasjonsmodell, politikk, personalressurser og innbyggertall.

Det kom også frem i undersøkelsen at det er viktigere at koordinerende enhet er synlig for samarbeidspartnere enn for brukere. Begrunnelsen for dette er at dersom brukerne effektivt henvises til rett instans ved kontakt til kommunen er dette viktigere enn å ta den omfattende jobben med å gjøre enheten kjent for publikum. I tillegg bør det selvsagt fastholdes at innbyggere også får tilgjengelig informasjon på nett, og også på institusjoner og legekontor. Et aktivt informasjonsarbeid internt til virksomhetsledere og til tjenesteytere er svært viktig, og er en sentral del i å være synlig og tilgjengelig. Synlighet kan også ivaretas gjennom å plassere koordinerende enhet sentralt i kommunen, som i rådhuset eller i tilknytning til et annet forvaltningskontor.

Praktisk forankring i organisasjonen kan for eksempel oppnås gjennom tverrfaglig samarbeid rundt utviklingen av kommunale planer knyttet til rehabiliteringsarbeidet. En direkte kommunikasjonslinje til rådmannsnivå bidrar til forankring i ledelse og administrasjon.

Ansvarsområder

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering, skal koordinerende enhet ivareta en rekke ulike roller og ansvarsoppgaver. Gjennom undersøkelsen kom det frem at kommunene prioriterer oppgavene ulikt. I to av kommunene består hovedarbeidet av å behandle søknader om tjenester, med påfølgende vedtak, mens dette arbeidet er plassert i de ulike tjenesteenhetene i de tre andre kommunene. Noen av de mest sentrale ansvarsområdene består i å behandle søknader om individuell plan, finne personer som kan ta på seg rollen som koordinator, etablere ansvarsgrupper, holde oversikt over og opplyse om tjenestetilbudet, holde oversikt over tjenestebehovet, samt bidra til samhandling mellom ulike tjenesteenheter. Som disse eksemplene viser skal funksjonen inneha en rekke kompliserte ansvarsområder, og etter Rambølls vurdering ivaretas disse på en god måte i alle casekommunene.

Prosedyrebeskrivelser og andre dokumenter som synliggjør ansvarsområder og rutiner for hvordan arbeid skal utføres, og hvem som har ansvar, anses som god praksis for å skape tydelige grenser for ansvarsområder.

Samarbeid

Samhandling internt mellom tjenesteenheter og eksternt med spesialisthelsetjenesten synes å være ett av de største suksesskriteriene for at koordinerende enhet skal ivareta formålet om å bidra til at brukerne opplever å få et helhetlig tjenestetilbud. Samtlige av kommunene har etablert gode strukturer for samhandling. Disse varierer imidlertid med hensyn til hvilke samarbeidsparter som er de mest sentrale, samt samarbeidsform. Når det gjelder samarbeidsform synes fysiske møter helt klart å være mest hensiktsmessig. Samarbeid foregår også på telefon og via datasystemer. Blant samarbeidsparter har alle etablert strukturer internt mellom koordinerende enhet og ulike tjenesteytere, både med hensyn til systemnivået og individnivået. I tillegg har samtlige etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten, for eksempel gjennom samarbeidsavtaler knyttet til utskriving av pasienter. Formaliserte avtaler gjør samarbeidet mer forpliktende og muliggjør kvalitetssikring, men kan praktiseres i større grad enn i dag.

Brukermedvirkning

I undersøkelsen ble det gjennomført fokusgruppeintervju med brukere i hver av de fem kommunene. Alle brukerne hadde til felles at de på forskjellig vis har fått tjenester koordinert gjennom koordinerende enhet i sin kommune. Et av de mest sentrale aspektene som kom frem, var at brukerne understreker behovet for at tjenestetilbudet de får, er satt sammen ut ifra deres egne ønsker og behov. Arbeidet rundt individuell plan bidrar til å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte, men dette synes imidlertid å fungere i varierende grad. Det kom også frem at brukere generelt har lite kunnskap om at det skal finnes en koordinerende enhet i kommunen, og hvem dette ansvaret ligger hos i deres kommune. Dette varierer naturligvis. Det ble imidlertid tydelig at denne kjennskapen ikke er nødvendig for å oppleve at man mottar et helhetlig tjenestetilbud, ettersom det er en funksjon på systemnivå.

1.1.4 Konklusjon

Som en konklusjon fra denne undersøkelsen vil vi trekke frem at samtlige av de fem kommunene oppgir å ha hatt et stort utbytte av å etablere en koordinerende enhet. Med utbytte mener vi her positiv effekt. Etableringen av en koordinerende enhet oppleves som "et før og et etter", både av lederne av funksjonen og av

samarbeidspartnere. Dette begrunnes blant annet med at man arbeider annerledes på systemnivå etter at koordinerende enhet ble etablert, i forhold til før, og kan sees som et resultat av at det gjøres mye god praksis innenfor dette arbeidet.

Rambøll vil også trekke fram at et av de viktigste momentene som vi ser på tvers av casene er den økte oversikten som tilføres tjenesteapparatet generelt. I tillegg til at koordinerende enhet har oversikt over tjenestetilbud, får andre ansatte også større kunnskap om øvrige enheter og tjenester som leveres andre steder i kommunen. Dette bidrar til å viske ut grenser mellom enhetene og legger til rette for videre samarbeid. Oppsummert har Rambøll registrert at etableringen av en koordinerende enhet har medført et utbytte for flere parter:

- For kommunen
 - Bedre oversikt over tjenestetilbudet på tvers av enheter
 - Bedre utnyttelse av tjenestenes kapasitet
 - Færre klagesaker bygger opp under omdømmet
 - Mer tverretattlig samhandling
- For tjenesteytere
 - Et sted å rette henvendelser om rehabiliteringsrelaterte spørsmål reduserer usikkerhet og tid brukt på å finne ut av spørsmål
 - Samarbeid på tvers av enheter medfører mer effektiv tidsbruk
 - Felles opplæring og møtesteder for tjenesteytere med koordinatrorolle
- For brukere
 - Koordinering mellom tjenesteyterne bidrar til at de får færre personer å forholde seg til
 - Mer rettferdig tjenestetilbud, ettersom søknader om tjenester behandles av samme personer uavhengig av bosted
 - Bedre tilbud fordi man har oversikt over kapasiteten
 - Koordinerende enhet bidrar til å fremme bruk av individuell plan, og sikrer dermed brukermedvirkning
 - Koordinerende enhet bidrar til at rehabilitering får større prioritet og blir mer synlig i kommunen

2. INNLEDNING

Rambøll presenterer herved sluttrapport for ”Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene”. Undersøkelsen ble gjennomført fra oktober 2009 til januar 2010 på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Fra 2001 ble både kommuner og spesialisthelsetjeneste pålagt å etablere en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering¹, gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering². Formålet med koordinerende enhet er å bidra til et helhetlig tjenestetilbud til brukerne. På tross av at forskriften legger til dels sterke føringer på hvilke oppgaver koordinerende enhet skal ha, inneholder den ingen krav til hvordan enheten skal organiseres i kommunen. For mange kommuner har det vært en utfordring å etablere koordinerende enhet. I 2009 kartla Fylkesmennene hvor langt kommunene var kommet i arbeidet med å etablere en koordinerende enhet, herunder om de oppfylte forskriftens krav til innhold og funksjon. Resultatene viste at mange kommuner har kommet godt i gang med dette arbeidet, og oppgir å ha etablert en koordinerende enhet som ivaretar funksjon og roller i tråd med intensjonen. Rapporteringen slo imidlertid også fast at mange kommuner, åtte år etter forskriftens pålegg, enda ikke har en koordinerende enhet.

2.1 Formål med undersøkelsen

Denne undersøkelsen skal få frem faktorer og rammebetingelser som er betydningsfulle for at disse enhetene på systemnivå skal bidra til å sikre god koordinering på individnivå. Dette gjøres med utgangspunkt i roller og oppgaver enheten er ment å ivareta. Bakgrunnen er at mange kommuner ikke har lyktes i å opprette velfungerende koordinerende enheter. Med dette som utgangspunkt ønsket man å få frem positive eksempler på hva som skal til for å lykkes. Undersøkelsen skal kunne brukes i Helsedirektoratets videre arbeid på rehabiliteringsfeltet. Den skal også kunne fungere som læringskilde for kommuner som trenger å videreutvikle sin koordinerende enhet, gjennom å gi innsikt i hvordan koordinerende enhet kan organiseres, og hvordan kommunene i vårt utvalg har håndtert utfordringer.

2.1.1 Identifisering av god praksis

Ettersom forskriften ikke legger sterke føringer for hvordan koordinerende enhet skal organiseres eller løse sine oppgaver, skal undersøkelsen sette fokus på erfaringer og kunnskap fra praksisfeltet rundt planlegging, organisering, ansvarsoppgaver og samarbeid. Det vil derfor bli lagt særlig stor vekt på å fremheve god praksis knyttet til dette arbeidet. Med god praksis mener vi her handlingsmønstre som bidrar til at man oppfyller kravene til funksjon, og som kan overføres til andre kommuner som har behov for å lære av andres gode arbeid. God praksis blir i rapporten beskrevet i forhold til noen overordnede tema, noe som også medfører at temaene belyses flere steder i rapporten, men i forskjellig kontekst. Vår bruk av *god praksis* blir for øvrig grundig avgrenset i rapportens kapittel 4.

¹ Videre i rapporten vil vi også bruke betegnelsen ”koordinerende enhet” når vi omtaler ”koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering”.

² Forskrift for habilitering og rehabilitering, <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

2.2 Metode

Undersøkelsen baserer seg på kvalitativ metode. Dette har vært hensiktsmessig ettersom målet var å få dybdeinformasjon om hvordan kommunene har organisert koordinerende enhet, gjennomføringen av planleggingsprosesser, samt samhandling internt i kommunen og eksternt med for eksempel spesialisthelsetjenesten.

2.2.1 Dokumentstudier

Det er gjennomført systematiske studier av relevante dokumenter, deriblant Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011³, Forskrift om habilitering og rehabilitering, Synovates "Undersøkelse av rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene"⁴, samt Helsedirektoratets egne utgivelser, som "Takk for hjelpen - Eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak"⁵. I tillegg er det gjennomført studier av dokumenter om individuell plan, som Helsedirektoratets veileder "Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan", "Tipsheftet "Gjør det så enkelt som mulig", samt rapporten "Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan". Formålet med dokumentstudiene var å styrke kunnskapsgrunnet i forkant av undersøkelsen.

2.2.2 Innledende intervjuer

Rambøll har i denne undersøkelsen gjennomført til sammen fem innledende intervju, med representant for fylkesmannen i Hordaland og for fylkesmannen i Oslo og Akershus, leder for koordinerende enhet i en kommune, oppdragsgiver i Helsedirektoratet, samt representant for Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). På grunnlag av dokumentstudiene og de innledende intervjuene ble det utformet intervjuguider som ble benyttet under casestudiene.

2.2.3 Kvalitative casestudier

Undersøkelsen ble gjennomført som kvalitative casestudier i fem utvalgte kommuner. Følgende kommuner ble valgt ut til casestudiene:

Kommuner:

Arendal
Sør-Varanger
Trondheim
Steinkjer
Rælingen

Disse fem kommunene ble valgt ut på bakgrunn av fylkesmennenes rapportering fra 2009 og med utgangspunkt i Helsedirektoratets kjennskap til kommunene. Målet for utvelgelsen var å identifisere kommuner som har gjort gode grep i sitt arbeid med koordinerende enhet. Dette var nødvendig for å imøtekomme undersøkelsens formål om å avdekke suksesskriterier på systemnivå i kommunene. Det er også tatt hensyn

³ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776>

⁴ Synovate, 2009, Undersøkelse av rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00102/Rollen_til_koordine_102009a.pdf

⁵ Takk for hjelpen - Eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00264/Takk_for_hjelpen__E_264879a.pdf

til å oppnå variasjon i kommunenes innbyggertall og geografisk spredning i forhold til hvilket sykehus og hvilken helseregion kommunene sogner til. Når det gjelder innbyggertall regnes to av kommunene som *store* (over 20.000 innbyggere) og tre av kommunene som *mellomstore* (5.000 – 20.000 innbyggere)⁶. Alle helseregionene unntatt Helse Vest er representert.

I hver av casene intervjuet vi 7-8 personer. Disse var:

- ✓ Leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen (eventuelt sammen med tidligere leder, eller representant for enheten)
- ✓ Leder ved koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, ved det lokale sykehuset (eventuelt også representant for regional koordinerende enhet)
- ✓ Representant for brukerorganisasjon

Samarbeidspartnere internt i kommunen, blant andre

- ✓ Fysioterapeut
- ✓ Ergoterapeut
- ✓ Spesialpedagog
- ✓ Leder for Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)
- ✓ Leder i Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)
- ✓ Ledere for helse-, pleie- og omsorgstjenester
- ✓ Lege

I tillegg til intervju med enkeltpersoner gjennomførte vi et fokusgruppeintervju med brukere i samtlige av kommunene. Oppmøtet varierte fra to til åtte deltakere. Der hvor kun to personer deltok, skyldtes dette sannsynligvis lang reisevei og at mange av de aktuelle brukerne nylig hadde deltatt på flere intervju i forbindelse med andre undersøkelser. Formålet med fokusgruppeintervjuene var å synliggjøre hvordan brukere har opplevd å bli møtt av kommunens tjenesteapparat, og hvilken effekt de opplever at etableringen av en koordinerende enhet har hatt for deres tjenestetilbud. Brukermedvirkning er et sentralt tema innen rehabilitering, og vi anser det derfor som sentralt å belyse dette temaet gjennom brukernes egne erfaringer.

Kommunene fikk en liste over hvilke stillinger vi ønsket at informantene skulle ha, samtidig som vi ba dem om å inkludere de informantene de selv anså som mest hensiktsmessig å intervju. Informantenes status varierte dermed fra case til case, ut fra hvordan kommunen har organisert samarbeidet knyttet til koordinering. Brukerne ble også valgt ut av kommunene, og man kan derfor anta at man har valgt ut brukere som tjenesteyterne kjenner godt til. Det er derfor viktig å være klar over at brukerne som stilte til gruppeintervju ikke nødvendigvis kan sies å representere den gjennomsnittlige oppfatningen av tjenestetilbudet i kommunen.

2.2.4 Erfaringsseminar

I etterkant av de kvalitative casestudiene arrangerte vi i samarbeid med oppdragsgiver et erfaringsseminar i Oslo, 6. januar 2010. Her deltok totalt 36 personer, blant annet en rekke representanter fra koordinerende enhet i kommuner, et fåtall representanter for koordinerende enhet i helseforetak, samt representanter fra fylkesmannen og helsedirektoratet.

⁶ Samme inndeling som Synovate i "Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene, 2009

Formålet med seminaret var todelt. For det første ønsket vi å presentere funn fra dybdestudiene i de fem kommunene. For det andre ønsket vi å skape en arena hvor deltakerne fikk dele egne erfaringer fra sin deltakelse i arbeidet med koordinerende enhet i både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette ble lagt til rette for gjennom diskusjon av fire hovedtema som sto frem som særlig sentrale i undersøkelsen. Diskusjonen bidro også til en viss form for kvalitetssikring av funnene.

2.3 Begrepsavklaring

Det fremkom gjennom casestudiene at enkelte begrep som nyttes mye i undersøkelsen er kompliserte og blir tolket på ulike måter i kommunene og av samarbeidspartnerne. Rambøll ser det derfor som hensiktsmessig å avklare hvordan vi forstår og bruker begrepene i rapporten. Vi gjør oppmerksom på at vi bruker begrepet rehabilitering for å omtale både habilitering og rehabilitering.

Habilitering og rehabilitering - 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.⁷ Omtales videre som rehabilitering.

Habilitering – Habilitering er et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger⁸.

Rehabilitering - Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet⁹.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - skal være et "sted å henvende seg til", et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnerne, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnerne. I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer¹⁰. Vi vil i det videre bruke betegnelsen "koordinerende enhet".

Brukermedvirkning – man skiller mellom brukermidvirkning på individnivå og systemnivå.

- *Brukermedvirkning på individnivå* innebærer at brukeren får innflytelse i forhold til tjenestetilbud, ved å medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilgjengelige

⁷ Forskrift for habilitering og rehabilitering, <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

⁸ Statens helsetilsyn, Veileder i habilitering av barn og unge,

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_habilitering_barn_unge-ik-2614.pdf

⁹ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011,

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Saertrykk_av_Stprp_nr1_kapittel_9.pdf

¹⁰ Ibid

tilbudene. Brukeren må oppleve å ha reell innflytelse, noe som medfører større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

- *Brukermedvirkning på systemnivå* innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser. Brukere og representanter fra brukerorganisasjoner velges inn i ulike utvalg og råd hvor de bidrar med sin kunnskap og erfaring til fagfolk, administrasjon og politikere i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud.

2.4 Leserveiledning

I *kapittel 3* beskriver vi bakgrunnen for koordinerende enhet, og setter funksjonen i en politisk, samfunnsmessig og faglig kontekst.

I *kapittel 4* avgrensers vi vår bruk og forståelse av *god praksis* i rapporten, og vi diskuterer også hvilke generelle forutsetninger som bør være til stede for at kommunene skal kunne etablere god praksis. Avslutningsvis i kapitlet tar vi for oss noen utfordringer som vi karakteriserer som sentrale i arbeid med å etablere funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

I *kapittel 5* presenterer vi god praksis knyttet til organisering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Vi belyser særlig hvordan organisering henger sammen med synlighet og tilgjengelighet, forankring, myndighet og legitimitet.

I *kapittel 6* presenterer vi hvilke roller og ansvarsområder som er lagt til koordinerende enhet, med særlig fokus på god praksis for å ivareta hovedoppgaver som det å holde oversikt over tjenestetilbud og behov, arbeid med individuell plan, samt saksbehandling.

I *kapittel 7* presenterer vi hvordan kommunene har lagt til rette for samarbeid med sentrale samarbeidspartnere både internt i kommunen og eksternt. Vi omtaler også hvordan de samarbeider med brukere og brukerorganisasjoner.

I *kapittel 8* beskriver vi hvilket utbytte kommunene, samarbeidspartnere og brukere har hatt av å opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

I *kapittel 9* ligger en oversikt over litteratur som er henvist til i rapporten.

3. BAKGRUNN FOR KOORDINERENDE ENHET

I dette kapittelet presenterer vi bakgrunnen for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, for å sette undersøkelsen inn i en politisk, samfunnsmessig og faglig kontekst. Vi vil legge vekt på å beskrive myndighetenes satsning på området, og å presentere sentrale tidligere undersøkelser som har blitt gjort om koordinerende enhet. Med dette setter vi også rammene for denne undersøkelsen.

3.1 Politisk satsning på rehabilitering

Rehabilitering ble lenge ansett for å være et nedprioritert felt innen helsevesenet. Mennesker med behov for tjenester innen rehabilitering har opplevd tjenestetilbudet som fragmentert, med manglende samarbeid mellom ulike aktører, noe som har medført at man må forholde seg til mange ulike personer. Det har nå blitt besluttet at rehabilitering skal være et prioritert satsningsområde i regjeringens helse- og sosialpolitikk, blant annet gjennom *St. meld 21, (1998-99), Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk, og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*.

Rehabilitering defineres som *“tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”*¹¹. Målet med rehabilitering er at personer med nedsatt funksjonsevne skal få mulighet til å delta i samfunnet på egne premisser. Dette gjelder både personer med *medfødt eller ervervet funksjonshemming* eller *kronisk sykdom* og personer som står i fare for å utvikle funksjonshemming eller kronisk sykdom. Rehabilitering skal være rettet mot både fysisk og psykisk helse.

3.2 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Ett av tiltakene som myndighetene har iverksatt for å bidra til mer helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester, er påbudet om at alle landets kommuner og spesialisthelsetjenester skal opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette er lovpålagt gjennom *Forskrift om habilitering og rehabilitering*¹².

I kommunen skal koordinerende enhet være et fast kontaktpunkt for brukere og samarbeidspartnere. I forskriftens merknader presiseres det at *“Kravet innebærer at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for re-/habilitering”*. Det innebærer at kommunen skal ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. Det presiseres også at funksjonen koordinerende enhet kan ivaretas på ulike måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator opprettet for nettopp dette formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten, for eksempel gjennom en egen fagseksjon eller avdeling eller ved kommunefysioterapeut eller kommuneergoterapeut. Det er ikke krav om en egen organisasjonsenhet for å ta seg av koordineringsoppgavene.

¹¹ Forskrift for habilitering og rehabilitering, § 2, <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html#map002>

¹² Med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 og § 1-4 og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a.

Koordinerende enhet har et koordineringsansvar på systemnivå, og koordinerer tjenester mellom blant annet helsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, sosialetaten, utdanningsetaten, arbeids- og velferdsetaten, brukerorganisasjoner, aktuelle fagforeninger, regionale helseforetak og fylkesmenn. Koordineringen skal bidra til at hver enkelt bruker skal få et helhetlig tjenestetilbud ut ifra sine behov. Kommunen skal også ha oversikt over behovet for rehabiliteringstilbudene i kommunen, og det er naturlig at dette legges til koordinerende enhet.

Blant koordinerende enhets ansvarsområder inngår individuell plan og brukermedvirkning. Mens bestemmelsen om etableringen av kommunale koordinerende enheter er en samhandlingsstruktur på systemnivå, er individuell plan et verktøy for samhandling på individnivå. Disse henger nært sammen, noe som fremheves i *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering*, hvor det pekes på at det i mange tilfeller vil være naturlig at koordinerende enhet har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer. Når det gjelder brukermedvirkning utdypes dette i *Forskrift om habilitering og rehabilitering*, og innebærer at hver enkelt bruker får være med å bestemme hvordan sitt eget rehabiliteringstilbud skal planlegges, utformes, utøves og evalueres. Brukermedvirkning er en forutsetning for at rehabiliteringsprosessen skal kunne gjennomføres, og innebærer at brukeren må arbeide for å oppnå best mulig mestringsevne og lære seg å leve med sin situasjon.

3.3 Tidligere undersøkelser av koordinerende enhet

I 2000 ble det nasjonale prosjektet Statens Kunnskaps- og Utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) etablert. SKUR var en direkte følge av *St. meld. 21 (1999-2000) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*. Programsatsningen "Framsynt og samsynt" pågikk fra 2004-2007, med formål å framskaffe og formidle erfaringsbasert kunnskap til arbeidet med å utvikle god rehabiliteringspraksis i alle kommuner, helseforetak og andre praksismiljøer¹³. Gjennom "Framsynt og samsynt" ble det gjennomført et prosjekt kalt "*Utviklingskommuneprosjektet*", som besto av fire utviklingsnettverk, hvorav ett omhandlet koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. Nettverket besto av 5 kommuner, helseforetak og andre virksomheter, med totalt 30-40 personer. Kommunene Trondheim, Sør-Varanger og Arendal, som deltar i denne undersøkelsen, deltok også i nettverket om koordinerende enhet gjennom SKUR. Fra casestudiene kan det se ut som at deltakelsen i prosjektet har vært en viktig opptakt til disse kommunenes arbeid med å etablere koordinerende enhet.

Som et resultat av Framsynt og Samsynt er det utgitt flere rapporter, med hovedkonklusjoner som er viktige i forbindelse med denne undersøkelsen. Det som blir ansett som viktigst er å finne en organisering som sikrer best mulig ivaretagelse av pålagte oppgaver knyttet til informasjon, rådgivning og planlegging for personer som har krav på rehabilitering. Et annet viktig tema er betydningen av at koordinerende enhet er forankret i kommunens toppledelse og at de har en vedtaksfestet myndighet som gjør dem i stand til å utføre sine pålagte oppgaver. I tillegg pekes det på viktigheten av å ha formelle samarbeidsavtaler mellom kommunens koordinerende enhet og eksterne samarbeidsparter, som helseforetakene og NAV. Her fremmes det også en anbefaling om at fylkesmennene

¹³ Samsynt og framsynt, Utviklingsnettverk, koordinerende enhet i kommuner og helseforetak, Kjennetegn og kriterier for god praksis, Delrapport 2006, http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/KErapport_tiltrykking.pdf

etablerer nettverk for erfaringsdeling mellom kommuner og helseforetak, noe som har blitt tatt til følge i enkelte fylker.

I 2008 fikk fylkesmennene i oppdrag å kartlegge hvorvidt kommunene hadde etablert en koordinerende enhet. Resultatet fra kartleggingen viste at alle kommunene kunne vise til en adresse for en koordinerende enhet, som indikerer at enhetene er opprettet. Det varierte imidlertid hvordan disse enhetene oppfylte de oppgavene som er spesifisert i forskriften, og Helsedirektoratet gav dermed Synovate i oppdrag å undersøke hvilken rolle og funksjon de koordinerende enhetene i praksis fyller. Resultatene fra undersøkelsen viste at de rollene som i størst grad innfris er å ha *god oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen, å bidra til brukermedvirkning på individnivå, å være pådriver for tverrfaglig samarbeid og å ha god oversikt over rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten*. Det er også betydelige andeler av de koordinerende enhetene som oppgir at de *har systemansvar for individuell plan*. Undersøkelsen viste også at det varierte mellom kommunene hvor i organisasjonen ansvaret for koordinerende enhet lå. De fleste var organisert under Pleie- og omsorgsavdelingen, etterfulgt av Helsetjenesten, Rådmannskontoret, Bestillerkontoret og Helse- og sosialetaten.

3.4 Samhandlingsreformen

Mye har blitt gjort siden rehabilitering ble satt på dagsorden gjennom St. meld. 21 *Ansvar og meistring*. Det viser seg imidlertid svært utfordrende å oppnå tilstrekkelig koordinering og samhandling, til tross for at det ligger sterke føringer på dette i forskriftene om koordinerende enhet og individuell plan. Dette er en del av bakgrunnen for at myndighetene har sett det nødvendig å lage en samhandlingsreform, beskrevet i *St. meld. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen*¹⁴. Her legger regjeringen nye føringer for samhandling i helse- og omsorgssektoren, med følgende definisjon av samhandling: *"Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte"*. En av hovedutfordringene som pekes på i samhandlingsreformen, er knyttet til koordinering av tjenester, hvor det settes søkelys på at brukeres behov for koordinerte tjenester ikke bevares godt nok, og at mange opplever fragmenterte tjenester. Det legges særlig vekt på at det er behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Koordinerende enheter både i kommunene og spesialisthelsetjenesten er tiltak som har til formål å redusere omfanget av denne utfordringen. Erfaringer fra koordinerende enheter bør være særlig interessante i lys av utfordringene som fremheves i samhandlingsmeldingen.

Med dette som bakteppe skal Rambøll i denne rapporten belyse hvordan fem kommuner har organisert sine koordinerende enheter. Fokus settes på hvordan de ivaretar ansvarsoppgaver, samarbeid internt og eksternt, og hvordan brukerne tilbys helhetlige og koordinerte tjenester. Før vi går i gang med å presentere god praksis i lys av disse temaene skal vi i det følgende kapittelet redegjøre for vår forståelse av *god praksis*, og vi skal se nærmere på noen generelle suksesskriterier som framstår som vesentlige for at kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal fungere godt, samt noen utfordringer.

¹⁴ St. meld 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid, <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

4. NOEN FORUTSETNINGER FOR GOD PRAKSIS

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hva vi legger i *god praksis* slik vi omtaler det i forbindelse med vår undersøkelse av arbeidet som gjøres i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommunene. Overordnet fokuserer vi på hvordan valg og handlinger som utføres på systemnivå påvirker de tjenester som leveres til brukerne. For å finne fram til god praksis som kan si noe om dette har Rambøll i forbindelse med denne undersøkelsen gjennomført casestudier i fem kommuner i landet. Målet har vært å avdekke hvordan ulike systemiske valg som gjøres i kommunene påvirker, eller legger til rette for, produksjon av de kommunale tjenester som i varierende grad leveres gjennom koordinerende enheter. Før vi går videre med å beskrive noen generelle forutsetninger som ligger til grunn for god praksis, samt hvilke utfordringer denne undersøkelsen har aktualisert, vil vi foreta en avgrensning av hva vi legger i *identifisering av god praksis*.

4.1 God praksis

Metoden *beste praksis* dreier seg om å finne fram til *en handlemåte*¹⁵ som en har grunn til å tro vil være bedre egnet enn noen annen handlemåte når det gjelder å produsere et bestemt resultat i en gitt situasjon. I vårt fokus på og anvendelse av *god praksis*, bygger vi på en videre forståelse av metodikken "best practice", eller beste praksis. En anvendelse av beste praksis som metode i en kommunal setting innebærer å presentere løsninger og ordninger som med suksess er utprøvd i gitte kommuner. Grovt sett er både generell struktur og generelle behov sammenlignbare fra kommune til kommune, og i allmenn forstand regnes derfor studier av beste praksis som særlig nyttig ettersom det inviterer til overførbarhet, og dessuten potensielt sett trekker fram elementer som har stor læringsverdi for andre kommuner. Gjennom å identifisere suksessrike handlemåter er det altså en idé om at disse vil kunne overføres til andre kommuner som står ovenfor liknende utfordringer. Ved å implementere slik praksis kan kommunene dermed løse sine utfordringer på en måte som er allerede er gjennomprøvd og påvist effektiv.

Som nevnt har vi i denne sammenheng valgt å fokusere på *god praksis*, heller enn *beste praksis*. Dette valget hviler på noen erkjennelser som vi kort skal skissere, ettersom det dreier seg om omstendigheter som er helt sentrale for en undersøkelse av koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i norske kommuner.

Av avgjørende betydning finner vi det nevnte fokuset i beste praksis på "best" i betydningen *bedre enn* alle andre alternativer. Som nevnt ovenfor kan en grovt sett forholde seg til kommuner som er like med tanke på enkelte overordnede strukturer og behov. For eksempel må kommunene løse de samme lovpålagte oppgavene, de skal betjene sine innbyggere, og de forholder seg til noenlunde like innteks- og utgiftsposter - for å nevne noen åpenbare likhetstrekk. På den annen side er kommunene også svært ulike, og kommunenes håndtering av egne utfordringer kan oppfattes som unike ut i fra forutsetninger knyttet til for eksempel demografi, velstands nivå, sentralitet, med mer. Denne ulikheten gir seg i særlig grad til kjenne i forbindelse med koordinerende enhet. Som vi allerede har vært inne på, er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering en funksjon med forskriftsregulerte oppgaver og ansvarsområder, men hvor det ikke foreligger

¹⁵ I denne sammenheng viser vi med handlemåte til en innarbeidet og strukturert rutine som har til hensikt å skape en ønsket effekt

retningslinjer for hvordan kommunene skal organisere sine enheter. Dette resulterer i at det blant de kommunene som per dags dato har etablert en koordinerende enhet finnes store variasjoner over funksjonen. Dette henger sammen med at kommunenes mulighet til å strukturere samarbeidet i egen organisasjon betinges av en rekke variabler som det i varierende grad kan tas høyde for, for eksempel at:

- Kommunene har ulik historikk
- Kommunene har forskjellige organisasjonsmodeller
- Kommunene har helt forskjellige personalressurser
- Kommunenes innbyggertall og demografi varierer
- Kommunene har brukere med ulike behov

Her ser vi *historikk* som en samlebetegnelse på de politiske og samfunnsmessige prosesser som kommunen fram til dags dato har vært gjenstand for og delaktig i. Dette er altså en svært vid kategori, og de elementer som ligger her er selvsagt med det også av avgjørende betydning for hvilken *organisasjonsmodell* kommunen har. Når vi velger å vektlegge dette spesielt er det fordi det åpenbart legger sterke føringer på hvilke muligheter kommunen har til å etablere tverretatlige tjenesteytende strukturer. En kommune som gjennomfører en bestiller-/utfører modell har organisert sitt byråkrati¹⁶ med en etterspørselside/bestillere og en tilbudsside/utførere, mens det i en mer klassisk tre-nivå kommune med profesjonsstyringsmodell ligger helt andre strukturelle betingelser. Videre er *personalressursene* kommunene rår over av stor betydning. Beste praksis skal som nevnt kunne overføres på bakgrunn av fastlagte rutiner, metodikk og arbeidsmåter, og dermed kunne gjennomføres annensteds - uavhengig av personressurser. Dette stemmer dårlig overens med virkeligheten slik den har trådt fram i forbindelse med denne undersøkelsen. En dimensjon ved dette er den samlede kompetansen i byråkratiet, og om en for eksempel har tilgang til personer som er egnet til å fylle diverse stillinger. Kanskje enda åpnere for observasjon er at til tross for at kommunene vi har besøkt har lagt vekt på å innarbeide gode rutiner, har vi observert at alle kommuner (riktignok i større og mindre grad) er prisgitt enkeltpersoners innsats og engasjement på feltet. En refleksjon i forbindelse med dette er at som et begrenset fagfelt er det naturlig at rehabilitering og habilitering påvirkes sterkt av enkeltpersoner. Vi har i våre besøk til de fem kommunene sett flere eksempler på at enkeltpersoner har vært sterkt delaktige i å produsere gode resultater, og det er liten tvil om at uten disse sentrale pådriverne ville situasjonen stilt seg annerledes i noen av kommunene

Organisasjonsmulighetene dikteres også av kommunens størrelse i form av *innbyggertall* og den demografiske fordelingen av befolkningen, samt tjenestebehov innbyggerne har. Dette er selvsagt av avgjørende betydning for dimensjoneringen av og innretting på det kommunale tjenesteapparatet.

Samlet sett har disse, og andre omstendigheter, resultert i at kommunene kan vise til svært forskjellig progresjon og status for sitt arbeide. Det at de koordinerende enhetene fungerer under så forskjellige omstendigheter og forutsetninger gjør at det ikke går an å isolere en handlingsmåte som fungerer *bedre enn alle alternative handlingsmåter i en gitt situasjon*. Det er følgelig svært vanskelig å uttale seg om koordinerende enhet på et generelt grunnlag som yter kommunene lik rettferdighet.

¹⁶ Vi bruker her byråkrati som en verdinøytral betegnelse for kommunalt ansatte

Som vi skal komme nærmere tilbake til, gjør forskjellen fra kommune til kommune at en ren sammenlignende vurdering ikke er formålstjenelig. Satt på spissen kan ikke en løsning som fungerer godt i en kommune med 18 000 innbyggere og en trenivåmodell uten videre kunne vurderes i forhold til arbeidsmåter i en kommune med en bestiller-/utfører modell og 4500 innbyggere.

God praksis i en kommune representerer en mulighet blant flere for å skape ønskede resultater i den gitte kommunen. Ved å identifisere god praksis i fem ulike kommuner med forskjellige betingelser/forutsetninger får vi mulighet til å formidle flere alternative løsninger som alle fungerer etter hensikten. Dette er altså bakgrunnen for hvorfor det synes mest hensiktsmessig å fokusere på god praksis i denne undersøkelsen heller en beste praksis. Ved å tilpasse definisjonen av beste praksis som vi presenterte innledningsvis til vårt fokus på god praksis, får vi at:

God praksis er handlingsmåter som effektivt produserer ønskete resultater under de foreliggende forutsetninger.

Med denne definisjonen som et grunnlag for videre presentasjon av funn fra undersøkelsen, skal vi i neste del av dette kapittelet se på hvilke forhold som er viktige for å løse koordinerende enhets oppgaver på en god måte. Dette dreier seg også om forutsetninger, men der vi ovenfor har tatt for oss forutsetninger for mer overordnede valg knyttet til organisering, skal vi i det videre konsentrere oss om direkte forutsetninger for å etablere god praksis. Vi omtaler disse i som suksesskriterier.

4.2 Noen suksesskriterier for etableringen av god praksis

De fem utvalgte kommunene som er besøkt under datainnsamlingen i undersøkelsen er valgt ut på bakgrunn av tre overordnede forhold:

- De skal ha en velfungerende koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- De skal være geografisk spredd
- De skal representere forskjellige muligheter i etableringen av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Vi har så langt i dette kapittelet sett hvordan kommunenes forskjellighet setter visse rammer for hvordan man på systemnivå kan organisere tjenesteapparatet i en koordinerende enhet. Vi har påpekt at det er problematisk å overføre erfaringer og god praksis vilkårlig fra en kommune til en annen. Likevel er det visse elementer, eller kriterier, som generelt sett bør være på plass i en velfungerende koordinerende enhet. Rambøll har valgt ut suksesskriterier som vi vurderer som særlig sentrale i lys av denne undersøkelsen. Disse har vi hentet fra innspill og utsagn fra de kvalitative intervjuene i de fem casekommunene, fra lesing av dokumenter som på forskjellig vis belyser det samme området, samt at vi også har supplert og justert våre inntrykk på bakgrunn av innspill fra erfaringsseminaret. I boksen nedenfor lister vi opp suksesskriteriene i tilfeldig rekkefølge:

- **Forankring i kommunen**
- **Legitimitet blant tjenesteytere/samarbeidspartnere**
- **Informasjon om rolle og funksjon til både tjenesteytere/samarbeidspartnere og brukere**
- **Etablerte og gode samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer på tvers av tjenesteområder**
- **System for opplæring av koordinatorene for individuell plan**
- **Felles forståelse om hva habilitering og rehabilitering innebærer**
- **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**
- **Tydelig ansvarsfordeling mellom enheter, og tydelighet ovenfor bruker**

Vi vil i det følgende utdype hva som ligger i hvert av disse suksesskriteriene, og eksemplifisere hvordan dette har vært synlig i praksis i en eller flere kommuner.

Forankring i kommunen

Forankring dreier seg helt grunnleggende sett om hvordan noe knyttes opp mot noe annet. I dette tilfellet er det snakk om hvilket feste, i betydningen kunnskap om, motivasjon for og tro på, koordinerende enhet har i den kommunale organisasjonen. Som en del av å jobbe med forankring er det nyttig å arbeide fram en felles kunnskapsplattform og en grunnleggende holdning til hva som skal være praksis blant tjenesteytere i kommunen. Man kan godt snakke om flere typer forankring, der type forankring henger sammen med hvilken agent man søker forankring hos. I forhold til koordinerende enhet er det nyttig å forholde seg til:

- Politisk forankring
- Administrativ forankring
- Forankring blant medarbeidere

I samtale med våre informanter trekkes forankring frem som helt sentralt for å skulle lykkes som koordinerende enhet. Det er en vanlig oppfatning blant våre informanter at man effektivt kan oppnå *administrativ forankring* ved å være organisatorisk tilknyttet rådmannens stab, eller som en egen sektorovergripende enhet. Likevel er det også enighet om at dette heller ikke er nødvendig eller tilstrekkelig for å oppnå en høy grad av slik forankring. Det viser seg at et klart og gjennomtenkt mandat også underbygger denne typen forankring. Et mandat som er utformet/vedtatt på høyeste administrative nivå, og som deretter kommuniseres på en god måte til enhetsledere og også øvrige ansatte vil styrke både administrativ forankring og *forankring blant medarbeidere*, og dessuten også styrke enhetens legitimitet i den kommunale organisasjonen. *Politisk forankring* fordrer at de folkevalgte har kunnskap om det aktuelle tjenesteområdet, samt interesse for hvilket bidrag koordinerende enhet kan gjøre på området. En høy grad av politisk forankring vil også styrke den administrative forankringen.

Legitimitet

Koordinerende enhet skal ha oversikt over tjenestebehovet og tjenestetilbudet i kommunen. En slik oversikt bidrar til at ansatte i enheten gjerne kan ha synspunkter på hvilke tjenester en bruker kan tenkes å ha behov for, gjennom kartlegging av brukerens behov. I de fleste kommuner er imidlertid ansatte ved koordinerende enhet ikke tjenesteytere, noe som innebærer at det er andre personer som utfører det arbeidet koordinerende mener at en bruker har krav på. I de kommuner hvor koordinerende enhet ikke fatter vedtak, fordres det at enheten har god *legitimitet* blant tjenesteyterne for at koordinerende enhet skal ha gjennomslagskraft. God legitimitet vil også være av betydning når koordinerende enhet skal utpeke koordinatorene for brukere som har individuell plan. I kommuner hvor ansatte ved koordinerende enhet har erfaring som tjenesteytere, har de også lettere for å opparbeide legitimitet i organisasjonen gjennom faglig innsikt og kunnskap om hva levering av tjenesten bør innebære.

Informasjon

Det er helt sentralt at samarbeidspartnere og brukere får informasjon om koordinerende enhet, hvilke ansvarsoppgaver de skal ha, og i hvilke situasjoner det er riktig å henvende seg dit. Samtlige har informasjon på internett om koordinerende enhet, mens man i Steinkjer og Arendal i tillegg har utarbeidet ryddige informasjonsbrosjyrer hvor koordinerende enhets oppgaver beskrives, sammen med kontaktinformasjon for hvor man kan henvende seg ved ulike typer behov.

Gode strukturer for samarbeid og kommunikasjon på tvers av tjenesteområder

Under intervjuene, og også i forbindelse med erfaringsseminaret ble det trukket frem at det er svært viktig å formalisere samarbeidet med eksterne aktører (og andre) gjennom formelle samarbeidsavtaler. Skriftlige samarbeidsavtaler har mange fordeler, blant annet stadfester de viktig informasjon, de bør være utvetydige mht ansvarsfordeling, og de kan også benyttes som en viktig del av kvalitetssikringsprosedyrer og etterprøving ved å gi forutsigbarhet og transparens. I tillegg til avtaler utgjør fysiske møter en sentral del av samarbeidet.

Opplæring i tilknytning til individuell plan

I samtlige kommuner har det i løpet av undersøkelsen blitt trukket frem at det kan være en utfordring å skaffe koordinatorene til individuell plan fordi mange opplever det som svært krevende å gjøre en god jobb. Mange vegrer seg for å påta seg koordinatoransvaret fordi de er usikre på om brukeren kan få det tilbudet han har krav på, og fordi koordinatoransvaret kommer på toppen av ordinære oppgaver. Usikkerheten kan motvirkes gjennom å gi tjenesteytere opplæring i lovgivningen rundt individuell plan og hvordan man kan håndtere rollen som koordinator, uten at det vil medføre mye tidkrevende arbeid. Opplæring vil i tillegg til informasjon, gi tjenesteytere tro på at de er i stand til å utføre en tilstrekkelig god jobb som koordinator, i tillegg til at de kan være mer effektive i den tiden de bruker på koordinatoroppgaver. Gode koordinatorene styrker også muligheten for å etablere gode brukermedvirkningsarenaer i forbindelse med individuell plan.

Felles oppfatning av rehabiliteringsbegrepet

I Trondheim kommunes plan for helhetlig rehabilitering beskrives dette punktet på følgende måte: "*Begrepet rehabilitering har mange betydninger og dette gjør det vanskelig å skape helhetlig og tverrsektorielt engasjement rundt*

rehabiliteringsvirksomheten. Dette kan komme av at rehabilitering fortsatt blir sett på som et "helsebegrep" som andre instanser/etater ikke gjenkjenner sin innsats i". På tross av at det er utfordrende å skape en felles oppfatning i hele organisasjonen om hva helhetlig rehabilitering innebærer, anser Rambøll dette som et viktig kriterium for at brukerne skal oppleve å få et helhetlig tjenestetilbud. Dette handler i stor grad om informasjon, kommunikasjon og å spre kunnskap på tvers av sektorer og nivåer i organisasjonen.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Gjennom noen av fokusgruppeintervjuene har brukerne gitt uttrykk for at de opplever flyt i tjenestetilbudet i overgangen mellom sykehus og hjem. Dette gjelder særlig i de kommunene som har etablert en struktur for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel dreie seg om samarbeidsavtaler, faste møter, eller rutiner for at kommunale tjenesteytere oppsøker bruker før overføring av ansvar til kommunen før behandlingsopphold avsluttes på sykehus.

Tydelig ansvarsfordeling

Et tydelig grensesnitt for hvilke oppgaver som koordinerende enhet skal ivareta, og hvor andre tjenesteytere overtar ansvaret, anses som betydningsfullt for å få til god koordinering. Ansvarsområder bør dokumenteres skriftlig og informeres om til alle berørte, slik at alle som arbeider med tjenester innen rehabilitering er inneforstått med hvordan ansvarsfordelingen er organisert. Dette vil medføre mindre behov for møter og bedre flyt i behandlingen av brukere.

Nedskrevne prosedyrer, rutiner og håndbøker

Noe som under intervjuene påpekes å være en stor fordel er at koordinerende enhet har dokumenter som beskriver prosedyrer og rutiner for hvilke ansvarsområder de har og hvordan de ulike oppgavene og rollene skal utføres. Vi opplever at dette er noe som de fleste av kommunene ønsker å forbedre, ettersom dette er et behov som framstår som særlig tydelig i situasjoner som kan undergrave kontinuiteten i arbeidet som gjøres. Jo mer relevant informasjon som skriftliggjøres på en god måte, desto lettere vil det være å lære opp nyansatte. Det er også nyttig ved sykemeldinger dersom en vikar må settes inn for å ivareta funksjonen. Nedskrevne dokumenter bidrar også til å gjøre arbeidet mindre sårbart, fremfor at all kunnskapen forblir taus og rotfestet hos dem som har lang erfaring. Således bidrar det til kunnskapsoverføring, og til at arbeidet blir mindre personavhengig. Slike rutiner bør også være et ledd i kommunens helhetlige kvalitetssikring

Fleksibilitet

I de kommunene hvor koordinerende enhet fatter vedtak om tjenester til brukerne, er det viktig at saksbehandlerne utviser fleksibilitet i forhold til sine beslutninger. Enkelte ganger kan tjenesteutøvere oppleve at det er uklart for dem hvorfor en bruker har fått en type tjeneste, og ikke en annen. I slike tilfeller bør saksbehandlerne være åpne for en dialog rundt vedtaket, og ta hensyn til innspill fra tjenesteutøvere som i mange tilfeller kjenner brukerens behov bedre. Det kan også være behov for et møte for å oppklare prioritering av tjenester mellom brukere.

4.3 Utfordringer

I undersøkelsen ble det også klart at det var en del særlige utfordringer knyttet til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Ettersom informanter fra flere

av kommunene har trukket fram samsvarende utfordringer, ser vi det som hensiktsmessig å beskrive disse nærmere. Det å være seg bevisst konkrete utfordringer kan være av nytte for flere kommuner i fremtiden. Spesielt relevant vil dette være der en vil påbegynne et arbeid for å styrke koordinerende enhet, eller hvor man forsøker å etablere denne funksjonen.

Noen av de mest sentrale utfordringene for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering slik de har framstått gjennom casestudiene er som følger:

- **Å få ansatte til å ta rollen som koordinator for brukere med individuell plan**
- **Ulike oppfatninger av ansvar i ulike kommunale sektorer**
- **Samarbeid med tjenester utenom de tradisjonelle helse-, pleie- og omsorgstjenestene**
- **Tilstrekkelig informasjonsspredning**
- **Gode nok prosedyrer, internkontrollsystemer og kvalitetshåndbøker**
- **Unngå at én person ivaretar hele funksjonen**

Individuell plan og koordinator

I mange kommuner har koordinerende enhet utfordringer med å få ansatte til å påta seg rollen som koordinator for individuell plan. Dette gjelder i hovedsak innenfor sosiale tjenester som ligger hos NAV og innenfor skole- og oppvekstsektoren, inkludert PPT. Disse tjenestene er ikke lovpålagt å påta seg koordinatoransvar. Årsakene til dette kan også tenkes å ligge i en overordnet organisering, som delingen mellom helse- og omsorgssektoren, og skole- og oppvekstsektoren, som medfører at mange lærere ikke tenker på seg selv som primære i forhold til barnets *helse*, enda de ser barnet hver dag. Et annet aspekt er at koordinatorrollen kommer i tillegg til de ordinære ansvarsoppgavene. Ansatte opplever dermed at de ikke har tid, og frykter at de ikke vil makte å gjøre en god nok jobb.

Ulike oppfatninger av ansvar

I undersøkelsen har det også blitt beskrevet som en utfordring at det i ulike kommunale sektorer finnes ulike oppfatninger av omfanget av rehabiliteringsbegrepet. Dagens definisjon er svært vid¹⁷, og går langt utover den oppfatningen som i stor grad er knyttet til opptrening, for eksempel etter en ulykke eller et slag. Denne oppfatningen av begrepet, henger fremdeles igjen i enkelte sektorer, som blant annet utdanning og NAV. Dette utspiller seg i praksis gjennom at virksomheter innenfor disse sektorene ikke opplever ansvar knyttet til rehabilitering, som nevnt under forrige punkt. Gjennom St. meld 21 *Ansvar og meistring* ønsket man å forankre rehabiliteringsbegrepet i hele tjenesteapparatet, men dette paradigmeskiftet ser ikke ut til å ha kommet per i dag.

Samarbeid med tjenester utenfor helse-, pleie- og omsorg

Dette punktet er nært knyttet til punktet ovenfor, med tanke på opplevelse av ansvar. I flere kommuner opplever ledere i koordinerende enhet det som utfordrende å samarbeide med enheter utenfor de tradisjonelle helse-, pleie- og

¹⁷ Jf. Forskrift for habilitering og rehabilitering § 2

omsorgstjenestene. De som nevnes som utfordrende å samarbeide med, er blant andre skole, barnehage, barnevern, NAV, rus og psykiatri. Det pekes på at det også er utfordrende å etablere godt samarbeid med fastleger.

Informasjonsspredning

Til tross for at det kan høres enkelt ut å spre informasjon med dagens teknologi, oppgir flere kommuner at de opplever tilstrekkelig informasjonsspredning som en utfordring. Denne tematikken ble også tatt opp under erfaringsseminaret. Samtlige kommuner har informasjon på internett. Mange av brukerne innenfor rehabilitering benytter imidlertid ikke denne informasjonskanalen. To kommuner har i tillegg utarbeidet en brosjyre for å informere brukere og tjenesteytere. I tillegg kan det tenkes at kommunen kan utarbeide en artikkel eller en annonse som kunne kommet på trykk i lokalavisen, for å informere innbyggerne. Et annet alternativ kunne være å sende ut et informasjonsskriv til samtlige av kommunens innbyggere.

Prosedyrer, internkontrollsystemer, kvalitetshåndbøker

Flere av lederne for koordinerende enhet gir uttrykk for at de burde ha flere dokumenter som beskriver prosedyrer, som eksempelvis kvalitetshåndbøker. Dette oppgis imidlertid å være tidkrevende arbeid i en ellers travel arbeidshverdag. Slike prosedyrebeskrivelser bidrar til å tydeliggjøre hvordan enhetens oppgaver skal utføres, bidrar til å plassere ansvarsoppgaver, og muliggjør kvalitetssikring av koordineringsarbeidet.

Én person ivaretar funksjonen

Erfaringene fra casestudiene viser at verdien av personer som har et sterkt engasjement for arbeidet i sin helhet, og som er med å drive det fremover, ikke bør undervurderes. Ledere i koordinerende enhet innehar ofte en rolle som gjør at de framstår som ildsjeler, og bidrar sterkt til utvikling og fremdrift. "Ildsjel" er likevel en subjektiv oppfattelse av en person, og i så måte ikke noe en bør satse på å mobilisere for å oppnå velfungerende koordinerende enheter. Man kommer likevel ikke unna at ildsjeler ofte er en nøkkel til suksess, ettersom en slik person representerer en drivkraft og et stabilt holdepunkt i enheten. En særlig utfordring i enheter som er sentrert rundt en ildsjel er at kunnskap, kompetanse og drivkraft som regel er personavhengig, og dermed står i fare for å forsvinne dersom gjeldende person faller fra. I så måte er ildsjeldrevet arbeid sårbart fordi det ofte hviler på enkeltpersoner, og fordi kunnskapen ikke integreres i organisasjonen som er eier av prosjektet. Dette bør igjen ses i sammenheng med forankring i ledelse og forankring i det øvrige tjenesteapparatet. Dersom man klarer å oppnå bred forankring i arbeid som er ildsjeldrevet, er det større sannsynlighet for å lykkes, og for å sikre at kunnskap og erfaringer videreføres.

Vi skal videre i rapporten presentere mer inngående det vi ser på som god praksis i våre utvalgte kommuner. Vi vil gjøre dette ved å beskrive praksisen i forhold til noen overordnede tema som har vært sentrale i all datainnsamling. Dette dreier seg om *organisering, roller og ansvarsoppgaver, og samarbeid*.

5. ORGANISERING

I dette kapittelet vil vi presentere funn fra undersøkelsen om hvordan kommunene har organisert koordinerende enhet i sin organisasjon, og hvilke vurderinger som ble tatt hensyn til under planleggingen. Vi legger særlig vekt på tematikk som blir satt fokus på i *Forskrift for habilitering og rehabilitering*, og funn fra ”utviklingskommuneprosjektet” i regi av SKUR. Ifølge forskriftens § 8, trenger ikke koordinerende enhet å være en egen organisasjonsenhet, som navnet noe misledende kan indikere. Det pekes på at koordinerende enhet heller kan betraktes som en *funksjon*, og at denne kan ivaretas på ulike måter. Det blir foreslått at den kan organiseres

- gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team
- med en egen koordinatorstilling opprettet for nettopp dette formålet
- gjennom den ordinære virksomheten, for eksempel gjennom en egen fagseksjon eller avdeling eller ved kommunefysioterapeut eller kommuneergoterapeut¹⁸

Dette handlingsrommet har vært en av årsakene til at kommunene har organisert koordinerende enhet på svært ulike måter i sin organisasjon. Valg av organisering påvirkes også andre faktorer som kommunens historikk, organisasjonsmodell, politikk, så vel som enkeltpersoners kompetanse og erfaring, innbyggertall, demografi og geografi.

I delrapport 1 fra SKURs nettverk om koordinerende enhet anbefales det å integrere funksjonen koordinerende enhet i det eksisterende organisatoriske apparatet, for eksempel i Service-/Bestiller- eller Forvaltningskontor eller i tilknytning til NAV kontor. Det anbefales også at deler av funksjonen bør ligge på et stabsnivå hos rådmannen, blant annet for å oppnå forankring, myndighet og legitimitet nedover i tjenesteenhetene. Vi skal se at dette ikke er gjort blant noen av våre kommuner.

Nedenfor skisserer vi hvordan man har organisert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i de fem kommunene som deltok i undersøkelsen.

¹⁸ Forskrift om habilitering og rehabilitering, merknader til § 8, annet ledd, <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html#map005>

I **Arendal kommune** har man etablert et tjenestekontor til å ivareta funksjonen som koordinerende enhet. Tjenestekontoret er organisert under en av kommunens seks helseenheter, aktivitet og service. Det er 10,8 årsverk ved Tjenestekontoret, derav en leder og ti saksbehandlere. Arendal har gjennomgått flere omorganiseringer, som også har berørt organiseringen av tjenestetilbudet innen helse- og omsorg, og også plasseringen av Tjenestekontoret i organisasjonen. De er nært tilknyttet kommunens servicekontor, som får henvendelser fra både ansatte og innbyggere.

Sør-Varanger kommune er en to-nivå kommune med 42 virksomheter. Koordinerende enhet er organisert sammen med helsesøster, fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten i avdeling for helse. Til denne funksjonen er det satt av en 100 % lederstilling og to saksbehandlerstillinger i 50 %. Under vårt casebesøk sto lederstillingen vakant. Den nylig avgåtte lederen har bakgrunn fra arbeid innen rehabilitering, som medførte at hun var en naturlig person til leder for koordinerende enhet. Hun representerte Sør-Varanger i forbindelse med SKUR.

Trondheim kommune har fordelt sitt rehabiliteringsarbeid inn etter fire bydeler, Heimdal, Lerkendal, Midtbyen og Østbyen. I tillegg til å har man også delt funksjonen inn i forhold til barn under 18 år og voksne over 18 år. I hver av de fire bydelene finnes det et barne- og familiekontor som ivaretar funksjonen for barn, og et helse- og velferdskontor som ivaretar funksjonen for voksne. Disse to kontorene er samlokalisert med NAV i hver bydel og utgjør et forvaltningskontor, og har en bestiller-/utførermodell.

Steinkjer kommune har en flat og spredt struktur rundt sin koordinerende enhet. Her har det vært et mål å spre kompetansen utover i organisasjonen, fordelt på ansatte i ulike avdelinger. De har etablert et avdelingsforum og et koordinatorforum som samordner funksjonene til koordinerende enhet. I avdelingsforumet deltar avdelingslederne som har tjenester direkte knyttet til habilitering og rehabilitering, og de fatter felles beslutninger på systemnivå. I koordinatorforumet deltar ledere innenfor habilitering og rehabilitering, og forumet har som formål å ivareta koordinering og samhandling på individnivå. Leder for helse og rehabilitering har i oppgave å bringe informasjon mellom disse to forumene.

I **Rælingen kommune** har ansvarsoppgavene knyttet til koordinerende enhet blitt lagt til lederen av fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen, som en 50 % stilling. Bakgrunnen for dette var at hun deltok i et prosjekt som omhandlet koordinerende enhet, i regi av Akershus universitetssykehus HF (Ahus). I 2009 ble det etablert en samarbeidsstruktur på tvers av enheter, i form av et koordineringsmøte ved mottaks- og utredningskontoret, under enhet for tilrettelagte tjenester. I dette forumet deltar åtte personer fra ulike enheter en gang i uken.

Disse eksemplene illustrerer ulike måter å organisere koordinerende enhet på, som fungerer godt i de respektive kommunene. Som det fremkommer av eksemplene, ligner Steinkjers modell på første punkt i ovenfor, hvor man har organisert koordinerende enhet gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team. Modellene i Arendal og Trondheim ivaretar punkt 3, hvor koordinerende enhet utgjør en egen avdeling. Punkt 2, som omhandler at man kan opprette en egen koordinatorstilling er praktisert i Sør-Varanger kommune, og i Rælingen har man kombinert en egen stilling som rehabiliteringskoordinator og et tverrfaglig team.

Videre i dette kapittelet vil vi legge særlig vekt på god praksis med hensyn til hvordan kommunene ivaretar kravet om synlighet og tilgjengelighet, hvordan man har arbeidet for å forankre funksjonen internt i organisasjonen.

5.1 Synlighet og tilgjengelighet

I forskrift om habilitering og rehabilitering fremheves det i § 8 at "Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere". Etter Rambølls oppfatning er dette kravet delt i den forstand at man kan skille mellom det å være synlig og det å være lett tilgjengelig. I tillegg kan man skille mellom synlighet og tilgjengelighet for brukere og for samarbeidspartnere. I forskriften presiseres det også at koordinerende enhet skal være *en tydelig adresse i kommunen for habilitering og rehabilitering*.

Synlighet

Slik Rambøll oppfatter kravet om synlighet, innebærer det at brukere og samarbeidspartnere har kjennskap til koordinerende enhet og vet hvor de skal henvende seg. Det kan også dreie seg om å være synlig i miljøet, for eksempel ved å ha et eget kontor. Vi skal nedenfor se eksempler som vi anser som god praksis på hvordan kravet om synlighet er ivare tatt i to av kommunene.

I **Arendal kommune** er tjenestekontoret lokalisert på rådhuset i sentrum av byen. Der har man også et servicekontor som fungerer som kommunens kontaktpunkt utad. Mange innbyggere henvender seg til servicekontoret med sine forespørsler. De ansatte på servicekontoret har god kjennskap til hvilke oppgaver tjenestekontoret har, og henviser innbyggerne dit i de tilfeller det er dit de skal. På denne måten synes tjenestekontoret å være tilgjengelig for brukerne, gjennom å være synlige for servicekontoret og andre samarbeidspartnere.

I **Trondheim** kommune er helse- og velferdskontorene og barne- og familiekontorene samlokalisert med NAV i de fire bydelene, og sammen fungerer disse tre instansene som offentlige service- og forvaltningskontor, etter prinsippet med "en dør inn". Dette gjør at funksjonen koordinerende enhet oppleves som oversiktlig og godt synlig både blant brukere og samarbeidspartnere.

Som eksemplene viser, har både Arendal og Trondheim egne kontor for sin koordinerende enhet, som er sentralt plassert i tilknytning til andre naturlige kontaktpunkt i kommunen. I kommunene Rælingen, Sør-Varanger og Steinkjer har ikke koordinerende enhet et tilholdssted som er like synlig, fordi de er samlokalisert med andre kommunale tjenester. Da blir det helt avgjørende at alle samarbeidspartnere kjenner til koordinerende enhet, og kan videreformidle henvendelser om avdekkede behov dit når det er nødvendig. Disse kommunene har arbeidet godt med å informere både innbyggerne og samarbeidspartnerne, samt et godt arbeid med å synliggjøre enheten internt i organisasjonen, og koordinerende enhet fremstår derfor som synlige selv om de ikke har et tilholdssted som er godt synlig i landskapet. For eksempel har både Rælingen, Sør-Varanger og Trondheim egne kommuneplaner for sin rehabiliteringsvirksomhet, hvor koordinerende enhet trekkes frem.

Informasjon

Det synes å være komplisert å sikre at koordinerende enhet blir synlig både for brukere og samarbeidspartnere. Et viktig virkemiddel for å gjøre funksjonen synlig, er gjennom informasjonsarbeid. Alle de fem kommunene har lagt ut informasjon om koordinerende enhet og om rehabiliteringstilbudet på kommunens internettside, for å synliggjøre tjenestetilbudet for innbyggerne. Flere av informantene stiller imidlertid spørsmål ved om denne informasjonen i stor nok grad er synlig og lett tilgjengelig for innbyggerne. Dette begrunnes med at man i noen tilfeller må søke eksplisitt etter begrepet "koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering" for å finne frem til informasjonen. Dette forutsetter at den som søker informasjon har kjennskap til koordinerende enhet. Begrepet synes imidlertid å være lite kjent blant brukere, og også blant enkelte samarbeidspartnere både internt og eksternt. Informasjon på internett kan være et godt grep for å synliggjøre koordinerende enhet, betinget av at den er lett å finne frem til.

I tillegg til informasjon på kommunens hjemmeside har kommunene Arendal og Steinkjer laget en egen brosjyre for å informere innbyggerne om koordinerende enhets funksjon. Rambøll anser dette som god praksis, ettersom ikke alle innbyggere i like stor grad benytter internett til å skaffe informasjon.

På tross av dette informasjonsarbeidet, var et gjennomgående funn fra alle fokusgruppeintervjuene at svært få brukere har kjennskap til "koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering". Få brukere har kjennskap til at en slik funksjon skal finnes både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Mange er heller ikke klar over at det finnes en slik funksjon i deres kommune, som står bak koordineringen av tjenestene de mottar. Dette er kanskje ikke så overraskende, ettersom dette er strukturer på systemnivå i kommuneorganisasjonen, som ikke er informert om utover i kommunen. Slik manglende kjennskap blant brukerne kunne tilsynelatende være en indikasjon på lite synlighet, men dette viste seg å ikke stemme. I kommuner hvor man har gitt funksjonen en annen betegnelse, var det flere brukere som kjente til det, og som hadde vært i kontakt med ansatte. For eksempel i Arendal hadde brukerne god kjennskap til "Tjenestekontoret", og i Rælingen kjenner man til "rehabiliteringskoordinator". Brukerne oppgir at de har et mye nære forhold til tjenesteutøverne og forholder seg til dem på daglig basis, også når det gjelder å formidle behovet for tjenester.

Tilgjengelighet

Når det kommer til kravet om å være lett tilgjengelig, oppfatter Rambøll at det dreier seg om at det skal være lett for både brukere og samarbeidspartnere å oppnå kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. Det holder med andre ord ikke at funksjonen er kjent og/eller synlig, dersom det er vanskelig å komme i kontakt med ansatte. I de fleste kommunene har ansatte som er tilknyttet funksjonen normal kontortid på dagtid, hvor noen er tilgjengelige på telefonen. Man har også tatt hensyn til å organisere lunsjpausen slik at telefonen er bemannet. Telefonen brukes flittig blant tjenesteytere, for eksempel ved spørsmål om enkeltbrukeres tjenestetilbud. Ingen informanter har påpekt at de opplever det som vanskelig å komme i kontakt med koordinerende enhet, noe som er uttrykk for at enhetene oppleves som tilgjengelige. Rambøll oppfatter således at de fem casekommunene har organisert seg på en måte som gjør at de som ønsker å komme i kontakt med koordinerende enhet, oppnår det uten store anstrengelser.

5.2 Forankring, myndighet og legitimitet

Forankring, myndighet og legitimitet har vært sentrale begrep i denne undersøkelsen. Disse begrepene henger imidlertid nært sammen, og vi ser det derfor som nødvendig å avklare hvordan vi i denne sammenheng definerer dem.

- *Forankring* dreier seg om hvilket feste, for eksempel i betydningen kunnskap om, motivasjon for og tro på, koordinerende enhet har i den kommunale organisasjonen. Man kan i denne sammenheng forholde seg til tre former for forankring: politisk, administrativ og praktisk forankring.
- I begrepet *myndighet* ligger det en makt til å utøve de pålagte oppgavene. Dette kan for eksempel være myndighet til å tildele tjenester. Hvilken myndighet koordinerende enhet skal ha må synliggjøres i organisasjonen.
- *Legitimitet* henspeiler samarbeidspartnerens oppfatning av hvilken myndighet koordinerende enhet har til å fatte beslutninger som påvirker dem, for eksempel i forhold til ansvarsoppgaver knyttet til en brukers rehabiliteringstilbud.

5.2.1 Forankring

I delrapport 2 fra SKURs nettverk om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, ble forankring i toppledelsen trukket frem som essensielt for god praksis for helhetlig rehabilitering. I denne rapporten pekes det på at koordinerende enhet skal være forankret gjennom vedtak på et overordnet ledelsesnivå. I tillegg må koordinerende enhet være forankret i et verdigrunnlag, og det må utarbeides en beskrivelse av hvilken funksjon, myndighet og arbeidsoppgaver enheten skal ha.

Administrativ forankring – plassering i organisasjonen

Blant kommunene som deltok i undersøkelsen oppga fire av dem at de opplever å ha tilstrekkelig forankring internt i organisasjonen. Under erfaringsseminaret ble også koordinerende enhets forankring i forhold til organisering diskutert. I denne forbindelse ble det blant annet påpekt at koordinerende enhet bør ligge utenfor andre tjenesteenheter for å ha reell forankring i organisasjonen, med mulighet til å påvirke de samarbeidende tjenesteenhetene. En slik forankring oppleves som mer utfordrende dersom koordinerende enhet ligger sammen med andre tjenester, noe

som også umiddelbart gjør den mindre tydelig i organisasjonen. Det har blitt anbefalt å legge koordinerende enhet til rådmannens stab for å oppnå tilstrekkelig forankring, som også spesifiseres i forskriften. Det kom også frem at koordinerende enhet ikke nødvendigvis oppnår forankring gjennom å ha formell beslutningsorganisert eller å være organisert i rådmannens stab. Dette ble begrunnet med at slike grep ikke alene kan skape forankring. Man skilte altså i diskusjonen mellom praktisk og administrativ forankring, hvor kommunene må sikre begge deler.

Praktisk forankring - felles oppfatning og praksis

Plassering i organisasjonen synes ikke å være avgjørende for grad av forankring, men det er viktig å legitimere koordinerende enhet som en sektorovergripende funksjon. Informantene påpekte at forankring må skapes gjennom å utvikle felles kunnskap og grunnleggende holdninger til hvilken rolle kommunen spiller i enkeltpersoners liv. Slik praktisk forankring kan skapes gjennom å la ansatte fra hele organisasjonen delta i planprosesser, slik at den samme kunnskapen og forståelsen etableres på tvers av enheter. Deltakelse i planprosesser kan også bidra til å skape større eierskap til feltet, gjennom involvering i beslutningsprosesser. På denne måten kan man etablere en forankring i hele organisasjonen, som i siste instans vil utspille seg positivt for brukeren i form av et helhetlig tjenestetilbud.

Vi skal illustrere dette med å skissere hvordan tre av kommunene har arbeidet med å forankre koordinerende enhet i sin organisasjon gjennom å utarbeide en kommunal plan for helhetlig rehabilitering.

Kommuneplan for rehabilitering

Kommunene Trondheim, Sør-Varanger og Rælingen har alle utarbeidet kommuneplaner for sitt rehabiliteringsarbeid. Her er koordinerende enhets mandat, ansvarsoppgaver og myndighet tydelig beskrevet. Slike planer er med på å forankre arbeidet. Først og fremst er de vedtatt i kommunestyret, noe som skaper administrativ forankring. For det andre beskrives tydelig hvilke roller ulike instanser spiller i det helhetlige rehabiliteringsarbeidet, noe som bidrar til å etablere praktisk forankring blant ansatte i organisasjonen. I Trondheim kommune har man også en direkte rapporteringslinje mellom koordinerende enhet og rådmannens stab, hvor to av kommunaldirektørene har ansvaret for henholdsvis helse og velferd og oppvekst og utdanning, og har det overordnede ansvaret for rehabiliteringstjenester. Gjennom å tillegge en kommunaldirektør dette ansvaret bidrar man således til at funksjonen er forankret i toppledelsen.

5.2.2 Myndighet og legitimitet

Koordinerende enhets forankring i organisasjonen synes å henge nært sammen med grad av myndighet, gjennom at forankring er essensielt for å kunne utøve nødvendig myndighet. Et konkret eksempel på noe som kan være med på å undergrave myndighet og forankring i organisasjonen er dersom aktivitet i regi av koordinerende enhet ikke samordnes med kommunens øvrige aktivitet. For eksempel vil det være svært uheldig at rådmannen kaller virksomhetslederne inn til et møte på samme tid som koordinerende enhet har planlagt å samle disse personene. Det er viktig å skape en sterk relasjon mellom rådmannsnivå og koordinerende enhet hvis man skal

gjøre det mulig for koordinerende enhet å samordne de ulike virksomhetene. Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilken grad av myndighet koordinerende enhet skal ha. Slik Rambøll oppfatter det henger dette nært sammen med hvilke sentrale arbeidsoppgaver som er tillagt koordinerende enhet. I kommunene Trondheim og Arendal er en av hovedoppgavene å behandle søknader om kommunale tjenester, og fatte vedtak på disse. I Trondheim har man en ren bestiller-/utførermodell, hvor ansatte ved helse- og velferdskontorene og barne- og familiekontorene har myndighet til å fatte vedtak på tjenester som ansatte i tjenesteenheter påfølgende må utføre i praksis. I kommuner hvor koordinerende enhet fatter vedtak har funksjonen større grad av myndighet enn i kommuner hvor søknadsbehandlingen fattes i den enkelte tjenesteenheter. Denne myndigheten fordrer imidlertid legitimitet blant tjenesteyterne for å ha reell makt. I både Arendal og Trondheim kommune er man klar over denne problemstillingen, og har gjort grep for at koordinerende enhet skal ha legitimitet blant tjenesteyterne. Vi vil illustrere dette ved å beskrive hvordan man arbeider for å sikre legitimitet i Arendal.

I Arendal fatter tjenstekontoret vedtak på søknader om kommunale tjenester. Man har gjort en grundig rekrutteringsprosess for å ansette saksbehandlere. Per i dag består tjenstekontoret av en leder og ti saksbehandlere. Samtlige ansatte har både formell utdanning og erfaring som tjenesteytere i kommunen, for eksempel fra hjemmesykepleien, fysioterapitjenesten eller psykiatrien. Særlig den praktiske erfaringen er med på å fremme legitimitet blant tjenesteyterne, fordi saksbehandlerne kjenner til hvordan det er å skulle utføre jobben. Den praktiske gjennomførbarheten blir med andre ord tatt med i betraktningen under saksbehandlingen. Saksbehandlerne stiller seg spørsmål som "Hvis denne brukeren får en time hjemmesykepleie daglig, vil hjemmesykepleien ha kapasitet til å utføre tjenesten på en god måte for brukeren?". Et annet aspekt som bygger opp legitimitet er at saksbehandlerne er åpne for å gå i dialog med tjenesteyterne dersom de stiller spørsmål ved saksbehandlingen. En slik praksis bidrar til at tjenesteyterne opplever at de har mulighet til å bli hørt. Alle setter brukerens tjenestebehov i sentrum.

5.3 Oppsummering

Som beskrevet i dette avsnittet er det stor variasjon i hvordan kommunene har organisert koordinerende enhet. Slik Rambøll er blitt kjent med de koordinerende enhetene, er ikke det å etablere en velfungerende koordinerende enhet avhengig av en type organisatorisk valg. De mange mulighetene kan illustreres av to modeller som er så ulike som dem i Steinkjer og Trondheim – begge enheter ser ut til å fungere svært godt, men hviler på helt forskjellige organisatoriske premisser. I Steinkjer har man valgt å fordele ansvaret utover i organisasjonen, noe som skaper forankring og reduserer risiko for at én eller få personer sitter med hovedansvaret. I Trondheim har man gjort en inndeling i fire bydeler og mellom barn og voksne, hvor barne- og familiekontorene og helse- og velferdskontorene har tydelig definerte ansvarsområder og samarbeidsstrukturer utover i organisasjonen.

Synlighet og tilgjengelighet

Basert på perspektiver som ble det gitt uttrykk for under casestudiene, vurderer vi det som viktigere å være synlig og lett tilgjengelig for samarbeidspartnere internt i kommunen, enn for brukere. Mange brukere har nær kontakt med tjenesteytere i det daglige, og ikke så mye kontakt med ansatte i koordinerende enhet. Det er ikke nødvendig at brukerne vet hvor de skal henvende seg, så lenge den kommunalt ansatte de henvender seg kan henvise dem til riktig instans så effektivt som mulig.

For å synliggjøre koordinerende enhet internt i organisasjonen, blant tjenesteutøvere og andre samarbeidspartnere, bør kommunen legge til rette for å informere ansatte direkte om koordinerende enhet. Dette gjelder ansatte på alle nivå i organisasjonen. Man kan for eksempel bruke avdelingsmøter til å informere om hvilken funksjon koordinerende enhet skal ha i kommunen, og i hvilke tilfeller de ansatte kan henvende seg dit eller formidle brukerhenvendelser dit. I tillegg kan man sørge for å inkludere denne informasjonen ved opplæring av nyansatte, for å sikre at alle tjenesteyterne kjenner til enhetens rolle, slik at de blant annet kan videreformidle avdekkede behov.

Flere av kommunene har en tydelig adresse for rehabilitering, som gjør dem synlige for både innbyggere og samarbeidspartnere. Gjennom casestudiene har det kommet frem at betegnelsen "koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering" er lite kjent i noen av kommunene, også blant sentrale samarbeidspartnerne. Dette skyldes i hovedsak at man bruker andre betegnelser på funksjonen. Dette bør kommunene ta hensyn til i sitt informasjonsarbeid. Man bør for eksempel vurdere å organisere hjemmesidene slik at innbyggerne kan finne frem til koordinerende enhet uten å måtte søke spesifikt etter den. Dette kan løses ved å informere om ulike tjenester som koordinerende enhet koordinerer, og hvilken rolle enheten har i forhold til tjenesten. For å informere innbyggerne kan man også gjøre som Arendal og Steinkjer og utarbeide en brosjyre. En slik brosjyre kan gjøres tilgjengelig på steder hvor innbyggerne fysisk henvender seg, som servicetorget, legekontor, helsesøsters kontor, skoler, PPT og andre tjenesteutøvere. Dette vil bidra til at koordinerende enhets oppgaver og funksjon blir mer kjent blant både brukere og tjenesteytere.

I samsvar med resultatene fra SKURs nettverk om koordinerende enhet, ble forankring og myndighet sett på som svært sentralt i samtlige av kommunene. Uten forankring i organisasjonen blir det utfordrende å drive god koordinering på systemnivå. Kommunene opplever varierende grad av forankring internt, og peker på at det må jobbes aktivt for å oppnå både administrativ og praktisk forankring.

Flere informanter har påpekt at selve organiseringen av koordinerende enhet ikke er avgjørende for hvor god funksjonen blir, så lenge den etterlever et formål og mandat som dekker over flere tjenesteområder. Det har imidlertid blitt påpekt at rehabilitering tradisjonelt forbindes med helse-, pleie-, og omsorgstjenester, og at denne begrensede oppfatningen lett opprettholdes dersom koordinerende enhet er organisert sammen med disse tjenestene. Samarbeid og kommunikasjon på tvers av enheter er helt avgjørende for at koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen, uavhengig av hvor i organisasjonen enheten er plassert. Det samme gjelder samarbeidspartnerens kjennskap til koordinerende enhet, og deres funksjon og oppgaver.

6. ROLLER OG ANSVARSOMRÅDER

I dette kapittelet retter vi fokus mot hvilke roller og oppgaver som har blitt tillagt koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. I *Forskrift om habilitering og rehabilitering* nevnes en rekke ulike roller og ansvarsoppgaver som koordinerende enhet er ment å ivareta, eller som det er naturlig å legge til denne funksjonen. Ikke alle oppgavene er pålagte, noe som medfører at kommunene har prioritert oppgavene ulikt. Vi vil i dette kapittelet beskrive de rollene og ansvarsoppgavene som er mest sentrale for koordinerende enhet i de fem kommunene som deltok i undersøkelsen. Tabellen nedenfor gir en oversikt over hvilke roller og ansvarsoppgaver koordinerende enhet kan ha:

1. Har god oversikt over rehabiliteringstilbud i kommunen
2. Bidrar til brukermedvirkning på individnivå
3. Har systemansvar for individuell plan (IP) (lager rutiner, er ansvarlig for opplæring, har oversikt over antall planer med mer)
4. Er pådriver for tverrfaglig samarbeid
5. Har god oversikt over rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten
6. Er knutepunkt for samarbeid på tvers av nivåer
7. Har oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
8. Er en tydelig adresse i kommunen for habilitering og rehabilitering
9. Er pådriver for tverretattlig samarbeid
10. Bidrar til brukermedvirkning på systemnivå
11. Initierer og følger opp kompetanseutvikling tverrfaglig
12. Initierer og følger opp kompetanseutvikling tverretattlig

Som det fremkommer av denne oversikten, kan koordinerende enhet ha et stort omfang av oppgaver, og det stilles store krav til hvilke roller den skal ivareta. Med tanke på at det i mange kommuner er satt av relativt få personalressurser til dette arbeidet, vil det være naturlig at enkelte oppgaver blir mer fremtredende enn andre. Synovate har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse blant ledere av koordinerende enhet i 192 kommuner, som omhandlet i hvilken grad enheten ivaretar disse rollene¹⁹. Den rollen som i størst grad oppgis å være ivaretatt er å ha *god oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen*, etterfulgt av å *bidra til brukermedvirkning på individnivå* og å *ha systemansvar for individuell plan*. I samsvar med disse resultatene, sto også disse oppgavene helt tydelig frem i vår undersøkelse, som noe av det som koordinerende enhet arbeider mest med.

¹⁹ De samme rollene ble undersøkt av Synovate på oppdrag for Helsedirektoratet gjennom en breddeundersøkelse i 2009, "Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene".

I dette kapittelet vil vi konkretisere hvilken praksis som gjøres i kommunene for å ivareta disse tre oppgavene. I tillegg har man i to av kommunene lagt koordinerende enhet til eksisterende bestillerkontor, som medfører at saksbehandling opptar mye av arbeidstiden til ansatte. Saksbehandling blir derfor også beskrevet. De øvrige ni rollene beskrives i tilknytning til kapitlene om organisering og samarbeid, der Rambøll mener at de naturlig hører inn.

6.1 Behandle søknader om rehabiliteringstjenester

I de to kommunene med høyest innbyggertall, Arendal og Trondheim, er koordinerende enhet integrert i bestillerkontor/forvaltningskontor, og en av de mest sentrale arbeidsoppgavene er å behandle søknader om tjenester. I begge kommunene behandler de søknader om en rekke ulike tjenester innen rehabilitering, samt pleie- og omsorgstjenester. Tjenestene utføres i praksis av ulike enheter i kommunen, som innebærer at det går et skille mellom hvem som er bestiller og utfører av tjenestene. I kommunene Sør-Varanger, Rælingen og Steinkjer er saksbehandlingen lagt til tjenesteenhetene, som er egne resultatenheter. De fatter derfor vedtak i tråd med egen prioritering i forhold til økonomi.

Ettersom saksbehandling er en så sentral oppgave i to av kommunene, kan man spørre seg om dette går på bekostning av koordinerende enhets intenderte oppgaver, jf. listen ovenfor. Dette synes ikke å være tilfelle i verken Trondheim eller Arendal.

6.2 Oversikt over rehabiliteringstilbud og behov

Koordinerende enhet skal holde oversikt over både rehabiliteringstilbudet og rehabiliteringsbehovet i kommunen.

Oversikt over rehabiliteringstilbudet

Med oversikt over rehabiliteringstilbudet menes både det å ha kunnskap om hvilke tjenester kommunen tilbyr, hvem som kan kontaktes vedrørende de ulike tjenestene, og ikke minst hva tjenestene innebærer slik at man kan identifisere hvilke tjenester som kan dekke en brukers behov. Samtlige av lederne for koordinerende enhet oppga at de opplever at de ansatte i koordinerende enhet har god oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen. Dette er imidlertid en forutsetning for å kunne koordinere effektivt, og å sikre at brukerne får informasjon om hvilke muligheter de har. Kommunene har ansatt personer med lang erfaring fra kommunen i stillingene ved koordinerende enhet, som bidrar til at de også har mye kunnskap om kommunens tjenestetilbud. Arendal kommune oppgir at de legger mye arbeid i å ha oversikt over tjenestetilbudet. Her legger man mye i begrepet "oversikt", og har også oversikt over kapasitet. Tjenestekontoret fører oversikt over kapasiteten i de ulike tjenesteenhetene, og bruker mye tid på denne typen logistikk. Representanter fra tjenestekontoret møter for eksempel ukentlig på det lokale rehabiliteringssenteret for å holde oversikt over kapasiteten der. Denne tette oppfølgingen henger også sammen med at tjenestekontoret fatter vedtak på tjenester, og har nær dialog med tjenesteyterne om kapasitet. Fordelen med å ha denne oversikten er at man til en hver tid vet hvilke tjenestetilbud som har ledig kapasitet til å levere tjenester.

Koordinerende enhet i kommunen er også tenkt å ha oversikt over rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer blant annet om det finnes en rehabiliteringsinstitusjon eller andre typer tjenester som kommunen ikke

kan tilby brukerne. Lederne for de koordinerende enhetene opplever det som mer utfordrende å ha oversikt over tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten enn i egen organisasjon, og de oppgir i varierende grad å inneha denne oversikten. Det påpekes imidlertid at de vet hvor de skal finne informasjon eller henvende seg dersom de har kontakt med brukere som har behov for tjenester utenfor kommunens kompetanseområde. Dette er nært knyttet til påbudet om at det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten også, som kan fungere som kommunenes kontaktpunkt.

Oversikt over tjenestebehovet

Oversikt over behov kan være mer komplisert. I forskriftens § 9 heter det at ”kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i kommunehelsetjenesten skal kunne melde mulige rehabiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit kommunen bestemmer.”²⁰ Dette innebærer altså å være oppdatert på behov som nylig har oppstått, i tillegg til å ha oversikt over hvilke brukere som har hvilke tjenester.

I Rælingen kommune ivaretas oversikten over tjenestebehovet gjennom et ukentlig koordineringsmøte ved mottaks- og utredningskontoret, mellom rehabiliteringskoordinator og ledere fra andre tjenesteenheter. Temaet for møtet er å diskutere innmeldte rehabiliteringsbehov. Behovene avdekkes med andre ord av tjenesteytere som er i kontakt med brukere i det daglige, behovene meldes videre til leder, som tar opp saken i koordineringsmøtet. I tillegg holder rehabiliteringskoordinator oversikt over hvem som har individuell plan, og hvilke tjenester som inngår i planen. Dette bidrar også til å ha oversikt over tjenestebehovet. I samtlige andre kommuner oppgis også at brukerne i første omgang melder om sitt opplevde tjenestebehov til tjenesteytere de har kontakt med i det daglige. Det forekommer i mindre utstrekning at brukere melder behov direkte til koordinerende enhet. Dette understøtter betydningen av å ha en etablert praksis rundt hvordan man fanger opp rehabiliteringsbehov, og at tjenesteyterne melder fra. En slik praksis som man har etablert i Rælingen er et godt eksempel på hvordan man kan ivareta dette på en god måte. Det blir også trukket frem at endringer i behov ofte oppstår i livets overgangsfaser, som for eksempel overgangen mellom barnehage og barneskole, barneskole og ungdomsskole, ungdomsskole og videregående, og derfra og ut i jobb. Kartlegging av behov er også en sentral oppgave knyttet til å ha oversikt over tjenestebehov. For eksempel i Arendal ivaretar man kartlegging gjennom at ansatte ved tjenestekontoret drar hjem til brukere på vurderingsbesøk. Det ivaretas også gjennom å besøke pasienter på sykehuset slik at man kan forutse hvilke tjenester de kommer til å få behov for ved utskriving. Denne praksisen som er beskrevet ovenfor bidrar til å holde oversikt over behovet til de brukerne som allerede har et tjenestetilbud. En utfordring som alle kommunene møter på, er hvordan man skal fange opp innbyggere som har et tjenestebehov, men som ikke melder fra om det selv.

6.3 Brukermidvirkning på individnivå - Individuell plan

Arbeid knyttet til individuell plan trekkes i alle kommunene frem som ett av de mest sentrale ansvarsområdene som er tillagt koordinerende enhet. I lovverket ligger det en rekke føringer som kommunene er pålagt å følge. Vi vil først beskrive i korte trekk

²⁰ Forskrift om habilitering og rehabilitering, <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

hva disse går ut på, for deretter å eksemplifisere hvordan dette blir ivaretatt i praksis i noen av kommunene.

Personer med behov for koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, gjennom pasientrettighetsloven § 2-5: *"Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern"*²¹. Retten til individuell plan har vært gjeldende siden 2001, og senere har den også blitt hjemlet i sosialtjenesteloven²², NAV-loven²³ og barnevernloven²⁴. Dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra tjenesteytere som ikke er lovpålagt å utarbeide en individuell plan, som for eksempel innen skole og barnehage, skal disse likevel delta i samarbeid med ansvarlig enhet²⁵.

Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt at planen skal sikre brukerens og eventuelle pårørendes deltagelse i planleggingen og utformingen av tjenestetilbudet. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Denne personen kalles en *koordinator*²⁶. For brukere som har behov for hjelp fra flere enn to tjenester/etater, og som ønsker det, kan det også opprettes en *ansvarsgruppe*. En ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker/pårørende og tjenesteutøvere. Ansvarsgruppe kan benyttes for å strukturere arbeidet rundt individuell plan. Tjenesteutøvere i ansvarsgruppen bidrar med de tiltak de har myndighet til å iverksette i kraft av sin stilling. Ansvarsgruppen har alltid en *hovedkontakt*, og bruker/pårørende er fast deltaker i gruppen²⁷.

Systemansvar

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering legger føringer for at systemansvaret for individuell plan skal ligge i koordinerende enhet i kommunen. Det presiseres at systemansvar blant annet inkluderer

- å lage rutiner for arbeidet med individuell plan i kommunen
- å ha ansvaret for opplæring av ansatte
- å ha oversikt over antall planer

I alle kommuner utenom Arendal oppgis systemansvaret for individuell plan å ligge hos koordinerende enhet. Grunnen til at systemansvaret i Arendal ikke ligger hos

²¹ Lov om pasientrettigheter, http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&&

²² Lov om sosiale tjenester, http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19911213-081.html&emne=sosialtjeneste*&&

²³ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-20060616-020.html&emne=nav*&&

²⁴ Lov om barneverntjenester, http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevern*&&

²⁵ Forskrift om individuell plan § 6, <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20041223-1837-0.html#6>

²⁶ http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/

²⁷ Ansvarsgruppemodellen, Trondheim kommune

tjenestekontoret er at kommunen nylig har vært gjennom en omorganisering, som har medført at systemansvaret for individuell plan og tjenestekontoret ikke ligger under samme enhet lenger. Systemansvaret for individuell plan er tilknyttet personer med sterk erfaring på feltet. Det er imidlertid tett samarbeid mellom tjenestekontoret og disse personene, og man oppgir at systemansvaret skal ligge hos tjenestekontoret fremover, ettersom man ser dette som mest hensiktsmessig.

De fem kommunene har mye lik praksis rundt arbeidet med individuell plan, og arbeidet følger i stor grad føringene som gis i Forskrift for individuell plan. I alle kommuner skal søknader om individuell plan rettes til koordinerende enhet. Enkelte, som Arendal og Sør-Varanger, har utarbeidet et eget søknadsskjema som skal gjøre det enkelt for brukerne å søke. Koordinerende enhet fatter så vedtak på søknaden. Koordinerende enhet tar initiativ til å kalle inn aktuelle tjenesteytere og avdelingsledere til et møte. I mange tilfeller bestemmer man hvem som skal være brukerens koordinator på dette møtet, og man vurderer om det er hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe, inkludert hvem som bør inngå i denne. Den tjenesteenheten som er mest involvert i brukerens tjenestetilbud har i de fleste tilfeller ansvaret for å finne person som kan være koordinator. Etter dette er koordinerende enhet ferdig med sitt ansvar, og ansvaret ligger videre hos koordinatoren og i evt ansvarsgruppe.

Selve planen

Det finnes ingen formell mal for hvordan en individuell plan skal se ut, som medfører at utformingen av planen varierer mellom kommunene. Både Arendal og Rælingen har arbeidet med å utvikle egne maler, slik at alle individuelle planer i kommunen ser like ut. Planen består av hovedmål, delmål, instanser man har kontakt med, kontaktinfo, ansvarsfordeling og tidsplan. Når man har et slikt plandokument kommer man opp i to utfordringer, knyttet til oppbevaring og redigering. Hvis man ikke har et system for oppbevaring av individuelle planer blir de kanskje lagret på enkeltansattes datamaskiner, noe som ikke kan anses som sikker oppbevaring. I tillegg medfører denne formen for lagring at endringer ikke oppdateres i alle versjonene av planen, ettersom det er brukerens koordinator som har ansvar for å oppdatere planen. I kommunene Sør-Varanger og Trondheim har man tatt i bruk et elektronisk verktøy, fordi de mener at det forenkler lagring og oppdatering av planen. Elektroniske verktøy bør ha et brukervennlig grensesnitt.

Ansvar for koordinatorrollen

Flere av lederne for koordinerende enhet har gitt uttrykk for utfordringer med å få ansatte til å påta seg rollen som koordinator for individuell plan. Dette gjelder i hovedsak innenfor sosiale tjenester som ligger hos NAV og innenfor skole- og oppvekstsektoren. Skolene er ikke lovpålagt å påta seg koordinatoransvar, men vi vil likevel vise til *Forskrift for individuell plan* som presiserer at "Et hjemmelsgrunnlag i helselovgivningen innebærer ikke en begrensning av ansvar for andre etater i å ta del i re-/habiliteringsoppgaver når dette ansvaret følger av særlovgivningen".

Når det gjelder brukere med rett til individuell plan innenfor sosiale tjenester har disse ofte store og sammensatte behov. Det gjelder blant annet rusmisbrukere og mennesker som har tøffe utfordringer og ofte økonomiske problemer. De mottar i stor grad tjenester fra NAV, og lederne for koordinerende enhet gir uttrykk for at ansatte vegrer seg for å ta på seg rollen som koordinator for denne brukergruppen. Mange NAV-kontor består både av ansatte som kom fra kommunale og statlige

stillinger. I flere kommuner har man gitt uttrykk for at det er større vegring blant de tidligere statlige ansatte om å ta på seg koordinatorrollen. Dette kan henge sammen med at det er mer legitimt for dem å ta avstand fra oppgaven, ettersom den ikke er lovpålagt dem.

Den samme problematikken utspiller seg i skole- og oppvekstsektoren. I en kommune oppgir man at PPT ikke vil inkluderes i arbeidet med individuell plan. Her blir vanligvis helsesøster utpekt til å være koordinator når det gjelder barn med behov for sammensatte tjenester. Lærere vegrer seg også. Årsakene til dette kan tenkes å ligge i en overordnet organisering, som delingen mellom helse- og omsorgssektoren og skole- og oppvekstsektoren, som medfører at selv om mange lærere ser barnet hver dag, tenker de ikke på seg selv som primære i forhold til barnets *helse*. Et annet aspekt som er knyttet til det å få ansatte til å være koordinator for individuell plan er at denne oppgaven kommer i tillegg til de ordinære ansvarsoppgavene. Ansatte opplever dermed at koordinatorrollen utgjør ekstraarbeid, som medfører at mange frykter at de ikke vil makte å gjøre en god nok jobb. Noen informanter mener at arbeidet med å finne individuell koordinator ville blitt enklere ved å få denne oppgaven inn i stillingsbeskrivelsen til alle stillinger som kan være aktuelle for rollen, for slik å unngå at det kommer som ekstraarbeid.

Opplæring av koordinatører

Opplæring av koordinatører nevnes spesifikt knyttet til systemansvaret for individuell plan. Gjennom casestudiene har det kommet frem at slik opplæring både er nødvendig og oppleves svært nyttig. Opplæring kan være en løsning på utfordringen med å få ansatte til å ta på seg rollen som koordinator, gjennom at de utvikler troen på at de mestrer oppgaven. I Rælingen kommune har tjenesteytere fått delta på opplæring i koordinatorrollen i regi av Ahus HF. Andre kommuner, som Sør-Varanger og Arendal har drevet opplæring internt. I Sør-Varanger har man blant annet etablert et eget nettverk for koordinatører, i tillegg til ulike typer opplæring for koordinatorne. I Steinkjer har man også satset aktivt på opplæring av koordinatører, og har blant annet sendt mange ansatte på kurs for å sikre et bredt utvalg av egnete koordinatører. I Arendal har man to ansatte som driver opplæring internt, og i tillegg reiser rundt i landet og driver opplæring.

Rambøll anser også brukernes erfaringer med individuell plan som svært relevant, og disse vil presenteres i neste kapittel, under avsnitt 7.3.

6.4 Ansattes kompetanse

Blant casekommunene er det store variasjoner i antall ansatte ved koordinerende enhet, og hvilken kompetanse disse personene har. Felles for alle kommunene er at det legges stor vekt på at de ansatte både har formell kompetanse og arbeidserfaring som tjenesteytere innen kommunale tjenester, for eksempel helse- og omsorgstjenester. I tillegg legges det vekt på at de ansatte har kjennskap til kommunen og tjenesteapparatet, gjennom erfaring som ansatt i kommunen. Det at de ansatte ved koordinerende enhet både har fagkompetanse og erfaring som tjenesteytere er også med på å skape legitimitet, gjennom at de kommer med råd og innspill som av tjenesteyterne oppleves som realistiske.

Ansatte ved koordinerende enhet opparbeider seg etter hvert betydningsfull kompetanse som kommunen kan nyte godt av, blant annet innen samhandling og

koordinering. De ser ut til å ha utviklet et helhetlig perspektiv på tjenestetilbudet, og en dypere innsikt i hvordan brukerne opplever dette. Denne formen for kompetanse etterspørres i samhandlingsreformen, og det er sannsynlig at ansatte ved koordinerende enhet i stor grad kan være betydningsfulle bidragsyttere i forbindelse med å utvikle samhandlingskompetanse i kommunen.

I de kommunene hvor koordinerende enhet er integrert i forvaltningskontor, vektlegges saksbehandlerkompetanse. I Arendal har man sendt ansatte på saksbehandlerkurs, på tross av begrensede midler til kompetanseutvikling. Ettersom Trondheim er den kommunen med flest ansatte i tilknytning til koordinerende enhet, er det også den kommunen som har størst spredning i kompetanse. Her har man blant annet ansatte med formell kompetanse som sykepleier, psykiatrisk sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, vernepleier og jurist. De jobber for å øke de ansattes kompetanse slik at alle skal kunne håndtere alle søknader, selv om det er utenfor eget fagfelt. Samtidig ser de at det er behov for spisskompetanse på enkelte områder. De prøver så langt det lar seg gjøre at saksbehandler følger bruker.

Kompetanseutvikling

I forskriften pålegges eier av virksomhet som tilbyr rehabiliteringstjenester å sørge for at personellet gis den opplæring som er nødvendig for at de skal kunne yte en forsvarlig tjeneste. Videre ytres det at "Utvikling innen rehabiliteringsfeltet vil kunne gjøre etter- og videreutdanning påkrevet. Virksomheten har et ansvar for å legge forholdene til rette for opplæring. Opplæring må ses i lys av de fire hovedmålsetningene i denne forskriften, jf. forskriften § 1, og innholdet i re-/habiliteringsbegrepet, jf. forskriften § 2."²⁸ Samtlige ledere av koordinerende enhet oppgir at de har tatt initiativ til kompetanseutvikling, særlig når det gjelder opplæring i individuell plan og koordinatorrollen. I Arendal og Trondheim har de også satt fokus på kompetanseheving for saksbehandlere, som har tverrfaglig kompetanse. I Steinkjer har flere enhetsledere og ansatte tatt en ettårig studie, og de arrangerer også interne temadager med et tverrfaglig fokus.

Individuelle ildsjeler

I flere av casekommunene har man gjort et godt arbeid med koordinerende enhet på grunn av én såkalt ildsjel som har vært pådriver for arbeidet. Under erfaringsseminaret kom det frem at det i en oppstartsfase helt klart er en stor drivkraft dersom noen svært engasjerte mennesker går i bresjen for arbeidet. Det utgjør imidlertid en stor sårbarhet dersom denne ene personen får hele ansvaret alene. Særlig i to av casekommunene, Rælingen og Sør-Varanger, har denne problemstillingen vært aktuell, men gradvis har man også i disse kommunene etablert strukturer for å unngå denne typen sårbarhet. Eksempelvis har Rælingen kommune etablert et mottaks- og utredningskontor hvor rehabiliteringskoordinator møter ledere og ansatte fra utøvende tjenester en gang i uken. For å unngå sårbarhet knyttet til ildsjeler, er det viktig med klare stillingsbeskrivelser, som bidrar til å kvalitetssikre funksjonen bedre.

Under erfaringsseminaret ble det også påpekt at ilden ideelt sett bør starte i organisasjonen, fremfor hos en enkelt person. Dette forutsetter at flere personer i kommunen har et brennende engasjement for rehabilitering. Det vil skape større forankring i organisasjonen enn dersom én person må streve for å få andre med på

²⁸ Forskrift om habilitering og rehabilitering, <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html>

å dra lasset. Et slikt engasjement kan eksempelvis skapes gjennom å involvere flere personer i samarbeidsprosjekter, eller å delta på seminarer og lignende, hvor man får informasjon om den store betydningen av dette arbeidet.

6.5 Fordeling av ansvarsoppgaver

De ulike kommunene har definert ulike grensesnitt for koordinerende enhets ansvarsoppgaver. I de fleste kommunene har ansatte i koordinerende enhet oppgaver som er adskilt fra selve utførelsen av tjenestene. I Arendal har tjenestekontoret klare roller og tydelig ansvarsfordeling. Ansatte på tjenestekontoret behandler i stor grad saker som omhandler brukere med behov for tjenester som er knyttet til ansattes fagkompetanse, og vedkommende følger brukeren over tid i den grad det lar seg gjøre. I forhold til ansvaret for enkeltbrukere er det tjenestekontoret som behandler søknader om individuell plan, og som initierer ansvarsgruppemøte hvor brukerens hjelpebehov er i fokus. Tjenestekontoret anbefaler hvilken tjenesteenhets enhet som bør ha ansvaret for koordinatorrollen for den enkelte bruker. Når ansvarsgruppe er etablert, koordinator er utpekt, og vedtak om tjenester er fattet, slutter tjenestekontorets ansvar for brukeren. Denne praksisen rundt ansvarsgrupper gjøres tilnærmet likt i de fire andre kommunene, og synes å fungere godt.

I Sør-Varanger har man formalisert grensesnittet for ansvars plasseringen i en skriftlig plan for samarbeid, hvor det er beskrevet hva som skal gjøres og hvilken virksomhet som har ansvar for hva. Denne er sendt ut til alle virksomhetene. Denne praksisen bidrar til å tydeliggjøre ansvarsfordeling mellom ulike aktører, og kan med fordel gjøres i større utstrekning.

6.6 Oppsummering

De fem casekommunene oppfyller i stor grad de roller og ansvarsoppgaver som er spesifisert i forskrift om habilitering og rehabilitering. Det var imidlertid forskjell mellom de fem kommunene med hensyn til hvilke oppgaver som er lagt til koordinerende enhet. Dette påvirkes først og fremst av organisasjonsmodell og antall ansatte i funksjonen. I to av kommunene, Arendal og Trondheim, har man tilnærmet en bestiller-/utførermodell, hvor koordinerende enhet behandler søknader og fattet vedtak om kommunale tjenester, og hvor tjenestene utøves av andre mennesker. Her er saksbehandlerkompetanse sentralt, og koordinerende enhets ansvar slutter etter endt saksbehandling og eventuell etablering av ansvarsgruppe. I de tre andre kommunene fattes vedtak i den enkelte resultatenhets/virksomhet: Sammensatte saker blir imidlertid ofte diskutert i et tverrfaglig forum før vedtak fattes. I disse kommunene har koordinerende enhet mindre omfattende arbeidsoppgaver, men ivaretar allikevel i stor grad de tolv rollene som er konkretisert på side 29. Dette er naturlig, ettersom en koordinerende enhet med inntil tre ansatte ikke har kapasitet til å behandle saker og fatte vedtak. I disse kommunene har koordinerende enhet roller som i større grad omhandler opplysningstjeneste, organisering av samarbeid og opplæring i individuell plan. Disse oppgavene ivaretas også i de kommunene hvor koordinerende enhet behandler saker, men de har flere ansatte og dermed større kapasitet til å ivareta flere oppgaver.

Enkelte oppgaver synes imidlertid å være mer sentrale enn andre, for eksempel

- brukermedvirkning på individnivå
- systemansvar for individuell plan
- oversikt over tjenestetilbudet

- oversikt over tjenestebehovet

Koordinerende enhet i samtlige kommuner gjør et omfattende arbeid knyttet til individuell plan. Denne ordningen er deres viktigste verktøy for brukermedvirkning på individnivå. Det legges sterke føringer fra myndighetene på hvordan kommunene skal arbeide med individuell plan, noe som medfører at dette arbeidet i stor grad ivaretas på liknende måter i kommunene. En utfordring som alle imidlertid har støtt på, er å få tjenesteytere til å ta ansvaret for å være koordinator. Det har blitt foreslått at denne utfordringen kan overkommes ved at det gis informasjon fra rådmannsnivå til de ulike avdelingslederne om ansvaret for individuell plan for at det skal ha reell legitimitet. Et annet alternativ vil være å inkludere ansvaret for individuell plan i utdanningsloven. Per i dag er tre instanser lovpålagt ansvar for utarbeidelse av individuell plan etter sosial- og helselovgivningen: sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene. NAV-kontor og barnevern har også lovpålagt plikt.

I samtlige kommuner har koordinerende enhet ansatte med lang erfaring fra stillinger i kommunen, og god kjennskap til kommunens tjenestetilbud. I tillegg har mange erfaring som tjenesteytere innen feltet, som anses som en fordel for koordineringsarbeidet fordi man vet hva tjenestene innebærer i praksis både for brukeren og for tjenesteyterne.

Kommunene oppgir i ulik grad å ha oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Det vil naturligvis være mer krevende å ha en slik oversikt i store kommuner med mange innbyggere. I Arendal opplever de å ha generelt god oversikt over behovet, men de har også erfart at det har dukket opp brukere som lenge har hatt store behov, som ingen har hørt om. Dette gjelder for eksempel ungdommer som har droppet ut av videregående skole, og som ikke er i systemet lenger. I tillegg har man en problematikk knyttet til at enkelte innbyggere ikke melder fra om et tjenestebehov før det har gått lang tid og helsetilstanden er veldig alvorlig.

7. SAMARBEID

Samarbeid er selve fundamentet i de oppgavene som koordinerende enhet er ment å ivareta. Målgruppen som koordinerende enhet primært er til for, er brukere som har behov for tjenester fra ulike virksomheter og enheter, både internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Målet er at disse brukerne skal oppleve tjenestetilbudet deres som helhetlig og koordinert, og for at dette skal bli en realitet må tjenesteenheterne samarbeide med bruker og med hverandre. En av koordinerende enhets ansvarsområder er å være pådriver for samarbeid både tverrfaglig og tverretattlig. I forskriften vektlegges samarbeid på tvers av etater, for eksempel er samarbeid mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og NAV viktig for et helhetlig rehabiliteringsopplegg. *St. meld. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen*, setter også samarbeid i fokus, som et resultat av at dette er en utfordring innen helsevesenet og andre deler av tjenesteapparatet.

Koordinerende enhet har ansvar for å etablere samarbeidsstrukturer på tvers av enheter i kommunen. Aktuelle samarbeidspartnere internt i kommunen varierer i forhold til hvordan kommunen har organisert sine tjenester, men i de fleste kommuner vil de omfatte følgende tjenester (navnene på tjenestene kan variere):

- Fysioterapitjenestene
- Ergoterapitjenestene
- Sosialtjenesten
- Psykisk helsetjeneste
- Rehabiliteringssentra
- Senter for voksenopplæring
- Logopedisk senter
- Trygghetsavdelingen
- Dagsenter for voksne og eldre
- Hjemmetjenestene
- Sykehjemstjenestene
- Legetjenestene
- Innsatsteam
- Skolene og SFO
- Barnehagene
- Helsestasjonen og skolehelsetjenesten
- PPT
- Tjenesten for funksjonshemmede
- NAV
- Barneverntjenesten

I tillegg til internt samarbeid skal koordinerende enhet etablere eksternt samarbeid, vanligvis med statlige eller private aktører. Aktuelle samarbeidspartnere utenfor kommunen er for de fleste kommunene:

- Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten (lokalt sykehus)
- Rehabiliteringsinstitusjoner
- Fylkesmannen

Videre i dette kapittelet skal vi belyse hvordan samtlige av de fem casekommunene har etablert samarbeidsstrukturer på tvers av enheter og sektorer. Som eksemplene vil vise, er det imidlertid svært ulike strukturer i kommunene.

7.1 Samarbeid internt i kommunene

Samarbeid både på tvers av etater og på tvers av fagpersoner anses som helt sentralt for å kunne tilby brukere et helhetlig tjenestetilbud. I samtlige kommuner oppgir lederne at de forsøker å være pådriverer for å etablere samarbeid på tvers av fagområder og tjenester. Alle kommunene har etablert strukturer for internt samarbeid på tvers av avdelinger og enheter. Det varierer hvilke samarbeidsparter man har faste møter med, og hvordan samarbeidet er organisert, men et fellestrekk er at alle har strukturer for samarbeid både på systemnivå og på individnivå. Vi skal se hvordan kommunene Steinkjer og Rælingen har organisert sin koordinerende enhet i form av et tverretattlig samarbeid.

Steinkjer har en flat struktur, hvor de har fordelt ansvaret for oppgavene knyttet til koordinerende enhet utover i organisasjonen. De har etablert to særlig betydningsfulle samarbeidsstrukturer, avdelingsforum og koordinatorforum, som sikrer samarbeid både på systemnivå og individnivå. Begge møtes seks ganger i året. Avdelingsforum utgjøres av avdelingslederne som har tjenester direkte knyttet til habilitering og rehabilitering. Avdelingsforumet består av avdelingsledere fra helse og rehabilitering, barnehage, skole, bistand og omsorg, kultur og NAV, og forumet fatter felles beslutninger på systemnivå. Koordinatorforum består av ledere innenfor habilitering og rehabilitering. Koordinatorforumet er opprettet for å ivareta koordinering og samhandling på individnivå, og består av koordinatører for områdene habilitering barn og unge, habilitering voksne, medisinsk rehabilitering, psykisk rehabilitering, sosial rehabilitering, voksenopplæring, dagtilbud/sysselsetting og kultur/fritid. Leder for helse og rehabilitering har som oppgave å bringe informasjon mellom disse to fora. Dette synes å fungere svært godt, og koordinerende enhet fungerer i seg selv som et samarbeid på tvers av enheter.

I **Rælingen** er oppgavene knyttet til koordinerende enhet lagt til en person, i rollen av rehabiliteringskoordinator. For å spre koordineringsansvaret på flere personer, har kommunen etablert en samarbeidsstruktur i form av et ukentlig koordineringsmøte ved mottaks- og utredningskontoret. Her deltar åtte personer fra ulike enheter; rehabiliteringskoordinator, enhet for hjemmebaserte tjenester, tre representanter fra enhet for tilrettelagte tjenester, saksbehandler fra pleie og omsorg, psykiatritjenesten og enhet for rus. I dette forumet bringer deltakerne inn sammensatte saker, slik at man i fellesskap drøfter brukerens behov og fordeler oppgaver og ansvar mellom enhetene.

Disse to eksemplene illustrerer hvordan selve funksjonen koordinerende enhet utgjøres av et tverrfaglig samarbeid. I tillegg har samtlige av kommunene også samarbeid mellom koordinerende enhet og andre enheter. Hvilke enheter de samarbeider med, avhenger av hvor sentralt det er for utførelsen av oppgavene at man samarbeider tett. I Sør-Varanger har man for eksempel etablert nettverksmøter hvor virksomhetsledere møtes en gang i måneden, etter initiativ fra koordinerende enhet.

Samarbeid med NAV oppleves også i enkelte kommuner som utfordrende, mens det i andre kommuner fungerer godt. Dette kan imidlertid ha sammenheng med at NAV-reformen ikke er fullstendig gjennomført, og at ansatte i NAV stilles overfor store krav knyttet til omorganiseringen. Trondheim er den kommunen som oppgir å ha best samarbeid med NAV, noe som understøttes av at koordinerende enhet og NAV er samlokaliserte og fungerer som offentlige servicekontor. De ansatte sitter i åpent kontorlandskap, noe som er med på å bygge ned grenser og barrierer. Denne typen organisering ser ut til å være formålstjenlig, og er også et godt eksempel på at tjenestene er synlige og lett tilgjengelige i form av "en dør inn".

Nedskrevne samarbeidsrutiner

Under erfaringsseminaret var også samarbeid et diskusjonstema. Her ble det rettet fokus mot formalisering av samarbeid, gjerne i form av rutiner eller avtaler. Sør-Varanger kommune har laget en plan for samarbeid, hvor det er beskrevet hva som skal gjøres og hvilken virksomhet som har ansvaret. Denne er sendt ut til alle virksomhetene. Dette bidrar til å bevisstgjøre ansatte på sine ansvarsoppgaver og muliggjør kvalitetssikring av samarbeidet, hvor man kan etterprøve at de ansvarlige enhetene har oppfylt sitt ansvar.

I Trondheim kommune har man også arbeidet mye med å utarbeide rutiner for samarbeid. Det er nært samarbeid mellom barne- og familiekontoret og helse- og velferdskontoret i hver bydel. Det er også samarbeid på tvers av bydeler og man arbeider med rutiner i forhold til å overføre brukere fra en bydel til en annen. Helse- og velferdskontoret samarbeider tettest med hjemmetjeneste og oppfølgingstjenesten, og har jevnlig samarbeidsmøter. Alle lederne i Trondheim kommune er med i nettverk med andre ledere innen samme arbeidsområde en gang i måneden. Enhetslederne har også møte fire-fem ganger i året.

Elektronisk samarbeid

I samtlige kommuner brukes dataprogrammet Gericca til å kommunisere om brukerne. I dette programmet har hver bruker som mottar kommunale tjenester en egen journal, hvor tjenesteytere og koordinerende enhet kan legge inn opplysninger. De opplysningene som legges inn er tilgjengelige for alle andre som har tilgang til brukerens journal, og bidrar til at man kan holde seg oppdatert. En ulempe knyttet til digital kommunikasjon er at enkelte tjenesteytere bruker andre dataprogram, for eksempel PP-tjenesten.

Potensielt kan koordinerende enhet etablere samarbeidsstrukturer med svært mange aktører som er involvert i rehabiliteringstilbudet. Rambøll oppfatter at dette ikke er gjort i tilstrekkelig grad i noen av casekommunene. I samtlige kommuner nevnes utfordringer med å etablere strukturer for samarbeid med enkelte kommunale tjenester. Blant disse kan nevnes skolesektoren, PPT og fastlegene. Når det gjelder fastlegene påpekes det at det ikke nødvendigvis skyldes at fastlegene ikke ønsker et slikt samarbeid, men årsaken ligger mer sannsynlig i at legene har arbeidsdager som er timeplanfestet lang tid i forveien, med lite spillerom

for møtevirksomhet. Dette gjenspeiler seg også i at det var få fastleger som deltok i undersøkelsen, til tross for at dette ble etterspurt. Blant de aktører som synes enkelt å etablere samarbeid med, er de tradisjonelle helse-, omsorgs- og pleietjenestene.

En framtreddende utfordring i forhold til samarbeid, er at ulike faggrupper og sektorer har ulik forståelse av rehabiliteringsbegrepet og ulik tilnærming til feltet. Dette påpekes også i *St. meld 21 (1998-1999), Ansvar og meistring*. Koordinerende enhet blir utfordret på å drive kompetanseheving både tverretattlig og tverrfaglig, og slik kompetanseheving kan ha som formål å skape en felles oppfatning av rehabilitering i hele tjenesteapparatet. Alle kommunene opplever det som utfordrende å skape en slik felles oppfatning.

7.2 Samarbeid med eksterne aktører

Mange personer med sammensatte behov mottar tjenester fra både kommunale, statlige og private virksomheter. Koordinerende enhet i kommunen skal sørge for at brukerne opplever et helhetlig tjenestetilbud, og for å oppnå dette er det nødvendig å etablere samarbeid med relevante aktører utenfor kommunen. Ett av hovedmomentene i Samarbeidsreformen er nettopp at samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten per i dag ikke fungerer godt nok. Betydningen av dette samarbeidet fremheves også i Forskrift om habilitering og rehabilitering, hvor det presiseres at det skal være en koordinerende enhet både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som skal fungere som kontaktpunkt og være bindeledd.

Den mest sentrale eksterne samarbeidspartnerne er koordinerende enhet ved det lokale sykehuset (spesialisthelsetjenesten). Spesialisthelsetjenesten har spesialistkompetanse, som sammen med kommunens mer generelle og vidstrakte kompetanse skal gi et godt totaltilbud til brukerne. Vi vil trekke frem gode eksempler på hvordan kommunene samarbeider med disse aktørene, samt belyse samarbeid med andre eksterne aktører.

Spesialisthelsetjenesten

Samtlige av casekommunene har etablert et formalisert samarbeid med det sykehuset kommunen sogner til. Under erfaringsseminaret ble også temaet samarbeid diskutert. Her kom det frem at det er viktig at koordinerende enhet i kommunen og koordinerende enhet ved spesialisthelsetjenesten har en skriftlig samarbeidsavtale. Fordelen med skriftlige avtaler er at man tydeliggjør hvem som har ansvar for hva, og hvor grensene går, slik at praksis kan etterprøves og kvalitetssikres. Det ble også nevnt at KS har utarbeidet en mal for en overordnet samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak, men at denne er lite presisert.

Samarbeidet varierer i omfang og form. Vi skal her trekke frem hvordan Trondheim og Rælingen kommune samarbeider med sine lokale sykehus.

Trondheim kommune sogner til St. Olavs hospital. De har et formalisert samarbeid med koordinerende enhet ved sykehuset, som ligger under avdeling for samhandling. I 2005 inngikk de en ny samarbeidsavtale som gjelder habilitering, rehabilitering og psykiatri. Fra hvert av de fire helse- og velferdskontorene drar fire faste representanter til sykehuset på rehabiliteringsmøter. Ved sykehusets slagenhet har man et ambulerende team som følger pasientene ut i kommunen i en måned etter at de blir skrevet ut fra sykehuset. St. Olavs hospital har også formelle samarbeidsavtaler med kommunene, i form av kliniske samarbeidsutvalg. I disse samarbeidsutvalgene jobbes det blant annet med utskrivingsregler i forhold til hvem som har hvilke ansvarsoppgaver.

Rælingen kommune sogner til Akershus universitetssykehus HF (Ahus), hvor man har etablert en koordinerende enhet under Avdeling for Samhandling. Koordinerende enhet har en sentral funksjon i å være pådriver for en felles kunnskapsplattform på tvers av sykehus og kommune innen re-/habilitering. I den forbindelse arrangerer koordinerende enhet ved Ahus både kurs og øvrige møteplasser med tema som veiledning, re-/habilitering, brukermedvirkning, individuelle planer, tverrfaglig samarbeid med mer, som Rælingens rehabiliteringskoordinator får informasjon om, og videresender dette til ansatte i kommunen. I tillegg er enheten tillagt en overordnet koordinerende funksjon i forhold til samarbeidet mellom sykehus og kommune generelt, og de har en samarbeidsavtale om utskrivningsklare pasienter. Ved Ahus har koordinerende enhet etablert "Rehabiliteringsnettverket Ahus" hvor alle kommunale koordinerende enheter i fylket deltar. De har møter to ganger i året, og er en fin arena for erfaringsutveksling.

En utfordring knyttet til samhandling mellom koordinerende enhet i kommunen og koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten er knyttet til strukturer som var godt etablerte før påbudet om koordinerende enhet kom. Som et eksempel kan nevnes A-skjema og B-skjema i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Utfordringen er dermed å lage strukturer slik at informasjonen kommer til rett instans. Betydningen av at kommunen og spesialisthelsetjenesten har gode rutiner for utskrivningsklare pasienter kan illustreres gjennom historien til en bruker som har opplevd svikt i dette leddet. Den gir også et bilde av hvor viktig det er å avklare ansvarsområder internt i kommunene.

"Olav" ble utsatt for en arbeidsulykke som medførte at han ble innlagt på Sunnaas sykehus for rehabilitering. Han var der i fire måneder, og ble deretter sendt hjem.

"Jeg var dårlig da jeg kom hjem fra sykehuset. Sykehuset gjorde en glipp, og sendte ikke papirer til kommunen om at jeg skulle komme hjem. Jeg satt i to år, og fikk bare hjelp av kona. Det var et rent mareritt og jeg hadde selvmordstanker. Fastlegen min fikk nøste litt og sa ifra til andre i det kommunale tjenesteapparatet. Da først kommunen fikk vite om meg, har jeg bare lovord. Jeg har fått alt jeg trenger, og de hadde alt på stell. Jeg hadde et stort møte med blant andre legen og NAV, og alle fikk ansvar for oppgaver for meg. Utfordringen er å bli fanget opp i systemet. Fastlegen må også ta litt av ansvaret, for det var han som sendte meg til sykehuset og visste når jeg skulle hjem. "

Regionale rehabiliteringsnettverk

I spesialisthelsetjenesten er forpliktelsen om etablering av en koordinerende enhet adressert til det regionale helseforetaket. Oppgaven med å sikre god kontakt med kommunene gjør imidlertid at det vil være tjenlig at det i tillegg bør finnes en koordinerende enhet i helseforetak. Disse opparbeider nettverk med koordinerende enhet i kommunene som hører inn under helseforetakets primære opptaksområde. Dette danner en nettverksstruktur hvor kommunene er koblet opp til nettverk i sitt helseforetak, og hvor koordinerende enhet ved helseforetaket har sine tilknytningspunkt mot den regionale koordinerende enheten. Aktiviteten i nettverkene er både informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og møteplasser for samhandling. I Helse Midt har man et formalisert samarbeid mellom sykehusene i helseregionen, hvor lederen er tilknyttet det regionale helseforetaket. Her arbeides det for tiden med å etablere et felles henvisningsmottak for henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord, hvor Sør-Varanger er med, arbeides det nå med å få opp igjen et nettverk som tidligere var etablert i samarbeid mellom Fylkesmannen, helseforetaket og kommunene. Denne gangen kobles det opp mot koordinerende enhet i det regionale helseforetaket. Også i Helse Vest arbeides det med å etablere slike nettverk. Kontaktinformasjon til koordinerende enhet i kommuner og helseforetak synliggjøres på hjemmesidene til de regionale koordinerende enhetene. I tillegg har de regionale koordinerende enhetene gode oversikter over tilbud og betjener en felles gratis informasjonstelefon.

7.3 Samarbeid med brukere

Brukermedvirkning er nedfelt i § 5 i *Forskrift om habilitering og rehabilitering*, og det er gjennom samarbeid mellom bruker og tjenesteyter at dette kan implementeres i hverdagen. Det presiseres at brukermedvirkning innebærer at brukeren får anledning til å medvirke ved gjennomføringen av eget rehabiliteringstilbud, herunder i planlegging, utforming, utøving og evaluering. Samtlige av kommunene fokuserer sterkt på å legge til rette for samarbeid med brukerne. Et av tiltakene er såkalte vurderingsbesøk, hvor en representant fra koordinerende enhet drar hjem til brukeren for å kartlegge eventuelle hjelpetiltak

som kan gjøre det mulig for brukeren å bo hjemme. Ofte kan en ergoterapeut være til hjelp ved et slikt besøk. I de tilfeller hvor brukeren har behov for tjenester fra flere enheter, er individuell plan et verktøy for brukervedvirkning.

Individuell plan

Som beskrevet under avsnitt 6.3, gjøres det mye arbeid på systemnivå rundt individuell plan i de fem koordinerende enhetene som deltar i undersøkelsen. Forskrift om habilitering og rehabilitering legger sterke føringer for koordinerende enhets ansvar for å sikre brukervedvirkning på individnivå. For å oppnå dette foreslås tiltak som kompetanseutvikling av personell, utvikling av stillingsinstruksjoner, sikring av brukervedvirkning i ansvarsgrupper og innenfor individuell planlegging, og informasjon til brukeren. Informantene i samtlige kommuner uttrykker fokus på at det er brukeren som er i sentrum for tjenestene og for koordineringsarbeidet.

I fokusgruppeintervjuene i de fem kommunene meddelte flere brukere at de har en individuell plan. De hadde imidlertid ulike erfaringer rundt dette. Enkelte opplevde å ha en koordinator som de kjenner godt og som har tatt seg god tid til å snakke med brukeren om hvilke mål og tiltak brukeren ønsker skal stå i planen. Andre har opplevd at koordinerende enhet hadde utfordringer med å finne koordinator, og at det til slutt ble en person som brukeren ikke følte noen nærhet til. Dessuten har noen brukere hatt flere ulike koordinatorene, noe som svekker kontinuiteten i arbeidet. Noen oppga å ha opplevd ansvarsgruppemøtene som et forum med mye snakk og lite handling, begrunnet med at ingen av deltakerne i ansvarsgruppen har hatt reell beslutningsmyndighet. Planen blir av noen få omtalt som lite nyttig.

Essensen i disse ulike opplevelsene knyttet til arbeidet med individuell plan, skyldes i stor grad prosessene rundt selve planen. Dette underbygges av andres erfaringer om at det ikke er selve plandokumentet som er det viktigste, men veien fram til planen²⁹. Gjennom fokusgruppene syntest det imidlertid å være brukere med lavest funksjonsnivå som var mest kritiske til individuell plan. Dette kan henge sammen med at de har behov for koordinering av en rekke ulike tjenester, noe som er mer krevende enn å koordinere tjenester til en bruker med mindre sammensatte behov.

Fokus på individuell behov

I alle fokusgruppene understreket brukerne behovet for å oppleve at deres individuelle behov blir satt i fokus. De ønsker å bli sett på som enkeltpersoner og å få et tjenestetilbud som de selv har vært med på å utforme, som er i tråd med egne behov og ønsker. Enkelte har opplevd å ha fått "en pakke" med tjenester som ikke var spesielt tilpasset deres behov. Disse perspektivene reflekterer betydningen av at koordinerende enhet klarer å etterleve det som Helse Vest beskriver på sin nettside, at "rehabiliteringsarbeid krever et menneskesyn som gjenspeiler respekt for brukers integritet og selvstendighet, både i dialogen mellom bruker og tjenesteyter og i utforming og tilrettelegging av tiltak"³⁰. Klarer man dette har man kommet langt på vei med i å oppfylle brukernes kanskje største ønske.

7.4 Samarbeid med brukerorganisasjoner

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 5 fremhever et konkret krav om brukervedvirkning på systemnivå, gjennom medvirkning fra brukerorganisasjoner: "Kommunen [...] bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten." Lederne for koordinerende enhet har et sterkt fokus på individuell brukervedvirkning. Likevel oppgir de fleste

²⁹ IS-1699, "Hva skjedde i 2008? Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011". Helsedirektoratet

³⁰ Helse-Bergens nettside om rehabilitering,

http://www.helse-bergen.no/avd/rkhabreh/rehabilitering/hva_er_rehab/Hva_er_rehab.htm

at de i liten grad bidrar til brukermedvirkning på systemnivå. Noen har nær kontakt med brukerorganisasjoner, som Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner. Vi vil her sette lys på hvordan noen av kommunene har samarbeidet med brukere på systemnivå.

- I Sør-Varanger kommune har man arrangert en idédugnad hvor 25 personer med ulike funksjonsnedsettelse/pårørende deltok og kom med innspill til forbedringer i de kommunale rehabiliteringstjenestene. I tillegg har de hatt en idédugnad for brukerorganisasjoner sammen med politikere og tjenesteytere.
- Rælingen har også hatt ulike prosjekter hvor brukerorganisasjoner har deltatt, for eksempel i restaureringen av kommunens varmtvannsbasseng og utbygging av botilbud, samt i tilknytning til universell utforming hvor teknisk etat er hovedaktør. Brukerorganisasjoner har også blitt invitert per brev til å delta i arbeidet med kommunens plan for helhetlig rehabilitering.
- I Steinkjer har brukerorganisasjoner et eget kontor på rådhuset, kalt "brukerkontoret". Dette er ment å skape kontakt mellom brukerorganisasjonene og kommunens enheter, og samarbeidet beskrives som godt. I tillegg er Rådet for funksjonshemmede og Eldrerådet to andre organisasjoner som Steinkjer har kontakt med.

Løpende kontakt trekkes frem som et suksesskriterium for godt samarbeid mellom kommunen og brukerorganisasjoner. I tillegg er informasjon ut til alle viktig, slik at potensielle medlemmer får vite om muligheten til å delta aktivt.

7.5 Oppsummering

Både i casestudiene og på erfaringsseminaret ble samarbeid trukket frem som noe av det mest sentrale for at koordinerende enhet skal etterleve intensjonen om å tilby et helhetlig tjenestetilbud til brukere. Selve begrepet rehabilitering baserer seg på samarbeid. Alle kommunene har etablert mye god praksis innen samarbeid både internt og eksternt, som kan fungere som eksempler til etterfølgelse av andre kommuner. Jevnlige møter ansikt til ansikt med de nærmeste samarbeidspartnere oppgis å være et suksesskriterium for god samhandling om rehabiliteringsarbeidet. Samtlige kommuner oppgir imidlertid at man kunne hatt jevnlig møter med flere aktører, og hyppigere møter. Samarbeid med brukere oppleves generelt som svært godt, og individuell brukermedvirkning tillegges stor vekt. Det synes derimot å være mindre fokus på å legge til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner i forbindelse med brukermedvirkning på systemnivå.

8. LITTERATURLISTE

FOR-2001-06-28-765: Forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)

URL: <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>

FOR-2004-12-23-1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet)

URL: <http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-20041223-1837-0.html#6>

St. meld. 21 (1998-1999) "Ansvar og meistring"

St. meld. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid"

URL:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering, "Samsynt og framsynt", Koordinerende enheter i kommuner og helseforetak, Delrapport 1 Kjennetegn og kriterier for god praksis

http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/KErapport_tiltrykking.pdf

"Samsynt og framsynt", Koordinerende enheter i kommuner og helseforetak, Delrapport 2, "Erfaringer og anbefalinger vedrørende organisering, lokalisering og samarbeidsformer",

http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group1/DelrapportII_KEnettverket.pdf

IS – 1530/0108 "Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet" (Helsedirektoratet)

IS – 1292/1207 "Individuell plan – en rettighet for deg og et verktøy for samarbeid" (Helsedirektoratet)

IS – 1672 Rapport "Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan" (Helsedirektoratet)

IS – 1676 Rapport "Samhandling gir god praksis – Eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering" (Helsedirektoratet)

IS – 1253 Veileder "Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan" (Helsedirektoratet)

IS – 1544 "Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om individuell plan" (Helsedirektoratet)

IS – 1699 "Hva skjedde i 2008? Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011" (Helsedirektoratet)

IS – 1762 Rapport "Takk for hjelpen – Eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak" (Helsedirektoratet)

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (Helse- og omsorgsdepartementet)

"Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner", 16.10.2008 (Synovate)

"Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene", 6.2.2009 (Synovate)

Perspektiver på god praksis

Utgitt 03/2010

Bestillingsnummer: IS-0288

Utgitt av Helsedirektoratet, Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Helsedirektoratet

Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf : 810 20 050

Faks: 24 16 33 69

www.helsedirektoratet.no

Trykk: 07 Gruppen a.s