

SAMSYNT
FRAMSYNT



Utviklingsnettverk

**Koordinerende enhet i kommuner
og helseforetak**

**DELRAPPORT
mai 2006**

**Kjennetegn og kriterier
for god praksis**



SKUR

Statens kunnskaps- og utviklingssenter
for helhetlig rehabilitering

**Stig Fredriksson
Prosjektleder**

INNHOLD

1. SAMMENDRAG	3
2. INNLEDNING	4
2.1 Om SKUR	4
2.2 Om Samsynt og Framsynt	4
2.3 Om nettverket koordinerende enhet	4
2.4 Hva ønsker vi å oppnå med denne rapporten?	5
3. KOORDINERENDE ENHET I KOMMUNER OG HELSEFORETAK	6
3.1 Hva er formålet med koordinerende enhet?	6
3.2 Har kommuner og helseforetak etablert koordinerende enhet?	7
4. BEGREPSAVKLARINGER	8
4.1 Helhetlig rehabilitering	8
4.2 Funksjonen koordinerende enhet	8
4.3 Ordningen individuell plan	9
4.4 Personlig koordinator og systemkoordinator	9
4.5 Kommunal plan for rehabiliteringsvirksomheten	9
4.6 God praksis	9
5. KJENNETEGN, KRITERIER OG ANBEFALINGER	10
5.1 Felles generelle kjennetegn	10
5.2 Anbefalinger til sentrale myndigheter/lovgiver	10
5.3 Anbefalinger til kommunene	11
5.4 Anbefalinger til helseforetakene	12
6. NOEN EKSEMPLER FRA NETTVERKSDELTAKERNE	13
6.1 Koordineringstjenesten i Kongsberg kommune	13
6.2 Enhet for samhandling ved Akershus universitetssykehus HF	16
7. SLIK HAR VI GJORT DET I ARENDAL KOMMUNE!	21

1. Sammendrag

Foreliggende delrapport er den første som leveres av SKURs nasjonale utviklingsnettverk om koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. Nettverket har satt seg som et sluttmaal å få laget en veileder som kan gi råd og anbefalinger om hvordan kommuner og helseforetak kan legge forholdene best mulig til rette for å ivareta de krav som stilles til funksjonen "koordinerende enhet". Veilederen vil ta utgangspunkt i de erfaringer som høstes i de kommuner og helseforetak som deltar i nettverket. I SKURs utviklingsprogram "Samsynt og Framsynt 2004-2007" inngår ytterligere tre nasjonale nettverk som arbeider med tilgrensende problemstillinger. Også relevante erfaringer og tilrådninger fra disse nettverkene vil bli trukket inn i veilederen som vil foreligge tidlig i 2008. Underveis i nettverksarbeidet vil det bli levert to delrapporter hvorav dette er den første.

Denne rapporten tar spesielt for seg nettverkets første delmål som handler om å angi kriterier og kjennetegn til det en mener er god praksis i arbeidet med koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. Dette blir gjort i form av tilrådninger i kapittel fem.

Rapporten gir innledningsvis en kort orientering om Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) og hovedinnholdet i det fireårige utviklingsprogrammet som SKUR har iverksatt under navnet Samsynt og Framsynt. Det sies i innledningen også noe om nettverkets sammensetning, mål for arbeidet og hva en håper å oppnå med denne rapporten.

Kapittel 3 gir en beskrivelse av formålet med koordinerende enhet og i hvilken utstrekning funksjonen så langt er blitt implementert i kommuner og helseforetak. I det påfølgende kapittel gis en avklaring av en del begreper som står sentralt i nettverksarbeidet.

Kapittel 5 er rapportens kjernekapittel. Her gis 30 anbefalinger om ulike forhold som knytter seg til arbeidet med å få koordinerende enhet på plass. Noen av forslagene er av mer generell karakter, noen retter seg direkte til overordnet statlig myndighet og noen til kommuner og helseforetak.

I kapittel 6 gis det et lite innblikk i hvordan to av nettverksdeltakerne har organisert sin koordineringsfunksjon. Det handler om *Koordineringstjenesten* i Kongsberg kommune og *Enhet for samhandling* ved Akershus Universitetssykehus HF. Rapporten avsluttes med et resymé av en lengre utviklingsprosess i Arendal kommune. Arendal kommune inngår ikke i nettverket men brukes likefullt her som et eksempel på en "framsyntkommune" som over lang tid har jobbet systematisk med å finne fram til en god organisering av sin rehabiliteringsvirksomhet.

2. Innledning

2.1 Om SKUR

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) ble fra mai 2000 etablert som et 5-årig nasjonalt prosjekt. Senteret ble etablert som en direkte følge av Stortingets behandling av St.meld. 21 (1999-2000) "Ansvar og meistring". SKUR er lokalisert til Høgskolen i Bodø. Prosjektperioden er forlenget ut 2006 og SKUR vil bli avviklet i sin nåværende form fra 2007. Forskningsvirksomheten tenkes overført til Høgskolen i Bodø og utviklingsvirksomheten til Sosial- og helsedirektoratet. Hvordan øvrige funksjoner innen utdanning og formidling tenkes videreført er enda ikke avklart. SKUR har som sin visjon:

*"Å bidra til at innbyggere med funksjonsnedsettelse og med behov for sammensatt og koordinert bistand skal få et relevant og helhetlig tilbud til støtte for egen innsats, slik at de kan delta i samfunnet på egne premisser og på lik linje med andre."*¹

SKUR har et sterkt fokus på rehabilitering i kommunene.

2.2 Om Samsynt og Framsynt

Det meste av Skurs aktiviteter på området forsøks- og utviklingsarbeid skjer innenfor rammen av programsatsingen "Samsynt og Framsynt" som startet opp i 2004 og som vil bli avsluttet i 2007. Programmet har til formål å framskaffe og formidle erfaringsbasert kunnskap som kan gi viktige bidrag til arbeidet med å utvikle en god rehabiliteringspraksis i alle landets kommuner, helseforetak og andre praksismiljøer. Programmet er blitt laget på grunnlag av en kartlegging av kommuner, helseforetak, andre virksomheter og prosjekter som en tror kan være av spesiell

interesse med sikte på kunnskapsutvikling. Det er oppnevnt en egen nasjonal samrådsgruppe som følger framdriften i programmet.

Programmet består av to hoved-prosjekt hvorav *Utviklingskommune-prosjektet* er det mest omfattende.

Utviklingskommuneprosjektet består av fire nettverk. Hvert nettverk består av 5-7 kommuner, i noen nettverk også ett eller flere helseforetak og andre virksomheter. Hvert nettverk består av 30-45 personer. Hver kommune deltar med grupper på 6 personer. Gruppene er tverrsektorielt sammensatt og med brukerrepresentasjon.

Prosjektet involverer i alt rundt 150 personer fra hele landet. Nettverkene arbeider med hvert sitt hovedtema og hvert nettverk har sin egen handlingsplan som gir en beskrivelse av mål, arbeidsmåter, deltakere m.v. Det er etablert følgeevaluering for hvert nettverk. De fire hovedtema som det arbeides med er:

- ❖ Kommunal plan for personer med behov for koordinerte tjenester
- ❖ Individuell plan - Personlig koordinator,
- ❖ Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak
- ❖ Overgangen til et voksenliv for unge med funksjonsnedsettelse

Mer om SKUR, Samsynt og Framsynt og de fire utviklingsnettverkene kan leses på: www.skur.no

2.3 Om nettverket "Koordinerende enhet"

Nettverket har følgende hovedmål²:

- Nettverket skal utvikle kvalitetskriterier for kommunenes og helseforetakenes håndtering av lovkrav og intensjoner

¹ SKURs Virksomhetsplan 2005/2006

² Nettverkets Handlingsplan 2004-2007; Vedtatt 10.05.05

knyttet til ordningen med koordinerende enhet og eksemplifisere ulike måter å realisere dette på gjennom etablering av koordinerende enhet i den enkelte kommune og ved helseforetakene.

Nettverket har følgende delmål:

- Nettverket skal i en første utredningsfase avdekke behov, og utvikle forslag til mål og kvalitetskriterier, for arbeidet med å organisere og kvalifisere koordinerende enhet. Nettverket skal i denne fasen også gi innspill til arbeidet med "Nasjonal Plan for re-/habilitering" som skal utarbeides av Sosial-og helsedirektoratet i løpet av 2005.
- Nettverket skal utvikle arbeidsmetoder, og tiltak som kan imøtekomme de anbefalte mål og kvalitetskriterier, samt sørge for en utprøving av disse.
- Nettverket skal være en arena for læring om, og utvikling og bruk av nye arbeidsformer og verktøy i samarbeid på tvers av fag, sektorer og forvaltningsnivåer og om samarbeid mellom forvaltningen og brukergrupperinger.
- Nettverket skal bedrive en aktiv utveksling og formidling av informasjon om prosesser og resultater, internt mellom deltakerne i nettverket og offentlig.
- Nettverket skal sørge for at sentrale myndigheter og forskningsmiljøer blir gjort oppmerksom på utfordringer og behov som burde bli gjenstand for mer dyptgående og ressurskrevende undersøkelser og forskningsprosjekter.

Nettverket består av kommunene Karmøy, Askøy, Kongsberg, Trondheim og Sør-Varanger.

Helseforetakene Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Helse Nord RHF/ Nordlandssykehuset To interkommunale prosjekter: Namdal Rehabilitering-Høylandet og Frostating-samarbeidet. Nettverket består i alt av 45 personer. Følgeevaluering ivaretas av Høgskolen i Bergen/v høgskolelektor Inger Solheim.

Mer om nettverkets handlingsplan og aktiviteter som har foregått siden oppstarten i november 2004 kan leses her: <http://samsyntogframsynt.skur.no>

2.4 Hva ønsker nettverket å oppnå med denne rapporten?

Vi peker i denne rapporten på at funksjonen koordinerende enhet rommer mange muligheter men at den ikke gjør seg selv. Det må tas en del beslutninger ute i kommuner og helseforetak som legger til rette for at koordinerende enheter kan bli etablert i tråd med intensjonene i gjeldende lovverk. Rapporten retter seg derfor i første rekke mot ledelsen i kommuner og helseforetak. Rapporten har også anbefalinger som retter seg direkte mot departementer og direktorater. Dette gjelder spesielt anbefalinger som knytter seg til behovet for utvikling av et felles begrepsapparat, en harmonisert lovgivning, et felles verdi-og kompetansegrunnlag, organiseringen av framtidige NAV-kontor og behovene for en bred og variert brukermedvirkning i utviklingen av tjenesteapparatet. Vi håper også at fagfolk som i sitt daglige virke ser behovene for en bedre koordinering og samhandling rundt personer med sammensatte bistandsbehov kan se nytten av rapporten. Rapporten vil avslutningsvis bli brukt som et grunnlag for et informasjonshefte om koordinerende enhet som SKUR er blitt bedt om å lage utkast til, på oppdrag fra Sosial-og helsedirektoratet.

3 Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak

3.1 Hva er formålet med koordinerende enhet?

Forskrift om habilitering og rehabilitering som trådte i kraft 1. juli 2001 pålegger kommuner og helseforetak å opprette koordinerende enheter for re/-habilitering. Bestemmelsene lyder slik:

"Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere." (§ 8)

"Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten." (§ 13)

I merknader til forskriftens § 8 om koordinerende enhet i kommunene sies det blant annet følgende:

"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 vil 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. Funksjonen eller kravet om 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. Den koordinerende enhet bør samarbeide med etater utenfor helsetjenesten. Det er ikke krav om en egen organisasjonsenhet for å ta seg av koordineringsoppgavene, men at virksomheten av hensyn til tilgjengelighet for brukerne synliggjøres i forhold til de øvrige pålagte oppgaver i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd."

St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring" peker på en rekke oppgaver som koordinerende enhet i kommunen kan tenkes å ivareta:

- registrere rehabiliteringsbehov
- fungere som en lokal pådriver i planlegging og utvikling
- initiere og følge opp tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorer
- sikre at individuelle planer blir utarbeidet og iverksatt
- initiere, administrere og følge opp tverrfaglige samarbeidsgrupper
- være et knutepunkt for samarbeid mellom kommune og helseforetak
- koordinere samarbeidet mellom helse- og sosialtjenesten og lokale statlige etater
- være sentral i utviklingen av tverretatlige samarbeidsforum på ledernivå
- lede tverrfaglige team

I merknader til forskriftens § 13 om koordinerende enhet i helseforetak er det presisert at:

"Hensikten med bestemmelsen er at det regionale helseforetaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for på denne måten å bygge opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåer, jf. Forskriften § 8. Bestemmelsen har særlig

betydning for å sikre kontinuitet i det samlede re-/habiliteringstilbudet for den enkelte bruker av tjenesten."

3.2 Har kommuner og helseforetak etablert koordinerende enhet?

Det foreligger ikke noen sikker oversikt over hvor mange kommuner og helseforetak som p.t. har etablert en koordineringsfunksjon som oppfyller forskriftens minstekrav. SKUR gjennomførte i 2003 en undersøkelse av forekomsten av koordinerende enhet i samtlige kommuner i tre fylker³. I alt deltok 73 kommuner i undersøkelsen. Undersøkelsen konkluderte med at avstanden fremdeles er stor mellom idealer og realiteter; mellom intensjonene i forskriften - og praksis i kommunene, og at mange kommuner er usikre på hvordan de skal oppfylle funksjonskravene til koordinerende enhet.

Rundt halvparten av de kommuner som deltok i undersøkelsen oppga at de hadde en koordinerende enhet. Svar på oppfølgingsspørsmål viste imidlertid at dette tallet sannsynligvis var altfor høyt ettersom helt grunnleggende funksjonskrav ikke var oppfylt hos en del av de kommuner som hadde gitt et bekreftende svar. Rapporten ga følgende anbefalinger til sentrale myndigheter:

- ❖ **Det er behov for en sterkere oppfølging av vedtatt lov- og forskriftsverk**
- ❖ **Det er behov for en bredere lovforankring, som omfatter flere tjenesteområder og sektorer**
- ❖ **Det er behov for iverksetting av forsøks- og utviklingsarbeid**
- ❖ **Det er behov for en egen veileder om funksjonen koordinerende enhet**

SKUR gjennomfører for tiden en tilsvarende undersøkelse i helseforetakene. Undersøkelsen beregnes å være ferdig sommeren 2006. Det vi allerede nå vet er at det bare er

Rundt halvparten av helseforetakene som har etablert en koordinerende enhet.

Det skal i årene fram mot 2010 etableres NAV-kontor⁴ i alle landets kommuner. Hensikten med slike NAV-kontor er blant annet å kunne gi en koordinert bistand til personer som har tjenestebehov fra ulike deler av velferdsapparatet, enten det er statlige eller kommunale tjenester. Det antas at det i mange kommuner vil være formålstjenlig at funksjonen koordinerende enhet blir en integrert del av det nye NAV-kontoret. Dette vil virke ressursbesparende og være en praktisk ordning for tjenestemottakerne med tanke på å oppnå en såkalt "en-dør-løsning".

³ "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." kartlegging av koordinerende enhet i kommunene. Hilde Berit Moen. SKUR's rapportserie 2004/5

⁴ NAV; Ny Arbeids-og Velferdsforvaltning (Aetat, Trygdeetat og bestemte kommunale tjenester slås sammen)

4 Begrepsavklaringer

4.1 Helhetlig rehabilitering

I Forskrift om habilitering og rehabilitering defineres helhetlig rehabilitering slik:

"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."

I utkast til nasjonal plan for rehabilitering⁵ beskrives helhetlig rehabilitering som:

"Et tverrfaglig virksomhetsområde med et tverrsektorielt ansvar som per definisjon omfatter alle tjenester og tiltak som kan inngå i individuelle rehabiliteringsforløp – både individrettede og omgivelsesrettede tiltak."

4.2 Funksjonen koordinerende enhet

Som framgår av merknadene til forskriften om habilitering og re-/habilitering så trenger ikke koordinerende enhet å være en egen organisatorisk enhet. Selve betegnelsen "enhet" vil dog hos mange gi assosiasjoner til akkurat det, og spesielt i dag hvor mange kommuner bruker "enhet" som en del av sitt organisatoriske begrepsapparat. Det er altså viktig å slå fast at *koordinerende enhet er først og fremst en funksjon*. En funksjon som er tillagt bestemte oppgaver. Og oppgaver som rent operasjonelt befinner seg både på et individnivå og på et systemnivå. Det er også viktig å understreke at det er klare forskjeller mellom hvilke oppgaver en koordinerende enhet i kommunene skal utføre kontra de oppgaver som tilligger en koordinerende enhet i helseforetakene.

⁵ Mestring og medvirkning; Sosial-og helsedirektoratet, sept 2005

I kommunene skal koordinerende enhet både være et "sted å henvende seg" - en tydelig adresse for enkeltpersoner med behov for re-/habilitering, et kontaktpunkt for interne og eksterne samarbeidspartnere og ikke minst en motor og pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt. I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et systemansvar for ordningen individuell plan⁶, herunder organisering av rekruttering, opplæring og veiledning av tjenesteytere som er tillagt et hovedansvar for oppfølging av tjenestemottakere etter denne forskriften⁷. Koordinerende enhet vil også være et naturlig sted for plassering av ansvar vedrørende utvikling av samarbeidsavtaler mellom kommunen og viktige samarbeidspartnere som helseforetak og statlige førstelinjetjenester⁸.

Koordinerende enhet i helseforetak skal ivareta en sentral funksjon i å være et knutepunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den forutsettes også å ha god oversikt over tjenestetilbud både i helseforetaket og helseregionene samt et velutviklet system for kontakter og møteplasser mot kommunene i helseforetakets primære nedslagsfelt. Enkelte helseforetak som allerede har etablert koordinerende enhet (jfr pkt. 6.2) har også sett det som fornuftig å tillegge koordinerende enhet oppgaver knyttet til kompetanseutvikling og veiledning samt et generelt ansvar for utvikling av samarbeidsformer med kommunene.

⁶ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven med ikrafttreden 1.jan 2005

⁷ En funksjon som i praksis ofte blir kalt "personlig koordinator"

⁸ Aetat/Trygdeetat. Fra 1.juli 2006; NAV-etat

4.3 Ordningen individuell plan

Vi omtaler i denne rapporten *individuell plan* som en "ordning" i noen sammenhenger. Med ordning skal her forstås alt som Forskrift om individuell plan med merknader⁹ og Veileder til forskrift om individuell plan¹⁰ sier at individuell plan skal oppfylle. Individuell plan kan ikke betraktes som en enkelttjeneste men mer som en arbeidsmåte. Det kan likevel klages på et avslag på en henvendelse (søknad) om individuell plan og dersom planen ikke oppfylder rimelige kvalitetskrav når det gjelder innhold og planprosess.

4.4 Personlig koordinator og systemkoordinator

Benevnelsen "personlig koordinator" finnes ikke i lov eller forskrift. Den er oppstått i praksisfeltet som følge av at lovgiver ikke har gitt funksjonen noe bestemt navn. I forskrift om individuell plan § 2a blir denne funksjonen omtalt som: "...en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren". I denne rapporten brukes benevnelsen "personlig koordinator" om denne funksjonen. Erfaringene med ordningen så langt tilsier at denne funksjonen er for en "krumtapp"¹¹ å regne. I enkelte kommuner brukes også betegnelsen "systemkoordinator". Dette er en funksjon som har oppgaver på systemnivå som må løses for å skape gode rammevilkår for plan-/utviklingsarbeid, samarbeid på tvers av sektorer og nivåer og brukermedvirkning.

4.5 Kommunal plan for rehabiliteringsvirksomheten

Kommunene er pålagt å ha en oversikt over innbyggernes behov for rehabilitering og til å

⁹ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

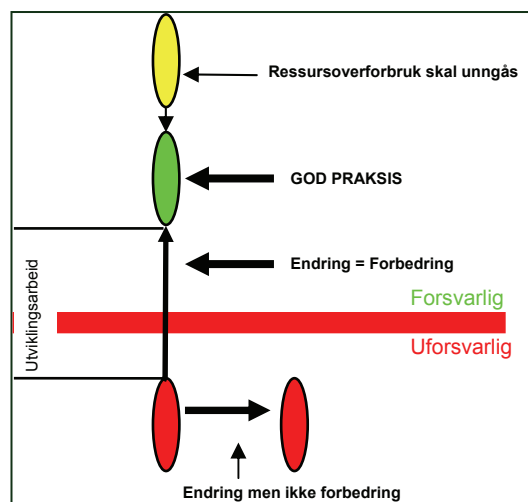
¹⁰ Individuell plan 2005, Veileder til forskrift om individuell plan: Sosial- og helsedirektoratet

¹¹ Normann et al. (2004): Individuell plan Et sesam, sesam? Oslo: Kommuneforlaget

planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet. De færreste kommuner har i dag en slik oversikt¹². En kommunal plan for helhetlig re-/habilitering må nødvendigvis være tverrsektoriell og involvere statlig førstelinje som aetat/trygdeetat¹³ og helseforetak. En slik planprosess vil også forutsette en bred og organisert brukermedvirkning fra første dag.

4.6 God praksis

God praksis kan forstås og beskrives på mange ulike måter. Vi har valgt å bruke en enkel beskrivelse som er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med den nasjonale strategi for kvalitetsforbedring for helse- og sosialtjenesten, "...Og bedre skal det bli!"¹⁴ og som kan visualiseres på følgende måte:



God praksis slik som denne figuren skal forstås er noe vesentlig mer enn forsvarlig praksis. Figuren sier også noe om at ethvert endringsarbeid ikke nødvendigvis trenger å føre til noen forbedring og likeså at en ressursinnsats over et visst nivå ikke nødvendigvis gir en kvalitetsgevinst som svarer til den økte ressursinnsatsen.

¹² SKUR rapportserie 2004/5; "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." ,Berit Hilde Moen

¹³ Fra 1.juli 2006; NAV-etat

¹⁴ "...og bedre skal det bli"; Sosial- og helsedirektoratet, Oslo sept 2005

5 Kjennetegn, kriterier og anbefalinger

Nettverket har satt seg som et første delmål å beskrive en del kjennetegn og kvalitetskriterier som man ut fra egne og andres erfaringer mener bør legges til grunn for å få funksjonen koordinerende enhet til å fungere best mulig i kommuner og helseforetak.

5.1 Felles generelle kjennetegn

Nettverket mener at koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal være:

1. **Forankret gjennom vedtak på et overordnet ledelsesnivå i kommuner eller helseforetak.** Enten behandlet som egen sak eller som del av en plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
2. **Forankret i et verdigrunnlag og utstyrt med en funksjons- og myndighetsbeskrivelse som angir hvilke oppgaver som skal ivaretas, hvordan de skal ivaretas og hvilken myndighet som er tillagt utførelsen av de ulike oppgavene.**
3. **Synlig og tilgjengelig.** Lett å finne i det fysiske miljø og i skriftlig informasjon og lett tilgjengelig for alle, uansett type eller grad av funksjonsnedsettelse.
4. **Brukerorientert.** Opptatt av å sikre et best mulig helhetlig tjenestetilbud på grunnlag av brukerens egne ønsker og mål og ellers tilgjengelige ressurser.
5. **Samarbeidsorientert.** Opptatt av å motivere til samarbeid om helhetlige løsninger og i stand til å organisere og lede et slikt samarbeid.
6. **Ansvarlig og konfliktforebyggende.** I stand til å håndtere uenighet slik at en unngår ansvarsfraskrivning fra bestemte tjenester og/eller at det oppstår gråsoner hvor brukeren ikke blir ivaretatt.

7. **Kompetent.** Tverrfaglig med tilknyttede brukermedvirkere og med god oversikt over gjeldende lovverk, eksisterende tjenestetilbud og tilgjengelig kompetanse.
8. **Utviklings- og prosessorientert.** Aktiv og åpen i forhold til å integrere ny kunnskap og utprøvende og fleksibel i sin praksis
9. **Kvalitetsbevisst.** Sikre et system av prosedyrer og rutiner som jevnlig evalueres og oppdateres i tråd med kriterier for god praksis.

5.2 Anbefalinger til sentrale myndigheter/lovgiver

Nettverket anbefaler at:

10. **Det utvikles et felles begrepsapparat i et samarbeid mellom de ulike tjenester, sektorer og etater som erfaringsmessig må samhandle for å kunne lage i stand helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud i kommuner og helseforetak for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.** Man bør i den sammenheng vurdere å erstatte begrepet "Koordinerende enhet" ettersom det er egnet til å skape misforståelser.
11. **Det omforente begrepsapparat kommer til uttrykk i en "harmonisert lovgivning".** Krav til koordinering og samhandling bør komme eksplisitt til uttrykk også i annen lovgivning enn helselovgivningen. Ettersom rehabilitering per definisjon er en tverrfaglig og tverrsektoriell virksomhet bør viktige virkemidler som koordinerende enhet og individuell plan også hjemles i barnehage- og skolelovgivningen og i ny lov om arbeids- og velferdsforvaltningen.
12. **Det utvikles en kurs- og kompetansepakke beregnet på kommuner, helseforetak og NAV-kontor, skreddersydd for implementering av et felles verdigrunnlag, felles arbeidsmåter og arbeidsverktøy.**

Opplæringspakken bør utvikles i et samarbeid mellom Sosial-og helsedir., Arbeids-og velferdsdir., Utdanningsdir., KS, Regionhelseforetakene og de store brukerorganisasjonene.

13. Arbeidet med Nasjonal Plan for rehabilitering fullføres og at det avsettes midler på kommende års statsbudsjett til viktige satsingsområder som er angitt i planen, herunder støtte til kommuner og helseforetak i deres arbeid med organisering av rehabiliteringsvirksomheten.
14. Fylkesmannen tillegges et tydeligere og større ansvar for kunnskapsformidling, veiledning og tilsyn med kommunenes organisering av sin rehabiliteringsvirksomhet, herunder funksjonen koordinerende enhet og ordningen individuell plan. Veiledning og tilsyn må gjennomføres i henhold til klare kvalitetskriterier.

5.3 Anbefalinger til kommunene

Nettverket anbefaler at:

15. Funksjonen koordinerende enhet søkes integrert i det eksisterende organisatoriske apparat, for eksempel i Service-/Bestiller- eller Forvaltningskontor eller et framtidig NAV-kontor. Deler av funksjonen bør ligge på et stabsnivå hos rådmannen
16. Koordinerende enhet sikres en styringsmyndighet på tvers av de kommunale sektorer og virksomheter i forhold til oppgaver som krever dette. Slik myndighet må være gitt som et mandat fra rådmannen og/eller politisk ledelse.
17. Koordinerende enhet har tilknyttet et brukerråd og andre fora som kan sikre en jevnlig brukerdiallog, med brukerrepresentanter som har en erfaring fra egne rehabiliteringsprosesser og ordningen individuell plan. Samarbeid med kommunalt råd for funksjonshemmede er naturlig i kommuner som har oppnevnt et slikt råd.

18. Koordinerende enhet blir tillagt et overordnet ansvar for kommunens arbeid med ordningen individuell plan/personlig koordinator.

19. En stillingsinnehaver blir tillagt et særlig ansvar på systemnivå for arbeidet med individuell plan og planlegging av re-/habiliteringsvirksomheten generelt og at vedkommende får avsatt rimelig med tid for dette arbeidet. I små kommuner hvor det ligger til rette for det, bør det vurderes et interkommunalt samarbeid om å opprette en slik "systemkoordinatorfunksjon".
20. Det inngås samarbeidsavtaler mellom kommunene og viktige eksterne partnere som helseforetak, NAV-etat og statlig pedagogisk støttesystem.
21. Koordinerende enhet kan tillegges andre oppgaver vedrørende tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid internt i kommunen og et ansvar for utvikling av samarbeidsordninger og faste møteplasser med helseforetak, andre spesialisttjenester og statlige førstelinjetjenester.
22. Det foregår en kontinuerlig og målrettet kompetanseutvikling ved at det på kommunens opplærings-og utviklingsplan innarbeides faste og repeterende tiltak som retter seg mot ledere og ansatte som arbeider med oppgaver som krever en tverrfaglig og tverrsektoriell tilnærming og aktiv brukermedvirkning.

5.4 Anbefalinger til helseforetakene

Nettverket anbefaler at:

23. Det etableres koordinerende enhet både på regionsnivå og innenfor hvert enkelt helseforetak. I noen helseforetak vil det også være nødvendig å vurdere behovet for en koordinerende enhet funksjon på lokalsykehusnivå. Modeller for dette er under utvikling i Helse Øst og Helse Nord.

29. Hvert helseforetak bør etablere en nettside som gir en god oversikt over både helseforetakets tjenestetilbud og med opplysninger om koordinerende enhet (eller tilsv.) i de kommuner som primært sokner til helseforetaket, og i de andre helseforetakene i regionen.

30. Koordinerende enhet i helseforetak kan med fordel tillegges andre oppgaver knyttet til å utvikle samarbeid og samhandling med kommunene og til å organisere en felles kompetanseutvikling med kommunene på bestemte områder.

6 Noen eksempler fra nettverksdeltakerne



6.1 Koordinerings-tjenesten i Kongsberg kommune

Skrevet av Anita Røraas

Koordinering – en egen tjeneste

I Kongsberg kommune har man prioritert koordinering av tjenester så høyt at man har opprettet en egen koordineringstjeneste (KT). KT er plassert i rådmannens stab og har ingen andre driftsoppgaver enn koordinering.

Koordinering blir betraktet som en egen kompetanse. KT har som målsetning å legge tilrette for samordning og samarbeid på individnivå slik at de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester sikres helhetlige og målrettede tjenester. KT legger også tilrette for tverrfaglig samarbeid og samordning på systemnivå. Koordineringstjenesten har eksistert siden 1995, og har både interne og eksterne samarbeidspartnere.

På individnivå har KT ansvaret for koordineringsarbeid, utarbeidelse av individuelle planer, drifting av ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter. På systemnivå jobbes det fortløpende med møter internt og eksternt, brukerforum, samordningsmøter, nettverksgrupper, tverrfaglig kompetansegruppe samt tverrfaglige prosjekter.

Koordineringstjenestens fem ansatte er også i funksjon som personlige koordinatore for brukerne. KT består av medarbeidere som er personlig egnet til jobben og som har formell sosial- eller helsefaglig kompetanse samt erfaring fra offentlig sektor med et vidt praksisfelt.

KT driver koordineringsarbeid med utgangspunkt i ulike metoder. Den mest brukte er ansvarsgruppemodellen. Ansvarsgruppene

drives etter en spesiell metodikk. Møtene tar utgangspunkt i brukerens beskrivelse av her-og-nå-situasjonen. I møtet gjøres det en skriftlig avklaring i forhold til arbeidsoppgaver, ansvar og tidsfrister. Møtedato settes for neste møte, og skrives i referatet – det sendes ingen ny innkalling. Referatet skrives underveis i møtet og alle deltagerne får det med seg ved møteslutt.

Det har etter hvert blitt stor forståelse for at det er nødvendig – og at det virkelig lønner seg, å jobbe tverrfaglig. Ved å sette fokus på koordineringsarbeid kan man få gevinster som;

- Aktiv og reell brukermedvirkning
- Rett bistand til rett tid
- Kontinuitet i tilbud
- Utvikling og prioritering i forhold til faktiske behov
- Strukturert samarbeid
- Økt faglig forståelse
- God ressursutnyttelse
- Ansvarsavklaringer
- Respekt for andres arbeid
- Økt bevissthet på egen tjenestes betydning
- Bedret kommunikasjon
- Kompetanseheving
- Rasjonell bruk av tid

Kongsberg kommune har deltatt i SKUR's utviklingsnettverk om koordinerende enhet i Samsynt og Framsyn siden 2004.

Kongsbergs kommunegruppe har bestått av ledere og fagpersoner fra ulike enheter i kommunen. Denne kommunegruppen har fått et oppdrag fra rådmannen om å orientere seg om nasjonale føringer innenfor koordineringsarbeidet og hvordan dette gjøres i andre deler av landet. For at det ikke skulle være ulike prosjekter og utviklingsgrupper innenfor koordineringsfeltet i Kongsberg, valgte man å benytte et prosjekt som var satt ned av samordnings-

gruppen, (enhetsledere for de "myke tjenestene") som Kongsbergs prosjekt i SKUR`s utviklingsnettverk. Prosjektet fikk navnet «Sammen er vi gode». Dette prosjektet er en direkte oppfølging av prosjektet «Tverrfaglig samordning rundt barn og unge med funksjonshemminger», et prosjekt i samarbeid med Søreide kompetansesenter under ledelse av Gidske Holck.

Prosjektarbeidet «Sammen er vi gode» er blitt omtalt av rådmannen i Kongsberg som et prosjekt om positiv samhandling og nødvendig fleksibilitet. For å gi et innblikk i prosjektet er prosjektgruppens anbefalte skisse over saksgangen vist på neste side. Rådmannen og samordningsgruppen har besluttet at skissen skal implementeres. Det skal videre utarbeides konkrete rutiner for drift av ansvarsgrupper og utarbeidelse av IP ute i driftsenhetene. Deretter skal aktuelle tjenesteutøvere gis nødvendig opplæring.

Henvising av bruker til KT
(med behov for langvarige og koordinerte tjenester)

Første kartleggingssamtale (KT's ansvar)

KT sender invitasjon til bruker/ pårørende om en første kartleggingssamtale. Informasjon om KT og individuell plan sendes ved invitasjonen. I invitasjonen oppfordres bruker til å ta med alle tilgjengelige dokumenter, epikriser, faglige rapporter. o.l. til samtalen.

- Kartleggingssamtale
- Samtykke til tverrfaglig samarbeid innhentes

Etter kartleggingssamtalen avklare KT om det er et standard- eller et individuelt systemforløp som skal følges.

STANDARD SYSTEM FORLØP

Samordningsmøte av vedtak og beslutninger

(KT's ansvar)

Møtet er uten bruker / pårørende.

KT sender ut invitasjon til møtet med samtykke og nødvendig informasjon.

Tjenestene tar med fagplaner

- Det samordnes vedtak og beslutninger på tjenester for brukers behov gjennom hele døgnet
- Dersom bruker har rett på og ønsker å få utarbeidet en IP besluttes det at det skal utarbeides en IP.
- KT utnevner leder for ansvarsgruppen evt plankoordinator for IP.

Ansvarsgruppemøte (driftsenhetenes ansvar)

Leder for ansvarsgruppen sender ut innkalling til første ansvarsgruppemøte.

Her møtes bruker/ pårørende og tjenesteapparatet.

- I samarbeid med bruker settes det felles overordnet mål
- Ansvarsgruppen skal evaluere og justere tiltak og fagplaner.
- Ved utarbeidelse av individuell plan bestemmes prosess for dette. Den ferdige IP sendes KT.
- Er det behov for samarbeid mellom noen av tjenestene i ansvarsgruppen, avtales det egne samarbeidsmøter for dette.
- Ved behov for faglig veiledning tas det kontakt med eksterne faginstanser.
- Ved behov for veiledning for tverrfaglig samarbeid kontaktes KT.
- Ansvarsgruppen møtes videre ved konkrete saker. Her møtes de tjenestene som har behov for å arbeide tverrfaglig.

Dersom det oppstår store problemer i den praktiske gjennomføringen av vedtakene/beslutningene, kan driftsenhetene anmode KT om å kalle inn til et nytt møte for samordning av vedtak/ beslutninger.

Ved store overganger og vesentlige endringer i tjenestebehov melder leder for ansvarsgruppen behovet til KT. De avklarer det videre forløpet.

INDIVIDUELT SYSTEM FORLØP

(KT's ansvar)

Administrativt samordningsmøte

KT sender ut invitasjon til møtet med samtykke og nødvendig informasjon. Tjenestene tar med fagplaner

- Faglig diskusjonsmøte som hovedregel uten bruker
- Det videre kartleggingsforløpet bestemmes
- Tidspunkt for samordningsmøte for vedtak og beslutninger bestemmes.

Samordningsmøte av vedtak og beslutninger

- Det samordnes vedtak og beslutninger på tjenester for brukers behov gjennom hele døgnet
- Dersom bruker har rett på og ønsker å få utarbeidet en IP besluttes det at det skal utarbeides en IP.

Vedtaks-/beslutningsmøtet kan evt være todelt

- Med bruker – teste ut foreløpig skisse over tjenestene
- Uten bruker – endelig vedtak- og beslutninger fattes

Koordineringsmøte

Koordinator vurderer hensiktsmessig metode for det videre koordineringsarbeidet.

KT sender ut innkalling til første koordineringsmøte. Her møtes bruker/ pårørende og tjenesteapparatet.

- I samarbeid med bruker settes det felles overordnet mål.
- Ved utarbeidelse av individuell plan bestemmes prosess for dette.
- Koordineringsmøtet skal evaluere og justere tiltak og fagplaner.
- Er det behov for samarbeid mellom noen få av tjenestene, avtales det egne samarbeidsmøter for dette
- Ved behov for faglig veiledning tas det kontakt med eksterne faginstanser.
- Videre koordineringsmøter holdes ved konkrete saker.

Underveis i koordineringsarbeidet vurderes det fortløpende om ansvarsgruppen kan driftes videre i enhetene og følge standardforløpet.



6.2 Enhet for Samhandling Akershus universitets- sykehus HF (Ahus)

Skrevet av Sigrunn Gjønnnes

Koordinerende enhet (KE) ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus) ble etablert som en permanent enhet med to faste stillinger fra 2004. Opprettelsen av enheten kom i forlengelsen av et 4-årig prosjektarbeid ved nevrologisk avdeling, "Prosjekt nevrologisk rehabilitering" (2000 – 2002) og "Prosjekt rehabiliteringsnettverk" (2003), og ble en realisering av anbefalingene fra disse. I den perioden som er gått siden enheten første gang ble satt på sykehusets organisasjonskart, har det skjedd en kontinuerlig utvikling fram til hvor vi er i dag, i mars 2006. Den enheten hvor funksjonen "Koordinerende enhet for re-/habilitering" ligger i dag, har nylig fått navnet "Enhet for samhandling", og den har sin organisatoriske plassering i "Kompetanseavdelingen" i Senter for forskning og utvikling.

I denne fremstillingen vil jeg først gi en beskrivelse av bakgrunnen for etableringen ved å si litt om prosjektarbeidet, og videre en presentasjon av veien frem til den funksjon og organisering som vi har i dag.

Prosjekt nevrologisk rehabilitering 2000 – 2002

Prosjektet var avgrenset til å omfatte nevrologiske pasienter og var et samarbeid mellom nevrologisk avdeling og to forsøkskommuner. Det overordnede målet var å "Etablere forpliktende tverrfaglig og tverretattlig samarbeid som ivaretar pasientens individuelle behov for helhetlig rehabilitering". Allerede fra starten av var hovedfokuset *samarbeid*. Gjennom kartleggingen ble det synliggjort mange ulike utviklingsområder som vi definerte til å ha innvirkning på samhandlingen mellom sykehus og kommune.

Vi valgte å arbeide med mange ulike områder; individuell plan, tverrfaglig samarbeid, tverretattlig samarbeid,

informasjon, kommunikasjon, bruker-medvirkning, dokumentasjon, saksbehandling og til slutt det som vi i starten kalte "Adresse for rehabilitering". Behovet for en slik "adresse" er beskrevet i Stortingsmelding 21 1998-99, "Ansvar og meistring". Dette ble fulgt opp gjennom Forskrift om habilitering og rehabilitering som stiller krav om en "koordinerende enhet" både i kommuner og i helseforetak. Prosjektets tilnærming var både på individ- og systemnivå. Vi fulgte i overkant av 50 pasienter fra akuttpost og ut til kommune, og initierte tiltak både på individ- og systemnivå. Vår innfallsvinkel var å bruke erfaringer fra individnivå til å forme gode løsninger på systemnivå.

Et sentralt tiltak ble å utvikle funksjonsbeskrivelser for koordinerende enhet både i sykehuset og i kommunene. Vi tok utgangspunkt i forskriftsbestemmelsen og kommentarene til denne. I tillegg ble føringer som er gitt i "Ansvar og meistring", tillagt stor vekt. Disse er mest konkrete når det gjelder funksjonen i kommunene. I utprøvingen ble koordinerende enhet i kommunene personifisert gjennom prosjektmedarbeideren fra hver av forsøkskommunene i prosjektet. En viktig oppgave for disse ble å skaffe seg god oversikt over tilbud og tjenester i egen kommune, samt å få til møteplasser hvor medarbeidere fra ulike tjenester og etater møtte hverandre. Utforming og utprøving av rutiner for individuelle planer sto også svært sentralt. Vi erfarte hvordan samarbeidet på tvers var en klar forutsetning for å få dette til. For øvrig var rollen som samarbeidsledd mot sykehuset viktig.

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 13 kan oppsummeres i tre hovedpunkt:

1. Generell oversikt over re-/habiliterings-tiltak i helseregionen.
2. Oversikt over re-/habiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.
3. Nødvendig kontakt med rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Når vi skulle ta fatt på oppgaven med å utvikle koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, var det naturlig å trekke frem forskriftens målsetting om å være et knutepunkt for samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Forskriften ga oss ikke noe svar på hvordan kravet til en koordinerende enhet skulle ivaretas. Det kunne være en organisatorisk enhet, et team, en koordinator, fagavdeling eller lignende. – Med andre ord: Finn den organisatoriske løsningen som er best egnet til å ivareta oppgaven! Derfor var det naturlig å se på funksjon og oppgaver før vi tok fatt på hvem og hvor dette skulle ivaretas.

Vi trengte noen ekstra runder for å komme frem til hvor en enhet i spesialisthelsetjenesten skulle ligge. I forskriften adresseres dette til helseregionen. Det ville i vårt tilfelle innebære at den skulle legges til det regionale helseforetaket, Helse Øst, på Hamar. Ville en enhet på Hamar kunne oppfylle kravene i forskriften? Vi konkluderte med at en slik enhet må ligge til det enkelte helseforetaket. Hovedbegrunnelsen var enhetens rolle som samarbeidsledd mot kommunene. En oppfyllelse av punkt 2 og 3 ville vanskelig kunne vært håndtert av det regionale foretaket. Derimot så vi dette som en glimrende mulighet til å bygge et tettere samarbeid med kommunene i sykehusets opptaksområde.

Anbefalingene fra "Prosjekt nevrologisk rehabilitering" var å etablere en koordinerende enhet i sykehuset som gis i oppdrag å etablere et rehabiliteringsnettverk som knytter kontakt mellom alle aktørene innen feltet rehabilitering i sykehusets geografiske nedslagsfelt. Vi la mye vekt på at en nettverksstruktur kunne være godt egnet til å bygge en felles kunnskapsplattform samt å utnytte, utveksle og utvikle kompetanse på tvers av tjenestenivåer. Kompetanseutvikling var et svært sentralt tiltak for å styrke samarbeidet mellom sykehus og kommuner i prosjektarbeidet. Dette ble også bekreftet av den eksterne prosjektevalueringen som ble gjort av

forskningsstiftelsen FAFO. Koordinerende enhet ved Ahus ble foreslått å være motoren i nettverket. Sykehusets ledelse fulgte opp anbefalingene, og ga en mindre prosjektgruppe i mandat å etablere Rehabiliteringsnettverket Ahus i løpet av 2003.

Prosjekt Rehabiliteringsnettverk 2003

Prosjektet gikk løs på oppgaven med å etablere kontakt med koordinerende enhet i alle kommunene i sykehusets nedslagsfelt som på det tidspunktet var 20. Vi sendte formell henvendelse fra sykehuset til kommunene, med kopi til rådmenn, om å bli med i et rehabiliteringsnettverk, og inviterte samtidig til regionale møter. Vi satte oss som mål at vi ville møte "ansikt til ansikt" de kommunene som ble knyttet til nettverket. Alle responderte positivt på invitasjonen. Det var svært varierende hvorvidt de ulike kommunene hadde etablert, eller var i gang med å etablere, koordinerende enhet. På de samlingene som vi gjennomførte i løpet av året, var hovedtemaene knyttet til funksjon og organisering av koordinerende enhet. Mange erfarte svært god nytte av å kunne lære av hverandre. Aktørene i nettverket fremhever fortsatt erfaringsutveksling som en viktig effekt av å være med. Når alle kommunene var koblet til nettverket, henvendte vi oss til enheter i sykehuset som hadde en eller annen tjeneste til rehabiliteringspasienter. En enhet som skal være et samarbeidsledd eksternt, må forutsettes å ha god oversikt internt. Denne prosessen ga oss litt andre erfaringer og utfordringer. Når vi valgte ut seksjoner i sykehuset som vi ville invitere med i nettverket, tok vi utgangspunkt i rehabiliteringsdefinisjonens vektlegging av at rehabilitering er summen av mange ulike deltjenester. Følgelig var ikke dette aktuelt bare for rehabiliteringsposten, men også for team, poliklinikker og sengeposter som ledd i en persons rehabiliteringsprosess. Det var mange som i første omgang ikke så relevansen av å være knyttet til et rehabiliteringsnettverk. Når vi nevnte ordet rehabilitering i akuttdelen av sykehuset, så adresserte de dette veldig fort til

rehabiliteringsposten. Etter hvert som vi hadde møteplasser med ulike tema, så har flere opplevd dette som nyttig. Ikke minst ser de nødvendigheten av en tettere dialog med de kommunale tjenestene. Denne erfaringen er nok en parallell til det som kommunene opplever ved etablering av samarbeid med områder som ikke definerer seg innefor helse. Det er fortsatt mange som har en smal forståelse av rehabilitering, og definerer det til helse og mer avgrenset opptrening.

En oppgave både for helseforetaket og kommunene er å bli synlige og tilgjengelige. En søkerunde på internett ga oss en bekreftelse på at det var vanskelig å finne oppdatert informasjon knyttet til rehabilitering. Vi etablerte en egen internettside for Rehabiliteringsnettverket Ahus hvor vi la linker til presentasjoner av tjenestetilbud på kommunenes og sykehusets hjemmesider. Kvaliteten på disse sidene, sett i forhold til at det skal være enkelt å finne frem, var svært varierende. Målet var at denne siden skulle være en kilde til informasjon både for pasienter og samarbeidspartnere. Nå, tre år senere, er det fortsatt varierende kvalitet på de sidene som vi linker oss opp til, men det har skjedd stor forbedring. Sidene inneholder også linker til andre relevante aktører innen rehabilitering. I tillegg finnes det en oppdatert adresseoversikt over koordinerende enhet i alle våre kommuner, samt at vi legger ut nyheter.

Etableringen av hjemmesiden ble også startpunktet for å utvikle en kurskalender for kurs som sykehuset tilbyr til kommunene. Denne virksomheten var på det tidspunktet ikke koordinert fra sykehusets side. I prosjektarbeidet erfarte vi at ulike avdelinger planla kurs uavhengig av hverandre, og det kunne også være tilfeldig hvem kursinvitasjonene ble sendt til i kommunene. Vi laget en kurskalender på hjemmesiden, og startet arbeidet med å få til en koordinering av dette. Vi startet også med å bruke Rehabiliteringsnettverket som en kanal for utsendelse av kursinvitasjoner.

Etablering av koordinerende enhet / Enhet for samhandling

Koordinerende enhet ved Akershus universitetssykehus HF ble etablert som en permanent enhet ved sykehuset fra 1. januar 2004, bemannet med to hele stillinger. Konklusjonene fra prosjektarbeidet ga ikke noe entydig svar på hvor en slik enhet burde plasseres. I og med at enheten har fokus på rehabilitering, valgte en å la den ligge under nevrologisk avdeling selv om den skulle ivareta en funksjon for hele sykehuset.

I løpet av 2004 ble enhetens ansvarsområde utvidet til også å gjelde oppfølging av samhandlingen generelt mellom sykehus og kommune. Sykehusledelsen så at enheten hadde utviklet en kompetanse innen samhandling gjennom arbeidet med å etablere Rehabiliteringsnettverket, og at dette måtte utnyttes innenfor et bredere felt. Det at en også hadde fått til en god dialog og gode møteplasser med kommunene, var noe som sykehuset så på som svært verdifullt. Enhetens funksjonsbeskrivelse ble fra da av todelt, noe som også ble gjenspeilet i navnet på enheten; "Koordinerende enhet for re-/habilitering og samarbeid".

Etter hvert som enheten i løpet av 2005 utviklet en tydeligere sykehusovergripende rolle, så en etter hvert også behovet for en annen organisatorisk tilknytning. Ved slutten av 2005 ble derfor enheten lagt til "Kompetanseavdelingen" som ligger under virksomhetsområdet "Forskning og utvikling". Dette valget var begrunnet ut fra enhetens sterke fokus på kompetansehevingstiltak rettet mot kommunene som et ledd i å styrke samhandlingen. En så også muligheter til positive synergieffekter av å se kompetanseutvikling internt og eksternt i sammenheng. I forbindelse med overgangen til Kompetanseavdelingen byttet også enheten navn til *Enhet for samhandling*. Dette innebærer ingen endring i funksjonsområde. En del av enhetens oppgaver er fortsatt spesifikt knyttet til re-/habilitering. Samtidig erfarer vi i

økende grad at store utfordringer knyttet til dette feltet, nettopp handler om samhandling. Derfor ser vi at det er tjenlig å se dette som en integrert helhet.

Arbeidsområder for Enhet for samhandling – i dag

Som tidligere nevnt har enheten en todelt funksjon. Den er en "koordinerende enhet for re-/habilitering" ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering, og den har et overordnet ansvar for oppfølging og koordinering av samarbeidet mellom sykehus og kommune generelt. Følgende punkter er eksempler på arbeidsområder som vi ivaretar i dag. Noe av det går spesifikt på rehabilitering, mens andre områder går på samhandling og er av indirekte betydning.

Nettsiden

www.rehabiliteringsnettverket-ahus.no

En viktig oppgave er oppdatering av hjemmesiden med riktig kontaktinformasjon og nyheter med relevans til re-/habilitering. Vi er i dialog med kommunene i forbindelse med at vi lenker opp deres hjemmesider. For øvrig forsøker vi å følge med på det som skjer regionalt og nasjonalt for å kunne legge dette ut på siden. Vi får også tilsendt kursprogram fra ulike kursarrangører som ber oss om å legge dette ut på "nyheter".

Koordinert utsendelse av kursprogram og informasjon

Enheten bidrar til koordinert utsendelse av kursprogram og annen relevant informasjon til kommunene. Dette sendes på e-post til KE i kommunene, og vi benytter på denne måten Rehabiliteringsnettverket som en distribusjonskanal. Det innebærer at vi ikke lenger trykker program og sender disse i posten, men at det går via e-post til nettverkets kontaktpersoner, og at disse distribuerer det videre til de det er relevant for i egen kommune. Dette er en avtale som vi har med KE i kommunene, som er nettverkets kontaktpunkt, og det ser ut til å fungere bra. Dette forutsetter at KE i kommunene har tilstrekkelig oversikt til å

kunne videresende til riktige instanser. På en annen side er det en tilnærmet umulig oppgave for sykehuset å til enhver tid ha oversikt over hvem ulike tilbud kan være relevante for. Den kunnskapen forutsettes å ligge lokalt.

Kurstilbud til kommunene - kurskalender

Enheten er pådriver for koordinerte kurs fra sykehuset til kommunene. Et sentralt mål er å bidra til en felles kunnskapsplattform innen tema som er viktige både for sykehus og kommuner. Gjennom dette viderefører vi satsningen fra prosjektarbeidet med å se på kompetanseutvikling som et sentralt virkemiddel for å styrke samarbeidet på tvers av nivåene. Vi oppdaterer en kurskalender som ligger på våre intranettsider og på Rehabiliterings-nettverkets hjemmeside. Til nå har den bare omfattet somatikk og habilitering, men vi har et mål om at den også skal omfatte psykiatri. Målgruppen for denne oversiktskalenderen er både personell i sykehuset og kommunene. Det er viktig at avdelinger som planlegger kurs gjør seg kjent med eventuelle andre tilbud slik at en ved valg av tema og tidspunkt ikke lager uheldige kollisjoner. Vi bistår også avdelingene ved utvikling av ulike kurstilbud. I løpet av de to siste årene har vi også utviklet en prosedyre for koordinerte kurs mot fastlegene.

Individuell plan

Vi har ansvaret for opplæring og informasjon knyttet til individuelle planer ved Ahus. Her drar vi god nytte av kontaktene i Rehabiliteringsnettverket, og har også med representanter for KE i kommunene når vi holder kurs og møter om dette ved Ahus. I tillegg bidrar vi med undervisning i kommunene. Vi deltar også på hverandres kurs. Vi har også utarbeidet en intern prosedyre ved sykehuset. I og med at dette var et tema som vi arbeidet mye med i prosjektarbeidet, har vi også vært involvert i dette både regionalt og nasjonalt.

Oppdatere kontaktinformasjon - intranettside

Enhet for samhandling har en egen intranettside som sikrer informasjon internt i foretaket knyttet til samhandling og re-/habilitering. Her ligger en rekke oversikter over kontaktpersoner i kommunene, og vi sikrer en sentral oppdatering av disse. I tillegg har vi lagt ut informasjon om individuelle planer, rehabiliteringsinstitusjoner med tilhørende henvisningsrutiner, rehabiliteringsnettverket, dokumenter knyttet til utskrivning av pasienter, kurskalender samt en egen nyhetsside.

Samarbeidsavtaler/-rutiner

Gjennom deltakelse i samarbeidsutvalget med kommunene er vi involvert i utarbeidelse av samarbeidsavtaler. I forlengelsen av dette bidrar vi til å få på plass overordnede interne rutiner knyttet til funksjonsområdet. Dette skjer i nært samarbeid med seksjonene.

Samarbeidsmøter

Leder av enheten har plass i samarbeidsutvalget med kommunene. I tillegg til kompetansehevende tiltak arrangerer vi møteplasser for Rehabiliteringsnettverket. Vi innkaller også til møter om samarbeidsrutiner knyttet til utskrivning av pasienter. Her har vi ett møte i halvåret hvor vi inviterer alle kommuner og alle somatiske seksjoner som arbeider om utskrivninger til daglig. I tillegg kan vi initiere møter i tilknytning til saker som oppstår. Dette gjelder blant annet interne møter med utskrivningsansvarlige på seksjonene og møter med enkeltkommuner i forhold til spesifikke problemstillinger.

Viktige utfordringer – ”en dør inn”

Med unntak av Fafo sin prosjektevaluering, har vi ikke gjennomført målrettede evalueringer av nytten av det arbeidet vi gjør. Men vi får stadig oftere tilbakemeldinger om at vi er et viktig kontaktpunkt for samarbeidet mellom sykehus og

kommune. Henvendelsene øker, og vi blir stadig involvert i nye saker.

Eksempler på henvendelser:

- ❖ **Kommunene spør om navn på noen i sykehuset som kan undervise på kurs**
- ❖ **Pasienter spør om rehabiliteringstilbud**
- ❖ **Brukerorganisasjoner henvender seg med spørsmål om tilbud m.v.**
- ❖ **Ansatte på sykehuset vil ha bistand til å utvikle kurs mot kommunene**
- ❖ **Avdelinger vil ha hjelp til å lage samarbeidsmøter**
- ❖ **Kommunene og avdelinger i sykehuset ønsker kurs om individuelle planer**

Vi får etter hvert ganske god oversikt både internt og eksternt, og i et sykehus med mange spissfunksjoner er det viktig at noen kan sikre strukturer på tvers. Vi ser det som en stor utfordring å sikre at sykehuset opptrer koordinert ut mot kommunene. Her har vi kommet godt i gang, men det er fortsatt oppgaver å ta fatt på. Vi skal også få til et tettere samarbeid med Lærings- og mestringssenteret, og ser mange muligheter for positive synergieffekter her. Vi har vært en enhet i kontinuerlig utvikling så langt, og vi tror at vi fortsatt vil være det. Men hovedfokuset står klart; å styrke samhandlingen i et fragmentert helsevesen – til beste for pasientene.

7 Slik har vi gjort det i Arendal kommune!

Skrevet av Janne Gundersen



Bakgrunn

Et systematisk og planmessig arbeid i forhold til rehabilitering i Arendal kommune tok til 1992 da kommunen ble med i et prosjekt som het *Modell for samordning av rehabiliteringsoppgaver*. I 1996 munnet dette arbeidet ut i en plan for medisinsk rehabilitering som ble vedtatt av bystyret. Definisjonen på rehabilitering som prosjektgruppa kom frem til den gang var: "Rehabilitering er summen av kartlagte tiltak som er ønskelig og /eller nødvendig for at brukeren skal kunne oppnå en verdig tilværelse i eget hjem og mestre viktige sider ved hverdagen".

Det ble i denne planen bestemt at rehabiliteringstjenestene skulle samles på et nytt bo- og omsorgsenter som skulle stå ferdig i 1998. I desember 1998 stod Myratunet bo- og omsorgsenter ferdig. Personalet begynte i oktober så vi hadde rikelig med tid til internundervisning i blant annet rehabiliteringsideologi og verdi-grunnlag der tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning ble særlig vektlagt.

"Rehab-døgn"

Det nye bo- og omsorgsenteret hadde en døgnavdeling med plass til 9 brukere. Kriteriene for å få plass var ulike nevrologiske lidelser, ortopediske tilstander eller mer sammensatte behov. Oppholdets lengde var på to uker eller mer alt etter hva som var hensiktsmessig for den enkelte bruker. Hver bruker hadde sin primærkontakt og det ble avholdt ukentlige teammøter der alle faggrupper var representert.

Ganske snart ble det klart for oss at den brukergroupe som naturlig benyttet disse plassene var betydelig eldre enn det vi hadde regnet med. De yngre brukerne fikk ofte sine tilbud i 2.- og 3.linjetjensten og dro deretter rett hjem.

Blant annet hadde vi investert i et topp moderne treningskjøkken på senteret, men dette ble nesten ikke brukt.

Etter noen års drift innså vi at tilbudet på Rehab-døgn var for "eksklusivt" sammenlignet med resten av kommunens heldøgns-avdelinger. Med bakgrunn i påtvungne nedskjæringer valgte vi derfor å ta terapeutene ut av turnus slik at deres tjenester også kunne komme andre innbyggere til gode.

Helt siden oppstarten av avdelingen i 1998 har rehabiliteringsideologien vært solid forankret. Høsten 2005 resulterte dette i at bystyret valgte å legge en tilstøtende korttidsavdeling under Rehab-døgns ledelse. Dette på grunnlag av erfaringer om at brukere som hadde hatt opphold på Rehab-døgn var bedre i stand for å klare seg hjemme og ofte med mindre ressurser. Dette igjen som følge av en tilnærming hvor brukernes egne ressurser blir tatt godt vare på og videreutviklet.

"Rehab-dag" – Enhet for Rehabilitering

De ble også i 1998 opprettet en dagavdeling ved Myratunet bo- og omsorgsenter, med et tverrfaglig team og med deltidssassistanse fra terapeutene på Rehab-døgn. Også her hadde vi regnet med en større etterspørsel fra de yngre brukere. Det viste seg at behovene var der men at det måtte en del arbeid til for å bygge opp nødvendig tillit og tilbud som passet. Det er etablert virksomhet for bestemte diagnosegrupper og ulike pårørendegrupper. Myratunet stiller fagfolk og lokaler til disposisjon mens mye av innholdet formes av brukerne selv.

Etter et års drift i dagavdelingen konkluderte vi med at det ville være rasjonelt å slå sammen avdelingen med den øvrige fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen.

Dette ble gjort under navnet enhet for Rehabilitering og med egen faglig leder.

I 1999 begynte vi for alvor å fokusere på individuell plan, som ble varslet gjennom St.meld. nr. 21 "Ansvar og Meistring". Individuell plan var på det tidspunktet noe veldig nytt og diffust. Det var naturlig at hovedansvaret for å ta dette verktøyet i bruk falt på rehabiliteringstjenesten, siden rehabilitering handler om mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Arbeidet med individuell plan

- ❖ Høsten 1999 ble det gjennomført kurs i individuell plan med bistand fra firma Rehab-Nor.
- ❖ Alle ansatte i Rehabilitering ble pålagt å lage *en* plan hver. En relativt lite antall ønsket å gå videre og konklusjonen var at ikke alle passer til å jobbe med individuell plan/til å være personlig koordinator.
- ❖ Interesserte ansatte fikk videre opplæring og veiledning i koordinatorfunksjonen og i brukerrettet arbeid.
- ❖ I forbindelse med arbeid med ny omsorgsplan ble det høsten 2001 utarbeidet et opplegg for opplæring av nye koordinatører fra forskjellige enheter samt fremmet et forslag om å opprette et eget koordinatorteam for å håndtere henvendelser om individuell plan og for bedre koordinering av tjenester.
- ❖ Høsten 2001 ble det også laget en anbefaling på hvordan en bør gå fram for å lage en individuell plan og med særlig vekt på brukermedvirkning
- ❖ Faglig koordineringsgruppe ble etablert i 2002.
- ❖ I 2002 var leder for Rehabilitering delvis fristilt fra ordinære oppgaver for å drive med opplæring og veiledning av nye koordinatører – både fra Rehabilitering og fra andre enheter. Slik spredte ordningen med individuell plan seg og det ble flere koordinatører i flere enheter.
- ❖ Det er etter hvert blitt veldig tydelig at

arbeidet med individuelle planer og koordinering av tjenester i stor grad handler om erfaringsbasert læring – en er nødt til å gjøre praktiske erfaringer for å finne de riktige veien å gå – ideologi og juss er ikke nok.

- ❖ Siden oktober 2002 er retten til individuell plan og koordinering av sammensatte tjenestebehov nedfelt i Rehabiliteringsenhetens serviceerklæring.
- ❖ Det er utviklet egne undervisningsprogram både om generell innføring i individuell plan og om koordinatorfunksjonen.
- ❖ Det er vedtatt at toppledergruppa og tverrfaglig koordineringsgruppe er ansvarlig for oppfølging av arbeidet knyttet til individuelle planer og koordinering av tjenester.
- ❖ Fra februar 2004 går alle henvendelser angående behov for individuell plan til et nyopprettet Tjenestekontor.
- ❖ Ny veileder fra Sosial-/helsedirektoratet har fra desember 2005 ført til endret praksis vedrørende individuell plan. Det fattes nå enkeltvedtak om individuell plan.
- ❖ Arbeidet med individuell plan og behovet for koordinering av komplekse tjenestebehov har etter hvert fått stor aksept på toppledernivå i kommunen.

Tjenestekontoret – Koordinerende Enhet!

2002 ble det vedtatt å opprette et *Tjenestekontor* lagt under enhet for Rehabilitering. Kontoret består av 7,2 fagkonsulenter med tverrfaglig kompetanse.

Tjenestekontoret fungerer som kommunens koordinerende enhet og oppgavene er:

- Mottak og saksbehandling av søknader og henvendelser
- foreta vurderingsbesøk
- informasjon og veiledning vedrørende søknad eller klage
- tildeling av tjenester
- klagebehandling

Følgende tjenester forvaltes av Tjenestekontoret:

- lang- og korttidsplasser i sykehjem
- aldershjem
- avlastning
- rehabilitering
- omsorgslønn
- individuell plan/personlig koordinator
- brukerstyrt personlig assistanse
- dagtilbud/aktivisering
- trygghetstelefon
- matombringing
- vurdering av behov for omsorgsbolig
- hjemmesykepleie inkl. psyk. sykepleie
- praktisk/personlig bistand i hjemmet
- støttekontakt

Enhet for Mestring og Rehabilitering

I 2005 fikk vi en ny omorganisering i kommunen, og Rehabilitering ble slått sammen med flere andre enheter og heter nå *Enhet for Mestring og Rehabilitering*. Enheten består av følgende tjenester:

- Rehab-døgn
- Rehabiliteringstjenestene - med systemansvar for individuell plan
- Tjenestekontoret
- Røedtunet/Fagerheim - avlastning for personer med utviklingshemming
- Nettverk psykisk helse - psykiatriske sykepleiere
- Ellengård - dagtilbud for personer med utviklingshemming
- Tredje etasje - lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser
- Moland og Langsæ dagsenter - for personer med psykiske lidelser

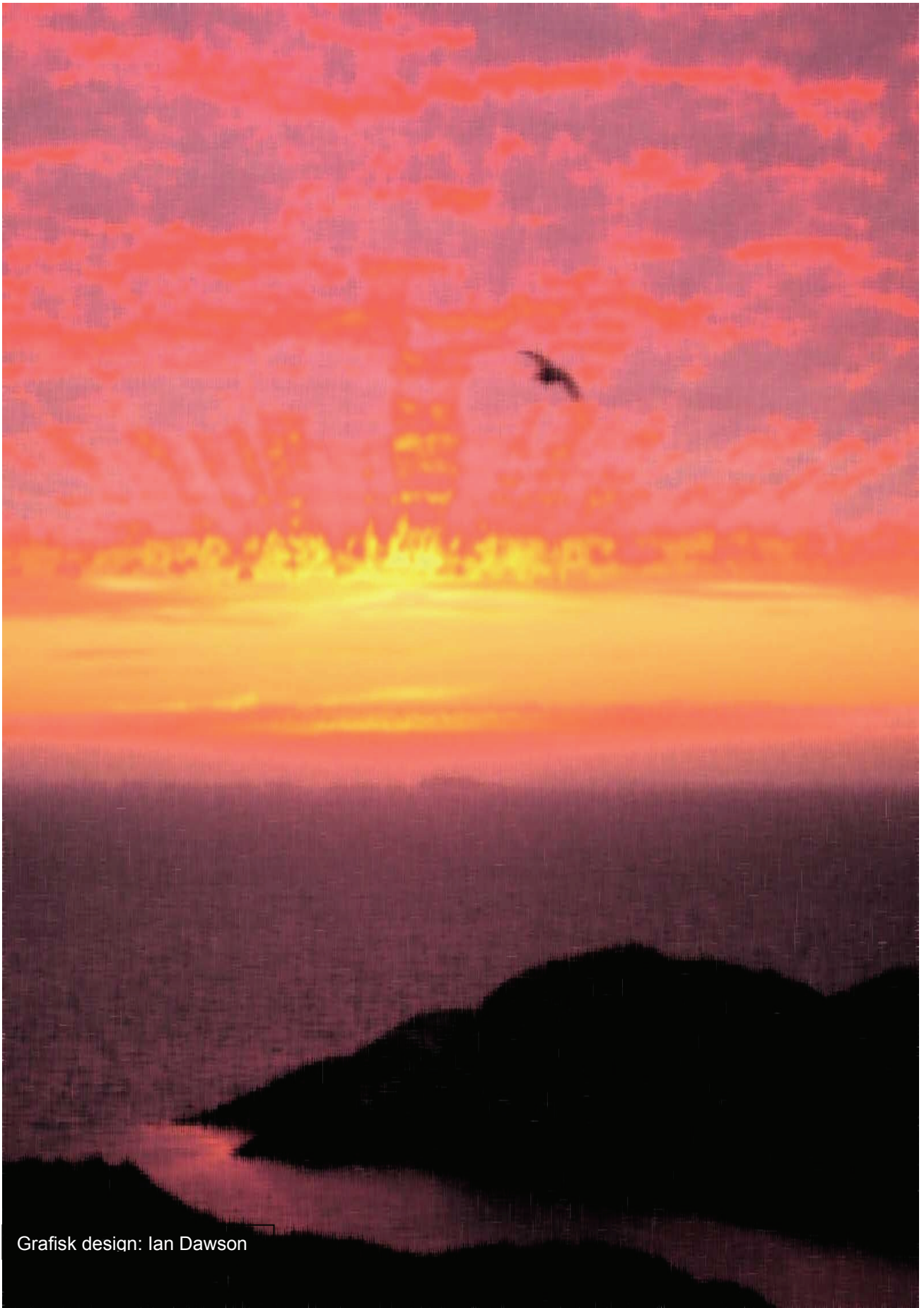
Slik gjør vi det nå

Vi har en egen enhetsleder, og sammen med henne utgjør lederne for de ulike avdelingene et lederteam. Lederteamets oppgaver er å utvikle strategier for hvordan enheten skal drives, og legge til rette for fagutvikling. Vi utgir nå egen internavis tre ganger årlig. Vi hadde i fjor en seminar der vi kom frem til følgende visjon for enheten: "Sammen kan vi". Sist høst hadde vi tilsyn

av Fylkesmannen vedrørende store og sammensatte saker og vi fikk ingen avvik. Derimot fikk vi en merknad om at vår overordnede Rehabiliteringsplan må rulleres og den prosessen er vi nå i gang med. Når det gjelder arbeidet med individuell plan har vi vært i en dialog med Fylkeslegen og vi har nå tenkt å sette opp noen kriterier for innvilgelse av individuell plan. Langvarige og koordinerte tjenester er veldig diffust og det kan iblant framstå som at individuell plan er blitt et sesam sesam - noe som "alle" bare *må* ha. Det ser dessverre ut til at man tyr til denne løsningen i mangel på andre gode tiltak og at det i alt for stor grad blir koordinatorens vanskelige jobb å påse at fagfolk samarbeider til beste for brukeren. Vi er vel av den oppfatning at en individuell plan skal bidra til samordning der mange instanser er involvert og hvor bruker selv ikke makter å holde oversikt. Vi mener vel også at fagfolk seg imellom har et selvsagt ansvar for samordning gjennom tverrfaglig samarbeid slik at brukerne ikke så lett må komme i den situasjonen at tjenestene virker ukoordinerte og kaotiske!



SAMMEN KAN VI



Grafisk design: Ian Dawson