

Oslo kommune

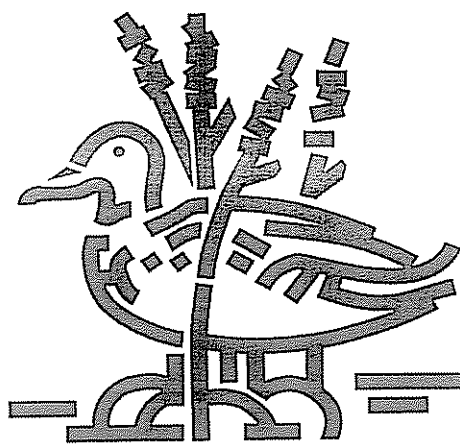
DEL II

174/09

Bydel Østensjø

Ruspolitisk handlingsplan

Ruspolitisk handlingsplan 2010-2013



Innholdsfortegnelse

1. Innledning	s. 4
1.1 Lovverket	s. 4
1.2 Mandat for ruspolitisk handlingsplan	s. 5
1.3 Planens oppbygging	s. 5
2. Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen i Bydel Østensjø	s. 6
2.1 Generelt om Bydel Østensjø	s. 6
2.1.1 Demografiske forhold	s. 6
2.1.2 Sosioøkonomiske forhold	s. 6
2.2 Beskrivelse av rusmiddelsituasjonen	s. 9
2.3 Bydelens egne registreringer	s. 10
2.4 Omfang av salgs- og skjenkebevillinger	s. 11
2.5 Vurdering av rusmiddelsituasjonen og fokusområder fremover	s. 11
3. Målsetninger	s. 12
3.1 Sentrale målsetninger	s. 12
3.2 Lokale planer	s. 12
3.3 Hovedmål i ruspolitisk handlingsplan	s. 13
4. Tiltak	s. 14
4.1 Hovedmål 1: Bydelen skal sikre økt brukermedvirkning	s. 14
4.1.1 Tiltak: Individuell plan	
4.2 Hovedmål 2: Bydelen skal iverksette forebyggende tiltak for å hindre s. 14 skadelig bruk av rusmidler, med særlig fokus på barn og unge	
4.2.1 Tiltak: Deltakelse på foreldremøter	s. 14
4.2.2 Tiltak: Rutinebeskrivelse for vurderingsbesøk	s. 14
4.2.3 Tiltak: Oversikt over tiltak i bydelen rettet mot unge	s. 15
4.2.4 Tiltak: Oppsøkende virksomhet i bydelen	s. 15
4.2.5 Tiltak: Arbeidstrening for ungdom	s. 15
4.2.6 Tiltak: Rusvaner hos gravide	s. 16
4.2.7 Tiltak: Bruk av rusmidler tas opp med småbarnsforeldre	s. 16
4.2.8 Tiltak: Tematreff i åpen barnehage	s. 16
4.2.9 Tiltak: Tobakk og rus på 5. trinn	s. 17
4.2.10 Tiltak: Kartlegging av rusbruk på 8. trinn	s. 17
4.2.11 Tiltak: Russeinformasjon	s. 17
4.2.12 Tiltak: Kurs rus og ungdom	s. 18
4.2.13 Tiltak: Temakveld	s. 18
4.2.14 Tiltak: Sene lørdagsarrangementer	s. 18
4.2.15 Tiltak: Aktiviteter på ungdomsklubben	s. 18
4.2.16 Tiltak: Idrett og utfordring	s. 19
4.2.17 Tiltak: Informasjon til foresatte i barnehagene	s. 19
4.2.18 Tiltak: Samarbeidsmøte	s. 19
4.2.19 Tiltak: Representasjon i bydelen gjøres alkoholfri	s. 20
4.3 Hovedmål 3: Bydelen skal iverksette målrettede tiltak rettet mot risikoutsatte grupper med særlig fokus på barn og	s. 20

unge. Tidlig intervensjon er en målsetning	
4.3.1 Tiltak: Prosjekt "JA – du kan!"	s. 20
4.3.2 Tiltak: Rustesting med urinprøver	s. 20
4.3.3 Tiltak: Individuelt samtaletilbud	s. 21
4.3.4 Tiltak: Opplæring i kartleggingsverktøyet Europ ADAD	s. 21
4.3.5 Tiltak: Risikoutsatt ungdom på klubbene	s. 22
4.3.6 Tiltak: Rutiner for oppfølging av ungdom på klubbene	s. 22
4.3.7 Tiltak: Kartlegging ved hjelp av Europ ADAD	s. 22
4.3.8 Tiltak: Ungdom i etterverntiltak knyttes til "JA-du kan!"	s. 23
4.4 Hovedmål 4: Bydelen skal iverksette målrettede tiltak rettet mot behandling, rehabilitering, omsorg og livskvalitet i samarbeid med øvrige tiltaksapparat	s. 23
4.4.1 Tiltak: Prosjekt "Bolig som base"	s. 23
4.4.2 Tiltak: Rusarbeidet ved tiltakssenteret	s. 23
4.4.3 Tiltak: Samarbeidsavtaler ved tildeling av kommunal bolig	s. 24
4.4.4 Tiltak: Oppfølging av personer i Rusmiddeletatens institusjoner	s. 24
4.4.5 Tiltak: Gjennomgang av økonomisk ytelse for rusavhengige	s. 24
4.4.6 Tiltak: Gjennomgangsboliger for vanskeligstilte	s. 25
4.5 Hovedmål 5: Bydelen skal ha et helhetlig, forpliktende og sammenhengende tilbud til personer med rusmiddel- relaterte problemer og deres pårørende	s. 25
4.5.1 Tiltak: Revidering av kompetansehevingsplan på ruområdet	s. 25
4.5.2 Tiltak: Videreføre bruk av kartleggingsverktøyet Europ-Asi	s. 25
4.5.3 Tiltak: Informasjon om bydelens tilbud på rusområdet	s. 26
4.5.4 Tiltak: Utnevne koordinator	s. 26
4.5.5 Tiltak: Implementering av Ruspolitisk handlingsplan 2010- 2013	s. 26
5. Gjennomføring og oppfølging av planen	s. 27
5.1 Oppfølging av tiltakene/rapportering/implementering	s. 27
5.2 Evaluering og rullering av planen	s. 27
6. Informasjon om tjenestetilbudet innenfor lokalt rusarbeid.	s. 27
6.1 Barneverntjenesten	s. 27
6.2 Sosialtjenesten	s. 27
6.3 Barnehagene	s. 28
6.4 Utekontakten	s. 28
6.5 Helsetjenester barn og unge	s. 28
6.6 Skolene i bydelen	s. 28
6.7 Manglerud politistasjon	s. 29
7. Vedlegg	s. 30
7.1 Definisjoner	s. 30
7.2 Ordliste over forkortelser brukt i planen	s. 33
7.3 Idebank	s. 33
7.4 Innsøking i rusinstitusjoner	s. 33

1. Innledning

Bydelsutvalget i Bydel Østensjø vedtok i november 2006 ruspolitisk handlingsplan for Bydel Østensjø for perioden 2007 – 2009. Det er behov for revidering av gjeldende plan slik at ny og revidert ruspolitisk handlingsplan foreligger fra 2010. Etter alkohollovens § 1-7d skal kommunene utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner. Forskning viser at bruk av alkohol og narkotika bør ses i sammenheng, blant annet fordi tidlig alkoholdebut øker risikoen for bruk av narkotika. Videre viser undersøkelser at bruk av flere rusmidler samtidig er vanligst blant rusmiddelavhengige i Norge. Bydel Østensjø har blant annet med bakgrunn i dette valgt å utforme en rusmiddelpolitisk handlingsplan som omhandler både illegale og legale rusmidler.

Det drives rusforebyggende arbeid rettet mot flere ulike målgrupper i bydelen i dag. Det er behov for å revidere mål og tiltak og for å foreta en ny vurdering av bydelens tiltak på rusområdet. Det anses som viktig med en gjennomgang av tiltakene for å systematisere tiltakene og for å sikre mer sammenhengende tjenester for personer med rusrelaterte problemer. Mange av disse personene fyller også vilkårene for individuell plan. Det finnes per i dag en del statistikk over rusmiddelsituasjonen i Oslo, men lite statistikk for Bydel Østensjø. Vurderingene av rusmiddelsituasjonen i bydelen blir med bakgrunn i det statistiske materialet som foreligger for Oslo. Den reviderte planen oppsummerer også omfanget av salgs- og skjenkebevillinger i bydelen.

Det foregår flere rusforebyggende tiltak i regi av frivillige organisasjoner. Dette er viktige supplement til de offentlige hjelpetiltakene. Blant annet driver IOGT et nærmiljøprosjekt i områdene rundt Rustad, Nøkle vann og Skullerud skoler. Denne nærmiljøinnsatsen innebærer at det er igangsatt ulike prosjekter som virker rusforebyggende. IOGT arrangerer også kulturarrangement for pensjonister ved Nordre Skøyen hovedgård 2 ganger per år. Dette er rusfrittmiljøarrangement i samarbeid med politiet hvor man blant annet ser på besteforeldres ansvar i forhold til barnebarns rusbruk. I tillegg har Kirkens bymisjon, Frelsesarmeen, Landsforbundet mot stoffmisbruk og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) for å nevne noen, også tiltak til rusavhengige og deres pårørende.

Den ruspolitiske handlingsplanen avgrenser seg til kun å omfatte tiltak i offentlig regi. Brukere, pårørende og skolene har vært involvert i planarbeidet når det gjelder innspill til konkrete tiltak i planen for 2007 – 2009. Pårørende har også deltatt i revidering av tiltakene høsten 2009.

1.1 Lovverket

Lovverket pålegger kommunen å løse ulike oppgaver på rusmiddelfeltet. Følgende lover nevnes som aktuelle:

- lov av 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.
- lov av 13. desember 191 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.
- lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester.
- lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.
- lov av 02. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Sosialtjenesten har et særlig ansvar for å følge med på utviklingen i kommunen. § 3-1 første ledd i sosialtjenesteloven lyder som følger: "Sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med

levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer”.

1.2 Mandat for ruspolitisk handlingsplan

1. Ruspolitisk handlingsplan for Bydel Østensjø for perioden 2007-2009 revideres.
2. Det nedsettes en arbeidsgruppe som reviderer gjeldende plan og utarbeider forslag til handlingsplanen. Gruppen består av følgende personer:
 - Teamleder tiltakssenteret Randi Gilberg Salvigsen
 - Ruskonsulent tiltakssenteret Bjørn Eirik Eikrann
 - Teamleder NAV, sosialtjenesten, Elisabeth Holte
 - Leder helsetjenester barn og unge Vigdis Malt Marøy
 - Leder utekontakten Jørn Skaug
 - Leder barneverntjenesten Gry Røste
 - Prosjektleder Ja du kan! Marianne Hofstad
 - Representant hjemmetjenesten
 - SaLTo-koordinator Anne Sissel Slaatsveen
 - Representant for barnehagene Heidi Nærnes
 - Representant fra Manglerud politistasjon
 - Rusmiddelstatens kompetansesenter Jens Erland Hoel
3. Brukerrepresentant(er) trekkes inn i arbeidet underveis.
4. Teamleder Randi Gilberg Salvigsen skal lede og koordinere planarbeidet.
5. Handlingsplanen skal ta for seg konkrete tiltak som ansvarsfestes.
6. Ledergruppen i Bydel Østensjø har et overordnet ansvar for revidering av rusplanen.
7. Forslag til revidert ruspolitisk handlingsplan skal være ferdig utarbeidet innen 01.10.2009 og legges frem for bydelsutvalget i november 2009.

1.3 Planens oppbygging.

Den ruspolitiske handlingsplanen består av en beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen i Bydel Østensjø. Videre tar den utgangspunkt i sentrale og lokale målsetninger før konkrete tiltak beskrives. Deretter følger informasjon om tjenestetilbudet innefor lokalt rusarbeid i bydelen.

2. Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen i Bydel Østensjø

2.1 Generelt om Bydel Østensjø

Bydel Østensjø ligger i Oslo syd. Per 01.01.2009 var det registrert 45 042 innbyggere i bydelen. Boligbebyggelsen i bydelen består i hovedsak av blokkbebyggelse, noe rekkehus og eneboliger. Den største utbyggingen fant sted fra etterkrigstiden og frem til 1970 – tallet.

2.1.1 Demografiske forhold

Ifølge statistikk for Oslo fordeler bydelens befolkning seg som følger pr. 01.01.2009:

0-4 år	3279 personer
5-9 år	2672 personer
10-14 år	2534 personer
15-19 år	2492 personer
20-39 år	12366 personer
40-64 år	13823 personer
65-79 år	5034 personer
Over 80 år	2842 personer

Fremskrevet folkemengde i bydelen i 2020 er 46 137. Det er forventet reduksjon i antall barn i aldersgruppen 0-5 år frem mot 2013. For aldersgruppen 16-19 år viser prognosene en liten nedgang i perioden 2009-2013. I de yngste aldersgruppene er det en nedgang sammenlignet med de senere år.

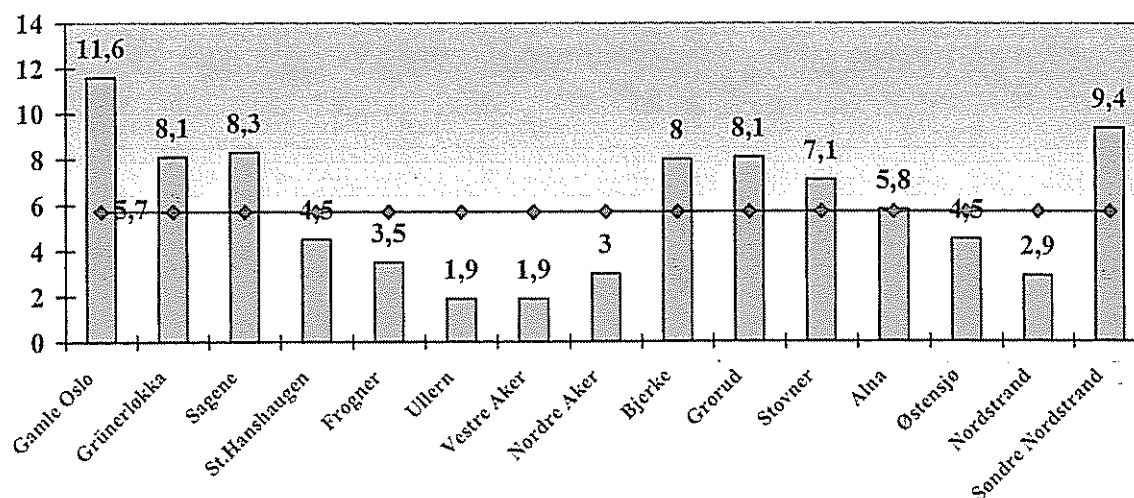
2.1.2 Sosioøkonomiske forhold

Inn- og utflytting til bydelen

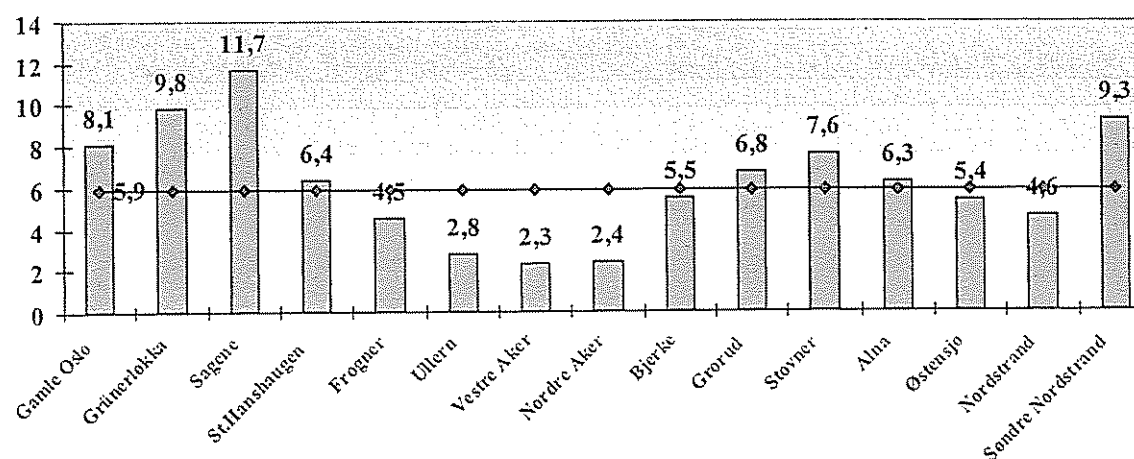
Når det gjelder innflytting til bydelen pr. 2007 flyttet 6 037 til bydelen og 5 856 ut av bydelen.

Det fremgår av tabellene som følger de neste to sider at bydelen ligger litt under gjennomsnittet når det gjelder gjennomsnittlig bruttoinntekt i Oslo som for menn er 455 000 i gjennomsnitt og for kvinner er 325 000. For Bydel Østensjø er dette henholdsvis 437 000 for menn og 322 000 for kvinner. Andel av befolkningen berørt av sosialhjelp i Oslo var 5,8 % i 2008 mens det for Bydel Østensjø var 4,2 % av befolkningen som var berørt av sosialhjelp i 2008. Det fremgår videre av tabellene at andel av befolkningen med høyere universitetsutdanning for Oslo er 17,8 % mens det for Bydel Østensjø er 11,5 % med høyere universitetsutdanning. Når det gjelder andel barn med undersøkelsessak eller barneverntiltak var Oslogjennomsnittet 6,1 % mens det for Bydel Østensjø var 5,6 % per 2008. Videre fremgår det at bydelen ligger litt over Oslogjennomsnittet når det gjelder andel av befolkningen med uførepensjon hvor 3,3 % i alderen 30-49 år mottar uførepensjon mens Oslogjennomsnittet her er 2,8%. Bydel Østensjø vurderes ut fra dette å være en gjennomsnittlig bydel.

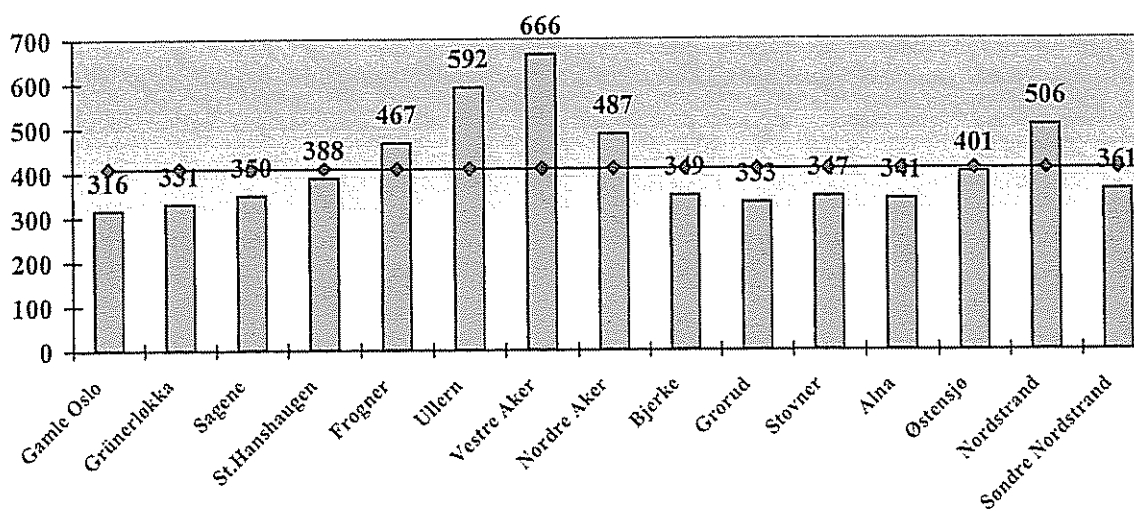
Andel av befolkningen berørt av sosialhjelp i 2007



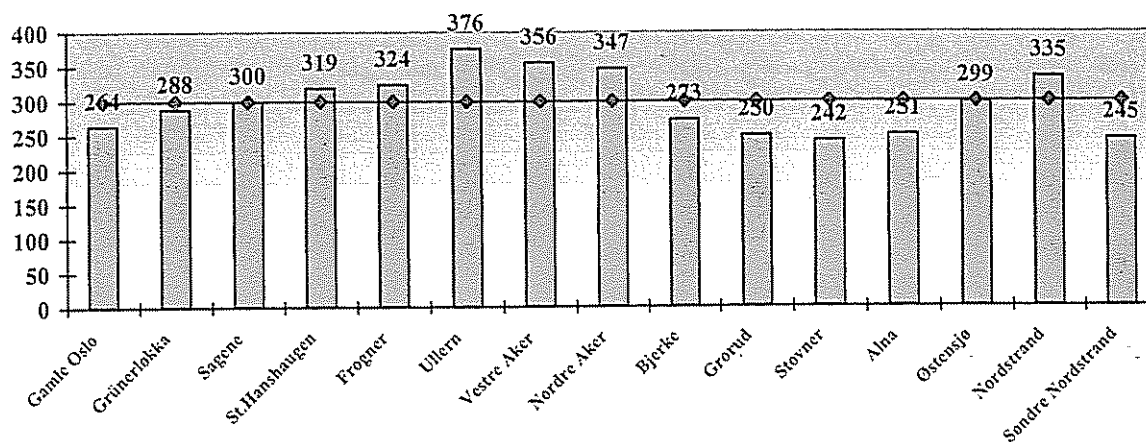
Andel barn med undersøkelsessak eller tiltak i 2007 i fht. innbyggere 0-17 år



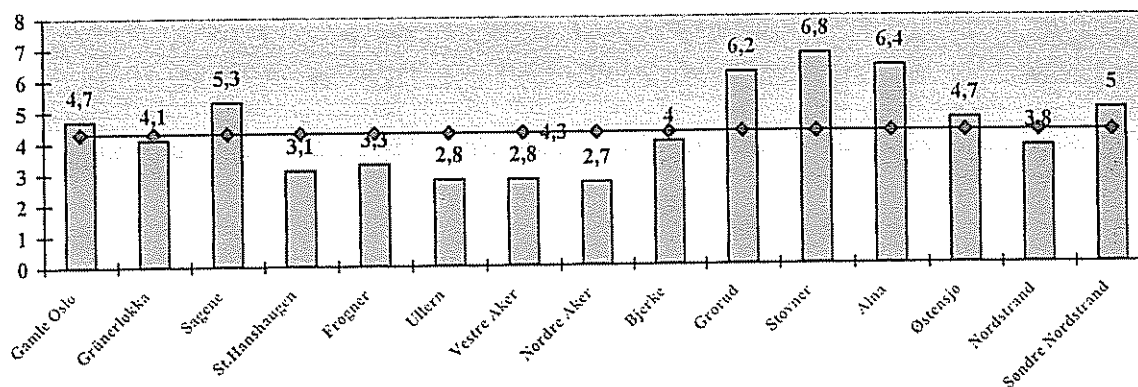
Gj.snitt brutto inntekt i 2006 for menn 30-49 år bosatt i Oslo pr 01.01.2008 (i 1000 kr)



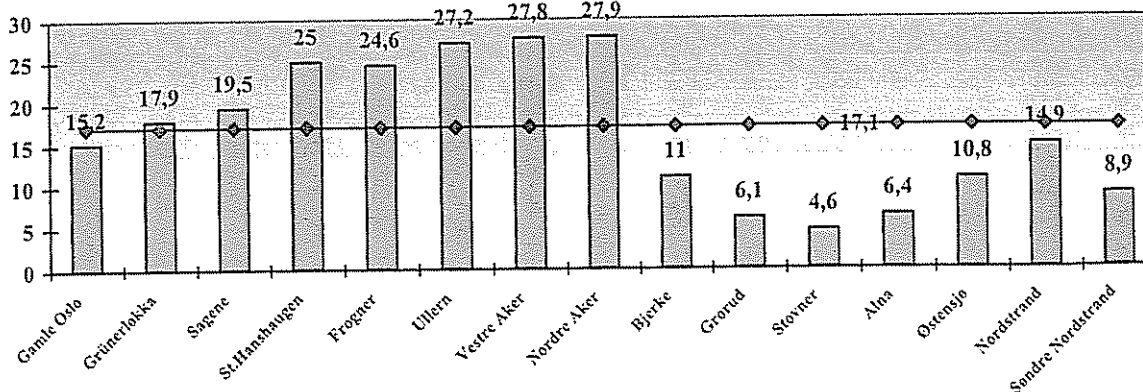
Gj.snitt brutto inntekt i 2006 for kvinner 30-49 år bosatt i Oslo pr 01.01.2008 (i 1000 kr)



Andel av befolkningen 30-66 år som mottar uførepensjon pr 01.01.2008



Andel personer 30-66 år med høyere universitetsutdanning pr 01.10.2006 bosatt i Oslo pr 01.01.2008



Kilde: Utviklings- og kompetanseetaten

2.2 Beskrivelse av rusmiddelsituasjonen

Når det gjelder rusituasjonen i bydelen vil en anta at bydelen har en lignende utvikling som Oslo generelt. Det er gjort få spesifikke undersøkelser for bydelen siden Ung i Oslo i 1998/2000. Bydelene Bøler, Manglerud og Østensjø var den gang gjennomsnittsbydeler i forhold til ungdoms bruk av rusmidler. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har imidlertid foretatt en nyere undersøkelse. I NOVA-undersøkelsen "Ung i Oslo" som ble foretatt i 2006 og 1996 for 9. og 10. klasse og første året på videregående trinn sammenlignes snittverdier på ulike områder fra 2006 med 1996. Undersøkelsen viser blant annet at andelen som har drukket seg tydelig beruset har sunket fra 1996 til 2006. Det samme gjelder antall unge som har brukt hasj eller marihuana og andre narkotiske stoffer. I rapporten fra 2006 deles Oslo opp i fire områder; Oslo Vest, Indre Øst, Etablert Østkant og Ytre Østkant. Bydel Østensjø plasseres i Etablert Østkant sammen med Nordstrand. Når det gjelder andelen unge som har drukket seg tydelig beruset, ligger Etablert Østkant litt over Oslogjennomsnittet. I alle områdene av byen med unntak av Indre Øst er det tilbakegang i andelen som har drukket seg tydelig beruset siste år. Andelen som har brukt hasj eller marihuana i Etablert Østkant var 13,6 % i 1996 mot 8,1% i 2006 ifølge undersøkelsen. Bruk av hasj og marihuana ligger ikke langt fra Oslosnittet som var 9,6 i 2006. Det samme gjelder for bruk av andre narkotiske stoffer. Ifølge undersøkelsen er tendensen tydelig i retning av at de unge bruker mindre narkotiske stoffer i Oslo Vest, Etablert Østkant og Ytre Øst fra 1996 til 2006.

Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) foretok en undersøkelse blant ungdomsskolelever i gamle Bydel Østensjø i 2002. De fant at en betydelig andel av ungdom hadde erfaring med bruk av rusmidler, og at alkohol var det dominerende rusmiddel. Det var da en særlig høy andel av bydelens 13-åringer som hadde prøvd alkohol og som hadde vært beruset, sammenlignet med andre undersøkelser. Andelen unge som hadde prøvd narkotiske stoffer var litt lavere i gamle Bydel Østensjø enn det man fant i andre undersøkelser, men 13-åringene var også her et unntak.

Manglerud politistasjon har nylig gjennomført en undersøkelse på ungdomsskolene (9. og 10. trinn) i Manglerud krets knyttet til ungdom og deres forhold til narkotika. 468 ungdommer besvarte undersøkelsen. 34% sier de noen gang har sett jevnaldrende bruke narkotika og 25% kjenner noen som bruker narkotika flere ganger i måneden. 18% har en eller flere ganger blitt tilbudt narkotika fra jevnaldrende og 3% har en eller flere ganger prøvd narkotika. 1 % har prøvd cannabis kun 1 gang. 2% sier de har forsøkt flere ganger og vil bruke cannabis igjen dette skoleåret. Disse andelene når det gjelder bruk av cannabis har vært de samme de siste tre år ifølge politiet.

Politiet ser at bruk av narkotika øker med alderen på ungdommen. Når elevene begynner på videregående skole er andelen som forsøker å røyke cannabis en del høyere, samt at de utforsker flere typer stoffer f.eks er kokain et aktuelt stoff i tillegg til at methamfetamin, amfetamin og piller brukes. Politiet tror at andelen som prøver/bruker disse stoffene er betydelig mindre enn den var i perioden 2000 – 2003 hvor andelen var oppe i 6% blant ungdom over 15 år. Nå ser det ut til at denne andelen ligger rundt 2-3%.

Ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) rapport nr 8/2007 har det gjennomsnittlige beregnede årlige alkoholkonsumet blant unge voksne (21-30 år) på landsbasis økt fra 4,5 liter i 1998 til 5,3 liter ren alkohol i 2006. Unge voksne i Oslo drikker i

gjennomsnitt over en liter ren alkohol mer enn gjennomsnittet for landet som helhet. Menn i alderen 21-30 år drikker omtrent dobbelt så mye som kvinner i samme alder. Alkoholforbruket synker med økende alder (21-30 år), men stiger med økende inntekt. Gjennomsnittlig debutalder når det gjelder alkohol er ca 15 år på landsbasis og i Oslo.

Ovennevnte Sirusrapport viser at andelene i aldersgruppa 21-30 år som har brukt cannabis noen gang har økt i perioden 1998 – 2006 både i landet som helhet og i Oslo. På landsbasis var det i 1998 22 prosent som oppgav at de noen gang hadde brukt cannabis. De tilsvarende andelene i 2002 og 2006 var henholdsvis 30 prosent og 34 prosent. I Osloutvalget oppgav 35 prosent i 1998 at de noen gang hadde brukt cannabis. Den tilsvarende andelen var i 2002 41 prosent og i 2006 47 prosent. I rapporten rapporterer flere menn enn kvinner å ha brukt cannabis og det ble også rapportert om økt tilgjengelighet av stoffet. Ifølge rapporten ser det ut til at de som oppga å ha brukt cannabis i større eller mindre grad enn andre har lav inntekt, og ikke er i jobb eller studiesituasjon. Andelen på landsbasis som oppgav å ha brukt amfetamin økte fra fem prosent i 1998 til ti prosent i 2006, mens andelen som oppgav å ha brukt kokain økte fra tre prosent i 1998 til ni prosent i 2006. For Osloutvalgte var det i 1998 ti prosent som oppgav å ha brukt amfetamin. I 2006 var denne andelen steget til 13 prosent. Andelen i Oslo som oppgav å ha brukt kokain økte fra syv prosent i 1998 til 14 prosent i 2006. Størst økning i bruk av kokain har funnet sted blant unge menn i Oslo.

De eldre drikker stadig mer alkohol ifølge SIRUS. I 1985 drakk menn over 60 år 1,95 liter ren alkohol i året. 20 år senere drikker de 2,63 liter årlig. Eldre kvinners konsum har økt fra 0,75 liter til 1,16 liter ren alkohol i den samme perioden.

Tall fra Kripos viser at 200 personer i Norge døde som følge av narkotikabruk i 2007 herunder 65 døde i Oslo.

2.3 Bydelens egne registreringer

Barneverntjenesten i Bydel Østensjø kartla i september 2006 klienter hvor rusbruk var en vesentlig del av problemet. Kartleggingen viste at hovedproblemet for 20 ungdommer var rusbruk. Av disse bodde 8 hjemme og 12 i institusjon. I 34 saker var den gang foreldres rusbruk et problem. Barneverntjenesten har på nytt kartlagt omfanget av rusproblemer hos barn og unge, og hos deres foreldre/omsorgspersoner. Kartleggingen viste per 01.05.2009 at 28 ungdommer har problemer knyttet til rus. For 9 av disse anses rus som ungdommenes hovedutfordring. 19 ungdommer har andre hovedutfordringer, men anses i tillegg å ha problemer knyttet til rus. Kartleggingen viste videre at 80 barn og unge har foreldre som har rusproblemer. For 45 barn og unge er rus hos foreldre hovedproblemet. Rusproblemer opptrer gjerne sammen med andre problemer, slik som psykiske lidelser, skolevegring, kriminalitet, økonomiske problemer og vold. Sett opp mot kartleggingen fra september 2006, synes det å være en økning når det gjelder rusproblemer hos både ungdom og særlig hos deres foreldre.

I perioden 2007 – 2009 har Østensjø sosialtjeneste, Tiltakssenteret mottatt 122 nye bestillinger hvor rus er hovedproblematikken. Ifølge Østensjø sosialtjeneste var det pr. 31.08.2009 totalt 50 personer som bodde eller var innlagt i Rusmideletatens rehabiliterings- og omsorgssenter.

Sosialtjenesten har per 31.08.2009 registrert 14 personer innlagt i statlig behandlingsinstitusjon. Det finnes ikke nøyaktig tall for antall i behandlingsinstitusjoner da

også allmennlegene i tillegg til sosialtjenesten kan henvise til denne typen behandling. Per 01.06.2009 var 89 personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i bydelen.

Prosjektet "JA-du kan!" har kartlagt alle unge i sosialtjenesten i alderen 18-24 år. Kartleggingen har foregått i perioden februar – mai 2009. Totalt har 78 i aldersgruppen blitt kartlagt. For 1 av 4 er det ikke kartlagt noen spesiell problematikk utenom behov for økonomisk bistand. I kartleggingen kommer det frem at 1 av 3 har psykiske problemer, noen færre har rusproblemer. 1 av 8 (10 personer) har både rus- og psykiske problemer.

2.4 Omfang av salgs- og skjenkebevillinger

I henhold til alkohollovens § 1-7a kan kommunen ved vurdering av om bevilling bør gis, blant annet legge vekt på antall salgs- og skjenkesteder, stedets karakter, beliggenhet, målgruppe, trafikk- og ordensmessige forhold, næringspolitiske hensyn og hensynet til lokalmiljøet for øvrig.

I Oslo kommune kan bydelene komme med uttalelse i forbindelse med søknad om salgs- og skjenkebevillinger, men det er Næringsetaten som foretar endelig behandling av søknaden. Bydel Østensjø har 24 butikker med ølutsalg og 9 skjenkesteder.

Bystyret har 22.04.2009 vedtatt en prøveordning med å gi fem bydeler myndighet til å fastsette åpningstider i egen bydel. Dette gjelder for bydelene Ullem, Frogner, Grunerløkka, Alna og Søndre Nordstrand. Dette forsøket skal evalueres etter to år.

Totalt har det i Oslo vært en liten økning i omsetningen fra 2004 til 2006 når det gjelder skjenking av øl og vin, men en liten nedgang i skjenking av brennevin. Når det gjelder salg av øl fra butikk har det vært en liten økning fra 2004 til 2006. Antall skjenkebevillinger har økt med 7,6% fra 2003 til 2006 i Oslo kommune.

2.5 Vurdering av rusmiddelsituasjonen og fokusområder fremover

Med bakgrunn i beskrivelsen over er det ingen alarmerende negativ utvikling. Under revideringen av planen har man sett at det er viktig for bydelen å ha særlig fokus på utvikling av samarbeid mellom tjenestene i planperioden. Innsatsen skal avspeiles i følgende fokusområder:

- Tidlig intervensjon
- Sviktsone
- Samtidighet

Under planens kapittel 4 vil konkrete tiltak for disse fokusområdene beskrives.

3 Målsetninger

3.1 Sentrale målsetninger

Regjeringen har utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet. Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål ”å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet”.

Det overordnede mål deles opp i fem hovedmål:

- Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv
- Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse.
- Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering.
- Mål 4: Forpliktende samhandling.
- Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

Ifølge veiledende mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan utgitt av Sosial- og helsedepartementet er tverrfaglig og tverretattlig samarbeid en forutsetning for å løse problemer knyttet til bruk av rusmidler.

I kommuneplanen 2008 – 2025 for Oslo kommune er et av de 5 generelle overordnede mål at Oslo kommune skal tilby brukertilpassede tjenester av høy kvalitet.

I følge alkoholpolitisk handlingsplan for Oslo kommune har Byrådet som mål at Oslo skal ha et variert og trygt uteliv med mange kvaliteter. Oslo kommunes mål for alkoholpolitikken kan konkretiseres i følgende delmål:

- Delmål 1: Sørge for at byen fremstår som en trivelig og trygg hovedstad.
- Delmål 2: Fremme seriøs drift av serverings- og skjenkesteder.
- Delmål 3: Hindre salg og skjenking til mindreårige.
- Delmål 4: Sikre alkoholfrie områder.

3.2 Lokale planer

Strategisk plan for Bydel Østensjø har som satsningsområde 2 en ”trygg og inkluderende bydel”. Her fremgår det at forebygging skal vektlegges både når det gjelder barn, unge og eldre. Innbyggere med sammensatte behov skal være sikret samordnet innsats, samt at bydelen skal ha et tjenestetilbud basert på brukervedvirkning. Strategisk plan er nå under revisjon.

Bydelens visjon er ” Bydel Østensjø – et godt sted å bo, hele livet!”

I handlingsplan psykisk helse 2009-2010 for Bydel Østensjø er et av målene at bydelen har et differensiert boligitilbud til personer med psykiske lidelser herunder for personer med dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse. Planen har også et mål som omhandler at hjemmeboende personer med psykiske lidelser unngår innleggelse og reinnleggelse i spesialisthelsetjenesten. Et tiltak i denne sammenheng er at psykisk helsearbeidere og sosialkonsulenter viderefører arbeidet med tett individuell oppfølging av personer med psykiske lidelser og med dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse.

Bydel Østensjø har vedtatt boligsosial handlingsplan for perioden 2009 – 2012. Med utgangspunkt i en omfattende boligkartlegging har en kommet fram til 5 hovedutfordringer:

1. Fremskaffe flere og mer egnede boliger til bydelens vanskeligstilte.
2. Gjøre flere vanskeligstilte i stand til å beholde boligen sin.
3. Bedre tilgjengelighet til og i boligene i bydelen.
4. Utvikle positive bomiljøer i dialog med beboerne.
5. Styrke boligbistandsarbeidet i bydelen.

SaLTo handlingsplan 2009 – 2012 for Bydel Østensjø har tiltak knyttet til følgende innsatsområder:

1. Sikre trygge skoler.
2. Tett og målrettet oppfølging av unge lovbrytere.
3. Forebygging og beredskap i forhold til konflikter og vold.
4. Forebygging i sentrum og mot utvalgte målgrupper og arenaer.
5. Utvikle gode modeller for arbeidet ovenfor målgruppe 18-23.
6. Informasjon, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring.

Det er under utarbeidelse en handlingsplan for særlig innsats for utsatte barn og unge. Med utsatte barn og unge menes her barn og unge i en vanskelig livssituasjon med rusavhengige foreldre, psykisk syke foreldre, barn som lever med vold i familien eller som utsettes for tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse. Planen vil vektlegge rutiner som sikrer samhandling og koordinert innsats der det er behov for det.

3.3 Hovedmål i ruspolitisk handlingsplan

Hovedmålene er inndelt slik at de reflekterer de ulike nivåene i forebyggingsbegrepet og sikrer med det tiltak på alle nivåer.

1. Bydelen skal sikre økt brukermedvirkning.
2. Bydelen skal iverksette forebyggende tiltak for å hindre skadelig bruk av rusmidler, med særlig fokus på barn og unge.
3. Bydelen skal iverksette målrettede tiltak rettet mot risikoutsatte grupper med særlig fokus på barn og unge. Tidlig intervensjon er en målsetning.
4. Bydelen skal iverksette målrettede tiltak rettet mot behandling, rehabilitering, omsorg og livskvalitet i samarbeid med øvrige tiltaksapparat.
5. Bydelen skal ha et helhetlig, forpliktende og sammenhengende tilbud til personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende.

4. Tiltak

4.1 Hovedmål 1

BYDELEN SKAL SIKRE ØKT BRUKERMEDVIRKNING.

4.1.1

Tiltak: *Alle klienter innlagt i behandlingsinstitusjon samt klienter under legemiddelassistert rehabilitering får tilbud om individuell plan (IP) i henhold til forskrift om individuell plan av 23.12.2004.*

Målgruppe: Klienter innlagt i behandlingsinstitusjon og klienter i legemiddelassistert rehabilitering som ønsker individuell plan.

Beskrivelse av tiltak: Sosialtjenesten bidrar til at alle klienter innlagt i behandlingsinstitusjon og i legemiddelassistert rehabilitering får tilbud om utarbeidelse av en individuell plan. Tiltaket gjennomføres i samarbeid med aktuelle samarbeidsinstanser for den enkelte.

Målsetning: Koordinert og samordnet hjelpetilbud, brukermedvirkning.

Metode: Arbeid med individuell plan i henhold til forskrift.

Tidsperspektiv: Forløpende og senest innen utgangen av planperioden.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Sosialkonsulenter ved tiltakssenteret.

Kompetanseheving: Opplæring i bruk av individuell plan.

Evaluerings: Årlig gjennomgang.

4.2 Hovedmål 2

BYDELEN SKAL IVERKSETTE FOREBYGGENDE TILTAK FOR Å HINDRE SKADELIG BRUK AV RUSMIDLER, MED SÆRLIG FOKUS PÅ BARN OG UNGE.

4.2.1

Tiltak: *Utekontakten deltar på foreldremøter etter forespørsel fra skolene i bydelen eller foreldrenes arbeidsutvalg (FAU). Tema rus/kriminalitet og andre ungdomsrelaterte hendelser i nærmiljøet.*

Målgruppe: Foreldre og foresatte til barn i ungdomsskolen.

Beskrivelse av tiltak: Politiet, utekontakten og helsetjenester barn og unge deltar på skolens foreldremøter med informasjon, råd og veiledning. Fokus vil være på utsettelse av debutalder for utprøving av rusmidler og da særlig alkohol samt på konsekvenser av rusbruk og informasjon om situasjonen lokalt. I noen tilfeller inngår dette som en del av undervisningsopplegget "Ung og Rus" på 8. trinn.

Målsetning: Bevisstgjøring av foreldregruppen og utsettelse av debutalder.

Metode: Foredrag med dialog og spørsmål underveis i programmet.

Tidsperspektiv: Årlig. Igangsatt.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder for utekontakten i dialog med skolene, FAU, politiet og helsetjenester barn og unge.

Kompetanseheving: Styrke kunnskapen om de ulike rusmidlene, nye trender, utviklingstrekk og hvordan kommunisere med ungdom i en vanskelig situasjon.

Evaluerings: Fortløpende etter foreldremøtene. Innspill bearbejdes i samarbeid med politiet og helsetjenester barn og unge.

4.2.2

Tiltak: *Bedre rutinebeskrivelse for saksbehandler på vurderingsbesøk.*

Målgruppe: Saksbehandlere, bestiller 0-17 år.

Beskrivelse av tiltak: Utarbeide et nytt og eget punkt i "Saksbehandlers vurderingsskjema vedrørende søknad om avlastning, støttekontakt og omsorgslønn" som sikrer at oppmerksomhet rettes mot mulig rusproblematikk, og at eventuell rusproblematikk meldes videre.

Målsetning: Avdekke mulig rusproblematikk hos foreldre og melde dette videre til rette instans (bekymringsmelding til barnevernet).

Metode: Endre saksbehandlers vurderingsskjema.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Avdelingssjef barn og kultur.

Kompetanseheving: Saksbehandlere må få kunnskap om hvordan rusavhengighet kan arte seg i familier med barn med nedsatt funksjonsevne og / eller psykiske vansker.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.2.3

Tiltak: *Lage oversikt over alle tiltak i Bydel Østensjø rettet mot unge.*

Målgruppe: Aktuelle ansatte og brukere i bydelen.

Beskrivelse av tiltak: NAV- sosial skal utarbeide en oppdatert oversikt over alle tiltak for unge i Bydel Østensjø.

Målsetning: Sikre en oppdatert og fullstendig oversikt til bruk for ansatte som arbeider med unge i bydelen samt som informasjon til aktuelle brukere eller pårørende.

Metode: Innsamling av opplysninger. Oversikten legges på bydelens internettside.

Tidsperspektiv: Innen 01.03.2010.

Kostnad: Innefor ordinær drift.

Ansvarlig: NAV-leder.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.2.4

Tiltak: *Oppsøkende virksomhet i bydelen dag og kveld.*

Målgruppe: Barn og unge i alderen 10-23 år.

Beskrivelse av tiltak: Utekontakten oppsøker steder hvor bydelens unge til enhver tid oppholder seg – på skolene dagtid og ute på aktuelle treffsteder kveldstid. Dette for å få en oversikt over hva som rører seg i miljøene og for å bygge gode relasjoner til aktuelle unge. Dette danner grunnlag for å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt både generelt og på individnivå.

Målsetning: Få et godt bilde av rusituasjonen i bydelen for å kunne sikre tidlig intervensjon.

Metode: Oppsøkende virksomhet.

Tidsperspektiv: Årlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder utekontakten.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.2.5

Tiltak: *Arbeidstrening for ungdom i alderen 16-25 år som har falt ut av skole eller arbeid.*

Målgruppe: Ungdom i alderen 16-25 år.

Beskrivelse av tiltak: Arbeidstreningen fanger opp og gir tilbud til ungdom som ikke har et ordinært dagtilbud som skole eller jobb. Tiltaket skal bidra til normalisering av døgnrytme, reduksjon av rusbruken samt forberede ungdom som har vært ute av jobb eller skole til en tilbakeføring til dette. Arbeidstreningen driftes av en arbeidsleder, en sosialarbeider og de av utekontaktene som har en relasjon til den aktuelle ungdommen. Opptil 8 ungdom kan

sysselsettes i dette heldagstiltaket. Arbeidstreningen har en egen base og utfører oppgaver for bydelen. I tillegg drifter tiltaket bydelspatruljen.

Målsetning: Tilbakeføring til skole eller jobb samt redusere rusbruk.

Metode: Arbeidstrening i faste rammer med tett oppfølging både i gruppe og enkeltvis.

Deltakerne har individuelle planer.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder utekontakten.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.2.6

Tiltak: *Rusvaner tas opp med alle gravide i svangerskapskontrollene av jordmor.*

Målgruppe: Gravide som benytter jordmor på helsestasjonen.

Beskrivelse av tiltak: Ved første kontroll (uke 8-12): Ta opp levevaner knyttet til tobakk, alkohol og ev. andre rusmidler. Informere om røykeavvenningskurs for kvinner som røyker eller nylig har sluttet å røyke. Eventuelt oppfølgingssamtaler ved behov. Gravide rusavhengige henvises til sosialtjenesten og eller spesialist/fødepoliklinikk

Målsetning: Bevisstgjøre mor i forhold til skadevirkninger for barnet ved bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler i svangerskapet. Bidra til at rusavhengige gravide får oppfølging fra spesialist.

Metode: Samtale.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig. Igangsatt.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Styrke kompetanse på samtaleteknikk og motivasjonssamtaler.

Evaluerings: Årlig.

4.2.7

Tiltak: *Bruk av rusmidler tas opp på faste konsultasjonstidspunkter av helsesøster og/eller lege.*

Målgruppe: Småbarnsforeldre med barn 0-5 år

Beskrivelse av tiltak: I henhold til anbefalt helsestasjonsprogram tas bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler opp på følgende konsultasjoner: Hjemmebesøket, 6 ukers, 1-års og 4- års konsultasjonen. Etterspørre foreldrenes holdninger og tanker vedrørende røykfritt innemiljø og bruk av rusmidler samt hvordan foreldres rusbruk påvirker barna.

Målsetning: Bevisstgjøre foreldre med hensyn til holdninger vedrørende røyk, alkohol og andre rusmidler. Tilby råd og veiledning samt henvise avhengige videre i hjelpeapparatet.

Metode: Samtale.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester for unge.

Behov for kompetanseutvikling: Styrke kompetanse på samtaleteknikk og motivasjonssamtaler.

Evaluerings: Prosedyre gjennomgås 2. hvert år.

4.2.8

Tiltak: *Tematreff om skadelig rusbruk i åpen barnehage tilknyttet familiesenteret i samarbeid med helsestasjonen.*

Målgruppe: Foreldre med barn 0-1,5 år.

Beskrivelse av tiltak: Det arrangeres tematreff der rusbruk blir eget tema og diskutert.

Målsetning: Småbarnsforeldre reflekterer og blir bevisstgjort hvordan tobakk og rus påvirker barna deres.

Metode: Gruppetreff.

Tidsperspektiv: Fra vår/høst 2010.

Kostnad: Innen ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Styrke kompetanse på samtaleteknikk knyttet til rus.

Evaluerings: Årlig.

4.2.9

Tiltak: *Tobakk og rus tas opp i grupper på 5. trinn ledet av helsesøster.*

Målgruppe: Elever på 5. trinn.

Beskrivelse av tiltak: I henhold til program for skolehelsetjenesten gis gruppetilbud som omhandler temaer som blant annet pubertetsutvikling, psykisk helse og skadelig rusbruk.

Målsetning: Elever i barneskolen gis informasjon om skadelig rusbruk og får mulighet til å skape gode holdninger.

Metode: Gruppesamtale.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Erfaringsutveksling i gruppe eventuelt samtaleverktøy knyttet spesifikt til rus.

Evaluerings: Prosedyre gjennomgås 2. hvert år.

4.2.10

Tiltak: *Kartlegging ved hjelp av helseskjema og gruppesamtaler.*

Målgruppe: Elever på 8. trinn.

Beskrivelse av tiltak: Alle på 8. trinn får utdelt helseskjema der de skal svare på ulike spørsmål om blant annet tobakk, snus, alkohol og narkotika. Alle 8. klassinger blir deretter innkalt i grupper til helsesøster, hvor blant annet rus er tema. Elever som avkrysser for bruk av rusmidler får i tillegg tilbud om individuell samtale med helsesøster.

Målsetning: Rusbruk i 8. klasse kartlegges og det gis differensierte samtaletilbud.

Metode: Spørreskjema, samtaletilbud individuelt og i gruppe.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Erfaringsutveksling i gruppe, eventuelt samtaleverktøy knyttet spesifikt til rus.

Evaluerings: Prosedyre gjennomgås 2. hvert år.

4.2.11

Tiltak: *Russeinformasjon vedrørende rus og skadevirkninger.*

Målgruppe: Avgangselever videregående skole.

Beskrivelse av tiltak: Alle avgangselever i videregående skole får informasjon av helsesøster vedrørende rus og skadevirkninger med fokus på holdninger til eget rusbruk.

Målsetning: Elever i avgangsklassene er informert om rusmidlers skadevirkninger, og har fått noen spørsmål til refleksjon vedrørende egen rusbruk.

Metode: Undervisning, samtale.

Tidsperspektiv: Årlig.

Kostnad: Innen ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Utveksling av erfaringer i gruppe.

Evaluering: Årlig per juni.

4.2.12

Tiltak: *Kurs rus og ungdom.*

Målgruppe: Fritidsklubbledere og klubbledere ungdom.

Beskrivelse av tiltak: Kurs/utvekslingsseminar for ledere hvor hovedtema er forebyggende tiltak og metoder innenfor rusfeltet.

Målsetning: Øke kompetansen for leder i klubbsektoren i forebyggende rusarbeid.

Metode: Ekstern opplæring.

Tidsperspektiv: Innen 31.12.2010.

Kostnad: ca. kr. 10.000.

Ansvarlig: Fritidsledere.

Behov for kompetanseutvikling: Innarbeides i kompetansehevingsplan.

Evaluering: Innen 31.01.2011.

4.2.13

Tiltak: *Temakveld.*

Målgruppe: Ansatte på fritidsklubbene (deltid).

Beskrivelse av tiltak: Temadag for ansatte hvor hovedtema er fakta om ungdom og rus samt samtaleteknikk i hvordan snakke med ungdom om rus.

Målsetning: Øke kompetansen og bevisstheten til ansatte om rus.

Metode: Temakveld.

Tidsperspektiv: En temakveld per klubbår.

Kostnad: Kr. 4000 per år.

Ansvarlig: Fritidsledere.

Behov for kompetanseutvikling: Innarbeides i kompetansehevingsplan.

Evaluering: Årlig.

4.2.14

Tiltak: *Sene lørdagsarrangementer.*

Målgruppe: Ungdom 13 -18 år.

Beskrivelse av tiltak: Attraktive arrangementer i helgen på de lokale ungdomsklubber.

Målsetning: Hindre ungdom i å dra ned til sentrum, samt utsette alkoholdebut og alkoholbruk.

Metode: Se beskrivelse av tiltak

Tidsperspektiv: Gjennom hele året. Igangsatt.

Kostnad: Midler fra byrådsavdelingen.

Ansvarlig: Fritidsledere

Evaluering: Arrangementene blir evaluert kontinuerlig og egen rapport sendes byrådsavdelingen i desember hvert år.

4.2.15

Tiltak: *Attraktive aktiviteter på ungdomsklubben.*

Målgruppe: Ungdom 13 -18 år.

Beskrivelse av tiltak: Gjennomføre aktiviteter for ungdom 13-18 år.

Målsetning: Gi ungdom alternative aktiviteter spesielt fredagskvelder som gjør at de velger et rusfritt alternativ.

Metode: Bruke klubbråd, ungdomsråd og brukermedvirkning for å sikre at tilbudene tilpasses ungdommenes behov og ønsker.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig gjennom hele året.

Kostnad: Innenfor ordinær drift samt søke om eksterne midler.

Ansvarlig: Fritidsledere.

Evaluerings: Kontinuerlig.

4.2.16

Tiltak: *Idrett og utfordring.*

Målgruppe: Ungdom 13 – 16 år.

Beskrivelse av tiltak: 3 idrett -og utfordringsgrupper som møtes en ettermiddag/kveld i uken.

Målsetning: Oppnå positiv kontakt ungdom-voksne, bevisstgjøre ungdommen på konsekvenser, egne valg, empati, holdninger, ønsker og muligheter. Skape positiv endring for den enkelte i skole, arbeid og fritid. Oppnå mestring og utnytte gruppedynamikken.

Metode: Aktivitetsgruppe.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig – følger skoleåret.

Kostnad: Bydelens egne midler finansierer lønn og midler fra Oslo idrettskrets finansierer aktiviteter.

Ansvarlig: Fritidsleder Skullerud.

Evaluerings: Årlig gjennom rapport til Oslo idrettskrets.

4.2.17

Tiltak: *Barnehagene skal gi informasjon til foresatte om barnehagens prosedyrer til henting av barn av foresatte i ruset tilstand. Barnehagene skal utarbeide felles prosedyrer angående henting av barn av foresatte i ruset tilstand.*

Målgruppe: Barn og foreldre.

Beskrivelse av tiltak: Den enkelte barnehage utarbeider en prosedyre på hvordan foresatte informeres om barnehagens reaksjon på henting av barn av voksne i ruset tilstand. Dette for at foresatte skal ha fått informasjon ved barnehageoppstart om hvordan barnehagen forholder seg til dette. Barnehagene skal ha en felles prosedyre på hvordan man forholder seg til foresatte i ruset tilstand.

Målsetning: Gi klare retningslinjer til de foresatte, samt trygge de ansatte.

Metode: Utarbeidelse av skriftlig informasjon og prosedyrer.

Tidsperspektiv: 31.12.2009.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Seksjonsleder for barnehager.

Evaluerings: Per 31.03.2010.

4.2.18

Tiltak: *Samarbeidsmøte med næringsdrivende, Bydel Østensjø og Samfor (samarbeidsorgan mellom Næringssetaten, Rusmiddelstatens kompetansesenter, Utdanningsetaten, Oslo politidistrikt, "Av og til" og SaLTo rettet mot salg over disk) vedrørende ungdommers tilgang på alkohol i Bydel Østensjø.*

Målgruppe: Ungdom under 18 år.

Beskrivelse av tiltak: Det utarbeides en plan som kan bidra til å begrense salg av alkohol til ungdom under 18 år. Planen utarbeides i dialog med næringsdrivende i bydelen som retter seg mot salg av alkohol over disk.

Målsetning: Stanse salg og langing av alkohol til ungdom under 18 år.

Metode: Beskrivelse av effektive skjenke- og salgstiltak rettet mot ungdom under 18 år i andre kommuner i samarbeid med Samfor. Metode for samarbeidsmøte kan være en dialogkonferanse.

Tidsperspektiv: Samarbeidsmøtet holdes innen desember 2010.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder bydelsutvalget og Bydelsdirektør.

Kompetanseheving: Økt kunnskap om ungdoms tilgang på alkohol i Bydel Østensjø.

Evaluerings: Evaluering innen 31.01.2011.

4.2.19

Tiltak: *Representasjon i bydelen gjøres alkoholfri.*

Målgruppe: Politiske utvalg, komiteer og råd.

Beskrivelse av tiltak: All representasjon i politiske utvalg, komiteer og råd gjøres alkoholfri.

Målsetning: Sikre at alle politiske møter er alkoholfrie soner.

Tidsperspektiv: Fra og med 01.01.2010.

Kostnad: Ingen kostnad forbundet med tiltaket.

Ansvarlig: Leder Bydelsutvalget.

Evaluerings: Våren 2013.

4.3 Hovedmål 3

BYDELEN SKAL IVERKSETTE MÅLRETTEDE TILTAK RETTET MOT RISIKOUTSATTE GRUPPER MED SÆRLIG FOKUS PÅ BARN OG UNGE. TIDLIG INTERVENSJON ER EN MÅLSETNING.

4.3.1

Tiltak: *Prosjekt "JA – du kan!"*

Målgruppe: Risikoutsatte barn og unge i alderen 12-24 år.

Beskrivelse av tiltak: Tiltak for å forebygge og redusere rusmiddelproblemer blant risikoutsatte barn og unge. Matriseorganisert med forankring i barneverntjenesten, utekontakten, NAV Østensjø, Skullerud aktivitetshus og tiltakssenteret. Helsetjenester barn og unge er representert i prosjektgruppen.

Målsetning: Forebygge og redusere rusmiddelproblemer blant risikoutsatte barn og unge. Fokus på tidlig identifisering og intervensjon, sviktproblematikk, samarbeid, samhandling og økt kunnskap og kompetanse om feltet.

Metode: Tett individuell oppfølging med fokus på familie, nettverk, helse, behandling, skole, arbeid, bolig, fritid og økonomi. Relasjonsbygging, kartlegging, skriftlige planer og ansvarsgrupper vil være viktige verktøy i arbeidet.

Tidsperspektiv: 3-årig prosjekt i perioden 01.01.2009 – 31.12.2011. Igangsatt.

Kostnad: 5 stillinger finansiert via statlige midler fra Helsedirektoratet og NAV drift og utvikling.

Ansvarlig: Avdelingssjef velferd og fritid.

Evaluerings: Årlig.

4.3.2

Tiltak: *Rustesting med urinprøver etter godkjent prosedyre.*

Målgruppe: Ungdom 13-18 år bosatt i bydelen, som har et rusproblem.

Beskrivelse av tiltak: Helsestasjon for ungdom kan rusteste ungdom ved hjelp av urinprøver etter ungdommens eget ønske eller om de blir henvist fra andre instanser. Det er en forutsetning at rustestene er frivillige, ikke knyttet til sanksjoner og at det gis informert

samtykke om gjennomføring. Det må være utarbeidet kontrakt, underskrevet samtykkeskjema og gjort avtale om oppfølgingssamtaler. For 1. halvår 2009 er det gjennomført 40-50 rustester, hvor flere av disse er for samme ungdom.

Målsetning: Gi et forsvarlig tilbud om rustesting for å bidra til at ungdom med et rusproblem får hjelp og oppfølging av en eller flere tverrfaglige instanser.

Metode: Frivillig rustesting etter godkjent prosedyre.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig. Ny prosedyre er under slutføring.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Veiledning for drøfting av etiske dilemma og ansvarsfordeling mellom ulike tverrfaglige samarbeidspartnere.

Evaluerings: Årlig.

4.3.3

Tiltak: *Individuelt samtaletilbud.*

Målgruppe: Barn og unge 13-21 år.

Beskrivelse av tiltak: Elever/ungdom med antatt rusproblematikk får et individuelt samtaletilbud hos helsesøster i skolehelsetjenesten eller ved Helsestasjon for ungdom. Ved behov for tverrfaglig oppfølging bidrar helsesøster med å etablere et samarbeid med andre instanser, eksempelvis "Ja, du kan."

Målsetning: Et samtaletilbud for å avdekke og hjelpe barn/unge som har et rusproblem selv eller i familien. Det er viktig å henvise og dra inn tverrfaglig kompetanse i videre oppfølging.

Metode: Samtaler.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig. Igangsatt.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder helsetjenester barn og unge.

Behov for kompetanseutvikling: Samtaleverktøy i forhold til rusbruk.

Evaluerings: Fortløpende.

4.3.4

Tiltak: *Opplæring i Europ ADAD kartleggingsverktøy for målgruppen under 18 år.*

Målgruppe: Sosialtjenesten (2 personer), skolehelsesøstre/helsestasjon for ungdom/familiesenteret (2 personer) og utekontakten (2 personer).

Beskrivelse av tiltak: I forbindelse med Ruspolitisk handlingsplan 2007- 2009 tiltak 4.1.6 "Rustesting med urinprøver" ble det påpekt at det er nødvendig å foreta en form for kartlegging før det konkluderes om det er behov for rustesting. Europ ADAD er et strukturert intervju og benyttes både til kartlegging og som evalueringsmetode av iverksatte tiltak. Sosialtjenesten har gjennomført opplæring i det tilsvarende Europ ASI til målgruppen over 18 år våren 2007. En opplæring av tjenestene som arbeider med unge rusavhengige 15-23 år vil bidra både til en profesjonalisering og styrking av et langsiktig tverrfaglig arbeid mellom fagavdelingene.

Målsetning: Innføre et kartleggingsverktøy som bidrar til økt kvalitet i rusarbeidet.

Metode: Tverrfaglig opplæring i kartleggingsverktøyet Europ ADAD og utarbeidelse av prosedyrer i bruken av dette.

Tidsperspektiv: Opplæring totalt 20 timer, gjennomføres våren 2010.

Kostnader: Ca. kr. 3000 per person (Rusmiddeletaten har støttet tiltaket med opplæringsmidler i 2008).

Ansvarlig/arrangør: Avdelingssjef velferd og fritid og avdelingssjef barn og kultur og SIRUS.

Evaluering: Ansatte som har gjennomført opplæringen skriver en rapport innen 31.12.2010 hvor det blant annet er beskrevet antall intervjuer, hvilken sammenheng intervjuet er benyttet og erfaringer. Det utarbeides prosedyrer i forhold til oppbevaring av sensitivt materiale, faglig oppfølging av brukeren og systematisk og langsiktig bruk av kartleggingsverktøyet.

4.3.5

Tiltak: *Fange opp risikoutsatt ungdom.*

Målgruppe: Ungdom 13- 18 år.

Beskrivelse av tiltak: Fange opp risikoutsatt ungdom gjennom observasjon på klubbene, henvendelser fra foresatte og andre samarbeidspartnere.

Målsetning: Integrere ungdom som faller utenfor i ungdomsmiljøet for å hindre negativ utvikling.

Metode: Tilrettelegge for tiltak i klubbens regi og/eller knytte dem opp til bydelens øvrige tiltak som Idrett og utfordring og prosjektet "JA - du kan!"

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Fritidsledere.

Evaluering: Årlig.

4.3.6

Tiltak: *Rutiner for oppfølging av ungdom som prøver/bruker rusmidler.*

Målgruppe: Ungdom 13 - 18 år.

Beskrivelse av tiltak: Alle klubbene har klare retningslinjer for oppfølging av brukere som prøver/bruker rusmidler. Retningslinjene skal være nedfelt i klubbens rutinebeskrivelser. Brukerne er kjent med konsekvenser gjennom medlemsreglement, generell informasjon på samlinger samt individuelle samtaler.

Målsetning: Tidlig intervensjon, samt utsette rusdebut og rusbruk.

Metode: Samtaler, varsling av foresatte, eventuelt igangsetting av individuelle tiltak. Sørg for videreformidling til prosjektet "JA – du kan!" der det er aktuelt.

Tidsperspektiv: Hele året. Igangsatt.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Fritidsledere.

Evaluering: Rutinen evalueres årlig.

4.3.7

Tiltak: *Kartlegging ved hjelp av Europ ADAD.*

Målgruppe: Ungdom som etableres på hybel i regi av Ofot.

Beskrivelse av tiltak: I forbindelse med nyetablering på hybel skal Europ ADAD vurderes som kartleggingsverktøy i alle saker, og det skal brukes der det anses som hensiktsmessig.

Målsetning: Bruk av dette kartleggingsverktøyet skal bidra til å sikre at det fokuseres på ungdommens forhold til rus, og at aktuelle tiltak innarbeides i tiltaksplanen.

Metode: Kartleggingsverktøyet Europ ADAD.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Den enkelte barnevernskonsulent som har hovedansvar for ungdommen.

Kompetanseheving: 3 barnevernskonsulenter er sertifisert, og det er et mål at flere sertifiseres.

Evaluering: September 2010.

4.3.8

Tiltak: Ungdom som mottar etterverntiltak fra barneverntjenesten og som står i fare for å utvikle rusmiddelrelaterte problemer, skal knyttes til prosjektet "JA-du kan!". Det skal utarbeides en felles plan i samarbeid med ungdommen.

Målgruppe: Ungdom som har eller står i fare for å utvikle rusmiddelrelaterte problemer, og som vurderes å ha behov for tjenester både fra barneverntjenesten og NAV.

Beskrivelse av tiltak: Se tiltak over.

Målsetning: Sikre at ungdommen får koordinert og samordnet innsats fra bydelens hjelpeapparat, og at kompetansen til de ulike tjenestene kommer ungdommen til nytte.

Metode: Prosjektet "JA-du kan!".

Tidsperspektiv: I prosjektperioden 2009 – 2011.

Kostnad: Innenfor ordinær drift og via statlige prosjektmidler.

Ansvarlig: Seksjonsleder Ofot.

Evaluerings: September 2010.

4.4 Hovedmål 4

BYDELEN SKAL IVERKSETTE MÅLRETTEDE TILTAK RETTET MOT BEHANDLING, REHABILITERING, OMSORG OG LIVSKVALITET I SAMARBEID MED ØVRIGE TILTAKSAPPARAT.

4.4.1

Tiltak: Prosjekt "Bolig som base".

Målgruppe: Et avgrenset antall klienter som skal etableres i egen bolig i bydelen etter opphold i institusjon.

Beskrivelse av tiltak: Helhetlig og individuelt tilpasset oppfølging som omfatter bolig, nettverk, rusmestring, aktiviteter på dagtid og prekvalifisering der det er aktuelt.

Målsetning: Gjennom en treårsperiode har redusert bruk av rusinstitusjoner for klienter som allerede har gjennomført rusbehandling i institusjon.

Metode: Benytte bolig som base for videre rehabilitering i form av tett oppfølging. Måle progresjon ved bruk av strukturert kartleggingsverktøy blant annet Europ ASI.

Tidsperspektiv: Prosjektperiode frem til 31.12.2009. Det søkes nye midler til forlenging av prosjektperioden.

Kostnad: Finansieres via statlige midler ved Helsedirektoratet.

Ansvarlig: Leder tiltakssenteret.

Evaluerings: Kontinuerlig ved styringsgruppe samt sluttrapport.

4.4.2

Tiltak: Rusarbeidet ved tiltakssenteret.

Målgruppe: Klienter mellom 18 og 67 år med rusrelaterte problemer samt pårørende til rusmiddelavhengige.

Beskrivelse av tiltak: Kvalitetssikre tiltakssenterets rådgivnings- og oppfølgingsarbeid på området herunder kartlegging av behov for tiltak. Gjøre målrettet bruk av tiltak i spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå.

Målsetning: Gi den enkelte kvalifisert bistand på laveste effektive omsorgsnivå og være et sikkerhetsnett for den enkelte. Trekke inn bruker- og pårørendeerfaring i planleggingsarbeid for å sikre brukervedvirkning.

Metode: Individuell oppfølging tilpasset den enkeltes behov.

Tidsperspektiv: Hele planperioden 2010-2013. Igangsatt.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder tiltakssenteret.

Kompetanseheving: Innarbeides i kompetansehevingsplan.

Evaluering: Kontinuerlig.

4.4.3

Tiltak: Sikre samarbeidsavtaler om oppfølging ved tildeling av kommunal bolig til personer som har rusproblemer eller som er under rehabilitering (jamfør forskrift om kommunal bolig).

Målgruppe: Se tiltak.

Beskrivelse av tiltak: Boligkontoret og tiltakssenteret sørger for iverksetting av vilkår om oppfølging der dette vurderes nødvendig, samt sikrer at ansvarlig oppfølger utarbeider samarbeidsavtale om oppfølging med beboer.

Målsetning: Redusere antall utkastelser fra bolig.

Metode: Vilkår om samarbeidsavtale om oppfølging, inngåelse av oppfølgingsavtaler.

Tidsperspektiv: Hele planperioden 2010- 2013.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder tiltakssenteret og leder boligkontoret.

Evaluering: 01.12.2011.

4.4.4

Tiltak: Kontinuerlig oppfølging av personer med opphold i Rusmiddeletatens rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner.

Målgruppe: Beboere i Rusmiddeletatens rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner.

Beskrivelse av tiltak: Sosialkonsulentene samarbeider med beboer og institusjon/ansvarsgruppe om individuell plan og vurdering av funksjonsnivå med tanke på videre tiltak. Alle i målgruppen skal følges opp jevnlig for å sikre riktig omsorgsnivå.

Målsetning: Sikre oppfølging av beboere ved Rusmiddeletatens rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner.

Metode: Se beskrivelse av tiltak. Gjennomgang av beboerlisten innen 01.01 og 01.07 hvert år.

Tidsperspektiv: Kontinuerlig.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Teamleder tiltakssenteret og teamledere NAV sosial.

Evaluering: Årlig per januar.

4.4.5 Kontinuerlig gjennomgang av økonomisk ytelse for rusavhengige klienter under oppfølging.

Tiltak: Alle sosialkonsulenter ved tiltakssenteret gjennomgår klienter under oppfølging for å finne aktuelle kandidater til Oppfølgingsforum i NAV.

Målgruppe: Sosialkonsulenter ved tiltakssenteret.

Beskrivelse av tiltak: Gjennomgang av klientlistene to ganger per år med tanke på utvelgelse av aktuelle kandidater til Oppfølgingsforum i NAV.

Målsetning: Bidra til en riktig inntektssikring for rusavhengige.

Metode: Oppfølgingsforum.

Tidsperspektiv: Innen 01.01 og 01.07 hvert år.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Teamleder rus- og boligsosialt team ved tiltakssenteret.

Evaluering: Årlig per januar.

4.4.6

Tiltak: Sikre at bydelen til enhver tid har 2 kommunale boliger klausulert som treningsboliger for rusavhengige.

Målgruppe: Personer som er i behov av utprøving av selvstendig boforhold med oppfølging fra bydel.

Beskrivelse av tiltak: Det opprettes eget tildelingsteam (boligkontor/sosialtjeneste) med ansvar for utvelgelse av beboere og sikring av booppfølgingsavtaler, for til enhver til 2 gjennomgangsboliger. Leilighetene skal blant annet brukes som base i videre oppfølging av klienter som har behov for treningsbolig.

Målsetning: Hindre re-innleggelse i institusjon.

Metode: Individuell booppfølging, erfaringsoverføring fra prosjekt "Bolig som base".

Tidsperspektiv: Løpende i hele planperioden 2010 – 2013.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Leder tiltakssenteret og leder boligkontoret.

Evaluerings: Evaluering 31.12.2010.

4.5 Hovedmål 5

BYDELEN SKAL HA ET HELHETLIG, FORPLIKTENDE OG SAMMENHENGENDE TILBUD TIL PERSONER MED RUSMIDDELRELATERTE PROBLEMER OG DERES PÅRØRENDE.

4.5.1

Tiltak: Revidering av gjeldende kompetansehevingsplan på rusområdet.

Målgruppe: Aktuelle ansatte i de ulike avdelingene.

Beskrivelse av tiltak: Det er utarbeidet en kompetansehevingsplan med ulike tiltak for å øke kompetanse blant ansatte på rusområdet. Planen må revideres.

Målsetning: Å utvikle kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte i de ulike tjenestene. Skape felles kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av de ansattes forståelse og ferdigheter i arbeidet med brukerne.

Metode: For eksempel bruk av veiledning, verktøy for kartlegging og resultatmåling, hospitering, kurs/videreutdanning og fagkafe.

Tidsperspektiv: Ferdig revidert innen 01.09.2010.

Kostnad: Innenfor ordinær drift, bydelens opplæringsmidler og søke om eksterne midler.

Ansvarlig: SaLTo-koordinator med en representant fra de ulike avdelingene.

Evaluerings: Årlig evaluering og rullering.

4.5.2

Tiltak: Videreføre bruk av kartleggingsverktøyet Europ-ASI.

Målgruppe: Ruskonsulent, sosialkonsulenter og teamledere i sosialtjenesten.

Beskrivelse av tiltak: Sosialkonsulenter og ruskonsulent skal minimum gjennomføre to Europ-ASI-intervjuer per halvår og ved det blant annet vedlikeholde økt kompetanse når det gjelder kartlegging og vurdering av personer med rusproblemer. Dette for å sikre rett tiltak til rett tid.

Målsetning: Sikre at implementert kartleggingsverktøy benyttes i aktuelle saker. Langsiktig målsetning er at en av sosialtjenestens ansatte gjennomfører det antall intervjuer og gjennomgår den nødvendige opplæring som kreves for at vedkommende selv skal kunne bli godkjent opplærer, og dermed drive internopplæring i bydelen.

Metode: Europ-ASI.

Tidsperspektiv: Innen 01.01 og 01.07 hvert år.

Kostnad: Innenfor ordinær drift. Søke ekstern finansiering ved Opplærings- og utviklingsfondet (OU-fondet) og Rusmiddeletatens kompetansesenter ved behov for at nye sosialkonsulenter sertifiseres.

Ansvarlig: NAV-leder og leder tiltakssenteret.

Evaluerings: Årlig per 01.01 og 01.07.

4.5.3

Tiltak: *Informasjon om Østensjø sosialtjenestes tilbud til rusavhengige og deres pårørende.*

Målgruppe: Rusavhengige og deres pårørende samt befolkningen for øvrig.

Beskrivelse av tiltak: Sette inn fast annonse på bydelens sider i Nordstrand Blad. Oppdatere sosialtjenestens beskrivelse av tjenestetilbudet på bydelens internettside.

Målsetning: Gjøre tjenestetilbudet kjent for befolkningen.

Metode: Nordstrand Blad og internett.

Tidsperspektiv: Innen 01.01.2010.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Ruskonsulent og leder tiltakssenteret.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.5.4

Tiltak: *Utpeke koordinator når flere av bydelens instanser jobber med en ungdom.*

Målgruppe: Alle tjenestesteder i Bydel Østensjø som jobber med unge med rusproblemer.

Beskrivelse av tiltak: For å sikre kontinuiteten i oppfølgingen av unge til og med 24 år skal det utnevnes en koordinator der hvor flere enn to av bydelens tjenester er inne i saken.

Målsetning: Sikre kontinuitet og tydelig ansvarsfordeling i arbeidet med unge.

Metode: Koordinator.

Tidsperspektiv: Innen 01.03.2010.

Kostnad: Innenfor ordinær drift.

Ansvarlig: Avdelingssjef velferd og fritid og avdelingssjef barn og kultur.

Evaluerings: Årlig per januar.

4.5.5

Tiltak: *Implementering av Ruspolitisk handlingsplan 2010 – 2013.*

Målgruppe: Ledere og ansatte ved aktuelle tjenestesteder i bydelen samt aktuelle eksterne samarbeidspartnere.

Beskrivelse av tiltak: Sikre implementering av revidert ruspolitisk handlingsplan og samarbeid rundt tiltakene.

Målsetning: Sikre at planen i sin helhet gjøres kjent og at hovedmål og tiltak er implementert hos aktuelle ledere, ansatte og samarbeidspartnere. Samt videreutvikle og bedre interne samarbeidsstrukturer.

Metode: Bistand fra Rusmiddeletatens kompetansesenter til å finne egnet metode for implementering av planen.

Tidsperspektiv: Innen 01.05.2010.

Kostnad: Ukjent og avhengig av metode. Søke opplæringsmidler og eventuelt eksterne midler ved behov.

Ansvarlig: Arbeidsgruppe for utarbeidelse av ruspolitisk handlingsplan.

Evaluerings: Evaluering etter implementeringen er gjennomført. Innspill bearbejdes deretter av arbeidsgruppen for utarbeidelse av handlingsplanen.

5 Gjennomføring og oppfølging av planen

5.1 Oppfølging av tiltakene/rapportering/implementering

Hvert tiltak har en person som har ansvar for oppfølging og fremdrift i forbindelse med de ulike tiltakene. Den ansvarlige rapporterer til sin nærmeste overordnede som har et overordnet oppfølgings- og rapporteringsansvar.

Arbeidsgruppen for utarbeidelse av den ruspolitiske planen fortsetter etter planarbeidets avslutning. Dette for å bidra til kontinuerlig implementering av handlingsplanen og sikre samarbeid på tvers av tjenestene.

5.2 Evaluering og rullering av planen

Tiltakene tas inn i årsplanen for bydelen. Planen evalueres våren 2013 med ny og revidert rusplan fra 2014.

6. Informasjon om tjenestetilbudet innenfor lokalt rusarbeid.

6.1 Barneverntjenesten:

Barneverntjenesten arbeider på individplan der foreldre eller barn/ungdommen har eller har hatt problemer knyttet til rus. Rusproblematikk er ofte en del av en sammensatt problematikk som også kan omfatte psykisk lidelse, økonomiske problemer og i noen saker også vold. Barneverntjenesten benytter blant annet Europ ADAD for å kartlegge rusproblematikk sett i relasjon til andre livsområder.

Barneverntjenesten følger opp ungdom med rusproblemer, som regel i samarbeid med f.eks Ruspoliklinikk, døgntilbudsinstitusjoner eller lignende. Barneverntjenesten kan også gi råd og veiledning til foreldre som sliter med rusproblemer og deres pårørende, herunder også informasjon om andre instanser som kan bistå med behandling og støtte. Det formidles kontakt om nødvendig.

6.2 Sosialtjenesten:

Sosialtjenesten skal i henhold til Lov om sosiale tjenester bistå mennesker med rusmiddelproblemer slik at de får nødvendig hjelp. Sosialtjenesten kan gi oppfølging, råd og veiledning til rusmiddelavhengige og deres pårørende. Det tilbys kartlegging og henvisning til spesialisert rusbehandling, legemiddelassistert rehabilitering eller innsøknning til Rusmiddelstatens tiltak. Videre tilbys det støttesamtaler og annen sosialfaglig oppfølging.

Fra 01.01.2004 trådte rusreformen i kraft ved at fylkeskommunens ansvar for tiltak til rusavhengige ble overført til staten, ved de regionale helseforetakene. Hensikten med reformen var å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusavhengige. Kommunens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak til rusavhengige fortsatte som før. Sosialtjenesten har blant annet ansvar for å tilby og iverksette tiltak utenfor institusjon. Spesialisthelsetjenesten skal tilby tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De rusavhengige har rettigheter etter pasientrettighetsloven.

Videre forbereder sosialtjenesten saker om bruk av innleggelse i institusjon uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Sosialtjenesten er også henvisende instans

til LAR-behandling. Oppfølgingen av LAR-brukere består i hovedsak av ansvarsgruppedeltakelse, koordinering av samarbeid, booppfølging og aktivisering på dagtid. Samt bistand til å finne et hensiktsmessig botilbud der dette mangler.

Sosialtjenestens tilbud til pårørende består hovedsakelig i veiledning og rådgivning. Pårørendegrupper har vært forsøkt, men vist seg vanskelig å rekruttere til. Familiene har heller ytret ønske om individuell familieoppfølging etter modell av pårørendegruppen.

6.3 Barnehagene

Barnehagene har fokus på at barn ikke skal utleveres til foresatte som er påvirket av rus og har rutiner for håndtering av slike situasjoner. Det foreligger ikke statistikk på omfanget av slike hendelser, men det meldes om at det er et fåtall slike episoder.

6.4 Utekontakten

Utekontakten jobber hovedsakelig rusforebyggende, men ved noen tilfeller jobbes det også med ungdom som har utviklet en rusavhengighet både i forhold til illegale og legale rusmidler. Utekontakten identifiserer ofte tidlig ungdom som er i ferd med, eller som har etablert skadelig rusavhengighet fordi tjenesten arbeider oppsøkende både på dag- og kveldstid. Utekontakten tilbyr ungdommene råd og veiledning, eller hjelp videre i det offentlige hjelpeapparatet der dette viser seg å være nødvendig. Den tilbyr også råd og hjelp til foresatte som trenger støtte i en vanskelig foreldresituasjon. Videre deltar tjenesten i foreldremøter på skolene i bydelen når rus er tema. Utekontakten samarbeider med andre instanser som politi, barnevern, skoler, foreninger, lokale idrettslag og lignende.

Det viktigste arbeidet for utekontakten er likevel det direkte arbeidet med enkeltungdom på et rent forebyggende nivå hvor det kan tilbys samtaler og relasjonsbygging samt forskjellige tiltak for grupper og enkeltungdom.

6.5 Helsetjenester barn og unge

Helsetjenester barn og unge utgjøres av helsestasjonen 0-5 år, inklusive svangerskapsomsorgen, skolehelsetjenesten i grunnskolen og videregående skole, helsestasjon for ungdom og Eplehagen familiesenter. I tillegg kommer ergo- fysioterapitjeneste som det kan sees bort fra i denne sammenhengen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å overvåke, og til enhver tid ha oversikt over, helsetilstanden i barne- og ungdomsbefolkningen og de faktorer som kan virke inn på denne. Gjennom sin direkte kontakt med hele barne- ungdomsbefolkningen har tjenesten en stor mulighet til å spre informasjon og opplysning om helsefremmende atferd, og også om faktorer som truer helsen. Tjenesten har gjennom ulike kontaktformer, blant annet konsultasjoner, gruppesamling og tverrfaglig samarbeid, store muligheter for å fange opp og følge opp og/eller viderehenvise utsatte barn og unge. Denne muligheten forsterkes av at bydelen har etablert Eplehagen familiesenter i helsetjenesten, som et lavterskeltilbud for befolkningen.

I skolehelsetjenesten tas rus rutinemessig opp som tema i flere sammenhenger. Det samarbeides også tverrfaglig, i en viss utstrekning, om enkeltelever med rusproblematikk.

6.6 Skolene i bydelen

Når det gjelder generelt rusforebyggende arbeid deltar skolene i det tverretatlige samarbeidssystemet på tre nivåer – nettverksgruppene, samordningsutvalget og

styringsgruppen. Ungdomsskolene er i ferd med på systematisere og styrke samarbeidet med bydelens oppfølgingstjeneste. Videre deltar de i "Ung og Rus" i 8.klasse. På enkelte skoler inviteres politi, utekontakt og helsetjenester barn og unge til å informere om rusrelaterte temaer i klassene og på foreldremøter. Skolene tilrettelegger for at politiet hver vår kan informere alle klassene på ungdomstrinnet om sin satsning på ungdom og rus. To barneskoler har hatt et lengre samarbeid med IOGT.

Rekruttering og organisering av natteravnvirksomheten er forankret i FAU. I tillegg er prosjektet "Utviklingsfremmende samtaler" i videregående skole et lavterskeltilbud som tilbys av BUP og helsetjenester barn og unge sammen med den videregående skolen. Prosjekt "Psykisk helse i Osloskolen" er startet på alle bydelens ungdomsskoler og videregående skoler og har tiltak både på universelt, indikert og selektert nivå.

I tillegg til det generelt rusforebyggende arbeidet driver skolene også arbeid i enkeltsaker for eksempel ved tilrettelagt undervisning for å unngå skulking. Enkeltelever henvises også til andre hjelpeinstanser der man er bekymret over situasjonen.

6.7 Manglerud politistasjon

Manglerud politistasjon driver forebyggende rusarbeid på flere områder. De deltar i skoleundervisning, foreldremøter og et prosjekt rettet mot ulegitimert skolefravær. Videre har de bekymringssamtaler, iverksetter urinprøvekontrakter, oppsøkende ruspatruljering i dialog med barnevernet og skoleaksjoner.

7. Vedlegg

7.1 Definisjoner

Rusmidler

Med begrepet rusmidler menes her alle vanlige rusmidler som for eksempel sigaretter, alkohol, cannabis, amfetamin, ecstasy, hallusinogener, opiater, løsningsmidler, anabole steroider samt smertestillende, beroligende og søvnmidler. Begrepet skiller ikke mellom legale og illegale avhengighetsfremkallende midler.

Rusavhengighet

Med rusavhengighet menes her en lidelse som karakteriseres ved manglende kontroll over bruk av rusmidler på tross av skadelige konsekvenser, der rusbruket prioriteres fremfor andre forpliktelser (Forebygging.no).

Misbruk i russammenheng

Det amerikanske klassifiseringssystemet DSM-IV definerer misbruk. I denne planen benyttes skadelig bruk av rusmidler eller rusavhengig istedenfor rusmisbruk eller rusmisbruker.

Skadelig bruk av rusmidler

Det amerikanske klassifiseringssystemet ICD-10 definerer skadelig bruk. Betegnelsen tydeliggjør at det er den negative effekten av rusmidlene på individet som er det sentrale fokus sett fra et helsemessig perspektiv. Den anbefales brukt av verdens helseorganisasjon (WHO).

Risiko for skader

Bruk av rusmidler kan representere en risiko for tre ulike typer av problem. Forebyggende-, tidlig intervensjons- og behandlingstiltak må tilpasses hvilke typer problemrisiko målgruppens atferd representerer:

1. Risiko for skader i forhold til sykdom, ulykker og ytelse som for eksempel produktivitet i arbeidslivet og forpliktelse overfor familie og venner.
2. Risiko for avvik fra normer. Det vil si ved bruk av rusmidler på feil sted, til feil tid, i feil mengder og/eller av feil grunner. Avvik fra normer fører ofte til stigmatisering og videre til marginalisering og ekskludering.
3. Risiko for avhengighet.

Debutalder

Debutalder er betegnelsen på alderen hvor en prøver ut et rusmiddel for første gang. Begrepet er viktig, fordi en rekke studier tyder på at lav debutalder kan innebære et negativt forløp, med senere skadelig bruk og avhengighet.

Forebygging

Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. Primær-, sekundær - og tertiærforebygging er en begrepsmessig tredeling som er definert ut i fra hvilken fase i en problemutviklingsprosess innsatsen eller tiltakene settes inn, og for å identifisere målgrupper og problemområder. Den bygger på Gerald Caplans definisjon av forebygging fra 1964.

Primærforebygging er begrepet som brukes om en innsats som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår.

Sekundærforebygging er begrepet som brukes om innsats som søker å begrense varighet av et problem, skade eller sykdom. Omfatter også personer i risikozonen.

Tertiærforebygging er begrepet som brukes om innsats som søker å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, skade eller sykdom.

Det har i mange år vært vanlig å dele forebyggingsbegrepet inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Disse har i løpet av de siste årene i økende grad blitt erstattet med begrepene universell, selektiv og indikativ forebygging selv om de ikke er helt overlappende. Dette fordi det i fagmiljøene har vært et skifte fra fokus på sykdom, risiko og problemer til fokus på helsefremmende arbeid ved styrking av prosessene som beskytter mot at problemer oppstår. Man har derfor valgt å ta med begge inndelingene i planen.

Universell/allmenn forebygging er tiltak som styrker de prosessene som beskytter mot at problemer kan komme til å oppstå i grupper eller befolkningen generelt. Dette kalles som regel universelle tiltak eller primærforebyggende tiltak. Forskning på området viser at mange personer i ulike risikogrupper ikke klarer å nyttiggjøre seg universelle tiltak. Det bør derfor suppleres med selektive og indikative tiltak rettet mot dem som har den største risikoen for å utvikle rusproblemer.

Selektiv forebygging er tiltak rettet mot spesielle grupper som er mer utsatt enn andre for å utvikle problemer. Slik forebygging er rettet mot hele gruppen uavhengig av hvilken risiko den enkelte i gruppen måtte være utsatt for. Hensikten er å forebygge problemutvikling ved å styrke beskyttelsesfaktorer som selvbildet og evnen til å løse problemer og hjelpe mennesker til effektivt å takle risikofaktorer som f.eks å leve i et miljø preget av narkotikaforbruk.

Indikativ forebygging er tiltak som rettes mot enkelt individer hvor risikofaktorer eller rusproblemer allerede er observert eller opplevd.

Tidlig intervensjon på rusfeltet

Tidlig intervensjon er å identifisere og starte håndteringen av et sosialt- eller helsemessig problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir minimalisert med en svært liten innsats.

Begrepet brukes om tiltak som settes inn tidlig i en definert problemutviklingsprosess. Problemutviklingsprosessen deles gjerne inn i tre faser:

1. I første fase kan man observere at det hos en gruppe personer er en svekkelse i beskyttelsesfaktorene og risikofaktorer som man vet kan gi en forhøyet risiko for utvikling av problematferd. Det er da grunnlag for å sette inn tiltak mot hele gruppen. Dette kalles **selektive tiltak**.
2. I andre fase er det mulig å observere at enkeltpersoner har begynt å utvikle en konkret atferd som etablert kunnskap tilsier gir en forhøyet risiko for definerte problemer. Dette gir grunnlag for å sette inn tiltak som rettes mot personer på en indikasjon om begynnende risikofylt atferd altså **indikative tiltak**.

3. I den tredje fasen kan det observeres symptomer på at et definert problem har oppstått. Det er vanlig å trekke et skille mellom tidlig intervensjon og behandling når problemutviklingen er kommet til det punktet der kriteriene for å stille en diagnose er oppfylt.

Det er hittil dokumentert at tidlig intervensjon på rusfeltet kun har vist å ha effekt i en så tidlig fase av problemutviklingen at en person ikke vil kunne fanges opp av rusbehandlingssystemet.

Mål for tidlig intervensjon på rusområdet:

- Målet er å forhindre avhengighet ved å intervenere i forhold til risikofylt alkoholbruk og/eller begynnende misbruk av alkohol eller narkotika før avhengigheten har utviklet seg.
- Det vil også være et mål å identifisere og intervenere på enda tidligere stadier for å stoppe en utvikling i retning risikofylt bruk av rusmidler.
- I forhold til barn vil tidlig intervensjon sjelden rettes direkte mot rusatferd, men må i stedet knyttes opp mot barns eventuelle atferdsvansker eller omgivelser som for eksempel barns utsatthet for foreldres eller andre voksnes rusatferd.
- Tidlig intervensjon vil også ha som mål å forhindre negative konsekvenser som helseskader rundt den enkelte rusbruker eller nærstående personer.

Samtidighet

Med samtidighet menes å handle sammen samtidig for å oppnå en forsterket effekt av samhandlingen. For eksempel kan flere tjenester ha tiltak i en enkeltsak på samme tidspunkt for å gi et best mulig tilbud til brukeren. Disse tiltakene er vurdert faglig i sammenheng med hverandre og koordinert i en helhet.

Sviktsone

I planen har man valgt å bruke begrepet sviktsone om personer som på ulike måter er marginalisert i forhold til samfunnets krav og forventninger uten å få tilstrekkelig oppfølging eller tiltak. De kan være på vei inn i rusavhengighet, kriminalitet, gjengvirkosomhet eller lignende. Begrepet blir gjerne brukt om en tilstand/posisjon hvor behovet for tiltak er forholdsmessig mye større enn tilgangen. Begrepet blir også brukt om mangel eller sviktende samhandling mellom tjenesteytere.

Flere faginstanser har påpekt at det i hjelpeapparatet kan være uklare gråsonerområder – ”sviktsoner” – hvor det er ønskelig å utvikle bedre samhandling mellom de ulike instansene. Spesielt gjelder dette svikt i samhandling i overgangsfasene mellom skoler, barnevern og voksentejeneste samt mellom fengsel og tilbud ved løslatelse.

Risikofaktorer

En risikofaktor er hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden. Eksempler kan være tidlig debut i bruk av alkohol, utagerende atferd, mobbing, positiv til rusmidler, sensasjonssøkende, manglende kunnskaper om rus og risiko, utsatt for vold eller seksuelle overgrep, omsorgssvikt, rus og/eller psykiske problemer i familien, stor fattigdom, venner med rusbruk, kriminalitet/antisosiale normer, lav sosial status hos venner, dårlige skoleprestasjoner, skulk, læreversker og barn og unge som lever i utsatte geografiske områder.

Definisjonene universell, selektiv og indikativ forebygging samt tidlig intervensjon, sviktsone og risikofaktorer er hentet fra sosial- og helsedirektoratets rapport IS1455 - "Tidlig intervensjon på rusfeltet" fra 2007. Rapport IRIS – 2007/021: Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering.

7.2 Ordliste over forkortelser brukt i planen.

- DPS – distriktpsikiatrisk senter.
- FAU – foreldrenes arbeidsutvalg.
- IP – individuell plan.
- LAR – legemiddelassistert rehabilitering.
- NOVA- Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- NIBR – Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- OU-fondet – opplærings- og utviklingsfondet.
- RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon.
- SaLTo – koordinator – samarbeidsmodellen mellom Oslo kommune og Oslo politidistrikt, Sammen lager vi et trygt Oslo.
- SAMFOR – samarbeidsorgan mellom Næringsetaten, Rusmiddelstatens kompetansesenter, Utdanningsetaten, Oslo politidistrikt, "Av og til" og SaLTo.
- SFO – skolefritidsordning.
- SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning.
- WHO – Verdens helseorganisasjon.

7.3 Idebank

Idebanken består av forslag som kom frem da tiltakene ble utarbeidet. Dette er ideer som kan videreutvikles og eventuelt danne grunnlag for nye tiltak på sikt.

- Bydelen skal kunne tilby arbeidsrettede tiltak til personer som er under rehabilitering.
- Nedsette arbeidsgruppe for å finne boalternativer til personer med langvarige og sammensatte rusproblemer.

7.4 Innsøking i rusinstitusjoner

Avrusningsinstitusjonene og A-klinikkene:

Personen tar selv kontakt eller ber om bistand til dette fra sosial- eller helsetjenesten.

Behandlingsinstitusjonene:

Sosialtjenesten og fastlegene kan henvise til spesialisthelsetjenestens rusinstitusjoner.

Innsøking til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skjer via sosialtjenesten.

Når det gjelder innleggelse uten eget samtykke etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3 forberedes vedtak i sosialtjenesten, og behandles endelig i fylkesnemnd.

Rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner:

Sosialtjenesten sender søknad til Rusmiddelstatens rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner. Sosialkontoret videreformidler søknaden til Rusmiddelstaten som registrerer søknaden og videreformidler den til aktuell institusjon.

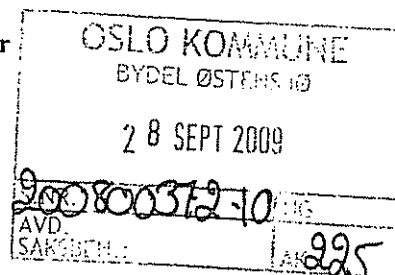
Akuttinstitusjoner:

For innleggelse ved Avdeling avgiftning og narkotika, Montebello og Avrusningen i Storgata skjer innleggelse primært via samarbeidspartnere i bydelens helse- og sosialtjeneste.



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Bydel 1 - 15 v/bydelsdirektøren
Helse- og velferdsetaten v/direktøren



Dato: 24.09.2009

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200903857-3

Saksbeh:
Geir Christiansen 23.46.14.44

Arkivkode:

UTVIKLINGS- OG GJENNOMFØRINGSPROSJEKT I KOMMUNENS HJEMMETJENESTER - HJEMME BEST

Bystyret vedtok 15.10.2008 (sak 371/08):

1. I forbindelse med innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien bes byrådet legge til rette for økt brukermedvirkning også innen den kommunale hjemmesykepleien. Siktemålet skal være større valgfrihet, mer fleksibilitet og påvirkningsmulighet for brukerne.
2. Det innføres fritt brukervalg i hjemmesykepleien i alle bydeler. Implementeringen finner tidligst sted fra høsten 2009.
3. Prosessen med innføring av fritt brukervalg bør ha en fremdriftsplan som sikrer erfaringsinnhenting underveis. Komiteen holdes jevnlig orientert om fremdriften.

For å følge opp bystyrets vedtak, og for å etablere en samordnet og helhetlig brukervalgsordning innen kommunens hjemmesykepleie og praktisk bistand, etablerer byrådsavdelingen utviklings- og gjennomføringsprosjektet Hjemme Best. Prosjektplan for Hjemme Best følger vedlagt.

Geir Christiansen er beordret som leder for prosjektet.

Prosjektorganisasjonen vil bli etablert med bred forankring og involvering fra bydeler, brukergrupper, ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Hjemme Best vil også være tema på sektordirektørmøte 26. oktober.

Byrådsavdelingen vil senere komme tilbake med oppnevninger til styrings- og prosjektgruppen, og innkalling til første møte i styringsgruppen.

Byrådsavdeling for velferd og
sosiale tjenester

Postadresse:
Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

Med hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse L. Snåre
helse- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

Kopi med vedlegg: Byrådsavdeling for finans
Utviklings- og kompetanseetaten

Vedlegg: Prosjektplan for Hjemme Best

HJEMME BEST

Utviklings- og gjennomføringsprosjekt i Oslo kommunes hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand)

Bakgrunn

Brukervalg ble innført i bydelenes hjemmehjelpstjeneste i 2006. Ordningen gir brukeren rett til å velge mellom kommunens tjenesteleverandør og de private leverandørene som etter avtale med kommunen tilbyr tjenester i den enkelte bydel.

Brukervalg innen hjemmesykepleien ble prøvet ut i Bydel Vestre Aker fra oktober 2006 til mars 2008. Prøveprosjektet er evaluert av Asplan Viak / Kaupangen. Nesten tre av fire brukere oppgir her at de opplever økt grad av valgfrihet og medvirkning i ordningen, og at brukervalg er viktig for egen opplevelse av kvalitet. På bakgrunn av positive erfaringer fra forsøket er brukervalg i hjemmesykepleien videreført i Bydel Vestre Aker.

Bystyret vedtok 15.10.2008 (sak 371):

1. I forbindelse med innføring av fritt brukervalg i hjemmesykepleien bes byrådet legge til rette for økt brukermedvirkning også innen den kommunale hjemmesykepleien. Siktemålet skal være større valgfrihet, mer fleksibilitet og påvirkningsmulighet for brukerne.
2. Det innføres fritt brukervalg i hjemmesykepleien i alle bydeler. Implementeringen finner tidligst sted fra høsten 2009.
3. Prosessen med innføring av fritt brukervalg bør ha en fremdriftsplan som sikrer erfaringsinnhenting underveis. Komiteen holdes jevnlig orientert om fremdriften.

Det er de siste årene utarbeidet et omfattende materiale som beskriver status, utfordringer og utviklingsmuligheter for kommunens hjemmetjenester. Dette omfatter bl.a. rapporter fra utredningsarbeider og pilotprosjekter som er gjennomført. Juridiske løsninger for videreutvikling og organisering av ny brukervalgsordning er også utredet.

Bydelenes erfaringer fra organisering og drift av hjemmetjenester, rapporter, utredninger og bystyrets vedtak om brukervalg i hjemmesykepleien danner grunnlaget for organisasjonsutviklingsprosjektet som kommunen starter høsten 2009. Resultatet skal være innføring av en ny samordnet brukervalgsordning for hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Prosjektet er lagt til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester hvor det etableres en prosjektorganisasjon med bred forankring og involvering fra bydeler, brukergrupper, vernetjenesten og ansattes organisasjoner.

Bydelene skal fortsatt ha ansvaret for at det ytes riktige og forsvarlige hjemmetjenester til egen befolkning.

Mål

Prosjektet skal organisere og etablere en samordnet og helhetlig brukervalgsordning i hjemmetjenesten i alle bydelene. Ordningen skal sikre brukernes rett til å velge mellom ulike tjenesteytere og tilrettelegge for økt fleksibilitet og brukermedvirkning. Tjenestene skal leveres med riktig faglig kvalitet, og imøtekomme brukernes behov for forutsigbarhet og trygghet og ansattes rett til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Delmål

- 1 Utvikle samarbeids – og samhandlingmodeller som fremmer fleksibilitet, brukermedvirkning og helhetlig ansvar for brukeren
Vurdere behov for standardiserte modeller eller rutiner.
- 2 Avklare juridiske og avtalemessige forhold i ny brukervalgsordning
- 3 Kartlegge og vurdere leverandørmarkedet for hjemmetjenester
- avklare leverandørenes forventninger til ny brukervalgsordning
- 4 Utrede organisatoriske ordninger i ny brukervalgsordning
- 5 Utarbeide inkluderings- og ekskluderingskriterier for brukergrupper og brukersituasjoner i brukervalgsordningen
- 6 Utvikle prismodell for ny brukervalgsordning
- 7 Utarbeide tjenestekonsesjonsmodell med konsesjonsvilkår for leverandører som ønsker å delta i ordningen
- 8 Avklare arbeidsmiljømessige konsekvenser ved innføring av ny brukervalgsordning
- 9 Organisere kommunens tjenestekonsesjonsordning, tildele tjenestekonsesjoner og inngå avtaler med leverandører
- 10 Sikre god informasjon om innføring av ny brukervalgsordning til:
 - Ansatte
 - Brukere
 - Leverandører
- 11 Bistå bydelene ved innføring og implementering av ny brukervalgsordning

Fokusområder for spesiell drøfting og avklaring i prosjektet

- **Leverandørmarked** – dialog for å sikre brukernes mulighet for å velge mellom ulike leverandører
- **Bestillerfunksjonen** - organisering av myndighetsutøvelse
- **Utførertjenesten** – organisering og ledelse
- **Samarbeid og samhandling** mellom bestillerfunksjonen og kommunale/private utførere

- **Kompetanseplanlegging** bestiller og utfører – kartlegging og gjennomføring
- **Samhandlingsreformen** – eventuelle konsekvenser for bydelenes hjemmetjenester
- **Prismodell** – herunder avklaringer til effektiv brukertid og ordninger for registrering og kontroll av leverte tjenester
- Samarbeid mellom hjemmetjenesten og **andre som yter tjenester i brukers hjem**
- **Inkluderings- og ekskluderingskriterier** for brukergrupper og brukersituasjoner
- **Kvalitetskrav** til tjenestene
- Oppretting av **tjenestekonsesjoner**
- Ansattes **arbeidsmiljø**
- **Informasjon** til ansatte, brukere og leverandører
- **Dokumentasjon** – IKT-verktøy og event. nye løsninger
- **Kvalitetsoppfølging**
- **Avtaleoppfølging**

Organisering

Innføringen av ny brukervalgsordning er organisert som et utviklings- og gjennomføringsprosjekt tillagt Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester.

Det oppnevnes styringsgruppe for prosjektet med følgende sammensetning:

Kommunaldirektør	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	Leder
Seksjonssjef	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	
Byrådsavdeling for finans		
Bydelsdirektør	Bydel Vestre Aker	
Bydelsdirektør	Bydel Gamle Oslo	
Bydelsdirektør	Bydel Alna	
Bydelsdirektør	Bydel Østensjø	
Direktør	Helse- og velferdsetaten	
Forhandlingssammenslutningene:		
	• KAH	
	• UNIO	
	• YS-K	
Hovedverneombudet		
Det sentrale eldrerådet		
Rådet for funksjonshemmede		

Byrådssekretær	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	Observatør
Prosjektleder	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	Sekretær

Det oppnevnes prosjektgruppe med følgende sammensetning:

Prosjektleder	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	Leder
Spesialrådgiver	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	
Spesialrådgiver	Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester	
Bydel Vestre Aker		
Bydel St.Hanshaugen		
Bydel Stovner		

Bydel Grünerløkka
Helse- og velferdsetaten
Forhandlingssammenslutningene:

- KAH
- UNIO
- YS-K

Prosjeksekretær Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Prosjektgruppen forbereder saker som skal behandles i styringsgruppen.

Prosjektet nedsetter arbeidsgrupper etter behov.

Milepæler

Oppstart av prosjektet	September 2009
Avklare organisering og avtalemessige forhold i ny brukervalgsordning	01.11.2009
Kartlegge leverandørmarked og avklare leverandørenes synspunkter til ny brukervalgsordning	01.12.2009
Utarbeide inkluderings- og ekskluderingskriterier for brukergrupper og brukersituasjoner	01.02.2010
Utvikle nye samarbeids- og samhandlingsmodeller i hjemmetjenesten – vurdere behov for standardiserte løsninger	01.06.2010
Utvikle prismodell for ny brukervalgsordning	01.06.2010
Vurdere ordninger som sikrer likeverdighet mellom leverandører	01.07.2010
Vurdere arbeidsmiljømessige konsekvenser av ny brukervalgsordning	01.09.2010
Utarbeide tjenestekonsesjonsmodell med autorisasjonsvilkår	01.10.2010
Invitere leverandører til å søke tjenestekonsesjoner	15.10.2010
Tildele tjenestekonsesjoner – inngå leverandøravtaler	01.02.2011
Oppstart av ny brukervalgsordning i alle bydelene	01.04.2011
Bistand til bydelene i oppstart og implementering av brukervalgsordningen	01.04.–15.06.2011

Informasjon

Prosjektet vil utarbeide informasjonsplan om innføring av ny brukervalgsordning og bistå i informasjonsarbeidet rettet mot målgruppene:

- Brukere av hjemmetjenester
- Bydelene
- Berørte ansatte
- Bransjeorganisasjoner og leverandører

Rapportering

Prosjektet rapporterer til avdelingens politisk ledelse i ledermøter.

Bydelene, Kontaktutvalget og Helse- og sosialkomiteen holdes jevnlig orientert om arbeidet og fremdriften i prosjektet.

Informasjon til personalorganisasjonene, vernetjenesten og brukerrådene ivaretas gjennom representasjon i styringsgruppen.



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

177/09

Bydel 1 - 15

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200804890-28

Saksbeh:
Eva Graziano, 23461506

Dato: 11.09.2009

Arkivkode:
225

RAPPORT - GJENNOMGANG AV BYDELENES HJEMMETJENESTER

Vedlagt oversendes rapporten fra Asplan Viak – Gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester.

Vi takker for bydelenes velvillige deltagelse i forbindelse med intervjuene som ble gjennomført.

Med vennlig hilsen

Bjorg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse L. Snåre
helse- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

Kopi til: Helse- og velferdsetaten

Vedlegg: Gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester,
rapport fra Asplan Viak av 07.07.2009

Oslo kommune - Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
Gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester

Utgave: [Sluttrapport]
Dato: [7.7.2009]

DOKUMENTINFORMASJON

Oppdragsgiver: Oslo kommune - Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
Rapportnavn: Gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester
Utgave/dato: Sluttrapport – 7.7.2009

Oppdrag: 520978
Oppdragsbeskrivelse: Utredning
Oppdragsleder: Tage Båtsvik
Fag: Analyse
Tema: Kommunal organisering
Leveranse: Rapport

Skrevet av: Jan Kato Fremstad, Tom Schjetne og Tage Båtsvik
Kvalitetskontroll: Hanne Bertnes Norli

Asplan Viak AS www.asplanviak.no

FORORD

Asplan Viak og Kaupangen har vært engasjert av Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (VST) for å gjennomgå bydelenes hjemmetjenester. Fokuset i gjennomgangen har vært hvordan bydelene organiserer sine hjemmetjenester med tanke på å ivareta fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenesten.

Eva Graziano har vært vår kontaktperson for oppdraget i VST.

Jan Kato Fremstad, Tom Schjetne fra Kaupangen og Ingrid Hjertaker og Tage Båtsvik fra Asplan Viak har gjennomført prosjektet.

Vi vil takke oppdragsgiver for godt samarbeid underveis i prosjektet, og for å ha fått anledning til å gjennomføre et krevende, men spennende prosjekt.

Vi vil videre rette en stor takk til alle de som brukte av sin tid til å bidra med informasjon og kvalifiserte meninger i intervjuer, fokusgrupper og dialogkonferanse.

Sandvika, 7.7.2009

Tage Båtsvik
Asplan Viak
Oppdragsleder

Jan Kato Fremstad
Kaupangen

NNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	7
1.1	BESTILLER-UTFØRERMODELLEN	7
1.2	FORSTÅELSE AV BEGREPENE BRUKERINNFLYTELSE OG FLEKSIBILITET	8
1.3	VÅR TILNÆRMING TIL OPPDRAGETS PROBLEMSTILLING	9
1.4	GJENNOMFØRING OG METODISK TILNÆRMING	10
2	SAMMENDRAG	12
2.1	ORGANISERING AV HJEMMETJENESTENE	12
2.2	ORGANISERING, FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE	13
2.3	HVORDAN ØKE FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE	16
3	HJEMMETJENESTENE I OSLO KOMMUNE	19
3.1	HVA ER HJEMMETJENESTER?	19
3.2	OMSORGSTRAPPA	19
3.3	OMFANGET AV TJENESTER	20
3.4	FORSTÅELSE AV DIREKTE BRUKERTID	28
4	BYDELENES ORGANISERING AV HJEMMETJENESTENE	29
4.1	OVERORDNEDE PRINSIPPER FOR ORGANISERING	29
4.2	ORGANISERING AV BESTILLERFUNKSJONEN I BYDELENE	33
4.3	ORGANISERING AV UTFØRERFUNKSJONEN I BYDELENE	37
4.4	OPPSUMMERING	49
5	ORGANISERING, FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE	50
5.1	ORGANISERING AV BESTILLERFUNKSJONEN	51
5.2	ORGANISERING AV UTFØRERFUNKSJONEN	52
5.3	OPPSUMMERING	54
6	RUTINER FOR SAMORDNING OG SAMHANDLING	55
6.1	SAMORDNING AV TJENESTENE	55
6.2	SAMHANDLING OM TJENESTENE	61
6.3	ANDRE UTFØRERE	64
6.4	OPPSUMMERING	67
7	BRUKERNES VURDERINGER	69
7.1	BRUKERUNDERSØKELSEN	69
7.2	TILBAKEMELDINGER FRA INTERVJUER MED BRUKERREPRESENTANTENE	75
7.3	BYDELENES OPPFØLGING AV BRUKERUNDERSØKELSER	76
8	HVORDAN ØKE FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE?	79
8.1	ERFARINGENE MED BESTILLER - UTFØRERMODELLEN	79
8.2	ØKT FLEKSIBILITET I BESTILLER-UTFØRERMODELLEN	80
8.3	SAMORDNING MELLOM BESTILLERKONTORENE OG UTFØRERNE	81
8.4	SAMORDNING PÅ UTFØRERSIDEN	83
8.5	SAMHANDLING MELLOM BESTILLERKONTORENE OG BRUKERNE	83
8.6	SAMHANDLING MELLOM UTFØRERNE OG BRUKERNE	84

1 INNLEDNING

Oslo kommune ved Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (VST) har engasjert Asplan Viak og Kaupangen til å foreta en gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester. Oppdraget har bakgrunn i Byrådets budsjettforslag for 2008, og er konsentrert om tre hovedoppgaver:

- Beskrive hvilke modeller for organisering av hjemmetjenestene som finnes i bydelene.
- Vurdere i hvilken grad de ulike organisasjonsmodellene ivaretar fleksibilitet og brukerinnflytelse.
- Foreslå tiltak som kan iverksettes for å øke fleksibiliteten og brukerinnflytelsen i bydelenes hjemmetjenester.

Det foreligger allerede mye dokumentasjon om bydelenes organisering av hjemmetjenestene, fleksibilitet og brukerinnflytelse. En viktig del av dette oppdraget har vært å samle, sammenfatte og vurdere den foreliggende dokumentasjonen. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med ledere av hjemmetjenestene i alle bydelene, ledere av tre private leverandører av hjemmetjenester, Hjemmetjenesten for døve og døvblinde og Fransiskushjelpen. Vi gjennomførte også fokusgrupper/gruppeintervjuer med ansatte og brukerrepresentanter i de fem bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø. I denne rapporten legger vi fram vår kartlegging og våre funn.

1.1 Bestiller-utførermodellen

Bestiller-utførermodellen ligger til grunn for organiseringen av hjemmetjenestene. Modellen innebærer et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgaver) på den ene siden, og tjenesteproduksjonen (utføreroppgaver) på den andre. I norske kommuner brukes modellen særlig innenfor tjenester der det fattes enkeltvedtak.

Profesjonalisering av saksbehandlingen, tydeligere klageadgang og økt grad av likebehandling er noen av fordelene for forvaltningen som blir trukket fram med modellen. I tillegg gir modellen økt avstand mellom bestiller og utfører som gir mulighet for at bestiller kan opptre som nøytral og objektiv kontrollinstans. For utføreren av tjenesten blir bl.a. økt fokus på driftskompetanse og det å drive en god og effektiv tjenesteproduksjon, frihet for utføreren til å utvikle egen drift innenfor gitte rammer og tilrettelegging for konkurranseutsetting og brukervalg, framhevet som positive sider ved modellen.

For forvaltningen og myndighetsutøvelsen ligger utfordringene i modellen bl.a. i en potensiell uenighet mellom bestiller og utfører om hvem som er den rette til å vurdere brukernes behov. Modellen kan også gi for mange og for detaljerte kontrollprosedyrer og tilbagemeldingsrutiner. For utførelsen av tjenesten er samordning av tjenesten for brukere med sammensatte behov, en av hovedutfordringene med modellen. Andre potensielle utfordringer i modellen er at kritisk kunnskap om virksomheten kan gå tapt fordi det skilles

mellom forvaltning og drift, og motsetningen mellom bestillers ønske om standardisering og kontroll, og utføreres ønske om mest mulig frihet.

Modellen kan også gi mindre fleksibilitet for bruker dersom utfører yter tjenesten utelukkende ut fra det som står i vedtaket og ikke ut fra brukernes varierende behov. Blir rammene i modellen for stramme kan det også redusere utføreres evne til innovasjon og fleksibilitet. Modellen kan gi mer byråkrati og regelstyring, og en stivbent praktisering av modellen kan resultere i uheldig fragmentering av tjenesten. Brukervalget og private leverandører av praktisk bistand, og også etter hvert hjemmesykepleie, forsterker denne utfordringen.

1.2 Forståelse av begrepene brukerinnflytelse og fleksibilitet

Vår forståelse av begrepene fleksibilitet og brukerinnflytelse bygger på bystyremelding nr. 1/2008 "Bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo", og den forståelsen av begrepene som legges til grunn i brukerundersøkelsene som gjennomføres årlig i hjemmetjenestene.

I bystyremelding nr. 1/2008 slås det fast at byrådet vil bygge fremtidens omsorgstjenester på prinsippene om tilgjengelige tjenester og effektiv ressursbruk, myndiggjorte brukere og valgfrihet, fleksibilitet og individuell tilpasning i en helhet og god kvalitet i tjenestetilbudene.

Brukerinnflytelse

Under punktet "myndiggjorte brukere og valgfrihet" vektlegges bl.a. individets rett til selvbestemmelse, fritt brukervalg av leverandør av hjemmetjenester, og ordningen med tilbud om minimum fire timer praktisk bistand i måneden som sentrale elementer. Samtidig presiseres det at myndiggjorte brukere og valgfrihet ikke innebærer at brukerne selv kan definere hvor mye hjelp de skal få. Brukerinnflytelse i hjemmetjenesten innebærer at "Tjenestetilbudet skal tilrettelegges i samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker".

Brukerinnflytelse forutsetter **samhandling** med brukerne. Med samhandling forstår vi rutiner for informasjon og dialog mellom de kommunale enhetene og brukerne om tjenesten. Eksempelvis at det er en praksis å innhente brukernes ønsker i forbindelse med søknad om tjenester og at brukerne får informasjon om ulike sider ved tjenestetilbudet etc. Brukerne skal ha relevant informasjon til å treffe egne valg, og det skal være en dialog mellom tjenesteyter og bruker om når de skal motta hjelp, og hvilken hjelp de skal ha.

Fleksibilitet

Under punktet "fleksibilitet og individuell tilpasning i en helhet" vektlegges at de eldre skal ha et godt tilbud tilpasset deres behov. Fleksibilitet i tjenestetilbudet innebærer at "Tjenesten er i stand til å tilpasse seg enkelindividets behov og ønsker, eller variasjoner i disse over tid". Det innebærer bl.a. at bydelene evner å gi brukerne tverrfaglig bistand ved behov, og ivareta helhet, sammenheng og kontinuitet i tjenesten.

Fleksibilitet forutsetter god **samordning** av tjenesten, dvs. samordning mellom bestiller og utfører og mellom ulike tjenesteområder og tjenesteenheter på utførersida. Med samordning forstår vi instrumenter for kommunikasjon, og samarbeid om tjenesten. Fleksibiliteten i

tjenestetilbudet kan bl.a. knyttes til rutiner og praksis for utforming og operasjonalisering av vedtakene, rutiner og praksis for endringer i hjelpebehov, og rutiner for å gi annen hjelp ved behov.

1.3 Vår tilnærming til oppdragets problemstilling

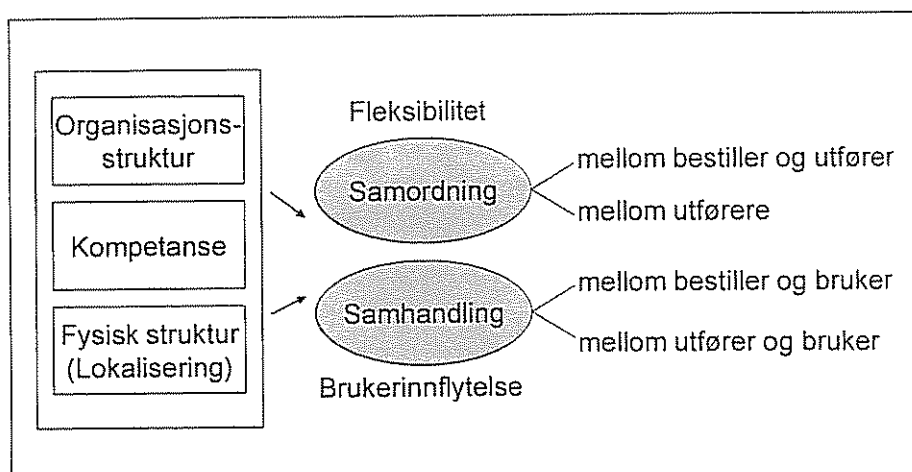
Brukerne av hjemmetjenester har ofte behov for flere kommunale tjenester. Erfaringen fra kvalitetsrevisjonen av hjemmetjenestene som ble gjennomført høsten 2008 er at både bestiller- og utførersiden pekte på informasjon, samhandling og samordning av brukernes behov som en hovedutfordring for fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenesteytingen.

I vår oppgaveløsning har vi sett på samordning og samhandling innenfor rammene av en bestiller–utførermodell som en viktig del av bydelenes organisering av hjemmetjenestene. Vårt utgangspunkt er at innenfor en bestiller–utførermodell er:

- Samordning (mellom bestillersiden og utførerne og av tjenestene på utførersiden) en forutsetning for å kunne legge til rette for fleksibilitet.
- Samhandling (mellom bestiller og bruker og utfører og bruker) en forutsetning for å kunne legge til rette for brukerinnflytelse.

Spørsmålet om bydelenes organisasjonsmodeller ivaretar hensynet til fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenestene vil vi besvare med å vurdere sammenhengen mellom organisasjonsprinsipper og muligheten til å ivareta samordning og samhandling, jf. figur 1-1.

Analytisk rammeverk



Vi har derfor konsentrert vår datainnsamling og våre analyser om:

- Prinsipper for organisering av hjemmetjenestene.
- Rutiner og praksis for samordning (fleksibilitet)
 - mellom bestiller og utfører
 - mellom enheter på utførersida
- Rutiner og praksis for samhandling (brukerinnflytelse)
 - mellom bestiller og bruker
 - mellom utfører og bruker

1.4 Gjennomføring og metodisk tilnærming

Oppdraget er gjennomført i perioden mars-juni 2009, med et bredt tilfang av kilder til informasjon som grunnlag for beskrivelser og analyser.

Dokumentstudier

En viktig del av oppgaven var å gå gjennom den informasjonen som foreligger om bydelenes organisering av hjemmetjenestene. De viktigste av disse er:

- Kvalitetsrevisjon i hjemmetjenesten - gjennomført høsten 2008 av Asplan Viak og PwC i samarbeid med, og på oppdrag fra Helse og Velferdsetaten.
- "Kartlegging av risikovurdering av HMS i hjemmetjenestene i bydelene i Oslo kommune" - SINTEF-Helse rapport, oktober 2008.
- Foreliggende bakgrunnsinformasjon om bydelenes organisering av hjemmetjenestene slik de framkommer på nettsider, i organisasjonskart etc.

Denne informasjonen er brukt som grunnlag for våre intervjuer med bydelene, og til å fylle ut bildet vi har fått på bakgrunn av intervjuene.

Kvantitative data

Vi har benyttet foreliggende data/statistikk om bl.a. tjenesteomfang og kompetanse i bydelenes hjemmetjenester. Vi har primært benyttet tall hentet fra bydelsstatistikken og KOSTRA, delvis bearbeidet og tilrettelagt for oss av Utviklings- og kompetanseetaten (UKE). Vi har også benyttet noe materiale fra sammenstillingen av objektive kvalitetsindikatorer som Helse og velferdsetaten (HEV) har gjort i etterkant av kvalitetsrevisjonen. Dette er dokumentert i notatet: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer".

I tillegg har vi benyttet foreliggende rapporter og grunnlagsmateriale fra brukerundersøkelsene som gjennomføres årlig i hjemmetjenestene. Dette materialet har vi fått tilsendt fra HEV.

Det kvantitative materialet er hovedsakelig benyttet som grunnlag for en beskrivelse av kjennetegnene ved hjemmetjenestene i bydelene, jf kapittel 3.

Kvalitative data

Vi har gjennomført intervjuer og dialog-/fokusgrupper i flere runder, og i flere varianter.

a) I alle bydelene gjennomførte vi semistrukturerte gruppeintervjuer med ulike nivåer i hjemmetjenesten (avdelingssjefer, seksjonsledere, enhetsleder). I disse intervjuene var vi hovedsaklig opptatt av å få kartlagt organiseringen av hjemmetjenestene, og rutiner for samhandling og samordning. Materialet fra disse intervjuene er primært benyttet som grunnlag for å beskrive hvilke modeller for organisering som finnes i bydelene, jf. kapittel 4 og analysene i kapittel 5.

b) I de fem bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø gjennomførte vi dialog-/fokusgrupper med ansatte i hjemmetjenesten. Her deltok ansatte fra bestillerkontorene, praktisk bistand og hjemmesykepleien. Vi var her primært opptatt av å kartlegge praksis i bydelen for utforming av vedtak og utføring av tjenesten med tanke på å ivareta fleksibilitet og brukerinnflytelse. Dette materialet er hovedsakelig benyttet til å beskrive rutiner for samhandling og samordning av tjenestene, jf. kapittel 6.

c) Vi intervjuet brukerrepresentanter fra de fem bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø. Vi ba om synspunkter på hvordan bydelene ivaretar fleksibilitet og brukerinnflytelse, og forslag til eventuelle forbedringer. Dette er oppsummert i kapittel 7.2.

d) Vi gjennomførte intervjuer med ledere i tre private leverandører av hjemmetjenester (City Maid, Carema og Prima Omsorg), og med Hjemmetjenesten for døve og Fransiskushjelpen. Vi intervjuet disse primært om deres oppfattelse av bydelenes praksis rundt vedtak og samhandling med utfører. Informasjonen er brukt som supplement til bydelenes beskrivelser og vurderinger av egen praksis, og er oppsummert i kapittel 6.3.

e) Det ble gjennomført en dialogkonferanse med et utvalg personer fra de fem bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø, samt representanter fra VST og HEV. Konferansen ble gjennomført den 19. mai, dvs. i etterkant av at vi hadde gått gjennom foreliggende dokumentasjon, og gjennomført de fleste av intervjuene. Hensikten med konferansen var å presentere kartleggingen og våre foreløpige funn, med tanke på å få supplerende informasjon og innspill fra bydelene. Vi har brukt suppleringene og innspillene fra bydelen i våre analyser av det foreliggende materialet.

2 SAMMENDRAG

2.1 Organisering av hjemmetjenestene

Bestiller-utførermodellen ligger til grunn for organiseringen av hjemmetjenestene. Modellen innebærer et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgaver) på den ene siden, og tjenesteproduksjonen (utføreroppgaver) på den andre. Bydelene har valgt noe ulike løsninger innenfor rammen av en bestiller-utførermodell.

Ni bydeler har "tonivåorganisering". Det vil si at de ikke har et avdelingsnivå mellom bydelsdirektørnivået og resultatenheter. De har gjerne assisterende bydelsdirektører med ansvar for oppfølging av resultatenheter. Tonivåorganiseringen er ofte begrunnet med ønsket om å se tjenester i en større sammenheng enn det en avdelingsstruktur gir rom for, og med ønsket om å bryte opp sektorgrenser.

Seks bydeler har "trenivåorganisering". Det vil si at de har en eller flere avdelinger, med avdelingssjefer, og med enheter/seksjoner etc. på nivået under. Dette er en modell som gjerne begrunnes med at den gir mulighet for helhetlig strategisk ledelse (avdelingssjef) og gir god koordinering mellom resultatenheter, og innenfor en sektor.

I kapittel 4 har vi oppsummert bydelenes organisering av hjemmetjenestene. Vi har her beskrevet bydelenes organisering av bestillerfunksjonen, og utførerfunksjonen i henhold til følgende tre prinsipper:

- Organisasjonsstruktur.
- Kompetanse.
- Fysisk struktur (lokalisering).

Erfaringmessig er samhandling og samordning av brukernes behov en hovedutfordring for å sikre fleksibilitet og brukerinnflytelse i en bestiller-utførermodell. Vi har sett på samordning og samhandling innenfor rammene av en bestiller-utførermodell som en viktig del av bydelenes organisering av hjemmetjenestene. Vårt utgangspunkt er at i en bestiller-utførermodell er:

- Samordning (mellom bestillersiden og utførerne og av tjenestene på utførersiden) en forutsetning for å kunne legge til rette for fleksibilitet.
- Samhandling (mellom bestiller og bruker og utfører og bruker) en forutsetning for å legge til rette for brukerinnflytelse.

Spørsmålet om bydelenes organisasjonsmodeller ivaretar hensynet til fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenestene har vi besvart ved å vurdere sammenhengen mellom organisasjonsprinsipper og muligheten til å ivareta samordning og samhandling.

2.2 Organisering, fleksibilitet og brukerinnflytelse

De organisatoriske valgene vil ha ulike styrker og svakheter med hensyn til å ivareta samordning og fleksibilitet, og derigjennom fleksibilitet og brukerinnflytelse. Utfordringen blir å kompensere for svakhetene og finne de gode grepene som styrker de løsningene som er valgt. Dette er en oppsummering av drøftingen i kapittel 5.

2.2.1 Organisering av bestillerfunksjonen

Organisasjonsstruktur

- I tonivåbydeler er bestillerfunksjonen og utførerne organisatorisk adskilte, og selvstendige resultatenheter på nivået under bydelsdirektørnivå. Samordningen må i hovedsak ivaretas på resultatenhetsnivå, men kan også ivaretas ved at en assisterende bydelsdirektør har ansvaret for oppfølging av både bestillerfunksjonene og utførerne i hjemmetjenesten.
- Fem bydeler med trenivåorganisasjon har organisert bestillerfunksjonen og utfører i samme avdeling. Det betyr at felles strategisk ledelse og samordning kan ivaretas av avdelingssjef. Enhetsleder for bestillerfunksjonen og lederne for utførerne vil sitte i avdelingens ledergruppe, noe som kan legge til rette for samordning på ledernivå.
- Alle bydelene har lagt behandling av søknader om hjemmetjenester til ett bestillerkontor. I ni bydeler behandler saksbehandlerne søknader enten om praktisk bistand eller hjemmesykepleie. Seks bydeler opplyser at saksbehandlerne behandler søknader både om praktisk bistand og hjemmesykepleie.
- Når saksbehandlerne "spesialiseres", enten innenfor praktisk bistand eller hjemmesykepleie, vil de ha en tjeneste å konsentrere seg om, de har færre enheter å samarbeide med, og de kan trolig ha tettere dialog med sine utførerenheter. Geografisk arbeidsdeling mellom saksbehandlerne er et alternativ og/eller et supplement som kan styrke kontakten og derigjennom samordningen mellom saksbehandlerne og utførerne.

Kompetanse

- De fleste bydelene har tverrfaglig kompetanse i sin bestillerenhet. Sykepleiefaglig kompetanse er den dominerende når det gjelder vedtak om hjemmetjenester, supplert med helsefagarbeidere, hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere.
- Tverrfaglighet i bestillerfunksjonen er viktig for å kunne foreta vurderinger som tar hensyn til helheten i tjenestetilbudet og bidra til at de brukerne som har de mest sammensatte behovene kan ivaretas.

Fysisk struktur (lokalisering)

- Seks bydeler har bestillerfunksjonen og utførerne av hjemmetjenester (eller noen av utførerne) geografisk plassert på samme adresse, dvs. samlokalisering. Ni bydeler har bestiller og utfører geografisk skilt.
- Den fysiske nærheten samlokalisering gir, kan styrke dialogen og samordningen mellom bestiller og utfører. Den formelle og den uformelle kontakten mellom bestiller og utfører blir tettere, og det er lettere å ha direkte kontakt mellom de ansatte i bestillerenheten og utførerene.

2.2.2 Organisering av utførerfunksjonen*Organisasjonsstruktur*

- Alle bydelene, med unntak av Bydel Nordre Aker, har organisatorisk delt hjemmetjenestene i egne enheter for praktisk bistand og hjemmesykepleie. Et slikt skille kan bidra til å tydeliggjøre tjenestene og de enkelte hjelpernes roller i utførernes samhandling med brukeren. Men på den andre siden kan et slikt skille være utfordrende å kommunisere til brukerne, som kan oppleve det forvirrende at hjemmetjenestene består av ulike enheter.
- 12 bydeler har etablert en felles lederfunksjon for den samlede hjemmetjenesten, i tillegg til at de har tjenesteledere for praktisk bistand og hjemmesykepleie. Felles ledelse gir mulighet til å se de to tjenestene i sammenheng, etablere en felles forståelse av policyområder og utvikling og kan gi bedre samordning mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie.
- Et flertall av bydelene har samlet sett 3-4 enheter innenfor hjemmetjenesten. Det er seks bydeler som har mer enn fire enheter. Et flertall av bydelene har flere hjemmesykepleierenheter enn enheter for praktisk bistand.
- Det er en tendens til at bydelene øker antallet organisatoriske hjemmetjenesteenheter, og/eller deler enheter opp i mindre ansvarsgrupper, eksempelvis i henhold til geografi, innenfor organisatoriske enheter. En slik oppsplitting kan øke behovet for samordning og bruk av formelle samordningsinstrumenter, både mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie, og internt innenfor den enkelte tjeneste.
- På den andre siden legger flere organisatoriske enheter eller ansvarsgrupper til rette for å bruke et mindre antall helpere hos hver enkelt bruker. Det bygger et tillitsforhold mellom helper og bruker, bedrer dialogen, og gjør det lettere for utfører å fange opp brukers ønsker. Med mer "faste" helpere og tettere kontakt vil brukeren kunne få mer innflytelse på utføringen av tjenesten i samarbeid med sin(e) helpere.
- Et flertall av bydelene har egne enheter for en del av de spesialiserte tjenestene som har grensesnitt til hjemmetjenesten, eksempelvis rehabilitering, psykisk helse og dagtilbud og botilbud. Dette er gjort av hensyn til behovet for spesialisering og større kompetansemiljø.

- Dette krever samordning av tjenestetilbudet på tvers av organisatoriske enheter, og økt bruk av formelle og uformelle samordningsinstrumenter, særlig overfor brukere som har flere kommunale tjenester.
- Egne enheter for spesialiserte tjenester kan også gi utfordringer i samhandlingen med disse brukerne. Dette stiller krav til at det blir gitt enhetlig informasjon, og at de ulike enhetene til tross for ulik organisatorisk tilhørighet, framstår med et enhetlig tjenestetilbud overfor brukeren.

Kompetanse

- Det er noe variasjon mellom bydelene med hensyn til fordelingen av antall besøk innenfor henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie. Vårt inntrykk er at dette i noen grad skyldes ulik vedtakspraksis. Bydeler med lav andel besøk innenfor praktisk bistand ser ut til å fatte vedtak om hjemmesykepleie for alle typer pleietjenester, mens bydeler med høy andel besøk innenfor praktisk bistand fatter flere vedtak om praktisk bistand for lettere pleietjenester.
- Vi ser at profilen i hjemmetjenesten i stor grad gjenspeiles i kompetansesammensettingen. Det vil si at når praktisk bistand utfører pleieoppgaver, er det en relativt høy andel hjelpeleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere innenfor enhetene for praktisk bistand.
- Når en større del av tjenesten utføres innenfor samme enhet (praktisk bistand), kan behovet for samordning mellom utførerne reduseres. Samtidig krever dette tydelig avklaring av hvilke pleiefaglige oppgaver praktisk bistand kan utføre. Det kan være utfordringer i grensetilfeller. På den andre siden krever det mer faglig samordning mellom praktisk bistand og hjemmesykepleiene når tjenestene er mer "like" enn tilfellet er når profilene er mer rendyrkede.
- Når praktisk bistand kan utføre pleiefaglige oppgaver kan det også gi grunnlag for at det er færre hjelpere som er ute hos den enkelte bruker. Det kan bidra til tettere kontakt, og bedre samhandling mellom utfører og bruker.

Fysisk struktur (lokalisering)

- Sju bydeler har en sentralisert modell for sine hjemmetjenester, dvs. de har samlokalisert sine enheter innenfor hjemmetjenesten på samme adresse. Åtte bydeler har en desentralisert organisasjonsstruktur for sine utførere innenfor hjemmetjenestene, dvs. de er lokalisert på forskjellige adresser i bydelen
- En sentralisert modell styrker det formelle samarbeidet og samordningen mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand, og mellom de organisatoriske enhetene innenfor de to tjenestene. Det er lettere å få til møter og felles aktiviteter, det stimulerer den uformelle kontakten og det praktiske samarbeidet mellom enhetene, og det gir grunnlag for å skape en felles organisasjonskultur og en følelse av kollektivt fellesskap i hjemmetjenestene.

- En desentralisert modell korter ned reisetiden for de ansatte i tjenesten, og legger bedre til rette for at tjenestene kan være fleksible med hensyn til endringer i tidspunkt etc. Utførerene og hjelperne er lokalisert nær brukerne innenfor sitt ansvarsområde, og dette kan styrke samhandlingen med brukerne.

2.3 Hvordan øke fleksibilitet og brukerinnflytelse

Vår vurdering er at økt fleksibilitet og brukerinnflytelse kan oppnås både ved organisatoriske tiltak, og ved å forbedre rutinene for samhandling og samordning. I kapittel 8 viser vi til eksempler som kan øke bydelenes evne til å tilby fleksible hjemmetjenester og gi brukerne innflytelse på utforming og utførelse av tjenesten.

2.3.1 Økt fleksibilitet i bestiller-utførermodellen

Vårt inntrykk er at de fleste bydelene arbeider systematisk med å styrke samarbeidet mellom bestiller og bydelens egne utførere. Nøkkelen til fleksibilitet i bestiller-utførermodellen ser ut til å være å finne tilpasninger som reduserer avstanden mellom bestiller og utfører. Bydelene bør unngå å praktisere modellen i sin mest ekstreme form med vanntette skott mellom bestiller og utfører, og skape en felles tilnærming til utforming og utvikling av tjenesten i bydelen. I intervjuene med bydelene er de tydelige på at det er gode ordninger for samarbeid mellom bestiller og utfører som skaper en felles tilnærming i bydelen.

2.3.2 Samordning mellom bestillerkontorene og utførerne

En rekke bydeler opererer med samarbeidsavtaler mellom bestillerkontorene og bydelens utførerenheter der arbeidsdeling, rutiner og praksis er nedfelt. Vår vurdering er at denne typen samarbeidsavtaler kan bidra til et ryddigere forhold mellom bestiller og utfører. Det synes som om det kan klargjøre ansvar på en god måte. Det gir mulighet til for eksempel formelle avklaringer rundt prinsipper for utforming av vedtak og rutiner for dialog og møter m.m.

De fleste bydelene har faste møter mellom bestiller og bydelens utførerenheter. Vårt inntrykk er at bydelene har god erfaring med regelmessige møter på ulike nivåer, og at dette er et viktig bidrag til god samordning mellom bestiller og utfører. Samtidig merker vi oss at det, med ett unntak, ikke er noen bestillerkontor som har regelmessige møter med sine private utførere. Vår vurdering er at bydelene må styrke sin kontakt med de private leverandørene, særlig i lys av at brukervalg skal innføres for hjemmesykepleie. Bydelene kan bl.a. vurdere å inngå egne samarbeidsavtaler med de private leverandørene, etter modell fra de avtalene som eksisterer mellom bestillerkontorene og utførerne i en del bydeler.

Vår vurdering er at det å ha et samsvar i ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører kan være et godt grep for å styrke samhandlingen mellom bestiller og utfører. Et eksempel er Bydel Nordre Aker der bestiller har fordelt saksansvaret til saksbehandlerne ut fra en geografisk inndeling som tilsvarer den geografiske inndelingen av bydelens tre utførerenheter. Dette synes å gi rom for bedre og tettere dialog mellom bestiller og utfører.

Gjennomgående er det vanligere å fatte korte førstegangsvedtak for hjemmesykepleie enn praktisk bistand. Samtidig ser vi at noen bydeler er bevisste på å fatte generelle vedtak med kort virketid for alle typer vedtak om hjemmetjenester. Dette tillegger bestiller et ansvar for raskt å foreta en revurdering av vedtaket, i tett samspill med utfører.

Vår vurdering er at en slik praksis kan gi bedre mulighet til å tilpasse tjenesten etter en nærmere vurdering, og gir bruker mulighet til selv å påvirke hvordan tjenesten skal gis. Dette kan være med på å øke fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenesten, men må balanseres opp mot brukerens behov for trygghet (langsiktighet), og kravene til brukers rettssikkerhet.

2.3.3 Samordning på utførersiden

De fleste bydelene bruker koordineringsgrupper/ansvarsgrupper som samordningsmekanisme. Men det varierer om det oppfattes som et godt virkemiddel. Uavklarte ansvarsforhold synes å hindre effektiv bruk av dette samordningsinstrumentet. Bydelene må avklare ansvarsforhold rundt disse gruppene, for at det skal være et nyttig verktøy for samordning.

Det er generelt lite bruk av individuell plan som samordningsmekanisme for brukere av hjemmetjenester. Vi stiller spørsmål ved om individuell plan i tilstrekkelig blir brukt for denne brukergruppen i bydelene. Vår vurdering er at brukergruppen for hjemmetjenester ikke på generelt grunnlag kan defineres bort som aktuelle for en individuell plan, slik enkelte bydeler synes å gjøre. Dette må vurderes for hvert enkelt tilfelle. Det må da også vurderes opp mot det som er alternativene, eksempelvis om samordningen kan ivaretas gjennom den ordinære virksomheten, eller utelukkende ved hjelp mekanismer som ansvarsgrupper etc.

Kravet til samhandling og samordning av tjenestene vil øke når det skal innføres brukervalg i hjemmesykepleie. Enkelte private leverandører har i intervjuene uttrykt bekymring for hvordan bydelen skal håndtere denne situasjonen. Vårt inntrykk er at det er lite kontakt mellom private og kommunal utfører, og at de private utførernes kommunikasjon med bestillerenhetene i bydelene ikke fungerer optimalt. Vi mener at dette er en utfordring som bestillerkontorene, de kommunale utførerne og de private utførerne må løse i fellesskap.

2.3.4 Samhandling mellom bestillerkontorene og brukerne

Vårt inntrykk at mange bestillerkontor kan bli bedre på samhandlingen med brukerne i forbindelse med at de skal fatte et vedtak. Det er betenkelig at relativt mange bestillerkontor ikke får til å gjennomføre et førstegangsbesøk. Vi er oppmerksomme på at dette i en del tilfeller dreier seg om mangel på ressurser på bestillerkontorene, og/eller faglige vurderinger av at det ikke er nødvendig for det hjelpebehovet som finnes. Men vår vurdering er at et førstegangsbesøk er den beste måten å innlede en dialog med brukeren på, og bør etter vår vurdering prioriteres dersom det skal legges til rette for brukerinnflytelse både i vedtaksutformingen og i videre tjenesteutvikling.

2.3.5 Samhandling mellom utførerne og brukerne

Et velfungerende primærkontaktsystem er viktig for å sikre en god dialog med brukeren. Bydelene må prioritere å gi brukerne en person hos utfører å forholde seg til for å sikre brukerinnflytelse og for å sikre at brukerens behov og ønsker fanges opp. Dette fungerer lite tilfredsstillende i mange bydeler og bør forbedres.

Flere bydeler synes å organisere utførerenhetene i mindre enheter, enten gjennom formelle strukturer, dvs. mange enheter, eller gjennom geografisk ansvarsdeling innenfor større enheter. Vår vurdering er at dette kan være et godt grep med tanke på redusere antallet hjelpere brukeren må forholde seg til, og derigjennom også bidra til å styrke samhandlingen mellom utfører og bruker. Men det er verdt å merke seg at dette gjør enheter mer sårbare for sykefravær etc. Slike løsninger krever derfor at det er fleksibilitet med hensyn til å bruke personalet på tvers av grupper og enheter.

Bydelene bør være opptatt av å gi brukeren løpende informasjon om tjenesten. Det gjelder for eksempel informasjon om hvem som kommer, tidspunkt for å utføre tjenesten og eventuelle endringer og forsinkelser. Vårt inntrykk er at dette er et område som mange bydeler må forbedre. Det er generelt ikke gode nok rutiner og praksis i bydelene for å kommunisere endringer og forsinkelser til brukerne. Det er støtte for et slikt inntrykk i brukerundersøkelser der de fleste bydeler scorer lavt på denne typen spørsmål, og vesentlig lavere enn de private leverandørene.

3 HJEMMETJENSTENE I OSLO KOMMUNE

I dette kapittelet gir vi et bilde av hjemmetjenestene i Oslo kommune. Vi har her trukket ut det vi mener har størst betydning for våre vurderinger og analyser i den videre framstillingen.

3.1 Hva er hjemmetjenester?

Bydelene har ansvar for hjemmetjenester til eldre, funksjonshemmede og andre med særlig behov for hjelp i hjemmet. Innbyggere kan søke bydelen om hjemmetjenester. Ordningen er behovsprøvd, slik at det kun er personer med særskilte behov som vil få ordningen innvilget. Hvor mye hjelp vedtaket omfatter, blir fastsatt av bydelenes søknadskontorer (bestillerkontorer) ut fra en individuell vurdering av behovet.

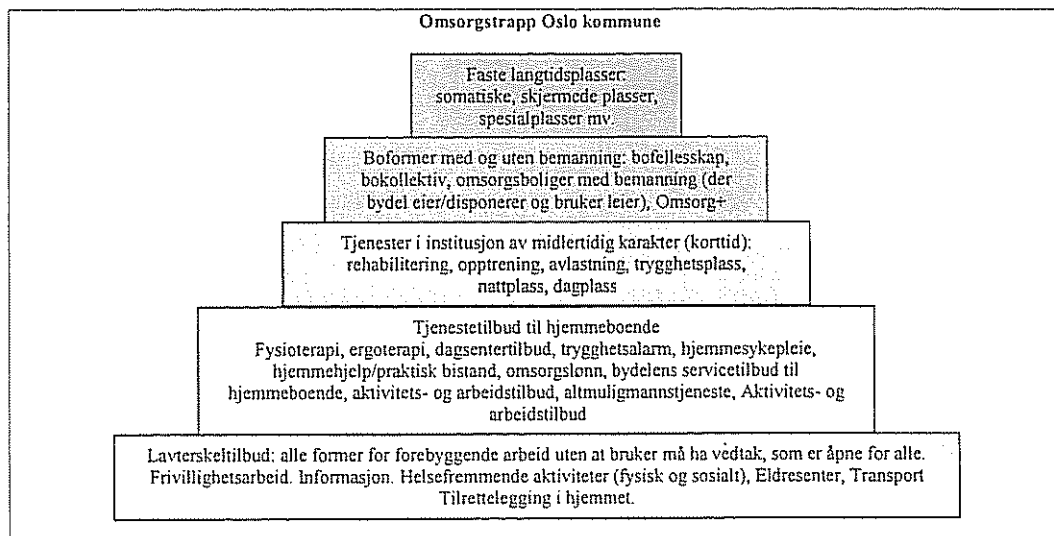
I hovedsak består hjemmetjenester av to typer tjenester, hjemmesykepleie og praktisk bistand.¹

- **Hjemmesykepleie** er en døgntilgjengelig tjeneste som utfører pleietjenester, hjelp og veiledning til hjemmeboende syke eller funksjonshemmede, som for eksempel sårstell, smertebehandling, medisintilbringelse og omsorg ved livets slutt. Hjemmesykepleien formidler også kontakt med lege, sykehjem o.a. Hjemmesykepleie er gratis, og gis i henhold til Kommunehelsetjenesteloven.
- **Praktisk bistand** (hjemmehjelp) blir gitt til personer som ikke kan ta omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål pga. sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker. Dette kan for eksempel være hjelp til personlig hygiene, matlaging, renhold og i enkelte tilfeller handling og klesvask. Betaling for hjemmehjelp skjer etter betalingsevne. Satsene vedtas årlig av bystyret. Praktisk bistand gis i henhold til Sosialtjenesteloven.

3.2 Omsorgstrappa

I bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo (Byrådssak 34/08) legges det til grunn at tjenesteutviklingen innenfor omsorgstjenester skal skje på grunnlag av LEON-prinsippet. LEON står for Laveste Effektive OmsorgsNivå, og innebærer at den mest effektive hjelpen er den som kan ytes så nær brukerens utgangspunkt som mulig. Hjelpen skal bidra til at den enkelte kan opprettholde eller reetablere mest mulig av sine normale egenomsorgsaktiviteter i sitt vanlige miljø. Omsorgstrappen er en visuell framstilling av LEON-prinsippet, og viser hvordan omsorgstjenestene bør innrettes for å møte flest mulig med et riktig tjenestetilbud.

¹ Framstillingen er basert på omtalen som gis på Oslo kommune og bydelenes egne nettsider:



Figur 3-2 Omsorgstrappa i Oslo kommune. Kilde: "Eldreomsorg i Norge, utviklingstrekk og utviklingsmuligheter" (GeriPlan 1999)

Modellen har to sentrale overordnede prinsipper:

- De som trenger hjelpen mest skal prioriteres først og få tjenester før brukere med mindre behov.
- Pasienter skal overflyttes til lavere omsorgsnivåer når behovene reduseres.

Brukeren skal kunne bevege seg både oppover og nedover i tjenestekjeden, og nyte godt av et så tilpasset tilbud som mulig. Dette betyr bl.a. at en av de største utfordringene ligger i å finne en god balanse mellom de ulike tjenestetilbudene, og mellom omfang og tilbud av tjenestene.

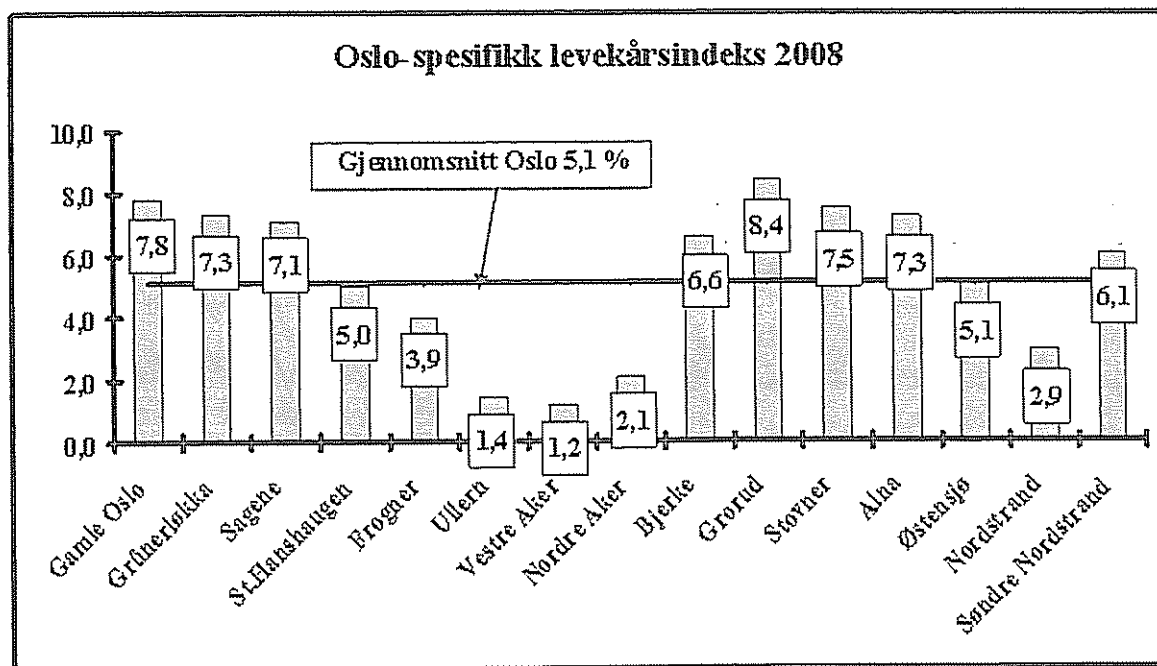
I intervjuene med bydelene har enkelte av dem gitt uttrykk for at det har vært en klar målsetting å utvikle sitt samlede tjenestetilbud i tråd med LEON-prinsippet. Med dette som bakteppe, er det interessant å se hvordan befolkningssammensetningen er i de ulike bydeler og hvordan bildet ser ut med hensyn til fordeling mellom brukergrupper og bruk av hjemmebaserte tjenester.

3.3 Omfanget av tjenester

Den følgende framstillingen er basert på data fra 2008, der kildene er SSB og bydelstatistikken fremskaffet og tilrettelagt av Utviklings- og kompetanseetaten i Oslo kommune (UKE). Unntaket er den Oslo-spesifikke levekårsindeksen som er presentert i figur 3-3, som er basert på data fra 1.1.2008 og året 2007.

3.3.1 Kort om befolkningssammensetning

Befolkningssammensetning i bydelene i Oslo varierer både med hensyn til størrelse og levekår. Dette fører til at tjenestetilbudet innenfor pleie og omsorg varierer mellom bydelene. Levekårsindeksen for Oslo gir et overordnet bilde av hvordan dette ser ut:

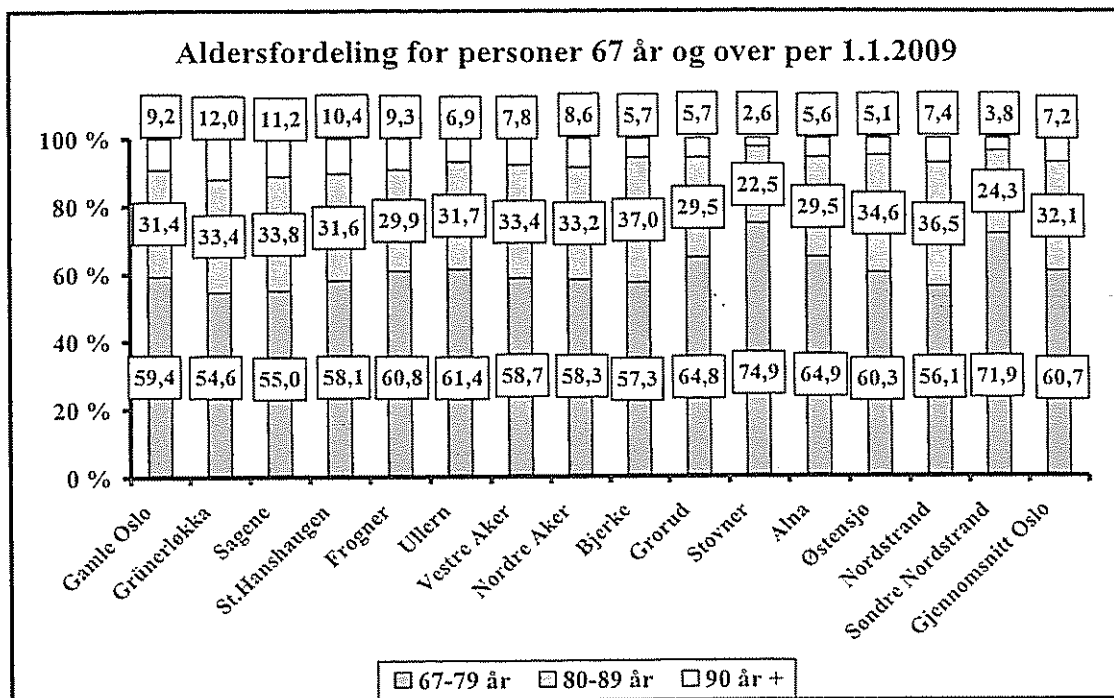


Figur 3-3. Oslo-spesifikk levekårsindeks 2008 - basert på data fra 1.1.2008 og året 2007. Kilde: Bydelssstatistikken

Levekårsindeksen er en egendefinert levekårsindeks for Oslo. Den er sammensatt av 10 variable som samlet gir et uttrykk for levekår og sosioøkonomiske forhold både for kommunen som helhet og den enkelte bydel. I indeksen tilsier lav score relativt sett gode levekår, mens høy score tilsier relativt sett dårlige levekår.

Indeksen viser et samlet gjennomsnitt for Oslo på 5,1 med store variasjoner mellom bydelene. Ytterpunktene er henholdsvis representert ved relativt sett gode levekår i bydelene Vestre Aker og Ullern, og bydelene Grorud og Gamle Oslo med relativt sett dårlige levekår. Tallene i figur 3-3 er for 2007.

For å si noe nærmere om dagens og fremtidens behov for pleie og omsorgstjenester innen den enkelte bydel og kommunen samlet, har vi sett nærmere på befolkningens alderssammensetning for innbyggere over 67 år.



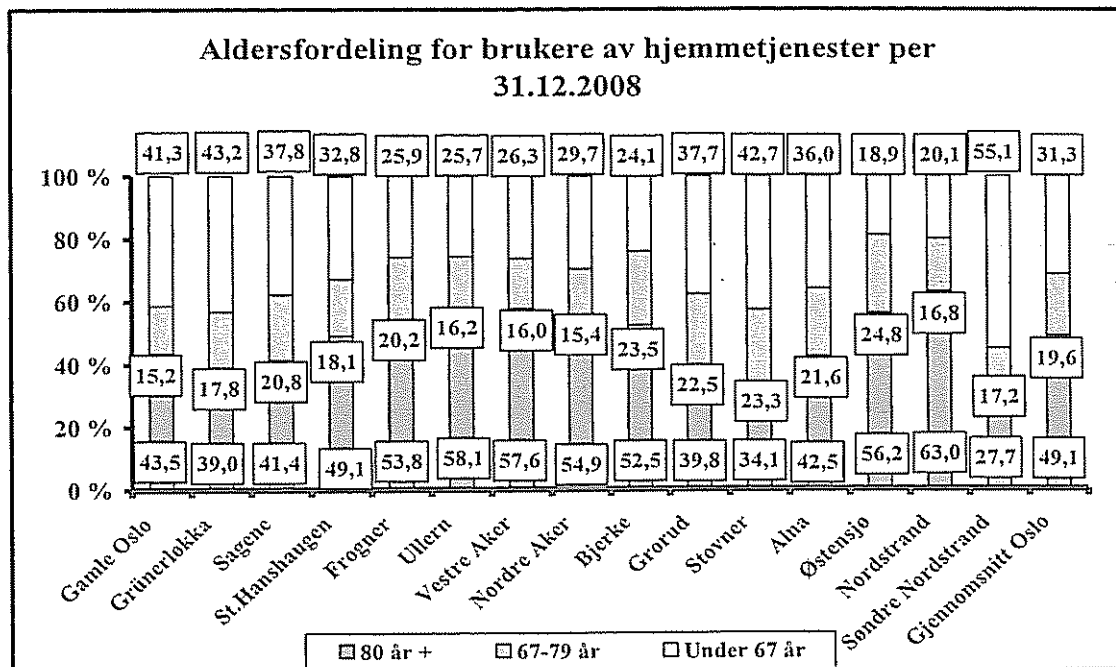
Figur 3-4. Befolkningens alderssammensetning for innbyggere over 67 år per 1.1.2009. Kilde: Statistisk sentralbyrå

I hovedtrekk viser dette:

- Aldersgruppen 67-79 år: variasjon mellom 54,6 % (Grünerløkka) og 74,9 % (Stovner).
- Aldersgruppen 80 -89 år: variasjon mellom 22,5 % (Stovner) og 36,5 % (Nordstrand).
- Aldersgruppen 90+: variasjon mellom 2,6 % (Stovner) og 12 % (Grünerløkka).

3.3.2 Fordeling mellom brukergrupper

Videre kan vi se på aldersfordelingen for brukere av hjemmetjenester for innbyggere over 67 år i Oslo.



Figur 3-5. Aldersfordeling for brukere av hjemmetjenester per 31.12.2008. Kilde: Bydelsstatistikken

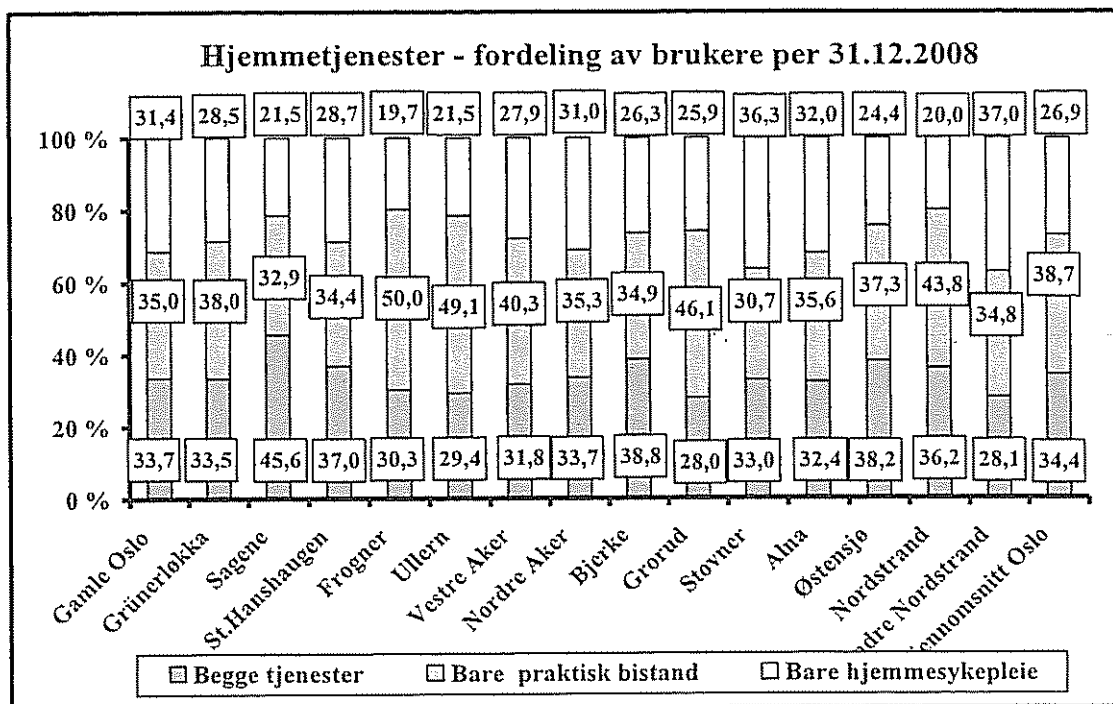
Figur 3-5 viser at 49,1 % av brukerne av hjemmetjenester er over 80 år. Videre utgjør aldersgruppen under 67 år 31,3 % og aldersgruppen 67-79 år 19,6 % av de som er brukere av hjemmetjenester i Oslo.

Variasjonen i alderssammensetningen mellom de ulike aldersgruppene er til dels store mellom bydelene. Eksempelvis ser vi at i Bydel Søndre Nordstrand utgjør aldersgruppen over 80 år 27,7 % av brukerne, mens tilsvarende tall for Bydel Nordstrand er 63 %.

Bydel Søndre Nordstrand er videre den bydelen med høyest andel brukere av hjemmetjenester under 67 år (55,1 %). Motsatt ytterpunkt er Bydel Østensjø der denne brukergruppen utgjør 18,9 %.

Ser vi på aldersgruppen 67-79 år, er Østensjø den bydelen i Oslo med høyest andel brukere i denne kategorien. Her utgjør denne andelen 24,8 %, mens tilsvarende tall for Bydel Gamle Oslo er 15,2 %.

Befolkningens aldersfordeling for brukere av hjemmetjenester gir også indikasjoner på fordeling av brukere innenfor henholdsvis hjemmesykepleie og praktisk bistand.



Figur 3-6. Hjemmetjenester - fordeling av brukere per 31.12.2008. Kilde: Bydelsstatistikken

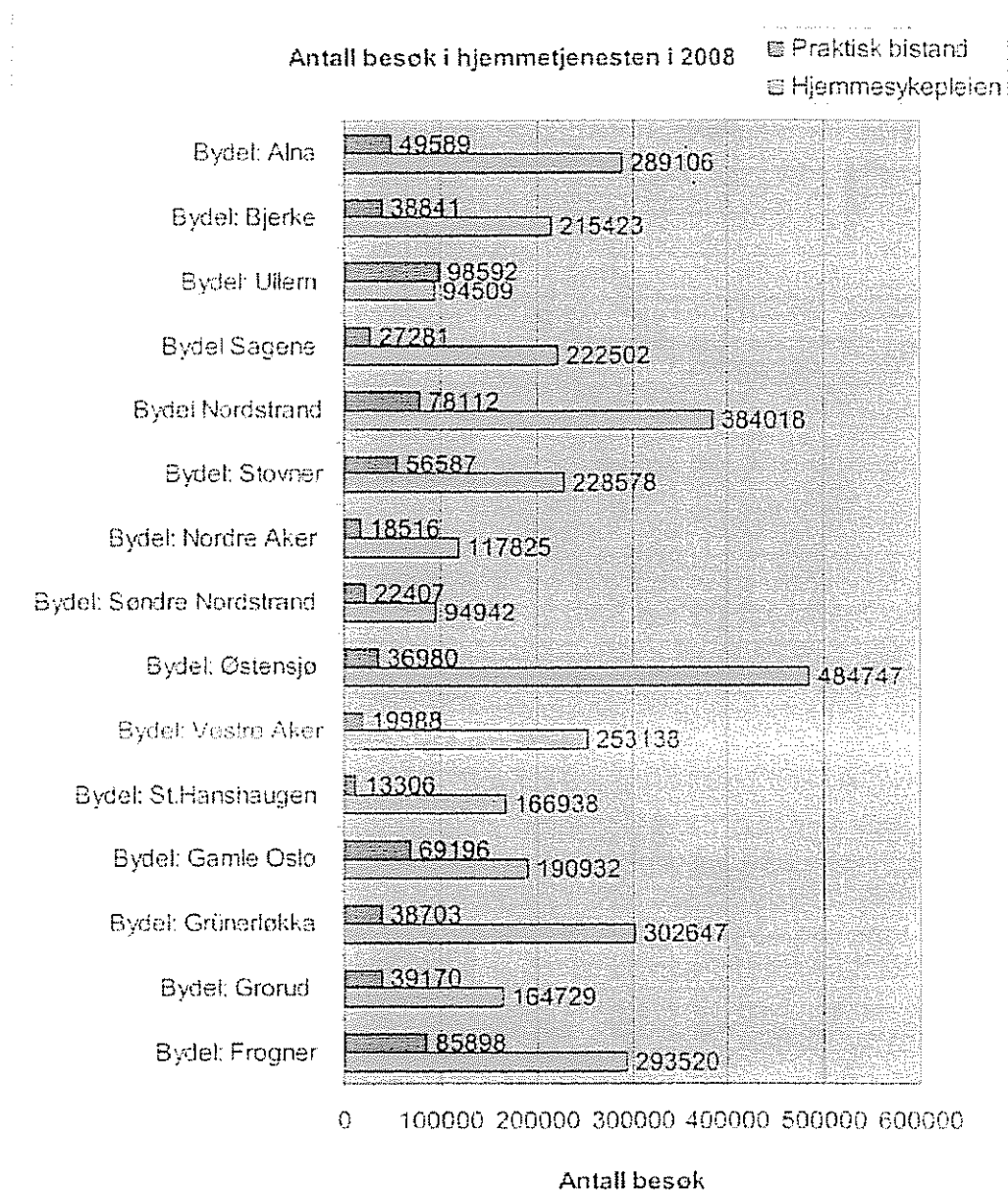
Kommunens tall pr. 31.12. 2008, viser at gjennomsnittlig fordeling mellom tjenestene er:

- 34,4 % av brukerne har behov for både hjemmesykepleie og praktisk bistand
- 26,9 % av brukerne har bare hjemmesykepleie
- 38,7 % av brukerne har bare praktisk bistand

Fordelingen på tjenestene mellom bydelene viser også til dels store variasjoner.

- For brukere som bare benytter praktisk bistand, varierer fordelingen mellom 32,9 % (Bydel Sagene) og 49,1 % (Bydel Ullern).
- For brukere av bare hjemmesykepleie, ligger fordelingen mellom 20 % (Bydel Nordstrand) og 37 % (Bydel Søndre Nordstrand).
- Når det gjelder andelen brukere som har begge tjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand) varierer dette mellom 28 % (Bydel Grorud) og 45,6 % (Bydel Sagene).

For å få et bilde av omfanget av hjemmebaserte tjenester, viser vi i figur 3-7 en oversikt over faktiske besøk som er gjennomført av de kommunale leverandørene i 2008. I tillegg til disse besøkene utføres om lag 20 % av tjenestene innen praktisk bistand i Oslo kommune samlet av private leverandører, med store forskjeller mellom bydelene.



Figur 3-7. Antall besøk i hjemmetjenesten fordelt på hjemmesykepleie og praktisk bistand. Tallene er eks. private leverandører. Kilde: Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer. Rapportering for 2008.

I figur 3-8 har vi beregnet den prosentvise fordelingen mellom besøk i hjemmesykepleien og praktisk bistand samlet og for den enkelte bydel.

Bydel	Hjemmesykepleie	Praktisk bistand
Alna	85,4	14,6
Bjerke	84,7	15,3
Frogner	77,4	22,6
Gamle Oslo	73,4	26,6
Grorud	80,8	19,2
Grunerløkka	88,7	11,3
Nordre Aker	86,4	13,6
Nordstrand	83,1	16,9
Sagene	89,1	10,9
St.Hanshaugen	92,6	7,4
Stovner	80,2	19,8
Søndre Nordstrand	80,9	19,1
Ullern	48,9	51,1
Vestre Aker	92,7	7,3
Østensjø	92,9	7,1
Sum snitt alle bydeler	82,5	17,5

Figur 3-8. Prosentvis andel av besøk i hjemmesykepleie og praktisk bistand. Kilde: Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer. Rapportering for 2008.

Bildet viser en gjennomgående betydelig høyere andel besøk innenfor hjemmesykepleie i alle bydeler, med unntak av Bydel Ullern der fordelingen er relativt lik mellom praktisk bistand (51,1 %) og hjemmesykepleie (48,9 %). For Oslo kommune samlet fordeles besøkene med 82,5 % innenfor hjemmesykepleie og 17,5 % innenfor praktisk bistand. Bydelene Østensjø (92,9 %), Vestre Aker (92,7 %) og St.Hanshaugen (92,6 %) ligger høyest over gjennomsnittet for andel besøk i hjemmesykepleien. I tillegg til Bydel Ullern, er bydelene Frogner (77,4 %) og Gamle Oslo (73,4 %) blant de bydeler der andelen besøk i hjemmesykepleien ligger lengst under gjennomsnittet for alle bydelene.

3.3.3 Tilleggstjenester

Bare fire bydeler tilbyr i dag tilleggstjenester innenfor praktisk bistand. Det gjelder bydelene Frogner, Gamle Oslo, Grunerløkka, og Nordstrand. Flere bydeler opplyser at de har tilbudt dette tidligere, men manglende etterspørsel har ført til at dette ikke lenger tilbys. Andre bydeler har bevisst valgt å ikke tilby tilleggstjenester og har definert dette utenfor sin kjernevirksomhet.

Eksempler på tilleggstjenester som tilbys i disse bydelene er:

- Rengjøring utover vedtak.
- Ekstra matlaging.
- Rydding i hus og boder.
- Følge til lege etc.
- Vinduspuss.
- Bistand til innkjøp av klær, sko etc.
- Sosiale aktiviteter.
- Stell og reparasjon av klær og gardiner mm.

De bydeler som tilbyr tilleggstjenester, opplyser om dette via sine nettsider, og en av bydelene markedsfører disse tjenestene gjennom eget brosjyremateriell.

De private leverandørene av hjemmetjenester har i større grad tilbud om tilleggstjenester utover de tjenester som fattes gjennom formelle vedtak. Her ser vi noe variasjon avhengig av bedriftens tjenestespekter. De fleste private leverandørene tilbyr tjenester innenfor praktisk bistand som:

- Handling.
- Husarbeid.
- Klesvask.
- Sengetøyskift.
- Personlig stell.
- Enklere matlaging.
- Rydde.
- Pante flasker.
- Kaste aviser.
- Stryking.
- Skifting av lyspærer m.m..
- Følge til lege, offentlige kontorer.
- Sosialt samvær som lesing, cafébesøk m.m..
- Pynting og rydding ved behov.
- Hageservice.
- Kulturelle aktiviteter (dans, musikk, litteratur m.m.).
- Boligsjekk.

Noen av de private leverandørene innen praktisk bistand tilbyr også sykepleietjenester. Dette kan være tjenester knyttet til:

- Stell, pleie og oppfølging ved sykdom.
- Måling av blodtrykk / blodsukker.
- Medikamenthåndtering.
- Sårbehandling / behandling av kroniske sår.
- Omsorg og pleie ved livets slutt.
- Blåresepthåndtering.

Tjenestene markedsføres som et supplement til vedtakstimene fra kommunen og faktureres etter egen prislister.

I tillegg tilbys noe mer spesialrettede tjenester innen hjemmebaserte tjenester fra den kommunale hjemmetjenesten for døve og døvblinde og Fransiskushjelpen. Dette beskrives noe nærmere i kapittel 6.

3.4 Forståelse av direkte brukertid

Vårt inntrykk er at de aller fleste bydelene har et bevisst forhold til direkte brukertid og definisjonen av dette. Vi oppfatter at de fleste definerer dette som den tid som brukes ute hos bruker, såkalt "ansikt til ansikt tid" (ATA – tid).

Samtidig stiller flere bydeler spørsmål ved andre bydelers definisjoner og hva som faktisk registreres som direkte brukertid. Det kan være et signal om at en felles forståelse rundt dette kan bli enda bedre.

Vi er kjent med at det er nedsatt en arbeidsgruppe gjennom bestiller- utførernettverket som skal komme med innspill til en felles forståelse av brukertid. Vi har ikke gått lenger inn i denne problemstillingen, men oppfatter at dette arbeidet har oppmerksomhet i bydelene og tror en ytterligere presisering av rutiner knyttet til registrering kan være nyttig for å skape en felles forståelse av hva som ligger i begrepet.

Det vil også være nødvendig hvis man ønsker å drive bevisst sammenlikning av direkte brukertid mellom bydelene. Det vil også være helt sentralt med en slik felles forståelse ved innføring av brukervalg for hjemmesykepleietjenestene.

Vi har ellers gjennom intervjuene fått enkelte tilbakemeldinger fra noen bydeler på at mål om direkte brukertid for praktisk bistand (65 %) er for høyt. Dette kan avhenge av bydelens geografiske størrelse og relativt lang reisetid til brukerne og fordelingen av oppgaver mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie i forbindelse med vedtaksutforming (justeringer i vedtakene, vedtakstid, prinsipper for fordeling) m.m.

4 BYDELENES ORGANISERING AV HJEMMETJENESTENE

Innføring av bestiller- og utførermodellen i bydelenes hjemmetjenester og brukervalg for praktisk bistand, førte til at bydelene på ulike måter måtte omorganisere sine hjemmetjenester. Innenfor rammene av modellen organiserer bydelene sine bestillerkontor og utførerenheter på noe forskjellige måter.

Første del av dette oppdraget dreier seg om å beskrive hvilke organisatoriske variasjoner som finnes. I dette kapittelet vil følgende spørsmål belyses:

- Hvilke overordnede prinsipper ligger til grunn for organiseringen i bydelene?
- Hvilke prinsipper ligger til grunn for bydelenes organisering av hjemmetjenestene?
 - Formell organisasjonsstruktur
 - Kompetanse
 - Fysisk organisering/lokalisering
- Hvordan organiseres bydelenes bestillerkontor?
- Hvordan organiserer bydelene sine utførerenheter?

Beskrivelsene baserer seg dels på bydelenes nettsider og dels på intervjuene som er gjennomført med alle bydelene. Her framkommer det at noen bydeler kan ha midlertidige løsninger, for eksempel på grunn av vakanse i lederstillinger, eller at de er inne i en endringsprosess der organisasjonsløsningene vurderes. Vi tar således forbehold om at noen beskrivelser kan avvike fra bydelenes faktiske organisasjonsløsninger i dag.

I tillegg vil vi presisere at vi i systematiseringen baserer oss på grovkategorier og hoveddimensjoner. Det vil si at det innenfor kategoriene i noen grad vil finnes variasjoner i de organisatoriske løsningene.

4.1 Overordnede prinsipper for organisering

Organisatoriske forhold er viktig i den forstand at det utgjør noen viktige forutsetninger for å kunne legge til rette for god kvalitet i tjenesten. Det legger til rette for og kan være et virkemiddel for å gi brukerne et godt tjenestetilbud. I tillegg vil noen organisatoriske forhold i seg selv være viktige for brukernes vurderinger av kvaliteten i tjenesten.

I norske kommuner er det gjennomført en utstrakt utflating av hierarkiene i virksomheten.

Tonivåorganisering eller "resultatenhetsmodell" avvikler det tradisjonelle etatsnivået som et mellomledd mellom øverste ledelse (rådmann, bydelsdirektør) og kommunens ulike virksomheter. Øverste leder delegerer i en slik modell ansvar og myndighet direkte til de enkelte resultatenhetslederne.

I en trenivåorganisering opprettholdes avdelingssjefer som ansvarlige ledere for en helhetlig sektor, mens enhetsledere ofte vil være seksjonsledere eller tilsvarende.

Også i Oslo kommune har dette vært en løpende vurdering innad i de enkelte bydeler, der bydelsdirektørene har hatt ansvar for å organisere sin virksomhet innenfor bydelene.

Hva er status i bydelene med hensyn til to- og trenivåorganisering?

Tonivåorganisering	Trenivåorganisering
6 bydeler	9 bydeler
Alna, Bjerke, Frogner, Nordstrand, Stovner, Ullern	Gamle Oslo, Grorud, Grünerløkka, Nordre Aker, Sagene, St. Hanshaugen, Søndre Nordstrand, Vestre Aker, Østernsjø

Tabell 4-1 Kategorisering av to- vs. trenivåorganisering i bydelene.

- Ni bydeler har en trenivåmodell der ledere for bestillerenhet og utførere rapporterer til avdelingssjefer
- Seks bydeler har en tonivåmodell med resultatenhetsledere der leder for bestillerenheten og den kommunale utføreren rapporterer direkte til bydelsdirektørnivå

4.1.1 Tonivåbydeler

Slik vi oppfatter det har tonivåorganiseringen i bydelene noen litt ulike varianter når det gjelder organiseringen rundt bydelsdirektøren.

I noen bydeler er det en eller flere assisterende bydelsdirektører som supplerer bydelsdirektøren i utøvelsen av bydelens øverste ledelse.

I andre bydeler har bydelsdirektøren etablert en ledergruppe med 2 til 4 avdelingssjefer. Dette synes i større grad å legge grunnlag for en arbeidsdeling der avdelingssjefene har et relativt fast ansvar for sine resultatenheter. I det minste gir stillingsbetegnelsene signaler om dette.

Eksempler på bydeler med assisterende bydelsdirektører eller avdelingssjefer er:

- Bydelene Ullern og Stovner har assisterende direktører/avdelingssjefer med et definert helhetsansvar.
- Bydel Alna har fire avdelingssjefer som slik vi oppfatter det har et tydeligere sektoransvar, eller klart fordelt ansvar i oppfølgingen av resultatenhetene.

Bydel Stovner understreker at de har lagt vekt på helhetsansvar i sin etablering av ledergruppen, og det ble pekt på at stillingsbetegnelsen som avdelingssjefer i realiteten burde omgjøres til assisterende bydelsdirektører. Dette for å understreke det helhetsansvaret de er opptatt av i forhold til resultatenhetene.

Andre bydeler påpeker at det er en utfordring å unngå at de assisterende bydelsdirektørene foretar en fast fordeling av kontaktansvaret for resultatenheter. Dette kan falle naturlig ut fra personlig bakgrunn, fagkompetanse osv.

Bydelene gjør ulike vurderinger når det gjelder valg av modell for overordnet organisering. Bydelenes hovedbegrunnelser for å velge en tonivåorganisering er knyttet til:

- Delegerer ansvar direkte til de resultatansvarlige lederne.
- Inndelingen i resultatenheter skaper økt ansvarsfølelse.
- Ansvar skaper engasjement hos lederne.
- Resultatenhetsleder trekkes mer med i helhetlige diskusjoner i bydelen.
- Gir rom for øverste ledelse til strategiarbeid.
- Øverste ledelse kommer tettere på kunnskap og synspunkter fra det operative nivået.
- Saksbehandling og beslutninger tas på et "riktigere nivå" – løftes ikke opp til en avdelingssjef.
- Kortere vei til toppledelsen for de lederne som sitter med det operative resultatansvaret.

Bydelene beskriver at en tonivåorganisering kan gi utfordringene knyttet til:

- Store ledergrupper.
- Lite rom for faglige diskusjoner på ledernivå, må etableres andre arenaer for dette.
- Mye møtevirksomhet på tvers av resultatenheter.
- Lederrollen som enhetsleder endres, "fra faglig leder til daglig leder", noe som oppleves som krevende.
- Det oppleves at resultatenhetslederen både skal ivareta de strategiske, faglige og operative lederoppgavene noe som gir en følelse av "merarbeid" for lederen
- Behov for administrative støttefunksjoner under enhetsleder, slik at det blir tid til å drive ledelse.

Med assisterende bydelsdirektører uten fast oppfølgingsansvar for resultatenheter synes bydelene særlig å legge vekt på

- Å ivareta helhetsperspektivet i toppledelsen og ledergruppen.
- Fleksibilitet for resultatenhetsleder i sitt behov for kontakt med toppledelsen.
- Fleksibilitet i utøvelsen av ledelse.

4.1.2 Trenivåbydeler

Trenivåorganiseringen representerer en mer klassisk hierarkisk oppbygging der bydelene har organisert seg med en (Nordre Aker og Vestre Aker) til seks fagavdelinger (Gamle Oslo).

For øvrig er organiseringen som følger når det gjelder organisering av fagavdelingene:

- To fagavdelinger: Grünerløkka, Frogner.
- Tre fagavdelinger: Sagene, Østensjø, St. Hanshaugen, Søndre Nordstrand.
- Fire fagavdelinger: Grorud.

Når det gjelder administrative funksjoner som personal, økonomi, anskaffelser osv, er disse svært ulikt organisert i bydelene. Noen har 1-2 administrative avdelinger, mens andre har plassert de administrative funksjonene i stab.

Av utfordringer med en trenivåorganisering pekes det særlig på:

- Eksempler på at enhetene (seksjonene) på nivå 3 har blitt for store. Dette krever en videre inndeling i team/grupper m/teamledere. Organiseringen gir således mange nivåer.
- Gir utfordringer i å definere tydelige ansvarsforhold ut i organisasjonen.
- Viktig at delegeringen videre utover i organisasjonen fra nivå 2 til nivå 3 og eventuelt til nivå 4 gjennomføres i praksis.

Erfaringsmessig kan en trenivåorganisering også gi en for sterk sektororientering og tette skott mellom sektorer. Konsekvenser kan være sterke sektorledere uten tilstrekkelig helhetsspektiv i oppgavegjennomføringen.

Når det gjelder fordeler med en trenivåorganisering peker bydelene særlig på:

- Muligheter for økt strategisk fokus på ledermøter (dette brukes også som argument hos bydelene med tonivåorganisering).
- Toppledelsen og øvrige avdelingssjefer bringes på den annen side tettere inn i faglige diskusjoner og avveininger.
- Lettere å koordinere innad i avdelinger enn mellom mange resultatenheter
- Modellen sikrer en god koordinering av tjenestene innen sektoren, f.eks. på Helse og sosialområdet.

4.1.3 Oppsummering

Tonivåorganiseringen er ofte begrunnet med ønsket om å se tjenester i en større sammenheng enn det en avdelingsstruktur gir rom for, og med ønsket om å bryte opp sektorgrenser.

Dette skulle kunne indikere at man på ledernivå i tonivåbydeler også er mer opptatt av behovet for å se tjenesteområder i sammenheng og at det tas initiativ til prosjekter mellom resultatenheter, at tjeneste i praksis oppleves bedre samordnet osv.

Samtidig viser praksis at i en del bydeler har de assisterende bydelsdirektørene/avdelingssjefene et tydelig faglig sektoransvar. Dette tilsvarer utviklingen i flere norske tonivåkommuner som etter å ha vektlagt helhetlig ledelse på rådmannsnivå med kommunaldirektører som følger opp enheter på tvers av sektorer, går tilbake til en ledelsesmodell med tildelt sektoransvar. Dette gjøres særlig på områder der kontrollspennet er størst for rådmannsnivået, og innen sektorer der omfanget av resultatenheter er størst.

En hypotese kunne være at dette behovet er størst i de bydelene som har mange resultatenheter og at det er de bydelene som har mange resultatenheter som opererer med

ass dir. med sektoransvar. Slik vi ser dette er det imidlertid ingen direkte sammenheng mellom antall resultatenheter og ansvaret til assisterende bydelsdirektører/avdelingssjefer.

4.2 Organisering av bestillerfunksjonen i bydelene

Organiseringen og rammene rundt bydelenes bestillerenhet er etter vår vurdering en viktig dimensjon i bydelenes mulighet for å oppnå fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenesteutøvelsen.

Bakgrunnen for etableringen av bestiller- utførerorganiseringen var et verbalvedtak i forbindelse med budsjettet for 2001. Bydelene har så brukt ulik tid på gjennomføringen av modellen, bl.a. som følge av utfordringene med bydelsreformen og sammenslåingen av bydeler med ulik praksis på dette feltet.

Enkelte bydeler prøvde tidligere ut bestiller - utførermodellen i Oslo kommune, og noen har således hatt egen bestillerenhet fra sent på 90-tallet, eksempelvis Bydel St.Hanshaugen.

4.2.1 Avdelingstilhørighet

I bydelene med tonivåorganisering er bestillerfunksjonen og utfører alltid organisert i ulike enheter.

I en trenivåorganisering vil det være et spørsmål om bydelens bestillerenhet er:

- Organisert som egen enhet (ikke i samme enhet (avdeling) som utfører)

eller

- Organisert i samme avdeling som utfører

I bydeler som har en trenivåmodell kan f.eks. bestillerfunksjonen være knyttet til en pleie og omsorgsavdeling som en egen seksjon. Eksempler på dette finnes i Bydel Vestre Aker, Sagene, Østensjø, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Andre bydeler med trenivåmodell har lagt bestillerenheten som en egen avdeling (også noen med seksjoner), dvs. skilt bestiller og utfører på avdelingsnivå: Dette gjelder fire bydeler: Gamle Oslo, Nordre Aker, Grorud, Frogner.

4.2.2 Ansvarsområde for bestillerenheten

Alle bydelene lar den samme bestillerenheten behandle alle søknader knyttet til hjemmetjenester. Vi finner ikke at noen av de bydelene som har flere bestillerenheter lar ansvaret for vedtak av hjemmetjenester være delt mellom disse. Bydelene har likevel, uavhengig av tonivå- eller trenivåorganiseringen, gjort ulike valg når det gjelder i hvilken grad de har

- En bestillerenhet med ansvar for alle typer vedtak i bydelen og alle brukergrupper innen pleie- og omsorg og øvrige tjenester (eksempelvis barnehage) – f.eks. slik Bydel Nordstrand har organisert dette.

eller

- Egne bestillerenheter for en enkelttjeneste eller noen enkelttjenester, eller bestillerfunksjonen for enkelttjenester tillagt fagenheter.

Hovedsakelig finner vi altså skillet mellom bydelene knyttet til om bestillerenheten har ansvar for absolutt alle typer vedtak i bydelen, eller om det er gjort unntak for enkelte tjenestetyper. Eksempelvis kan barnehageopptaket, psykisk helse, rehabilitering etc. være lagt til egne bestillerenheter. Et alternativ som finnes i en del bydeler er at bestillerfunksjonen er lagt til respektive utøvende fagenhet, uten at det er etablert en egen bestillerenhet. I det siste tilfellet vil enheten både være bestiller og utfører for tjenesten.

Begrunnelsen for å integrere både bestiller- og utførerfunksjonen i samme enhet er

- Å sikre nærhet til fagområdet.
- Å unngå å splitte små fagmiljøer unødvendig.
- At det ikke er hensiktsmessig med bestiller/utførerorganisering for enkelte av de spesialiserte tjenestene (eks. psykisk helse).

I flertallet av bydelene er bestillerfunksjonen for "tilgrensede tjenester" som psykisk helse og botilbud en del av den samme bestillerenheten som hjemmetjenestene. Dette gjelder for eksempel Bydel Nordstrand og Bydel Sagene.

Samtidig ser vi også at en del bydeler løfter ut bestillerfunksjonen for denne typen tjenester i egne bestillerenheter, som for eksempel Bydel Østensjø som har egen bestillerenhet for psykisk helse og botilbud.

4.2.3 Intern arbeidsorganisering – felles saksbehandling av praktisk bistand og hjemmesykepleie?

Den interne arbeidsdelingen (fordeling av saker) mellom saksbehandlerne i bydelenes bestillerenheter og/eller en mer formell oppsplitting i enheter (ansvarsgrupper) kan baseres på følgende prinsipper:

- Alder.
- Geografisk tilhørighet i bydelen.
- Type tjenester.
- Saksbehandlerne kompetanse.

Hva er status for den interne arbeidsorganiseringen for bestillerenhetene i bydelen i dag?

Det som er interessant for oss i denne rapporten er om saksbehandlerne behandler saker både for praktisk bistand og hjemmesykepleie (definert som "generalist") eller om det er forskjellige saksbehandlere som behandler saker for henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie (her definert som "spesialist").

I noen grad vil det også være relevant hvordan saksbehandlingen knyttet til "tilgrensede" tjenester håndteres.

Egne saksbehandlere for praktisk bistand og hjemmesykepleie – "spesialist"	Samme saksbehandlere som behandler praktisk bistand og hjemmesykepleie – "generalist"
9 bydeler	6 bydeler
Alna, Bjerke, Gamle Oslo, Grorud, Grünerløkka, St. Hanshaugen, Stovner, Søndre Nordstrand, Ullern	Frogner, Nordre Aker, Nordstrand, Sagene, Vestre Aker, Østensjø

Tabell 4-2 Kategorisering av den interne arbeidsorganiseringen ved bestillerenhetene

Det er ni bestillerenheter som i prinsippet har spesialisert arbeidet med saker for henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie, dvs. at de etter vår kategorisering spesialiserer. Seks bydeler har samme saksbehandlere som behandler både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Eksempelvis har Grorud organisert saksbehandlerne i seks grupper, hvorav en gruppe behandler alle søknader om hjemmetjenester. Samtidig merker vi oss at noen av bydelene som har en generalistmodell sier at de i praksis har personer som utelukkende behandler søknader om praktisk bistand. Dette gjelder bl.a. Vestre Aker og Nordre Aker.

De aller fleste bestillerkontorene har en viss grad av spesialisering gjennom at det er egne saksbehandlere som behandler noen spesialområder der det oppleves uhensiktsmessig å bygge opp kompetanse på flere saksbehandlere (TT, vederlag, bolig etc.). For eksempel har Bydel Sagene egne saksbehandlere for søknader om TT-tjenester og omsorgsboliger.

4.2.4 Kompetansesammensetting

Bydelenes kompetanse på bestillerenheten er viktig når det gjelder å sikre god kvalitet på vurderinger og utforming av vedtak. Formell kompetanse er en viktig indikator på dette, men også praksis og erfaring fra området er en sentral del av den samlede kompetansen hos bestiller. Det kan også synes viktig å ha tilstrekkelig bredde i kompetansen ut fra at det er et økende antall brukere med sammensatte behov.

Tabellene 4-3 og 4-4 viser kompetansesammensetningen for hver bydel i absolutte tall og i prosent av total bemanning for hele bestillerenheten.

Bydel	Sykepleiefaglig kompetanse	Annen helsefaglig kompetanse på høyskolenivå	Helsefag-arbeider/ hjelpepleier/ omsorgs-arbeider	Annen kompetanse (eks. merkantil)	SUM
Alna	8,6	3,5	3	7,2	22,3
Bjerke	5	3	4	1,5	13,5
Frogner	3	7	1	5,5	16,5
Gamle Oslo	7	1	4	1	13
Grorud	6	2,8	2	4,5	15,3
Grunerløkka	8	3,5	4	1	16,5
Nordre Aker	4,8	4	2	1	11,8
Nordstrand	11	7	7	4	29
Sagene	5	7,5	1	2,5	16
St.Hanshaugen	2	4	2	2,5	10,5
Stovner	4	4	1	2	11
Søndre Nordstrand	5	5,5	0	2	12,5
Ullern	4	1,5	1	0,2	6,7
Vestre Aker	6	9	1	1,5	17,5
Østelsjø	6,5	3	2	0,95	12,45
SUM totalt (antall årsverk)	85,9	66,3	35	37,4	224,6
Andel av total (%)	38	30	16	17	100

Tabell 4-3. Kompetansefordeling ved bestillerenhetene i antall årsverk. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer." Innrapportert for 2008.

Bydel	Sykepleie-faglig kompetanse	Annen helsefaglig kompetanse på høyskolenivå	Helsefag-arbeider/ hjelpepleier/ omsorgs-arbeider	Annen kompetanse (eks. merkantil)
Alna	39	16	13	32
Bjerke	37	22	30	11
Frogner	18	42	6	33
Gamle Oslo	54	8	31	8
Grorud	39	18	13	29
Grunerløkka	48	21	24	6
Nordre Aker	41	34	17	8
Nordstrand	38	24	24	14
Sagene	31	47	6	16
St.Hanshaugen	19	38	19	24
Stovner	36	36	9	18
Søndre Nordstrand	40	44	0	16
Ullern	60	22	15	3
Vestre Aker	34	51	6	9
Østelsjø	52	24	16	8
Gjennomsnitt andel alle bydeler (%)	39	30	15	16

Tabell 4-4.. Kompetansefordeling ved bestillerenhetene. Prosentvis andel av bydelens totale årsverk i bestillerenheten. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer." Innrapportert for 2008

Tallene viser at det er til dels betydelige forskjeller mellom bydelene både når det gjelder samlet størrelse på bestillerenhetene og kompetansefordelingen.

Bydelene synes imidlertid gjennomgående å legge vekt på å bygge opp god kompetanse på sine bestillerenheter. Både relevant faglig kompetanse og høy erfaringskompetanse er viktig for å sikre kvalitetsmessig gode vedtak innen hjemmetjenestene.

Det synes som om de fleste bydelene ønsker å legge vekt på tverrfaglighet internt i sine bestillerenheter. Sykepleiekompetanse synes likevel å være den dominerende kompetansen på bestillerenhetene når det gjelder vedtaksfetting for tjenester innen hjemmetjenesten. Enkelte bydeler legger imidlertid bevisst vekt på at kompetansen i størst mulig grad skal være tverrfaglig. Vi ser også at det er betydelige variasjoner, bl.a. i andelen sykepleiefaglig kompetanse for hele bestillerenheten.

Eksempelvis har Bydel Frogner og Bydel St. Hanshaugen henholdsvis 18 % og 19 % sykepleiefaglig kompetanse ved bestillerenheten, mens Bydel Ullern har 60 % med sykepleiefaglig kompetanse.

Bydelene Bjerke, Nordstrand og St. Hanshaugen har på sin side en mye jevnere kompetansefordeling mellom de ulike kompetansekategoriene.

Intervjuene indikerer også at det er visse forskjeller i hvordan de ulike faggruppene benyttes på tvers; i hvilken grad det er stor ulikhet i bakgrunnen for de som fatter vedtak i hjemmetjenesten, eller om eksempelvis fysioterapeuter/ergoterapeuter i hovedsak fatter vedtak når det gjelder bistand til brukere med funksjonshemninger.

Samtidig gir flere bydeler uttrykk for at bemanningen, og dermed kompetansesammensetningen, i stor grad er bestemt ut fra innplasseringen etter bydelsreformen i 2004. Frihetsgradene til å kunne rekruttere inn nye ansatte og således vri kompetansen i ønsket retning tar tid og har ikke vært mulig å gjennomføre fullt ut i enkelte av bydelene.

Flere bydeler presiserte i våre intervjuer at de systematisk bygger opp saksbehandlerkompetanse hos sine saksbehandlere for å øke kunnskapen om forvaltningslover, saksbehandlingsregler osv.

4.3 Organisering av utførerfunksjonen i bydelene

Vi har nedenfor beskrevet og drøftet ulike dimensjoner som er sentrale når det gjelder organiseringen av utførerfunksjonen i bydelene, forholdet til andre tjenesteområder som er viktige samarbeidspartnere for hjemmetjenesten samt lokaliseringen i forhold til bestillerenheten.

4.3.1 Organisatorisk deling av hjemmesykepleie og praktisk bistand – på hvilket nivå?

Alle bydelene, med unntak av Nordre Aker, har egne enheter for praktisk bistand og hjemmesykepleie, men det er betydelig variasjon mellom bydelene hvor i organisasjonen praktisk bistand og hjemmesykepleie skilles og organiseres i egne enheter. På hvilket nivå

denne samordningen foregår vil etter vår vurdering påvirke graden av behov for samordning og hvilke samordningsmekanismer som er relevante å benytte.

De ulike modellene er klassifisert i tabellen under.

	Felles enhetsledelse for hjemmetjenestene	Egne enhetsledere praktisk bistand og hjemmesykepleie
I trenivåorganisasjoner	7 bydeler	2 bydeler
	Nordre Aker, Østensjø, Grünerløkka, Grorud, Vestre Aker, Sagene, Søndre Nordstrand	St. Hanshaugen, Frogner
I tonivåorganisasjoner	5 bydeler	1 bydel
	Bjerke, Stovner, Alna, Gamle Oslo, Nordstrand	Ullern

Tabell 4-5 Kategorisering av nivå for organisasjonsmessig deling av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

12 av bydelene har felles enhetsledelse/ledelse for hjemmetjenestene som både leder praktisk bistand og hjemmesykepleie. Det vil si at de har minst ett ledernivå under bydelsdirektørnivå eller avdelingssjefnivå (i trenivåorganisering) som har et helhetsansvar for hjemmetjenestene. Dette gjelder både trenivåbydeler og tonivåbydeler.

Det er tre bydeler som gjennomfører skillet direkte under bydelsdirektørnivået, dvs. at de har egne resultatenhetsledere eller avdelingssjefer for praktisk bistand og hjemmesykepleie, uavhengig av om de har tonivå- eller trenivåorganisering.

Det vil imidlertid være til dels betydelige forskjeller i den praktiske organiseringen, særlig for bydelene med trenivåorganisering.

For eksempel har Nordre Aker en fullstendig integrert modell mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand helt ut i det operative leddet. Grünerløkka har en leder for hele hjemmetjenesten på seksjonsnivå direkte under avdelingssjef, dvs. relativt høyt i organisasjonen.

Bydel Østensjø har på sin side valgt en organisering med 10 ledere for hjemmetjenestene på gruppenivå innenfor en basestruktur (fem baser).

Bydeler med et klart organisatorisk skille mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand og egne enhetsledere for praktisk bistand, som Frogner og Ullern, framhever at ansatte i

praktisk bistand er tilfreds med en slik organisering. Det tydeliggjør oppgaveskillet mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand, bidrar til økt fokus på tjenestene innen praktisk bistand, sikrer jevnere prioritering og færre avlyste besøk og bidrar på mange måter også økt status hos de ansatte.

På den annen side beskriver de bydelene som har integrerte tjenester langt ut i organisasjonen, som Østensjø og Nordre Aker, at det er lett å prioritere praktisk bistand ned og omprioritere ressursene til hjemmesykepleieoppgaver ved ressursmangel.

Det kan være et relevant spørsmål om behovet for koordinering i en tonivåmodell, spesielt der det er et klart organisatorisk skille mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie på resultatnivå, er større enn der hjemmetjenestene er organisert sammen lenger ut i organisasjonen.

4.3.2 Antall enheter, arbeidsdeling og ledelse

Hvor mange enheter/grupper som finnes innenfor henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie, vil etter vår vurdering påvirke bydelenes samordningsbehov, spesielt med tanke på å skape enhetlige tjenester ut mot brukerne.

Med enheter/grupper tenker vi her på antall organisatoriske enheter med egen definert leder. Intervjuene i bydelene indikerer imidlertid at innholdet i lederrollene varierer betydelig for de operative enhetene som er etablert.

I tabellen under vises det samlede antall enheter for praktisk bistand og hjemmesykepleie.

3-4 enheter	Mer enn fire enheter
9 bydeler:	6 bydeler:
Gamle Oslo (2 PB, 2 HS) Grorud (1 PB, 3 HS) Grünerløkka (1 PB, 3 HS) St. Hanshaugen (1 PB, 3 HS) Stovner (1 PB, 2 HS) Søndre Nordstrand (2 PB, 2 HS) Vestre Aker (1 PB, 3 HS) Ullern (2 PB, 2 HS) Nordre Aker (3 PB og HS)	Alna (3 PB, 3 HS) Bjerke (3 PB, 6 HS) Frogner (1 PB, 4 HS), Nordstrand (2 PB, 4 HS), Sagene (2 PB, 4 HS), Østensjø (5 baser, 10 grupper)

Tabell 4-6 Oversikt over samlet antall enheter for praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Antall enheter avhenger i stor grad av bydelens størrelse når det gjelder antall innbyggere og derigjennom antallet brukere, samt bydelenes geografisk utstrekning. Det synes imidlertid vanskelig å se noen systematiske forskjeller mellom f.eks. sentrale bydeler som er små i geografisk utstrekning og ytre bydeler som har store areal å dekke. I noen grad synes også

antall enheter å være påvirket av bydelsinndelingen før bydelsreformen ble gjennomført i 2004.

Tabellen viser at alle bydelene har enten like mange eller flere hjemmesykepleieenheter (3-5) enn enheter for praktisk bistand (1-3)

Bydel Alna har en inndeling i tre enheter for både hjemmesykepleie og praktisk bistand innen tre geografiske områder.

Bydel Nordre Aker har på sin side en organisering med tre enheter som har et integrert ansvar for både hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Bydel Østensjø har en organisering med mange enheter – fem baser med 10 grupper fordelt på fire adresser.

Ingen bydeler har mer enn fire distrikter/områder.

Arbeidsdeling

Alle bydelene har arbeidsdeling mellom de organisatoriske hjemmesykepleieenheterne som er geografisk basert. Det vil si at de har ansvar for en geografisk del av bydelen; distrikter, områder, soner eller lignende.

Tilsvarende finner vi i ni bydeler at det er flere enheter for praktisk bistand, basert på et geografisk organisasjonsprinsipp. Seks bydeler har en organisatorisk enhet for praktisk bistand som i prinsippet betjener hele bydelen. Men også i disse bydelene finner vi en slags geografisk arbeidsdeling mellom team/grupper, som kan samsvare med den geografiske organiseringen av hjemmesykepleien.

Alle bydelene synes å ha organisert natttjenesten som en sentralisert tjeneste som dekker hele bydelen, uavhengig av hvordan hjemmetjenestene for øvrig er organisert.

Ledelse på enhetsnivå

Inndelingen i antall enheter legger også hovedgrunnlaget for omfanget av antall ledere innen hjemmetjenestene i bydelene. Antallet lederstillinger sier noe om hvordan ansvar er fordelt og kan på en måte gi uttrykk for omfanget av koordineringsbehovet når det gjelder å sikre enhetlige tjenester, felles forståelse av policyområder osv.

I tabell 4-7 har vi oppsummert antall ledere både innenfor hjemmesykepleien og praktisk bistand.

Bydel	Hjemmesykepleie	Praktisk bistand
Alna	7	3
Bjerke	3,5	1,5
Frogner	5	3
Gamle Oslo	4	2
Grorud	3	1
Grunerløkka	4,5	1
Nordre Aker	3	0
Nordstrand	7	2
Sagene	7	2
St.Hanshaugen	2,5	1
Stovner	2	1
Søndre Nordstrand	3	1
Ullern	3	1
Vestre Aker	3	1
Østensjø	10	0
Alle bydeler gjennomsnitt (årsverk)	4,5	1,4

Tabell 4-7. Antall årsverk ledere innen hjemmesykepleie og praktisk bistand. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer." Innrapportert for 2008.

Der det ikke framkommer tall, kan dette skyldes at bydelen har felles leder for hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Likevel er det betydelige forskjeller mellom bydelene der Stovner og Nordre Aker på en side kun har 3 ledere innenfor hjemmetjenestene, mens bydelene Østensjø og Alna har 10 ledere.

4.3.3 Organisatorisk tilknytning til andre tjenesteområder

Det vil også være relevant å vurdere hvordan organiseringen av andre tjenester som hjemmetjenesten samhandler mye med, er organisert. Tjenester som er viktige for at den enkelte bruker kan være i stand til å bo hjemme. Dette gjelder særlig tjenester som for eksempel fysioterapi og ergoterapi, psykisk helse, dagsentertilbud, korttids botilbud og altmuligmannstjeneste, og innsatsteam.

"Spesialiserte tjenester"

Bydelene synes å ha et mangfold av varianter når det gjelder organiseringen av disse tjenestene sett i forhold til hjemmetjenestene. Noen hovedtrekk synes imidlertid å være:

- I forbindelse med en generell opprioritering av psykiatrien, synes mange bydeler å ha etablert egne enheter for psykisk helse. Alternativt er dette området synliggjort med

egne ressurser innenfor hjemmetjenestene. Bydelene gir uttrykk for at dette er vokst fram som et resultat av et økende behov, og at det styrker tjenesten

Eksempelvis gjelder dette bydelene Grorud, Vestre Aker, Frogner, Grünerløkka.

- Som hovedregel synes fysio- og ergoterapitjenestene å være organisert i egne enheter for rehabilitering.

I noen tilfeller er imidlertid tjenestene organisert som en del av hjemmetjenestene og/eller fordelt på distrikter/områder etc. sammen med hjemmetjenestene. Eksempelvis har Bydel Grorud organisert rehabilitering som en del av seksjonen for hjemmetjenester under Avdeling for Velferd og sosial.

- Dag- og botilbud synes også i stor grad å være organisert i egne enheter.

For alle disse tjenestene vil det også være eksempler på at bydeler med en trenivåorganisering har organisert tjenestene under samme avdelingssjef.

Bydelene påpeker at organisering som en del av hjemmetjenestene eller sammen med hjemmetjenestene, gir godt grunnlag for samordning og ivaretagelse av brukere med sammensatte behov. Samlokalisering gir i tillegg grunnlag for god uformell kontakt mellom tjenestene.

Eksempelvis peker en bydel på at der fysioterapeuten er samlokalisert med ett av distriktene, synes også dette distriktet å ha større bruk av disse tjenestene enn øvrige distrikter. Årsaken forklares med nærheten og uformell kontakt.

Innsatsteam

Vi finner at 13 bydeler har etablert et eget Innsatsteam, dvs. en egen gruppe av ansatte som i en periode kan yte ekstra innsats hos brukere. Denne gruppen er gjerne tverrfaglig sammensatt, dvs. at det både er sykepleiere, fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter, samt annet helsepersonell tilknyttet innsatsteamet. Innsatsteamet blir gjerne benyttet i forbindelse med hjemkomst fra sykehus, rehabiliteringsopphold eller kortidsopphold. I tillegg benyttes teamet som ekstra støtte for at brukere som selv ønsker det, kan bo lenger hjemme.

Hos et flertall av disse bydelene er innsatsteamet organisatorisk tilknyttet bestillerenheten. Dette blir begrunnet med at det er bestillerenheten som har best oversikt over hvilke brukere som trenger ekstra bistand. Men innsatsteamene er oftest i praksis egne selvstendige enheter.

Et eksempel på annen organisering av innsatsteamet er Bydel Nordre Aker, der det organisatoriske tilhører ett av utførerdistriktene. Men bydelen presiserer at innsatsteamet har en "fri" stilling, og bistår alle utførerdistriktene.

Det er to bydeler som ikke har et eget innsatsteam. Dette gjelder bydelene Grünerløkka og Grorud. Det er noe ulike grunner til at disse bydelene ikke har et innsatsteam. Våre informanter i Bydel Grünerløkka mener at de ivaretar behovet for ekstra innsats for enkeltbrukere med tilstrekkelig kompetanse innenfor de "ordinære"

hjemmetjenesteenhetene. Bydel Grorud samarbeidet inntil nylig med Bydel Stovner om et innsatsteam, og har ikke opprettet et eget innsatsteam etter at dette samarbeidet opphørte.

4.3.4 Administrativt og faglig støttepersonell

Omfang og organisering av de administrative og faglige ressursene som hjemmetjenesten har bygget opp, enten i sentrale staber rundt avdelingssjef/resultatenhetsleder, eller desentralt tilknyttet distrikter og områder synes i noen grad å variere mellom bydelene. Dette kan være stillinger som fagkoordinatorer, spesialsykepleiere med helhetsansvar i bydelen, tjenestekoordinatorer o.l.

Dette er altså personale som i begrenset grad utfører oppgaver direkte utøvende ute hos brukerne.

Samtidig gir flere bydeler uttrykk for at det er nødvendig å finne en balanse mellom ønsket om å styrke en del av disse funksjonene og kostnadene ved et administrativt støtteapparat i forbindelse med brukervalg for alle hjemmetjenester. Spørsmålet de stiller seg er om dette er en overhead man kan ta seg råd til.

4.3.5 Kompetansesammensetting i enhetene

Kompetansen hos de ansatte i hjemmetjenesten er svært viktig for tjenestenes kvalitet. Dette gjelder både formalkompetansen og den enkeltes holdninger og verdier i møtet med tjenestens brukere.

I tabellene 4-8 til 4-11 viser vi kompetansesammensetningen for utførerenhetene i bydelene, fordelt på hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Kompetansesammensetning i hjemmesykepleien

Bydel	Sykepleiefaglig kompetanse	Annen helse- og sosialfaglig kompetanse på høyskolenivå	Hjelpepleier/ omsorgsarbeider/ helsefagarbeider	Ufaglært	Annen kompetanse	SUM
Alna	27	0	59	0	2,25	88,25
Bjerke	25,5	1	39	0	2	67,5
Frogner	50,8	0	29,9	0	2	82,7
Gamle Oslo	21	0	40,96	0	4	65,96
Grorud	13,47	0	34,45	0	3	50,92
Grunerløkka	28,4	7	63,1	0	19,75	118,25
Nordre Aker	36,91	7,65	49,15	7,7	4,2	105,61
Nordstrand	32,97	0,8	75,42	0	1,5	110,69
Sagene	28,25	0	54	20	3	105,25
St.Hanshaugen	27	0	30	8,5	1,5	67
Stovner	17	0	30,4	0	1	48,4
Søndre Nordstrand	17,3	0	21,9	0	0,5	39,7
Ullern	11,5	0	9	0	0	20,5
Vestre Aker	29,8	0	65	0	3	97,8
Østensjø	53,47	0	81,39	17,94	5,59	158,39
SUM totalt (antall årsverk)	420,4	16,5	682,7	54,1	53,3	1226,9
Andel av total (%)	34	1	56	4	4	100

Tabell 4-8. Kompetansefordeling i Hjemmesykepleien i antall årsverk. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer". Innrapportert for 2008.

Bydel	Sykepleiefaglig kompetanse	Annen helse- og sosialfaglig kompetanse på høyskolenivå	Hjelpepleier/ omsorgsarbeider/ helsefagarbeider	Ufaglært	Annen kompetanse
Alna	31	0	67	0	3
Bjerke	38	1	58	0	3
Frogner	61	0	36	0	2
Gamle Oslo	32	0	62	0	6
Grorud	26	0	68	0	6
Grunerløkka	24	6	53	0	17
Nordre Aker	35	7	47	7	4
Nordstrand	30	1	68	0	1
Sagene	27	0	51	19	3
St.Hanshaugen	40	0	45	13	2
Stovner	35	0	63	0	2
Søndre Nordstrand	44	0	55	0	1
Ullern	56	0	44	0	0
Vestre Aker	30	0	66	0	3
Østensjø	34	0	51	11	4
Gjennomsnitt alle bydeler (%)	36	1	56	3	4

Tabell 4-9. Kompetansefordeling i Hjemmesykepleien. Prosentvis andel av bydelens totale årsverk i hjemmesykepleien. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer". Innrapportert for 2008.

Kompetansesammensetning i praktisk bistand

Bydel	Hjelpepleier/ omsorgsarbeider/ helsefagarbeider	Annen helse- og sosialfaglig kompetanse på høyskolenivå	Hjemmehjelp/ Ufaglært	Annen kompetanse	Sum
Alna	2	0	41,8	1,25	45,05
Bjerke	0	0	33	3	36
Frogner	13,8	0	43,03	1	57,83
Gamle Oslo	4	0	35,25	2	41,25
Grorud	1	0	21,4	0	22,4
Grunerløkka	0,2	0	29,5	2	31,7
Nordre Aker	0	0	24,04	0	24,04
Nordstrand	0	0	41,77	1,5	43,27
Sagene	0	0	26,4	0	26,4
St.Hanshaugen	0	0	12,65	0	12,65
Stovner	2	0	21,5	1	24,5
Søndre Nordstrand	0	0	13,9	0	13,9
Ullern	7	0	24,5	2	33,5
Vestre Aker	0	0	13	0,5	13,5
Østensjø	3	2,36	13,3	2,36	21,02
SUM totalt					
(antall årsverk)	33,0	2,4	395,0	16,6	447,0
Andel av total (%)	7	1	88	4	100

Tabell 4-10. Kompetansefordeling innenfor Praktisk bistand i antall årsverk Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer". Innrapportert for 2008.

Bydel	Hjelpepleier/ omsorgsarbeider/ helsefagarbeider	Annen helse- og sosialfaglig kompetanse på høyskolenivå	Hjemmehjelp/ Ufaglært	Annen kompetanse
Alna	4	0	93	3
Bjerke	0	0	92	8
Frogner	24	0	74	2
Gamle Oslo	10	0	85	5
Grorud	4	0	96	0
Grunerløkka	1	0	93	6
Nordre Aker	0	0	100	0
Nordstrand	0	0	97	3
Sagene	0	0	100	0
St.Hanshaugen	0	0	100	0
Stovner	8	0	88	4
Søndre Nordstrand	0	0	100	0
Ullern	21	0	73	6
Vestre Aker	0	0	96	4
Østensjø	14	11	63	11
Gjennomsnitt andel alle bydeler (%)	5,8	0,7	90,0	3,5

Tabell 4-11. Kompetansefordeling innenfor praktisk bistand. Prosentvis andel av bydelens totale årsverk i praktisk bistand. Kilde: "Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten - Registrering av objektive indikatorer". Innrapportert for 2008.

For praktisk bistand bør kompetansesammensetningen variere ut fra hvilke oppgaver tjenesten utfører, f.eks. andelen av pleie og omsorgsoppgaver praktisk bistand utfører.

Der praktisk bistand i all hovedsak består av rengjøring, forefallende husarbeid osv synes de ansatte i all hovedsak å være ufaglærte.

Andelen med hjelpepleierutdanning og omsorgsarbeidere øker med andelen pleiefaglige oppgaver innen praktisk bistand.

Utfordringer med å rekruttere ønsket personell synes å ha variert noe over tid, og også når det gjelder utfordringer i forhold til ulike faggrupper. Nå oppfatter flere bydeler at det er særlig vanskelig å rekruttere personale med omsorgsfaglig/helsefaglig utdanning.

Enkelte bydeler har også hatt utfordringer knyttet til turnover blant de ansatte, spesielt innenfor praktisk bistand. Dette har ført til mindre stabilitet i personalet og økt bruk av vikarer, i stor grad uten formell utdanning.

4.3.6 Fysisk struktur (lokalisering)

Utformingen av fysisk struktur er et sentralt virkemiddel for utformingen av organisasjoner. For denne gjennomgangen er det særlig relevant å vurdere effekter og hensiktsmessigheten av en samlokalisering

- mellom enhetene innen utførerleddet
- mellom de ulike tjenestene som samarbeider tett med hjemmetjenesten
- mellom bestiller og utfører

Samlokalisering av enheter og funksjoner vil i prinsippet legge til rette for både formalisert og uformelt samarbeid og føre til at samordning av tjenester lettere kan ivaretas enn der tjenestene er fysisk spredt på mange adresser. Bydelene synes å tenke noe ulikt når det gjelder fysisk struktur som virkemiddel i utviklingen av hjemmetjenestene.

I noen grad synes også graden av samlokalisering å være et spørsmål om hensiktsmessighet. Hjemmetjenesten kan disponere lokaler i tilknytning til boliger, sykehjem etc. I andre sammenhenger har de løpende leieavtaler, eller plassproblemer som hindrer muligheten for en samlokalisering, selv om bydelen ideelt sett ønsker dette.

Hovedargumentene for samlokalisering er at det

- Styrker det uformelle samarbeidet innad i hjemmetjenesten, mellom ledere og ansatte, mellom ulike funksjoner.
- Letter det formelle samarbeidet, f.eks. det å gjennomføre møter mellom enhetene.
- Bidrar til at samarbeidet mellom bestiller og andre tjenester blir lettere.
- Bidrar i noen grad til å redusere byråkratiske rutiner og administrativ overhead.
- skaper "vi-følelse" og felles organisasjonskultur på tvers av enhetene.

Mulighetene og hensiktsmessigheten av samlokalisering kan være avhengig av bydelens geografiske størrelse og struktur.

Lokalisering av utfører

Med lokalisering av utfører forstår vi her hvordan enhetene innen hjemmesykepleie og praktisk bistand er lokalisert, dvs. graden av samlokalisering vs om enhetene sitter spredt på ulike adresser i bydelen.

En organisering der hele hjemmesykepleien og hele praktisk bistand er lokalisert sammen er her definert som en sentralisert modell.

En områdevis/distriktsvis lokalisering av utfører definerer vi her som en desentralisert modell.

Fordelingen mellom bydelene når det gjelder graden av sentralisering for utfører er som følger:

Sentralisert modell	Desentralisert modell
7 bydeler	8 bydeler
Bjerke, Grorud, Grünerløkka, Nordstrand, Sagene, Søndre Nordstrand, Vestre Aker	Alna, Frogner, Gamle Oslo, Nordre Aker, St.Hanshaugen, Stovner, Ullern, Østensjø

Tabell 4.12 Kategorisering av bydelens lokalisering av utførerfunksjonen.

- Sju bydeler har sentralisert både praktisk bistand og hjemmesykepleie til en fysisk lokalisering i bydelen.
- Åtte bydeler har geografisk desentraliserte enheter.

Når det gjelder Bydel Ullern, så har de en desentralisert modell der praktisk bistand og hjemmesykepleien heller ikke er organisert sammen ute på det operative nivået i området. En annen variant av en desentralisert organisering er at bydelene har sentralisert enten hjemmesykepleien eller praktisk bistand, mens den andre enheten finnes på ulike geografiske adresser. Dette gjelder for eksempel i Bydel Stovner, som har desentralisert lokalisering av hjemmesykepleien, mens praktisk bistand er sentralisert på en adresse.

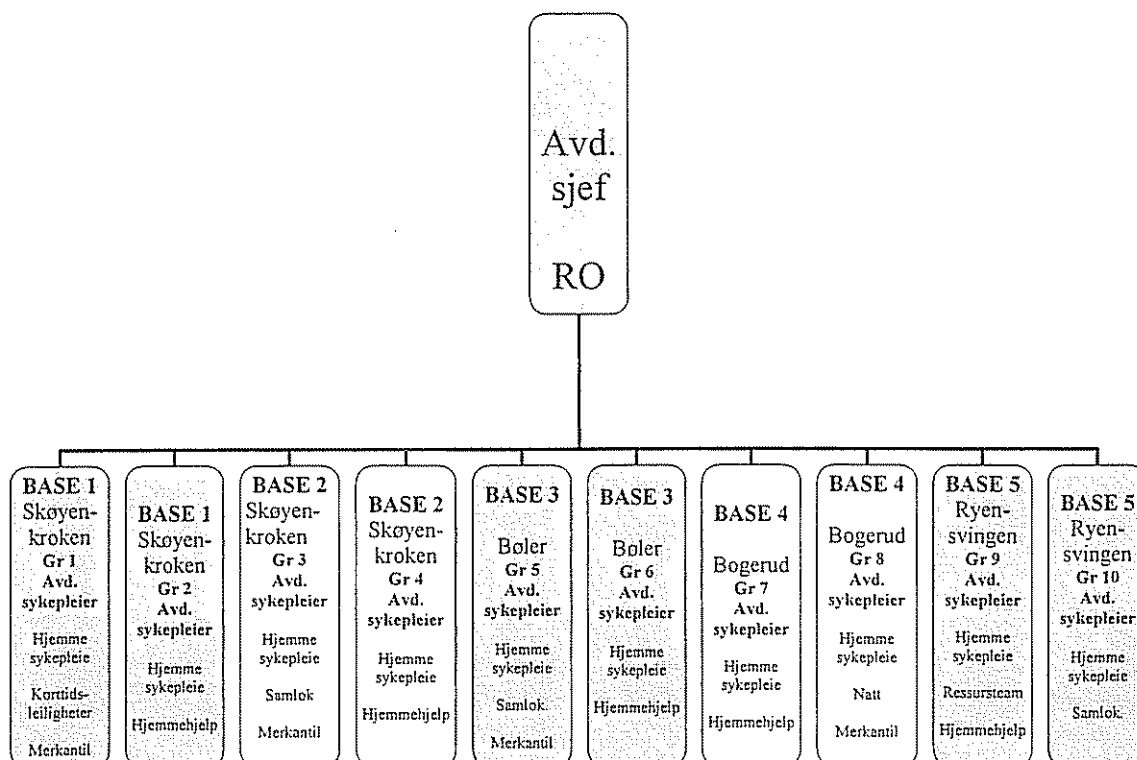
Sentralisering av utførerfunksjonen begrunnes særlig med hensyn til å legge vekt på samordning mellom de ulike utførerenhetene. Et argument som blir brukt for en sentralisert modell er at det styrker det formelle samarbeidet og samordningen mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand, og mellom de organisatoriske enhetene innenfor de to tjenestene. Det er lettere å få til møter og felles aktiviteter når de er lokalisert på samme sted. Det at enhetene omgås daglig kan også stimulere den uformelle kontakten og det praktiske samarbeidet mellom enhetene. Informantene i bydelene som er samlokalisert

mener at dette er viktig for å skape en felles organisasjonskultur og en følelse av kollektivt fellesskap i hjemmetjenestene.

Andre bydeler har bevisst valgt en desentralisert lokalisering av utfører. Begrunnelsen for dette er bl.a.

- At det gir økt nærhet til brukerne.
- At det er en viktig forberedelse til brukervalg innen hjemmesykepleie, og da er nærhet til brukeren og mindre enheter ett viktig virkemiddel.
- Å redusere reisetiden fra basen ut til brukerne for de ansatte.
- At bydelen i noen grad har beholdt distriktene/områdene fra før bydelsreformen.

Bydel Østensjø har en organisering med stor grad av desentralisering og lokalisering på fire steder i bydelen. Organiseringen representerer også en delvis integrering gjennom felles ledelse på gruppenivå (enhetsnivå – nivå 3).



Figur 4-1 Organisasjonskart for hjemmetjenesten i Bydel Østensjø gjeldende fra 7. april 2008.

Samlokalisering av bestiller og utfører

En samlokalisering av bestillerenheten og utførerne i bydelene bør gi et godt utgangspunkt for å sikre gode dialoger, samhandling om rutiner og den enkelte bruker jf. den utviklingen som mange bydeler peker på som viktig for å få en god bestiller-utførermode. I hvilken grad bestiller og utfører er samlokalisert framkommer av tabell 4-13.

Samlokalisering av bestiller og utfører	Ikke samlokalisering av bestiller og utfører
6 bydeler	9 bydeler
Bjerke, Sagene, St. Hanshaugen, Østensjø, Vestre Aker	Alna, Frogner, Gamle Oslo, Grorud, Grünerløkka, Nordre Aker, Nordstrand Søndre Nordstrand, Stovner, Ullern

Tabell 4-13 Oversikt over bydelens samlokalisering av bestiller og utfører

Det er noe variasjon mellom bydelene i hvilken grad bestillerenheten og utfører er samlokalisert, men i et flertall av bydelene er ikke utførerne lokalisert sammen med bestillerenheten.

For bydelene som har samlokalisert bestiller og utfører er det ulike grader av samlokalisering. Eksempelvis har Bydel Vestre Aker en fullstendig samlokalisering, mens i Bydel Østensjø er bestillerenheten organisert sammen med én av utførerenhetene. Også i Bydel St. Hanshaugen er hele praktisk bistand og ett av tre distrikter innen hjemmesykepleien samlokalisert med bestiller.

4.4 Oppsummering

Det kan synes å være en trend i retning av å organisere seg i mindre grupper, både i form av egne resultatenheter og/eller team. Hovedprinsippet for organisering innenfor de operative enhetene synes å være å ha en flat struktur, eventuelt med en koordinator av tjenesteutøvelsen, men uten delegert personal- eller økonomiansvar.

Eksempelvis er Bydel Østensjø den bydelen som har en inndeling med flest enheter: fem baser, lokalisert på fire steder med 10 grupper innen hjemmesykepleie og 5 grupper for praktisk bistand.

En oppsplitting i flere og mindre enheter forutsetter etter vår vurdering stor grad av fleksibilitet i utnyttelse av personalet. F.eks. vil et stort sykefravær kunne medføre mange avlysninger dersom personalet ikke kan utnyttes fleksibelt mellom enhetene.

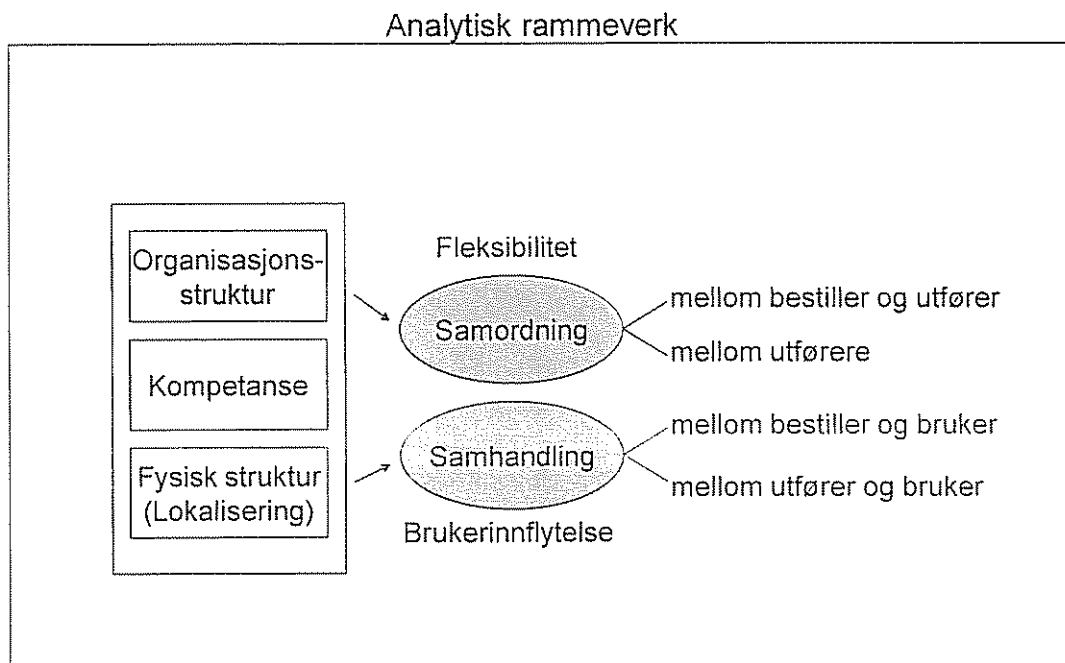
I praksis synes erfaringene å være at det kan være en utfordring å få til en effektiv utnyttelse av mobilitet av personalet mellom enheter og områder. Det er f.eks. ett av argumentene for å ha større organisatoriske enheter innenfor praktisk bistand.

Omfanget av både organisatoriske lederstillinger med delegert personal- og økonomiansvar og bruken av teamledere, gruppeledere, soneledere osv kan påvirke bydelenes evne til å koordinere og samordne virksomheten og derigjennom muligheten for å ivareta fleksibilitet og kvalitet i tjenesten. På den ene siden vil bydelene få særlige utfordringer i å løse eventuelle samordningsutfordringer en inndeling i mange enheter og mange lederstillinger kan gi. På den annen side bør det gi kapasitet og kompetanse til ivareta de samme utfordringene dersom lederne har felles forståelse av mål, krav og kvalitet i tjenesteutøvelsen.

5 ORGANISERING, FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE

Spørsmålet om bydelenes organisasjonsmodeller ivaretar hensynet til fleksibilitet og brukerinnflytelse vil vi besvare med å vurdere sammenhengen mellom ulike organisasjonsprinsipper og muligheten til å ivareta samhandling og samordning. Det analytiske rammeverket er basert på at:

- Fleksibilitet i tjenestetilbudet forutsetter samordning, dvs. instrumenter for kommunikasjon, og samarbeid om tjenesten mellom bestiller og utfører og mellom ulike tjenesteområder og tjenesteenheter på utførersida.
- Brukerinnflytelse forutsetter samhandling, dvs. rutiner for informasjon og dialog mellom de kommunale enhetene og brukerne om tjenesten.



Figur 5-1 Analytisk rammeverk

I dette kapitlet tar vi for oss de mest sentrale prinsippene for organisering av bestillerfunksjonen og utførerfunksjonen, og drøfter hvordan ulike løsninger kan ivareta samordning (fleksibilitet) og samhandling (brukerinnflytelse). For bestillerfunksjonen vil det hovedsakelig gjelde samordning mellom bestiller og utfører, og samhandling mellom bestiller og bruker. For utførerfunksjonen gjelder det primært samordning mellom ulike utførende tjenesteområder, og samhandlingen mellom utfører (hjemmetjenesten) og bruker.

5.1 Organisering av bestillerfunksjonen

5.1.1 Organisasjonsstruktur

I tonivåbydeler er bestillerfunksjonen og utførerne organisatorisk adskilte, og selvstendige resultatenheter på nivået under bydelsdirektørnivå. Samordningen må i hovedsak ivaretas på resultatenhetsnivå, men kan også ivaretas ved at en assisterende bydelsdirektør har ansvaret for oppfølging av både bestillerfunksjonene og utførerne i hjemmetjenesten.

I fire trenivåbydeler tilhører bestiller og utfører forskjellige avdelinger, som i stor grad krever samme typen samordning som i en tonivåbydel. De to avdelingssjefene vil i tillegg kunne samordne sine virksomheter i bydelens ledergruppe.

Fem bydeler med trenivåorganisasjon har organisert bestillerfunksjonen og utfører i samme avdeling. Det betyr at felles strategisk ledelse og samordning kan ivaretas av avdelingssjef. Enhetsleder for bestillerfunksjonen og lederne for utførerne vil sitte i avdelingens ledergruppe, noe som kan legge til rette for samordning på ledernivå.

Uavhengig av organisatorisk tilhørighet vil det være behov for samordning på enhetsnivå gjennom formelle samordningsinstrumenter og eventuelle uformelle kontaktpunkter.

Alle bydelene har lagt behandling av søknader om hjemmetjenester til ett bestillerkontor. Vi finner noe forskjellig praksis med hensyn til fordeling av saker mellom saksbehandlerne med ansvar for søknader om hjemmetjenester. I ni bydeler fordeles praktisk bistand og hjemmesykepleie mellom saksbehandlere. Seks bydeler opplyser at saksbehandlerne får både søknader om praktisk bistand og hjemmesykepleie. Samtidig sier flere av disse bydelene at de har saksbehandlere som i hovedsak behandler søknader om praktisk bistand.

Når saksbehandlerne "spesialiseres", enten innenfor praktisk bistand eller hjemmesykepleie, vil de ha et område å konsentrere seg om. Det betyr at de også har færre enheter å forholde seg til, og samordne med. Det kan legge til rette for tettere kontakt mellom saksbehandlerne på bestillerkontorene og deres utførerenheter.

Et alternativ og/eller et supplement for å styrke kontakten og derigjennom samordningen mellom saksbehandlerne og utførerne på, er geografisk arbeidsdeling. I flere bydeler har saksbehandlerne soner/geografiske områder som sitt ansvarsområde.

"Spesialisering" på et fagområde kan også bidra til at saksbehandlerne blir tryggere i sin rolle, og sine vurderinger. De kan med det øke sin kompetanse på kontakt med sin "brukergruppe", og derigjennom bli bedre i samhandlingen med brukere.

5.1.2 Kompetanse

De fleste bydelene har tverrfaglig kompetanse i sin bestillerenhet, dvs. både sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og fysio- og ergoterapeuter. Når det gjelder vedtak om hjemmetjenester, er sykepleiefaglig kompetanse den dominerende, supplert med helsefagarbeidere, hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere.

Utførerne gir uttrykk for at de mener det er viktig at saksbehandlerne har erfaring fra hjemmetjenestene, for å kunne forstå utførers arbeidssituasjon, og derigjennom styrke kontakten mellom bestiller og utfører.

Brukerne av bydelenes pleie- og omsorgstjenester, inkludert brukere av hjemmetjenester, har ofte behov for flere kommunale tjenester. Tverrfaglighet i bestillerfunksjonen er viktig for å kunne foreta vurderinger som tar hensyn til helheten i tjenestetilbudet. Ulik fagkompetanse supplerer hverandre og bidrar til at de brukerne som har de mest sammensatte behovene kan ivaretas bedre. Fagspesialister i bestillerfunksjonene kan bidra til bedre kontakt og samordningen mellom bestillerfunksjonene og tjenesteenheter som for eksempel psykisk helse og rehabilitering bedres.

5.1.3 Fysisk struktur (lokalisering)

Seks bydeler har bestillerfunksjonen og utførerne av hjemmetjenester (eller noen av utførerne) geografisk plassert på samme adresse, dvs. samlokalisering. Ni bydeler har bestiller og utfører geografisk skilt.

Den fysiske nærheten samlokalisering gir, kan være et godt utgangspunkt for å styrke dialogen og samordningen mellom bestiller og utfører. I bydelene med samlokalisering framhever de at det styrker den formelle og den uformelle kontakten mellom bestiller og utfører. Det kan være lettere å få til regelmessige møter og mer direkte kontakt mellom de ansatte i bestillerenheten og utførerene.

5.2 Organisering av utførerfunksjonen

5.2.1 Organisasjonsstruktur

Alle bydelene, med unntak av Bydel Nordre Aker, har organisatorisk delt hjemmetjenestene i egne enheter for praktisk bistand og hjemmesykepleie. Dette skillet oppleves som positivt av de ansatte innen praktisk bistand, som mener det har gitt deres arbeidsoppgaver høyere status, og bidratt til at de kan framstå mer som en selvstendig gruppe. Det kan bidra til å tydeliggjøre tjenestene og de enkelte hjelpenes roller i utførernes samhandling med brukeren. Men på den andre siden kan det være forvirrende for brukerne at hjemmetjenestene består av ulike enheter. Et slikt skille kan være utfordrende å kommunisere til brukerne.

12 bydeler har etablert en felles lederfunksjon for den samlede hjemmetjenesten, i tillegg til at de har tjenesteledere for praktisk bistand og hjemmesykepleie. Felles ledelse gir mulighet til å se de to tjenestene i sammenheng og etablere en felles forståelse av policyområder og utvikling. Det kan gi grunnlag for bedre samordning mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Et flertall av bydelene har samlet sett 3-4 enheter innenfor hjemmetjenesten. Det er seks bydeler som har mer enn fire enheter. Alle bydelene har like mange eller flere hjemmesykepleierenheter enn enheter for praktisk bistand.

Vi ser en tendens til at bydelene har økt antallet organisatoriske hjemmetjenesteenheter. I tillegg, eller som et alternativ til dette, ser vi at mange bydeler deler opp i mindre ansvarsgrupper, eksempelvis i henhold til geografi, innenfor organisatoriske enheter. Vår vurdering er at en slik oppsplitting kan øke behovet for samordning og bruk av formelle samordningsinstrumenter, både mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie, og internt innenfor den enkelte tjeneste.

Flere organisatoriske enheter eller ansvarsgrupper legger til rette for å bruke et mindre antall hjelpere hos hver enkelt bruker. Det bygger et tillitsforhold mellom hjelper og bruker, bedrer dialogen, og gjør det lettere for utfører å fange opp brukeres ønsker. Med mer "faste" hjelpere og tettere kontakt vil brukeren kunne få mer innflytelse på utføringen av tjenesten i samarbeid med sine hjelpere.

Et flertall av bydelene har egne enheter for en del av de spesialiserte tjenestene som har grensesnitt til hjemmetjenesten, eksempelvis rehabilitering, psykisk helse og dagtilbud og botilbud. Trenden de siste årene har vært spesialisering og etablering av større kompetansemiljø for å oppnå faglige gevinster på disse tjenesteområdene. Dette krever samordning av tjenestetilbudet på tvers av organisatoriske enheter, og økt bruk av formelle og uformelle samordningsinstrumenter, særlig overfor brukere som har flere kommunale tjenester.

Det kan også gi utfordringer i samhandlingen med disse brukerne. Det stiller krav til at det blir gitt enhetlig informasjon, og at ulik organisatorisk tilhørighet ikke går ut over at de framstår med et enhetlig tjenestetilbud overfor brukeren.

5.2.2 Kompetanse

Det er noe variasjon mellom bydelene med hensyn til fordelingen av antall besøk innenfor henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie gjennomført av de kommunale utførerne. Figur 3-7 (kap.3) viser at av totalt antall besøk utført av bydelenes hjemmetjenester blir 82,5 % utført av hjemmesykepleien, og 17,5 % utført innenfor praktisk bistand. I hovedsak fordeler bydelene seg i et intervall på +/- 10 % innenfor gjennomsnittet.

Bydel Ullern skiller seg tydelig ut med omtrent lik fordeling mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie i antall besøk, mens bydelene Gamle Oslo og Frogner har henholdsvis 26,6 % og 22,6 % av sine besøk innenfor praktisk bistand. I den andre enden av skalaen har bydelene Østensjø, Vestre Aker og St. Hanshaugen bare 7 % av sine besøk innenfor praktisk bistand.

Vårt inntrykk er at dette delvis skyldes ulik vedtakspraksis. Bydeler med lav andel praktisk bistand ser ut til å fatte vedtak om alle typer pleietjenester i henhold til kommunehelseloven, mens bydeler som Ullern, Gamle Oslo og Frogner fatter vedtak om praktisk bistand for lettere pleietjenester.

Profilen i hjemmetjenesten bør gjenspeiles i kompetansesammensetningen. Det vil si at når praktisk bistand utfører pleieoppgaver, bør det være en relativt høy andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere innenfor enhetene for praktisk bistand. Figur 4-11

(kap.4) viser at det i gjennomsnitt er 5,8 % av de ansatte blant bydelenes totale antall ansatte innenfor praktisk bistand som er hjelpeleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere. I Bydel Ullern er andelen 21 %, i Bydel Frogner 24 % og i Bydel Gamle Oslo 10 %.

Når en større del av tjenesten utføres innenfor samme enhet (praktisk bistand), kan behovet for samordning mellom utførerne reduseres. Men det krever tydelig avklaring av hvilke pleiefaglige oppgaver praktisk bistand kan utføre. Det kan være utfordringer i grensetilfeller. Og det kan på den andre siden kreve mer faglig samordning mellom praktisk bistand og hjemmesykepleiene når tjenestene er mer "like", enn tilfellet er når profilene er mer rendyrkede.

Det kan også gi grunnlag for at det er færre hjelpere som er ute hos den enkelte bruker når praktisk bistand kan utføre pleiefaglige oppgaver. Dette kan bidra til tettere kontakt, og bedre samhandling mellom utfører og bruker.

5.2.3 Fysisk struktur (lokalisering)

Med tanke på fysisk struktur, har vi sett på om bydelene har samlokalisert sine enheter innenfor hjemmetjenesten på samme adresse (sentralisert modell), eller om de er lokalisert på forskjellige adresser i bydelen (desentralisert modell).

Sju bydeler har en sentralisert modell, mens åtte bydeler har en desentralisert organisasjonsstruktur.

Et argument som blir brukt for en sentralisert modell, er at det styrker det formelle samarbeidet og samordningen mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand, og mellom de organisatoriske enhetene innenfor de to tjenestene. Det er lettere å få til møter og felles aktiviteter når de er lokalisert på samme sted. Det at enhetene omgås daglig kan også stimulere den uformelle kontakten og det praktiske samarbeidet mellom enhetene. Bydelene som er samlokalisert mener at dette er viktig for å skape en felles organisasjonskultur og en følelse av kollektivt fellesskap i hjemmetjenestene.

En desentralisert modell korter ned reisetiden for de ansatte i tjenesten og legger til rette for at tjenestene kan være fleksible med hensyn til endringer i tidspunkt etc. Utførerenhetene og hjelperne er lokalisert nær brukerne innenfor sitt ansvarsområde, og dette kan styrke samhandlingen med brukerne.

5.3 Oppsummering

De organisatoriske valgene vil ha ulike styrker og svakheter med hensyn til å ivareta samordning og samhandling, og derigjennom fleksibilitet og brukerinnflytelse. Utfordringen blir å kompensere for svakhetene og finne de gode grepene som styrker de løsningene som er valgt. I det neste kapittelet tar vi for oss bydelenes rutiner og praksis for samordning og samhandling, slik de framkommer i intervjuene vi har gjennomført.

6 RUTINER FOR SAMORDNING OG SAMHANDLING

Vi har pekt på at samordning og samhandling er en viktig del organiseringen av hjemmetjenestene, og en forutsetning for fleksibilitet og brukerinnflytelse i en bestiller-utførermodell.

I dette kapittelet gjør vi rede for bydelenes rutiner og praksis for:

- Samordning mellom bestiller og utfører.
- Samordning av tjenesten på utførersida.
- Samhandling mellom bestiller og bruker.
- Samhandling mellom utfører og bruker.

Framstillingen er i hovedsak basert på intervjuer gjennomført med lederne i hjemmetjenesten i de 15 bydelene.

I tillegg har vi brukt informasjonen fra intervjuene med de ansatte i bestiller- og utførerenehetene i de fem bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø. I disse intervjuene var vi særlig opptatt av å få beskrevet disse bydelenes rutiner og praksis for:

- Samordning mellom bestiller og utfører i forbindelse med vedtak.
- Samhandling mellom bestiller og bruker i forbindelse med å innhente brukeres ønsker i forbindelse med vedtak, og gi informasjon om tjenesten.
- Samhandling mellom utfører og bruker i forbindelse med å avgjøre når hjelpen skal gis, for å varsle når hjelpen uteblir/avtaler brytes og gi annen hjelp ved behov.

6.1 Samordning av tjenestene

Kravet til samordning av tjenesten er nedfelt i Oslo kommunes egne krav til forvaltningen slik de er formulert i byrådssak 326/98: "Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene".

- "Tjenestene til den enkelte bruker skal koordineres av en fagperson, avhengig av brukers behov".
- "Det skal legges til rette for tverrfaglig samarbeid, både på den enkelte arbeidsplass og mellom ulike arbeidssteder som gir tilbud til de samme brukere/brukergrupper".

6.1.1 Samordningsinstrumenter

Ulike valg med hensyn til organisering skaper ulike behov for samordning. I forrige kapittel gjorde vi rede for status med hensyn til ledelse, eks. felles avdelingssjef bestiller og utfører

eller felles leder praktisk bistand og hjemmesykepleie, som en mulig samordningsmekanisme. I tillegg er det en rekke andre samordningsinstrumenter bydelene kan bruke for å samordne bestillerkontorene og hjemmetjenestene og tjenester på utføresida, for eksempel:

- Møter
 - på ledernivå
 - mellom fagpersonalet knyttet til enkeltbrukere
- Regler om samordning og samarbeid (avtaler).
- Samlokalisering av enheter og funksjoner, eksempelvis bestiller og utfører, eller praktisk bistand og hjemmesykepleie, eller hjemmetjenester og øvrige utførerenheter.
- Enheter/funksjoner med samordningsansvar, eksempelvis fagkoordinatorer, spesialsykepleiere med helhetsansvar i bydelen, tjenestekoordinatorer etc.

6.1.2 Samordning mellom bestillerkontorene og utførerne

Bestiller-utførermodellen er bl.a. begrunnet med at den skaper tydelige roller og sikrer likebehandling av kommunale og private leverandører i praktiseringen av brukervalgsordningen. I utgangspunktet forutsettes det at kontakten mellom bestiller og utførerne er formalisert, for eksempel gjennom kontrakter, vedtaksstrukturen og formelle møter. Etter vår vurdering er det i tillegg relevant å beskrive hvorvidt det er etablerte uformelle samordningsrutiner mellom bestiller og utfører.

Hva er så status når det gjelder bruk av samordningsmekanismer i bydelene?

Den løpende kontakten mellom bestillerfunksjonen og utførerne ivaretas gjennom bruk av GERICA. Her formidles vedtak fra bestiller til utførerne og utføreren benytter revurderingsjournalen i forbindelse med endringer i brukers hjelpebehov. I tillegg blir OL-beskjedjournal brukt mye i de fleste bydelene for utfyllende kommunikasjon mellom bestiller og utfører.

Bydelenes vurdering er at GERICA fungerer tilfredsstillende som verktøy for løpende kommunikasjon og dialog mellom bestiller og bydelenes utførere. Tilbakemeldingen fra de private leverandørene at det er stor variasjon mellom bydelene med hensyn til hvor godt dette fungerer, og de viser bl.a. til mangelfull oppfølging av revurderinger i en del bydeler.

Reglemessige og formaliserte møter

Selv om bydelene sier seg fornøyd med utviklingen av GERICA som kommunikasjonsverktøy, gir de også uttrykk for at det er behov for mer direkte kontakt mellom bestiller og utfører. De gir uttrykk for at direkte kontakt og møter var noe som ble undervurdert da bestiller-utførermodellen ble innført, da det var fokus på roller og et tydelig skille.

De fleste bydelene har derfor etter hvert etablert flere møteplasser mellom bestiller og utfører, nettopp for å bedre kontakten. Dette er noe mange av bydelene har arbeidet bevisst med de siste årene for å styrke den kollektive "vi-følelsen" i bydelen

Alle bydelene har faste og regelmessige møter mellom lederne av bestiller og bydelenes utførere, der hyppigheten varierer fra en gang i uken til hver fjortende dag. I tillegg har de fleste bydelene regelmessige møter mellom saksbehandlerne på bestillerkontoret og utførerne (koordinerende sykepleiere etc.) om enkeltbrukere. Disse møtene varierer i hyppighet fra en gang hver uke til en gang i måneden.

Per nå er det ingen bydeler som har formaliserte og regelmessige møter med de private utførerne innenfor praktisk bistand. Dette synes å stå i kontrast til bydelenes egne vurderinger av at dette er viktig for å få sikre god tjenesteutøvelse. En hovedforklaring på dette kan være at det er større behov for tett samarbeid mellom bestiller og utfører når det gjelder hjemmesykepleietjenester enn praktisk bistand. En forklaring bydelene selv kommer med er at det er lite behov for å koordinere tjenestene i de tilfellene en bruker har hjemmesykepleie fra bydelens utfører og praktisk bistand fra privat leverandør. Det er også en utfordring for de private leverandørene å kunne ha slike regelmessige møter når de har brukere i mange, eller alle bydelene.

Et unntak er Bydel Vestre Aker, som har brukervalg på hjemmesykepleie. De har to formaliserte møter i halvåret mellom avdelingsledelsen, bestillerkontoret og alle leverandører innen hjemmesykepleie. De andre bydelenes kontakt med de private utførerne av praktisk bistand ivaretas gjennom møter i regi av Helse og velferdsetaten (bestiller/utførermøter) ca 3 ganger pr. år. Vårt inntrykk er at de private aktørene synes dette er tilstrekkelig på et overordnet nivå. Dette gjelder spesielt for de private aktørene som har brukere i alle bydeler. Men de gir samtidig uttrykk for at de ønsker seg tettere samarbeid, spesielt om enkeltbrukere. Behovet for tettere kontakt med de private leverandørene aktualiseres ytterligere når de blir innført brukervalg for hjemmesykepleie i Oslo kommune.

Samarbeidsavtaler

En rekke bydeler opererer med konkrete samarbeidsavtaler mellom bestiller og bydelens utfører. Her nedfelles arbeidsdeling, rutiner og praksis for samarbeid. Disse bydelene peker på at dette bidrar både til økt forståelse for hverandres roller (rolleavklaring) og bedre samordning mellom bestiller og utfører. De framhever også at dette skaper en kollektiv "vifølelse" i bydelen, og at det er et nyttig redskap for å forbedre kontakten. Et eksempel er Bydel Nordstrand som oppfatter at deres samarbeidsavtale er en vesentlig årsak til at de får til et godt samarbeid mellom bestiller og utfører.

Enheter og/eller funksjoner med samordningsansvar

I kvalitetsrevisjonen fant en at bestillerkontorene driver utstrakt samarbeid med andre virksomheter. Samordning av tjenester virker generelt å være et utfordrende og ressurskrevende område for bydelene, som blir prioritert. Det avholdes faste og sporadiske koordinerings- og ansvarsgruppemøter, i tillegg til møter med utførere, sykehus og andre samarbeidspartnere. Ansvar for koordinering varierer mellom bydelene. I mange av bydelene har bestillerkontoret denne funksjonen, men den kan også ligge hos utfører eller i administrasjonen. Noen bydeler har en egen koordinatorstilling, men ofte har den enkelte saksbehandler dette ansvaret.

En del bestillerkontorer opplever at ansvar for oppfølging av bruker er uavklart mellom de ulike tjenesteenhetene. Dette var en tilbakemelding også fra utførerne. Det tyder på at denne typen formalisert samordning er ressurskrevende og at det lett kan føre til ansvaret skyves mellom enheter.

Samlokalisering

Samlokalisering av bestiller og utførerfunksjonen kan legge til rette for både formelt og uformelt samarbeid mellom enhetene. Det kan gjøre det lettere med den løpende kontakten, og det reduserer terskelen for å ta direkte kontakt i enkeltsaker.

De fleste bydelene har ikke samlokalisert bestiller og utfører. Samtidig er det vårt inntrykk at lokalisering av bestiller og utfører i de fleste bydelene mer er et praktisk hensiktsmessighetsspørsmål enn en bevisst vurdering av eventuelle samordningsgevinster. Samtidig gir særlig utfører i de bydelene som har samlokalisering uttrykk for at dette gir dem anledning til daglig direkte kontakt med bestiller og bydelens innsatsteam, og at denne kontakten legger til rette for god samordning. Dette gjelder for eksempel i Bydel Vestre Aker der bestiller og hele utførerenheten er samlokalisert i lokaler på Huseby.

6.1.3 Praksis for samordning mellom bestiller og utfører knyttet til vedtak

Utforming og operasjonalisering av vedtak

Bestillerenhetene har ansvaret for å gjennomføre et førstegangsbesøk hos brukeren som utgangspunkt for behovsvurderingen. I spesielle tilfeller kan det i noen bydeler skje at bestiller og bydelens utfører foretar førstegangsbesøket sammen. Flere bydeler har mangelfull kapasitet hos bestiller og det vil således være utfører som i realiteten er hos brukerne første gang, i forbindelse med at tjenestene iverksettes.

Selve utformingen av vedtaket er bestillers ansvar. Men informantene i flere bydeler gir uttrykk for at det i en del tilfeller gjøres i samhandling med bydelens utfører. De mener at det er viktig at bestiller ikke sitter i et vakuum og fatter vedtak, og at en løpende og god dialog mellom bestiller og utfører også kan være viktig i den forbindelse.

De fleste bydelene har utarbeidet egne prosedyrebeskrivelser for hva som skal gjøres i forbindelse med en vurdering, i tillegg til det som inngår i IPLOS-registreringen. Når vedtaket oversendes utførerne operasjonaliseres vedtaket så i form av tiltakslistor i GERICA.

Når det gjelder operasjonalisering av vedtakene er det vårt inntrykk at det varierer mellom bydelene om vedtakene er detaljerte eller mer generelle, og om de blir gitt for kortere eller lengre tid. Dette er bl.a. en tydelig tilbakemelding fra de private leverandørene.

Generelt er hjemmesykepleievedtakene ofte gitt for kortere tidsrom enn vedtakene om praktisk bistand. I noen bydeler er vedtakene både på praktisk bistand og hjemmesykepleie detaljerte med hensyn til oppgaver som skal utføres og tidsbruk på de ulike oppgavene. I andre bydeler formuleres vedtakene med mer generelle oppgavebeskrivelser og tidsangivelse. Det blir da opp til utfører å konkretisere vedtaket i forbindelse med sin oppgaveløsning. I disse bydelene brukes arbeidslistene og de konkrete arbeidsbeskrivelsene som genereres i GERICA, for eksempel av hva et morgenstell er og standardtider for

oppgaver, framfor detaljering i selve vedtaket. Det er gjerne de samme bydelene som også fatter korte vedtak og foretar hyppige revurderinger fra utfører.

Rutiner for endring av vedtak ved endrede hjelpebehov

I forbindelse med revurdering av vedtak vil det også være behov for kontakt mellom bestiller og utfører. Alle bydelene og de private utførervirksomhetene bruker revurderingsjournalen i Gerica for dokumentasjon av endringer i brukerens hjelpebehov. Virksomhetene har også andre rutiner for å registrere og fange opp behovsendringer. Mange av virksomhetene dokumenterer i Gerica fritekst og bruker beskjedjournalen i Gerica (journal 135) for å kanalisere behovsendringer til ergoterapi og fysioterapitjenesten i bydelene. Flere virksomheter, og spesielt de private, gir imidlertid uttrykk for at saksbehandlingen mot ergoterapi- og fysioterapitjenesten er tidkrevende og lite effektiv. I noen av bydelene prioriterer de også systematisk å foreta et revurderingsbesøk ved større og langvarige behovsendringer.

I kvalitetsrevisjonen ble det pekt på at det hos de private utførerne gjerne er lederne eller administrativt ansatte, og ikke de ansatte i førstelinjen som dokumenterer behovsendringer i Gerica. Dette kan skyldes manglende opplæring av de ansatte, men det kan også skyldes at de private, ut fra virksomhetens størrelse og oversiktighet, ser det som hensiktsmessig at ledere dokumenter i Gerica, på grunnlag av muntlig eller skriftlig overlevering av registrerte behovsendringer.

I de aller fleste tilfellene foretar bestiller en revurdering av vedtaket i tråd med utførers tilbakemelding, uten noen form for ytterligere kommunikasjon mellom bestiller og utfører. Det er bare i spesielle tilfeller at bestiller foretar et revurderingsbesøk og/eller kontakter utfører for å diskutere brukernes sak. Vårt inntrykk er at det ikke er noe forskjell i bestillers vurderinger på dette området mellom bydelenes utførere og de private utførerne.

Dette forklares med at bestiller har den informasjonen de trenger gjennom dokumentasjonen i Gerica og at det er utfører som har den daglige kontakten med bruker. Det dreier seg om et tillitsforhold mellom bestiller og utfører. I tillegg sier de fleste bestillerkontorene at det også er knyttet til en knapp ressurssituasjon.

Bydel Nordre Aker har, som en del Kvalitetskommuneprogrammet, utarbeidet en mal/skjema for revurdering. Den sier noe om hva utførerne skal vurdere. Dette gir standardisering, og større trygghet om at revurderinger blir vurdert etter de samme kriteriene på tvers av enheter/hjelpere.

6.1.4 Samordning på utførersiden i bydelene

Samordning av utførersiden dreier seg om samordning innad i hjemmetjenesten (mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie og mellom ulike enheter i bydelen) og mellom hjemmetjenesten og andre deler av utførervirksomheten som for eksempel innsatsteam, fysioterapi og ergoterapi, psykisk helse etc.

Skille mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie i ulike enheter stiller krav til ulike former for samordningsmekanismer. I forrige kapittel så vi på hvordan felles ledelse av

hjemmetjenester, både i to- og trenivåbydeler blir trukket fram som et viktig samordningsinstrument.

Som for bestiller og utfører foregår den løpende samordning innad i hjemmetjenesten hovedsakelig gjennom GERICA. Dette suppleres med ulike former for formaliserte møter. I enhetene brukes eksempelvis muntlige rapporteringsmøter morgen, lunsj eller ettermiddag. Flere bydeler sier at de har tatt opp igjen rutinen med felles møter i enhetene etter at dette har vært nedprioritert en tid som et resultat av fokus på mer direkte brukertid.

Vårt inntrykk er at de fleste bydelene som ikke har felles ledelse av hjemmetjenestene har etablert formaliserte møtearenaer på ledernivå for de kommunale utførerne av praktisk bistand og hjemmesykepleie. Men det er også bydeler som ikke ser behovet for denne typen formaliserte møtepunkter og som derfor møtes på mer ad hoc basis.

Flere peker på nytten av god uformell kontakt som følge av samløkalisering og mener at dette i noen grad kan erstatte behovet for formaliserte møter. Bydel Grorud har for eksempel lokalisert hele hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten på samme geografiske adresse. Flere bydeler gir også uttrykk for formelle møter kan være ressurskrevende, og da særlig for tjenestene utenfor hjemmetjenesten.

De fleste bydelene har knyttet sitt innsatsteam opp til bestillerenheten. Dette begrunnes med at bestiller sitter på oversikten og muligheten til å styre innsatsteamets ressurser til de brukerne som har behov for det. Innsatsteamene har gjerne en relativt fri rolle, og styrer i stor grad sin egen virksomhet. Samordning mot hjemmetjenesten foregår hovedsakelig gjennom mer og mindre formalisert kontakt mellom lederne og/eller koordinatorene i enhetene for praktisk bistand og hjemmesykepleie.

I noen bydeler er det etablert regelmessige formelle møter på ledernivå mellom hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten (fysioterapi og ergoterapi), mens kontakten i andre bydeler er begrenset til GERICA og/eller direkte kontakt på telefon mellom koordinatorene og ansatte i fysioterapi og ergoterapitjenesten. En del bydeler viser til at det har vært vanskelig å få til faste møter med denne delen av tjenesteapparatet, og/eller at de har vært lite egnede som samordningsmekanismer.

For enkelte brukere vil det etableres ansvarsgrupper/koordineringsgrupper som har deltakelse fra både praktisk bistand og hjemmesykepleieenheter, og øvrige deler av utførersiden. Vårt inntrykk er at det er stor variasjon mellom bydelene med hensyn til bruk av slike grupper. Det skyldes dels at det er svært varierte erfaringer med hvorvidt dette er et egnet virkemiddel.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har også rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Forskrift om individuell plan er hjemlet i helselovgivningen og sosiallovgivningen, og er et viktig verktøy for samordning.

Våre informanter gir uttrykk for at individuell plan i liten grad blir benyttet for brukere av hjemmetjenester. Vårt inntrykk er at bydelene i størst grad bruker individuell plan for yngre brukere, og knyttet til vedtak innenfor psykisk helse, samt ved behov for rehabilitering. Samtidig gir en del bydeler uttrykk for at det er et potensial for bedre samordning gjennom å

bruke individuell plan også for brukere av hjemmetjenester. En representant fra rådet for funksjonshemmede etterlyste også at flere fikk tilbud om individuell plan.

Vi stiller spørsmål ved om alle bydelene har et reelt tilbud om individuell plan for eldre i sine bydeler. Bydelene bør vurdere å gi tilbud om individuell plan til flere av sine brukere av hjemmetjenester, slik at individuell plan kan benyttes som et samordningsverktøy også for denne brukergruppen. Dette er i tråd med byrådets påpekning i bystyremeldingen om eldreomsorg i Oslo, der det heter at "Byrådet er opptatt av at individuell plan i større grad må benyttes som et aktivt verktøy for å gi bedre og mer målrettet hjelp også til eldre pleietrengende mennesker". (Bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo, s. 15).

6.2 Samhandling om tjenestene

6.2.1 Samhandling mellom bestillerkontorene og brukerne

I dette avsnittet gjør vi rede for samhandlingen mellom bestillerkontorene og brukerne knyttet til:

- Utforming av vedtakene, herunder å innhente brukers ønsker i forbindelse ved søknad om og tildeling av hjemmetjenester/hvilke tjenester som skal gis (inkludert tilbud om fire timers hjemmehjelp per måned)
- Informasjon til brukeren, herunder informasjon om muligheten og rutiner for å bytte leverandør av hjemmehjelpstjenester og hva hjemmetjenesten kan tilby, klageadgang m.m.

Samhandling i forbindelse med utforming av vedtak

Når det gjelder samhandling mellom bestiller og bruker, finner vi relativt lite variasjon mellom bydelene i rutiner og praksis. Hoveddelen av bestillers kontakt med bruker i forbindelse med vedtaket foregår gjennom førstegangsbesøket.

Vårt inntrykk, som bekrefter funnet i kvalitetsrevisjonen og SINTEFs kartlegging, er at det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder i hvilken grad bestillerkontorene klarer å gjennomføre førstegangsbesøk. I de aller fleste tilfellene av søknader om praktisk bistand gjennomføres et førstegangsbesøk. Men i flere bydeler gjennomføres det ikke førstegangsbesøk for enkelte tjenester, som for eksempel enkle hjemmesykepleietjenester som injeksjoner og sårstell. Vi har tidligere pekt på at bestiller sjelden har kontakt med bruker i forbindelse med revurdering av et vedtak.

Dette synes å være en klar prioritering av ressursbruken på bestillerenhetene. Det synes å være en klar felles intensjon om å gjennomføre førstegangsbesøk i forbindelse med hjemmesykepleie der hjelpebehovet er omfattende og/eller sammensatt. Tilsvarende der det er større endringer i brukers behov i forbindelse med en revurdering.

Bydelene synes som hovedregel å opplyse om direktetelefon til saksbehandler i vedtaket slik at bruker har en saksbehandler å forholde seg til. Tilbakemeldinger fra brukerne tyder på at det ofte kan oppleves å være en utfordring å komme i kontakt med bestiller. Enkelte bydeler

har gjort noe med dette, og har opprettet en egen sentralbordfunksjon, eller egen vakttelefon i perioder på dagtid.

Bestillerkontorene innhenter informasjon fra brukerne om ønsker og behov i forbindelse med vurderingsbesøk. I en del tilfeller blir også pårørende trukket inn. Den videre dialogen med bruker og eventuelt pårørende vil avhenge av hvilken tjeneste det er snakk om, og i hvilken grad bruker ønsker og trenger noen form for spesialtilpasning.

Bestiller skal fatte et vedtak på bakgrunn av brukers behov, men skal samtidig foreta en objektiv vurdering basert på regelverket og de kriteriene bydelen selv har satt for å få en tjeneste. I en vedtaksfase er det derfor begrensinger på muligheten til å imøtekomme brukers ønsker som angår omfang og type tjeneste. Ansatte på bestillerkontorene opplever det som en utfordring at en del brukere tror de i stor grad kan påvirke hvilke tjenester de skal få. Førstegangsbesøket brukes derfor av bestillerenhetene til å gi informasjon til brukerne om hvilke tjenester de kan få. De ansatte opplever at brukerinnflytelsen blir ivaretatt gjennom denne samtalen, som i stor grad også blir brukt som grunnlag for gjensidig forventningsavklaring.

Vi finner at alle bydelene følger opp regelen om tilbud om fire timers hjemmehjelp per måned, men at det varierer mellom bydeler, og innenfor bydeler hvordan de fører dialogen med brukerne om dette. I noen grad begrenses dette av at brukerne må betale en egenandel for tjenesten og derfor ikke ønsker fire timer hjelp. I tillegg gir flere av de ansatte hos bydelenes utfører uttrykk for at de ofte har en dialog med brukerne om behovet, og at det da gjerne er rom for å variere og tilpasse omfanget av hjelpen til brukernes behov.

Informasjon til brukeren

Skriftlig informasjon om tjenesten vil også være en viktig del av dialogen mellom bestiller og bruker, og mellom utfører og bruker når tjenesten er iverksatt. Dette er også nedfelt i Oslo kommunes egne krav til tjenesten, jf byrådssak 326/98 "Brukeren skal motta tilstrekkelig informasjon om muligheter og begrensninger innenfor tjenestene til at hun/han kan delta aktivt i utformingen av eget tjenestetilbud. Den enkelte skal dessuten i skriftlig form gjøres kjent med Oslo kommunes kvalitetskrav til tjenesten, og hvilke klageinstanser som finnes. Øvrig skriftlig og muntlig informasjon skal tilpasses den enkeltes behov."

I de fleste bydelene er det bestillerkontorene som har ansvaret for å sette sammen og distribuere skriftlig informasjon til brukerne. De fleste bydelene gir skriftlig informasjon om muligheten til å bytte leverandør av hjemmehjelpstjenester i forbindelse med bestillers førstegangsbesøk. I de tilfellene bruker har vanskelig for å orientere seg på bakgrunn av skriftlig informasjon, opplyses det også muntlig. På førstegangsbesøket gis det også skriftlig og muntlig informasjon om hva hjemmetjenesten kan tilby. Denne informasjonen finnes også i brukernes informasjonspermer. Informasjon om klageadgang følger med vedtaket.

I kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført i hjemmetjenesten høsten 2008 fant man at av de totalt 24 private og kommunale utførerne har 20 virksomheter en informasjonsperm liggende hjemme hos alle brukere. Innholdet i informasjonspermene varierer mellom virksomhetene,

men består hovedsakelig av kopi av vedtak, eventuell serviceerklæring/omtale av virksomheten, beskjedark og opplysning om hvem som er brukerens fastlege. Om lag halvparten av virksomhetene har også en hjemmejournal som i større grad inneholder individbaserte medisinske opplysninger og som omfatter brukere som mottar tjenester fra hjemmesykepleien.

6.2.2 Samhandling mellom utførerne og brukerne

Samhandlingen mellom utfører og bruker foregår hovedsaklig i det daglige møtet mellom hjelper og bruker. Vårt inntrykk er at bydelenes utførere i liten grad har etablert andre formaliserte rutiner og ordninger for dialog og samhandling med bruker. Flere bydeler benytter brukernes informasjonspermer til å beskrive hva som gjøres ved hjemmebesøkene, oppdatere informasjon om brukeren og gi beskjeder til pårørende.

Vårt inntrykk er at de private aktørene har en tettere oppfølging av brukerne enn det bydelenes utførere har. De kommuniserer gjerne med sine brukere på telefon etter at de har fått tildelt en bruker, og følger dem opp på regelmessige tidspunkt underveis. Enkelte private leverandører har innført rutine med brev til bruker to ganger pr år der det opplyses om tidspunkt for utøvelse av tjenesten og hvem som utfører den, der det gis mulighet for å endre fastsatt tid hvis ønskelig. Noen av de private aktørene benytter også e-post i kommunikasjonen med sine brukere og/eller brukernes pårørende.

Primærkontaktsystem og færrest mulig hjelpere innom bruker

I henhold til Oslo kommunes egne kvalitetskrav, nedfelt i byrådssak 326/98, heter det at "Alle brukere skal ha en egen kontaktperson. Denne er også kontaktperson for evt. pårørende/verge/hjelpeverge. Det skal foreligge skriftlig informasjon om hvem som er kontaktperson og eventuelt ansvarlig sykepleier for den enkelte, samt informasjon om hvor bruker kan henvende seg dersom det oppstår akutt behov for hjelp."

Et velfungerende primærkontaktsystem gir brukeren en person å forholde seg til hos utfører, og det gir utfører mulighet til å plukke opp ønsker og behov på en systematisk måte. Kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført i hjemmetjenesten høsten 2008 viste at litt over halvparten av utførerne (både private og bydelens egne) har et system som innebærer at alle brukere har en primærkontakt. Det synes som om ordningen fungerer bedre innen praktisk bistand enn i hjemmesykepleien. Dette har trolig sammenheng med at brukere i praktisk bistand har færre ansatte å forholde seg til enn i hjemmesykepleien, noe som gjør det enklere å praktisere ordningen.

Antallet hjelpere brukeren må forholde seg til vil også ha noe å bety for muligheten utfører har til å føre en kontinuerlig dialog med bruker. Brukeren har behov for kontinuitet og stabilitet for å kunne bygge opp et tillitsforhold til sine hjelpere, og ønsker ofte mer eller mindre faste hjelpere.

Vi opplever at de fleste bydelene er opptatt av å legge til rette for at brukeren skal få færrest mulig hjelpere innom. Dette gjør de bl.a. ved å ha mindre grupper/enheter, jf. kap. 4. På den ene siden vil mindre enheter gi rom for at det er færre hjelpere i kontakt med bruker, mens

det på den andre siden gjør enhetene mer sårbare i forbindelse med sykefravær m.m.. I tillegg gir bydelene uttrykk for at turnus, og omfattende bruk av vikarer i hjemmetjenesten gjør det vanskelig å få et primærkontaktsystem til å fungere, og oppfylle brukers ønske om å ha færrest mulig hjelpere.

Rutiner for å avgjøre når hjelpen skal gis

Hensynet til turnus og bemanning tilsier at ikke alle brukerne kan få hjelp på det tidspunktet de ønsker. Særlig gjelder dette for morgenstell. Det er en felles utfordring for alle bydeler å få denne kabalen til å gå opp. Løsningen blir ofte å lage avtaler med hver enkelt bruker, som angir et tidsintervall hjelpen skal gis, for eksempel mellom kl 09-12. I tillegg prøver bydelene å informere brukerne mer presist om tidspunkt når det er rom for det. I Bydel Stovner ringer praktisk bistand brukeren om morgenen for å angi klokkeslett for besøket. For brukere uten for omfattende hjelp, oppleves det som lettere å operere med faste tidspunkt. Det er gjerne koordinator/teamleder som avtaler tidspunkt for besøk

Rutiner for å varsle når hjelpen uteblir/avtaler brytes

I noen bydeler er det koordinator/avdelingssykepleier som varsler bruker når hjelpen uteblir eller avtaler må brytes, mens det i andre bydeler er de ansatte selv som tar denne kontakten. Det er lite utbredt med tjenestetelefoner for ansatte i hjemmetjenesten, og det varierer også innad i bydelene om grupper/team har noen telefoner som de kan dele på. De ansatte bruker derfor ofte sine egne telefoner til å gi beskjeder til koordinator/teamleder og/eller brukerne om forsinkelser og eventuelle endringer i planer.

Rutiner for å gi annen hjelp ved behov

Alle bydelene opplyser at de gir brukerne hjelp utover vedtaket dersom det viser seg å være et behov for det. Samtidig er dette mer vanlig for hjemmesykepleie enn for praktisk bistand. Er det snakk om et midlertidig og/eller kortvarig endringsbehov medfører det ikke at dette meldes i revurderingsjournal i GERICA.

Vår inntrykk er at bydelen har en kultur for fleksibilitet med hensyn til denne typen tilpasninger, og at mindre justeringer gjennomgående gjøres innenfor vedtaket. De tillegger denne typen fleksibilitet "faglige vurderinger" fra hver enkelt hjelper. Samtidig er det noe ulik praksis med hensyn til når en endring i behov krever endring i vedtak. I Bydel Østensjø opererer de med en regel om at dersom en endring er større en 25 prosent så skal den meldes som en revurdering. Samtidig opplever de det som utfordrende å få de som fordeler arbeidsoppdragene i de ulike enhetene til å praktisere dette på samme måten.

6.3 Andre utførere

I tillegg til de kommunale utførerne direkte underlagt bydelene, finnes det også andre utførere av hjemmetjenester i Oslo. Først og fremst gjelder dette private leverandører av hjemmetjenester innenfor brukervalgsordningen, men kommunen har også et eget tilbud innenfor praktisk bistand spesialtilpasset døve og døvblinde. I tillegg tilbyr Fransiskushjelpen

omsorg, pleie og lindrende behandling (palliasjon) hovedsakelig til kreftpasienter som ønsker å være i eget hjem.

6.3.1 Private leverandører av hjemmetjenester

Vi har i denne undersøkelsen gjennomført intervju med tre av de private leverandørene innenfor hjemmebaserte tjenester i Oslo kommune. Vårt inntrykk er at det er til dels store variasjoner mellom bydelene når det gjelder deres samhandling med de private leverandørene i forbindelse med vedtakene. Dette går både på formulering, detaljgrad og beskrivelser av tiltak, oppgaver, tidsbruk, frekvens og egenbetaling. Flere av de private leverandørene etterlyser økt grad av standardisering i bydelene.

Den formelle samhandlingen mellom private leverandører og bydelene går i all hovedsak gjennom GERICA. Svært få bydeler har faste møter med private leverandører utover dette. Tilbakemeldinger på endringsbehov som dokumenteres i GERICA (revideringsjournal) oppleves som veldig forskjellig i mellom. Noen bydeler oppleves som veldig raske i tilbakemeldingene, mens man i enkelte andre tilfelle har opplevd ikke å få noen tilbakemelding.

Den formelle kontakten med bydelene skjer i hovedsak gjennom bestillerenhetene. Dette gjelder både i forhold til nye brukere og ved behov for endringer/justeringer i vedtak underveis. Tilbakemeldingene fra de private leverandørene er at responstid og tilgang til rette saksbehandler varierer mye mellom bydelene. Enkelte informanter hos de private leverandørene mener også at de burde kontaktes oftere når vedtak om endrede behov gjøres.

Enkelte private leverandører kommenterer også opplevelsen av at det kan være store forskjeller mellom bydelene i definisjonene av hvilke tjenester som ligger innenfor praktisk bistand.

De private leverandørene oppgir at de legger stor vekt på fleksibilitet og brukerinnflytelse overfor sine brukere. Alle brukere får utlevert en egen informasjonsperm med viktige telefonnummer, beskrivelse av tjenesten, hvem som kommer og utfører tjenesten m.m. Noen har i tillegg etablert rutiner for utsendelse av brev to ganger pr. år med muligheter for bytte av tid for tjenesten. Man prøver ellers i størst mulig grad å benytte faste hjelpere og har faste, avtalte tider for når hjelpen skal gis. Vårt inntrykk er at det hos de fleste er rutiner knyttet til å gi bruker beskjed pr. telefon ved endringer i avtalte tidspunkt.

6.3.2 Hjemmetjenesten for døve og døvblinde

Hjemmetjenesten for døve og døvblinde ble opprettet som et prosjekt i kommunen i 2002 og er underlagt storbyavdelingen i Bydel. St.Hanshaugen. Tjenesten omfatter bare praktisk bistand, og er en del av en egen rådgivningstjeneste for døve, som i tillegg inneholder legetjenester, tekniske hjelpemidler m.m. Det tilbys ikke tilsvarende tjeneste knyttet til hjemmesykepleie, og utfører vurderer at det er et behov for personal med tegnspråk også her.

Tjenesten har per tidspunkt ca. 30 brukere med en gjennomsnittalder på 75 år med brukere fordelt på 12 bydeler.

Hjemmetjenesten for døve og døvblinde utøver sin tjeneste med bakgrunn i vedtak fra bestillerenhetene i bydelene og tar så kontakt med bruker og avtaler hjemmebesøk. Ofte kjenner man til noe av historien til brukeren gjennom andre tjenester i Rådgivningstjenesten for døve fra tidligere. Inntrykket er at bydelene stort sett kjenner til at det finnes egen tilrettelagt tjeneste for denne brukergruppen.

Selv om antall brukere er relativt få, understreker utfører at hjemmehjelpstjenesten oppleves som veldig viktig for de brukerne det gjelder, at dette ivaretar brukernes behov på en god måte, og at kommunikasjon på tegnspråk oppleves som viktig for denne brukergruppen.

Når det gjelder samhandlingen med bydelene, er vårt inntrykk at dette i hovedsak skjer gjennom GERICA. Hjemmetjenesten for døve og døvblinde er ellers med på noen ansvarsgruppemøter i bydelene, ettersom flere av brukerne her har individuelle planer. Hjemmetjenesten bekrefter ellers innrykkene fra de private aktørene om stor variasjon mellom bydelene med hensyn til vedtakenes detaljeringsgrad og utforming.

6.3.3 Fransiskushjelpen

Stiftelsen Fransiskushjelpen er en diakonal organisasjon knyttet til Fransiskanerordenen i Den katolske kirke. Tjenestene er åpne for alle uansett livssyn og utføres både av ansatte og frivillige. Tjenestene er gratis for den enkelte og utføres ikke med basis i kommunens formelle vedtak. De får henvendelser om behov for bistand fra bydelene, sykehus og fra pårørende/brukere. Stiftelsen drives av offentlig støtte, private gaver og frivillig innsats.

Fransiskushjelpen består av

- Besøktjenesten.
- Pleietjenesten.
- Sorgtjenesten.
- Gatetjenesten.

Hjelpen søkes tilrettelagt etter brukernes behov og i samarbeid med brukere og pårørende.

For pleietjenesten er hoveddelen av tjenesten knyttet til omsorg, pleie og lindrende behandling (palliasjon), hovedsakelig til kreftpasienter som ønsker å være i eget hjem.

Samarbeid med bydelene er hovedsakelig knyttet opp mot:

- Nettverksmøter med sykehus/bydel (planlegging/ansvarsfordeling i forhold til brukere).
- I pasientens hjem (telefon og møter).
- Gjennom dokumentasjon (egen hjemmejournal - ikke via GERICA).
- Bydelenes egne kreftkoordinatorer (åtte bydeler har dette).

Samarbeidet med bydelene betegnes som godt, men med noe variasjon mellom bydelene. Det har i noen tilfeller vært en noe lang svartid fra enkelte bestillerenheter ved behov for

møter. De viser eksempelvis til en svartid på opptil 14 dager fra et bestillerkontor. Dette kan være kritisk for denne pasientgruppen og vurderes som altfor sent med tanke på denne pasientgruppens sykdomsbilde.

Videre er tilbakemeldingen at kommunens innføring av brukervalg ofte oppfattes som for komplisert og tar for lang tid for denne type pasienter og således bør løses uavhengig av dette.

6.4 Oppsummering

Det er vårt inntrykk at bydelene har gode rutiner for å registrere og innhente brukers synspunkter i de tilfellene det blir gjennomført førstegangsbesøk. Bestillerkontorene synes å ha et reflektert forhold til behovet for å føre en dialog med bruker. Men flere bydeler erkjenner at de i for liten grad klarer å prioritere et førstegangsbesøk og eventuelle revurderingsbesøk. I praksis blir det derfor utfører som står for det første møtet med bruker i forbindelse med at tjenesten iverksettes. Det betyr at det i hovedsak vil være utføreren, og ikke bestillerkontorene, som kan oppfylle ønsker knyttet til utforming av tjenesten. Det betyr at detaljeringsgrad og vedtakslengde vil være avgjørende for hvordan brukers ønsker kan ivaretas innenfor rammen av vedtaket. Vedtakene må gi rom for at utfører kan ivareta brukers ønsker og behov i sin samhandling med bruker.

Vårt inntrykk er at flere bydeler bevisst fatter vedtak som er generelle og av relativ kort varighet, og dermed overlater til utfører å detaljere og utforme tjenesten i dialog med bruker. I de fleste bydelene angir vedtakene tidsbruk hos bruker per uke eller måned, og de fleste vedtakene inneholder ikke nøyaktig tidsangivelse for de ulike oppgavene som skal utføres hos brukeren, eksempelvis 10 minutt støvsuging, 15 minutt vask etc. Dette gjelder særlig for vedtak om praktisk bistand. Bydelene begrunner dette med at tidsfastsettelse gir fokus på tid og ikke på tjenestene.

Vår vurdering er at det ligger mulighet for fleksibilitet og brukerinnflytelse knyttet til selve utformingen av vedtaket. Ved å bruke generelle vedtak gis utførerne mulighet til å være fleksibel og utforme tjenestene i samhandling med brukerne, i de tilfellene dette er mulig og ønskelig. Vi finner det derfor interessant at en del bydeler har utviklet en slik praksis nettopp for å bedre samordningen mellom bestiller og utfører, og synes å ha en bevisst holdning til dette.

Samtidig vil vi peke på at hensynet til fleksibilitet i tjenesteytingen her må avveies mot kravet til rettssikkerhet, og brukers behov for forutsigbarhet og trygghet. I tillegg vil vi peke på at innføringen av brukervalg i hjemmesykepleien vil gjøre det nødvendig for bestillerkontorene å vurdere sin praksis for gjennomføring av førstegangsbesøk. Skal de kunne ivareta hensynet til likebehandling av private og kommunale utførere, må det være bestillerkontorene og ikke utførerne som gjennomfører et førstegangs vurderingsbesøk.

Vårt inntrykk, som bekreftes av brukerundersøkelsene, er at bydelene i varierende grad har gode rutiner for varsling av forsinkelser og avlyste besøk. Det kan synes som en tungvint løsning når ansatte må ringe koordinator eller avdelingssykepleier, som igjen skal formidle beskjeden videre til bruker. I tillegg synes mangel på tjenestetelefoner for de ansatte i utførerenehetene å bidra til at det ikke blir gitt beskjed til bruker ved forsinkelse eller avlysning.

Vår vurdering er at bydelene relativt lett bør kunne få på plass bedre og mer fleksible varslingsrutiner. Det kan eksempelvis oppnås ved å ha flere tjenestetelefoner, ha gode systemer for å legge inn telefonnummeret til brukerne i arbeidslister, og la de ansatte selv ta seg av den direkte kontakten uten et potensielt forsinkende mellomledd.

7 BRUKERNES VURDERINGER

7.1 Brukerundersøkelsen

På oppdrag for Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune gjennomfører TNS Gallup årlig en brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester. Siste undersøkelse ble gjennomført i september 2008 og oppsummert i en egen rapport i desember 2008. Samlet svarprosent for alle bydeler var på 32 prosent.

Knyttet opp mot organisering, fleksibilitet og brukerinnflytelse, har vi valgt å trekke ut noen forhold fra brukerundersøkelsen som kan være relevante. Vi har valgt å fokusere spesielt på resultatene fra de fem bydelene Stovner, Ullern, Grünerløkka, Nordre Aker og Østensjø.

Først har vi imidlertid sett på brukernes helhetlige tilfredshet med hjemmetjenesten for alle bydeler.

7.1.1 Helhetlig tilfredshet

Resultatene fra brukerundersøkelsen for 2008 viser at brukernes helhetlige tilfredshet med tilbudet til hjemmetjenesten er høy. Flertallet av brukerne er fornøyde (85 %). Byrådets måltall for dette er 80 %. Undersøkelsen viser videre at det er store variasjoner mellom hvilke kvalitetselementer brukerne er fornøyd med, og at det er til dels store variasjoner mellom bydelene.

Brukere som bare mottar hjemmesykepleie er generelt mer tilfreds enn gjennomsnittet mens brukere som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie er mindre tilfredse enn gjennomsnittet.

Rapporten fra brukerundersøkelsen for 2008 konkluderer med at det ikke har skjedd noen store endringer i brukernes tilbakemeldinger siden 2007 med unntak av at det er positive utvikling på følgende områder

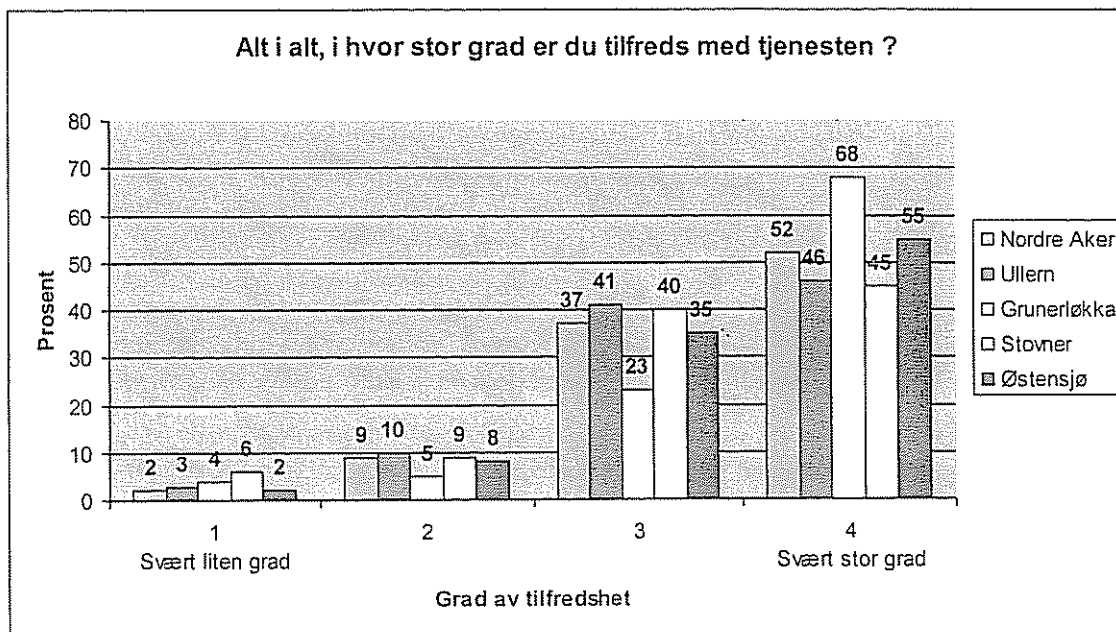
- Mulighet for hjelp ved endrede behov
- Ventetid fra henvendelse/søknad til mottak av hjelp
- Antall timer hjelp
- Evnen til å gi beskjed ved forsinkelser

Samtidig konkluderes det med at hjemmetjenestens sterkeste sider er knyttet til brukernes opplevelse av at de blir behandlet med høflighet og respekt, at tjenesten gjør hverdagen bedre ved at de kan bo hjemme og at de er tilfredse med de ansattes omsorg².

I figur 7-1 har vi trukket ut tilbakemeldinger for brukernes oppsummerende vurdering av tilfredshet med hjemmetjenesten for bydelene Stovner, Ullern, Nordre Aker, Grunerløkka og

² Kilde; Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten. Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten. Rapport desember 2008.

Østensjø. Alle tallene er oppgitt i prosent, og andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling til spørsmålet er ikke tatt med i oversikten.



Figur 7-1. Spørsmål 36; "Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med tjenesten?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Kilde: Oslo kommune, Helse-og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

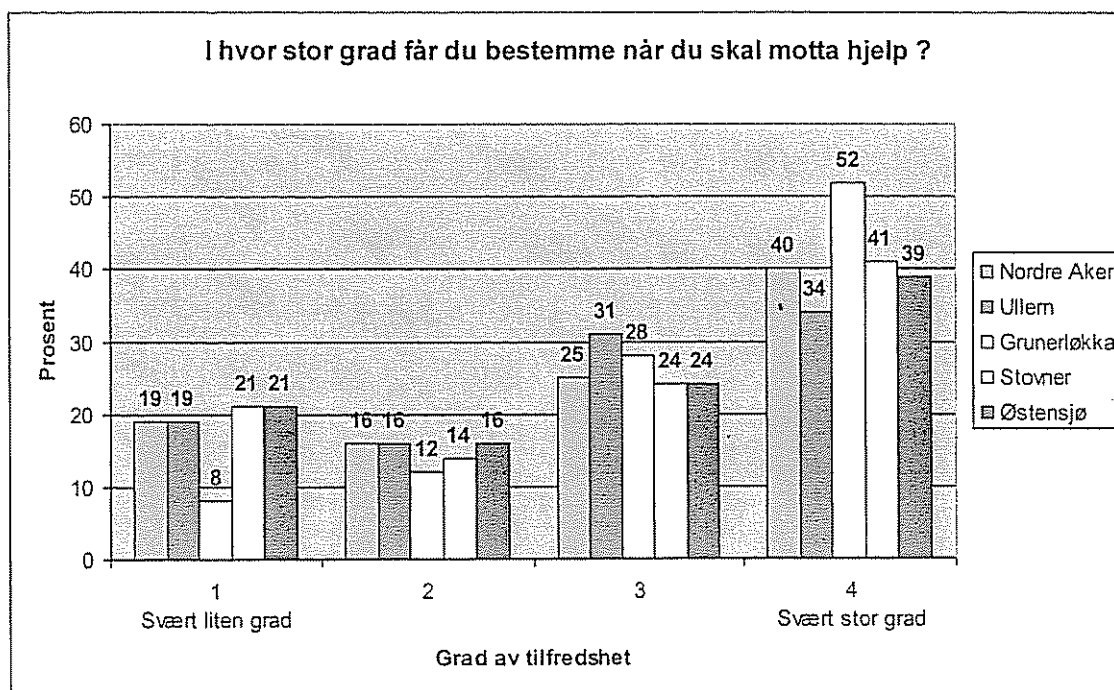
Tallene i figuren representerer brukernes tilbakemelding på graden av tilfredshet, fordelt på svaralternativene 1-4. Vi ser av resultatene at den store majoriteten av tilbakemeldinger befinner seg i svaralternativene 3 og 4, dvs. stor/svært stor grad av tilfredshet med tjenesten. For Bydel Grünerløkka svarer hele 68 prosent av brukerne at de er svært tilfreds med tjenesten. De samlede resultatene for Oslo kommune viser at bydelen samlet sett har mest fornøyde brukere.

Tilbakemeldingene viser videre at for brukernes tilbakemelding på samlet tilfredshet for alle de fem utvalgte bydelene, ligger ingen av bydelene samlet over 15 prosent for svarkategoriene 1 og 2 (nederste del av skalaen).

7.1.2 Brukermedvirkning

I forhold til brukerne vurderinger av brukermedvirkning, har vi valgt å illustrere dette med å se nærmere på følgende spørsmål fra brukerundersøkelsen:

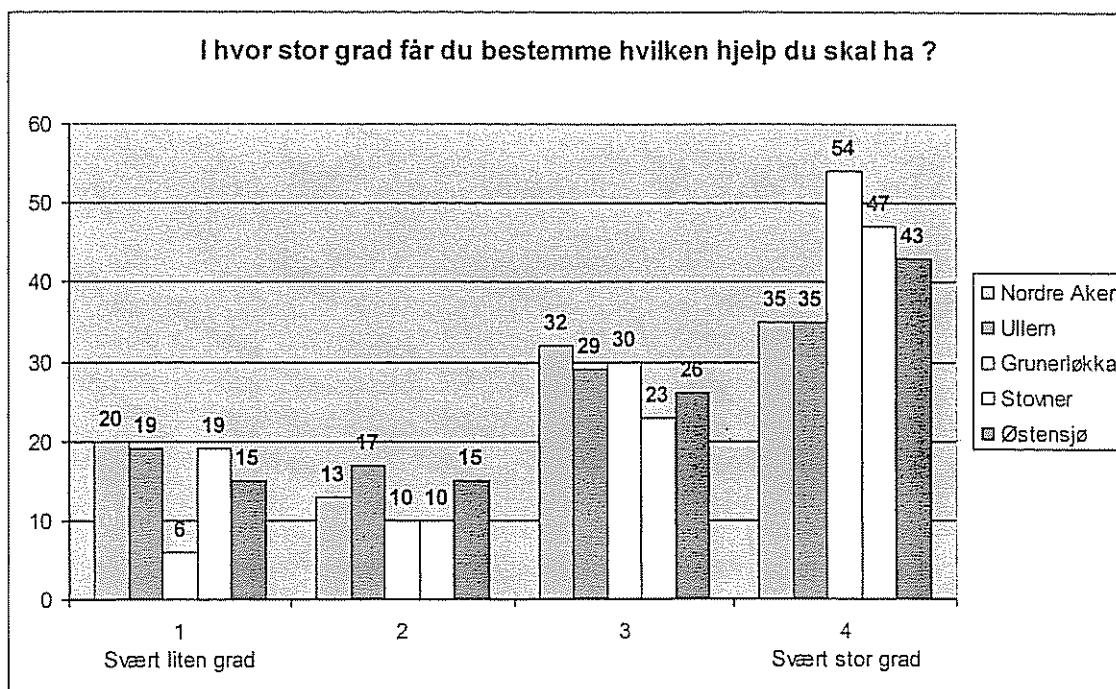
- I hvor stor grad får du bestemme når du skal motta hjelp?
- I hvor stor grad får du bestemme hvilken hjelp du skal ha?
- Brukere med individuell plan og tilbakemelding på om planen ble utarbeidet i samarbeid med bruker.



Figur 7-2 Spørsmål 14; "I hvor stor grad får du bestemme når du skal motta hjelp?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

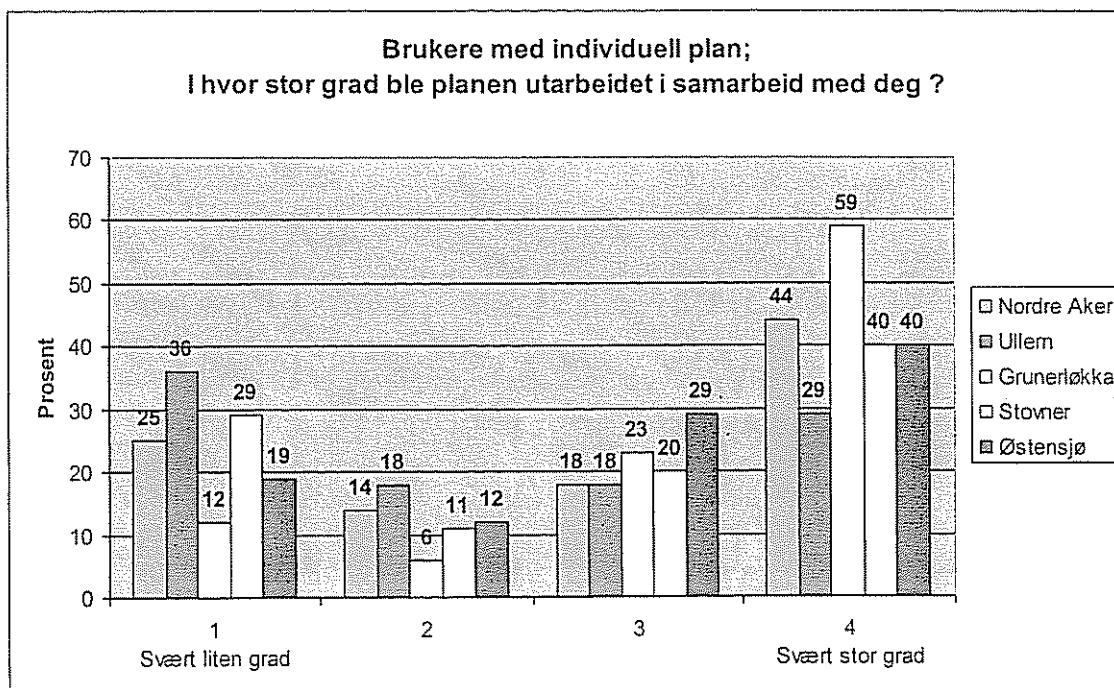
I forhold til spørsmålet om brukernes vurderinger av om man får bestemme når hjelpen skal mottas, viser tallene for de fem utvalgte bydelene følgende hovedbilde

- For Bydel Grünerløkka svarer 80 prosent at de opplever dette i stor/svært stor grad.
- Mellom de fire andre bydeler er forskjellene svært små. Her svarer mellom 63 og 65 prosent at man opplever dette i stor/svært stor grad.



Figur 7-3 Spørsmål 15; "I hvor stor grad får du bestemme hvilken hjelp du skal ha?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

På spørsmål om hvorvidt brukerne opplever at de får bestemme hvilken hjelp de skal ha, svarer hele 84 prosent av brukerne i Bydel Grunerløkka at man opplever dette i stor/svært stor grad. For de andre bydelene ligger tilsvarende tilbakemeldinger mellom 64 og 70 prosent.



Figur 7-4 Spørsmål 17; "I hvor stor grad ble planen utarbeidet i samarbeid med deg?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

De samlede resultatene fra brukerundersøkelsen viser at en stor andel av brukerne ikke vet om de har en individuell plan (42 prosent), og at andelen som har en slik plan er relativt liten (17 prosent). I forhold til de 5 utvalgte bydeler, varierer dette mellom 22 prosent i Bydel Grünerløkka mot 12 prosent i Bydel Ullern. Blant de som har en individuell plan, oppgir 66 prosent at planen i stor/svært stor grad ble utformet i samarbeid med dem.

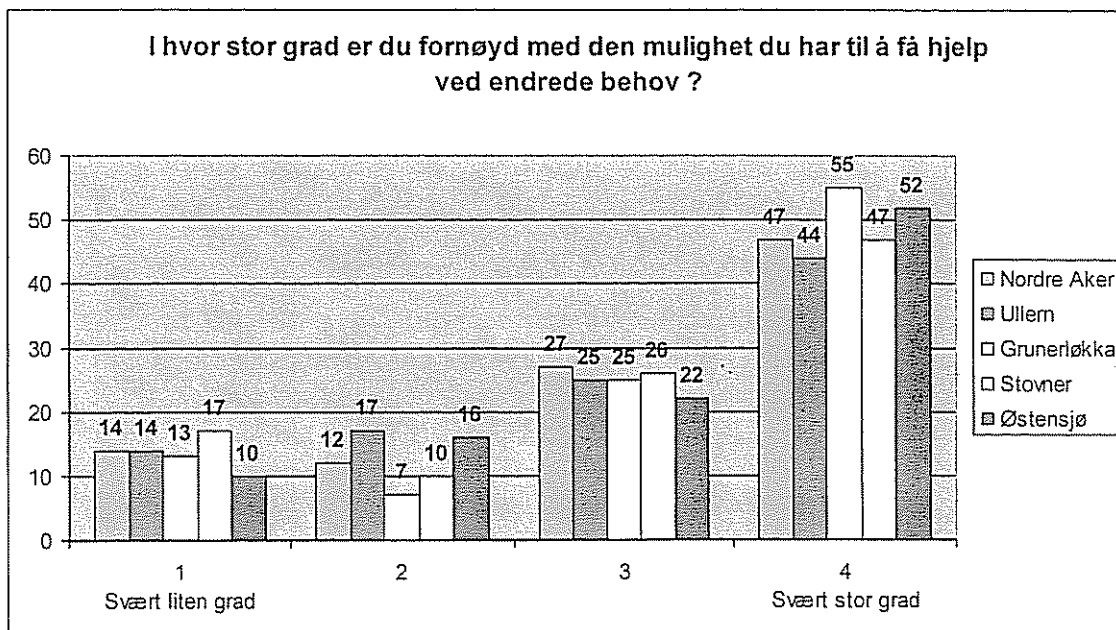
I Figur 7-4 har vi oppsummert resultatene for de fem utvalgte bydeler. Disse viser noe variasjon mellom bydelene.

For Bydel Grünerløkka svarer 82 prosent at de i stor/svært stor grad at planen ble utformet i samarbeid med dem, mens tilsvarende tall for Bydel Ullern er 47 prosent.

7.1.3 Fleksibilitet

I forhold til fleksibilitet, har vi valgt å fokusere på to av spørsmålene fra brukerundersøkelsen for å belyse dette. Dette gjelder

- Brukernes mulighet til å få hjelp ved endrede behov.
- Brukernes syn på muligheten til å få hjelp ved endrede behov utover det som er avtalt.

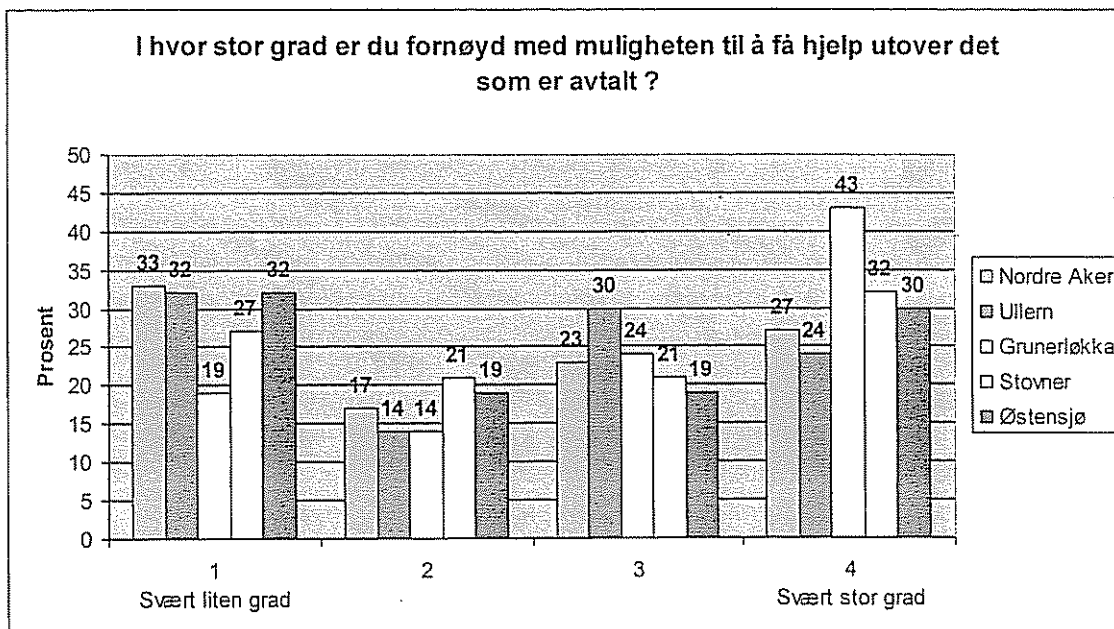


Figur 7-5 Spørsmål 13; "I hvor stor grad er du fornøyd med den mulighet du har til å få hjelp ved endrede behov?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

I forhold til brukernes vurderinger av muligheten for hjelp ved endrede behov svarer mellom 69 og 80 prosent av brukerne at man opplever dette i stor/svært stor grad, mens mellom 20 og 31 prosent av brukerne er mindre tilfreds med dette. Her er det relativt små variasjoner mellom bydelene. For de fem bydelene samlet er mer enn 70 prosent av brukerne tilfreds/svært tilfreds med bydelenes tilbakemeldinger på hjelp når behovene endrer seg.

I oppsummeringen fra brukerundersøkelsen for 2008, er dette et av områdene hvor utviklingen vurderes som positiv fra foregående år.

Når det gjelder brukernes syn på muligheten til å få hjelp utover det som er avtalt, synes tilbakemeldingene å være noe mer variert både i svarfordeling og mellom bydelene, jf figur 7-6.



Figur 7-6 Spørsmål 21; "I hvor stor grad er du fornøyd med muligheten til å få hjelp utover det som er avtalt?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2008.

For Bydel Grünerløkka svarer 67 prosent av brukerne at de er fornøyd/svært fornøyd i forhold til dette, mens 33 prosent opplever dette i liten grad/svært liten grad. Tilsvarende tall for Bydel Østensjø er 49 prosent og 51 prosent.

Med unntak av Bydel Grünerløkka, tyder tilbakemeldingene på at ca. halvparten av brukerne er lite/svært lite fornøyd med muligheten for å få hjelp utover det som er avtalt.

7.2 Tilbakemeldinger fra intervjuer med brukerrepresentantene

I de fem utvalgte bydelene Stovner, Østensjø, Grünerløkka, Ullern og Nordre Aker ble det gjennomført intervjuer med representanter for brukerne, dvs. eldreråd og råd for funksjonshemmede. Vårt hovedinntrykk er at disse bydelenes brukerrepresentanter tas på alvor, at kommunikasjonen med bydelen oppleves som konstruktiv og at bydelenes ansatte oppleves som hyggelige og imøtekommende.

Det er relativt få reelle klagesaker knyttet til hjemmebaserte tjenester.

I forhold til brukernes vurderinger av områder der det spesielt synes å ligge potensial for forbedringer, er vårt inntrykk at dette spesielt er knyttet til

- Opplevelse av at det er mange forskjellige hjelpere å forholde seg til og en variabel stabilitet i personalet. Dette gjelder spesielt innenfor praktisk bistand. Brukerne ønsker at tjenestene mot den enkelte i størst mulig grad utøves av samme person over tid.
- Ønske om at bruker får beskjed når det er avvik i tjenesten i forhold til avtalt tid for tjenesten
- Ønske om noe større fleksibilitet i tjenesten og at bruker gis muligheten til å styre enda mer i den konkrete utførelsen av tjenesten.
- Noe usikkerhet rundt vedtaksprosessen, spesielt knyttet til kapasitet for hjemmebesøk i forbindelse med saksbehandlingen.

I Bydel Stovner blir alle over 80 år kontaktet av bydelen pr. telefon for å få tilbakemeldinger på tjenesten som gis eller eventuelt hvorfor de ikke har hjemmebaserte tjenester. Tilbakemeldingene fra brukerne er svært positivt.

Brukernes tilbakemeldinger på innføringen av brukerundersøkelser oppfattes også som positivt. Selv om svarprosenten oppfattes som relativt lav, opplever mange at dette kan bidra til økt oppmerksomhet overfor brukerne fra utførernes side.

7.3 Bydelenes oppfølging av brukerundersøkelser

Som en del av den kontinuerlige kvalitetsutvikling i hjemmetjenesten skal bydelene bruke resultatene fra Oslo kommunes brukerundersøkelser aktivt til å forbedre tjenesten. Det kan forventes at ledelsen benytter resultatene til å iverksette tiltak og at de ansatte har et bevisst forhold til hvilke forbedringsområder hjemmetjenesten har.

I forbindelse med kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført i hjemmetjenesten høsten 2008 var løpende oppfølging av brukerundersøkelser et tema. Intervjuene med ledere og ansatte i de private og kommunale utførerenhetene viste at litt over halvparten av utførerenhetene har utviklet tiltak og planer i henhold til funn i brukerundersøkelsene. Samtidig var bydelens arbeid med å følge opp brukerundersøkelsene lite kjent blant de ansatte i utførerenhetene. Dette indikerer at bydelene i varierende grad benytter brukerundersøkelsene aktivt som verktøy for kvalitetsutvikling.

I revisjonsbesøkene kom det fram informasjon som kan forklare hvorfor brukerundersøkelsene ikke blir brukt inn i kvalitetsarbeidet.

- Svarprosenten på undersøkelsene er lav og en del av bydelene mener derfor at svarene har begrenset verdi.
- Mange virksomheter peker på at undersøkelsene er for omfattende og inneholder for mange spørsmål.
- Innretningen på undersøkelsene gjør det ikke mulig for den enkelte private leverandør å hente ut svar og funn for sin virksomhet.
- Offentliggjøring av resultatene fra undersøkelsene kommer for lang tid etter at de er gjennomført, og mister aktualitet.

- I tillegg er det noe uklarhet med hensyn hvordan resultatene offentliggjøres. Flere private virksomheter gir uttrykk for at de ikke har vært forelagt resultater fra undersøkelsene.

Som en del av dybdeintervjuene med bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø undersøkte vi hvordan de har fulgt opp brukerundersøkelsene og medarbeiderundersøkelsene som en del av arbeidet med kvalitetsutvikling i hjemmetjenesten.

Flere av de fem bydelene peker på at resultater fra brukerundersøkelser blir brukt aktivt i ledermøter, som grunnlag for å diskutere og iverksette kvalitetsutviklingstiltak. Resultatene blir også tatt opp med personalet, for eksempel på personalmøter.

I Bydel Ullern viser de til at de som et resultat av brukerundersøkelsene og medarbeiderundersøkelser har arbeidet aktivt med å bedre kontinuiteten og stabiliteten i personalsituasjonen. For å skape en "levelig arbeidsdag" for de ansatte i utførerenhetene prøver lederne å ha tett kontakt med, og oppfølging med sine ansattegrupper. Lederne mener at dette har gitt resultater i form av "ro i tjenesten" og nedgang i sykefraværet. De har også iverksatt tiltak for å forbedre dialogen med brukerne, og for å forbedre rutinene for å ta kontakt med brukerne i forbindelse med forsinkelser/avlyste besøk. Det er gruppeleder praktisk bistand som avtaler tid med bruker, og det er telefonisk kontakt med bruker ved forsinkelser/endringer ved avvik utover 1 time. For å få flest mulig faste personer hos den enkelte bruker innen praktisk bistand ruller de med tre personer.

I Bydel Stovner brukes medarbeider- og brukerundersøkelsene til å peke ut viktige tema å arbeide videre med, og til å iverksette konkrete tiltak. I 2008 ble tre tema vektlagt, og dette resulterte bl.a. i ny turnusplan og ernæringskurs for ansatte.

I Bydel Østensjø viser de til at omorganiseringen i 2008, som gav flere og mindre grupper, delvis er et resultat av brukernes ønske om å kunne forholde seg til færrest mulig hjelpere. Bydelen har også styrket bemanningen i helgene som et resultat av brukerundersøkelsen. I tillegg er bydelen pilot i et forskningsprosjekt som gjennomføres av høyskolen i Gjøvik som fokuserer på kontinuitet i tjenesten.

I Bydel Nordre Aker har de særlig arbeidet med tilgjengelighet og informasjon til brukeren. Det gjelder bl.a. faste telefontider for bestiller og utfører, og rutiner for å gi beskjed ved forsinkelser. Bydelen arbeider også aktivt med gjensidig forventningsavklaring i dialogen med brukeren.

I Bydel Grünerløkka har de i ett av hjemmesykepleiedistriktene etablert to team på ca. 10 personer hvorav det er to sykepleiere i hvert team, for å få færrest mulig hjelpere til hver enkelt bruker.

Under intervjuene med bydelene har det kommet fram en del andre "metoder" og ordninger bydelene benytter for å fremme kvalitetsutvikling, som ikke direkte knytter seg til resultater fra medarbeider- og brukerundersøkelser.

Flere av bydelene, bl.a. Stovner og Nordre Aker, har opprettet egne "kvalitetsutvalg" som møtes jevnlig, og som har som mandat å fremme kvaliteten i tjenesten. Kvalitetsutvalget i

Bydel Nordre Aker består av alle seksjonssjefene i bydelen. Som i Bydel Stovner møtes de hver sjette uke og har ansvaret for løpende kvalitetsutvikling i bydelen. De arbeider bl.a. med kursing, nye prosedyrer og hvordan kvalitetsarbeidet skal operasjonaliseres i enhetene.

I Bydel Østensjø har de opprettet en egen sentral kompetanseenhet for hjemmetjenesten, som består av to sykepleiere. Denne enheten arbeider med kompetanseutvikling og kvalitetsutvikling i enhetene. De har ansvaret for å koordinere og/eller gjennomføre kurs og andre opplæringstiltak. Bydelen har også opprettet egne "funksjoner" i enhetene med fagansvar, for å styrke kompetansen ute i enhetene.

I Bydel Nordre Aker ivaretar søknadskontoret sekretærfunksjonen i eldrerådet. Våre informanter fra eldrerådet mener at de blir tatt på alvor, blir hørt i saker som angår dem, og får god oppfølging av bydelen. Dette synes som et godt grep for å sikre god dialog med brukerepresentanter.

8 HVORDAN ØKE FLEKSIBILITET OG BRUKERINNFLYTELSE?

Vår gjennomgang viser at bydelene har organisert sine hjemmetjenester noe ulikt. Det er noen betydelige variasjoner mellom bydelene med hensyn til valg av organisasjonsløsninger. Samtidig ser vi at det ofte dreier seg om ulike varianter av løsninger, og at ulike kombinasjoner av organisasjonsprinsipper brukes av bydelene.

Vi mener at spørsmålet om fleksibilitet og brukerinnflytelse ikke avhenger av den organisatoriske løsningen som velges. Vi har i vår tilnærming fokusert på samordning og samhandling som viktige forutsetninger for fleksibilitet og brukerinnflytelse. Drøftingen i kapittel 5 viser at de ulike organisasjonsprinsippene har styrker og svakheter. Vår vurdering er at økt fleksibilitet og brukerinnflytelse først og fremst dreier seg om gode rutiner og praksis for samhandling og samordning innenfor de organisatoriske rammene som er valgt.

Vi vil i dette kapittelet vise til eksempler som kan øke bydelenes evne til å tilby fleksible hjemmetjenester og gi brukerne innflytelse på utforming og utførelse av tjenesten. Dette ivaretar hensynet til at bydelene har frihet til å organisere tjenesten i henhold til egne ønsker og behov innenfor rammene av en bestiller-utførermodell.

Innledningsvis vil vi oppsummere noen av bydelenes viktigste erfaringer med bestiller-utførermodellen, slik de er framkommet i intervjuer med bydelene og på dialogkonferansen vi gjennomførte med fem bydeler

8.1 Erfaringene med bestiller - utførermodellen

- Generelt opplever vi en positiv holdning til bestiller-utførermodellen i bydelene. Bydelene framhever tydelighet i roller og ansvarsdelingen og kvalitet på vedtakene som helt klare fordeler med en bestiller-utførermodell.
- De peker videre på at økt kompleksitet i tjenesten, og et stort tjenesteapparat tilsier at det å rendyrke bestillerenhetens rolle som vedtaksorgan har vært viktig.
- Bydelene framhever samtidig at det er behov for stor grad av åpenhet mellom bestiller og utfører. De er opptatt av å finne balansen mellom bestiller og utfører, og mener at det ikke er hensiktsmessig med en modell som skaper et for skarpt skille mellom bestiller og utfører.
- De fleste bydelene beskriver at det i den første perioden etter at modellen var innført ble opprettet "et kunstig skarpt skille" mellom bestiller og utfører. Det gav utfordringer knyttet til samordningen mellom bestiller og utfører, og gav det noen oppfatter som for sterk bestillermakt med hensyn til utforming av vedtak, og derigjennom utforming av tjenesten.
- Etter hvert som bydelene har vunnet erfaringer med modellen har flere sett et behov for å myke opp modellen, flytte noe av ansvaret for selve utformingen av tjenesten fra bestillerenheten til utførerenheterne, og derigjennom legge til rette for fleksibilitet og brukerinnflytelse.

- Flere bydeler har brukt tid på å finne en god samarbeidsform, og har gradvis utviklet modellen med tanke på å knytte bestiller og utfører nærmere hverandre for å sikre god samordning av tjenesten.
- De peker på dette dreier seg om å skape forståelse for hverandres roller. Flere bydeler framhever at det i den forbindelse er viktig å fokusere på bydelens samlede målsettinger innen pleie og omsorg, og at skillet mellom bestiller og utfører ikke må gå på bekostning av den kollektive "vi -følelsen" i bydelen.
- Inntrykket er at bydelene har funnet sine egne måter å tilpasse modellen på. Samtidig er det noen bydeler som etterlyser en samlet og overordnet vurdering av prinsipper og utforming av bestiller-utførermodellen i Oslo kommune.
- Flere bydeler peker på faste møtepunkter som viktige for økt forståelse mellom bestiller og utfører. Det gjelder særlig faste møter mellom bestillernes saksbehandlere og utførerne (teamledere/koordinatorer) om enkeltbrukere.
- Tilpasninger av organisering, slik som at saksbehandlerne har ansvar for brukere innenfor en enhets ansvarsområde, blir pekt på som viktig for å kunne ha en god dialog mellom bestiller og utfører om enkeltbrukere.

8.2 Økt fleksibilitet i bestiller-utførermodellen

Det synes som om nøkkelen til fleksibilitet i modellen er å finne i tilpasninger som reduserer avstanden mellom bestillerfunksjonen og utførerne av hjemmetjenester. Bydelene bør unngå å praktisere modellen i sin mest ekstreme form med vanntette skott mellom bestiller og utfører. I intervjuene med bydelene er de tydelige på at det er gode ordninger for samarbeid mellom bestiller og utfører som skaper en felles tilnærming i bydelen. For å kunne løse forvaltning og utførelse på en fleksibel måte, og for at tjenesten skal framstå som mest mulig helhetlig for brukeren, må bydelene være bevisste på at bestiller og utfører står sammen om dette. Et konkret tiltak er å bruke lederutviklingen i bydelen til videreutvikle en felles plattform for en helhetlig utvikling av tjenesten. Tilsvarende må lederne i sin omgang igjen jobbe bevisst med overordna og helhetlige målformuleringer blant sine ansatte.

Vårt inntrykk er at de fleste bydelene arbeider systematisk med å styrke samarbeidet mellom bestiller og bydelens egne utførere. I Bydel Stovner har de over noe tid arbeidet med å utvikle bestiller-utførermodellen innenfor en felles hovedstrategi, der modellen gradvis justeres. De har vært opptatt av å finne mål og virkemidler for å komme dit at modellen ikke skaper suboptimale løsninger som går ut over fleksibiliteten. De beskriver at det betyr at modellen nettopp ikke må praktiseres slik at bestiller og utfører blir helt adskilte enheter. De peker på at det er viktig å huske på at bestillerenheten og utførerne er en del av det samme tjenesteapparatet som i felleskap skal legge til rette for en best mulig tjeneste.

Vårt inntrykk er at bydelene gradvis har utviklet bestiller-utførermodellen og tilpasset den etter hvert som de vinner erfaring med praktiseringen av modellen. En begrenset bruk av bestiller-utførermodellen kan sees på som en del av en slik tilpasning. I flere bydeler har de begrenset bruken av den rene bestiller-utførermodellen til sykehjem og hjemmetjenester, og

noen andre spesialiserte tjenester (TT, omsorgsbolig.) De fleste bydelene fatter ikke vedtak på fysioterapi eller ergoterapitjenester, etter at mange bydeler har prøvd ut en slik modell også på disse tjenestene. Vi oppfatter det også slik at stadig flere bydeler holder andre enkelttjenester, som for eksempel psykisk helse, utafor en ren bestiller-utførermodell, og lar enheter på dette området være både bestiller og utføre av tjenesten.

Spørsmålet er om dette avspeiler kompleksitet i tjenesten og lovverket som regulerer disse. Der det er krav om enkeltvedtak, og klare regler for tildeling av tjenesten fungerer bestiller - utførermodellen bedre enn på tjenester som er mer kompleks og regelverket er mindre tydelig på vilkårene for å få tildelt en tjeneste. At en enhet er både bestiller og utfører (som eksempelvis psykisk helse og rehabilitering) gir bydelene større handlingsrom til selv å definere kriterier for tildeling, og se tildelingen i sammenheng med ressursene som er tilgjengelig. På den måten kan de også redusere utfordringen med samhandling og samordning mellom adskilte bestiller- og utførerfunksjoner.

8.3 Samordning mellom bestillerkontorene og utførerne

En rekke bydeler opererer med konkrete samarbeidsavtaler mellom bestillerkontorene og bydelenes utførerenheter der arbeidsdeling, rutiner og praksis er nedfelt. Disse bydelene mener at dette bidrar både til økt forståelse for hverandres roller (rolleavklaring), at det skaper en kollektiv "vi-følelse", og er et nyttig redskap for å forbedre samordningen mellom bestiller og utfører.

Vår vurdering er at denne typen samarbeidsavtaler kan bidra til et ryddigere forhold mellom bestiller og utfører. Det synes som om det kan klargjøre ansvar på en god måte. Det gir mulighet til for eksempel formelle avklaringer rundt prinsipper for utforming av vedtak og rutiner for dialog og møter m.m.

De fleste bydelene har faste møter mellom bestiller og utførerenhetene i bydelen. Det gjelder både mellom ledere, og mellom saksbehandlere og teamledere/koordinatorer på ledernivå. Flere bydeler nevner at faste og regelmessige møter er viktig for samordningen mellom bestiller og utfører. Særlig gjelder dette møter med muligheten til å diskutere enkeltbrukere. I noen sammenhenger treffes bestiller og utfører også i såkalte koordineringsmøter rundt enkeltbrukere. I tillegg mener både bestillere og utførere i bydelene at det er viktig med møtepunkter for diskusjoner om faglige spørsmål, og vedtakspraksis. Samtidig er de klare på at det må være struktur og klare rammer for denne typen møter og felles fora, for at det skal ha en funksjon.

Vårt inntrykk er at bydelene i hovedsak har god rutiner på, og erfaring med regelmessige møter på ulike nivåer. Utfordringen synes å være å få til møter med rom for både faglige diskusjoner og konkrete avklaringer. En god løsning som flere bydeler praktiserer er å skille mellom relativt hyppige møter for koordinering og avklaring rundt enkeltbrukere, og noe sjeldnere møter for mer prinsipielle/faglige diskusjoner og avklaringer.

Det er generelt lite kontakt mellom bydelene og de private leverandørene av hjemmetjenester. Med unntak av Bydel Vestre Aker er det ingen av bestillerkontorene som har egne møter med de private. Vi ser at det er vanskelig for de private utførerne som har brukere i alle eller mange bydeler å ha hyppige og regelmessige møter med

bestillerkontorene. Sett i lys av at det nå innføres brukervalg i hjemmesykepleien må bydelene vurdere sine rutiner på dette området. Bydelene kan bl.a. vurdere om de kan inngå samarbeidsavtaler med de private leverandørene, slik enkelte bydeler i dag har mellom bestiller og bydelens egne utførere.

Bydelene har valgt ulike varianter for ansvarsdeling mellom saksbehandlerne på bestillerkontorene. Vi har skilt mellom om de har ansatte som behandler saker både for praktisk bistand og hjemmesykepleie (definert som "generalist") eller om de bare behandler saker for henholdsvis praktisk bistand eller hjemmesykepleie (definert som "spesialist").

Vi har ikke grunnlag for å si om noen av løsningene er bedre enn andre. Men vi kan peke på at når saksbehandlerne "spesialiseres", enten innenfor praktisk bistand eller hjemmesykepleie, vil de ha en tjeneste å konsentrere seg om, ha færre enheter å samarbeide med, og trolig lettere kunne ha tettere kontakt med sine utførerenheter.

Vi mener at det å ha et samsvar i ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører kan være et godt grep for å styrke samhandlingen mellom bestiller og utfører. Et eksempel er Bydel Nordre Aker, der saksbehandlerne har delt ansvaret for saker etter en geografi som tilsvarende den geografiske inndelingen av bydelens tre utførerenheter. Saksbehandlerne har ukentlige møter med sine enheter. Våre informanter hevder at denne typen organisatoriske samsvar gir dem rom for bedre og tettere dialog mellom bestiller og utfører.

Det er variasjoner mellom bydelene, og i noen grad også innad i bydelene, med hensyn til om det fattes generelle vedtak med kort virketid eller detaljerte vedtak med lengre vedtakstid. Gjennomgående er det vanligere å fatte korte førstegangsvedtak for hjemmesykepleie enn praktisk bistand. Samtidig ser vi at noen bydeler gjennomgående er bevisste på å fatte generelle vedtak med kort virketid. På den måten tillegges utfører et ansvar for raskt å foreta en revurdering av vedtaket etter å ha sett an behovet. Dette begrunnes ut fra at det gir muligheten til å tilpasse tjenesten etter en nærmere vurdering, og gir bruker mulighet til selv å påvirke hvordan tjenesten skal gis, i dialog med utfører.

Vår vurdering er at dette er et godt grep for å legge til rette for god samordning mellom bestiller og utfører, og samhandling mellom utfører og bruker i utformingen av tjenesten. Dette kan være med på å øke fleksibilitet og brukerinnflytelse i tjenesten. Men samtidig må det balanseres opp mot brukerens behov for trygghet (langsiktighet), og kravene til brukerens rettssikkerhet. Vedtakene er brukernes "garanti" for hvilken tjeneste de har rett til. Utforming av, og innhold i vedtaket må derfor uansett saksbehandles i tråd med gjeldende krav til forvaltningen.

I noen bydeler gjennomføres førstegangsbesøk av bestiller og bydelens utfører i felleskap i saker som i utgangspunktet er kompliserte. Dette kan bidra til bedre kontakt mellom bestiller og utfører, og gi grunnlag for økt felles forståelse for kriterier for tildeling og praktisering av regelverk. Men en slik praksis må balanseres mot hensynet til likebehandling av private og kommunale utførere i forbindelse med brukervalg, og det at bestiller skal fatte et objektivt vedtak i henhold til regelverk.

8.4 Samordning på utførersiden

Vårt inntrykk er at de fleste bydelene bruker koordineringsgrupper/ansvarsgrupper som samordningsmekanisme. Samtidig merker vi oss at det varierer mye mellom bydelene med hensyn til hvem som har ansvaret og om det oppfattes som et godt virkemiddel. I noen grad synes det som uavklart ansvarsforhold hindrer effektiv bruk av dette samordningsinstrumentet.

Vår vurdering er at det i realiteten ikke er viktig hvem som har ansvaret, men at dette må tydeliggjøres. Dette må uansett trolig tilpasses hver enkelt brukers behov. Men samtidig kan det være hensiktsmessig å komme fram til en tydelig forståelse av hvem som skal ta initiativet til koordineringsgrupper/ansvarsgrupper, slik noen bydeler har gjort.

Det er generelt lite bruk av individuell plan som samordningsmekanisme for brukere av hjemmetjenester. Spørsmålet er om individuell plan i tilstrekkelig grad blir brukt for denne brukergruppen i bydelene, og om den egner seg innenfor hjemmetjenesten? Det er noe varierende synspunkter på dette i bydelene.

Vår vurdering er at brukergruppen for hjemmetjenester ikke på generelt grunnlag kan defineres bort som aktuelle for en individuell plan, slik enkelte bydeler har gjort. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det må da også vurderes opp mot det som er alternativene, eksempelvis om samordningen kan ivaretas gjennom den ordinære virksomheten, eller utelukkende ved hjelp mekanismer som ansvarsgrupper etc.

Kravet til samhandling og samordning av tjenestene vil øke når det skal innføres brukervalg i hjemmesykepleie. Jo flere leverandører, jo strengere krav til dette. Det gjelder både samhandling med bruker og samordning mellom ulike utførere. I tillegg gir det økt behov for samordning mellom bestiller og utfører.

Enkelte private leverandører har i intervjuene uttrykt bekymring for hvordan bydelen skal håndtere denne situasjonen. Vårt inntrykk er at det er lite kontakt mellom private og kommunal utfører, og at de private utførernes kommunikasjon med bestillerenhetene i bydelene ikke fungerer optimalt. Vi mener at dette er en utfordring som bestillerkontorene og de private utførerne i fellesskap må løse. De mener det er store variasjoner mellom bydelene med hensyn til deres samordning mot de private utførerne. Eksempelvis mener de at journalføring i GERICA i form av OL-beskjedjournal ikke blir fulgt godt nok opp av noen bydeler. Samtidig er det vår vurdering at kvaliteten på de private utførernes rapportering i GERICA er variabel.

Vi mener at dette er en utfordring som bestillerkontorene og de private utførerne i fellesskap må løse, og at det særlig blir viktig i forbindelse med at det innføres brukervalg for hjemmesykepleie. Det vil være svært uheldig om dårlig samordning går ut over brukerne, som vil oppleve at koordineringen mellom de ulike utførerne ikke fungerer godt nok.

8.5 Samhandling mellom bestillerkontorene og brukerne

Dialogen mellom bestillerkontorene og brukere om utforming av tjenesten foregår i hovedsak i forbindelse med førstegangsbesøkene. Samtidig vet vi at det ikke er alle bestillerkontorene

som gjennomfører et første vurderingsbesøk hos alle de som søker hjemmetjenester. Det må derfor være mulig for brukeren og pårørende å komme i kontakt med sin saksbehandler på annen måte, for eksempel gjennom at det opplyses om e-postadresser og telefon i vedtak, på nettsider etc.

I den forbindelse er det viktig at bestillerkontorene er tilgjengelige for henvendelser fra brukerne og pårørende. Det ser ut til at de fleste bydelene oppgir telefonnummer til saksbehandler på vedtaket. Det er også noen bydeler, blant annet bydelene Østensjø og Alna, som har oversikt over de ulike saksbehandlerens ansvarsområder og direkte telefonnummer på Internett. Men i kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført høsten 2008 gav flere bestillerkontorer uttrykk for at deres saksbehandlere kan være vanskelig tilgjengelige på telefon for brukerne. Dette er også noe flere bydeler opplever at brukerne melder tilbake, for eksempel i brukerundersøkelser. I kvalitetsrevisjonen fant vi at ca. 2/3 av bestillerkontorene har eget sentralbord eller benytter 02180 og har egen vakttelefon eller et fast kontaktpunkt i tillegg. Vår vurdering er at de bestillerkontorene som ikke har etablert en ordning for mottak av henvendelser fra brukeren på telefon, bør vurdere å formidle et felles telefonkontaktpunkt for bestillerkontoret til brukerne, og/eller opprette en vaktordning for mottakelse av telefonhenvendelser.

Vårt inntrykk er at mange bestillerkontor også kan bli bedre på samhandlingen med brukerne i forbindelse med at de skal fatte et vedtak. Det er betenkelig at relativt mange bestillerkontor ikke får tid til å gjennomføre et førstegangsbesøk. Vi er oppmerksomme på at dette i en del tilfeller dreier seg om mangel på ressurser på bestillerkontorene, og/eller faglige vurderinger av at det ikke er nødvendig for det hjelpebehovet som finnes. Men vår vurdering er at et førstegangsbesøk er den beste måten å innlede en dialog med brukeren på, og bør etter vår vurdering prioriteres dersom det skal legges til rette for brukerinnflytelse i vedtaksutformingen.

8.6 Samhandling mellom utførerne og brukerne

Et velfungerende primærkontaktsystem er viktig for å sikre en god dialog med brukeren. Bydelene må prioritere å gi brukerne en person hos utfører å forholde seg til for å sikre brukerinnflytelse, og for å sikre at brukerens behov og ønsker fanges opp. Dette fungerer lite tilfredsstillende i mange bydeler, og bør forbedres.

Flere bydeler synes å organisere utførerenhetene i mindre enheter, enten gjennom formelle strukturer, dvs. mange enheter, eller gjennom geografisk ansvarsdeling innenfor større enheter. Dette er gjerne begrunnet med at det legger til rette for færrest mulig hjelpere til hver enkelt bruker.

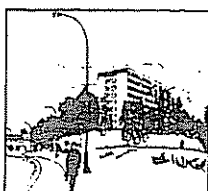
Vår vurdering er at dette kan være et godt grep med tanke på redusere antallet hjelpere brukeren må forholde seg til, og derigjennom også bidra til å styrke samhandlingen mellom utfører og bruker. Men det er verdt å merke seg at dette gjør enheter mer sårbare for sykefravær etc. Slike løsninger krever derfor at det er fleksibilitet med hensyn til å bruke personalet på tvers av grupper og enheter.

Det er viktig at bydelenes utførere er bevisste på om de er tilgjengelige for brukeren og at de etablerer andre informasjonskanaler og arenaer for dialog med bruker enn et

primærkontaktsystem og den daglige kontakten. Det vil gi brukeren flere muligheter til å formidle sine behov og ønsker. I tillegg bør bydelene være opptatt av å gi brukeren løpende informasjon om tjenesten, det gjelder for eksempel hvem som kommer og tidspunkt for å utføre tjenesten og eventuelle endringer og forsinkelser.

Vårt inntrykk er at dette er et område som mange bydeler bør forbedre. Bydelenes utførere er i varierende grad tilgjengelig for henvendelser på telefon, og det varierer mye mellom bydelene med hensyn til om de er flinke til å kommunisere endringer og forsinkelser til brukerne. Det er støtte for et slikt inntrykk i brukerundersøkelser der de fleste bydeler scorer lavt på denne typen spørsmål, og vesentlig lavere enn det de private leverandørene gjør. Enkelte private leverandører har rutine på reglemessig å sende ut skriftlig informasjon om tjenesten til sine brukere. Eksempelvis sender en privat leverandør brev til brukerne 2 ganger i året for å verifisere tid og ev. hvem som utfører tjenesten.

178/09



RUSTAD ELDRESENTER

Side 1 (1)

Rustadgrenda 1
0693 OSLO

Telefon: 23 47 83 15
Org.nr.: 979 590 229

Vår dato: 20. aug. 2009
Deres dato:

..... et eldresenter i bydelen ØSTENSJØ

Til bydel Østensjø

- eldreråd

- avd.sjef RO, Solveig Nyhamar

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
21 SEPT 2009	
2009 900 258-3	UG
AVD. SAKSBEH.	AB320

Vedr. navneendring - Rustad eldresenter!

Vi er et senter i stadig utvikling!

Det er et sterkt ønske å få med yngre pensjonister som brukere, og forhåpentligvis noen som frivillige, av Rustad eldresenter.

Eldresenteret har vurdert flere forskjellige tiltak for å fenge "de yngre" til å besøke oss jevnlig. Majoriteten av dagens brukere er 75+, og vårt ønske er å få med de yngre fra 62 år da vi deler ut program fom denne aldersgruppe!

I tillegg til våre faste aktiviteter er det fremmet forslag som kan bli aktuelle og stimulerende for den yngre gruppe!

Imidlertid anser vi at en navneendring kan være med på å gjøre senteret mer attraktivt! Etter å ha vurdert flere forslag har brukerrådet ved Rustad eldresenter kommet frem til følgende navneendring:

RUSTADGLØTT - TREFFSTED 60 PLUSS.

Rustadgløtt er det opprinnelige navnet fra bygget var nytt i 1963, og dette navnet ønsker vi å ta i bruk igjen!

Det er vårt ønske at de ansvarlige organer i bydelen kan dele vårt syn og gi sin aksept til forslaget!

Med vennlig hilsen

Mette Calmeyer

Mette Calmeyer

Leder brukerrådet

Nøklesvingen 62

0689 Oslo

Åpningstider kafeteriaen: Tirsdag, Onsdag og Torsdag kl. 10:00 - 14:00

TA BUSSEN TIL BOGERUD