



Oslo kommune
Bydelsadministrasjonen
Bydel Østensjø

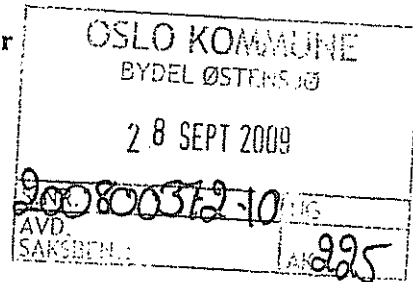
Vedleggshefte 7/09

Møte: Eldrerådet
Møtested: Plenumsalen
Møtetid: mandag 09. november 2009 kl. 14.00
Sekretariat: 23438587

Saksnr	Sakstittel- Dokumentbeskrivelse	Dokumentnr
Sak 76 /09	Utviklings- og gjennomføringsprosjekt i kommunens hjemmetjenester - Hjemme best	200800372-12
	- Utviklings- og gjennomføringsprosjekt i kommunens hjemmetjenester - Hjemme best	
Sak 77 /09	Rapport om gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester - 2009	200900668-1
	- Gjennomgang av bydelens hjemmetjenester 2009	
	- Gjennomgang av bydelens hjemmetjenester 2009, følgebrev	
Sak 78 /09	Forslag om navneendring Rustad eldresenter	200900258-4
	- Søknad om navneendring til Rustadgløtt - Treffsted 60 pluss	



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):

Saksbeh:

Arkivkode:

200903857-3

Geir Christiansen 23.46.14.44

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
- **Utførerertjenesten** – 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:		
	o KAH	
	o UNIO	
	o 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 leverandørens 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
Tildel 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.

ER Sak 77/09



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Bydel 1 - 15

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 11.09.2009
	200804890-28	Eva Graziano, 23461506	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

Björg Månnum 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 tilbakemeldingsrutiner. 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. Bli rammene i modellen for stramme kan det også redusere utførernes 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

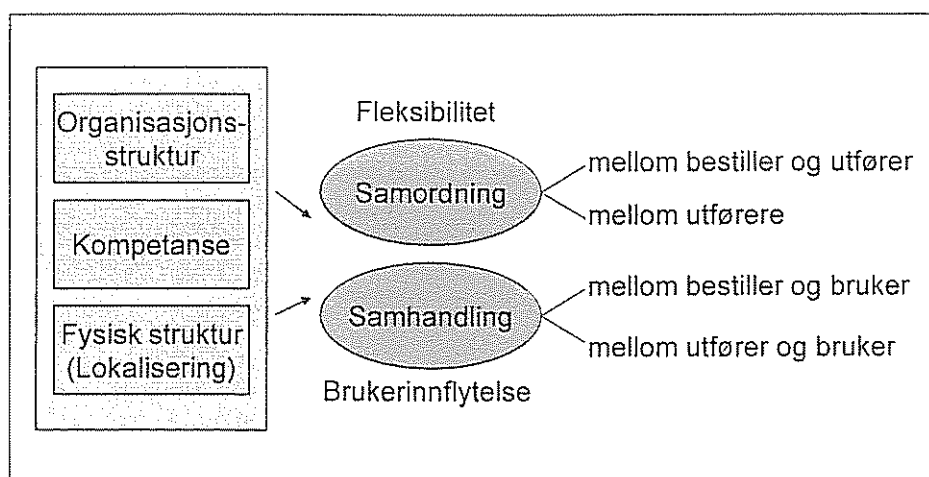
Brukerne av hjemmetjenester har ofte behov for flere kommunale tjenester. Erfaringen fra kvalitetsrevisjonen av hjemmetjenestene som ble gjennomført høsten 2008 er at både bestiller- og utførersiden pekte på informasjon, samhandling og samordning av brukernes behov som en hovedutfordring for fleksibilitet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

Erfaringsmessig 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 bestillefunksjonene 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 hjelpers 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) helper.
- 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 rutineene 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 saksbehandlere 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 brukeres 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.

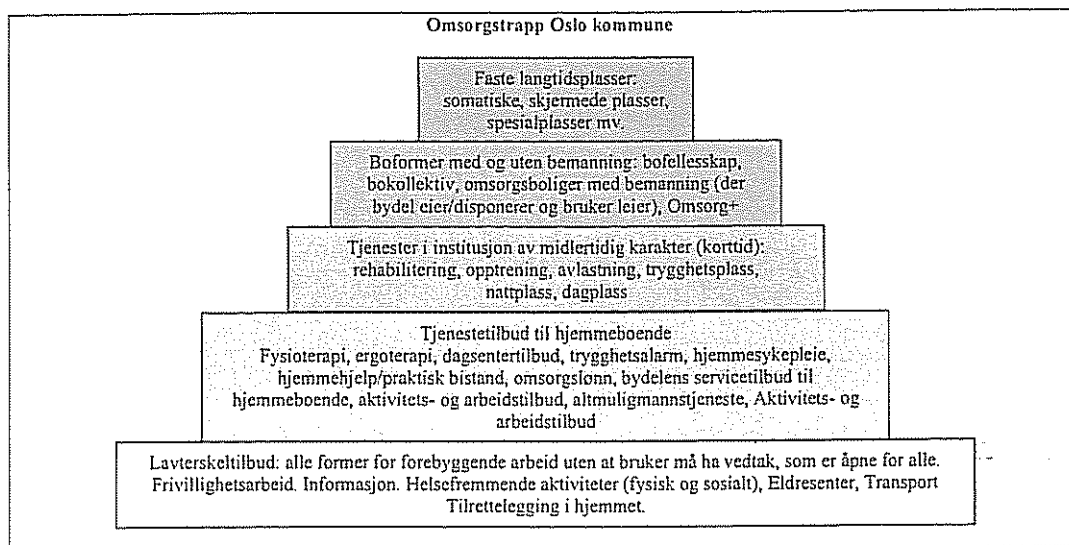
I hovedsak består hjemmetjenester av to typer tjenester, hjemmesykepleie og praktisk bistand.¹

- **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 vante 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.

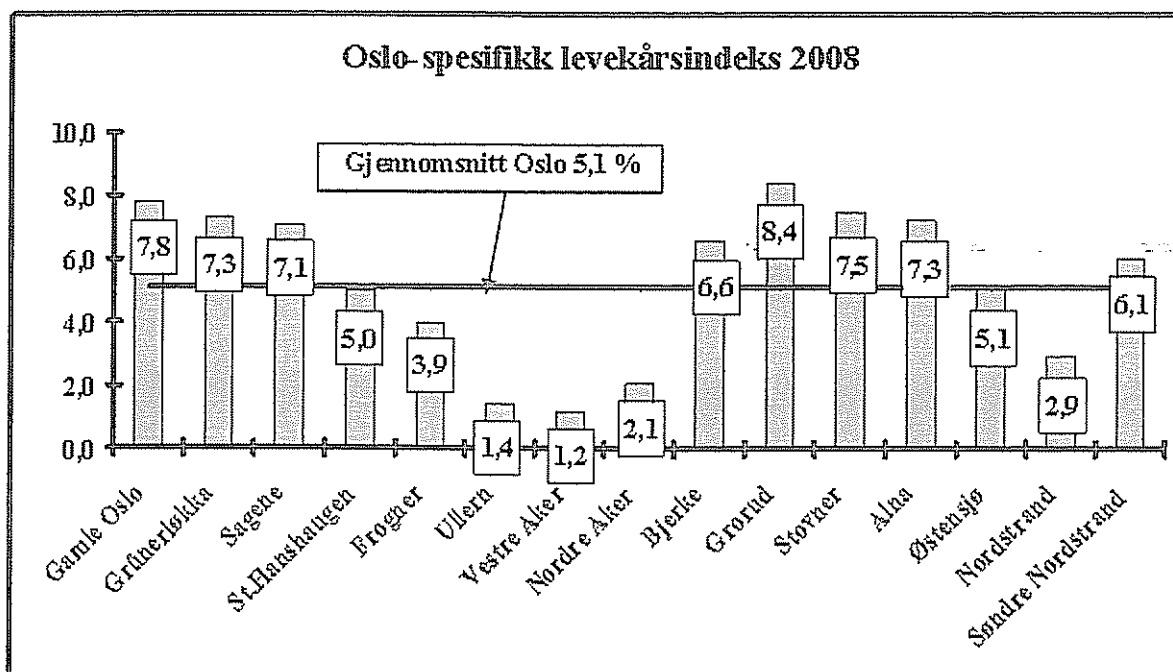
I intervjuene med bydelene har enkelte av dem gitt uttrykk for at det har vært en klar målsetting å utvikle sitt samlede tjenestetilbud i tråd med LEON-prinsippet. Med dette som bakteppe, er det interessant å se hvordan befolkningssammensetningen er i de ulike bydeler og hvordan bildet ser ut med hensyn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

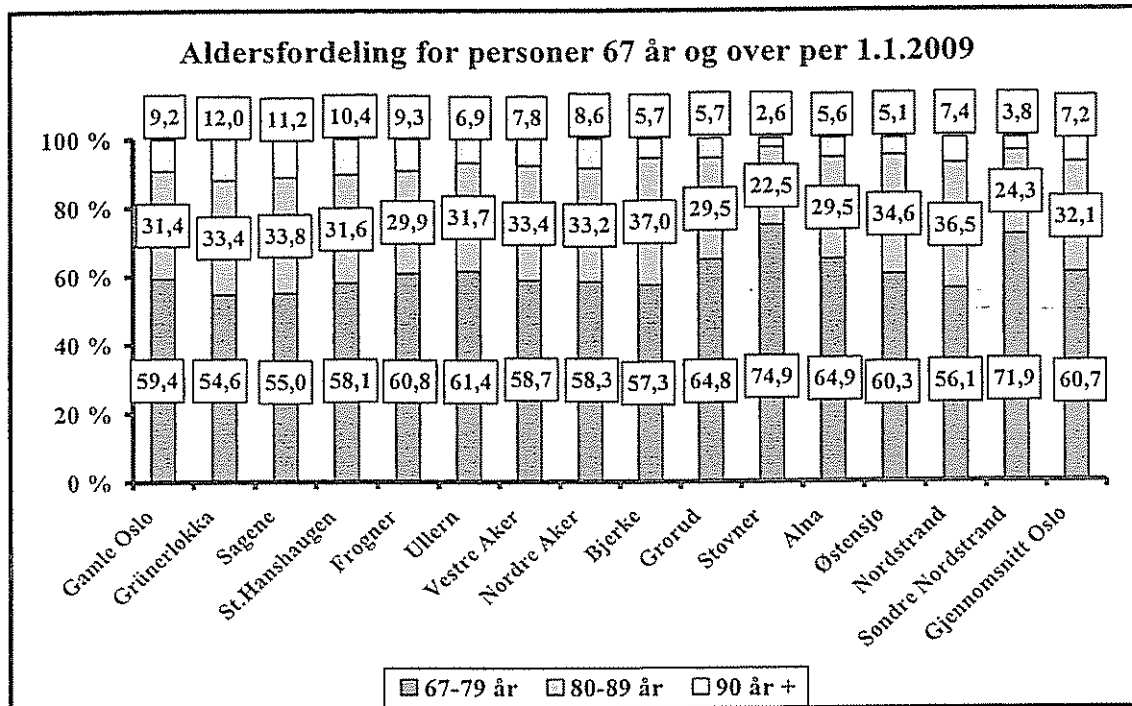


Figur 3-3. Oslo-spesifikk levekårsindeks 2008 - basert på data fra 1.1.2008 og året 2007. Kilde: Bydelsstatistikken

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.



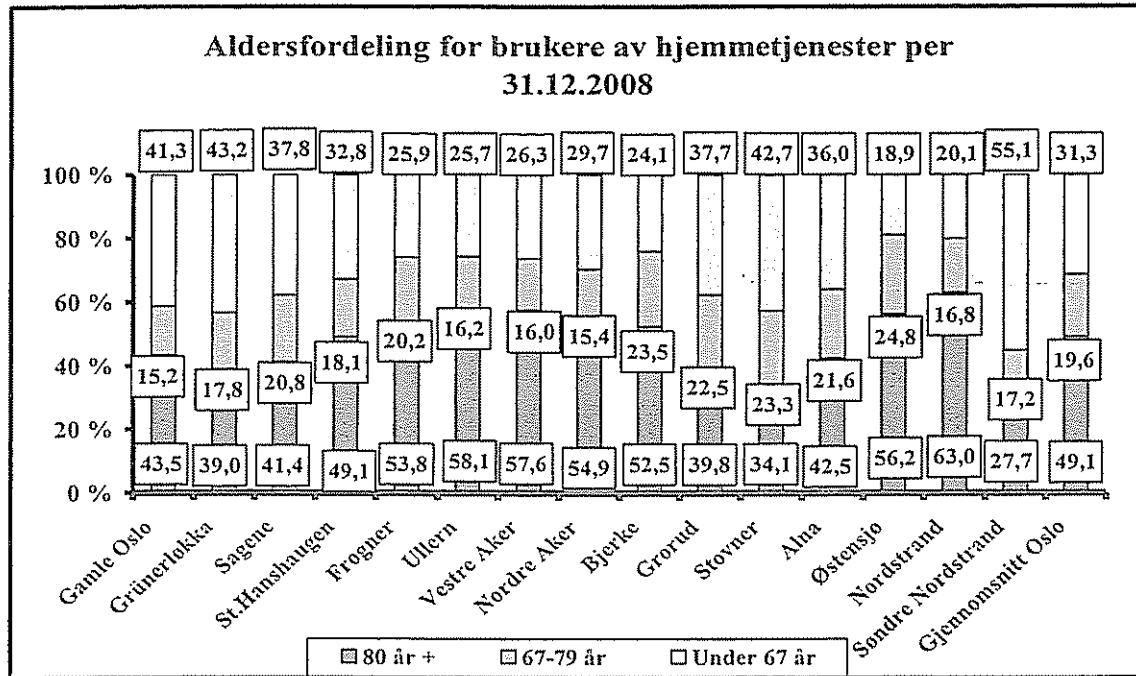
Figur 3-4. Befolkningens alderssammensetning for innbyggere over 67 år per 1.1.2009. Kilde: Statistisk sentralbyrå

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

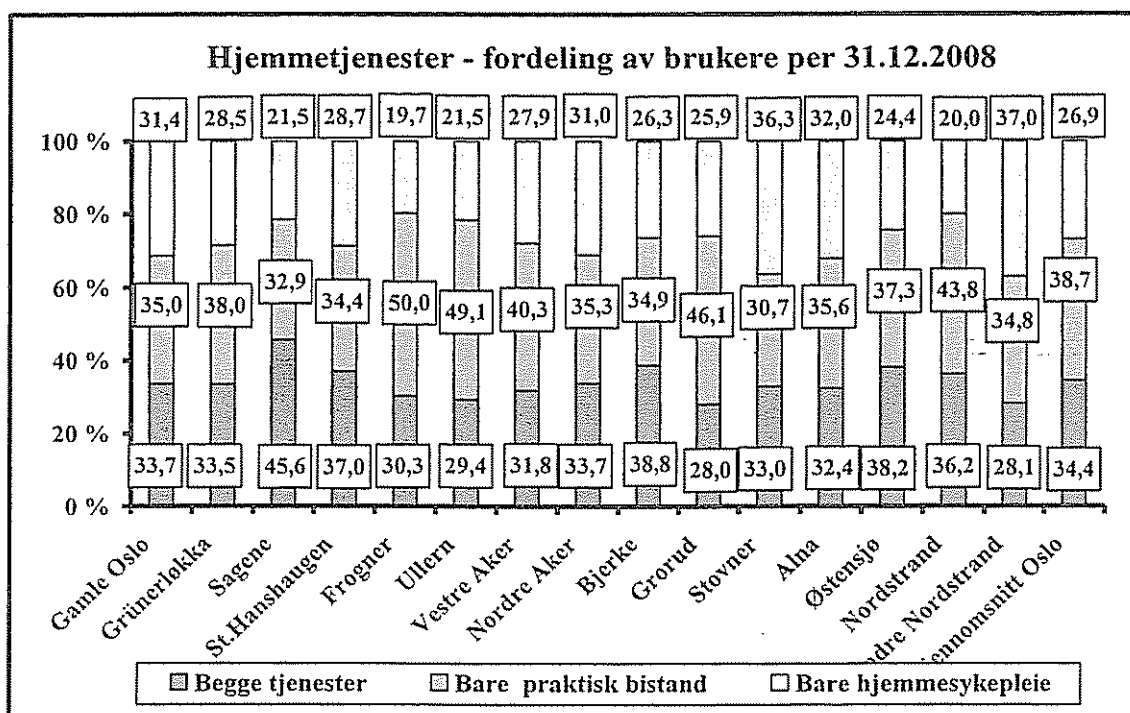
Figur 3-5 viser at 49,1 % av brukerne av hjemmetjenester er over 80 år. Videre utgjør aldersgruppen under 67 år 31,3 % og aldersgruppen 67-79 år 19,6 % av de som er brukere av hjemmetjenester i Oslo.

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

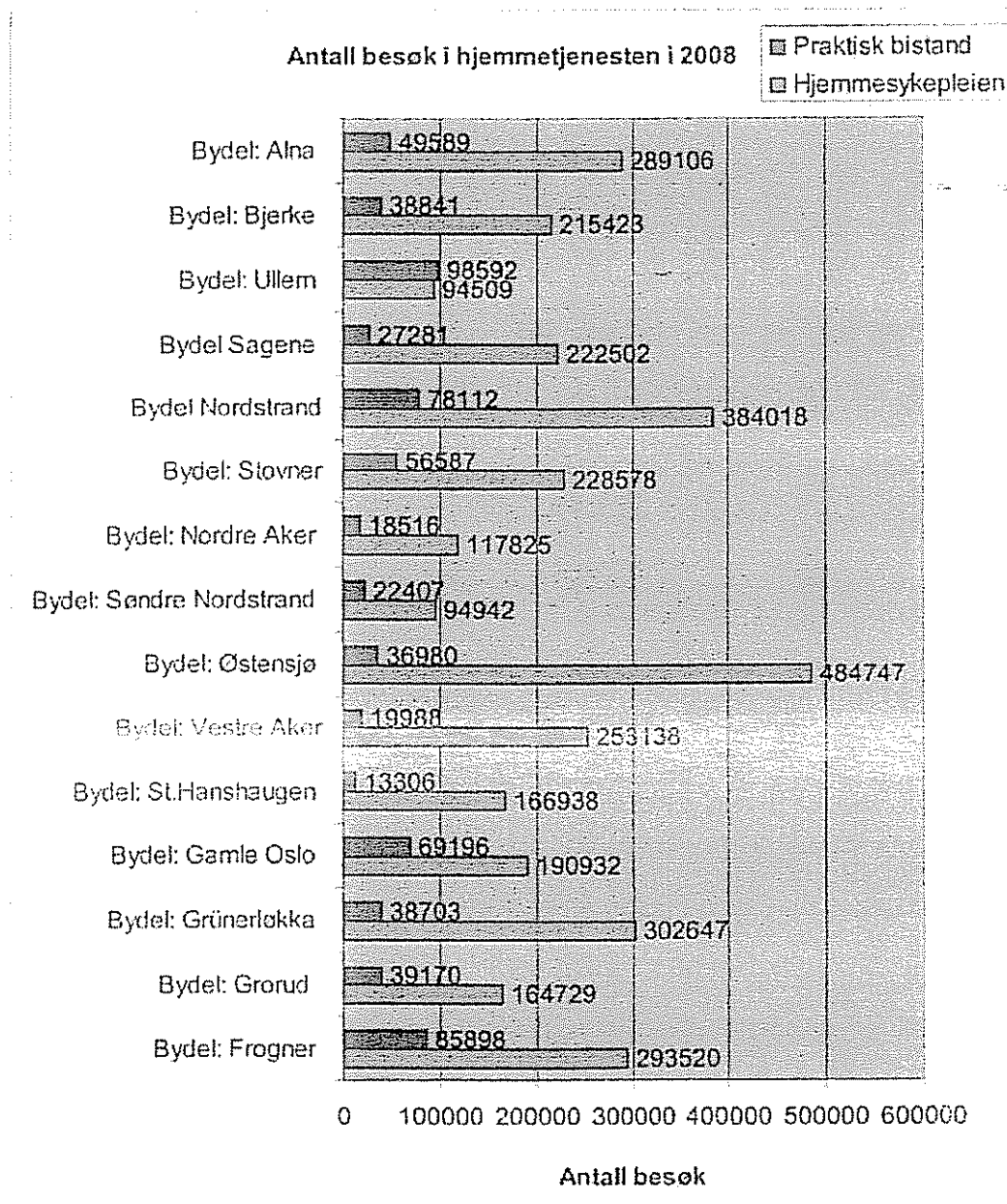
Kommunens tall pr. 31.12. 2008, viser at gjennomsnittlig fordeling mellom tjenestene er:

- 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: Kvalitetmåling 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 internettsider, 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 vedtakstidene 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" avviker 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 rapporter 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 resultatenheter.

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 resultatenheter.

Andre bydeler påpeker at det er en utfordring å unngå at de assisterende bydelsdirektørene foretar en fast fordeling av kontaktansvaret for resultatene. 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 ansvarfølelse.
- Ansvar skaper engasjement hos lederne.
- Resultatetslederne 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 resultatene.
- Lederrollen som enhetsleder endres, "fra faglig leder til daglig leder", noe som oppleves som krevende.
- Det oppleves at resultatetslederen 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 resultatene synes bydelene særlig å legge vekt på

- Å ivareta helhetsperspektivet i toppledelsen og ledergruppen.
- Fleksibilitet for resultatetslederne 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, Østern, 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 helhetsperspektiv 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 sektorgrensene.

Dette skulle kunne indikere at man på ledernivå i tonivåbydeler også er mer opptatt av behovet for å se tjenestekområder i sammenheng og at det tas initiativ til prosjekter mellom resultatenehetene, 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.
- Saksbehandlernes 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
Østensjø	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
Østensjø	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 vedtaksfattig 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 funksjonshemminger.

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.

Fleire 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>I trenivåorganisasjoner</i>	7 bydeler	2 bydeler
	Nordre Aker, Østensjø, Grünerløkka, Grorud, Vestre Aker, Sagene, Søndre Nordstrand	St. Hanshaugen, Frogner
<i>I tonivåorganisasjoner</i>	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 skillett 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 hjemmesykepleieenheter 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 utførerenehetene 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. Kompetansfordeling 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. Kompetansfordeling 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, Østernsjø

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.

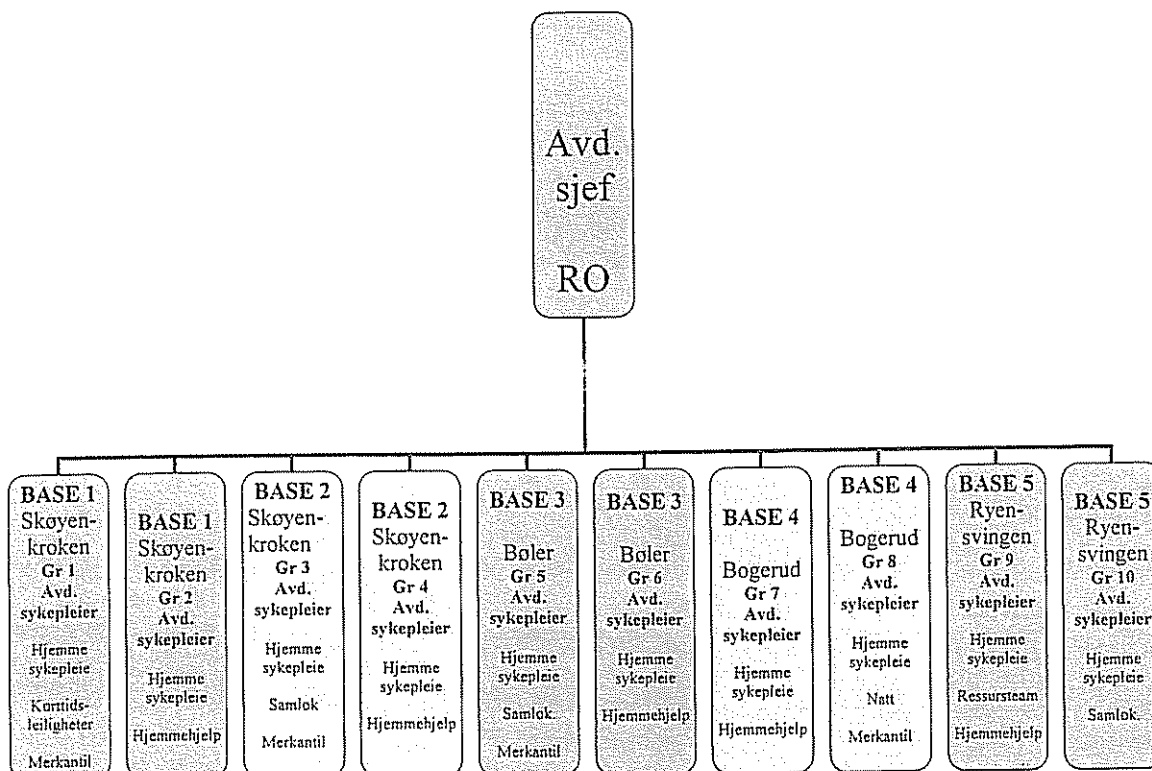
Sentralisering av utførerfunksjonen begrunnes særlig med hensyn til å legge vekt på samordning mellom de ulike utførerene. Et argument som blir brukt for en sentralisert modell er at det styrker det formelle samarbeidet og samordningen mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand, og mellom de organisatoriske 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-utførermodell. 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.

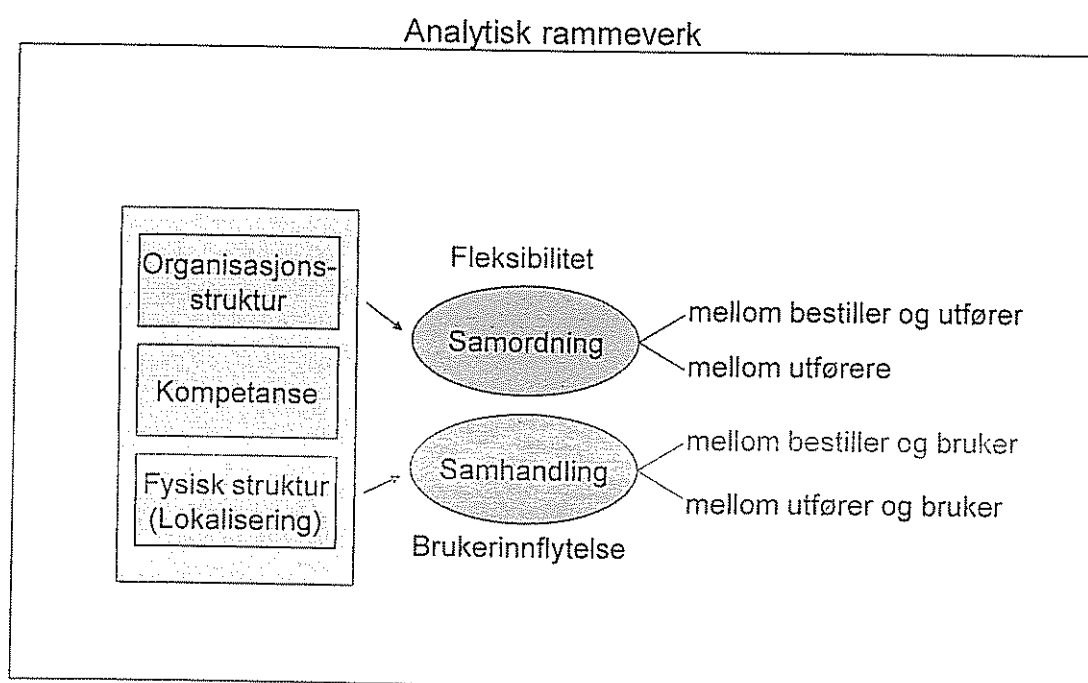
I praksis synes erfaringene å være at det kan være en utfordring å få til en effektiv utnyttelse av mobilitet av personalet mellom enheter og områder. Det er f.eks. ett av argumentene for å ha større organisatoriske enheter innenfor praktisk bistand.

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.



asplan viak

kaupangen

Figur 5-1 Analytisk rammeverk

I dette kapittelet 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 bydelsdirektornivå. Samordningen må i hovedsak ivaretas på resultatenhetsnivå, men kan også ivaretas ved at en assisterende bydelsdirektør har ansvaret for oppfølging av både bestillefunksjonene 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 hjelpernes 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. Utførerene 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 brukerinnsflytelse. Utfordringen blir å kompensere for svakhetene og finne de gode grepene som styrker de løsningene som er valgt. I det neste kapitlet 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 utførerene 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 brukerens 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 er 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 tiltakslistene 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 utførvirksomhetene 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 ressursituasjon.

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 utførvirksomheten 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 samlokalisering 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 informasjonsspermer. 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 informasjonssperm liggende hjemme hos alle brukere. Innholdet i informasjonsspermene 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 bydelene 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 brukerinntlytelse 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 Gericca. 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 Gericca).
- 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 utførerenhetene 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 Østernsjø.

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. Fiertallet 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

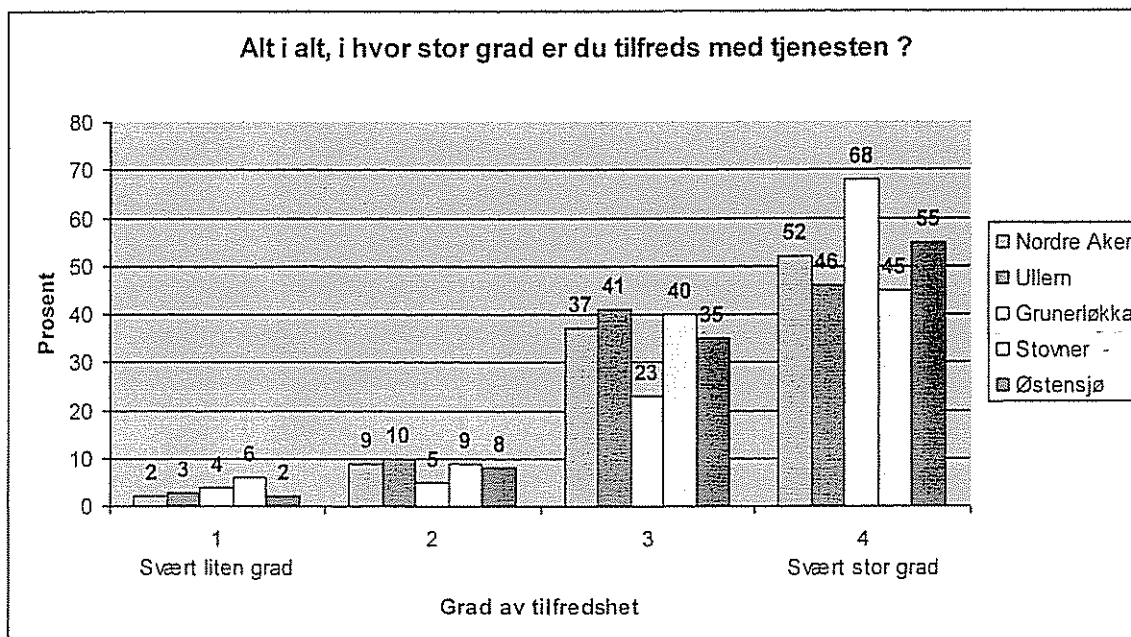
- Mulighet for hjelp ved endrede behov
- Ventetid fra henvendelse/søknad til mottak av hjelp
- Antall timer hjelp
- Evnen til å gi beskjed ved forsinkelser

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.

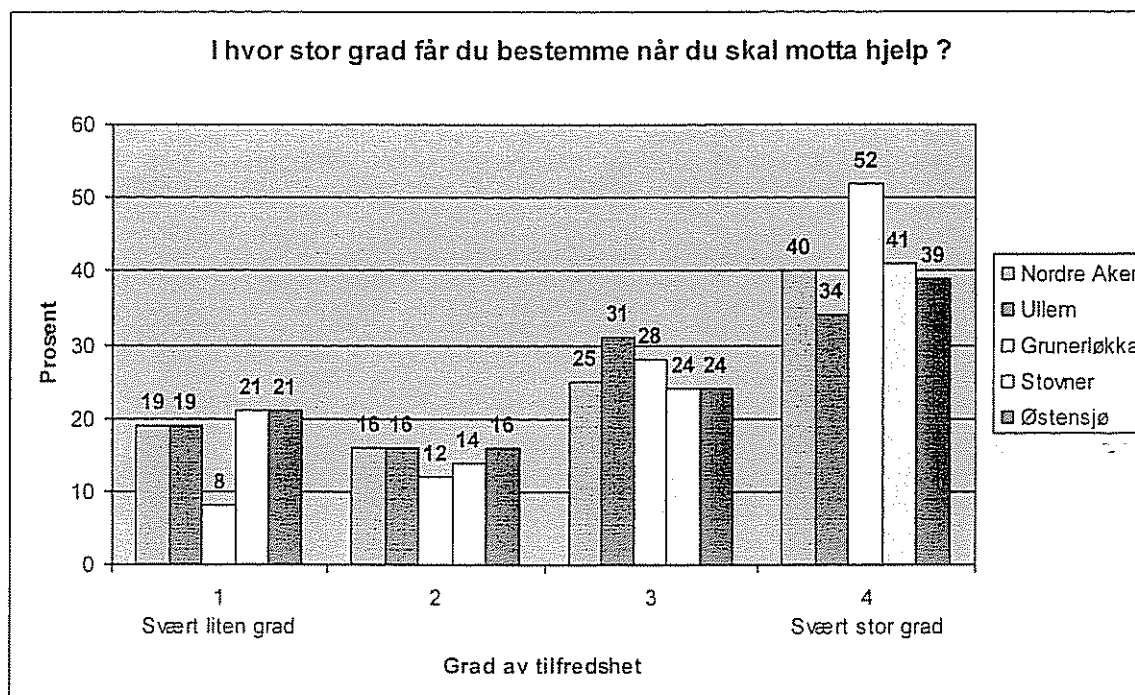
Tallene i figuren representerer brukernes tilbakemelding på graden av tilfredshet, fordelt på svaralternativene 1-4. Vi ser av resultatene at den store majoriteten av tilbakemeldinger befinner seg i svaralternativene 3 og 4, dvs. stor/svært stor grad av tilfredshet med tjenesten. For Bydel Grünerløkka 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:

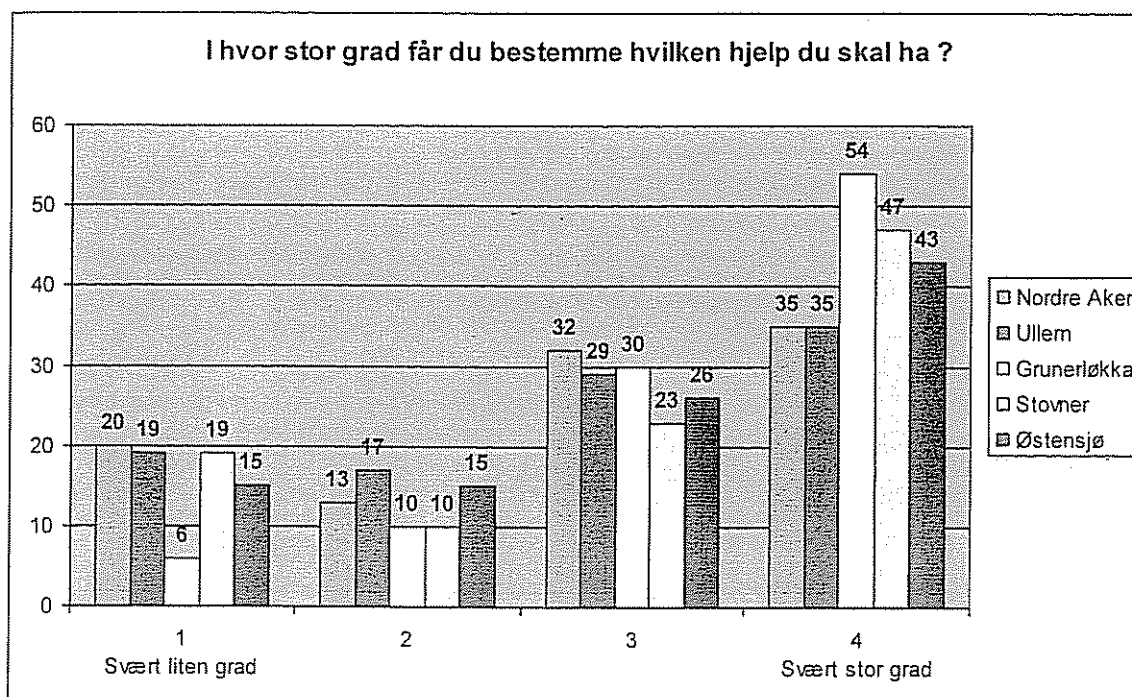
- I hvor stor grad får du bestemme når du skal motta hjelp?
- I hvor stor grad får du bestemme hvilken hjelp du skal ha?
- Brukere med individuell plan og tilbakemelding på om planen ble utarbeidet i samarbeid med bruker.



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.

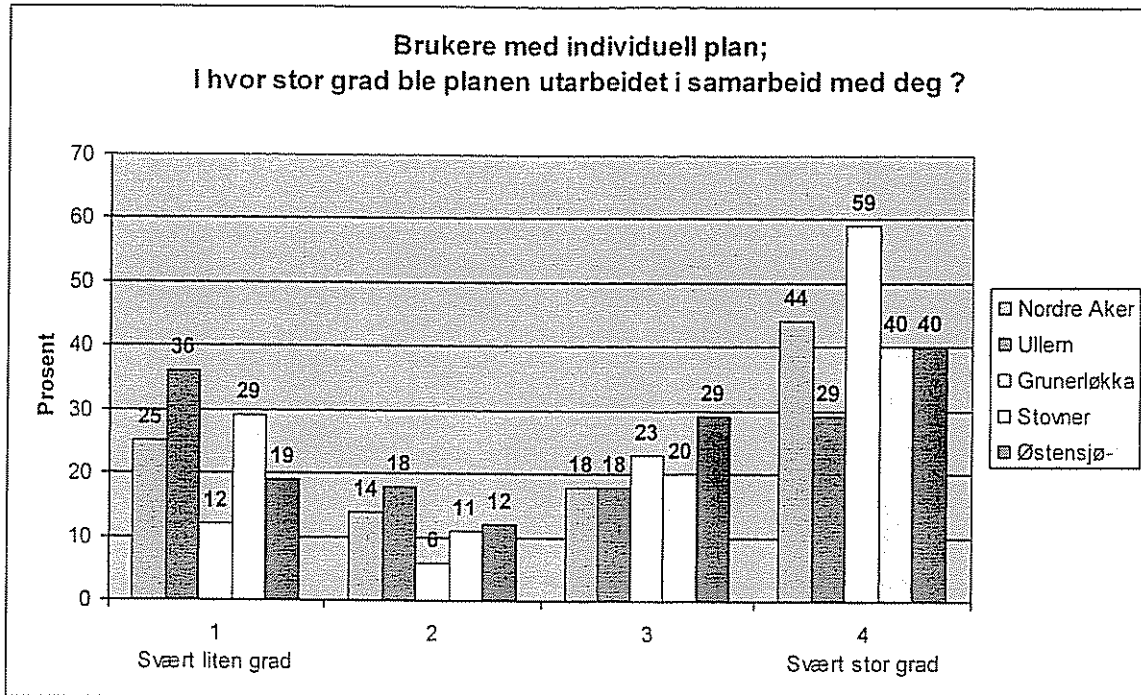
I forhold til spørsmålet om brukernes vurderinger av om man får bestemme når hjelpen skal mottas, viser tallene for de fem utvalgte bydelene følgende hovedbilde

- 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.

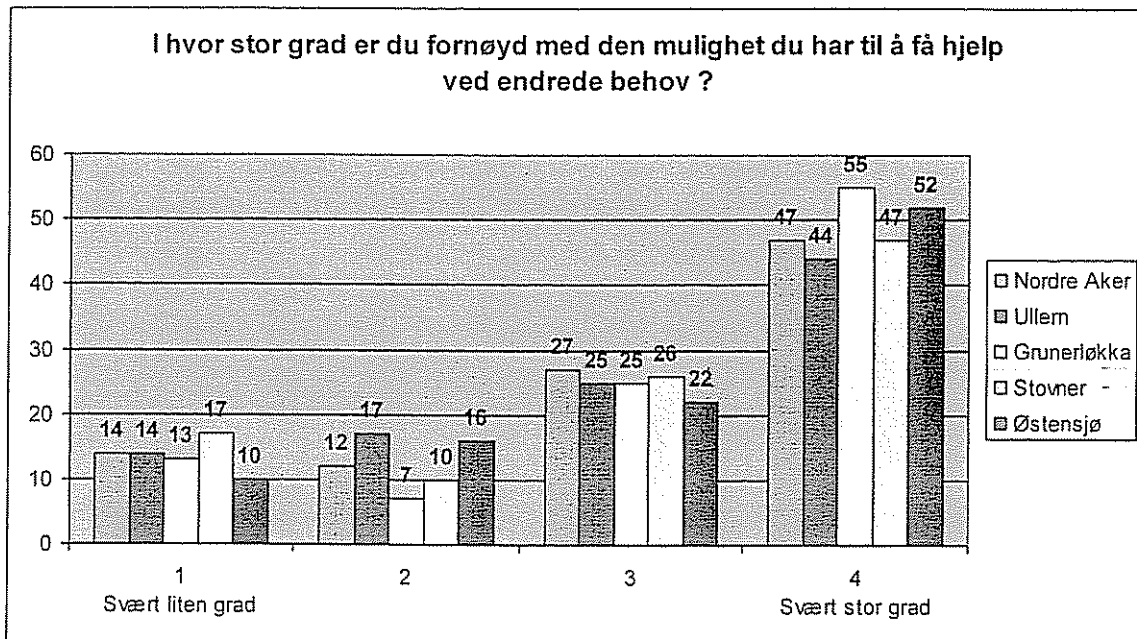
I Figur 7-4 har vi oppsummert resultatene for de fem utvalgte bydeler. Disse viser noe variasjon mellom bydelene.

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 Flexibilitet

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.

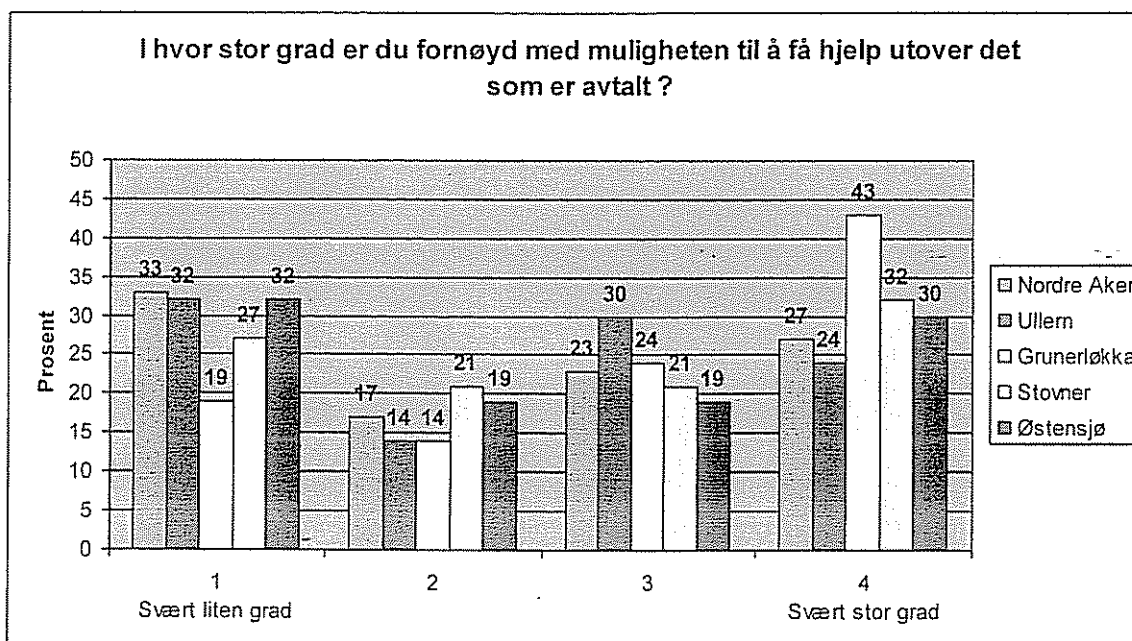


Figur 7-5 Spørsmål 13; " I hvor stor grad er du fornøyd med den mulighet du har til å få hjelp ved endrede behov?". Prosentvis fordeling i svarkategorier. Andelen som har svart "vet ikke" eller ikke har tatt stilling er ikke med i oversikten. Kilde: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, Brukerundersøkelse 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 utførerene 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 rutineene 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 rullerer 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 kapitlet 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 ansvarsdeling 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 utførerenhetene, 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, utafør 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 utførerene 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 brukerinnsflytelse i tjenesten. Men samtidig må det balanseres opp mot brukernes behov for trygghet (langsiktighet), og kravene til brukernes 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 vedtaksutforming.

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.

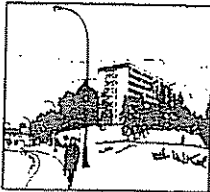
Flere bydeler synes å organisere utførerene i mindre enheter, enten gjennom formelle strukturer, dvs. mange enheter, eller gjennom geografisk ansvarsdeling innenfor større enheter. Dette er gjerne begrunnet med at det legger til rette for færrest mulig hjelpere til hver enkelt bruker.

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 regelmessig 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.



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	
2009002583	UG
AVD. SAKSBEH.	18320

Vedr. navneendring - Rustad eldresenter!

Vi er et senter i stadig utvikling!

Det er et sterkt ønske å få med yngre pensjonister som brukere, og fohåpentligvis 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

