

Tromsø kommune

Særanalyse – Pleie og omsorg

RO – mars 2006

Innhold

1	RO.....	3
2	Oppdraget.....	3
3	Analysemetode.....	4
4	Positive kjennetegn ved pleie og omsorg.....	5
5	Tydeliggjøring av mål og strategier i tjenesten og etterlevelse av disse.....	6
	5.1. Andre funn eller observasjoner.....	8
6	Organisatoriske forhold. Koordinering og samordning mellom alle samhandlende enheter; hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering og psykiatri ..	10
7	Saksbehandling og kriterier for vedtak. Rettssikkerhet og likhet i vedtak ..	14
	7.1. Oppsummering.....	17
8	Fordeling av ressurser, omfordeling av ressurser og økonomistyring.....	18
	8.1. Hjemmetjenestene.....	18
	8.2. Sykehjem og ressursrammer ..	20
	8.3. Generelt - ressursfordeling.....	22
9	Analyse og anbefalinger til eventuelle endringer når det gjelder tjenestetilbudet i forhold til brukernes behov for pleie- og omsorgstjenester	23
10	Analyse og anbefalinger når det gjelder tjenestetildeling og tiltak for å unngå kø til sykehjem, herunder en gjennomgang av kommunens praksis ved ventelistevedtak.....	25
	10.1. Ventelistevedtak.....	29
11	Analyse av tjenestetildeling generelt (søndres det mellom ønskelig og nødvendig hjelp) og brukerstrøm (om vi bruker nivåene i omsorgstrappa riktig) jfr. LEON-prinsippet.....	29
	11.1. Tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming	31
	11.2. Andre kostnadseksempler.	31
12	Oppsummerende konklusjoner	32
13	Tilrådinge og tiltak	34

Vedlegg: Iplos-analyse rapport

1 RO

RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene, med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde) er en stiftelse etablert av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund i 1989. Stiftelsen er selvfinansierende og ideell. I stiftelsens styre sitter, i tillegg til representanter for stifterne, representanter for brukerorganisasjonene og frivillige organisasjoner. RO har 11 medarbeidere med kontorsted i Stjørdal, og har siden etableringen hatt oppdrag i over 350 av landets kommuner og bydeler. I tillegg til ordinære rådgivningsoppdrag i kommunene, utfører RO analyser og utredninger både for KS og departementer. RO har i tillegg samarbeid med høyskoler og forskningsorganisasjoner i forbindelse med utredninger og kurs/konferanser.

De senere årene har også RO hatt oppdrag i kommuner innenfor alle tjenesteområder, som medspiller i omstillingsprosjekter innenfor totalkommunen.

2 Oppdraget

Oppdragets innhold og fokus går fram av konkurransegrunnlaget fra Tromsø kommune med anbudsfrist 04.11.05. ROs forståelse av oppdraget går fram av tilbudet fra RO til Tromsø kommune datert 01.11.05.

I konkurransegrunnlaget benevnes 2 hovedområder som skal være hovedfokus for særanalysen:

Organisasjon og økonomi samt samfunnsmedisin.

En nærmere spesifisering av særanalysens vurderingspunkter er i konkurransegrunnlaget beskrevet slik:

- Tydeliggjøring av mål og strategier i tjenesten og etterlevelse av disse.
- Organisatoriske forhold.
- Koordinering og samordning mellom alle samhandlende enheter; hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering og psykiatri.
- Saksbehandling og kriterier for vedtak.
- Rettssikkerhet og likhet i vedtak.
- Analyse og anbefalinger til eventuelle endringer når det gjelder tjenestetilbudet i forhold til brukernes behov for pleie- og omsorgstjenester.
- Analyse og anbefalinger når det gjelder tjenestetildeling og tiltak for å unngå kø til sykehjem, herunder en gjennomgang av kommunens praksis med ventelistevedtak.
- Analyse av tjenestetildeling generelt (sondres det mellom ønskelig og nødvendig hjelp) og brukerstrøm (om vi bruker nivåene i omsorgstrappa riktig) jfr. LEON-prinsippet.

Behovet for en slik særanalyse innenfor pleie og omsorg begrunnes blant annet med at til tross for høy ressursinnsats har det festet seg et inntrykk av at kommunen ikke satser nok på pleie- og omsorgstjenesten, verken når det gjelder dekningsgrad eller

standard. Det stilles også spørsmålstegn ved om tjenesten er optimalt organisert og effektiv, og om tiltakskjeden er riktig dimensjonert og sammensatt.

Kommunens pleie- og omsorgstjenester synes i tillegg å ha et aktivitetsnivå som ligger høyere enn rammeforutsetningene. Det er ikke i konkurransegrunnlaget gitt konkrete måltall for eventuelle kostnadsreduksjoner.

3 Analysemetode

RO har valgt en analysemetode som består av 2 hovedelementer:

1. En kvalitativ metode hvor rådgivere fra RO foretar systematiske søk i driftsorganisasjonen for å kartlegge arbeidsmetoder, samhandlingsmønster, utøvelse av lederskap, økonomistyring, vurdering av kommunens egne styringsdokumenter, hvordan faglig skjønn utøves ved yting av tjenestene, grad av bevissthet på mål og strategier, bruk av omsorgstrappa, interne driftsrutiner etc.

I perioden 16. – 18.01 og 30.01 – 03.02 var 3 og delvis 4 rådgivere til stede i kommunen for å møte ledere, fagpersoner, tillitsvalgte samt representanter for brukerutvalgene, brukerorganisasjoner, planleggere, interne rådgivere etc. I tillegg ble det foretatt flere driftsbesøk ved utvalgte driftsenheter. Det ble avviklet i alt 48 ulike møter, intervju eller samtaler hvor RO møtte i alt ca. 300 personer innenfor pleie og omsorg, inklusive rehabilitering og rus/psykiatri. RO gjennomførte gruppesamtale med 9 pårørende til brukere som har ventelistevedtak (2 brukere var med) samt 5 hjemmebesøk hos brukere med ventelistevedtak.

RO hadde i tillegg 5 konferanser for ansatte på kveldstid, der det møtte i overkant av 80 ansatte. RO åpnet opp for en deltakelse på inntil 500 ansatte, så oppmøtet var mindre enn forventet. I tillegg til innspillene nevnt over, mottok RO ett notat fra navngitte sykepleiere med konstruktiv kritikk av dagens tjenester. I tillegg mottok en av rådgiverne ett notat fra anonym person i tjenesten, dette siste notatet legges ikke til grunn for ROs analyse.

Kommunens kontaktperson la til rette for de ulike møtene og konferansene på en utmerket måte.

2. En kvantitativ metode der RO henter ut registerdata (IPLOS-data) fra kommunens eget fagsystem (IPLOS = individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Dette er tjenestens egen registrering av vurdert individuelle tjenestebehov på ulike nivå innenfor de ulike tjenesteområdene. RO, ved Rune Devold AS (underleverandør), har metode for analyse av disse tjenestedataene, for å kunne si noe om blant annet nivå på tjenester, bruken av omsorgstrappa og hvilken profil tjenesten har, grad av samsvar i tildelingspraksis mellom de ulike enhetene, etc. I tillegg legges kommunens egne regnskapsdata til grunn ved vurdering av tjenestens produktivitet.

IPLOS-analysen foretar også sammenligninger med tilsvarende analyser i andre kommuner. Egen IPLOS-analyse er ikke gjennomført i alle kommunene som er med i ASSS-samarbeidet. I sammenligningen inngår både store og mindre kommuner. Dette gjøres for å synliggjøre forskjeller og likheter, noen avhengig av kommunestørrelser andre ikke. RO vurderer likevel sammenligningen som relevant i de fleste sammenhengene.

RO benytter ikke KOSTRA som fundament for analysene på grunn av erfaringsmessig stor fare for feilkilder i materialet. KOSTRA data brukes kun som utfyllende informasjonsgrunnlag på årsverksoversikt som korrigerende informasjon til kommunens egen oversikt, og i den grad KOSTRA data gir tilleggsinformasjon som ikke finnes i IPLOS.

Kvaliteten på kommunens egne registreringer i IPLOS synes å være relativt god, men det var nødvendig å foreta flere runder med opprettinger for å gjøre materialet sikrest mulig. Dette tok noe mer tid enn planlagt, men RO hadde faglig meget god hjelp av kommunens IPLOS-kontakt.

Vedlagt rapporten er egen delrapport for IPLOS-analysen.

4 Positive kjennetegn ved pleie og omsorg

På tross av et negativt mediefokus på pleie- og omsorgstjenestens kvalitet og tjenestens evne til å gi enkeltinnbyggere med stort bistandsbehov et verdig tilbud, mener RO at tjenesten er langt bedre enn sitt rykte.

Ved ansattekonferansene møtte relativt få ansatte, så svarene derfra kan ikke tas som representative, men de kan gi indikasjoner, særlig der svarene er meget entydige. Over 50% av de ansatte som deltok antar at nivået på omsorgstjenestene i Tromsø ligger over gjennomsnittet sammenlignet med andre kommuner. Arbeidsmiljøet blant ansatte synes å være overveiende bra, over 90% av svarene sier at de opplever å ha gode relasjoner til sine kolleger, over 80% sier de har positive holdninger til sin arbeidsplass. Dersom dette indikerer hovedtrekk ved arbeidsmiljøet, kan det benevnes som meget positivt. Særlig tatt i betraktning det noe negative omdømmet tjenesten får i media.

Over 80% av de ansatte tror at innbyggerne er fornøyde med tjenestene han/hun er med på å yte fra sin arbeidsplass. De ansatte mener også at de har den kompetanse som er nødvendig for å yte tjenester med god kvalitet, og samtidig at tjenesten ytes på en effektiv måte.

RO foretok ingen kvalitetsmålinger vedrørende brukeres eller pårørendes oppfatning av kvalitet på levert tjeneste. De brukermøter, samtale med pårørende og samtale med brukernes organisasjoner som ble avviklet ga ikke entydige negative signaler. Flere uttrykte fornøydhets med den tjenesten som ble gitt, misnøyen gikk på at tilmålingen var for knapp. Her var det selvsagt variasjoner mellom ulike deltjenester.

RO har et inntrykk av at tjenesten i sum har god fagdekning innenfor flere av fagfeltene, både når det gjelder sykepleiere og terapeutgruppene.

Ved alle driftsbesøk og samtaler RO hadde rundt i organisasjonen, møtte rådgiverne stor åpenhet og vilje til åpen kommunikasjon, vilje til diskusjon og evne til å tenke nytt. Slike kulturtrekk er ingen automatikk i alle kommuner. Nesten alle vi møtte framsto som å være svært opptatt av jobben sin og arbeidsplassen.

Når ansatte ble bedt om å beskrive positive elementer ved tjenestene, ble følgende benevnt av flere:

- Tjenestene bærer preg av tverrfaglighet.
- God fagdekning.
- Hjemmetjenestene og dagsentrene fungerer godt.
- Generelt gode tilbakemeldinger fra tjenestemottakere.
- Gir mer tjeneste enn lovpålagt (særlig til innbyggere med utviklingshemming).

RO sitter igjen med et samla inntrykk av at det ytes mye god pleie og omsorg overfor de innbyggerne i Tromsø som har signalisert behov for hjelp og støtte. De enkelttekseplene som over tid er brakt fram i media, er enkeltskjebner som klart viser mangler ved tjenesten. Kommunen kan ikke leve med mange slike i framtid. ROs oppgave var å finne mulige tiltak for at tjenestene skulle kunne komme ut av denne noe vanskelige situasjonen, uten at ressursrammene skulle vokse, snarere om det var mulig innenfor en redusert ramme.

Innledningsvis vil RO påpeke at Tromsø kommune sitt potensiale for å lykkes med dette er klart til stede. Derfor vil vi videre i rapporten konsentrere oss om de funn som gir nettopp innsikt i potensialet for endring for at målene realiseres. Nedenfor gjennomgås utviklingsområdene hvor dette endringspotensialet finnes.

UTVIKLINGSOMRÅDER

Her går RO inn på analyse av materialet der funn fra både den kvalitative og kvantitative metoden trekkes inn. RO viser i flere sammenhenger til vedlagte IPLOS-rapport i tillegg til at data fra denne rapporten framstår konkret i hovedrapporten.

5 Tydeliggjøring av mål og strategier i tjenesten og etterlevelse av disse

Når vi leter etter hvilke strategier og mål som gjelder for tjenestene, søker vi i skriftlig materiale som planer, årsmeldinger og andre førende dokumenter for tjenesten. I tillegg får vi tilbakemeldinger på spørsmål i møte med ledere og øvrige ansatte som indikerer hvorvidt strategier og mål er avklart, kjent og følges.

I forslag til handlingsplan for eldreomsorgen framgår til dels gode vurderinger av utfordringene som denne delen av pleie- og omsorgstjenestene står framfor i årene framover. Her er også målformuleringer som kan tilbakeføres til statlige mål og føringer, og som det er viktig å få ytterligere konkretisert, tydeliggjort og prioritert.

Det faktum at det eksisterer ulike planverk (en plan for eldreomsorgen, plan for rehabilitering etc.) og dermed ulike målsettinger innad i den helhetlige pleie- og

omsorgstjenesten, er i seg sjøl en indikasjon på at Tromsø kommune ikke i tilstrekkelig grad hensyntar lovverkets intensjon om en helhetlig og sammenhengende tjeneste uavhengig av alder, diagnose og bosted.

Tydeligst sprik i målsettinger finner vi mellom målsettingene for rehabiliteringstjenesten og delvis rus/psykiatrienheten og øvrige tjenester. At rehabiliteringstjenesten ikke definerer eldregruppen som sin målgruppe (jfr. rehabiliteringstjenestens egen prioriteringsnøkkel), eller oppleves i øvrig pleie- og omsorgstjeneste at de ikke prioriterer denne gruppen brukere, synes å være i strid med tjenestens eget ønske om mer vekt på forebygging og mestring hos de eldre brukerne.

Rus/psykiatritjenesten på sin side har egen hjemmetjeneste (praktisk bistand og hjemmesykepleie) for "sin" målgruppe både på dag, kveld og helg. Dette gjelder for innbyggere over 18 år mens den tradisjonelle eldreomsorgen overtar ansvaret når innbyggeren er over 67 år.

Pleie- og omsorgstjenesten for øvrig har et hjemmetjenesteansvar for andre personer i samme aldersgruppe (18 – 67 år) med ulike funksjonshemminger og diagnoser. Rus/psykiatri- og rehabiliteringstjenesten har målsettinger som på mange måter ligner målsettingene (se nedenfor) i øvrig pleie- og omsorgstjeneste. Men, ytringer fra samtaler bredt i tjenestene tyder på følgende:

- En samling av psykiatritjenester og kompetanse på egen enhet, har ført til manglende fokus og kompetanse på å møte innbyggere med psykiske lideleser i de andre deltjenestene.
- Rus/psykiatritjenesten og rehabiliteringstjenesten oppleves å jobbe etter tydeligere målsettinger enn de øvrige pleie- og omsorgstjenestene, men målsettinger som delvis oppleves å være andre enn i de øvrige tjenestene.
- Tilgang til både psykiatrikompetanse og rehabiliteringsressurser oppleves som vanskelig, byråkratisk og ressurskrevende.

Gjeldende eldreplan for Tromsø viderefører tidligere visjon og overordna målsettinger for eldreomsorgen som ble vedtatt allerede i 1992. Kort sammenfattet kan målene sies å omhandle følgende:

- Individualisert tjeneste med utgangspunkt i den enkeltes ressurser og mulighet for egenmestring.
- Ingen skal fratas ansvar for oppgaver de kan mestre selv.
- Bo hjemme så lenge som mulig.
- Bygge ut tilbudene på laveste omsorgsnivå for å unngå behov for hjelp på høyere omsorgsnivå og til sist innleggelse ved sykehjem.
- Økt innsats på forebygging og rehabilitering som en integrert del av hele tiltakskjeden.
- Legge til rette for sosiale møtesteder.

Dette er hver for seg og i sum gode målsettinger og i tråd med nasjonale føringer.

ROs vurdering av de funn som er gjort tyder på at disse målsettingene ikke framstår som førende for dagens tjenestep praksis og typer tiltak. Dette blant annet ut fra følgende:

- Den mest gjennomgående tilbakemelding på mål for omsorgstjenesten til eldre, synes å være at *”den enkelte eldre skal få best mulig hjelp”*.
- Kommunens egne IPLOS-data tyder på generelt høyt nivå på tjenestene, særlig for innbyggere med minst behov, noe som indikerer at fokus på egenmestring kan være relativt lavt.
- Spriken i målfokus mellom rehabiliteringstjenesten og øvrige omsorgstjenester gjør det vanskelig å etterleve målsettingen om økt vektlegging av forebygging og rehabilitering.
- Målsettinger i plan skisserer en sammenhengende, fleksibel og dimensjonert tjenestekjede. Slik tjenesten i stor utstrekning framstår for RO, mangler flere elementer og tydelig dimensjonering av deler av kjeden, mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie i hjemmet – og sykehjemmet. Dette er i tilfelle i strid med målsettingene.

Der tjenesten faktisk framstår som målrealiserende, eller har tiltak som vil kunne realisere målsetting vedtatt av kommunen, er når det gjelder tilbudet til dagsenter, sosiale møteplasser etc. Dette er tiltak som bør kunne utvides med rimelig ressursinnsats og i nærmere samarbeid med frivillige og brukerne selv.

5.1. Andre funn eller observasjoner

Enhetsledere og øvrig lederskap framstår som lederskap med sprik i signaler på hva som er vesentlige kvalitets- og resultatmål for tjenesten. Enhetslederne (med et par unntak) blir oppfattet av ansatte som for mye opptatt av økonomiske mål. Det eksisterer, i diskusjonene, lite fokus på hvordan tjenestenes viktigste utfordringer skal møtes av type endringer i kapasitet. For eksempel: *”Flere omsorgsboliger med nærhet til bemanning skal redusere behov for sykehjemsplasser”*. Eller: *”Dagtilbudene skal utvikles for å redusere presset på sykehjemsplasser”*.

Tjenesten og kommunen på overordna nivå har ikke tilstrekkelig uttrykt strategi for hvilke tiltak som skal prioriteres, hvilken profil tjenesten skal ha, hvordan venteliste til sykehjem skal fjernes, hvordan akutte og omfattende behov skal møtes og hvilken mediestrategi som skal følges for å bedre innbyggernes tillit til den kommunale tjenesten. Så lenge relevante og klart uheldige enkeltskjebner blir avdekket og presentert, skapes utrygghet i befolkningen, oppgitthet blant de ansatte og grobunn for aksjonsgrupper og sterke enkeltpersoner i sin *”kamp”* mot kommunen.

Blant ansatte ute i tjenesten virker det som kunnskapen om hvilke mål som gjelder for tjenesten er relativt liten. I tillegg tyder tilbakemeldingen fra ansatte på at de eventuelle målsettinger som de kjenner til, i liten grad er styrende for den daglige tjenesteytingen. Det er for mange av de ansatte som ikke kjenner til enkeltvedtakene til den enkelte bruker de skal yte hjelp til, det er mange ansatte som mener tjenesten yter hjelp til oppgaver den enkelte brukeren kunne gjort selv, etc.

Strategien som blant annet framgår av gjeldende eldreplan og forslag til ny plan, er forslag til nye ekspansive tiltak, men samtidig vet man at rammene ikke gir rom for dette. Det beskrives få tiltak på prioriteringer, omprioritering og tiltak for mer effektiv

tjenesteproduksjon. Profil på tjenesten som for så vidt framgår av de overordna målsettingene, blir ikke konkretisert gjennom tiltakene. Rådmannens og enhetsledernes fokus på å holde rammene gjenfinnes ikke i tiltaksplanene.

Rehabiliteringstjenesten og rus/psykiatri framstår som de enhetene med tydeligst målsetting for sine definerte brukerretta tjenester, og som synes å følge disse. Men, disse målsettingene er satt av enhetene selv og er ikke samordna med pleie og omsorg og de driftsenhetene som yter tjenester til eldre og funksjonshemmede.

Tilbakemelding fra møte med ledere etc. kan også tyde på at de enkeltvedtak som gis den enkelte mottaker, bare i varierende grad blir sett på som forpliktende.

Mange av informantene påpeker at det ikke er gjeldende mål og tiltak gitt i plan som styrer ressursbruken i tjenesten, særlig innenfor eldreomsorgen. Det hevdes synspunkter som indikerer at det er enkeltskjebnene, presseoppslag og et generelt kortsiktig fokus som styrer tjenesten. Ansattekonferansene viste som en av årsakene til budsjettoverskridelsene, at tjenesten manglet klare og felles målsettinger, og at ansatte lot egne mål i for stor grad styre daglig praksis. I tillegg at det i det daglige er mest brukeren og dennes ønsker og behov som står i fokus, ikke enkeltvedtakene og rammene som tjenestene også må forholde seg til.

Det er vel rimelig å anta at ulikhetene i utøvelsen av det faglige skjønnet hos de som vurderer brukerbehov, også gjenfinnes hos øvrige ansatte i måten de møter enkeltbrukeren på i det daglige. Vedtaket blir ikke bestemmende, i beste fall veiledende.

Forslag til serviceerklæringer er en god start i arbeidet med å tydeliggjøre tjenestenes profil og innhold. Men, fortsatt mangler en enkel og tydelig beskrivelse av vesentlige kjennetegn på tjenesten:

- At alle tjenester ytes ut fra individuelle og reelle behov, for å bygge opp under evnen til egenmestring i hverdagen.
- At borgeren ikke kan forvente hjelp til oppgaver han/hun kan trenes opp til å klare sjøl eller hvor tilrettelegging og hjelpemidler kan være tilstrekkelig.
- At tjenesten til den enkelte fortsatt vil være avhengig av realistisk hjelp og støtte fra eventuelle pårørende og familie.
- At tjenestene har som klart mål å kunne ytes på lavest mulig nivå i tiltakskjeden.
- At alder i seg selv ikke er et kriterium for tildeling av hjelp.

De foreslåtte serviceerklæringer er for omfattende og komplekse til at de vil kunne fungere som god informasjon til innbyggerne i Tromsø. Internt i organisasjonen vil de kunne fungere som en god veileder. Forslagene til serviceerklæringer bør forenkles før utdeling til publikum eller brukere. Tekstene bør bli enklere, gjerne inndelt etter tjenestetype og settes opp i brosjyreform.

6 Organisatoriske forhold. Koordinering og samordning mellom alle samhandlende enheter; hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering og psykiatri

Dagens organisasjonsform har eksistert kort tid, og det er for tidlig å trekke endelig konklusjon for om formen er hensiktsmessig eller ikke. Intensjonene med å endre fra område-/distriktsmodell til resultatsenhetsmodell der en fjerner den fagkoordinerende lederfunksjonen (etatsjefen), var flere. En viktig begrunnelse var å delegere større myndighet til ledernivå nærmere brukeren og den daglige tjenesteytingen. En annen begrunnelse var å redusere andelen ressurser til overordna administrasjon, samt gjøre veien til besluttsende myndighet kortest mulig. Teoretisk sett var disse intensjonene ideelle, og verdt å realisere. Hvordan framstår de strukturelle løsningene i dag?

RO har erfaring fra mange kommuner og ulike organisasjonsformer innenfor en helhetlig omsorgstjeneste. Ulike organisasjonsformer har alle sine fordeler og ulemper. Det er oftest ikke organisasjonsformen som er avgjørende for hvorvidt organiseringen oppleves eller framstår som hensiktsmessig eller uhensiktsmessig, snarere praksis innenfor den struktur som er valgt. Å foreta ny omorganisering av pleie og omsorg i Tromsø vil ikke løse tjenestenes utfordringer. Men det kan være behov for å foreta mindre justeringer.

Tilbakemeldingene fra informantene er relativt samstemte på følgende punkt:

- Av ulike årsaker er det noe manglende samarbeid og samhandling mellom de ulike driftsenhetene. Dette gjelder mellom driftsenhetene i pleie og omsorg samt mellom disse og fagenhetene rehabilitering og rus/psykiatri. Det påstås også at det i flere av enhetene er manglende samhandling mellom avdelingene i samme enhet. Samhandlingspraksis er varierende i kvalitet og omfang.
- Tilgang til kompetanse og tjeneste fra rehabiliteringstjenesten oppleves som vanskelig, prosessen er ressurskrevende og byråkratisk.
- Flere av enhetslederne rår ikke over innsatsfaktorene i tiltakskjeden, de er avhengige av velvilje og rom i budsjettammen ved andre enheter og avdelinger. Brukerne kan oppleve å bli brikker i et "Svarte-Per-spill", der enhetene skyver brukerne mellom seg.
- De få brukere og pårørende RO hadde kontakt med, hadde ytringer som tyder på at organiseringen ble opplevd som uoversiktlig, "med mange dører og få svar".
- Enhetsstrukturen slik den i dag praktiseres og framstår, kan oppleves å være i motstrid til målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester. Enhetene kan ha vanskelig for å se sitt felles ansvar for å bistå, er mest opptatt av å holde egne rammer.
- Enhetsstrukturen slik den praktiseres, kan oppleves å bygge opp under profesjonsorganisering og segregering etter brukergrupper og oppgaver, i stedet for å ta utgangspunkt i brukerbehovene og vedtatte overordna målsettinger. Tjenestene innenfor pleie og omsorg i Tromsø framstår som for mye særomsorg, organisert etter diagnose og alder.
- Organisasjonsformen påstås å kreve mye tid til samordningsmøter på tvers av faggrupper og enheter. I tillegg hevdes at modellen (slik geografiske grenser og praksis er i dag) fører til større transportutgifter (reisekostnader + tid) enn

ønskelig. Flere av informantene trekker også inn at kommunens totale geografi forsterker slike negative utslag av enhetsmodellen, slik den praktiseres.

- IPLOS analysen og TEAMStandard-testen (en eksperimentell test av enhetenes faglige skjønn ved vurdering av funksjonssvikt og tildeling av tjenester) viser klare forskjeller i skjønnsutøvelsen ved behovsvurdering. Denne forskjellen er tydelig mellom de ulike enhetene, men også internt i enhetene. Det er til dels stor forskjell i skjønnsutøvelsen, noe som kan framstå som en trussel mot brukernes rettssikkerhet. Tildeling av hjelp vil dermed i for stor grad bli avhengig av hvor du bor og hvem som vurderer dine behov.

Det kan virke slik for RO at lite samordning, mer fokus på å holde budsjett samt mangel på strategi – i sum, får enhetene til å bli innadvendt og opptatt av egne utfordringer. Dermed forsterkes motkreftene til samordning og samarbeid på tvers av enheter, og enhetene motiveres til å lage egne strategier og mål.

RO ser at flere av disse beskrivelsene ovenfor er reelle utfordringer både når det gjelder kvalitet på tjenestene, og hvorvidt ressursene blir hensiktsmessig utnyttet. Tromsø kommune har en utfordring når det gjelder hvordan organisasjonsformen praktiseres, og bør i tillegg vurdere mindre justeringer av strukturen.

RO mener også å ha observert at dagens organisasjonspraksis er med på å bygge opp under mytedannelser mellom enhetene, noe som skaper ytterligere splid mellom enheter og ledere. Hovedårsaken til dette er etter ROs vurdering at kriteriene for budsjettering ikke oppleves som riktige og at budsjettene ikke oppleves som troverdige. Budsjettering skjer innenfor hjemmebaserte eller boligretta tjenester mye basert på historiske data (framskriving av forrige års budsjett) og innenfor sykehjemmene etter en konstruert prisskala per plass.

Dersom enhetsstrukturen i nåværende form skal videreføres, må budsjettering skje med utgangspunkt i en modell for prissetting av faktiske brukerbehov og prising av enkelvedtakene og de enkelte tjenestene. Flere kommuner praktiserer noe ulike modeller for innsatsstyrt finansiering (ISF), og som danner rammegrunnlaget for driftsenhetene. Det kan gi bedre samsvar mellom behov og rammer, og vil føre til at brukerne får tilgang til nødvendige tjenester uten at behovsøkning må skisseres.

ISF bør ikke gjennomføres uten at Tromsø kommune foretar grep som sikrer at meldte brukerbehov blir møtt på en likeverdig måte. Kommunen bør iverksette tiltak for å kvalifisere og tydeliggjøre bestillerfunksjonen eller forvaltningsfunksjonen på en bedre måte (berøres også senere i rapporten).

Rus/psykiatri som egen enhet framstår som en svært selvstendig og atskilt enhet. Når psykiatrienheten går inn med tjenester, trekker andre seg ut. Psykiatrikompetansen blir dermed segregert og isolert og brukt for de brukerne som er ”kvalifisert”, mens eldre brukere og andre med komplekse behov i for liten grad har tilgang til psykiatrikompetansen. En rusmisbruker som utskrives fra behandling, tas ikke i mot av helse eller omsorg, men blir sett på som en annen enhets ansvar.

Boretta tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming er en annen tjeneste som framstår som relativt segregert, sjøl om disse tjenestene ytes innenfor flere av driftsenhetene. Kommunen har på egen hånd foretatt en analyse av disse tjenestene

(2005). Bakgrunnen for evalueringen var behovet for å få en vurdering av om kommunen hadde en standard som lå over lovens krav, potensialet for eventuelt innsparing og en utredning av eventuelle konsekvenser av en justering av tjenesteomfanget. Noe av bakgrunnen var også erkjennelsen av at Tromsø kommune hadde en dyr tjeneste sammenlignet med andre kommuner.

RO har foretatt en vurdering ut fra IPLOS-registreringene, samt møtt lederne ved dagsentrene (Mortensnes og Strandveien) og noen av botilbudene. Videre har RO vurdert bemanningsoversikter og sammenholdt disse med tilbudsbeskrivelsene. RO gjorde tilleggsøk ved en av boenhetene (Jadeveien) for å få ytterligere data ut over IPLOS-registreringene.

I kommunens egen evalueringsrapport side 12, framgår av tabellen at Tromsø kommune bruker atskillig mer ressurser enn sammenligningskommunene på heldøgns tjenester til innbyggere med utviklingshemming (HDU). RO ser ingen andre gode forklaringer på dette enn at personaltettheten i Tromsø er vesentlig høyere enn i andre kommuner. Spørsmålet er om denne personaltettheten er absolutt nødvendig ut fra brukernes behov, eller om det finnes driftsopplegg som er mer ressurseffektive.

RO finner blant annet følgende når det gjelder dagsentrene:

I følge ansatte er brukerne på dagsenter er tilstede ved sentrene fra 09.00 (hentes hjemme kl 09.00) til 15.00 (kommer hjem kl. 15.00), mens sentrene er bemannet fra 08.00 til 15.30. Personell er da til stede uten brukere opp til 45 timer pr. dag, tilsvarende ca. 20% av arbeidstiden pr. dag (ut fra samlet 29,6 årsverk). RO forstår at det er behov for noe tid til planlegging av dagen og til etterarbeid, men er meget kritisk til å disponere tiden totalt slik. Rent kostnadmessig er sentrene bemannet uten brukere til stede tilsvarende en lønnskostnad på kr 13.500 pr. dag, eller kr 67.500 pr. uke, eller ca. kr 3 mill. pr. år (ut fra en total timelønnskostnad på kr 300,-)

RO stiller seg kritisk til praksis ved dagsenter for personer med utviklingshemming i Tromsø som er opptatt av kvalitet på varene som produseres for salg. De som tildeles dagsenterplass er de svakeste som stort sett ikke kan produsere i vanlig forstand for salg. Dersom brukerne var så produktive, burde de ha et annet tilbud, i ASVO eller lignende. Vi stiller spørsmål ved om det er de ansatte ved dagsentrene som produserer "varene", noe som rammer intensjonen med tilbudet til brukerne, og som selvsagt er en kostbar produksjon.

Dersom dette er betegnende for måten å tenke personalbruk på innenfor deltjenesten generelt, er det betenkelig.

RO merker seg også at tjenesten i vedtak har en utstrakt bruk av enkeltvedtak på bemanning 1:1. Ut fra behovsdata mener RO at tjenesten overdimensjonerer bruk av personell. Dette kan ha faglige uheldige virkninger i tillegg til at dette er klar ressursløsning. I relevant faglitteratur benevnes denne praksis som problematisk¹. Det er et kjent fenomen at "friske" som jobber med utviklingshemmede, vil jobbe for at personen med utviklingshemming skal bli "frisk". Utpreget og "unødvendig" bruk av bemanning 1:1 kan føre til undertrykking og opplevelsen av mangel på frihet. Sågar

¹ Gyldendal akademiske forlag, 2005: "Selvbestemmelse for tjenesteytere", Selbo, Bollingmo og Ellingsen. Universitetsforlaget, 2001: "Utviklingshemmede i et økologisk perspektiv". Leif H. Stubberud.

kan for tett personelldekning framprovosere uønsket adferd. Når en tjenesteyter kommer inn i tjenestemottakers bolig, representerer han/hun krav overfor mottakeren.

Store innsparingsmuligheter ligger i å gå nøye gjennom blant annet:

- Bruk av dagsenterplassene og bemanning av sentrene.
- Bruk eller overdreven bruk av 1:1 bemanning, dvs. en kritisk gjennomgang av vedtakene som er fattet.
- Korte ned på praksis med bemannede boliger uten at bruker er til stede.
- Økt bruk av personell på tvers av tjenestetyper for å unngå ”tomgang” i boenhetene og uheldig tidsbruk.
- Dimensjonering av daglig tjenestep praksis som framgår av dags- og ukeplaner for den enkelte beboer.

Evalueringen som Tromsø kommune har foretatt, skisserer framskrivning av behov for type tilbud og ressursmessige konsekvenser av dette. RO finner i liten grad anvisning på type tiltak for å møte disse behovene ved å effektivisere og ”normalisere” drift og ressursbruk.

Det er åpenbart ut fra statistikk og kjente brukerdata at kommunen vil få økt behov for bo- og tjenestetilbud til flere voksne innbyggere med utviklingshemming i årene framover. Det forutsetter omlegging av dagens tjenester og ressursbruk, samt planlegging av nye tiltak slik at en etterlever reformens intensjoner og får mest mulig rasjonell ressursbruk. Mange kommuner lykkes med dette i nær dialog med brukernes pårørende eller verger.

Til slutt kan benevnes samhandlingen eller mangel på sådan mellom kommunens pleie og omsorg på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre siden. RO ble presentert for klare oppfatninger fra representanter fra UNN om at Tromsø kommune ikke makter å ta hjem utskrivingsklare pasienter fra sykehuset, og at flere av de som ble utskrevet fra sykehus til et kommunalt tilbud ikke fikk et kvalitativt godt nok tilbud, noe som fører til rask retur til sykehuset. Sykehuset påstår at kommunen har for få sykehjemsplasser. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten på sin side påpeker en ”rå” utskrivingspraksis fra sykehuset og at sykehuset tildeler sykehjemsplass i kommunen i kontakt med pasienten. Slike beskrivelser indikerer at samarbeidet ikke er topp, og at det er den enkelte innbyggeren som blir skadelidende når partene skyver pasientene mellom seg. Den rammeavtale som foreligger mellom UNN og kommunen, bør bearbeides videre og konkretiseres slik at både sykehus, kommune og ikke minst den enkelte pasient/pårørende vet hvilke rutiner som gjelder og hvordan samhandlingen skal skje i praksis.

Et vesentlig kvalitetskjennetegn ved en kommunes pleie- og omsorgstjeneste er evnen til å gi et godt faglig tilbud til pasienter som er utskrivingsklare fra sykehus. Det forutsetter faglig god samhandling mellom kommune og sykehus, og at sykehuset er behjelpelig med faglig veiledning og et temporært ressursbidrag. Flere kommuner er i ferd med å opprette intermedieære tilbud i samarbeid med helseregionene. Dette er et tilbud som også sykehusene vil profitere på fordi en unngår rask retur av pasienten til sykehusets ”korridorer”. Temaet drøftes ellers senere i rapporten.

7 Saksbehandling og kriterier for vedtak. Rettssikkerhet og likhet i vedtak

Som tidligere påpekt synes det som at utøvelsen av det faglige skjønnnet når brukerbehov vurderes og tjenester tildeles, spriker mer enn akseptabelt. Praksis med at svært mange ansatte foretar funksjonsvurdering, øker faren for sprik i skjønnsutøvelsen.

Den som skal vurdere brukerbehov, skal ha trygg kompetanse og innsikt når det gjelder:

- Lovkravene i det lovverket tjenesten skal hjemles i, både intensjonen i lov og de ulike lovparagrafer med tilhørende forskrifter.
- Forvaltningslovens regler om forsvarlighet i saksbehandlingen.
- Kommunens egne vedtatte strategier og mål, profil på tjenesten etc.
- Måten å samhandle med og forhandle med brukeren og pårørende på.
- Ha det tverrfaglige ”blikket” som gjør at tilrettelegging, forebygging og mestring blir godt nok ivaretatt, eller vite når det er nødvendig å trekke inn spisskompetanse i vurderingene.

I tillegg skal den som vurderer behov og saksbehandler fram til enkeltvedtak søke å forene de 2 perspektivene som alltid vil være til stede, nemlig balansen mellom omsorgsrasjonalitet og driftsrasjonalitet. Perspektivene kan forklares slik:

Tabell 1: Omsorgsrasjonalitet og driftsrasjonalitet

Omsorgsrasjonalitet	Driftsrasjonalitet
Premissene legges nedenfra og opp	Premissene legges ovenfra og ned
Krav om fleksible tjenester.	Plan og struktur i arbeidsopplegg.
En individtilpassa og situasjonsbestemt tjeneste, endres fort etter endring i behov.	Styring ut fra enkeltvedtak, standardisering, faglig definerte minstestandarder.
Den enkelte fagpersonen bestemmer handling sammen med bruker der og da.	Tilmålt tid, budsjettlojalitet.
Personlige relasjoner mellom hjelper og mottaker, varme hender.	Kvalitetsmålinger.
En tjeneste som bygger på forestillingen om å hjelpe den svake.	I dette perspektivet blir ofte utfordringene møtt med forslag på tiltak som kan oppleves å være best tilpassa de ressurssterke brukerne (eks. frie brukervalg).
Lojalitet er rettet mot brukeren og det å tildele mye hjelp.	Konkurransetsetting ut fra kvalitetsmål og økonomi.
Faglig idealitet.	
Rettssikkerhet for brukeren brukes som argument for tildeling av mer hjelp og som grunnlag for utøvelse av hjelp.	En balanse mellom det faglige, juridiske og økonomiske når det gjelder forståelsen av lovens krav.
Den grenseløse omsorgen.	

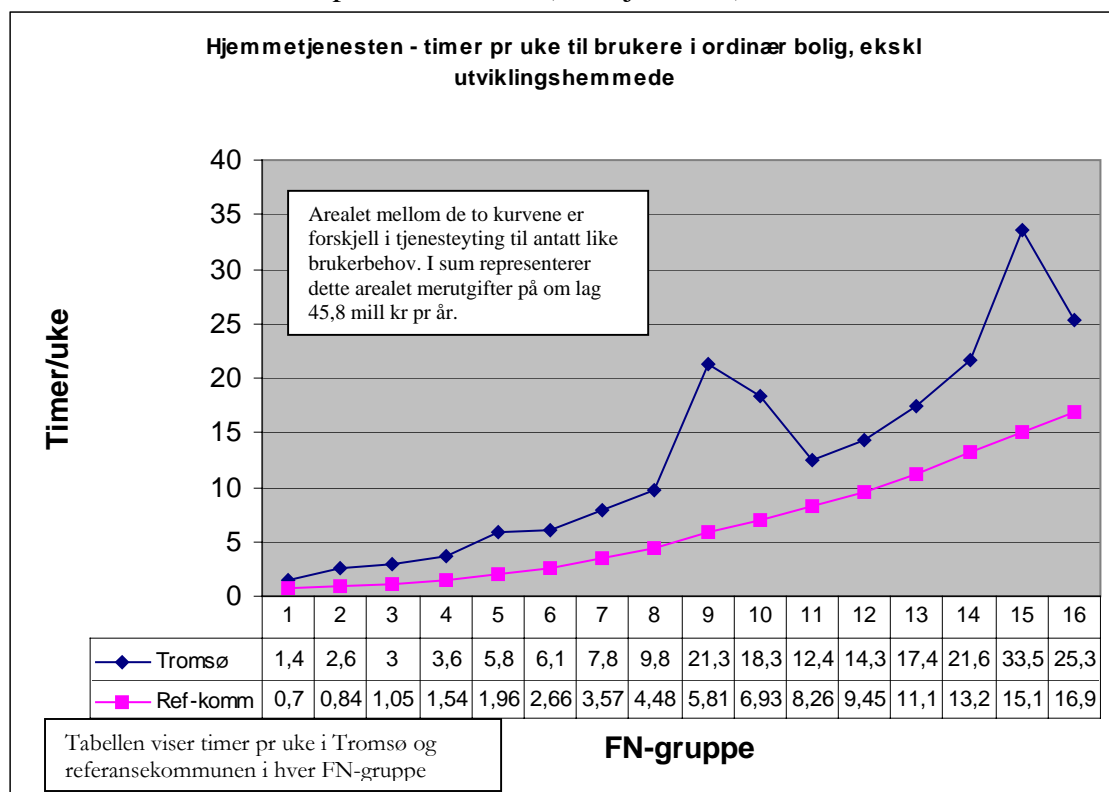
Ofte kan det oppleves å være motstridende interesser mellom de som skal ivareta omsorgsrasjonaliteten og de som er satt til å ivareta driftsrasjonaliteten. Motsetninger mellom rådmannen samt enhetsledelse som skal sørge for at budsjettene holdes, og den enkelte avdelingsleder eller omsorgsarbeider som skal møte brukernes behov i det daglige, og som ønsker å yte det beste.

Den som saksbehandler skal balansere begge disse perspektivene og samtidig oppfylle forsvarlighetskravet i loven. Dersom grunnlaget for enkeltvedtaket utføres av en tjenesteyter som står mottakeren nær, kan det være fare for at omsorgsrasjonaliteten vil overstyre driftsrasjonaliteten, ut over behovet for tiltak for å etterleve myndighetskrav og kommunalt vedtatte standarder. I motsatt fall kan driftsrasjonaliteten bli for styrende fordi budsjettene ikke er basert på troverdige data om reelle brukerbehov.

Det er blant annet ut fra dette perspektivet at flere kommuner etablerer egne forvaltningsenheter som utfører bestillingene. En sterk faglig fundert personalressurs som også sitter med rammeansvaret. Det aller viktigste argumentet for reindyrking og profesjonalisering eller kvalifisering av bestillerfunksjonen, er hensynet til rettssikkerheten for brukeren og likeverdighet i vedtakene.

IPLOS-analysen samt vurderinger fra ledere og ansatte tyder på at terskelen for å få hjelp er relativt lav, også sammenlignet med terskelen i sammenlignbare kommuner. Dette er et bilde som gjelder stort sett alle deltjenester, men med noe variasjon mellom enheter.

Tabell 2: Snitt timer pr. uke etter FN (funksjonsnivå)



FN-gruppe = funksjonsnivågrupper fra 1 – 16 (1 = svært lite behov, 16 = omfattende behov)

Ekskl. PU = eksklusive tjenester til innbyggere med utviklingshemming.

Referansekommunen er her Trondheim kommune og denne kommunens tall pr. september 2005.

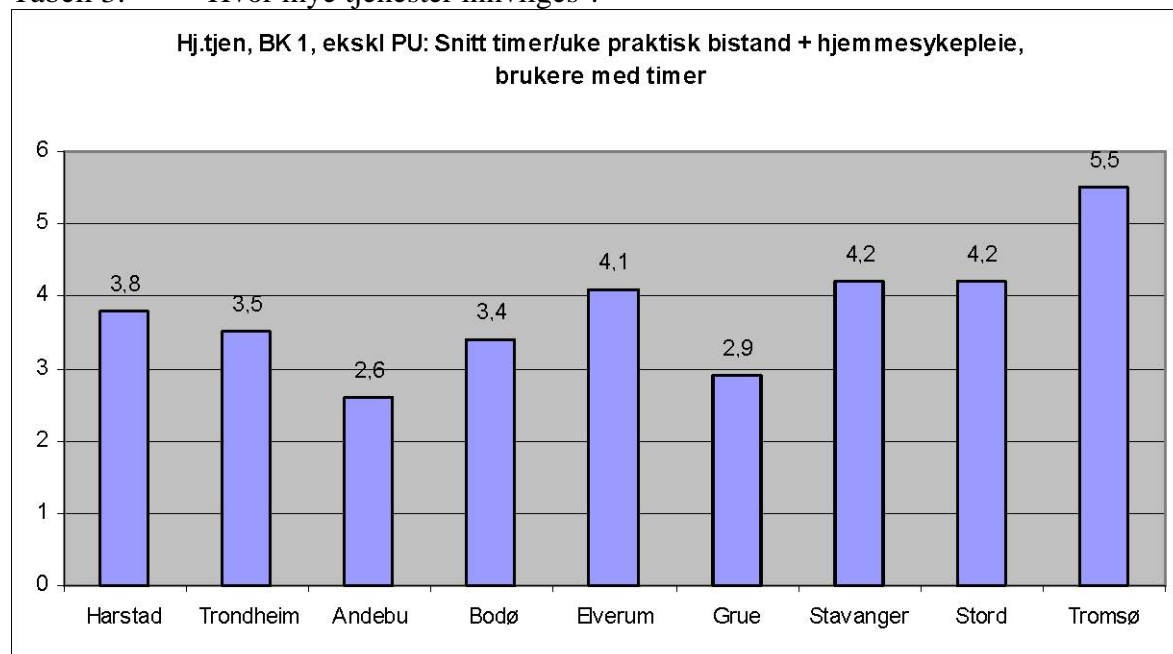
Tabellen viser at nivå på tildelte tjenester ligger høyere enn referansekommunen til brukere i ordinære boliger (eksklusive tjenester til innbyggere med utviklingshemming), innenfor alle registrerte funksjonsnivå. Forklaringen ligger i 2 vesentlige forhold:

- ✓ Trondheim har langt strengere tildelingspraksis for innbyggere med lite behov for hjelp. I større grad gis substitusjonstjenester.
- ✓ Brukere i Trondheim som bor hjemme og som utvikler store behov for hjelp, tilbys omsorgsboliger med individretta heldøgns omsorg (HDO)

Kommunen bør her bestemme seg for hvilket nivå tjenestene skal ligge på, hvilken tildelingspraksis som skal gjelde og hvilken fordelingspolitisk profil som skal tilstrebes.

Raus tildelingspraksis bekreftes også av nedenstående tabell som viser snitt tildelte timer i hjemmetjenesten (ekskl. tjenester til innbyggere med utviklingshemming) pr. uke for brukere i ordinære boliger.

Tabell 3: Hvor mye tjenester innvilges ?



BK 1: Opprinnelige bolig, privat bolig, ikke omsorgsbolig.

Tromsø ligger på et høyt snitt timetjenester pr. uke.

Dette kan av enkelte tolkes som å være svært effektivt med tanke på å forebygge utvikling av nye behov. Men virkningen blir ikke forebyggende ved å tildele for mye hjelp og tildele hjelpen for tidlig. Snarere kan en slik praksis passivisere egne ressurser, legge grunnlaget for ytterligere behov og skape urealistiske forventninger hos brukeren og eventuelt pårørende. For svært mange av brukerne med lite behov

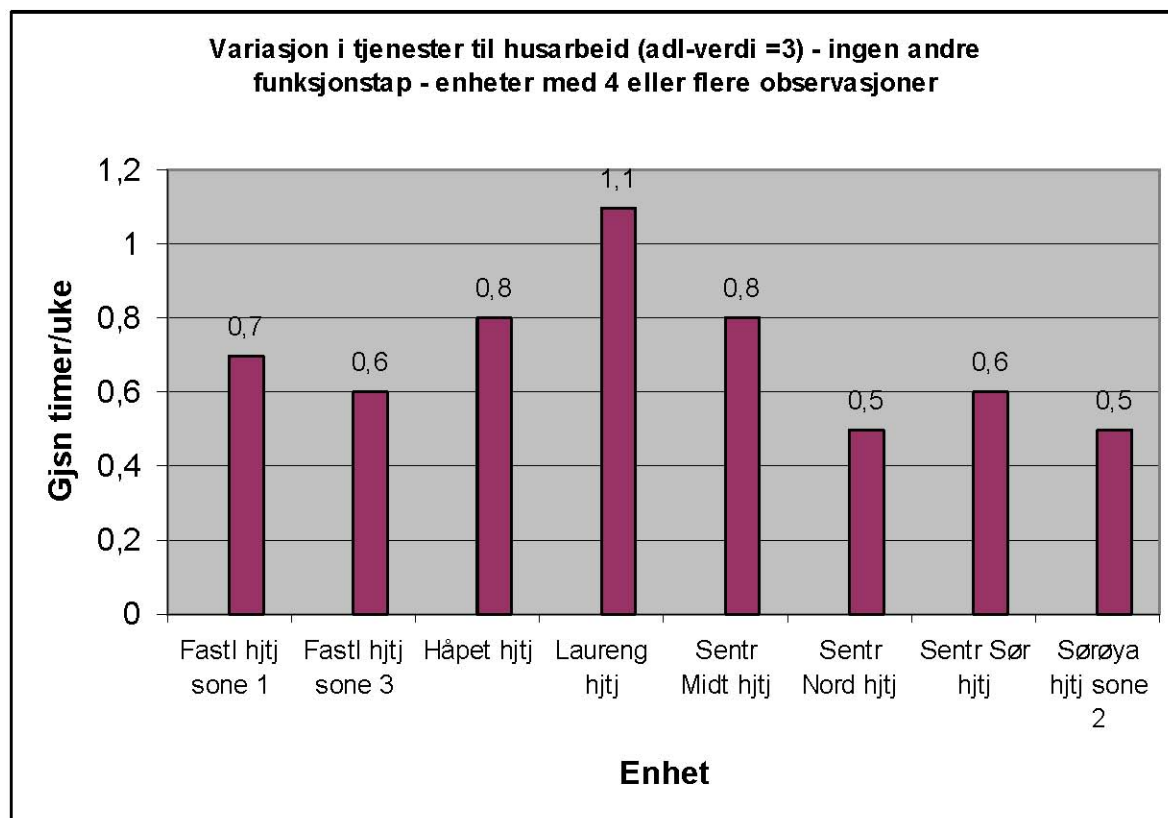
kan det være mest forebyggende å sette fokus på tilrettelegging og eventuelt trygghetsalarm, matombringing etc.

Ett enkeltutsagn kan kanskje indikere at det er sannhetsgehalt i funnene over: ”Vi søkte og søkte, når vi endelig fikk hjelp, fikk vi mer enn det vi ba om”?

At innvilgede timer pr. uke i hjemmebaserte tjenester er så høyt i Tromsø, forklares ikke bare med generell raus tildelingspraksis. På grunn av at Tromsø ikke har tilstrekkelig med omsorgsboliger med heldøgns tjenester (eller har disponert omsorgsboligene feil), blir for mange brukere med store bistandsbehov værende i opprinnelig bolig og mottar ambulante hjemmetjenester. Tjenestens ledere har ikke omsorgsboligen å spille på. Det er stort sett sykehjemmet som blir neste trinn, med påfølgende press mot sykehjemsplassene.

Er rausheten like tilstedeværende ved alle driftsenheter?

Tabell 4: Variasjon i tildeling til like behov



ADL = Dagliglivsferdigheter

Variasjonen er større enn ønskelig, selv om tallene ikke må overtolkes.

Variasjonen kan underbygge påstanden om at like behov blir vurdert ulikt, og fører til ulik tildeling.

7.1. Oppsummering

Det påvises en del tilfældigheter mht til tjenestetildeling. Selv om en ser en viss standardisering for hovedtyngden av brukere kunne det forventes bedre resultat over

for disse med en felles referanse. Mengden store avvik i tjenestetildeling kommer i tillegg og er for stort til å si at en praktiserer likebehandling. Diagnoser gir ikke forklaring på variasjonene. Flere av de som avviker mest har ikke registrert diagnoser. Praksisforskjellene enhetene i mellom må ses i lys av at den gruppen brukere vi snakker om, har helt like behovskjennetegn målt i ADL. Variasjonene kan ikke forklares med ulik tilgang til privat hjelp, det er snarere tendens til at det ytes mer tjenester til de som har privat hjelp enn de som ikke har det.

Blant de ansatte som møtte til ansattekonferanse, svarte 51% at hvilken hjelp som ble tildelt og til hvilket nivå, var avhengig av hvor brukeren bodde i kommunen. Tabellen over fra IPLOS tyder på det samme. Dette er i så fall en rettssikkerhetsutfordring for Tromsø kommune. RO finner samme tendenser i svært mange kommuner, så Tromsø er ikke verre stilt enn andre. Testen med TEAMStandard viser at ledere og saksbehandlere har en annen oppfatning enn det funnene over tilsier. Over 70% av de som deltok mener at Tromsø kommunes praksis tilfredsstiller kravet til likebehandling uavhengig av bosted.

RO mener det absolutt er behov for forsterket opplæring i IPLOS-kriteriene og en samordning av faglig skjønnsutøvelse. Dersom kommunen velger å stramme inn tildelingspraksis (mindre raus) samt endre tjenesteprofilen med større satsing på hjemmbaserte tjenester til brukere med store behov hjemme eller i omsorgsbolig, er behovet for samordning av fagskjønnet og profesjonalisering av tildelingene klart til stede. Kommunen vil ikke lykkes med denne sprosessen uten bedre styring i tildelingsarbeidet. Rådmannen har tidligere fremmet forslag om innføring av en tydelig bestiller-/utførermodell samt en behovsstyrt finansieringsmodell, uten at ledelsen har fått aksept for disse tiltakene. Forslagene bør tas opp på nytt. RO tviler på at den foreslåtte modellen for bestilleroppgavene er tilstrekkelig samlende for å få som resultat en mer ens tildelingspraksis og ens skjønnsutøvelse.

8 Fordeling av ressurser, omfordeling av ressurser og økonomistyring

8.1. Hjemmetjenestene

Tidligere er nevnt at budsjettering i for stor grad tydeligvis skjer med utgangspunkt i historiske data, og ikke i tilstrekkelig grad bygger på reell behovsdokumentasjon. Dette kan ha mange effekter, blant annet:

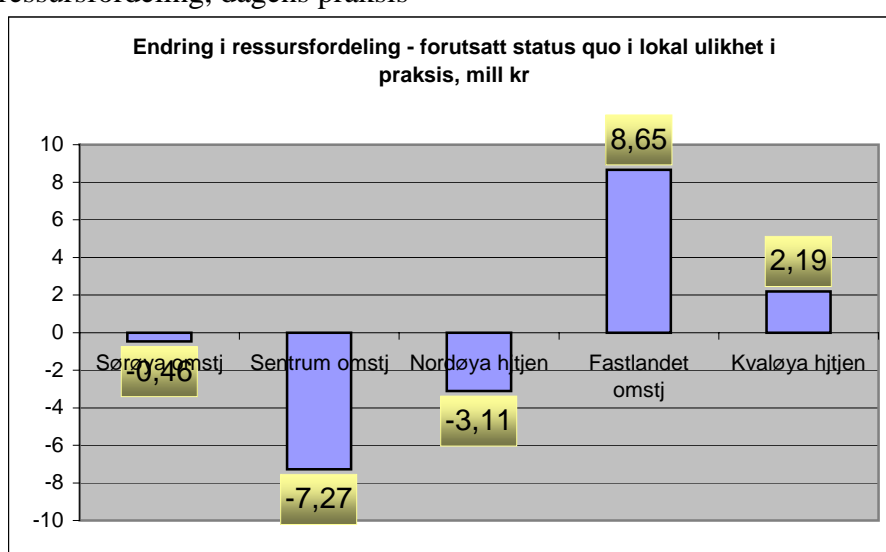
- For å vinne kampen om ressursene under budsjettbehandlingen, bør en helst ha overskredet årets budsjettammer, og i tillegg ha de mest ”dramatiske” beskrivelsene av hvor lite ressurser enheten har for å møte brukerbehovene. Å få brukere inn på ventelistevedtak kan være en slik faktor.
- Ressursknapphet (opplevd) kan føre til en alles kamp mot alle, mellom enhetene. Dette motiverer for å finne allianser, faglig og politisk, eller gir en motivasjon for å finne andre allianser utenfor fag og politikk.
- Et mer effektivt driftsopplegg der en faktisk holder rammen, vil straffe seg ved neste korsvei. Neste års ramme blir redusert. I tillegg skaper det oppfatninger hos andre om at en har relativt sett høyere rammer enn de andre enhetene.

- En ressursfordelingsnøkkel som ikke er basert på reelle brukerbehov, kan vanskelig bli troverdig. Når det reises tvil eller spørsmål ved om fordelingen av rammene i budsjett er riktig og rettferdig, reduseres budsjettlojaliteten vesentlig.

Dersom vi sammenligner dagens budsjettrammer med hjemmebaserte tjensteenheters registrerte data for brukerbehov for de "letteste" brukerne (funksjonsnivå-gruppe 1 – 8, av totalt 16), og samtidig forutsetter status quo i ulikheter i praksis for tildeling av tjenester, finner vi indikasjoner på behov for omfordeling av ressursrammene.

Omfordelingen kan gi følgende tall:

Tabell 5: Funksjonsnivå-gruppe 1-8, grunnlag for mulig endring i ressursfordeling, dagens praksis

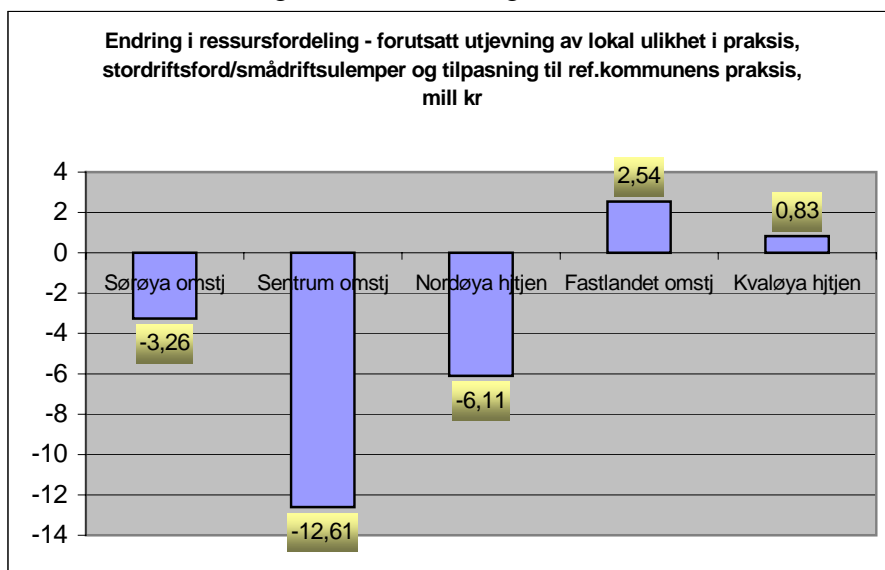


Det forutsettes altså at enhetene får finansiert dagens praksis fullt ut, dvs. at skjevheter som skyldes at noen distrikter er strengere/rausere i tjenestetildeling opprettholdes. Det forutsettes uendret totalramme, 89,6 mill. kr.

Med disse gitte forutsetningene ser vi at Fastlandet er underfinansiert med ca. kr 8,6 mill., mens Sentrum er overfinansiert med kr 7,2 mill.

Dersom vi legger referansekommunens (Trondheim) tildelingsnivå og praksis til grunn overfor samme kategori "lette" brukere, forutsetter at alle praksisforskjeller i Tromsø utjevnes samt tar hensyn til stordriftsforskjeller og smådriftsulemper, vil utjevningsbehovet kunne framstå slik:

Tabell 6: Endring i ressursfordeling ved redusert nivå



Dersom Tromsø skulle tilpasse seg et tjenestenivå og en praksis som det Trondheim kommune har, ville det bety at "distriktene" Fastlandet og Kvaløya faktisk får en mindre økning av rammen, mens de øvrige driftsenhetene innenfor hjemmebasert omsorg vil få reduksjoner. De totale rammereduksjonene utgjør ca. kr 18,6 mill. Tabellene må ikke overtolkes, men de kan i tillegg til behov for omfordeling av ressursrammene mellom enhetene, indikere følgende:

- ✓ Fastlandet og Kvaløya kan være strengere i sin praksis med tildeling av timer til brukere med minst behov, enn de andre driftsenhetene.
- ✓ De andre enhetene har en mer raus praksis for tildeling og dermed får de et stort antall brukere i denne funksjonsnivå-gruppen (FN-gruppe 1-8).
- ✓ Forventningene hos eldre og andre kan variere mellom enhetene i betydningen by og land, delvis på grunn av ulikheter i nettverk for brukere med signaliserte behov.

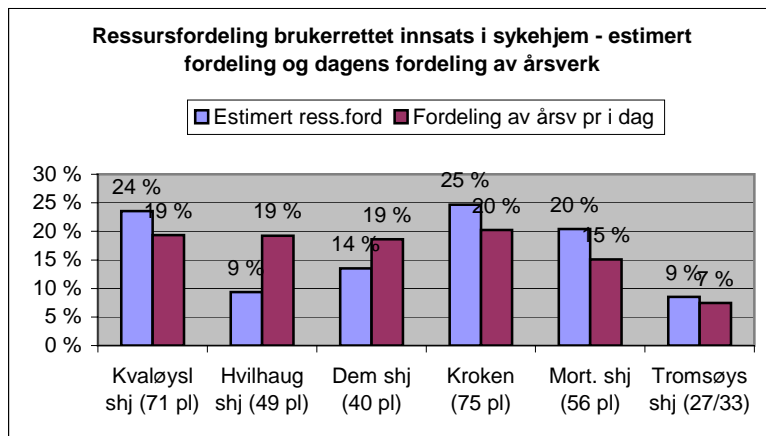
8.2. Sykehjem og ressursrammer

Tromsø har en 3-delt prising av sykehjemsplassene alt etter type tilbud. Særlig for tilbudene til de som bor ved sykehjemmet over lengre tid, kan ens prising føre til redusert fokus på individualiteten i tilbudet. Også Tromsø kommune har praksis (i tråd med gjeldende regelverk) om at det kun tildeles plass gjennom enkeltvedtak, og at det i vedtaksform ikke tildeles tjenester. Tromsø følger regelverket, men effekten kan antas å være at de tjenester som beboerne får, bærer preg av et felles tilbud, og ikke individtilpasset opplegg slik loven egentlig foreskriver. Dette er et dilemma og en utfordring ved alle langtidsavdelinger i norske sykehjem.

Men selve prissystemet ser ut til å fungere i den forstand at ressursfordelingen mellom sykehjemmene synes relativt likeverdige. Utgiftene til institusjon pr. plass pr. måned varierer lite (fra kr 39.864 til kr 40.778) med unntak av Jadeveien som ligger høyere på grunn av spesialfunksjoner. Driftskostnadene pr. plass er relativt like, men vi har ikke gode data som sier noe om variasjonen i type behov hos beboerne ved de ulike sykehjemmene. De ILPOS-registreringene som er gjort vedrørende funksjonsnivå og pleietyngde, kan det stilles flere spørsmålsteget ved.

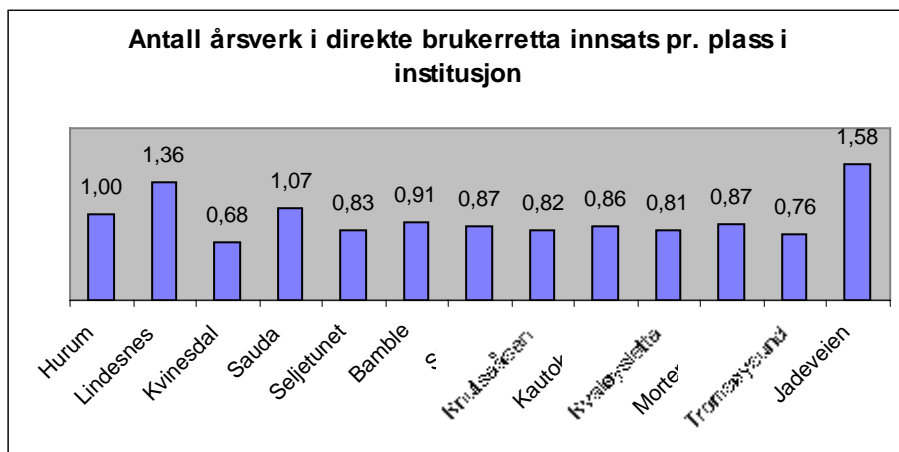
Samtidig viser tall at ut fra registrert pleietyngde, kan det hevdes at de fleste sykehjemmene skulle hatt mer ressurser (Hvilhaug er nedlagt).

Tabell 7: Ressursfordeling sykehjem



Men samtidig ser vi at årsverksinnsatsen i direkte brukerretta innsats pr. plass i institusjon ikke avviker fra andre sykehjem i andre kommuner som også er ”institusjonstunge”. I kommuner med lav sykehjemsdekning, få sykehjems plasser, er plassene spesialisert, og dermed kreves høyere personalinnsats og mer spesialisert kompetanse.

Tabell 8: Årsverk brukerretta innsats i sykehjem



Hurum, Lindesnes og Sauda har svært få sykehjems plasser, plasser som er spesialiserte og ikke brukes til ordinære langtids plasser. Tromsø og de andre kommunene i sammenligningsgrunnlaget har en pleiefaktor som ligger litt i overkant av 0,8. Jadeveien ligger her meget høyt, muligens for høyt i pleiefaktor på tross av spesialfunksjoner.

Som sagt kan det for Tromsøs del (igjen det samme fenomenet som finnes i mange andre kommuner) reises tvil ved de IPLOS-registreringene som er gjort for brukere på

langtidsplass ved sykehjemmene. Gjennomgående gis brukerne på sykehjem skåre 5 innenfor de fleste variablene, dvs. svært pleietrengende. På innflyttingstidspunktet kan de ha en pleietyngdeverdi på fra 2,5 til 4 (jfr. snitt pleietyngde på brukere med ventelistevedtak). Dette kan indikere misforstått IPLOS-registrering etter innflytting eller at skjønnsutøvelsen ved behovsvurdering før tildeling av sykehjemsplass er for ”snill”.

Sykehjemmets svøpe i mange kommuner er at en ikke har hatt mulighet til å sette inn målretta kompetanse og ressursramme tilpasset behovene. I de fleste kommunene opereres med faste bemanningsnormer på sykehjem (også kalt pleiefaktor), og noen ønsker en minstenorm for bemanning ved sykehjem. Slik minstenorm kan låse for fagets og lederes muligheter til å sette inn riktig kompetanse i nødvendig proporsjon slik at individuelle behov ivaretas og slik at tjenesten oppfyller forsvarlighetskravene. Selv om sykehjemmene i Tromsø har vist kreativitet og stor vilje til å møte brukere med store bistandsbehov, kan de oppleve at rammene i perioder er for lite fleksible og for stramme.

8.3. Generelt - ressursfordeling

RO får en beskrivelse i møte med tjenestens ledere og øvrige aktører som tyder på at omfordeling av ressurser i svært liten grad skjer i løpet av budsjettåret (gjelder alle driftsenheter). Muligheten for omfordeling er primært ved prosessen før forslag til nytt årsbudsjett. Effekten, dersom dette er riktig, er at det kan bli maktpåliggende å skyve brukere over til andre enheter, og gjerne oppover i tjenestekjeden, fordi det er økte og endrede behov som er eneste legitime grunn for å bevege brukeren over til andre enheter. Dette kan i sin tur igjen føre til en kultur for ”oppblåsing” av hjelpebehov ut over det som er reelt.

Tilbakemelding fra ansattekonferansene indikerer også at ansatte opplever at de ulike enhetenes budsjettammer er ”urettferdige” og ikke bygger på reelle brukerbehov.

På mange måter kan en si at ”systemet” er bygd opp slik at: *For å kvalifisere for tjeneste må du sykeliggjøre deg, eller i alle fall rette ensidig fokus på ikke-mestring.* Dersom dette skal kunne motvirkes, trengs dyktige bestillere, avklarte standarder og tjenestebeskrivelser, god dialog og forventningsavklaring med brukere og befolkningen generelt samt klar lojalitet hos ansatte til de vedtak og kommunale mål som gjelder. I tillegg bør budsjettering og ressursfordeling være troverdig, kunne bygge på metodisk god dokumentasjon av brukerbehov.

Slik økonomistyring i pleie og omsorg i Tromsø framstår for RO, er det i liten grad solidaritet i ledergruppa for å flytte ressurser mellom enhetene i budsjettåret. Styringsforventninger på økonomi fra rådmannen har nesten ensidig fokus på de enkelte enhetenes rammer, og i liten grad utfordrer enhetsledergruppen på den totale ressursrammen. De innsparingstiltak som RO blir presentert for går i liten grad på nivået på tjenester, endring av tjenesteprofil og endring i dimensjonering av de ulike tiltakene i omsorgstrappa. Fokus rettes innover i den enkelte enheten, ikke mot eventuelle overordna grep som må tas for å sikre mest mulig effektiv drift.

Slik RO ser utfordringene for pleie og omsorg i Tromsø, vil det være viktig å legge en tydeligere strategi og utarbeide mer målretta tiltak, for å oppnå bedre faglig og økonomisk styring av tjenesteområdene.

RO mener det er viktig at rådmannen og rådmannens ledergruppe sammen med enhetsledergruppen blir enige om hvilke overordna strategier og prioriterte enkelttiltak som skal iverksettes for å effektivisere ressursinnsatsen, og i tillegg definere hvilke resultater som skal realiseres.

Det er viktig at rådmannen og enhetsledergruppen framstår samlet når strategi og prioriterte tiltak presenteres og gjennomføres. I arbeidet med å få tiltakene beskrevet og senere gjennomført, bør stabs- og støttefunksjonene være med som utredere, prosesshjelpere og bistå med dokumentasjon av effekt av gjennomførte tiltak. Fag- og utviklingsenheten vil være sentral støtte både overfor rådmannen og enhetsledergruppen.

Når det gjelder økonomistyring av pleie og omsorg, bør kommunen vurdere å utvikle en form for innsatsstyrt finansiering (ISF), eller rettere sagt, *behovsstyrt finansiering*. Vi blir presentert for ulike syn på spørsmålet om behovsstyrt finansiering blant aktørene i Tromsø kommune. Flesteparten av lederne ønsker et slikt budsjetteringsgrunnlag i en eller annen form. Tillitsvalgte er skeptiske både til innsatsstyrt finansiering og bestiller-utfører modell. RO har inntrykk av at denne skepsisen er mest ideologisk basert, ikke like sterkt begrunnet faglig.

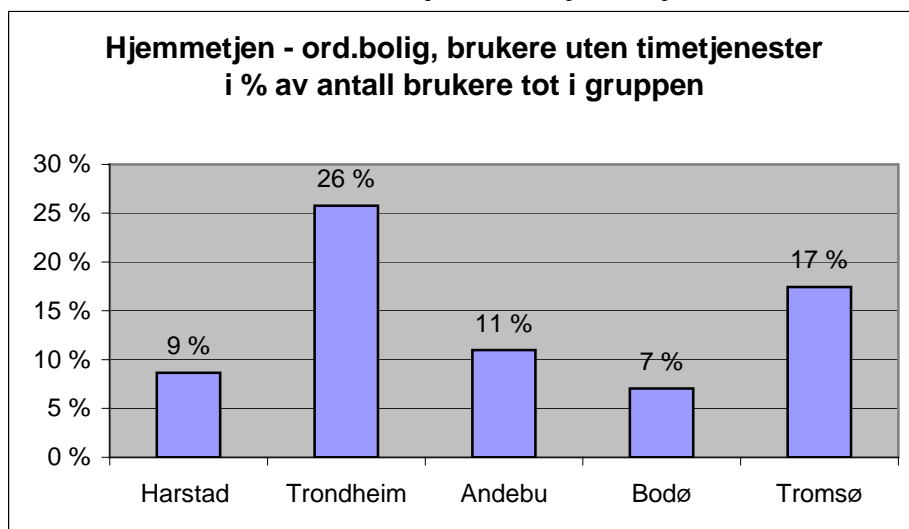
9 Analyse og anbefalinger til eventuelle endringer når det gjelder tjenestetilbudet i forhold til brukernes behov for pleie- og omsorgstjenester

Vedlagte IPLOS-analyse viser at kommunen har en tildelingspraksis som er romsligere enn andre kommuner. Dette bekreftes også av de samtaler og tilbakemeldinger RO har fått i møte med ledere og andre ansatte.

RO har tidligere påpekt at profilen i omsorgstrappa slik den framstår i Tromsø, kan være et kvalitativt og ressursmessig problem. Følgende beskrivelse kan være dekkende:

1. I Tromsø er det relativt lett å få tildelt praktisk hjelp og noe hjemmesykepleie (felles benevnt som hjemmebasert tjeneste) i opprinnelig bolig. Differansen er stor dersom en sammenligner med Trondheim.
2. Tromsø kommune satser relativt lite på tilrettelegging i opprinnelig bolig, samt andre substitusjonstjenester til brukere med lite bistandsbehov. Dette sammenlignet med Trondheim.

Tabell 9: Brukere uten timetjenester i hjemmetjenesten.



I Tromsø har 17% av brukere i ordinær bolig ikke timetjenester, men trygghetsalarm, matombringing etc. – det som ofte kalles substitusjonstjenester. I Trondheim er tilsvarende andel 26%. Det betyr at Trondheim tydelig venter lenger enn Tromsø med å sette inn timetjenester i form av hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

3. Besøksfrekvens pr. dag for innbyggere med større bistandsbehov, begrenses. Når behovet beveger seg ut over denne rammen, er sykehjemmet neste tilbud.
4. Tjenesten spiller for lite på kombinasjonen av flere typer tiltak i omsorgstrappa. I tillegg mangler kommunen omsorgsboligen som alternativ arena for yting av heldøgns omsorg.
5. Brukere som står på venteliste til sykehjem samt pårørende til brukere med ventelistevedtak, gir tilbakemelding som tyder på at dersom mellomtrinnene i omsorgstrappa var bedre utbygd eller ble tilbudt dem, ville ikke behovet for plass på sykehjem være like sterkt tilstede.
6. I ansattes og befolkningens bevissthet er det bare sykehjemmet som representerer heldøgns trygghet for hjelp. Alternativet – omsorgsbolig, blir bare sett på som et godt tilbud til de som har behov for oppgradert bokvalitet, og knyttes ikke til tjenesteyting.

Noen enkeltutsagn (noe omskrevet men innholdsmessig korrekt gjengitt) kan illustrere noe av utfordringen:

Dersom jeg var garantert jevnlig avlastning og korttidsopphold, vil jeg trekke meg fra køen til sykehjem.

Dersom jeg fikk noen flere besøk hjemme pr. dag, ønsker jeg fortsatt å bo hjemme, jeg ønsker primært ikke å flytte til sykehjem.

Dersom tjenestenærhet og trygghet var tilstrekkelig hele døgnet i en omsorgsbolig, vil jeg nok velge et slikt tilbud i stedet for sykehjem.

Om jeg får fortsette 2 – 3 turer til dagsenteret hver uke, vil jeg trekke søknaden om sykehjemsplass.

Om jeg som pårørende fikk opplevelsen av bedre samarbeid med tjenesten, noe mer avlastning ved behov samt hjelp til bedre tilrettelegging i mor sin leilighet, da vil hun kunne bo hjemme i flere år til.

Dersom disse utsagnene er representative for situasjonen, er det en indikasjon på at tjenestekjeden ikke er riktig dimensjonert og sammensatt.

Alt i alt virker profilen på dagens pleie- og omsorgstjeneste slik at det bygges opp under et press på sykehjemsplassene, noe som i sin tur fører til at sykehjemmet ikke blir nytt i tråd med den funksjon sykehjemmet må fylle, å være et kvalitativt godt helsetjenestetilbud til brukere med behov for akutt observasjon, akutt behov for trygghet, utprøving av medisin, rehabilitering, avlastning i institusjon, opptrening etter sykehusopphold, terminal pleie etc.

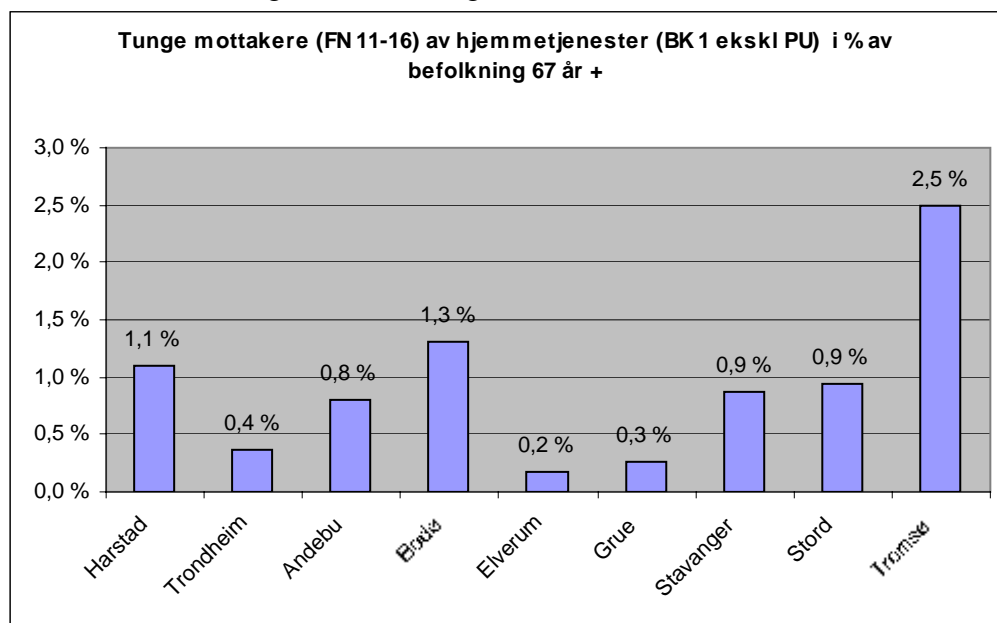
Ut fra kommunens egne funksjonsvurderingsdata (IPLoS) kan det se ut som, i tillegg til generell raushet i tildelingspraksis, at snitt pleietyngde for de som har ventelistevedtak til sykehjem, skulle indikere at flesteparten (med unntak av 3 av 13 som RO var i kontakt med) av de som har ventelistevedtak, burde kunne få sine behov dekket utenfor institusjon, det vil si uten å tildeles langtidsplass ved sykehjem. Brukernes behov kunne blitt dekt med større besøksfrekvens i hjemmet, i kombinasjon med dagsentertilbud, avlastningstilbud for pårørende, bedre tilrettelegging i hjemmet, eventuelt tildelt omsorgsbolig som er bedre tilrettelagt, etc.

I stedet velger kommunen å tildele sykehjemsplass (eller ventelistevedtak) på tross av at flere av brukerne og pårørende ikke ønsker sykehjemsplass, men bare økt trygghet og et mer fleksibelt og robust tilbud hjemme. Denne praksisen vil være kostnadsdrivende, samt redusere muligheten for sykehjemmene til å ta hjem utskrivingsklare pasienter fra sykehus og gi disse et målretta og forsvarlig tilbud.

10 Analyse og anbefalinger når det gjelder tjenestetildeling og tiltak for å unngå kø til sykehjem, herunder en gjennomgang av kommunens praksis ved ventelistevedtak

Sykehjemmene i Tromsø dekker i dag mange funksjoner og oppgaver. I tillegg til korttidsfunksjonene for rehabilitering, avlastning, observasjon og diagnostisering, etc. dekker sykehjemmene langtids-bofunksjonen for eldre med større bistandsbehov. Dette inkluderer også et mer skjerma tilbud til eldre med diagnosen demens. Alt i alt en klassisk sykehjemsfunksjon som fortsatt er vanlig i mange kommuner.

Tabell 10: Andelen tunge brukere (funksjonsnivågruppe 11-16) av hjemmebasert omsorg i ordinær bolig.



FN = funksjonsnivå
 BK 1 = Opprinnelig bolig
 PU = innbyggere med utviklingshemming

Tallene i dette diagrammet viser en opphopning av tunge brukere i den ambulante hjemmetjenesten i Tromsø. I denne gruppen finner vi flesteparten (om ikke alle) av de som har ventelistevedtak til sykehjem. Når andre kommuner har lavere andel brukere med store bistandsbehov (funksjonsnivå-gruppe 11-16) i den ordinære hjemmetjenesten, er det fordi de har rimelig god tilgang til og tildeler bevisst omsorgsbolig tilknyttet tilstrekkelig tjeneste. Tromsø mangler omsorgsboliger både når det gjelder antall og type gruppeboliger med tilstrekkelig tjenestetrygghet. Hjemmetjenesten har derfor ikke dette å spille på, og sykehjemspresset øker som resultat.

Når den ambulante tjenesten bruker relativt mye ressurser til brukere med lavest bistandsbehov, blir det for lite igjen til de brukerne som har størst behov, og dermed underbygges presset mot sykehjemmet ytterligere.

Tabellen kan også være et uttrykk for at hjemmetjenesten takler mange ressurskrevende brukere i ordinære boliger, fordi de har ressursramme til det, og fordi tjenesten skal leve opp til målsettingen om å ha en tjeneste som gir innbyggeren mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Mange andre kommuner definerer også tydelig at omsorgsboligen er bolig på linje med andre boliger i lokalsamfunnet, men bare med den forskjellen at det er knyttet en garanti om individretta tjenester til disse boligene. Å flytte til en omsorgsbolig blir dermed ikke et brudd med målsettingen om å kunne bo hjemme lengst mulig.

Omsorgsboligene i Tromsø framstår ikke som en alternativ arena til sykehjemmet for innbyggere med varige, sammensatte og omfattende tjenestebehov. Dette går tydelig fram av vurderingene både i tjenestefeltet, hos brukerorganisasjonene og fra brukere/pårørende. Omsorgsboligene på Mortensnes er det nærmeste vi kommer

forståelsen av en type arena der døgntryggheten på hjelp kan sammenlignes med det du finner ved et sykehjem. Men også her ser en for seg at enkelte av beboerne må flytte til sykehjem når behovet for bistand blir omfattende nok.

Tromsø kommune har en sykehjemsdekning på vel 21% fordelt på antallet innbyggere over 80 år. Når det gjelder dekningsgraden for sykehjem ligger altså Tromsø over landssnitt på ca. 19,5%. I forbindelse med eldresatsingen og St. meld. 50 – 96/97 ble det skissert en veiledende norm (kun veiledende) for behovet for plasser med heldøgns omsorg til ca. 25% - 80+. Med plasser for heldøgns omsorg menes både antallet plasser i sykehjem og antallet omsorgsboliger med heldøgns tjeneste.

I kommune-Norge er dekningsgraden for sykehjem svært varierende, fra 5% - 80+ til 75% - 80+. Kommuner med en dekningsgrad på 5% - 80+ har utviklet omsorgsboligen som arena for heldøgns omsorgen på sykehjemsnivå, mens sykehjemmene brukes kun til korttidsopphold, behandling, observasjon, opptrening, avlastning etc. Flere kommuner har utviklet alternative boformer (omsorgsboliger i bokollektiv) som egner seg godt for heldøgns tjeneste for eldre med demensdiagnose. Erfaringene fra disse kommunene er at de har fått bedre mulighet til å utvikle sykehjemmet som et godt helsetjenestetilbud som er robust til å mestre endret utskrivingspraksis fra sykehusene. Tromsø kommune sliter tydelig med denne utfordringen.

Mange kommuner har tatt til følge tilrådingen i det statlige utvalget (Kvaase-utvalget) fra 1999. Anbefalingen fra dette utvalget gikk på å oppgradere og reindyrke de kommunale sykehjemmene til et helsefaglig godt tilbud for korttidsbehandling, etterbehandling etter sykehusopphold etc. Langtids-bofunksjon for sterkt pleietrengende burde, etter utvalgets vurdering, ivaretas innenfor omsorgsboligene som arena, forutsatt tilstrekkelig nærhet til personalressurs og kompetanse. Erfaringene når det gjelder omsorgsboligene som arena for heldøgns omsorg, tyder på at dersom omsorgsboligen for flere med heldøgns tjenestebehov skal fungere godt nok, må minst 2 krav være oppfylt:

1. Flere av omsorgsboligene må bygges som bofellesskap, for å unngå isolasjon og for å gi hensiktsmessig arena for nærhet til hjelp og andre beboere.
2. Nærhet til hjelp må være så tydelig og god, at responstid og grad av tilsyn er tilnærmet den samme som ved et ordinært sykehjem, særlig for noen av beboerne.

Tromsø har valgt bygging av omsorgsboliger som individualiserte løsninger i hovedsak, og har tydeligvis ikke lyktes med å bevise godt nok at omsorgsboligen er et alternativ til sykehjem når det gjelder trygghet og tjenesteomfang. Dermed øker presset mot de vanlige sykehjemmene. Publikum, brukere og pårørende samt ansatte ser ikke noe alternativ til sykehjem, i praksis.

Grunnlaget for den pågående sykehjemsaksjonen er enkeltskjebner der særlig eldre ikke mottar et tilstrekkelig trygt nok tilbud. Når en her roper på flere sykehjemsplasser, ropes det i realiteten etter trygghet. Brukerne og pårørende bryr seg erfaringsmessig lite om hvordan benevnelsene på tryggheten er, bare de opplever trygghet i praksis. I de kommunene som har lav sykehjemsdekning (5% - 80+) opplever innbyggerne, brukere og pårørende at det å bo i omsorgsbolig gir samme

trygghet for tjenester som de tidligere hadde på sykehjemmet. Omsorgsboligen er blitt den nye arenaen for å yte og motta heldøgns pleie og omsorg, tilsvarende tidligere langtidsplass på sykehjem. Sykehjemmet i disse kommunene brukes derimot som helsetjenestetilbud til alle med spesielle korttidsbehov. Langtids pleie og omsorg ytes i omsorgsboligene.

Dersom kun antallet sykehjemsplasser i Tromsø legges til grunn for antallet plasser med heldøgns omsorg, er antallet noe i underkant av det som er den veiledende normen for antallet plasser med heldøgns tjeneste. RO mener likevel at det ikke er behov for flere sykehjemsplasser i Tromsø, ut fra følgende vurdering:

- Tromsø har i tillegg til sykehjemsplassene (348) ca. 300 omsorgsboliger, hvorav minst 100 skal kunne egne seg som omsorgsboliger med heldøgns tjeneste (kommunens egne tall=123). Totalt har kommunen derfor en dekningsgrad på minst 28% - 80+ for plasser med heldøgns omsorg. Dette er i tilfelle over vanlig anbefalt norm (25%).
- Tromsø har behov for mer variasjon i type arena hvor det kan ytes heldøgns pleie og omsorg, det vil si omsorgsboliger fortrinnsvis bygd som bofellesskap.
- Mange av dagens beboere ved sykehjem kunne klart seg med alternative boformer med heldøgns trygghet. Det er viktig å prioritere på annen måte i framtida, slik at alternativene kan fungere i praksis.

Kommunen bør lykkes med denne dreiningen dersom kommunen skal make å tilby kvalitet nok og ha tilstrekkelig beredskap for å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene. Dette tilbudet bør faglig oppgraderes – innenfor eksisterende rammer. RO vil anbefale Tromsø å foreta en prinsipiell avklaring og tydeliggjøring av hvilken type arena som i framtida skal egne seg og tilbys som arena for innbyggere med omfattende og varige tjenestebehov.

Av mange årsaker er en dreining i retning av mer omsorgsboligbasert heldøgns omsorg både kvalitativt bedre og mer ressurs hensiktsmessig. Noen av årsakene synes å være:

- Omsorgsboligen er en arena som i seg selv bedre stimulerer til egenmestring ut fra egne forutsetninger.
- Gir bedre arena for fortsatt samspill med pårørende og frivillige.
- Gir bedre vilkår for utvikling av mer individretta tjeneste.
- Gir bedre styringsmulighet for hvilken type kompetanse som trengs, ut fra beboernes enkeltvedtak på tjeneste.
- Styrker det sosialfaglige perspektivet og reindyrker de helsefaglige oppgavene.

Sykehjemsdekningen i norske kommuner varierer som tidligere påpekt, nokså mye. Dette er uttrykk for ulike strategier og veivalg. Rapport fra Senter for økonomisk forskning AS (2005) sier noe om ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner (hjemmetjenesteorienterte kommuner har få sykehjemsplasser). Hovedkonklusjonen er at hjemmetjenesteorienterte kommuner framstår som mer effektive i den forstand at flere brukere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, uten at tilbudet er kvalitativt dårligere sammenlignet med tilbudet i de institusjonsorienterte kommunene. Tromsø kommune er i denne sammenheng en institusjonsorientert kommune.

En kommune med sykehjemsdekning på 5% -80+ har til enhver tid ledig sykehjems plass, og god beredskap for å ta hjem utskrivingsklare fra sykehus. Tromsø har en sykehjemsdekning på 21% - 80+, og har kø rettet mot sykehjems plassene.

10.1. Ventelistevedtak

Tromsø kommune er en av få kommuner i landet som opererer med formelle ventelistevedtak. Det vil si at tjenesten vurderer brukerens behov slik at han/hun ”kvalifiserer” til plass på sykehjem. På grunn av plassmangel fattes forvaltningsvedtak der brukeren settes på venteliste til plass ved sykehjem. Dette er en praksis det kan rettes spørsmålsteget ved, om denne type vedtak er legale eller ikke. Dette ber vi kommunen eventuelt får vurdert av tilsynsmyndigheten.

Dersom dette er en praksis som kun har intern betydning i forhold til planlegging av disponering av sykehjems plassene, vil det ikke være nødvendig med formelle ventelistevedtak. Kommunen har etter loven ansvar for å tilby tilstrekkelig og rett type tjeneste ut fra brukerens behov, uansett om dette er på sykehjem eller utenfor institusjon. Riktignok kan kommunen unngå tjenestespesifikke enkeltvedtak ved å tilby plass ved sykehjem slik regelverket er i dag. Men så lenge kommunen ikke kan tilby sykehjems plass, er kommunen likevel pliktig til å tilby tjenester ut fra behov. Det betyr at kommunen etter loven vil være pliktig til å iverksette tjenestemessige tiltak som tilsvarer det tilbudet vedkommende ville få ved sykehjemmet.

RO vil tilrå at kommunen avviker sin praksis med formelle ventelistevedtak, og i stedet følger vanlige saksbehandlingsregler for tildeling av tjenester ut fra reelle behov.

RO stiller seg også tvilende til de ventelistevedtakene som er fattet. Ut fra behovsvurderingen av de brukerne som har ventelistevedtak (snitt funksjonsnivå i IPLOS = 3,29), burde flere av disse brukerne fått et tilstrekkelig tilbud utenom institusjon. Ventelistene og den gjennomsnittlige pleietyngde for brukerne som har ventelistevedtak, tyder på manglende fokus på og tilgang til alternativene, og muligheten for tiltak utenfor institusjon. Dette kan i så måte være et uttrykk for utfordringene i tjenesten totalt. Til sammenligning kan nevnes at snitt funksjonsnivå for innbyggere som mottar tjeneste i omsorgsbolig i Trondheim, er 3,41.

11 Analyse av tjenestetildeling generelt (sondres det mellom ønskelig og nødvendig hjelp) og brukerstrøm (om vi bruker nivåene i omsorgstrappa riktig) jfr. LEON-prinsippet

Slik beskrevet tidligere, kan vi vanskelig finne at LEON-prinsippet følges (LEON = laveste, effektive omsorgsnivå). Dette er det generelle bildet for sektoren. Unntaket kan være Nordøya hjemmetjenester som framstår med en annen strategi enn de øvrige enhetene. Nordøya prøver, innenfor tiltakskjeden, å finne løsninger for å unngå skyving av brukeren opp på høyere tjenestenivå enn nødvendig.

Generelt for alle enhetene, i følge IPLOS –data, er at det sannsynligvis tildeles en del ønsketjenester. Dette kan ha årsak i store forventninger hos brukere og pårørende, et resultat av det negative presset fra media og sterke pressgrupper (uten standarder

vedtatt politisk skal det sterk rygg til å stå i mot), eller rett og slett en tradisjon eller praksis for å være ”snill”.

Det er umulig å generalisere ut fra enkeltutsagn, men følgende kommentarer ble gitt fra representanter for brukere:

Vi søkte og søkte om hjelp. Da vi endelig fikk tildelt hjelp fikk vi mer enn det vi ba om.

Et annet utsagn:

Hvorfor kommer det 2 ansatte når det bare er behov for 1?

Et tredje utsagn:

Jeg ønsker ikke sykehjemsplass, bare litt mer hjelp her hjemme. Men jeg følte at jeg måtte skrive under søknaden.

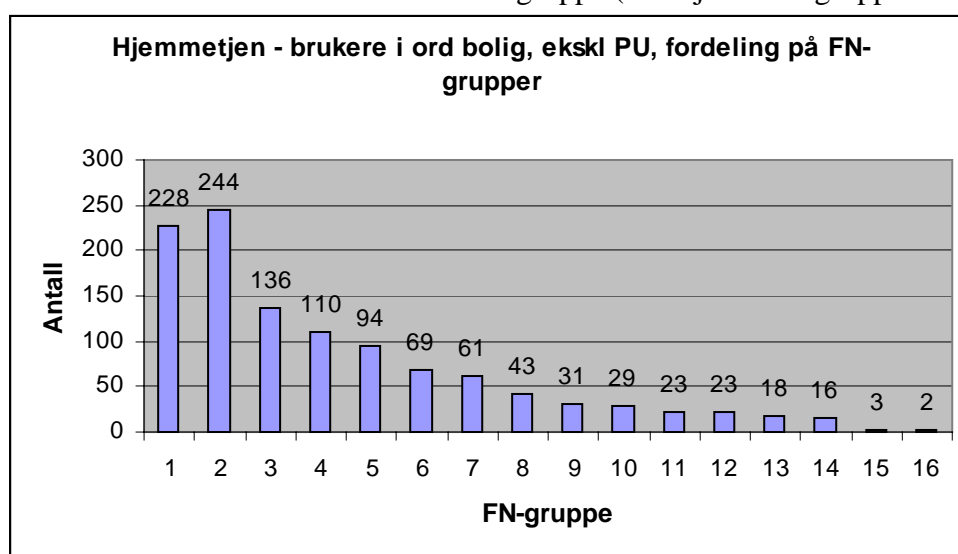
Et fjerde utsagn:

Jeg vil ikke på sykehjem, for da mister jeg dagsenterplassen.

Alle utsagnene kan representere de ytterst få unntakene, men kan også indikere en forklaring på IPLOS-analysens konklusjon om at det tildeles mer hjelp enn nødvendig og kanskje faglig riktig til innbyggere med minst behov, og at innbyggere med større behov ikke tildeles tilstrekkelig eller ”riktig” hjelp. Resultatet for Tromsø kommune kan bli (eller er) at noen av innbyggerne med størst hjelpebehov blir skadelidende, fordi ressursene disponeres feil og ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad til denne gruppen brukere. Kommunen kan ikke leve med stadige enkelttoppslag som påpeker svikt i tilbudet til enkeltbrukere med tydelig store behov.

Tromsø kommune har mange relativt ”funksjonsfriske” innbyggere registrert som brukere av hjemmetjenester, jfr. tabellen nedenfor:

Tabell 11: Antall brukere i hver FN-gruppe (funksjonsnivå-gruppe 1 – 16)



Funksjonsnivå-gruppe 1= minst behov for tjeneste, 16= størst behov
PU= innbyggere med utviklingshemming

Sammenlignet med Trondheim som har 19% av samtlige registrerte brukere i hjemmetjenesten i funksjonsnivå-gruppe 1-5 (relativt lite behov for hjelp), har Tromsø registrert 36% av samtlige brukere fra samme behovsgruppe. Tidligere i rapporten er påpekt manglende fokus på hele tiltakskjeden og at tjenesten ikke i tilstrekkelig grad prøver å nytte fleksibelt de ulike trinnene i kjeden. Mye kapasitet og ressurser bør omprioriteres innad i omsorgstrappa. Noen innsatsfaktorer bør videreutvikles og videreutbygges (se tilrådingene til slutt i rapporten).

11.1. Tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming

ROs vurdering når det gjelder tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming, går også i samme retning. Det er rimelig å anta at samme tendens i tildelingspraksis som det vi finner i de øvrige tjenestene, også kan gjenfinnes i tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming. Plan for bruk av personell og hjelp til den enkelte bærer for mye preg av 1 til 1 som standardvedtak, og det kan stilles spørsmålsteget ved kvaliteten ved tjenesten til enkelte brukere fordi ressursinnsatsen i forhold til enkeltbrukere virker uforholdsmessig stor.

Vil foreslåtte ”prosjekt Hvilhaug” med nye dagsenter for innbyggere med utviklingshemming, avlastning for funksjonshemmede barn og unge etc. virke positivt for kvalitetsutvikling og føre til en mer effektiv drift?

Antallet plasser og tilbud forøvrig vil med dette prosjektet øke, og slik sett være i tråd med kommunens behov. I tillegg kan det være positivt å få nyttede ledige lokaliteter. RO er likevel skeptisk til prosjektet av flere årsaker:

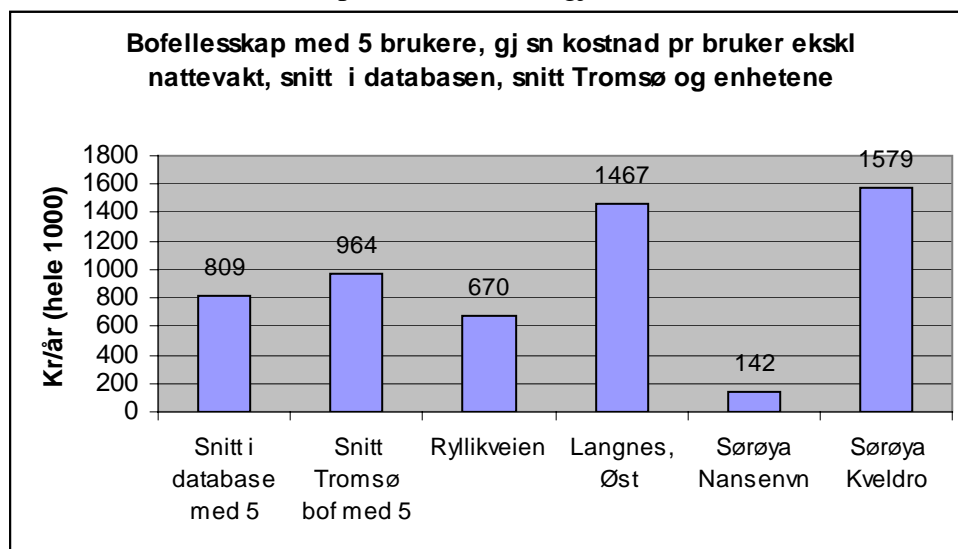
- ✓ Dagsentrene yter bistand ut fra en faglig forankring i VSR (verdsetting av sosiale roller). Metoden eller den faglige vinklingen er ment å legge vekt på normalisering, der integrering er et sentralt begrep. Det er tvil ved om VSR er gjennomførbart i et så stort og institusjonslikt senter som Hvilhaug vil bli.
- ✓ Totalt over 50 brukere med svært ulike diagnoser samlet på ett senter, kan skape mer uønsket adferd, og dermed økt behov for tvangsvedtak.
- ✓ Vil det fra foreldrenes ståsted oppleves som avlastning at deres barn plasseres sammen med andre i en så sammensatt brukergruppe, og i samme hus?
- ✓ Hvordan vil innbyggere med funksjonshemming reagere på å bli plassert sammen med innbyggere med utviklingshemming, og motsatt?
- ✓ Romprogrammet med 12 – 15 kontorplasser, eget medisinerom, møterom, pauserom etc. minner mye om gårdagens institusjoner.

Alt i alt er RO skeptisk til planene, og ber kommunen ta en ny runde på prosjektet vurdert opp mot andre alternative løsninger.

11.2. Andre kostnadseksempler.

I boliger med 5 brukere er gjennomsnittlige kostnader pr. plass for kommunene i databasen kr 809.000 (8 enheter). Tromsø's gjennomsnitt er kr 964.000, og enhetene bak dette gjennomsnittet viser stor variasjon.

Tabell 12: Bofellesskap med 5 brukere, gjennomsnitt kostnad.



Vi understreker at grafene gir kun en viss pekepinn på ressursnivået. Metoden er usikker med mindre en går inn i den enkelte bolig og vurderer brukersammensetning, samdriftsfordeler/ulemp, særskilte behov som skyldes adferdsavvik, tilsynsbehov på grunn av somatiske lidelser etc.

RO hadde ikke anledning til å analysere behovsvurderingene i alle boligene med tjenestemottakere med utviklingshemming. Vi har sett på boenheten Jadeveien og ser klare indikasjoner på at nivået på ressursene mer er basert på faglig idealitet enn på nøktern vurdering av reelle behov. Kommunen bør foreta en IPLOS-basert tilleggsregistrering av reelle behov hos enkeltbrukerne for å få en bedre tilpasset ressursbruk og mer effektiv drift.

12 Oppsummerende konklusjoner

Tromsø kommune opplever press på rammene innenfor pleie og omsorg. I tillegg er det skapt et bilde av at tjenesten ikke makter å møte innbyggernes behov for bistand og støtte på en god nok måte. Flere enkeltstående medieoppslag underbygger en slik oppfatning. Sterke enkeltpersoner og grupper samt representanter for ulike fagmiljøer har kastet seg inn i "kampen" for å bedre situasjonen.

RO velger å tolke positivt det engasjementet som er skapt i byen. Alle er tydelig interessert i å være med på å skape et bedre inntrykk av kommunens tjenester ved at innbyggerne kan føle trygghet for at hjelp gis når behov oppstår. Kommunen kan ikke leve med mange flere av de enkeltksemplene som har kommet fram, og som oppleves som svikt på allmenne kvalitetsforventninger innbyggerne kan ha til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Kommunen skal ha ros for at den både politisk og administrativt synes å være opptatt av å gjennomføre tiltak for å bedre både kvaliteten på tjenesten og tiltak for å sikre at tjenesten jobber mest mulig hensiktsmessig. Kommunen gjør dette på et tidspunkt hvor muligheten til å lykkes er relativt stor:

- ✓ Ressursrammene er gode.
- ✓ Kommunen har en relativt ung befolkning.
- ✓ Personalet er stabilt, har god kompetanse og er innstilt på at endringer må skje for å bedre resultatene.
- ✓ Potensialet for endringer er klart til stede (jfr. blant annet denne rapportens tilrådingen).

Presseoppslagene gir ikke etter ROs vurdering, et dekkende bilde av hele pleie og omsorg i Tromsø kommune. RO vil beklage at det elendighetsbildet som pressen skaper av tjenesten i Tromsø er i ferd med å feste seg også ute blant folk i byen, og hos ansatte i tjenesten. Verken brukere, ansatte i tjenesten eller politikerne er tjent med en slik ensidig negativ fokusering. Omsorgstjenesten i Tromsø er langt bedre enn sitt rykte, men kommunens ledere og fagfolk har en jobb å gjøre med å rette opp noen skjevheter og gjennomføre endringer for yterligere kvalitetsforbedringer og mer ressurseffektiv drift.

Med utgangspunkt i de data som RO har tilgang til (jfr. innledningen), kan pleie og omsorg i Tromsø framstå slik i kortform:

- ✓ Tjenesteområdet synes å ha rimelig store ressursrammer sammenlignet med andre kommuner. Opplevd knapphet synes å skyldes en generell raushet i tildeling av hjelp, særlig i hjemmetjenesten overfor brukere med relativt begrensede bistandsbehov. Det kan virke som kommunen yter noe ”ønsketjenester” ut over det kommunen er forpliktet til etter lov. Den generelle rausheten synes å gjelde alle tjenesteområder og alle brukergrupper i større eller mindre grad.
- ✓ Den opplevde knappheten synes i tillegg å ha sin årsak i at tjenesten ikke i tilstrekkelig grad utnytter omsorgstrappa slik at hjelp og bistand ytes på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- ✓ Omsorgsboligene oppleves ikke i Tromsø som en alternativ og egna arena for de som har behov for heldøgns trygghet for tjenester. Kommunen har for få omsorgsboliger bygd som bofellesskap, og sliter med at tidligere bygde omsorgsboliger bebos av for mange innbyggere uten bistandsbehov.
- ✓ Kommunen har ikke for få sykehjemsplasser, men trenger tydeliggjøring og noe spesialisering av bruken av sykehjemsplassene. Omsorgsboligene må nyttes mer målretta og, som i andre kommuner, bli framtidens arena for langtids og omfattende pleie og omsorg.
- ✓ Dagens organisering fungerer greitt ut fra hensynet til at beslutninger skal tas på laveste nivå. Men strukturen synes å hindre effektiv ressursflyt mellom enhetene og hensiktsmessig bruk av kompetanse på tvers av enhetene.
- ✓ Fordeling av rammer gjennom budsjett baseres i for stor grad på historiske data og i for liten grad på reelle brukerbehovsdata.
- ✓ Det faglige skjønnet ved vurdering av enkeltbrukeres behov for tjeneste, spriker i større grad enn ønskelig. Det kan bety at det kan oppstå ulikheter i

hvilken hjelp innbyggeren får alt etter hvor i kommunen du bor, og hvem det er som vurderer behovet.

- ✓ Tromsø kommune vil være tjent med en tydeliggjøring av strategier og mål for tjenesten på alle plan, for å prioritere nødvendige tiltak for å møte kommunens spesifikke utfordringer. Kommunens eget arbeid med service-erklæringene kan være ett av flere tiltak for å tydeliggjøre hvilke forventninger innbyggerne kan ha til tjenesten, og hva som skal kjennetegne tjenestene i årene framover.

Alt i alt er det ingen dramatiske grep som trengs for å bedre kvaliteten på tjenestene i pleie og omsorg i Tromsø. RO mener det er mulig å sikre kvalitativt gode tjenester som oppfyller lovens krav innenfor en snevrere ressursramme. I denne rapporten og vedlagte IPLOS-rapport brukes ofte Trondheim som sammenligningskommune. Det behøver ikke å være et mål i seg selv å redusere nivået eller endre tildelingspraksis for å tilpasse seg dette Trondheims-nivået. Men sammenligningen er gjort for å illustrere potensialet. Nivellering av tjenesten er til syvende og sist et politisk ansvar, fagfolk i tjenesten trenger politisk vedtatte beskrivelser av kjennetegn og nivå på tjenesten, og det er dette styring skal skje etter.

En tilnærming til lavere nivå på tjenesten, tydeligere prioriteringer, bedre samhandling med sykehusene, motivasjon av pårørende og frivillig innsats etc. kan føre fram til en tjeneste med tilstrekkelig kvalitet som trenger lavere rammer enn dagens.

13 Tilrådinger og tiltak

Nedenfor skisseres de forslag til tiltak (ikke prioritert rekkefølge) som RO mener kommunen bør vurdere igangsatt for å realisere målsetting med kvalitativt gode nok tjenester innenfor en bærekraftig ressursramme.

1. Forvaltning, saksbehandling og utmåling av tjenester

- ✓ Opplæring i bruk av IPLOS og utvikling av felles metode for behovskartlegging.
- ✓ Kvalifisering av et begrenset antall saksbehandlere som skal gjennomføre behovsvurdering og utmåling av tjenester. Disse bør få ansvar for å fatte nødvendige forvaltningsvedtak innenfor gitte rammer og med utgangspunkt i gjeldende lov samt kommunale standarder og mål.
- ✓ Foreslåtte service-erklæringer bør tydeliggjøres og forenkles som grunnlag for informasjon til publikum om nivå og kjennetegn for pleie og omsorg.
- ✓ Enkeltvedtakene og kostnadsberegning av tjenestene gitt i enkeltvedtak bør danne grunnlaget for budsjettering i hjemmebaserte tjenester. Det finnes ulike metoder for slik behovsstyrt finansiering, og kommunen kan innhente erfaringer fra andre kommuner før valg av beregningsmodell.
- ✓ Praksis med ventelistevedtak til sykehjem avvikles.

2. Organisering og ledelse

- ✓ Gruppen av enhetsledere samt rådmannen og rådmannens ledergruppe bør i fellesskap arbeide fram en omforent strategi og rekke av tiltak for å møte endringsbehovene, omlegging av tjenesteprofil, bruk av tiltaksbredden i omsorgstrappa, bruk av sykehjemsplassene etc.
- ✓ RO foreslår en intern kunde – leverandør- avklaring når det gjelder oppgaver og funksjoner til dagens stabs- og støtteenheter, både ut mot enhetslederne og opp mot rådmannen.
- ✓ Enhetsledergruppen bør gjennomføre program for teamutvikling som fører fram til en mer enhetlig og samordna ledergruppe. Dette omfatter måten lederskap skal utøves på i møte med medarbeiderne i enhetene, ledere som motivatorer for iverksetting av vedtatt strategi og gjeldende målsettinger, ledere som drivkraft for omstillinger for en mer målretta og effektiv organisasjon, etc.
- ✓ Enhets- og sonegrensene gjennomgås på nytt for å gjennomføre mindre justeringer med tanke på å unngå unødige reise-/transportkostnader.
- ✓ Prøve ut en form for matriseorganisering innenfor rehabilitering og enheten rus/psykiatri. Dette for at kompetanse og personell i disse enhetene i større grad er tilgjengelig og faktisk utøver tjenester i de ordinære driftsenhetene. Samtidig kan disse medarbeiderne ha sin faglige tilhørighet og oppdatering i de respektive fagenhetene. Praksis må være fleksibel bruk av kompetanse og avbyråkratisering av samhandlingen.

3. Tiltakskjede, omsorgstrappa og LEON

- ✓ Tromsø bør ta i bruk et større antall av de eksisterende omsorgsboligene som arena for heldøgns pleie og omsorg, og som alternativ til langtidsopphold ved sykehjem. Kommunen bør utrede nærmere bygging av flere omsorgsboliger, men da som bokollektive løsninger.
- ✓ Antallet plasser ved dagens sykehjem bør i større grad øremerkes og faktisk nyttes til korttidsplasser enn til langtidsplasser. Kommunen bør i samråd med spesialisthelsetjenesten drøfte behovet for spesialisering av plasser ved enkelte av sykehjemmene, dermed også behovet for spesialkompetanse og utstyr. I dialogen med sykehuset bør drøftes mulig samarbeid om utvikling av intermedier enhet som driftes i samarbeid mellom nivåene.
- ✓ Kommunen bør vurdere å heve terskelen for tildeling av timetjenester til innbyggere med minst bistandsbehov, og heller øke innsats på tilrettelegging, bruk av hjelpemidler og andre substitusjonstjenester.
- ✓ Kommunen bør foreta en gradvis utjevning av budsjetter mellom enhetene inneværende år i takt med justering av tjenestenivåene og vedtakene, samtidig som målet om samla effektivisering opprettholdes.
- ✓ Tiltak og tjenester til innbyggere med utviklingshemming bør gjennomgås særskilt med mål å øke brukerfokus i tillegg til å effektivisere drift. Dette for å få driftsmidler til nye botiltak, dagsenter, avlastningsplasser etc. som det er behov for. Prosjektet Hvilhaug – vurderes på nytt med mål å finne alternative tiltak for å unngå institusjonalisering av tilbudene.