



RO ressurscenter for omstilling i kommunene
med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde

KVAM HERAD

RAPPORT

**Vurdering av sentrale tema innen
pleie- og omsorgstjenesten**

RO – oktober 2007

INNHOOLD

1.	RO	3
2.	OPPDRAGET	3
3.	METODIKK	4
4.	BEHOV OG MULIGHETER FOR ETABLERING AV 1 ½ LINJETJENESTE (DMS) I KVAM HERAD.	4
4.1	Hva er Distriktsmedisinsk senter (DMS)	4
4.2	Krav til samhandling	5
4.3	Noen eksempler	7
4.4	Suksessfaktorene	9
5.	SAKSBEHANDLING – BESTILLER – UTFØRERMODELL (BUM)	13
5.1	Saksbehandling i Kvam	13
5.2	BUM.....	13
6.	INDIVIDUELT TILRETTELAGTE TJENESTER – BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA) OG INDIVIDUELL PLAN	16
6.1	Generelt	16
6.2	Individuell plan.....	17
6.3	Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	17
7.	ORGANISERING MED FOKUS PÅ LEDERTETTHET	20
8.	UTFORDRINGER OG STRATEGIER FOR Å SIKRE NØDVENDIG REKRUTTERING I ÅRENE FRAMOVER	23
9.	SAMARBEID OG SAMHANDLING MED BARNEVERN, SOSIALTJENESTEN (NAV), OG ANSATTE SOM ARBEIDER MED TJENESTEMOTAKERE MED RUS OG PSYKISKE PROBLEM	25
9.1	Generelt	25

1. RO

RO er en stiftelse etablert av Sosialdepartementet 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 12 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 departement. RO har i tillegg samarbeid med høyskoler og forskningsorganisasjoner i forbindelse med utredninger og kurs/konferanser.

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

2. OPPDRAGET

RO er engasjert av Kvam herad til å foreta en vurdering og utredning av noen sentrale områder innen pleie- og omsorgstjenesten. Kvam herad ønsker å få vurdert og utredet følgende områder/tema:

- Vurdere behov for 1 ½ linjetjeneste (DMS) i Kvam herad.
- Saksbehandling med vekt på forhold knyttet opp mot en bestiller – utfører modell (BUM).
- BPA- ordningen – skreddersøm – individuelt tilrettelagte tjenester – individuell plan.
- Organisering med fokus på ledertetthet.
- Utfordringer og strategier for å sikre nødvendig rekruttering i årene framover.
- Samarbeid og samhandling med barnevern, sosialtjenesten og andre instanser knyttet opp mot ulike problemstillinger i familier.
- Utfordringer innen rus og psykiatri (samhandling og samarbeidsmodeller). Nivå på tjenester (dekningsgrad og grunnbemanning). Vurderingen presenteres i egen KOSTRA-rapport. For å få et bilde av kommunen i et sammenlignende perspektiv der blant annet dekningsgrad og grunnbemanning inngår, vil pleie- og omsorgstjenesten i Kvam herad bli sammenlignet med Os kommune, Fjell kommune, Askøy kommune og Re kommune i Vestfold, gjennomsnittet for Kvams kommunetype, fylket og landet (KOSTRA).

Det er ikke intensjonen at rapporten som utarbeides skal gi konkrete tilrådninger på alle de ulike temaene som behandles. I den utstrekning at RO ser at det er ulike moment/forhold som bør tas hensyn til, vil dette bli trukket fram under det enkelte punkt som behandles under ROs vurdering. Kommunen vil etter at rapporten er utarbeidet gjennomføre en prosess, under ledelse av rådgiver fra RO, der ulike mål og tiltak utformes i fellesskap.

3. METODIKK

Den metodikk RO benytter for å få oversikt over hvordan tjenesten fungerer, bygger på at berørte parter trekkes med i en vurdering av de forhold som skal vurderes/utredes. Den 18. juni 2007 ble det avviklet samtaler med et utvalg ledere og nøkkelpersoner i Kvam herad.

RO har hatt kontakt med i alt 31 personer som gjennom sin deltakelse ga innspill til de temaene som skal vurderes og belyses.

Rapporten bygger på de informasjonen de aktuelle gruppesamtalene ga, samt en gjennomgang av kommunens eksisterende planer og annet skriftlig materiale. Videre bygger RO sine vurderinger på kunnskap om utviklingen av tjenestene i sammenlignbare kommuner og på informasjon fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Informasjonsgrunnlaget RO baserer sine vurderinger på er altså følgende:

Skriftlig materiale. RO har fått overlevert plandokumenter, relevante saker som er behandlet politisk.

Gruppesamtaler. Det er gjennomført gruppesamtaler med kommunalsjef, kommunelege og pleie- og omsorgssjef. Videre ble det gjennomført gruppesamtale med ledere, tillitsvalgte, verneombud og representant fra stab/støtte og ansatte som arbeider hos tjenestemottakere med brukerstyrt personlig assistanse.

Data fra KOSTRA.

4. BEHOV OG MULIGHETER FOR ETABLERING AV 1 ½ LINJETJENESTE (DMS) I KVAM HERAD.

4.1 Hva er Distriktsmedisinsk senter (DMS)

Betegnelsen "Distriktsmedisinsk senter" ble introdusert i en rapport utarbeidet av en intern arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) oktober 2002. Rapporten var et innspill til Hagen-utvalget (framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten) og heter: Distriktsmedisinske senter (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste. I kapittel 5 "Sykestuer som kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste" heter det: "Selv om det ikke er kommet mange nye tungtveiende argumenter i saken, vil SHdir anbefale at de av dagens sykestuefunksjoner som kan defineres som en desentralisert spesialisthelsetjeneste, også i fremtiden omtales som en spesialisthelsetjeneste. Vi anbefaler at man går bort fra begrepene sykestuefunksjoner og halvannenlinjetjeneste og bruker betegnelsene desentralisert spesialisthelsetjeneste samlokalisert med primærhelsetjeneste. Hvilke betegnelser man bruker på bygningsmassen der disse tjenestene er samlokalisert vil variere, vi foreslår her et samlebegrep "Distriktsmedisinsk senter."

Distriktsmedisinsk senter er i ettertid ikke blitt en benevnelse med et klart definert innhold med tanke på hvilke medisinske tjenester som ytes. Det brukes om ulike organisatoriske og tjenestemessige løsninger og har som fellesnevner at de inneholder noen spesialisthelsetjenester som det regionale

helseforetak/helseforetakene finner formålstjenlig å yte desentralt, dvs. utenfor sykehuset.

I tillegg til spesialisthelsetjenester er det i tråd med SHdir-rapporten vanlig å legge noen kommunale tjenester inn i et DMS. Helsetjenesten i Norge er inne i flere utviklingstrender, og en ser en utvikling med stadig kortere pasientbehandlingstid i sykehuset før utskrivning til eget hjem med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utfordrer kommunehelsetjenesten både på kompetanse og ressurser. Samtidig har kommuneøkonomien vært anstrengt over flere år, og mange har satt ord på en voksende erkjennelse av at kommuner må samarbeide for å løse sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte. Det er derfor flere DMS som har/eller planlegger å få innslag av kommunale tjenester som krever tilgang på høy kompetanse og et faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Rapporten til SHdir sier (s. 19) at eksempel på slike kommunale tjenester er tjenester som i dag ytes ved mange sykehjem med korttidsavdelinger og ved sykestuer, og som retter seg mot personer med:

- akutt sykdom og behov for observasjon/avklaring på behov for sykehusinnleggelse
- rehabiliteringsbehov etter akutt sykdom og utskrivning fra sykehus
- rehabiliteringsbehov i forbindelse med kronisk sykdom
- terminalbehandling, lindrende smertebehandling og omsorg etter utskrivning fra sykehus fordi situasjonen i eget hjem ikke er egnet i livets slutfase
- avlastning for pårørende (hjemlet i sosialtjenesteloven)
- trygghetsopphold (ikke lovhjemlet)
- dag- og nattopphold

4.2 Krav til samhandling

Systematisk samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er blitt stadig mer nødvendig etter sykehusreformen. Sykehusene har stadige krav på seg om å levere resultater, økonomisk styres sykehusene slik at pasienter skrives ut tidligere. Nye behandlingsformer gjør at mange pasienter lever lenger med sykdommer det tidligere ikke var behandling for.

I forskrift om utskrivingsklare pasienter er det spesialisthelsetjenesten som definerer når en pasient er utskrivingsklar. Dette kan være problematisk for samarbeidet mellom nivåene da det ofte er slik at det ikke er samsvar mellom det at spesialisthelsetjenesten vurderer en pasient som utskrivingsklar og det at kommunen er mottaksklar (har et apparat for å yte nødvendige tjenester til pasienten).

Problemstillingene er gjort tydelig i en ny utredning som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i 2005. NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt til en sammenhengende helsetjeneste" (Wisløff-utvalget). Utvalget peker på etablering av DMS som en vei å gå for å møte utfordringene for en samlet helsetjeneste, utvalget mener imidlertid at det er behov for en innholdsreform mer enn en strukturreform. Det foreslås tiltak innenfor tre hovedområder:

1 Styrking av pasientperspektivet

- Bedre informasjon, medvirkning og innflytelse

- Økt fokus på helhet og behandlingsforløp

2 Målrettede tiltak for bedre samhandling

- Styrking av lederansvaret
- Økte funksjons- og kvalitetskrav til tjenesteyterne
- Formaliserte samarbeidsavtaler og møteplasser mellom nivåene
- Større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløsninger

3 Økonomiske insentiver

- Øremerkede tilskudd for å understøtte samhandlingstiltak
- Justering av takster og finansieringsordninger

Wisløff-utvalget nevner spesielle pasientgrupper hvor det å få til systematisk samhandling er særlig viktig og utfordrende:

- kreftpasienter
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- psykisk syke
- rusmisbrukere

For å møte behovet for tjenester til disse gruppene mener RO at små og mellomstore kommuner ikke har andre alternativer enn å samarbeide rundt organiseringen. Slik organisering kan være opprettelse av en form for DMS med formalisert samarbeid med sykehus. Pleie og omsorg for flere av "de vanskelige" pasientgruppene vil ha behov for såkalte intermediærenheter hvor pasientene kan få en tettere oppfølging enn det som er mulig å gi i hjemmet, i en omsorgsbolig eller på en vanlig sykehjemsplass. Slike enheter vil bidra til at kommunene er i stand til å ta imot pasienter med betydelige pleie- og omsorgsbehov når sykehusene skjerper rutinene for utskrivning av sine pasienter. Enhetene kan også benyttes for observasjon og behandling av pasienter med plutselig oppståtte eller forsterkede pleiebehov på bakgrunn av en enkel akutt sykdomsperiode eller oppblussing av kronisk sykdom. Ved avklarte sykdomsbilder kan slike plasser bidra til å overflødiggjøre sykehusinnleggelse.

Et annet felt hvor opprettelse av DMS i framtida kan ivareta behov for tjenester i kryssfeltet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er pasientopplæring. I takt med at befolkningen får høyere levealder og den medisinske utviklingen vil et økende antall mennesker måtte leve med ulike grader av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Det er sannsynlig at kravet om å etablere lærings- og mestringssentra vil forsterke seg i årene som kommer. Dette vil gjelde heletjenestene på begge nivåer.

Et problem som flere peker på når det gjelder samhandling mellom de ulike tjenestenivå er finansieringsordningene. Agenda utredning og utvikling (2007) peker på at deler av finansieringssystemet kan motvirke hensiktsmessig samarbeid dersom partene utelukkende legger økonomiske interesser til grunn. Agenda mener det er behov for å utvikle finansieringssystemene, slik at disse i større grad støtter opp om god samhandling.

4.3 Noen eksempler

Det finnes flere eksempler på DMS i Norge, RO har i forbindelse med tidligere oppdrag sett nærmere på to etableringer av DMS. Fosen distriktsmedisinske senter og nærsjukehuset i Flora kommune har utviklet samarbeidet om tjenester i samspill mellom sykehus og kommune. I tillegg har vi innhentet noe informasjon om det distriktsmedisinske sentret i Alta kommune.

Fosen

Fosen DMS er prosjektfinansiert og bygger i utgangspunktet på gode erfaringer med kommunalt samarbeid (Fosen regionråd) og samarbeid Fosen – St. Olavs hospital i Trondheim. Etter at et vellykket samarbeidsprosjekt (Samhandlingsprosjektet, KS Sør-Trøndelag og RiT2000) ble overtatt av HF St Olav høsten 2002, ble det besluttet å arbeide for opprettelsen av et DMS i Fosen. Det tjenestemessige innholdet har vokset fram over tid og består i dag av poliklinisk virksomhet innen:

- Voksenpsykiatri og ambulansetjeneste (Fosenteamet)
- Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)
- Kreft
- Hud (soling)
- Gynekologi
- Øre/Nese/Hals: Inkludert audiograf
- Øye
- Kirurgi (enkle ting, men faglig uavklart om det skal fortsette)
- Medisin (hjerte, gastro)
- I tillegg er det planlagt oppstart av digital røntgen
- Av kommunale tjenester planlegges en intermedisærtjeneste, dvs en "sengebasert" tjeneste der en observerer, screener og sluser brukeren over i riktige tjenestetilbud etter utskrivning fra sykehuset. Behovet sies i stor grad å være knyttet til eldre brukere med usikre diagnoser.

RO anser følgende punkter å være suksessfaktorene for etablering av et prosjektbasert Fosen DMS:

- Godt samarbeidsklima mellom de deltakende kommunene basert på langvarig samarbeid
- Åpenbar gevinst knyttet til besparelser ved å slippe å reise til St. Olavs hospital
- Helse Midt-Norge var tydelig på ønsket om å etablere flere DMS i regionen som en del av sin overordnede strategi

Prosjektets hovedutfordring er i dag å gå fra finansiering via prosjektmidler og kommunale bidrag til dekning av lokaler og administrative tjenester lokalt til permanent drift via ordinære driftsbudsjetter. Utfordringen handler i stor grad om å prioritere DMS-aktivitet på bekostning av allerede innarbeidet aktivitet i sykehuset.

Florø

I mai 2003 ble det lagt fram en rapport fra et forprosjekt som skulle utrede "Alternative modeller for Nærsjukehus/DMS – pilot Florø", ansvarlig for rapporten var Helse Førde HF. Her ble det gjennomgått hvilke tjenester et DMS kunne ha, hvordan

kommuner og sykehus kunne samarbeide osv. Det ble også vist til eksempler fra andre DMS.

I dag består sykehuset i Florø som et nærsykehus med dagkirurgi og kirurgisk og medisinsk poliklinikk. Når sykehuset i Florø består trass i mange forsøk fra helseforetaket på å legge ned, forklares dette med at det har vært en iherdig innsats fra enkeltpersoner. Man har forfulgt alle muligheter og har arbeidet iherdig politisk opp mot sosialkomiteen på Stortinget og ledelsen i departementet.

Sykehuset samarbeider nært med kommunene Flora og Bremanger og tjenestene som ytes, ligger nært opp til det som finnes ved andre DMS RO har sett på. I dag vurderes framtiden i stor grad å være avhengig av at man får drive med rehabiliteringstjenester med finansiering innefor spesialisthelsetjenesten.

Sengeposten ved sykehuset har 14 senger og har følgende funksjoner:

- Utredning/observasjon/behandling av indremedisinske problemstillinger.
- Pasienter som trenger sykehusopphold, både planlagte og mindre akutte innlegginger og overføringer fra andre sykehus.
- Rehabilitering innen hjertesykdommer, lungesykdommer, geriatri, eldre slagpasienter, tverrfaglig ryggrehabilitering, enkelte pasienter med ortopediske lidelser, postoperativ opptrening, pasienter med funksjonsproblem og plager i bevegelsesapparatet og rehabilitering i grenselandet mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- Lærings- og mestringsfunksjoner, KOLS-, astma- og osteoporoseskoler.
- Fysioterapi og ergoterapi i nært samarbeid med Flora kommune.
- Lindrende behandling og terminal omsorg.
- Hudpasienter som trenger innleggelse.
- Observasjoner ved komplikasjoner etter dagkirurgi.
- Hotellfunksjoner for dagpasienter/dagkirurgi
- Legevaktsentral for kommunene Flora, Bremanger og Solund.

Dessuten har sykehussamarbeidet:

- Kommunal legevakt for Flora kommune, samlokalisert med kirurgisk og medisinsk poliklinikk, disponerer lokaler på ettermiddag/kveld og helg. Får hjelp av personalet i sengeposten ved behov.
- Radiologisk avdeling med tre radiografer og en radiolog.
- Laboratorium som tar alle "vanlige" blodprøver, blodbanken i Førde har en tappestasjon i sykehuset.

Det foreligger en detaljert avtale mellom Helse Førde og de omkringliggende kommuner. Med utgangspunkt i denne avtalen utarbeider Helse Førde HF/Førde sentralsjukehus i samarbeid med avtalepartene en driftsmodell for nærsjukehuset. Helse Førde HF har det faglige, økonomiske og juridiske ansvaret for Nærsjukehuset, inkludert sengeposten, og alle tjenester i tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Kommunene kjøper legevaktstjenester av Helse Førde, lokalisert i Nærsjukehuset. Årlig rammebeløp fra Flora og Bremanger er til sammen 4,5 mill. kr (2005).

Turnusleger har vakt på døgnbasis. Kommunelegene har det formelle vaktansvar for nærsjukehuset inkl. primæransvar for turnuslegenes arbeid. Spesialister i poliklinikk og dagkirurgisk seksjon samt spesialist i indremedisin skal være tilgjengelige for konsultasjon på dagtid. Moderne telekommunikasjonsteknologi utnyttes slik at nærsjukehuset i sterkere grad knyttes til Helse Førde sin vaktberedskap ved Førde sentralsykehus.

Alta

Alta har et senter som ikke baseres på samarbeid med omkringliggende kommuner, Alta kommune har 17 200 innbyggere. Imidlertid er avstandene store i Finnmark og ingen av nabokommunene har sykehus. Avstanden fra Alta til nærmeste sykehus (Hammerfest) er 140 km. Gevinsten med desentralisert spesialisthelsetjeneste blir dermed tydeligere enn i områder med korte avstander og kort reisetid til et sykehus. I Alta er DMS samlokalisert med kommunens sykehjem og lokaler for hjemmetjenester og helsetjenester som legesenter, fysioterapi, legevakt, ambulansetjeneste osv. "Alta-modellen" har lenge vært selve fyrtårnet innen utvikling av samarbeidsmodeller mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste med etableringen av Alta Helsesenter allerede i 1977. Visjonen bak denne etableringen var å skape en fysisk fellesarena for helse- og sosialtjenester i kommunen og fylkeskommunen. Drivkreftene bak arbeidet med "Alta-modellen" har vært engasjerte kommuneleger, politikere, kommuneadministrasjon og lokale ildsjeler.

Senteret har lagt vekt på å være utviklingsorientert, eksempler på det er:

- Samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin (NST) siden 1992, særlig innen øre-nese-hals. Kommunen har også gjennomført et prosjekt innen anvendelse av ny teknologi i hjemmetjenesten sammen med NST og andre aktører.
- Fjernbehandling av dialysepasienter ved at de får behandling på helseseteret under faglig oppfølging av leger ved UNN (Tromsø).
- Utvikling av tilbud for kreftpasienter i terminalfasen slik at de ikke behøver å være på sykehus på slutten av sitt liv.
- Utvikling av tilbud til diabetespasienter.
- Utvikling av spesialisttilbud i Alta ved hjelp av ambulerende spesialister og etter hvert en egen spesialistpoliklinikk drevet av Helse Finnmark.

Etter hva RO erfarer er innholdet i senteret i Alta slik:

Kommunehelsetjeneste:

Sykestue, legevakt, fysioterapi, ergoterapi, forebyggende helsetjenester, jordmortjeneste, fødestue, dialysebehandling, poliklinisk cellegiftbehandling.

Spesialisthelsetjeneste (underlagt Helse Finnmark med tilreisende spesialister):

Barnelege, gynekolog, kirurg, kirurgisk gastrolab., ortopedisk operasjon, lyspoliklinikk, allergolog, hudseksjon, nevrolog, øre-nese-hals, øyeseksjon.

4.4 Suksessfaktorene

Begrunnelsen eller intensjonen bak etableringen av DMS

Grunntanken må være hvordan man med samordnet innsats skal kunne gi befolkningen helse- og omsorgstjenester som er av førsteklasses kvalitet og som

oppleves som sammenhengende ut fra den enkeltes pasientforløp. For å få til dette, er det av avgjørende betydning at til og med avanserte helsetjenester skal kunne ytes lokalt slik at pasienter og brukere skal slippe å reise lange avstander og oppholde seg langt fra familie og omsorgspersoner. Dette betyr at intensjonen bak vellykkede etableringer av DMS ikke er knyttet til ønsket om å bevare arbeidsplasser, økonomiske interesser, eller andre hensyn som ikke direkte speiler et ønske om best mulig helsetjenester.

Utviklingen innen helsetjenesteområdet er slik at utfordringene framover i stor grad vil være knyttet til å gi tjenester utenfor sykehus knyttet til opplæring, mestring, rehabilitering, folkehelsearbeid, intermedisær tjenester, utredninger og ikke-kurativ smertelindring. Å ivareta behov innenfor disse områdene, vil være god begrunnelse for å etablere DMS.

RO har oppsummert det som framstår som suksessfaktorer i arbeidet med å etablere og drifte DMS andre steder. RO har også søkt å relatere noen av disse suksessfaktorene til et eventuelt prosjekt i Kvam.

Interkommunalt samarbeid

Uten at to eller flere kommuner samarbeider om å få etablert DMS vil det neppe kunne genereres nok interesse, vilje til gjennomføring og ressurser til å etablere et distriktsmedisinsk senter i Kvam. En enkelt kommune måtte ta et så stort økonomisk løft alene at det ikke ville være interessant å knytte ressursbruken til å utvikle en type helsetjenester som ligger delvis innenfor spesialisthelsetjenestens område og som kommer hele eller store deler av regionens befolkning til gode.

Kommunalt samarbeid bør bygges på det generelle prinsipp at "alle må få noe". Alle parter må oppleve gevinst, og alle parter må oppleve at alle legger noe inn i fellesskapet.

Et distriktsmedisinsk senter er ikke kun en bygning eller plassert kun ett sted

Et distriktsmedisinsk senter er mer en organisatorisk løsning enn en bygning eller en geografisk lokalisering. Det er en måte å samarbeide på og en måte å tilby tjenester kostnadseffektivt. Selve driftsmodellen i et DMS knyttes til at spesialister reiser ut til pasientene i stedet for at pasientene reiser inn til et sentrum med spesialister. Et DMS kan lokaliseres i mange bygninger og flere steder.

Et distriktsmedisinsk senter inneholder spesialisthelsetjenester

For at det skal kunne etableres et DMS er det nødvendig at sykehuset for regionen ser hensikten i å etablere en eller flere desentraliserte tjenester i det. Denne interessen kan begrunnes i flere forhold: besparelser i transportkostnader for pasientene, bedret kvalitet for pasientene på grunn av mindre reising, utnyttelse av bygninger eller for å innfri kravet om bistand til kommunehelsetjenesten. RO mener det er utenkelig å sette i gang et prosjekt for å få etablert et DMS i Kvam uten at helseforetaket er en del av prosjektet og uten at tjenester fra spesialisthelsetjenesten er en vesentlig del av tilbudet.

Alle må yte noe, og alle får noe

I et komplisert samspill må alle deltakende aktører ha en opplevelse av at de får noe igjen for samarbeidet. En mangelfull fordeling av goder og byrder vil, i hvert fall på

lang sikt, medføre fare for at samarbeidet opphører eller ikke fører fram til de ønskede resultatene.

Lokaliseringsdiskusjoner har en tendens til å bli en alles kamp mot alle, hvor fokus på selve saken kan bli borte. Det er viktig at man i et eventuelt etableringsprosjekt kan klare å styre unna en slik strid om lokalisering. RO anbefaler at man ikke knytter etableringen av et DMS nødvendigvis til et sted, men at kommunen har en åpen holdning, og om det er fornuftig, arbeider ut fra at tjenester kan være plassert flere steder med Kvam som administrasjonssenter.

Et DMS handler om helsetjenester og må bygges på behovet for bedre og/eller mer effektive helsetjenester

Hvis et DMS blir sett for mye i sammenheng med arbeidsplasser eller eksisterende bygninger vil det kunne bli vanskelig å generere tilstrekkelig entusiasme i helsetjenesten. Det vil virke svært hemmende på muligheten til å komme i gang og lykkes med en etablering. Selve begrunnelsen for å etablere et DMS i regionen er at det er ressursøkonomisk, at det gir bedre eller mer tilgjengelige tjenester, at det er nødvendig for å møte myndighetskrav om mer samarbeid og at det ivaretar og utnytter et lokalt engasjement knyttet til Kvam herad som "helsekommunen".

Etablering av ny virksomhet krever entusiasme og entusiaster

Innsalg av ideer og løsninger fordrer at kommunikasjonen er preget av optimisme og motivasjon. God motivasjon er smittomt. Utspill og innspill bør derfor mer preges av at en er på "tilbudssiden" enn på "kravssiden". I alle de prosjektene RO har beskrevet i denne rapporten som eksempler på vellykkede satsninger på medisinske tjenester i distrikter, har lokal entusiasme, enkeltpersoners oppofrende engasjement og lokale krefters kreativitet og nytenking vært en svært viktig faktor.

Geografisk plassering og bygninger

Som tidligere nevnt er et DMS mer en organisatorisk løsning enn en bygning, og både effektivitetskrav og samarbeidsrelasjoner tilsier at lokalisering av aktiviteter i et DMS bør legges til mer enn ett sted. Det vil være raskere og ofte kostnadseffektivt å legge aktiviteter til bygninger der det allerede eksisterer helsetjenester.

Kvam kommune har et nytt omsorgssenter med både sykehjemsavdeling, omsorgsboliger, lokaler for hjemmetjenestene og kommunale helsetjenester. Det er ROs vurdering at sted/bygning er godt egnet til etablering av aktiviteter i et DMS, både spesialisthelsetjenester og nye interkommunale omsorgstjenester. Stedet synes både helsefaglig og servicemessig attraktivt.

Avstander og reisetid

Både for spesialisthelsetjenesten og kommunene er det svært viktig at en oppnår høy effektivitet i produksjonen av helsetjenester og kvalitativt gode helsetjenester for brukerne. Et viktig moment i dette er da om en har avstander, eller riktigere reisetider, som rettferdiggjør tjenester og lokalisering i DMS.

For de interkommunale tjenestene er det snakk om å ta ut gevinster ved sentralisering og samlokalisering. Lang reisetid og avstand fra brukernes hjem vil da kunne komme ut på den negative siden i et "regnestykke". Sagt på en annen måte: Jo kortere reisetid, desto bedre for de interkommunale tjenestene i DMS. For

spesialisthelsetjenesten er spørsmålet omvendt. Her er det snakk om å opprettholde eller etablere tjenesteyting desentralt. Jo lengre reisetid til sykehuset, jo høyere gevinst med et lokalt DMS.

Dersom en ser på reiseavstandene med bil mellom Kvam til Bergen og til Voss er reisetid med bil mellom Kvam og Bergen på ca. 60 minutter. Reisetiden mellom Kvam og Voss ligger på ca 80 minutter. Reisetiden kan ikke regnes som spesiell lang i forbindelse med å reise til sykehus. Dette kan være et avgjørende punkt.

ROs vurdering

Kvam herad har over flere år hatt fokus på et tett og nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I følge opplysninger fra kommunen har Voss sykehus etablert poliklinisk tilbud i Kvam innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og Øre, Nese og Hals (ØNH). Dette tiltaket karakteriseres som svært vellykket. Kvam herad og Voss sykehus ønsker å videreutvikle denne måten å yte tjenester på. Voss sjukehus og Kvam herad har tidligere sendt søknad om Lokalsykehusmidler for å utrede mulighetene for å etablere 1 ½ linjetjeneste (DMS) i kommunen. Helse Bergen har i forbindelse med arbeidet som pågår for å evaluere Storetveit- modellen (1 ½ - linjetjeneste tiltak - et samarbeid mellom Bergen kommune og Helse Bergen) ikke tilrådd at det etableres fleres DMS i regionen før evalueringen er gjennomført. Søknaden har således ikke fått nødvendig støtte i helseforetaket. Slik RO forstår opplysninger fra kommunen er det løpende dialog med Helse Bergen om etablering av DMS i Kvam herad. Det opplyses videre at det ikke har vært noe krav fra Voss sykehus om at det bør inngås noe avtale med nabokommunene til Kvam herad om samarbeid, men mener at det vil være naturlig at nabokommunene kan bruke et DMS i Kvam herad dersom et slik tiltak blir etablert.

Når RO har vurdert de ulike DMS som er etablert i Norge, er det som tidligere nevnt under punkt 4.4 Suksessfaktorer noen trekk som er felles for de som har lyktes med å etablere 1 ½ linjetjeneste tilbud (DMS). En sentral faktor synes å være interkommunalt samarbeid. Uten at to eller flere kommuner samarbeider om å få etablert DMS vil det neppe kunne genereres nok interesse, vilje til gjennomføring og ressurser til å etablere et distriktsmedisinsk senter i Kvam. Ut fra de føringer som er lagt fra sentrale myndigheter og ut fra erfaringer fra andre etableringer av DMS, vurderer RO det slik at støtte og aktiv medvirkning fra nabokommuner vil være av stor betydning for om et DMS i Kvam skal la seg realisere.

Det helsefaglige/tjenestemessige innholdet i et eventuelt DMS må ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenester som store deler av befolkningen har bruk for, og der disse behovene ikke allerede er dekt fra lokalsykehuset i Voss.

Dersom Kvam herad og samarbeidende kommuner ønsker et samarbeidet om et felles institusjonsbasert omsorgstilbud, må det i første rekke rettes mot brukere som skrives ut fra sykehuset og som har behov for videre utredning av sine behov og planlegging av et langsiktig kommunalt tjenestetilbud. I tillegg må det kunne gies et palliativt tilbud og ellers være mulig for innleggelse av brukere som har stort behov for omfattende omsorgstjenester av andre årsaker.

Driftsutgifter knyttet til DMS dekkes på ordinær måte, både for spesialisthelsetjenestene og for de kommunale tjenestene, etter hvert som tjenestene

etableres. For institusjonsplassene bør en avtale en fordeling av utgiftene i tråd med det en har av tilbud og planlagt fordeling av kapasitet. Personell som yter tjenester i DMS er ansatt i sykehus eller kommune på ordinær måte.

Dersom Kvam ønsker å gå videre i arbeidet med å realisere et DMS, bør det innhentes opplysninger fra nabokommuner og det må gjøres en vurdering om hvor sannsynlig det er at nabokommunene vil være støttespillere i et prosjekt for å etablere DMS.

Det trengs tid til og mye arbeid for å avklare alle detaljer og få alle praktiske og økonomiske forhold lagt på plass for å etablere et Distriktsmedisinsk senter. Det er også mye usikkerhet knyttet til disse forholdene. Det er derfor ROs oppfatning at dette er en oppgave som bør prosjektorganiseres.

I et prosjekt med mange interessenter og ulike interesser er det viktig at prosjektet organiseres og styres på en måte som har tillit blant alle. Vi vil foreslå en styringsgruppe med representasjon fra alle deltakende kommuner og sykehuset. Prosjektet ledes av en prosjektleder som har sekretariatfunksjon for styringsgruppen.

5. SAKSBEHANDLING – BESTILLER – UTFØRERMODELL (BUM)

5.1 Saksbehandling i Kvam

Ut fra de opplysninger som RO fikk i forbindelse med de samtaler som ble gjort 18. juni 2007, fikk RO forståelsen av at saksbehandling og vurdering av aktuelle tjenestemottakere ble foretatt av soneledere ute i tjenestefeltet. Bakgrunnen for at RO er bedt om å utrede bestiller – utfører modellen har sammenheng med at kommunen vurderer å bedre rettsikkerheten for den enkelte tjenestemottaker.

5.2 BUM

Bestiller/utførerorganisering i omsorgstjenesten er kort beskrevet å innføre et skille mellom den del av det kommunale apparatet som fastsetter hvilke og hvor mye tjenester som skal tildeles den enkelte som har behov for omsorgstjenester, og den del som skal utføre tjenesten. Dette til forskjell fra en tradisjonell organisering der samme instans, og ofte samme person, vurderer behov, beslutter tjenestetildeling og utfører selve tjenesteytingen. Bestiller/utførerorganisering kan også sees som en arbeidsprosess på flere nivå i kommunen.

BUM- modellen kan deles inn i to nivå. Den "store bestiller" eller "bestilling i stort" og den "lille bestiller" eller "bestilling i smått". Med bestilling i stort menes en bestilling av tjenester på overordnet nivå (system nivå). En slik bestilling må si noe om hvilke tjenester som skal produseres, antatt totalvolum, kvalitetsnivå på tjenester og pris. Med bestilling i smått menes den bestilling som finner sted på individnivå, og som er knyttet til tjenestemottakerens vedtak. På individnivå er det saksbehandlerne som bestiller en tjeneste som skal gies til en tjenestemottaker, mens på systemnivå bestiller politikerne tjenester som skal utføres i omsorgstjenesten innenfor gitte rammer og de retningslinjer som er vedtatt.

Bestiller-utførermodellen brukt i offentlig sektor er historisk sett en ny måte å organisere offentlig forvaltning og tjenesteproduksjon på. Modellen har sine ideologiske røtter i teoriene omkring "new public management", en måte å organisere offentlig sektor på som har likheter med de markedsbaserte løsninger og organisasjonsmodeller som finnes i privat sektor. Den grunnleggende ide er å gjøre tjenesteytingen mer effektiv ved å utsette den for de samme konkurransemekanismer som finnes i privat næringsliv.

Innføring av skillet mellom bestiller og utfører har i norske kommuner hovedsakelig vært begrunnet med behovet for å profesjonalisere tildelingsarbeidet. Dette for å styrke tjenestemottakernes rettssikkerhet og oppnå bedre tjenesteyting, samtidig som en håper å styre ressursbruken på en mer effektiv måte. Innføring av bestiller/utførerorganisering har også i noen kommuner vært forbundet med ønsket om å konkurranseutsette, og eventuelt privatisere tjenesteytingen. Tjenesteyting kan i Norge utføres av private leverandører, mens tildeling og saksbehandling alltid må være ivaretatt av kommunen.

I en kartlegging av bestiller/utførermodellen i norske kommuner utført av RO i 2004 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet konkluderes det blant annet med at det per november 2004 var 40 norske kommuner som hadde innført modellen. Av disse var alle kommuner med 50 000 eller flere innbyggere. Kartleggingen viste at det var ingen kommuner under 10 000 innbyggere hadde innført modellen. Halvparten av kommunene benyttet private leverandører, og bare 7 av 44 bestillerkontorer beregnet økonomisk hva vedtaket kostet. Begrunnelsen for å innføre modellen var hovedsakelig å styrke rettsikkerheten til tjenestemottakerne, og et flertall av kommunene rapporterte at de hadde oppnådd denne målsettingen. Av negative erfaringer ble hyppigst rapportert problemer med forholdet mellom bestiller og utfører. Det ble i 2006 foretatt en ny kartlegging og oppdatering av datamaterialet, og antall kommuner med bestiller/utførermodell hadde økt til 51, og den minste kommunen har 1 800 innbyggere. Det er fortsatt rettsikkerheten for tjenestemottakerne som er hovedbegrunnelsen for innføringen, og 77 % av alle utsagn om erfaringer med modellen er positive.

Når det gjelder effekter av bestiller- og utførerorganisering for overordnet styring kan de oppsummeres slik:

Positive effekter	Negative effekter
Klarere ansvars- og myndighetsforhold mellom politikere og administrasjon og mellom ulike enheter i administrasjonen.	Større behov for informasjon og samordning enn under tradisjonell hierarkisk styring.
Bedre økonomisk styring, dersom budsjettet legges hos bestiller, og bestiller har ansvar for å kontrollere volum og kvalitet.	Mer byråkrati og regelstyring. En stivbent praktisering av modellen kan medføre uheldig fragmentering av tjenesten som i neste omgang kan medføre dårligere økonomisk styring.
En spesialisering av styringsfunksjonene som fører til bedre styring, og bedre utnyttelse av tverrfaglig kompetanse.	

Når det gjelder bestiller utførerorganiseringens effekter for forvaltningsdelen av kommunal virksomhet kan de oppsummeres slik:

Positive effekter	Negative effekter
Profesjonalisering av saksbehandling og en tydelig klageadgang.	Konflikt mellom bestiller og utfører om hvem som er den rette til å vurdere tjenestemottakernes behov.
Økt grad av likebehandling av tjenestemottakere når det gjelder de tjenester tjenestemottakerne tilbys.	Bestillerenheten har en tendens til å vokse. Bestillers oppfølging og kontroll avdekker avvik som igjen krever mer ressurser til oppfølging og kontroll.
En bestiller som opptrer som en nøytral og objektiv kontrollinstans.	For mange og for detaljerte kontrollprosedyrer og tilbakemeldingsrutiner.
Enklere å sette krav til utførere og kontrollere om deres virksomhet innfrir de krav som er satt.	
Lik behandling av interne og eksterne utførere.	

Kommunene er som utgangspunkt stilt fritt til å organisere forvaltning og tjenesteyting i pleie- og omsorgstjenesten slik kommunen selv ønsker. Kommunene er imidlertid pålagt å overholde de krav som myndighetene har stilt i lov og forskrift (myndighetskravene). Kravene stilles både til forvaltningen, tjenesteutøvelsen og tjenesteutøveren. Kommunene skal legge forholdene til rette slik at tjenesteutøverne kan overholde sine lovpålagte plikter¹.

Kommunen har rett og plikt til å utøve myndighet ved å utmåle den enkelte parts rett til tjenester i henhold til gjeldende myndighetskrav i form av et enkeltvedtak². Den som har ansvar for tjenesteytingen skal på sin side, påse at parten får de tjenester vedtaket utmåler, både av hensyn til art og volum. Kommunen kan delegere oppgaven med å gi tjenester til en tredjepart, men ansvaret for at parten får nødvendige tjenester vil ligge hos kommunen.

Etablering av et skille mellom forvaltning og drift bidrar til å tydeliggjøre både forvaltningsrollen og tjenesteyterrollen. Samling av forvaltningens saksbehandlingsressurser i et kontor kan bidra til å effektivisere forvaltningen og styrke rettssikkerheten for tjenestemottakere i kommunene. Tjenesteyterne kan på sin side fokusere på å gi tjenestemottakerne kvalitativt gode tjenester i tråd med det vedtaket beskriver.

ROs kartlegging viser at norske kommuners praktisering av bestiller – utførermodell på vesentlige punkter avviker fra praktiseringen av bestiller – utførermodell slik vi kjenner den i andre land, for eksempel i Sverige og Danmark. I disse landene er modellen primært begrunnet i hensynet til at det skal eksistere et marked av private (og / eller kommunale) leverandører av tjenester. I norske kommuners praktisering av

¹ Se bl.a. helsepersonelloven § 16, første ledd og kommunehelseloven § 1-3 a

² Forvaltningsloven kap. V, jf. khl / stjl

modellen er hensynet til partenes rettsikkerhet den viktigste begrunnelsen for bestiller- utførermodell.

Det er kun et fåtall av norske kommuner som i praksis konkurranseutsetter tjenester på pleie- og omsorgstjenestefeltet. Andelen kommuner som tilrettelegger for konkurranseutsetting synes også å være synkende.

I den "norske" varianten av bestiller – utførermodellen viser ROs kartlegging at kontakt mellom bestiller og utfører, både i saksbehandlings- og tjenesteytingsfasen er hovedregelen. Dette er unntaket i land der modellen er ment å ivareta hensynet til konkurransemekanismene.

En bestiller – utførermodell behøver ikke å ha noe med konkurranseutsetting å gjøre. Å skille mellom forvaltning og drift kan være en organisatorisk tilpasning som sikrer at forvaltningens arbeid er av høy kvalitet, uten at dette har som konsekvens at driften konkurranseutsettes.

Erfaringer fra RO sin opplæringsvirksomhet i saksbehandling i kommunene (de siste 5 år) er at kommuner med bestiller – utførermodell oftest har god kvalitet på sin saksbehandling.

En måte å organisere forvaltningen på er å skille mellom forvaltning og drift etter ideene i bestiller – utførermodellen. Det finnes imidlertid mange måter å styrke forvaltningen på, bestiller – utførermodell er en.

ROs vurdering

Slik RO har forstått det, er det soneleder som også er ansvarlige for tjenesteproduksjon som foretar funksjonsvurderinger av aktuelle tjenestemottakere og de utfører saksbehandlingen som fører fram til enkeltvedtak. Dersom det er slik RO har forstått det, bør kommunen vurdere om denne praksisen bør endres. Det kan av mange oppleves som en vanskelig/umulig oppgave å fylle alle disse rollene (bukken og havresekken).

RO har ikke tilstrekkelig grunnlag for å tilrå at det innføres en bestiller – utførermodell i Kvam herad. RO vil imidlertid tilrå at Kvam herad i sterkere grad spesialisere og skolerer de som skal foreta funksjonsvurderinger av tjenestemottakerne og de som skal foreta tildeling av tjenester. De som skal ha et ansvar for å vurdere og gjøre vedtak bør være "samkjørte" og ha en tverrfaglig bakgrunn og de bør ikke ha et direkte ansvar for tjenesteproduksjonen.

6. INDIVIDUELT TILRETTELAGTE TJENESTER – BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA) OG INDIVIDUELL PLAN

6.1 Generelt

Kravet til individuelt tilrettelagte tjenester har blitt forsterket i løpet av det siste tiåret både gjennom lovgivning og gjennom krav og forventning fra tjenestemottakere. Det er spesielt gjennom ordningen brukerstyrt personlig assistanse at tjenestemottakerne kan få sitt tjenestetilbud "skreddersydd". Individuell plan er også et viktig verktøy for å få tjenestetilbudet tilpasset tjenestemottakernes behov. Kravet til mer individuelt

tilpassede tjenester synes å bli ytterlig forsterket i årene framover. Forskningen viser at det skjer holdningsendringer i befolkningen, holdninger som vil "slå inn" den dagen den enkelte trenger tjenester fra pleie og omsorg.

Noen endringer som vil ha betydning for framtidens pleie- og omsorgstjenester, kan kort beskrives slik:

- Økende individuelt fokus på forbruk og individets mulighet til å velge mellom flere alternativer.
- Pleie- og omsorgstjenesten vil møte tjenestemottakere som er mindre beskjedne, som vil bestemme selv og som er vant til å stille krav.
- Morgendagens eldre vil legge mer vekt på individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner enn på kollektive verdier.

6.2 Individuell plan

Individuell plan er et samarbeidsdokument. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom de ønsker det. Tjenestemottakerne har rett til å medvirke i arbeidet – det er tjenestemottakerens plan, og tjenesteapparatet skal legge til rette for dette.

Retten er hjemlet i helselovgivningen og i sosialtjenesteloven, men har også betydning for andre etater enn helse- og omsorgstjenester. Intensjonen er at tjenestemottakerens plan skal omfatte alle tjenester tjenestemottakeren har behov for.

Intensjonen er at individuell plan skal bidra til å gi tjenestemottakerne større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning slik at tjenestene tjenestemottakerne mottar fremstår som helhetlige og i tråd med tjenestemottakernes egne målsettinger. Planen skal bidra til at tjenestemottakernes behov, problemstillinger og ressurser gir retningen for utforming og sammensetning av de tiltak og tjenester tjenestemottakerne trenger. Planen skal sikre koordinering og samarbeid, både mellom tjenesteytere og med tjenestemottakeren og tjenestemottakers familie.

6.3 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

BPA er alternative måter å organisere tjenesten "praktisk bistand og opplæring" på. Ordningen setter tjenestemottakeren i bedre stand til å greie seg selv og gir mulighet for et mer aktivt liv. Tjenestemottakeren har egne, faste assistenter som vedkommende har arbeidslederansvaret for. Dette gir mulighet for tjenestemottakeren til selv å bestemme hva assistenten kan gjøre og hvor og når hjelpen skal gis.

BPA ble lovfestet i 2000. Lovfestingen medførte endring av sosialtjenesteloven.

Etter endringen lyder § 4-2 bokstav a (endringen i kursiv):

§ 4-2 Tjenester

De sosiale tjenester skal omfatte

- a. praktisk bistand og opplæring, *herunder brukerstyrt personlig assistanse*, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming alder eller av andre årsaker.

Rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester Brukerstyrt Personlig Assistanse utdyper lovendringen og gir grunnlag for saksbehandling og forståelsen av ordningen.

Lovendringen innebærer at brukerstyrt personlig assistanse er en ordning som kommunene plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven. Tildeling av brukerstyrt personlig assistent skal vurderes på samme måten og innenfor de samme rettslige rammene som de andre tjenestene i sosialtjenesteloven § 4-2, jf. § 4-3.

Brukerstyrt personlig assistanse er som nevnt en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Tjenestemottakeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan tjenestemottakeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Brukerstyringen vil således være et middel til å bidra til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring.

Det er viktig å være tydelig på at BPA ikke er en tjeneste, men organisering av den tildelte tjeneste vurdert ut fra brukerens behov og rett i henhold til lovgivning.

I følge rundskriv I – 20/2000 skal ikke BPA begrenses til bestemte funksjonshemninger, diagnoser eller liknende så lenge funksjonshemmingen ikke er til hinder for å utøve nødvendig brukerstyring. Det ble ikke satt noen nedre grense for bistandsbehovet, men det forutsettes i rundskrivet at bistandsbehovet er så omfattende eller av en slik art at det er mer hensiktsmessig å organisere tjenesten som brukerstyrt personlig assistanse enn som tradisjonelle omsorgstjenester.

Kravene til arbeidslederfunksjonen innebærer at tjenestemottakeren bør være myndig (over 18 år).

I 2005 ble målgruppen for BPA utvidet .
I rundskriv I – 15/2005 framgår følgende:

”Både de som ikke kan ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen og de som trenger bistand til dette, kan få brukerstyrt personlig assistanse. I praksis vil det variere fra person til person hvor stor del av brukerstyringen den enkelte selv kan utøve.

Små barn vil være helt ute av stand til å utøve brukerstyring selv, og må representeres av foreldrene (verge). Tilsvarende må vanligvis også personer over 18 år som har omfattende kognitive funksjonsnedsettelse representeres fullt ut av en verge eller hjelpeverge når det gjelder brukerstyringen.

For personer som har lettere grad av kognitive funksjonsnedsettelse og ungdom som nærmer seg 18 år, vil det kunne være aktuelt at de stort sett tar seg av den

praktiske arbeidsledelsen selv, men får noe bistand med de mest vanskelige oppgavene. Det bør legges til rette for at ungdom etter hvert som de får tilstrekkelig erfaring kan ta større deler av brukerstyringen selv, med sikte på å gjøre dem uavhengige av foreldrene. Også andre med assistansebehov som har forutsetninger for det, bør etter hvert settes i stand til å utøve mer og mer brukerstyring på egen hånd.”

Rundskrivet har aktualisert nye problemstillinger i kommunene.

Aktuelle problemstillinger kan blant annet være:

- Hvem skal være arbeidsleder når tjenestemottaker ikke kan ivareta arbeidslederrollen selv?
- Personer som får sine tjenester i et bemannet bofellesskap får BPA-ordning som minner om støttekontaktordning
- Ansatte i tjenesten blir både arbeidsleder for bruker og assistent i bofellesskapet
- Usikkerhet i vurderingen av omfanget av antall timer tildeling.

Brukerorganisasjonene har i mange år arbeidet for en rettighetsfesting av BPA. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår nå slik rettighetsfesting og har sendt ut høringsnotat om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (juli 2007).

I høringsbrevet framgår følgende:

”Forslaget innebærer å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for omfattende tjenester, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. Videre foreslås det at en bruker som innvilges BPA, skal ha rett til å bestemme arbeidsgivermodell og hvem som skal være assistent.

Forslaget vil stimulere kommunene til å organisere praktisk bistand på nye måter og bidra til større valgfrihet og brukarmedvirkning. Retten til å få organisert praktisk bistand som BPA foreslås avgrenset til brukere som har et omfattende behov for tjenester. Dette samsvarer med dagens retningslinjer som presiserer at det forutsettes at bistandsbehovet er så omfattende at det mer hensiktsmessig kan ivaretas gjennom BPA enn gjennom mer tradisjonelle omsorgstjenester. Ved et lite bistandsbehov vil det ikke foreligge tilsvarende behov for BPA. Forslaget innebærer videre at retten til å velge BPA ikke skal være begrenset til bestemte funksjonshemninger eller diagnoser. I utgangspunktet legges det heller ikke opp til at retten skal være begrenset av alder. Samlet sett vil forslaget bidra til å utjevne kommunale forskjeller på hvem som får tjenestene organisert som BPA.

Økonomiske og administrative konsekvenser

BPA finansieres av kommunene gjennom de frie inntektene. I tillegg er det etablert et øremerket stimuleringsstilskudd som skal dekke kommunens utgifter knyttet til rekruttering og opplæring. En lovendring vil innebære en utvidet plikt for kommunene til å kunne tilby praktisk bistand organisert som BPA. Pliktens innhold er imidlertid begrenset til en alternativ organisering av tjenestetilbudet. Endringen vil ikke medføre noen endringer i vilkårene for retten til tjenester eller omfanget av tilbudet. Det legges derfor til grunn at de foreslåtte endringene ikke innebærer økte kostnader.”

ROs vurdering

BPA er for de fleste som har ordningen et bedre alternativ enn "tradisjonelle" pleie- og omsorgstjenester. De fleste som har BPA er rimelig fornøyd med hvordan tjenesten er organisert.

Det er rimelig å anta at antall tjenestemottaker som ønsker tjenesten organisert som BPA vil øke. Kvam herad må også regne med at flere tjenestemottaker i kommunen vil søke om å få tjenesten som de mottar organisert som BPA.

Kommunen bør med utgangspunkt i forannevnte drøfte hvilke konsekvenser dette vil få for pleie- og omsorgstjenesten. Eksempelvis har saksbehandlere i kommunen tilstrekkelig kompetanse for å vurdere aktuelle tjenestemottakere opp mot BPA og har kommunen nødvendig økonomisk fleksibilitet slik at ressurser kan omdisponeres, eksempelvis fra tjenestefeltet for å dekke kostnadene til andelslag (UloBa) og andre som skal drifte BPA- ordninger.

Departementet ønsker at høringsinstansene skal gi sitt syn på følgende spørsmål:

- Hva skal en sterkere rettighetsfesting innebære?
- Må bistanden ha et visst omfang for å gi rett til BPA?
- Skal retten gjelde alle uavhengig av alder og diagnose?
- Forholdet til funksjonsassistentordningen.
- Skal kommunen eller brukeren velge arbeidsgivermodell?
- På hvilken måte skal brukeren få innflytelse ved ansettelse av personlige assistenter?
- Arbeidsrettslige forhold etter Arbeidsmiljølovens regler.
- Finansieringsordninger (kommunal betaling, tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester, tilskuddsordningen til BPA).

RO tilrår at de samme problemstillingene i tillegg til kommunens egne erfaringer med BPA og individuell plan, blir vurdert i arbeidsgruppa for den videre prosessen.

7. ORGANISERING MED FOKUS PÅ LEDERTETTHET

RO gjennomførte i 2004 en vurdering av ledertettheten i pleie- og omsorg og skole. En kort oppsummering av ROs funn og vurderinger er gjengitt under:

"Resultatene kan ikke tolkes normativt – det finnes ikke grunnlag i resultatene som gir holdepunkter for å si at en av sektorene har for stor eller for liten ledertetthet. Det som kan konstateres er at ledertettheten i pleie og omsorg systematisk er mindre enn i skolen.

Driver kommuner eller sektorer eller enheter som har liten ledertetthet (mange ansatte/årsverk per leder) mer effektivt enn tilsvarende kommuner, sektorer eller enheter som har stor ledertetthet (få ansatte/årsverk per leder)? Slik RO ser det, bør ikke disse isolerte resultatene som kun beskriver ledertettheten, tolkes i retning av grad av effektivitet. Sett ut fra en synsvinkel, kan det hevdes at det er et mål å redusere ledertettheten slik at ressursoverføring til utøvende nivå kan gjennomføres. Imidlertid viser både erfaring og forskning at det ikke finnes en slik endimensjonal sammenheng mellom ledertetthet og effektivitet (effektivitet i betydning måloppnåelse

pr. ressursenhet som stilles til disposisjon). Det kan legges til grunn at *hvordan* ledelse utøves har større betydning for effektivitet og arbeidsmiljø enn antall ansatt (årsverk) den enkelte leder har ansvar overfor³.

Imidlertid finnes det en (øvre) grense for hvor mange personer en leder har mulighet for å lede, slik RO i denne sammenhengen har definert ledelse (det vil si den daglige koordinatoren og tilretteleggeren for ansatte på utøvende nivå). Slik RO har definert ledelse, er det avgjørende at den enkelte leder er nærværende, "ser" og gir tilbakemeldinger til den enkelte ansatte. I denne betydningen er det en øvre grense for hvor mange ansatte en leder makter å forholde seg til.

ROs definisjon av ledelse i utredningen: "*Lederstillinger hvor leder har personalansvar*". Med dette menes ikke bare ledere med et formelt personalansvar, men også ansatte og ledere med ansvar for daglig drift uten at de har et formelt personalansvar. Disse funksjonene/rollene kan ha oppgaver med veiledning av personell og koordinering av driftsoppgaver som påvirker disponering av personell. Eksempelvis kan teamledere på klassetrinn i grunnskolen ha deler av sin funksjon knyttet til oppgaver som betyr omdisponering av personell, temporært eller mer varig. En boveileder i pleie og omsorg kan ha noe av den samme funksjonen: et sett av oppgaver som påvirker disponering av personalressurser. Disse rollene eller funksjonene fungerer i så måte i leders sted, og utøver lederfunksjoner av vesentlig betydning for den daglige driften og arbeidsorganiseringen, uten at de har et formelt personalansvar. Begge sektorene har innslag eller eksempler på slike operative lederfunksjoner, og er derfor tatt med og definert som lederressurs i utredningen.

Slik vi i denne sammenhengen har definert ledelse, er det ledere som er den daglige koordinatoren, tilretteleggeren og mest direkte og nærmeste veilederen for ansatte på utøvende nivå.

Lederfunksjoner som er kartlagt, gjelder altså ledelse på førstelinjenivå, slik som avdelingsledere/enhetsledere/virksomhetsledere i pleie og omsorg samt rektorer/skoleledere/virksomhetsledere i grunnskolen.

RO skal ikke her gå inn i en diskusjon av den rikholdige forskningslitteraturen på dette området, men peke på at forskning viser til at ledelse, slik RO har definert ledelse, fordrer *personlige* relasjoner, og at det er et relativt lite antall personer den enkelte leder kan forholde seg til på en slik personlig og nær måte (se for eksempel Andersen, 2002).

I de to kommunene som blant utvalgskommunene har den laveste ledertettheten innen pleie og omsorg, har lederen henholdsvis 49 og 56 ansatte å lede. RO skal ikke påstå at det er urealistisk eller fysisk umulig å kunne være en nærværende og "synlig" leder for et så stort antall ansatte. Imidlertid kan det hevdes at det er en stor og krevende utfordring å kunne makte å være leder i det daglige for et så stort antall personer. Når en skal være daglig leder for et så stort antall ansatte, kan det lett skjje

³ Vi kan her vise til Paulsen, Harsvik, Halvorsen og Nygård som viser at det er måten en enhet ledes på som har betydning for kvaliteten, ikke antall ansatte. "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem" Sintef helse, Trondheim, 2004.

at ansatte på utøvende nivå opplever å være uten daglig leder⁴. I følge utvalgskommunene er det mest vanlige at en leder innen pleie og omsorg har noen og tretti ansatte å lede.

I den kommunen som blant utvalgskommunene har lavest ledertetthet innen skolesektoren har lederen i gjennomsnitt 24,7 ansatte å lede. Det vanligste innen skolesektoren er at en har 13 – 20 ansatte å lede.

Når ledertettheten i de to sektorene skal vurderes, er det også vesentlig å ta stilling til på hvilken måte de funksjonelle forskjellene skal tillegges vekt. Det vesentligste her er at skolen er en dag-tjeneste som "stenger" på ettermiddag, i helgene og i feriene, mens pleie- og omsorgstjenestene er en døgnkontinuerlig tjeneste som må være i drift alle dager året rundt.

Det faktum at pleie- og omsorgstjenestene er en døgnkontinuerlig tjeneste bidrar til at de ansatte som lederen skal lede, i betydelig større grad enn i skolen er "atomisert" i den forstand at ansatte er spredt og vanskeligere å nå – de arbeider i turnus, de må spre feriene osv. I tillegg kan det vurderes om en skal ta hensyn til de øvrige forhold for eksempel:

- kompleksitet i målgruppe
- at enkeltindivider som skal motta tjenester i større grad skiftes ut innen pleie og omsorg, mens de i større grad er stabile over år innen skole
- at pleie og omsorg har en relativt stor gruppe ansatte uten relevant utdannelse
- og at pleie og omsorg internt må forholde seg til et større antall profesjoner

Når det tas hensyn til de funksjonelle forskjellene mellom skole og pleie og omsorg, og der det samtidig legges til grunn en forventning om at den enkelte ansatte innen begge sektorene skal kunne følges opp på en kontinuerlig måte av sin leder, er det trolig ikke urimelig å anta at forskjellene i ledertetthet mellom de to sektorene burde ha vært noe mindre enn de forskjellene som er dokumentert ovenfor."

Forskningsstiftelsen FAFO har vurdert flere ulike måter å organisere tjenestetilbudet på i Norske kommuner. FAFO peker blant annet på at pleie- og omsorgstjenesten er kommunikasjonsintensiv, det vil si at for at organisasjonen skal kunne drive hensiktsmessig, medfører det at lederne må ha en god dialog med sine medarbeidere. Dialogen forutsetter få ansatte per leder. I en virkelig flat organisasjon blir dialogen borte fordi kontrollspennet er stort. Lederen for en flat organisasjon kan derfor ikke snakke *med*, bare *til* sine ansatte. En flat struktur er altså godt egnet når oppgavene er standardiserte og kommunikasjonsbehovet begrenset.

Flat struktur med få lederledd er med andre ord ingen god løsning for de tyngre områdene i kommunesektoren som både har komplekse arbeidsoppgaver og ansatte som mer enn noe annet ytrer behov for et mer nærværende lederskap.

⁴ Eller retttere: en har en leder som kun makter å ivareta byråkratisk-administrative aspekter knyttet til ledelse.

ROs vurdering

Av den forskningen som foreligger er det på generelt grunnlag vanskelig å gi klare svar på om ledertettheten er for høy eller for lav. Konklusjonen fra RO gjennomgang av pleie- og omsorgstjenesten og skole er: Resultatene kan ikke tolkes normativt – det finnes ikke grunnlag i resultatene som gir holdepunkter for å si at en av sektorene har for stor eller for liten ledertetthet. Det som kan konstateres er at ledertettheten i pleie og omsorg systematisk er mindre enn i skolen.

Når det gjelder Kvam herad må kommunen vurdere om ledertettheten er tilstrekkelig eller om det er behov for å foreta organisatoriske justeringer/endringer.

En vurdering lokalt må baseres på er at det ikke finnes noe fasit som har utgangspunkt i konkrete forskningsresultat. Når det er sagt, må en vurdere om små arbeidsgrupper på 5 til 6 årsverk er en hensiktsmessig måte å organisere arbeidet på. Det må i den lokale prosessen gjøres avveininger, der en vurderer fordeler og ulemper med små og store grupper.

8. UTFORDRINGER OG STRATEGIER FOR Å SIKRE NØDVENDIG REKRUTTERING I ÅRENE FRAMOVER

Kampen om arbeidskraften vil trolig være en av de virkelig store utfordringene i tiårene framover. Dette skyldes delvis demografiske forhold, delvis et stramt arbeidsmarked (kan fort endres), trolig økende behov for ansatte i flere sektorer enn den kommunale omsorgssektoren samt manglende status for ansatte i denne tjenesten. Det er nå vel 100 000 årsverk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, hvorav ca. 30 000 årsverk utføres av ansatte uten sosial- eller helsefaglig utdanning på landsbasis.

For å sikre nødvendig rekruttering til pleie- og omsorgstjenesten kan en med utgangspunkt i markedstenking tenke seg løsning med vesentlige endringer i avlønning av ansatte i tjenesten. Spørsmålet er om kommunene vil kunne være i stand til å konkurrere om arbeidskraften ut fra lønn, i konkurranse med både andre offentlige og særlig private organisasjoner. Alt tyder på at omsorgstjenesten i overskuelig framtid vil være den mest arbeidskraftsintensive tjenesten i kommunen.

Økt arbeidsinnvandring er av flere sett på som en mulig løsning på "arbeidskraftkrisen". Noen kommuner opplever dette allerede som en utvei, og har til dels positive erfaringer med et flernasjonalt innslag når det gjelder utvikling av arbeidsformer, holdninger og arbeidsmiljø.

Andre kommuner rekrutterer ufaglærte, for så å tilby fagopplæring som et tiltak for å beholde arbeidskraften og gi karrieremulighet som skal skape nødvendig kompetanse.

Det finnes trekk ved arbeidsmarkedet som betyr ekstra utfordringer fordi stabiliteten er mindre enn tidligere. Yngre arbeidstakere kan være interessert i oftere jobbskifte, skifte av type arbeid og type organisasjoner etc. Sentraliseringstendensene i

flyttemønster er en spesiell utfordring for distriktskommunene, men avhjelper ikke i samme grad rekrutteringsutfordringene i sentrale strøk innenfor omsorg.

Noen påstår at det omdømmet eller elendighetsbildet som skapes gjennom media, offentlige publikasjoner etc. er en vesentlig årsak til at ungdom velger andre utdanninger enn helse- og sosialfag. Det er et tankekors at storsamfunnet så til de grader jevnlig mates med negative bilder om den kommunale omsorgstjenesten. Brukerundersøkelser viser tross alt at brukertilfredsheten både på sykehjem og i hjemmetjenesten er relativt høy, henholdsvis 3,6 og 3,5 av beste skår 4 og dårligst skår 1. At ansatte i tjenesten, pårørende/familie, lokale politikere og menigmann er mindre fornøyd, kan rett og slett skyldes at samfunnet vil mer.

Men spørsmålet blir: Hvordan skal vi få den yngre generasjonen til å søke utdanninger og arbeidspraksis som gjør dem aktuelle som arbeidstakere i morgendagens pleie og omsorg? Kan den viktigste strategien være å formidle at dagens ansatte trives godt i pleie og omsorg? På tross av store belastninger, fysisk og mentalt, på tross av for høyt sykefravær, så viser medarbeiderundersøkelser at å arbeide innenfor pleie og omsorg er svært meningsfylt. Det store flertallet av ansatte trives med sine kolleger, med nærmeste ledelse og uttrykker stolthet over egen arbeidsplass.

ROs vurdering

Den mest offensive strategien kan være å utvide spekteret for type kompetanse som kan rekrutteres inn i tjenesten. Det er flere argumenter som taler for en slik strategi. Med det kan kommunen i stort monn få utvidet sitt rekrutteringsgrunnlag, i tillegg til at endrede behovsspekter, nye typer behovsgrunnlag hos innbyggerne etc. vil kreve en breiere kompetansesammensetning.

Erfaringene viser også at den arbeidsgiver som ikke klarer å beholde noen av sine mest kompetente medarbeidere, står uten de personer som skaper en attraktiv arbeidsplass. Nøkkelpersonell som kan sitt fag og i tillegg behersker personalledelse er ofte dyktige i å peke på og formidle virksomhetens mål. De trekker med seg ansatte i utvikling av virksomheten og skaper forståelse og oppslutning om felles mål. Som et resultat av dette skapes grobunn for faglig utvikling og følelse av å bli verdsatt. Forskning viser (FAFO- rapport 337) at de viktigste faktorene som kommunene kan gjøre noe med for å få riktig og tilstrekkelig bemanning, ligger i innsats for å utvikle og beholde nøkkelpersonell:

”Oppskriften som gis for å få et renommé som er rekrutteringsfremmende, har lite med enkeltstående tiltak og kampanjer å gjøre. Et godt rykte er et biprodukt av målrettet arbeid med de basale organisasjonsspørsmålene og en helhetlig personalpolitikk som vektlegger flere av de faktorene som skaper trivsel. Først og fremst dreier det seg om tilrettelegging av arbeidet, om lederens evne til å tydeliggjøre virksomhetens mål og trekke de ansatte med i utformingen av arbeidet. Slike miljøer vil på det nærmeste kunne være selvrekrutterende. Avdelinger med faglig utfordrende virksomhet er mer attraktive for kvalifisert arbeidskraft enn avdelinger uten”.

ROs inntrykk av Kvam herad sitt arbeid for å sikre rekruttering er positivt. Det er sjelden å oppleve at kommuner over tid har arbeidet målrettet og aktivt med

rekruttering for å sikre seg den nødvendige kompetanse. Når det gjelder veien videre må kommunene drøfte hvilken grep som kan være fornuftig å ta for å sikre at tjenesten i årene framover har den nødvendige kompetansen for å løse nødvendige oppgaver.

9. SAMARBEID OG SAMHANDLING MED BARNEVERN, SOSIALTJENESTEN (NAV), OG ANSATTE SOM ARBEIDER MED TJENESTEMOTAKERE MED RUS OG PSYKISKE PROBLEM

9.1 Generelt

Undersøkelser knyttet opp mot samarbeid i kommunesektoren viser noen fellestrekk: På spørsmål om hva som må til for å oppleve samarbeidet med ulike instanser som godt, oppgir informantene følgende:

- Kunnskap om hverandre.
- Respekt for hverandres roller.
- Klar målsetting med samarbeidet, og at samarbeidet må ha et mandat.
- Tydelig avklaring av roller og oppgaver.
- Likeverdighet i samarbeidet, trygghet på egen kompetanse.
- Avklaring av forventninger.
- Avklaring av faglig plattform.
- Møtes fysisk – ansikt til ansikt. Etatene/virksomhetene/enhetene bør ikke være lokalisert langt fra hverandre.
- Alle må se gevinsten ved å samarbeide, og de må skape forventninger om et resultat av samarbeidet.
- Samarbeidet må være forpliktende og forankret i administrativ og politisk ledelse.

Undersøkelser viser at manglende kunnskap om hverandre kan være den viktigste barrieren for å utvikle et samarbeid. Det understrekes at det ikke er nok å ha et overfladisk kjennskap til hverandre. Samarbeidsinstansene må sette av tid til å bli kjent med hverandre som personer og som etater/virksomheter. Der hvor samarbeidet karakteriseres som godt, legges det vekt på at de involverte har brukt mye tid til å bli kjent med hverandre. Gjennom å ha satt av tid til å bli kjent, har dette bidratt til at partenes ulike roller nå er tydeligere, oppgavefordelingen er enklere og det frigjøres kapasitet til selve samarbeidet.

Pleie- og omsorgstjenester er en samlebetegnelse for en rekke tjenester, blant annet tjenester som utføres i tjenestemottakers bolig, herunder også i bofellesskap og andre boformer. Tjenestene kan også ytes på annet sted der tjenestemottager oppholder seg, for eksempel i dagsenter.

Tjenesten skal bidra til økt livskvalitet til mennesker med bistandsbehov uavhengig av alder og funksjonshemming. Tjenesteytingen skal tilpasses den enkeltes tjenestemottakers situasjon og behov.

Tjenestemottakeren vil kunne få hjelp til, hjemmesykepleie, praktisk bistand person, praktisk bistand husholdning, miljøarbeid, støttekontakt, omsorgslønn, trygghetsalarm, avlastning, middagsombringing, psykisk helsearbeid, hjelpemidler, omsorgsbolig/servicebolig/bofelleskap

Pleie- og omsorgstjenesten plikter å samhandle om tjenester til det beste for tjenestemottaker, og der det er behov for langvarige og koordinerte tjenester skal der utarbeides individuell plan.

RO har forstått det slik at samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og barnevern, samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten (NAV) og samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og ansatte som arbeider med tjenestemottakere med rus- og psykiske lidelser, har et klart forbedringspotensial.

Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og tjenesten til personer med psykiske lidelser/rus

På grunnlag av telefonintervju med leder for tjenestetilbudet til personer med rus og psykiske lidelser er det allerede tatt "grep" for å forbedre samarbeidet. Blant annet er det fastsatt faste møter på ledernivå for å drøfte og finne løsninger på utfordringer der dette er naturlig ut fra at tjenestemottakeren skal ha tilrettlagt og kvalitativt godt tjenestetilbud. Ansatte som arbeider med tjenestemottakerne er ellers dyktige til å samarbeide. utfordringen er å få klarstilt hva tjenestemottakerne med psykiske lidelser/rus har av behov og hvilke tiltak som bør prioriteres.

Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og barnevernstjenesten

Tilbakemelding fra leder i barnevernet i Kvam herad er at det er behov for mer strukturert samarbeid knyttet til større saker der flere aktører/instanser er engasjert for å yte bistand. I slike saker er det ofte også behov for praktisk bistand i hjemmet til de aktuelle barna. Det dreier seg om bistand for å avhjelpe en situasjon der nærpersionene til barnet av ulike grunner ikke kan utføre nødvendig praktiske oppgaver hjemmet. Det er pleie- og omsorgstjenesten som sørger for at slik bistand blir gitt. De ansatte som blir brukt til slike oppgaver opplever at de mangler nødvendig kunnskap for å kunne yte gode tjenester og at de ikke føler seg faglig trygg i slike arbeidssituasjoner. De ønsker sterkere oppfølging fra barnevernet i form av veiledning. Samarbeid for å få etablert strukturert veiledning overfor ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som arbeider i hjem der barnevernet har et ansvar, er et område som krever samarbeid.

Videre er det oppgaver der pleie- og omsorgstjenesten og barnevernet samarbeider og der koordineringsansvaret er lagt til ansatte i pleie og omsorg. Dette koordineringsansvaret tar ofte mye tid og ressurser. RO forstår det slik at det er behov for å gå opp noen grenser for ansvarsfordeling i slike saker.

Det opplyses videre at barnevernet og pleie- og omsorgstjenesten ikke har etablert noen fast møtestruktur hvor saker med et felles ansvar er tema for drøftinger.

Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

I fra kommunen opplyses det at pleie- og omsorgstjenesten samarbeider i saker som er knyttet til følgende tjenestetilbud:

- Støttekontakt til eldre
- Ferietiltak for funksjonshemmede
- Økonomisk sosialhjelp
- Avlastningstiltak for funksjonshemmede (hjemmeavlastning)

Samarbeidsklimaet beskrives som godt, men det bekreftes at det eksisterer et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

ROs vurdering

Utfordringene som beskrives for de ulike tjenesteområdene når det gjelder samarbeid er konkrete og inntrykket er at klimaet på ledernivå er godt. Utgangspunktet for å finne gode samarbeidsløsninger skulle således være gode. RO har ikke erfaring med bestemte modeller som kan overføres til Kvam herad. Slik RO vurderer det må kommunen bli enig om modeller/strukturer som kan benyttes for å bedre det interne samarbeidet.

RO ble etablert som en selvfinansierende, ideell og selvstendig stiftelse i 1989. Senteret er stiftet av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund. I stiftelsens styre sitter representanter for stifterne, brukerorganisasjoner og frivillige, humanitære organisasjoner. Bakgrunnen for opprettelsen av senteret var at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund ønsket et alternativt konsulent- og rådgivningsfirma som skulle bistå kommunene i utvikling av kommunenes omsorgstjenester. Etter hvert nytter kommunene RO som ekstern konsulent innenfor både helse-, sosial- og omsorgstjenesten. Flere kommuner benytter også senterets kompetanse og metoder i forbindelse med omstilling og utvikling innenfor helheten i det kommunale tjenestefeltet. RO er lokalisert i Stjørdal i Nord-Trøndelag.

ROs målsettinger

Ansøre til fornyelse av kommunale tjenester med brukerne i sentrum.

Bidra til utvikling av tjenester som brukerne opplever som helhetlige, vinklet mot forebygging, individretting og medvirkning, og som ivaretar brukernes krav til rettssikkerhet.

Ansøre kommunene til å utvikle organisasjonen, arbeidsmåter og tjenester som gir en effektiv ressursbruk.

Bistå kommunene med å rekruttere, beholde og utvikle tverrfaglig kompetanse, samt en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike faggrupper og personer i organisasjonen.

Bistå kommunene med å identifisere egne muligheter for å yte tjenestene i tråd med intensjoner i lovverk og ut fra egne prioriteringer og mål.

Rådgi kommunene i utvikling av arbeidsmiljø og ledelsesfunksjoner.

