

Samhandling innen helse og velferd

Stavanger kommune 2022



INNHOOLD

Oppdraget.....	6
Sammendrag	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Hovedfunn	7
1.3 Overordnet organisering og finansieringsmodell.....	7
1.4 Implementeringen av friere faglighet.....	8
1.5 Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring	9
1.6 Samhandling	10
1.7 Ansvarsdeling og rolleforståelse	12
1.8 Mindre byråkrati?	13
1.9 Anbefalinger	13
2 Kommunedirektørens kommentar.....	14
3 Bakgrunn	16
3.1 Kilder for revisjonskriteriene	17
3.2 Sentrale begreper	18
3.3 Kort om avgrensning og metode	18
4 Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring	19
4.1 Føringer	19
4.2 Færre med opplæringsvedtak	20
4.3 Forskjeller mellom distriktene	21
4.4 For mye tjenester?	26
4.5 Vurdering.....	28
5 Overordnet organisering og ansvarsdeling	30
5.1 Førings.....	30
5.2 Kort om organisering og ansvarsdeling	30
5.3 Synspunkter på organisering og ansvarsdeling.....	31

5.4 Ny organisering i anmarsj	31
5.5 Hva er den beste organisasjonsmodellen?.....	32
5.5.1 Ulike meninger	32
5.5.2 Vurdering	33
6 Finansieringsmodell	34
6.1 Føringer	34
6.2 Gammel finansieringsmodell	35
6.2.1 Tidsnormer for ulike hjemmetjenester.....	36
6.2.2 ABI og utføreres rolle	37
6.2.3 Vurderinger av ABI-modellen i 2012 og i dag	37
6.3 Ny finansieringsmodell	37
6.4 Budsjettet består av to deler	39
6.4.1 En generell del.....	39
6.4.2 Brukerrettet del knyttet til avtalt tid.....	40
6.4.3 Små forskjeller – store økonomiske utslag	42
6.5 Fleksibilitet i modellen.....	43
6.5.1 Buffer	43
6.5.2 Omfordele budsjett.....	43
6.6 Synspunkter på budsjettmodellen.....	43
6.6.1 Vurdering og anbefaling	44
7 Implementering av friere faglighet.....	47
7.1 Innledning	47
7.2 Eiganes og tasta var pilot.....	48
7.3 Prosjektets ide.....	48
7.4 Utvidelse av pilot.....	49
7.5 utfordringer underveis	49
7.6 Synspunkter på utrulling av friere faglighet.....	50
7.7 Vurdering.....	51

8	Samhandling.....	52
8.1	Innledning.....	52
8.2	Pasientforløp – Brukerrettet samhandlingsstruktur.....	53
8.2.1	Forløp for somatiske pasienter med nye behov	54
8.2.2	Kort om ansvar og roller ifm. pasientforløpene.....	56
8.2.3	Det totale hjemmesykepleievolumet i hvert distrikt.....	56
8.2.4	Forløp 0	57
8.2.5	Forløp 1	57
8.2.6	Forløp 2	58
8.2.7	Forløp som ikke er avsluttet innen frist	61
8.2.8	Hvorfor avsluttes ikke forløpene når de skal?	63
8.2.9	Synspunkter på forløpene.....	64
8.3	Arenaer for samhandling mellom hvk og hjemmebaserte tjenester	68
8.3.1	Tavlemøter og samarbeidsmøter.....	71
8.4	Vurderinger og anbefalinger	73
9	Ansvarsdeling- og rolleforståelse.....	76
9.1	Innledning.....	76
9.2	Hovedinntrykk.....	76
9.3	Er fagligheten blitt friere?	77
9.4	Rolleklarhet i Eiganes og Tasta velferdsdistrikt	78
9.5	Primærkontaktens rolle.....	79
9.6	Behov for en tydeligere beskrivelse av ansvars- og rolledeling?	81
9.7	«De og oss» eller et stort «vi»?	82
9.8	Vurdering.....	83
10	Særskilt om miljøtjenestene.....	85
10.1	Innledning	85
10.2	Små endringer som følge Friere faglighet	85
10.3	Press i miljøtjenesten påvirker tilbudet og samhandlingen	86

10.4	Mangelfull dokumentasjon	87
10.4.1	Oppsummering	88
11	Hvordan ser vedtakene ut?	88
11.1	Innledning	88
11.2	Miljøtjenestevedtak	90
11.3	Hjemmesykepleievedtak	91
11.4	Hva er viktig for deg?	91
11.5	Vurdering	92
12	Har byråkratiet blitt mindre?	93
12.1	Innledning	93
12.2	Mindre byråkrati For hjemmebaserte tjenester?	93
12.3	... For Helse- og velferdskontorene?	94
12.4	Vurdering	95
	Vedlegg	95
12.5	Tjenester som leveres av hjemmetjenestene	95
12.6	Utsnitt av Organisasjonskartet for helse og velferd	96
12.7	Datagrunnlag	96
12.7.1	Intervjuer	96
12.8	Andre muntlige kilder	97
12.9	Dokumenter og statistikk	98
12.10	Gjennomgang av vedtak	98
12.11	Pålitelighet og gydlighet	99

OPPDRAGET

Bestilling:

Kontrollutvalget i Stavanger vedtok bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Samhandling mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester*»
21.02.2022

Problemstillinger:

- Hvordan fungerer ansvarsdelingen, rolleforståelsen og samhandlingen mellom helse og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester?
- Hvordan påvirker den nye finansieringsmodellen samhandlingen mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester?

Formål:

Formålet med prosjektet er å undersøke samhandlingen, i kjølvannet av ny finansieringsmodell og innføringen av Friere faglighet og mindre byråkrati

Prosjektleder for dette prosjektet har vært senior forvaltningsrevisor, Svein Kvalvåg. Prosjektet er kvalitetssikret av senior forvaltningsrevisor, Ståle Opedal og leder av forvaltningsrevisjon, Silje Nygård

SAMMENDRAG

1.1 BAKGRUNN

Formålet med dette prosjektet har vært å undersøke samhandlingen mellom helse- og velferdskontorene (HVKer) og hjemmebaserte tjenester (hjemmebaserte), i kjølvannet av ny finansieringsmodell og innføringen av [Friere faglighet og mindre byråkrati](#) (Friere faglighet). Hensikten med disse endringene var å gi større rom for hjemmebasertes faglige vurderinger og forenkle saksbehandlingen. I prosjektet har vi undersøkt samhandlingen mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester i *gamle* Stavanger kommune. Hjemmebaserte rommer både avdelinger for hjemmesykepleie og miljøterapeutisk enhet, dvs. miljøtjenester. Friere faglighet var først og fremst rettet mot hjemmesykepleien, men etter hvert bestemte man seg også for å innføre Friere faglighet i miljøtjenesten.

I prosjektet har vi også tatt opp tråden fra forvaltningsrevisjonen av Leve HELE LIVET fra 2019, og sett nærmere på hvordan det står til med kommunens arbeid for å lære brukerne å mestre hverdagsaktiviteter.

Datagrunnlaget består av en rekke nøkkeltallsanalyser, dokumentgjennomganger og intervjuer. Vi har til sammen intervjuet 71 personer, hvorav 63 ledere og ansatte ved fire HVKer og hjemmebaserte tjenester.

1.2 HOVEDFUNN

- Den nye finansieringsmodellen fungerer langt bedre enn den gamle, og skaper gode rammer for samhandlingen
- Fagligheten er blitt friere, dvs. at hjemmebaserte tjenester har større innflytelse over tjenestene som ytes
- Det er fortsatt betydelige forskjeller mellom distriktene, både mht. å gjøre brukerne selvhjulpne og mht. hvordan samhandlingen fungerer
- De nye rollene blir stadig klarere og HVKene og hjemmebaserte tjenester føler et felles eierskap til sakene på en annen måte enn før. Ansvarsdelingen og rolleforståelsen ser ut til å være klarest de stedene der samhandlingen fungerer godt
- De distriktene som har lyktes med samhandlingen har lav ressursinnsats per bruker, mens distriktet som har samhandlingsutfordringer, har høy ressursinnsats per bruker
- Byråkratiet har ikke blitt mindre, men ser ut til å være faglig riktigere i forhold til kommunens ambisjon om å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne. Litt spissformulert kan man altså si at et unødvendig byråkrati er erstattet av et faglig rettet og mer nødvendig byråkrati.

1.3 OVERORDNET ORGANISERING OG FINANSIERINGSMODELL

Den nye overordnede organiseringen og ansvarsdelingen fungerer bedre nå enn tidligere. Det ser ut til at den skaper bedre rammebetingelser for at HVKene og hjemmebaserte tjenester tar ansvar sammen, noe som skaper bedre grunnlag for samhandling og faglige diskusjoner.

Hovedinntrykket er at den nye modellen i langt mindre grad bryter med målet om å gjøre brukerne selvhjulpne, slik ABI-modellen gjorde. Den nye modellen gir virksomhetene bedre drahjelp for å kunne jobbe for at brukerne blir i stand til å klare mest mulig på egenhånd.

Gjennomgangen tyder på at hjemmebaserte tjenester ikke lenger er opptatt av å optimalisere egne inntekter, men at de i langt større grad retter oppmerksomheten mot pleiefaglige problemstillinger. Den nye finansieringsmodellen oppleves dessuten som langt mindre byråkratisk enn den forrige.

Den nye finansieringsmodellen består av en generell del (26 %) og en brukerrettet del (74 %). Enkelt forklart består den brukerrettede delen av en grunnfinansieringsdel og en nivåinndeling

med fem ulike nivåer. De aller fleste brukerne havner i grunnfinansieringsdelen. Nivåene skal sikre at distriktene blir kompensert for brukere med store behov, men på en langt mindre detaljert måte enn under ABI-modellen.

De fleste finansieringsmodeller har innebygde svakheter, og heller ikke denne er fri for utilsiktede økonomiske insentiver ([se faktadel](#)). Intervjuene tyder imidlertid på at disse insentivene så langt ikke har påvirket adferden til hjemmebaserte tjenester i nevneverdig grad.

Små forskjeller gir store økonomiske utslag. Nesten 90 prosent av mottakerne av hjemmetjenester havnet innenfor grunnfinansieringen i 2021, og de resterende brukerne innenfor nivåinndelingen. Det er forskjeller mellom finansieringen av brukere innenfor de ulike nivåene. Størst forskjell er det mellom grunnfinansieringen og nivå 1 (743 %). Hundvåg og Storhaug har nesten syv prosent flere brukere innenfor grunnfinansieringen enn Eiganes og Tasta. En beregning vi har gjort, tyder på at Eiganes og Tasta får 45 % mer ressurser som følge av dette.

Vi anbefaler kommunen å vurdere gjeldende nivåinndeling i finansieringsmodellen og satsene for hvert nivå.

Her er det viktig å balansere to motstridende hensyn: På den ene siden skal hjemmebaserte tjenester stimuleres til å jobbe for å gjøre brukerne selvhjulpne og redusere pleiebehovet. På den andre siden skal man sikre at de distriktene som har brukerne med størst behov også får mest ressurser. Dette kan være en krevende balansegang. Noen tar til orde for at det er et for stort spenn i grunnnivået i modellen, andre for at den ikke fanger opp at miljøterapi er en dyrere tjeneste enn miljøarbeid. Men begynner man å splitte modellen for mye opp, beveger den seg samtidig mer i retning av en innsattsstyrt finansiering, som man skulle bort fra med den nye modellen.

1.4 IMPLEMENTERINGEN AV FRIERE FAGLIGHET

Målet med Friere faglighet har vært å bidra til at brukerne får bedre tjenester ved å sikre en helhetlig tilnærming med brukers mål i sentrum. Dette skulle man få til ved å gi et større rom for utførers faglige vurderinger, større fleksibilitet, og forenkling av sakbehandlingsarbeidet knyttet til tildeling og endring av tjenestene. En forutsetning for å nå prosjektets mål var å utvikle og forbedre samhandlingen mellom hjemmesykepleien og helse- og velferdskontoret.

Friere faglighet og mindre byråkrati har vært et politisk initiert prosjekt. Hovedmålene med prosjektet har vært tydelige og ser ut til å ha stor oppslutning ute i virksomhetene, og er godt tilpasset den nye finansieringsmodellen.

Piloten ble lagt til Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, der HVK og hjemmebaserte tjenester ble samlokalisert høsten 2018. Piloten ble senere utvidet til de andre distriktene høsten 2020 og avsluttet i august 2021.

I prosjektet ble det lagt opp til en arbeidsform der virksomhetene i piloten i stor grad selv skulle utvikle og prøve ut nye tiltak og samhandlingsrutiner. Å utvikle tiltak i fellesskap, var ett av virkemidlene for å nå målet om en god samhandlingskultur. Begrensninger i fysisk kontakt som følge av koronapandemien, har utfordret denne delen av prosjektet.

Intervjuene tyder på at det er tre hovedinnvendinger mot implementeringen, som vi går nærmere inn på i [faktadelen](#). Her oppsummerer vi disse:

- Manglende konkretisering av målene med prosjektet
- En del informasjon på ledelsesnivå, men lite på ansattnivå, spesielt i hjemmebaserte tjenester
- En del mener at staben burde fulgt opp *Friere faglighet* etter at piloten, dvs. et stykke ut i implementeringsfasen var ferdig for å sikre en lik implementering

Det er liten tvil om at koronapandemien har skapt vanskelige arbeidsbetingelser for innføringen av Friere faglighet ute i organisasjonen. Tasta og Eiganes HVK fikk dessuten en ekstra utfordring i fanget. Kommunesammenslåingen januar 2020 gjorde at de fikk to nye virksomheter forholde seg til. Etter vår vurdering er det likevel lærdommer å hente.

Det var en ambisjon at Friere faglighet skulle ha en nedena- og opp-tilnærming, men tilbakemeldingene tyder på at man ikke fikk til dette slik man ønsket. Etter vår vurdering ville en tidligere og sterkere involvering av saksbehandlere og pleiere ute i virksomhetene ikke bare styrket forankringen av Friere faglighet. Det ville trolig også bidratt til en enda tydeligere konkretisering av hva friere faglighet innebar ute i pleien, og hvordan ansvarsdelingen mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester skulle være. Hvorvidt det er nødvendig med en oppfølging av denne type prosjekter etter at piloten er avsluttet, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Felles for disse tre innspillene er at de vil kunne redusere risikoen for at det utvikler seg ulike praksiser i distriktene.

1.5 HVERDAGSREHABILITERING OG HVERDAGSMESTRING

Andelen brukere som mottar hverdagsrehabilitering har ligget stabilt siden evalueringen av Leve HELE LIVET i 2019, mens vi ser en nedgang i andelen brukere med opplæringsvedtak (hverdagsmestring). Intervjuene tyder ikke på at koronapandemien er en sentral forklaringsfaktor her.

Flere hevder derimot at nedgangen ikke er reell, men at det skyldes en endring av registreringspraksis, etter innføring av pasientforløpene (se under). De intervjuede mener at oppmerksomheten omkring egenmestring ikke er blitt mindre, snarere tvert imot, men at det slurves litt med registreringen. Hovedårsaken til dette ser ut til å være at oppmerksomheten nå er rettet mot pasientforløp, og at det er dette helse- og velferdsdistriktene rapporterer på hver måned.

Vi er likevel usikre på hvordan endret registreringspraksis faktisk slår ut i tallmaterialet. Det er store forskjeller mellom distriktene, og det er usikkert om nedgangen er et produkt av disse faktorene. I så måte er det interessant at Hundvåg og Storhaug beveger seg mot trenden i de øvrige distriktene, og viser en sterk økning bruk av opplæringsvedtak.

Hundvåg og Storhaug var det distriktet som hadde lavest andel brukere med opplæringsvedtak i 2018. Andelen har nesten fordoblet seg i 2021, og utviklingen i distriktet beveger seg mot trenden i de andre distriktene, som viser en nedgang i andelen brukere med opplæringsvedtak. I tillegg har Storhaug og Hundvåg den desidert høyeste andelen forløpsspasienter i 2021 (tidsavgrensede forløp for å oppnå mest mulig egenmestring, se under). Parallelt med dette går ressursinnsatsen per bruker ned.

Eiganes og Tasta velferdsdistrikt har den desidert høyeste ressursinnsatsen per bruker og andelen brukere med opplæringsvedtak er kraftig redusert. Gjennomgangen tyder også på betydelige samhandlingsutfordringer mellom Byfjord HVK og Eiganes og Tasta hjemmetjenestedistrikt. Det er selvfølgelig vanskelig å si noe sikkert om hvilken innvirkning dette har på ressursinnsatsen per bruker, ettersom det også er andre faktorer som kan forklare høy ressursinnsats. Ulikheter i brukerbehov ser ut til å være en sentral forklaringsfaktor. Men brukernes behov er ikke en gitt størrelse. Behovene lar seg påvirke av det enkelte distrikts evne og vilje til å jobbe mestringsrettet. Hjemmebaserte ved Eiganes og Tasta mener selv at tett og god samhandling med HVKet er nødvendig for at de sammen skal kunne jobbe målrettet og redusere tjenestene i tråd med behovet.

Gjennomgangen tyder på at god og brukerrettet samhandling mellom HVKene og hjemmebaserte gir bedre forutsetninger for kunne å jobbe målrettet med den enkelte bruker. I så måte er det et interessant at Madla og Hundvåg og Storhaug, som er gode på samhandling, har lav ressursinnsats per bruker, mens Tasta og Eiganes, som sliter med samhandlingen, har høy ressursinnsats.

1.6 SAMHANDLING

Hovedbildet er at samhandlingen fungerer godt i tre av distriktene, men altså ikke ved Eiganes og Tasta. I motsetning til de tre andre distriktene, er det ingen felles samarbeidsmøter ved Eiganes og Tasta. Det var det tidligere. Det ser dessuten blitt mer utfordrende for hjemmebaserte å samhandle med HVKet etter at de endret den interne organiseringen av fagkonsulentene. Det er heller ikke de pleierne som er tette på brukerne og som kjenner brukerne best, som har kontakt med fagkonsulentene ved HVKet. De andre distriktene har gode erfaringer med at det er pleierne som er tette på brukerne som også møter fagkonsulentene.

I flere av de andre hjemmebaserte tjenestene tas det til orde for en samlokalisering av hjemmebaserte tjenester og HVKene. De mener dette ville styrket samhandlingen. Samlokaliseringen av Eiganes og Tasta velferdsdistrikt i Byfjordparken ser imidlertid ikke til å ha hjulpet nevneverdig på samhandlingen. Fra Byfjordparken pekes det på at det er holdningen til samarbeid som er nøkkelen til god samhandling, ikke samlokalisering.

Ved Hillevåg og Hinna helse og velferdsdistrikt fungerer samhandlingen med hjemmesykepleien godt, mens samhandlingen mellom HVK og miljøterapeutisk enhet fungerer dårlig. Dette handler om ulike måter å organisere samhandlingen på, noe vi utdyper i [rapporten](#). Her går vi også nærmere inn på hvilke faktorer som ser ut til å sikre god samhandling.

Pasientforløp ble innført for hjemmesykepleien i hele kommunen oktober 2020. Ut fra brukernes behov og forventet mestringspotensial velges det et tidsavgrenset forløp hvor målrettede tiltak iverksettes. Alle brukere med nye behov skal inn i et forløp. Pasientforløpene er viktige indikatorer for kommunens mestringsrettede arbeid, og er blitt grunnstrukturen eller rammen for den brukerrettede samhandlingen innen hjemmesykepleien. Miljøterapeutisk enhet er i ferd med å starte opp med pasientforløp sommeren 2022.

Gjennomgangen tyder på at pasientforløpene er et godt verktøy for å følge opp brukerne på en målrettet måte og et naturlig utgangspunkt for dialog og samhandling. I evalueringen av Leve HELE LIVET anbefalte vi kommunen å fortsette arbeidet med å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenesten, i tråd med endringene av tjenesteinnholdet. Gjennomgangen tyder på at samhandlingen rundt forløpene er bra for forventningene til både bruker, pårørende, pleiere og fagkonsulenter. Alle vet at det er en tidsbegrensning, og at målet er at bruker helt eller delvis skal mestre oppgavene selv.

I 2021 var 35 % av alle mottakerne av hjemmesykepleie i et pasientforløp og 17 % avsluttet forløpet uten tjenester.

Av de som faktisk gjennomfører et forløp, er det en langt høyere andel som avslutter uten tjenester. I forløp 1 forventes pasientene å bli helt eller delvis selvhjulpne i løpet av to uker, i forløp 2 forventes pasienten å bruke mer enn to uker dette, men mindre enn to måneder. Om lag halvparten av pasientene som har vært gjennom forløp 1, avsluttes uten tjenester. Andelen har vært nokså stabil siden innføringen av forløpene. Mellom 40 og 60 prosent av pasientene som har vært gjennom forløp 2, avsluttes uten tjenester. Men her har andelen falt betydelig: Det er stadig færre som avsluttes uten tjenester i forløp 2, og man er usikre på hva som er årsaken til dette.

Vi anbefaler kommunen å undersøke nærmere hva som er årsaken til nedgangen i andelen avsluttede forløp 2-pasienter, for å forsøke å motvirke denne trenden.

Alle forløp avsluttes ikke innen forløpsperioden. Øyeblikkstill fra månedsskiftet mars/april viste at over halvparten av forløpspasientene ikke avsluttes innen fristene. Ytterligere stikkprøver tyder på at de fleste av disse er rene forglemmelser, dvs. forløpene er avsluttet, men at fagkonsulentene har glemt å avslutte forløpene. Dette betyr at kommunens forløpsstatistikk ikke stemmer overens med virkeligheten. Dersom denne type forglemmelser har økt siden oppstarten av pasientforløpene, kan dette være med å forklare nedgangen i forløp 2-pasienter som avsluttes uten tjenester. Men det finnes ikke tall som kan bekrefte eller avkrefte dette.

Helt til slutt vil vi bare påpeke at de som er i forløp 1, ikke har vedtak. Dersom tiltakene varer lenger enn 14. dager, skal det fattes vedtak om tjenester. Så når vedtakene ikke avsluttes innen to

uker, betyr dette at mange brukere mottar tjenester uten at de har et vedtak som sier hvilken hjelp de skal få.

Vi anbefaler kommunen å sikre at avsluttede forløp registreres slik de skal, og fatte vedtak dersom tiltakene varer lenger enn to uker.

Dette vil styrke brukernes rettssikkerhet og sikre kommunen god styringsinformasjon om utviklingen av det mestringsrettede arbeidet.

1.7 ANSVARSDDELING OG ROLLEFORSTÅELSE

Gjennomgangen tyder på at de nye rollene blir stadig klarere og at HVKene og de hjemmebaserte føler et felles eierskap til sakene på en annen måte enn før. Ansvarsdelingen og rolleforståelsen ser ut til å være klarest de stedene der samhandlingen fungerer godt.

Det ser også ut til at fagligheten har blitt friere og at hjemmebaserte er blitt en mer likeverdig partner. De har større innflytelse på hva som er deres oppgaver nå enn tidligere, og de er glade for å slippe endringsmeldingene. Før utførte man detaljerte bestillinger, uten at man var spesielt kritiske til om det var behov for disse tjenestene. Bestillingene er i dag mindre detaljerte, og hjemmetjenestens rom for skjønnsutøvelse er blitt større. Intervjuene tyder på at hjemmebaserte er blitt mer faglig bevisste omkring tjenesteinnhold og varighet, og at det er blitt flere faglige diskusjoner med HVKene omkring disse tingene.

Dette ser imidlertid ikke ut til å stemme for Eiganes og Tasta velferdsdistrikt. Hjemmebaserte her mener at pleierne ikke har den erfaringen og kompetansen som skal til for å kunne ta det ansvaret som ligger i Friere faglighet.

De føler heller ikke et eierskap til sakene på samme måte som de andre, og det synes å være en betydelig rolleklarhet mellom dem og HVKet. Partene er ofte uenige om hva som er innenfor og hva som er utenfor den friere fagligheten. Hjemmebaserte tjenester mener at HVKet bruker friere faglighet som et argument for å fraskrive seg ansvaret sitt. HVKet mener på sin side at hjemmebaserte tjenester ikke tar det ansvaret som ligger innenfor den friere fagligheten.

Intervjuene tyder også på at det er en sterkere vi-følelse i de andre distriktene, og at HVKene og hjemmebaserte samarbeider og hjelper hverandre i krevende situasjoner. Slik opplever man det ikke ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt. Her har kommunalsjefen grepet inn for å løse fastlåste uenigheter ved noen anledninger.

Vi anbefaler en særskilt oppfølging av Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, for å bistå partene i å sikre en god samhandling og en tydeligere og mer avklart ansvars- og rolledeling.

Et sentralt spørsmål er om det er behov for en tydeligere beskrivelse av ansvars- og rolledelingen, eller om det på dette tidspunktet er viktigst å sikre en god samhandling internt i distriktene? Per i

dag er det ikke en beskrivelse av ansvars- og rollefordeling mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester, utover den overordnede organiseringen og pasientforløpene. Flere av de intervjuede mener det er behov for en tydeligere rolle- og ansvarsdeling.

Vi anbefaler direktøren, i samarbeid med de åtte virksomhetene, å vurdere om det er behov for en tydeligere beskrivelse av den nye ansvars- og rolledelingen.

Vi tror det er viktig at dette gjøres i fellesskap, ettersom det er delte meninger om det er et slikt behov.

1.8 MINDRE BYRÅKRATI?

Ny finansieringsmodell og Friere faglighet har ført til et bortfall av endringsmeldinger og en betydelig reduksjon i antall tiltaksvalg. Dette har redusert saksbehandlingen og papirarbeidet. Samtidig har innføringen av pasientforløpene økt saksbehandlingsbehovet. Dette har økt papirarbeidet. Hovedinntrykket er at byråkratiet ikke har blitt særlig mindre, men ser ut til å være faglig riktigere og mer målrettet i forhold til kommunens ambisjon om å jobbe mest mulig mestringsrettet. Litt spissformulert kan man altså si at unødvendig byråkrati er erstattet av et faglig rettet og mer nødvendig byråkrati.

Når det gjelder hjemmebaserte tjenester, opplever de at det er mindre byråkrati nå, av de samme årsakene som over, men at de har fått mer arbeid som følge av økt ansvar.

1.9 ANBEFALINGER

Vi anbefaler

- en særskilt oppfølging av Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, for å bistå partene i å sikre en god samhandling og en tydeligere og mer avklart ansvars- og rolledeling.
- At direktøren, i samarbeid med de åtte virksomhetene, vurderer om det er behov for en tydeligere beskrivelse av den nye ansvars- og rolledelingen.
- å undersøke nærmere hva som er årsaken til nedgangen i avsluttede forløp 2-pasienter uten tjenester, for å forsøke å motvirke denne trenden.
- å sikre at avsluttede forløp registreres slik de skal, og fatte vedtak dersom tiltakene varer lenger enn to uker.
- å vurdere gjeldende nivåinndeling i finansieringsmodellen og satsene for hvert nivå.

2 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Stavanger kommune takker for en viktig og lærerik rapport fra forvaltningsrevisjon innen virksomhetsområdene helse- og velferdskontor og hjemmebaserte tjenester. Rapporten gir god innsikt i utvikling og status for samhandlingen mellom de som kartlegger, utreder og fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester og de som faktisk utfører tjenestene. Den gir også et godt bilde av overgangen fra innsattsstyrt finansiering (ABI) til rammefinansiering for de hjemmebaserte tjenestene, og hva dette har betydd for beslutningsprosesser, samhandling, tjenesteinnhold og budsjettstyring. Rapporten konkluderer med at den nye finansieringsmodellen fungerer langt bedre enn den gamle. Dette er også kommunedirektørens inntrykk. Høsten 2022 iverksetter kommunedirektøren en evaluering av den nye finansieringsmodellen der blant annet nivåinndelingen i modellen vil bli vurdert, i tråd med revisjonens anbefaling.

Koronapandemiens betydning

Rapporten løfter flere steder fram koronapandemiens betydning for de utviklingsprosessene som har blitt gjennomført i perioden 2020 – 2022. Kommunedirektøren finner grunn til å understreke de utfordringene pandemien har representert for helse- og omsorgstjenestene disse to årene. Prioritet nummer 1 i denne perioden har vært å redde liv og helse gjennom å begrense smitte, ivareta de som ble smittet og sørge for vaksinerings av så mange innbyggere som mulig. I perioder har ansatte på helse- og velferdskontorene jobbet fra hjemmekontor, medarbeiderne i de hjemmebaserte tjenestene har jobbet i fullt smittevernutstyr og møtevirksomhet har i hovedsak foregått på Teams, med de begrensninger det setter når nye tiltak og rutiner skal implementeres. Når man tar disse utfordringene i betraktning er det kommunedirektørens vurdering at helse- og velferdskontorene og de hjemmebaserte tjenestene har kommet imponerende langt med implementering av ny finansieringsmodell, Friere faglighet og strukturerte pasientforløp for nye brukere og brukere med nyoppståtte behov. Virksomhetene har gjennom hele omstillingsprosessen hatt tilbud om støtte og oppfølging fra staben i Helse og velferd, men smitteverntiltakene knyttet til pandemien har gjort at oppfølgingen ikke har vært like tett som den ville ha vært i en normal situasjon. Det har også vært ulik kapasitet i virksomhetene til å etterspørre oppfølging og veiledning.

Friere faglighet og nytt pasientforløp – videre arbeid

Revisjonsrapporten viser at det fortsatt er behov for avklaring av roller og ansvar knyttet til Friere faglighet, og mer opplæring av «fotfolket» når det gjelder arbeid i tråd med nye pasientforløp. Kommunedirektøren vil i samarbeid med virksomhetene utarbeide en tydeligere rolle- og ansvarsbeskrivelse enn det som finnes per i dag, og bistå lederne med å tilrettelegge for nødvendig kompetanseheving ute i virksomhetene. Som nevnt i rapporten er det under utarbeidelse pasientforløp for brukere av miljøtjenesten i de hjemmebaserte tjenestene, som bygger på de samme prinsippene som pasientforløpene for hjemmesykepleie. Forløpet skal iverksettes i løpet av høsten, og kommunedirektøren planlegger i den forbindelse et dagsseminar

for ansatte i de berørte virksomhetene for å fornye og forsterke arbeidet med Friere faglighet, dele erfaringer fra arbeidet med eksisterende pasientforløp og introdusere nytt forløp for miljøtjenesten.

Eiganes/Tasta hjemmebaserte tjenester og Byfjord helse- og velferdskontor

Eiganes og Tasta / Byfjord ble valgt som pilot for prosjekt Friere faglighet, dels fordi det åpnet seg en mulighet for å samlokalisere helse- og velferdskontoret og de hjemmebaserte tjenestene i denne kommunedelen, dels fordi man i kommunedelen har hatt en annen forbruksprofil enn i de øvrige kommunedelene. Over tid har gjennomsnittlig antall timer pr. bruker i hjemmebaserte tjenester ligget vesentlig høyere i denne kommunedelen enn i de øvrige, uten at det har vært mulig å finne klare årsakssammenhenger knyttet til demografi, helsetilstand og brukerbehov. Som pilot har helse- og velferdskontoret og de hjemmebaserte tjenestene i Eiganes/Tasta blitt fulgt tett opp gjennom hele prosjektperioden for Friere faglighet, men de forventede resultatene har likevel ikke kommet. Kommunedirektøren vil iverksette en særskilt oppfølging av disse virksomhetene for å sikre en felles forståelse av roller og ansvar i Friere faglighet, kompetanseheving knyttet til nye pasientforløp og etablering av relevante samhandlingsarenaer.

Organisering

I HØP 2021 – 2024 ble det vedtatt at kommunedirektøren skulle vurdere organisatoriske endringer for å redusere antall virksomheter i Helse og velferd. Dette gjaldt blant annet helse og velferdskontorene og de hjemmebaserte tjenestene. På grunn av pandemien har det ikke vært kapasitet til å prioritere dette arbeidet tidligere, men innsiktsarbeidet er startet opp våren 2022. Revisjonens rapport vil utgjøre en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for vurderingene som skal gjøres i dette arbeidet. Formålet med eventuelle organisatoriske endringer vil blant annet være å legge bedre til rette for samhandling mellom de som fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester og de som utfører tjenestene, og sikre større likhet i tjenestetilbudet på tvers av virksomheter og kommunedeler.

Registrering av pasientforløp

Revisjonsrapporten går grundig inn på analyse av data knyttet til registreringer av pasientforløp i fagsystemet CosDoc. Etter kommunedirektørens vurdering brukes disse dataene for noe mer enn de er verdt. Registreringer i fagsystemet knyttet til pasientforløp baserer seg på lokalt kodeverk som er lagt inn i fagsystemet, ikke på nasjonalt kodeverk av typen IPLOS eller KOSTRA. Kodeverket er utarbeidet for å «speile» det brukerrettede arbeidet på en slik måte at det er mulig å avlese resultater på gruppenivå, ikke bare på individnivå. Kodeverket har imidlertid noen svakheter og registreringspraksis kan variere over tid, og det kan derfor ikke trekkes sikre konklusjoner på grunnlag av resultatene. Det er kun trender over tid som kan avleses med en viss grad av sikkerhet. Det er imidlertid viktig å presisere at lovpålagte vedtak om helse- og omsorgstjenester fattes uavhengig av registreringer i pasientforløp. At et pasientforløp ikke er kodet som avsluttet innebærer med andre ord ikke at brukeren ikke har fått vedtak på de tjenestene han mottar. Kommunedirektøren vil som en oppfølging av revisjonsrapporten

gjennomgå registreringspraksis knyttet til pasientforløp og vurdere om det er mulig å forenkle registreringen noe, og samtidig sikre at forløpene avsluttes som de skal.

Mindre byråkrati?

Revisjonsrapporten viser at det er ulike oppfatninger av hvorvidt Friere faglighet har ført til mindre byråkrati. Kommunedirektøren finner grunn til å understreke at store deler av det som omtales som byråkrati er lovpålagte oppgaver knyttet til forsvarlig forvaltningsmessig behandling av søknader og vedtak om helse- og omsorgstjenester, og dokumentasjon av den helsehjelpen som gis av de hjemmebaserte tjenestene. Gjennom prosjekt Friere faglighet har en imidlertid klart å fjerne de såkalte endringsmeldingene og de tilhørende endringsvedtakene, og gjort vedtakene mer åpne for å kunne tilpasse tjenestene til brukerens dagsform og behov. Dermed er «papirarbeidet» redusert både for helse- og velferdskontorene og de hjemmebaserte tjenestene. Selv om registrering av data (koder) knyttet til pasientforløp har kommet inn som en ny oppgave bør dette på litt sikt være mindre tidkrevende enn arbeidet med endringsmeldinger og vedtak. Som nevnt over vil også kommunedirektøren se på muligheter for å forenkle registreringene knyttet til pasientforløp.

3 BAKGRUNN

Formålet med dette prosjektet har vært å undersøke samhandlingen mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester, i kjølvannet av ny finansieringsmodell og innføringen av Friere faglighet og mindre byråkrati.

Kontrollutvalget i Stavanger bestilte først forvaltningsrevisjonsprosjektet «Effektivisering» 30.11.2020. Formålet med prosjektet var å undersøke muligheter for effektivisering innen pleie- og omsorgssektoren. Prosjektet ble utsatt på grunn av koronapandemien og gjenopptatt tidlig i 2022.

Det ble avholdt et avklaringsmøte den syvende februar, om lag ett år etter oppstartsmøte. På møtet ble mulige innfallsvinkler for prosjektet diskutert, med utgangspunkt i nytteverdi og minst mulig belastning på en allerede presset stab ifm. prosjektgjennomføringen. To alternativer ble skissert, og vi anbefalte en forvaltningsrevisjon av samhandling mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester. Dette ble også vedtatt av kontrollutvalget 21.02.2022. I prosjektet så vi for oss følgende problemstillinger:

- Hvordan fungerer ansvarsdelingen, rolleforståelsen og samhandlingen mellom helse og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester?
 - I hvilken grad er det forskjeller mellom de ulike helse og velferdsdistriktene?
 - I hvilken grad er det forskjeller mellom den tradisjonelle hjemmesykepleien og den ambulante miljøtjenesten?

- Hvordan påvirker den nye finansieringsmodellen samhandlingen mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester?

3.1 KILDER FOR REVISJONSKRITERIENE

Prosjektet har tatt utgangspunkt i målene for «*Friere faglighet, mindre byråkrati*», (heretter kalt Friere faglighet) og bygget videre på. Vi har også tatt utgangspunkt i en PwC-rapport¹ fra 2015 om ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren og vår egen evaluering av Leve HELE LIVET fra 2019².

Sammen med den nye finansieringsmodellen utgjør dette kildene for våre revisjonskriterier. Det er likevel Friere faglighet som er den mest sentrale kilden. Revisjonskriteriene omtales i forkant av hvert kapittel.

Friere faglighet var et treårig politisk initiert prøveprosjekt som startet opp i 2017, og har vært del av omstillingsprogrammet for hjemmebaserte tjenester, som igjen var en del av Leve HELE LIVET. Friere faglighet gikk over i den ordinære driften august 2021.

Målet med Friere faglighet var å bidra til at brukerne får bedre tjenester³ ved å sikre en helhetlig tilnærming med **brukers mål** i sentrum. Dette skulle man få til ved å gi **et større rom for utførers faglige vurderinger**, større fleksibilitet, og **forenkling av saksbehandlingsarbeidet** knyttet til tildeling og endring av tjenestene⁴.

En forutsetning for å nå prosjekts mål var å utvikle og forbedre **samhandlingen** mellom hjemmesykepleien og helse- og velferdskontoret. Overgang til budsjettfinansiering for hjemmebaserte tjenester gjorde det nødvendig å utvikle en ny samhandlingsstruktur.

¹ *Ressursbruk i pleie og omsorgssektoren - Betydningen av organisering, ledelse og kultur*, PWC, KS Storbynettverk, juni 2015

² [Kvalitet i eldreomsorg, Stavanger kommune, mai 2019](#)

³ I prosjektet vurderer vi ikke om tjenestene er blitt bedre. Grunnen til dette er at det ville blitt svært vanskelig å måle. Det er flere grunner til dette. For det første er det vanskelig å finne en god målestokk eller startpunkt for før-situasjonen. For det andre er det vanskelig å si om en eventuell bedring av tjenestene skyldes Friere faglighet eller om det skyldes helt andre forhold. Det vi i stedet gjør er å måle bestanddelene, altså det som skal lede til bedre tjenester, dvs. faglig frihet, mindre byråkrati og bedre samhandling.

⁴ Sluttrapport - Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

3.2 SENTRALE BEGREPER

Samhandling og samarbeid er begreper som brukes om hverandre og betyr noe av det samme; å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave hvor alle parter har et ansvar for å nå et felles mål⁵. Det er likevel nyanser mellom dem, som handler om graden av forpliktelse og deltakelse mellom aktørene som arbeider sammen. Personer kan samarbeide, uten at det trenger å være noen form for samhandling. Mens samarbeid beskriver hvordan den enkelte arbeider med sin del av oppgaven for å nå et mål, er samhandling et mer abstrakt begrep, som også rommer det relasjonelle og prosessuelle som foregår mellom personer som samarbeider underveis. Samhandling inkluderer altså gjensidig relasjonell deltakelse og engasjementet i dialogen mellom de som samarbeider for å oppnå et felles mål.

Samhandling mellom ulike, men likeverdige partnere med komplementære ferdigheter og erfaringer, anses som nødvendig for å løse komplekse problemstillinger: «*Når to eller flere partnere møtes for å arbeide i fellesskap med å løse og oppnå bedre resultat, vil de bringe med seg sin ekspertise, sine behov og erfaringer*⁶».

Med Friere faglighet ønsker kommunen å flate ut strukturer, satse mer på tillitsbasert faglighet, og flette sammen roller og oppgaver som ble splittet opp med målstyringsparadigmet og ABI-modellen. Dette bryter med den gamle bestiller-utfører-modellen som hadde et skarpt skille mellom bestiller og utfører, der partene hadde en klar rolle- og oppgavedeling. Den nye modellen er en langt mer desentralisert samarbeidsmodell, der det faglige står sentralt. Dette skiftet skal også den nye finansieringsmodellen bygge opp under.

Men heller ikke en slik modell er uten fallgruver. En risiko med Friere faglighet er uklare roller og uklare ansvarsforhold. Dette kan igjen føre til samhandlingsbyråkrati, dvs. det blir mer møter og økt behov for avklaringer, fordi mer flyter.

3.3 KORT OM AVGRENSNING OG METODE

Oppmerksomheten i prosjektet er rettet mot samhandling, ansvars- og rolledeling mellom helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte tjenester.

Datagrunnlaget består av en rekke nøkkeltallsanalyser, dokumentgjennomganger og intervjuer. Vi har til sammen intervjuet 71 personer, hvorav 63 ledere og ansatte ved fire HVKer og hjemmebaserte tjenester. Vi gjennomførte også deltakende observasjon. Foreløpige funn ble deretter presentert for direktør, kommunalsjef, rådgivere og ledere for hver av de åtte

⁵ [Samhandling \(helseinnovasjonssenteret.no\)](https://helseinnovasjonssenteret.no)

⁶ [Samhandling \(helseinnovasjonssenteret.no\)](https://helseinnovasjonssenteret.no)

virksomhetene, som har gitt sine synspunkter på funnene. En grundigere gjengivelse av datagrunnlaget finnes i [vedleggsdelen](#). Vi vil rette en stor takk til alle som har bidratt i prosjektet med å dele kunnskaper, synspunkter, dokumenter og tall.

Organisering av rapport. Vi starter med å ta opp tråden fra forvaltningsrevisjonen av Leve HELE LIVET fra 2019 og ser nærmere på hvordan det står til med det mestringsrettede arbeidet kommunen⁷. Vi presenterer dessuten den nye finansieringsmodellen og den nye overordnede organiseringen og ansvarsdelingen mellom helse og velferdskontorene (HVker) og hjemmebaserte tjenester. Deretter undersøker vi hvordan implementeringen av det politisk initierte prosjektet *Friere faglighet og mindre byråkrati* har vært (heretter kalt *Friere faglighet*). I de neste delene tar vi for oss samhandling, ansvarsdeling og rolleforståelse. Her ser vi blant annet på om fagligheten er blitt friere, slik intensjonen var. Vi har viet et eget kapittel til miljøterapeutisk enhet. Dette er også en avdeling innenfor hjemmebaserte, men har noen karaktertrekk og utfordringer som er særskilte for dem. Vi dykker dessuten ned i et knippe vedtak om hjemmesykepleie og miljøtjenester. Dette gjør vi blant annet for å undersøke hvordan de nye ambisjonene kommer til uttrykk i vedtakene. I rapportens siste kapittel spør vi om ny finansieringsmodell og *Friere faglighet* har ført til mindre byråkrati, slik intensjonen var.

4 HVERDAGSREHABILITERING OG HVERDAGSMESTRING

4.1 FØRINGER

I evalueringen av Leve HELE Livet (2019) så vi nærmere på hva Stavanger kommune hadde gjort for at eldre og syke kunne bo hjemme og klare seg best mulig. Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring var to sentrale variabler i dette arbeidet, og vi så nærmere på hvor stor andel brukere som mottok hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Hverdagsrehabilitering (HRH) handler om tidlig innsats, dvs. å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. HRH innebærer å gi et skreddersydd «ytelsessjokk» i form av fysisk trening eller opplæring. HRH-teamet er organisert som en egen avdeling under Madla og Tjensvoll hjemmebaserte tjenester. **Hverdagsmestring** går ut på at hjemmesykepleien gir brukere opplæring (opplæringstiltak) til å mestre flere hverdagsaktiviteter. Dette virkemidlet stod sentralt i den andre versjonen av Leve HELE LIVET-satsingen. I Stavanger er ikke bare hverdagsmestring en grunnholdning i tjenesten, men er også skilt ut som en egen vedtaksform (opplæringstiltak).

⁷ Finnøy og Rennesøy helse- og omsorgssenter er ikke med i denne gjennomgangen, ettersom de ikke har erfaringer med den gamle ABI-modellen og hvordan ting var i Stavanger kommune før.

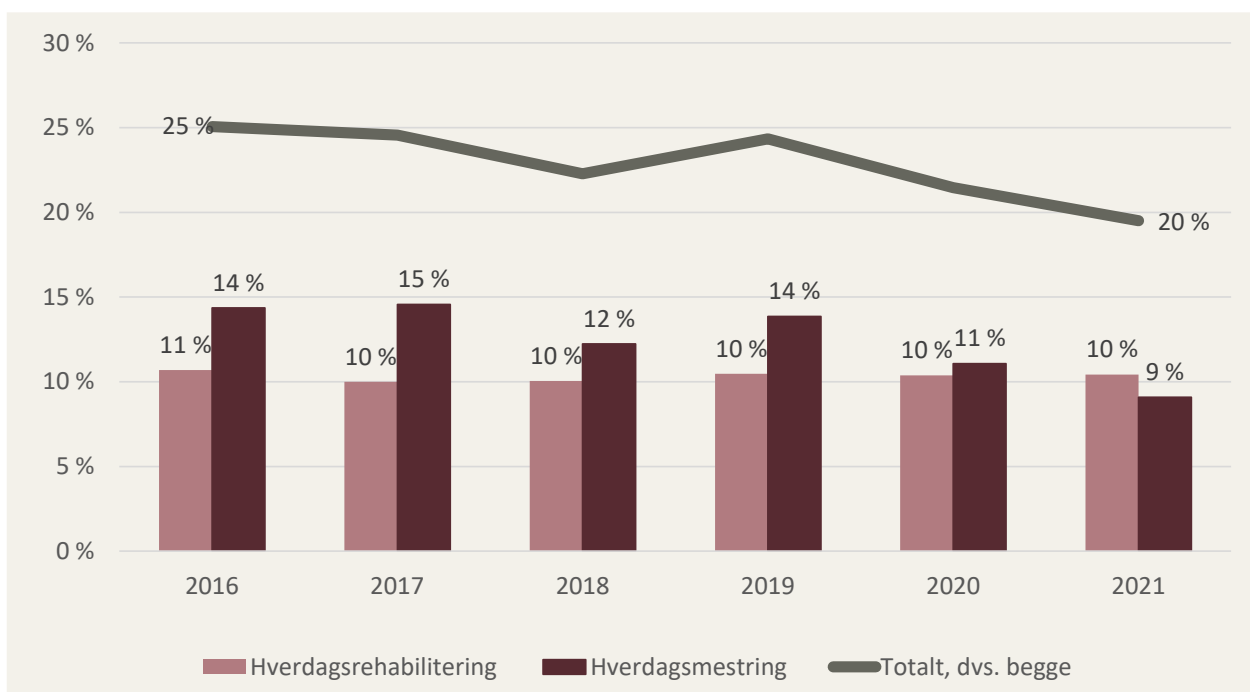
Revisjonskriteriet her er en av de vedtatte anbefalingene fra evalueringen av Leve HELE LIVET.

- Kommunen bør øke bruken av hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak og utjevne forskjellene mellom distriktene

4.2 FÆRRE MED OPPLÆRINGSVEDTAK

Tallene under er en utvidelse av datasettet fra forrige prosjekt. I forrige rapport stoppet analysen i 2018, mens nå utvides den med tall de tre påfølgende årene.

Figur 1 Andel brukere med hverdagsrehabilitering og opplæringsvedtak⁸



Kilde: Stavanger kommune

Andelen brukere med hverdagsrehabilitering er nokså stabil, mens andelen brukere med opplæringsvedtak går ned. Det er i all hovedsak nedgangen her som gjør at den totale andelen vedtak med mestringsrettede tiltaksvalg går ned.

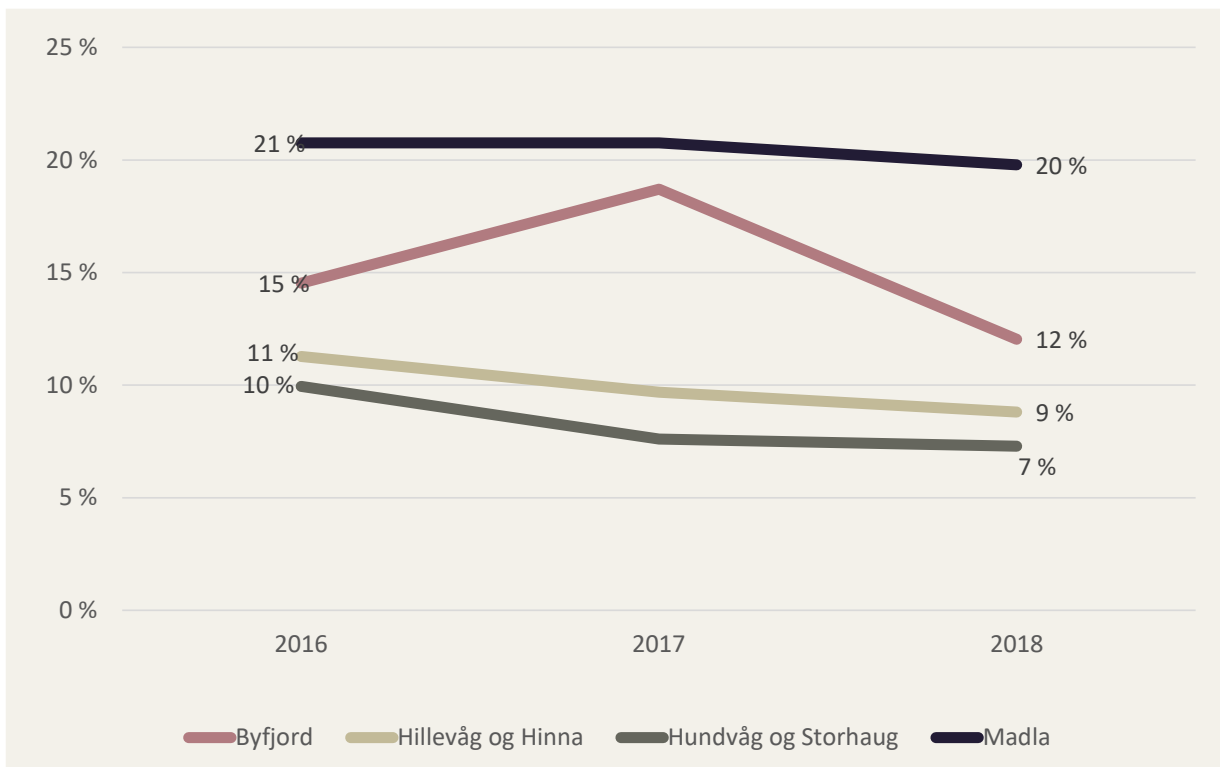
⁸ Dette forholdstallet er beregnet slik: Antall iverksatte hverdagsrehabiliteringsvedtak og antall brukere med opplæringsvedtak delt på det totale antallet iverksatte tjenester om pleie i hjemmet i kommunen.

Flere av de intervjuede mener at nedgangen ikke er reell, men at det skyldes endring av registreringspraksis, etter innføring av pasientforløpene (se under). Mens distriktene tidligere ble målt på antall brukere med opplæringsvedtak, blir de nå målt på antall brukere med pasientforløp. I tillegg pekes det på at det har vært endringer i vedtaksmalen ifm. Friere faglighet, og at man ikke har gjort en god nok ryddejobb i forbindelse med begrepene i vedtakene og tiltaksvalg. De intervjuede hevder at oppmerksomheten omkring egenmestring ikke er mindre, snarere tvert imot, men at det slurves litt med registreringen, ettersom den største delen av oppmerksomheten er rettet mot pasientforløp.

4.3 FORSKJELLER MELLOM DISTRIKTENE

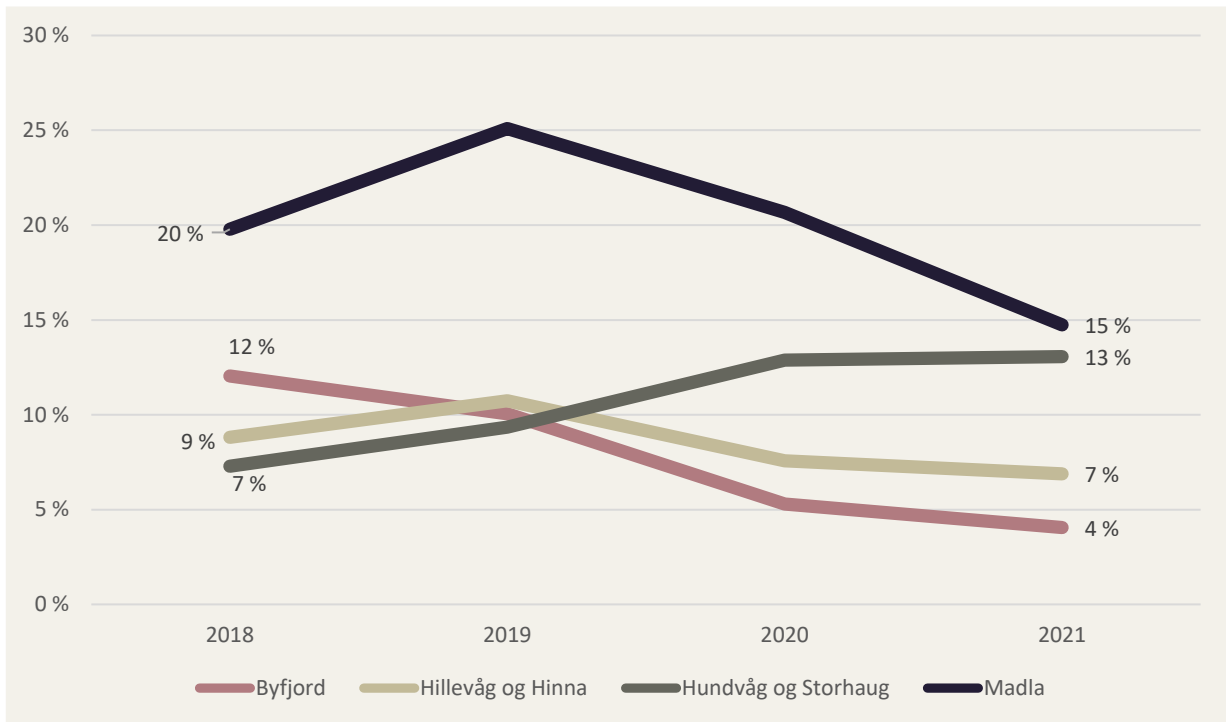
I de to figurene under ser vi nærmere på hvordan forekomsten av opplæringsvedtak har utviklet seg i de ulike distriktene. Den første figuren viser bildet, slik det så ut når vi evaluerte Leve HELE LIVET, dvs. fra 2016 til 2018. Den andre figuren viser utviklingen fra 2018 til 2021.

Figur 2 Andel brukere med opplæringsvedtak ved de fire HVKene fra 2016-2018



Figur 3 Andel brukere med opplæringsvedtak ved de fire HVKene fra 2018-2021⁹

⁹ Fra og med 2020 er tjenestemottakere fra gamle Finnøy og Rennesøy kommune inkludert i tallene. Dette gjelder også for de påfølgende figurene.



Trenden i tre av distriktene er at andelen med opplæringsvedtak går ned etter toppåret 2019. Dette gjelder ikke Hundvåg og Storhaug, der vi ser en markant økning.

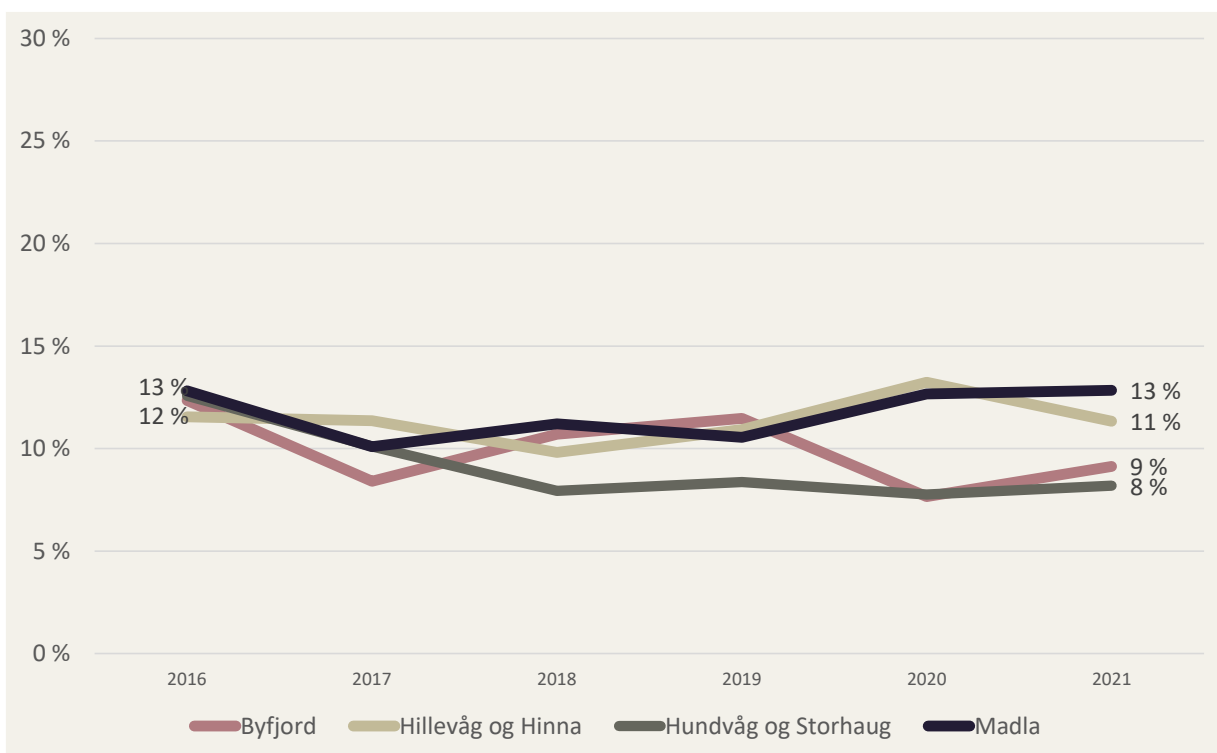
Evalueringen av Leve HELE LIVET viste at Madla hadde en langt høyere andel brukere med opplæringsvedtak enn de tre andre distriktene. Hundvåg og Storhaug hadde den laveste andelen. Vi ser at bildet har endret seg nå. Madla har fremdeles den høyeste andelen brukere med opplæringsvedtak, men vi ser samtidig at Hundvåg og Storhaug har hatt en kraftig vekst i brukere med opplæringsvedtak, til tross for endrede arbeidsbetingelser som følge av koronapandemien. Vi ser også at det er en markant nedgang i de to andre distriktene, spesielt Byfjord, som har hatt en svært en kraftig nedgang.

Dette kan tyde på at oppmerksomheten rettet mot mestringsrettede tiltak er nokså ulik i distriktene. Men det kan også skyldes at behovene er ulike eller at registreringspraksisen er ulik.

I intervjuene pekes det på at hverdagsmestringsarbeidet har «lidd under koronaen», og at man var bedre på dette for noen år siden. En av de intervjuede ved hjemmebaserte tjenester i det ene distriktet sa det slik: «Det glipper litt mer nå. Det er i alle fall min opplevelse.» I et annet hjemmetjenestedistrikt mente de at utfordringen var todelt: «Noen ansatte har et ønske om å hjelpe og gjøre mest mulig for brukeren. De klarer ikke å jobbe med hendene på ryggen. Det andre er tidsfaktoren. Det er ikke alltid lett å jobbe på denne måten i en travel hverdag». Dette var også faktorer som ble løftet frem i evalueringen av Leve HELE LIVET.

I figuren under ser vi på andelen brukere med hverdagsrehabilitering, fordelt på de fire distriktene.

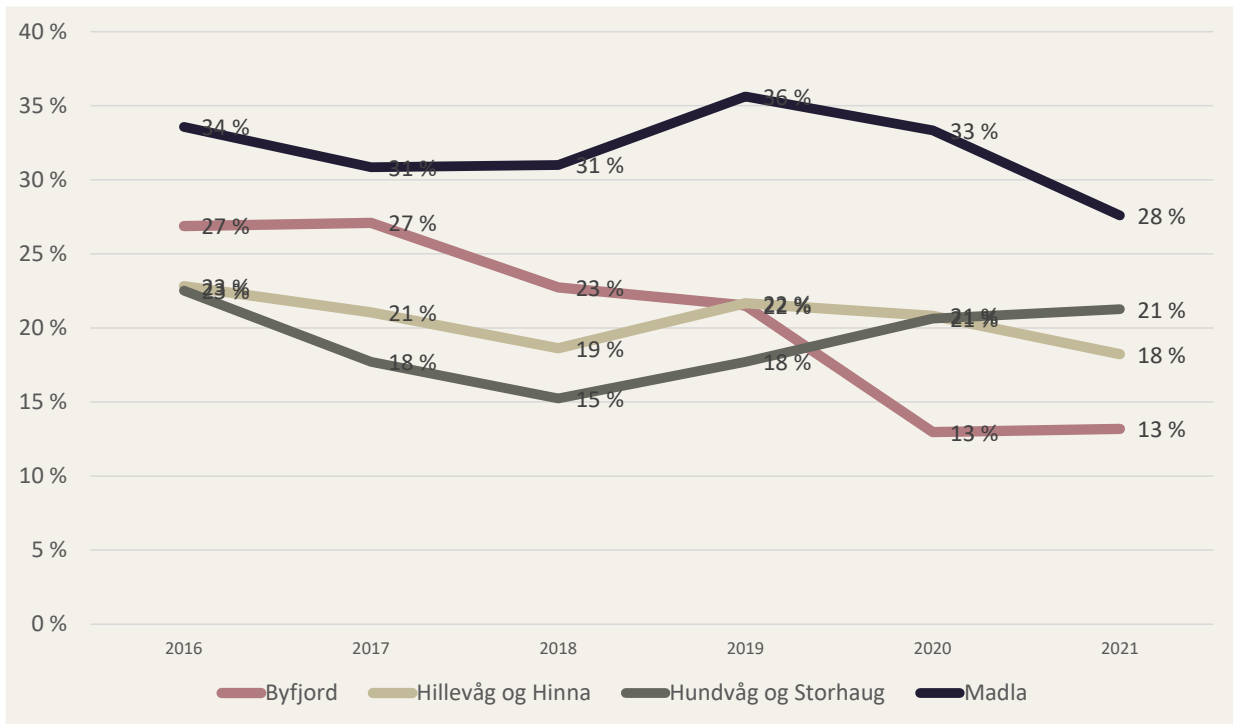
Figur 4 Andel brukere med hverdagsrehabilitering (HRH), fordelt på de fire distriktene



Kilde: Stavanger kommune

Som i 2019 ser vi at forskjellene mellom distriktene er mindre mht. andelen brukere med hverdagsrehabilitering, men det er en tendens at forskjellene mellom distriktene øker.

Figur 5 Andel brukere med HRH og opplæringsvedtak, fordelt på de fire distriktene



Kilde: Stavanger kommune

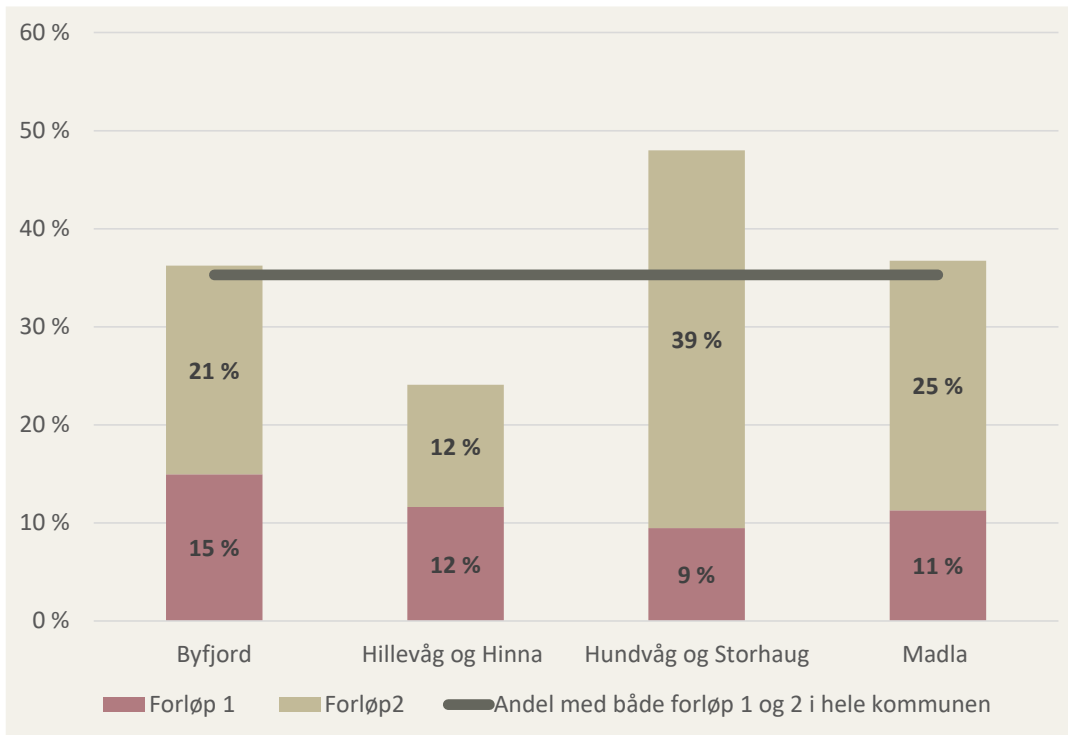
Pasientforløp ble innført i hele kommunen i oktober 2020. Alle nye brukere og brukere med nye behov skal nå inn i et pasientforløp. Pasientforløp er en tidsavgrenset oppfølging av bruker, hvor målrettede tiltak iverksettes. Forløp 1 benyttes når det forventes at pasienten vil mestre aktiviteten i løpet av to uker. Forløp 2 benyttes når det forventes at pasienten vil kunne bli mest mulig selvstendig innen to måneder.

I 2021 var 35 prosent av mottakerne av hjemmesykepleie i et pasientforløp, og 48 prosent av disse igjen ble avsluttet uten å ha behov for mer tjenester. Det betyr at 17 prosent av mottakerne av hjemmesykepleie er blitt helt selvhjulpne etter å ha gjennomført et pasientforløp¹⁰.

Figur 6 Andel pasienter med pasientforløp 1 og 2 og totalt i 2021¹¹

¹⁰ I alle disse tilfellene er antall hjemmesykepleietjenester totalt i 2021 nevner. Mens teller er antall og avsluttede i pasientforløp 1 eller to, i tidsrommet februar 2021 til januar 2022. Ettersom statistikken ble ført fra februar 2021 og utover, er også januar 2022 med i tallene. Dette for å ha et tallgrunnlag for til sammen 12 måneder. Etter vår vurdering vil dette gi det mest presise bildet.

¹¹ Dette forholdstallet er beregnet slik: Antall forløp 1 og 2 delt på det totale antallet iverksatte tjenester om pleie i hjemmet i kommunen. Ettersom statistikken ble ført fra februar 2021 og utover, er også januar 2022 med i tallene. Dette for å ha et tallgrunnlag for til sammen 12 måneder. Etter vår vurdering vil dette gi det mest presise bildet.



Kilde: Stavanger kommune

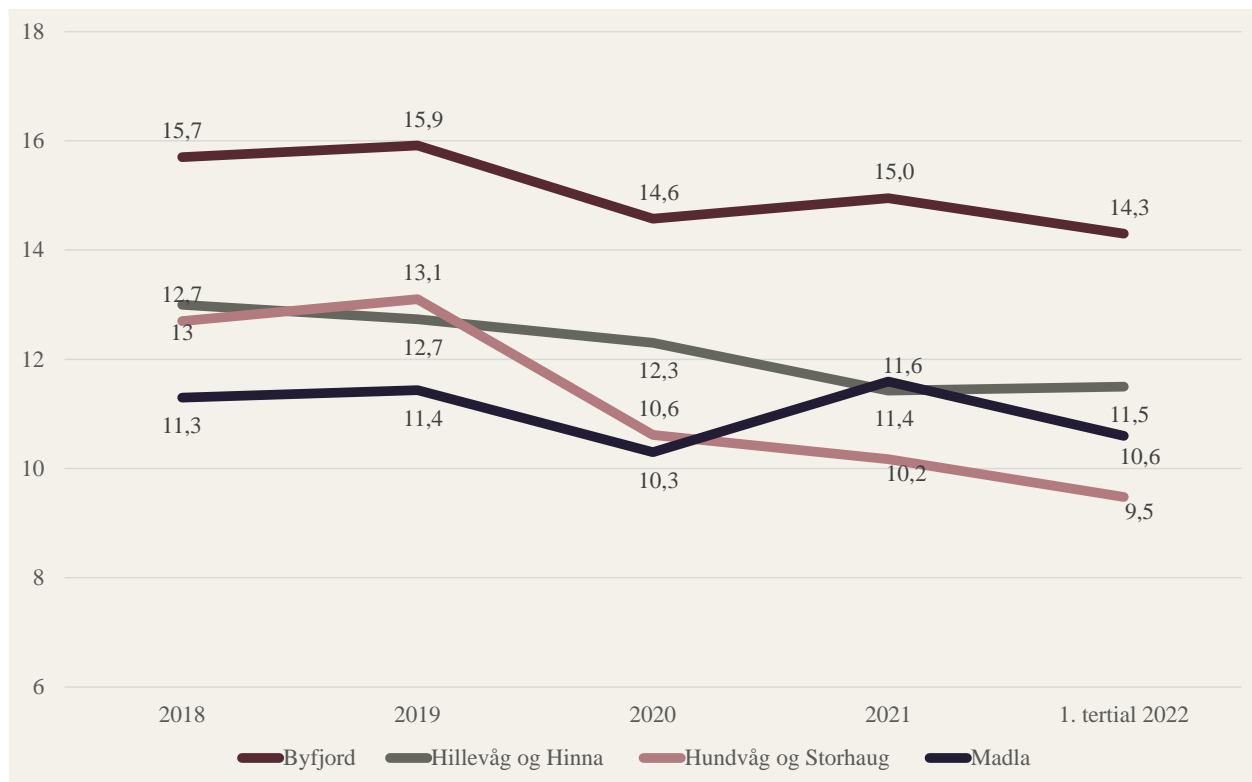
Hovedbildet er at Hundvåg og Storhaug har den klart største andelen forløpspasienter, mens Hillevåg og Hinna har lavest. Samtidig ser vi at det først og fremst er andelen forløp-2-pasienter Hundvåg og Storhaug har flest av. De har samtidig den laveste andelen forløp 1-brukere av distriktene¹².

¹² Kommunen ønsker at alle nye brukere eller brukere med behov som primært knyttes til somatikk skal kodes med forløp 1, 2 eller 3 (ikke med her). I tillegg til denne kodingen registreres det helse- og omsorgstjenester i journalsystemet. De som har behov for tjenester mindre enn 14 dager, har stort sett ikke behov for andre tjenester enn hjemmesykepleie. De som har behov for tjenester lengre enn 14 dager, kan i større grad ha behov for en kombinasjon av ulike helse- og omsorgstjenester som registreres og rapporteres i journalsystemet. Noen trenger gjerne både hjemmesykepleie, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi for å kunne klare seg uten tjenester. Forløp 2 er derfor ofte en mer sammensatt gruppe av ulike tjenester. Samtidig får vi opplyst at praksisen knyttet til bruk av pasientforløpskodene varierer, men at man jobber for å bedre kvaliteten på registreringene.

Det er relativt stor forskjell på andelen brukere i forløp og andelen brukere som mottar hverdagsrehabilitering og som har opplæringsvedtak. Andelen med forløp er langt større. Det er flere forklaringer på dette. For det første fattes det ikke vedtak for brukere i forløp 1. Derfor går det heller ikke an å sammenligne disse brukerne med de som mottar opplæringsvedtak. For det andre er Forløp 2-pasientene en litt mer sammenlignbar kategori enn de som mottar opplæringsvedtak og hverdagsrehabilitering. Forløp to inneholder sykepleierklinikk, velferdsteknologi og fysio og ergo – i tillegg til hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Dette betyr samtidig at andelen i forløp 2-brukere bør være større enn andelen pasienter med opplæringsvedtak og hverdagsrehabilitering. Dette stemmer både for Hundvåg og Storhaug og Byfjord. Men for både Madla og Hillevåg og Hinna er andelen forløp-2-brukere lavere enn andelen med HRH og hverdagsmestring, selv om det i utgangspunktet ikke skulle gå an. Gjennomgangen vår tyder på at dette skyldes at de ikke har vært konsekvente med å sette inn velferdsteknologi, fysio og ergo og hverdagsrehabilitering inn i et forløp, slik de skal.

Helt til slutt i denne tallgjennomgangen ser vi på det gjennomsnittlige antallet timer per bruker per måned per HVK.

Figur 7 Gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie, per bruker per måned per HVK



Kilde: Stavanger kommune

Hovedbildet er at antallet timer per bruker går ned, og at Byfjord har et langt høyere gjennomsnitt enn de tre andre distriktene. Fra 2015 og frem til 2020 har Madla hatt det laveste gjennomsnittlige antallet timer per bruker, men dette bildet har endret seg de to siste årene. Hundvåg og Storhaug har nå det laveste gjennomsnittlige timetallet per bruker, og har også hatt den sterkeste reduksjonen de siste fem årene.

4.4 FOR MYE TJENESTER?

Byfjord HVK har de siste årene gitt mest vedtakstimer per bruker, og vi får opplyst at dette har vært en trend lenge. Gjennomsnittsbrukeren på Eiganes og Tasta har i 2021 og første tertial 2022 fått nesten 50 prosent flere vedtakstimer enn gjennomsnittsbrukeren på Hundvåg og Storhaug, som har det laveste timetallet. Fra hjemmebaserte tjenester pekes det på at de er opptatt av at de ikke skal gi mer tjenester enn nødvendig, og at de jobber mye med dette, «uten at vi får til de helt store resultatene. Men det har vært litt nedgang den siste tiden.»

Ved Eiganes og Tasta hjemmebaserte spør man seg om man legger seg på rett nivå. De forteller at de har erfaring med at samme bruker har hatt langt færre timer ved Hundvåg og Storhaug

helse- og velferdsdistrikt enn de får ved Eiganes og Tasta: «*Hvorfor er det så stor forskjell? (...) Det er noe som ikke stemmer*». De forteller at de jobber med å snu måten de jobber på og forsøker å jobbe mer målrettet.

Fra hjemmebaserte tjenester pekes det på at det er viktig å få til en bedre samhandling med HVKet, både i enkeltsaker og på et mer overordnet nivå (mer om dette senere i rapporten). De forteller at det var mer samhandling før, og en tett og god samhandling «*er nødvendig for at vi skal kunne redusere tjenestene. Da må vi være på*». De mener at det er vanskeligere å få til beslutningspunktene i forløpene ([se under](#)) når man ikke har treffpunkter og «*alt ansvaret er delegert til oss*».

Fra flere distrikter pekes det på at de undrer seg over at de har vedtak som kun innebærer tilsyn: «*Dersom det er konkrete tiltak, er det ok, men noen ganger er ikke bestillingene konkrete*». Fra et av distriktene pekes det på at de har fått i oppdrag å føre tilsyn ifm. ernæring, som innebærer at de ser på at bruker spiser, at de får en times oppfølging av brukere med angst.

Fra et annet distrikt sa de det slik: «*Vi får bestillinger på tilsyn, men vi gir ikke noe som heter tilsyn. Det er ikke nødvendig helsehjelp. Men vi er dårlige på nettbrett, vi har ikke så mange per dags dato*».

Ved et tredje distrikt peker de på at de har mer tilsyn i den ene sone enn den andre: «*Vi skulle egentlig slutte med det, dette skulle dekkes av trygghetsalarmen. Men noen har tilsyn flere ganger til dagen, over lang tid. De er redde for å gi slipp*». Det pekes på at man ikke klarer å avslutte fordi fagkonsulent og primærkontakt opplever et sterkt press fra pårørende og brukere.

Fra helse- og velferdskontorene mener de at tilsyn av og til er riktig og viktig: *Hjemmebaserte er ikke så glade i det, de mener tilsynet bør ha en funksjon.*

Det vises også til andre type oppdrag man mener ikke burde vært hjemmebaserte tjenester sin oppgave (hjemmesykepleien får i oppdrag å følge opp mann i sorg, miljøtjenesten får i oppdrag å vekke barn med skolevegring når moren er hjemme).

Både HVKene og hjemmebaserte peker på at det kan være vanskelig å vite om man skal avslutte tjenestene helt for enkelte brukere: *Vi tenker gjerne at de burde ha forutsetninger for å klare noe, men det er noe der, vi blir ikke ferdige.* Og noen ganger ønsker fagkonsulentene at de skal være inne hos bruker litt til. Representanten fra den ene miljøtjenesten sa det slik: *De (HVKet) sier: Det er greit å gå der litt til. Det er ukens høydepunkt når du kommer. Men hva er målet? Hva vil de jobbe med?»*

Intervjuene tyder også på at det noen ganger blir diskusjoner mellom hjemmebaserte og HVKer om hvorvidt en del av miljøtjenestene skal være betalingstjenester. Det har også vært et eget kontaktmøte om dette, med representanter fra helse- og velferdsdirektøren. Kommunen har ikke adgang til å kreve egenbetaling for hjemmesykepleie og til personlig stell og egenomsorg, men kan kreve egenbetaling for praktisk bistand og opplæring. Kommunen har også adgang til å kreve

egenandel for hjelp gitt av lege og fysioterapeut ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester.¹³

Intervjuene tyder imidlertid på at det ikke alltid er helt uproblematisk å benytte seg av denne adgangen. Hjemmebaserte tjenester ved det ene distriktet peker på at en del syke brukere bor i «forferdelige forhold», men vil verken betale for hjemmehjelp og vil heller ikke lære seg å gjøre dette selv.

Fra HVKet ved et annet distrikt pekes det på at hjemmebaserte tjenester har større innflytelse på hva som er deres oppgaver nå enn tidligere, og de mener at flere av miljøtjenestene som ytes skal over på betalingstjenester. Fra HVKet pekes det på at dette vil kunne ha en negativ effekt for både bruker og kommune. De forteller at deres pårørende bistår med oppfølgingen, og at det er «denne typen småting som gjør at de fortsetter å stå i det.»

4.5 VURDERING

Andelen brukere som mottar hverdagsrehabilitering har ligget stabilt siden evalueringen av Leve HELE LIVET i 2019, mens vi ser en nedgang i brukere med opplæringsvedtak. Intervjuene tyder ikke på at koronapandemien er en sentral forklaringsfaktor her.

Flere hevder derimot at nedgangen ikke er reell, men at det skyldes en endring av registreringspraksis, etter innføring av pasientforløpene (se under). De intervjuede mener at oppmerksomheten omkring egenmestring ikke er mindre, snarere tvert imot, men at det slurves litt med registreringen. Hovedårsaken til dette ser ut til å være at oppmerksomheten nå er rettet mot pasientforløp, og at det er dette helse- og velferdsdistriktene rapporterer på hver måned.

Vi er likevel usikre på hvordan den endrede registreringspraksis faktisk slår ut i tallmaterialet. Det er store forskjeller mellom distriktene, og det er usikkert om nedgangen utelukkende er et produkt av endret registreringspraksis. I så måte er det interessant Hundvåg og Storhaug beveger seg mot trenden i de tre andre distriktene, og viser en sterk oppgang i bruk av opplæringsvedtak.

¹³ Kilder: Svar til faktagrunnlaget ifm. høringsrunden.

Eksempler på omsorgstjenester hvor kommunen har adgang til å kreve egenbetaling: Hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet/husholdningen, f.eks. innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig mv. Opplæring i dagliglivets gjøremål, med formål å gjøre bruker mest mulig selvhjulpen i dagliglivet, eks. trening matlaging, trening innkjøp, trening personlig økonomi. **Et viktig unntak her er:** Bistand og opplæring til personlig stell og omsorg: Hjelp til å stå opp og legge seg, Hjelp til personlig hygiene, Hjelp til toalettbesøk, Hjelp til å kle av og på seg, Hjelp til å spise, Nødvendig tilsyn, Tilsvarende grunnleggende behov

Pasientforløp ble innført i hele kommunen oktober 2020. Alle brukere med nye behov skal nå inn i et tidsavgrenset og mestringsrettet pasientforløp. Bakgrunnen for innføringen av pasientforløpene var funnene i vår evaluering av Leve HELE livet fra 2019, som viste at flere kunne nyttiggjøre seg av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. I kommunen er i dag oppmerksomheten rettet mot pasientforløpene, og bort fra opplæringsvedtakene.

I 2021 var 35 prosent av mottakerne av hjemmesykepleie i et pasientforløp. Men det er relativt store forskjeller mellom distriktene. Også her skyldes noe av forskjellene feilregistreringer, selv om det er vanskelig å fastslå hvor store utslag dette gir.

Evalueringen av Leve HELE LIVET viste at det var Madla og Tjensvoll som hadde kommet lengst med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, og at dette for en stor del skyldtes en god forankring av hverdagsmestringsperspektivet i distriktet, samt en god samhandlingsstruktur og en god samhandlingskultur. Madla og Tjensvoll scorer fremdeles meget bra på en rekke indikatorer, men det som er mest iøynefallende er utviklingen til Hundvåg og Storhaug velferdsdistrikt.

Hundvåg og Storhaug var det distriktet som hadde lavest andel brukere med hverdagsmestring i 2018. Andelen har nesten fordoblet seg i 2021, og utviklingen i distriktet beveger seg mot trenden i de andre distriktene, som viser en nedgang i andelen brukere med opplæringsvedtak. I tillegg har Storhaug og Hundvåg den desidert høyeste andelen forløpsspasienter i 2021 (tidsavgrensede forløp for å oppnå mest mulig egenmestring, se under). Parallelt med dette går ressursinnsatsen per bruker ned.

Eiganes og Tasta velferdsdistrikt har den desidert høyeste ressursinnsatsen per bruker og andelen brukere med opplæringsvedtak er kraftig redusert. Gjennomgangen tyder også på betydelige samhandlingsutfordringer mellom Byfjord HVK og Eiganes og Tasta hjemmetjenestedistrikt ([se under](#)). Det er selvfølgelig vanskelig å si noe sikkert om hvilken innvirkning dette har på ressursinnsatsen per bruker, ettersom det er også flere andre faktorer som kan forklare denne. Ulikheter i brukerbehov ser ut til å være en viktig forklaring på forskjellene mellom distriktene. Eksempelvis har Tasta og Eiganes en større andel brukere med relativt store tjenestebehov ([se under](#)).

Men brukernes behov er ikke en gitt størrelse. Behovene lar seg påvirke av det enkelte distrikts evne og vilje til å jobbe mestringsrettet. Hjemmebaserte ved Eiganes og Tasta mener selv at tett og god samhandling med HVK er nødvendig for at de sammen skal kunne jobbe målrettet og redusere tjenestene i tråd med behovet.

Gjennomgangen tyder på at god og brukerrettet samhandling mellom HVKene og hjemmebaserte gir bedre forutsetninger for kunne å jobbe målrettet med den enkelte bruker. I så måte er det et interessant sammenfall at Madla og Hundvåg og Storhaug, som er gode på samhandling ([se under](#)), har lav ressursinnsats per bruker, mens Tasta og Eiganes, som sliter med samhandlingen, har høy ressursinnsats.

For å oppsummere: Oppmerksomheten omkring egenmestring ser fortsatt ut til å være høy, men tallene er litt vanskelige å tolke. Det er fortsatt betydelige forskjeller mellom bydelene. Dette skyldes forskjeller i brukerbehov, men det skyldes også forskjeller i hvordan samhandlingen fungerer. God og brukerrettet samhandling mellom HVKene og hjemmebaserte, gir bedre forutsetninger for kunne å jobbe målrettet med den enkelte bruker.

5 OVERORDNET ORGANISERING OG ANSVARSDELING

5.1 FØRING

Et sentralt mål for kommunen er å etablere en samhandlingskultur der helse og velferdskontoret og hjemmebaserte tjenester samles om felles mål, oppgaveforståelse og tilnærming.¹⁴

Vi utleder følgende revisjonskriterium:

- Den nye overordnede organiseringen og ansvarsdelingen skaper tydelige rammebetingelser for oppgaveløsning og samhandling

5.2 KORT OM ORGANISERING OG ANSVARSDELING

Det er fire helse- og velferdskontor (HVK) og fire hjemmebaserte tjenester. HVKene er organisert under kommunalsjef for helse- og sosialtjenester, mens hjemmetjenestene er organisert under kommunalsjef for helse og omsorg ([se vedlegg](#)).

I Stavanger er det helse- og velferdskontorene som fatter vedtak og tildeler tjenester, mens hjemmebaserte tjenester utfører de tjenestene som tildeles. Under den gamle ABI-modellen hadde helse og velferdskontorene både det forvaltningsmessige og budsjettmessige ansvaret. Hjemmebaserte tjenester fikk sine inntekter på bakgrunn av antall bruker og den enkelte brukers pleiebehov. Jo flere brukere og større behov, desto større inntekter.

I den gjeldende finansieringsmodellen er vedtaksmyndighet lagt til helse- og velferdskontoret og budsjettansvaret lagt til hjemmebaserte tjenester. I dag finansieres størstedelen av aktiviteten i hjemmebaserte tjenester som en budsjettildeling, ikke som ABI-inntekter som tidligere. Det er

¹⁴ Sluttrapport- Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

fremdeles HVKene som fatter vedtakene, men de faglige vurderingene skal i større grad gjøres i tett samarbeid mellom HVKene og hjemmebaserte tjenester.

Vi går nærmere inn på forskjellene mellom den gamle og nye finansieringsmodellen i neste kapittel.

5.3 SYNSPUNKTER PÅ ORGANISERING OG ANSVARSDELING

Hovedinntrykket er at de fleste opplever at den nye organiseringen og ansvarsdelingen fungerer bedre enn før. Ledelsen ved det ene helse- og velferdskontoret sa det slik: *Vi tar ansvar sammen, det er positivt. Det er ingen lenger som kan si, dette er ikke mitt bord, dette er ikke min jobb.*

Ansatte og ledere ved de hjemmebaserte tjenestene gir uttrykk for at ny finansieringsmodell og Friere faglighet ført til en større likeverdighet mellom dem og HVKene ifm med de faglige diskusjonene. Fra hjemmebaserte tjenester pekes det på at det var HVKene som bestemte før, og at de følte seg underlegne, men at har jobbet opp et bedre forhold og blitt likeverdige partnere nå: *«De hører mer på våre innspill, det setter vi pris på».* Ved en annen virksomhet sa de det slik: *Det er en respekt og anerkjennelse for at det er vi som sitter på pengesekken, mens de har vedtaksmyndighet. Det er mer likeverd. Faget er hele tiden i fokus nå, det handler ikke om penger, selv om vi ikke glemmer pengene. Men vi skulle ønske vi var tettere på hverandre».*

5.4 NY ORGANISERING I ANMARSJ

Stavanger kommune har i all hovedsak hatt den samme organiseringen av helse- og velferdsdistriktene siden 2001¹⁵.

Ifølge HØP-en for 2021-2024 vil kommunedirektøren vurdere organisatoriske endringer som kan redusere antall virksomheter i Helse og velferd og styrke og effektivisere tjenestene. Men på grunn av pandemien har dette prosjektet blitt utsatt flere ganger¹⁶. I skrivende stund er oppmerksomheten rettet mot flyktningestrømmen fra Ukraina. Derfor vet ikke kommunaldirektøren per mars 2022 når kommunen kan starte opp dette arbeidet.

Samlingen av kommunens bofellesskap i 2017, avvikling av bestiller-utførermodellen for helse- og omsorgstjenestene og prosjektet Friere faglighet og mindre byråkrati har hatt en rekke positive

¹⁵ Opplyst i epost fra Kommunaldirektør, 16.03.22. Presisering i høringsvar: I 2001 var det 8 helse- og sosialkontor og 12 hjemmebaserte tjenester.

¹⁶ Opplyst i epost fra Kommunaldirektør, 16.03.22.

effekter: «Et likere tilbud for brukerne, økt kapasitetsutnyttelse, et styrket fagmiljø og forenkling av forvaltningsoppgaver.»

Det pekes på at erfaringene fra disse omstillingsprosessene vil være relevante for vurderingene av andre omorganiseringer.

Omorganiseringsprosjektet skal vurdere og foreslå en ny organisering av de fire helse- og velferdskontorene og de fire hjemmebaserte tjenestene som er lokalisert i «gamle» Stavanger, og de to hjemmebaserte tjenestene som er avdelinger under sykehjemmene på Rennesøy og Finnøy. Målsettingen med prosjektet er:

- fornye og forsterke Leve HELE LIVET-satsingen i Stavanger kommune
- bedre utnyttelse av de samlede ressursene i dagens virksomheter («mindre mer»)
- likere tjenestetilbud til brukerne uavhengig av bostedsadresse
- forenkling av forvaltningsoppgavene og større handlingsrom for utførerne
- styrking av koordinerende enhet-funksjonen i kommunen.

Den opprinnelige tanken var å vurdere å slå sammen hvert av HVK-ene med hver sin hjemmebaserte tjeneste, for å samle vedtaksmyndighet og budsjettansvar på én hånd. Dette vil i så fall redusere antallet virksomheter fra åtte til fire¹⁷. Men den ønskede organisasjonen og det ønskede antallet enheter er ikke fastspikret ennå. Ifølge kommunaldirektøren er det et handlingsrom her.

5.5 HVA ER DEN BESTE ORGANISASJONSMODELLEN?

I intervjuene spurte vi derfor både helse- og velferdskontorene og de hjemmebaserte tjenestene (ansatte og ledere) om hva de mente ville være den beste organiseringen av dette feltet.

Hovedinntrykket er at helse- og velferdskontorene er relativt samstemte i sine svar og de hjemmebaserte tjenestene er relativt samstemte i sine. Men HVKer og hjemmebaserte tjenester har ulik oppfatning om hva som er den beste organiseringen.

5.5.1 ULIKE MENINGER

Hovedbildet er at **hjemmebaserte tjenester** ønsker en samorganisering eller samlokalisering med HVKet. Vi oppsummerer hovedinntrykkene i punktene under:

- Det hadde vært bra om vi var sammen med helse og velferdskontoret i bydelen. Selv om samarbeidet fungerer bra, savner vi den daglige kontakten. Det er nyttig å ha fagkonsulentene i gangen, slik at vi kan få tatt den fem minutters praten i døra, eller ha

¹⁷ Opplyst i epost fra Kommunaldirektør, 16.03.22.

felles lunsj. Dermed kan vi tenke mer helhetlig rundt brukere med hjemmetjenester/korttidstjenester.

- Samtidig ser ledelsen ved den ene virksomheten at det kan være enkelte utfordringer med en samorganisering: *Vi er veldig store virksomheter allerede, og HVKene har et større ansvar enn å bare tildele hjemmetjenester og miljøtjenester*
- Men intervjuene kan tyde på at de hjemmebaserte tjenestene fokuserer vel så mye på samlokalisering som samorganisering. Ledelsen ved det ene kontoret var veldig tydelige på dette. For dem var en samlokalisering med HVKet viktigere enn en samorganisering. De ansatte i Hinna hjemmebaserte mente også at det var en fordel å være samlokalisert helse- og velferdskontoret på Gausel, slik de var tidligere¹⁸.

De fleste ved **helse og velferdskontorene** ønsker ikke en samorganisering med hjemmebaserte tjenester. De er nokså samstemte i at det viktig å beholde skillet mellom tildeler og utfører. De peker på at HVKene gjør mye mer enn å tildele hjemmetjenester (Eksempler: sosialfaglig, dagsenter og avlastning, institusjon, rus, psykisk helse, BPA og avlastningstjenester), og de mener denne organiseringen sikrer en tverrfaglighet mellom de ulike fagdisiplinene som jobber med forvaltning. En sammenslåing med hjemmebaserte vil *«føre til en utskilling av andre bestillere, og vi er kritiske til mange små virksomheter. Vi jobber godt tverrfaglig nå og heller mer mot to helse- og velferdskontorer, for å få mer likhet i tjenestene»*.

De fleste ved HVKene ser for seg at man slår sammen fire HVKer til to, men det tas også til orde for kun ett felles HVK. Hensikten med dette er å samle forvaltningskompetansen, og styrke muligheten for å kunne jobbe tverrfaglig: *«I tillegg har vi de siste årene sett en kraftig økning i somatiske helseutfordringer også innen brukergruppene sosialfaglig team og rus/psykiatriteamet primært følger opp»*. En samorganisering sikrer tverrfagligheten innen forvaltningen, som ikke vil bli like godt ivaretatt dersom forvaltningskompetansen blir spredd på flere enheter.

Intervjuene tyder på at det er fagkonsulentene ved helseteamene ved HVKene (de som jobber opp mot hjemmebaserte tjenester) som er mest positive til en sammenslåing med hjemmebaserte tjenester.

Fra det ene helse- og velferdskontoret tas det også til orde for en organisering slik man hadde før omorganiseringen tidlig på 2000-tallet. Dette innebærer at det er kun en virksomhet per bydel, der både tildelere og utførere jobber og der barnevernet er en del av denne organiseringen: *«En virksomhetsleder, samme bygg. Jobbet tett og godt sammen. Da snakker vi mindre byråkrati. Vi var mer smidige i samarbeid og samhandling. Og motsatt: Med mange små virksomheter, da øker byråkratiet og henvisningene»*.

5.5.2 VURDERING

¹⁸ Selv om de også mente at det var store fordeler med å være samlokalisert med Hillevåg hjemmebaserte tjenester.

Hovedinntrykket er at den nye overordnede organiseringen og ansvarsdelingen fungerer bedre enn før. Det ser ut til at den skaper bedre rammebetingelser for at HVKene og hjemmebaserte tar ansvar sammen og skaper også bedre grunnlag for samhandling og faglige diskusjoner.

Det er i dag åtte virksomheter (fire tildelere og fire utførere), og direktøren vurderer å redusere antallet virksomheter.

Hovedbildet i intervjuene våre er at hjemmebaserte tjenester ønsker en samorganisering eller en samlokalisering av HVK og hjemmebaserte tjenester. HVKene ønsker ikke en slik sammenslåing. De tror dette vil føre til en oppsplitting eller utskilling av andre bestillingsfunksjoner, noe som fører til mange små virksomheter. HVKene ønsker å opprettholde det organisatoriske skillet mellom tildeler og utfører, og heller slå sammen HVKene fra fire til to. Dette tror de vil øke den forvaltningsmessige kompetansen og føre til mindre variasjoner mellom distriktene.

6 FINANSIERINGSMODELL

6.1 FØRINGER

Ifølge kommunen innebærer den nye finansieringsmodellen «*en mindre detaljstyrt tildeling, likebehandling i tildelingen av budsjettene ved bruk av objektive tildelingskriterier, større økonomisk forutsigbarhet og mindre administrasjon*». I tillegg skal den gi muligheter for prioriteringer internt i virksomhetene. Ved innføringen av den nye finansieringsmodellen ble bestillerbudsjettet avvirket og budsjettrammen ble flyttet fra HVKene til hjemmebaserte¹⁹.

Den nye modellen fordrer et tett samarbeid mellom hjemmebaserte og HVKer. I ABI-modellen var de såkalte endringsmeldingene et sentralt samhandlingsverktøy. Tidligere måtte hjemmebaserte tjenester sende endringsmelding ved mindre endringer av relativt detaljerte vedtak. Med den nye modellen er vedtakene mindre detaljerte og endringsmeldingene er erstattet av andre samhandlingsformer. Behovet for å samhandle er også blitt større.

En forvaltningsrevisjon fra Bærum i 2017²⁰ og en i Stavanger i 2019²¹ viste at de gamle finansieringsmodellene med innsatsstyrt finansiering gav hjemmetjenestene liten drahjelp i å nå kommunenes store mål, dvs. å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne. Modellene gav ikke hjemmebaserte tjenester incentiver til å arbeide forebyggende. Stort pleiebehov utløste mye

¹⁹ *Finansieringsmodell – hjemmebaserte tjenester, per 10.01.2020* – Stavanger kommune, helse og velferd og Sluttrapport - Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

²⁰ [Samhandlingsreformen - Bærum kommune - Rogaland Revisjon IKS \(rogaland-revisjon.no\)](https://www.rogaland-revisjon.no/)

²¹ [Rapport Rogaland Revisjon IKS \(rogaland-revisjon.no\)](https://www.rogaland-revisjon.no/)

ressurser, lite pleiebehov utløser lite ressurser. Forvaltningsrevisjonene, og rapportene de bygget på, viste imidlertid at hverdagsrehabilitering og godt mestringsrettet arbeid kunne redusere pleiebehovet. Men dersom et hjemmetjenestedistrikt klarete å redusere antall vedtakstimer, ble også budsjettene redusert tilsvarende. Satt på spissen førte godt hverdagsmestringsarbeid til lavere budsjettramme.

Vi utleder følgende revisjonskriterier:

- Den nye finansieringsmodellen krever mindre administrasjon og er lettere å styre etter for hjemmebaserte tjenester
- Den nye finansieringsmodellen skaper gode rammer for samhandling
- Den nye finansieringsmodellen skaper økonomiske insentiver som ikke bryter med målet om å gjøre brukerne med selvhjulpne

6.2 GAMMEL FINANSIERINGSMODELL

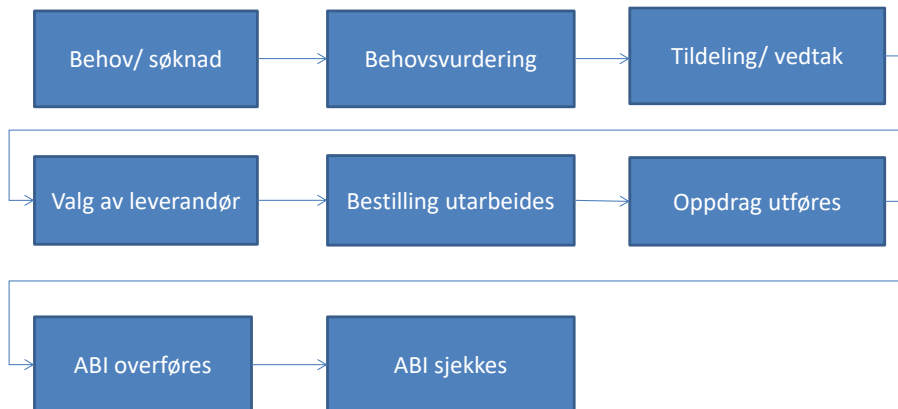
Aktivitetsbaserte inntekter (ABI) ble innført i hjemmebaserte tjenester i 2003 og er en form for innsatsstyrt finansiering. I Stavanger ble ABI vurdert som en konsekvens av bestiller-utførermodellen. Forut for ABI var det store forskjeller mellom hvilke tjenester som ble levert ved de ulike HVKene, og det var tidvis dårlig samsvar mellom behov og ressurstildeling²².

Innføringen av aktivitetsbaserte inntekter var en del av tidsånden, og gjennom modellen ønsket kommunen å synliggjøre hva som skulle leveres og hva som faktisk ble levert. ABI skulle sikre tildeling av tjenester i samsvar med brukernes rettigheter og behov: Dess større behov brukerne hadde, dess mer penger fikk virksomhetene. Det var også en rekke andre begrunnelser for valget av ABI:

- Klarere roller og ansvar – faglig og økonomisk
- Klare rammer for ressurser innenfor ulike tjenester
- Lettere å definere ønsket standard på tjenestene
- Like muligheter til å levere bestilte tjenester i alle aktuelle virksomheter
- Bedre oversikt over bestilte og leverte tjenester
- Enhetspriser – fritt brukervalg

²² Kilder: Powerpointen ABI Temahalvtime mars 2012 og opplysninger i intervju 16.03.2022.

Figur 8 Prosess fra definert behov hos bruker – til ABI-inntekt



Kilde: Presentasjon ifm. ABI-temahalvtime mars 2012

6.2.1 TIDSNORMER FOR ULIKE HJEMMETJENESTER

Hjemmebaserte tjenester utfører flere ulike tjenester. Disse hadde under ABI-modellen ulike priser basert på kjennetegn med den enkelte tjenesten. Dette er illustrert i tabellen under.

Tabell 1 Tjenester i hjemmetjenesten med tidsnorm under ABI-modellen (noen eksempler)

Tjenester	Tidsnormering
Dusj/helvask	30 minutter
Kveldsstell	15 minutter
Mating	30 minutter
Middagshvil	20 minutter
Morgenstell	25 minutter
Tilberede måltid	10 minutter
WC-besøk/bleieskift	10 minutter
Blodtrykksmåling	10 minutter
Dosering	20 minutter
Gi medisiner	10 minutter
Injeksjoner	15 minutter
Kateterisering	15 minutter
Levere multidose	5 minutter
Sårstell	20 minutter
Øyedrypp	10 minutter
Ringetilsyn	5 minutter
Tilsyn	10 minutter

Kilde: Stavanger kommune. Retningslinje datert 10.06.2009, innhentet av RR i desember 2018

6.2.2 ABI OG UTFØRERES ROLLE

ABI-modellen gjorde at økonomiske vurderinger fikk større oppmerksomhet hos utfører, spesielt inntektsdelen. Utførers rolle beskrives slik i ABI-modellen:

- Bestilling gir rammen for tjenestene til den enkelte pasient / bruker
- Må skaffe driftsmidler gjennom inntekter fra utførte tjenester
- Balansere utgiftene mot inntekter
- Faste kostnader og lønn til leder blir holdt utenfor
- Dokumentere utført tid/ belegg i fagsystem
- Sjekke egne ABI inntekter

6.2.3 VURDERINGER AV ABI-MODELLEN I 2012 OG I DAG

I 2012 ønsket de fleste virksomhetene fortsatt aktivitetsbaserte inntekter. Det ble pekt på at modellen hadde gitt ønsket omfordeling mellom virksomhetene og et mer enhetlig tilbud. Det ble videre hevdet at modellen var effektiv mht. oppfølging av virksomhetene.

Samtidig var det en utfordring når behovene økte og bestillerbudsjettet var uendret eller redusert. Det ble også pekt på at «*noen alltid vil ha mer*»²³.

Erkjennelsen de siste årene er at modellen var byråkratisk og skapte «*for mange økonomer*». Man opplevde at virksomhetene ble mye mer opptatt av detaljer som endringsmeldinger og diskusjoner om endringer en økning/reduksjoner av tjenester på en halvtime i uken: «*De var opptatte av detaljer på et nivå de ikke hadde vært før.*»

6.3 NY FINANSIERINGSMODELL

Eiganes og Tasta har fungert som pilot både for ny finansieringsmodell og «*Friere faglighet og mindre byråkrati*». Aktivitetsbaserte inntekter, den såkalte ABI- modellen, ble avviklet for alle hjemmebaserte tjenester 1.1.2020²⁴. Da ble en ny og forenklet finansieringsmodell, uten minuttvedtak, innført.²⁵

²³ Presentasjon ifm. ABI-temahalvtime mars 2012

²⁴ Statussak.

²⁵ Det vurderes på et senere tidspunkt om finansieringsmodellen også skal omfatte hjemmebaserte tjenester på Finnøy og Rennesøy. Skal dette skje må nødvendige endringer i modellen gjøres.

En ren bestiller/utfører-modell er også avviklet som forvaltningsform. Deling i forvaltning av tjenestene mellom bestiller og utfører har tidligere lagt premissene for oppgave- og ansvarsfordeling mellom hjemmebaserte tjenester og helse- og velferdskontoret.

Den nye modellen innebærer «en mindre detaljstyrt tildeling, likebehandling i tildelingen av budsjettene ved bruk av objektive tildelingskriterier, større økonomisk forutsigbarhet og mindre administrasjon. I tillegg skal den gi muligheter for prioriteringer internt i virksomhetene. Ved innføringen av den nye finansieringsmodellen avvikles bestillerbudsjettet og tilgjengelig ramme blir flyttet fra helse- og sosialkontorene (HSK) og ut til virksomhetene²⁶».

Finansieringen av størstedelen av aktiviteten i virksomhetene kommer som budsjettildeling, ikke ABI-inntekter som tidligere. Det er fremdeles HVKene som fatter vedtakene, men de faglige vurderingene skal i større grad gjøres i tett samarbeid mellom HVKene og hjemmebaserte tjenester.

Den nye modellen ser bort fra hvilke typer tjenester bruker mottar, og tildeler budsjett i forhold til de timene tjenester som skal utføres av den enkelte hjemmebaserte tjeneste. Dette innebærer en overgang fra å se på finansiering av den enkelte bruker, til å fordele totalbudsjett mellom virksomhetene for å finansiere nødvendige årsverk.

Ifølge evalueringen av «*Friere faglighet*» gir budsjettfinansieringen de hjemmebaserte tjenester forutsigbarhet i forhold til den bemanningen de har tilgjengelig. Det betyr at de kan planlegge mer langsiktig. Videre økes ikke hjemmebasertes ressurser umiddelbart dersom brukernes behov økes. Man ønsker å bygge opp under at brukerne skal bli mest mulig selvstendige. Oppmerksomheten skal nå være endret fra å diskutere minuttvedtak i tjenestene til å drøfte brukers forutsetninger og mål som grunnlag for å iverksette tiltak.

Finansieringsmodellen er delt i to – den ene delen (Del A) er knyttet til tjenester som leveres av alle de fire hjemmebaserte tjenestene, mens den andre (Del B) er for de bydekkende tjenestene. Vi retter oppmerksomheten mot den første, ettersom det er samhandlingen ifm. disse tjenestene som er i søkelyset i dette prosjektet.

I tabellen i [vedleggsdelen](#) gir vi en oversikt over hvilke tjenester som blir levert av alle de fire hjemmetjenestedistriktene og hvilke som er bydekkende.

²⁶ *Finansieringsmodell – hjemmebaserte tjenester, per 10.01.2020 – Stavanger kommune, helse og velferd*

6.4 BUDSJETTET BESTÅR AV TO DELER

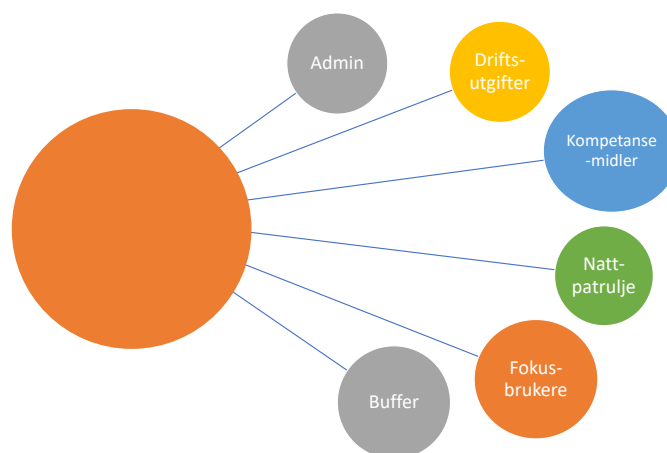
Den nye finansieringsmodellen skal sikre riktig finansiering av drift og bemanning i virksomhetene, og god faglig standard på tjenesten. Basert på de ulike elementene i modellen, blir det for hver av de hjemmebaserte tjenestene gitt ett budsjett ved starten av året. Dette er basert på tjenestebehovet hos brukerne i hver enkelt virksomhet og forholdet mellom de fire virksomhetene. Budsjettet blir gjeldende for hele budsjettåret.

Ved hvert tertial gjøres det likevel en gjennomgang av antall brukere og tjenestebehov for å vurdere endringer i fordeling av budsjettet. Historiske data tilsier at det i perioder kan skje store endringer i brukerbehov innenfor en virksomhet eller mellom virksomhetene.

6.4.1 EN GENERELL DEL

Budsjettet består av en generell del og en brukerrettet del. Den generelle delen skal dekke driftsutgifter, lønn til administrativt personell og kompetanseheving (A1). Men også utgifter til nattpatrolje (Hinna og Hillevåg) og ekstrautgiftene med fokusbrukerne dekkes av denne delen²⁷. Den generelle delen utgjør om lag 26 prosent av virksomhetenes utgifter og illustreres i figuren under.

Figur 9 Ny finansieringsmodell – generell del



Kilde: Stavanger kommune²⁸

²⁷ Dvs. den delen av utgiften som oversiger nivå fire i modellen under.

²⁸ Ny_finans_mod_HVK_032020

6.4.2 BRUKERRETTET DEL KNYTTET TIL AVTALT TID

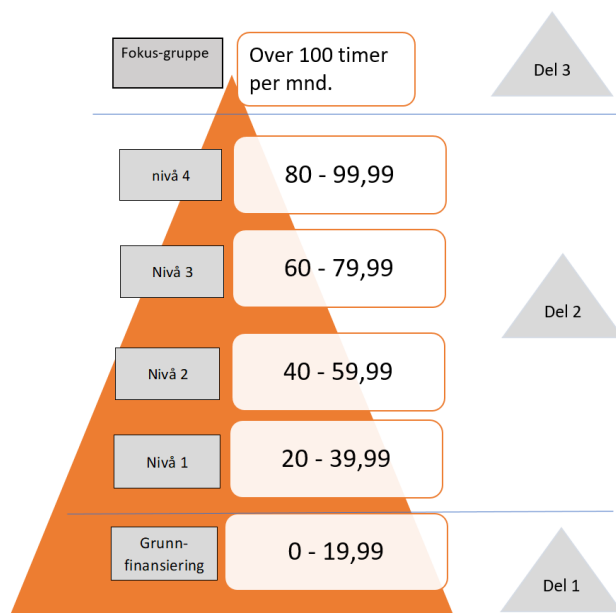
Den brukerrettede rammen i budsjettmodellen fordeles utfra antall brukere og deres nivå og utgjorde i 2019 74 prosent av rammen²⁹.

Tjenestene som omfattes av denne er

- Hjelp i hjemmet (praktisk bistand)
- Pleie i hjemmet (Hjemmesykepleie)
- Pårørende støtte (PSO)
- Miljøtjeneste (MTH og MHR)

Modellen består av tre deler, og er illustrert i figuren under³⁰.

Figur 10 Ny finansieringsmodell – brukerrettet del



Kilde: Stavanger kommune³¹

²⁹ Diverse presentasjoner av ny finansieringsmodell, blant annet «Ny finansieringsmodell HVK 032020», internt i Stavanger kommune.


³⁰ Som nevnt dekkes utgiftene forbundet med fokusgruppen av den generelle delen, dvs. den delen av utgiften med disse brukerne som overstiger nivå fire i modellen.

³¹ Finansieringsmodell – hjemmebaserte tjenester, per 10.01.2020, Helse og velferd, Stavanger kommune

- Del 1 – en grunnfinansiering. Denne er beregnet som en sum per år, per bruker, for antall brukere som på budsjetteringstidspunktene har et tjenestebehov på lavere enn 20 timer i måneden
- Del 2 – en nivåmodell for brukere som har tjenestebehov mellom 20 og 100 timer. Dette er gjerne brukere med tette og sammensatte behov, og krever en tettere samhandling mellom HVK og de hjemmebaserte tjenestene.
- Del 3 – fokusgruppe. Dette er brukere som har tjenester over 100 timer per måned, og krever ofte en enda tettere samhandling mellom HVK og hjemmebaserte tjenester. Et annet kjennetegn er at behovet varierer mye over tid (fra måned til måned).

Nivå 1-4 finansieres med et beløp som ikke endres gjennom året. Dette illustreres i tabellen under, som viser satsene for 2022³². De viser at det er store forskjeller mellom finansieringen av de ulike nivåene. Størst forskjell er det mellom grunnfinansieringen og nivå 1.

Nivåer	Sats	Timer
Nivå 4	862 578	80 - 99,99
Nivå 3	670 894	60 - 79,99
Nivå 2	479 210	40 - 59,99
Nivå 1	287 526	20 - 39,99
Grunnfinansiering	34 097	0 - 19,99



Økning på
743 %

Nye brukere blir finansiert som fokusbrukere fra den måneden de har mottatt over 100 timer i løpet av en kalendermåned. Denne brukergruppen blir vurdert i et tett samarbeid mellom HSK og utfører, og i dialog med kommunalsjef Helse og omsorg. Kommunalsjefen orienteres om utviklingen i denne brukergruppen, for å kunne følge kostnadsutviklingen gjennom budsjettåret.

Tildelingen av budsjett til fokusbrukere skjer per tertial. Antallet brukere var i 2019 på ca. 35-40 fordelt på de fire virksomhetene³³.

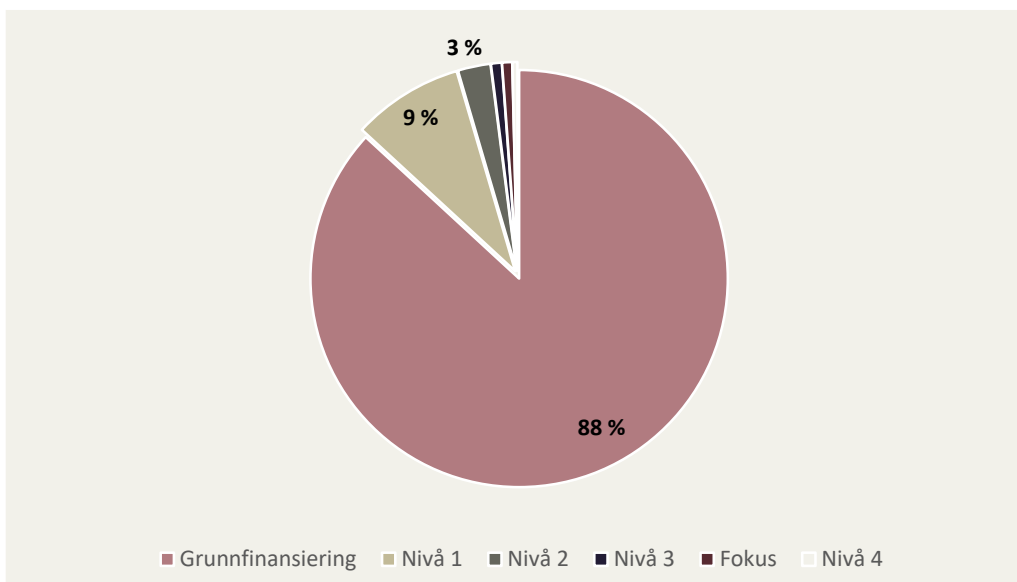
³² Satsen i 2022 ble satt til 799 og grunnfinansiering til 3,56. Dersom man ganger dette opp med 12 måneder får man satsen for grunnfinansiering. For nivå 1 til 4 blir hhv. 30, 50, 70 og 90 timer finansiert.

³³ Finansieringen av fokusbrukere faller bort dersom tjenestene settes på pause eller bortfaller. Det er bare utgiftene over nivå fire som nulles ut dersom bruker er på sykehus/korttidsopphold eller lignende. Finansieringen av det som er opp til nivå fire for disse brukerne fortsetter som før.

6.4.3 SMÅ FORSKJELLER – STORE ØKONOMISKE UTSLAG

De aller fleste mottakerne av hjemmetjenester har mindre enn tjue vedtakstimer i måneden, og kommer inn under virksomhetenes grunnfinansiering. Dette illustreres i figuren under.

Figur 11 Andel brukere fordelt på alle nivåene – totalt i kommunen - 2021



Kilde: Excelark mottatt fra Helse og velferdsstaben 25.02.2022

Tallgjennomgangen viser imidlertid at det er visse forskjeller mellom distriktene, og størst er forskjellen mellom Hundvåg og Storhaug og Eiganes og Tasta. Dette er illustrert i tabellen under.

Tabell 2 Andel brukere fordelt på alle nivåene – alle fire hjemmebaserte tjenester³⁴

	Hundvåg og Storhaug	Madla	Hillevåg og Hinna	Eiganes og Tasta
Grunnfinansiering	90,2 %	88,3 %	86,3 %	83,5 %
Nivå 1	6,8 %	7,8 %	9,4 %	9,9 %
Nivå 2	1,8 %	1,8 %	2,7 %	3,5 %
Nivå 3	0,6 %	0,6 %	0,7 %	1,4 %
Nivå 4	0,1 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %
Fokus	0,4 %	0,9 %	0,5 %	1,2 %

Kilde: Excelark mottatt fra Helse og velferdsstaben 25.02.2022

³⁴ Brukere fra Finnøy og Rennesøy er ikke med her.

Hundvåg og Storhaug har nesten 7 prosent flere brukere i grunnfinansieringskategorien. Dette utgjør 45 prosent mer i finansiering til Eiganes og Tasta.

6.5 FLEKSIBILITET I MODELLEN

6.5.1 BUFFER

Finansieringsmodellen innehar en viss fleksibilitet. For å sikre at det er tilgjengelige ressurser til økte behov avsettes det en buffer av den totale rammen. Størrelsen på bufferen er basert på tidligere erfaringer om endret tjenestebehov og endringer mellom virksomhetene gjennom året. I 2019 utgjorde denne 1,2 % av totalrammen for tjenestene.

Etablering av «buffer» innebærer at det ikke gjøres trekk i budsjett for de virksomhetene som gjennom året opplever reduksjon i mengden tjenester som skal utføres.

6.5.2 OMFORDELE BUDSJETT

Dersom det er økte behov for tjenester i fokusgruppen, antall nivåbrukere øker, eller dersom brukere totalt har økt så mye at økte tjenester overskrider bufferen, må budsjettet for virksomhetene omfordes. Dette gjøres ved at satsen per bruker i grunnfinansieringen reduseres og at de frigjorte midlene kan omdisponeres til nivå- eller fokusbrukere. Dette vil også innebære at midler flyttes mellom virksomhetene, slik at budsjettet reduseres i en virksomhet (eller flere) og økes i en annen (eller flere andre) virksomheter.

Per mars 2022 har det ikke vært nødvendig å omfordele budsjett.

6.6 SYNSPUNKTER PÅ BUDSJETTMODELLEN

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at den nye finansieringsmodellen fungerer bedre enn aktivitetsbaserte inntekter. Dette blir oppsummert i punktene under:

- Under den gamle finansieringsmodellen kom detaljerte bestillinger fra HVKene, som hjemmetjenestene utførte. Begge parter peker på at hjemmetjenestene i større grad utførte det som stod i vedtaket, uten å stille kritiske spørsmål til innholdet, for eksempel mht. om den vedtatte hjelpen var nødvendig. Fra hjemmetjenestene: *Det stod i bestillingen, og vi fikk betalt, så da utførte vi.* Fra HVKene: *«Før fulgte de blindt det som ble bestilt av oss».* Begge parter mener vurderingene av behov er blitt bedre nå, fordi det er en større likeverdighet mellom partene og de faglige diskusjonene er blitt bedre. De intervjuede mener dette skaper mer målrettede tjenester, dvs. et større samsvar mellom behov og tjenester.
- Hjemmebaserte tjenester slipper å sende endringsmeldinger, som har vært en tidstyv. Reduksjon av antall tiltaksvalg har også redusert behovet for ny saksbehandling fra

HVKene ved mindre endringer. Hjemmebaserte tjenester kan gjøre flere justeringer innenfor rammen av vedtaket, uten å måtte sende endringsmeldinger til HVKet.

- Det ser ut til at budsjettfinansieringen gir hjemmebaserte tjenester forutsigbarhet mht. bemanningen de har tilgjengelig. Det betyr at de kan planlegge mer langsiktig: *«Vi slipper detaljkontroll og endringsmeldinger nå. Det skaper bedre forutsetninger for styring og de ansatte får mer ansvar».*
- Samtidig pekes det fra Madla og Tjensvoll HVK at man er *«godt oppdratt i ABI-tenkningen. Vi har den fortsatt med oss, selv om ikke budsjettet ligger til oss. Vi skal gi gode tjenester, nøkterne, men det skal være forsvarlige tjenester».*
- Intervjuene tyder på at de fleste synes det er positivt at budsjettet er flyttet fra HVKene til hjemmebaserte tjenester. Dette ble formulert slik fra ledelsen ved det ene HVKet: *«Jeg savnet budsjettet litt i starten, men det er fornuftig at budsjettet er hos hjemmebaserte tjenester. Vi var et ekstra ledd tidligere. Nå styrer de pengene selv, og det gir mer fleksibilitet».*
- Til tross for at hjemmebaserte tjenester har fått budsjettansvaret, er det flere som peker på at hjemmebaserte tjeneste er *mindre økonomer nå*. Med dette menes at det er mindre oppmerksomhet omkring pluss- og minustid for å få tilstrekkelig med ressurser: *«Før var det et jag å telle ansatte og oppdragstid. Det er roligere nå. Før var det evig press på økonomi som vi ikke lenger har i hverdagen (...) det er mer ro nå».*
- HVKene merker at hjemmebaserte tjenester har overtatt budsjettansvaret. Dette gjelder spesielt miljøtjenestene, som har hatt en presset ressursituasjon den siste tiden. Tilbakemeldingene fra HVKene er at miljøtjenesten avslutter tjenestene til enkelte brukergrupper. Dermed blir det en del diskusjoner mellom HVK og hjemmebaserte tjenester om hva som er faglig forsvarlig.

Hovedtilbakemeldingen i intervjuene er at den nye finansieringsmodellen i liten grad skaper insentiver som påvirker handlemåten i hjemmebaserte tjenester. Men enkelte peker på at det er noen utfordringer med den:

- De aller fleste brukerne er på nivå 0. Enkelte peker på at det er for stort spenn innenfor grunnfinansieringskategorien, fra 0 til 20 timer og at dette burde vært differensiert mer.
- Ledelsen ved det ene hjemmetjenestedistriktet opplever at de blir «straffet» økonomisk fordi de tenker hverdagsmestring: *«Brukerne genererer penger. Avslutter man, blir det mindre midler til neste år.»*
- Den nye modellen skiller ikke mellom miljøterapeuter og miljøarbeidere, slik ABI-modellen gjorde. Nå får man like mye penger per bruker, uavhengig av hvilken kompetanse som settes inn, og miljøterapi er en dyrere tjeneste enn miljøarbeid. Ved det ene hjemmetjenestedistriktet mener både leder og ansatte at dette er et problem og skaper feil insentiver. De ansatte sa det slik: *«Kommunen skal stadig vekk ta seg av mer av folk med alvorlige psykiske lidelser, men det er samtidig et økonomisk insentiv å sette inn den billigste hjelpen, miljøarbeider istedenfor terapeut».*

6.6.1 VURDERING OG ANBEFALING

Den nye finansieringsmodellen ser ut til å fungere bedre enn aktivitetsbaserte inntekter. De intervjuede mener det er positivt at det nå er hjemmebaserte tjenester som har budsjettansvaret, fordi dette gir dem bedre forutsetninger for å kunne styre og planlegge bemanningen.

Den nye finansieringsmodellen oppleves dessuten som langt mindre byråkratisk enn den forrige, både av HVKene og hjemmebaserte tjenester.

Hjemmebaserte tjenester ser også ut til å være langt mindre opptatt av detaljer, minutter og timer i vedtakene, for å sikre seg inntekter for brukerne. Dette var ganske utbredt under den gamle modellen, og det ser ut til å være «færre økonomer» nå. Det betyr at hjemmetjenesten i større grad kan rette oppmerksomheten mot pleiefaglige problemstillinger.

Den nye modellen er et desentraliserende grep, der budsjettansvar og faglige vurderinger i større grad flyttes til hjemmebaserte tjenester. Intervjuene tyder på at det har blitt en større likeverdighet mellom partene og en sterkere faglig bevissthet i hjemmebaserte tjenester. Dette ser ut til å ha skapt bedre rammebetingelser for samhandling, og en bedre grobunn for mer målrettede tjenester,

En risiko med en større likeverdighet mellom partene er at ansvarsforhold og rollene blir uklare, noe som kan føre til mange møter og et større samhandlingsbyråkrati. Vi går nærmere inn på samhandling, ansvars- og rolledeling i kapittel åtte og ni.

Gjennomgangen tyder videre på at hjemmebaserte tjenester er økonomisk bevisste på en annen måte enn tidligere. Nå er det de som holder igjen ressursbruken, ettersom de ikke automatisk får mer inntekter ved økte behov. Endringen i økonomisk tankesett ved hjemmebaserte tjenester kommer tydeligst til uttrykk i miljøtjenesten, som har hatt en presset ressurssituasjon den siste tiden ([se eget kapittel](#)). I noen tilfeller har dette ført til en diskusjon mellom HVKet og hjemmebaserte tjenester om hva som er faglig forsvarlig: Hjemmebaserte tjenester ønsker å avslutte og styres av ressursene og ut fra et perspektiv om hva som er godt nok. HVKet ønsker å fortsette tjenestene og har et sterkere vedlikeholdsperspektiv.

I den gamle finansieringsmodellen utløste brukere med store pleiebehov, mye ressurser, og brukere med lite pleiebehov, lite ressurser. En flat finansieringsmodell ville vært den gamle modellens rake motsetning. I en slik modell ville hjemmebaserte tjenester fått en fast sats for hver bruker. Dagens finansieringsmodell er en mellomting, men ligger nærmere en flat finansieringsmodell enn ABI. De aller fleste brukerne havner innenfor grunnfinansieringen, men de brukerne som har størst tjenestebehov, blir fanget opp av nivåinndelingen. Hensikten med dette er å skape et bedre samsvar mellom behov og ressurstildeling, og at de velferdsdistriktene som har flest brukere med store behov, også blir kompensert for dette.

Hovedinntrykket er at den nye modellen i langt mindre grad bryter med målet om å gjøre brukerne selvhjulpne enn ABI-modellen. Den nye modellen gir virksomhetene langt bedre drahjelp for å kunne jobbe for at brukerne blir i stand til å klare mest mulig på egenhånd. Men de aller fleste finansieringsmodeller har innebygde svakheter, og heller ikke denne er fri for utilsiktede økonomiske insentiver. Etter vår vurdering er det to opplagte risikoer her:

- Ettersom hjemmebaserte tjenester får penger per bruker, har de ikke økonomiske insentiver til at brukerne skal kunne klare seg på egen hånd, uten tjenester.
- Det er store økonomiske forskjeller mellom nivåene, særlig mellom nivå 0 og 1. Dette gjør det gunstig å ha mange brukere i nedre del av skalaen i hver gruppe og få brukere i øvre del av skalaen i hver gruppe. Forskjellen på brukere med 19 og 20 timer gir store ressursmessige utslag.

Vi har ikke grunnlag for å si at insentivene kommer til å gi slike utslag, og intervjuene tyder ikke på at hjemmebaserte tjenester er særlig opptatt av de økonomiske insentivene. Men det er noen som kommenterer dette, og det er ikke utenkelig at virksomhetene lærer å tilpasse seg modellen etter hvert. Og selv om det fremdeles er HVKene som fatter vedtakene og bestemmer hvor mange timer den enkelte bruker skal få, legger den nye modellen opp til mindre definerte roller og større behov for samhandling. Dette øker hjemmebaserte tjenesters innflytelse over vedtak og timetall.

Nesten 90 prosent av tjenestemottakerne er i grunnfinansieringskategorien. Samtidig ser vi at det er visse forskjeller mellom de ulike helse- og velferdskontorene, og størst er forskjellen mellom Hundvåg og Storhaug og Eiganes og Tasta. Førstnevnte har nesten syv prosent flere brukere i grunnfinansieringskategorien enn sistnevnte. Selv om forskjellen ikke er veldig stor, gir dette store budsjettmessige utslag. En beregning vi har gjort tyder på at Eiganes og Tasta får 45 prosent mer midler i den brukerrettede delen som en følge av dette.

Disse forskjellene skyldes at Eiganes og Tasta har brukere med større behov. Samtidig har kommunens arbeid med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring lært oss at brukernes behov er en påvirkelig størrelse. Vi vet imidlertid ikke om forskjellene også kan forklares ved at virksomheten har ulik evne til å påvirke brukernes behov for tjenester eller lar seg påvirke ulikt av insentivene i modellen.

Vi anbefaler kommunen å vurdere gjeldende nivåinndeling i finansieringsmodellen og satsene for hvert nivå.

Her er det viktig å balansere to motstridende hensyn: På den ene siden skal hjemmebaserte tjenester stimuleres til å jobbe for å gjøre brukerne selvhjulpne og redusere pleiebehovet. På den andre siden skal man sikre at de distriktene som har brukerne med størst behov også får mest ressurser. Dette kan være en krevende balansegang. Noen tar til orde for at det er et for stort spenn i grunnnivået i modellen, andre for at den ikke fanger opp at miljøterapi er en dyrere tjeneste enn miljøarbeid. Men begynner man å splitte modellen for mye opp, beveger den seg samtidig mer i retning av en innsatsstyrt finansiering, som man skulle bort fra.

7 IMPLEMENTERING AV FRIERE FAGLIGHET

7.1 INNLEDNING

I denne delen ser vi kort på implementeringen av Friere faglighet, mindre byråkrati (omtales for enkelthets skyld som Friere faglighet). I forbindelse med evalueringen av Leve HELE LIVET tok vi utgangspunkt med et sett kriterier for å vurdere om kommunen hadde lyktes med implementeringen. Etter vår vurdering er det unaturlig å legge til grunn et like detaljert kriteriesett for å vurdere implementeringen av Friere faglighet. Dette henger sammen med at prosjektet ikke er en reform av samme skala som Leve HELE LIVET, men er en bestanddel i denne satsingen.

Friere faglighet er et treårig politisk initiert prøveprosjekt som startet i 2017, og har vært del av omstillingsprogrammet for hjemmebaserte tjenester, som igjen var en del av Leve HELE LIVET³⁵.

Revisjonskriteriene våre fra forrige prosjekt var knyttet opp John P Kotters bok, Leading Change, som har vært en inspirasjonskilde for Leve Hele Livet-satsingen. I dette prosjektet legger vi spesielt vekt på mål, forankring, mobilisering av de ansatte og tiltak for å holde «trykket» oppe eller hindre tilbakefall.

Vi utleder følgende revisjonskriterier:

- For å kunne lykkes med en implementering av en ny handlemåte er det for det første viktig å ha et klart målbilde. I dette ligger det blant annet tydelige hovedmål, resultatmål det er mulig å operasjonalisere, at målene kommuniseres og at det er en klar ansvars plassering for framdriften.
- Et annet suksesskriterium er å sikre en god forankring, både blant de folkevalgte, administrativ ledelse, ledere ved HVKene og hjemmebaserte tjenester og de ansatte her. For å kunne sikre en god implementering er det spesielt viktig å ha evne til å mobilisere «fotfolket».
- Et siste kriterium er tiltak for å hindre tilbakefall og jobbe med kontinuerlig forbedring, dvs. tiltak for å understøtte Friere faglighet.

³⁵ [Kvalitet i eldreomsorg, Stavanger kommune, mai 2019.](#)

7.2 EIGANES OG TASTA VAR PILOT

Samlokalisering av helse- og sosialkontor og hjemmebaserte tjenester var en forutsetning for prosjektet. **Eiganes og Tasta** (i Byfjordparken) ble valgt ut som pilot, ettersom HSK og hjemmebaserte tjenester **flyttet inn i nye felles lokaler høsten 2018**³⁶. Målsettingen var å legge til rette for tettere samhandling mellom forvaltere og utførere av helsehjelp, forenkling av rutiner og prosedyrer og større rom for faglige vurderinger. Kommunikasjon og «*flaskehals*» mellom brukere, helse- og sosialkontor og hjemmetjenester ble kartlagt høsten 2018.

I starten gikk mye tid med til å forsøke å konkretisere den politiske bestillingen. Vi får opplyst fra hjemmebaserte tjenester ved Eiganes og Tasta at de da brukte mye tid på vedtaksformuleringer og på å tilpasse praksis til den nye finansieringsmodellen. I 2019/2020 ble det rettet mer oppmerksomhet omkring samhandlingen mellom HVK og hjemmebaserte tjenester, men så kom pandemien, noe som gjorde det krevende å jobbe med samhandlingen.

Det ble også nedsatt egen prosjektgruppe ved oppstart i 2018. Prosjektgruppen ble ledet av programansvarlig for omstillingsprosjektet før ansettelse av egen prosjektleder våren 2019. Prosjektleder arbeidet tett mot de to virksomhetene i begynnelsen, for å finne ut hvilke tiltak man skulle prøve først ut.³⁷ Prosjektet skulle være «*bottom up*», dvs. at de to virksomhetene, prosjektgruppen og prosjektleder skulle finne ut og prøve ut egnede tiltak i fellesskap.

Det ble ansatt en prosjektleder 1. april 2019.

7.3 PROSJEKTETS IDE

Tanken var på den ene siden å avbyråkratisere og på den andre siden styrke hjemmetjenestenes faglige autonomi. Den endrede finansieringsmodellen bidro til en sterk reduksjon i antall tiltaksvalg, bortfall av endringsmeldinger, og dermed også hvilke samhandlingstiltak man vurderte. Vi får opplyst fra prosjektlederne³⁸ at man ifm. arbeidet med piloten brukte mye tid på å avlære den gamle finansieringsmodellen: «*Både hvkene og hjemmebaserte var vant med å argumentere på tid og ikke på fag*». Man var «*ikke flinke nok til å definere faglige mål med tjenestene og til å avslutte*.»³⁹ Et eksempel det vises til: En bruker har hatt et vedtak om å øve på

³⁶ Sluttrapport - Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

³⁷ Opplyst i intervju med prosjektledere 08.04.22.

³⁸ Prosjektleder for omstillingsprogrammet for hjemmebaserte tjenester/forprosjektet Friere faglighet, og prosjektlederen som ble ansatt 1. april 2019.

³⁹ Opplyst i intervju med prosjektledere 08.04.22.

å gå til butikken i fire år. Hvis brukeren ikke har mestret dette selv i løpet av et par år, bør tjenesten bli revurdert langt tidligere og helst avsluttet.

Det sentrale med den nye måten å tenke på er å være mer kritisk til egen praksis, jobbe mer mestrings- og endringsrettet eller avslutte dersom brukeren ikke blir selvhjulpen. Hva er et realistisk mål for den enkelte bruker? Hva vil man oppnå med tjenesten? Hva er viktig for brukeren? Svaret på disse spørsmålene er *«langt mer enn å koble et tiltak opp mot en diagnose.»* To personer som har MS kan ha helt ulike forutsetninger for å kunne mestre ulike oppgaver selv, og de kan naturlig nok ha ulike tanker om hva som er viktig for dem. Målet er at brukerne skal være *«trygge på at de får hjelp, selv om vi er tydelige på at vi har et mål om at de ikke skal trenge oss. Det er viktig å sende disse signalene tidlig (...). Målet trenger ikke alltid være å avslutte tjenesten helt, men å begrense tjenesteomfang».*

Vedtakene i dag skal inneholde faglige mål, som tiltaksplanen skal ta utgangspunkt i. Før kunne diskusjonen være om fru Hansen trengte ti minutter lenger ifm. toalettdiskusjonen. Nå skal diskusjonen være faglig.

7.4 UTVIDELSE AV PILOT

I perioden april 2019 – august 2021 ble ulike tiltak for å nå målet identifisert, kartlagt, testet ut, og evaluert. Et stykke ut i perioden, dvs. den 22. oktober 2020, vedtok formannskapet at piloten skulle avsluttes og utvides til **de øvrige hjemmebaserte tjenestene og helse og velferdskontorene**: *«Mål og tiltak og erfaringer fra pilotprosjektet videreføres»*. Vi får opplyst fra prosjektleder at utprøvingen deretter ikke ble begrenset til de to virksomhetene som var omfattet av piloten, men omfattet alle distriktene. De øvrige rammene for piloten ble videreført, det var fremdeles en fase for utprøving av tiltak.

Friere faglighet var først og fremst rettet mot hjemmesykepleien, men man bestemte seg også for å involvere miljøterapeutisk enhet i løpet av piloten (hjemmebaserte tjenester rommer både avdelinger for hjemmesykepleie og miljøterapeutisk enhet). I forbindelse med utrulling i de andre virksomhetene, var både hjemmesykepleien og miljøterapeutisk enhet med.

7.5 UTFORDRINGER UNDERVEIS

Friere faglighet ble nedprioritert i perioden mars-oktober 2020 pga. koronaen. Ifølge prosjektlederne bidro dette til at ikke alle ansatte fikk et eierskap til prosjektet. Før pandemien hadde man hatt enkelte fysiske samlinger med mange involverte, men dette var ikke lenger mulig å få til under pandemien.

Prosjektet hadde lagt opp til en arbeidsform der virksomhetene i piloten i stor grad selv skulle utvikle og prøve ut nye tiltak og samhandlingsrutiner. En felles utvikling av tiltak var ett av virkemidlene for å nå målet om en god samhandlingskultur. Ifølge kommunens sluttrapport har

dette har vist seg utfordrende i en periode med begrenset fysisk kontakt mellom de ulike aktørene i prosjektet, og har i større grad enn planlagt krevd koordinering fra prosjektleder.

Kommunesammenslåingen medførte at Tasta og Eiganes HVK fikk to nye virksomheter å samarbeide med, Rennesøy og Finnøy helse- og omsorgssenter. Piloten, koronaen og denne sammenslåingen utfordret helse- og velferdskontoret, hevdes det.

Prosjektlederne mener Friere faglighet har hatt en positiv vinkling, og at retningen har vært bra, men at det har variert litt hvordan prosjektet har vært mottatt i organisasjonen: «Noen har veldig troen på dette, mens andre fortsetter å gjøre som før. Det er heller ikke alle som har fått det med seg».

7.6 SYNSPUNKTER PÅ UTRULLINGEN AV FRIERE FAGLIGHET

I intervjuene spurte vi HVKene og de hjemmebaserte tjenestene om hvordan de hadde opplevd implementeringen av Friere faglighet, og hva de eventuelt har savnet. Tilbakemeldingene fra ansatte og ledere ute i virksomhetene tyder på at det er god oppslutning om hovedmålene med Friere faglighet, og at prosjektet har gått hånd i hanske med den nye finansieringsmodellen. I punktene under gjengir vi det som flere mener har vært hovedutfordringen med utrulling:

- Friere faglighet og mindre byråkrati er en **god ide, men er per i dag for diffust, vagt og bør konkretiseres mer**. Fra HVKet i et av distriktene: «De har ikke tenkt på detaljene for hvordan en skal gjøre dette. Vi må finne ut av konkretiseringen selv. Vi sitter på hver får tue og gjør ting forskjellig»
- **Manglende konkretisering av prosjektet fører til at det utvikler seg ulike praksiser ved de fire distriktene**. Ledelsen ved hjemmebaserte tjenester i et av distriktene sa det slik: «Distriktene jobber ulikt og de vil vi skal jobbe likere. Så kommer et nytt prosjekt. Hvordan skal vi gjøre det? Det er opp til distriktene, og vi jobber ikke likt. De sier: Nå skal dere jobbe likt, men vi må finne ut av det selv. Da må vi komme sammen da. Men nå finner vi ut forskjellige ting i de forskjellige distriktene. Vi kunne gjort mye for å få det mer likt enn det vi har gjort til nå. Det burde ha kommet retningslinjer, men det har ikke kommet. Veien blir til mens du går.»
- **Grasroten må komme tidligere på banen**: «Mye har foregått på ledelsesnivå, vi trenger mer ut i tjenesten». Flere hevder at det har vært for liten involvering av de som jobber med pasientene. Fra det ene HVKet ble dette formulert slik: «De burde involvert de og oss mer, og spurt oss hva vi tenker og hvordan vi kan nyttiggjøre oss av et prosjekt». Det pekes på at ledelsen ved de ulike virksomhetene har vært greit informerte om Friere faglighet, men innenfor hjemmebaserte tjenester opplever de at det er vanskelig å videreformidle dette til de ansatte, ettersom de ønsker å vite mer om hva dette innebærer for det konkrete arbeidet i hverdagen. Fra det ene HVKet pekes det at staben ikke har tenkt gjennom hvordan prosjektet skal konkretiseres og at de burde blitt involvert tidligere: «Vi sitter på hver får tue og gjør ting forskjellig, selv om vi gjør så godt vi kan. Vi ønsker og bli tatt med på råd i forkant av nye prosjekter, vi ønsker også å bli hørt.»
- Ved hjemmebaserte tjenester i et annet distrikt sa de de slik: *Det er en stor utfordring at de ansatte som skal implementere dette og jobbe med dette er de som får sist informasjon, og informasjonen er annenhånds. Man burde vært tidligere på banen med å involvere de*

som er på gulvet, og brukt mer tid på å implementere dette i hver virksomhet. Men det vokser på oss, vi finner gradvis ut hvordan vi skal gjøre det.

- Trykket må holdes oppe en viss tid etter at pilotprosjektet er ferdig. En viktig innvending fra flere er at de ønsker at man holder trykket oppe: «Vi må ta ansvar for å drifte. Det hadde vært veldig nyttig for oss om de hadde vært ute mye lenger og bistått oss ifm. implementeringen».
- Ved det ene HVKet synes de implementeringen har «gått litt av seg selv. Det har vært noen felles samlinger på ledernivå (..), men det har ikke vært gjennomført i det siste, under koronaen». Herfra pekes det også på at det har vært lettere å implementere Friere faglighet på HVKet enn ute i hjemmebaserte tjenester, som har så mange ansatte. «Det er litt vanskeligere å implementere ut i felten»
- **Koronapandemien** og reduserte muligheter for fysisk samhandling har svekket implementeringen av Friere faglighet ut i organisasjonen.

Samtidig peker flere på at mange år med ABI-modellen har lagt føringer på de ansattes rolleforståelse, verdier og normer, og at det tar tid å endre denne tankegangen: HVKene må venne seg til å gi mer slipp, mens hjemmebaserte må venne seg til å ta et større ansvar: «Det er ikke knirkefritt (..). Man må forvente litt knirk, ettersom vi sitter på hver våre tuer»

7.7 VURDERING

Friere faglighet og mindre byråkrati har vært et politisk initiert prosjekt. Hovedmålene med prosjektet har vært tydelige og ser ut til å ha stor oppslutning ute i virksomhetene, og er godt tilpasset den nye finansieringsmodellen.

Piloten ble lagt til Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, der HVK og hjemmebaserte tjenester ble samlokalisert høsten 2018. Piloten ble senere utvidet til de andre distriktene høsten 2020 og avsluttet i august 2021.

I prosjektet ble det lagt opp til en arbeidsform der virksomhetene i piloten i stor grad selv skulle utvikle og prøve ut nye tiltak og samhandlingsrutiner. Å utvikle tiltak i fellesskap, var ett av virkemidlene for å nå målet om en god samhandlingskultur. Begrensninger i fysisk kontakt som følge av koronapandemien, har utfordret denne delen av prosjektet.

Intervjuene tyder på at det er tre hovedinnvendinger mot implementeringen:

- Manglende konkretisering av målene med prosjektet
- En del informasjon på ledelsesnivå, men lite på ansattnivå, spesielt i hjemmebaserte tjenester
- En del mener det hadde vært behov for at noen fulgte opp Friere faglighet etter at piloten var ferdig

Manglende konkretisering. Flere mener at prosjektet har vært for vagt og diffust og savner en tydeligere konkretisering av hva Friere faglighet innebærer helt konkret ute i pleien, og hvordan ansvarsdelingen mellom HVKene og hjemmebaserte skal være. De opplever at det har vært opp

til distriktene selv å fylle Friere faglighet med innhold. Dette skaper en risiko for at det utvikler seg ulike praksiser i de fire distriktene, noe vi finner flere eksempler på.

Forankring. For å kunne sikre en god implementering er det viktig å ha evne til å mobilisere «fotfolket». Friere faglighet ser ut til å være relativt godt forankret på ledelsesnivået ute i virksomhetene, men lite forankret hos de som jobber ute i pleien. De intervjuede mener det er en utfordring at de ansatte som skal sette prosjektet ut i livet, er de som sist får informasjon. Flere tar til orde for at de ansatte burde vært involvert tidligere i starten av prosjektet.

Dette minner litt om funnene fra evalueringen av Leve HELE LIVET. Denne viste også at forankringen hos den enkelte pleier, var svakere enn oppover i hierarkiet.

Tiltak for å motvirke tilbakefall. Etter vår vurdering er det positivt at piloten fortsatte i alle distriktene fra oktober 2020 til august 2021. Men i likhet med piloten på Eiganes og Tasta, ble dette arbeidet amputert som følge av koronapandemien. I intervjuene mener flere at det hadde vært en stor fordel om noen fra staben hadde fulgt opp prosjektet etter at piloten ble avsluttet, og et stykke ut i driftsfasen.

Etter vår vurdering er det liten tvil om at koronaen har skapt vanskelige arbeidsbetingelser for innføringen av friere faglighet ute i organisasjonen. Det er likevel lærdommer å hente i tilbakemeldingene fra virksomhetene.

Det var en ambisjon at prosjektet skulle ha en nedenifra og opp-tilnærming, men tilbakemeldingene tyder på at man ikke fikk til dette slik man ønsket. Etter vår vurdering ville en tidligere og sterkere involvering av saksbehandlere og pleiere ute i virksomhetene ikke bare styrket forankringen av friere faglighet. Det ville trolig også bidratt til en enda tydeligere konkretisering av hva friere faglighet innebærer ute i pleien, og hvordan ansvarsdelingen mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester skulle være. Hvorvidt det er nødvendig med en oppfølging av denne type prosjekter etter at piloten er avsluttet, bør sikkert vurderes i hvert enkelt tilfelle. Men det er interessant innspill. Og felles for alle disse tre innspillene er at de alle vil kunne bidra til å redusere risikoen for at det utvikler seg ulike praksiser i de ulike helse- og velferdsdistriktene.

8 SAMHANDLING

8.1 INNLEDNING

Revisjonskriteriene for denne delen er hentet fra Friere faglighet og den omtalte PwC-rapporten. Målsettingen for prosjektet Friere faglighet var å bidra til at brukerne får bedre tjenester ved å sikre en helhetlig tilnærming med brukers mål i sentrum. En forutsetning for dette var å utvikle og forbedre samhandlingen mellom hjemmebaserte og helse- og velferdskontoret. Overgang til

budsjettfinansiering forhjemmebaserte tjenester gjorde det nødvendig å utvikle en ny samhandlingsstruktur med pasientforløpene som utgangspunkt.

I PWC-rapporten løftes det frem åtte funn som de mente var avgjørende for ressursbruken i pleie- og omsorgssektoren. To av disse dreier seg om samarbeid og samhandling mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester: *Nærhet og samhandling mellom bestillerfunksjon og hjemmetjenesten* og *Samarbeid på tvers som preges av respekt og gjensidig tillit*.

Et sentralt mål med Friere faglighet er å få til en tettere og bedre samhandling mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester.

Vi utleder følgende revisjonskriterier

- Samhandlingen mellom hjemmebaserte tjenester og helse- og velferdskontorene fungerer godt etter innføringen av Friere faglighet og den nye finansieringsmodellen
- Samhandlingen er tett, målrettet, og preget av respekt og gjensidig tillit.

For å undersøke om samhandlingen mellom hjemmebaserte tjenester er forbedret, har vi spesielt konsentrert oss om to ting: Det ene er å gå detaljert gjennom pasientforløpene, som både er viktige indikatorer for kommunens mestringsrettede arbeid, og som samtidig er blitt selve grunnstrukturen eller rammen for den brukerrettede samhandlingen innen hjemmesykepleien⁴⁰. Det andre er å se nærmere på samhandlingsarenaene ved de ulike distriktene, for å undersøke hvordan disse fungerer. Tilbakemeldinger i intervjuene er blitt supplert med deltakende observasjon av to møter ved det ene distriktet.

8.2 PASIENTFORLØP – BRUKERRETTET SAMHANDLINGSSTRUKTUR

Bestiller-/utfører modellen som forvaltningsmodell for tjenester og finansiering av hjemmesykepleie gjennom aktivitetsbaserte tjenester (ABI) la i stor grad premissene for roller, samhandling og ansvar tidligere. Overgang til budsjettfinansiering for hjemmebaserte tjenester i 2020 har gjort det nødvendig å utvikle en ny samhandlingsstruktur. Det ble derfor utarbeidet pasientforløp hvor det, etter brukerens behov og forventet mestringspotensial, velges et tidsavgrenset forløp hvor målrettede tiltak iverksettes. Pasientforløpene gjaldt frem til vår/sommer 2022 for brukere med behov knyttet til somatiske problemstillinger, dvs.

⁴⁰ I skrivende stund er miljøterapeutisk enhet i ferd med å starte opp arbeidet med pasientforløp.

hjemmesykepleien⁴¹. Pasientforløp ble innført i hele kommunen i oktober 2020⁴². Pasientforløp innen miljøtjenesten startes opp utpå vårrparten 2022.

Bakgrunnen for innføringen av pasientforløpene var funnene i Rogaland Revisjons evaluering av Leve HELE livet fra 2019, som viste at flere kunne nyttiggjøre seg av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det ble deretter sendt ut et rundskriv om at alle skal prøve ut «*mestringstiltak*» før kompensierende tjenester eller tiltak iverksettes, ettersom forskningen har vist at mange søker kommunale tjenester når de «*er på sitt dårligste*»⁴³

Ut fra brukerens behov og forventet mestringspotensial, velges det et tidsavgrenset forløp hvor målrettede tiltak iverksettes. Pasientforløpene definerer når pasientene skal kartlegges, følges opp, og evalueres, for å sikre mest mulig lik arbeidsform i hele kommunen. Sammen med brukere og pårørende prøver de ansatte ut muligheter og løsninger for å oppnå mest mulig egenmestring. Pasientforløpene skal sikre et bedre system for at alle brukerne får vurdert og iverksatt tiltak for egenmestring på et tidlig tidspunkt i forløpet.

Intensjonen med pasientforløp er faglig. Pasientforløpene skal sikre at de riktige tjenestene og tiltakene iverksettes raskt for å øke mulighet for mestring og selvstendighet.

I arbeidet med pasientforløp ble det vektlagt viktigheten av å gi hjemmebaserte tjenester tid til å kartlegge og observere bruker i de aktivitetene de trengte bistand til. Dette ble gjort for å ha et godt grunnlag for å beslutte tjenesteomfang og innhold, og bidra til at vedtakene i større grad samsvarer med brukers behov. På denne måten fikk også hjemmebaserte tjenester en mer aktiv rolle i forkant av at vedtaket fattes.

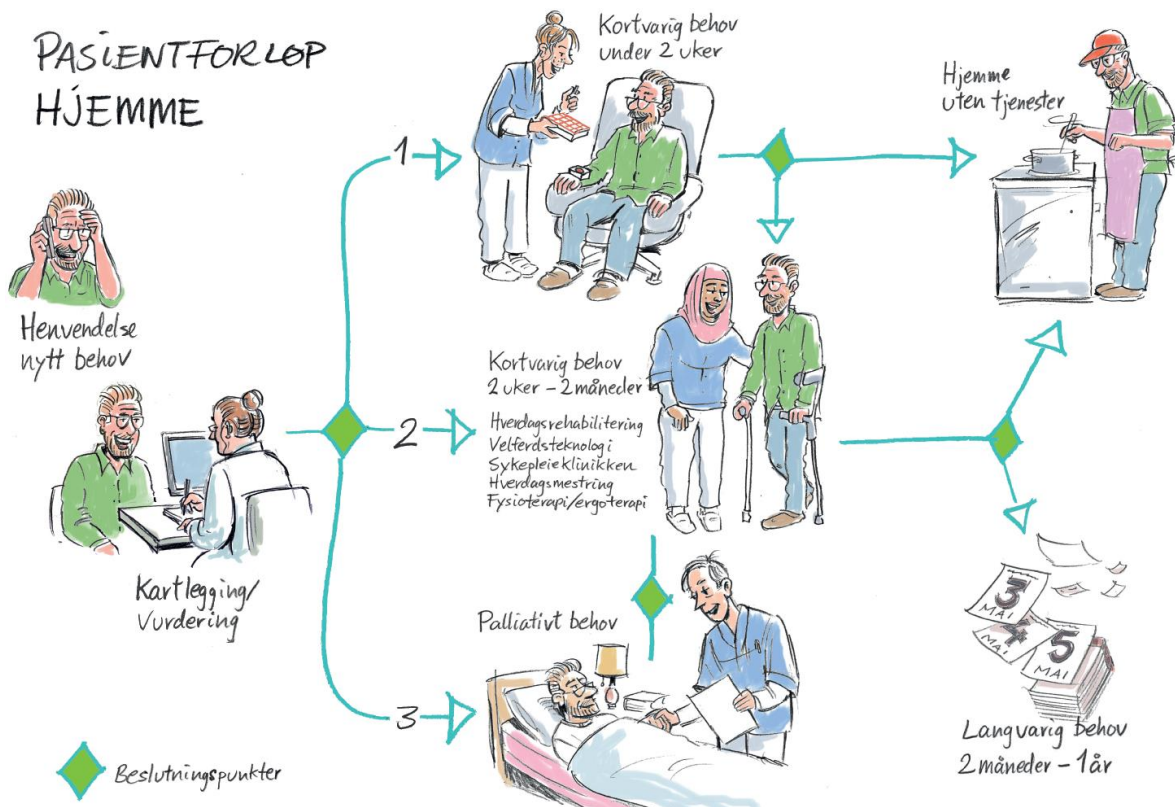
8.2.1 FORLØP FOR SOMATISKE PASIENTER MED NYE BEHOV

Alle nye brukere eller brukere med nye behov skal inn i et pasientforløp. Bare unntaksvis går de ikke inn i et forløp: «*Alle skal inn i et forløp, men man må bruke sunn fornuft.*»

⁴¹ Sluttrapport- Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022. Vår/sommer 2022 skal kommunen også begynne med forløp i miljøtjenesten (opplyst i intervjuer).

⁴² Sluttrapport- Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

⁴³ Pasientforløp – «*Oppfriskning – erfaringer så langt*», presentasjon fra rådgiver i stab, august 2021.



- Pasientforløp 1** benyttes der det er forventet pasienten vil mestre aktiviteten selv løpet av 2 uker. Dette kan være trygghet i en overgang fra sykehus til hjemmet, opplæring/oppfølging av prosedyrer ol. Typiske forløp 1-pasienter er for de som ikke har hatt hjemmesykepleier før og som trenger noen dagers bistand etter sykehusopphold, for eksempel å se til sår: «De som er i forløp en trenger noen ofte trygging, noen få besøk». Det vurderes at behovet for bistand vil bortfalle før det er nødvendig å fatte vedtak. Dersom tiltakene varer lenger enn 14. dager, må det fattes vedtak om tjenesten. HVKene fatter ikke hjemmesykepleievedtak før det er gått 14 dager.
- Pasientforløp 2** benyttes hos pasienter der en tenker at behovet vil vare ut over 2 uker. I en periode på inntil 2 måneder rettes tiltakene mot at pasienten i størst mulig grad skal bli selvstendig. En skal vurdere hverdagsmestring i form av opptrening/veiledning, sykepleieklivnikk, HRH, velferdsteknologi og fysio-/ergoterapi med mål om at pasienten skal gjenvinne mest mulig funksjon. Det er ikke uvanlig at brukerne har behov for flere tjenester, og da ønsker kommunen at disse skal ses i sammenheng⁴⁴.

⁴⁴ I samtale den 25.04 får vi opplyst at man ønsker å involvere fysio- og ergoterapitjenesten

- **Pasientforløp 3** er rettet mot brukere med et palliativt behov, der behandlingen har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom.¹ **Vi ser ikke på disse forløpene i denne gjennomgangen.**

8.2.2 KORT OM ANSVAR OG ROLLER IFM. PASIENTFORLØPENE

Det er enten **samhandlingskoordinator eller fagkonsulent** ved HVK som gjør vurderinger av nye pasienter eller pasienter med nyoppstått behov. HVK har ansvaret for å innhente nødvendige opplysninger for å kartlegge pasientens funksjonsnivå og behov. Deretter blir pasienten innplassert i et forløp.

HVK sender melding til hjemmebaserte tjenester. Der står det hvilket pasientforløp brukeren er i, og hva oppdraget innebærer.

Hjemmebaserte tjenester tildeler pasienten **primærkontakt** og dokumenterer status og fremdrift i journal. Dersom det oppstår avvik fra forventet pasientforløp, sender hjemmebaserte melding til saksbehandler.

Hjemmebaserte tjenester avslutter tiltak og tjenesten når pasienten mestrer dette selv, og sender melding til aktuell saksbehandler, som avslutter tjenesten.

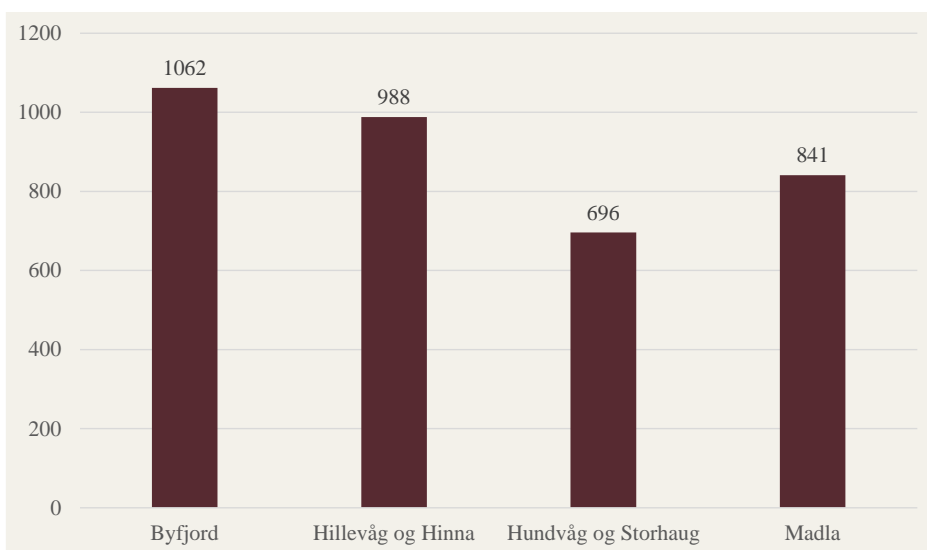
Når det gjelder forløp to, som varer opp til to måneder, pekes det på at god samhandling underveis i forløpet er avgjørende for at man klarer å nå målene som er satt for pasientene. Hjemmebaserte tjenester avslutter tiltak etter hvert som pasienten mester oppgavene selv. Ved behov for tjenester ut over perioden på to måneder, gjøres nytt vedtak.⁴⁵

8.2.3 DET TOTALE HJEMMESYKEPLEIEVOLUMET I HVERT DISTRIKT

Før vi presenterer hvordan forløpene fordeler seg på de ulike distriktene, kan det være verdt å minne om at det er store forskjeller mellom distriktene mht. hvor mange som mottar hjemmesykepleie. Dette illustreres under.

⁴⁵ Pasientforløp – «Oppfriskning – erfaringer så langt». Presentasjon av rådgiver i stab for Hillevåg og Hinna HVK, august 2021.

Figur 12 Hjemmesykepleie – totalt antall iverksatte tjenester 2021



8.2.4 FORLØP 0

Det finnes også et pasientforløp 0, selv om dette ikke kommer frem av illustrasjonen på forrige side. Dette gjelder brukere som HVK vurderer vil klare seg helt selv og at det dermed ikke er behov for tjenester, men en oppfølgingssamtale, for å sjekke at bruker klarer seg hjemme etter noen dager. Pasientforløp 0 er aktuelt der bruker og fagkonsulent mener at det vil gå fint når bruker kommer hjem i vante omgivelser, men ønsker å skape en trygghet ved å følge opp etter hjemkomst. Tjenesten avsluttes når oppfølgingssamtalen er gjennomført.

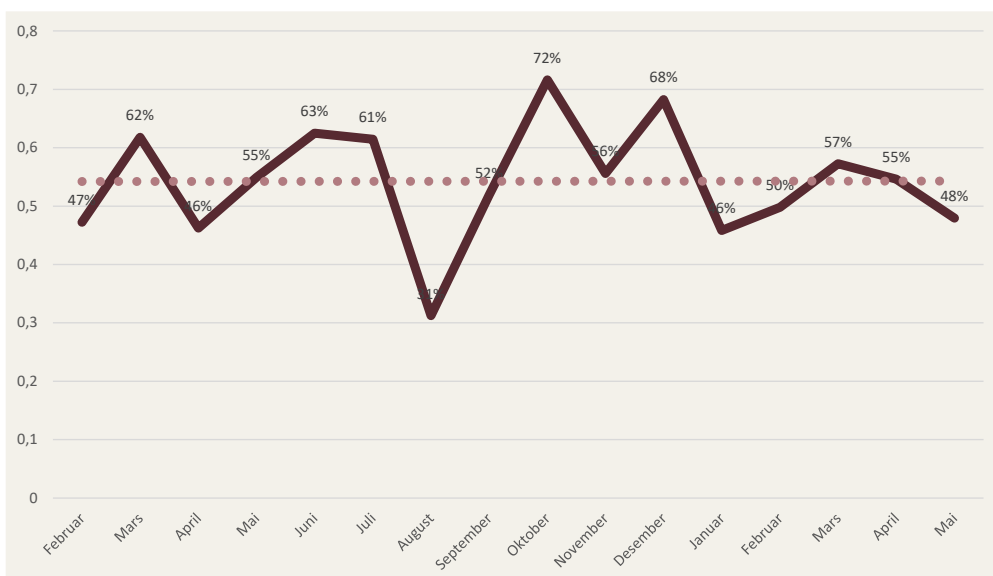
Det er langt færre pasienter som har gjennomgått forløp 0 enn forløp 1 og 2. Pasientforløp 0 ble ikke lagt inn som egen kode i journalsystemet før i april 2021. Dette er årsaken til at det ikke finnes tall før dette. Per 24.03.22 hadde 41 brukere gjennomgått forløp 0, 22 av disse fra Eiganes og Tasta⁴⁶.

8.2.5 FORLØP 1

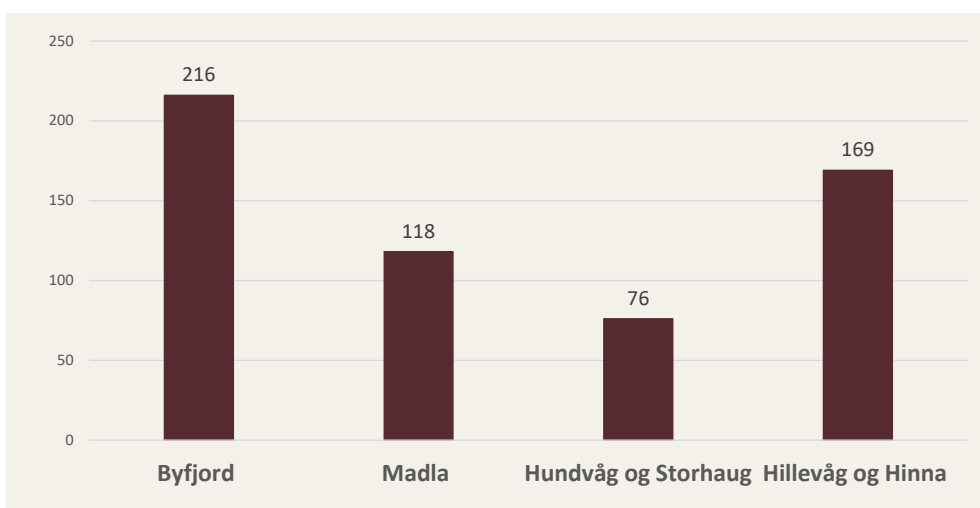
Figur 13 Utvikling i andel avsluttede pasienter per måned i forløp 1 – fra februar 2021 til mai 2022

Figuren under viser at rundt halvparten av pasientene som er gjennom forløp 1 avslutter uten å trenge mer hjelp etterpå, og at andelen er nokså stabil over tid.

⁴⁶ Mottatt på epost 24.03.22 fra rådgiver i helse og velferd.



Figur 14 Antall brukere som har vært gjennom forløp 1 i perioden februar 2021 til februar 2022 i hvert distrikt



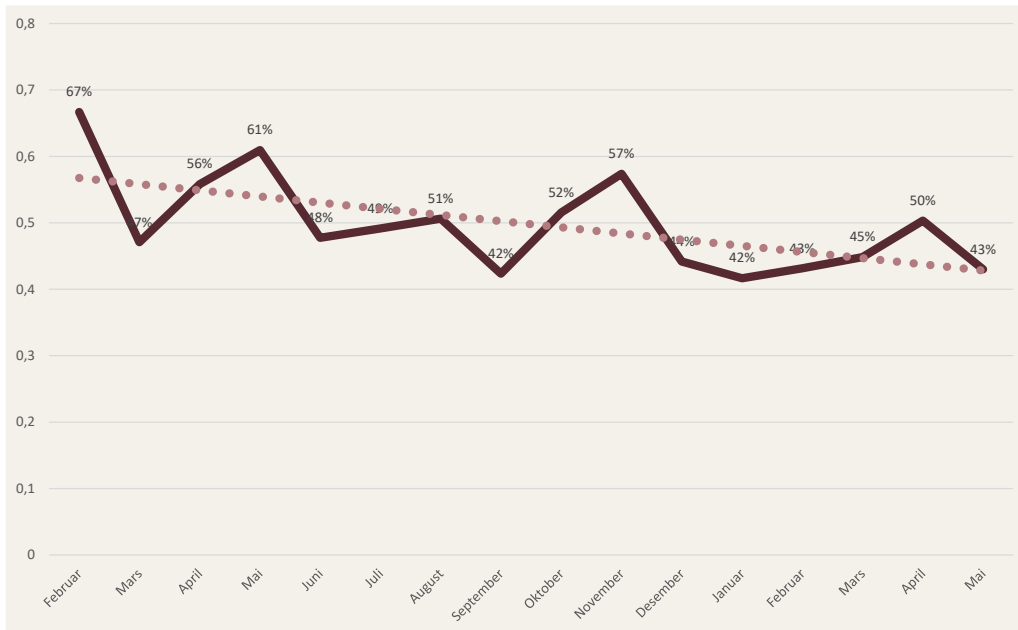
Kilde: Helse og velferd, Stavanger kommune⁴⁷

8.2.6 FORLØP 2

Figuren under viser at mellom 40 og 60 prosent av brukerne som gjennomfører forløp 2 avslutter uten å trenge mer hjelp etterpå. Den stiplede linjen, som viser trenden over tid, viser at andelen har vært fallende siden oppstarten. De intervjuede er usikre på hva som er årsaken til dette.

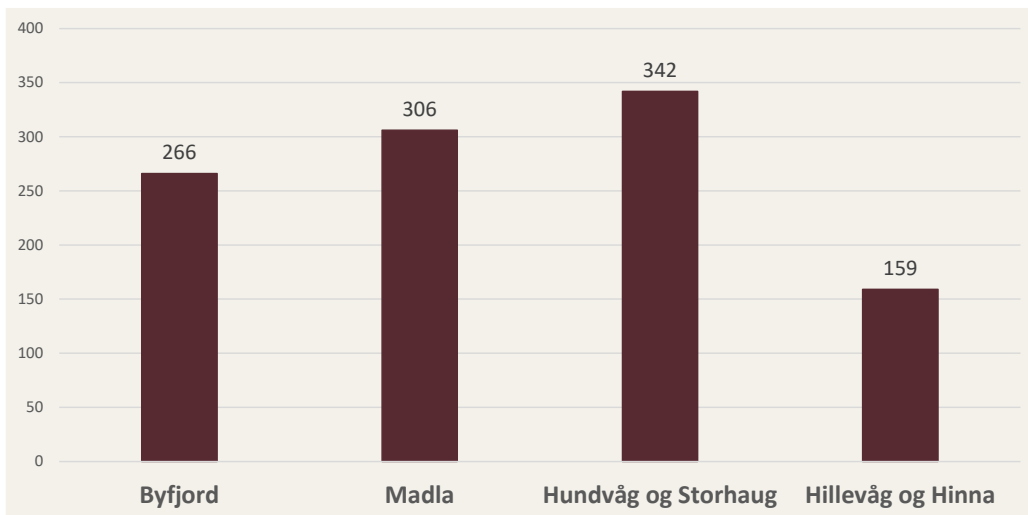
⁴⁷ Mottatt av rådgiver i stab den 24.03.2022

Figur 15 Utvikling i andel avsluttede pasienter uten tjenester i pasientforløp 2, hele kommunen, feb 2021 til mai 2022



Kilde: Helse og velferd, Stavanger kommune⁴⁸

Figur 16 Antall brukere som har vært gjennom forløp to i perioden februar 2021 til mai 2022



Kilde: Helse og velferd, Stavanger kommune

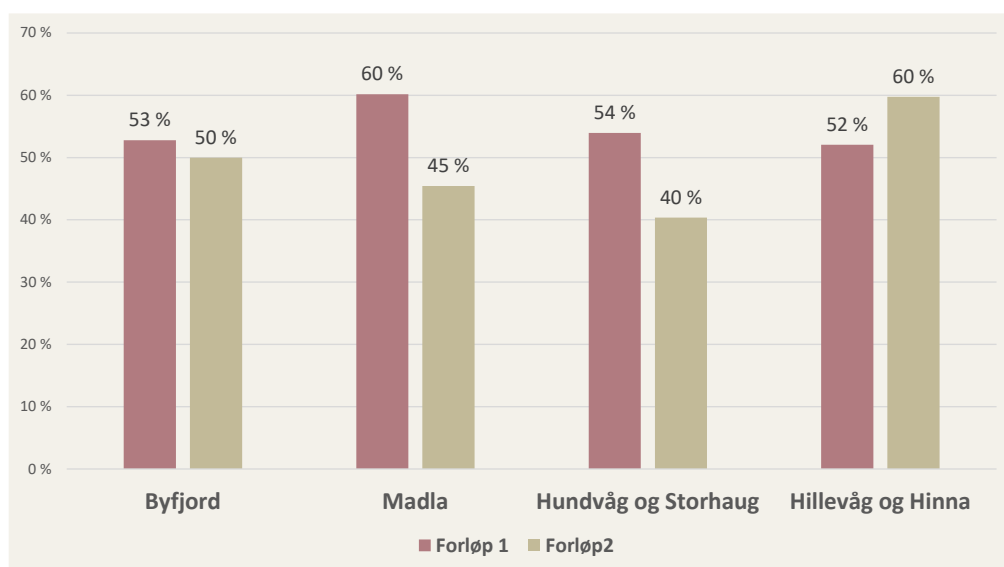
⁴⁸ Mottatt av rådgiver i stab den 24.03.2022



Det er Hillevåg og Hinna og Hundvåg og Storhaug som skiller seg mest ut her. Hundvåg og Storhaug er det minste distriktet, men har flest brukere som har vært gjennom forløp to.

Hillevåg og Hinna er et langt større distrikt, men har få i forløp to. Vi får opplyst fra HVK at de ikke har registrert inn alle i et forløp slik de skal. «Vi har glippet på noen (...). *Hverdags-rehabilitering, E-helse, velferdsteknologi, sykepleieklinikk og fysio og ergo, skal alle registreres inn i forløp. Forrige fredag fant vi ut hvordan vi skal gjøre det/hvem vi skal legge i forløp gjorde det. Det ser ut som vi har glippet litt her*». Vi får også opplyst fra helse- og velferdskontoret at hjemmetjenesten i deler av 2021 manglet tilgang på forløpslistene, noe som også har spilt inn. Men leder tror også arbeidet innføring av to geografiske team i helsegruppa har spilt inn.

Figur 17 Den totale andelen pasienter uten tjenester etter forløp 1 og 2 fra februar 2021 til mai 2022, fordelt på distrikt



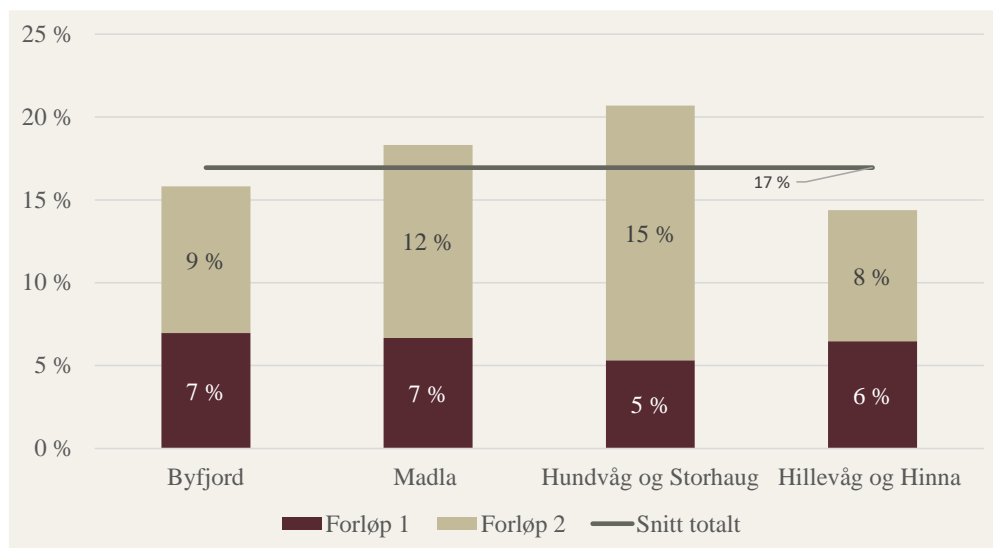
Vi ser at Hundvåg og Storhaug har den laveste andelen pasienter uten tjenester etter endt forløp to. Men fordi dette distriktet har et stort volum av brukere som går gjennom et slikt forløp, er de likevel det distriktet (sammen med Madla) som har flest brukere i antall uten tjenester etter endt forløp to (hhv. 139 og 138). Og som vi har vist tidligere er Hundvåg og Storhaug det minste distriktet. Det betyr at de relativt sett, i forhold til det totale antallet iverksatte hjemmesykepleietjenester, har størst andel brukere som klarer seg uten tjenester etter forløp to. Selv om Hillevåg og Hinna har 60 prosent som klarer seg uten tjenester etter endt forløp to, utgjør dette relativt få brukere (95) ettersom volumet av forløp 2-pasienter er lavt.

For forløp 1 er det Byfjord som har det største volumet av brukere uten tjenester etter endt forløp, både i antall og relativt sett. Her er det Hundvåg og Storhaug som både har den laveste andelen og laveste antallet brukere som er uten tjenester etter endt forløp 1.

I figuren under har vi utarbeidet et forholdstall som viser hvor stor andel som avsluttes uten tjenester etter at de har gjennomført forløp 1 og forløp 2. Men dette er ikke i prosent av hvor mange som har gjennomført et forløp, slik som over, men i prosent av antall iverksatte

hjemmesykepleietjenester ved hvert av distriktene. Totalt er det 17 prosent av alle mottakerne av hjemmesykepleie som blir helt selvhjulpne etter endt forløp⁴⁹. Og vi ser at Hundvåg og Storhaug og Madla er de distriktene som total sett har den største andelen mottakere av hjemmesykepleie som blir helt selvstendige etter endt forløp (hhv. 20 og 19 prosent).

Figur 18 Andel uten tjenester etter endt forløp, i prosent av iverksatte hjemmesykepleietjenester i 2021



Dette bildet holder seg dersom vi inkluderer tall til og med mai 2022. Men vi ser en økning i avsluttede forløp-1 brukere, uten tjenester ved Byfjord og Hillevåg og Hinna. Dette illustreres i [vedleggsdelen](#).

8.2.7 FORLØP SOM IKKE ER AVSLUTTET INNEN FRIST

Tallene vi har presentert over er forløp som er avsluttet. Men ifølge intervjuene blir ikke alle pasientforløpene avslutte innen forløpsperioden (to uker eller to måneder). Av den grunn ba vi om øyeblikkstill (til forskjell fra tallene over) fra de fire HVKene, for å undersøke hvor mange dette gjelder, dvs. hvor mange som ikke er avsluttet innen forløpsperioden, innen to måneder for forløp to og innen to uker for forløp én.

Uttrekket vårt er fra månedsskiftet mars/april 2022⁵⁰. Det viser at:

⁴⁹ Vi har dessverre ikke tall på hvor stor andel som blir delvis selvhjulpne, dvs. at man har reduserte tjenester i etterkant, ettersom man arbeider med å få denne rapporteringen på plass.

⁵⁰ I høringsvaret gis det følgende presisering ifm. de presenterte talldataene: I gjennomgang av uavsluttede forløpsregistreringer ble det ikke kontrollert for om det var skrevet vedtak på tjenesten hjemmesykepleie som hadde en varighet utover 14 dager. Det var kun en kontroll om tjenesten var aktiv.

- 64 prosent av forløp 1-pasientene var ikke avsluttet innen to uker
- 51 prosent av forløp 2-pasientene var ikke avsluttet innen to måneder.

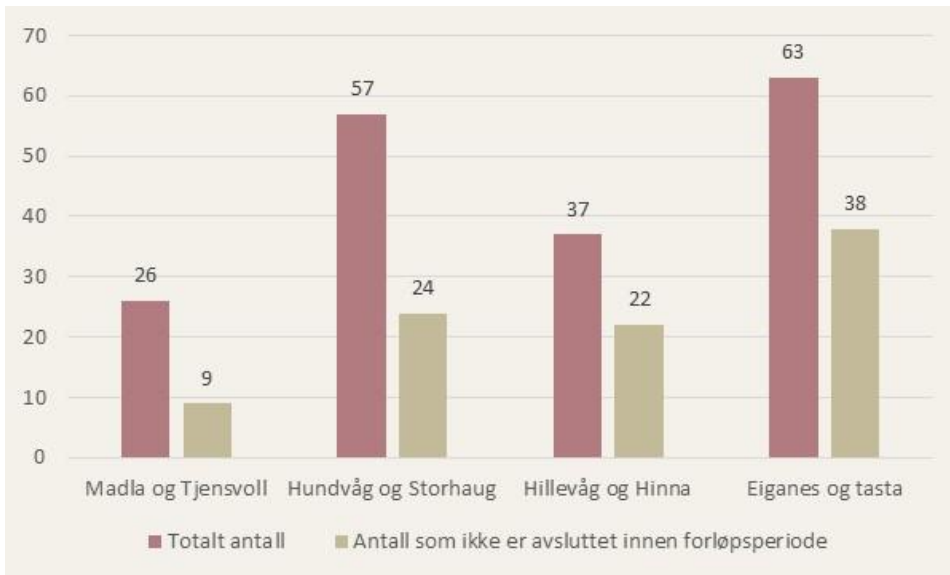
Lengden på fristoverskridelsene varierer, men for 10 prosent av forløp 1-pasientene som ikke var avsluttet, startet forløpet i 2021. Tilsvarende tall for forløp 2-pasienter er 35 prosent. I ett tilfelle fant vi en forløp 1-pasient som ikke ble avsluttet på over 300 dager etter forløpsstart, og vi finner også enkelte forløp 2-pasienter som ikke er avsluttet på over ett år.

I figurene under presenterer vi det totale antallet forløp 1 og 2 ved de fire HVKene i månedsskiftet mars/april, og hvor mange som ikke er avsluttet i løpet av forløpsperioden.

Figur 19 Antall pasienter i forløp 1, og antall som ikke er avsluttet innen to uker (øyeblikkstill)



Figur 20 Antall pasienter i forløp 2, og antall som ikke er avsluttet innen forløpsperiode (øyeblikkstill)



Kilde: De fire helse- og velferdskontorene

8.2.8 HVORFOR AVSLUTTES IKKE FORLØPENE NÅR DE SKAL?

Vi har vært i kontakt med representanter fra tre av HVKene for å forsøke å forstå hva dette betyr og hvorfor det skjer. Vi oppsummerer hovedinntrykket vårt i punktene under

- Det kan bety at noen forløp er avsluttet, men at saksbehandlerne har glemt å registrere dette.
- Det kan bety at noen pasienter fortsetter med tjenester, utover forløpsperioden. Tilbakemeldingene kan tyde på at det kan være minst to årsaker til dette:
 - At forløpene ikke blir avsluttet slik de skal, men at tjeneste ruller og går, slik at forløpene mister litt av effekten i forhold til hva som er målet med dem. En av de ansatte ved det ene HVKet sa det slik: «*Det varierer hvor flinke vi er til å avslutte. Vi har ganske mange som ikke er avsluttet, og det er ikke vanskelig. Det er to tastetrykk i Cosdoc*» (Fagsystemet som brukes, vår anm.). Men det er også de som mener at forløpende ikke blir avsluttet når de skal, fordi registreringsarbeidet er tidkrevende og saksbehandlerne blir «slukt av hverdagen.»
 - Det kan også bety at brukerne trenger mer tid enn to måneder for å bli selvhjulpne og at det er derfor forløpet ikke er avsluttet. De trenger kanskje tre til seks måneder, i stedet for to.
- De som er i pasientforløp 1 har ikke vedtak. Dersom tiltakene varer lenger enn 14. dager må det gjøres et vedtak om tjenester. Når vedtakene ikke avsluttes innen to uker, betyr dette at en god del brukere mottar tjenester uten at de har et vedtak som sier hvilken hjelp de skal få.

Med bistand fra rådgiver i Helse og velferd ble det plukket ut 15 brukere - én i forløp 0, seks i forløp 1 og åtte i forløp 2⁵¹. Felles for disse var at de skulle ha vært avsluttet for lenge siden, dvs. tidsavvikene var relativt store. Hovedspørsmålet var: Hvorfor hadde ikke forløpene blitt avsluttet når de skulle?

- Det ser ut til at de aller fleste av disse er rene forglemmelser, dvs. at de har hatt glemt å avslutte forløpene (9 av 15).
 - I noen av sakene har saksbehandlerne tilbakedatert avslutningsdatoen Eksempel: Forløp startet 13.12.21 og ble formelt avsluttet 27.04. Saksbehandler tilbakedaterte da avslutningsdato til den reelle avslutningsdatoen, 22.12, dvs. når den rent faktisk ble avsluttet. Det betyr at disse ikke kommer med i statistikken.
- Noen har hatt behov for tjenester videre (6 av 15).
 - I et av disse tilfelle er det tydelig at brukeren hadde behov for et forløp to som varte lenger enn normalt, i dette tilfellet seks måneder.

Et siste moment som bør legges til her: Dersom manglende avslutninger skyldes at man har avsluttet, men glemt å registrere dette, betyr det at statistikken ikke helt stemmer med virkeligheten.

En liten presisering til slutt: Registrering av forløp i det elektroniske journalsystemet må ikke forveksles med registrering og rapportering av helse- og omsorgstjenester i journalsystemet⁵². Pasienter som forventes å ha behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet kortere enn 14 dager, kodes med pasientforløp 1, de som har behov for tjenester i mer enn 14 dager kodes med pasientforløp 2, og de som har behov for palliativ oppfølging kodes med pasientforløp 3 (ikke med her). I tillegg til denne kodingen saksbehandles, registreres og rapporteres helse- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie, hverdagsrehabilitering, fysioterapi eller ergoterapi i journalsystemet som før implementeringen av pasientforløpene. Denne kodingen i systemet hjelper kommunen å ha oversikt og synliggjøre internt hvilke brukere som er i de ulike forløpene, samt å ta ut resultater i etterkant av forløp. Det pekes på at forståelsen og praktiseringen av registreringene varierer internt i kommunen. Vi får videre opplyst at kommunen har jobbet med dette i implementeringen, men det er fortsatt variasjon i registreringspraksisen, noe som påvirker reliabiliteten og validiteten av pasientforløpsresultatene. Samtidig pekes det på at en økning i antall pasienter hvor kodingen brukes, gir et stadig bedre bilde av arbeidet med å iverksette mestringstiltak og resultatene av disse for nye brukere og brukere med nye behov⁵³.

8.2.9 SYNSPUNKTER PÅ FORLØPENE

⁵¹ Alle var anonymiserte.

⁵² Kilde: Presisering fra kommunen ifm. høringssvaret.

⁵³ Kilde: Presisering fra kommunen ifm. høringssvaret.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at både helse- og velferdskontorene og hjemmebaserte er positive til forløpene, og at de er strukturerende mht. å jobbe mestringsrettet. En av de intervjuede ved det ene helse- og velferdskontoret sa det slik: *«Forløpene er et hjelpemiddel eller verktøy som bidrar til at de ansatte her kan jobbe mer målrettet og strukturert, uavhengig av personlighet. For utførere kan det bidra til kvalitet og trygging opp mot de fortløpende faglige vurderingene de gjør.»*

Ved en hjemmebasert tjeneste i et annet distrikt, uttrykte de seg slik: *«Nå fungerer pasientforløpene. Vi startet med det i fjor og vi så ikke helt nytteverdien i starten. Men det er bedre nå. Vi bruker dem i møtene med HVKene, de er et godt samarbeidsverktøy og de pusher oss til å få brukerne selvgående. Vi tenker i større grad på hva som er rett tjeneste for den enkelte bruker. Men en god del havner fort i forløp to, og blir liggende der lenge»*. En annen hjemmetjeneste sa det slik: *«Vi liker det. Vi er flinke til å ta vekk tjenester, dersom brukerne klarer det selv.»*

I intervjuene pekes det på at forløpstankegangen er bra for forventningene til både bruker, pårørende, pleiere og de som tildeler tjenesten. Alle vet at det er en tidsbegrensning, og at målet er at bruker helt eller delvis skal mestre oppgavene selv. Et interessant eksempel på dette er erkjennelsen ledelsen ved hjemmebaserte tjenester i det ene distriktet gjorde ifm. pasientforløp to: *«Vi er ikke flinke nok på å terpe at brukerne skal lære seg å håndtere medisinsansvaret selv. Vi tar over medisinsansvaret, og så beholder vi det. Vi var i møte med Madla og (...) de legger alltid inn en kortvarig opplæring av brukerne i opplæring i dosering av medisiner. De doserte ikke. Vi kunne nok vært strengere, men det er viktig å få med brukere og pårørende og få til en forventningsavklaring. HVKer må være på med en gang, og det må være et mål å klare det selv. Enkelte fastleger har også lett for å henvise pasienter til hjemmetjenesten, for at vi skal ta over.»*

Evalueringen av Leve HELE livet fra 2019 viste at Madla og Tjensvoll var det distriktet som hadde kommet lengst med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering⁵⁴. Distriktet var i 2012 pilot for hverdagsrehabiliteringen, og i 2019 var det tydelig at hverdagsmestringstankegangen var godt forankret i hele distriktet. Derfor var deres reaksjon på pasientforløp i starten at *«dette var slik de hadde jobbet i mange år»*. Også fra helse- og velferdskontoret pekes det på at det nok ikke var *«vårt distrikt som trengte pasientforløpene mest, ettersom både hverdagsmestrings- og forløpstankegangen var godt innarbeidet. (...) Men det er en fin måte å få dem til å tenke sånn. Det betyr at folk gjør mer av det, men det er ikke så mye nytt.»* De intervjuede ved hjemmebaserte tjenester på Madla og Tjensvoll mener at hverdagsmestringen har «lidd» litt under koronaen, men at det har tatt seg opp etter at kommunen innførte pasientforløpene, og at forløpene er bra for forventningene til tjenestene.

Erfaringen ved enkelte av distriktene er at forløpene fungerer best når pleierne i hjemmesykepleierne deltar på samarbeidsmøtene. Gjennomgangen tyder på at det varierer om

⁵⁴ [Kvalitet i eldreomsorg, Stavanger kommune, mai 2019](#)

hjemmesykepleien involverer primærkontakter og andre pleiere i disse møtene. Men vi får opplyst fra Hillevåg og Hinna HVK at distrikt Hillevåg: *«har med fotfolket. Det er bra. Da får vi hilse på de som er ute i pleien, de som kjenner brukerne. De har masse å fortelle, det er veldig matnyttig. Det rullerer hvem som stiller. Den som går til eller er primærkontakt for bruker».*

Flere gir også uttrykk for at forløpene fører til at de ansatte opptrer likere mot brukere og pårørende og at de pårørende i større grad skjønner hvorfor brukerne må gjøre ting selv (åpne dør osv.). Det pekes på at kommunens reviderte informasjonsbrosjyre appellerer også mer til pårørende.

Det er også slik at kommunens reviderte informasjonsbrosjyre er tydeligere mht. forventninger knyttet til bruker- og pårørendeinvolvering enn man var tidligere. Eksempler fra brosjyren på hva brukeren kan forvente av tjenesten: At vi spør *«Hva er viktig for deg?»* *«At vi sammen med deg vurderer hva du kan klare selv»*. Eksempler på pårørendeinvolvering: *«At du selv ellever ved hjelp av dine pårørende, gjør de aktiviteten du/dere klarer selv»*, *«At du eller dine pårørende sørger for medisiner, resepter og annet nødvendig utstyr (for eksempel vekt, elastiske strømper, blodsukkerapparat, blodtrykkmåler etc.)»*.⁵⁵ Den gamle brosjyren inneholdt ingen slike forventninger.

Pasientforløpene – et mer målrettet byråkrati?

Intervjuene tyder samtidig på at innføringen av pasientforløpene øker papirarbeidet og byråkratiet igjen. Samtidig opplever flere at denne formen som byråkrati som faglig riktigere, mer hensiktsmessig, og som en mer målrettet måte å jobbe på.

Bør forløpene målrettes mer mot bestemte brukere?

Ved to av HVK-ene stilles det spørsmål om forløpene bør målrettes ytterligere, for å lykkes enda bedre med å gjøre brukerne selvhjulpne.

De hevder det både er positive og negative sider med pasientforløpet. De mener det er positivt at HVK sammen med hjemmebaserte tjenester, retter oppmerksomheten mot opplæring når nye pasienter/behov melder seg. Men saksbehandlerne opplever at kommunens ambisjoner er for høye når man forventer at *alle* brukere med nye behov skal gjennom et pasientforløp. De mener at mange brukere ikke vil kunne ha utbytte av et forløp, og at man bruker for mye tid på disse. De hevder at en større siling av brukerne vil målrette ressursbruken bedre. Dette ble formulert sånn ved det ene distriktet: *Det er en kjempegod ide, men det må fungere i praksis og komme brukeren til gode*. Ved det andre distriktet sa man det slik: *«Det burde vært større frihet til å sile ut hvem som er aktuelle for et forløp og hvem som ikke er det. Dermed kunne vi jobbet mer målrettet med*

⁵⁵ Per mai 2022: [Hjemmesykepleie | Stavanger kommune](#)

de som har forutsetninger for å bli selvhjulpne gjennom pasientforløpene. (..). Vi får ikke gehør for siling. Dette er ikke en hensiktsmessig måte å jobbe på, for vi kunne heller jobbet bedre og mer målrettet med de som er aktuelle for et forløp. Nå bruker vi for mye tid på byråkratiet rundt forløpene, dvs. oppstart, oppfølging og avslutning».

De gir også eksempler på hvilken type pasienter de mener det ofte ikke er realistisk å få selvhjulpne:

- Brukere med nyoppdaget demens
- Brukere som har hatt tjenester i flere år, som får nye behov
- Gjengangere – ikke hensiktsmessig med et forløp
- Sårbehandling ved sykepleierklinikk. Forstår ikke hensikten med at de skal inn i et forløp. De er ferdige når såret er grodd.
- Brukere med palliative behov

Ifølge rådgiver i stab bør det ikke åpnes opp for at HVKene (sammen med hjemmebaserte tjenester) får større frihet til å velge ut hvem som er aktuelle for et pasientforløp. Herfra understrekes det at *alle* brukere med nye behov bør få mulighet til å oppleve mestring, og derfor inngå i et forløp: «Vi kan ikke tillate oss å ikke prøve det ut. Det blir for defensivt».

Et viktig argument for dette er, ifølge rådgiver, at mange brukere søker om kommunale pleie- og omsorgstjenester når de er på sitt aller sykeste eller dårligste, og mange vil oppleve en markant bedring etter hvert. Dermed risikerer kommunene å gi kompenserende hjelp til brukere som bare har et kortvarig behov for hjelp. Dette vil kunne gjøre brukerne avhengige av hjelp som de i utgangspunktet ikke trengte, og bidra til at de opprettholder et lavere funksjonsnivå enn de ville gjort dersom kommunen hadde jobbet mestringsrettet. Kort sagt vil dette kunne bli dårlig for bruker og dyrt for kommunen. I regjeringens opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering og påfølgende rundskriv anbefaler regjeringen kommunene om å utrede rehabiliteringsbehov- og muligheter, før det settes i verk tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne⁵⁶.

Når det gjelder de konkrete eksemplene vises det til følgende:

- **Brukere med demens.** Det er veldig viktig at disse lærer seg å nyttiggjøre velferdsteknologi i en tidlig fase av sykdommen. Bare på denne måten vil de kunne bruke dette over tid, når de opplever forverring, og de vil kunne bo hjemme lengst mulig.
- **Også brukere med et palliativt behov,** dvs. de som har en livstruende sykdom, må kunne få muligheten til å opprettholde mestring og selvstendighet, hvis det er viktig for dem. Det kan ikke være slik at fordi de er døende så går vi inn og bestemmer. For mange brukere er det enda viktigere å mestre enkle gjøremål i en svært krevende fase av livet. Og dersom det er pleie og omsorg som er det viktigste for dem i denne fasen av livet, så får de det.

⁵⁶ *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering*, Helse- og omsorgsdepartementet (2017–2019). Se for eksempel side 38.

- **Et mer generelt poeng, som vil være aktuelt i flere av de nevnte eksemplene:** Det er vanskelig å vite hvem som har potensial for mestring, det er en treningssak å finne dette ut.
 - For eksempel har man observert at enkelte brukere som ble satt rett på langvarig og kompenserende hjelp, ble avsluttet fordi de var selvhjulpne. Det viste seg at saksbehandlerne hadde undervurdert brukernes mestringsevne fordi de var veldig gamle. (Det pekes på vurderingene av mestringspotensialet både kan forklares som en funksjon av de ansattes holdninger og forventninger til brukerne og det faktiske mestringspotensialet hos bruker).

Fungerer forløp 1 eller forløp 2 best?

Både representanter for HVK og hjemmebaserte tjenester ved Hillevåg og Hinna opplever at to uker er for kort for et forløp, og at forløp 1 ofte kan avsluttes etter tre uker. Det pekes på at det sjelden er noen som passer inn i forløp en. Man forsøker å bruke forløp en når man skal lære brukerne å dosere egne medisiner, men man opplever ofte at det tar lenger enn to uker å få det dette til.

Ved Eiganes og Tasta HVK og hjemmebaserte tjenester opplever de ansatte det motsatte: At forløp en fungerer bedre enn forløp to: *«Sistnevnte er litt diffus, mens når det gjelder forløp en er vi bevisste på å avslutte innen fjorten dager. En del i forløp to blir ikke avsluttet, de blir ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp. Ofte står de lenger enn den perioden»*. Det understrekes samtidig at hverdagsmestring «sitter i ryggmargen» deres, og at man prøver å avslutte forløp når dette lar seg gjøre. Også ledelsen ved Eiganes og Tasta hjemmebaserte hevder at man ikke helt lykkes ifm. forløp to: *«De fleste nye brukere går inn i forløp 2, som glir over i å bli langvarige brukere. Er vi strukturerte og gode nok? Gjør vi de litt for avhengige av hjelpen vår?»*

Ansatte hjemmebaserte:

En del i forløp to blir ikke avsluttet, de blir ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp. Ofte står de lenger enn den perioden.

8.3 ARENAER FOR SAMHANDLING MELLOM HVK OG HJEMMEBASERTE TJENESTER

I distrikt Madla, Hillevåg og Hinna og Hundvåg og Storhaug har de hjemmebaserte tjenestene jevnlig felles samarbeidsmøter med helse- og velferdskontorene. Det har ikke Eiganes og Tasta (Byfjord).

Fra **Madla og Tjensvoll pekes det på at man har hatt et godt samarbeid lenge**. Den såkalte Madlamodellen går langt tilbake i tid⁵⁷.

⁵⁷ Evalueringen av Leve HELE LIVET, Rogaland Revisjon: 2019. Tittel: *Kvalitet i eldreomsorgen*.

Intervjuene tyder på at samhandlingen har blitt tettere og fungerer godt mellom HVK (helseteam) og hjemmesykepleien ved distrikt Hillevåg og Hinna. Men det ser ut til at samhandlingen mellom HVK (flere team) og miljøtjenesten har et klart forbedringspotensial.

Ved Hillevåg og Hinna HVK er helseteamet nylig delt inn i to geografiske team. Rent praktisk betyr dette at det er tre fire-fagkonsulenter i hvert team. **Tilbakemeldingene fra begge virksomhetene tyder på at dette både har styrket en-til-en-samarbeidet og de felles samarbeidsmøtene.** Ledelsen ved Hillevåg og Hinna hjemmebaserte sa det slik: *«Tidligere hadde vi felles fagkonsulenter for Hillevåg og Hinna, mens det er delt opp geografisk nå. Samarbeidet fungerer bedre med færre faste samarbeidspartnere. I tillegg har vi samarbeid annenhver uke, der vi blant annet går gjennom pasientlistene sammen. Vi blir kjent, det bryter ned siloene og skaper en bedre flyt i pasientforløpene. Det rullerer hvem vi har med fra hjemmesykepleien».*

Intervjuene tyder imidlertid på at **samarbeidsstrukturen mellom Hillevåg og Hinna HVK og miljøtjenesten ikke har funnet den rette formen.** Miljøtjenesten forteller at de har 17 fagkonsulenter å forholde seg til og at dette ikke fungerer så godt. Samtidig mener fagkonsulentene ved HVK at rotasjonsordningen de inngår i, ikke er målrettet nok. Vi får opplyst at det i dag er en fast rotering, uavhengig av hvilke saker som dukker opp. Med 17 fagkonsulenter betyr det at hver fagkonsulent i praksis møter miljøtjenesten en gang i halvåret, og knapt nok det. De mener at det ville vært langt bedre om det bare var de som hadde saker som skulle opp på møtet som deltok: *«Slik det er nå bruker fagkonsulentene kjøretid og møtetid på å treffe miljøtjenesten for å diskutere brukere de ikke kjenner (...). Vi må samhandle rettene.»* De intervjuede mener dette fører til at møtene mister sin verdi.

Men det er ikke bare samhandlingen ifm. møtene som oppleves å være krevende. Intervjuene kan tyde på at også samhandlingen omkring brukerne ikke fungerer så bra. Fagkonsulentene ved Hillevåg og Hinna HVK opplever at de må saksbehandle disse sakene to ganger: *«Det er jo rett til nødvendig helsehjelp vi vurderer, samt omfanget av denne. Videre kan miljøtjenesten vurdere omfang etter oppstart innenfor den frie fagligheten. Vi opplever at de ønsker å ha en sterkere rolle ifm. vurderingen av nødvendig helsehjelp og omfang ved kartlegging noe som vi opplever er vårt ansvar. Vi vurderer rett til nødvendig helsehjelp, og de har friere faglighet innenfor den rammen».* Det oppleves å være en rolleklarhet her.

Tilbakemeldingene kan tyde på at det er tre faktorer som gjør at samarbeidsmøtene fungerer godt mellom Hinna og Hillevåg hjemmesykepleie og fagkonsulentene i helseteamet ved HVK:

- Den første er allerede nevnt: Få og faste fagkonsulenter som møter hjemmesykepleien.
- Den andre faktoren er at hjemmesykepleien har pasientforløpene å strukturere samhandlingen rundt, det har ikke miljøtjenesten.
- Den tredje er å involvere pleiere som er tett på pasientene i samarbeidsmøtene. Vi får opplyst fra Hillevåg og Hinna HVK at distrikt Hillevåg: *«har med fotfolket. Det er bra. Da får vi hilse på de som er ute i pleien, de som kjenner brukerne. De har masse å fortelle, det er veldig matnyttig. Det rullerer hvem som stiller. Den som går til eller er primærkontakt for bruker».*

Dette er også faktorer det pekes på i de andre distriktene. Ved Madla og Tjensvoll og ved Hillevåg og Hinna er også representanter med fra HRH-teamet med på møtene jevnlig.

Intervjuene tyder på at samhandlingen fungerer dårligst mellom helse- og velferdskontoret og hjemmebaserte tjenester på Eiganes og Tasta. Her er det ikke noe fast samarbeidsmøte mellom fagkonsulenter og representanter for helseteamene, slik det er i de andre distriktene. Hjemmebaserte tjenester har møte med fagkonsulentene som eier sakene hver sjettede-åttende uke, men det er ikke noe fellesmøte. Vi får opplyst at det tidligere var fellesmøter hver fjortende dag, men at man har gått bort fra dette.

Ledelsen ved Byfjord HVK peker på at de kun prioriterer møter de mener er viktige og at listegjennomgangen mellom fagkonsulent og sykepleier ⁵⁸ fungerer veldig bra: *«Begge parter synes dette er nyttig».*

Et annet moment som flere trekker frem som et problem er at det er sykepleier 1 som har kontakt med fagkonsulent, og ikke primærkontakt eller de som er tettest på bruker og som kjenner bruker best.

Men både fagkonsulentene ved HVKet og de intervjuede ved hjemmebaserte tjenester mener det er behov for faste, jevnlig felles møter. Som vi skal se under, er det betydelige samhandlingsutfordringer ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, og partene forstår rollene sine ulikt.

Hjemmebaserte tjenester ved Eiganes og Tasta mener samhandlingen ble mer utfordrende når de endret organiseringen av fagkonsulentene fra et geografisk ansvar (som Hillevåg og Hinna) til organisering etter brukers fødselsdato: *«Det var lettere å samhandle når de var i mindre grupper, nå er det tretti forskjellige, og flere i halv stilling».*

Intervjuene tyder ikke på at samlokaliseringen i Byfjordparken har hjulpet på samhandlingen. Hjemmebaserte tjenester opplever at avstanden er blitt større og at man har mistet den daglige kontakten. De hevder også at man ikke er flinke til å framsnakke hverandre, og understreker samtidig at det er mange flinke fagkonsulenter og at samhandlingen fungerer bedre i komplekse saker: *«Vi trenger å jobbe sammen skulder mot skulder, noe som skulle være mulig når vi er samlokalisert. Men avstanden er ikke nøkkelen, holdningen er nøkkelen. Og de har ikke den rette innstillingen mht samhandling, de ser ikke hensikten med å møtes. Vi har ikke felles verdier og samhandling i bunn».*

⁵⁸ Ved Tasta og Eiganes hjemmebaserte jobber de som er sykepleier 1 i nært samarbeid med avdelingssykepleier og har et utvidet faglig koordinatoransvar ut mot pleiegruppen (Opplyst i intervjuer).

8.3.1 TAVLEMØTER OG SAMARBEIDSMØTER

I alle fire distriktene gjennomfører de ansatte i hjemmesykepleien jevnlig tavlemøter, som regel hver uke. Tavlemøter er en metode for systematisk vurdering av risikoområder samt tydelig kommunikasjon om relevante forebyggende tiltak for å bedre pasientsikkerheten hos den enkelte pasient⁵⁹.

Hovedmålet med tavlemøter er å redusere antallet uønskede hendelser. I tillegg skal tavlemøtet sikre, bedre tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon, samhandling, pasientforløp og pasientflyt.

Vi har fått opplyst at **Hundvåg og Storhaug** var de første som begynte med tavlemøter. Tilbakemeldingene i intervjuene våre tydet på at Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte og HVK har funnet en god form på både tavlemøter og felles samarbeidsmøter. Derfor deltok vi på det første fysiske tavlemøtet og samarbeidsmøtet etter pandemien, for å observere hvordan disse foregikk. Tavlemøtet oppsummeres punktvis under:

- Tavlemøtet var hjemmesykepleien sitt møte. Her deltok alle pleiere som var på jobb, både fra Hundvåg og Storhaug, i tillegg til ledelsen. I tillegg deltok fagleder og fagkonsulentene, som også skulle være med på samarbeidsmøtet etterpå (de deltar annenhver uke)
- Alle stod rundt tavlen
- Tema: Fall (andre ganger kan det være feilmedisinering)
- De valgte ut en sak, men gikk grundig inn i denne. Det hadde vært seks fall i løpet av uka, og den valgte saken var *«litt utenom det vanlige, og vi anså at den hadde størst læringsverdi. Hva gjorde at pasienten falt og hvordan kunne vi forhindre det? Vi ønsker å sikre at alle pleierne har samme kunnskapsgrunnlag⁶⁰»*. Vi får opplyst at andre ganger velger man gjerne ut fem seks saker, men da går man ikke like grundig inn i hver sak.
- Dato: 20.04.22
- Denne saken er hentet fra risikotavlen. Tavlen har også en kvalitetsdimensjon. Denne inneholder indikatorer som innsynsrett, oppdatert pleieplan, ernæring, vitale målinger og kartlegging fall. Her lister man opp et utvalg brukere og ser hva som er på plass i journalen. Det som ikke er på plass, markeres med rødt. Når alle indikatorene er grønne tas den bort fra listen, og hvis journalføringen knyttet til punktene uteblir, blir de stående⁶¹.

⁵⁹ <https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/organisering-utvikling-og-teknologi/tavlemoter>

⁶⁰ Samtale med fagleder to dager etterpå.

⁶¹ For sikkerhets skyld har vi sladdet bruker-ider, og initialer.

utfordringer.» Det pekes videre på at HVKet og hjemmebaserte tjenester framsnakker hverandre: «Det gjorde vi ikke alltid før.»

Oppsummering: Begge møtene var unnagjort på til sammen 45 minutter. Vårt inntrykk er at dette var målrettede, engasjerende, effektive, pedagogiske og lærerike møter. Kort sagt: Et eksempel til etterfølgelse.

8.4 VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Hovedbildet er at samhandlingen fungerer godt i tre av distriktene, men ikke i det fjerde. Madla og Tjensvoll har hatt et godt samarbeid lenge, den såkalte Madlamodellen går langt tilbake i tid. Hundvåg og Storhaug helse- og velferdsdistrikt ser også ut til å ha funnet en god form på samarbeidet de siste årene. Ved Hillevåg og Hinna helse og velferdsdistrikt fungerer samhandlingen omkring hjemmesykepleien godt, men ikke med miljøterapeutisk enhet. I førstnevnte tilfelle har HVK organisert seg i to geografiske team, noe som innebærer et fåtall fagkonsulenter i hvert team. Dette har styrket samarbeidet og samhandlingen. Samarbeidet mellom HVKet og miljøterapeutisk enhet fungerer imidlertid ikke så godt. Her er det ingen geografisk inndeling og det er ikke faste fagkonsulenter som møter miljøterapeutisk enhet. 17 fagkonsulenter inngår i en rotasjonsordning, som møter på faste tidspunkt, uavhengig av hvilke saker som dukker opp. Dette innebærer at de ofte ikke har kjennskap til brukerne som diskuteres på møtene, noe som gjør at møtene mister sin verdi.

Samhandlingen fungerer dårligst på Eiganes og Tasta helse og velferdsdistrikt. Her er det ingen faste felles samarbeidsmøter, det var det tidligere. Både fagkonsulenter ved HVKet og hjemmebaserte tjenester mener det er behov for faste jevnlig møter. Det har dessuten blitt mer utfordrende for hjemmebaserte å samhandle med HVKet etter at HVK endret organiseringen av fagkonsulentene fra geografi til fødselsdato, ettersom dette HVKet har desidert flest fagkonsulenter.

I flere av de andre hjemmebaserte tjenestene tas det til orde for en samlokalisering av hjemmebaserte og HVKet. De mener dette ville styrket samhandlingen. Samlokaliseringen i Byfjordparken ser imidlertid ikke til å ha hjulpet nevneverdig på samhandlingen. Herfra understrekes det på at det er holdningen til samarbeid og ikke samlokalisering som er nøkkelen til god samhandling.

Vi anbefaler en særskilt oppfølging av Eiganes og Tasta velferdsdistrikt, for å bistå partene i å sikre en god samhandling og en tydeligere og mer avklart ansvars- og rolledeling.

Samhandling, rolle- og ansvarsdeling fungerer godt i flere distrikter. Derfor oppfordrer vi distriktene til å lære av hverandre og skape en god delingskultur.

Samhandlingen mellom hjemmebaserte tjenester og helse- og velferdskontorene ser ut til å være bedre flere steder etter innføringen av Friere faglighet og den nye finansieringsmodellen. Her ser også samhandlingen ut til å være tettere og mer målrettet, og som vi skal se i neste kapittel;

preget av [respekt og gjensidig tillit](#). Selv om både finansieringsmodellen og Friere faglighet gir distriktene viktig drahjelp for å skape god samhandling, ser det ut til at andre faktorer er av minst like stor betydning. *Den første* er faste felles samarbeidsmøter mellom HVKene og hjemmebaserte. *Den andre* faktoren er at pasientforløpene bidrar til å strukturere samhandlingen mellom partene. Og *den tredje* er at det er de pleierne som er tett på de pasientene som diskuteres på samarbeidsmøtene, også er de som deltar på disse møtene.

Pasientforløp ble innført for hjemmesykepleien i hele kommunen oktober 2020. Ut fra brukernes behov og forventet mestringspotensial velges det et tidsavgrenset forløp hvor målrettede tiltak iverksettes. Alle brukere med nye behov skal inn i et forløp.

Gjennomgangen tyder på at pasientforløpene er et godt verktøy for å følge opp brukerne på en målrettet måte og er et naturlig utgangspunkt for dialog og samhandling. De ser ut til å være den sentrale rammen for dialogen, og bidrar til at man kan snakke sammen på en strukturert og målrettet måte. Dette erfarte vi også selv da vi deltok på et samarbeidsmøte i distrikt Hundvåg og Storhaug.

I evalueringen av Leve HELE LIVET anbefalte vi kommunen å fortsette arbeidet med å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenesten, i tråd med endringene av tjenesteinnholdet. Gjennomgangen tyder på at samhandlingen rundt forløpene er bra for forventningene til både bruker, pårørende, pleiere og fagkonsulentene. Alle vet at det er en tidsbegrensning, og at målet er at bruker helt eller delvis skal mestre oppgavene selv. Det kan legges til at også kommunens reviderte informasjonsbrosjyre er et viktig bidrag for å skape realistiske forventninger til tjenesten og til pårørendeinvolvering.

I 2021 var 35 prosent av alle mottakerne av hjemmesykepleie i et pasientforløp og 17 prosent avsluttet forløpet uten tjenester.

Men av de som gjennomfører et forløp, er det en langt høyere andel som avslutter uten tjenester. For forløp 1 avsluttes om lag halvparten av pasientene uten å trenge hjelp etterpå, og andelen har vært nokså stabil over tid. Andelen avsluttede pasienter i forløp 2 ligger mellom 40 og 60 prosent, men andelen har falt betydelig siden februar 2021: Det er stadig færre som avsluttes uten tjenester i pasientforløp 2, og man er usikre på hva som er årsaken til dette

Vi anbefaler kommunen å undersøke nærmere hva som er årsaken til denne nedgangen for å forsøke å motvirke denne trenden.

Det er visse forskjeller mellom distriktene når det kommer til andelen brukere som gjennomfører et forløp og andelen som avsluttes uten tjenester. For forløp 1 er det Byfjord som har det største volumet av brukere uten tjenester etter endt forløp, både i antall og relativt sett. Hundvåg og Storhaug har den laveste andelen pasienter som avsluttes uten tjenester etter endt forløp 2. Men fordi dette distriktet har det klart største volumet av brukere som går gjennom forløp 2, er Hundvåg og Storhaug likevel det distriktet som har den største andelen forløpaspasienter som avsluttes, i prosent av alle hjemmesykepleiemottakere.

To av HVKene tar til orde for en større siling av brukerne, dvs. at forløpene må målrettes ytterligere mot brukere med et mestringspotensial. De mener at det ikke er realistisk å få alle brukerne selvhjulpne og mener de bruker for mye tid på brukere med lite eller uten mestringspotensial. Fra helse- og velferdsstaben pekes det på at mange søker om hjelp når de er på sitt sykeste, og at en siling vil øke risikoen for at det gis kompensierende hjelp til brukere som viser seg å ha et kortvarig behov. De understreker at de ikke kan tillate seg å ikke prøve dette ut på alle.

Etter vår vurdering støttes helse- og velferdsstabens resonnement av tallene fra Hundvåg og Storhaug HVK. Et meget høyt volum av brukere som gjennomgår forløp 2-brukere, gjør at antallet som avsluttes uten tjenester er høyt, sammenlignet med de tre andre HVKene.

Alle forløp avsluttes ikke innen forløpsperioden. Øyeblikkstill fra månedsskiftet mars/april viste at over halvparten av forløpsspasientene ikke avsluttes innen fristene.

Vi har foretatt noen stikkprøver for å undersøke hvorfor dette skjer. De fleste ser ut til å være rene forglemmelser, dvs. forløpene er avsluttet, men at fagkonsulentene har glemt å avslutte forløpene. Men disse forglemmelsene betyr at kommunens forløpsstatistikk ikke stemmer overens med virkeligheten. Dersom det er slik at denne type forglemmelser har økt siden oppstarten av pasientforløpene, kan dette være med å forklare reduksjonen i avsluttede forløp 2-pasienter. Men dette har vi ikke tall som kan bekrefte eller avkrefte.

Stikkprøvene viser at den resterende andelen brukere som ikke avsluttet, har hatt behov for tjenester lenger enn to måneder for å kunne bli helt eller delvis selvhjulpne. I stikkprøvene finner vi ikke eksempler på at forløpene ruller og går lenger enn de skal, slik at de mister effektene av dem. Men vi kan ikke utelukke at dette skjer.

Helt til slutt vil vi bare påpeke at de som er i forløp 1 ikke har vedtak. Dersom tiltakene varer lenger enn 14. dager skal det fattes vedtak om tjenester. Så når vedtakene ikke avsluttes innen to uker, betyr dette at mange brukere mottar tjenester uten at de har et vedtak som sier hvilken hjelp de skal få.

Vi anbefaler kommunen å sikre at avsluttede forløp registreres slik de skal, og fatte vedtak dersom tiltakene varer lenger enn to uker. Dette vil styrke brukernes rettssikkerhet og sikre kommunen god styringsinformasjon om utviklingen av det mestringsrettede arbeidet.

9 ANSVARSDDELING- OG ROLLEFORSTÅELSE

9.1 INNLEDNING

Innføringen av ny finansieringsmodell, Friere faglighet betyr at ansvars- og rollefordeling mellom HVKer og hjemmebaserte er endret. Ved aktivitetsbaserte tjenester var det et tydelig skille mellom bestiller og utfører og det var en egen tidsnorm for de ulike tjenestene, både i innhold og norm for omfang. Den nye tenkningen innebærer at det er større rom for faglige vurderinger i hjemmebaserte tjenester, og at saksbehandlingsarbeidet forenkles. Det betyr også at vedtakene er mindre spesifikke, noe som gir et større rom for hjemmebaserte tjenesters faglige vurderinger og skjønnsutøvelse. Saksbehandler og den som skal levere tjenesten må nå fri seg fra hvem som har ansvar for hva, og i stedet tenke hvordan de sammen kan bidra til å møte brukerens behov. Dette innebærer at behovet for å samhandle er større, som vi var inne på over. Ved å klargjøre forventningene til hverandre, tjenesten og brukerne, kan partene jobbe effektivt sammen til fordel for brukeren.

Friere faglighet og ny finansieringsmodell er begge er desentraliserende grep, der budsjettansvar og faglige vurderinger (i større grad) flyttes til hjemmebaserte tjenester. Mer ansvar legges på det gamle utførerleddet, noe som flater ut det gamle bestiller-utfører-hierarkiet. Dette kan skape rolle- og ansvarsforvirring i en periode. Samtidig innførte kommunen pasientforløpene for halvannet år siden. Dette bidrar til en sterkere styring av arbeidsflyten og en mer standardisert ramme for samhandlingen, noe som trolig vil kunne klargjøre de nye rollene i større grad.

Vi utleder følgende revisjonskriterier:

- Fagligheten er blitt friere, dvs. at det er større rom for faglige vurderinger i hjemmebaserte tjenester
- Den nye ansvars- og rolledelingen mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester er klar

9.2 HOVEDINNTRYKK

Avviklingen av aktivitetsbasert finansiering og innføring av Friere faglighet og har gjort behovet for definerte roller mindre, mens behovet for å samhandle er blitt større. Nå må saksbehandler og den som skal levere tjenesten fri seg fra hvem som har ansvar for hva, og i stedet tenke hvordan de sammen kan bidra til å møte brukerens behov.

Det finnes per i dag ingen overordnet beskrivelse av ansvars- og rollefordeling mellom HVKene og de hjemmebaserte tjenestene. Den mest detaljerte beskrivelsen er knyttet til [pasientforløpene](#). HVK fatter fortsatt vedtak og er ansvarlig for å innhente nødvendige opplysninger for å kartlegge

pasientens funksjonsnivå og behov. Hjemmebaserte er fortsatt de som yter de tjenestene som blir vedtatt, men de har større handlingsrom innenfor hvert vedtak, og trenger ikke å sende endringsmeldinger for mindre endringer. Dette er innenfor deres faglige frihet.

Hovedinntrykket er at rolleforståelsen blir stadig klarere i de ulike distriktene. Dette ble formulert slik fra ledelsen i hjemmebaserte ved Hundvåg og Storhaug: *«De nye rollene blir klarere og klarere, vi føler eierskap til tjenestene på en helt annen måte enn før».*

Intervjuene tyder på at pleierne ute i tjenesten er mer utrygge på den nye rollen enn lederne. Fra Hillevåg og Hinna hjemmebaserte pekes det på at det tar tid å jobbe seg inn i de nye rollene, *«men at de er mer under huden nå. Enkelte pleiere er opphengt i detaljene som står i vedtaket, men de fleste fikser det og liker at det er større rom for faglig skjønn».*

Tilbakemeldingene fra Eiganes og Tasta velferdsdistrikt tyder imidlertid på at de er et unntak, og at det er en betydelig rolleklarhet her.

9.3 ER FAGLIGHETEN BLITT FRIERE?

Intervjuene viser tydelig at det er blitt større rom for hjemmebaserte tjenesters faglige vurderinger og skjønnsutøvelse i tjenesteutøvelsen etter innføringen av Friere faglighet. Tilbakemeldingene oppsummeres i avsnittene under.

Intervjuene tyder på at det er blitt flere faglige diskusjoner mht. innhold og varighet og mindre «krangling» om minutter og detaljer: *«Før kom det detaljerte bestillinger som vi utførte. Vi var ikke spesielt kritiske mht. om vi mente at vi trengte å gjøre dette. Det stod i bestillingen, og vi fikk betalt, så da utførte vi. Vurderingene av behov er blitt bedre nå.»* Fra HVKene: *«Før fulgte de blindt det som ble bestilt av oss. Nå må de være bevisste på endringer og reduksjon av tjenester, og diskutere omfang».*

Hjemmebaserte tjenester har større innflytelse på hva som er deres oppgaver nå enn tidligere: *«Vi er mer med på å bestemme over vår egen arbeidsdag, vi har mer tid til pasient og bruker mindre tid på ting rundt».* De forteller at de har overtatt noe av ansvaret som tidligere lå til HVKet og at de ikke lenger trenger å gi beskjed om mindre endringer, eller spørre om lov. Det er blitt mindre oppmerksomhet omkring roller og mer samarbeid med fagkonsulentene. Samtidig pekes det på at denne måten å jobbe på er uvant for et mindretall, som liker mer detaljerte vedtak. Men intervjuene tyder på at de fleste er glade for å *«slippe endringsmeldinger og detaljkontroll».* Det pekes også på at HVKene strevde litt med å gi fra seg kontrollen, men at dette har gått seg til.

Fra Eiganes og Tasta hjemmebaserte pekes det imidlertid på at de ikke har tilstrekkelige forutsetninger for å kunne ta det ansvaret som ligger i Friere faglighet fullt ut: *«Mange av våre folk er mellom 20-30 år og nokså ferske i gamet. De har ikke de samme forutsetningene for å kunne gi vurdere innenfor for vide rammer og kompetanse, som ansatte med bachelor, som ofte*

er mer erfarne.» De ønsker spissere bestillinger fra HVKet og mer grundige vurderinger av brukernes behov, mestringspotensial og hjemmesituasjon.

Fra HVKene forteller de at de fryktet at de skulle blir sekretærer med den nye modellen, men at dette ikke har skjedd: Det er ingen som har følt det sånn. Fagkonsulentene ved HVKene forteller at de fremdeles opplever at de kjenner brukerne. Samtidig peker flere på at det er blitt vanskeligere for dem å vite hvilke tjenester brukerne får: «Vi fatter vedtak, de styrer tid og pengesekk, og det de gjør stemmer ikke alltid overens med tiltak i vedtak.». En innvending fra HVKene er at hjemmebaserte må bli flinkere til å formidle endringer.

9.4 ROLLEUKLARHET I EIGANES OG TASTA VELFERDSDISTRIKT

Ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt ser det ut til å være uenighet om hva som er innenfor den friere fagligheten og hva som er utenfor. Hjemmebaserte tjenester mener at HVKet «skyver Friere faglighet foran seg» og bruker det som et argument for å fraskrive seg ansvaret sitt: «Friere faglighet er et flashcard som svekker samhandlingen». Eller: «Det blir et argument for at dette er vårt problem. Men vi vil ha fagkonsulentene mer med i diskusjonene, slik at vi får rett beslutning og rett forventning til brukerne».

Hjemmebaserte tjenester mener de får mange vage og uklare bestillinger: «Vi skal bestemme innholdet og mengde. De vet ikke hvordan brukeren har det hjemme, noen ganger vet de veldig lite. Vi får ofte ikke nok informasjon til å kunne foreta en reell tildeling av tjenester (...) Etterspør vi mer informasjon, så svarer de at dette er den nye rollen som den friere fagligheten har gitt oss». De understreker også det gjøres gode kartlegginger i flere saker, og at dette gjør det mye enklere for dem å gjøre gode vurderinger.

Både ledelse og fagkonsulenter ved HVKet opplever at hjemmebaserte tjenester ikke fullt ut har tatt det ansvaret de har fått med Friere faglighet og mindre byråkrati. De ønsker at hjemmebaserte tjenester ikke ringer dem så ofte, men at de tar mer ansvar selv. De forteller at pleierne ikke alltid har lest bestillingene. Ifølge fagkonsulentene er det av denne grunn viktig å ha fellesmøter: «Vi må diskutere disse tingene sammen, i faste treff eller fellesmøter. Hva er best for brukerne. Vi drukner i vedtak og obs-lister. Hva mener de om oss? Vi har null treffpunkt med hjemmesykepleien og det merker vi».

Ledelsen ved HVKet mener friere faglighet har utfordret rolleforståelsen litt: Det er blitt flere diskusjoner og flere runder. Det pekes på at man ikke hadde dette før, da bestemte fagkonsulentene: «Det skjer nokså ofte at de vil involvere oss, mens vi mener det ligger innenfor deres friere faglighet. De er tett på bruker, kompetente til å ta avgjørelser, men de tar ofte opp saker med fagkonsulent. Det henger litt igjen. Det tar tid å avlære dette, det er en prosess som må gå.»

Hjemmebaserte tjenester ved Eiganes og Tasta mener at det foretas for få hjemmebesøk innen hjemmesykepleien, både i fellesskap og av HVKet alene. De understreker samtidig at det ikke er naturlig å gjennomføre et felles kartleggingsbesøk hos hver ny bruker, men mener det er behov

for å gjøre det langt oftere enn i dag. Vi får opplyst at felles hjemmebesøk er langt vanligere i miljøtjenesten, men at hjemmesykepleien bare har hatt fellesbesøk 6-7 ganger det siste halve året (av 750 brukere)⁶². I de andre distriktene ser felles hjemmebesøk ut til å være i tråd med behovet⁶³. Herfra pekes det på at gjennomgangen av pasienter ifm. samarbeidsmøtene ofte er tilstrekkelig, og er med på å redusere behovet for felles hjemmebesøk.

Hjemmebaserte tjenester ved Eiganes og Tasta forteller videre at fagkonsulentene i mange saker aldri har truffet bruker eller vært hjemme hos dem. De mener det er behov for at fagkonsulentene gjennomfører flere hjemmebesøk alene⁶⁴: *«Mange hjem er så dårlig tilrettelagte at det er umulig å leve lengst mulig hjemme hvis en tenker på Leve HELE LIVET. Og en må ofte øke tjenestemengde på grunn av dårlig tilrettelagte hjem. Det er lettere å skrive vedtak gi riktig hjelpe behov og mengde, støtte opp om bruker, og ivareta brukers egne ressurser når det har blitt gjort en kartlegging tidlig.»*

Et hovedpoeng fra hjemmebaserte tjenester er at fagkonsulentene burde kartlagt mer i starten, før bestillingen kommer. De mener det kan ta mange uker før fagkonsulent har kartlagt bosituasjon og snakket med brukere og pårørende. Dette bør skje *«så fort som mulig»*.

9.5 PRIMÆRKONTAKTENS ROLLE

Når hjemmebaserte tjenester har fått et større ansvar, er primærkontaktfunksjonen sentral. Alle brukere skal tildeles en primærkontakt. Denne rollen er ikke definert, men vi får opplyst at primærkontaktene har et særskilt ansvar for den enkelte bruker, og at det er et mål at primærkontaktene skal ha en særskilt kjennskap til brukerne de er primærkontakter for. De har dessuten kontakt med fagkonsulentene ved HVKene, og det er primærkontakt og fagkonsulent som vurderer behov for et felles hjemmebesøk.

⁶² Opplysninger fra intervju med ledelsen i hjemmebaserte tjenester.

⁶³ Behovet for felles hjemmebesøk skal vurderes av både primærkontakt (hjemmebaserte tjenester) og fagkonsulent (HVK). Intervjuene tyder på at også de andre tre helse- og velferdsdistriktene sjelden gjennomfører felles førstegangs hjemmebesøk, men at dette stort sett er i tråd med det de mener er behovet. Flere peker på at et felles hjemmebesøk ikke alltid er hensiktsmessig, og man har heller ikke kapasitet til dette. Disse sitatene fra to av virksomhetene oppsummerer inntrykket vårt: *«I kompliserte saker går vi på hjemmebesøk sammen eller har felles møter, sjelden ellers»*. Eller: Som regel går HVK på hjemmebesøk alene *«en uke eller to etter at bruker har fått tjenester. Vi har ikke tid til å gå sammen, og som regel er det ok. Det er bare når det er spesielle utfordringer knyttet til bruker eller bomiljø at det er nødvendig å gå sammen. Da er det greit å være der sammen. Dette er som regel brukere på nivå tre og opp, gjerne med rus- og/eller psykiske vansker»*.

⁶⁴ De har ikke oversikt over antall hjemmebesøk HVK foretar alene, fordi besøkene ikke blir registrert. De hevder det er velkjent på kontoret at hjemmebesøk er en mangelvare pga. manglende kapasitet hos HVK, noe de mener er et problem

Intervjuene tyder på at primærkontaktene tidligere var avhengige av godkjennelse fra fagkonsulentene ved HVKene, dersom de vurderte at det var behov for å gjøre mindre endringer i oppfølgingen av bruker. I dag gjør de i større grad denne type vurderingene selv.

Flere peker på at primærkontaktordningen ikke fungerer helt etter intensjonen. Med dette mener de at brukerne ikke har mer kontakt med primærkontakt enn andre pleiere, og at primærkontaktene ikke kjenner bedre til «sine» brukere enn andre pleiere. Vi får opplyst at det kan gå uker mellom hver gang primærkontakt møter brukeren de er primærkontakt for. Fra Madla og Tjensvoll hjemmebaserte får vi opplyst at primærkontaktfunksjonen fungerer bedre på Madla enn på Tjensvoll.

Fra sentralt hold vises det til at hjemmetjenestese Madla har fått til en primærkontaktfunksjon som er tydelig. Det er *«mindre vei å gå for fagkonsulentene ved HVK et mht. samhandling, de har et kontaktpunkt som kjenner bruker»*.

Ved Hillevåg og Hinna hjemmebaserte opplever enkelte en stor bedring etter man begynte å bruke logistikkprogrammet Spider:⁶⁵ *«Da har vi mye mer kontakt med dem vi er primærkontakt for.»* Også i kommunens egen sluttrapport pekes det på at implementering av Spider som grunnlag for kjørelistene i hjemmesykepleien, bidrar til en reduksjon av antall ansatte som bistår brukeren.

Ledelsen ved Eiganes og Tasta hjemmebaserte tjenester erkjenner at primærkontaktene har fått et stort ansvar som er flyttet fra helse- og velferdskontor til hjemmesykepleien, men mener de ikke har nådd målet ennå. De hevder at mange ansatte mangler kompetanse og verktøy for å kartlegge og gjøre gode vurderinger i brukers hjem, ettersom dette tidligere har vært en del av fagkonsulents arbeid. I tillegg mener de at ansattgruppene har vært for store for å kunne følge opp ansatte og primærkontakter på en gode nok måte. De forteller at de nylig har organisert avdelingene i mindre grupper *«for å jobbe tettere på den enkelte ansatte med å følge de opp rundt primærkontaktens ansvar oppgaver og støtte de i prosessene»*. (...) *Vi har ikke sett effekten av dette ennå, om bruker opplever å bli bedre ivaretatt. Dette ble satt på vent pga. pandemien. Men nå er vi i gang igjen»*.

Også fra helse- og velferdskontoret og andre intervjuede sentralt plassert i kommunen pekes det på at Eiganes og Tasta hjemmebaserte ikke har fått på plass en velfungerende og tydelig primærkontaktfunksjon. En av de intervjuede sa det slik: *«Primærkontakten har ikke ansvaret som jeg oppfatter at de har fått. De har ikke begynt med Spider»*.

⁶⁵ Logistikkprogram som hensyntar primærkontaktfunksjon og kjørelengde, jf. Sluttrapport - Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022

9.6 BEHOV FOR EN TYDELIGERE BESKRIVELSE AV ANSVARS- OG ROLLEDELING?

Et sentralt spørsmål er om det er behov for en tydeligere beskrivelse av ansvar- og rolledeling, dvs. en tydeliggjøring av hva som er innenfor den friere fagligheten og hva er utenfor.

Flere av de intervjuede ved de ulike distriktene mener at Friere faglighet ikke er tilstrekkelig konkretisert. Dette kommer kanskje tydeligst frem i intervjuene med virksomhetene i Byfjordparken (Eiganes og Tasta), der også samhandlingen har et klart forbedringspotensial. Dette ble formulert slik av ledelsen ved hjemmetjenesten: *«Rammene for samhandlingen trenger å samstemmes, klargjøres og nedfelles skriftlig. Det er en del individuelle forskjeller mellom fagkonsulentene. Vi bør avtale fellesansvar, deres ansvar og vårt ansvar. Et viktig mål med friere faglighet var at vi skulle involveres tidlig i forløpet, vi opplever at det er liten tid til dette og blir ikke alltid involvert, og kvaliteten på tjenestene blir preget av dette».*

Men også i de andre distriktene tas det til orde for at ansvarsdelingen bør konkretiseres mer. Ved Hundvåg og Storhaug velferdskontor pekes det på at man trenger fastere rammer eller struktur for den friere fagligheten. Fagkonsulentene mener dette vil skape en bedre felles forståelse: *«Selv om samhandlingen ifm. hjemmesykepleien fungerer bra, er det behov for avklaringer. Det er behov for å tydeliggjøre ansvarsdelingen ute i tjenesten.»* Fra ledelsen pekes det på at virksomheten har fått en del informasjon om Friere faglighet. Men man savner konkretiseringene: *«Hvor detaljert/skjønnsbasert skal det være? Hvem skal gjøre hva? Det er behov for å tydeliggjøre ansvarsdelingen ute i tjenesten.».*

Også på Hillevåg og Hinna tas det til orde for en tydeliggjøring av roller og ansvar, men her knyttes det mest opp mot miljøtjenesten. Representanter fra miljøterapeutisk enhet sa det slik: *«Vi savner informasjon om hva det innebærer konkret at vi har fått mer ansvar. Hvor lenge skal vedtaket vare, hvor lenge skal vi holde på, når skal vi redusere?»*

Fra Hillevåg og Hinna får vi opplyst på at ansvarsdelingen fungerer greit i hoveddelen av miljøtjenestesakene, men blir utfordret i enkelte saker. Fagkonsulentene mener at de og miljøterapeutisk enhet tenker ulikt omkring friere faglighet. En hovedinnvending er at miljøterapeutisk enhet tidvis involverer seg for mye i kartleggingsarbeidet, og ikke helt tar ansvaret sitt når mottakerne har hatt tjenester en stund.

De peker på at det er deres oppgave å kartlegge, gjøre vurderinger mht. behovet for nødvendig helsehjelp. Men de hevder at miljøterapeutisk enhet ønsker å kobles på før det fattes vedtak, noe som krever en del koordinering. En av de intervjuede sa det slik: *«Enkelte søknader, henger og henger, vi bli ikke enige, hva er den og den sin jobb. (...) Skal jeg kartlegge og få det godkjent hos miljøtjenesten? Da blir vi bare sekretærer. Hvor er vår faglighet?».*

Samtidig opplever fagkonsulentene at miljøterapeutisk enhet ikke alltid utnytter sin faglige frihet når man har gitt tjenester en stund. De hevder at de blir spurt om råd når man ønsker å gjøre

endringer: *«Det trenger de ikke, for på dette tidspunktet er de som kjenner bruker best, det er de som er nær bruker og som ser bruker jevnlig. Disse vurderingene ligger innenfor den frie fagligheten»*. Samtidig understreker fagkonsulentene at de gjerne bistår i vurderingene dersom de kan det, men at det er miljøterapeutisk enhet som kjenner bruker best på dette tidspunktet.

Når det gjelder hjemmesykepleien og helseteamet ved Hillevåg og Hinna velferdsdistrikt, pekes det på at man har faste stoppunkter der man kan diskutere eventuelle uenigheter. Dette ble formulert slik fra helse- og velferdskontoret: *«Vi dunker borti faglig uenigheter noen ganger, men vi kommer som regel greit gjennom ting. I mange situasjoner redder vi hverandre. Handlekraften til hjemmetjenesten imponerer oss»*.

Fra to av HVKene spør man seg også om det er de eller hjemmebaserte tjenester som har rett ved faglige uenigheter. Det pekes på at man har gått flere runder i enkelte saker. Ved Eiganes og Tasta var kommunalsjef vært inne for å avgjøre saken noen ganger: *«men dette skjedde kun i tilfeller der dialogen (mellom virksomhetslederne, vår anm.) ikke førte frem»*⁶⁶. Fra Madla og Tjensvoll HVK forteller saksbehandlerne at de har fått høre at vedtaksmyndigheten vinner dersom det er uenighet mellom HVK og hjemmebaserte tjenester.

Madla og Tjensvoll velferdsdistrikt skiller seg litt fra de andre distriktene. De mener det ikke er behov for slike beskrivelser, og at ansvarsdelingen er greit avklart. Det blir pekt på at man var litt usikre på ansvars- og rollefordelingen i starten, men at de har klart å finne ut av det sammen. De ansatte ved hjemmebaserte tjenester forteller at de aldri har savnet dette, og at det er noe som må være flytende og skjønnsmessig, men at man finner ut av dette sammen med helse- og velferdskontoret. Samtidig peker de på at det ikke er alle som er vant med å ta beslutningene selv: *«De ønsker å skyve det over på fagkonsulentene, da slipper de å ta stilling selv. Den sitter litt i ennå, det henger igjen, men fagkonsulentene er behjelpelig i saker som er vanskelige.»*

9.7 «DE OG OSS» ELLER ET STORT «VI»?

I de innledende intervjurundene fikk vi opplyst at det i presentasjonen av PWC-rapporten fra 2015 ble vist til at bestiller og utførere i Kristiansand opplevde seg som et stort «vi», mens det var et større skille mellom «de» og «oss» i Stavanger. Det ble pekt på at dette hang sammen med den gamle finansieringsmodellen og hjemmebaserte tjenesters ønske om å optimalisere egen inntekt. I intervjuene ba vi derfor HVKer og hjemmebaserte tjenester å beskrive hvordan de opplevde denne situasjonen i dag, etter innføringen av ny finansieringsmodell og Friere faglighet.

Hovedinntrykket er at det er en større «vi-følelse» nå enn tidligere, med unntak av ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt. Men det er nyanser her.

⁶⁶ Opplyst i intervju med ledelsen ved helse- og velferdskontoret.

Fra Hillevåg og Hinna pekes det på at vi-følelsen er blitt sterkere. De ansatte ved hjemmebaserte tjenester sa det slik: *«Vi er kanskje ikke der Kristiansand var i evalueringen, men vi tenker at det er ok med et skille»*. De forteller at de alltid har tett dialog med fagkonsulentene, og at det er godt å ha dem der. *«Ellers hadde vi følt oss litt alene mht. vurderingene rundt bruker. Det er godt å kunne diskutere med noen som har truffet bruker»*.

Fra Madla og Tjensvoll pekes det på at man har hatt et godt samarbeid lenge. Den såkalte Madlamodellen går langt tilbake i tid⁶⁷. Ledelsen ved hjemmebaserte tjenester uttrykte seg slik: *«Vi er heldige og har godt bestillerkontor og godt samarbeid. Det er en del heftige meningsutvekslinger på sonemøtene. Vi er ikke en happy familie. Det er nok litt de og oss fremdeles, men det trenger ikke å være negativt. Vi tar hverandre på alvor.»*

Ledelsen ved Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte er tydelige på at det er blitt et større «vi» nå. Et interessant eksempel på dette er en fredag under pandemien der hjemmebaserte tjenester hadde vanskeligheter med å få tak i nok folk. Da hjalp HVKet til med å «sile» brukere som *måtte* ha hjelp i helgen, fra de som kunne vente til mandag. De peker på at det et helt annet samarbeid nå. HVKet kontakter oss og spør: *«Hvordan går det med dere? Hva kan vi bidra med? (...) De stilte opp på det de kunne. Vi opplever at vi er kommet i mål med samarbeid, vi tror ikke de kan bli så mye bedre.»*

Denne beskrivelsen står i skarp kontrast til beskrivelsene ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt. Hjemmebaserte tjenester savner at HVK tar et helhetsansvar sammen med dem. De opplever at fagkonsulentene tidvis kommer flere bestillinger på brukere som krever spesialisert kompetanse samtidig: *«Bestillingene kommer fra 35-40 fagkonsulenter og de ser ikke hva summen av bestillingene krever av kapasitet og kompetanse på noen få timers varsel Vi kan ikke trylle. Vi har manko på kompetanse og helsepersonell (...). De bør se omfanget av hva de utløser av behov for kompetanse og ansatte. Men det vedrører ikke dem»*.

Fra HVKet får vi opplyst at dette både var et etisk og faglig problem: *«I kontinuitetsplanene står det at de har muligheter for å hente ressurser fra andre virksomheter eller leie inn folk, men dette har de aldri benyttet seg av, før kommunalsjefen satte foten ned»*. De vises videre til at kommunalsjefen i en håndfull saker har gått inn og avgjort saker der dialogen mellom partene ikke har ført frem.

9.8 VURDERING

Avviklingen av ABI og innføring av Friere faglighet og har gjort behovet for definerte roller mindre, mens behovet for å samhandle er blitt større. Gjennomgangen tyder på at de nye rollene

⁶⁷ Evalueringen av Leve HELE LIVET, Rogaland Revisjon: 2019. Tittel: Kvalitet i eldreomsorgen.

blir stadig klarere og at HVKene og at hjemmebaserte føler et felles eierskap til sakene på en annen måte enn før.

Det ser også ut til at fagligheten har blitt friere og at hjemmebaserte tjenester er blitt en mer likeverdig partner. De har større innflytelse på hva som er deres oppgaver nå enn tidligere og de er glade for å slippe endringsmeldingene. Det er blitt flere faglige diskusjoner om innhold og varighet og mindre «krangling» om minutter og detaljer. Det ser ut til at hjemmebaserte tjenester er blitt mer faglig bevisste omkring behovs- og tjenesteomfang, og endringer av tjenester som følge av endringer av behov.

Dette er hovedbildet, og Eiganes og Tasta hjemmebaserte er et unntak. De mener at pleierne ikke har den erfaringen og kompetansen som skal til for å kunne ta det ansvaret som ligger i Friere faglighet.

De føler heller ikke et eierskap til sakene på samme måte som de andre, og det synes å være en betydelig rolleklarhet mellom dem og HVKet. Partene er ofte uenige om hva som er innenfor og hva som er utenfor den friere fagligheten. Hjemmebaserte tjenester mener at HVKet bruker friere faglighet som et argument for å fraskrive seg ansvaret sitt. HVKet mener på sin side at hjemmebaserte tjenester ikke tar det ansvaret som ligger innenfor den friere fagligheten.

Ansvars- og rolledelingen ser ut til å fungere best de stedene der samhandlingen fungerer godt, og være mer uklar der samhandlingen fungerer dårlig, som ved ifm. miljøtjenestene ved Hillevåg og Hinna velferdsdistrikt og altså mellom Tasta og Eiganes hjemmebaserte og Byfjord HVK.

Intervjuene tyder også på at det er en sterkere vi-følelse i de andre distriktene, og at HVKene og hjemmebaserte samarbeider og hjelper hverandre i krevende situasjoner. Slik opplever man det ikke ved Eiganes og Tasta velferdsdistrikt. Her har kommunalsjefen enkelte ganger grepet inn for å løse fastlåste uenigheter ved noen anledninger.

I evalueringen av Leve HELE LIVET fant vi indikasjoner på at det distriktet som ble valgt ut som pilot for et nytt prosjekt (hverdagsrehabilitering, medisindispensere), også fikk et faglig forsprang på de andre. Slik er det ikke ifm. Friere faglighet. Her har Eiganes og Tasta vært pilot, og er samtidig det distriktet som sliter mest med samhandling, ansvars- og rolledeling. Det bør samtidig legges til at koronapandemien og kommunesammenslåingen gjorde piloteringen ekstra krevende, ettersom Tasta og Eiganes HVK i 2020 fikk to nye virksomheter å samarbeide med.

Et sentralt spørsmål er om det er behov for en tydeligere beskrivelse av ansvars- og rolledelingen, eller om det på dette tidspunktet er viktigst å sikre en god samhandling internt i distriktene? Per i dag er det ikke en beskrivelse av ansvars- og rollefordeling mellom HVKer og hjemmebaserte tjenester, utover den overordnede organiseringen og pasientforløpene. Flere av de intervjuede mener det er behov for en tydeligere rolle- og ansvarsdeling.

Vi anbefaler direktøren, i samarbeid med de åtte virksomhetene, å vurdere om det er behov for en tydeligere beskrivelse av den nye ansvars- og rolledelingen.

Helse- og velferdsdistriktenes foreløpige erfaringer vil være et godt utgangspunkt for en slik beskrivelse. Derfor tror vi det er viktig at vurderingene gjøres i fellesskap, siden det er delte meninger om det i dag er behov for en tydeliggjøring. Det er en tendens at det er størst behov for en tydeligere beskrivelse av ansvars- og rolledelingen de stedene der samhandlingen ikke fungerer så bra (Byfjordparken og innen miljøtjenesten ved Hillevåg og Hinna velferdsdistrikt). Men også fra Hundvåg og Storhaug, der samhandlingen og ansvars- og rolledelingen fungerer bra, pekes det på at ansvars- og rolledelingen bør konkretiseres og tydeliggjøres mer.

I Friere faglighet er primærkontaktfunksjonen sentral og primærkontakten skal gjøre flere selvstendige vurderinger nå enn før. Alle brukere skal tildeles en primærkontakt. Denne har et særskilt ansvar for brukerne, men rollen er ikke klart definert. Det ser ut til at denne ordningen ikke fungerer helt etter intensjonen enkelte steder, dvs. at primærkontaktene har ikke mer kontakt med «sine» brukerne enn med andre. Ved Hillevåg og Hinna hjemmebaserte opplevde de en stor bedring, i form av mer kontakt med «sine» brukere, etter at de tok i bruk et nytt logistikkssystem.

10 SÆRSKILT OM MILJØTJENESTENE

10.1 INNLEDNING

I rapporten så langt er både hjemmesykepleien og miljøtjenesten (miljøterapeutisk enhet) omtalt. Det er likevel liten tvil om at hjemmesykepleien har fått mest oppmerksomhet så langt i rapporten, først og fremst fordi miljøtjenesten per mai 2022 ikke har begynt med pasientforløp ennå.

I denne delen forsøker vi å løfte frem noen særtrekk ved miljøtjenesten, som har betydning for samhandlingen.

10.2 SMÅ ENDRINGER SOM FØLGE FRIERE FAGLIGHET

I likhet med hjemmesykepleie, har også miljøtjeneste (som ytes av miljøterapeutisk enhet) fått redusert detaljeringsnivået i vedtakene og redusert antall tiltaksvalg. Tiltaksvalgene er blitt mindre spesifikke for å unngå ny saksbehandling ved små endringer i behov og ved justeringer av tiltak innenfor samme problemstilling.

Gjennomgangen tyder imidlertid på at det er langt mindre endringer i arbeidshverdagen i miljøtjenesten sammenlignet med hjemmesykepleien, som følge av Friere faglighet og ny finansieringsmodell: «*Det er ikke så stor forskjell, fagkonsulent går mer inn i det her, og man går samme runder som før.*» Miljøtjenesten har heller ikke begynt med pasientforløp ennå, (skrives i midten av mai 2022), men skal snart i gang med dette.

Gjennomgangen tyder imidlertid på at en krevende ressursituasjon i miljøtjenesten har utfordret samhandlingen med helse- og velferdskontorene. Dette går vi nærmere inn på under.

10.3 PRESS I MILJØTJENESTEN PÅVIRKER TILBUDET OG SAMHANDLINGEN

Både HVKene og hjemmebaserte peker på at miljøtjenesten har hatt en krevende ressursituasjon i 2021 og 2022⁶⁸: «Vi merker at hjemmebaserte tjenester har det økonomiske ansvaret. Nå får ikke brukerne mer enn det de absolutt ikke klarer selv. Det skjæres litt mer inn til benet.»

I det ene distriktet peker de ansatte i hjemmebaserte tjenester også på at det er ventelister på terapeutiske samtaler (HS), og per 04.04.22 var det seks oppdrag på venteliste, den som hadde ventet lengst, hadde ventet siden februar: «Vi fikk ny ansatt 7 mars, og før hun kom hadde vi 15-20 oppdrag på ventelisten som gikk tilbake til starten av november». Vi får videre opplyst at enheten begynte med venteliste for miljøtjenester i 2019 og at ventelisten i 2021 ble lang pga. flere ansatte som sluttet og langtidsfravær.

I et annet distrikt peker ledelsen ved helse- og velferdskontoret på at det er ofte er 2-3 måneders venteliste for samtale med psykiatrisk sykepleier (terapeutiske samtaler). Ledelsen ved hjemmebaserte tjenester i dette distriktet formulerte det slik: «Vi har lite ressurser (...) Vi har alltid ventelister, først og fremst knyttet til terapeutiske samtaler. Vi har mistet en stilling. Nå er det kun 2,5 årsverk som er psykiatriske sykepleiere. Det er mer knapphet på ressursene nå. Det blir en diskusjon mht. hvem som skal få hjelp. De som har begynt er mer alvorlige og krevende å avslutte. Vi står overfor et krysspress. Vi trenger å avslutte for å få inn brukere som står i kø, mens brukerne vi vurderer å avslutte hadde profittert på lenger oppfølging».

Også de to andre distriktene tegner et lignende bilde, dvs. at miljøtjenesten «tidvis har hatt sprengt kapasitet». Tasta og Eiganes hadde ikke ventelister på intervjuetidspunktet, men hadde hatt ventelister høsten 2021⁶⁹.

Intervjuene tyder på at kapasiteten i miljøtjenesten påvirker tilbudet og utfordrer samhandlingen. Det er spesielt to momenter som løftes frem i den forbindelse:

- I noen tilfeller blir **hjemmesykepleien en mellomløsning** for enkelte av brukerne. Dette mener man ikke er tilfredsstillende. Ved den ene hjemmetjenesten ble dette formulert slik: «Vi kan ikke si nei, vi har ikke ventelister. Men hjemmesykepleie er ikke et fullgodt tilbud til disse brukerne. Vi går og leverer medisiner, men ser at de hadde hatt behov for

⁶⁸ Vi får opplyst fra kommunalsjef helse og omsorg at hjemmebaserte tjenester har måttet kutte i budsjettet som følge av overforbruk tidligere. Dette har resultert i at hver av dem har mistet en psykiatrisk sykepleier.

⁶⁹ Vi får opplyst at det er vanskelig å skaffe til veie oversikter som viser hvor mange som har ventet og hvor lenge de har ventet på miljøtjenester. Det er mulig å ta ut et øyeblikksbilde, men ikke historiske data.

veiledning». Flere peker på at hjemmesykepleien er langt mer «tøyelig» enn miljøtjenesten, for her blir ressursene i enda større grad styrt av behovene.

- Flere av HVKene peker også på at miljøtjenestene for brukere avsluttes litt for fort, slik at de kan ta inn nye brukere. Dette gjelder i første rekke brukere det er krevende å komme i posisjon til, og som er krevende å følge opp. Det pekes på at de som avsluttes ville hatt nytte av en lengre oppfølging, men ventelistene utfordrer miljøtjenestene. Ved to av HVKene pekes det på at de er uenige med hjemmebaserte tjenester om å avslutte sakene: «*Vi mener det er et behov, at de må jobbe med relasjonen, og at de må bruke tid på den, snarere enn å forslå reduksjon*». Ved det andre distriktet ble det formulert slik: «*De vil gjerne avslutte, mens vi ønsker at de skal fortsette å tilnærme seg bruker og ha tålmodighet i oppdraget. På denne måten er rollene våre forandret*». (...) *De sier det er faglig forsvarlig å avslutte, og så får vi en diskusjon*». Fra dette HVKet pekes det på at miljøtjenesten og hjemmebaserte tjenester styres av ressursene og hva som er godt nok, mens HVKet har et vedlikeholdsperspektiv i slike saker.

10.4 MANGELFULL DOKUMENTASJON

Ved to av HVKene pekes det på at miljøtjenestens dokumentasjon er mangelfull i flere saker. Ved det ene HVKet sa de det slik: «*I dag blir tiltaksplanene sjelden evaluert. Samtidig ser vi at arbeidsplanene blir endret betydelig (summen av tjenester vi la inn), uten at det er klart for oss hvorfor det skjer*». De mener at de gamle endringsmeldingene innebar en sterkere gjensidig forpliktelse mht. å dokumentere behov for endring og at det er mye vanskeligere for dem å følge med i sakene nå. De peker videre på at endringsmeldingene var et rigid verktøy, men også noe som forpliktet til en dialog: «*Det er per i dag ikke et godt nok system for dialog, slik intensjonen er*».

HVKene peker på at de trenger mer konkrete vurderinger for å kunne ivareta forvaltningsansvaret sitt på en god måte: «*Vi trenger det for å utarbeide et vedtak som er godt faglig begrunnet*». De forteller at miljøtjenesten i noen saker sier at de ikke kommer i posisjon, og at det da er viktig for dem å vite hvordan miljøtjenesten har jobbet for å komme i posisjon: *Vi trenger nok informasjon og vurderinger til å kunne endre eller avslutte. Dersom de ikke kommer i posisjon og får kontakt, kan dette få alvorlige konsekvenser. Derfor er det viktig å dokumentere hvordan man har forsøkt og hvordan man har vurdert situasjonen*».

De peker også på at målene ofte er mindre konkrete i miljøtjenesten sammenlignet med hjemmesykepleien, og at det derfor er viktig at oppfølgingen av brukerne avgrenses tilstrekkelig, dvs. at det ikke er så mange mål: «*De kan ikke ordne opp i hele livet til bruker, to-tre mål er kanskje nok, de må sette grenser*».

Ved begge HVKene tror de at disse forholdene skyldes kapasiteten hos miljøtjenesten: Vi tror det er har sammenheng med at de er underbemannet og at de må prioritere. Ved det ene HVKet tas det til orde for at miljøtjenesten kunne tatt i bruk verktøyet FIT (Feedbackinformerte tjenester), og mener dette ville vært arbeidsbesparende. De forteller at miljøtjenesten brukte dette tidligere, og at lederen nå jobber for å gjeninnføre bruken av dette verktøyet. Ved HVKet tror man at dette

vil kunne strukturere oppfølgingen av brukerne, som igjen vil kunne bidra til økt måloppnåelse og en høyere sirkulasjon.

10.4.1 OPPSUMMERING

Friere faglighet var først rettet mot hjemmesykepleien, men i løpet av piloten bestemte man seg også for å involvere miljøterapeutisk enhet. Gjennomgangen vår tyder på at miljøtjenesten har opplevd relativt små endringer som følge av Friere faglighet.

For miljøterapeutisk enhet er det først og fremst en krevende ressursituasjon de siste årene som har påvirket tilbudet og samhandlingen med HVKene. Det meldes om sprengt kapasitet og det har vært ventelister på terapeutiske samtaler, selv om det varierer fra distrikt til distrikt når det topper seg.

Dette ser ut til å ha flere konsekvenser. I noen tilfeller blir hjemmesykepleie en mellomløsning, selv om ikke dette er et fullgodt alternativ. I andre tilfeller opplever HVKene at miljøterapeutisk enhet avslutter enkelte saker litt for fort, for å kunne ta inn nye brukere. I slike pressede situasjoner ser det ut til at partenes roller er byttet om – nå er det utfører og ikke tildeler som holder igjen.

Intervjuene tyder også på at dokumentasjonen fra miljøterapeutisk enhet er mangelfull i flere saker, noe som knyttes til ressursituasjonen. HVKene forteller at de trenger mer informasjon om hva som er blitt gjort i sakene for å kunne ivareta forvaltningsansvaret sitt på en god måte.

11 HVORDAN SER VEDTAKENE UT?

11.1 INNLEDNING

Ny finansieringsmodell og Friere faglighet innebærer en forenkling av vedtakene, med mindre detaljerte tiltaksvalg⁷⁰. I dag skal vedtakene være mindre spesifikke, noe som i større grad tar høyde for den enkelte brukers variasjon i dagsform og behov. Tjenestene skal tilpasses brukerens behov, uten at det er nødvendig med ny saksbehandling. Og etter hvert som målet med tjenesten blir nådd, skal tiltakene avsluttes.

Ifølge veileder for saksbehandling må *«vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres,*

⁷⁰ Sluttrapport.

eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende⁷¹».

I intervjuene er det de som mener at klageretten er svekket som følge av at vedtakene er mindre konkrete og at hjemmetjenestens tolkningsrom er større: *Det er ikke helt enkelt å skjønne hvilken tjeneste, eller omfanget av tjenesten man har fått, derfor er det heller ikke helt enkelt å vite hva man klager på.* Men det er delte meninger om dette. Vi får dessuten opplyst av tidligere prosjektleder for Friere faglighet at de blant annet har vært i kontakt med Statsforvalteren i Rogaland om dette, og at Statsforvalteren i Rogaland var enige med kommunen: *Tiltak og mål skal gi en logikk i vedtaket, som er overført i ledeteksten i vedtaksmalen. Målet med tjenesten må være konkret, ettersom tiltakene er romslige⁷².*

Det blir også pekt på at dette er en treningssak og en balansekunst: *«Vi må balansere mellom å være litt tydelige og litt diffuse.* Dette innebærer at vedtakene må være tydelige nok til at bruker skal kunne forstå dem og at de skal innfri Statsforvalterens krav, men grovkornete nok til at hjemmebaserte tjenester har et handlingsrom som kan hensynta variasjoner i brukers dagsform og sykdomsbilde.

Brukers egne mål skal bli vektlagt i utformingen av tjenestetilbudet. Spørsmålet *«Hva er viktig for deg?»* og brukers eget mål med tjenestene, som er kartlagt i hjemmebesøket, skal nå være nedfelt i vedtaket.

Vi har totalt gått gjennom ni vedtak – fem miljøtjeneste vedtak og fire hjemmesykepleievedtak, fra to ulike distrikter. Vi ba om å få to gode og to mindre gode vedtak, fra hvert distrikt. Hensikten med dette har vært å sammenligne begrunnelse og brukermedvirkning, og forsøke å løfte frem beste praksis. Den sentrale kilden for kriteriene våre her er malen for vedtak om miljøtjenester og hjemmesykepleie.

Vi utleder følgende revisjonskriterier:

- Det skal komme frem av vedtaket at tjenesten skal bidra til brukeren blir mest mulig selvhjulpen
- Vedtakene skal alltid inneholde en individuell begrunnelse
- Det skal komme frem av vedtaket hva som er viktig for bruker

⁷¹ Veileder for saksbehandling, side 50-51.

⁷² En presisering. Dette er et sitat fra intervjuet, og ikke hentet fra et dokument hos Statsforvalteren.

11.2 MILJØTJENESTEVEDTAK

I punktene under presenterer vi tre vedtak, der oppmerksomheten vår har vært rettet mot begrunnelse og hva tjenesten omfatter. De to første er gode eksempler, og det tredje er et mindre godt eksempel. Vi forklarer hvorfor vi mener dette i vurderingen.

- 1. Begrunnelse:** Du har mange belastninger som følge av din livssituasjon, fysiske helse og psykiske helse. Du opplever blant annet symptomer på post traumatisk stress, med angstsymptomer, depressive symptomer og vedvarende søvnvansker. Du har også omsorg for to barn. Du ønsker noen å snakke med som kan hjelpe deg å få en mer stabil psykisk helse, og som kan møte deg på det vanskelige.

Hva omfatter tjenesten? Du har sagt at det er viktig for deg å kunne snakke med noen om det som skjer i livet ditt, slik at du kan oppleve mer kontroll over eget liv. **Det er også viktig for deg** å bli møtt på det som er vanskelig, og å få hjelp til å sortere tanker og følelser som oppstår.

Vi vil gi støtte og hjelp for at du skal kunne få en mer stabil psykisk helse, og dermed oppleve økt kontroll over eget liv og de belastningene som du står i. For deg betyr dette: Terapeutisk samtale

- 2. Individuell begrunnelse:** Helse- og velferdskontoret ser at du har en utfordrende omgangskrets utenom familien. Du kan isolere deg i perioder og har problemer med å komme deg av gårde til praksis/skole grunnet mye tanker på kveldstid og påfølgende dårlig søvnkvalitet. Det vurderes at du kan ha nytte av at miljøtjenesten kommer inn i hjemmet for å motivere deg til å komme deg opp og ut av huset. Miljøtjenesten vil kartlegge behovet i hjemmet samme med deg og dine foreldre for å finne ut når på dagen hjelpen best kan gis. Tiltaket vil evalueres og vi vil se på behovet for forlengelse av vedtaket (et halvt år) mot slutten av skoleåret.

Hva omfatter tjenesten? Tjenesten skal bidra til at du blir mest selvhjulpen i dagliglivet. Du må derfor delta så godt du kan i de aktiviteten du får hjelp til. **Du har sagt** at det er viktig for deg å komme i praksis. Vi vil gi opplæring, støtte eller hjelp for at du skal følge planen du har laget om minimum to dager med praksis i uken. For deg betyr dette: Veiledning og motivasjon fra miljøtjenesten med mål om å komme seg i praksis.

- 3. Et mindre godt eksempel. Begrunnelse:** Du har **ulike utfordringer i hverdagen** som du har behov for å få hjelp til å løse. Du innvilges dermed samtaler med en miljøterapeut hver 14 dag for å få sortert tanker og følelser og på sikt lære mestringsstrategier for å håndtere hverdagen bedre.

Hva omfatter tjenesten? Tjenesten du får skal bidra til at du blir mest mulig selvhjulpen i dagliglivet. Du må derfor delta så god du kan i de aktivitetene du får hjelp til. Vi vil gi opplæring, støtte eller hjelp for at du skal få en bedre hverdag på sikt med mindre bekymringer. For deg betyr dette: Terapeutisk samtale hver 14. dag.

11.3 HJEMMESYKEPLEIEVEDTAK

I punktene under presenterer vi to hjemmesykepleievedtak. Det første er et godt eksempel og det andre er et mindre godt eksempel. Vi forklarer hvorfor vi mener dette i vurderingen.

- 1. Individuell begrunnelse:** Du hadde nylig en innleggelse på sykehus og har etter dette hatt en redusert helsetilstand. Du har behov for at hjemmesykepleien kommer inn og hjelper med medisiner og noe personlig stell.
Hva omfatter tjenesten: Tjenesten du får skal bidra til at du blir mest mulig selvhjulpne i dagliglivet. Du må derfor delta så godt du kan i de aktivitetene du får hjelp til. **Du har sagt at det er viktig for deg** å være mest mulig selvstendig i hverdagen. Vi vil gi opplæring, støtte eller hjelp for at du skal få være mest mulig selvstendig i hverdagen. For deg betyr dette:
 - Oppfølging av daglige medisiner og B12 injeksjon hver 3. måned
 - Hjelp med dusj
- 2. Individuell begrunnelse:** Du har hatt mange fall den senere tid, noe som igjen har ført til perioder med redusert funksjonsnivå.
Hva omfatter tjenesten? Tjenesten du får skal bidra til at du blir mest mulig selvhjulpne i dagliglivet. Du må derfor delta så godt du kan i de aktivitetene du får hjelp til. Helse- og velferdskontoret har inntrykk av at de mange fall du har gjennomgått har gjort deg noe utrygg i det daglige. Hjemmesykepleie samt øvrige tjenester skal sammen med deg jobbe for at du opplever størst mulig grad av trygghet og mestring i hverdagen. Vi vil gi opplæring, støtte eller hjelp for at du skal oppnå dette. For deg betyr dette:
 - Opplæring i dagliglivets ferdigheter
 - Opplæring medisinske tiltak

11.4 HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Vi har lyst til å ta med et moment til her som vi mener er viktig i evalueringen av Friere faglighet. Et av hovedmålene i prosjektet var å bidra til at brukerne får bedre tjenester ved å sikre en helhetlig tilnærming med brukers mål i sentrum. Ifølge sluttevalueringen er det blitt arbeidet systematisk for at spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*» innarbeides i kartlegging og vurdering av brukers behov. Å ivareta brukers mål skal være utgangspunktet for den felles målsettingen helse- og velferdskontoret og hjemmebaserte tjenester skal ha. Samtalen rundt målet for tjenestene har vist seg som et godt grunnlag for å sette realistiske mål sammen med bruker, men også samtale om forventninger til kommunens tjenestetilbud.

I evalueringen av Leve HELE LIVET var det delte meninger om «*Hva er viktig for deg?*» var et godt spørsmål i stille brukerne, ettersom det åpner opp for at man kan svare hva man vil, for eksempel at de vil ha hjelp til det meste, de ønsker å være pasienter. Samtidig er kommunens mål at de skal være mest mulig selvhjulpne. Og hva hvis brukers individuelle mål med tjenesten og kommunens overordnede mål med tjenesten ikke stemmer overens?

Denne gjennomgangen nyanserer dette bildet litt. I intervjuene peker noen på at dette er vanskelig spørsmål – ikke fordi kommunen risikerer at brukerne svarer «feil», men fordi det er vanskelig å få konkrete svar. De mener spørsmålet er for åpent og forteller at en del brukere blir usikre på hva de skal svare, og når de forsøker å gi eksempler, opplever fagkonsulentene at de setter rammer for svaret: *Hva er viktig for deg? Det er et vanskelig spørsmål. Der sliter vi. De er ikke vant til å svare på den type spørsmål. Det er vanskelig å få konkrete svar. (..) Dette gjelder både kognitivt reduserte eldre og brukere av miljøtjenesten. Hva mener du, svarer de. Så må jeg gi dem litt mer informasjon om hva de kan være, og da blir det ledende fra meg. Det ser fint ut på papiret, hva er viktig for den enkelte? Men det er ikke så lett å jobbe etter i praksis.*

11.5 VURDERING

I alle vedtakene vi har undersøkt fremgår det av vedtaket at tjenesten skal bidra til at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpen. Det er også relativt enkelt å skjønne hvilken tjeneste brukerne får.

Vedtakene inneholder en individuell begrunnelse, men er ikke alltid tydelige nok på hvilke utfordringer brukeren har. I de to første miljøtjenestevedtakene er saksbehandler konkret på hva som er brukernes utfordringer, mens dette er utydelig i det siste vedtaket. Det eneste som står er at bruker har ulike utfordringer i hverdagen. Vi finner litt av det samme i hjemmesykepleievedtak nummer to. Her vet vi at brukeren faller, men ikke hvorfor. Eller hvor ofte bruker faller? Eller om det er i spesielle situasjoner, på bestemte tidspunkt på døgnet? Det er også vanskelig å se koblingen mellom problembeskrivelsen og tiltakene. Det er ikke lett å se hvordan opplæring i dagliglivets ferdighet eller opplæring i medisinske tiltak skal bidra til å forebygge flere fall, så lenge det ikke står noe om hva som er årsaken til at bruker faller.

Det varierer også i hvilken grad det kommer frem av vedtaket hva som er viktig for bruker. I de to første miljøtjenestevedtakene er også brukerstemmen tydelig, det er den ikke i det siste. Det fremgår ikke av vedtaket hva som er viktig for denne brukeren. Det gjør det heller ikke for hjemmesykepleiemottaker nummer to.

Etter vår vurdering bør det jobbes videre med å sikre gode beskrivelser av brukernes utfordringer, slik at det blir lettere å forstå for brukere og pleiere hvordan de beskrevne tiltakene skal kunne hjelpe brukerne til å nå felles definerte mål. Man bør også jobbe med å få frem brukerstemmen i vedtakene.

Samtidig tyder intervjuene på at spørsmålet «*Hva er viktig for deg*» er et vanskelig spørsmål å svare på for en del brukere: Spørsmålet er åpent, og brukerne vet ikke helt hva de skal svare. En konsekvens av dette er at fagkonsulentene legger føringer på brukernes svar.

Det er ikke sikkert at dette er et stort problem, men fagkonsulentene selv opplever det som et problem. Kommunen bør derfor vurdere om det kan være aktuelt å stille brukerne mer konkrete eller spissere spørsmål. Alternativt vil det kanskje være mulig å lære fagkonsulentene teknikker

for å få til en god brukerdiallog. Hensikten med dette er å sikre alle brukerne en best mulig reell brukermedvirkning.

12 HAR BYRÅKRATIET BLITT MINDRE?

12.1 INNLEDNING

Gjennomgangen over tyder altså på at fagligheten har blitt friere. Men er byråkratiet blitt mindre? Et sentralt mål i prosjektet har vært å hindre unødvendig saksbehandling og dermed redusere det totale omfanget av saksbehandling etter innføringen av ny finansieringsmodell og Friere faglighet, mindre byråkrati.

Vi utleder følgende revisjonskriterier:

- Det er blitt mindre byråkrati. Med dette menes at saksbehandlingsarbeidet er redusert og forenklet sammenlignet med hva det var under tidligere finansieringsmodell og samhandlingsregime

12.2 MINDRE BYRÅKRATI FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER?

Under ABI-finansieringen utviklet vedtakene seg til å bli svært detaljerte, alle tiltakene fra hjemmesykepleien ble spesifikt beskrevet. Det ble opprettet svært mange og detaljerte tiltak for å beskrive tjenestene fra hjemmebaserte tjenester. Pleie i hjemmet (hjemmesykepleie) hadde eksempelvis 72 ulike tiltaksvalg under ABI-modellen. Samtidig skulle tjenestene til enhver tid tilpasses brukerens behov, og endres ved bedring eller forverring i funksjonsnivå. Dette medførte hyppige endringer i brukers vedtak, noe som krevde mye saksbehandling: «*Dette gjorde papirarbeidet unødvendig tungvint ettersom pasienten skulle ha et nytt vedtak med en gang vedkommende var bedre og et av tiltakene ble tatt bort eller redusert.*».

Både antall tiltaksvalg knyttet til miljøtjenester og pleie i hjemmet (hjemmesykepleie) er kraftig redusert etter innføringen av den nye finansieringsmodellen. Pleie i hjemmet er nå redusert fra 72 til 23 tiltaksvalg⁷³. Bare tiltaket *Oppfølging av medisiner* har erstattet elleve tidligere tiltaksvalg.

Hovedinntrykket vårt er at hjemmebaserte tjenester opplever at det er mindre byråkrati nå, men at det er blitt noe mer arbeid på dem som følge av at de har fått et økt ansvar: «*Det er mer fleksibelt,*

⁷³ Internt dokument fra kommunen - powerpointpresentasjon: *Revidert tiltaksliste PIH*, gjeldene fra 20.02.2020

vi kan variere mer i tråd med brukerens behov, det er ikke stoppeklokke, detaljene står ikke i vedtaket.».

Fra Eiganes og Tasta hjemmebaserte opplever man at Friere faglighet i praksis innebærer mer jobb for hjemmesykepleien og mindre jobb for fagkonsulentene: «*Det er opplevelsen som er nede på gulvet.*». Ledelsen peker på at tanken med Friere faglighet var at de skulle bruke mindre tid på dokumentasjon og mer tid hos bruker: «*Vi opplever det motsatte. Vi skal bestemme selv nå og vi har fått mye ekstra arbeid mht. å kartlegge, vurdere og evaluere tjenester. Før lå dette på HVKene*». De opplever også at de får rollen som minikoordinatorer, dvs. at det er blir dem som sitter og koordinerer tjenestene: «*Vi har mange komplekse saker der flere instanser er involvert, for eksempel fysio og ergo, BPA, fastleger osv. Og så sitter plutselig vi og koordinerer tjenestene. Det er ikke vår jobb. Det kommer også meldinger om alle mulige hjelpemidler, og vi må sitte og bestille. Vi får den koordinerende funksjonen. Vi gjør veldig mye for fastlegene og koordinatorene*».

12.3 ... FOR HELSE- OG VELFERDSKONTORENE?

Endringen av finansieringsmodellen og innføringen av friere faglighet har ført til mindre endringsmeldinger og færre tiltaksvalg. Til tross for dette opplever ikke HVKene å ha mindre papirarbeid nå enn tidligere. Hvorfor det?

Forløp. Intervjuene tyder på at innføringen av pasientforløpene øker papirarbeidet igjen. Det pekes på at det blir flere og kortere vedtak og hyppigere avslutninger og revurderinger, noe som gjør at det går med mer tid med til å skrive vedtak og følge dem opp: «*Man tar vekk byråkrati ett sted og putter på mer byråkrati et annet sted*». Samtidig hevdes det at det viktigste med forløpene er at du endrer folks innstilling og at oppmerksomheten rettes mot hverdagsmestring og **Leve HELE LIVET**.

I intervjuene er det delte meninger om hvor mye ekstraarbeid som faktisk følger med pasientforløpene. Ved det ene HVKer ble dette formulert slik: «*Vi opplever at vi bruker ganske mye tid på å revurdere, og at vi må kutte hjemmebesøk*». Ved et annet HVK pekes det på at forløpene først og fremst er til hjelp i saksbehandlingen, fordi den bidrar til å strukturere oppfølgingen av brukerne.

Samtidig opplever flere at denne formen for byråkrati som faglig riktigere, mer hensiktsmessig og som en mer målrettet måte å jobbe på. En av de intervjuede ved det ene helse- og velferdskontoret sa det slik: «*Pasientforløpene er en form for byråkratisering, men det er nyttig*».

I intervjuene pekes det også på at prosjektgruppen som arbeidet med pilotprosjektet ikke opplevde at den politiske bestillingen «mindre byråkrati» traff helt⁷⁴. De mente at riktig byråkrati eller et mer målrettet byråkrati var en mer treffende tittel, og en mer realistisk ambisjon: Det sentrale var at man i fellesskap skulle reflektere rundt mengden av saksbehandling som ble gjort og hva som var nødvendig.

12.4 VURDERING

Ny finansieringsmodell og Friere faglighet har ført til et bortfall av endringsmeldinger og en betydelig reduksjon i antall tiltaksvalg. Dette har redusert saksbehandlingen og papirarbeidet.

Samtidig har innføringen av pasientforløpene økt saksehandlingsbehovet. Dette har økt papirarbeidet. Samtidig er det slik at pasientforløpene skal sikre at de riktige tjenestene og tiltakene iverksettes raskt for å øke brukernes mulighet for mestring. Hovedinntrykket er at byråkratiet ikke har blitt særlig mindre, men det oppleves som faglig riktigere og mer målrettet i forhold til kommunens ambisjon om å jobbe mest mulig mestringsrettet. Litt spissformulert kan man altså si at unødvendig byråkrati er erstattet av et faglig rettet og mer nødvendig byråkrati.

Hjemmebaserte tjenester opplever de at det er mindre byråkrati nå, av de samme årsakene som over, men at de har fått mer arbeid som en følge av økt ansvar.

Eiganes og Tasta hjemmebaserte mener at de overtatt en del av oppgavene til HVKet og at de i dag bruker mer tid på koordinering og papirarbeid enn tidligere. Dette har trolig sammenheng med den tidligere beskrevne rolleklarheten og de tidligere beskrevne samhandlingsutfordringene.

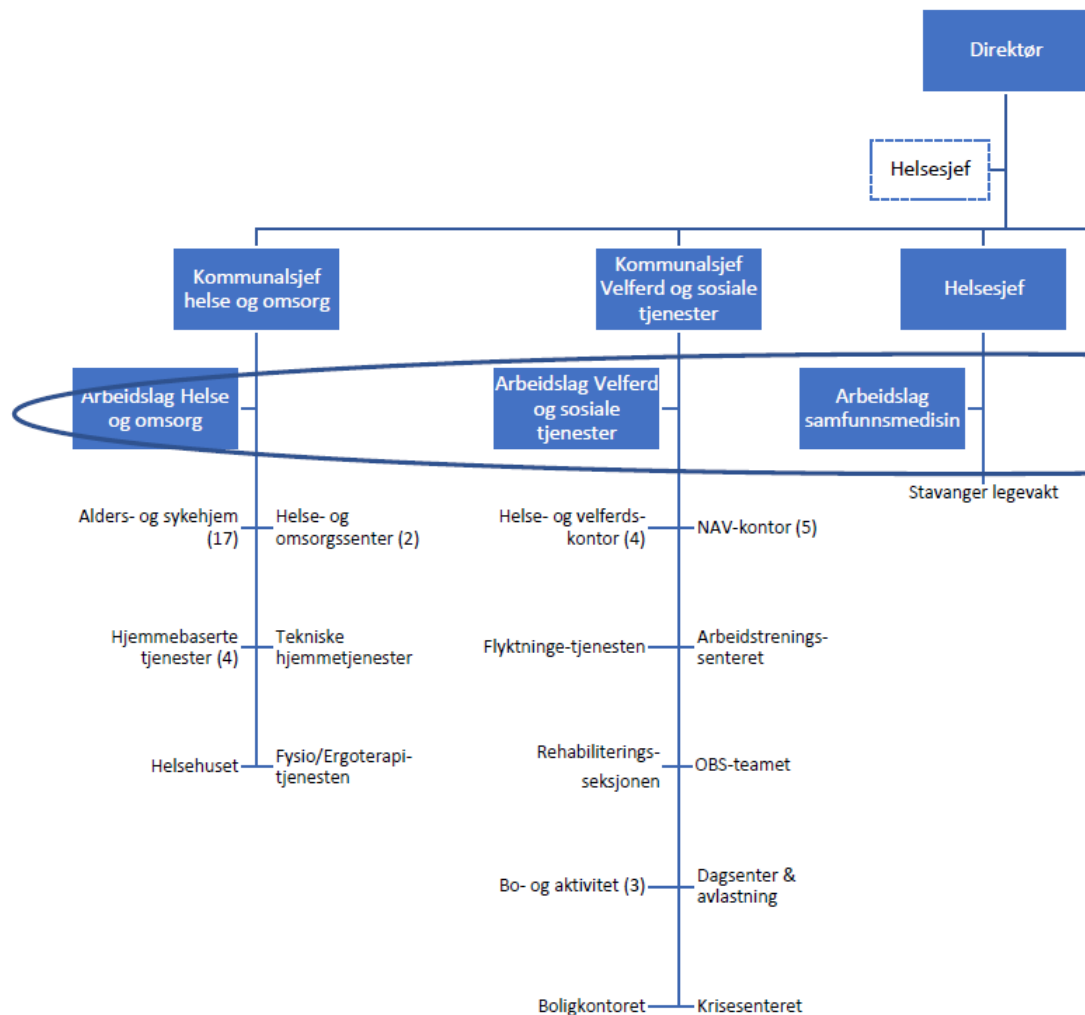
VEDLEGG

12.5 TJENESTER SOM LEVERES AV HJEMMETJENESTENE

Tabellen viser skillet mellom de tjenestene som alle fire virksomhetene leverer, og de tjenestene som er spesialisert på en eller to av virksomhetene. Tjenesten brukerstyrt personlig assistanse (BPA) leveres av Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte tjeneste, tjenesten pleie natt (PNA) leveres av Hillevåg og Hinna hjemmebaserte tjeneste, tjenesten hverdagsrehabilitering (HRH) leveres av Madla og Tjensvoll hjemmebaserte tjeneste. Sykepleieklinikk finnes i alle distriktene.

⁷⁴Opplyst i intervju med prosjektledere 08.04.22.

12.6 UTSNITT AV ORGANISASJONSKARTET FOR HELSE OG VELFERD



Kilde: Stavanger kommune

12.7 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget består av en rekke nøkkeltallsanalyser, dokumentgjennomganger og intervjuer. For å sikre en bred og grundig kartlegging av hvordan samhandlingen fungerer ute i tjenestene, har vi til sammen intervjuet 71 personer, hvorav 63 ledere og ansatte ved fire HVKer og hjemmebaserte tjenester. Vi gjennomførte også deltakende observasjon. Foreløpige funn ble deretter presentert for direktør, kommunalsjef, rådgivere og ledere for hver av de åtte virksomhetene, som har gitt sine synspunkter på funnene.

12.7.1 INTERVJUER

I tabellen under illustrerer vi hvem som er intervjuet.

Organisasjon	Funksjon	Personer	
Helse og velferd (oppstart)	Direktør, to kommunalsjefer og spesialrådgiver	4	
Helse og velferd	Spesialrådgiver	1	
Helse og velferd	Rådgiver	1	
Helse og velferd/HR	Prosjektledere friere faglighet	2	
Madla og Tjensvoll hjemmebaserte	VL, avd.sykpl, hvr-leder, leder ME	5	
Madla og Tjensvoll HVK	VL og fagleder	2	
Madlag og Tjensvoll HVK	Fagkoordinatorer	5	
Madla og Tjensvoll hjemmebaserte	Sykepleier 1, sp og vp	5	
Hundvåg og Storhaug HVK	VL og fagleder	2	
Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte	sykepl, miljøterapeut, helsefagarb	3	
Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte	VL, leder ME, fagsykepl og avdelingsled	4	
Hundvåg og Storhaug HVK	Fagkoordinatorer	6	
Eiganes og Tasta hjemmebaserte	Sykepleier 1, avd. ledere	4	
Eiganes og Tasta hjemmebaserte	VL, avdelingssykepleier og leder ME	3	
Byfjord HVK	VL og fagleder	2	
Byfjord HVK	Fagkoordinatorer	6	
Hillevåg og Hinna Hjemmebaserte	Ledere, VL, Avd.spl, leder ME	4	
Hillevåg og Hinna Hjemmebaserte	Sykepleier 1, sykepleiere og helsefagarbeider	6	
Hillevåg og Hinna HVK	VL	1	
Hillevåg og Hinna HVK	Fagkoordinatorer	5	
		71	

Med unntak oppstartsmøte og to faktasamtaler (øverst), er alle intervjuer verifisert. Faktasamtalene har vært supplement til skriftlig informasjon om finansieringsmodellen og tilsendt informasjon om pasientforløpene.

I starten av prosjektet vurderte vi å intervju brukere og pårørende, men konkluderte med å la være. Begrunnelsen for dette var basert på en antakelse om at brukere og pårørende i liten grad vil merke samhandlingen mellom HVK og hjemmebaserte tjenester. De merker først og fremst innholdet i tjenesten og den hjelpen de får fra kommunen og de ansatte. Vurdering: For lite målrettet å intervju brukere og pårørende mht. prosjektets formål.

Vi konkluderte derfor med å intervju ansatte og ledere ved virksomhetene som jobber tettest på brukerne og de pårørende, dvs. HVKer og hjemmebaserte. Det er litt ulik organisering fra distrikt til distrikt, avhengig av distriktets størrelse. Men følgende representanter er intervjuet: Virksomhetsledere, mellomledere, sykepleier 1, fagkoordinatorer, primærkontakter og pleiere.

12.8 ANDRE MUNTlige KILDER

- Deltakende observasjon av tavlemøte ved Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte
- Samarbeidsmøte mellom pleiere ved hjemmetjenestedistrikt Storhaug og fagkonsulenter ved Hundvåg og Storhaug HVK og fagledere fra begge virksomheter
- Presentasjon av foreløpige funn fra ledere fra hvert av distriktene, direktør, kommunalsjef helse og omsorg, samt en rekke rådgiver og nøkkelpersoner innen helse og velferd. Totalt 15-20 stykker. Hensikt – dele funn med prosjektdeltakerne og få synspunkter på funnene.

12.9 DOKUMENTER OG STATISTIKK

- Sluttrapport - Friere faglighet-mindre byråkrati, Utvalg for helse og velferd 18.01.2022
- [Kvalitet i eldreomsorg, Stavanger kommune, mai 2019](#), Rogaland Revisjon IKS
- *Ressursbruk i pleie og omsorgssektoren - Betydningen av organisering, ledelse og kultur*, PWC, KS Storbynettverk, juni 2015
- Antall brukere med opplæringsvedtak og hverdagsrehabilitering for de fire distriktene
- Hjemmesykepleie – totalt antall iverksatte tjenester
- Oppdragsbrev 2021, resultat mars 2022
- Tilsendte tall om pasientforløp, fra februar 2021 til mai 2022
- *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*
Powerpointpresentasjonen: *Egenbetaling utenfor institusjon, Kontaktmøte HVK/HBT, 14. juni 2021*,
- Internt notat: *Adgang til å kreve egenbetaling for miljøtjeneste, 25.02.2020*
- Organisering av hjemmebaserte tjenester
- *Finansieringsmodell – hjemmebaserte tjenester, per 10.01.2020* – Stavanger kommune, helse og velferd
- *Presentasjon ifm. ABI-temahalvtime mars 2012*
- Retningslinje for tiltak i hjemmetjenesten med tidsnorm, datert 10.06.2009, innhentet av RR i desember 2018
- Powerpoint-presentasjon: *Ny finans_mod_HVK_032020*
- *Finansieringsmodell – hjemmebaserte tjenester, per 10.01.2020*, Helse og velferd, Stavanger kommune
- Tallrapportering om antall brukere innenfor hvert nivå i de ulike distriktene, Stavanger kommune
- Pasientforløp – «*Oppfriskning – erfaringer så langt*», presentasjon fra rådgiver i stab, august 2021.
- Øyeblikkstill fra hvert av distriktene i månedsskiftet mars/april, som viser hvor mange forløp pasienter som er avsluttet innen fristen⁷⁵
- Mal for hjemmesykepleievedtak

12.10 GJENNOMGANG AV VEDTAK

Vi har totalt gått gjennom ni vedtak – fem miljøtjeneste vedtak og fire hjemmesykepleievedtak, fra to ulike distrikter. Vi ba om å få to gode og to mindre gode vedtak, fra hvert distrikt. Hensikten med dette har vært å sammenligne begrunnelse og brukervedtak, og forsøke å

⁷⁵ Tallene ble tatt ut enten 31.03 eller 01.04 – det varierte litt fra HVK til HVK. Dette har imidlertid lite å si for funnene. Vi brukte samme metode for å beregne de som ikke ble avsluttet innen forløpsperiode. Alt som oversteg to måneder fra oppstart, ble ansett som ikke avsluttet innen forløpsperiode. En liten presisering mht. tallene fra Madla og Tjensvoll, som kom i ulike bolker. Tallene er i all hovedsak fra 01.04, med unntak av tallene for forløp 1 for distrikt Tjensvoll som er fra 06.04. Dette gir imidlertid små utslag, og det er uansett et øyeblikksbilde som presenteres.

løfte frem beste praksis. Den sentrale kilden for kriteriene våre her er malen for vedtak om miljøtjenester og hjemmesykepleie.

12.11 PÅLITELIGHET OG GYDLIGHET

Vi har foretatt en såkalt metodetriangulering av data. Dette innebærer at de ulike problemstillingene belyses gjennom bruk av forskjellige datakilder. Trianguleringen bidrar til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og forskjellige innsamlingsmetoder gir ulike perspektiv på analysegrunnlaget. For eksempel er antakelser basert på de første samtalene, tall, dokumenter og funn i parallelle prosjekter blitt testet ut i intervjuene. Påstander i intervjuene er deretter blitt fulgt opp gjennom innhenting av nye talldata/dokumenter.

Vi mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.