

Leif Moland

Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo

Leif Moland

Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo

© Fafo 2011

ISBN 978-82-7422-812-2

ISSN 0801-6143

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
<i>Forslag til tiltak</i>	<i>8</i>
1 Innledning	11
1.1 <i>Problemstillinger</i>	<i>11</i>
1.2 <i>Gjennomføring og metodisk opplegg</i>	<i>11</i>
2 Om bestillerkontoret og Oslo kommunes statistikk	15
<i>Bestillerkontoret</i>	<i>15</i>
<i>Oslo kommunes statistikk over tildeling av sykehjemsplasser</i>	<i>18</i>
3 Bydelenes praksis for tildeling av sykehjemsplasser	25
3.1 <i>Omsorgstrappen</i>	<i>26</i>
3.2 <i>Innledende fase av saksbehandlingen</i>	<i>28</i>
4 Saksbehandling: funksjons- og behovsvurdering,	40
5 Vedtak	52
Vedlegg 1 Tabeller	65
Vedlegg 2 Dagsorden for nettverkssamlinger	69
Vedlegg 3 Intervjuguide ved samtaler med bestillerenhetene i 15 bydeler, 2010	71
Vedlegg 4 Omsorgstrappen i Bydel Østensjø	74
Vedlegg 5 IPLOS-statistikk	76

Forord

Fafo har fått i oppdrag fra Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester (EST) ”å gjennomgå hvilken praksis bydelenes bestillerkontor har ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplass”.

Arbeidet er gjennomført som et dokumentasjons- og utviklingsprosjekt. Det vil si at vi først har samlet data for å beskrive den praksis bydelene har ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplasser, hvordan denne praksisen ivaretar likebehandlingsprinsippet, om det finnes en ”beste praksis” og om det er grunnlag for økt harmonisering av bydelenes vurderingspraksis. Parallelt med dette dokumentasjonsarbeidet har bydelene deltatt i utviklingen av forslag til bedre praksis i de ulike fasene av saksbehandlingen.

I rapporten beskriver vi bydelenes praksis og forbedringspunkter i de ulike fasene i saksbehandlingen. Dette gjøres på grunnlag av intervjuer med bestillerenhetene¹ i samtlige 15 bydeler og et mindre utvalg politikere, ledere, bydelsoverleger, sykehjem, Sykehjemsetaten sentralt, eldreombudet og det sentrale elderrådet. Underveis har prosjektet arrangert åtte heldagssamlinger med ledere og ansatte i bestillerkontorene. I mars-april ble det gjennomført en spørreundersøkelse til samtlige ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene.

Vi vil benytte anledningen til å takke bydelene og alle som har deltatt i intervjuer, gruppesamtaler, nettverkssamlinger, fellessamlinger og i spørreundersøkelsen. Takk også til Eva Waaler og Eva J. P. Graziano i EST og mine kolleger Hanne Bogen, Dagfinn Hertzberg og Bente Bakken for gode innspill og nyttige kommentarer underveis i prosjektet.

Oslo, juni 2011

Leif Moland

¹ Vi har valgt å kalle enheten som tar imot og saksbehandler søknader for bestillerenhet. Enkelte bydeler har andre navn, som søkerkontor.

Sammendrag

Problemstillingene for prosjektet har vært:

1. Hvilken praksis har bydelenes bestillerkontor ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplasser?
2. Hvordan ivaretar denne praksisen likebehandlingsprinsippet?
3. Hva er beste praksis ved vurdering av brukernes behov for sykehjemsplasser?
4. Er det behov for en harmonisering av bydelenes vurderings- og tildelingspraksis?

1 Hvilken praksis har bydelenes bestillerkontor ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplasser?

Bydelene i Oslo er del av én by og én kommune, men de har et visst selvstyre. Dette kommer til uttrykk både i hvordan de har bygd ut ulike deler av tjenestetilbudet til eldre, i organiseringen av tverrfaglig samarbeid og i hvilke beslutningsstrukturer de har valgt.

De aller fleste som søker om sykehjemsplass har allerede andre tjenester i bydelen, og er derfor godt kjent for bestillerkontoret. Saksbehandlingen utføres i bydelenes bestillerkontor i samarbeid med søker, pårørende, leger, hjemmetjeneste og andre i tjenestekjeden. Ledere og ansatte ved bestillerkontoret har høy utdanning, og lang og bred erfaring fra både bestiller- og utførersiden.

Sykehjem er en del av et variert tjenestetilbud

Langtidsplass på sykehjem er bare ett av en rekke tjenestetilbud i bydelene. Jo bedre utbygd de andre tilbudene er, jo mindre press vil det være på sykehjemsplassene. Dette betyr at noen bydeler kan tilby botilbud med tjenester der andre bydeler i samme situasjon må tildele sykehjemsplass.

Overdrevne forskjeller?

I den offentlige debatten om eldreomsorgen fremføres det ofte at en verdig velferdspolitik og god tjenestekvalitet først og fremst handler om å ha flere sykehjemsplasser og en lavere terskel for å få plass. For Oslos vedkommende vil en likeverdig eldreomsorg lett bli et spørsmål om denne terskelen er lik i alle bydeler. Presseoppslagene kommer hvis én bydel har høyere avslagsprosent enn en annen eller at saksbehandlingstiden varierer. I rapporten spør vi om disse forskjellene egentlig eksisterer. Svaret får vi ikke ved å gå til kommunens offisielle statistikk om likheter og forskjeller i saksbehandlingen, men når vi beskriver hvordan saksbehandlingen faktisk foregår ute i bydelene og i saksbehandlerens møter med søkerne.

Uklart når en henvendelse blir til en søknad

Mange saker starter med en muntlig henvendelse, eller en skriftlig henvendelse som ikke fyller kriteriene for å bli registrert formelt som søknad. Bydelene har ulik registreringspraksis og ulikt startpunkt for når de regner at saksbehandlingen tok til. Ut over det er grunntrekkene i saksbehandlingen ganske lik.

Bred funksjonsvurdering, men liten vekt på IPLOS

Saksbehandlerne bruker en rekke verktøy for å vurdere brukers funksjonsnivå og hjelpebehov. Noe av dette finnes skriftlig. IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) er et funksjonsvurderingsverktøy som brukes av de fleste saksbehandlerne fordi det er pålagt. Men det tillegges liten vekt i den samlede vurderingen som ligger til grunn for et tjenestevedtak. Dette skyldes dels misnøye med selve verktøyet og dels at normene for verdifastsettelse ikke er klare nok. Ulike fagmiljøer og ulike tjenesteutøvere gir ulik IPLOS-score på samme bruker.

Tverrfaglighet

Tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten på den faglige dokumentasjonen og reduserer spill av tid på utredninger som kan vise seg å ikke føre til vedtak. Lite tverrfaglig kontakt resulterer gjerne i redusert tjenesteflyt, mangelfull informasjon og helhetsforståelse og unødige lange liggetider på korttidsplasser. Mange fastleger har svak kunnskap om prosessene som leder fram til sykehjemsvedtak og de gir mangelfull medisinsk dokumentasjon. Dette bidrar til å forlenge saksbehandlingstiden. Flere leger må ta inn over seg at de inngår i en tjenestekjede, der brukerinteressene er tjent med bedre samspill mellom ulike faggrupper.

Stort eller lite vedtaksmøte?

Tildeling av langtidsplasser skjer som regel i et vedtaksmøte, eller mer presist: vedtak fattes av leder for bestillerenheten under eller etter saksgjennomgang i vedtaksmøtet. Diskusjoner rundt organiseringen av vedtaksmøtet har bidratt til at flere bydeler har endret praksis i prosjektperioden ved å trekke inn flere personer i møtet.

Motivene for å gjøre dette ligger i et ønske om å øke saksbehandleres og andres involvering i vedtaksprosessen og skape en bredere forståelse i organisasjonen for kriteriene for god saksbehandling. Møter med mange deltakere sikrer at de som kjenner søkeren og saken best, også er med på å legge den fram og diskutere alternativer.

Tilhengerne av små vedtaksmøter begrunner sitt valg med at saksbehandlerne skal slippe belastningen ved å være til stede når deres saksbehandling vurderes av overordnede, at små møter er mest effektive og at dette er den beste praktiseringen av myndighetsutøvelse.

Rutiner

Alle bydeler har rutiner for *hvilken dokumentasjon som skal foreligge* når søknad om langtidsplass skal behandles. De fleste bydelene har også egne, *skriftlige kriterier for tildeling* av sykehjems plass. Flere har bydelene behov for å utarbeide rutiner for *hvordan vedtaksmøtet*

skal gjennomføres. På undersøkelsestidspunktet oppga bare 40 prosent av de spurte at bydelene hadde slike rutiner.

I tillegg kommer behovet for felles rutiner for registrering av henvendelser og søknader, og en mer samstemt bruk av IPLOS. Det er altså ganske mange områder hvor alle bydeler bør ha rutiner. Disse bør i overveiende grad også kunne være felles.

Terskelen for å få sykehjemsplass

Mediebildet gir inntrykk av at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy. Oppfatningene i befolkningen (og hos politikere) av om sykehjem er riktig tjenestetilbud og om terskelen for å få innvilget sykehjemsplass er for høy (svært få mener at den er for lav), varierer med kunnskapen om det samlede tjenestetilbudet. Liten kunnskap om det samlede tjenestetilbudet i den enkelte bydel øker etterspørselen etter sykehjemsplasser. Bydeler med en godt utbygd omsorgstrapp vil ha mindre behov for langtidsplasser på sykehjem. De kan med andre ord ha en faglig forsvarlig høyere terskel for tildeling av sykehjemsplasser enn andre.

Økonomi

I spørreundersøkelsen ble ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene spurt om de ville ha innvilget flere sykehjemsplasser dersom økonomien hadde tillatt det. Halvparten oppgir at de ville ha innvilget flere plasser.

2 Hvordan ivaretar denne praksisen likebehandlingsprinsippet?

Likebehandlingsprinsippet anvendt på eldreomsorgen i Oslo må ha som utgangspunkt at alle uavhengig av bydelstilhørighet skal ha de samme rettigheter og muligheter til å motta tjenester. Det vil si at utfallet av saksbehandlingen skal være bydelsnøytral. Dersom dette defineres som at én sykehjemssøknad skal få samme vedtak i alle bydeler, kan det stilles spørsmål ved om prinsippet blir ivaretatt. Dette mener vi er en gal definisjon. Vurderinger om likebehandlingsprinsippet må heller ta utgangspunkt i at søkers behov blir like godt ivaretatt i alle bydeler, men kanskje gjennom ulike tjenestetilbud.

Det er ikke grunnlag for å si at likebehandlingsprinsippet ikke blir ivaretatt. Det vil alltid være enkeltstående eksempler på at innbyggere ikke får den tjenesten de faglig/medisinsk sett burde ha fått. Disse eksemplene vil en finne i alle bydeler.

Svakheter i kommunens statistikkgrunnlag

Kommunens årsstatistikk er ikke så god at den kan brukes til å si at noen bydeler svikter. Men den er heller ikke god nok til å dokumentere at likebehandlingsprinsippet blir ivaretatt. Dette skyldes for det første at registreringsrutinene for når en henvendelse er å regne som søknad, er uklare, at praksis med registrering av søknader som trekkes varierer, og at alternative tjenester som tilbys underveis, registreres ulikt. Dermed får man ulike saksbehandlingstider og avslagsprosenter der de kanskje reelt sett er like, og like saksbehandlingstider og avslagsprosenter der de kanskje reelt sett er ulike. For det annet er

bruken av IPLOS svært variabel, noe som gjør at man heller ikke har et pålitelig sammenlikningsgrunnlag mellom bydelene basert på funksjonsvurderinger.

3 Hva er beste praksis ved vurdering av brukernes behov for sykehjemsplasser?

Noen bydeler er flinkere enn andre til å balansere mellom faglige og økonomiske hensyn. Dette kommer ganske klart fram både i samtaler med aktører utenfor bydelene og i intervjuer og diskusjoner med deltakerne fra bestillerenhetene. At man regnes som flink, kan kobles til kompetanse, størrelse, god ledelse over lengre tid, evne til å kommunisere på tvers av tjenesteapparatet, evne til å håndtere vanskelige og bestemte organisatoriske løsninger, gode rutiner og rutiner som følges. Å være flink betyr i denne sammenhengen å balansere faglige krav med økonomiske rammebetingelser, slik at bruker får riktig tjeneste og de ansatte et godt arbeidsmiljø.

I løpet av prosjektet har vi ikke søkt etter den perfekte bydelen som alle de andre skal lære av, men etter gode erfaringer fra samtlige bydeler. I neste avsnitt trekker vi fram punkter Oslo kommune og bydelene kan ta tak i for å forbedre praksisen med tildeling av sykehjemsplasser. Når det gjelder disse forbedringspunktene har selv de flinkeste bydelene bare kommet halvveis.

Forslag til tiltak

4 Er det behov for en harmonisering av bydelenes vurderings- og tildelingspraksis?

Svaret på dette spørsmålet er ”ja”. På bakgrunn av intervjuer og diskusjoner med deltakerne på nettverkssamlingene, svarene i spørreundersøkelsen og gjennomgangen av den kommunale statistikken, har vi kommet fram til flere områder som kan gjøres til gjenstand for forbedring.

Forslag til tiltak i innledende fase av saksbehandlingen

Arbeidet som gjøres i innledende fase må dokumenteres bedre. Foruten god faglig vurdering, skal tre krav ivaretas: a) brukers rettssikkerhet, b) kommunens behov for felles registreringspraksis som grunnlag for god statistikk og planlegging og c) bydelenes ressursbruk. Søknader som trekkes bør registreres. Innholdet i muntlige henvendelser skal dokumenteres bedre. Økt skriftlighet bør vektlegges.

1. Skille henvendelser fra søknader
 - Ikke eget henvendelsesskjema, men bedre registrering i Geric
 - Nytt, felles søknadsskjema
2. Felles rutine for registrering av
 - henvendelsestidspunkt

- søknadstidspunkt. Tidlig registrering sikrer mer formell saksbehandling
3. Noen bydeler bør gå raskere på vurderingsbesøk til en del av brukerne. Dette vil styrke samarbeidet, lette rådgivningen om hva som er riktig tjenestenivå, gi en riktigere søknadsdato, bidra til å unngå ikke-reelle søknader, og i mange tilfeller også redusere saksbehandlingstiden.
 4. Økt skriftlighet

Den beste saksbehandlingen kombinerer bruk av formelle rutiner med uformell dialog med søker og pårørende. Økt skriftlighet vil styrke søkerens rettssikkerhet og samtidig dokumentere om likebehandlingsprinsippet følges. Alle saker som trekkes muntlig må få sin skriftlige formulering. Flere av disse sakene bør antakelig føre fram til avslag.
 5. Stor variasjon i antall ”ubehandlede” saker må bort. Kategorien ”Søknad trukket” må defineres og opprettes som eget felt i Gerica på en slik måte at informasjon om dette blir registrert, og slik at disse sakene synliggjøres i kommunens årsstatistikk.

Forslag til tiltak i fasen mellom registrert søknad og behandling i vedtaksmøte

I denne fasen er det først og fremst behov for økt tverrfaglighet og bedre dokumentasjon:

1. Bedre dokumentasjon om søker og tjenestetilbud fra alle aktørene i tjenestekjeden
2. Gjennomgå vurderingsrutiner. Videreutvikle IPLOS og bruken av dette verktøyet
3. Mer struktur i møtevirksomheten. Styrke det tverrfaglige samarbeidet med leger, hjemmesykepleie og sykehjem gjennom a) økt informasjon om vurderingskriterier og rutiner, og b) hyppigere kontakt (møter, forespørsler, tilbakemeldinger)
4. Ukentlig status på ubehandlede saker for å unngå at saker blir liggende for lenge
5. Daglige morgenmøter i bestilleravdelingen kan være vel anvendt tid

Forslag til tiltak i vedtaksfasen

I denne fasen foreslås tiltak for økt strukturering av selve vedtaksmøtet, økt involvering av saksbehandlerne og utvikling av felles rutiner for saker som utsettes.

1. Bydelene må utvikle klarere rutiner for gjennomføring av (og forberedelse til) vedtaksmøtet.
2. Alle bydeler bør ha regelmessige vedtaksmøter, enten ukentlig eller hver fjortende dag.
3. Vedtaksmøtene bør ha ”mange” deltakere, dvs at aktuelle saksbehandlere som kjenner søker deltar. En del av bydelene kan med fordel ta grep for økt involvering og ansvarliggjøring av saksbehandlerne.
4. Hver saksfremleggelse bør forsøksvis ha en kort sammenfatning m/IPLOS.

5. Formulering av avslag bør gjøres i vedtaksmøtet med ansvarlig saksbehandler til stede.
6. Utvikle felles rutiner for registrering av og informasjon om saker som blir utsatt. Komme til enighet om når man skal gi avslag og deretter etablere eventuelt ny sak versus å la saken gå/"hvile" mens andre tiltak prøves ut.
7. Etablere enighet med fastlegene om tidligere og bedre legeopplysninger som må følge søknadene.

Andre tiltak uavhengig av fase

Økt informasjon om hele omsorgstrappen

1. Det må gis mer og bedre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere om hele pleie- og omsorgstilbudet i bydelene, med særlig vekt på de ulike tilbudene på de øverste trinnene.
2. Denne informasjonen bør både være bydelsspesifikk og bydelsovergripende.

Kompetanseutvikling

Det er behov for kompetansetilbud som er rettet inn mot bestillerkontorets behov og for nettverkssamlinger der kunnskap og erfaring utveksles.

1. Sentralt organisert opplæringstilbud rettet inn mot saksbehandlerne behov for økt forvaltningskompetanse.
2. Tiltak for å styrke funksjonsvurderingen og bruken av IPLOS hos samtlige aktører i tjenestekjeden.
3. Videreutvikle prosjektets nettverkssamlinger fra dette prosjektet til et bestillernettsverk på tvers av bydelene om lik vurderingspraksis, organisering, forvaltningskunnskap og andre aktuelle "bestillersaker".
4. Hospitere hos nabobydeler – lære funksjonsvurdering og vedtaksmøte.
5. Øke kunnskapen om pasientforløp, vedtaksprosesser og dokumentasjonskrav hos de andre aktørene i tjenestekjeden. Her sikter vi primært til fastlegene og dernest til hjemmesykepleien. Økt kunnskap om IPLOS er særlig aktuelt for hjemmesykepleien.
6. Gjennomføre et tilsvarende prosjekt som det som nå har vært, om tildeling av sykehjemsplasser for andre tjenesteområder som for eksempel tjenester til personer med psykisk utviklingshemming eller andre hjemmebaserte tjenester.

1 Innledning

Fafo har på oppdrag fra Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester ”å gjennomgå hvilken praksis bydelenes bestillerkontor har ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplass”.

1.1 Problemstillinger

Problemstillingene for prosjektet er som følger:

1. Hvilken praksis har bydelenes bestillerkontor ved behandling av søknader om og tildeling av sykehjemsplasser?
2. Hvordan ivaretar denne praksisen likebehandlingsprinsippet?
3. Hva er beste praksis ved vurdering av brukernes behov for sykehjemsplasser?
4. Er det behov for en harmonisering av bydelenes vurderings- og tildelingspraksis?

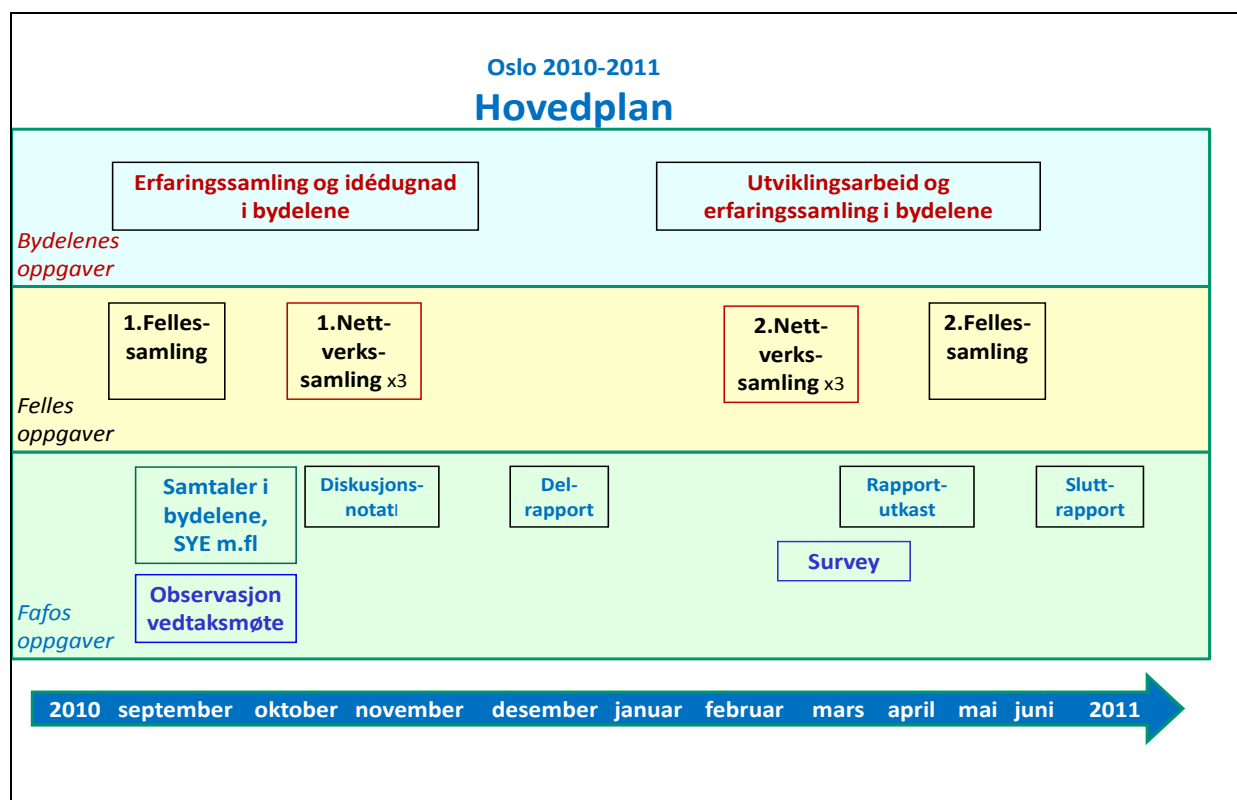
I den offentlige debatten om eldreomsorgen fremføres det ofte at en verdig velferdspolitik og god tjenestekvalitet først og fremst handler om å ha flere sykehjemsplasser og en lavere terskel for å få plass. Oslo kommune kritiseres for forskjellsbehandling av søkere.² For Oslos vedkommende vil en likeverdig eldreomsorg lett bli et spørsmål om denne terskelen er lik i alle bydeler. Presseoppslagene kommer hvis én bydel har høyere avslagsprosent enn en annen eller at saksbehandlingstiden varierer. I rapporten spør vi om disse forskjellene egentlig eksisterer, og dersom de eksisterer, hva er i tilfelle årsakene. Svaret får vi ikke ved å gå til kommunens offisielle statistikk om likheter og forskjeller i saksbehandlingen, men når vi beskriver hvordan saksbehandlingen faktisk foregår ute i bydelene og saksbehandlerne møter med søkerne.

1.2 Gjennomføring og metodisk opplegg

Prosjektet har vært organisert dels som et dokumentasjonsprosjekt og dels som et utviklingsprosjekt. Prosjektet startet med en fellessamling i Vika Konferansesenter 2. september 2010. Til stede var representanter fra alle bydelene, fra Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten, Eldreombudet, Fylkesmannen, Det sentrale eldrerådet og tillitsvalgte i Oslo kommune. Her ble bakgrunnen for prosjektet gjennomgått. Det skulle arrangeres fire fellessamlinger. Mellom disse skulle Fafo innhente og sammenfatte informasjon fra bydelene og deretter legge fram funn og utfordringer for bydelene i nettverkssamlinger. Bydelene på sin side skulle diskutere problemstillingene internt og deretter diskutere disse med Fafo og de andre bydelene, slik vi har skissert det i figur 1.1.

² Aftenposten 15.03.11 og 06.04.11, NRK 15.03.11, Groruddalen 28.04.10, TV2 18.07.10, Dagsavisen 08.03.10

Figur 1.1 Hovedplan for dokumentasjons- og utviklingsprosjektet.



Gruppeintervjuer/fokusgruppesamtale med alle bydelsrepresentantene

Fra 27. september til 15. november 2010 gjennomførte vi intervjuer og samtaler med ca 100 personer. Intervjuene ble gjennomført dels som individuelle og dels som gruppeintervjuer. I tillegg til intervjuer har vi vært til stede på to vedtaksmøter, det ene med tre deltakere og det andre med ti deltakere. Rapporten inneholder en del intervjusitater. Når den som siteres ikke er leder eller ansatt på bestillerkontor, er vedkommende betegnet som ekstern informant. Dette kan være politikere, bydelsoverleger, ansatte ved sykehjem, i Sykehjemsetaten eller andre ledere i bydelene. Alle andre sitater kommer fra ledere eller ansatte ved et av bestillerkontorene. Tabell 1.1 gir en oversikt over hvem vi har snakket med

Tabell 1.1 Oversikt over deltakende bydeler og informantutvalg.

	Saksbehandler bestillerkontor	Leder bestiller- kontor	Bydels- overlege	Andre ledere	Andre saks- behandlere	Politikere	Sum
Alle	40	15	3	25	5	9	97
Bydelene	40	15	3	12		3	73
Brukerrådet/ ombud				1	1	6	8
Sykehjems- etaten				11	4		15

Første nettverkssamling

Første runde med nettverkssamlinger ble gjennomført 22., 24. og 26. november 2010. I hver av disse samlingene deltok 2–4 ledere og saksbehandlere fra fem bestillerkontor. I forkant av samlingene hadde Fafo sendt ut et diskusjonsnotat basert på erfaringene fra gruppesamtalene i de 15 bydelene. Samlingene varte i sju timer. Til hver bolk holdt Fafo en innledning. Deretter diskuterte vi bydelenes praksis og utfordringer knyttet til ”felles praksis” og hva som skal forstås som ”beste praksis” både når det gjelder funksjonsvurdering, IPLOS og registreringsprosedyrer som kan sikre bedre kvalitet på Oslo kommunes statistikk. Etter gruppearbeidet presenterte hver bydel muntlig forbedringspunkter de skulle jobbe med fram til neste samling. Vi noterte 88 punkter. Selv om en del av disse er gjengangere, indikerer det at bydelene så at det var mye de kan ta tak i. Bydelene skulle prioritere noen av punktene og leverte skriftlige innspill til Fafo innen 20.12.10. Dagsorden for seminaret er gjengitt i vedlegg 2.

Andre nettverkssamling

Andre runde med nettverkssamlinger ble gjennomført 21., 23. og 25. mars 2011. I hver av disse samlingene deltok 2–4 ledere og saksbehandlere fra fem bestillerkontor. Til disse samlingene hadde deltakerne både delrapporten og oppgavene de skulle jobbe med fra forrige samling. I denne samlingen ble det også presentert tre eksempler der deltakerne drøftet ulike sider ved saksbehandlingen.

Gjennomgangen av oppgaver bydelene skulle ha jobbet med ble annerledes enn planlagt. Bare noen få av bydelene hadde forberedt seg slik de skulle. I stedet gjennomførte vi en ny runde med plenumsdiskusjoner om forhold ved saksbehandlingen som bør kunne forbedres. Dagsorden for samlingene er gjengitt i vedlegg 2.

Spørreundersøkelse

I april 2011 ble det gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse rettet mot saksbehandlere og ledere ved de 15 bestillerkontorene. I forkant av undersøkelsen ble lederne av bestillerkontorene bedt om å oppgi antall saksbehandlere som vurderte sykehjemssøknader. Dette ga oss et utvalg på 103 personer. Av disse fikk vi svar fra 74, hvilket gir en svarprosent på 71,8 prosent.

Andre fellessamling

Andre fellessamling ble avholdt 19. mai 2011. Til stede var representanter fra alle bydelene, fra Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten, Eldreombudet, Fylkesmannen, Det sentrale eldrerådet og tillitsvalgte i Oslo kommune. Her oppsummerte Fafo innholdet fra nettverkssamlingene og spørreundersøkelsen. Underveis ble det presentert forslag til forbedringspunkter som bydelene og kommunene sentralt bør jobbe med. To bydeler hadde forberedte innlegg. De fleste bydelene tok ordet flere ganger. En del av innspillene er innarbeidet i denne rapporten. Samtlige tiltak som foreslås i rapporten er på denne måten sikret oppslutning fra bydelene. Under denne samlingen ble det også avdekket

svakheter i noen av formuleringene som ble benyttet i spørreundersøkelsen. Disse spørsmålene inngår derfor ikke i beskrivelser og analyser som presenteres i denne rapporten.

Underveisleveranser

Etter den første datainnsamlingen ble det utarbeidet et diskusjonsnotat som ble spredt blant deltakerne i prosjektet i forkant av første runde med nettverkssamlinger. Etter disse samlingene ble det utformet en intern delrapport som ble levert 22. desember 2010.

2 Om bestillerkontoret og Oslo kommunes statistikk

Bestillerkontoret

Oslo kommune etablerte i forbindelse med bydelsreformen i 2004 bestillerkontor i alle bydelene. Dette var en praktisk følge av en beslutning om å innføre en bestiller-utførermodell (BUM) i pleie- og omsorgstjenestene. Bestillerkontorene kalles også for søknadskontor eller tildelingskontor. I denne rapporten bruker vi benevnelsen bestillerkontor. Bestillerkontorenes oppgave er å tildele tjenester til befolkningen i Oslo etter en behovsvurdering. BUM er en avledning av tenkningen som ligger til grunn for New Public Management. BUM representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring.³ Bruker settes i sentrum for tjenestetildelingen ved at bestillerkontoret kan fatte vedtak ut fra faglige behovsvurderinger uten å skjele til utførers ressurser, noe som kunne skje tidligere, da utfører også var den som tildelte tjenester.

Samtidig fører utskillingen av bestillerfunksjonen til økt oppmerksomhet om ressursbruk ved at bestiller må betale for de tjenestene som tildeles. Tildelingen skal skje innenfor begrensede økonomiske rammer i et budsjett med ganske detaljerte føringer. Gjennom denne tydeliggjøringen av både brukerbehov og budsjettkrav, vil de ansatte på bestillerkontorene lett kunne komme under krysspress.⁴

Bestillerkontorene kan sette utføreropp gavene på anbud eller an vise oppgaven til en kommunal utfører. Etter at Oslo kommune i 2007 opprettet egen sykehjemsetat, sender bestillerkontoret sine vedtak om tildeling av sykehjemsplass til Sykehjemsetaten (SYE). SYE effektuerer disse vedtakene umiddelbart. Vanligvis går det bare noen få dager fra bestiller har fattet vedtaket til søkeren får tilbud om en ledig plass.

Bestillerkontorene kan være mer eller mindre sentralisert. Dersom bestillerkontoret rapporterer direkte til rådmann, har man en sentralisert ordning. I Oslo er bestillerkontorene desentralisert i den forstand at de rapporterer til bydelsnivået og ikke direkte til byrådet. De fleste bestillerkontor rapporterer til bydelsdirektøren, noe som må kunne regnes som en semi-sentralisert modell. Andre bestillerkontor er enda mer desentraliserte og rapporterer til overordnet leder⁵, som kan ha ansvar for både bestiller- og utførerfunksjonene. Tidligere hadde enkelte bydeler bestillerkontor som dekket både pleie og omsorg til eldre, tilbud til funksjonshemmede, barnehageplasser mv. I denne rapporten har vi kun forholdt oss til den delen av bestillerkontor som har ansvar for pleie- og omsorgstjenester, herunder også sykehjemstilbud.

³ Busch T. og J. O. Vanebo (2001) Bestiller-utfører modellen. Utfordringer og problemområder. Høyskolen i Sør-Trøndelag.

⁴ På den ene siden utsettes saksbehandler for brukerpress for å innvilge en tjeneste, på den annen side oppleves budsjettpresset. Gis avslag får saksbehandler ofte kritikk fra brukere og pårørende, gis innvilging kan det komme kritikk fra bydelsdirektør og fra sentralt hold i rådhuset.

⁵ Dette kan være enhetsleder, avdelingssjef eller assisterende bydelsdirektør.

Størrelse

Målt etter innbyggertall er Frogner med ca 50 000 innbyggere den største bydelen, mens Grorud med ca 26 000 innbyggere er den minste. Målt etter antall sykehjemsplasser er Østensjø med ca 550 plasser den største, mens Søndre Nordstrand med ca 90 plasser er den desidert minste.

Størst sykehjemstetthet målt som antall innbyggere per sykehjemsplass, har Østensjø og Nordstrand. Gamle Oslo og Søndre Nordstrand har den laveste sykehjemstettheten. Sykehjemstettheten avspeiler alderssammensetningen i bydelenes befolkning. I tabell 2.5 er bydelene stilt opp i tre grupper etter antall langtids sykehjemsplasser. Tallene i parentes refererer til bydelenes innbyggertall.

Tabell 2.1 Bydelene etter størrelse sett i forhold til antall langtids sykehjemsplasser. Antall innbyggere i parentes.

Små: ca 90-200 plasser	Mellomstore: 200-360 plasser	Store: 410-550 plasser
Søndre Nordstrand (36 000)	Sagene (34 000)	Nordre Aker (47 000)
Stovner (30 000)	Grünerløkka (46 000)	Frogner (50 000)
Gamle Oslo (43 000)	Grorud (26 000)	Nordstrand (46 000)
St. Hanshaugen (33 000)	Ullern (30 000)	Østensjø (46 000)
Bjerke (28 000)	Alna (47 000)	
	Vestre Aker (44 000)	

I det neste avsnittet presenterer vi kjennetegn ved informantene i undersøkelsen.

Ledere og saksbehandlere med høy utdanning og bred erfaring

Ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene har høy utdanning og bred erfaring fra ulike tjenester i pleie- og omsorgssektoren. 97 prosent av informantene i vår undersøkelse har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. 75 prosent er sykepleiere (tabell 2.3).

Tabell 2.2 Ledere og saksbehandlere ved bydelenes bestillerkontor som har besvart undersøkelsen, etter stilling.

	Antall	Prosent
Saksbehandler	49	66,2
Teamleder	8	10,8
Leder av bestillerkontoret	12	16,2
Annet	5	6,8
Total	74	100,0

Tabell 2.3 Ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene etter utdanning

	Antall	Prosent
Sykepleier	56	75,7
Annen utdanning på høyskole/universitetsnivå	16	21,6
Hjelpepleier, fagbrev, annen helsefaglig utdanning på v.g.s	2	2,7
Total	74	100,0

På spørsmål om hvor lenge den enkelte hadde jobbet i helse- og sosialsektoren totalt, svarte samtlige at de hadde vært der i minst seks år. 90 prosent har krysset av for at de har mer enn ti års fartstid.

Tabell 2.4 Antall år ansiennitet.

	Antall	Prosent
Mindre enn 6 år	0	0
6 – 10 år	7	9,5
11 år eller mer	67	90,5
Total	74	100,0

Informantene ble også spurt om de hadde annen arbeidserfaring fra sykehus, sykehjem, hjemmetjeneste eller sosialkontor. Samtlige oppgir at de har erfaring fra minst ett annet tjenestested. Ca 80 prosent har erfaring fra minst to andre tjenestesteder. Ca 50 prosent har erfaring fra minst tre andre tjenestesteder, og nesten 25 prosent har erfaring fra minst fire ulike tjenester.

Oslo kommunes statistikk over tildeling av sykehjemsplasser

Oslo kommune lager årlig statistikk over bydelenes tjenesteproduksjon. Her vises omfanget av alt fra flyktningtilskudd og barnehageplasser til sosialhjelp og sykehjemsplasser. Før vi beskriver hva bydelene faktisk gjør når de behandler søknader om langtids sykehjemsplass, vil vi kommentere enkelte sider ved Oslo kommunes offisielle statistikk over saksbehandling og tildeling av sykehjemsplasser. Tallmaterialet derfra har indikert at det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder saksbehandlingen av sykehjemssøknader. Det er imidlertid ikke gitt at disse forskjellene bare skyldes trekk ved bydelenes saksbehandling eller økonomi. Det er faktisk ikke gitt at disse forskjellene i det hele tatt er reelle.

Søknader og avslag

Oslo kommune mottok i 2009 1999 søknader om langtidsopphold ("fast plass") på sykehjem. I gjennomsnitt ble 87 prosent av søknadene innvilget. Bydel Østensjø avsto bare to prosent⁶ av søknadene de fikk, mens bydelene Alna, Gamle Oslo og Grünerløkka avsto 25 prosent. Året før hadde Gamle Oslo en avslagsprosent på hele 42. Disse tallene avstedkom betydelig uro i de bydelene som hadde størst avslagsprosent,⁷ og bidro nok til at enkelte saker i 2010 som vanligvis ville ha landet på avslag, likevel er blitt innvilget.

I 2010 var det offisielle tallet for antall søknader 2039, med en oppgitt innvilgelsesprosent på 88. Dette tallet er neppe riktig. En annen beregningsmåte på det samme tallgrunnlaget gir en innvilgelsesprosent på 77. Dette tallet kan være både for høyt og for lavt, avhengig av bydelenes registreringspraksis. En bydel som har blant de høyeste innvilgelsesprosentene på den ene beregningsmåten, kan ha en av de laveste på den andre måten.

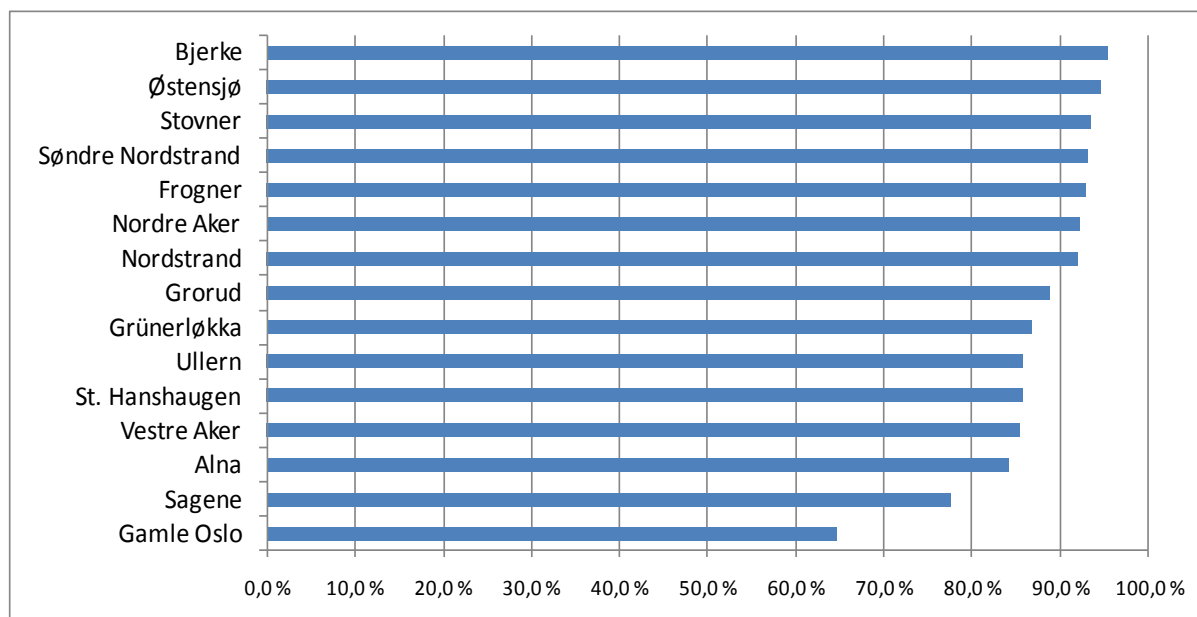
Dette kommer fram i figur 2.1 og 2.2. Vi ser at søylene er betydelig lenger i kommunens statistikk (figur 2.1), det vil si at innvilgelsesprosentene er høyere enn det som vises i den alternative beregningsmåten (figur 2.2). Vi kan forklare forskjellen ved å bruke Bjerke bydel som eksempel.

Figur 2.1 viser at Bjerke har en innvilgelsesprosent på 95,7. I figur 2.2 er innvilgelsesprosenten redusert til 50,4. Ifølge kommunens statistikk hadde Bjerke bydel 123 søknader om langtidsplass i 2010. Bydelen innvilget 62 søknader og avsto bare tre. Kommunen finner innvilgelsesprosenten ved å beregne andelen innvilgede søknader delt på andelen behandlede søknader. Antall behandlede søknader er 65. Da blir innvilgelsesprosenten slik: $62/(62+3)*100=95,7$. I dette eksemplet er 58 søknader holdt utenfor regnestykket. I figur 2.1 viser vi den offisielle innvilgelsesprosenten som følge av at den er beregnet uten å ta med "de ubehandlede".

⁶ Ifølge den offisielle statistikken for 2009 som kan lastes ned fra Oslo kommunes hjemmesider, innvilget Østensjø 98 prosent av søknadene. Senere er dette tallet endret til 77 prosent.

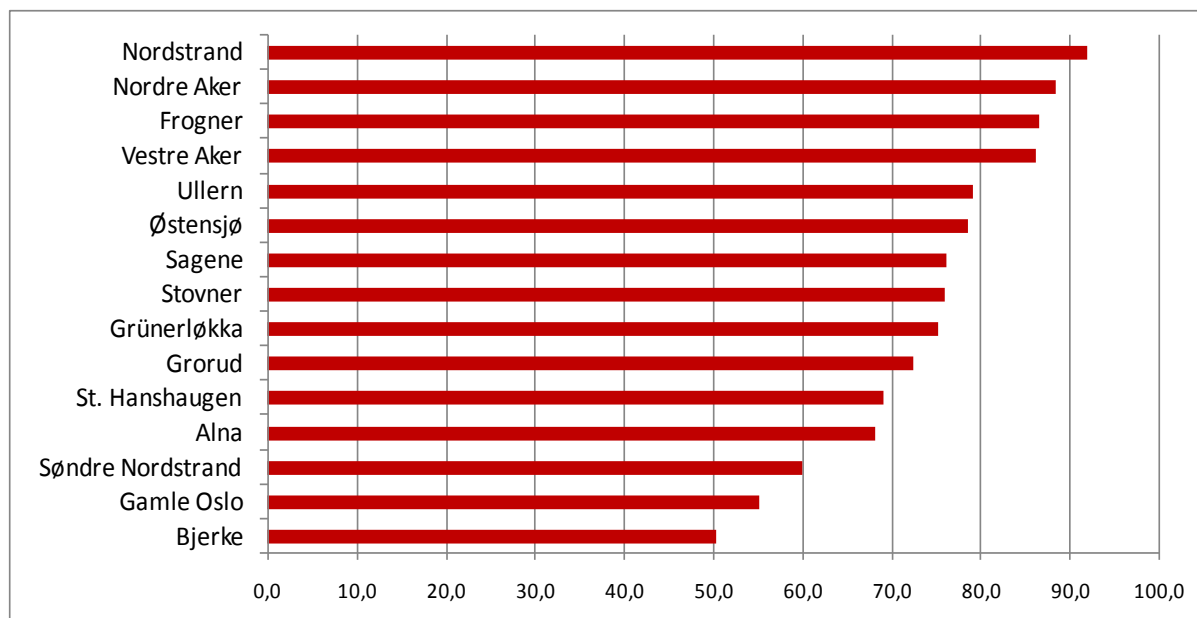
⁷ Blant annet omtalt i Groruddalen 28.04.10, TV2 18.07.10, Dagsavisen 08.03.10.

Figur 2.1 Bydelene etter andel innvilgede sykehjemssøknader. Kommunens beregningsmåte. Kilde: Oslo kommune 2011.



Figur 2.2 viser en alternativ beregningsmåte for bydelene. Her beregnes innvilgelsesprosenten med utgangspunkt i antall foreliggende søknader, som for Bjerkes del var 123. Da blir innvilgelsesprosenten slik: $62/123 \cdot 100 = 50,4$.

Figur 2.2 Bydelene etter andel innvilgede sykehjemssøknader. Alternativ beregningsmåte. Kilde: Oslo kommune 2011.

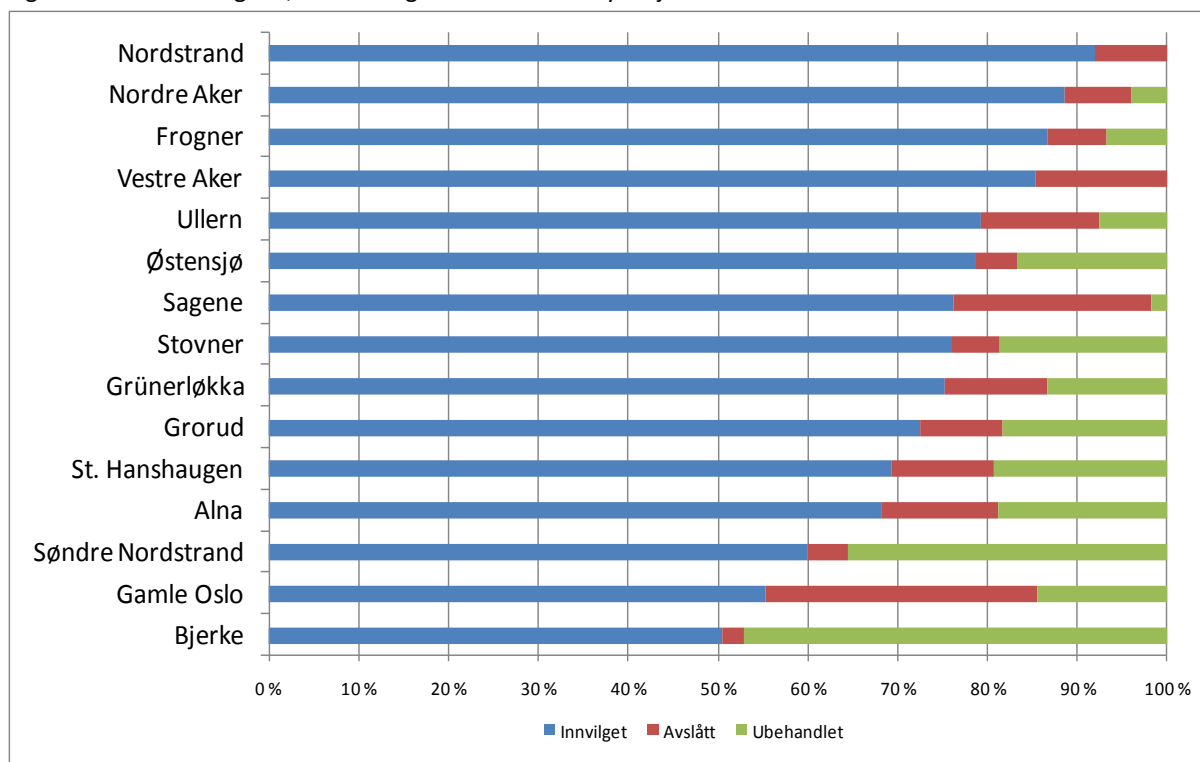


Begge beregningsmåter har flere feilkilder. Spørsmålet er imidlertid hva de 58 søknadene som ikke er med i første regnestykke, representerer. Noen av dem er saker som er under behandling, og som vil få vedtak etter årsskiftet. Men de aller fleste er såkalt ”utplukk”; det

vil si saker der søker har fått et annet tilbud eller har trukket søknaden uten at dette er registrert i egne kategorier. Dette drøftes nærmere i neste kapittel.

Figur 2.3 viser den samme innvilgelsesprosenten som figur 2.2. I tillegg er avslags-prosenten og andelen ”ubehandlede” saker tatt inn. Ved siden av Bjerke utmerker Søndre Nordstrand seg ved at andelen ”ubehandlede” saker er svært høy. Bydel Nordstrand på den andre siden har ikke oppgitt å ha en eneste ubehandlet sak, samtidig som de har en svært lav avslagsprosent.

Figur 2.3 Andel innvilgede, avslåtte og ”ubehandlede” sykehjemssøknader. Kilde: Oslo kommune 2011.



Figur 2.3 indikerer at langt flere saker skulle hatt en formell behandling og endt med avslag. Da ville avslagsprosenten ha økt. Dette ville i sin tur trolig ha påvirket klageprosenten. Antall klager ville neppe økt nevneverdig, fordi dette er saker der søker selv har trukket søknaden. Men med flere avslag i beregningsgrunnlaget, vil klageprosenten likevel kunne gå ned.⁸ Dersom de ubehandlede søknadene eller ”utplukkede” viser seg å være saker der søker har trukket søknaden, burde dette kommet fram i statistikken. Det er med andre ord viktig å tydeliggjøre bedre i statistikken hva som reelt sett har skjedd med den enkelte søknad, eventuelt hvor i køen søknaden ligger. Av figuren ser vi for øvrig også at de minste bydelene jevnt over har flere ”ubehandlede” saker.

⁸ Eksempel: En bydel har 4 klagesaker av 100 behandlede saker. 30 saker er ikke med i behandlingsstatistikken. Neste år har bydelen tatt alle sakene med i statistikkgrunnlaget. De mottar da 5 klager på 130 saker. Dette gir en klageprosent på 3,8, som er lavere enn 4 klagesaker av 100.

Saksbehandlingstid

Byrådet har fastsatt at 14 dager bør være maksimum saksbehandlingstid for en søknad om langtidsplass ved sykehjem.⁹ I 2009 var bydelenes gjennomsnittlige saksbehandlingstid for søknad om sykehjemsplass 39 dager. Dette er en økning i forhold til både 2008 og 2007. I 2010 var tallet for gjennomsnittlig saksbehandlingstid redusert til 37 dager.¹⁰ Disse tallene er gjengitt i vedlegg 1. Bydel Alna trengte i gjennomsnitt 91 dager på å behandle en søknad. Bydelene Vestre Aker og Stovner klarte seg med ca 20 dager. Effektiv saksbehandlingstid for en topp kvalifisert saksbehandler bør være betydelig lavere. Lang saksbehandlingstid behøver likevel ikke være noen indikasjon på ineffektiv saksbehandling. En av saksbehandlerne uttalte:

”Vi har fått pålegg sentralt om å tilstrebe saksbehandlingstid på 14 dager. I bydelen har vi lagt oss på 3-4 uker. Jeg skjønner ikke egentlig hva kommunen mener. En omfattende vurdering tar mye lengre tid. Poenget må vel være at vi tar tak i en søknad med én gang og at den ikke blir glemt.”

Saksbehandlingstiden bestemmes av en rekke andre forhold enn saksbehandlerens kompetanse. En søker kan for eksempel ha et fire ukers utredningsopphold på korttidsavdeling ved et sykehjem. Dersom en bydel lar korttidsoppholdet være en del av saksbehandlingstiden, registreres en saksbehandlingstid som er fire uker lenger enn hos en bydel som ikke regner korttidsoppholdet som en del av saksbehandlingstiden. I begge tilfellene gjør bydelene den samme utredningen og søker/bruker blir like godt ivaretatt. Men statistikken gir inntrykk av at den ene bydelen er betydelig mer effektiv enn den andre.¹¹

Utredningsopphold underveis i saksbehandlingsperioden er den enkeltfaktoren som i følge flest ledere og ansatte ved bestillerenhetene bidrar til å forlenge saksbehandlingstiden (figur 2.4). Deretter følger tid som går med til å følge opp mangelfulle legeopplysninger. Dette drøftes senere i rapporten. Av figur 2.4 ser vi at 30 prosent oppgir at dårlig økonomi forlenger saksbehandlingsprosessen. Med det mener de at saker kan bli utsatt fordi det ikke er rom i budsjettet for å tildele sykehjemsplass. Dette drøfter vi også lenger ut i rapporten. Manglende kapasitet på bestillerkontoret kan også føre til forlenget saksbehandling. Dette skjer noe oftere i de små bydelene.

⁹ Byrådets forslag til budsjett for 2007, del 02 side 58.

¹⁰ Dette tallet fremkommer ved å summere gjennomsnittlig saksbehandlingstid for hver bydel og dividere på antall bydeler som er 15. Men bak hver bydels gjennomsnittstall er det stor variasjon i antall saker. Et riktigere tall ville ha fremkommet ved å beregne gjennomsnittlig saksbehandlingstid på samtlige om lag 2000 søknader. Slik det gjøres nå, vil bydeler med stor søknadsmasse bli underrepresentert.

¹¹ De fleste bydelene velger å la korttidsoppholdet inngå i saksbehandlingstiden (vedleggstabell).

Figur 2.4 Forhold som ifølge saksbehandlere og ledere ved bestillerkontorene forlenger saksbehandlingstiden. Prosent. N=74.



Et annet forhold der bydelene i praksis gjør det samme overfor søker, men kommer ulikt ut på statistikken, oppstår ved ulik registrering av den første henvendelsen om sykehjemsplass. Der noen bydeler er raske med å registrere en henvendelse som søknad, venter andre med å registrere søknaden til nødvendige formalia er på plass. Dette kan gi saksbehandlingsforskjeller på over en måned, selv om selve saksbehandlingen er tilnærmet identisk.

I spørreundersøkelsen fikk informantene følgende oppgave:

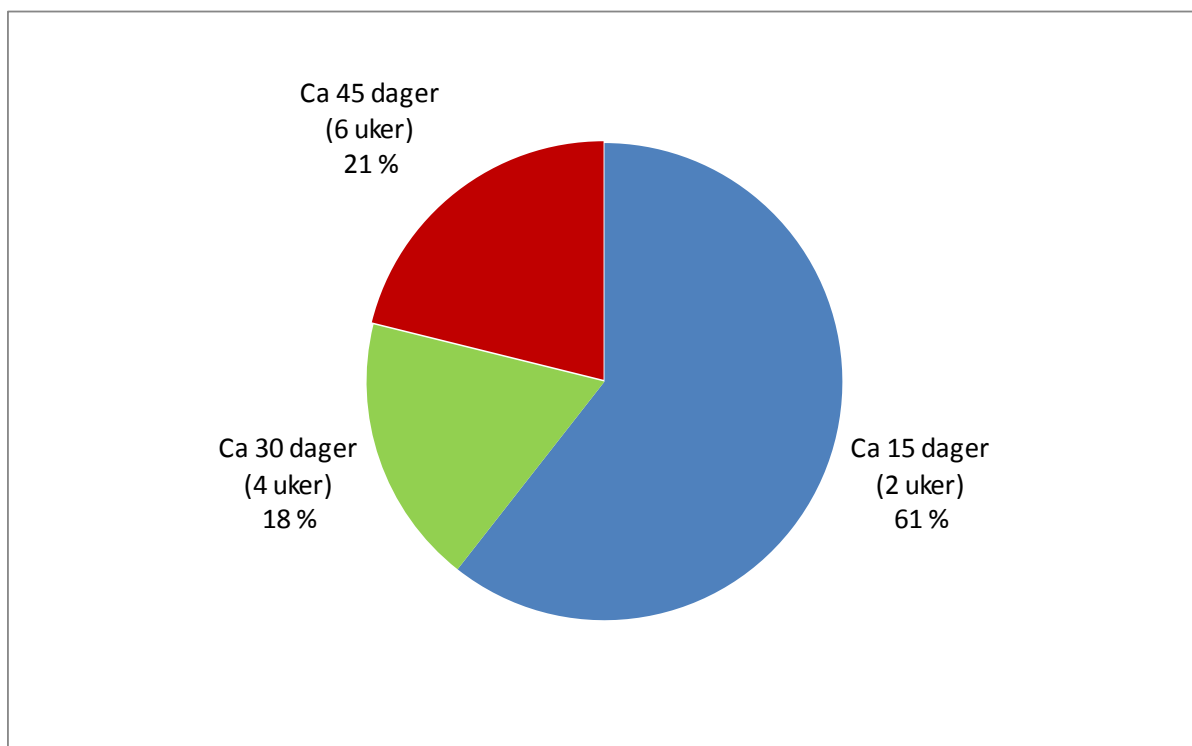
”Du får telefonhenvendelse 1. september, drar på vurderingsbesøk 15. september.

Skriftlig søknad foreligger 1.oktober. Vedtak om langtidsplass foreligger 15.oktober.

Hvor lang saksbehandlingstid vil du registrere?”

Ca 60 prosent av de spurte ville ventet med å registrere henvendelsen som søknad inntil en skriftlig søknad foreligger (figur 2.5). Disse opererer da med en saksbehandlingstid på to uker. 40 prosent ville registrert dette som søknad tidligere og ender av den grunn opp med en saksbehandlingstid på fire eller seks uker. Det er godt mulig svarfordelingen ville ha vært annerledes dersom innholdet i telefonsamtalen hadde vært kjent. Vi vet heller ikke hva man ble enige om under vurderingsbesøket. Noen saksbehandlere har kanskje tenkt at det har foreligget en muntlig søknad. Selv med denne uklarheten mener vi det er grunn til å si at ved samme tilfelle, der saksbehandlerne har stor grad av prosesslikhet og lik reell saksbehandlingstid, registreres saksbehandlingen ulikt, noe som gir ulik saksbehandlingstid i statistikken.

Figur 2.5 Ulik registrering av saksbehandlingstid i én og samme sak. N=74 saksbehandlere og ledere ved bestillerkontor.



Definisjonen av ”riktig saksbehandlingstid”, som byrådet mener er 14 dager, bør endres slik at den stemmer bedre overens med ”faktisk saksbehandlingstid”, som kan inkludere et flere ukers utredningsopphold. Responstiden på henvendelse bør derimot kunne bli kortere enn dagens praksis. Forvaltningsloven § 11 a sier bare at saksbehandling skal gjennomføres uten ugrunnet opphold og at melding skal sendes søker snarest dersom det kan forventes at saksbehandlingen vil ta uforholdsmessig lang tid.

Gjevjon og Romøren (2010)¹² skriver at ”Når det først er søkt (om sykehjemsplass), går prosessen relativt raskt”, og vi vet at når vedtaket er fattet, går det bare dager til innflytning. Det er med andre ord i fasen før en formell søknad foreligger, at effektiviteten bør økes. Dette gjelder først og fremst i fasen mellom henvendelse og søknad.

Ventetid etter tildeling av sykehjemsplass

Etter at søknad er behandlet og sykehjemsplass innvilget, får de aller fleste søkere plass noen få dager etter at vedtaket er fattet. Unntaksvis kan det gå noe tid før bydelen (Sykehjemsetaten) kan tilby en innflyttingsklar plass. I 2009 oppga bydelene å ha 39 personer som ventet på plass ved ønsket sykehjem. Dette utgjør knapt to prosent av en søkermasse på

¹² E.R. Gjevjon og T.I. Romøren (2010) Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene? Senter for omsorgsforskning Østlandet og Høgskolen i Gjøvik.

1999 personer. Gjennomsnittlig ventetid for disse 39 søkerne var 27 dager. Dette er en betydelig reduksjon i forhold til de foregående årene. I 2007 hadde bydelene 112 personer som for en periode måtte vente for å få den spesielle plassen de ønsket. Ventetiden var det året på 59 dager. To av bydelene hadde ifølge Oslo kommunes statistikk ingen på venteliste i 2009. Heller ikke de andre bydelene opererer med mange på venteliste. De fleste bydelene har bare én eller to.

Ventetiden etter tildeling styres av flere forhold. Disse har dels med Sykehjemsetatens tilbud å gjøre, dels med brukers preferanser å gjøre og dels med bydelens sakshåndtering etter at vedtak er fattet. For de fleste er ventetiden svært kort, ofte bare noen dager fra vedtak er fattet til Sykehjemsetaten har plassen klar. Fritt sykehjemsvalg i et sykehjemsmarked der brukerne har ulike preferanser, fører til at noen må vente noe lenger for å få en bestemt type rom på et bestemt sykehjem i stedet for å ta imot et rom som er ledig på et av de andre sykehjemmene i nærheten.

De brukerne som venter, får tilbud om annen sykehjemsplass eller annen bistand mens de venter. I stedet for å ta imot den tilbudte plassen, velger gjerne disse søkerne å ta imot en korttidsplass eller midlertidig langtidsplass på et annet sykehjem, eller de bor hjemme. For å få sitt førstevalg må de regne med å vente i 2–3 uker. Man er med andre ord godt ivaretatt mens man venter.

3 Bydelenes praksis for tildeling av sykehjemsplasser

I det følgende beskriver vi først hovedtrekkene ved bydelenes praksis. Deretter trekker vi fram eksempler på ulik praksis og situasjoner der det oppstår dilemmaer. Med dette ønsker vi å gi et grunnlag for å diskutere muligheter, forutsetninger og begrensninger ved en ambisjon om å standardisere eller komme fram til likebehandlingsprinsipper i bestillerenhetenes saksbehandling for sykehjemsplass. Vi har valgt å strukturere denne gjennomgangen på følgende måte:

1. Innledende fase av saksbehandling for sykehjemsplass: søknadskrav og søknadsregistrering
2. Sak åpnes: funksjons- og behovsvurdering, arbeid med og analyse av dokumentasjon
3. Vedtaksfase: innvilgelse, avslag og alternative tilbud
4. Samarbeid med andre aktører i saksbehandlingen
5. Trekk ved bydelene: forskjellige utfordringer krever forskjellige arbeidsmåter?
6. Rapporten redegjør ikke for klage- og ankebehandling.

Figur 3.1 Fasene i saksbehandlingen



3.1 Omsorgstrappen

Langtidsplass på sykehjem er kun ett av flere tjenestetilbud for kommunens eldre. Tjenestene er utformet etter en trappemodell, i den såkalte omsorgstrappen, og rettet inn mot ulike hjelpebehov. Den starter med tjenester til hjemmeboende med et lavt behov for bistand, og ender med tjenestetilbud 24 timer i døgnet i tilrettelagt bolig eller på institusjon. Bydel Østensjø har laget en brosjyre som beskriver bydelens omsorgstrapp. Omsorgstrappen i denne bydelen har fem trinn. (Se vedlegg 4.) Her er gjengitt et utdrag.

1. Trinn 1 på stigen er tjenester til hjemmeboende som ikke krever søknad til bydelen. Dette kan være frivillighetssentraler, fastleger, eldretreff, fysikalske institutter mv.
2. Trinn 2 på stigen er tjenester til hjemmeboende, som for eksempel tilrettelagte boliger, transporttjenester og trygghetsalarm.
3. Trinn 3 på stigen kan være tilbud om dagsenter, dagrehabilitering, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, ergo- og fysioterapi, innsatsteam/spesialsykepleier for alvorlig syke.
4. Trinn 4 tilbyr heldøgntjenester for hjemmeboende. Dette kan være i omsorgsbolig med tjenester eller som korttidsopphold på sykehjem, i korttidsleiligheter eller annen korttidsenhet i samarbeid med sykehus. Noen bydeler har bokollektiv for demente på heldøgnsbasis. Omsorg + kan også utvides ved å gi mer døgnbasert tjeneste.
5. Trinn 5 er langtidsopphold i institusjon. Dette er langtidsopphold i aldershjem og sykehjem eller i bokollektiv for personer med demens.

Denne listen er ikke fullstendig. Den kan kompletteres med flere tilbud på hvert trinn. De fleste eldre vil ha behov for tjenester på et av de første trinnene i omsorgstrappen. Omsorgstrappen kan også ses i lys av LEON-prinsippet.¹³ For saksbehandlerne i bestillerenhetene betyr det at man vurderer om tilbud på et lavere tjenestenivå kan ivareta søkerens behov for pleie- og omsorgstjenester. Ofte er dette tilfellet når det søkes om sykehjemsplass. 81 prosent av informantene i spørreundersøkelsen er helt enig i en påstand om at de alltid vurderer tjenester på et lavere omsorgsnivå før de eventuelt tildeler sykehjemsplass. De resterende 19 prosent er ganske enig i at de alltid foretar slike vurderinger (vedleggstabell 1.9).

Mange søker sykehjemsplass fordi de ikke kjenner til tjenestetilbudet i omsorgstrappen. Enkelte bydeler har bygd ut flere tilbud med omfattende tjenester på trinn fire. For mange sykehjemssøkere vil disse være et bedre tilbud enn sykehjemsplassen de har søkt på. De fleste bydelene har fortsatt et stykke igjen før de har bygd ut nivået mellom omsorgsbolig og sykehjem tilstrekkelig.

”Vi har utviklet en god omsorgstrapp og er veldig fornøyd med det samlede tilbudet til eldre i bydelen vår. Aller mest stolt er jeg av omsorgsboligene med tjenester og pleie. I dag har vi 60 plasser, men vi planlegger å øke til 70. Dette utsetter behovet for sykehjemsopphold. Vi har nettopp laget nye brosjyrer. Det er et enormt behov for

¹³ LEON er en forkortelse som viser til prinsippet om laveste, effektive omsorgsnivå.

informasjon til brukere og pårørende; både om dette tilbudet og om at sykehjemsplass som oftest ikke er det beste.”

”Hver innbygger i bydelen vår skal få et tilbud som passer dem best. Ofte er ikke sykehjemsplass bra i det hele tatt.”

”Omsorgsboliger med tjenester er blitt en suksess, og det har tatt bra av det siste året. Vi omgjør trygdeboliger, etablerer spisegruppe og gir tilsyn. Vi må fokusere videre på det som kommer før sykehjemsplassen. Kan vi få mer kvalitet her, så kan de eldre slippe å komme på sykehjem før de virkelig må.”

”De fleste brukere ønsker å bo hjemme lengst mulig. Flere brukere kunne klart ha bodd hjemme lenger hvis de fikk mer støtte, eventuelt i kombinasjon med rullerende korttidsopphold.”

”Vi bruker selvsagt omsorgstrappa og gir ikke sykehjemsplass før tilbud på lavere nivå er prøvd ut. Vi har mange korttidsplasser (relativt sett flere enn de andre bydelene) og bruker mye rullerende korttidsopphold. Vi skulle gjerne hatt enda flere korttidsplasser, men det får vi ikke.

”Ofte er sykehjem et for høyt tjenestenivå, mens (vanlig) omsorgsbolig er for lavt. Vi trenger noe midt imellom.”

I spørreundersøkelsen ble informantene bedt om å vurdere befolkningens og legenes kjennskap til det totale tjenestetilbudet. Den er, hvis vi skal tro våre informanter, ikke særlig høy (tabell 3.1). Samtidig ser vi at det er tro på at mer informasjon om alternative tjenestetilbud og omsorgstrappen vil kunne redusere pågangen på sykehjemsplasser. Dette kommer også fram i en rekke sitater utover i rapporten.

Tabell 3.1 Synspunkter på om befolkningen, fastlegene og sykehuslegene er godt nok informert om tjenestetilbudene i omsorgstrappen.

	Helt enig	Ganske enig	Verken eller	Ganske uenig	Helt uenig	Ikke sikker	Sum	N
Befolkningen i vår bydel er jevnt over godt informert om bydelens ulike tjenestetilbud i omsorgstrappen	5 %	35 %	31 %	19 %	4 %	5 %	100 %	74
Fastlegene er jevnt over godt informert om bydelens ulike tjenestetilbud i omsorgstrappen		41 %	16 %	26 %	12 %	5 %	100 %	74
Sykehuslegene er jevnt over godt informert om bydelens ulike tjenestetilbud i omsorgstrappen		8 %	16 %	42 %	27 %	7 %	100 %	74
Mer informasjon til befolkningen om andre tilbud i omsorgstrappen vil kunne redusere pågangen på sykehjemsplass	28 %	47 %	14 %	7 %	1 %	3 %	100 %	74

3.2 Innledende fase av saksbehandlingen

Den største feilkilden i Oslo kommunes statistikk ligger i uklarheter om hvorvidt en henvendelse skal regnes som en sykehjemssøknad eller ikke. Både saksbehandlingstid, avslagsprosent og antall søknader bestemmes av hvordan bydelene definerer en henvendelse om sykehjemsplass. Det er derfor viktig å avklare rutinene for når en søknad foreligger.

Søknadsskjema

De fleste bydeler benytter et standard søknadsskjema som sendes til potensielle søkere etter henvendelse fra søker, hjemmetjeneste eller andre. Disse skjemaene er også ofte tilgjengelige på sykehjemmenes korttidsavdelinger. Oslo kommune har i prosjektperioden nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide et forslag til nytt søknadsskjema for alle bydelene. Det foreligger også et elektronisk søknadsskjema. Her kan søker krysse av for en rekke tjenester.¹⁴ Dette fører til at en del søknader inneholder forespørsel om mange tjenester der sykehjemsplass bare er en av flere, fordi søker krysser av på flere tjenester samtidig. På den måten får bestillerkontoret søknader om sykehjemsplass som egentlig kan være søknad om noe annet. Skal bestillerkontoret da registrere dette som søknad og deretter gi avslag? Eller skal saksbehandleren legge søknaden til side, kontakte søkeren og gi søkeren veiledning i å søke riktig? Det første alternativet er mest omstendelig og genererer en høyere avslagsprosent. Det siste er ofte mest praktisk og reduserer antall saker som gis full saksbehandling.

Ut over dette kommer noen søknader om sykehjemsplass via henvisninger fra fastlegen. Mange søkere tror at det er fastlegen som bestemmer dette, og henvender seg derfor til legen først. Andre ganger ringer søker eller pårørende til bestillerkontoret for å få informasjon og veiledning om forhold knyttet til sykehjemstilbudet. Det hender også at de nærmeste bestiller sykehjemsplass over telefon. Hva gjør bydelene og saksbehandlerne i de ulike tilfellene?

Bestillerkontorene følger også opp saker på anmodning fra hjemmetjenestene og fra sykehusene.

Når blir en henvendelse registrert som søknad?

Bydelene har ulik praksis for hvordan muntlige henvendelser skal inngå som start på en søknadsprosess og dermed for hva som registreres som startdato for en søknad.

¹⁴ I det elektroniske søknadsskjemaet har søker følgende avkrysningsmuligheter: avlastning, aldershjem, dagsenter, ergoterapi, fysioterapi, hjemmehjelp/praktisk bistand, hjemmesykepleie, korttidsopphold, matombringning, omsorgsbolig, omsorgslønn, psykiatrisk sykepleie, rehabilitering, servicebolig/servicehjem, støttekontakt, sykehjem, trygdebolig, trygghetsalarm.

Henvendelser registreres i GERICA¹⁵, og bestillerenhetene sjekker ut opplysninger og etterspør det man eventuelt mangler. De fleste saksbehandlere følger opp med hjemmebesøk (vurderingsbesøk), gjerne sammen med pårørende. Vurderingsbesøk kan også skje på korttidsavdelinger og sykehus. Om man tidsmessig ikke får til avtaler innen krav til forvaltningsmessig svarfrist, sendes en forvaltningsmelding om at søknad er mottatt eller med henvisning til samtale.¹⁶ Saken legges til bestillerkontorets teamleder for området. Saken blir ofte tatt opp på morgenmøter der den går igjennom, og det vurderes om bydelen har tilstrekkelige opplysninger om søkeren. Er vedkommende allerede på korttidsopphold, tas dette opp på faste (gjerning ukentlige) møter med sykehjemmet.

De fleste saksbehandlere oppfatter ikke at enhver henvendelse er å forstå som starten på en søknad. En av saksbehandlerne forklarte dette slik:

”Alle henvendelser registreres som saker i saksmappen. I utgangspunktet er alle søknadshenvendelser å regne som søknader dersom man har bekreftelse fra bruker selv. Men vi vet jo ofte ikke med én gang om vi står overfor en reell søknad eller hva slags søknad dette skal bli.”

En streng og formell fortolkning tilsier at man skal avvente en skriftlig og riktig signert søknad før denne registreres som søknad:

”En henvendelse registreres kun som søknad dersom den er riktig signert. Søknad fra pårørende eller andre uten at de har samtykkekompetanse¹⁷ regnes ikke.”

I tråd med en slik oppfatning, vil ikke enhver henvendelse registreres, slik vi ble forklart:

¹⁵ GERICA er et elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal pleie- og omsorg. Det brukes av Oslo kommune og en rekke andre kommuner.

¹⁶ I Oslo bystyes instruks om svarfrister av 27.02.2002 heter det at alle ”skriftlige henvendelser fra publikum skal gis et foreløpig svar innen to uker etter at henvendelsen er mottatt dersom man ikke kan gi et endelig svar innen en måned. Kurante henvendelser skal allikevel gis et foreløpig svar innen to uker dersom man ikke kan gi et endelig svar innen to uker.”

I forvaltningsloven § 11a står det at ”forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og såvidt mulig angis når svar kan ventes. (...) I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.”

¹⁷ Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke (lov om pasientrettigheter kapittel 4). Den enkeltes samtykkekompetanse kan falle bort, for eksempel ved demens. Dette avgjøres av helsepersonell og legges fram for eventuelle pårørende. Hjelpeapparatet definerer behovet for hjelp, tildeler hjelp og gir hjelpen. Dersom pårørende har fått samtykkekompetanse, gir det dem ingen rettigheter til å kreve bestemte tjenester. I det store og hele har de heller ikke avgjørende innflytelse på om tjenester skal tilstås/avslås. Pårørende som har fått samtykkekompetanse, kan imidlertid rettmessig søke om sykehjemsplass for brukeren. Hjelpeapparatet skal samtidig så langt som mulig forsikre seg om at en slik søknad virkelig er etter brukerens ønske

”Telefonhenvendelser gjelder ikke. Heller ikke melding fra lege om at søknad vil komme, registreres som søknad. Kun skriftlige søknader med riktig underskrift, og vi venter til vi har fått den.”

Dersom alle henvendelser blir registrert som søknader, får man en rekke søknader som ikke er reelle. Er disse først registrert som søknader, må de opp i vedtaksmøte og få avslag. Dette fører både til arbeid som oppfattes å være unødig, et kunstig høyt antall søknader og en like kunstig høy avslagsprosent. Dette kan både være unødig ressursbruk og bidra til et svekket omdømme.

”Dette er noe av problemet, når vi får en henvendelse på telefon så tar vi kontakt med bruker og avtaler hjemmebesøk. Noen ganger kan det registreres som bekymringsmelding. Telefon blir dokumentert som henvendelse, men ikke som søknad før vi enten har mottatt søknad, eller at vi har vært på hjemmebesøk. Hjemmebesøk i løpet av maks to uker. Er det krise så har vi innsatsteam som kan rykke ut på kortere tid. Vi drar til de vi ikke kjenner også for å vurdere behov for korttidsplass. Dette blir en del av saksbehandlingstida. Vi kunne gjort alt dette uten å registrere henvendelsen som søknad. Jeg vet mange lar være (...) Men vi gjør det ikke.”

I spørreundersøkelsen listet vi opp ulike henvendelser om sykehjemsplass og spurte ledere og saksbehandlere om disse ville bli regnet som søknad eller ikke. Det er stor enighet om at bekymringsmelding fra hjemmesykepleien, telefonhenvendelse fra datter og beskjed fra sykehuslege ikke er å regne som søknad (tabell 3.2). Det er også enighet om at skriftlig søknad fra søker uten legeopplysninger og søknad fra søknadsbemyndiget sønn er å regne som søknader. To tredeler vil regne elektronisk søknad med mange avkryssninger som søknad, mens en tredel vil regne en skriftlig anmodning fra fastlegen som søknad.

Tabell 3.2 Hvilke av de følgende henvendelsene vil du registrere som søknad?

	Ja	Nei	Sum	N
Skriftlig søknad fra søker uten legeopplysninger	95,9	4,1	100,0	74
Skriftlig søknad fra sønn m/vedlagt erklæring fra fastlege om at far ikke er samtykkekompetent	93,2	6,8	100,0	74
Elektronisk utfylt skjema der søker har krysset av i rubrikker for 4 ulike tjenester der langtidsplass på sykehjem er en av dem	64,9	35,1	100,0	74
Skriftlig anmodning fra fastlegen	31,1	68,9	100,0	74
Beskjed fra utskrivende sykehuslege	5,4	94,6	100,0	74
Telefonhenvendelse fra datter som sier mor trenger absolutt sykehjemsplass	5,4	94,6	100,0	74
Bekymringsmelding fra hjemmesykepleien	2,7	97,3	100,0	74

Vi spurte deretter om hvordan saksbehandlingen ville blitt videreført. Da vi presenterte svarfordelingen på sluttsamlingen den 19. mai, ble det avdekket et metodeproblem som viser hvor vanskelig det er å kvantifisere saksbehandlingsadferd. Diskusjonen kom på spørsmålet om oppfølging av telefonhenvendelse fra datter. Her hadde ca en tredel svart at de ville dra ut på hjemmebesøk så fort som mulig, en tredel ville gjøre det etter noen uker, mens resten ville vente til en formell søknad forelå (tabell 3.3). Spørsmålet hadde ingen opplysninger om alvorret i henvendelsen. Det betyr at en saksbehandler som i ett tilfelle ville gå kjapt ut på hjemmebesøk, i et annet tilfelle ville vært mer avventende. Slik sett avspeiler den jevne svarfordelingen på spørsmålet at her kan en like gjerne falle ned på alle tre svaralternativer. Når det er sagt, viser svarfordelingen at saksbehandlerne på generelt grunnlag oppfatter bekymringsmeldinger fra hjemmesykepleien som så alvorlig at de vil dra på vurderingsbesøk så fort som mulig. Anmodning fra fastlegen (uten egen henvendelse fra bruker) tillegges mindre vekt.

Tabell 3.3 Hvordan følges henvendelsen opp?

	Drar på vurderingsbesøk så fort som mulig (innen 1 uke)	Drar på vurderingsbesøk innen 2-3 uker	Venter med vurderingsbesøk til skriftlig søknad er mottatt	Ikke svart	Sum	N
Bekymringsmelding fra hjemmesykepleien	66,2	14,9	12,2	6,8	100,0	74
Skriftlig søknad fra sønn m/vedlagt erklæring fra fastlege om at far ikke er samtykkekompetent	45,9	47,3	2,7	4,1	100,0	74
Telefonhenvendelse fra datter som sier mor trenger absolutt sykehjemsplass	36,5	31,1	27,0	5,4	100,0	74
Elektronisk utfylt skjema der søker har krysset av i rubrikker for 4 ulike tjenester der langtids plass på sykehjem er en av dem	18,9	66,2	9,5	5,4	100,0	74
Skriftlig søknad fra søker uten legeopplysninger	16,2	66,2	12,2	5,4	100,0	74
Skriftlig anmodning fra fastlegen	13,5	51,4	28,4	6,8	100,0	74

Dialogen med en potensiell søker

I saksbehandlingen og dialogen med søker er det behov for å være både formell og uformell, likedan både skriftlig og muntlig. Noen av bestillerkontorene er utpreget formelle, mens andre er mer uformelle i sin dialog med søkeren.

I denne rapporten tar vi primært til orde for økt formalisering av saksbehandlingen. Dette gjelder særlig i vanskelige saker hvor det er tvil eller uenighet om utfallet, og i saker der søker endrer tjenesteønske. Det siste er vanligvis saker der søker frafaller søknad om sykehjemsplass til fordel for andre tjenester. Både fra Kommunerevisjonen og Fylkeslegen har det vært lagt stor vekt på behovet for økt skriftlighet. Dette har også hatt en stor plass i de samlingene vi har hatt i prosjektet.

Men en tettere muntlig dialog er også viktig for utfallet av en sak. Det vil derfor være en styrke for saksbehandlingen om de mest formelle bestillerkontorene samtidig er mer uformelle og muntlige. *Både* skriftlig og muntlig informasjon og dialog er viktig; det ene bør ikke erstatte det andre. Bruken av muntlige og uformelle versus skriftlige og formelle kommunikasjonsformer gir ulike saksforløp, blant annet med hensyn til:

- Etterprøvbarhet, klageadgang, rettssikkerhet
- Oppfølgingen, neste ledd i saksbehandlingen
- Total saksbehandlingstid
- Konfliktnivå
- Avslagsprosent

Stort informasjonsbehov

Dersom det er uklarhet og uenighet mellom saksbehandler og søker/pårørende i en sak, bør skriftlig kommunikasjon suppleres med muntlig dialog. God muntlig dialog bidrar til større grad av felles forståelse for søkerens tjenestebehov. Der skriftlig kommunikasjon lett kan gjøre en fastlåst sak verre, kan en samtale gjøre det motsatte. Dette gjelder i forholdet både til søker, pårørende og advokater. For øvrig er ikke all skriftlig informasjon like lett å forstå, verken for den eldre søkeren eller pårørende.

Saksbehandlere har tett dialog med bruker i overgangsfasene fra ett tjenestenivå til et annet. En del av denne dialogen går ut på å unngå søknader de vet sikkert at søker vil få avslag på. Dette kan også være situasjoner der søker ikke kjenner til kommunens andre tjenestetilbud eller ikke har forstått at dagens sykehjemstilbud er noe helt annet enn et aldershjem. Saksbehandlerne ser raskt om en henvendelse er en ”realistisk” søknad eller ikke. Dersom søknaden virker realistisk, får den som har henvendt seg til bydelen hjelp til å komme videre i søknadsprosessen. Hvis søknaden derimot ikke virker realistisk, informerer saksbehandleren om dette og om andre aktuelle tilbud. Det gis også veiledning til søkeren. Her følger noen typiske utsagn fra saksbehandlerne:

”Vi er mye ute, vi ser, vi vurderer, vi formidler. Vi spør alltid søker om hva andre har sagt om deres muligheter. Hva har politikerne sagt? Hva har pårørende, lege, sykehus osv sagt?”

”De fleste søknader kommer først etter at vi har hatt veiledning og rådgitt dem på utfylling.”

”Man kan komme fram til mye på telefon før en søknad kommer. Ofte finner søker ut at andre tilbud passer bedre enn sykehjemsplass.”

”Dersom vi vurderer vedtak om langtidsplass som lite sannsynlig, eller vi tror søker må stå på venteliste, så forteller vi dette. Men vi sier også at de har rett til å søke. Vi informerer om andre tilbud.”

“Informasjon reduserer antall søknader som ellers ville ha blitt avslått.”

”Tidligere var det også vanlig at pårørende ville ha mor på sykehjem, mens hun selv helst ville være hjemme. Men nå begynner informasjonen om alternative tilbud å nå ut, slik at pårørende er blitt mer realistiske, og venter med sykehjemssøknaden.”

Skillet mellom å håndheve informasjonsplikten overfor brukere i bydelene på den ene siden, og samtidig unngå at dette blir uheldig påvirkning på den andre siden, ser for en utenforstående ut til å være hårfin. Fristelsen til å overtale den potensielle søkeren til å legge ønsket om plass til side, må være stor i de tilfellene der en søknad enten ikke er realistisk eller når andre løsninger synes opplagt bedre. Da vi konfronterte noen av bestillergruppene med at det kanskje ble tatt i bruk overtalelseskunster, ble det på det sterkeste avvist:

”Mange søker på galt grunnlag. De søker kanskje sykehjemsplass fordi det er det eneste de kjenner til. Da kan vi spørre: ’Ønsker du å føre fram søknaden din?’ ”

”Vi overtaler ikke den gamle! Vi informerer.”

”Mange trekker søknaden når det går opp for dem hvordan det faktisk er på et sykehjem. Det er ikke et sted for bowling, for å si det sånn.”

Både fra bestillere og utførere fortelles det mange historier om press fra pårørende om å få den gamle på sykehjem, også der søkeren selv egentlig ikke har det samme ønsket om å komme på sykehjem. Dette påvirker ikke utfallet av en saksbehandling, men det påvirker ofte dialogen mellom søker/pårørende og saksbehandler. Saksbehandlerne opplever oftere enn tidligere sterke pårørende med store krav og forventninger til å få det de søker om. Ifølge saksbehandlerne er ikke dette lenger et ”Oslo vest”-fenomen, men noe som er i ferd med å bre seg i alle bydeler. Dette stiller økte krav til saksbehandlernes forvaltningskompetanse. Men det stiller også store krav til deres uformelle kommunikasjonsferdigheter.

”Vi vet på forhånd hvem som vil klage dersom vi gir avlag, og det er uavhengig av relevans. Det siste året er vi blitt flinkere til å gå i muntlig dialog og. Vi er også blitt litt rundere i formen. Det gir økt trygghet.”

”Det skjer ofte at pårørende vil ha et høyere omsorgsnivå enn det vi vurderer som riktig. Dette har vi gode rutiner på å håndtere.”

”Pårørende som bor i nærheten er positive og trygge og flinke til å støtte opp om tilbud i hjemmet. Pårørende som bor lenger unna presser på for å få den trygge sykehjemsplassen.”

Vurderingsbesøk

På et eller annet tidspunkt i søkeprosessen er saksbehandler på hjemmebesøk. Dette gjelder alle bydeler. Forskjellen ligger mer i hvor tidlig i prosessen dette gjøres. Noen bydeler går nødig på hjemmebesøk før formell søknad foreligger, andre er raskt ute, som beskrevet over.

Mange saksbehandlere foretar vurderingsbesøk hos søker relativt tidlig i prosessen, og informerer om andre tilbud, lover, regler og rettigheter. Vurderingsbesøk skjer før, så vel som etter at en formell søknad foreligger. Noen ganger drar saksbehandler på hjemmebesøk alene, noen ganger med en kollega eller med innsatsteamet. Vanligvis forteller bruker eller pårørende selv om grunnlaget for søknaden. Saksbehandler informerer om fritt sykehjemsvalg og omsorgstrappen. Det gis også veiledning til utfylling av søknadsskjema dersom dette ikke allerede er gjort.

”Vi har en prosedyre på å ta kontakt seinest innen to uker. Ved vurderingsbesøk kartlegges behov, det informeres om ulike tilbud, er det langtids søknader, så får de brosjyre samt muntlig informasjon om fritt sykehusvalg.”

”Vi har sjekklister på hvilken info vi skal ha med. Det er også en del prosedyrer for hva som skal ligge ved.”

Selv om man kan vurdere søknader som lite realistiske, opplyser man om muligheter for å søke, og sender eller deler ut søknadsskjema med veiledning. Saksbehandlerne ser i hovedsak ut til å mene at man gjennom tidlig kontakt og veiledning kan få mer treffsikre søknader, og i noen grad unngå søknader som ellers ville fått avslag. Et annet argument for å gå tidlig ut på hjemmebesøk er at riktig behandling tidlig kan forebygge behovet for sykehjemsplass.

I nettverkssamlingene diskuterte deltakerne konkrete case hvor blant annet tidspunktet for vurderingsbesøk var tema. Det var klart flertall for å tilstrebe tidlige vurderingsbesøk.

”Tidlig vurdering gir gevinster. Vurdering av hvor stor hastesak det er snakk om, avgjør i stor grad når man skal dra på besøk.” Nettverkssamling 2 A)

Vi har sammenliknet bydeler som er tidlig ute med vurderingsbesøk med de som er mer avventende, og sett hvordan de kommer ut på Oslo kommunes statistikk for saksbehandlingstid og avslagsprosent. Her er det som sagt svakheter i kommunestatistikken,

og tallgrunnlaget i prosjektets survey er lavt. Hovedinntrykket er likevel at en praksis med tidlige vurderingsbesøk faller sammen med en gjennomgående lavere samlet saksbehandlingstid og lavere avslagsprosent. Det siste er antakelig et resultat av at tidlig kommunikasjon med potensielle søkere reduserer antall søknader som ville ha fått avslag dersom de var blitt sendt.

Bydelenes bestillerkontor blir tidvis beskyldt for å være byråkratiske saksbehandlere som sitter på sitt kontor og innstiller i saker uten å kjenne søkeren. Fra pressen kommer dette gjerne fram i reportasjer om gamle mennesker som har fått avslag på søknaden om sykehjemsplass. Fra andre rettes det kritikk mot bestillerkontorene fordi de er for lite ute i henvendelsesfasen og at dette fører til unødig lang saksbehandlingstid. Sitatet under er fra en hjemmesykepleier i kommune-Norge som er sitert i Gautun og Hermansen 2011¹⁸:

”Bestillerkontoret gjør ingen vurderingsbesøk hjemme. Jeg skulle ønske det var et tettere samarbeid mellom dem og oss. (...) Det blir for stor avstand mellom de som utfører tjenesten, og bestillerenheten. De hører på oss, men det tar så lang tid. Jeg skulle ønske de kunne gå på hjemmebesøk.”

Vår undersøkelse viser at sitatet over ikke er dekkende for situasjonen i Oslo. Gjennom intervjuer, samtaler, diskusjoner og deltakelse i vedtaksmøter kommer det fram at saksbehandlerne ved bestillerkontorene i Oslo kjenner etablerte brukere godt. Ca en tredel går ukentlig eller oftere på vurderingsbesøk, en tredel går ca annenhver uke og en tredel går sjeldnere enn én gang i måneden (tabell 3.5). Ledere av bestillerkontor går vanligvis ikke på hjemmebesøk. Med utgangspunkt i disse tallene kan vi anslå at bydelens bestillere er på hjemmebesøk ca 2500 ganger per år. Dette er et høyt tall tatt i betraktning at turnover på sykehjemsplasser ligger på ca 1600 per år og at ca 80 prosent av alle søkere til sykehjemsplass er kjent i bydelssystemet fra før (tabell 3.6).

¹⁸ H. Gautun og Å. Hermansen (2011) Eldreomsorg under press. Oslo: Fafo

Tabell 3.5 Hvor ofte går ledere og saksbehandlere fra bestillerenheten på hjemmebesøk i forbindelse med en mulig eller faktisk sykehjemssøknad?

	1 gang i uka eller mer	1-3 ganger i mnd	Sjeldnere enn en gang i mnd	Aldri	Sum	N
Saksbehandlere og teamledere	29,8	35,1	35,1	0,0	100,0	57
Leder av bestillerkontoret	0,0	0,0	25,0	75,0	100,0	12
Antall	17	20	20	0	57	69

Søkere til sykehjemsplasser har andre tjenester

I vurderinger av saksbehandlingen om sykehjemsplass er det viktig å vite i hvilken situasjon søkeren befinner seg. Det er stor forskjell på en søker som sitter alene i sin leilighet ute av stand til å ta vare på seg selv, og en søker som har tilsyn flere ganger i døgnet av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Kan hende søkeren befinner seg på korttids plass på et sykehjem. I det første tilfellet kan behovet for sykehjemsplass være akutt, med krav om hurtig reaksjon fra bydelen. I de andre tilfellene er søkeren godt ivaretatt. Vi har derfor forsøkt å få et bilde av hvilken situasjon som er den vanlige.

I spørreundersøkelsen ble derfor ledere og ansatte ved bestillerkontorene bedt om å gi et anslag over andelen søkere som allerede hadde tjenester i bydelen, som kom fra sykehus eller som søkte hjemmefra uten tidligere tjenesteerfaring. Svarene er gjengitt i tabell 3.6.

Tabell 3.6 Prosentvis anslag over søkernes tilknytning til bydelen. Gjennomsnitt av informantenes anslag. N=74.

Søkere som bor hjemme, ikke tjenester fra bydelen	8,5
Søkere fra sykehus, ikke tjenester fra bydelen	12,9
Søkere som allerede har andre tjenester fra bydelen	78,5
Sum	100,0

Tabellen viser at de aller fleste søkere er kjent av bestillerkontorene og bydelene fra før. De har gjerne ulike tilbud på lavere omsorgsnivå før de søker om fast sykehjemsplass. Dette gjelder ca 80 prosent av søkerne. De som ikke går gradene i omsorgstrappen, er vanligvis demente som har vært hjemme med støtte fra pårørende og som i det lengste har ønsket å klare seg selv. Når de så søker, for eksempel når ektefelle faller fra, er det gjerne på overtid. Enkelte slagpasienter har også en kort forhistorie som pleiemottakere. Søkere fra andre kommuner som søker direkte om langtids plass uten å gå omsorgstrappen i Oslo, forekommer også. Under 10 prosent av søkerne står ifølge bestillerkontorene uten andre tjenester i søknadsøyeblikket. De aller fleste søkere er med andre ord ivaretatt og kjent av bydelen uansett hvor i prosessen deres sak befinner seg. Dette gjelder også dersom man får avslag på søknaden om langtids plass på sykehjem. Da får man andre tjenester etter behov.

”De fleste søkere er godt kjente brukere av pleie- og omsorgstjenester på et lavere nivå i omsorgstrappa. Vi kjenner de fleste over flere år. Det er sjelden at det kommer søknader fra helt fremmede.”

”Dette gjelder alle bydelene. Men noen bydeler har flere demente enn andre som har vært hjemme ’i skjul’ på overtid, uten at hjemmetjenesten/bestiller har vært klar over situasjonen før den plutselig dukker opp.”

Det er med andre ord ikke slik at søkere av sykehjemsplass kommer fra intet og sitter hjemme med et akutt behov for slik plass uten at bydelene er klar over det. De aller fleste søkere er godt ivaretatt gjennom ulike andre tjenester fra kommunen.

Mer og tidligere skriftlighet

Jo mer formell saksbehandlingen er, jo flere saker bringes inn til vedtaksmøte. En bydel som registrerer alle henvendelser om sykehjemsplass og bistår brukere/pårørende med å skriftliggjøre søknader, vil få langt flere søknader til behandling enn en bydel som behandler henvendelser muntlig, og som gjennom dialog får mange brukere/pårørende til å la være å søke. Sistnevnte bydel oppnår med sin mindre formelle saksgang at saker som ellers ville blitt ført fram til vedtaksmøtet, ikke kommer til slik vurdering.

Den mer formelle saksbehandlingen, gjerne ledsaget av uformell dialog, sikrer likebehandling og styrker rettssikkerheten, men kan også føre til at søknader som opplagt ikke er realistiske blir behandlet. Dermed vil den formelle saksbehandlingen kunne gi høy avslagsprosent.

Bydeler med en mer uformell saksgang utsetter ofte vedtakstidspunktet lengst mulig. De er også flinke til å få søker til å trekke søknader som ville endt med avslag, uten å registrere dette. Disse gjør det godt på avslagsstatistikken, men har en praksis som blir kritisert av både Kommunerevisjonen¹⁹ og Fylkeslegen²⁰.

Alle prosjektdeltakerne er enige om at økt skriftlighet er viktig, både for saksbehandlingslegitimitet, for gode saksbehandlingsprosesser og for brukerens rettssikkerhet. På fellessamlingene i november var det stor enighet om at alle bydelene må komme fram til felles praksis for hvordan de behandler muntlige henvendelser og for når en henvendelse registreres som søknad om fast sykehjemsplass. Arbeidsgruppen som er oppnevnt for å utvikle nytt søknadsskjema, skal også komme med forslag til rutiner for håndtering av muntlige henvendelser.

¹⁹ I kommunerevisjonens rapport fra 2007: ”Bydelenes behandling av søknad om fast plass i sykehjem” s 24, under pkt 4.2 Konklusjon og anbefalinger, ”anbefales bydelene å gjennomgå behovet for å utarbeide og implementere skriftlige rutiner for håndtering av muntlige henvendelser, slik at dokumentering og oppfølging av henvendelser sikres.” http://www.sak.oslo.kommune.no/dok/Vedlegg%5C2009_12%5C924273_1_1.PDF

²⁰ Helsetilsynet i Oslo og Akershus, mars 2011: Terskelundersøkelsen 2010.

Vi har vist resonnementene knyttet til ”opplagte avslagssaker” og vegring mot å trekke dem inn som søknader. Argumentet for å behandle disse uformelt har vært at alle henvendelser som registreres som søknader må behandles i vedtaksmøtet, og at dette ofte er uhensiktsmessig og gal bruk av ressurser. Samtidig har vi sett at dialogen med søker er ganske tett. Dette burde tilsi at de fleste opplagte avslagssaker uansett vil bli trukket av søker. Disse ”opplagte avslagssakene” kan håndteres på flere måter. Den uformelle måten er å plukke saken ut av bunken. Den formelle måten er å registrere i GERICA at saken er avsluttet fordi søker har trukket den, og kommunisere dette skriftlig med søkeren. I samtaler er det lett å få inntrykk av at den uformelle måten er ganske vanlig. Kommunens statistikker trekker også i samme retning. Følgende sitat beskriver en typisk situasjon der søknaden trekkes. Men mange av denne saksbehandlerens kolleger ville nok valgt en annen måte for å formalisere at søknaden trekkes. Det påfølgende sitatet vil sannsynligvis de fleste stille seg bak. De må likevel finne en formell måte å ”lukke” sakene på.

”Noen søknader trekkes av søker. Det skyldes vanligvis enten at søker ikke har skjønnet hva han har søkt om eller at han har takket ja til et annet tilbud. Det er vanlig at søker trekker søknad om sykehjemsplass hvis de er fornøyd med et annet tilbud. Da behandles søknaden IKKE i inntaksteamet. Dette gir oss færre avslag.”

”Det er bare tull å saksbehandle søknader som ikke er i nærheten av å skulle kunne bli innvilget.”

I spørreundersøkelsen ble informantene bedt om å ta stilling til saksbehandlingen av en søker som trekker søknaden om langtidsplass for heller å få mer hjemmesykepleie. De aller fleste registrerer først saken som søknad om langtidsplass og sørger samtidig for at søkeren får utvidet hjemmesykepleie. 18 prosent oppgir at de ville ha lagt saken fram for vedtaksmøtet slik at den ble lukket med avslag (tabell 3.7). 12 prosent ville ha fjernet sykehjemssøknaden. Hele 64 prosent har svart ”annet” og forklart hva de ville gjort med den trukne langtidsøknaden i et tekstfelt. Så godt som alle disse skriver at de først ville ha registrert den som søknad om langtidsplass (i GERICA). Deretter avslutter de saken med begrunnelsen at søker har trukket den. Noen ville ha sendt skriftlig brev til bruker om at søknaden var trukket. Andre ville bedt søker om å skriftliggjøre dette selv. Atter andre nevner ikke noe om skriftlig kommunikasjon med bruker i svaret.

Tabell 3.7 Du får skriftlig søknad om langtidsplass og drar på vurderingsbesøk 10 dager senere. Her blir du og søker enige om at han heller skal få mer hjemmesykepleie. Søker trekker derfor søknaden sin muntlig under møtet. Hva gjør du? N=74.

Lar være å registrere dette som en søknad om langtidsplass siden søker får utvidet hjemmesykepleie	4 %
Registrerer dette først som søknad om langtidsplass, men fjerner den siden søker i stedet får utvidet hjemmesykepleie	12 %
Registrerer dette først som søknad om langtidsplass med påfølgende avslag. Sørger deretter/parallelt for at søker får utvidet hjemmesykepleie	18 %
Annet (Spesifisert i tekstsvar: Registrere som langtidssøknad. Deretter: Søknad trukket	64 %
Ikke sikker	1 %
Ikke svart	1 %
Sum	100 %

4 Saksbehandling: funksjons- og behovsvurdering,

Nå er vi kommet til den fasen da en søknad er en søknad. Henvendelser som ikke ble til noen søknad, og søknader som er trukket, er tilbakelagt. I dette kapitlet tar vi for oss saksbehandlingen fram til vedtaksmøtet. I nettverkssamlingene ble følgende temaer knyttet til denne fasen diskutert:

- Tverrfaglig samarbeid
- Bedre saksbehandling og dokumentasjon og økt bruk av IPLOS
- Redusere den faktiske saksbehandlingstiden
- Ukentlig status på ubehandlede saker. Unngå at søknader blir liggende for lenge
- Enklere behandling av opplagte innvilgninger
- Gjennomgå vurderingsrutiner og vanskelige saker

Kvalitetssikring av søknader og brukarmedvirkning

Kvalitetssikring handler i denne sammenheng om at saksbehandlere og bestillerkontorene sikrer at all relevant dokumentasjon innhentes, at søker har fått informasjon og veiledning om hvilke tilbud som finnes, og at søknaden er undertegnet av søker eller pårørende/verge dersom det er gitt fullmakt. Mange bydeler har utviklet egne rutiner for dette, og enkelte har hatt kontakt med Helse- og sosialombudet for innspill til hvordan dette best kan gjøres.

Graden av formalisering og rutiner for saksbehandling ser i denne fasen ut til å variere med hvor omfattende bydelenes arbeid med søknader om sykehjemsplass er. En bydel med stor eldrebefolkning og derav mange søknader, ser ut til å ha behov for et omfattende system for saksbehandling. Enkelte av de mindre bydelene²¹ med relativt få søknader, oppgir at de ikke har så omfattende systemer og prosedyrer for saksbehandlingen. En skal på den ene siden være varsom med for omfattende prosedyrer. Det kan lett føre til overbyråkratisering i enkelte mindre bestillerenheter. På den annen side bør de bydelene som jobber minst systematisk, strukturere arbeidet mer både av hensyn til brukerne og til egen effektivitet.

Innhente relevant dokumentasjon

Saksbehandlerne henter ut dokumentasjon fra GERICA, kontakter fastlegen om nødvendig, og ber om mer dokumentasjon fra hjemmetjenesten når det er aktuelt. Mange søknader kommer fra pasienter som ligger på korttidsplass i sykehjem. For disse vil saksbehandleren gjerne finne oppdaterte opplysninger fra sykehjemmet i GERICA. Alternativt må saksbehandler etterspørre dokumentasjon fra sykehjemmet. Arbeidet med å innhente informasjon fra ulike

²¹ I tabell 2.5 har vi delt inn bydelene etter størrelse, dvs etter antall sykehjemsplasser.

miljøer supplerer egne vurderinger og gir et nødvendig og bredt grunnlag for senere vedtak. Følgende sitater kan belyse noe av dette:

”Vi snakker med bruker og informerer om hva og hvordan dette skal foregå, det hender, avhengig av saken, om vi gjør dette hjemmebesøket sammen med en kollega. Særlig der saken kan være vanskelig så drar vi ofte to sammen.”

“Viktig å få inn så mye informasjon som mulig fra andre, så vi har flere inntrykk, og ved samtykke fra pasient så kan vi innhente opplysninger fra andre som kjenner vedkommende.”

”Vi lar langtidssøknadene løpe selv om vi gir opphold for kartlegging på korttids i to uker. Tror vi ville fått mye bråk og tyn med pårørende dersom vi hadde valgt å gi avslag på langtids, mens pasienten var på korttidsopphold.”

IPLOS

Funksjonsvurdering og bruk av IPLOS

IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) er både et funksjonsvurderingsverktøy og et individbasert register over brukere og søkere av pleie- og omsorgstjenester. Data om hver enkelt bruker sendes inn til SSB. Systemet utfyller KOSTRA og er ment å skulle frembringe mer korrekte data. Datakvaliteten er imidlertid avhengig av at hver enkelt registrering er riktig. Saksbehandlerne må blant annet gjøre riktige vurderinger av bistandsbehovet i henhold til bestemte kriterier. Her gjenstår fortsatt en god del for at dette skal være et godt verktøy (Gabrielsen m.fl. 2009). Det er store variasjoner i bydelenes rapportering av bistandsbehov hos brukere bydelene imellom når en sammenligner tall for de siste tre årene (vedleggstabell 5.1). Ifølge informantene i prosjektet er det også betydelige forskjeller innad i de enkelte avdelingene i bydelene. Dette indikerer at det kan være feil i rapporteringen. Det kan for eksempel være foretatt dobbelttelling eller ulike skjønnsvurderinger av bistandsbehovet. Da IPLOS ble introdusert, var det mange innvendinger mot at en tallfestet funksjonsvurdering ville kunne bli objektiv og riktig²².

Kommunene er pålagt å bruke IPLOS som en del av saksbehandlingen. I tillegg til å være en hjelp til bedre funksjonsvurdering av den enkelte søker, vil systematisk registrering gjennom IPLOS kunne bedre kommunenes og bydelenes planlegging og utvikling av tjenestene. Ikke minst vil riktig bruk av IPLOS kunne være nyttig for å sikre likebehandling og dermed øke rettssikkerheten.

Den 11.11.10 hadde Helsedirektøren en uttalelse under headingen ”Ny pleie- og omsorgsstatistikk – et nyttig redskap for prioriteringer”.²³ Viktigheten av god statistikk fremholdes, og med IPLOS mener Helsedirektøren å ha fått dette. På første fellessamlingen i

²² Se for eksempel innlegg av Lars Grue og Tor Inge Romøren i Aldring og livsløp nr 1 2007.

²³ <http://www.helsedirektoratet.no/iplos/ny-pleie-og-omsorgsstatistikk-et-nyttig-redskap-for-prioriteringer-774084>

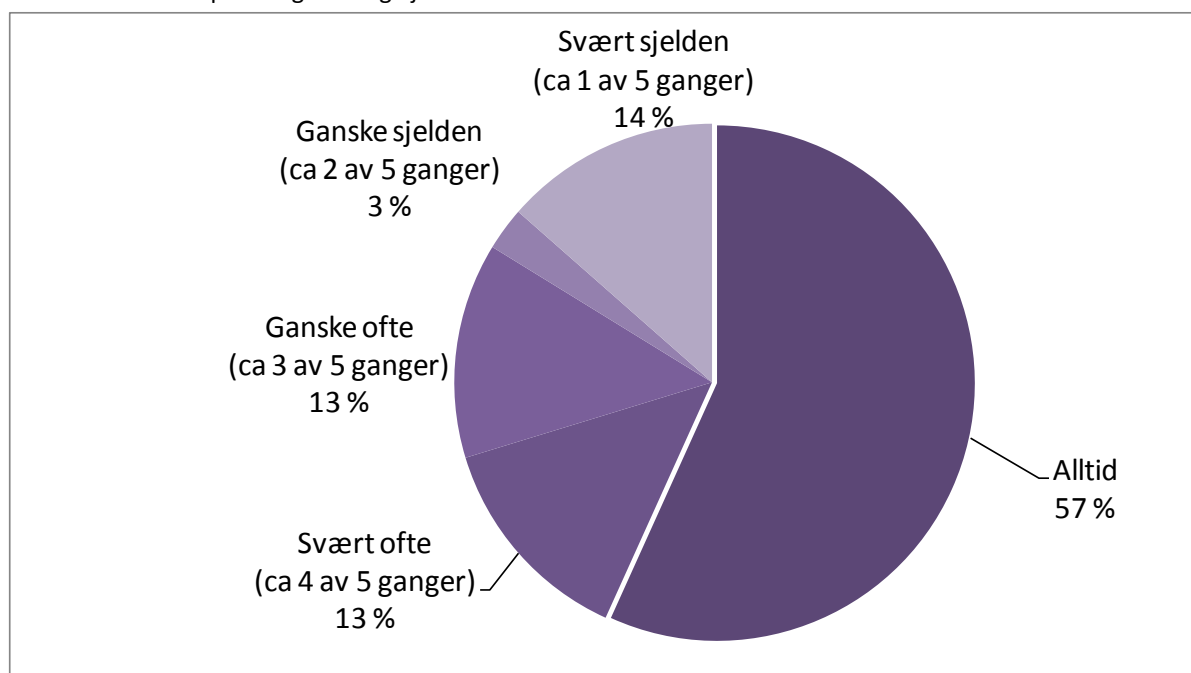
september 2010 kom det fram en del kritikk av IPLOS, og vi fikk inntrykk av at verktøyet ikke ble brukt i den utstrekning det er pålagt. På den avsluttende fellessamlingen ble det også snakket om hvorvidt IPLOS også skulle inngå som en del av kriteriesystemet for tildeling av ressurser til bydelene.

I det følgende vil vi beskrive saksbehandlerne bruk av IPLOS og deres synspunkter på dette verktøyet. Vi spør om det er riktig at ulike saksbehandlere og pleiere vurderer samme bruker ulikt, og vi vil på det grunnlaget advare mot å feste for stor tillit til IPLOS-tallene på nåværende stadium i utviklingen og bruken av verktøyet.²⁴

Hvor ofte brukes IPLOS?

Litt over halvparten av informantene i spørreundersøkelsen oppgir at de bruker IPLOS hver gang de er på vurderingsbesøk (figur 4.1). Om lag en firedel bruker IPLOS ofte. Ofte er her definert som oftere enn ved annet hvert besøk (3 av 5 eller 4 av 5 ganger). 14 prosent oppgir at de bruker IPLOS svært sjelden, det vil si ved ca ett av fem besøk. Ingen av de spurte har svart at de aldri bruker IPLOS.

Figur 4.1 Hvor ofte benyttes IPLOS ved vurderingsbesøk? N=74 saksbehandlere og ledere ved Oslo bestillerkontor for pleie- og omsorgstjenester.



²⁴ IPLOS som elektronisk styringsverktøy er ikke tema i dette prosjektet. Det er derimot hovedtema i denne masteroppgaven: Tormod Hofstad (2009): Som å ta øynene fra oss. Om IPLOS i Trondheim kommune. Handelshøyskolen i København og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Lav nytteverdi for saksbehandlerne i bestillerenheten

Intensjonene bak IPLOS slik de er beskrevet over oppfattes som gode av mange av våre informanter, men de fleste mener at verktøyet ikke innfrir en del av forventningene.²⁵ De fleste saksbehandlerne registrerer brukerens funksjonsscore på de ulike variablene i IPLOS. Noen saksbehandlere bruker IPLOS som huskeliste under funksjonsvurderingen. Andre bruker IPLOS kun som et byråkratisk rapporteringssystem, hvis de har tid. Enkelte oppgir også at de har nytte av å bruke verktøyet.

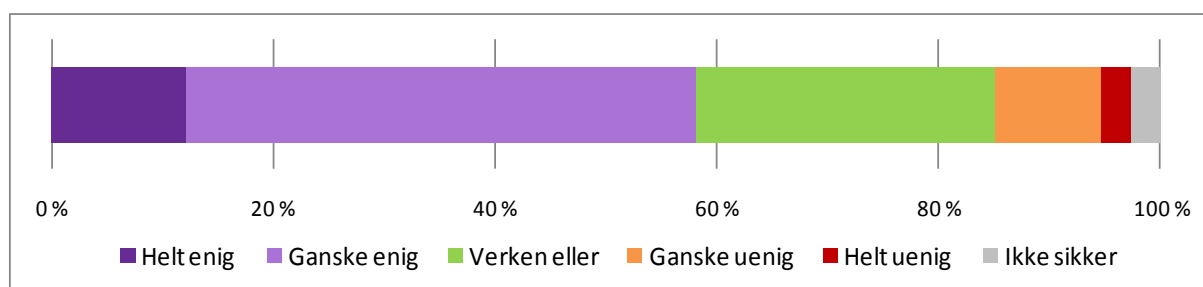
”IPLOS skulle avspeile både hjelpebehov og være et tyngdemål som skulle utløse penger. IPLOS er dårlig. Det tolkes ulikt internt i bestillergruppa og mellom institusjoner og bydeler. Vi kan ikke legge vekt på IPLOS.”

”IPLOS har minimal nytteverdi for oss, men vi forsøker å bruke det av hensyn til rapporteringen.”

”Jeg synes det er interessant å bruke IPLOS ute. Det er en god huskeliste og ikke minst: Det gir et godt grunnlag for god kommunikasjon med pårørende. Kan gi nyttige diskusjoner.”

I spørreundersøkelsen ble informantene bedt om å ta stilling til en påstand om at IPLOS er et nyttig hjelpemiddel ved gjennomføringen av vurderingsbesøk. 12 prosent er helt enig i påstanden, mens 46 prosent er ganske enige (figur 4.2). De andre er enten indifferente eller uenige. Disse tallene er betydelig mer positive enn de uttalelsene som ble brakt til torgs på prosjektsamlingene.

Figur 4.2 IPLOS er et nyttig hjelpemiddel ved gjennomføringen av vurderingsbesøk.



Ulik verdifastsetting

Som en del av saksdokumentasjonen kan det foreligge IPLOS-vurderinger fra andre aktører i tjenestekjeden. Ifølge svarene i spørreundersøkelsen har 65 prosent av tilfellene der søker har hjemmesykepleie eller er på korttidsopphold ved en sykehjemsavdeling, fått IPLOS-

²⁵ Kritikken mot IPLOS som er rettet fra brukerhold om at registreringen er krenkende ble ikke diskutert i prosjektsamlingene. Mye av denne kritikken er sammenfattet i Hofstad 2009.

vurdering fra disse utførerene (vedleggstabell 3). Pasienter som kommer fra sykehus, har vanligvis ikke fått IPLOS-vurdering derfra.

Saksbehandlerne innenfor ett og samme bestillerkontor mener de vurderer nokså likt, men medgir at dersom alle saksbehandlerne gikk til samme bruker, så ville det bli en del forskjeller i hvilke verdier som ville blitt gitt.²⁶ I tillegg til denne interne vurderingsforskjellen, oppgir nesten alle at de andre aktørene i tjenestekjeden også vurderer samme pasient ulikt. Her kan forskjellene, spesielt i vurderingen av boevne, være betydelige.

”Alle bruker IPLOS; både på korttidsopphold, hjemmesykepleie, vi på bestiller, fysio-ergo, psykisk helse m.fl. Men vi ser det er stor forskjell.”

”IPLOS blir så forskjellig vurdert at jeg synes IPLOS er litt skummelt tilfeldig.”
(Ekstern informant)

”Vi saksbehandlere tenker forskjellig, selv om det er ganske likt internt her på kontoret. Ved korttidsavdelingene vurderer de alltid annerledes enn oss. De gir alltid dårlig score på hjemmefunksjoner, men hvordan kan de gjøre det når de ikke har sett pasienten hjemme hos seg selv? Her burde jo hjemmetjenesten/hjemmesykepleien vært best. Men det forutsetter at de har et opplegg med primærkontaktfunksjon, kompetanse og kontinuitet hos sine ansatte, noe de ikke alltid har.”

”Jeg kan bruke IPLOS på én måte. Så kommer nestemann og vurderer det samme helt annerledes. Selv to tjenesteytere som kjenner bruker godt, kan gi ulik score.”

”IPLOS brukes av bestiller og ved endring også av hjemmesykepleie, sykehjem/korttidsplasser. Ulike ansatte vurderer samme situasjon ulikt. Dette gjelder også blant ansatte internt i Bestiller.”

”IME²⁷ og hjemmetjenesten er ganske flinke til å bruke IPLOS. Sykehjemets bruk av IPLOS fungerer dårlig.”

”ADL-funksjonen (Aktiviteter i DagligLivet) skal oppdateres hver tredje måned av hjemmetjenesten. Der familien gir hjelp, får bruker ofte for lav score fordi hjemmetjenesten gjør mindre og overvurderer funksjonsnivået.”

Svakheter ved IPLOS

IPLOS består av en lang rekke parametre brukeren skal vurderes etter. Høy score indikerer lavt funksjonsnivå og stort hjelpebehov. Lav score indikerer godt funksjonsnivå. Samtlige vi har snakket med melder at IPLOS er svak når det kommer til vurderingen av kognitive

²⁶ Dette fremgikk også av Gabrielsen m.fl. sin (2009) undersøkelse.

²⁷ IME er en forkortelse for intermediearenhet eller SKE som er forkortelse for spesialisert korttidsenhet. Dette er spesialiserte tjenester der bydelene og sykehusene går sammen om å gi pasientene et behandlingstilbud mellom sykehusopphold og egen bolig.

ferdigheter og funksjoner. Denne svakheten avhjelpes neppe med økt kompetanse hos de som fyller ut skjemaet. Svakhetene med IPLOS ligger både i selve systemet og til dels i mangelfull bruk.

I spørreundersøkelsen spurte vi om informantene tror at ulik IPLOS-vurdering fra ulike miljøer på samme bruker skyldes at bruken av IPLOS ikke er tilstrekkelig standardisert. Vi spurte også om det kunne skyldes at IPLOS ikke er et tilstrekkelig definert verktøy. Henholdsvis 47 og 69 prosent var enige i disse påstandene. De andre var enten indifferente eller uenige (vedleggstabell 1.4). Vi fikk også synspunkter på IPLOS i intervjuer med ledere og saksbehandlere:

”IPLOS er dårligst på det kognitive feltet. Gode vurderinger av demens forutsetter høy kompetanse og god kontekstforståelse.”

”Jeg har vært på IPLOS-kurs i regi av Helse- og velferdsetaten (HEV). Her hadde vi case med fasit. Vi protesterte på fasiten. Fikk delvis medhold av HEV, som var uenig internt i dette tilfellet.”

”IPLOS brukes nok ikke slik det var tenkte å brukes. Verktøyet er ikke godt nok. Det er ikke tilstrekkelig detaljert. Det er et problem at IPLOS ikke viser hvilket hjelpebehov brukeren har. Vi må bruke så mye annet ved siden av IPLOS. I dag utløser ikke IPLOS noe som helst.”

”Demente får ofte lav IPLOS-score, men klarer seg ikke bedre av den grunn. Vi nedtoner derfor betydningen av IPLOS. Systemet bør forbedres på det kognitive området og innføre vekting.”

”IPLOS-skalaen burde vært lengre og noen faktorer burde tillegges mer vekt.”

”Vi kom sent i gang med å bruke IPLOS og bruker fortsatt ikke IPLOS i alle saker. Vi tilstreber å bruke IPLOS ved førstegangsvurdering, men bruker det sjelden på oppdateringer. Det er bare å innrømme at vi ligger på etterskudd her.”

Andre tar IPLOS på alvor

På denne bakgrunnen fremstår IPLOS som et dårlig styringsverktøy og upålitelig som grunnlag for å fatte vedtak om tjenester. Andre vurderinger veier da også tyngre når bydelene foretar en samlet vurdering av tjenestebehovet. Bare 45 prosent av de spurte tillot IPLOS stor/ganske stor vekt under saksbehandlingen i vedtaksmøte (vedleggstabell 6).

”Vi legger ikke det samme i de ulike parametrene. Vi vurderer ulikt. Vi ser på IPLOS i vedtaksmøtet for å se om IPLOS stemmer overens med de andre saksopplysningene. Ikke omvendt! Vi ser heller ikke så mye på gjennomsnittstallene.”

Her er det verdt å merke seg at Sykehjemsetaten (SYE) i sin skjønnsutøvelse ved tildeling av sykehjemsplasser legger IPLOS betydning. Dette gjelder både for valg av sykehjem, type rom og eventuelt andre prioriteringer. SYE legger også IPLOS vekt i vurderingen av om en bruker med langtidsplass på ordinær plass bør overflyttes til skjermet avdeling.

”Alle pasienter har IPLOS-vurdering som ligger inne i Geric. Vi vurderer nå IPLOS hver måned. Før skjedde det hver tredje måned.” (Ekstern informant)

”Dersom jeg mener at en pasient bør over fra ordinær plass til skjermet plass skriver jeg en 120-melding²⁸ til bestiller og ber dem revurdere. Jeg dokumenterer dette og sender over tiltaksplan, IPLOS, nye legeopplysninger og eventuelle meldinger fra pårørende.” (Ekstern informant)

”Vi bruker også IPLOS mye. Pasienten skal IPLOS-registreres innen 3 dager. Alle de faste ansatte på vår avdeling kan bruke IPLOS. Jeg synes det er nyttig.” (Ekstern informant)

”IPLOS-vurderinger gjøres ofte i samarbeid med flere der vi er usikre. Vi trekker også inn fysio-ergo når det er relevant.” (Ekstern informant)

Store variasjoner i IPLOS-statistikken

Etter denne gjennomgangen er det kanskje ikke så overraskende at tallene i SSBs statistikk over bydelenes IPLOS-score for sykehjemspasienter er påfallende variable fra år til år. Ut fra det bildet våre informanter tegner og svarene i spørreundersøkelsen er det nesten rart at enkelte bydeler i det hele tatt er representert i statistikken. Vedleggstabell 5.1 viser andel institusjonsbrukere hos hver bydel som etter IPLOS-beregning har omfattende bistandsbehov i årene 2007, 2008 og 2009. Hovedtendensen er at IPLOS-scoren øker hos brukere på langtidsplass. Det vil si at funksjonsnivået skal ha blitt lavere i løpet av disse årene. Én bydel har på tre år fått en økning i andel beboere med stort hjelpebehov fra 48 til 75 prosent. En god del bydeler har et tilsvarende tall på like under 80, mens to bydeler ligger nede på 65.

Gjennomsnittlig funksjonsnivå hos brukere på korttidsopphold har nesten ikke endret seg. Men bak gjennomsnittstallene ser vi store svingninger hos den enkelte bydel. Én bydel hadde i 2007 gitt ca 25 prosent av sine korttidsbrukere IPLOS-score tilsvarende ”omfattende bistandsbehov. I 2009 var dette økt til ca 65 prosent. Nabobydelene gikk samtidig ned fra 55 prosent i 2007 via 30 prosent i 2008 til 40 prosent i 2009 på de samme målene. Andre bydeler har lave tall i 2007, høye tall i 2008 og lave tall i 2009.

²⁸ 120-melding er en melding om endring i pasientens tilstand.

Når vi under intervjuene konfronterte informantene med de store forskjellene i IPLOS fra 2007 til 2009, svarte de fleste at det skyldtes svakheter i registreringen og en hopning av demente i 2007. Det siste har vi ikke kunnet dokumentere. Men at en del av tallvariasjonene skyldes innkjøringsproblemer, slik utsagnet under sier, virker rimelig. Likevel gir ikke en sammenlikning av variasjonen mellom 2007 og 2008, og mellom 2008 og 2009 (vedleggstabell 5.1), grunnlag for å trekke slike konklusjoner.²⁹

”Forskjeller fra år til år skyldes først og fremst at vi var dårlige til å bruke IPLOS den første tiden.”

Oppsummering IPLOS

I et prosjekt der hovedproblemstillingen er likebehandling og likere saksbehandling, fremstår IPLOS-bruken som et klart forbedringsområde. Alle nettverkssamlingene tok opp svakhetene i funksjonsvurderingsverktøyet i IPLOS. Men selv om verktøyet har betydelige svakheter, var det enighet blant deltakerne i nettverkssamlingene om at det både bør forbedres og brukes mer konsekvent av alle relevante aktører i tjenestekjeden. Det er altså ikke nok at bestillerkontorene blir mer samvittighetsfulle i sin bruk hvis verktøyet ikke er godt nok. Likeledes må hjemmetjenesten, sykehjemmene og andre som bruker IPLOS samkjøres bedre. IPLOS synes derfor å

- ha liten nytteverdi for saksbehandlerne i bestiller
- bli betraktet som et byråkratisk rapporteringssystem
- bli nedprioritert av bydeler med få ressurser
- brukes forskjellig: ulik verdifastsetting i ulike miljøer og innad i hvert miljø
- være et system med tekniske svakheter.

IPLOS blir likevel brukt i et betydelig omfang. Dette forsterker forbedringsbehovet ytterligere. De negative punktene ble særlig klart artikulert i de første samlingene. De ble noe modifisert i de siste samlingene.

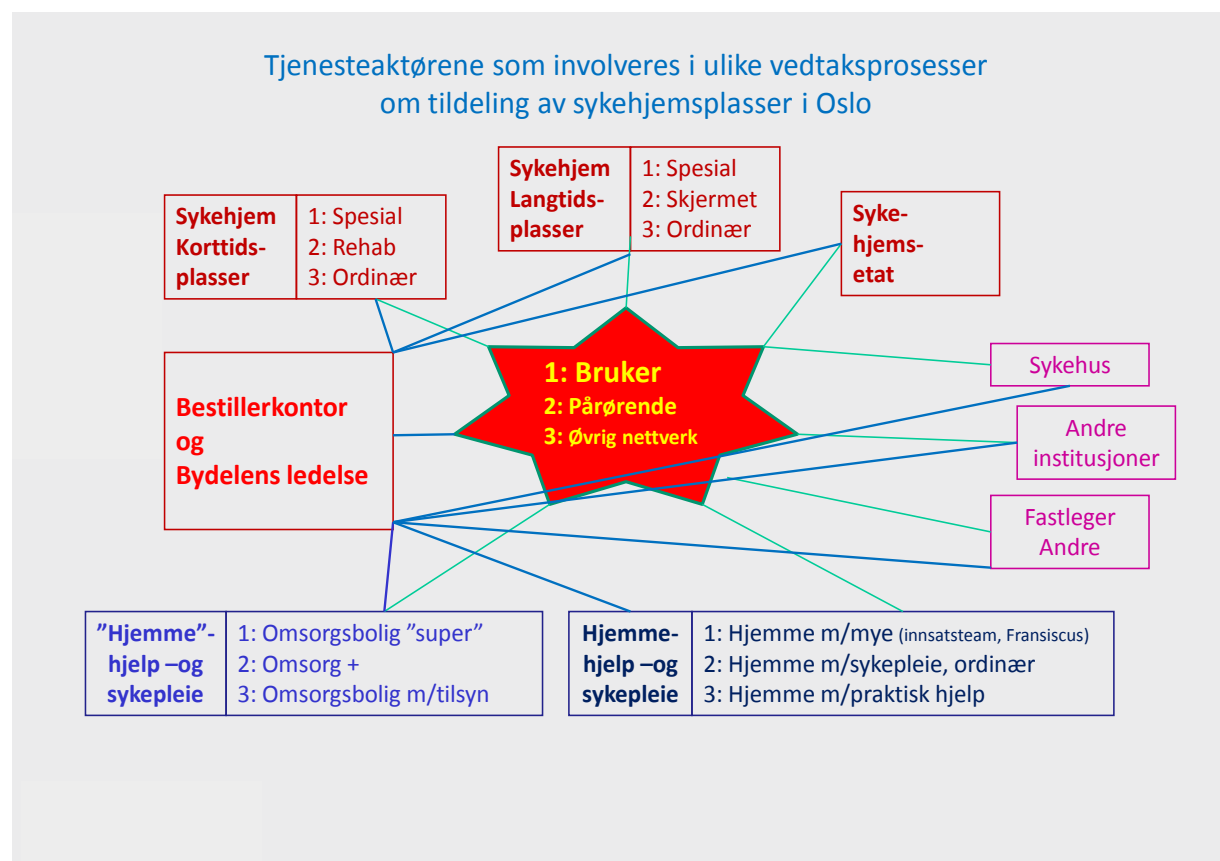
Tverrfaglighet

Bydelene har et mangfold av tjenester som skal sikre innbyggerne gode og riktige tjenester etter behov, blant annet beskrevet i den omtalte omsorgstrappen. Noen brukere beveger seg både opp og ned på trappen, andre går alle trinnene, noen benytter aldri mer enn tjenester på de laveste trinnene, mens atter andre hopper rett til toppen og inn på langtidsplass på sykehjemmet. Enkelte utøvere i tjenesteapparatet yter tjenester på flere nivåer samtidig. De aller fleste ansatte i tjenesteapparatet vil ha behov for å kommunisere med kolleger og andre aktører på ”eget” tjenestenivå og med kolleger og aktører på nivåene ”over” og ”under”. I

²⁹ IPLOS tall for 2010 har ikke vært offentlig tilgjengelige i prosjektperioden.

presentasjonen av ledere og ansatte ved bestillerkontorene så vi også at alle har ytt tjenester på ulike nivåer i utførerapparatet. I figur 4.5 vises med utgangspunkt i brukeren en oversikt over de tjenesteaktørene som kan være involvert i ulike vedtaksprosesser ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo. Det er foruten bestillerkontorene og bydelens ledelse, ulike aktører og tilbud knyttet til brukers egen bolig, til omsorgsboliger, fastlegene, andre helseaktører, sykehusene, Sykehjemsetaten, ulike former for korttidsplasser og ulike former for langtidsplasser ved sykehjemmene. Alle instansene er nødvendigvis ikke involvert for hver enkelt bruker. Boksene i figur 4.5 vil kunne ha ulike mål for sin virksomhet, de kan være privat eller offentlig eiet, og de vil ha ansatte og ledere med ulik fagbakgrunn. Aktørene er i dialog med brukeren på ulike tidspunkt og de er i dialog med bestillerkontoret. En del av dem vil også ha kommunikasjon og samarbeid seg imellom.

Figur 4.5 Tjenesteaktørene som involveres i ulike vedtaksprosesser om tildeling av sykehjemsplasser i Oslo.



Tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid skal sikre optimal bruk av den samlede kompetansen, både når det gjelder funksjonsvurdering, tilretteleggingsmuligheter, tjenesteutøvelse og planlegging. Bydelene har organisert dette noe forskjellig. De fleste har tverrfaglige møter internt. Noen bestillerkontor har faste og ganske hyppige møter med hjemmesykepleien og med korttidsenhetene. De som klarer dette er svært tilfredse, de mener det er vel anvendt tid. Det gir økt forståelse for de andres arbeidssituasjon og deres

synspunkter i bestemte saker. Det letter planleggingen av arbeidet og bidrar til å sikre best mulig flyt i saksutredningen. Samarbeidet øker kvaliteten på den faglige dokumentasjonen og reduserer spill av tid på utredninger som viser seg å ikke føre til vedtak.

Andre bydeler mener dette tar for mye tid, og har i stedet møter ad hoc knyttet til bestemte (og vanskelige) saker. Bydeler som har mange private leverandører på utførersiden oppgir at det er umulig å skulle ha en fast møtestruktur hvor bestiller og utførere møtes, selv om det kunne vært ønskelig.

Under nettverkssamlingene ble det tatt til orde for mer strukturering av møtene og av samarbeidet på tvers av enhetene i tjenestekjeden. Lite kontakt resulterer ofte i redusert tjenesteflyt, mangelfull informasjon og helhetsforståelse og unødig lange liggetider på korttidsplasser. Samarbeidet med sykehusene ble også trukket fram som en utfordring.³⁰ De vi har snakket med som har erfaring med strukturert, tverrfaglig samarbeid er tilfreds med det, slik den sykehjemsansatte uttrykker i sitatet under.

”Vi har møte med bestillerkontoret hver uke. Hjemmesykepleien er ikke med i disse faste møtene. Det er OK. Men de burde vært mer med. Halvparten av pasientene på korttidsplass skal jo tilbake til hjemmesykepleien.” (Ekstern informant)

Legenes rolle

I mars 2011 hadde NRK et oppslag der hovedpoenget var å få fram at legene ikke ble lyttet til i tilstrekkelig grad når de mente at en pasient burde bli lagt inn på sykehjem.³¹ Dette ble fulgt opp av Oslo Arbeiderpartis leder, som mente at fastlegene og sykehusene burde få bestemme om en pasient skulle få sykehjemsplass.³² Dersom legene skal ha en slik rolle, forutsetter det at de har god kunnskap om både saksbehandlingsprosedyrer og om hele tjenestetilbudet i bydelen.

Vi har tidligere gjengitt hvilke forhold som ifølge saksbehandlerne bidrar til å forlenge saksbehandlingstiden. Etter utredningsopphold på sykehjem, er mangelfulle legeopplysninger den hyppigst nevnte grunnen til at saksbehandlingstiden forlenges (figur 2.4).

Figur 4.6 gjengir ledere og ansatte ved bestillerkontorene sin oppfatning av fastlegenes og sykehuslegenes kjennskap til det samlede tjenestetilbudet (omsorgstrappen) og til prosessene som leder fram til sykehjemsvedtak. Ingen av de spurte er helt enig i at legene har god kjennskap til disse spørsmålene. Under 10 prosent er ganske enig i at sykehuslegene har god kjennskap. Når det gjelder fastlegene, mener 16 prosent at disse har ganske god kjennskap til

³⁰ Problematikk knyttet til håndtering av utskrivningsklare pasienter har dukket opp på alle samlinger, men det ligger utenfor rammen av dette prosjektet.

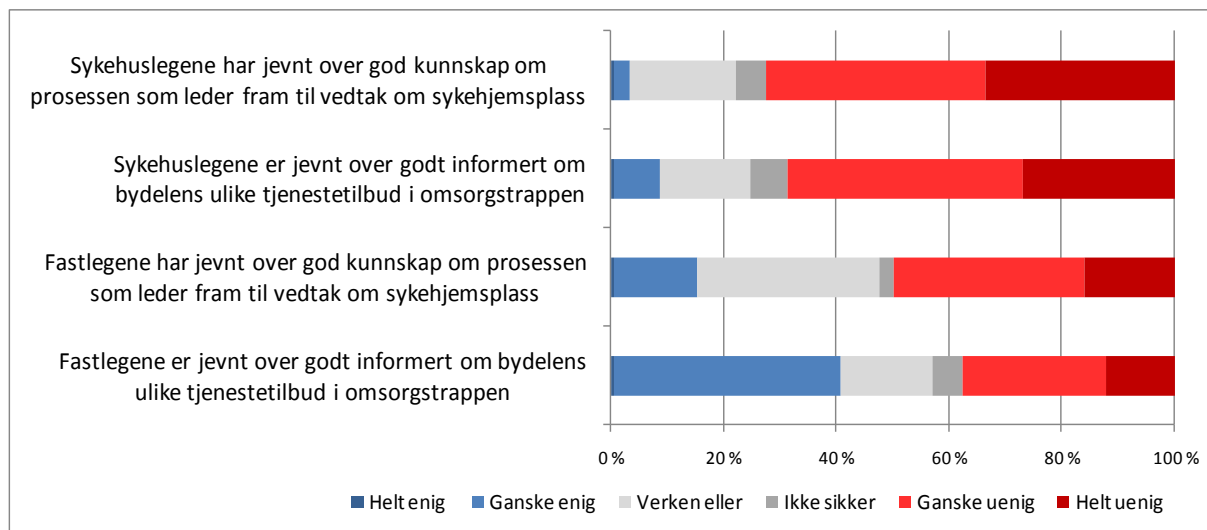
³¹ NRK. Publisert 03.03.2011 07:46.

³² Jan Böhler til NRK. Publisert 15.03.2011 11:40.

prosessen som leder fram til vedtak om sykehjemsplass, mens 41 prosent mener at de har ganske god kjennskap til det samlede tjenestetilbudet.

Deltakerne fra bestillerkontorene stiller seg ganske kritiske til legene i denne sammenheng, men sier også at enkelte leger er flinke med hensyn til å gi gode funksjonsbeskrivelser og nødvendig dokumentasjon, samtidig som de kjenner prosedyrene som leder fram til vedtak om sykehjemsplass. Disse legene er imidlertid i mindretall.

Figur 4.6 ledere og ansatte ved bestillerkontorene sin oppfatning av fastlegenes og sykehuslegenes kjennskap til det samlede tjenestetilbudet (omsorgstrappen) og til prosessene som leder fram til sykehjemsvedtak. N=74.



Bestillerkontorene mottar ”henvisninger” og annen ”dokumentasjon” som er nærmest verdiløs for saksbehandlingen. I enkelte tilfeller kan informasjon fra fastlegen til bruker/pårørende også bidra til at disse får gale forventninger til hvilke tjenester som dekker brukers behov. Dette kan være en følge av at fastlegene ikke har satt seg tilstrekkelig inn i saksbehandlingsprosedyrene og alternative tjenester til sykehjem, men det kan også skyldes andre forhold. Når en går igjennom notater fra intervjuer om legerollen i et tverrfaglig samarbeid, vil de fleste være ganske kritiske. Slik er det også i denne undersøkelsen:

”Legeopplysninger er variable. Noen fastleger kjenner ikke pasienten og gir derfor ofte dårlige funksjonsbeskrivelser. Mange fastleger krever sykehjemsplass for pasienten uten skikkelig dokumentasjon. Da må vi (bestiller) innhente mer. Dette forlenger saksbehandlingen, men påvirker ikke utfallet. Enkelte leger gir ofte dårlige beskrivelser, mens andre leger gir alltid gode beskrivelser

”Sykehjemsleger som bruker Gerica ved korttidsopphold gir alltid god informasjon.”

”Vi opplever med jevne mellomrom at sykehuspersonale eller leger sier at bruker ikke kan være hjemme lenger. Dette er håpløst. Vi opplever vel egentlig at leger skaper større problemer enn pårørende.”

”Pårørende og leger kan ikke påvirke resultatet av saksbehandlingen, men de kan gjøre arbeidet med å finne riktig løsning lettere eller vanskeligere.”

”Hos oss er fastlegene nå blitt flinkere. Vi har samarbeidsutvalg med legene. Legene har skjont at de må samarbeide for å få gjennomslag. Vi har også forklart dem at dette handler om å plassere ansvar. Derfor hender det nå at legene også er med på hjemmebesøk. De må forstå at sårstell kan gjøres hjemme eller på legesenteret og at dette ikke er indikasjon på behov for sykehjems plass.”

”Flinke leger gir gode medisinske opplysninger. Dette gjør det lettere for oss å saksbehandle.”

”Vi legger vanligvis ikke så stor vekt på kommunikasjon med fastlegen. De kjenner ofte pasienten dårlig. Sykehjemslegen, når det er aktuelt, er derimot viktig.”

5 Vedtak

Vedtaksmøtene

Tildeling av langtidsplasser skjer som regel i et vedtaksmøte. Eller mer presist: Vedtak fattes av leder for bestillerenheten under eller etter saksgjennomgang i vedtaksmøtet. Fullmakten til å fatte vedtak og forplikte bydelen økonomisk ligger ikke i vedtaksmøtet, men hos lederen av bestillerenheten. Bydelene praktiserer gjennomføring av vedtaksmøter ulikt. Spørsmålet om hva som kjennetegner et effektivt vedtaksmøte og hvordan dette bør organiseres, har flere svar. Under samlingene i prosjektet er dette et av de få spørsmålene vi ikke har oppnådd konsensus om. Samtidig har diskusjoner rundt organiseringen av vedtaksmøte bidratt til at flere bydeler har endret praksis i prosjektperioden.

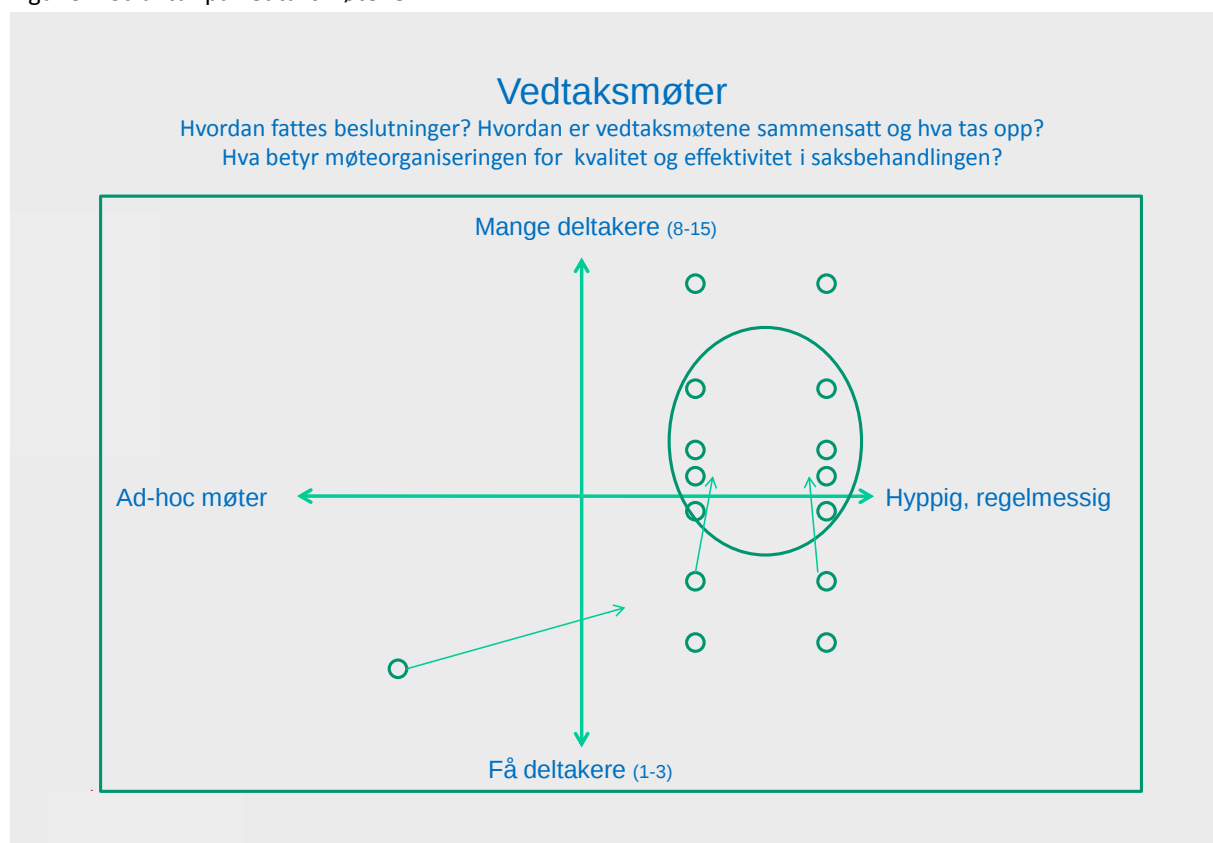
Diskusjonene om vedtaksmøtene har vært både prinsipielle og praktiske. Alle ble underveis enige om at det var viktig å ha en fast struktur på møtene. Det vanskeligste prinsipielle spørsmålet har dreid seg om i hvilken grad saksbehandlerne skal innlemmes i vedtaksdiskusjonene og hvordan dette eventuelt skal gjøres. Mer praktiske spørsmål har dreid seg om møtehyppighet og antall deltakere på møtene.

Vedtaksmøtet holdes enten hver uke (8 bydeler) eller hver fjortende dag (6 bydeler). Ved hastesaker avholder de fleste et forenklet vedtaksmøte, hvor saksbehandler/teamleder og bemyndiget leder tar beslutning utenom de faste møtene. En av bydelene hadde ved oppstart av prosjektet ikke faste vedtaksmøter. De andre bydelene har varianter som spenner fra et tilnærmet allmøte der alle saksbehandlere, noen ledere, bydelsoverlege, innsatsteam og ledere fra sykehjem og hjemmetjeneste stiller, til et lite møte der kun ledere er representert.

I figur 5.1 vil en kunne plassere bydelene etter møtestruktur. Den ene som ikke hadde faste møter er nederst til venstre i figuren. Underveis har denne bydelen bestemt å innføre faste møter og beveger seg således mot høyre i figuren.³³ Bydeler som har mange deltakere på møtene er øverst i figuren. Disse har enten møter hver uke (lengst til høyre) eller annenhver uke (nærmere midten av figuren). I nedre høyre hjørne finner vi bydeler som har regelmessige møter, men med få deltakere. Underveis i prosjektet åpnet noen av bydelene for å ta med flere deltakere. Disse beveger seg da oppover i figuren.

³³ Figur 5.3 indikerer vel at dette ikke er helt oppfattet av alle i organisasjonen enda.

Figur 5.1 Struktur på vedtaksmøtene.



Motivene for å utvide møtedeltakelsen ligger i et ønske om å øke saksbehandleres og andres involvering i vedtaksprosessen og skape en bredere forståelse i organisasjonen for kriteriene for god saksbehandling. Motivene for å la være å utvide vedtaksmøtet, slik de er formidlet i nettverkssamlingene, ligger i forståelsen av hva som er riktig myndighetsutøvelse og hva som er effektiv bruk av tid. Det er ledelsen som har ansvar for å fatte vedtak. Dette skal de ansatte slippe å være med på. Enkelte vil også mene at saksbehandlerne har gjort sitt når de gir fra seg saken ferdigbehandlet og at det er helt unødvendig at de skal være med på vedtaksmøtet.

Den store sirkelen i figur 5.1 gir en pekepinn om hvor det trolig er mest hensiktsmessig for de fleste bydelene å befinne seg. Det vil si at vi sidestiller en møtehyppighet på hver sjuende eller fjortende dag, samtidig som vi mener at det vil være gunstig å involvere flere saksbehandlere enn det som gjøres hos de som befinner seg nederst i figuren. I den videre teksten vil dette bli begrunnet.

Møter med mange (relevante) deltakere sikrer at flere som kjenner søkeren og saken godt også er med på å legge den fram og diskutere alternativer. Møter med mange deltakere vil også ha andre til stede som kjenner søkeren fra ulike sammenhenger. Jo flere meningsberettigede som er til stede under gjennomgangen av saker, jo lengre tid kan det komme til å ta før en sak finner sin løsning. Dette er et av argumentene som brukes mot å ha mange med på vedtaksmøtene. Vår erfaring er likevel at diskusjonene kommer fort til sakens kjerne.

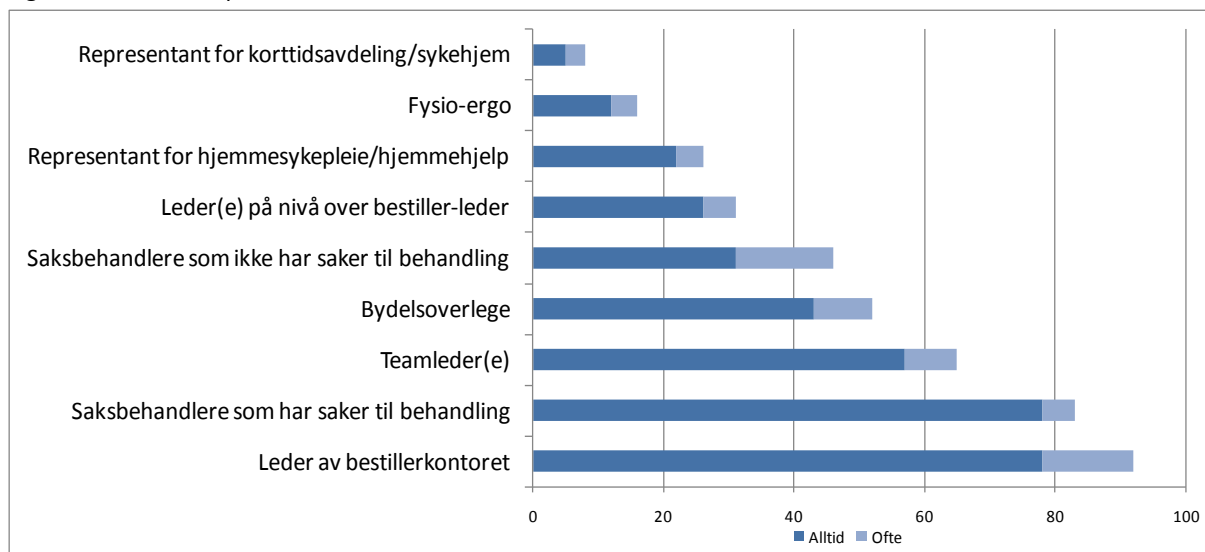
Møter med få deltakere kan være mer overfladiske og rettet mot den formelle beslutningen. De som skal fatte beslutningene kjenner ofte ikke søkeren og saken så godt. Dermed bruker disse mer tid på å sette seg inn i saken for å forsikre seg om at riktig vedtak fattes. En variant er å ha et todelt saksmøte der saksbehandlerne er til stede på del 1, mens den besluttende delen er overlatt til en liten ledergruppe. En representant for denne varianten formulerer seg svært positivt til ordningen, mens saksbehandlerne er mer forbeholdne:

”Vi hadde felles behandling og vedtak tidligere. Men vi opplevde at saksbehandlerne hadde et sterkt engasjement i saken og at de ofte var for sterkt knyttet til søkeren. Det ble lange diskusjoner, som verken var nødvendige eller konstruktive. Jeg synes møtene er blitt bedre nå. Saksbehandlerne er også blitt flinkere til å legge fram sakene. Saksbehandlerne tenker rent faglig. I del 2 av møtet tenker vi også forvaltningsmessig. Vi kan ta budsjettmessige hensyn og velge å utsette et vedtak dersom det er faglig forsvarlig.” (Ekstern informant)

”Vi føler nok at beslutterne i del 2 av møtet vet litt for lite. På den annen side har vi saksbehandlere lett for å bli litt for subjektive. Akkurat det håndterer den nye ordningen bedre enn den gamle. Rollene våre er blitt spisset.”

Det kan se ut til at store og små møter bruker omtrent like lang tid på hver sak. På samme tid har nok de store møtene den grundigste saksbehandlingen. På den annen side har de kanskje brukt 30 timeverk på et totimersmøte (inkludert reisetid), mens bydelene med et lite vedtaksmøte kanskje har brukt 5–6 timeverk på sitt totimersmøte. Bydelene som har mange deltakere på møtene sier at de sparer inn tidsbruken på møtene, og vel så det, ved at saksutredningen i forkant blir enklere, riktigere og raskere. Økt kunnskap hos flere av aktørene reduserer også feil i saksbehandlingen. Figur 5.2 gjengir svarene på et spørsmål om hvem som deltar på vedtaksmøtene og hvor ofte de gjør det.

Figur 5.2 Deltakelse på vedtaksmøtene.



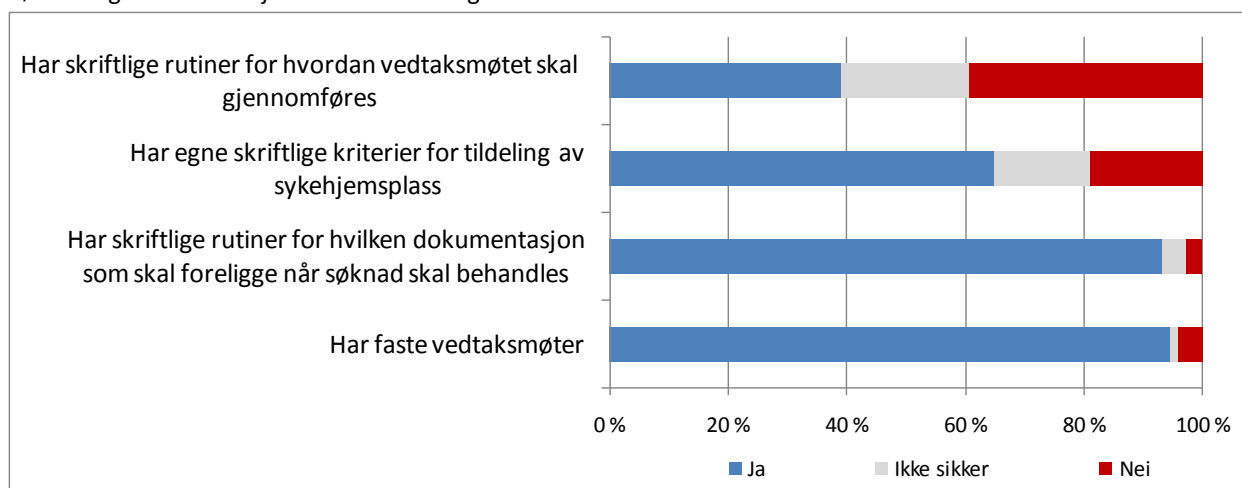
Tallene som ligger til grunn for figur 5.2 er gjengitt i vedleggstabell 1.8. Der er også svarkategoriene ”av og til”, ”aldri” og ”ikke sikker” tatt med.

Leder av bestillerkontoret er i praksis alltid med. Vi ser dessuten at ca 80 prosent oppgir at saksbehandler som har saker til behandling også er med på vedtaksmøtet. Teamleder er bestillerleders høyre hånd. Dette er en stilling ikke alle bydeler har. Men der stillingen eksisterer, har teamleder en sentral rolle på vedtaksmøtene. Figuren viser også at enkelte bydeler har bredt sammensatte vedtaksmøter. Grupper som mange av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir aldri er med er: Representant for korttidsavdeling/sykehjem (70 prosent), fysio-ergo (54 prosent), representant for hjemmesykepleie/hjemmehjelp (50 prosent), leder(e) på nivå over bestiller-leder (34 prosent) og bydelsoverlege (28 prosent)

Rutiner

Behovet for rutiner i de ulike fasene av saksbehandlingen har stått sentralt på alle nettverkssamlingene i dette prosjektet. Rutiner skal eksistere, ha et innhold, brukes, og helst brukes likt av alle saksbehandlere på tvers av bydelsgrensene. I figur 5.3 gjengis svarene fra spørreundersøkelsen på spørsmålene om bydelen har skriftlige rutiner for gjennomføringen av vedtaksmøtet, for tildeling av sykehjemsplass, for dokumentasjon som må følge søknaden og om de har faste vedtaksmøter.

Figur 5.3 Har bydelen faste vedtaksmøter og skriftlige rutiner for vedtaksmøte, tildeling av sykehjemsplass og nødvendig dokumentasjon? N=74 ledere og saksbehandlere.



Alle bydeler har rutiner for hvilken dokumentasjon som skal foreligge når søknad om langtidsplass skal behandles. To tredeler av de spurte oppgir at bydelen har egne, skriftlige kriterier for tildeling av sykehjemsplass. På oppfølgingsspørsmål svarer 93 prosent av saksbehandlerne at disse er til god hjelp i saksbehandlingen (vedleggstabell 7). Det bør derfor utarbeides slike kriterier i alle bydeler.

Under nettverkssamlingene i prosjektet ble det imidlertid rettet større oppmerksomhet mot behov for å utarbeide rutiner for hvordan vedtaksmøtet skal gjennomføres. Noen av bydelene har også utarbeidet slike rutiner underveis i prosjekt. På undersøkelsestidspunktet oppga bare 40 prosent av de spurte at bydelene hadde slike rutiner.

Ulike grunnsyn på hvorvidt vedtaksmøtet er et drøftings- eller et vedtaksmøte, preget også synspunktene på saksbehandlernes rolle i møtet og om det skal ha en utvidet funksjon. Diskusjonene var knyttet til følgende punkter:

- Saksbehandler er til stede og legger saken fram med eller uten innstilling
- Saksbehandler er ikke til stede. Saken gjennomgås av en liten ledergruppe
- Saksbehandler lager et skriftlig resymé før framlegging i møtet. Dette leses av alle i forkant
- Vedtaket formuleres i fellesskap i vedtaksmøtet eller av saksbehandler etter møtet

Under følger noen sitater fra diskusjonen om gjennomføringen av vedtaksmøtet:

”Vi lager et skriftlig resymé før framlegging på vedtaksmøte. Dette gir et bedre grunnlag for objektiv behandling enn bare muntlig framstilling på møtet.”

”Hos oss må saksbehandler formulere og kommunisere vedtaket som fattes av ledermøtet. Dette kan være vanskelig når man ikke har vært med på diskusjonene i møtet som har fattet vedtaket.”

”Det er viktig å bruke tid på vedtaksmøtet til å formulere grunnlaget for avslag: Kan en ikke formulere dette på møtet, så har en problemer.”

”Vi formulerer nå vedtaket sammen i møtet. Det gjør vi fordi saksbehandlere ofte hadde problemer med å formulere i etterkant av møtene.”

”Vi jobber også med formen på møtene og for å finne måter å strukturere saksframstillinga slik at denne blir mer formulert og poengtert. Særlig viktig når saksbehandler ikke er enig i vedtaket.”

”Vi mener det er viktig å kunne ha fellesskapet i et møte, særlig når vi skal formulere avslag.”

Effektiviteten i et vedtaksmøte kan ikke alene måles ut fra tidsbruken. Effektivitet forutsetter at alle har gjort godt forarbeid gjennom hele forprosessen og at møtet kan fatte en faglig beslutning på sikkert grunnlag. Det synes klart at store vedtaksmøter der alle må argumentere for utfallet av en sak, øker barrieren for å ta ikke-faglige beslutninger. De mest effektive bruker også vedtaksmøtet som møteplass mellom bestiller og utfører. Dette strider imidlertid mot styringsprinsippene i bestiller-utførermodellen. Samtidig vil de som inkluderer

utførersiden i vedtaksmøtet mene at dette sikrer den faglige kvaliteten (som også ligger til grunn for BUM).

Temperaturen ble høy på fellessamlingene da møteleder utfordret deltakerne med påstanden om at store vedtaksmøter ivaretok LEON-prinsippet bedre enn små møter. Vi har ikke et endelig svar på dette. Det går også an å snu argumentasjonen ved å si at små vedtaksmøter kan vurdere sakene mer uhildet, og derfor sikre at ikke sterkt engasjerte saksbehandlere presser igjennom en sak på svakt grunnlag.

Uansett: gode saksbehandlere kjenner søker godt. Nærhet til bruker øker saksbehandlers gjennomslagskraft i vedtaksprosessen i saker der dette er relevant. Dette øker sjansen for at en søknad blir innvilget. De følgende sitatene er hentet fra intervjuer med fagpersoner utenfor bestillerkontorene.

”Saksbehandlernes nærhet til bruker er viktig. Det øker gjennomslagsevnen. Disse bør være med på vedtaksmøtet, så unngår man avslag på opplagte saker” (f.eks. vandrere som får avslag) (Ekstern informant)

”Vi må ha lokale, operative enheter med brukernærhet. Nærhet var også det som skulle til da vi på tidlig 90-tall skulle ha kontroll over sosialutgiftene.” (Ekstern informant)

”Den som skal fatte vedtak for fru Hansen må også ha tatt henne i handa!” (Ekstern informant)

”Vi er alltid på hjemmebesøk i forbindelse med sykehjemssøknad.”

”Noen saksbehandlere er sterke og får igjennom sakene sine. Andre er usikre, bruker lang tid og har lavt gjennomslag.” (Ekstern informant)

”Vi får ofte for dårlige beskrivelser fra hjemmesykepleien. Bestiller må be hjemmesykepleien om å skjerpe seg.” (Ekstern informant)

Det nest siste sitatet forteller at forskjellene ikke nødvendigvis går mellom bydelene, men mellom fagpersoner, enten de er leger, hjemmesykepleiere eller som her saksbehandlere på bestillerkontor. Her er det viktig at hver bydel har rutiner som sikrer at en søker som har fått en ”usikker” saksbehandler, får like god saksbehandling som en som har fått en ”sterk” saksbehandler. Involvering av flere kolleger i forberedelsen og gjennomføring av vedtaksmøtet vil redusere faren for ulikebehandling. Likeledes vil nærhet til brukeren bidra til at saksbehandleren gjør sitt ytterste for at det blir fattet et riktig vedtak, slik informanten antyder i sitatet om å ha tatt fru Hansen i hånden, og slik det blir sagt enda tydeligere i det første sitatet over. I spørreundersøkelsen svarte for øvrig 91 prosent at det er viktig at saksbehandler har truffet søkeren (tabell 5.2).

Det siste sitatet er en påminnelse om at nærhet ikke er tilstrekkelig, men at nærheten må gå sammen med årvåken faglighet og kjennskap til et pasient- og saksbehandlingsforløp som går ut over eget, avgrensede virkeområde. Et supplement til å be hjemmesykepleien

skjerpe seg, er økt dialog og økt forståelse for at egen innsats er viktig for andre i verdi- og tjenestekjeden. Dette gjelder selvsagt ikke bare hjemmesykepleien og legene, men alle aktører.

Terskelen for å få sykehjemsplass

Tildeling av sykehjemsplasser skjer i møtet mellom brukers ønsker og behov, saksbehandlerens kompetanse, bydelenes totale tjenestetilbud og kommunens økonomiske rammer. I tillegg kan sykehusenes utskrivningspraksis og oppgavefordeling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten legge et større eller mindre press på utviklingen og bruken av bydelenes samlede tjenestetilbud. En vurdering av hva som er et riktig nivå for antall sykehjemsplasser må se på *alle* disse forholdene.

Oppfatningen av om sykehjem er riktig tjenestetilbud og om terskelen for å få innvilget sykehjemsplass er for høy (svært få mener at den er for lav), varierer med søkeres og politikeres kunnskap om det samlede tjenestetilbudet og med tjenesteyters plassering i tjenesteapparatet. Liten kunnskap om tjenestetilbudet øker etterspørselen etter sykehjemsplasser. Bydeler med en godt utbygd omsorgstrapp vil ha mindre behov for langtidsplasser på sykehjem. De kan med andre ord ha en høyere terskel for tildeling av sykehjemsplasser enn andre. Likeledes vil ledere og andre budsjettorienterte i større grad mene at terskelen er på et rimelig nivå enn saksbehandlere og andre ansatte som er i daglig kontakt med brukerne.

Det tidligere Eldreombudet i Oslo, Anne Myhr, mener *terskelen* for å få sykehjemsplass er for høy.³⁴ Byråd Sylvi Listhaug har tidligere sagt det samme.³⁵ Opposisjonspolitikere kritiserer byråden for at antall sykehjemsplasser er gått ned.³⁶ Ivar Brevik ved Norsk institutt for by- og regionsforskning mener derimot at Oslo har mange nok plasser, men at kommunen ikke er flink nok til å rullere korttidsplasser. Hans utsagn er basert på Otterstads og Tønsets sammenlikning av Oslo med landets øvrige kommuner.³⁷

Vi oppfatter det slik at bydelene i samarbeid med SYE og andre institusjoner de siste årene i langt større grad bruker korttids- og rehabiliteringsplasser til det de er ment å være, og ikke til langtidsplasser.

Samtidig kommer det oppslag om at Oslo kommune har 100 ledige plasser.³⁸ En tilfeldig valgt dag sommeren 2010 hadde Oslo kommune 26 ledige langtidsplasser.³⁹ Fire av

³⁴ Dagsavisen 22.02.10

³⁵ ”Jeg er helt enig i at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy nå” Dagsavisen 24.05.07. ”Terskelen for å få sykehjemsplass er i dag for høy.” <http://www.byradet.oslo.kommune.no/pressemeldinger/article146720-7786.html>

³⁶ Dagsavisen 14.08.07, TV2 03.11.10, NRK 16.11.10

³⁷ H.K. Otterstad og H. Tønseth (2007) Hva betyr dekningsgrad for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet? i *Aldring og livsløp*, nr 1 2007, og H.K. Otterstad og H. Tønseth (2007b) Hvordan unngå sykehjemskø? i *Aldring og livsløp*, nr 4 2007.

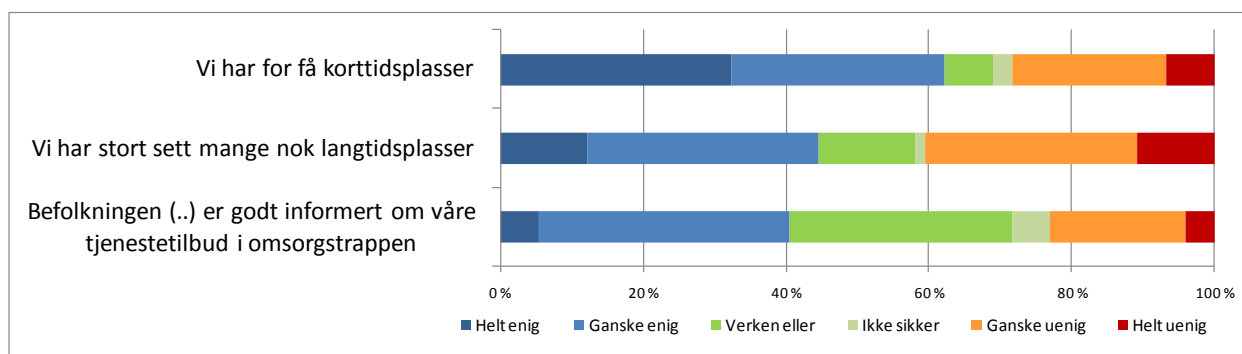
³⁸ Dagsavisen 26. april 2010

³⁹ Kilde: http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/ledige_sykehjemsplasser/ Tall hentet ut 27.07.2010.

disse var ordinære plasser. De øvrige var dyrere plasser ved skjermede enheter. 26 ledige plasser utgjør en halv prosent av en total kapasitet på ca 4600 plasser. Sykehjemsetaten må rimeligvis ha noen ledige plasser dersom de skal kunne ivareta kravene om tildelingstid og et variert tilbud.

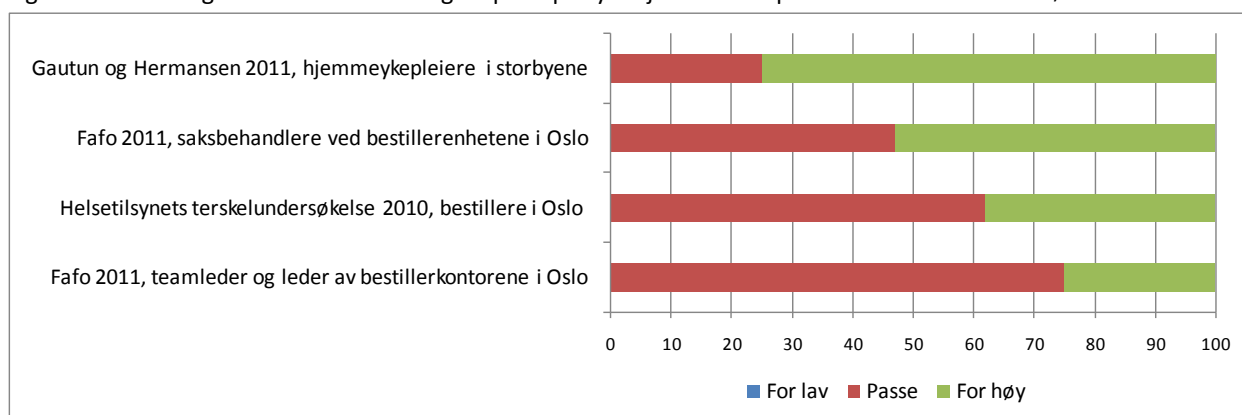
Er det da slik at Oslo har for få sykehjemsplasser? Vi har spurt ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene om deres syn på dette. I figur 5.4. under presenterer vi deres syn. Ut fra svarene framgår det at etablering av *flere korttidsplasser* vil være nyttigere for å gi gode tjenester enn flere langtidsplasser. 62 prosent mener at bydelen deres har for få korttidsplasser. På spørsmålet om kommunen stort sett har mange nok langtidsplasser, deler svarene seg omtrent på midten. Samtidig ser vi at det er få som sterkt mener at dagens nivå er for høyt eller for lavt. Ved å bryte svarene på dette spørsmålet ned på stillingskategori, kommer det fram at lederne er mer fornøyd med nivået på langtidsplasser enn det saksbehandlerne er.

Figur 5.4 Tjenestekapasitet og kunnskap om tjenestetilbudet. N=74 ledere og saksbehandlere i bestillerenhetene.



Vi har også studert andre, nyere undersøkelser som vurderer om terskelen for å få sykehjemsplass er for høy i Oslo. I figur 5.5 under vises svarene fra tre slike undersøkelser.

Figur 5.5 Vurdering av nivået for å få langtidsplass på sykehjem. Basert på resultater fra 3 undersøkelser.



Figuren viser for det første at de som jobber tettest på brukeren oftest mener at terskelen er for høy. Ifølge Gautun og Hermansen (2011) mente ca 75 prosent av hjemmesykepleierne i

storbyene⁴⁰ at terskelen var for høy. I vår undersøkelse sa ca 55 prosent av saksbehandlerne det samme. Bare 25 prosent av lederne syntes terskelen var for høy.

I gjennomsnitt mente 46 prosent av de spurte lederne og saksbehandlerne i vår undersøkelse at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy. I Helsetilsynets undersøkelse (2010) syntes ca 40 prosent av de intervjuede bestillerne i Oslo at terskelen var for høy. Tatt feilmarginer for små utvalg i betraktning, er det stor overensstemmelse mellom tallene fra Helsetilsynet og svarene fra vår undersøkelse når vi slår ledere og saksbehandlere sammen.

I tabell 5.1 gjengir vi terskelvurderingen etter bydelsstørrelse, målt etter antall sykehjemsplasser. Av den fremgår det at ledere og saksbehandlere i såkalte små bydeler oftest oppgir at terskelen er for høy. Ikke uventet er det også disse som oftest oppgir at de ønsker flere langtidsplasser. Mange av bydelene med få sykehjemsplasser er mellomstore dersom de måles etter befolkningsstørrelse.

Tabell 5.1 Hva er din faglige vurdering av terskelen for å få sykehjemsplass i bydelen? Terskelen er ..

	For lav	Passe	For høy	Sum	N
Stor (400 plasser +)	0	60 %	40 %	100 %	30
Middels	0	52 %	48 %	100 %	27
Liten (210 plasser -)	0	40 %	60 %	109 %	15
Alle		53 %	47 %	100 %	72

Gjevjon og Romøren (2010) finner i sin undersøkelse at bestiller og utfører gjør like vurderinger. Vår gjennomgang tidligere i rapporten viste derimot at det er visse forskjeller i vurderinger. Denne tendensen bekreftes i figur 5.5.

”Etter at BUM ble innført så ble det slutt på aktiv bruk av hjemmetjenestens vurderingskompetanse eller vektleggingen av denne, siden bestillerkontorene skulle ta seg av dette.” (Fra nettverkssamling 2)

Også gjennom intervjuer og møter med bestillerkontorene kommer spredningen i synspunkter på nivået for å få sykehjemsplass fram. Terskelen for å få sykehjemsplass vurderes av de fleste som å ha blitt høyere. Det vises blant annet ved at botiden er blitt kortere.⁴¹ Noen mener den er for høy. Andre mener imidlertid at den var alt for lav tidligere; at det var alt for mange nesten friske eldre som fikk plass på sykehjem. Det råder med andre ord ingen samstemthet i synet på at terskelen er for høy, selv om den kan ha blitt høyere, noe situatene under kan illustrere.

”Om vi trenger flere sykehjemsplasser? Nei, jeg tror ikke det. Men vi trenger mer døgnbemanning i omsorgsboliger.” (Ekstern informant)

⁴⁰ Gjelder hjemmesykepleierne i byer med mer enn 50 000 innbyggere.

⁴¹ Vi har prøvd å få tak i statistikk over utviklingen av botid over flere år, men dette er ifølge Oslo kommune og Sykehjemsetaten ikke å oppdrive.

”Vi har god kapasitet på sykehjemsplasser ut fra de vedtakene som blir gjort.” (Ekstern informant)

”Terskelen for å få sykehjemsplass er blitt klart høyere.” (Ekstern informant)

”På ordinær somatikk er terskelen høy, nå som før. Jeg tror liggetiden hos oss har nådd bunn og at den så smått er økende. Vi får flere yngre med sykehjemsbehov. Og så har du de demente vandrerne. Vi har ikke annet tilbud til dem enn institusjon, og de lever lenge.” (Ekstern informant)

”Bydelen kritiseres for å være for strenge i tildelingen av sykehjemsplasser. Vi ligger for tiden 20 senger over måltallet, så da burde vi antakelig ha vært enda strengere. Vi må prioritere. Vi kan ikke la spreke 90-åringer ta plasser fra syke og trengende 70- og 80-åringer.” (Ekstern informant)

Det siste sitatet tar opp en problemstilling som gjør bestilleroppgaven svært krevende. Bydelene setter opp et måltall for hvor mange sykehjemsplasser de har behov for kommende år og tilpasser den økonomiske rammen til dette. Disse måltallene avspeiler imidlertid ikke nødvendigvis det faktiske behovet for sykehjemsplasser. Blir avviket for stort, kan bydelene heve terskelen for å tildele sykehjemsplass. For bydeler som da ikke har ledige korttidsplasser og et godt utviklet boligrettet tilbud, kan dette i perioder skape problemer med å gi et kvalitativt godt tilbud.

Det neste sitatet kommer fra en bydel som har overskredet måltallet, men som har handlingsrom til å heve sykehjemsterskelen uten å gå på akkord med faglige standarder. Det siste sitatet er et hjertesukk fra en bydelspolitiker som også gjenspeiler hva mange saksbehandlere i alle bydelene tidvis føler.

”Økonomien er viktig, men (...) Brukerne har behov. Disse må vi møte, men vi må gjøre det på en ressursriktig måte. Når vi foreslår hjemmetjenester i stedet for sykehjemsplass, er det fordi vi tror at dette er faglig og sosialt best. Vi går aldri på akkord faglig sett.” (Ekstern informant)

”Vi skal forholde oss både til helselovgivningen og til kommunens økonomireglement. Ofte presses vi til å velge det ene på bekostning av den andre. Hvis vi velger å gi en tjeneste som fører til at vi bryter økonomireglementet, får vi kommunerevisoren på nakken. Da blir det sak i Bystyret med påfølgende kjeft fra Byråden for ikke å følge budsjettet. Velger vi å følge budsjettet, får vi påpakning fra Fylkeslegen for ikke å gi en frisk 90-åring sykehjemsplass.” (Ekstern informant)

Økonomi

I spørreundersøkelsen ble ledere og saksbehandlere spurt om de var enige eller uenige i at de ville ha innvilget flere sykehjemsplasser dersom det hadde vært bedre økonomi. Svarene er gjengitt i tabell 5.2. Halvparten sier de ville ha innvilget flere plasser. Disse kommer i hovedsak fra sju bydeler. Saksbehandlere oppgir oftere enn ledere at dårlig økonomi øker avslagsprosenten.

35 prosent er uenig i at bedre økonomi ville gitt flere innvilgelser. Disse kommer stort sett fra tre bydeler. 12 prosent er verken enig eller uenig i at økonomien påvirker saksbehandlingen. Disse kommer i hovedsak fra fem bydeler.

Tabell 5.2 Ville innvilget flere plasser dersom bedre økonomi.

	Antall	Prosent	Bydeler
Helt enig	18	24,3	7 bydeler
Ganske enig	20	27,0	
Verken eller	9	12,2	5 bydeler
Ganske uenig	19	25,7	3 bydeler
Helt uenig	8	10,8	
Total	74	100,0	15 bydeler

Dette er ingen analyse av de politiske og økonomiske rammevilkårene og kommunenes incentiver for å bygge ut sykehjemsplasser versus omsorgsboliger og hjemmetjenester. Vi har derimot spurt ledere og saksbehandlere ved bestillerkontorene om de tror at deres saksbehandling og vedtak om tjenester påvirkes av bydelens økonomi. Til det svarer ca halvparten at bedre økonomi ville ha ført til flere tildelinger. Vi har ikke spurt om hvor mange flere tildelinger dette kan dreie seg om. Men en samlet vurdering av svar på andre spørsmål og diskusjoner i nettverkssamlingene tilsier at det ikke dreier seg om så mange saker. De sakene der bedre økonomi kunne ført til høyere innvilgingsprosent, er tilfeller der søker innstendig ber om sykehjemsplass, men som i dag får gode, boligrettede tjenester i stedet. Antakelig ville bedre økonomi også ha ført til at flere bydeler lettere ville ha fulgt opp Helsetilsynets vurdering om at eldre over 90 år skal ha en lavere terskel enn andre for å få sykehjemsplass.⁴²

⁴² Utdrag fra Helsetilsynets overprøving av vedtak i Frogner kommune, juli 2010: ”Det er vanskelig å sette helt klare grenser for når det er uforsvarlig at en person med stort hjelpebehov skal fortsette å bo hjemme med hjelp fra det offentlige. Det vil ofte være et skjønnsspørsmål når en person må flytte fra egen leilighet inn i institusjon. Ut fra en helhetsvurdering i denne saken legger Helsetilsynet i Oslo og Akershus vekt på søkers sterke ønske om sykehjemsplass. Hennes helsesvikt og at hennes funksjonsnivå er ikke ubetydelig redusert i løpet av kort tid, samt at hun til dels er deprimert og at hun er engstelig for å være alene. På bakgrunn av dette treffer Helsetilsynet i Oslo og Akershus følgende vedtak: Bydel Frogners avgjørelse om avslag på sykehjemsplass oppheves og søker gis medhold i sitt krav om sykehjem.”

Vedtaksrådet utsetter saken

Det har vært stilt spørsmål om bydelene trenerer saksbehandlingen av sykehjemssøknader for å spare penger. Det kan nok forekomme, uten at det nødvendigvis gir noen stor spareeffekt. Søkeren skal uansett ha et forsvarlig tjenestetilbud i saksbehandlingstiden, enten det er som utskrivningsklar pasient som fortsatt ligger på sykehuset til en døgnkostnad som er langt høyere enn sykehjemsplassen, eller det er til en hjemmetjeneste med høy bemanningsfaktor. Trenering eller utsettelse av vedtaksmøter vil derfor i liten grad være en hensiktsmessig sparestrategi. 30 prosent oppgir at saksebehandlingstiden kan bli forlenget dersom måltallene i budsjettet er overskredet (figur 2.4). Vi kan ikke tallfeste hvor mange saker dette gjelder og hvor lang utsettelsen eventuelt er i disse sakene.

Det er ganske vanlig å la være å fatte vedtak i en sak som er oppe til behandling i vedtaksmøtet. Dette kan ha mange begrunnelser. Den vanligste er at saksbehandler ønsker å få det videre forløpet drøftet av vedtaksmøtet. Kanskje kommer man der til at det er behov for korttidsopphold før man fatter vedtak om hvilken tjeneste som skal gis. Dette er i så fall faglig begrunnet.

Om vedtaksmøtet velger å behandle saken eller ikke, påvirker også saksbehandlingstiden. Møtet kan utsette saken i påvente av en ny vurdering. Dette kan ha en faglig begrunnelse. Men ved å utsette saken til neste møte sparer man også 14 dager med sykehjemsutgifter. Dersom en bruker er i gode hender på en korttidsplass som bydelen likevel er nødt til å finansiere enten den blir brukt eller ikke, behøver ikke et slikt ”sparetiltak” ha betydning for tjenestekvaliteten som tilbys. I denne situasjonen kan bydelen spare utgifter på å utsette vedtak om langtidsplass. Dette kan være en følge av at bydelen har sagt ja til for mange ”en-bloc” korttidsplasser⁴³

Hovedpoenget er imidlertid at ved å la personer som skal ha langtidsvedtak oppta korttidsplasser, reduserer bydelen gevinsten ved å bruke korttidsplassene til å redusere press i andre deler av tjenesten. Ved ikke å bruke korttidsplassene etter sin intensjon, kommer en bydel lett inn i en ond sirkel med redusert fleksibilitet og dyre løsninger i andre ledd.

Kompetanseutvikling

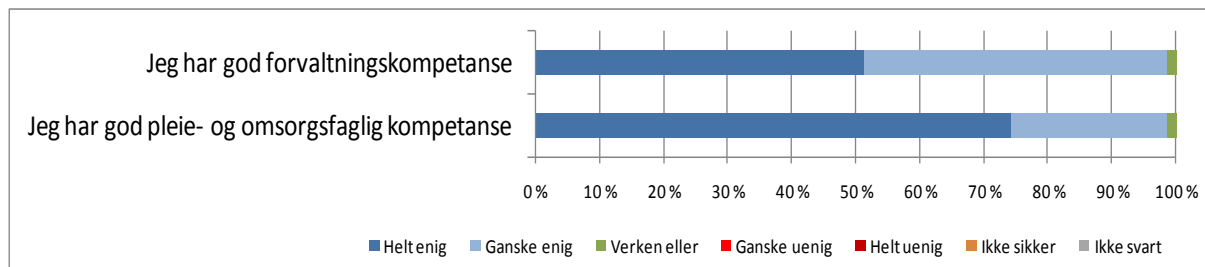
Kompetanseutvikling for bestillerkontorene

De ansatte på bestillerkontorene har høy utdanning og lang og bred erfaring med å jobbe både på bestiller- og utførersiden (jf. tabell 2.3 og 2.4). De arbeider både pleie- og omsorgsfaglig og forvaltningsfaglig. På spørsmål om vurdering av egen kompetanse oppfatter 99 prosent at denne er god (figur 5.6). Dette gjelder særlig på spørsmålet om den pleie- og omsorgsfaglige kompetansen. På spørsmålet om forvaltningskompetanse svarer fortsatt 99 prosent at den er god, men nå reserverer halvparten seg litt, ved bare å være ganske enig. Dette gjelder saksbehandlerne og ikke lederne. Både sitater og svarfordelinger

⁴³ Bydelene har avtale med Sykehjemsetaten om å betale for et fast antall korttidsplasser hvert år. Dette er en utgift som påløper uavhengig av om plassene blir benyttet eller ikke.

gjengitt i figurer og tabeller (om registrerings- og avslagsrutiner, om vedtaksmøter mv) har vist at en del av saksbehandlerne vil ha nytte av et forvaltningsorientert opplæringstilbud. Det er også behov for tiltak for å styrke funksjonsvurderingen og bruken av IPLOS.

Figur 5.6 Lederes og ansattes vurdering av egen kompetanse.



Nettverksmøtene i dette prosjektet har vært en fin anledning for deltakerne til å utveksle erfaringer på tvers av bydelene. Dette har vært både lærerikt og nyttig. På de siste samlingene ble det også ytret ønsker om å videreutvikle disse til et bestillernettverk på tvers av bydelene om lik vurderingspraksis, organisering, forvaltningskunnskap og andre aktuelle ”bestillersaker”. Flere har også foreslått at Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester burde gjennomføre et tilsvarende utviklingsprosjekt som dette de nå har vært med på, om tildeling av sykehjemsplasser for andre tjenesteområder. Både hjemmebaserte tjenester mot eldre og funksjonshemmede og borettede tjenester til personer med psykisk utviklingshemming er blitt foreslått.

Kompetanseutvikling for leger og hjemmetjeneste

Bruk av bestillers ressurser og kompetanse vil bli mer effektiv dersom de andre aktørene i tjenestekjeden gjør sine oppgaver og forstår dem i et helhetlig tjenesteperspektiv. Prosjektet har dokumentert behov for å øke kunnskapen om pasientforløp, vedtaksprosesser og dokumentasjonskrav hos de andre aktørene i tjenestekjeden. Her sikter vi primært til fastlegene og dernest til hjemmesykepleien. Økt kunnskap om IPLOS er særlig aktuelt for hjemmesykepleien.

Vedlegg 1 Tabeller

Vedleggstabell 1.1 Saksbehandlingstider ved søknad om sykehjemsplass. Kilde: Oslo kommunes årsstatistikk.

Tabell 3 -2 - B - Saksbehandlingstider i pleie- og omsorgssektoren – institusjonstjenesten.

Bydel	2010	2009	2008	Snitt	
Bydel Vestre Aker	16,3	19,4	40,0	25,2	16-29 dg
Bydel Nordre Aker	20,8	23,0	22,0	21,9	
Bydel Grünerløkka	24,8	29,7	24,7	26,4	
Bydel Frogner	26,8	27,9	18,0	24,2	
Bydel Stovner	26,9	21,3	32,5	26,9	
Bydel Ullern	30,0	40,0	42,0	37,3	30-39 dg
Bydel Østensjø	30,8	25,4	17,3	24,5	
Bydel St. Hanshaugen	31,3	47,2	47,0	41,8	
Bydel Gamle Oslo	31,5	26,8	34,9	31,1	
Bydel Sagene	34,4	54,0	46,0	44,8	
Bydel Nordstrand	39,6	50,8	67,3	52,6	
Bydel Bjerke	43,9	36,1	28,7	36,2	40 - 95 dg
Bydel Grorud	45,5	57,1	25,0	42,5	
Bydel Søndre Nordstrand	61,5	37,1	50,0	49,5	
Bydel Alna	⁴⁴ 91,2	91,2	52,8	78,4	
Alle	37,02	39,1	36,5	37,6	

Vedleggstabell 1.2 Eksempel på håndtering av sykehjemssøknad:

Oppgave: Du mottar skriftlig søknad om langtidsplass 1. juli. I vedtaksmøtet 1. august blir dere enige om at søkeren skal få 4 ukers opphold på korttidsplass. 1 september innvilger dere langtidsplass.

Hva gjør dere på vedtaksmøtet 1. august:

Vedtar avslag på langtidsplassen og informerer om det?	5 %
Utsetter behandlingen av langtidsøknaden til etter at korttidsoppholdet er over?	77 %
Ikke sikker	1 %
Annet	16 %
Sum	100 %
Antall	74

⁴⁴ Bydel Alna har på desimalen samme saksbehandlingstid i 2009 og 2010. Det er neppe riktig.

Vedleggstabell 1.3 Om IPLOS: Hvor ofte skjer det at søkere ..

	Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Ikke svart	Sum	N
med hjemmesykepleie/hjemmehjelp har fått IPLOS-vurdering av personalet derfra?	12 %	51 %	26 %	8 %	1 %	1 %	100 %	74
fra korttidsavdeling på sykehjem har fått IPLOS-vurdering av sykehjemspersonalet?	22 %	43 %	16 %	16 %	1 %	1 %	100 %	74
fra sykehus har fått IPLOS-vurdering av sykehuspersonalet?	1 %	3 %	5 %	18 %	70 %	3 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.4 Er du enig eller uenig i følgende påstander om IPLOS?

	Helt enig	Ganske enig	Verken eller	Ganske uenig	Helt uenig	Ikke sikker	Sum	N
IPLOS er et nyttig hjelpemiddel ved gjennomføringen av vurderingsbesøk	12 %	46 %	27 %	9 %	3 %	3 %	100 %	74
Ulik IPLOS-vurdering fra ulike miljøer på samme bruker skyldes at vurderingene gjøres i ulike kontekster (og/eller ulike tidspunkt i et sykdomsforløp)	23 %	57 %	15 %	1 %	3 %	1 %	100 %	74
Ulik IPLOS-vurdering fra ulike miljøer på samme bruker skyldes at bruken av IPLOS ikke er standardisert	12 %	35 %	26 %	14 %	3 %	11 %	100 %	74
Ulik IPLOS-vurdering fra ulike miljøer på samme bruker skyldes at IPLOS ikke er et tilstrekkelig definert verktøy	23 %	46 %	15 %	9 %	1 %	5 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.5 Hvor ofte benyttes IPLOS når søknad om sykehjemsplass avgjøres?

	Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Ikke sikker	Ikke svart	Sum	N
Saksbehandler	45 %	22 %	10 %	12 %	6 %	2 %	2 %	100 %	49
Teamleder	50 %	25 %		13 %	13 %			100 %	8
Leder av bestillerkontoret	42 %	25 %	33 %					100 %	12
Annet	40 %	20 %	20 %	20 %				100 %	5
Alle	45 %	23 %	14 %	11 %	5 %	1 %	1 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.6 Hvor stor betydning har IPLOS-registreringen som grunnlag for tildeling av tjenester?

	Svært stor	Ganske stor	Ganske liten	Svært liten	Ingen	Ikke sikker	Sum	N
Saksbehandler	14 %	35 %	31 %	6 %	4 %	10 %	100 %	49
Teamleder	13 %	25 %	38 %	25 %			100 %	8
Leder av bestillerkontoret	8 %	33 %	33 %	25 %			100 %	12
Annet	20 %		60 %	20 %			100 %	5
Alle	14 %	31 %	34 %	12 %	3 %	7 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.7 I hvilken grad er egne skriftlige kriterier til hjelp for avgjørelsen om sykehjemstildeling?

	Svært stor grad	Ganske stor grad	Ganske liten grad	Svært liten grad	Ikke sikker	Sum	N
Saksbehandler	32 %	61 %	4 %		4 %	100 %	49
Teamleder	50 %	33 %	17 %			100 %	8
Leder av bestillerkontoret	10 %	70 %	10 %	10 %		100 %	12
Annet	25 %	25 %	50 %			100 %	5
Sum	29 %	56 %	10 %	2 %	2 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.8 Deltakere på vedtaksmøtet.

	Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Ikke sikker	Ikke svart	Sum	N
Leder av bestillerkontoret	78 %	14 %	3 %	3 %		3 %		100 %	74
Teamleder(e)	57 %	8 %		9 %	3 %		23 %	100 %	74
Saksbehandlere som har saksbehandlet søknader som skal opp i møtet	78 %	5 %	7 %	7 %	1 %	1 %		100 %	74
Saksbehandlere som ikke har saker til behandling	31 %	15 %	26 %	5 %	14 %	3 %	7 %	100 %	74
Bydelsoverlege	43 %	9 %	1 %	4 %	28 %	4 %	9 %	100 %	74
Representant for hjemmesykepleie/hjemmehjelp	22 %	4 %	3 %	4 %	50 %	3 %	15 %	100 %	74
Representant for korttidsavdeling/sykehjem	5 %	3 %		1 %	70 %	4 %	16 %	100 %	74
Fysio-ergo	12 %	4 %	4 %	8 %	54 %	4 %	14 %	100 %	74
Leder(e) på nivå over bestiller-leder	26 %	5 %	5 %	16 %	34 %	4 %	9 %	100 %	74
Andre	4 %	3 %	3 %	9 %	34 %	8 %	39 %	100 %	74

Vedleggstabell 1.9 Er du enig eller uenig i følgende utsagn?

	Helt enig	Ganske enig	Verken eller	Ganske uenig	Helt uenig	Ikke sikker	Ikke svart	Sum	N
I vanskelige saker er det viktig at den som fatter vedtak har truffet søker	84 %	7 %	4 %	5 %				100 %	74
Vi vurderer alltid tjenester på et lavere omsorgsnivå før vi eventuelt tildeler sykehjemsplass	81 %	19 %						100 %	74
Det hender vi innvilger søknader om langtidsplass som kunne vært avslått	4 %	7 %	14 %	31 %	41 %	4 %		100 %	74
Omtrent like sykehjemssøknader vil kunne ende opp med ulike vedtak fordi alternative tjenestetilbud (omsorgstrappen) er ulikt utbygd i bydelene	19 %	34 %	16 %	9 %	3 %	19 %		100 %	74
Hadde vi hatt bedre økonomi ville vi ha innvilget flere søknader for å etterkomme søkers ønske	14 %	24 %	12 %	28 %	14 %	4 %	4 %	100 %	74

Vedlegg 2 Dagsorden for nettverkssamlinger

Vedleggsfigur 2.1 Dagsorden for nettverkssamlinger med bydelene 21. 23. og 25. november 2010.

Dagsorden
8:30 - 9:00 Kaffe og presentasjon av prosjektet



9:00 - 9:50 **Hva skjer før søknaden registreres? Hva skjer ikke?**
Situasjonsbeskrivelse og diskusjon. Mål å finne spredning. Hva er bra og mindre bra?

10:00 – 10:50 **Hva skjer etter registrering og før vedtaksmøtet? Hva skjer ikke?**
Situasjonsbeskrivelse og diskusjon. Mål å finne spredning. Hva er bra og mindre bra?

11:00 – 11:50 **Hva skjer under vedtaket? Hva skjer ikke?**
Situasjonsbeskrivelse og diskusjon. Mål å finne spredning. Hva er bra og mindre bra?

11:50 - 12:30 Lunsj

12:30 – 13:20 **Hva skjer etter vedtaket?**
Situasjonsbeskrivelse og diskusjon. Mål å finne spredning. Hva er bra og mindre bra?

13:30 – 14:30 **Gruppearbeid**
1: På hvilke områder har andre bydeler en praksis egen bydel kan lære av?
2: På hvilke områder bør egen bydel bli bedre?
3: Pek på mulige forbedringstiltak
4: Hvilke forutsetninger må dere ha for å lykkes? Hva kan hindre dere i å lykkes?

- I fasen før søknad registreres?
- Mellom registrering og vedtak?
- I vedtaksmøtet?
- Etter vedtaksmøtet?

14:40 – 15:30 **Oppsummering**

Vedleggsfigur 2.2 Dagsorden for nettverkssamlinger med bydelene 22. 24. og 26. mars 2011.

Dagsorden andre nettverksamling (21, 23, 25 mars 2011)

8:30 - 8:45 **Kaffe og oppstart**

9:00 - 9:15 **Presentasjon av prosjektet – hvor står vi og hva står igjen?**

Prosjektets problemstillinger og utfordringer, Fafo

Hovedtrekkene i bydelenes egendefinerte utfordringer listes opp.

9:30 - 10:30 **Case del 1:** Bydelene går i grupper og løser 3 caseoppgaver

10:45 - 12:00 **Case del 2**

Diskusjon av casene i plenum. Hvor likt/forskjellig vurderer bydelene ulike sider ved casene? Hva blir utfallet av saksbehandlingen? Og hva kunne ført til andre utfall?

11:00 - 12:30 **Lunsj**

(12:30 - 13:15 **Bydelene presenterer hvordan de har jobbet med oppgavene fra forrige samling**)

13:30 - 15:15 **Gjennomgang av hovedtemaene det har vært jobbet med i bydelene**

Basert på innsendte målformuleringer fra hver bydel etter gruppearbeid på forrige samling med følgende spørsmål:

1: På hvilke områder har andre bydeler en praksis egen bydel kan lære av?

2: På hvilke områder bør egen bydel bli bedre?

3: Pek på mulige forbedringstiltak

4: Hvilke forutsetninger må dere ha for å lykkes? Hva kan hindre dere i å lykkes?

I fasen før søknad registreres? Mellom registrering og vedtak. I vedtaksmøtet. Etter vedtaksmøtet.

15:15 - 15:30

Oppsummering

Vedlegg 3 Intervjuguide ved samtaler med bestillerenhetene i 15 bydeler, 2010

Denne guiden ble brukt under intervjuer med bestillerkontorene. En noe omarbeidet versjon ble benyttet i de andre intervjuene.

1: Dokumentasjon fra bydelene

Når Fafo kommer til bydelene ønskes følgende skriftlige dokumentasjon:

- Bydelens strategi- og målformuleringer, måltall for sykehjemsplasser
- Relevante revisjoner og andre bydelsinterne vurderinger av sykehjemssituasjonen, årsmeldinger, regnskap etc
- Rutiner, prosedyrebeskrivelser og andre verktøy som benyttes, herunder også ”vedtaksteamets” sammensetning
- 3 vedtak: en enkel tildeling, en vanskelig tildeling og ett avslag
- Et organisasjonskart som viser bestillerenhetens plass i bydelsorganisasjonen
- Oversikt over bestillerenheten: antall ansatte, yrkessammensetning, eventuelle underavdelinger/team

2: Intervjuguide, bestillerkontoret

Litt om prosjektet:

Kort om Fafo og prosjektet og om bydelsrepresentantenes bakgrunn og tilknytning til bydelen.

1: Arbeidsmetodikk, registrering og kommunikasjon med søker (ikke funksjons-/behovsvurdering)

- Hvor ofte får dere inn søknader om sykehjemsplass?
- Hvordan ser en typisk søknad ut?
- Hva skjer med søknaden når den kommer?
- Hvordan registreres søknader? Bruk av Geric.
- Når blir en henvendelse registrert som søknad? (skriftlig/muntlig)
- Nedtegnes referater fra møter og muntlige samtaler, journalplikt etc.?
- Hvordan skjer kvalitetssikring av søknader og brukemedvirkning?
- Hvordan ivaretas veiledningsplikt og likebehandlingsprinsippet?
- Hva betyr søkerkompetanse hos bruker/søker, pårørende og lege for saksbehandlingen?
- Hva oppfattes som en enkel versus en vanskelig/ressurskrevende sak?

- Hvilke retningslinjer/verktøy har dere for saksbehandlingen?
- Er disse verktøyene gode nok?

2: Hvordan skjer funksjons- og behovsvurdering?

- Hvordan dokumenteres det at brukeren er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og ute av stand til å mestre dagliglivets gjøremål?
- Hvordan forsikrer saksbehandler seg om at det ikke foreligger sosialt nettverk eller offentlig hjelp som kan kompensere for funksjonstapet i eget hjem?
- Hvordan benyttes IPLOS, Gericar?
- Sterke og svake sider ved IPLOS?

3: Innvilgelse, avslag og alternative tilbud

- Hvordan fattes beslutninger?
- Hvordan jobbes det i vedtaksmøtene? Brukes vedtaksteam? Hvordan er dette sammensatt? Alternativer?
- Hvordan er vedtak formulert?
- Hvordan følges avslag opp?
- Bruk av alternative løsninger, utredningsopphold "omsorgstrappen" mv.

4: Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

- Hvilke tverrfaglige aktører finnes?
- Hvordan foregår tverrfaglig samarbeid?
- Hvordan er samarbeidet med Sykehjemsetaten
- Brukerrepresentanter (organisasjoner, tillitsvalgte)

5: Kommentere og forklare bydelens tall i tabellene om

- Saksbehandlingstid
- Ventetid
- Avslag
- Funksjonsvurdering
- Forskjellen på vellykket og mindre vellykket behandling av søknad

6: Utviklingstrekk

- Hva er blitt bedre/verre siste årene?
- Hva bør bli bedre og hvordan kan det gjøres?

7: Diverse

- Synspunkter på presseoppslag
- Behovet for dette prosjektet

8: Bestillerenhetens plass i bydelens organisasjon

9: Enhetens størrelse/bemanning, faglig sammensetning og interne organisering

10 Antall søknader og type søknader som behandles i løpet av et år

11 Trekk ved bydelen

- Økonomi
- Kapasiteten ved sykehjemmene i egen sykehjemskapasitet
- Bydelsutvalget (politikere)

12 Noe mer som bør med?

Vedlegg 4 Omsorgstrappen i Bydel Østensjø

Trinn 1

Tjenester for hjemmeboende uten søknad/henvvisning til bydelen

Trygghetsavdelinger

Trygghetsavdeling er et botilbud til eldre som opplever en vanskelig hjemmesituasjon. Opphold inntil 21 døgn. Man må ringe selv, tlf. 810 00 030 (døgnapent).

Treffsentra 60 pluss

Treffsentrene tilbyr et «servicetorg» med en rekke sosiale, kulturelle og andre tilbud

Manglerud Gård treffsenter 60 pluss: tlf. 23 43 89 20/21

Oppsal treffsenter 60 pluss: tlf. 23 43 81 34

Rustad treffsenter 60 pluss: tlf. 23 47 83 15

Bøler seniorsenter: tlf. 22 26 26 43

Oppsøkende fagkonsulent/seniorveiledning

Forebyggende hjemmebesøk tilbys innbyggere over 80 år, som ikke mottar pleie- og omsorgstjenester. Oppsøkende fagkonsulent tlf. 416 23 955 eller kontakt et av treffsentrene

Frivillighetssentraler

Frivillighetssentralene kan tilby besøksvenn, turvenn, følgetjeneste, hjelp til enkle praktiske oppgaver, m.m. Trenger du en tjeneste, eller vil du selv bidra med tjenester?

Bøler Frivillighetssentral: tlf. 23 47 80 05

Manglerud Frivillighetssentral: tlf. 22 76 06 56

Oppsal Frivillighetssentral: tlf. 22 75 84 84

Fastleger

Alle har sin fastlege. Fastlegen har ansvar for behandling i primærhelsetjenesten. Fastlegen kan også henvise til privatpraktiserende spesialist, sykehus og fysioterapeut.

Fysikalske institutter

Privatpraktiserende fysioterapeuter som gir trening og behandling.

Trygghetsavtale

Oppsøkende fagkonsulent og/eller treffsentrene kan bistå med en personlig avtale med aktuelle tilbud for deg.

Trinn 2

Andre tjenester for hjemmeboende

Tilrettelagt bolig

Kommunale utleieboliger for eldre og funksjonshemmede som har behov for en tilpasset bolig.

Boligkontoret tlf. 23 48 00 90

TT-ordning og Flexitransport

TT-ordningen: transporttilbud for personer med forflyttings- eller synshemming som ikke kan benytte kollektivtransport. De som har TT-kort eller som får det innvilget, kan melde seg på Flexitransport tlf. 23 01 05 88

Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52 for søknad om TT-kort

Flexitransport: transporttilbud for innbyggere i bydelene Østensjø og Nordstrand.

Personer uten TT-kort, men med dokumentert særskilt transportbehov, kan søke.

Søknadskjema: på bydelenes nettsider, eller ved henvendelse

tlf. 23 01 05 88 eller tlf. 23 47 80 52.

Flexitransport: sosialt og hyggelig transporttilbud basert på samkjøring og forhåndsbestilling. Mennesker i samme område og som skal i samme retning, reiser sammen i egne minibusser. Brukerne blir fraktet trygt fra dør til dør. Egenandelen pr. reise: 2010 kr. 30,-

Trygghetsalarm

Ved utløsning av alarm blir man oppringt straks, og det blir hjemmebesøk om det er behov for det. Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52

Trinn 3

Tjenester for hjemmeboende

Dagsenter

For eldre med behov for ernæringsstilbud, aktivisering, sosial kontakt. Bydelen har plasser ved Langerud sykehjem, Oppsalhjemmet og i Rustadgrenda 1 og ved Manglerudhjemmet (dette er for personer med aldersdemens). Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52

Dagrehabilitering

For hjemmeboende med opptreningsbehov. Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52.

Hjemmesykepleie dag/kveld/natt

Gir nødvendig helsehjelp til hjemmeboende syke eller funksjonshemmede, etter vedtak fra Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52.

Innsatsteam

Teamet kan benyttes midlertidig der søknadskontoret bestemmer det, ved utskrivinger etter korttids- og sykehusopphold, som et Supplement til hjemmesykepleie.

Spesialsykepleier for oppfølging av alvorlig syke

Koordinering av tjenester og i samarbeid med sykehus.

Søknadskontoret tlf. 23 47 80 52.

Demenskoordinator Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 32

Hjemmehjelp/praktisk bistand

Gis til personer som er helt avhengig av personlig eller praktisk hjelp, for å greie dagliglivets gjøremål. Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52.

Ergo- og fysioterapitjenesten:

Ergoterapeut vurderer funksjon i dagliglivets aktiviteter. Bistår ved søknader om

nødvendige trygde-finansierte hjelpemidler tlf. 23 47 83 00

Fysioterapeut vurderer fysisk funksjon og kan gi behandling/opptrening i hjemmet til personer over 18 år, som ikke har mulighet for å komme til fysisk institutt.

Trinn 4

Heldøgntjenester for hjemmeboende

Korttidslenheter i bofellesskap

Tilbud for eldre som midlertidig ikke kan bo hjemme av helsemessige og praktiske årsaker. Bestillerkontoret 18+ tlf. 23 47 80 52.

(Trinn 4 fortsetter)

Korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem

Midlertidig opphold for personer med behov for døgkontinuerlig pleie og medisinsk tilsyn/oppfølging. Kan også være rullerende opphold i sykehjem, i faste perioder. Bestillerkontoret 18+tlf. 23 47 80 52

Intermediær/spesialisert korttidsenhet - i samarbeid med Ullevål sykehus

Gir pasienter over 60 år pleie og medisinsk behandling i 2 til 3 uker i overgangen mellom sykehus og eget hjem, hvor det ikke lenger er behov for behandling i sykehus, men hvor pasienten trenger oppfølging før hjemreise.

Trinn 5

Langtidsopphold i institusjon

Permanent opphold i aldershjem og sykehjem

Aldershjem:

er et institusjonstilbud til eldre som trenger et døgkontinuerlig tilsyn, men som ikke har omfattende pleie- og omsorgsbehov som krever sykehjem.

Sykehjem:

er et døgkontinuerlig tilbud til personer som har omfattende pleie- og omsorgsbehov. Bestillerkontoret 18+tlf. 23 47 80 52.

Rustad bokollektiv:

for demente; et botilbud for eldre med diagnosen aldersdemens, som er relativt fysisk friske, og uten krevende adferdsproblemer.

Bestillerkontoret 18 +

Bestillerkontoret 18 + gir informasjon om, tar i mot og behandler søknader og tildeler tjenester innen områdene pleie, rehabilitering og omsorg etter gjeldende lovverk til innbyggere over 18 år. Tjenestene omfatter bla. trygghetsalarm, TT-tjenester, dagsenter, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, dagtilbud, omsorgsboliger/tjenester, omsorgslønn, korttids- og langtids plass i institusjon og individuell plan.

Kontaktinformasjon og søknadsskjemaer

Ring 02180 om du ikke finner ønsket kontaktinformasjon i denne brosjyren.

Mer informasjon om tjenestetilbudet og tilgang til søknadsskjemaer

www.bos.oslo.kommune.no

Det finnes også mer utdypende brosjyrer for flere av tilbudene. For mer informasjon, ta kontakt med bydelens bestillerkontor 18+:

Telefon: 23 47 80 52 eller 02 180

Besøksadresse: Bølerlia 2 (ved Bøler senter)

Postadresse: Postboks 104 Bøler, 0620 Oslo

E-post: bestillerkontoret@bos.oslo.kommune.no

Omsorgstrappa i Bydel Østensjø

TRINN 5 Langtidsopphold i institusjon

- Langtidsopphold i aldershjem og sykehjem
- Langtidsopphold i bokollektiv for personer med demens

TRINN 4 Heldøgntjenester for hjemmeboende

- Korttidsleiligheter
- Korttids- og rehabiliteringsopphold i sykehjem
- Intermediær/spesialisert korttidsenhet i samarbeid med sykehus
- Omsorgsbolig med tjenester

TRINN 3 Tjenester for hjemmeboende

- Dagsenter
- Dagsenter for personer med demens
- Dagrehabilitering
- Hjemmesykepleietjeneste dag/kveld/natt
- Innsatsteam
- Spesialsykepleier for oppfølging av alvorlig syke
- Hjemmehjelp/praktisk bistand
- Ergo- og fysioterapitjenesten
- Fotterapi

TRINN 2 Andre tjenester for hjemmeboende

- Tilrettelagte boliger
- Transporttjenester: TT-ordning og flexitransport
- Trygghetsalarm

TRINN 1 Tjenester for hjemmeboende som ikke krever søknad/henvisning til bydelen

- Trygghetsavdelinger
- Treffsentra 60+
- Oppsøkende fagkonsulent og seniorveiledning
- Veiledning fra demenskoordinator
- Frivillighetssentraler
- Fastleger
- Fysikalske institutter
- Trygghetsavtale



Bydel Østensjø

Vedlegg 5 IPLOS-statistikk

Vedleggstabell 5.1 Andel innbyggere over 80 år som er på institusjon og andel institusjonsbrukere som etter IPLOS-beregning har omfattende bistandsbehov. Kilde: SSB .

	Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon			Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov: Tidsbegrenset opphold			Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov: Langtidsopphold		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
030101a Gamle Oslo	19,7	15,1	19	24,1	44,4	40,5	48,3	59,9	74,6
030102a Grünerløkka	23,7	20,8	19,4	50	51,7	42,2	67,9	71,2	72,1
030103a Sagene	24,2	22,8	23,7	26,8	40,9	66,1	62,5	69,9	63,1
030104a St. Hanshaugen	20,6	19,3	19,1	54,5	30	40,9	58,5	65,8	66,7
030105a Frogner	19,5	18,9	20	26,2	55,6	45,2	53	64,9	74,8
030106a Ullern	17,9	13,8	15,2	43,2	48,6	39,3	74,3	74,7	72,2
030107a Vestre Aker	12,8	13,4	15,2	43,8	43,1	39,7	64,3	76,9	78,4
030108a Nordre Aker	16,8	16,7	16,2	47,2	54,1	44,8	70,7	71,7	78,2
030109a Bjerke	17,7	15,5	14,3	29,3	28,6	48,7	65,3	70,7	79,5
030110a Grorud	18,7	18,4	19,9	20,7	37,5	26,9	60,9	61	72
030111a Stovner	16,3	11	13,8	53,1	35,5	52,3	61,9	66,9	78,8
030112a Alna	20	17,7	16,1	31,9	46,6	51,4	64,1	73,7	79,7
030113a Østensjø	15,3	16,3	17,3	22,4	41,7	40,5	60,7	65,9	71,5
030114a Nordstrand	16,8	15,8	18	41,9	45,2	27,3	71,1	77,3	74,2
030115a Søndre Nordstrand	13,2	11,5	12,5	50	67,9	62,2	65,5	74	71,8
Gjennomsnitt	18,2	16,5	17,3	37,7	44,8	44,5	63,3	69,6	73,8

Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2011:17
ISBN 978-82-7422-812-2
ISSN 0801-6143