



**Tildeling av helse- og
velferdstjenester**
Fredrikstad kommune
Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvsøy
21. mai 2015

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	6
2.1	Bakgrunn	6
2.2	Problemstilling og avgrensing	6
2.3	Metode og gjennomføring	6
2.4	Revisjonskriterier.....	7
2.5	Litteratur- og dokumentliste.....	7
3	HAR ETABLERINGEN AV TJENESTETILDELINGSKONTORET MEDFØRT EN PROFESJONALISERING AV TILDELINGSPRAKSISEN I KOMMUNEN, OG HAR ETABLERINGEN FØRT TIL ØKT KONTROLL MED KOMMUNENS RESSURSBRUK INNENFOR SEKSJON HELSE OG VELFERD?	8
3.1	Revisjonskriterier.....	8
3.2	Fakta.....	8
3.3	Vurderinger	21
4	HAR KOMMUNEN ETABLERT SYSTEMER FOR Å IDENTIFISERE HJEMMEBOENDE OVER 67 ÅR SOM HAR BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER?	24
4.1	Fakta.....	24
4.2	Oppsummering.....	25
5	FÅR DENNE GRUPPEN AV BRUKERE DE TJENESTER DE HAR BEHOV FOR?	26
5.1	Fakta.....	26
5.2	Oppsummering.....	28
6	KONKLUSJONER/ANBEFALINGER.....	29
7	RÅDMANNENS KOMMENTARER.....	31
8	VEDLEGG	33

1 SAMMENDRAG

Kommunesektoren forvalter felleskapets midler og leverer tjenester som er av stor betydning både for den enkelte og samfunnet som helhet. Offentlig virksomheter baserer seg på de fire grunnleggende forvaltningsverdiene: demokrati, rettsikkerhet, faglig integritet og effektivitet. En hensiktsmessig organisering og en god internkontroll vil i stor grad kunne bidra til å oppfylle kommunens målsetting om å sikre tildelingen av forsvarlige helse- og velferdstjenester, samt ivareta likhetsprinsippet innen tildelingen. Ivaretagelsen av dette er av avgjørende betydning for om kommunen oppfyller oppgaver i tråd med overnevnte forvaltningsverdier.

Seksjon for helse og velferd i Fredrikstad kommune har en nettoramme på ca. 1,5 milliarder kroner, dette tilsvarer om lag 44 prosent av kommunens totalramme. Rettferdig fordeling av midlene, samt god styring og kontroll av ressursene vil være avgjørende for kommunens økonomi og for kvaliteten på tjenestene som kan tilbys kommunens innbyggere.

Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet vurdert i hvilken grad etableringen av tildelingskontoret har medført en profesjonalisering av tildelingspraksisen, samt om etableringen har ført til økt kontroll med kommunens ressursbruk innenfor seksjon for helse og velferd. Rapporten inneholder også to deskriptive problemstillinger som beskriver i hvilken grad kommunen har etablert systemer for å identifisere hjemmeboende over 67 år med behov for pleie- og omsorgstjenester, samt i hvilken grad denne gruppen av brukere mottar tilstrekkelige tjenester.

Revisjonens gjennomføring

Revisjonen er gjennomført i perioden januar 2015 til april 2015. Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av intervju og dokumentanalyse.

På side 4-6 i rapporten redegjøres det for kontrollutvalgets bestilling, metode, gjennomføring, samt revisjonskriterier og hvilke dokumenter som har vært gjennomgang for analyse. Fakta knyttet til problemstilling 1 fremgår av sidene 6-18, og tilhørende vurderinger på side 18-21. Fakta knyttet til problemstilling 2 fremgår av sidene 22-23, med tilhørende oppsummering på side 23. Fakta vedrørende problemstilling 3 fremgår av sidene 24-26, med tilhørende oppsummering på side 26.

Revisjonens vurderinger er gjort med utgangspunkt i kommunens vedtatte målsettinger vedrørende gjennomføringen av seksjon for helse og velferds omorganisering. Utledning av revisjonskriteriene fremkommer av vedlegg, men er også oppsummert under aktuell problemstilling.

Revisjonens funn og konklusjon

Gjennom etableringen av tildelingskontoret har kommunens innbyggere en «dør» inn til kommunens helse- og velferdstjenester. Tildelingskontoret består av et samlet saksbehandlermiljø bestående av færre og mer spesialiserte saksbehandlere, samt at det er langt færre ledere med vedtaksmyndighet, enn hva som var tilfelle ved tidligere organisering. Tildelingskontoret har utviklet saksbehandlingsrutiner med tilhørende kriterier for tildeling, samt at virksomheten har et sterkt fokus på lovverk og tildelingskriterier ved tildeling av tjenester. Seksjonen arbeider, på revisjonens tidspunkt, med å utarbeide overordnede tjenestebeskrivelser. Det fremkommer også av fakta at ny organisering har ført til en langt bedre tjeneste- og tilgjengelighetsoversikt. Samtlige av de overnevnte tiltakene er, etter revisjonens oppfatning, med på å bidra til at tildelingen av forsvarlige og riktige tjenester sikres, samt at de tilrettelegger for prinsippet om likebehandling på en god måte.

Selv om revisjonen ikke har mulighet til å sammenligne eldre restansetall med dagens

tall, opplever revisjonen at tildelingskontoret har god kontroll vedrørende sine restanser.

Seksjonens organisering vektlegger en inndeling etter tjeneste- og fagområder, samt en sentralisering og samling av ansvarsområder under tildelingskontoret, dette fremstår for revisjonen, som gode tiltak for å styrke seksjonens styring og kontroll av ressurser. Etter revisjonens vurderinger skaper dagens ledelsesstruktur gode kontroll- og rapporteringslinjer.

Seksjonen arbeider, på revisjonens tidspunkt, med å implementere verktøy for aktivitetsbasert rammefinansiering. Dette innebærer at de tjenesteproduserende enhetene skal få beregnet sine budsjettammer etter det omfanget av tjenester de yter.

Seksjonen befinner seg forholdsvis tidlig i implementeringsfasen, det er dermed vanskelig for revisjonen å konkludere med om målene, som fremkommer av revisjonskriteriene, er nådd eller vil nås. Likevel fremstår det for revisjonen som om forberedelsene til implementeringen av modellen, som har bestått i å utarbeide detaljerte brukerdata, har medført flere positive effekter for seksjonens styring og kontroll.

Ved at tjenesteproduserende enheter får beregnet budsjettammer etter det omfanget av tjenester de yter, vil nødvendigvis fordelingen av midlene mellom virksomhetene bli mer rettferdig, dette vil også kunne skape sterkere tillit til at rammene er rett fordelt. Ovenfornevnte betinger at seksjonens brukerdata til enhver tid er valide og oppdaterte. Et detaljert kunnskapsgrunnlag skaper også god styringsinformasjon for seksjonens ledelse.

Samarbeidet mellom tildelingskontoret og utøvende virksomhet sikres i stor grad gjennom samarbeidsavtaler og formaliserte møtepunkter.

Hva gjelder problemstilling 2 finner revisjonen at Brukerombudet i Fredrikstad og

kommunens administrasjon bedriver oppsøkende virksomhet overfor eldre. Dette består av utsendelse av informasjonsskriv til samtlige innbyggere som fyller 75 og 80 år.

Revisjonen finner videre at kommunens antatte ressursfordelingsskjevhet mellom brukere under og over 67 år ikke ser ut å skyldes at brukere over 67 år mottar for lite tjenester. Statistikk som fremkommer av faktafremvisningen viser derimot at brukere under 67 år mottar mer tjenester per bruker i Fredrikstad sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner.

Kommunens praksis inneholder også enkelte svakheter som, etter revisjonens vurdering, kan medføre risiko for seksjonens ressursfordeling, tjenester og ansatte.

Det fremkommer av fakta at det er flere uklarheter og svakheter i samarbeidet og kommunikasjonen mellom tildelingskontoret og etat hjemmesykepleie.

Ansaret og praksisen vedrørende vurdering og videreformidling av brukers endrede behov fremstår som for dårlig implementert i etat hjemmesykepleie. Ifølge revisjonen er praksisen vedrørende dette viktig, både for å sikre at brukere mottar forsvarlige og riktige tjenester, men også for å synliggjøre brukerbehovet godt nok, slik at utøvende virksomhet mottar tilstrekkelig ressurser for å utføre tjenesten.

Videre fremkommer det at det er uklarheter vedrørende ansvarsfordelingen mellom tildelingskontoret og etat hjemmesykepleie rundt praksis for vurderingsbesøk, samt uenigheter vedrørende i hvilken grad utøvende virksomhet skal kunne medbestemme i utøvelsen av vedtak. Ifølge revisjonen vil dette kunne skape frustrasjon blant ansatte, samt skape misforståelser mellom virksomheter. I verste fall kan dette få negative innvirkninger på kvaliteten i tjenestene som ytes.

Med bakgrunn i konklusjonen og de vurderinger av fakta denne bygger på, anbefaler revisjonen at kommunen bør:

- Ytterligere avklare og implementere grensesnittet/ansvarsområder mellom tildelingskontoret og utøvende virksomhet. Et godt samarbeid med tydelige og avklarte ansvarsområder vil blant annet kunne minimere risikoen misforståelse og uenigheter mellom virksomheter/etater.

Revisjon takker for samarbeidet og bistanden i forbindelse med revisjonen.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Plan for forvaltningsrevisjon 2014–2015 ble vedtatt i bystyret 23. januar 2014, sak 1/14, og i henhold til denne er «Tildeling av helse- og velferdstjenester» neste prosjekt på planen. Planen sier følgende om bakgrunnen for prosjektet:

«Kommunen har hatt en rekke utfordringer innenfor tjenestene. Blant annet påpekes det i årsrapport og handlingsplan en rekke svakheter knyttet til saksbehandling etter forvaltningsloven. Videre påpekes bruk av relativt mye ressurser til brukere under 67 år. Dette er nærmere beskrevet i overordnet analyse.»

Flere av utfordringene forventes løst gjennom opprettelsen av tildelingskontoret. Sammenlignet med gammel organisering, skal ny organisering legge bedre til rette for forsvarlige tjenester med riktig kvalitet til alle som trenger det, likeverdige tjenester, rett fordeling av budsjettmidler, god økonomisk styring, robuste fagmiljøer og god ledelse.

Samtidig foreslås det en rekke innsparingstiltak som kan medføre økt press på tjenestene, for eksempel reduksjon i årsverk.

I tillegg til disse utfordringene, kommer utfordringene som Samhandlingsreformen skaper ved at kommunen i stadig større grad må ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Dette skaper ytterligere press på kommunens ressurser. I lys av dette er kontrollutvalget bekymret for eldre hjemmeboende over 67 år, særlig de

ressurssvake som ikke har pårørende eller andre som kan ivareta deres interesser. Hvordan kartlegges og vurderes behov i denne gruppen? Får denne gruppen brukere de tjenestene som de har rett på?

For ytterligere omtale av prosjektet, vises det til beskrivelsen i Overordnet analyse».

Plan for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt i kontrollutvalget 21. november 2014, sak 14/34.

2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. Har etableringen av tjenestetildelingskontoret medført en profesjonalisering av tildelingspraksisen i kommunen, og har etableringen ført til økt kontroll med kommunens ressursbruk innenfor seksjon helse og velferd?
2. Har kommunen etablert systemer for å identifisere hjemmeboende over 67 år som har behov for pleie- og omsorgstjenester?
3. Får denne gruppen av brukere de tjenestene de har behov for?

2.3 Metode og gjennomføring

Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med "Standard for forvaltningsrevisjon" (RSK 001). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom fakta, og revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Fakta plasseres under egen overskrift, og er en gjengivelse av informasjon som revisjonen har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen. Informasjonen bygger på beskrivelser hentet fra skriftlige dokumenter, mappegjennomgang, spørreundersøkelse og/eller verifiserte intervjuer. Det gjøres oppmerksom på at fakta i noen tilfeller kan gjengi kommunens egen vurdering eller opplevelse av en gitt tilstand. Fakta kan også være

enkeltpersoners meninger, erfaringer eller holdninger.

Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse og intervju. Hvilke dokumenter som har vært gjenstand for dokumentanalysen fremgår av pkt. 2.5.

Det er gjennomført intervju med følgende:

- Kommunalsjef for helse og velferd
- Stabsleder for helse og velferd
- Spesialkonsulent plan og økonomi
- Brukerombudet i Fredrikstad kommune
- Virksomhetsleder tildelingskontoret
- Avdelingsleder ved tildelingskontoret (avdeling 2)
- Etatsleder hjemmesykepleie
- Etatsleder omsorgssentre
- Etatsleder medisinske tjenester
- Etatsleder tjenester til funksjonshemmede
- Virksomhetsleder friskliv og mestring
- Virksomhetsleder mat, vaskeri og praktisk bistand
- Nestleder NAV

I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informanten. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Bjørnar Bakker Eriksen i perioden januar til april 2015.

2.4 Revisjonskriterier

Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25.9.1992 nr.107 (kommuneloven).

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.6.2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Handlingsplan for seksjon omsorg og sosiale tjenester 2012-2015.
- Sak PS 30/12 «*Ny organisering av seksjon for omsorg og sosiale tjenester: Opprettelse av enhet for tjenestetildeling og stabsenhet samt innføring av aktivitetsbasert budsjettmodell*» behandlet i sosial- og omsorgsutvalget 13.6.2012.
- Sak 37/12 «*Ny organisering av seksjon for omsorg og sosiale tjenester: Endret driftsorganisering*» behandlet i sosial- og omsorgsutvalget 20.6.2012.

Utleddning av revisjonskriteriene følger under problemstilling 1, mens problemstilling 2 og 3 er besvart som deskriptive problemstillinger.

2.5 Litteratur- og dokumentliste

Følgende dokumenter ligger til grunn for faktafremstillingen:

- Handlingsplan 2015-2018 og budsjett 2015 for seksjon helse og velferd.
- Samtlige etats- og virksomhetsplaner innen seksjon for helse og velferd.
- ASSS-nettverket 2014, kommunalrapport.
- Deloitte rapport «*Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører modellen*».
- Diverse politiske vedtak behandlet i sosial- og omsorgsutvalget/helse- og omsorgsutvalget i tidsperioden 2012 til 2014.
- Diverse rutiner og prosedyrer.

3 HAR ETABLERINGEN AV TJENESTETILDELINGSKONTORET MEDFØRT EN PROFESJONALISERING AV TILDELINGSPRAKSISEN I KOMMUNEN, OG HAR ETABLERINGEN FØRT TIL ØKT KONTROLL MED KOMMUNENS RESSURSBRUK INNENFOR SEKSJON HELSE OG VELFERD?

3.1 Revisjonskriterier

Med bakgrunn i utledningen av revisjonskriteriene i vedlegg 1 bør etableringen av tildelingskontoret ha medført en profesjonalisering av kommunens tildelingspraksis, herunder:

- En felles «inngang» for å søke om tjenester,
- Sikre forsvarlige tjenester med riktig kvalitet til alle som trenger det,
- Økt grad av likeverdig behandling av kommunens innbyggere,
- Bedre ivaretagelse av helhetsspektivet, ved at alle tjenester ses i sammenheng,
- God restansekontroll, samt kontroll med ugyldige vedtak,
- Bedre styring og kontroll av ressurser,
- For å sikre overnevnte bør det foreligge et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og tjenesteyterne.

Videre bør kommunens omorganisering ha bidratt til bedre styring og kontroll av seksjonens økonomi, herunder:

- Bedre styringsinformasjon og beslutningsgrunnlag,
- Større insentiver til effektivisering,
- Økt forståelse av sammenhengen mellom kostnad, volum og hva som påvirker kostnadene,
- Gi politikerne tydeligere ansvar og mulighet for oppfølging innenfor tjenesteområdet,
- Mer rettferdig fordeling av midler mellom virksomhetene,
- Tillit til at økonomiske rammer er rett fordelt.

3.2 Fakta

Seksjon for helse og velferd

Seksjon for helse og velferd yter tjenester innen følgende områder:

- Tjeneste- og boligtildeling
- Tjenester til funksjonshemmede, boveiledning, aktivitet og avlastning
- Omsorgssentre; omsorgstjenester i omsorgsbolig og institusjon
- Akuttavdeling, lindrende enhet, rehabiliterings- og korttidstilbud i institusjon
- Medisinske tjenester med legevakt, feltpleie, overgrepsmottak og tjenester til asylmottak
- Hjemmesykepleie, dagtilbud til eldre
- Rus- og psykisk helsearbeid, miljøarbeidertjeneste
- Frisklivs-, lærings- og mestringstiltak (forebygging, behandling og rehabilitering)
- Fysio- og ergoterapitjenester
- Mat til eldre og funksjonshemmede, praktisk bistand i hjemmet og vaskeritjenester
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn
- Oppfølging av fastlegeordningen
- Sosiale tjenester, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram (KVP), arbeids- og sysselsettingstiltak og introduksjonsprogram for flyktninger

Seksjonens tjenester er i stor grad rettighets- og søknadsbaserte. Både kommunalsjef og virksomhetsleder tildelingskontoret understreker at samtlige som søker om lovfestede tjenester, og som fyller vilkårene for tildeling, skal få tjenestene de har krav på. Tildelingskontoret har utarbeidet saksbehandlingsrutiner med tilhørende kriterier for tildeling. Formålet med rutine

er å sikre at bruker får tildelt nødvendig og forsvarlig helsehjelp, avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunens ulike instanser, samt sikre tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom instansene.

Standard på samtlige tjenester vil defineres nærmere gjennom seksjonens nye tjenestebeskrivelser som er under utarbeidelse. Formålet med tjenestebeskrivelsene er å tydeliggjøre innholdet i samtlige tjenester seksjonen leverer, i et format som er lett tilgjengelig både for innbyggere, beslutningstakere og ansatte. Tjenestebeskrivelsene skal bidra til at seksjonens tjenester blir definert innenfor gjeldende lover og forskrifter, samtidig som de defineres innenfor et nivå som kommunen er i stand til å drifte. Dokumentet skal tydeliggjøre hvilket nivå tjenestene skal ligge på, både ovenfor utøvende virksomheter og kommunens innbyggere. Tjenestebeskrivelsene kommer i tillegg til de kriterier, rutiner og prosedyrer som allerede foreligger i kommunens kvalitetssystem.

Tjenestebeskrivelsene skal inneholde:

- Kort beskrivelse av den enkelte tjeneste.
- Beskrivelse av hva tjenesten ikke inneholder.
- Hvem kan få tjenesten?
- Tjenestetilbud/kvalitet, herunder hva tjenesten omfatter og eventuelt hva den ikke omfatter.
- Hva tjenestemottaker kan forvente av tjenesten.
- Hva som forventes av tjenestemottaker.
- Hva tjenesten koster.
- Hvordan man søker på tjenesten.
- Hvordan saksbehandlingen foregår.
- Hvor man finner mer informasjon.

Seksjonens tjenestebeskrivelser skal opp til politisk behandling i løpet av våren 2015.

Ifølge kommunalsjef skal samtlige vedtak som fattes og tjenester som utføres av seksjonen minst være «forsvarlig +», sett oppimot lovverkets krav om forsvarlighet. En slik faglig tilnærming skal sikre at ingen innbyggere i kommunen mottar vedtak eller tjenester som

faller under forsvarlighetskravet. Samtidig fremheves det at kommunen har en skatteinntekt på ca. 80 prosent av gjennomsnittet av kommunene i landet (før inntektsutjevningen i inntektssystemet). Standarden på tjenestene vil naturlig nok måtte stå i forhold til kommunens inntektsgrunnlag.

Organisering og omorganisering innen seksjon for helse og velferd

Seksjon for helse og velferd har fra og med 1.1.2013 vært gjennom en omfattende omorganiseringsprosess. Seksjonens omorganisering er behandlet av sosial- og omsorgsutvalget¹ i sak 30/12 og sak 37/12. Det er rapportert på status for gjennomføring fortløpende. Ifølge kommunalsjef var det en felles erkjennelse av, og en enighet om, at seksjonens tidligere organisering var utdatert, og at seksjonen hadde betydelig forbedringspotensial innen ledelse, styring og kontroll. En av hovedårsakene til omorganiseringen var seksjonens pressede økonomiske rammebetingelser, med betydelig vekst i behov og kostnader. Gjennom samhandlingsreformen, som ble iverksatt fra 2012, var det forventet at kommunen ville få et sterkere trykk av brukere med behov for flere og mer avanserte helsetjenester, og dermed mer kompliserte oppgaver å løse innen både helsefag, økonomi og ledelse.

I forkant av omorganiseringen gjennomførte kommunen en bred utrednings- og medvirkningsprosess, med en rekke heldagssamlinger, møter og utredningsgrupper som arbeidet med utformingen og gjennomføringen av organiseringen. Prosessen involverte ledere, stab, HMS-avdeling, berørte ansatte, hovedtillitsvalgte, hovedvernombud og leder og nestleder i helse- og velferdsutvalget (observatører). Kommunen har vært opptatt av hva som har fungert i andre kommuner, det er blant annet samarbeidet med Trondheim og Kristiansand.

¹ Skiftet navn til helse- og velferdsutvalget i 2012.

Seksjonens omorganisering omhandler to hovedelementer. For det første har seksjonen endret sin driftsorganisering, og for det andre er det blitt opprettet en egen enhet for tjenestetildeling. Formålet med omorganiseringen var å sikre forsvarlige tjenester med riktig kvalitet, mer likeverdige tjenester til innbyggerne i hele kommunen, mer robuste fagmiljøer med bedre utviklingsmuligheter, samt bedre ledelse, samordning og økonomistyring.

Før omorganiseringen bestod seksjonen av 25 virksomheter. Organiseringen var preget av stor variasjon i størrelse og kompleksitet mellom virksomhetene, samt ulike ledernivåer og kontrollspenn. 21 av virksomhetene rapporterte til fagsjef omsorg, mens de øvrige 4 virksomhetene rapporterte direkte til kommunalsjef. Organisasjonsmodellen opplevdes utydelig i forhold til utøvelse av lederskap og la i liten grad til rette for likeverdig ledelse av tjenesteområdene. Kommunalsjef fremhever at ny ledelsesstruktur er langt mer balansert og hensiktsmessig sammensatt.

Seksjon for helse og velferd består på revisjonens tidspunkt av fire fagetater med underliggende virksomheter, to virksomheter med hele kommunen som nedslagsfelt, en tjeneste- og boligtildelingsenhet (virksomhet tildelingskontoret for helse og velferd), den kommunale delen av NAV Fredrikstad (arbeids- og velferdsforvaltningen) og kommunalsjefens stab (virksomhet stab helse og velferd). Av hensyn til omfang på tjenesteområdene betegnes 4 av områdene som etater, med underliggende virksomheter og avdelinger. Hver etat har en etatsleder med hovedansvar for tjenesteområdet.

Seksjonen har innført etatsnivå for:

- Hjemmesykepleie
- Medisinske tjenester
- Omsorgssentre

- Tjenester til funksjonshemmede

Etatene består av til sammen 21 underliggende virksomheter.

3 av områdene betegnes som virksomheter, med underliggende avdelinger, disse virksomhetene har kommuneovergripende funksjoner. Hver virksomhet har en virksomhetsleder med hovedansvar innenfor tjenesteområdet.

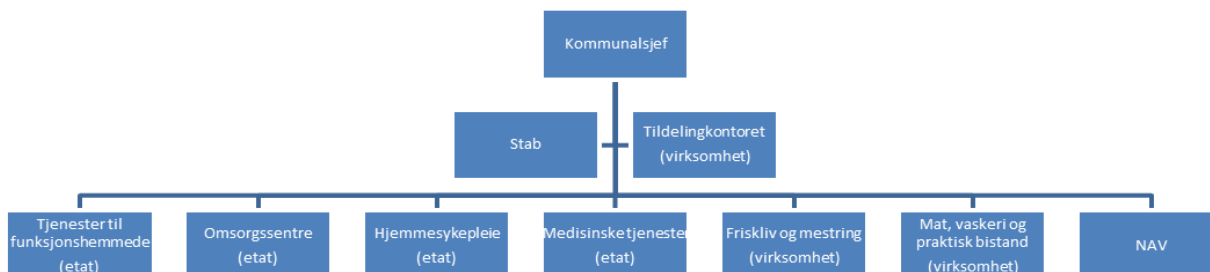
Seksjonen har innført kommuneovergripende virksomheter for:

- Friskliv og mestring
- Mat, vaskeri og praktisk bistand
- Tildelingskontoret for helse og velferd

Virksomhetene består av til sammen 13 underliggende avdelinger. I tillegg er stab helse og velferd også organisert som en virksomhet.

Etat hjemmesykepleie, omsorgssentre og tjenester til funksjonshemmede har også etablert hver sine ressursenheter, i form av egne virksomheter. Ressursenhetene omfatter til sammen ca. 150 årsverk og fungerer som faste vikar- og ressurspooler. Hovedformålet til ressursenhetene er å levere personell til virksomheter ved sykefravær eller annen type fravær. Hensikten er å bidra til god og fleksibel bruk av seksjonens personalressurser for derigjennom å minimere bruken av vikarinneleie fra bemanningsbyråer og «ringelister». Målsettingen med tiltaket er mer planmessig drift med flere faste ansatte med formell fagkompetanse i større stillinger, framfor mange tilfeldige vikarer som opptjener ansettelsesrettigheter. Tiltaket skal komme både tjenestemottakere, ansatte og arbeidsgiver til gode.

Seksjonens administrative organisering illustreres av organisasjonskartet nedenfor:



Samtlige etats- og virksomhetsledere med kommuneovergripende ansvar inngår i kommunalsjefens ledergruppe (KLG), og rapporterer direkte til kommunalsjef.

Ny driftsorganisering innen seksjonen vektlegger en inndeling etter tjeneste- og fagområder. Hver enkelt leder har et overgripende ansvar for hele sitt tjenesteområde. Ved å samle virksomheter og beslektede tjenester under felles ledelse, legges det til rette for større likhet i tjenestetilbudet til kommunens innbyggere. Organiseringen gir bedre og tydeligere styring og kontroll, bedre ressursutnyttelse gjennom samordning og mer fleksibel bruk av ressurser innenfor samme tjenesteområde. Det at seksjonen har samlet tjenesteområdene i større etater, samt i større grad spesialisert tjenestene, gir også seksjonens ledelse bedre oversikt. Kommunalsjef fremhever dette som en stor administrativ og ledelsesmessig gevinst.

Som beskrevet tidligere var et av tiltakene som ble vedtatt i forbindelse med omorganiseringen endring av seksjonens praksis for utmåling og tildeling av tjenester.

Tjenestetildeling og vedtaksmyndighet var tidligere plassert ute i hver enkelt virksomhet. Tildeling av hjemmesykepleien ble blant annet saksbehandlet ute i de 8 åpen omsorg virksomhetene som hjemmesykepleien bestod av. Det var avdelingsledernivået innen hjemmesykepleien som saksbehandlet. Ingen saksbehandlet på fulltid, av den grunn var det svært mange ansatte som stod for tildelingen av seksjonens tjenester.

Organisering av tildelingskontoret

All brukerrettet saksbehandling er nå plassert i virksomhet tildelingskontoret.

Tildelingskontoret har vært operativt fra 1.1.2013 og har vært samlokalisert på helsehuset fra og med 1.4.2014.

Tildelingskontoret representerer en dør inn til kommunens helse- og velferdstjenester.² Stabsleder mener denne organiseringen skaper en lav terskel for å komme i kontakt med kommunen.

² Samtlige henvendelser mottas på telefonnummer 69 30 74 25, pr. post eller ved frammøte etter avtale.

Virksomheten utreder, koordinerer, saksbehandler og tildeler følgende tjenester³:

- Avlastning i og utenfor institusjon, for barn/unge og voksne/eldre
- Barnebolig
- Boligformidling, kommunale utleieboliger, tildelingsretter, omsorgsboliger til eldre, funksjonshemmede og personer med psykiske lidelser, og trygdeboliger
- Bolig – Husbankens startlån, tilskudd til kjøp av egen bolig, og tilskudd til tilpasning av egen bolig
- BPA – brukerstyrt personlig assistanse
- Dagopphold
- Dagsenter for eldre
- Dagtilbud for personer med funksjonsnedsettelse under 67 år og personer med demenssykdom
- Habilitering
- Hjemmesykepleie – helsetjenester i hjemmet
- Individuell plan (IP) og koordinator
- Kommunale akutte døgnplasser (KAD) – øyeblikkelig hjelp
- Omsorgslønn
- Praktisk bistand daglige gjøremål – hjemmehjelp
- Praktisk bistand og opplæring samt helsetjenester i hjemmet, i regi av etat
- Tjenester til funksjonshemmede
- Psykisk helsetjeneste
- Rehabiliteringsopphold – institusjon
- Rustjeneste – helsetjeneste og institusjon
- Støttekontakt- og aktivitetstilbud
- Sykehjem – korttidsopphold og langtidsopphold i institusjon
- Trygghetsalarm
- Privat kjøp av tjenester
- Vederlagsberegning sykehjem

Tildelingskontoret er organisert i 4 avdelinger, med hver sin avdelingsleder. Virksomheten har per 21.12.2014 47,4 årsverk, hvorav 35,9 benyttes til direkte saksbehandling. 4,5 årsverk benyttes til merkantile oppgaver, 2 årsverk benyttes til koordinering av saker og 2

³ Ifølge forslag til overordnet tjenestebeskrivelse som skal behandles i helse- og omsorgsutvalget 20. mai 2015.

årsverk benyttes i pasientkoordinatorrollen. Pasientkoordinatorerne er ansvarlig for den interne logistikken vedrørende utskrivningsklare pasienter. Avdelingslederne benytter ca. 50 prosent av sine stillinger til saksbehandling.

De aller fleste av virksomhetens saksbehandlere arbeidet også med saksbehandling i seksjonens tidligere organisering. Samtlige ansatte er høyskole- og/eller universitets utdannet innen vernepleie, sykepleie, sosionom, fysioterapi og juss. Flere ansatte har også videreutdanning innen ledelse, rus, psykisk helsearbeid, helserett og saksbehandling, aldring og eldreomsorg, tverrfaglig samarbeid, revisjonsarbeid, finans og økonomi.

I forkant av omorganiseringen ble det gjennomført utredninger omhandlende omfanget av tidligere saksbehandlingsressurser, samt fremtidig behov. Virksomhetsleder påpeker at utredningsarbeidet hadde flere svakheter. Tidsbruken som ble beregnet for flere arbeidsoppgaver som må gjennomføres i saksbehandlingsprosessen (f.eks. samtaler med pårørende og hjemmebesøk) er sterkt undervurdert. Det har også vært vanskelig å isolere og utregne den tiden som kun ble benyttet til saksbehandling tidligere, da avdelingssykepleierne også hadde andre arbeidsoppgaver. Det er derfor vanskelig å anslå om det benyttes mer eller mindre ressurser til saksbehandling i ny organisering.

Virksomheten fikk tilført et årsverk med juridisk kompetanse fra 1.1.2015. Juristen er ansatt i virksomhetens stab og skal arbeide på tvers av virksomhetens avdelinger. Mange søkere benytter advokater eller verger i søknadsprosessen, av den grunn er det behov for kompetanse som holder i det juridiske aspektet ved saksbehandlingen. Juristen skal også behandle klagesaker til Fylkesmannen. Tidligere hadde virksomheten bistand fra kommuneadvokaten 1,5 timer annenhver uke. Virksomhetsleder fremhever denne kompetansetilførselen som en stor kvalitetsforbedring. Helserettlovvingen er kompleks og utløser store kommunale

ressurser, at vedtakene kvalitetssikres av jurist før de sendes ut øker også rettsikkerheten til brukerne.

I løpet av 2015 vil virksomheten få tilført ytterligere 5 nye årsverk. 4 av årsverkene går til direkte saksbehandling, samt at det er opprettet en ny stilling som fagkoordinator. Fagkoordinator vil fungere som en IPLOS-controller.⁴ Arbeidet vil bestå i å kontrollere virksomhetenes IPLOS-score opp mot kvittert tid⁵, samt gjennomføre kvalitetsarbeid og internundervisning i virksomheten. I løpet av våren 2015 vil virksomheten dermed bestå av totalt 53,4 årsverk.

Ifølge kommunalsjef har seksjonen valgt å organisere seg med en type «bestiller-utfører» modell i den forstand at saksbehandlingen er sentralisert og profesjonalisert. En gruppe ansatte arbeider utelukkende med saksbehandling, mens en annen gruppe ansatte utfører tjenester i tråd med vedtakene. Samtidig tar seksjonen avstand fra andre klassiske kjennetegn med en «bestiller-utfører» modell. I en klassisk «bestiller-utfører» modell skal det blant annet være formell avstand mellom tildeling og utøvelse av tjenesten. Seksjonen har derimot valgt å fokusere på at det skal være løpende, åpen og transparent dialog mellom tildelingskontoret og de etatene/virksomhetene som yter tjenester. Ansatte i de utøvende tjenestene tas blant annet ofte med på vurderingsbesøk. I noen tilfeller baserer tildelingskontoret sine vedtak direkte på tilrådning fra utøvende tjeneste. Stabsleder mener denne dynamikken er svært viktig, både for å få det beste resultatet for brukeren, men også for å få til et godt samarbeid innad i kommunen.

⁴ IPLOS er en forkortelse for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk og omfatter informasjon om alle søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret har som mål å gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen og bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen og i tjenesten.

⁵ Kvittert tid er den tiden som faktisk er blitt benyttet hos bruker.

Faktaboks 4: Effektivitets- og kostnadsfremmende trekk ved en bestiller-utfører modell.

Det er ulike måter å organisere en bestiller-utfører modell på. Ifølge Deloittes studie, «Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen» fra 2012, er de effektivitetsfremmende elementene særlig knyttet til:

- Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden.
- Tydelighet i prioriteringen av søkerne og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov.
- Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens ressurser.
- Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten i tjenesten.
- Betaling til utfører basert på utført tid.
- Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenesten i forhold til eget funksjonsnivå.

De sterkeste kostnadsdrivende elementene er:

- Bestiller som kun har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og ikke har anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen.
- En større del av forvaltningsansvaret overlates til utføreren.
- En «ventelistepolitikk» som gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er.
- Tidsfestede vedtak i komplekse tjenester.
- Betaling utført basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid.
- Svake incentiver til å arbeide forebyggende.
- Sterkere fokus på søkers rettigheter enn det helsemessige behovet.
- Økt byråkratisering og mer ressurser til administrative oppgaver.

Ifølge kommunalsjef har seksjonen flere organisatoriske utfordringer som det arbeides videre med i 2015. Dette gjelder områder hvor organisasjonsmodellen er mindre opplagt enn i de tre største etatene. Det er blant annet igangsatt et faglig og organisatorisk utviklings- og forbedringsarbeid i virksomhet friskliv og mestring med vekt på tjenester innen rus, psykisk helse og boligsosialt arbeid. Det arbeides også med å gjennomgå og justere organiseringen i etat medisinske tjenester. Etaten har blant annet en for bratt

lederpyramide, hvor etatsleder leder to virksomhetsledere. Ifølge kommunalsjef er det ikke bærekraftig å opprettholde en så liten ledergruppe over tid.

I henhold til kommunalsjef har etableringen av tildelingskontoret for helse og velferd gitt flere umiddelbare positive effekter, men kontoret er fremdeles i etableringsfasen og vil ha potensiale for betydelig utvikling i årene som kommer.

Samtlige etats- og virksomhetsledere mener at de organisatoriske grepene som ble vedtatt i 2012 har vært riktig for seksjonen.

Likeverdig behandling

En viktig innfallsvinkel inn i seksjonens omorganisering har vært behovet for å sikre likeverdige og rettferdige tjenester av riktig kvalitet for samtlige av kommunens innbyggere med behov for bistand. Ifølge kommunalsjef har det i forbindelse med omorganiseringen blitt tydeliggjort at både omfang og kvalitet av tjenester tidligere har variert mellom kommunedelene, samt at det har vært, og fremdeles er, skjevheter i standard og nivå mellom tjenesteområdene.

Som beskrevet tidligere var saksbehandlingen av kommunens helse og velferdstjenester frem til 1.1.2013 plassert ute i seksjonens ulike virksomheter. I henhold til kommunalsjef var denne organisering svært sårbar, da saksbehandlere ofte saksbehandlet på egenhånd. Selv om det var opprettet møteplasser for saksbehandlerne, fantes det ikke et samlet saksbehandlermiljø. Saksbehandlerne hadde ulik kompetanse og erfaring, noe som skapte risiko for ulik vedtakspraksis mellom kommunedelene. Dagens organisering består av et samlet saksbehandlermiljø som er underlagt en felles ledelse. Kommunalsjef mener dette skaper lik praksis, planmessig fagutvikling og en profesjonalisering av saksbehandlingen.

Virksomhetsleder tildelingskontoret informerer om at saksbehandlerne i tidligere organisering i stor grad tildelte tjenester etter virksomhetens økonomiske ramme.

Virksomhetens økonomiske ramme ble slik sett avgjørende for hvilke og hvor omfattende tjenester som til enhver tid ble tildelt.

Helselovverket og kommunens tildelingskriterier ble i mindre grad benyttet enn hva som er tilfelle per dags dato. Tildelingspraksisen var av den grunn mer tilfeldig.

Tildelingskontoret har gjennomført flere kartlegginger som har påvist ulik tildelingspraksis innen flere områder. På bakgrunn av dette er det blant annet utviklet nye standarder vedrørende privat avlastning og omsorgslønn.

I henhold til virksomhetsleder har tildelingskontoret et sterkt fokus på lovverk og tildelingskriterier. Det er til enhver tid brukers behov som avgjør omfanget av tjenestene som tildeles. Dette sikrer en mer likeverdig fordeling, samt at tjenestene som tildeles til enhver tid er innenfor forsvarlighetskravet. Virksomhetsleder tildelingskontoret mener også et samlet saksbehandlermiljø skaper en mer skjønnsmessig lik utøvelse av faget. Det er utarbeidet standarder for tjenester, saker drøftes i felles saksbehandlerfora internt i virksomheten, dagens organisering består av færre og mer spesialiserte saksbehandlere, samt at det er langt færre ledere med vedtaksmyndighet. Samtlige av overnevnte faktorer sikrer, ifølge virksomhetsleder, en mer likeverdig behandling.

En mer likeverdig og rettferdig tildeling av tjenester sikres også, ifølge virksomhetsleder tildelingskontoret, gjennom at tildelingskontoret innehar god oversikt over tilgangen og omfanget av samtlige tjenester seksjonen tildeler. Et eksempel på dette kan illustreres med kommunens korttidssenger. Tidligere disponerte hver sone i hjemmesykepleien hver sine korttidssenger. Seksjonen hadde ikke en overordnet oversikt eller koordinering av sengene. Søkere i en sone kunne dermed få avslag, med den begrunnelse at det ikke fantes ledige senger, samtidig som andre soner hadde tilgjengelig kapasitet. Tildelingskontoret, samt alle som drifter sykehjem, benytter «plassadministrasjon». Dette er en funksjon i

Gerica⁶ som sikrer at alle instanser til enhver tid har oversikt over samtlige av kommunens ledige korttids- og langtids plasser. Det er behovet som avgjør hvilke tjenester søker mottar, hvor i kommunen søker bor har ikke lengere en innvirkning for tildeling av tjenesten.

Samtlige etats- og virksomhetsledere revisjonen har intervjuet i forbindelse med revisjonen mener organiseringen av tildelingskontoret har ført til en mer likeverdig behandling ved fordelingen av kommunens helse- og velferdstjenester.

Etatsleder hjemmesykepleie opplever også at seksjonens nye driftsorganisering, hvor hjemmesykepleien har gått fra 8 åpen omsorg virksomheter til 4 virksomheter med en overordnet leder, har ført til en mer homogen praksis innen kommunens hjemmesykepleie.

Et eksempel som kan illustrere dette er at brukerdataen (IPLOS-score) har blitt mer identisk på tvers av virksomhetene. Før omorganiseringen var IPLOS-scoren fra 2,56 til 1,96 mellom virksomheter. Ifølge etatsleder er dette unormalt store variasjoner, som mest sannsynlig skyldes ulik praksis for registrering av IPLOS. Per dags dato er det kun IPLOS sertifiserte fag- og samhandlingssykepleiere som registrerer IPLOS. En jevnere IPLOS-score kan indikere økt grad av likeverdig tildeling og praksis på tvers av hjemmesykepleiens virksomheter.

Samtlige etatsledere opplever at seksjonens nye driftsorganisering hvor likeverdige tjenester er samlet under en leder, har ført til bedre oversikt, samt en mer homogen praksis. Styrket oversikt skaper også en mulighet for i større grad å benytte kompetanse på tvers av virksomheter.

Restansekontroll

Seksjonen har tidligere hatt problemer med å være à jour med saksbehandlingen. Kartlegginger har vist et betydelig antall restanser (ubehandlede søknader), samt saker

der vedtakene ikke stemmer med faktisk gitte tjenester. Ved opprettelse av tildelingskontoret var det et stort behov for å rydde opp i gamle saker. Ifølge virksomhetsleder var ikke sakene nødvendigvis ubehandlet, men de var ikke riktig ferdigbehandlet i systemet. Tildelingskontoret har ferdigbehandlet ca. 1700 restansesaker fra de gamle virksomhetene.

Virksomhetsleder tar jevnlig ut tall og fører kontroll på virksomhetens restanser. Per 31.12.2014 hadde virksomheten en restanse på 624 saker. I henhold til virksomhetsleder er det vanlig at hver saksbehandler til enhver tid arbeider med ca. 20-25 saker. Antall saker under behandling vil variere noe og avhenger av sakenes kompleksitet.

Ved å gange antall saksbehandlerårsverk med 20, som representerer antall saker som det forventes at hver saksbehandler til enhver tid har under arbeid, vil vi få virksomhetens måltall for restanser.

36 årsverk x 20 saker per årsverk= 720 saker

Ifølge regnestykket ovenfor er virksomheten per 31.12.2014 godt under dette måltallet.

Det er mulig å hente ut tall på restanser fra før 2013, men tallene vil være misvisende. Saksbehandlerne var ikke flinke nok til å ferdigstille saker. Det finnes også flere tilfeller hvor saker er satt ferdig, uten i realiteten å være det. Virksomhetsleder mener seksjonen har langt bedre kontroll på restanser nå enn hva som var tilfelle ved tidligere organisering.

Avdelingsleder tildelingskontoret informerer om at virksomhetens restanser også påvirkes av logistikk og kapasitet i utøvende virksomhet. På revisjonens tidspunkt er det blant annet 17 brukere som venter på korttidsopphold. Disse sakene er i realiteten ferdigbehandlet, men på grunn av at tjenestene ikke er igangsatt, blir de registrert som en restanse i systemet.

⁶ Gerica er et elektronisk pasientjournalssystem.

Styring og kontroll av ressurser

Tildelingskontorets vedtaksmyndighet ligger hos virksomhetsleder. Myndighet til å fatte vedtak innenfor avdelingens økonomiske ramme er videredelegert til avdelingsledernivå.

Samtlige vedtak som utløser ressurser utover virksomhetens økonomiske ramme blir diskutert i saksbehandlerfora med avdelingsleder og virksomhetsleder tilstede. Typiske saker som utløser slike ressurser er avlastning til barn, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Samtlige vedtak som går utover virksomhetens økonomiske ramme, samt vedtak som er faglig krevende, kontrolleres og attesteres av virksomhetsleder. Denne praksisen skal sikre at virksomhetsleder til en hver tid har kontroll på ressursene som går ut av kontoret. Kommunalsjef orienteres alltid om vedtak som utløser store ressurser.

Ansvar for innkjøp av private tjenester ble fra 1.1.2014 samlet på tildelingskontoret. Ifølge virksomhetsleder ved tildelingskontoret har dette ført til bedre kontroll på fakturaer, innkjøpsavtaler, inngåtte kontrakter, samt hvilke tjenester bruker faktisk mottar. Det tas jevnlig stikkprøver av vedtakene vedrørende privat innkjøp av tjenester. Dette skal sikre at kommunen ikke gir eller betaler for mer tjenester enn hva vedtaket faktisk inneholder. Stabsleder underbygger at det er blitt en helt annen oppfølging av innkjøp av private tjenester enn hva som var tilfellet tidligere. Tidligere ble samtlige private innkjøp gjennomført ute på den enkelte virksomhet.

Samtlige etat- og virksomhetsledere mener sentraliseringen av ansvaret for innkjøp av private tjenester har ført til bedre styring og kontroll på området.

Samtlige etatsledere mener også opprettelsen av ressursenheter har ført til bedre kontroll og styring av etatens personalressurser, da spesielt på bruken av variabel lønn.

Samarbeid mellom tildelingskontoret og tjenesteleverandør

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom tildelingskontoret og seksjonens utøvende virksomheter er i all vesentlighet avklart. Tildelingskontoret er ansvarlig for å fatte vedtak om tildeling av tjenester, mens den enkelte etat/virksomhet skal utføre oppgavene i tråd med vedtakene fra tildelingskontoret.

Tildelingskontoret har utarbeidet samarbeidsavtaler omhandlende følgende tjenester:

- Hjemmesykepleie
- Praktisk bistand
- Støttekontakttjenesten
- Korttidsplasser
- Rehabiliteringsplasser
- Sykehuset Østfold HF

Det arbeides på revisjonens tidspunkt med samarbeidsavtaler innenfor:

- Rus- og psykisk helse
- Boligforvaltning
- NAV

Virksomhetsleder tildelingskontoret understreker betydningen av at også utøvende virksomhet er aktivt med i arbeidet med å utforme samarbeidsavtalene, på denne måten vil avtalene i større grad implementeres hos begge parter. Samarbeidet mellom tildelingskontoret og utøvende virksomheter betegnes som godt.

I hvilken grad utøvende virksomhet tas med på vurderingsbesøk og/eller tas med i diskusjoner vedrørende vurderingene som ligger til grunn for vedtaket avhenger av hvilke tjenester som tildeles. Dette fremgår av den enkelte saksbehandlingsrutine.

Samarbeid vedrørende vurderingsbesøk og/eller diskusjoner rundt vurderinger av tjenesten er vanlig praksis innenfor tildelingen av hjemmesykepleie, da dette ofte kan være komplekse tjenester. Ved enkelte tilfeller er ansatte både fra tildelingskontoret og hjemmesykepleien tilstede på vurderingsbesøk. På denne måten blir

virksomhetene omforente om tjenestene som skal gis.

I henhold til rutinen er det hjemmesykepleien som gjennomfører vurderingsbesøk når en pasient blir utskrevet fra sykehus på ettermiddag/kveld/helg, om pasient er kjent hos hjemmesykepleien fra før sykehusinnleggelsen, eller om det er avklart hva pasienten er i behov av. I slike saker kan tildelingskontoret gjennomføre vurderingsbesøk dagen etter, noen ganger kan også vedtak fattes ut fra hjemmesykepleiens observasjoner og vurderinger. Avdelingsleder tildelingskontoret informerer om at dialogen med hjemmesykepleien er tett, dette skal sikre at tildelingskontoret ikke innvilger tjenester som utøvende virksomhet ikke har kapasitet til å starte opp. Virksomhetsleder tildelingskontoret informerer om at enkelte utøvende virksomheter til tider har hatt utfordringer i forbindelse med å ta imot nye pasienter i 2014, og spesielt innen rus og psykisk helse. Dette skyldes i all vesentlighet at organiseringen er ny, samt svekket kapasitet i forbindelse med nedbemanninger, og har i all vesentlighet medført utsatt oppstartdato av den aktuelle tjenesten.

Vedtakene omhandlende hjemmesykepleie er tjenestebeskrivende. Det vil si at vedtaket beskriver hvilken tjeneste bruker skal motta, som for eksempel personlig hygiene, sårskift eller dusj. Det er utøvende virksomhet, i dette tilfellet etat hjemmesykepleie, som utarbeider tiltaksplan på bakgrunn av vedtaket. Basert på tiltaksplanen settes en tiltakstid, og basert på tiltakstiden registrerer tildelingskontoret vedtakstiden. Det er altså utøvende virksomhet som avgjør hvor mye tid som skal benyttes på hvert vedtak.

Etatsleder hjemmesykepleie informerer om at det er tildelingskontoret som i utgangspunktet skal gjennomføre alle vurderingsbesøk, men at dette ikke er tilfelle i praksis. Samtidig er det en formening fra hjemmesykepleiens side at tildelingskontoret gir for romslige vedtak, sett opp mot hjemmesykepleiens ressurser. Dette har skapt irritasjon i virksomhetene. Etatsleder mener mye av dette skyldes

innsparingene som etaten var gjennom i 2013, hvor tjenestene måtte tas betraktelig ned. Etter dette har utøvende virksomhet vært restriktive med å gi tjenester.

Avdelingsleder tildelingskontoret informerer om at seksjonen har potensiale til å bli bedre på kommunikasjon og samarbeid på tvers av virksomheter. Et eksempel på dette er vurdering og videreformidling av brukers endrede behov, da spesielt innen tjenesten hjemmesykepleie. Ifølge rutinen er det hjemmesykepleien som skal vurdere bruker, samt gi tilbakemelding til tildelingskontoret ved eventuelle behovsendringer. Tildelingskontoret skal fatte nytt vedtak på bakgrunn av hjemmesykepleiens vurderinger. Avdelingsleder har ved flere anledninger opplevd at bruker selv kontakter tildelingskontoret med bakgrunn i behov for utvidede tjenester. Praksisen vedrørende dette er per dags dato ikke godt nok innarbeidet. Seksjonen arbeider på revisjonens tidspunkt med justering av prosedyren og en forsterkning av samarbeidet.

Kommunalsjef informerer om at det er løpende utfordringer i samarbeidet mellom tildelingskontoret og utøvende virksomheter. Dette omhandler i stor grad kommunikasjon, samt uenighet om i hvor stor grad utøvende virksomhet skal kunne medbestemme i utmålingen av vedtak. Avdelingsleder tildelingskontoret underbygger påstanden om at det kan oppstå faglige uenigheter vedrørende innvilgelse av tjenester, noe hun mener kan skyldes knappe ressurser hos utøvende virksomhet.

Det gjennomføres faste møter mellom tildelingskontoret og:

- Hjemmesykepleien (både på etats- og virksomhetsnivå)
- Tjenester til funksjonshemmede (saksbehandlerne møter avdelingslederne annenhver uke)
- Friskliv og mestring (avdelingsleder tildelingskontoret går gjennom samtlige vedtak vedrørende rus -og psykisk helse med avdelingen)

- Avlastningstjenester for barn
- Akutt- og rehabiliteringsavdelingen

Tildelingskontoret samarbeider også tett med etat medisinske tjenester i enkeltsaker omhandlende seksjonens korttidssenger.

Kommunalsjefens ledergruppe (KLG) gjennomfører ukentlige ledermøter (halvdagsmøter). Her deltar også for tiden 2-3 plan- og økonomikonsulenter som rapporterer muntlig på økonomi. Sakslisten varierer, men faste poster er økonomi, god-drift, sykefravær/nærvær, avvik og tjenestesaker. Ledergruppen samarbeider tett for å finne gode løsninger på tvers av seksjonens etater og virksomheter. Ifølge kommunalsjef er det blitt en helt annen dynamikk og oppfølging av ledergruppen sett oppimot tidligere organisering.

Kommunalsjef, stabsleder, stabsmedlem og virksomhetsleder for tildelingskontoret gjennomfører regelmessige planmøter vedrørende tildelingskontorets virksomhet. Møtepunktet gir seksjonens sentralledelse god oversikt over utviklingen på tildelingskontoret. Ifølge kommunalsjef inngår lederen av helse- og velferdsstaben og virksomhetsleder tildelingskontoret i en uformell kjerne i ledelsen av seksjonen. Budsjettmidlene til seksjonens drift er ikke tillagt tildelingskontoret, men vedtakene som fattes legger premissene for de tjenestene som gis av alle seksjonens etater/virksomheter.

Selv om ansvarsdelingen mellom tildelingskontoret og utøvende virksomheter i stor grad er avklart gjennom organisasjonsmodell, fullmaktsdelegering og samarbeidsavtaler, finnes det krevende brukergrupper som har behov for omfattende tjenester fra flere etater/virksomheter samtidig. Dette kan skape utfordrende gråsoner. Avklaringer omkring krevende brukere kan gjøres under behandlingen av «tjenestesaker» i kommunalsjefens ledergruppe, i planmøter mellom kommunalsjef/stabsleder og tildelingskontoret eller i særskilte avklaringsmøter. Ledergruppen har stort fokus

på å finne gode løsninger, både for seksjonen og brukerne, på tvers av etater/virksomheter.

Brukerombudet⁷ har avtale om å gjennomføre to møter i året med både tildelingskontoret og ledergruppen i NAV. I 2014 ble det gjennomført et møte med tildelingskontoret og et møte med ledergruppen i NAV. Brukerombudet arbeider per tiden aktivt med å opprette møtepunkter med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet.

Brukerombudet fremhever kommunikasjonen mellom tildelingskontoret og utøvende virksomhet som et risikopunkt ved seksjonens nye organisering. Brukerombudet har hatt flere saker omhandlende kommunikasjonssvikt mellom virksomheter. Dette har ført til misforståelser, for dårlig kommunikasjon ut til bruker, samt forsinkelser på oppstart av tjenester.

Samtlige etats- og virksomhetsledere opplever samarbeidet med tildelingskontoret generelt sett som godt.

Seksjonens økonomistyring

Fredrikstad kommune praktiserer per dags dato mål- og rammestyring for hele kommunen. Dette betyr at seksjon for helse og velferd, i likhet med kommunens andre seksjoner, utarbeider utfordringsnotat for kommende budsjettår og handlingsplanperiode basert på behovskartlegging, samt innspill fra staben og samtlige etater/virksomheter. Behovsvurderingene baseres på brukerdata, ASSS-tall, nye statlige retningslinjer, samt erfaringsbaserte innspill fra lederne. På bakgrunn av dette utarbeides det forslag til budsjett som går via rådmannen og til politisk nivå.

Som et ledd i vedtak om ny organisering av daværende seksjon for omsorg og sosiale tjenester besluttet sosial- og omsorgsutvalget, sak 30/12 behandlet 13. juni 2012, at

⁷ Brukerombudets mandat og funksjon beskrives nærmere i kapittel 4.

seksjonen skulle innfase ny budsjettmodell etter prinsippet om aktivitetsbasert finansiering (ABF). Ifølge vedtaket skulle modellen innfases i seksjonen fra og med 2013. Kommunalsjef presiserer at kommunens ABF-modell så langt ikke er en budsjettmodell i ordets rette forstand, men et styringsverktøy som skal benyttes i seksjonens budsjett- og regnskapsarbeid.

Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

ABF-metoden er basert på «Activity Based Cost-teori», som ble utarbeidet av Robert Kaplan og Robin Cooper på 1980-tallet, og er et velkjent verktøy innen økonomistyring. Tradisjonell ABC-metodikk deler tjenesten i aktivitetsgrupper (kostnadsdrivere) og fastsetter enhetspriser (timepriser) til hver gruppe. Fredrikstad kommune har valgt å benytte et moderert verktøy for aktivitetsbasert rammefinansiering, etter modell fra Trondheim kommune. Denne modellen innebærer at de tjenesteproduserende enhetene får beregnet sine budsjetttrammer etter det omfanget av tjenester de yter.

Det er behov, lovverk og kommunens vedtatte tjenestetildelingskriterier som avgjør hvem som har krav på tjenester og hvem som ikke har det. Ulike typer funksjonssvikt kan utløse behov for tjenester. Som en del av søknadsbehandlingen kartlegges derfor funksjonssvikt innen dagliglivets gjøremål. Verktøyet som benyttes til dette er den nasjonale standarden IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). En del av IPLOS-registreringen betegnes som ADL (Activities of Daily Living) og inneholder 17 variabler (både fysiske og kognitive) med en score fra 1 til 5 som beskriver brukers bistandsbehov. En score på 1 representerer en relativt sett lett funksjonssvikt, mens en score på 5 innebærer et omfattende tjenestebehov.

Faktaboks 5: IPLOS-score av brukere

En kritisk suksessfaktor for ABF-modellen er at samtlige brukere får en korrekt ADL-score som er satt på likt grunnlag, uavhengig av hvilken virksomhet/avdeling brukeren tilhører.

Seksjonens IPLOS-team er ansvarlige for

opplæringen og sertifiseringen innen IPLOS. Alle ansatte ved tildelingskontoret, samt to ansatte i hver hjemmesykepleievirksomhet er per dags dato sertifiserte. Det er saksbehandlere ved tildelingskontoret som setter førstegangs ADL av brukere gjennom vurderingsbesøk. Etter dette oppdateres ADL-score kontinuerlig av ansatte i hjemmesykepleien (minimum hver 90 dag).

ABF-modellen som Fredrikstad kommune benytter grupperer brukerne i 12 bistandsbehovsgrupper basert på ADL-score. Innenfor hver gruppe er det beregnet et snitt for antall tjenestetimer som brukeren med et bestemt bistandsbehov mottar. Disse timene kalles normtimer. En normtime dekker kostnader til direkte brukertid (direkte pleie «ansikt til ansikt»), indirekte brukertid (transport, administrasjon og andre brukerrelaterte kostnader) og driftskostnader. Timeprisen er beregnet ut fra lønns- og driftskostnader i den enkelte etat. Det er fjorårets direkte brukertid i etaten/virksomheten som danner grunnlaget for tildelte normtimer for hver ADL-gruppe.

I etat hjemmesykepleie blir vedtatt budsjetttramme omregnet til normtimer med en timespris. Dette er ment til intern bruk i etatens styring, budsjettering og ressursfordeling/omfordeling mellom etatens virksomheter, og ikke som en regel for hvor mye tid som faktisk blir benyttet til å bistå hver enkelt bruker.

I budsjettering av institusjonstjenester (langtidsplass i sykehjem) benyttes også ADL-score som grunnlag for normtimer. Hver sykehjemsplass har en fast finansiering på 80 prosent av budsjett, kalt grunnressurs, mens resterende 20 prosent blir finansiert gjennom utregningen av normtimer.

Ifølge kommunalsjef var en viktig forutsetning for valg av type ABF-modell at den ivaretok tjenestens brukerfokus ved at omfordeling av ressurser gjennomføres på bakgrunn av brukernes behov (ADL-score). Seksjonen har også valgt en skjønnsmessig og ikke en teknisk-matematisk anvendelse av modellen. Dette vil si at det er opp til etatsleder i samråd

med helse- og velferdsstaben og økonomiavdelingen å gjennomføre skjønsmessige beslutninger om budsjettjusteringer basert på brukerdataen som finnes. Det er altså ingen automatiske koblinger mellom brukerdataen og de økonomiske disposisjonene som gjøres.

Omfordeling av ressurser

I en situasjon der ABF modellen praktiseres fullt ut, innebærer modellen at etatene/virksomhetene som driver tjenesteproduksjon mottar økonomisk kompensasjon for endringer i aktivitetsnivå ut over et visst nivå. Dersom aktiviteten i en virksomhet øker over tid, danner dette grunnlag for en kompensasjon i forhold til opprinnelig budsjett. Går aktiviteten ned, må tjenesteyter redusere rammen eller omfordele internt mellom virksomheter der aktiviteten øker. Dette gir de tjenesteproduserende enhetene tydelige rammebetingelser, slik at de kan fokusere på effektiv ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten. Kraftig aktivitetsvekst kombinert med uendrede budsjettbetingelser kan få negative konsekvenser for ansatte og kvaliteten på tjenesten.

Aktivitets- og effektivitetsavvik

Modellen skiller mellom aktivitets- og effektivitetsavvik. For at modellen skal fungere etter hensikten er det viktig å identifisere om et merforbruk skyldes en høyere aktivitet enn forutsatt, flere og/eller mer krevende brukere, eller om det skyldes lav effektivitet hos de som yter tjenesten.

Lav effektivitet er utførers ansvar og fremkommer som et negativt effektivitetsavvik. En kontinuerlig høy aktivitet utover budsjett fremkommer derimot som et aktivitetsavvik. For å løse et aktivitetsavvik må det enten bevilges mer ressurser til tjenesten, eller kvaliteten på tjenesten må reduseres. Dette er et politisk ansvar.

Status i implementeringen

Administrasjonen har i flere saksfremlegg til helse- og velferdsutvalget informert om status vedrørende implementering av ABF-modellen. Ifølge spesialkonsulent ved plan- og økonomiavdelingen er det avgjørende at

datagrunnlaget som ligger til grunn for modellen er valid før modellen tas i bruk. Seksjonen har fra 2012 og frem til dags dato arbeidet med å få opp IPLOS/ADL kompetansen, samt gjennomført ADL-scoring av brukere på en kvalitetsmessig god måte.

Etat hjemmesykepleie har arbeidet med å implementere ABF siden 2013. Per 1.1.2015 foretok etatsleder sine første budsjettjusteringer med direkte referanse til modellen. Med bakgrunn i modellens brukerdata har etatsleder for hjemmesykepleien omfordelt ressurser mellom to virksomheter. Ifølge kommunalsjef skal modellen implementeres i seksjonens institusjonsomsorg (etat omsorgssentre) i løpet av 2015. Det arbeides med å tilpasse modellen slik at brukere med behov for sammensatte tjenester (etat tjenester til funksjonshemmede) også kan benytte en behovsorientert budsjettmodell. Fredrikstad kommune har siden februar 2013 vært i kontakt med Trondheim kommune som arbeider med å utvikle en ny finansieringsmodell for dette tjenesteområdet. Modellen skal utprøves i Trondheim i 2015 og Fredrikstad kommune følger utviklingen av arbeidet.

I henhold til kommunalsjef vil alle som er involvert i ABF-arbeidet få mer kunnskap om ressursstyring, samt om hvilke faktorer som genererer kostnader. Etats- og virksomhetsledere får bedre innsyn i andres praksis, noe som igjen vil gi mer kunnskap og føre til sterkere insentiver for å utvikle «best practise» på tvers av virksomheter.

Kommunalsjef informerer om at det tidligere har vært en oppfatning i seksjonen at budsjettoverskridelser i stor grad skyldes at det ligger historiske urettferdigheter og ulike økonomiske betingelser til grunn for budsjettene. Denne uryddigheten vil minimeres ved å benytte en ABF-modell som er basert på gode og valide brukerdata. Modellen gir ledelsen den kunnskapen de trenger for å kunne beslutte, basert på helhetlige vurderinger, en mer rettferdig fordeling av ressurser. Brukerdataene som modellen bygger på benyttes til å justere

svingninger, samt gjennomføre omfordelinger. Ledere som er involvert i arbeidet med modellen vil få mer innsikt, forståelse, respekt og tillit til hvordan ressursene fordeles. Seksjonens budsjettendringer vil bli langt mer kunnskapsbaserte, enn hva som har vært tilfelle tidligere.

Politisk oppfølging

Kommunalsjef og rådmann formidler administrasjonens analyser til politisk nivå gjennom handlingsplan og budsjettokumentene. Det legges også frem politiske saker fortløpende som beskriver seksjonens behov. Kommunalsjef la blant annet frem en omfattende sak vedrørende status i etat tjenester til funksjonshemmede i 2014 og en oppfølgingssak om dagtilbud til funksjonshemmede våren 2015. I løpet av 2015 tas det sikte på å legge frem status og behovsbeskrivende saker vedrørende etat hjemmesykepleie, etat omsorgssentre, etat medisinske tjenester og virksomhet mat, vaskeri og praktisk bistand. Vesentlige endringer i brukerdataene meldes videre til politisk nivå (formannskapet og helse- og velferdsutvalget) i månedsrapportene.

Gjennom implementeringen av ABF-modellen er kommunalsjef og rådmann i stand til å legge frem mer omfattende og detaljerte saker, gi bedre råd, samt svare på mer kompliserte spørsmål. Ifølge kommunalsjef har dette ført til et mer profesjonelt styringsfundament for politikerne.

Kommunalsjef mener seksjonen, med den nye organiseringen, på en helt annen måte enn tidligere er rustet til å respondere på politiske beslutninger og føringer.

3.3 Vurderinger

Seksjon for helse og velferd har fra og med 1.1.2013 vært gjennom en omfattende omorganiseringsprosess. Seksjonens omorganisering omhandler i all vesentlighet to hovedelementer. For det første har seksjonen endret sin driftsorganisering, og for det andre er det blitt opprettet en egen enhet for tjenestetildeling. Samlet sett er det

revisjonens vurdering at kommunens målsetting i forbindelse med omorganiseringen i all vesentlighet er virkeliggjort gjennom denne prosessen. Samtidig er det viktig å påpeke at seksjonen per dags dato er forholdsvis tidlig i en omfattende og komplisert omstillingsprosess hvor det finnes flere forbedringspunkter som vil kreve dedikert arbeid over lengere tid.

Gjennom etableringen av tildelingskontoret har kommunens innbyggere en «dør» inn til kommunens helse- og velferdstjenester. Etter revisjonens vurdering bør dette ha skapt en lav terskel for kommunens innbyggere for å komme i kontakt med kommunens helse- og velferdstjenester.

Etter revisjonens formening har kommunen etablert, eller er i gang med å etablere, flere tiltak som skal sikre at tjenestene som tildeles er forsvarlige og med riktig kvalitet, samt en økt grad av likeverdig behandling av kommunens innbyggere.

For det første har tildelingskontoret utviklet saksbehandlingsrutine med tilhørende kriterier for tildeling. Formålet er å sikre at brukere får tildelt nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Tildelingskontoret har også et sterkt fokus på lovverk og tildelingskriterier ved tildeling av tjenester. Dette vil, etter revisjonens oppfatning, være med på å sikre at tjenestene som tildeles er innenfor forsvarlighetskravet.

For det andre arbeider seksjonen på revisjonens tidspunkt med utarbeidelse av overordnede tjenestebeskrivelser for samtlige av seksjonens tjenester. Tjenestebeskrivelsene vil i ytterligere grad sikre at tjenestene som tildeles er forsvarlige. Tjenestebeskrivelsene skal definere hvilken standard tjenestene skal befinne seg på, ifølge revisjonen, vil denne tydeliggjøringen også kunne øke graden av likeverdig behandling. Tjenestebeskrivelsene forventes politisk behandlet våren 2015.

For det tredje har kommunen, gjennom etableringen av tildelingskontoret, opprettet ett samlet saksbehandlertmiljø som består av færre og mer spesialiserte saksbehandlere,

samt at langt færre ledere har vedtaksmyndighet enn hva som var tilfelle ved tidligere organisering. Denne organisatoriske tilnærmingen av saksbehandlingen vil, ifølge revisjonens formening, legge til rette for en mer rettferdig og likeverdig fordeling av kommunens helse- og velferdstjenester. At saker drøftes i interne saksbehandlerfora er med på å justere og kalibrere saksbehandlernes skjønn i takt med virksomhetens utvikling.

For det fjerde innehar tildelingskontoret en langt bedre oversikt over tilgangen og omfanget av samtlige tjenester seksjonen tildeler, enn hva som var tilfelle ved tidligere organisering. I tillegg til å skape en bedre ressursutnyttelse av seksjonens tilgjengelige kapasitet vil dette også, etter revisjonens oppfatning, sikre en mer likeverdig og rettferdig tildeling av tjenester. Ved tidligere organisering kunne for eksempel innbyggers geografiske bosetning ha stor innvirkning på tildelingen visse helse- og velferdstjenester.

Seksjonens omorganisering har generelt sett ført til en bedre tjeneste- og tilgjengelighetsoversikt for seksjonens ledelse. Slik vi oppfatter det, medfører denne oversikten at seksjonen i større grad enn tidligere har mulighet til vektlegge et helhetsperspektiv, blant annet ved at tjenester i større grad kan sees i sammenheng. Fakta viser også at ledergruppen arbeider tett for å finne gode løsninger på tvers av seksjonens etater og virksomheter. Krevende brukere bringes blant annet inn i brukerråd i kommunalsjefens ledergruppe.

Det fremkommer av fakta at det ikke er mulig for revisjonen å innhente valide restansetall fra før 1.1.2013. Av den grunn er det vanskelig for revisjonen å gjennomføre sammenligninger fra før tildelingskontoret ble etablert. Tildelingskontoret har ferdigbehandlet ca. 1700 restansesaker fra de gamle virksomhetene. Samtidig fremkommer det at virksomhetsleder jevnlig kontrollerer virksomhetens restanser, per 31.12.2014 har virksomheten 624 restanser (saker under arbeid). Dette er godt innenfor virksomhetens måltall for antall saker som til enhver tid

kan/bør være under arbeid. Etter revisjonens oppfatning har tildelingskontoret per dags dato god kontroll på sine restanser.

Ny organisering, både hva gjelder driftsorganiseringen, som vektlegger en inndeling etter tjeneste- og fagområder hvor hver enkelt leder har et overgripende ansvar for hele tjenesteområdet. Samt etableringen av et tildelingskontor, hvor flere ansvarsområder er blitt samlet (blant annet ansvaret for private innkjøp), har etter revisjonens vurdering, skapt bedre styring og kontroll av seksjonens ressurser. Ved at samtlige etats- og virksomhetsledere med kommuneovergripende ansvar inngår i kommunalsjefens ledergruppe (KLG) fremstår ny ledelsesstruktur som langt mer balansert og hensiktsmessig sammensatt, enn hva som var tilfelle tidligere. Etter revisjonens vurdering skaper organiseringen gode kontroll- og rapporteringslinjer oppover i organisasjonen.

Samarbeid mellom tildelingskontoret og utøvende virksomheter sikres i stor grad gjennom samarbeidsavtaler og faste møtepunkter. Etter revisjonens oppfatning oppleves samarbeidet i all vesentlighet som godt. Her finnes det derimot, etter revisjonens formening, visse forbedringspunkter som vil bli nærmere utdypet senere i kapitlet.

I henhold til fakta har seksjonen vedtatt å innføre nytt styringsverktøy etter prinsippet om aktivitetsbasert finansiering (ABF). Verktøyet skal benyttes i seksjonens budsjett- og regnskapsarbeid. Seksjonen har valgt å benytte et moderert verktøy for aktivitetsbasert rammefinansiering som innebærer at de tjenesteproduserende enhetene får beregnet sine budsjetttrammer etter det omfanget av tjenester de yter.

Seksjonen er i oppstartsfasen med å innføre modellen, og det vil derfor være vanskelig for revisjonen å vurdere i hvilken grad målene for innføringen er nådd eller vil nås. Revisjonen opplever likevel at seksjonen, gjennom implementeringen av modellen, i stor grad har opparbeidet seg et betydelig og forbedret data- og kunnskapsgrunnlag over brukernes

bistandsbehov. Med valid og oppdatert brukerdata vil fordelingen av midlene mellom virksomhetene, etter revisjonens mening, i større grad enn tidligere bli kunnskapsbaserte. Om systemet fungerer etter hensikten, vil det også være sannsynlig at rammene som tildeles oppleves rettferdige, da med tanke på at fordelingsprosessen i større grad enn tidligere bygger på kunnskapsbaserte beslutninger. Desto mer detaljert datagrunnlaget er, jo nøyaktigere vil ressursfordelingen kunne bli.

Gjennom brukerdataen har seksjonens ledere opparbeidet seg bedre styringsinformasjon, som igjen skaper en økt forståelse av hva som påvirker seksjonens kostnader. Kommunens politikere vil, med bakgrunn i dette, også kunne motta mer detaljerte og kunnskapsbaserte saksfremlegg enn hva som har vært mulig tidligere. Dette vil igjen gi politikerne bedre mulighet for oppfølging innenfor tjenesteområdene. Ifølge revisjonen oppleves dette som tilfredsstillende sett oppimot revisjonskriteriene.

Samtlige av de overnevnte effektene betinger at brukerdataen til enhver tid er oppdaterte og valide. Det fremkommer av fakta at seksjonen har brukt mye tid og ressurser på utarbeidelsen av brukerdataen i tiden før modellen ble tatt i bruk, noe som også er bakgrunnen for at modellen ikke er tatt i bruk før 1.1.2015. Planlagt oppstart var i 2013. Revisjonen finner det tilfredsstillende at seksjonen ikke har benyttet modellen før de er sikre på at datagrunnlaget som modellen bygger på er tilstrekkelig.

Om modellen vil legge til rette for sterkere insentiver til effektivisering, er i all vesentlig et teoretisk spørsmål, og det er av den grunn vanskelig for revisjonen å vurdere nærmere på dette punktet.

Samtidig er det enkelte forhold revisjonen mener bør bemerkes.

Fakta viser at det er flere utfordringer omhandlende tildelingskontorets og utøvende virksomheters ansvars- og oppgavefordeling. Ansvaret vedrørende vurdering og viderefremføring av brukers endrede behov innen hjemmesykepleien fremkommer tydelig av samhandlingsrutine. Ifølge fakta er derimot praksisen vedrørende dette langt fra optimal. Ifølge revisjonens vurderinger vil praksisen vedrørende dette være viktig, både for å sikre at bruker mottar forsvarlige og riktige tjenester, men også for å sikre at intensjonen med seksjonens ABF-modell ivaretas på en god måte. Brukerdataen må til enhver tid være oppdaterte og korrekte for at ressursfordelingen skal kunne være rettferdig fordelt mellom virksomhetene.

Det fremkommer også av fakta at det er viss usikkerhet vedrørende ansvaret omhandlende vurderingsbesøk, samt i hvilken grad utøvende virksomhet skal kunne medbestemme i utmålingen av vedtak. Hjemmesykepleien opplever blant annet at tildelingskontorets vedtak vedrørende hjemmesykepleietjenester er for romslige, sett oppimot etatens ressurser. Dette kan føre til frustrasjon innad i organisasjonen, samt at tjenestene som gis ikke stemmer overens med vedtaket. Etter revisjonens vurderinger vil det være viktig at det arbeides med å implementere etatenes/virksomhetenes grensesnitt og ansvarfordeling nedover i organisasjonen, slik at risikoen for misforståelser og uenigheter mellom virksomheter/etater minimeres. Slik revisjonen forstår organiseringen og modellen er det tildelingskontorets vedtak som skal være styrende for tjenestene som ytes, samt også ressursene som tilføres utøvende virksomhet.

4 HAR KOMMUNEN ETABLERT SYSTEMER FOR Å IDENTIFISERE HJEMMEBOENDE OVER 67 ÅR SOM HAR BEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER?

4.1 Fakta

Seksjonens tjenester er i stor grad rettighets- og søknadsbaserte. Dette vil si at de fleste søkere som oppfyller vilkårene for å få tildelt en tjeneste, har rett på tjenesten.

Kommunalsjef understreker at seksjonen har god oversikt over innbyggere som tilhører brukergruppen over 67 år og som har søkt på tjenester, det finnes derimot ikke noen oversikt over innbyggere som ikke har søkt eller meldt et behov.

Brukerombudet i Fredrikstad kommune

Brukerombudet for eldre, syke, funksjonshemmede og trygdede ble etablert som et prøveprosjekt i desember 2000, og ble fra 1.1.2003 gjort permanent. Sosialombudet for brukere som mottar sosiale tjenester ble etablert i mars 2002 og ble fra 1.1.2004 gjort permanent. De to ombudsordningene ble sammenslått i 2006 og består per dags dato av 3,3 årsverk. Brukerombudet er et selvstendig organ organisatorisk underlagt bystyret i Fredrikstad kommune. Kommunale brukerombud er en ikke lovpålagt tjeneste og Fredrikstad er per dags dato den eneste Østfold-kommunen med et kommunalt brukerombud.

Brukerombudets formål er å arbeide for at det fra kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser ikke blir gjort urett mot eldre, syke, mennesker med funksjonshemming, trygdede og søkere/mottakere av sosiale tjenester bosatt i Fredrikstad kommune. Herunder:

- Ivareta brukernes rettigheter ovenfor tjenestene og forvaltningen.
- Å styrke brukernes medbestemmelse, innflytelse og rettsikkerhet på område.
- Bidra til å styrke og sikre kvalitet på tjenestene.

Brukerombudet gir bistand til brukere og pårørende slik at de raskest mulig kan få den støtte og hjelp de har krav på fra kommune, fylkeskommune eller statlige instanser.

Herunder:

- Medvirke til at brukere er orientert om eksisterende klageordninger.
- Bistå med formulering og ekspedisjon av klager.
- I de situasjoner det er mulig, og er ønskelig fra brukerens side, kan ombudet vurdere både faglige og administrative forhold etter at administrasjonens uttalelser er innhentet. Ombudets vurderinger er rådgivende, ikke besluttede.
- Brukerombudet kan etter henvendelse, eller av eget initiativ, ta opp faglige og administrative forhold som ombudet mener kan forbedres direkte med den instans forholdet gjelder.
- Oppsøkende virksomhet ovenfor eldre.
- Informere om offentlige og private tilbud til kommunens eldre.

I henhold til sak 36/09⁸ fremkommer det at 60 prosent ressurs tilført brukerombudet med fokus på eldre, anvendes til oppsøkende virksomhet for eldre over 80 år. Oppsøkende virksomhet for eldre innebærer informasjon per brev, samt hjemmebesøk etter ønske fra bruker. I 2012 vedtok bystyret å senke alderen fra 80 til 75 år. Forandringen ble begrunnet med at den kunne bidra til at flere eldre ville være uavhengige, selvhjulpne og aktivt deltagende i eget liv lengst mulig.

Brukerombudet selv mener den oppsøkende virksomheten er et viktig lavterskeltilbud til eldre i kommunen. I møte med eldre innbyggere informerer brukerombudet blant annet om offentlige og private tilbud som

⁸ Behandlet i bystyret 14.5.2009.

finnes i kommunen og eventuelle rettigheter de måtte ha. Samtalene tar alltid utgangspunkt i hva som er brukernes behov.

Brukerombudet har i 2014 utsendt 551 brev til eldre som fyller 75 år i løpet av året. Det er registrert totalt 74 henvendelser på bakgrunn av utsendte brev, noe som er en nedgang på 27 henvendelser i forhold til i 2013.

Tabell 1: Antall utsendte brev, fordelt på år

2011	2012	2013	2014
-	2800 ⁹	559	551

Tabell 2: Antall henvendelser fra eldre på bakgrunn av brev som er utsendt inneværende og tidligere år, fordelt på år

2011	2012	2013	2014
-	-	101	74

Seksjon for helse og velferd

Seksjonens stab sender årlig ut informasjonsskriv vedrørende seksjonens tjenester til samtlige innbyggere i kommunen som fyller 80 år. Stabsleder informerer om at det ikke ble utsendt brev i 2014 grunnet seksjonens omorganisering. Informasjonsskriv vil bli sendt ut i 2015 etter at seksjonens nye tjenestebeskrivelser er ferdigstilt og politisk behandlet.

Stabsleder informerer om at seksjonen samarbeider tett med kommunens brukerombud og fastleger. Etter at brukerombudets årsmelding er behandlet i bystyret inviteres brukerombudet til kommunalsjefens ledergruppe hvor meldingen drøftes i fellesskap. Videre fremheves det at kommunen arbeider utadrettet når det kommer til informasjonsarbeid, her samarbeider kommunen blant annet med flere frivillige organisasjoner.

Ingen av seksjonens etater/virksomheter har etablert særskilte systemer for å identifisere hjemmeboende over 67 år med behov for pleie- og omsorgstjenester. Som det fremkommer innledningsvis er samtlige av

seksjonens tjenester søknadsbaserte. Kommunen er slik sett avhengig av at det meldes om et behov, for at de skal komme i kontakt med bruker. Brukere blir i all vesentlighet identifisert gjennom inn- og utskrivninger fra sykehuset, gjennom kontakt med fastleger eller ved at bruker eller pårørende selv kontakter kommunen.

Utover dette fremheves seksjonens ulike lavterskeltilbud som gode tiltak for å komme i kontakt med eventuelle brukere i en tidlig fase. Her nevnes blant annet etat omsorgssentres «Demensteam» og dagtilbudet «Inn på tunet» som gode oppsøkende lavterskeltilbud.

4.2 Oppsummering

Som det fremkommer av kapitlet bedriver Brukerombudet i Fredrikstad og kommunens administrasjon (stab helse og velferd) oppsøkende virksomhet ovenfor eldre i kommunen gjennom utsendelse av informasjonsskriv til samtlige innbyggere som fyller 75 og 80 år. Brukerombudet tilbyr også hjemmebesøk/møte med eldre med behov for dette. I 2014 sendte brukerombudet ut 551 informasjonsbrev, hvorav det ble gjennomført 74 hjemmebesøk/møter med eldre over 75 år.

Seksjon for helse og velferds lavterskeltilbud, som «Demensteam» og «Inn på tunet», fremheves som gode oppsøkende arenaer hvor tjenesteyter kommer i kontakt med potensielle brukere på et tidlig stadium.

⁹ Det høye tallet i 2012 skyldes endringene fra 80-75 år. I 2012 sendte brukerombudet ut brev til alle som fylte 76, 77, 78 og 79 år.

5 FÅR DENNE GRUPPEN AV BRUKERE DE TJENESTER DE HAR BEHOV FOR?

5.1 Fakta

Seksjonens tjenesteprofil

Stabsleder informerer om at Fredrikstad kommune alltid har hatt en klar tjenesteprofil innen seksjon for helse og velferd. Seksjonen har en robust og godt utbygd hjemmesykepleie, samtidig som sykehjemsdekningen er forholdsvis lav sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner. Stabsleder mener dette er en effektiv måte å drifte tjenestene på, sett opp mot kommunens økonomi.

Innbyggere 67 år og eldre

Statistikk fra ASSS-nettverket¹⁰ viser at Fredrikstad ligger lavest på andel av 80 år og eldre som bor på institusjon eller bolig med heldøgns omsorg (80 prosent). Med lavere dekning vil det også være slik at de som mottar plass på institusjon er gjennomsnittlig sykere enn i kommuner med større institusjonskapasitet. Tall viser at andel institusjonsbeboere på langtidsplass med omfattende bistandsbehov er 12 prosent høyere i Fredrikstad enn ASSS-snippet.

Etatsleder omsorgssentre informerer om at brukere som mottar langtidsplass på kommunens sykehjem har behov for omfattende oppfølging og spesialisert kompetanse. Etaten reduserte grunnbemanningen med 24 årsverk i 2014. Ifølge etatsleder har en redusert

¹⁰ ASSS-nettverket består av de 10 største kommunene i landet – Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø. Hovedfokus i nettverkets arbeid er utvikling og analyse av økonomi og styringsdata på aggregert nivå. Aktiviteten og rapportene fra arbeidet skal presentere situasjonen i de samarbeidende kommunenes tjenesteproduksjon og gi grunnlag for sammenlikning og styring med sikte på effektiv tjenesteproduksjon med god kvalitet, og for egen kompetanseutvikling

grunnbemanning ført til at ikke-lovpålagte tjenester, samt oppgaver som ikke er livsnødvendige, nedprioriteres.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret informerer om at brukere ofte må vente i en korttidsseng før de får en langtidsplass. Dette svekker sirkulasjonen på kommunens korttidssenger. Etter innføringen av samhandlingsreformen har det vært en utfordring ved at de fleste som mottar en korttidsplass kommer direkte fra sykehuset. Ifølge avdelingsleder får dette konsekvenser for innbyggere som søker om korttidsplass hjemmefra, og som burde mottatt dette tilbudet.

Fredrikstad kompenserer for lav tilgang på institusjonsplasser ved å tildele hjemmetjenester til flere innbyggere. Andel 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester er 6 prosent høyere, mens bistandsbehovet hos hjemmetjenestemottakere er 9 prosent høyere enn ASSS-snippet. Ifølge ASSS kommunerapport skyldes dette nettopp at kommunen har færre institusjonsplasser enn gjennomsnittet. Tjenestemottakerens høye bistandsbehov kommer ikke til uttrykk gjennom høyere utgifter per bruker. I gjennomsnitt bruker Fredrikstad mindre utgifter per bruker (97 prosent), selv om kommunen har færre plasser med heldøgns omsorg og derved sykere hjemmeboende. Dette er omvendt av hva som er tilfellet for tjenestemottakere under 67 år, hvor kommunen har vesentlig høyere utgifter per bruker enn ASSS-snippet.

Etatsleder hjemmesykepleie informerer om at behovet og etterspørselen etter etatens ressurser er varierende og uforutsigbar. Til tider opplever etaten å ha god kapasitet, mens andre ganger er kapasiteten knapp. Kapasiteten til tidvis å måtte ta imot svært mange pasienter fra sykehuset oppleves som varierende. Kommunens relativt lave sykehjemsdekning innebærer at

hjemmesykepleien bistår mange hjemmeboende brukere som er syke og har omfattende bistandsbehov. Noen brukere venter på langtids plass i en korttidsseng, mens andre venter i hjemmet. Det ble i 2014 gjennomført kutt tilsvarende 10,5 årsverk i etat hjemmesykepleie. I 2015 er det redusert med 1 årsverk.

Fredrikstad ligger 16 prosent høyere enn ASSS-snippet hva gjelder legetilgang i institusjon. Økte legeårsverk er en bevisst satsing i Fredrikstad i forbindelse med samhandlingsreformen, og nye årsverk er knyttet til døgner rehabilitering, avdeling for utskrivningsklare pasienter, akuttavdeling (KAD – kommunale akutte døgnplasser) og lindrende enhet.

Ifølge kommunalsjef er det kjent blant kommunens ledere og politikere at det har vært benyttet forholdsvis mer ressurser på noen alders- og/eller diagnosegrupper enn andre. Statistikk viser at noen brukergrupper kan se ut til å ha mottatt en større andel av seksjonens budsjett enn hva som er tilfelle i andre kommuner. Kommunalsjef mener at seksjonen har god kjennskap til brukergruppen over 67 år, og at brukergruppen gjennomgående mottar gode og forsvarlige tjenester.

Innbyggere under 67 år

I henhold til ASSS-nettverkets kommunerapport 2014 fremkommer det at Fredrikstad er den ASSS-kommunen som har høyest ressursbruk innen hjemmetjenester til målgruppen under 67 år (35 prosent høyere enn snippet).

Tall for dekningsgrader viser at Fredrikstad tildeler hjemmetjenester til omtrent samme andel brukere som ASSS-snippet. Fredrikstad ligger imidlertid 33 prosent høyere på utgifter per bruker. I henhold til ASSS kommunerapport skyldes dette at kommunen tildeler mer tjenester per bruker.

Kommunalsjef informerer om at gruppen «innbyggere under 67 år» består av innbyggere med mange ulike utfordringer. Grupperingen inneholder brukere med både

tung psykisk utviklingshemming og brukere med omfattende fysisk sykdom. Det er også usikkerhet blant ASSS-kommunene hva statistikken faktisk innebærer. Det er blant annet uenighet om hvorvidt enhetene som sammenlignes er sammenlignbare. Statistikk fra ASSS-kommunene er tatt ut på funksjoner og tjenester fra kommuneregnskapene. Såfremt samtlige kommuner registrerer riktige tall, basert på uttrekket fra fagsystemet, skal tallene i utgangspunktet kunne sammenlignes. Hvilke tjenester de andre ASSS-kommunene legger i funksjonene har derimot Fredrikstad ikke kontroll over. Per dags dato inneholder tallene mulige feilkilder, slik at sammenligninger på tvers av kommuner kan være misvisende. Fredrikstad deltar per dags dato i et eget ASSS-prosjekt hvor det arbeides med å kvalitetssikre og kalibrere tallene til brukergruppen under 67 år.

Kommunalsjef fremhever at hver enkelt bruker kan utløse store ressurser. Innenfor helse- og velferdssektoren kan en bruker med betydelige bistandsbehov koste mellom 4-10 millioner i året. Et fåtall slike brukere vil kunne påvirke statistikken svært mye. Med bakgrunn i at seksjonen i 2014 gjennomførte innsparingstiltak for over 30 millioner kroner i etat tjenester til funksjonshemmede, forventer kommunalsjefen en utligning av tallene for 2014.

Ifølge etatsleder for tjenester til funksjonshemmede har ikke kuttene påvirket tjenestekvaliteten mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i nevneverdig grad. Etaten har derimot sett seg nødt til å kutte ned på antall brukere som mottar dagtilbud, samt at det generelt sett er mindre tid til å følge opp brukeres aktiviteter.

Tildelingskontoret har, med bakgrunn i ASSS-statistikken, hatt en omfattende gjennomgang av vedtak til brukere under 67 år. Virksomhetsleder tildelingskontoret opplever at flere vedtak er svært romslige. Kommunen kan, ifølge fylkesmannens avklaringer, likevel ikke forandre vedtaket til brukers ugunst dersom bruker er uenig i dette, det må foreligge saklig grunn, for eksempel at bruker

er blitt bedre. Nye vedtak vil derimot ha en annen standard.

I kartleggingsarbeidet seksjonen har vært gjennom fra 2011 og frem til dags dato er det konstatert at det er klare skjevheter i hvordan kommunens tjenester tildeles. Ifølge kommunalsjef omhandler denne utfordringen først og fremst at brukere med hjelpebehov innen rus- og/eller psykisk helse ser ut til å få tjenester av mer ujevn standard og omfang enn øvrige brukergrupper, samt at vedtakspraksisen overfor en del tjenestemottakere under 67 år har vært svært romslig. Kommunalsjef er ikke kjent med at det er politisk besluttet at noen bruker- og/eller diagnosegrupper skal ha tjenester av en annen kvalitet og omfang enn andre. Situasjonen har trolig utviklet seg over tid, og kan være en passiv konsekvens av at spesielle tiltak og styrkinger er prioritert til noen konkrete brukere og brukergrupper og/eller av mindre administrativ og politisk oppmerksomhet på dette fagfeltet. Seksjonen arbeider på revisjonens tidspunkt med tiltak som kan bidra til å utligne disse skjevhetene, herunder forslag til nye tjenestebeskrivelser for alle seksjonens tjenester, samt et utviklingsarbeid innen rus- og psykiske helsetjenester og boligsosialt arbeid.

5.2 Oppsummering

Statistikk viser at brukere som faller inn under kategorien «innbyggere under 67 år» kan se ut til å ha mottatt en større andel av budsjett, i Fredrikstad, enn hva som er tilfelle i andre sammenlignbare kommuner. Samtidig fremkommer det at tallene, per dags dato inneholder mulig feilkilder, slik at sammenligninger på tvers av kommuner kan være misvisende.

Tildelingskontoret har gjennomført omfattende gjennomgang av tjenestevedtak av brukere under 67 år. Ifølge virksomhetsleder ved tildelingskontoret er mange vedtak svært romslige. Det fremstår, for revisjonen, som om den antatte skjevheten i ressursfordelingen mellom innbyggere under og over 67 år skyldes at

brukere under 67 år mottar mer tjenester per bruker i Fredrikstad sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner, og ikke at brukere over 67 år mottar for lite tjenester.

Seksjonen var i 2014 gjennom vesentlige økonomiske nedskjæringer (ca. 80 mill.), hvorav de største innsparingene ble gjennomført i etat tjenester til funksjonshemmede (ca. 30 mill.). Begrunnelsen for nedskjæringen var for å finne rom for nye behov og tiltak innenfor samme budsjettramme. Kommunalsjef antar at dette vil føre til en ressursutjevning mellom brukergruppen under og over 67 år, jamfør ASSS-nettverkets statistikk.

Videre viser fakta at innføringen av samhandlingsreformen har ført til en svekket sirkulasjon på kommunens korttidssenger. Færre hjemmeboende innbyggere som søker om dette tilbudet får dette innvilget, da de aller fleste kommer direkte fra sykehuset. Hjemmesykepleien har også tidvis for dårlig kapasitet til å kunne ta imot mange pasienter fra sykehuset.

6 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Basert på rapportens første problemstilling finner revisjonen at Fredrikstad kommune i all hovedsak tilfredsstillende kravene i revisjonskriteriene.

Gjennom etableringen av tildelingskontoret har kommunens innbyggere en «dør» inn til kommunens helse- og velferdstjenester. Tildelingskontoret består av et samlet saksbehandlarmiljø bestående av færre og mer spesialiserte saksbehandlere, samt at det er langt færre ledere med vedtaksmyndighet, enn hva som var tilfelle ved tidligere organisering. Tildelingskontoret har utviklet saksbehandlingsrutiner med tilhørende kriterier for tildeling, samt at virksomheten har et sterkt fokus på lovverk og tildelingskriterier ved tildeling av tjenester. Seksjonen arbeider, på revisjonens tidspunkt, med å utarbeide overordnede tjenestebeskrivelser. Det fremkommer også av fakta at ny organisering har ført til en langt bedre tjeneste- og tilgjengelighetsoversikt. Samtlige av de overnevnte tiltakene er, etter revisjonens oppfatning, med på å bidra til at tildelingen av forsvarlige og riktige tjenester sikres, samt at de tilrettelegger for prinsippet om likebehandling på en god måte.

Selv om revisjonen ikke har mulighet til å sammenligne eldre restansetall med dagens tall, opplever revisjonen at tildelingskontoret har god kontroll vedrørende sine restanser.

Seksjonens organisering vektlegger en inndeling etter tjeneste- og fagområder, samt en sentralisering og samling av ansvarsområder under tildelingskontoret, dette fremstår for revisjonen, som gode tiltak for å styrke seksjonens styring og kontroll av ressurser. Etter revisjonens vurderinger skaper dagens ledelsesstruktur gode kontroll- og rapporteringslinjer.

Seksjonen arbeider, på revisjonens tidspunkt, med å implementere verktøy for aktivitetsbasert rammefinansiering. Dette innebærer at de tjenesteproduserende

enhetene skal få beregnet sine budsjetterammer etter det omfanget av tjenester de yter.

Seksjonen befinner seg forholdsvis tidlig i implementeringsfasen, det er dermed vanskelig for revisjonen å konkludere med om målene, som fremkommer av revisjonskriteriene, er nådd eller vil nås. Likevel fremstår det for revisjonen som om forberedelsene til implementeringen av modellen, som har bestått i å utarbeide detaljerte brukerdata, har medført flere positive effekter for seksjonens styring og kontroll.

Ved at tjenesteproduserende enheter får beregnet budsjetterammer etter det omfanget av tjenester de yter, vil nødvendigvis fordelingen av midlene mellom virksomhetene bli mer rettferdig, dette vil også kunne skape sterkere tillit til at rammene er rett fordelt. Ovenfornevnte betinger at seksjonens brukerdata til enhver tid er valide og oppdaterte. Et detaljert kunnskapsgrunnlag skaper også god styringsinformasjon for seksjonens ledelse.

Samarbeidet mellom tildelingskontoret og utøvende virksomhet sikres i stor grad gjennom samarbeidsavtaler og formaliserte møtepunkter.

Hva gjelder problemstillingen vedrørende om kommunen har etablert systemer for å identifisere hjemmeboende over 67 år med behov for pleie- og omsorgstjenester, finner revisjonen at Brukerombudet i Fredrikstad og kommunens administrasjon bedriver oppsøkende virksomhet overfor eldre. Dette består av utsendelse av informasjonsskriv til samtlige innbyggere som fyller 75 og 80 år.

Revisjonen finner videre at kommunens antatte ressursfordelingskjevhet mellom brukere under og over 67 år ikke ser ut å skyldes at brukere over 67 år mottar for lite tjenester. Statistikk som fremkommer av

faktafremvisningen viser derimot at brukere under 67 år mottar mer tjenester per bruker i Fredrikstad sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner.

Kommunens praksis inneholder også enkelte svakheter som, etter revisjonens vurdering, kan medføre risiko for seksjonens ressursfordeling, tjenester og ansatte.

Det fremkommer av fakta at det er flere uklarheter og svakheter i samarbeidet og kommunikasjonen mellom tildelingskontoret og etat hjemmesykepleie.

Ansvar og praksisen vedrørende vurdering og videreformidling av brukers endrede behov fremstår som for dårlig implementert i etat hjemmesykepleie. Ifølge revisjonen er praksisen vedrørende dette viktig, både for å sikre at brukere mottar forsvarlige og riktige tjenester, men også for å synliggjøre brukerbehovet godt nok, slik at utøvende virksomhet mottar tilstrekkelig ressurser for å utføre tjenesten.

Videre fremkommer det at det er uklarheter vedrørende ansvarsfordelingen mellom tildelingskontoret og etat hjemmesykepleie rundt praksis for vurderingsbesøk, samt uenigheter vedrørende i hvilken grad utøvende virksomhet skal kunne medbestemme i utøvelsen av vedtak. Ifølge revisjonen vil dette kunne skape frustrasjon blant ansatte, samt misforståelser mellom virksomheter. I verste fall kan dette få negative innvirkninger på kvaliteten i tjenestene som ytes.

Med bakgrunn i konklusjonen og de vurderinger av fakta denne bygger på, anbefaler revisjonen at kommunen bør:

- Ytterligere avklare og implementere grensesnittet/ansvarsområder mellom tildelingskontoret og utøvende virksomhet. Et godt samarbeid med tydelige og avklarte ansvarsområder vil blant annet kunne minimere risikoen misforståelse og uenigheter mellom virksomheter/etater.

Rolvsøy 21.5.2015

Bjørnar B. Eriksen (sign.)
Forvaltningsrevisor

Anders Svarholt (sign.)
Oppdragsansvarlig revisor

7 RÅDMANNENS KOMMENTARER

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmannen mener at revisjonsrapporten gir et godt bilde av situasjonen, og er glad for revisjonens konklusjon om at samtlige av de omtalte tiltakene relatert til etablering av ny ordning for tjenestetildeling innen helse og velferd er med på å bidra til likebehandling og tildeling av forsvarlige og riktige tjenester.

Det er betryggende at revisjonen opplever at Tildelingskontoret, og dermed seksjon for Helse og velferd, har god kontroll med sine restanser/saker som ligger til behandling, og vurderer at seksjonens nye organisering og ledelsesstruktur skaper gode kontroll- og rapporteringslinjer og styrker styring og kontroll av ressurser. Videre konstaterer rådmannen at det, samlet sett, er revisjonens vurdering at kommunens målsetting i forbindelse med den omfattende omorganiseringen i helse- og velferdsseksjonen i all vesentlighet er virkeliggjort gjennom prosessen.

Rådmannen deler disse vurderingene. Samtidig legger rådmannen til grunn at omorganiseringen har representert begynnelsen på en omfattende omstillings- og utviklingsprosess, som vil pågå over tid.

Det framkommer at det framstår for revisjonen som om forberedelsene til implementering av verktøy for aktivitetsbasert rammefinansiering har medført flere positive effekter for seksjonens styring og kontroll. Det pekes i denne sammenheng spesielt på utarbeiding av flere og mer detaljerte brukerdata. Rådmannen ser det som viktig å videreføre arbeidet med å ta i bruk aktivitetsbasert budsjett- og styringsverktøy.

Det framkommer i rapporten at det er uklarheter og svakheter i samarbeid og kommunikasjon mellom Tildelingskontoret og etat Hjemmesykepleie. Videre at ansvar og praksis vedrørende vurdering og videreformidling av brukers endrede behov framstår som for dårlig implementert i etat Hjemmesykepleie. Rådmannen deler revisjonens vurdering av at det er viktig å ha avklart praksis på dette området, av hensyn til både tjenestemottakerne, virksomhetenes økonomiske rammer og de ansatte.

Det beskrives videre at det er uklarheter vedrørende ansvarsfordelingen mellom Tildelingskontoret og etat Hjemmesykepleie rundt praksis for vurderingsbesøk, og uenigheter om i hvilken grad utøvende virksomhet skal kunne medbestemme i utøvelsen av vedtak. Revisjonen anbefaler at kommunen ytterligere bør avklare og implementere grensesnittet/ansvarsområder mellom Tildelingskontoret og utøvende virksomhet.

Rådmannen slutter seg til vurderingen av at et godt samarbeid, med tydelige og avklarte ansvarsområder, blant annet vil kunne minimere risikoen for misforståelser og uenigheter mellom virksomheter/etater, og vil følge opp revisjonens anbefaling.

Revisjonen opplyser at det, slik revisjonen forstår organiseringen og modellen, er Tildelingskontorets vedtak som skal være styrende for tjenestene som ytes, samt også ressursene som tilføres utøvende virksomhet. Dette er også rådmannens forståelse.

Det kan opplyses om at Tildelingskontoret har en egen rutine for samarbeid med Hjemmesykepleien, der det blant annet klart framkommer hvilke vurderingsbesøk Hjemmesykepleien skal ta. Rutinen ble sist revidert i mars 2015, og samarbeidet ble i den forbindelse forsterket. Rådmannen vil påse at rutinen blir bedre kjent, forankret og etterlevd i berørte enheter.

Revisjonen har sett nærmere på om tjenestemottakere over 67 år får de tjenester de har behov for, og om kommunen har etablert systemer for å identifisere hjemmeboende over 67 år som har behov for pleie- og omsorgstjenester. Funn viser at kommunens antatte ressursfordelingsskjevhet mellom brukere over og under 67 år ikke ser ut til å skyldes at brukere over 67 år mottar for lite tjenester. Dette er betryggende. Seksjon Helse og velferd arbeider med å legge enda bedre til rette for likeverdige tjenester til alle innbyggere som trenger bistand, uavhengig av tjenesteområde. I rådmannens forslag til handlingsplan for 2016-19 foreslås det å vurdere innføring av helsestasjonstilbud og forebyggende hjemmebesøk for eldre.

Forslag til nye tjenestebeskrivelser for helse og velferd ligger p.t. til behandling i helse- og velferdsutvalget, sammen med forslag til nye kvalitets- og verdighetsmål for helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad kommune. Tjenestebeskrivelsene skal bidra til tjenester som oppfyller gjeldende lover, forskrifter og kvalitetskrav, til god og oversiktlig informasjon til innbyggere, politikere og ansatte, og til rett og likeverdig nivå på tjenestene, utfra hensyn til faglig forsvarlighet og rettferdig fordeling av tilgjengelige ressurser.

I rapporten omtales det (på side 12) at Tildelingskontoret vil få tilført fem årsverk i 2015. Det kan opplyses at flere av disse årsverkene er finansiert av statlige tilskuddsmidler.

Rådmannen takker Østfold kommunerevisjon for en lærerik og konstruktiv revisjonsprosess.

8 VEDLEGG

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er blant annet å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdige tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet tilpasses den enkeltes behov,
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Etablering av tjenestetildelingsenhet

Opprettelse av enhet for tjenestetildeling og stabsenhet samt, innføring av aktivitetsbasert budsjettmodell ble vedtatt av sosial- og omsorgsutvalget 13.6.2012, sak PS 30/12. Formålet med omorganiseringen er å møte dagens og fremtidens krav til kommunale helse- og omsorgstjenester på en mest mulig hensiktsmessig måte. Det fremkommer av seksjonens handlingsplan 2012-2015 at målet med omorganiseringen er å tilrettelegge for:

- forsvarlige tjenester med riktig kvalitet til alle som trenger det,
- likeverdige tjenester til hele kommunen,
- rett fordeling av de økonomiske rammer bystyret tildeler,
- god styring, økonomisk kontroll og bærekraftig økonomi,
- robuste fagmiljøer med rom for utvikling, innovasjon og synergier i tjenestene,
- god ledelse på alle nivåer.

Det fremkommer av saksfremlegg PS 30/12 behandlet i sosial- og omsorgsutvalget at kommunens mål med egen enhet for tjenestetildeling er at:

- saksbehandlingen blir mer profesjonell,

- det blir økt grad av likeverdig behandling av kommunens innbyggere,
- man får en felles «inngang» for å søke om tjenester,
- man oppnår bedre ivaretagelse av helhetsperspektivet, ved at alle tjenestene i større grad ses i sammenheng,
- man får bedre styring og kontroll med bruk av ressurser.

Utover punktene som er beskrevet ovenfor innebærer en mer profesjonell saksbehandling også restansekontroll og kontroll med ugyldige vedtak. Denne kontrollen er en forutsetning for at ledere på alle nivåer skal kunne ha en god oversikt og styring. For å lykkes med organiseringen kreves et tett og godt samarbeid mellom tildelingskontoret og tjenesteleverandør.

Kontroll med seksjonens ressursbruk

Ifølge kommuneloven § 23 skal rådmannen "(...) sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll".

Det følger av forarbeidene til bestemmelsen at "Siktemålet er å tydeliggjøre at administrasjonssjefen har et ansvar for å føre kontroll med virksomheten. Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven (...) ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som bl.a. skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte."¹¹

Det fremkommer av saksfremlegg PS 30/12 at aktivitetsbasert finansiering (ABF) vil kunne

¹¹ Ot. prp. nr 70 (2002-2003) (endringslov) Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon) , s. 105.

bidra til bedre styring og kontroll med den økonomiske utviklingen i seksjon helse og velferd. Kommunens mål med innføringen av en aktivitetsbasert budsjettmodell er at den skal gi:

- bedre styringsinformasjon og beslutningsgrunnlag,
- større insentiver til effektivisering,
- økt forståelse av sammenhengen mellom kostnad, volum og hva som påvirker kostnadene (bedre mulighet til å se årsakene til budsjettavvik)
- politikerne tydeligere ansvar og mulighet til for oppfølging av utviklingen innenfor tjenesteområdet,

- mer rettferdig fordeling av midler mellom virksomhetene,
- tillit til at økonomiske rammer er rett fordelt.

En ABF-modell må på samme måte som andre fordelingsmodeller basere seg på den faktiske rammen som er til rådighet.

Opprettelse av felles tjenestetildelingsenhet og innfasing av en modell for aktivitetsbasert finansiering er tiltak som forventes å bidra til rett utmåling av tjenestevedtak og riktige rammer til seksjonene/virksomhetene.