



cutting through complexity™

Evaluering av tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten i Helse og omsorg, Ringerike kommune

20. september 2013



Forord

Ved brev fra Ringerike Kommune datert 08.08.13 er KPMG tildelt oppdraget "Evaluering av tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten i Helse og omsorg" Denne rapporten er resultatet av evalueringen.

Rapporten starter med et sammendrag, hvor de viktigste funn, vurderinger og anbefalinger fremgår.

Kapittel 1 er en innledning til rapporten, hvor vi presenterer prosjektet, problemstillinger og avgrensninger samt hvilke evalueringskriterier og metode for datainnsamling som er benyttet. Kapittel 2 er en beskrivelse av tildelingspraksis og Bestiller- utførermodellen i Helse- og omsorgssektoren generelt, og gir en oversikt over internasjonale og nasjonale trender. I kapittel 3 presenterer vi fakta, funn og våre vurderinger opp mot problemstillinger og evalueringskriteriene. I kapittel 4 oppsummerer vi våre forslag til videre arbeid med tildelingspraksis og bestiller- utførermodellen. Rapporten avsluttes med vedlegg med relevant informasjon og et forslag til handlingsplan som utgangspunkt for kommunens videre arbeid med rapportens anbefalinger.

KPMG vil takke alle som har medvirket under gjennomføringen av evalueringen.

Oslo, 20. september 2013



Nils- Ivar Slåttsveen

Partner

Sammendrag

Nedenfor følger et sammendrag av rapporten "Evaluering av tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten i Helse og omsorg, Ringerike kommune" Vi presenterer her hvilke problemstillinger vi har belyst, hvilken metode som er benyttet, og går kort gjennom rapportens faktagrunnlag og våre vurderinger. Vi viser til slutt hvilke anbefalinger vi har kommet med.

Evalueringen har blitt gjort i forhold til fire av de åtte virksomhetsområdene i Helse og omsorg: Bestillerenheten, Hjemmebaserte tjenester, institusjoner og Tiltak for funksjonshemmede (TTF).

Problemstillinger, evalueringskriterier og metode

I samarbeid med ledelsen i Helse og omsorg og basert på vår forståelse av oppdraget ble følgende problemstillinger definert:

- 1) Tildelingspraksis:
 - a) Hvordan skjer tildeling av helse- og omsorgstjenester (fra behov/søknad – til vedtak – til levering av tjenesten)?
 - b) I hvilken grad er tildelingen av helse- og omsorgstjenester hensiktsmessig?
 - c) Hvilke alternative forbedringsforslag kan være aktuelle for tildelingspraksis?
- 2) Ordningen med Bestillerenheten:
 - a) Hvordan fungerer ordningen med Bestillerenheten i dag?
 - b) I hvilken grad er dagens ordning hensiktsmessig?
 - c) Hvilke alternative forbedringsforslag kan være aktuelle til ordningen med bestillerenheten?

For å besvare disse problemstillingene har vi utformet et sett av evalueringskriterier. Dette er standarden virksomheten måles opp mot når praksis skal vurderes og sier noe om hvilke retningslinjer som gjelder for området, eller hva som er å anse som beste praksis. Evalueringskriteriene er i denne sammenheng utledet gjennom analyse av kommunens egne dokumenter, relevante lover, veiledere og publikasjoner (forskning og litteratur).

Vi har gjennomført til sammen 77 intervjuer, hvorav 57 med ansatte og ledere i Helse og omsorg og 20 med brukere og pårørende. Samtlige av intervjuobjektene har gitt uttrykk for at det er positivt at det er igangsatt en evaluering på dette området.

Teoridel

Rapporten innledes med en teoridel som setter tildelingspraksis og ordningen i et overordnet perspektiv. Dette for å gi en best mulig forståelse av hva som ligger bak etableringen av tildelingspraksis og ordningen med en Bestillerenhet i Ringerike kommune. Vi trekker linjer til den såkalte "Bestiller-utføremodellen" (BUM), som igjen kan sies å være et resultat av "New public management"- reformene som kom rundt 1990. Disse reformene ble igangsatt i flere norske kommuner og i mange andre land.

Bestiller-utførermodellen representerer ulike måter å skille forvaltning og drift i to organisatoriske enheter på: henholdsvis "Bestiller" og "Utfører". En rendyrket BUM kjennetegnes ved et klart skille mellom disse enhetene, med tydelig adskilte roller. Bestiller ivaretar forvaltning – og myndighetsutøvelse, bestemmer og tydeliggjør omfang, innhold og kvalitet på tjenestene. Utfører står for tjenesteproduksjonen, leverer tjenester i tråd med kontrakt (enkeltvedtaket) og får betalt for de tjenester som leveres.

BUM er implementert i ulike varianter i flere norske kommuner, spesielt stor-kommuner, som til sammen representerer halvparten av den norske befolkning. Vi finner ingen dokumentasjon på at den ene varianten av modellen er bedre enn andre varianter.

De fleste som har innført BUM har hatt som intensjon å tilrettelegge for markedsretting av helse og omsorgstjenestene og/eller få bedre styring på økonomi, sikre mer effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser, øke rettsikkerheten til brukerne og sikre mer rettferdig fordeling av godene. Vi finner ingen dokumentasjon som kan vise at BUM faktisk bidrar mer til å oppnå disse målene enn om man ikke har en slik modell.

Funn og vurderinger

For å få et "bakteppe" og en bedre forståelse for dagens tildelingspraksis og ordning med Bestillerenhet har vi gjennom analyse av tilgjengelig dokumentasjon og informasjon fra intervjuene satt opp en oversikt over historikken fra 1997 og frem til i dag. Historikken bidrar til å belyse hva som var/er kommunens intensjoner med dette siden etableringen og gir en bedre forståelse av hvorfor tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten fungerer slik den gjør pr i dag.

Historikken viser at ordningen med bestillerenheten har vært gjenstand for mange omorganiseringer, siden den ble etablert. Dette parallelt med store organisasjonsendringer i Helse og omsorg i kommunen for øvrig

Tildelingspraksis

Tildelingspraksis er evaluert med utgangspunkt i *prosessen* for tildeling med fokus på mottak og vurdering av søknader, beslutningen om hvilken hjelp som skal gis og hvordan denne formidles til bruker og utførere. Samarbeidet mellom Bestillerenheten, brukere og utførere vedrørende tildeling er også inkludert i dette Det er altså ikke er hovedanliggende å undersøke om kriterier for tildeling av de ulike tjenester er fulgt.

Funn:

- Styrende dokumenter: "Veileder for tildelingspraksis" er det dokumentet som saksbehandlere har som sitt primære styringsverktøy. Det er ikke nedfelt skriftlige rutiner på hvordan dette skal revideres men det er etablert en praksis på at dette gjøres hvert år. Brukerne er ikke involvert i revideringen og veilederen er lite kjent blant utførerne. Det foreligger også samarbeidsavtaler mellom Bestillerenhet og utførere som er lite operative, og serviceerklæringer som det ikke er rutiner for revidering av
- Fordeling av søknader mellom saksbehandlere: det er innført en ny fordelingsordning av søknader mellom saksbehandlere som sikrer bedre kontinuitet i forhold til brukerne. Noen av saksbehandlerne stiller imidlertid spørsmål om ordningen er hensiktsmessig i forhold til ressursutnyttelse, da flere saksbehandlere vil være nødt til å dra til samme sone. Ordningen er diskutert internt i Bestillerenheten men ikke med utførere, og skal evalueres.
- Kartlegging av behov og vurdering av søknad: Veileder understreker at "LEON prinsippet" skal legges til grunn for tildeling av tjenester, mens kommunens eget handlingsprogram for Helse og omsorg legger "BEON prinsippet" til grunn. I litteratur og i praksis varierer det om man definerer dette som ulike eller samme begrep - noe som gir grunnlag for usikkerhet. Det mangler retningslinjer for kartleggingsbesøk og kartleggings skjema brukes i varierende grad og er ikke tilstrekkelig tilpasset alle brukere
- Formidling av og mottak av vedtak i utførerenhetene: Det er ikke noe enhetlig system på dette, noe som innebærer at det spesielt i forhold til praktisk bistand kan "glippe" slik at det går tid før utfører fanger opp hjelpebehov og bruker får den hjelpen som er vedtatt. Noen utførere stiller spørsmål ved vedtakenes form og mener de i for liten grad gir anledning til faglig skjønn
- Samhandling mellom virksomheter og tjenestesteder: det eksisterer per i dag et forbedringspotensial i samarbeid mellom Bestillerenheten og utfører knyttet til første kartleggingsbesøk av bruker. Ved samhandling mellom Bestillerenheten og institusjoner samt TTF, viser funnene at samarbeidet rundt tildeling av omsorgsboliger kan bli bedre. Bestillerenheten selv påpeker behovet for bedre koordinering av boligtildeling innen Helse og omsorg i kommunen og samhandling med blant annet NAV. Mange brukere er felles mellom

NAV og utførerenhetene og det kan være "tilfeldig" hvor søknad om bolig kommer. Samarbeidet mellom utførere og sykehus ønskes styrket

- Brukermedvirkning: Samarbeidet mellom Bestillerenheten og brukere/pårørende fungerer til en viss grad i forbindelse med utforming av nye vedtak og revurdering av vedtak. Intervjuene med brukere og pårørende og utførere indikerer at det kan være et forbedringspotensial

Vurdering:

KPMG konkluderer i sin vurdering med at Ringerike kommunes tildelingspraksis i hovedsak imøtekommer evalueringskriteriene som er angitt i denne evalueringen.

Kommunens tildelingspraksis bør i tillegg til evalueringskriterier fremsatt i denne rapporten også sees opp mot kommunens eget hovedmål med praksisen, hvilket er *(..) å sikre lik vurdering og saksbehandling ved utarbeidelse av enkeltvedtak og en rettferdig fordeling av tjenestene (...)*. KPMGs vurdering er at dette i hovedsak er tilfellet i Ringerike kommune i dag.

Selv om tildelingspraksis i sin helhet er hensiktsmessig, viser funn og vurderinger at det er et tydelig forbedringspotensial på flere områder. Blant annet kan samsvar mellom bistandsbehov og vedtak og en mer sammenhengende tiltakskjede forbedres gjennom tettere samhandling mellom Bestillerenhet, brukere og utførere. Forbedringsområder er adressert til slutt i sammendraget.

Ordningen med Bestillerenheten

Med utgangspunkt i en beskrivelse av hvordan Bestillerenheten er organisert pr i dag har vi vurdert organiseringen som sådan, vi har sett på om formålet med og Bestillerenhetens ansvar og oppgaver er godt nok avklart, forankret og kommunisert og om ordningen er tilpasset den lokale kontekst i kommunen.

Funn:

- Det er ulike formeninger om den organisatoriske plasseringen av Bestillerenheten blant ledere og ansatte. Slik det er pr i dag er enheten plassert på samme nivå som virksomhetene, mens den i praksis er hierarkisk overordnet virksomhetene og enhetene når det kommer til tildeling.
- Selv om det ikke var fokus i evalueringen ble det avdekket funn i forhold til Bestillerenheten som vi mener kommunen bør se nærmere på: dette gjelder blant annet bemanningen i enheten og sammensetningen av kompetanse. Saksbehandlerne får generelt sett skryt fra utførerne på at de er rutinerne og meget dyktige.
- Det er få av de intervjuede som kjenner til formålet med Bestillerenheten og hvor det er beskrevet, med unntak av de som har vært med siden etableringen
- Mål og forventninger til Bestillerenheten er i for liten grad avklart, formalisert (skriftliggjort) og kommunisert i organisasjonen etter at ISF ble avsluttet og man gikk over til rammefinansiering.
- Manglende formalisering og kommunisering av målsetting for ordningen med en Bestillerenhet i dagens kontekst har skapt noe uklarhet rundt bestillerrollen, ansvar og oppgaver. Mange av saksbehandlerne gir uttrykk for at deres rolle er blitt mer uklar etter at ISF ble opphevet og at ansvar og oppgaver må klargjøres og forankres bedre. Skal de fortsatt ha hovedfokus på å ha en "portvaktfunksjon" (passe pengesekken), som under ISF-perioden eller skal de nå i større grad være "brukernes advokat" og ta utgangspunkt i reelle behov og fatte vedtak/tilby tjenester ut fra dette? Saksbehandlerne opplever å bli "trukket" i forskjellige retninger. Bestillerrollen er av mange (ref teoridelen) beskrevet som en svært utfordrende rolle
- Det kom til uttrykk i alle intervjuene at man mener at ordningen med en Bestillerenheten er en god og nødvendig ordning som bør bestå for å sikre mest mulig lik tildeling av tjenestene i

kommunen, god saksbehandling av alle søknader, koordinering av tjenestene og en mest mulig objektiv kartlegging og vurdering av behov.

- Mange stiller spørsmål ved om det er riktig å kalle enheten en "Bestillerenhet" da navnet er misvisende i forhold til hva enheten faktisk gjør eller bør gjøre.

Vurdering:

Med utgangspunkt i overnevnte funn konkluderer KPMG i sin vurdering med at ordningen med Bestillerenheten som sådan ikke fullt ut imøtekommer evalueringskriteriene som er angitt i denne evalueringen. Formål, ansvar og oppgaver må tydeliggjøres og forankres bedre. KPMG vurderer det slik at det fortsatt er hensiktsmessig å organisere enheten/funksjonen adskilt fra utførerne, da dette sikrer at søknader om helse- og omsorgstjenester blir profesjonelt og likt behandlet og at kommunens innbyggere får samme nivå på tjenestene i henhold til vedtatte kriterier. Enhetens ansvar må gjenspeiles i både navn og organisasjonskart.

Forbedringsforslag

Med utgangspunkt i overnevnte funn og vurderinger, anbefaler vi 9 "grep" (forbedringsforslag) som Ringerike kommune bør iverksette. Vi har utarbeidet et forslag til handlingsplan i vedleggs form (vedlegg 5) hvor det fremgår hvordan vi anbefaler kommunen å jobbe videre med de ulike forbedringsforslagene.

Grep 1: Revidere og forankre gjeldende styringsdokumenter

Kommunen anbefales å videreføre, revidere og bedre forankre dokumentene som i dag er styrende for tildelingsprosessen. Dette blant annet for å skape mer forståelse for bakgrunn for vedtakene og saksbehandlingen til Bestillerenheten, slik at kommunens ansatte møter brukerne med "en stemme". Dette innebærer også at samarbeidsavtalene mellom Bestiller og hjemmebaserte tjenester/institusjon bør videreføres. Avtalene bør operasjonaliseres slik at det blant annet formaliseres hvilke samarbeidsarenaer man vil ha, hvem som skal delta og hvor ofte på de ulike arenaer slik at dette blir likt for alle utførerenheter i samme virksomhet. Videre anbefales det å gjøres en revidering av kommunens avtale med sykehuset, herunder vurdere grep for å styrke kommunikasjon mellom sykehus og utførerenheter i kommunen.

Grep 2: Skape en hensiktsmessig fordeling av saker blant saksbehandlerne på Bestillerenheten

Et uttalt ønske fra utførerenheterne innen både hjemmetjenesten, institusjon og TTF er å forholde seg til faste saksbehandlere fra bestillerenheten. Dette for å skape et mer forutsigbart og stabilt samarbeid, samt sikre at saksbehandler har kunnskap om den enkelte bruker og brukergruppen. Det anbefales at man, når den nye fordelingsordningen av saker på Bestillerenheten skal evalueres, gjør en mer grundig vurdering og konsekvensutredning av ordningen.

Grep 3: Gjennomgang av dagens ordning knyttet til tildeling av boliger innen Helse og omsorg

Kommunen bør se på dagens ordning for håndtering av søknader og tildeling av boliger innen Helse og omsorg. Dette kan innebære å vurdere opprettelsen av en egen gruppe som jobber med boligtildeling uavhengig av type, men som inneholder saksbehandlere med kompetanse om de involverte målgruppene (rus, psykiatri, TTF etc.).

Grep 4: Kompetanseutvikling av utførere i forhold til dokumentasjon i fagsystemet

KPMG anbefaler at utføreres kompetanse styrkes i forhold til dokumentasjon gjennom både kurs og bevisstgjøring i forhold til ansvar og holdninger og økt kunnskap om hva god dokumentasjon er. God dokumentasjon er et viktig grunnlag for saksbehandlerne i deres

søknadsbehandling. Flere utførere viser til at saksbehandlere fra Bestillerenheten er flinke til å følge opp endringer og avvik dersom de får beskjed av utfører via Gerica.

Grep 5: Samarbeid

Ringerike kommune kan med fordel jobbe videre med å utvikle sterkere relasjoner mellom bestillere og utførere. Dette kan gjøres ved å skape et tettere samarbeid mellom saksbehandler ved Bestillerenheten og utfører ved første kartleggingsbesøk av bruker, videreføre månedlige revurderingsmøter mellom saksbehandler fra Bestillerenheten og utførerene i hjemmetjenesten. I tillegg til samarbeidsarenaer i det daglige, kan et alternativ være å holde årlige eller halvårslige samarbeidsmøter / temadager for å skape dialog og diskusjon rundt aspekt ved tildelingsprosessen på et mer overordnet plan.

Grep 6: Gjennomgang av praksis rundt utforming av vedtak

Det bør gjøres en gjennomgang av dagens formulering av vedtak. Det bør åpnes for i større grad å benytte "myke" vedtak med vekt på generelle formuleringer som åpner for at utførere selv kan bidra med faglig skjønn, og påvirke hvordan vedtakene utføres. Dette vil kunne bidra til å styrke tillitsrelasjoner mellom utførere og Bestillerenheten. Det må legges til rette for større grad av brukermedvirkning når vedtak skal utformes, og dette må komme tydelig frem når ansvar og roller beskrives. Det bør gjøres en gjennomgang av eldre vedtak innen eksempelvis praktisk bistand, for å undersøke påstanden om at det eksisterer tydelige forskjeller i vedtak for brukere med samme tjenestebehov.

Grep 7: Organisering

Kommunen bør beholde Bestillerenheten som en forvaltningsenhet som på vegne av kommunen, ved kommunalsjef, skal sikre profesjonell og likeverdig saksbehandling av innbyggernes søknader om helse- og omsorgstjenester. Bestillerenheten bør endre navn til noe som i større grad gjenspeiler enhetens oppgaver. Alternative navneforslag er "Tildelingskontor for Helse- og omsorgstjenester", "Søknadskontor for Helse- og omsorgstjenester", eller "Forvaltningsenhet". Enheten bør vurderes plassert organisatorisk i stab til kommunalsjef, med fortsatt egen enhetsleder som rapporterer til kommunalsjef og inngår i dennes ledergruppe

Grep 8: Formål, ansvar og roller

Kommunen må klargjøre målsetting med Bestillerenhet i dagens kontekst. For å sikre gjennomføring av målsettingen må ansvar og oppgaver klargjøres, fordeles og gjøres kjent i organisasjonen, for eksempel gjennom stillingsinstrukser - /omtaler.

Grep 9: Bemanning og kompetanse i Bestillerenheten

Kompetansesammensetningen i Bestillerenheten bør gjennomgås, og det er nødvendig med kontinuerlig kompetanseutvikling for alle og spesielt knyttet opp til fagkompetanse, samarbeid og kommunikasjon. Det anbefales at det i regi av Bestillerenheten selv sendes ut en årlig undersøkelse til utførerene for interne evalueringsformål samt utvikling av enheten. I sammenheng med denne prosessen kan Bestillerenheten vurdere å sende ut et informasjonsbrev med relevant informasjon til utførerene.

Innhold

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn og formål med oppdraget	2
1.2	Problemstillinger og avgrensninger	2
1.3	Evalueringskriterier	3
1.4	Metode for datainnsamling	4
2	Om tildelingspraksis og Bestiller-utførermodellen i Helse og omsorg	6
2.1	Overordnet perspektiv på tildelingspraksis og Bestillerenheten	6
2.2	Bruk av Bestiller- utfører modell, internasjonale og nasjonale trender	8
3	Funn og vurderinger	10
3.1	Historikk tildelingspraksis og ordning med Bestillerenhet i Ringerike kommune	10
3.2	Tildelingspraksis slik det fungerer i dag	12
3.3	Er tildelingspraksis hensiktsmessig?	18
3.4	Ordningen med Bestillerenheten slik den fungerer i dag	20
3.5	Er ordningen med bestillerenheten hensiktsmessig?	24
4	Anbefalte forbedringsforslag	26
4.1	Forbedringsforslag vedrørende tildelingspraksis	26
4.2	Forbedringsforslag vedrørende ordningen med Bestillerenheten	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med oppdraget

I rapport fra KPMG fra mai 2013 "På rett spor? En administrativ kartlegging av Helse og omsorg i Ringerike kommune, ved MKS-gruppene" fremhevet alle MKS gruppene at det kan det være grunnlag for å se nærmere på "Bestiller-utfører modellen". Rapporten stiller spørsmål ved om Bestiller-utfører modellen fungerer i henhold til intensjonene, som er å sikre likeverdig tilbud, brukernes rettigheter og at kommunen yter nødvendig helsehjelp. Rapporten pekte på at det kan være grunnlag for å styrke samarbeidet mellom bestillerenhet og utførere. I rapporten har KPMG anbefalt at det gjøres en grundig evaluering med fokus på om ordningen fungerer etter intensjonene og eventuelt om det kan være andre måter som er mer formålstjenlig for kommunen å organisere bestilling og utførelse av Helse- og omsorgstjenester på. Ordningen med Bestillerenheten er ikke evaluert siden oppstarten.

Formannskapet i kommunen har i Sak 71/13 "Pleie- og omsorgstjenesten i Ringerike " fattet vedtak om at rådmannen gis i oppdrag å evaluere tildelingspraksis og ordningen med bestillerenheten. På bakgrunn av evalueringen skal det legges fram forslag til forbedringer overfor hovedkomiteen for Helse og omsorg innen september 2013. KPMG er gitt i oppdrag å gjennomføre evalueringen.

Formålet med evaluering er å gi Ringerike kommune et best mulig beslutningsgrunnlag i forhold til videre arbeid med tildelingspraksis og ordningen med bestillerenhet innen Helse og omsorg, og legge frem forslag til forbedringstiltak.

1.2 Problemstillinger og avgrensninger

I tråd med bestillingen fra 08.08.13 og prosjektets formål har KPMG sammen med kommunalsjef, leder av Bestillerenhet og representant fra fagforeninger formulert følgende problemstillinger:

1. Tildelingspraksis:
 - a) Hvordan skjer tildeling av Helse- og omsorgstjenester (fra behov/søknad – til vedtak – til levering av tjenesten)?
 - b) I hvilken grad er tildelingen av Helse- og omsorgstjenester hensiktsmessig?
 - c) Hvilke alternative forbedringsforslag kan være aktuelle for tildelingspraksis?

Denne problemstillingen vil være rettet mot *prosessen* for tildeling med fokus på prosessen som er etablert for å motta og vurdere søknader, beslutte hvilken hjelp som skal gis og informere utøverne om beslutningen. Det er altså ikke et hovedanliggende å undersøke om kriterier for tildeling av de ulike tjenester er fulgt, men å undersøke hvordan prosess som er etablert ved tildeling er, om den er hensiktsmessig og om den bør justeres.

2. Ordningen med Bestillerenheten:
 - a) Hvordan fungerer ordningen med Bestillerenheten i dag?
 - b) I hvilken grad er dagens ordning hensiktsmessig?
 - c) Hvilke alternative forbedringsforslag kan være aktuelle til ordningen med bestillerenheten?

Problemstilling nummer to vil være rettet mot ordningen med Bestillerenheten som sådan og *organisatoriske* forhold slik som organisering, ansvar, roller, bemanning/kompetanse, samhandling og samarbeid.

Av Helse og omsorgs åtte virksomhetsområder, inngår fire i denne evalueringen. Det er Bestillerenhet, Hjemmebaserte tjenester, Institusjoner og TTF. NAV, Barnevern, Interkommunalt

samarbeid og Helsetjenester Barn og unge/Folkehelse inngår ikke. Vi har sammen med kommunen valgt en slik avgrensning fordi det ikke er rom innen gjeldende rammer (tid, økonomi) for å inkludere alle, og fordi man anser at de største utfordringene knyttet til tildelingspraksis og bestillerordningen er inne de fire utvalgte enhetene. Dette bekreftes av KPMGs rapport fra mai 2013 "På rett spor? En administrativ kartlegging av Helse og omsorg i Ringerike kommune" og kommunens egne erfaringer.

Gjeldende rammer gjør det heller ikke mulig å gjøre grundige sammenlignende analyser med andre kommuner og andre land, men for å gi kommunen et best mulig beslutningsgrunnlag kan vi på et overordnet plan vise til nasjonale og internasjonale trender for Bestiller-utfører organisering av helse og omsorgstjenester. Begrunnelsen for at vi ikke kan gå dypere inn i dette nå, er blant annet at det er lite forskning både internasjonalt og nasjonalt på Bestiller-utførermodellen (BUM), som Ringerikes tildelingspraksis og bestillerordning bygger på. Den internasjonale forskningen er ofte knyttet til privatisering av tjenestene og det er vanskelig å sammenligne, da BUM organiseres ulikt i de forskjellige land. Dette organiseres også ulikt innen det enkelte land og innen den enkelte kommune. (Skog m fl., 2011). Dette gjør det også vanskelig i denne sammenhengen å vurdere Ringerike kommune opp mot andre kommuner og andre land.

Rammene for dette prosjektet gjør det heller ikke mulig å gjøre grundige økonomiske analyser med innsamling og vurdering av kvantitative data.

1.3 Evalueringskriterier

Evalueringskriteriene er standarden virksomheten måles opp mot når praksis skal vurderes og sier noe om hvilke retningslinjer som gjelder for området, eller hva som er å anse som beste praksis. Evalueringskriteriene er i denne sammenheng utledet gjennom analyse av kommunens egne dokumenter, relevante lover, veiledere og publikasjoner (forskning og litteratur). Aktuelle evalueringskriterier er angitt i punktene nedenfor, og nærmere beskrevet med kildeanvisninger i vedlegg 1.

Problemstilling 1, tildelingspraksis

- 1.1. Det bør foreligge et grunnlagsdokument som regulerer tildelingspraksisen i kommunen
- 1.2. Kartlegging av tjenestebehov bør være objektiv, basert på en faglig vurdering og kommunen bør ha en lik tilnærming til kartlegging uavhengig av hvem som gjør kartleggingen. Derfor bør vurderingsskjema benyttes ved henvendelser og innhenting av informasjon om søkers behov for hjelp/tjenester.
- 1.3. Søknader skal avgjøres ut fra en individuell vurdering, og det skal utøves skjønn. Brukermedvirkning og BEON prinsippet må ivaretas når behov og tjenester vurderes.
- 1.4. Det er viktig med samhandling i og i mellom de tjenestesteder som yter tjenestene for å finne gode løsninger. Det bør foreligge en avtale, et grunnlagsdokument e.l. som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører. Avtalens prinsipper og overordnede retningslinjer/krav bør operasjonaliseres, for å sikre gjennomføring.

Problemstilling 2, ordningen med Bestillerenheten

- 2.1. Mål og forventninger til ordningen med bestillerenhet bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.
- 2.2. Ansvar og oppgaver for Bestillerenheten og utførere vedrørende tildeling bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.
- 2.3. Bestiller – utfører organiseringen i kommunen bør tilpasses de lokale forhold. Vesentlig under dette kriteriet er hvordan organiseringen av Bestillerenheten er søkt tilpasset og innrettet til lokale behov og utfordringer, og om organiseringen hensyntar endringer/utvikling

1.4 Metode for datainnsamling

I samråd med Ringerike kommune ble det besluttet å foreta datainnsamling gjennom en kombinasjon av dokumentanalyse (både kommunens egne dokumenter og relevant teori) og intervjuer. Dette for å kunne belyse problemstillingen fra flere kilder. Samlet utgjør dette vårt datagrunnlag, som ligger til grunn for de vurderinger og konklusjoner som KPMG har truffet.

Det ble holdt et oppstartsmøte den 19.8.2013 der konstituert kommunalsjef for Helse og omsorg, representant for fagforeningen, leder for Bestillerenheten samt representanter fra KPMG var til stede.

Dokumentanalyse

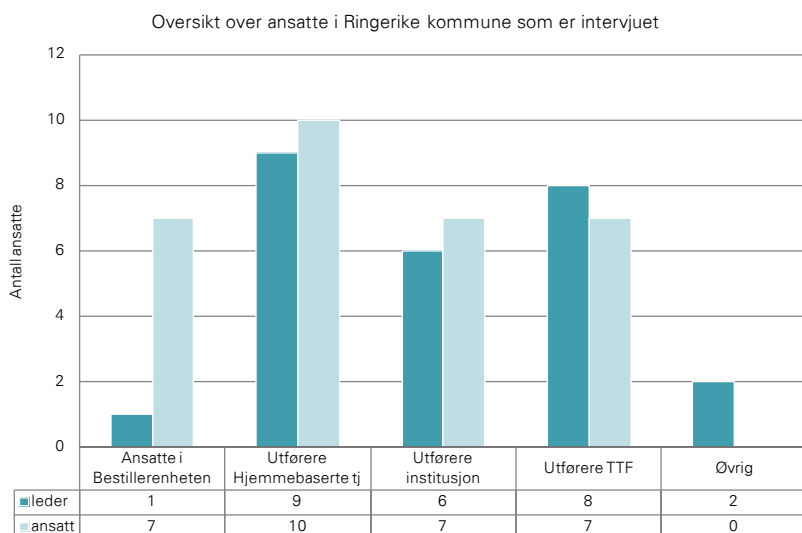
Relevante kommunale dokumenter som styringsdokumentasjon for tildelingsprosessen, samarbeidsavtaler, vedtak m/serviceerklæringer, samt dokumentasjon på tidligere prosesser og beslutninger relatert til tildelingsprosessen har blitt hentet inn og gjennomgått. Vi har også tatt utgangspunkt i relevant teori fra nyere publikasjoner (forskningsrapporter, litteratur, andre rapporter).

Intervjuer

I løpet av prosjektperioden har KPMG intervjuet brukere og ansatte innen Helse og omsorg i Ringerike kommune. Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide som ble brukt i samtlige intervju. Spørsmålene i intervjuguiden hadde til hovedhensikt å innhente intervjuobjektene synspunkter og erfaringer med tildelingspraksis og Bestillerenheten i Ringerike kommune. Informasjonen som ble gitt i intervjuene har blitt brukt til å supplere og utdype den skriftlige dokumentasjonen som KPMG samler inn i dokumentanalysen.

Intervjuene er avholdt som en kombinasjon av gruppeintervjuer og enkeltintervjuer med utførere, og telefonintervju med brukere/pårørende. Dette basert på en antagelse og erfaring om at kommunen med dette vil få mest mulig informasjon i forhold til problemstillingene ut fra tidsrammen som er satt.

Vi har til sammen snakket med 20 brukere/pårørende og 57 ansatte i Ringerike kommune. Utvalget av brukere/pårørende er tilfeldig trukket innen de tre virksomhetene rapporten omfatter (hjemmebaserte tjenester, institusjoner og TTF). Utvalget av ansatte for intervju er gjort i samarbeid med kommunen, og er basert på forventet informasjonsverdi, personer sin erfaring og formelt ansvar i relasjon til rapporten sitt formål og problemstillinger. Fordeling per virksomhet er gjengitt i figur 1.



Figur 1: Oversikt over ansatte i Ringerike kommune som er intervjuet

Tabell 1: Enheter innen Helse og omsorg som har vært representert i intervjuene

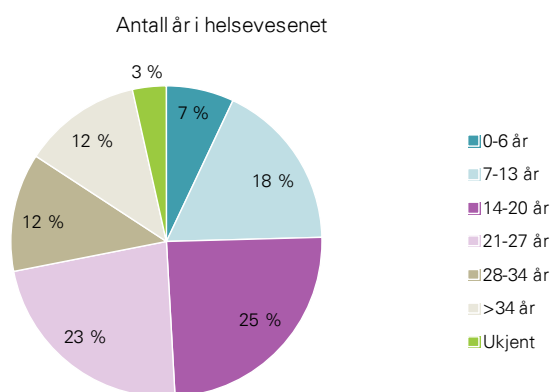
Virksomheter og tilhørende enheter som har deltatt i intervju:			
Hjemmetjenester	Institusjon/integrerte	TTF	Øvrig
Heradsbygda dagsenter		Fossetorget bofellesskap	
Hallingby bofellesskap		Hov Gård	
Heradsbygda hjemmetjenester	Austjord korttidsavdeling	Færdenmarka bofellesskap	
Haug hjemmetjenester	Hvelven omsorgssenter	Elvegata	
Krokenveien 17/19	Hønefoss omsorgssenter	Hov Allé	
hjemmetjenester	Nes omsorgssenter	Ullerål bofellesskap	Bestillerenheten
Rehabiliteringsavdeling Austjord	Sokna omsorgssenter	Sagaveien bofellesskap	Rus og psykiatri
Sentrum hjemmetjenester	Tyribo omsorgssenter	Sagatun bofellesskap	
		Hvelven bofellesskap	
		Arbeidssenteret	
		Lundveien bofellesskap	
		Trulserudveien	
		bofellesskap	

Gyldighet og pålitelighet til datagrunnlag

Vi mener at det datamaterialet vi har samlet inn er tilstrekkelig til å belyse prosjektets problemstillinger på en forsvarlig måte. Dokumentene som er fremskaffet og som rapporten bygger på er relevante for dagens tildelingsprosess og ordningen med bestillerenheten. Noen av de mest sentrale dokumentene som er benyttet inngår også som styringsdokumenter i kommunen. Dette er med på å sikre dataenes gyldighet.

I forhold til brukere og pårørende som er intervjuet er det viktig å påpeke at antallet intervjuobjekter er for lite til å kunne trekke bastante konklusjoner. Intervjuene vil derfor først og fremst fungere som stikkprøver av hvordan tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten fungerer fra brukere – og pårørendes ståsted. Det vil bli henvist til brukerundersøkelsen for 2013 innen Helse og omsorg ved behov for å sammenligne funn fra intervjuene mot et bredere datagrunnlag.

Alle de intervjuede ansatte spiller sentrale roller på de områdene som belyses. Gjennom intervjuene ble det også avdekket at svært mange av de ansatte som ble intervjuet har bred erfaring og lang fartstid, både innen sine respektive stillinger og i Helse og omsorg for øvrig.



Figur 2: Antall år med erfaring fra Helsevesenet blant de intervjuede

Alle data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått mulighet til å lese gjennom referatet og gjøre eventuelle korrigeringer. Likevel er det viktig å påpeke at funn gjort i sammenheng med intervjuene er et uttrykk for de intervjuedes egne oppfatninger og forståelse rundt forhold relatert til kommunens tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten.

2 Om tildelingspraksis og Bestiller-utførermodellen i Helse og omsorg

For å få en best mulig forståelse av tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten i Ringerike kommune, er det viktig å se dette i et overordnet perspektiv. Dette gjør vi i kapittel 2.1. Dette kapittelet er med på å danne grunnlaget for evalueringskriteriene og den etterfølgende vurderingen av hensiktsmessigheten ved dagens ordning, samt foreslåtte forbedringstiltak. Vi har i innledningen og avgrensningen til oppdraget sagt at vi ikke kan gjøre grundige sammenlignende analyser med andre kommuner og andre land, men at vi kan peke på noen trender. Dette for å gi kommunen et innblikk i hva som skjer andre steder. Dette belyses i kapittel 2.2

2.1 Overordnet perspektiv på tildelingspraksis og Bestillerenheten

Tradisjonelt har forvaltning (styring eller bestilling) og drift (utføring) av Helse- og omsorgstjenester blitt håndtert i en og samme organisatoriske enhet. Frem til det kom strengere krav på begynnelsen av 1990-tallet via blant annet lovverket, ble dette håndtert ganske uformelt av "fotfolket" (Vabø, 2011). Dette ser vi også av historikken i Ringerike kommune.

New Public Management

Med utgangspunkt i at offentlig sektor var for dyr, for tungdreven og for fjern i forhold til menneskene den skulle betjene, kom det for 20-30 år siden en markedsinspirert reformbølge, New Public Management (NPM). NPM legger hovedvekten på at offentlig styring skal bli mer markedsorientert, og at en benytter seg av økonomiske og ledelsesmessige teorier fra privat sektor der en skiller forvaltningsoppgaver fra driftsoppgaver, og med dette innfører det som i NPM beskrives som kontraktstyring. Målet er å få bedre kvalitet på tjenestene, styrke rettssikkerheten til brukerne, mer kostnadseffektiv drift og bedre økonomisk styring og kontroll. (Busch m fl., 2001)

Bestiller - utførermodellen (BUM) er et resultat av denne reformbølgen og brukes i prinsippet både i forbindelse med kjøp av varer og tjenester fra private markeder, og i forbindelse med etablering av interne markeder. BUM representerer ulike måter å prøve å skille forvaltning og drift i to organisatoriske enheter på: henholdsvis "Bestiller" og "Utfører". En rendyrket BUM kjennetegnes ved et klart skille mellom bestiller og utfører, med tydelig adskilte roller. Bestiller ivaretar forvaltning – og myndighetsutøvelse, samt bestemmer og tydeliggjør omfang, innhold og kvalitet på tjenestene. Utfører står for tjenesteproduksjonen, leverer tjenester i tråd med kontrakt (enkeltvedtaket) og får betalt for de tjenester som leveres ("penger følger bruker"). (Busch m fl., 2001; Kolden, og Myhre, 2013).

Bestiller - funksjonen omfatter også i følge Nesheim (2004) oppfølging og kontroll av utfører og forutsetter at oppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres (bestilles).

Ulike måter å utforme BUM på

I følge Skog og Andersen (2011) varierer det fra kommune til kommune hvor prinsippfaste man er i forhold til utforming av BUM i Helse og omsorg. Videre påpekes det at praktikerne har bidratt til utforming av en modifisert BUM, blant annet på grunn av fagfeltets karakter. De henviser i sin artikkel blant annet til Ressurssenter for Omsorgstjenesten som mener at norske kommuners praktisering av BUM i pleie- og omsorgstjenestene har blitt operasjonalisert til et bestillerkontor med myndighet til å fatte enkeltvedtak i henhold til lovverket. Det påpekes at i alle tilfeller hvor BUM er innført internt uten konkurranseutsetting, synes det å være en tett integrasjon mellom bestiller og utfører med samarbeid både i vedtaks- og i tjenesteytingsfasen. Selv om det er etablert en organisatorisk

oppdeling i bestiller- og utfører enhet med formelt atskilte funksjoner, er i praksis ikke dette skillet trukket skarpt og rollene synes å flyte over i hverandre.

Busch og Vanebo (2001) skiller mellom tre alternativer av BUM:

- I alternativ (1) vil det offentlige bestille varer/tjenester fra private leverandører uten noen konkurranse med offentlige virksomheter.
- I alternativ (2) vil offentlige utførere konkurransen utsettes – dvs. at de må konkurrere med private aktører om leveransene.
- I alternativ (3) går bestillingen til interne leverandører uten noen konkurranse., slik tilfellet er for Ringerike kommune.

Der bestillingen går til interne leverandører (alternativ 3), kan det være to former for kontrakter (vedtak). I såkalte harde kontrakter er det presise krav til leveransen og alle konflikter løses gjennom kontraktstolkninger eller kontraktsendringer. I de såkalte myke kontraktene legges det større vekt på generelle formuleringer og utvikling av tillitsrelasjoner mellom bestiller og utfører.

Organiseringen av selve bestillerfunksjonen kan også variere. I følge Busch og Vanebo (2001) har måten modellen praktiseres på og etterlevelsen av prinsippene i modellen mer å bety for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv. I følge deres rapport er spørsmålet hvor stor fysisk og organisatorisk avstand som skal skapes mellom bestiller og utfører. To viktige dimensjoner i denne beslutningen er grad av konkurranse og grad av målbarhet med hensyn til utførers resultater. Sterk konkurranse og høy grad av målbarhet vil trekke i retning av stor avstand. Dersom vi står ovenfor lav konkurranse og store problemer med å måle resultatene, må bestiller utøve en annen form for kontroll. Dette krever sterkere relasjoner og det kan være fornuftig med en tettere organisering. I denne situasjonen kan det også være nødvendig at bestiller tildeles hierarkisk autoritet over utfører.

Bestillerenhetens roller

Det finnes lite litteratur og forskning om selve bestillerrollen, som er en relativt ny rolle som oppstod i forbindelse av innføring av BUM. I følge Busch og Vanebo (2001), vil en bestillerenhet vanligvis ivareta følgende roller:

- Delegert forvaltningsansvar og myndighet til å iverksette og følge opp politiske vedtak. Dette fører til at bestiller i utgangspunktet får en sterk stilling i forhandlingsprosessen. Dersom forhandlingene ikke fører fram, kan bestiller også utøve sin myndighet gjennom hierarkiet – enten direkte eller indirekte gjennom overordnede instanser. Det er avhengig av hvorvidt utfører er direkte underlagt bestiller eller ikke
- Avdekke behovet for tjenester, delvis gjennom kommunikasjon med den politiske ledelse og delvis gjennom kontakt med brukerne. Når det gjelder kontakten med brukerne vil Bestillerenheten ofte utarbeide en form for leverandøravtale eller serviceerklæring. Her blir det spesifisert hvilke krav brukerne kan sette til tjenestene. Bestillerenheten kan også formidle sin innsikt i brukernes behov til politikerne og på den måten påvirke de politiske prioriteringene
- Bestille tjenester gjennom å forhandle frem en kontrakt med aktuelle utførere og sørge for at brukernes behov blir dekket gjennom offentlig tjenesteproduksjon. Kontrakten skal angi hvilke tjenester som skal produseres, tjenestemengde, tjenestekvalitet og hvilken produktivitet som skal realiseres. Kontrakten skal på den måten angi klare mål som utføreren skal styres etter
- Bestiller kan også tildeles ansvaret for budsjettfordeling. Det vil i så fall gjøres gjennom kontraktforhandlingene. Det betyr i praksis at bestiller både har ansvaret for kontraktforhandlingene og utøver den hierarkiske myndigheten gjennom tildeling av budsjettmidler
- Bestiller vil også vanligvis fungere som klageinstans. Brukerne slipper da å klage til den enheten som har utført tjenestene og kan henvende seg direkte til bestiller som har ansvaret for serviceerklæringer og bestillinger

- Det siste ansvarsområdet til Bestillerenheten er å kvalitetssikre produksjonen. Dette kan både innbefatte kvalitetskontroll, produksjonskontroll og kontroll av om utføreren holder seg innenfor avtalte økonomiske rammer. Bestiller skal sjekke at det er sammenheng mellom politikk, servicenivå, kvalitetsstandarder og økonomisk ramme. Denne aktiviteten kan både gjennomføres ved hjelp av interne styringssystemer, markedstesting eller "benchmarking" i forhold til tilsvarende tjenesteprodusenter.

I følge en utredning fra Sverige, er dette en rolle med mange uforenlige oppgaver. Oppsummert viser resultatet av denne utredningen at følgende var de største hindringene for bestillere.

- Størst hinder var økonomi, mangel på ressurser som gjorde at de ikke kunne gjøre individuelle vurderinger ut fra de eldres behov
- Nest størst hinder var manglende arbeidsforutsetninger, slik som bemanning, høy arbeidsbelastning, høyt arbeidstempo, masseproduksjon av utredninger og vedtak
- Utydelige styringsdokumenter (retningslinjer og avtaler) og beslutningsstøtte
- Utdannelse og kompetanseutvikling
- Forhold som kunne lette møtene med de eldre (informasjonsmateriell, egenvurderinger mv)

Av foreslåtte tiltak, fremheves først og fremst at det må finnes økonomiske rammer for å kunne fatte individuelle vedtak og kunne følge opp de eldres behov. Det fremheves også at bestilles rolle og funksjon må tydeliggjøres. Skal bestiller ha en "portvaktfunksjon" og ta hensyn til budsjetttrammene eller skal bestiller bedømme eldres reelle behov uavhengig av budsjetttrammene? Bestillerne ønsker å kartlegge de reelle behovene, og om man ikke kan imøtekomme disse må dette tydeliggjøres både overfor den eldre og for ledelse og politikere. Med dette får man også et konkret grunnlag for å gjøre prioriteringer. Man foreslo også at det ble oppnevnt en prioriteringsnemd som kunne ivareta dette. Bestillerne i Stockholm ønsket også en bedre tydeliggjøring av hvilke oppgaver bestiller bør ha, hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre, avgrensning på hvor mange saker en enkelt bestiller kan ha, og å få bedre støttesystemer (blant annet nye kartleggings- og bedømmingsverktøy). Blant annet ble enklere oppgaver (vedtak) foreslått at andre kunne gjøre (Norman, 2010).

2.2 Bruk av Bestiller- utfører modell, internasjonale og nasjonale trender

Ikke alle land eller norske kommuner har "hengt seg på" markedsbølgen med New Public Management og BUM. Noen har innført og gått bort fra modellen, noen har bare delvis innført modellen, mens andre vurderer å innføre modellen.

Skottland, innførte BUM men kvittet seg med dette i helsesektoren i 2002. De gikk tilbake til rammefinansiering og en forvaltningsmodell med overordnede politiske mål for folkehelse. Argumentet var at når de ikke skulle konkurransesutsette og privatisere, var det ingen grunn til å fortsette med kostnadskrevede bestiller – utførermodeller (For Velferdsstaten, 2013).

BUM ble utbredt i omsorgstjenestene i svenske kommuner på 1990-tallet. I en avhandling om bestiller-utførermodellens utbredelse og spredningskraft i svensk eldreomsorg fremgår det at modellen økte sin attraktivitet og spredningskraft på det tidspunkt da den ble omdefinert fra å være en markedsreform til å bli en rettsikkerhetsreform (Vabø, 2007)

Når det gjelder norske kommuner hadde ca. 11 % innført ordningen innen pleie- og omsorgstjenester i 2008 (Hovik & Stigen, 2008). Likevel representerer disse kommunene litt over halvparten av Norges befolkning, da modellen er et storkommune- fenomen. Mange kommuner som innførte ordningen har derimot avviklet den i senere tid, eksempelvis Sarpsborg som avviklet BUM medio 2009. Fokus på helhetlig styring og effektivitet lå til grunn for organisasjonsendringen, og man konkluderte med at modellen har påvirket organisasjonskulturen i Sarpsborg kommune på en måte som vanskeliggjør et

godt folkehelsearbeid. Dette ble understøttet av en rapport fra Arbeidstilsynet i 2013 som fant at BUM ga uklare, heller enn klare ansvarsforhold i kommunen.

Klæbu kommune er et eksempel på en kommune som har innført BUM, men ikke praktiserer med et klart skille mellom Bestiller og utfører (Revisjon Midt Norge IKS, 2011)

I en rapport skrevet av konsultentselskapet Deloitte (2012), fremkommer det at flere kommuner/bydeler som har vedtak om BUM, fortsetter å drive med rammefinansiering, og i svært liten grad med BUM -organisering, har redusert de tydelige skillene mellom bestiller og utfører i BUM og gått tilbake til mer integrert forvaltning.

Andre kommuner, som for eksempel Elverum, har aldri praktisert denne modellen, men vurderer å innføre den (Kolden og Myhre, 2013)

Gjennomgående, viser en SINTEF-rapport (2008) vedrørende BUM i hjemmetjenesten i bydelene i Oslo at det i alle bydelene er gjennomført endringer i organisering og/eller praktisering av BUM de senere år. Omfanget av, innholdet i og begrunnelsen for endringene varierer lite, idet det dreier seg i alle tilfeller om forandringer som gir bedre samarbeid mellom bestillerkontoret og hjemmetjenesten. I flere av bydelene ser man en bevegelse i retning av en tettere interaksjon mellom bestiller og utfører gjennom hele vedtaksprosessen, med ikke ubetydelig innflytelse fra utfører på vedtak og revurderinger av vedtak – oppgaver som formelt sett er lagt til bestillerenheten. I praksis har dette medført nye strukturer og rutiner for slikt samarbeid. Selv om den formelle avdelings- og enhetsstrukturen er beholdt, har man funnet fram til nye samarbeidsmønstre og samarbeidsformer for å bedre ressursutnyttelsen og for å yte en bedre tjeneste overfor brukerne. Eksempler på dette er bl.a. tett samarbeid mellom fagkonsulenter i Bestillerenheten og fagpersoner i utførerensheten i enkeltsaker, faste samarbeidsmøter mellom Bestillerenheten og hjemmetjenesten på ledernivå og/eller mellom saksbehandler ved Bestillerenheten og teamledere i hjemmetjenesten samt opprettelse av samarbeidsfora.

3 Funn og vurderinger

I dette kapittelet vil vi først beskrive historikken i Ringerike kommune vedrørende tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten. Historikken kan både gi informasjon om hva som var/er kommunens intensjoner med dette siden etableringen og kan gi en bedre forståelse av hvorfor tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten fungerer slik den gjør pr i dag. Etter historikken vil vi beskrive hvordan tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten fungerer i dag. Kapittelet vil bli avsluttet med en vurdering av funn opp mot evalueringskriteriene gitt i kapittel 1.

3.1 Historikk tildelingspraksis og ordning med Bestillerenhet i Ringerike kommune

Vi har gjennom analyse av tilgjengelig dokumentasjon og informasjon fra intervjuene satt opp en oversikt over historikken fra 1997 og frem til i dag¹. Historikken er også fremstilt i en tidsakse (se vedlegg 4).

1997-2004: Opprettelse av vedtakskontor for mer forutsigbarhet og rettferdig tildeling av tjenester

Av intervjuene fremkommer det at det i 1997 ble etablert et "Vedtakskontor", organisert under Sosialkontoret. Bakgrunnen for dette, var at kommunen ble pålagt å formalisere tildeling av Helse- og sosialtjenester. Inntil da hadde tildeling skjedd mest på det uformelle plan av tjenesteutøverne. Hensikten med å formalisere var også å tilpasse seg lovverket og å gi brukerne mer forutsigbarhet og rettferdig tildeling av tjenester uavhengig av geografi og andre forhold.

Fra januar 2000 endret man dette til "Tjenestekoordinatorgruppe" som ble organisert direkte under pleie- og omsorgssjef og fysisk plassert på Norderhovhjemmet. Det fremkom av våre intervju med ansatte i kommunen, at det var vesentlig politisk uro knyttet til eldreomsorg på denne tiden, og flere mediaoppslag (blant annet fra Ringerike) om kvalitet i eldreomsorgen og nedleggelse av sykehjemsplasser.

I april 2002 ble "Tjenestekoordinatorgruppen" organisert under Familie og velferd og flyttet til Vikenbygget. Bakgrunnen for denne organisatoriske endringen er ikke dokumentert. I samme år endret "Tjenestekoordinatorgruppen" navn til "Bestillerenheten"

I perioden 2002-2004 ble økonomien i kommunen betydelig vanskeligere, sengeplasser og årsverk ble ytterligere redusert, det kom tyngre pasienter med mer komplekse behov. Dette ga utfordringer for alle, og man besluttet i 2004 å etablere en "seniorgruppe". Gruppen skulle gi råd og veiledning i forhold til vurderinger og utmåling i saker av prinsipiell karakter og med stor vanskelighetsgrad. Denne gruppen skulle også behandle klagesaker (Internt notat/Informasjonsskriv Ringerike kommune, registrert mottatt 05.08.04). I henhold til dette skrevet fremheves det at det er saksbehandlernes som fatter og skriver vedtak, og som genererer kostnadene. Betydningen av saksbehandlernes kompetanse og samarbeid ble også fremhevet.

2005-2011: Innføring av ISF etter modell fra Kristiansand

I 2005 ble det besluttet å innføre Innsatsstyrt finansiering (ISF) etter modell fra Kristiansand kommune. ISF modellen ble fra 2005-2009 gjenstand for tilpasning og utprøving i kommunen, og dermed ikke offisielt innført før i 2009.

¹ Merk at opplysningene i visse tilfeller kan inneholde avvik, da enkelte tall og hendelser er basert på tjenesteutøveres egne tilbakeblikk

Det ble i samme periode vedtatt å innføre en Bestiller-Utfører modell (BUM). Følgelig var Bestillerenheten i perioden 2005-2007 organisert som et prosjekt (Prosjektplan, "Innføring av bestiller- utføremodell", 04.2.2005), hvis hovedmålsetting lød: *"Bestillerenheten har det faglige og operative ansvaret for bestilling av, - og oppgjør for tjenester levert av de faglig/operative driftsenhetene innen Helse og omsorgssegmentet i Ringerike kommune"*.

I 2008 vises det til at Bestillerenheten direkte underlagt rådmannen og *"..fremstår som kommunens viktigste verktøy for å regulere og definere nødvendig ressursbruk innenfor pleie og omsorgsområdet, med kompetent og motivert personell i alle ledd"* (Gaarder, 2008)

Samme år skal Bestillerenheten ha blitt plassert som en egen enhet med direkte rapportering til kommunalsjef. Det antas at dette skjedde i forbindelse med at kommunen omorganiserte fra fire store pleiedistrikter til mer forretningsmessige utførelsenheter (mindre enheter med færre oppgaver og større fullmakter). Dette er også dagens organisering.

Den 1.1.2009 ble ISF offisielt innført i pleie og omsorgssektoren i Ringerike kommune.

I en rapport skrevet av leder av Bestillerenheten i 2009 (Devulapalli, 2009) defineres Bestillerenhetens rolle og ansvar i en Bestiller-utførermodell med ISF. Her påpekes at Bestillerenheten i denne modellen opptrer som "politikernes forlengede arm" og står ansvarlige for all saksbehandling og behovsvurdering i forhold til gjeldende regler og brukernes objektive behov. På bakgrunn av det objektive behov og de politiske prioriteringer bestemmes utførers aktivitetsnivå.

Utførers oppgave i en ISF-modell og i henhold til denne rapporten er å levere til brukerne bestilte tjenester til den kvalitet som er bestemt av Kommunestyret og som finansieringsrammen gir rom for. Bestillerenheten har i henhold til denne rapporten fått ansvar for forvaltning av pleie- og omsorgsbudsjett, definere behov i fremtiden med hensyn til hvilke tjenester som må bygges opp eller ned. Videre understrekes det i samme rapport at en av de viktigste arbeidsoppgavene til Bestillerenheten er strategisk planlegging i forhold til tjenestebehov og boligbygging med hensyn til befolkningsbehov. Disse oppgavene var nye for Bestillerenheten frem til ISF prosjektet ble etablert. Frem til da var Bestillerenheten et rent vedtakskontor.

ISF ble gjennomført fullt ut i perioden 2009 – 2011. Prosjektet ble formelt avsluttet pr 01.01.12. Det er ikke fremskaffet noe dokumentasjon som angir årsaken til hvorfor prosjektet ble avsluttet, men det oppgis av sentrale ledere at dette var en politisk beslutning begrunnet i at ISF ble en driver i forhold til å øke vedtakstimerne og at dette ble for dyrt. Selv om ISF prosjektet ble avsluttet og man gikk tilbake til rammefinansiering fortsatte man med en Bestiller- utføremodell.

2012-2013: Dagens ordning med Bestillerenhet

Bestillerenheten har blitt redusert med en stilling siden 2009, på grunn av budsjettsituasjonen i kommunen. Samtidig har enhetens oppgaver blitt flere på grunn av interne endringer i kommunen og samhandlingsreformen.

Bestillerenheten er pr i dag fysisk plassert i Vikenbygget, sentralt i Hønefoss. Kommunens nåværende formål med tildelingspraksis og Bestillerenheten fremkommer av "Veileder for tildelingspraksis" (Ringerike kommune, 2013a) og saksfremlegg til Kommunestyret (Ringerike kommune, 2013b). Hensikten med bestillerenheten er i følge veilederen å sikre lik og rettferdig vurdering og saksbehandling i tildeling av omsorgstjenester i kommunen. Det understrekes også at tjenestene som tildeles skal være i tråd med lovverket, politiske prioriteringer og økonomiske rammer. Saksfremlegget til kommunestyret gir også de samme føringene.

Enheden har hatt 10 ledere siden den ble etablert i 2000 og har vært gjenstand for betydelig negativt mediafokus gjennom flere år.

3.2 Tildelingspraksis slik det fungerer i dag

3.2.1 Styrende dokumenter

I følge kommunens eget handlingsprogram for Helse og Omsorg for 2013 (Ringerike kommune, 2012) skal tjenester tildeles etter BEON-prinsippet, "beste effektive omsorgsnivå".

"Veileder for tildelingspraksis" (2013) er et sentralt dokument og styringsverktøy for tildelingsprosessen innen Helse og omsorg i Ringerike kommune. Veilederen ble sist vedtatt i Kommunestyret i februar 2013. Hovedmålet med en egen veileder for tildelingspraksis er i følge veilederen å skape et arbeidsverktøy for saksbehandlerne og en felles plattform for hele tjenesten for å sikre lik vurdering og saksbehandling ved utarbeidelse av enkeltvedtak og en rettferdig fordeling av tjenestene. I veilederen står det at LEON-prinsippet, "laveste effektive omsorgsnivå", skal legges til grunn når behov og tjenester vurderes.

Veilederen beskriver hvilke tjenester kommunen er lovpålagt å tilby. Dette gjelder tjenestene til hjemmeboende, institusjonsplasser og boliger. Det beskrives hovedsakelig hva tjenestene går ut på og hvilke brukere som er målgruppen. Veilederen beskriver også tjenester og tiltak som ikke er lovpålagt, og beskriver hovedsakelig hva tjenestene går ut på, og hvilke brukere som er målgruppen. Veilederen beskriver ikke prosess eller praksis ved iverksettelse av vedtak, men omhandler og fokuserer på søknad og vedtak.

Tjenestene som tildeles skal i henhold til veileder være innenfor lovverket, politiske prioriteringer og økonomiske rammer. Veilederen omtaler vilkår for å tildele tjenester, og fokuserer blant annet på kommunens plikt til å yte tjenester når lovfastsatte vilkår er oppfylt, at kommunens retningslinjer for skjønn skal følges, at brukermedvirkning skal ivaretas og at samhandling i og mellom tjenestesteder og mellom tjenesteytere og søker er viktig..

Veilederen beskriver dernest kriterier og vilkår for tildeling av tjenester. For hver tjeneste går det fram

- Lovgrunnlag for tildeling
- Formålet med tjenesten
- Kriterier for tildeling
- Dokumentasjonskrav ved tildeling
- Generell beskrivelse av behov hos brukere som er i målgruppen for tjenesten
- Merknadsfelt for øvrige opplysninger som tildeler må ta hensyn til

Vedlagt veilederen er et vurderingsskjema, som brukes ved henvendelse og innhenting av opplysninger om søkeren. Vurderingsskjema inneholder en rekke spørsmål for å kartlegge søkers behov for hjelp fra kommunen. Vedlagt er også en skjematisk beskrivelse av forventet forløp for korttidsopphold. Dette skjema beskriver samhandling mellom de ulike aktørene (Inkl. B og U) fra "A til Å" ved korttidsopphold, oppgavene, hvem som har ansvar for hva, og når oppgavene skal gjøres

Av overordnet Lov- og avtaleverk som denne veilederen bygger på, vil vi spesielt fremheve Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov av 24. juni.2011), Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter, av 2.juli 1999 nr 63), Forvaltningsloven (Lov av 10. februar 1967) og Helsedirektoratets veileder angående saksbehandling (Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester, Sosial- og helsedirektoratet, februar 2006).

Det er godt forankret i dette lov- og avtaleverket at pasienter og brukere skal involveres når det gjelder valg av Helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger blant annet kommunen å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens Helse- og omsorgstjeneste. Denne loven sier også at kommunen skal sørge for at det

etableres systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav om at det kommunale tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Pasientrettighetsloven skal bidra til å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet og bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients lov, integritet og menneskeverd.

Forvaltningsloven og Helsedirektoratets saksbehandlingsveileder skal sikre at saksbehandlingen blir gjort riktig. Helsedirektoratets veileder og gir uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god saksbehandling og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene. Brukere av disse tjenestene er en stor og uensartet gruppe. Formålet med veilederen er å styrke tjenestemottakerens rettssikkerhet ved å legge et grunnlag for god kvalitet i saksbehandlingen.

Det er utarbeidet serviceerklæringer tilhørende de ulike tjenestene som Bestillerenheten tildeler. I disse informeres det om formål med tjenesten, hva bruker kan forvente av tjenesteyter, hva tjenesteyter kan forvente av bruker/pårørende, kostnad, samt klageadgang.

Det eksisterer i dag samarbeidsavtaler mellom Bestiller og utfører, i form av én avtale mellom Bestillerenheten og Institusjon, og én avtale mellom Bestillerenheten og hjemmetjenesten. I disse avtalene står det beskrevet oppdrag, krav til tjenestekvalitet, hvordan avtalen skal praktiseres og økonomiske forhold (Ringerike kommune, 2011a; Ringerike kommune, 2011b).

Det foreligger også en samarbeidsavtale som regulerer samarbeidet mellom Ringerike kommune og sykehuset (Vestre Viken). Avtalen er generell og gjelder for Vestre Vikens samarbeid med alle kommuner (Ringerike kommune, 2011c).

3.2.2 Beskrivelse av tildelingsprosessen

Prosessen for tildelingspraksis i Helse og omsorg i Ringerike kommune kan beskrives i syv hovedtrinn (se også vedlegg 3, der dette er fremstilt i et prosesskart). Tildelingsprosessen er her beskrevet med utgangspunkt i disse trinnene.

Trinn 1: Etablering av tildelingskriterier for Helse og Omsorg i Ringerike kommune

Det er Bestillerenhetens ansvar å utarbeide forslag til veileder for tildelingspraksis. Dette gjøres i nært samarbeid med og på initiativ fra kommunalsjefens ledergruppe og i samarbeid med representanter fra utførerne. Veilederen skal deretter behandles i kvalitetsutvalget og i hovedkomiteen for Helse- og omsorg før den vedtas av kommunestyret som retningslinjer for tildeling av Helse – og omsorgstjenester i Ringerike kommune. Når veilederen er vedtatt av kommunestyret, tas dokumentet i bruk av Bestillerenheten i saksbehandlingen av søknader om Helse – og omsorgstjenester.

Funn:

- Det foreligger ingen skriftlig rutine for revideringen av veileder, inkludert hvem som skal delta, hvordan det skal foregå og hvor ofte revideringen skal skje. I følge våre informanter er det mulig det finnes en skriftlig rutine men at man ikke har gode nok arkiveringsrutiner for elektroniske rutinebeskrivelser. Det påpekes imidlertid at man *i praksis* har etablerte rutiner for denne revisjonsprosessen. I tidligere versjoner av veilederen er det eksplisitt sagt at den skal revideres årlig. I siste versjon fra 2012 er dette tatt ut.
- Veilederen operasjonaliserer *vilkårene* for å få en tjeneste, men ikke rettigheter til *omfanget* av tjenesten. Omfanget av tjenesten er for saksbehandlere og utførere definert i et internt notat om "Tidsbruk i forbindelse med vedtak" (udatert). For mange utførere oppfattes dette som "stoppeklokkeomsorg" som i for liten grad gir rom for faglig og individuelle tilpasninger

- Vi kan ikke se at det er dokumentert hvordan brukerne blir involvert i utarbeidelse av veileder for tildelingspraksis. Det sies i veileder *at* det skal ivaretas men ikke *hvordan*
- Veilederen virker å være lite kjent blant utførerne og dette har i enkelte tilfeller ført til at utførere har gitt feil informasjon overfor brukere i forhold til den enkeltes rettigheter. Slik sett kan kommunens ansatte fremstå overfor bruker med "to tunger".

Trinn 2: Mottak og fordeling av søknader

Når det oppstår et nytt behov for en tjeneste innen Helse- og omsorg, skal det fylles ut en søknad. Per i dag foregår dette manuelt, men det er planlagt elektronisk meldingsutveksling i nær fremtid. Søknaden underskrives av brukeren selv, eller av pårørende med fullmakt. Alle søknader sendes til Bestillerenheten og registreres av Bestillerenhetens sekretær i fagsystemet *Gerica*. Søkere får beskjed via et forvaltningsbrev om at søknad er mottatt og informasjon om at saksbehandler vil ta kontakt for å avtale et vurderingsbesøk i hjemmet, og at denne vil kunne være behjelpelig med å konkretisere søknaden etter søkers behov. Dersom det haster ber Bestillerenheten om at utfører setter i gang tjenesten selv om søknad ikke er utfylt riktig eller er mangelfull.

Når det gjelder fordeling av søknader til saksbehandlere fordeles noen etter type tjenester. Dette gjelder søknader om psykiatritjenester, TTF -tjenester, støttekontakter og omsorgslønn som tildeles den/de saksbehandlerne som har ansvaret for disse tjenestene. Fra 02.09.13 er det gjort en endring på fordeling av søknader innenfor områdene hjemmetjenester, sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Her vil søknadene bli fordelt etter fødselsnummer, og ikke som tidligere ut fra sonetilhørighet. Begrunnelsen for at ordningen er vedtatt endret er blant annet å sikre mer kontinuitet overfor både bruker og utfører, blant annet der en bruker flyttes i "omsorgstrappen", og at saksbehandlerne skal slippe å overta komplekse saker fra hverandre. Ordningen skal evalueres innen 01.03.14.

Funn:

- Mangelfulle søknader registreres ikke i fagsystemet (med mindre tjenestebehovet haster) og returneres brukere. I flere tilfelle, spesielt i forbindelse med søknad om praktisk bistand, kan søkere bruke uforholdsmessig lang tid på å oppdatere søknaden. Dette gjelder spesielt brukere med rus og psykiatri problematikk, samt eldre med demens. Dette igjen har ført til at brukere med reelle behov ikke får hjelp innen rimelig tid, hvilket medfører mange telefoner til Bestillerenheten og misnøye fra brukere/pårørende.
- Saksbehandlerne fra Bestillerenheten uttrykte bekymring knyttet til den nye, numeriske fordelingsordningen av saker, spesielt innen hjemmetjenesten. Det ble påpekt av saksbehandlerne at denne ordningen trolig vil føre til mer merarbeid i form av store reiseavstander for saksbehandlerne og at flere saksbehandlere må reise samtidig til samme sone. Det er viktig å merke seg at da KPMG foretok intervjuene var den nye ordningen så vidt innført.
- Endringene i saksfordelingsprosedyren internt i Bestillerenheten har vært gjenstand for diskusjon internt i enheten, men ikke vært diskutert med utførerenhetene.

Trinn 3: Kartlegging av brukers tjenestebehov og vurdering av søknad

Saksbehandler fra Bestillerenheten har i dag ansvar for å gjennomføre første kartleggingsbesøk av en ny bruker. Dersom Bestillerenheten ikke foretar hjemmebesøk er det på grunnlag av at utfører har avlagt besøk i forkant, og varslet Bestillerenheten om dette via et Bestillernotat (heretter BE-notat). Besøket fra utfører med påfølgende BE-notat blir da vurdert som tilstrekkelig for å kartlegge brukers tilstand. I visse tilfeller foretar saksbehandler fra Bestillerenheten første kartleggingsbesøk sammen med en sykepleier fra den relevante utførerenheten. Dette skjer på bakgrunn av en individuell vurdering fra saksbehandler. Det forekommer også at to saksbehandlere fra Bestillerenheten gjennomfører første kartleggingsbesøk, hvis saken er komplisert eller går på tvers av kompetansen. I hjemmebesøket skal det fylles ut et vurderingsskjema for å kartlegge brukers behov. Dette er standardisert og er et eget vedlegg til Veileder for tildelingspraksis.

Brukers medvirkning i valg av Helse og omsorgstjenester er forankret i Ringerike kommunes "Veileder for tildelingspraksis" samt i lov – og avtaleverk (se kapittel 3.2.1). Videre er det i kommunens Handlingsprogram for 2013-2016 understreket at "myndiggjøring" og holdningsarbeid skal vektlegges i forbindelse med tildeling av tjenester for å påvirke folks motivasjon til å ta ansvar for egen Helse. Myndiggjøring, i henhold til handlingsprogrammet, innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon, og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre.

Etter å ha kartlagt brukers behov, behandler saksbehandler brukers søknad på bakgrunn av veileder, avlagt hjemmebesøk og en faglig vurdering. Begge faggruppene i Bestillerenheten har fagmøter en gang per uke. Her deltar leder og alle saksbehandlerne i gruppen. (Fra 01.10.13 vil leder erstattes av nyansatt fagleder i dette møtet). Her tar man opp vanskelige saker og diskuterer framgangsmåte, løsninger og beslutninger. Dersom søknaden blir innvilget fattes vedtak om pleie- og omsorgstjenester. Ved avslag sendes det ut brev med informasjon om klagerett og eventuelt tilbud om andre tjenester.

Merk: Når det gjelder tildeling av institusjonsplass/bolig, vil brukers søknad bli gjenstand for en mer omfattende vurderingsprosess sammenlignet med søknad om andre tjenester. I disse tilfellene innstiller saksbehandler på enkeltvedtak mens selve vedtaket fattes i et ukentlig tildelingsmøte. Dette møtet ble etablert for å sikre at alle søkere med behov om institusjonsplass/bolig blir fanget opp og tildelt nødvendige tjenester, uavhengig om søknad blir innvilget eller avslått. Saksbehandleres vurderinger kan i disse møtene bli overprøvd ut fra plassmessige hensyn og økonomi. Der man ikke kan tilby plass i kommunen, men bruker må ha plass, kjøpes plasser utenfor kommunen. I andre tilfeller økes vedtakene i forhold til hjelp hjemme slik at man gir et forsvarlig tilbud. Til stede i møtet er leder for Bestillerenheten, samt kommunens tre virksomhetsledere innen hjemmetjenester, institusjon og TTF. De saksbehandlerne som har gjort innstillinger til møtet, møter også. Medlemmene av tildelingsmøtet har mandat til å overprøve saksbehandleres innstilling. Leder av Bestillerenheten leder møtene og tar endelig beslutning ved uenighet i møtet. Dersom brukeren får avslag om institusjonsplass, skal dette kompenseres med nødvendig hjemmesykepleie.

Funn:

- Per i dag eksisterer det få retningslinjer for hvem som skal foreta første kartleggingsbesøk av ny bruker og hvordan besøket skal gjennomføres. Utførere fra hjemmetjenesten påpeker at de i økende grad utfører førstehåndsvurderinger av nye brukere på eget initiativ, men også på bakgrunn av forespørsel fra Bestillerenheten. Dersom Bestillerenheten foretar et første kartleggingsbesøk uten å involvere utfører, gjør utfører ofte et nytt besøk hos bruker for egne kartleggingsformål, for å avdekke avvik mellom egen vurdering og saksbehandleres vurdering. Dette kan i mange tilfeller medføre at bruker mottar to kartleggingsbesøk og tilhørende dobbeltarbeid ved at saksbehandler på Bestillerenheten må omgjøre brukers vedtak straks etter at dette er fattet, på bakgrunn av utførers egen vurdering. Både representanter fra Bestillerenheten og Utførergruppen påpekte i intervjuene at det er et manglende samarbeid knyttet til kartleggingsbesøkene.
- Ifølge informantene brukes nåværende kartleggingsverktøy (vurderingsskjema) i ulik grad av den enkelte saksbehandler. Dette fordi skjema "ikke passer" i forhold kartlegging på enkelte brukere
- Det fremgår av kommunens veileder (Ringerike kommune, 2013) at tildeling av tjenester skal skje etter LEON- prinsippet, mens det i handlingsprogrammet for 2013 (Ringerike kommune, 2012) vektlegges at BEON- prinsippet skal vektlegges. I saksfremlegget til kommunestyret mfl (2013) brukes begrepene om hverandre. Informantene fra utførersiden gir ulike signaler med hensyn til om de vektlegger det ene fremfor det andre og hva de legger i de to begrepene. De fleste mener selv de vektlegger å tildele etter "beste" effektive omsorgsnivå.
- Funn gjort i kommunens egen brukerundersøkelse vedrørende brukermedvirkning blant brukere/pårørende i hjemmetjenesten og institusjon viser at brukere og pårørende generelt sett er fornøyd med sin grad av brukermedvirkning i forhold til tilpasning av tjenesten, men er mindre

fornøyd med medvirkning til utarbeidelse av planer (Ringerike kommune, 2013d). Disse funnene sammenfaller med funn vi har gjort i våre intervjuer med brukere og pårørende innen begge disse virksomhetene.

- I kommunens egen brukerundersøkelse er ikke TTF inkludert. Det fremkommer av intervju vi har gjort med pårørende i TTF, at det er ulik oppfatning blant de intervjuede om de har fått medvirke ved utforming av tjenestene. Noen har aldri vært i kontakt med kommunen om tjenestene brukeren skal få, mens andre har hatt dialog med kommunen. Noen pårørende har uttalt seg om tjenestene, men opplever at de ikke blir hørt i forhold til hva de mener brukeren har behov for.
- Utover hjemmebesøk i forbindelse med kartlegging av behov kan ikke vi finne at det er formalisert andre samarbeidsarenaer mellom Bestillerenheten og brukere/pårørende
- Det påpekes av både ledere og utførere at det i dag eksisterer tydelige forskjeller i vedtak for brukere i omsorgsbolig med samme tjenestebehov. Dette gjelder spesielt praktisk bistand, og mange har pekt på at forskjellene er størst mellom Krokenveien og Hov. Det pekes på at dette kan skyldes gamle vedtak som ikke er revurdert.
- Både institusjonene og TTF opplever å ha liten påvirkningskraft ved tildeling av omsorgsboliger. Dette medfører risiko for at brukeren ikke passer inn med de øvrige brukerne ved boligen som er tildelt. Det er imidlertid enkelte enheter som hevder å ha en personavhengig dialog med saksbehandlere på Bestillerenheten, og dermed i noen grad kunne påvirke brukersammensetningen i boligene. Enkelte ledere hevder også at utfører og saksbehandler på Bestillerenheten har blitt flinkere til å ta en diskusjon i forkant av en boligtildeling, men at også dette initiativet er personavhengig fra både utfører og saksbehandlers side.
- Bestillerenheten opplever ordningen med koordinering av boliger innen Helse og omsorg i kommunen som uoversiktlig og tungvint. Søknad om bolig sendes ikke til en enkelt adresse, men spres derimot mellom flere enheter, deriblant Bestillerenheten og NAV. Det er heller ikke definert felles og tydelige retningslinjer ved behandling av søknadene på tvers av enhetene. I tillegg ble det påpekt at boligmassene bærer generelt preg av å være lite tilrettelagt for de målgruppene boligene er tiltenkt. Dette gjør at saksbehandlingen av søknader om bolig oppleves som svært utfordrende.

Trinn 4: Formidling av vedtak til bruker og utfører

Brukere og pårørende mottar tildelt vedtak per brev som sendes med post fra Bestillerenheten.

Brukers vedtak formidles til utførerenhetene elektronisk via Gericia i form av en melding. Bestillerenheten kan også formidle vedtaket via utførerenhetens kontortelefon.

Den som får et vedtak med avslag på det man har søkt om, har klagerett. Den som ønsker hjelp til å utforme en klage, vil få det av Bestillerenheten. Klageadgangen blir grundig opplyst i vedtaket, og klagen går videre til fylkesmannen for eventuell overprøving dersom klager ikke får medhold. Pasient og omsorgsombudet i Buskerud står også til disposisjon for den det gjelder. Det er svært få klager på vedtak Bestillerenheten fatter. De fleste sakene får sin løsning i samhandling med pasient/pårørende (Ringerike kommune, 2013b).

Dersom bruker legges inn på sykehus, registreres dette i Gericia som midlertidig stopp av tjenester i vedtaket fra utførerenheten. Når bruker er utskrivningsklar fra sykehus, kontakter ansvarlig sykepleier på sykehus kontaktperson hos Bestillerenheten via en egen "sykehustelefon". Bestillerenheten gir deretter beskjed videre til den aktuelle enheten som skal ta i mot brukeren. Sykehustelefonen betjenes av Krokenveien på ettermiddag og helg/høytider.

Funn:

- Undersøkelse blant brukere og pårørende viser at disse i all hovedsak forstår vedtakene; at vedtakene er lette å lese og forstå.
- Det er ikke noe enhetlig system for mottak av vedtak i enhetene. De fleste har definert hvem som har ansvar for å følge opp meldinger om vedtak i Gericia og har definert stedfortrederfunksjoner i

forhold til dette. Det varierer om dette er enhetsledere eller pleiepersonell med spesialoppgaver og det kan synes som om det er opp til den enkelte hvordan dette skal følges opp. I noen tilfeller varsler Bestillerenheten utførere via enhetens kontortelefon, men det virker å være opp til hver enkelt enhet hvem som mottar denne telefonen og hvordan den formidles videre. Dette innebærer at det spesielt i forhold til praktisk bistand kan "glippe" slik at det går tid før utfører fanger opp hjelpebehov og bruker får den hjelpen som er vedtatt. Dette innebærer igjen mange telefoner til Servicetorget og "Vakttelefonen" på Bestillerenheten hvor brukere/pårørende etterlyser hjelpen. Ikke minst gir dette konsekvens for de som trenger hjelpen.

- Majoriteten av utførereneheten innen hjemmetjenesten og institusjon opplever kommunikasjonen med sykehuset via Bestillerenheten som problematisk. Utførereneheten opplever å motta andrehåndsinformasjon om bruker fra Bestillerenheten, som ofte kan føre til at viktig informasjon blir utelatt. Det er også en opplevelse av at pasienter blir utskrevet for tidlig av økonomiske hensyn og at Bestillerenheten ikke tar nok hensyn til om det er tilstrekkelig tilrettelagt for utskrivning til for eksempel hjemmet. Blant annet påpekes at mange pasienter som skrives ut kan ha behov for både spesielle hjelpemidler og medikamenter som hjemmetjenesten ikke alltid har tilgjengelig da de ikke har slikt på lager ute i sonene. Dette gjelder spesielt ved utskrivning i tilknytning til helg. Utførerne gir uttrykk for at dersom det er en pasient man har hatt på sykehjem eller i hjemmetjenesten fra før og kjenner, så bør dialogen gå direkte til den aktuelle enheten. Bestillerenheten på sin side uttrykker bekymring for at dersom kommunikasjonen går direkte til sonene, vil kommunens utgifter kunne øke (betale flere "dagbøter" for utskrivingsklare pasienter). Spesielt noen av lederne vi intervjuet påpekte at det var viktig at sykehuset har ett sted å henvende seg, slik at kommunen får en god totaloversikt over antallet pasienter som blir skrevet ut, kan ivareta fakturering og føre oversikt over eventuelle kostnader der de blir liggende på sykehuset etter at de er utskrivingsklare.

Trinn 5: Utførelse av tjeneste og endring i brukers vedtak

Utfører iverksetter de vedtak som Bestillerenheten har fattet. Dersom det oppstår en endring i behov hos en eksisterende bruker, mottar Bestillerenheten beskjed om dette fra utfører og/eller pårørende/andre.

Utførere fra hjemmetjeneste og institusjon melder fra om endringsbehov i form av et BE-notat som sendes elektronisk via Geric. Denne oppgaven er det i hovedsak en eller flere sykepleiere ved den aktuelle enheten som har ansvar for.

I hjemmetjenesten er det i tillegg etablert et fast revurderingsmøte en gang per måned mellom saksbehandler fra Bestillerenheten og utførereneheten. Her diskuteres både vedtak som skal revurderes og nye brukere. Det varierer blant utførereneheten hvem som er til stede, men som oftest er dette en eller flere sykepleiere og eventuelt enhetsleder. Fra Bestillerenheten deltar saksbehandler som er knyttet til den aktuelle enheten. Nåværende ordning hos Bestillerenheten er at to saksbehandlere deler ansvar for all saksbehandling og revurderinger i tilknytning til én hjemmebasert enhet i tre måneder. Etter tre måneder ruller saksbehandlerne ved Bestillerenheten, og tildeles nye enheter.

Blant TTF og institusjonene tas revurderingene ved behov, hvorpå utførereneheten selv tar kontakt med Bestillerenheten ved behov for revurdering av vedtak tilknyttet dens enhet.

Funn:

- Samtlige som er involvert i revurderingsmøtene fra hjemmetjenesten påpeker at innføringen av møtene har hatt en svært positiv innflytelse på samarbeidet mellom utførereneheten og saksbehandlerne ved Bestillerenheten.
- Det er ulik praksis på hvordan revurderingsmøtene skjer, hvem som deltar osv. Flere av utførerne ytret ønske om ikke å begrense deltakelsen til sykepleiere og enhetsleder, men også inkludere utførerne som er i kontakt med brukere som skal få revurdert sine vedtak.

- Blant institusjonene og TTF ble det av flere utførere fremhevet som svært positivt at saksbehandlere fra Bestillerenheten nå reiser ut til enhetene for å diskutere revurdering av vedtak. Bestillerenheten opplever til tider at de kommer til avtalte møter men at utførere ikke har tid til møter og Bestillerenheten har tatt turen forgjeves. Det er ikke noe beskrevet noe sted hvordan disse møtene skal foregå
- Samtlige av utførergruppene (hjemmetjeneste, institusjon og TTF) ytret ønske om tettere samarbeid, mer forutsigbarhet og kontinuitet i kontakten med saksbehandler fra Bestillerenheten. Bestillerenheten oppleves av flere utførere i dag som utilgjengelige, og hjemmetjenesten uttrykte frustrasjon rundt rulleringen og utskiftningen av saksbehandlere. TTF forholder seg i større grad til faste saksbehandlere, og uttrykte et klart ønske om å få fortsette med dette.
- Bestillerenheten planlegger å ha jevnlig møter med utfører for å diskutere samhandlingspraksis, og evt. ta opp enkeltsaker som kan ha betydning for praksis, eller hvor det har vært stor uenighet som man må løse opp i. Det planlegges at en fast saksbehandler er med i møtene med de ulike sonene - slik at det i denne samhandlingsarenaen vil bli en kjent person for utfører. I tillegg vil fagansvarlig på Bestillerenheten og leder av Bestillerenheten møte fast på møtene. Det er antatt at et slikt samarbeidsfora er bedre egnet til å ivareta de behovene det er for samhandling enn de som foreligger i dag.
- Saksbehandlerne fra Bestillerenheten frykter at den nye ordningen med fordeling av søknader etter fødselsdato vil vanskeliggjøre dagens revurderingsmøter. Saksbehandlerne vil nå forholde seg til alle enheter i hjemmetjenesten som har brukere med en spesifikk fødselsdato, og mange saksbehandlere frykter at dette vil kreve mer tid og ressurser for å få gjennomført alle revurderingsmøter.
- Samarbeidsavtalene mellom Bestillerenheten og utførerene er lite kjent blant både Bestillerenheten og utførerne selv. Avtalene beskrives av utførere som "ikke-levende" dokumenter. Avtalene er heller ikke revidert i henholdt til kommunens egne planer om dette.
- De fleste utførerene innen hjemmetjenesten og institusjon påpeker selv at de ikke er flinke nok til å dokumentere i Geric, IPLOS og ADL. Dette påpekes også av Bestillerenheten, som ikke mottar tilstrekkelig informasjon ved for eksempel behov for omgjøring av vedtak, hvilket forsinker saksbehandlingen.

3.3 Er tildelingspraksis hensiktsmessig?

KPMGs vurdering av om tildelingspraksis fungerer hensiktsmessig tar utgangspunkt i evalueringskriteriene som er listet opp i kapittel 1, relevant teori og forskning fra kapittel 2 og de funnene som er beskrevet i kapittel 3.

Evalueringskriterium 1.1: Det bør foreligge et grunnlagsdokument som regulerer tildelingspraksisen i kommunen

Ringerike kommune regulerer tildelingspraksis innen Helse og omsorg i grunnlagsdokumentet "Veileder for tildelingspraksis i Ringerike kommune". Veilederen er et godt utgangspunkt for tildeling av tjenester, men funnene som er referert i kapittel 3.2 peker på at både selve veilederen og rutine rundt revideringen av veilederen har et forbedringspotensial.

I tillegg virker veilederen å være lite kjent blant utførerene, hvilket medfører at Bestillerenheten og utførere gir inkonsistente signaler til bruker i forhold til hva som kan forventes av tjenester.

Evalueringskriterium 1.2: Kartlegging av tjenestebehov bør være objektiv og basert på en faglig vurdering. Derfor bør vurderingsskjema benyttes ved henvendelser og innhenting av informasjon om søkers behov for hjelp/tjenester.

Per i dag er det få skriftlige retningslinjer hvordan første kartleggingsbesøk av ny bruker skal gjennomføres. Praksis er likevel at kartlegging av brukers behov enten skjer av faglig kvalifisert

saksbehandler på Bestillerenheten, eller sykepleiere ved utførereneheten. Kartleggingen er i så måte basert på en faglig vurdering.

Det foreligger et vurderingsskjema for innhenting av informasjon om søker som er vedlagt Veileder for tildelingspraksis. Skjemaets hensikt er å sikre en mest mulig objektiv vurdering av tjenestebehov. Det fremgår av funnene at skjemaet brukes i varierende grad av saksbehandlerne på Bestillerenheten og at det er behov for å revidere skjema slik at det passer for alle brukere. Kvaliteten på kartlegging av tjenestebehov vil kunne styrkes ved at flere saksbehandlere benytter vurderingsskjema, og at skjemaet i større grad tilpasses alle brukere.

Evalueringsskriterium 1.3: Søknader skal avgjøres ut fra en individuell vurdering, og det skal utøves skjønn. Brukermedvirkning og BEON prinsippet må ivaretas når behov og tjenester vurderes.

KPMGs vurdering ut fra intervjuene er at saksbehandlere ved Bestillerenheten i stor grad vurderer søknadene ut fra brukernes individuelle behov, samt baserer vedtak på faglig skjønn. Det kan synes som om de fleste saksbehandlere fatter vedtak med utgangspunkt i hva som er *beste* effektive omsorgsnivå, men at de savner en operasjonalisering på hva som legges i dette. Det at man opererer med både LEON- og BEON prinsippet i de styrende dokumenter kan også gi grunnlag for noe ulik vurdering hos saksbehandlerne. Selv om mange bruker disse begrepene om hverandre, bør kommunen avklare hvilke av de to begrepene som skal brukes. BEON ble lansert i forbindelse med Samhandlingsreformen (St. melding nr 47 for 2008-2009) og gir slik vi forstår det uttrykk for at LEON-prinsippet ikke lenger er dekkende for den kurs regjeringen staker ut for sin fremtidige helsepolitikk. Kvalitet har kommet inn som en premiss for hva som gir et effektivt helsetilbud både for pasienten/brukeren, pårørende og tjenesten, men kravet om effektivitet skal også være oppfylt. Bruk av "beste effektive omsorgsnivå" som ny målestokk for leveranse av helsetjenester er noe det er lett å samle støtte for. Det vil neppe være noen som mener at det er feil å benytte det beste omsorgsnivået. BEON-prinsippet blir dermed mindre kontroversielt enn LEON-prinsippet.

Når det gjelder brukermedvirkning, fremgår det av funnene at det ikke virker å være nedfelt *hvordan* dette skal ivaretas. Det er eksempelvis ikke dokumentert hvordan brukerne blir involvert i utarbeidelse av veileder for tildelingspraksis. Ved spørsmål om opplevd brukermedvirkning er svarene fra brukere og pårørende i vår undersøkelse varierende. Samlet sett eksisterer det et forbedringspotensial knyttet til å sikre at brukermedvirkning blir ivaretatt.

Evalueringsskriterium 1.4: Det er viktig med samhandling i og i mellom de tjenestesteder som yter tjenestene for å finne gode løsninger. Det bør foreligge en avtale, et grunnlagsdokument eller lignende som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører. Avtalens prinsipper og overordnede retningslinjer/krav bør operasjonaliseres, for å sikre gjennomføring.

Selv om samarbeidet mellom Bestillerenheten og utførere virker å være i en positiv utvikling, viser funnene at dette likevel er et område med forbedringspotensial. Ved samhandling mellom Bestillerenheten og utførerne i hjemmetjenesten eksisterer det utfordringer knyttet til første kartleggingsbesøk av bruker og til formidling og mottak av vedtak i enhetene. Ved samhandling mellom Bestillerenheten, institusjoner og TTF, viser funnene at samarbeidet rundt tildeling av omsorgsboliger kan bli bedre. Bestillerenheten selv påpeker at ordningen med koordinering av boliger innen Helse og omsorg i kommunen og samhandling med andre enheter som eksempelvis NAV er en utfordring.

Et annet område hvor samhandling synes problematisk er dialog med sykehuset vedrørende utskrivingsklare pasienter. Funnene her viser at majoriteten av utførereneheten innen hjemmetjenesten og institusjon opplever kommunikasjonen med sykehuset via Bestillerenheten som vanskelig.

Det foreligger samarbeidsavtaler som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører i kommunen. Funn fra kapittel 3.2 viser imidlertid at samarbeidsavtalene er i liten grad kjent blant både ansatte i Bestillerenheten og utførere. Avtalene er heller ikke revidert i henholdt til kommunens egne planer om dette. Innholdsmessig regulerer avtalene til en viss grad forholdet mellom bestiller og utfører,

men de gir ingen klarhet for hvordan det skal samhandles og hva som må til for å sikre gjennomføring.

Konklusjon

Med utgangspunkt i overnevnte vurderinger vil KPMG konkludere med at Ringerike kommunes tildelingspraksis i hovedsak imøtekommer evalueringskriteriene som er angitt i denne evalueringen.

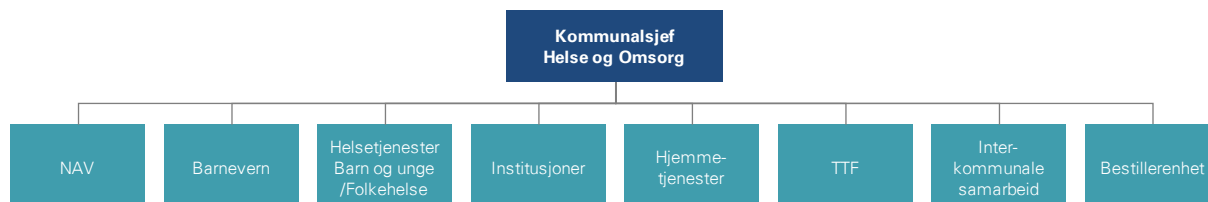
Kommunens tildelingspraksis bør i tillegg til evalueringskriterier fremsatt i denne rapporten også sees opp mot kommunens eget hovedmål med praksisen, hvilket er *(..) å sikre lik vurdering og saksbehandling ved utarbeidelse av enkeltvedtak og en rettferdig fordeling av tjenestene (...)*. KPMGs vurdering er at dette i hovedsak er tilfellet i Ringerike kommune i dag. I så måte er Ringerike kommunes tildelingspraksis, og prosessen i sin helhet, hensiktsmessig.

Selv om tildelingspraksis i sin helhet er hensiktsmessig, viser funn og vurderinger at det er et tydelig forbedringspotensial på flere områder. I kapittel 4 vil vi derfor adressere konkrete forslag til forbedring på disse områdene.

3.4 Ordningen med Bestillerenheten slik den fungerer i dag

Overordnet organisering

Kommunens organisasjonskart (Ringerike kommune, 2013c), viser at Helse og omsorg har en 3-nivå modell, der ledere for virksomheter rapporterer direkte til kommunalsjef. Enhetsledere rapporterer til virksomhetsledere, unntatt enheter som per i dag av ulike grunner er uten virksomhetsleder, og Bestillerenheten som defineres som enhet.



Figur 3: Organisasjonskart Ringerike kommune

Funn:

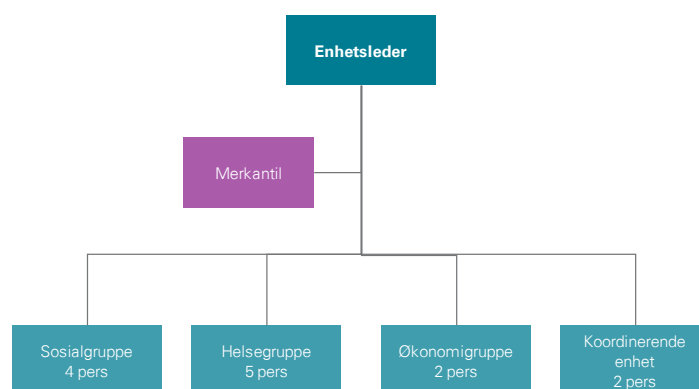
- I henhold til beskrivelsen av en Bestiller- utførermodell i teorikapittelet, har Ringerike en slik modell i og med at det er etablert en egen enhet, adskilt fra utførerenhetene, som er delegert myndighet til å forvalte, iverksette og følge opp politiske vedtak (jmfør veileder for tildelingspraksis. Slik Bestillerenheten er plassert i organisasjonskartet er den ikke hierarkisk overordnet utførerenhetene, men enheten er i praksis i flere situasjoner hierarkisk overordnet utførere (både på virksomhets- og enhetsnivå). Jmfør kapittelet om tildeling der vi ser at Bestillerenheten er den som har det avgjørende ord når vedtak skal fattes.
- Det ble gitt uttrykk fra noen av intervjuobjektene at organiseringen fremstår noe uklar for dem, og noen stiller spørsmål ved hvorfor enhetsleder Bestillerenhet rapporterer til kommunalsjef og deltar i kommunalsjefens ledergruppe, sammen med Virksomhetslederne. Dette i motsetning til de fleste andre enhetsledere som rapporterer til virksomhetsledere (unntatt enhetsledere som p.t. er uten virksomhetsleder). Andre mener dette er uproblematisk og at det er viktig at leder for Bestillerenheten inngår i ledergruppen, der alle tjenester skal/bør koordineres.

- Det er flere som kommenterer på at Helse og omsorg både generelt, men Bestillerenheten spesielt har vært gjenstand for mange prosjekter og omorganiseringer de siste 10-13 årene (jamfør historikk-kapittelet), uten at de har blitt konsekvensutredet, godt nok implementert og forankret og evaluert. Det påpekes at det har vært mye kortsiktighet

Man har hatt så mye kortsiktige mål i kommunen at man har ikke hatt noen god strategi for langsiktig planlegging. Har mange gode prosjekt, men de forankres ikke godt nok når prosjektet er ferdig. Skulle ønske at prosjektene ble bedre implementert i langsiktige strategier eller avsluttes med en begrunnelse.

Intern organisering av Bestillerenheten

Bestillerenheten har selv beskrevet sin interne organisering i figur 4 (Organisasjonskart Bestillerenhet pr 21.08.13).



Figur 4: Intern organisering av Bestillerenheten

I *merkantile funksjoner* inngår sekretær. I *sosialgruppen* saksbehandles søknader knyttet til omsorgslønn, støttekontakter, TTF og psykiatritjenester i tillegg til alle typer hjemmetjenester. I *helsegruppen* saksbehandles søknader knyttet til alle institusjonsopphold og omsorgsboliger (dog ikke omsorgsboliger for TTF og psykiatri, som saksbehandles av sosialgruppen) i tillegg til alle hjemmetjenester. *Økonomigruppen* ivaretar fakturering av egenandeler med videre. *Koordinerende enhet* ble organisatorisk underlagt Bestillerenheten 01.08.13 og har ikke noe med Bestillerenhetens ordnære oppgaver å gjøre. Denne enheten skal være et felles henvendelsessted for å ivareta behovet for samordning av tjenester til personer som har behov for bistand fra flere fagområder og nivåer.

Funn:

- Selv om bemanning og ledelse i utgangspunktet ikke er en del av denne evalueringen, kom det frem i flere av intervjuene fra både utfører- og bestillersiden at bemanningen på Bestillerenheten kan synes marginal og at mange lederbytter har vært en krevende utfordring for enheten.
- Utførerne viser til at det ofte er vanskelig å få tak i saksbehandlerne på telefonen og tror dette kan skyldes dårlig bemanning. Det samme gjelder der saksbehandlerne ikke kommer til avtalte samarbeidsmøter med brukere og utførere. Saksbehandlerne på sin side viser til at de har for mange saker, mens noen mener sakene kunne fordeles bedre. Noen mener at det ikke nødvendigvis er bemanningen på Bestillerenheten som er feil, men at det mer handler om hvilke oppgaver man prioriterer, hvordan man jobber internt i BE, og sykefravær. Både utførere og pårørende opplyser om vanskeligheter med å få kontakt med Bestillerenheten:

Det har vært dårlig bemanning på bestiller, og det stilles da ikke på samarbeidsmøtene og utskrivingsmøtene på Austjord

Vi har også fått beskjed om å ringe Bestillerenheten og vi fikk et telefonnummer. Når vi ringte fikk vi høre at den vi skulle snakke med satt i et møte, og ville ringe oss opp igjen. Men vi ble ikke ringt opp igjen. Dette skjedde flere ganger. Forklaringen vi fikk var at det var sykemeldinger i Bestillerenheten. Sykehuset sier til oss at de også opplever at det er vanskelig å få tak i Bestillerenheten.

- Svært mange, både av ledere og ansatte på utfører- og bestillersiden, ga uttrykk for at det har vært uheldig med så mange lederbytter. Som kapitlet om historikk viser, har enheten hatt 10 ledere siden 1997.

Vi er veldig slitne av lederbytter. Det har slitt veldig og tar fokus. Med en gang flyten har kommet så byttes lederen ut

Uro i forhold til lederbytter gjør at man mister roen til å kunne prøve ut/evaluere hva som fungerer. Det kommer en ny leder, så er man i gang igjen.

- Med hensyn til kompetanse i Bestillerenheten mener intervjuobjektene at de fleste saksbehandlerne er rutinerte og meget dyktige. Mange vektlegger betydningen av at saksbehandlerne kjenner til tjenestene og har oppdatert fagkompetanse. Dette er spesielt viktig når behov skal kartlegges og dokumenteres i fagsystemet. Flere fremhever betydningen av å ha saksbehandlere som er gode på kommunikasjon både overfor brukere/pårørende og utførere.

Det er veldig personavhengig på bestiller, hvem som klarer å holde den profesjonelle masken på jobb. Klarer det til brukerne, men faller gjennom til utfører. Men er like mye uproff oppførsel på utførersiden

Har noen suverene saksbehandlere, og noen som ikke er så suverene. Enkelte dumme episoder som ikke bidrar til at bestiller er "vi" men "dem"

- Noen av intervjuobjektene mener at det burde være ergoterapeut og fysioterapeut tilknyttet Bestillerenheten for å få et bedre tverrfaglig og koordinert samarbeid rundt brukere som har et sammensatt tjenestebehov.

Formålet med Bestillerenheten

Historikken, jmfør kapittel 3,1, viser at det har variert siden 1997 hva som har vært definert som formålet med Bestillerenheten. Spesielt i perioden 2009-2011 med ISF ble det en dreining i formål med økt fokus på styring av kommunens (økonomiske) ressurser i Helse og omsorg.

“Veileder for tildelingspraksis” (2013a) gir til en viss grad uttrykk for hva som er hensikten med kriteriene for tildeling og indirekte hva som er formålet med Bestillerenheten idet man der understreker behovet for å dreie hjelpen mot de mest hjelpetrengende. Dette med bakgrunnen i økt pleie- og omsorgsbehov i befolkningen samtidig som kommunens økonomi er strammere.

- Målet er at kommunen skal disponere sine ressurser på en slik måte at den evner å dekke de behov befolkningen har rett på å få dekket i medhold av lov.

I følge saksfremlegg for Eldrerådet, Hovedkomiteen for Helse, omsorg og velferd og kommunestyret (Ringerike kommune, 2013b) ønsker kommunen ved å legge tildeling av tjenester i Helse og omsorg til en egen enhet å oppnå:

- Bedre kvalitet på saksbehandling (det du gjør ofte blir du god på)
- Bedre rettssikkerhet og likebehandling
- Bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak
- Bedre (økonomisk) styring av Helse- og omsorgstjenestene.
- Å sikre at tiltakskjeden(e) er sammenhengende
- Et betjent kontaktpunkt (telefonnummer og adresse) for alle som trenger tjenester

Funn:

- Formålet med Bestillerenheten er formulert på forskjellige måter i ulike kommunale dokumenter. Dette bidrar til et divergerende syn på hva formålet med Bestillerenheten er per i dag.
- Det er få av de intervjuede som kjenner til formålet med Bestillerenheten og hvor det er beskrevet, med unntak av de som har vært med siden etableringen.
- I følge saksfremlegg for Eldrerådet, Hovedkomiteen for Helse, omsorg og velferd og kommunestyret (Ringerike kommune, 2013b) kjenner kommunens rådmann ikke til noen større kommune (med mer enn ett sykehjem/omsorgssenter) som ikke har lagt vedtaksfunksjonen sentralt til en egen enhet. Det er også i dette fremlegget vurdert slik at om disse funksjonene legges ut til forskjellige steder i kommunen, vil problemet med familiære forhold, omgangskrets, funksjon i lokalsamfunnet o.l. gjøre saksbehandlerarbeidet mer belastende, og kvaliteten på behandlingen varierende. Det henvises til at det dette ble praktisert i Ringerike (jf også historikk-kapittelet), opplevde man også at befolkningen fikk et ulikt tjenestetilbud avhengig av hvor i kommunen de bodde. Det fremheves i saksfremlegget at med dagens ordning, sikres likebehandling av pasientene. Videre, at dersom denne funksjonen skal legges ute i de utøvende enheter, betinger det også at ressursene følger med og det må tilføres årsverk som kan utføre tjenesten.
- Det kom til uttrykk i alle intervjuene at man mener at ordningen med en Bestillerenheten er en god og nødvendig ordning som bør bestå for å sikre mest mulig lik tildeling av tjenestene i kommunen, god saksbehandling av alle søknader, koordinering av tjenestene og en mest mulig objektiv kartlegging og vurdering av behov.

Det er sterk enighet om at Bestillerenheten skal bestå i denne gruppen for å bevare fagmiljø, med tanke på det juridiske og ikke minst på grunn av tidsbruken det ville tatt å behandle vedtak ute i hjemmetjenestene. Det fungerer også i forhold til samkjøring mellom sonene (at man også kontakter dagsenter når hjemmesykepleie blir nødvendig)

Bestillerenhetens ansvar og oppgaver

Per i dag er Bestillerenheten i følge kommunens egen nettside et "vedtakskontor" som har ansvar for tildeling av vedtaksbaserte tjenester innenfor Helse og omsorg og det er der definert hvilke tjenester det kan søkes om. I følge saksfremlegg for Eldrerådet, Hovedkomiteen for Helse, omsorg og velferd og kommunestyret (Ringerike kommune, 2013b) har Bestillerenheten ansvar for å:

- behandle søknader om Helse- og omsorgstjenester og har vedtaksmyndighet i enkeltsaker som gjelder disse tjenestene
- ha en overordnet oversikt over kommunens tjenestetilbud
- være premissleverandør for å sikre at kommunen har riktige tjenester med rett kvalitet

Funn:

- Selv om Ringerike har en Bestiller-utførermodell og "på kartet" et klart skille mellom utførere, har kommunen ikke en rendyrket modell. I enkelte tilfeller er det tett integrasjon mellom bestiller og utfører, for eksempel i forbindelse med revurdering av vedtak (jmfør kapittel 3.2).
- Mange av saksbehandlerne gir uttrykk for at deres rolle er blitt mer uklar etter at ISF ble opphevet. De har ikke lenger det samme økonomiske ansvaret, men føler likevel et ansvar for å forvalte

kommunens rammer best mulig selv om det er utførerens ansvar å forvalte rammene i forhold til driften. Overordnet for de fleste er det å kunne gjøre en faglig og god, objektiv kartlegging slik at de best mulig kan synliggjøre brukernes reelle behov for tjenester. Noen føler seg "presset" til å fatte vedtak som er dårligere enn de synes er faglig og etisk forsvarlig.

Føler at bestillerrollen blir for teknisk til tider. Er en farlig utvikling at det blir mer teknisk rettet når brukerne generelt har behov for mer bistand

- Mange stiller spørsmål ved om det er riktig å kalle enheten en "Bestillerenhet" siden kommunen ikke lenger kan sies å ha en Bestiller- utfører organisering nå som ISF prosjektet er avsluttet og tjenestene er rammefinansiert. Andre mener at kommunen har det, men at navnet er misvisende i forhold til hva enheten faktisk gjør eller bør gjøre.

3.5 Er ordningen med bestillerenheten hensiktsmessig?

KPMGs vurdering av om ordningen med Bestillerenheten fungerer hensiktsmessig tar utgangspunkt i evalueringskriteriene som er listet opp i kapittel 1, relevant teori og forskning fra kapittel 2 og de funnene som er beskrevet i kapittel 3.

Evalueringskriterium 2.1: Mål og forventninger til ordningen med bestillerenhet bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.

Det kan synes som om mål og forventninger til Bestillerenheten, i forhold til dagens kontekst (blant annet rammefinansiering) i for liten grad er avklart, formalisert (skriftliggjort) og kommunisert i organisasjonen. I den grad det finnes noe skriftlig på dette, er det ikke konsistente styringssignaler fra kommunen med konkrete mål og forventninger til Bestillerenheten.

Dette har gitt rom for at saksbehandlerne (og utførerne) vurderer Bestillerenheten opp mot egen personlig mening om hva Bestillerenheten skal være eller ikke. Noen mener at målet med Bestillerenheten er å ha overordnet kontroll med økonomien i kommunen, det vil si nærmest en "portvaktfunksjon". Dette var særlig fremtredende da kommunen hadde ISF prosjektet. Andre mener det økonomiske ansvaret primært ligger i driftsenhetene og at Bestillerenhetens primære mål er å være "brukernes advokat" og vurdere reelle behov og fatte vedtak/tilby tjenester ut fra dette. Ikke minst er det mange som fremhever at målet er å gi brukerne større forutsigbarhet, bedre kvalitet på tjenestene og sterkere rettssikkerhet. Noen mener målet med Bestillerenheten er alle disse faktorene.

Evalueringskriterium 2.2: Ansvar og oppgaver for Bestillerenheten og utførere vedrørende tildeling bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.

For å sikre gjennomføring av målsettinger må ansvar og oppgaver være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen, for eksempel gjennom stillingsinstrukser - /omtaler. Uklarhet rundt ansvar og oppgaver vil utgjøre en risiko for at målsettinger ikke nås og at det oppstår uheldige konfliktsituasjoner mellom aktørene. Dette ser vi er tilfelle i forhold til Bestillerenheten, der mange mener at enhetens/saksbehandlerens ansvar og oppgaver ikke er avklart godt nok, spesielt etter at man gikk over fra ISF til rammefinansiering. Sentrale spørsmål er om bestiller skal ha en "portvaktfunksjon" og ta hensyn til budsjetttrammene eller om bestiller skal bedømme eldres reelle behov uavhengig av budsjetttrammene. Vi anbefaler at saksbehandlerens ansvar og oppgaver fokuseres på å kartlegge innbyggernes reelle behov og ressurser. Om man ikke kan imøtekomme de reelle behovene, må dette tydeliggjøres både overfor bruker, ledelse og politikere. Med dette får man også et konkret grunnlag for å gjøre prioriteringer.

Videre gis det et klart inntrykk av det ikke er kommunisert godt nok i organisasjonen og ute blant befolkningen hvilket ansvar og oppgaver enheten nå skal ha, etter at man gikk bort fra ISF.

Ser man hen til teorien, kan en bestillerenhet også, avhengig av hva man definerer som formål med en slik enhet, tillegges ansvar og oppgaver av mer strategisk art. Det vil si i større grad formidle sin innsikt i brukernes behov til politikerne og på den måte påvirke de politiske prioriteringene. Man kan også gi en slik enhet ansvar for å være klageinstans på utførelsen av tjenestene i henhold til vedtak. Pr i dag har ikke Bestillerenheten slike oppgaver, men det er noe som bør vurderes.

Evalueringskriterium 2.3: Bestiller – utfører organiseringen i kommunen bør tilpasses de lokale forhold. Vesentlig under dette kriteriet er hvordan organiseringen av Bestillerenheten er søkt tilpasset og innrettet til lokale behov og utfordringer, og om organiseringen hensyntar endringer/utvikling

Som historikken viser, har kommunen forsøkt flere lokale tilpasninger siden enheten ble etablert. Som følge av alle disse tilpasningene har kommunen fått en "hybrid" og ikke en rendyrket Bestiller-utførermodell.

Det er ingen fasit for hvordan en bestiller- utførerorganisering skal være. Det er ikke uvanlig at kommuner som har en slik organisering lager sine egne lokale tilpasninger, slik Ringerike har gjort. Eksempelvis er det ingen ting i veien for at Bestillerenhetens oppgaver kan flyttes til utførerne, så lenge dette skjer i henhold til lov- og avtaleverk. Flere norske kommuner har i dag en slik integrert løsning. *Det finnes imidlertid ingen dokumentasjon som viser at dette er en bedre løsning en den ordningen Ringerike har pr i dag.*

Selv om kommunen ikke har en rendyrket BUM, synes det å være stor enighet blant ledere og ansatte om at skillet mellom Bestillerenheten og utførere bør opprettholdes. KPMG tror dette skillet bidrar til at kommunens Helse- og omsorgstjenester fordeles mest mulig likt og at søknader om tjenester får en profesjonell vurdering og saksbehandling i tråd med lov og avtaleverk og en objektiv behovsvurdering. Dette, sett opp mot at Helse og omsorg i Ringerike generelt, og Bestillerenheten spesielt, har vært gjennom særdeles store organisasjonsendringer de senere år, gjør at vi vurderer det mest hensiktsmessig for kommunen å videreutvikle ordningen slik den er pr i dag.

Konklusjon

Med utgangspunkt i overnevnte vurderinger vil KPMG konkludere med at ordningen med Bestillerenheten som sådan ikke fullt ut imøtekommer evalueringskriteriene som er angitt i denne evalueringen. KPMG vurderer det slik at det fortsatt er hensiktsmessig å organisere enheten adskilt fra utførerne, da dette sikrer at søknader om helse- og omsorgstjenester blir profesjonelt og likt behandlet og at kommunens innbyggere får samme nivå på tjenestene i henhold til vedtatte kriterier. Kommunen må tydeliggjøre ønsket formål med enheten og ut fra dette tydeliggjøre ansvar og oppgaver bedre. Enhetens ansvar må gjenspeiles i både navn og organisasjonskart. I kapittel 4 vil vi derfor adressere konkrete forslag til forbedring på disse områdene.

4 Anbefalte forbedringsforslag

På grunnlag av funn og vurderinger fra kapittel 3 vil vi i dette kapitlet komme med våre anbefalte forbedringsforslag for henholdsvis tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenheten. Vi vil også skissere en mulig fremdriftsplan for kommunen med utgangspunkt i disse forbedringsforslagene.

4.1 Forbedringsforslag vedrørende tildelingspraksis

Grep 1: Revidere og forankre gjeldende styringsdokumenter

Kommunen anbefales å videreføre og revidere følgende dokumenter som styrende for tildelingsprosessen:

- Veileder for tildelingspraksis bør revideres årlig, og man bør utarbeide en rutine som beskriver hvem som skal delta i revideringen, når og hvordan dette skal skje. Veilederen bør forankres også ute hos utførerene. Dette for å skape mer forståelse for bakgrunn for vedtakene og saksbehandlingen til Bestillerenheten, slik at kommunens ansatte møter brukere med "en stemme"
- Vurderingsskjemaet for kartlegging av bruker brukes i dag kun av enkelte saksbehandlere på Bestillerenheten. Det anbefales å revidere skjemaet slik at det blir tatt i bruk av alle saksbehandlere. Det kan også utvides til å kartlegge hva bruker eller pårørende og eventuelt andre ressurser i nærmiljøet kan bidra med i tilknytning til tjenesten som mottas
- Det bør vurderes om serviceerklæringene skal videreføres. Denne vurderingen bør kommunen ta i fellesskap med Bestiller og utførerene. Dersom serviceerklæringene blir besluttet videreført, bør de revideres årlig/regelmessig for å sikre at man fanger opp eventuelle endringer i tildelingspraksis. Videre bør utførerene involveres i en revidering av tekst om forventninger til bruker. Dette gjelder spesielt for enhetene i hjemmetjenesten hvor forventningsavklaring og realistiske krav til bruker kan bidra noe til å lette høy belastning av denne virksomheten.
- Samarbeidsavtalene mellom Bestillerenheten og henholdsvis institusjon og hjemmetjenesten bør videreføres og revideres årlig. Avtalene bør forankres både hos Bestillerenheten og hos utførerene. Samarbeidsavtalene bør operasjonaliseres slik at det blant annet formaliseres hvilke samarbeidsarenaer man vil ha, hvem som skal delta og hvor ofte på de ulike arenaer slik at dette blir likt for alle utførerene i samme virksomhet.
- Det bør foretas en snarlig revidering av avtalen mellom kommunen og sykehuset. I forbindelse med revideringen bør det sees på hvilke muligheter som fins for å bedre kommunikasjonen mellom sykehus og utførerene i kommunen. Svært mange av enhetene innen hjemmetjenesten ønsker å ha direkte kontakt med sykehuset ved utskrivning av eksisterende brukere, i stedet for at dette går via sykehuset hos Bestiller slik det gjør i dag. Dette ønskes primært for å få beskjed tidligere enn det man gjør i dag, motta tilstrekkelig informasjon, samt unngå dobbelttelefon fra både bestiller og sykehus. Dersom Bestillerenheten skal fortsette med ansvar for kontakten mot sykehuset, kan et annet alternativ være å etablere tydeligere retningslinjer for hvilken informasjon Bestiller må innhente og videreføre, samt utvide ansvaret for sykehuset til to personer hos Bestiller

De dokumentene som blir besluttet videreført som styringsdokumenter for tildelingspraksis i Ringerike kommune, bør samles og oppbevares elektronisk på ett sted og tilgjengeliggjøres for relevante virksomheter.

Grep 2: Skape en hensiktsmessig fordeling av saker blant saksbehandlerne på Bestillerenheten

Et uttalt ønske fra utførerene innen både hjemmetjenesten, institusjon og TTF er å forholde seg til faste saksbehandlere fra bestillerenheten. Dette for å skape et mer forutsigbart og stabilt samarbeid, samt sikre at saksbehandler har kunnskap om den enkelte bruker og brukergruppen.

- Flere av utførerene innen hjemmetjenesten antydte at grupper med to saksbehandlere med delt ansvar for eksempelvis to enheter ville vært ideelt. Innen TTF ble det fremsatt forslag om én koordinator med ansvar for alle enheter innen TTF.

Den nye fordelingsordningen innen hjemmetjenesten med fordeling av saker etter fødselsdato til bruker ble påpekt av saksbehandlerne selv at vil føre til mindre forutsigbarhet og vanskeliggjøre samarbeid mellom saksbehandler i Bestiller og utførerene

- Det anbefales å gjøre en mer grundig vurdering og konsekvensutredning av den nyinnførte fordelingsordningen, og åpne for å se på alternative fordelingsordninger.

Grep 3: Gjennomgang av dagens ordning knyttet til tildeling av boliger innen Helse og omsorg

- Kommunen bør se på dagens ordning for håndtering av søknader og tildeling av boliger innen Helse og omsorg. Dette kan innebære å vurdere opprettelsen av en egen gruppe som jobber med boligtildeling uavhengig av type, men som inneholder saksbehandlere med kompetanse om de involverte målgruppene (rus, psykiatri, TTF etc.).

Grep 4: Samarbeid bestiller – utfører

Ringerike kommune kan med fordel jobbe videre med å utvikle sterkere relasjoner mellom bestillere og utførere. Dette kan gjøres ved å:

- Vurdere et tettere samarbeid mellom saksbehandler ved Bestillerenheten og utfører ved første kartleggingsbesøk av bruker. For hjemmetjenesten foreslås det å forsøke en prøveordning hvor kartlegging av nye og komplekse brukere blir gjennomført av en representant fra Bestillerenheten (saksbehandler) og en fra relevant utførerene. Dette vil kunne minske faren for dobbeltarbeid, samt forankre og skape et samarbeidsgrunnlag mellom utfører og saksbehandler rundt den aktuelle brukeren. For institusjon og TTF bør det i samarbeid med utførerene selv vurderes en ordning hvor representant fra relevant utførerene er til stede under første kartleggingsbesøk. Dette vil kunne bidra til tydeligere forventningsavklaring ovenfor bruker og pårørende, samt en mer hensiktsmessig brukersammensetning i institusjon/bolig. Utførerene vil også kunne stille mer forberedt i innflyttingsfasen og dermed ha bedre mulighet for tilrettelegging.
- Månedlige revurderingsmøter mellom saksbehandler fra Bestillerenheten og utførerene i hjemmetjenesten bør beholdes: Det er tydelig at faste revurderingsmøter har hatt en positiv effekt for samarbeidet mellom hjemmetjenesten og Bestillerenheten. Disse møtene anbefales videreført og forankret som en fast og forutsigbar møtearena mellom saksbehandler på bestiller og utførerene. Enkelte av møtene kan også vurderes utvidet til å gjelde flere av utførerne i enheter der dette er ønskelig.
- I tillegg til samarbeidsarenaer i det daglige, kan et alternativ være å holde årlige eller halvårlige samarbeidsmøter / temadager for å skape dialog og diskusjon rundt aspekter ved tildelingsprosessen på et mer overordnet plan. Dette kan vurderes avholdt i sammenheng med revideringsprosessen for gjeldende styringsdokumenter. Dette kan muliggjøre evaluering og forankring rundt avgjørelser vedrørende tildelingspraksis nedover og på tvers i organisasjonen for Helse og omsorg.
- Det anbefales at det i regi av Bestillerenheten selv sendes ut en årlig undersøkelse til utførerene. Undersøkelsen bør være begrenset i omfang, og kan eksempelvis inneholde spørsmål om hvor godt utførere opplever samarbeid med saksbehandlere, etterspørre forslag til

forbedring etc.. Svarene kan brukes til interne evalueringsformål og bidra til utvikling av enheten. I sammenheng med denne prosessen kan Bestillerenheten vurdere å sende ut et informasjonsbrev med relevant informasjon knyttet til endringer i rutiner eller krav, eller generell tilbakemelding på utføreres rutiner/oppgaver.

Grep 5: Gjennomgang av praksis rundt utforming av vedtak

- Det bør gjøres en gjennomgang av dagens formulering av vedtak. Det bør åpnes for i større grad å benytte "myke" vedtak med vekt på generelle formuleringer som åpner for at utførere selv kan bidra med faglig skjønn, og påvirke hvordan vedtakene utføres. Dette vil kunne bidra til å styrke tillitsrelasjoner mellom utførere og Bestillerenheten.
- Det bør gjøres en gjennomgang av eldre vedtak innen eksempelvis praktisk bistand, for å undersøke påstanden om at det eksisterer tydelige forskjeller i vedtak for brukere med samme tjenestebehov.
- Videre påpekes det av Bestillerenheten at hjemmetjenesten må ta bedre ansvar for IPLOS og ADL oppdateringer for å sikre at saksbehandlere har oppdatert informasjon når de vurderer søknader og fatter vedtak. Dette blir ikke gjort konsekvent, og gjøres på ulikt vis av utførerene

4.2 Forbedringsforslag vedrørende ordningen med Bestillerenheten

Grep 6: Organisering

- Kommunen bør beholde Bestillerenheten som en forvaltningsenhet som på vegne av kommunen, ved kommunalsjef, skal sikre profesjonell og likeverdig behandling av innbyggernes søknader om Helse- og omsorgstjenester.
- Bestillerenheten bør endre navn til noe som i større grad gjenspeiler enhetens oppgaver. Av alternative navneforslag har ledere og ansatte i Ringerike kommune selv pekt på "Tildelingskontor for Helse- og omsorgstjenester" som et aktuelt navn. Navn som "Søknadskontor for Helse- og omsorgstjenester", "Forvaltningsenhet" kan også vurderes.
- Bestillerenheten bør vurderes plassert organisatorisk i stab til kommunalsjef, med fortsatt egen enhetsleder som rapporterer til kommunalsjef og inngår i dennes ledergruppe. Dette for å synliggjøre at enheten er hierarkisk overordnet utførerene og virksomhetene. Dette samsvarer bedre med hvordan enheten i praksis fungerer i dag. Eventuelt endret organisatorisk plassering må vurderes etter at man har blitt enige om formål, ansvar og oppgaver.

Grep 7: Formål, ansvar og roller

- Kommunen må klargjøre målsetting med Bestillerenhet i dagens kontekst. Vi anbefaler at saksbehandlernes ansvar og oppgaver fokuseres på å kartlegge innbyggernes reelle behov og ressurser fremfor at enheten tillegges en "portvaktfunksjon".
- Bestillerenhetens rolle og ansvar bør gjennomgås og fastsettes på nytt etter at formål er definert, slik at ansvar og oppgaver bygger opp under formål.
- For å sikre gjennomføring av målsettingen må ansvar og oppgaver klargjøres, fordeles og gjøres kjent i organisasjonen og blant befolkningen, for eksempel gjennom stillingsinstrukser - /omtaler (media, internettsidene). I forhold til tildeling av korttidsplasser, har man ganske detaljert beskrevet forventet forløp og hvem som skal ha ansvar for hva og når (Veileder for tildelingspraksis 2012). Dette er en mal som kan vurderes brukt også i forhold til andre områder som for eksempel tildeling av hjemmetjenester, boliger og langtidsplasser.

Grep 8: Bemanning og kompetanseutvikling

- Bemanning og kompetansesammensetningen i Bestillerenheten bør gjennomgås. Det bør tydeliggjøres både personlige og faglige krav til de ulike stillingene i Bestillerenheten. Ansatte som er i frontfunksjoner må ha betydelig fagkompetanse og alle må ha betydelig samhandlingskompetanse.
- Utførernes kompetanse i forhold til dokumentasjon må styrkes gjennom både kurs og bevisstgjøring i forhold til ansvar og holdninger og økt kunnskap om hva god dokumentasjon er. Ifølge både utførerenhetene selv og Bestillerenheten har utførerne et klart forbedringspotensial i forhold til å dokumentere endringer og avvik i Gerica. God dokumentasjon er et viktig grunnlag for saksbehandlerne i deres søknadsbehandling. Flere utførere viser til at saksbehandlere fra Bestillerenheten er flinke til å følge opp endringer og avvik dersom de får beskjed av utfører via Gerica.
- Kontinuerlig kompetanseutvikling for alle er nødvendig og bør knyttes opp til følgende områder: fagkompetanse, samarbeid og kommunikasjon

Vedlegg 1: Referanseliste

- Bestillerenheten i Ringerike kommune. 2013. Organisasjonskart Bestillerenhet pr 21.08.13. presentasjon. Ringerike kommune: Bestillerenheten
- Busch, Tor, Vanebo, Jan Ole. Bestiller -utfører modellen utfordringer og problemområder, Sluttrapport av 14.12.2001
- Deloitte. 2012. Kostnader og gevinster knyttet til Bestiller- Utførermodellen. Oslo: Deloitte
- Devulapalli, P. 2009. Rapport fra Bestillerenheten etter fire måneder med innsatsstyrt finansiering. Saksnr. 09/17573-1, Løpenr 32215/09, Arkivkode 210, 08.02.2009. Ringerike kommune: Bestillerenheten.
- For Velferdsstaten. 01/2013. Bestiller -utførermodeller, – markedsretting av offentlig sektor.
- Forvaltningsloven. Lov av 10. februar 1967.
- Gaarder, A. 2008. Rapport fra periode som konstituert leder for Bestillerenheten. Ringerike kommune: Bestillerenheten
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni.2011.
- Hovik, Sissel og Inger Marie Stigen. 2008. *Kommunal Organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2008:20. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Johnsen, Sletnes og Vabo (2004) *Konkurransesetting i kommunene*. abstrakt forlag, s. 174 flg.
- Kolden, Håkon, Myhre, Elin. Bestiller- og utførermodellen Synspunkter på styrker og svakheter, Mastergrad i offentlig ledelse og styring Høgskolen i Hedmark, Vår 2013
- Kommunestyret. 2013. Sak 22/2013-Revidering av veileder. Ringerike kommune: Kommunestyret.
- Nesheim, Torstein (2004). *Bestiller-utførerorganisering og hierarki: Spenninger i møtet mellom motstridende organisasjonsprinsipper*. I: Å. Johnsen, I. Sletnes & S.I. Vabo (red.). *Konkurransesetting i kommunene*. Oslo: Abstrakt forlag(s.172-194)
- Norman, Eva. Biståndshandleggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov?. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:13 ISSN 1401-5129
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999.
- Revisjon Midt Norge IKS. 2011. Evaluering av bestiller-utfører modellen i Klæbu kommune. Trondheim: Revisjon Midt Norge IKS.
- Ringerike kommune. 2004. Til samtlige resultatsenhetsledere og fag/vedtaksansvarlige. Internt notat/Informasjonsskriv, merk: udatert skriv, men registrert mottatt 05.08.04.
- Ringerike kommune. 2005. Innføring av bestiller- utførermodell. Prosjektplan.
- Ringerike kommune. 2011a. Samarbeidsavtale mellom Ringerike Kommune og Virksomhet hjemmebaserte tjenester.
- Ringerike kommune. 2011b. Samarbeidsavtale mellom Ringerike kommune og Virksomhet Institusjoner, november 2011

Vedlegg 1: Referanseliste

Ringerike kommune. 2011c. Avtale mellom Ringerike kommune og Vestre Viken HF om henvisning, behandling og utskrivning for pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

Ringerike kommune. 2012. Handlingsprogram 2013-2016 Budsjett 2013 for Ringerike kommune. Tilgjengelig fra:
<http://www.ringerike.kommune.no/Documents/budsjett%20og%20%20c3%b8komoni/Budsjett%202013/til%20h%20c3%b8ring/Handlingsprogram%202013-2016%20budsjett%202013%20h%20c3%b8ringsdokument.pdf>. Hentet: 14.9.2013.

Ringerike kommune. 2013a. Veileder for Tildelingspraksis i Ringerike kommune. Sist revidert 21.2.2013.

Ringerike kommune. 2013b. SAKSFRAMLEGG PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN I RINGERIKE KOMMUNE INNRETNING OG STRATEGIER. Arkivsaksnr.: 13/1693-1 Arkiv: F00 &30

Ringerike kommune. 2013c. Organisasjonskart Ringerike kommune pr 01.08.13. presentasjon.

Ringerike kommune. 2013d. Notat til Virksomhetsledere, enhetsledere, tillitsvalgte og verneombud fra Kommunalsjef Kirsten Orebråten.

Ringerike kommune. 2013e. Brukerundersøkelsen "Bedre kommune. No"

Skog, Bente Merete Joten, Andersen, Jan. *Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenester – en moderniseringsøvelse til besvær?*, Ergoterapeuten 04/11

Sosial- og helsedirektoratet. 2006. Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Steihaug, Sissel, Harsvik, Trond, Lippestad, Jan-W, Bringager, Nils. Kartlegging og risikovurdering av HMS i hjemmetjenestene i Oslo Kommune, Sintef rapport A8277, 2008

St.melding nr 47 for 2008-2009 "Samhandlingsreformen"

Vabø, Mia. 2007. *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* Avhandling for dr.philos. graden. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport 22/2007

Vabø, Mia. Changing governance, changing needs interpretations: implications for universalism, International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 31 No. 3/4, 2011 pp. 197-208

Vabø, Mia. Forbruksmakt i omsorgstjenesten - til hjelp for de svakeste?, I L.W. Isaksen (red). Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Makt og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk forlag,

Vabø, Mia. New Public Management i nordisk eldreomsorg –hva forskes det på? I: M. Szebehely (red.). Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt. København: TemaNord, 508 (s. 73-111). Eks Stockholm

Vedlegg 2: Evalueringskriterier

Evalueringskriteriene er standarden virksomheten måles opp mot når praksis skal vurderes. Evalueringskriteriene sier noe om hvilke retningslinjer som gjelder for området, eller hva som er å anse som beste praksis. Evalueringskriteriene er i denne sammenheng utledet gjennom analyse av kommunens egne dokumenter, relevante lover, veiledere og publikasjoner (forskning og litteratur). Aktuelle evalueringskriterier med kildehenvisninger er angitt i tabellen nedenfor.

Problemstilling 1: Tildelingspraksis

#	Evalueringskriterier	Utdypning	Kildehenvisning
1.1	Det bør foreligge et grunnlagsdokument som regulerer tildelingspraksisen i kommunen	<p>Kommunens overordnede ansvar for Helse- og omsorgstjenester er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.</p> <p>Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige Helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.</p> <p>Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.</p> <p>Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 er en videreføring av tidligere lovgivning og framhever de grunnleggende kravene til styring, som i dag fremgår av blant annet internkontrollforskriften. For å kunne sørge for Helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.</p> <p>Tildeling av tjenester bør i samsvar med dette planlegges, kommuniseres og gjennomføres, følges opp og evalueres. Tildelingspraksis bør for dette formål nedfelles skriftlig og forankres i kommunen, for eksempel i form av en plan, policy, styringsdokument eller annet form grunnlagsdokument</p>	<p>§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for Helse- og omsorgstjenester</p> <p>Lovforarbeidene om § 3-1, 3 ledd</p>

Vedlegg 2: Evalueringskriterier

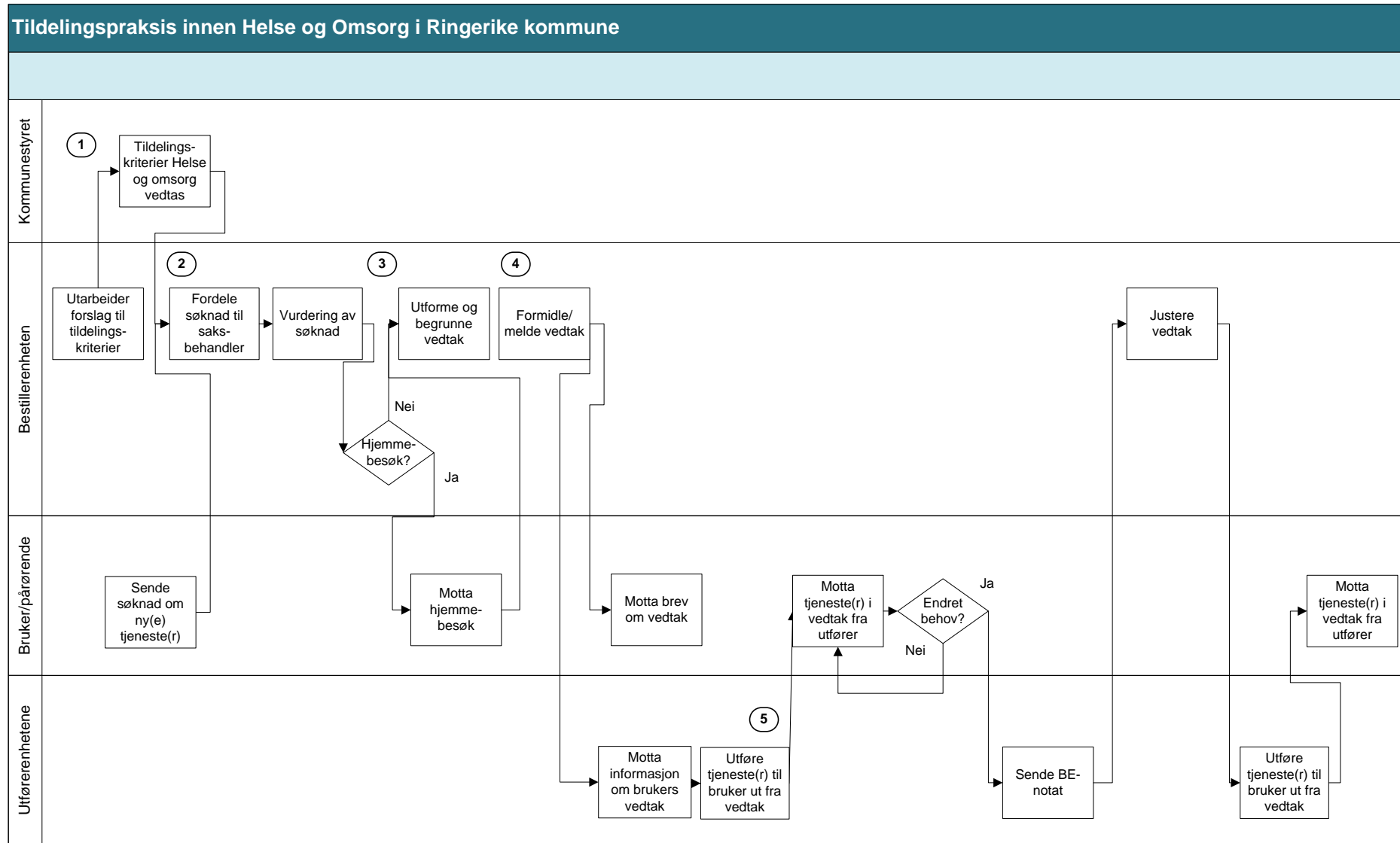
1.2	Kartlegging av tjenestebehov bør være objektiv, basert på en faglig vurdering og kommunen bør ha en lik tilnærming til kartlegging uavhengig av hvem som gjør kartleggingen. Derfor bør vurderingsskjema benyttes ved henvendelser og innhenting av informasjon om søkers behov for hjelp/tjenester.	God og grundig kartlegging av hjelpebehovet for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet. Den hjelpetrengende sin evne og mulighet til selv å ivareta sin Helse eller sosiale aktivitet bør danne utgangspunkt for kartlegging av hjelpebehovet.	Veileder for tildelingspraksis i Ringerike kommune. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 jf. forvaltningsloven Kap IV og V.
1.3	Søknader skal avgjøres ut fra en individuell vurdering, og det skal utøves skjønn. Brukermedvirkning og BEON prinsippet må ivaretas når behov og tjenester vurderes	Ved vurdering av om en søker fyller vilkårene for å ha rett på hjelp skal vurderingen bygge på lovttekst, veiledning fra departementet, fylkeslegen, fylkesmann og kommunens egne retningslinjer. Søknad om hjelp kan ikke avslås av økonomiske grunner. Når det etter kartlegging av behov er fastslått at søker fyller vilkårene for å ha krav på hjelp, må kommunen i samarbeid med søker finne fram til hvilken form og i hvilket omfang hjelpen skal ytes. Oppgaver skal spesielt prioriteres ut fra alvorlighetsgrad i tilstanden og etter et behovshierarki. Det kan og bør gis mer, dersom en konkret individuell vurdering tilsier det og det fremmer forebygging.	Veileder for tildelingspraksis i Ringerike kommune Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 jf. forvaltningsloven Kap IV og V, Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. <i>Pasientens og brukers rett til medvirkning</i>
1.4	Det er viktig med samhandling i og i mellom de tjenestesteder som yter tjenestene for å finne gode løsninger. Det bør derfor foreligge en avtale, et grunnlagsdokument e.l. som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører. Avtalens prinsipper og overordnede retningslinjer/krav bør operasjonaliseres, for å sikre gjennomføring.	For å sikre klarhet og samhandling om oppgavene som hhv. bestiller og utfører har, bør det etableres et grunnlagsdokument eller en avtale som regulerer dette.	Lov om kommunale Helse - og omsorgstjenester, § 3-4. <i>Kommunens plikt til samhandling og samarbeid</i> <i>Konkurransetsetting i kommunene</i> , Johnsen, Sletnes og Vabo, abstrakt forlag, 2004, s. 174 flg.

Vedlegg 2: Evalueringskriterier

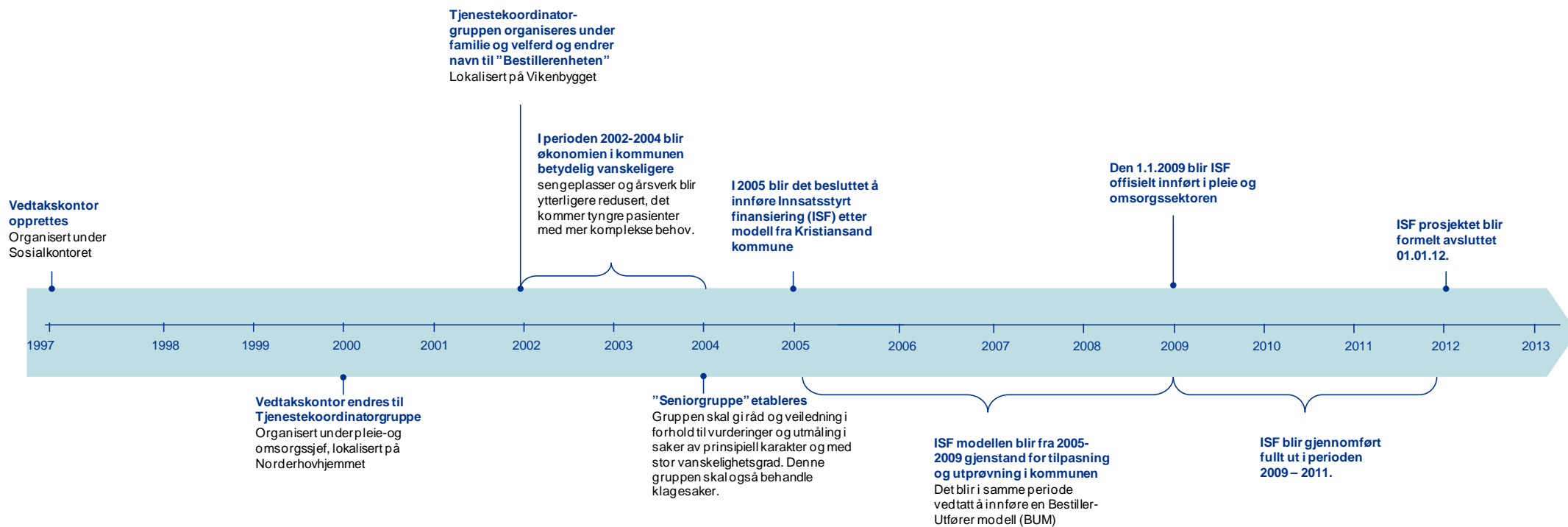
Problemstilling 2: Ordningen med Bestillerenheten

#	Evalueringskriterier	Utdypning	Kildehenvisning
2.1	Mål og forventninger til ordningen med bestillerenhet bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.	<p>Under dette kriteriet er det sentralt å undersøke og vurdere om det er klart for ledere og ansatte hvilke mål og forventninger som gjelder for bestillerenheten, herunder om målene er skriftliggjort og gjort kjent i organisasjonen. Målene vil være styrende for planlegging og gjennomføring av bestillerenhetens totale virksomhet, herunder for eksempel samhandling med andre, utforming av rutiner mv.</p> <p>Helse – og omsorgstjenesteloven § 3-1 fastsetter kommunens ansvar for styring med Helse- og omsorgstjenester. Ansvaret er utdypet i forskrift om internkontroll i Helse- og sosialtjenesten, som blant annet stiller krav om at mål, oppgaver og ansvar skal være avklart i organisasjonen.</p>	<p>Se kapittel 2.1 Jmfør også Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 3 ledd og forskrift om internkontroll i Helse – og sosialtjenesten § 4: Internkontroll innebærer at den/ de ansvarlige for virksomheten skal:</p> <p>a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, (...)Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt</p>
2.2	Ansvar og oppgaver for Bestillerenheten og utførere vedrørende tildeling bør være avklart, formalisert og kommunisert i organisasjonen.	<p>For å sikre gjennomføring av målsettinger må ansvar og oppgaver klargjøres, fordeles og gjøres kjent i organisasjonen, for eksempel gjennom stillingsinstruksjer - /omtaler. Uklarhet rundet ansvar og oppgaver vil utgjøre en risiko for at målsettinger ikke nås.</p> <p>Helse – og omsorgstjenesteloven § 3-1 fastsetter kommunens ansvar for styring med Helse- og omsorgstjenester. Ansvaret er utdypet i forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten, som blant annet stiller krav om at mål, oppgaver og ansvar skal være avklart i organisasjonen.</p>	Se kildehenvisning under evalueringskriterium 2.1
2.3	Bestiller – utfører organiseringen i kommunen bør tilpasses de lokale forhold.	Det er ikke en fasit for hvordan organiseringen skal være, men lokale behov og endringer i behov vil påvirke organiseringen, herunder grad av samarbeid, grad av integrering av bestiller og utfører sine oppgaver. Vesentlig under dette kriteriet er å undersøke om og hvordan organiseringen av Bestillerenheten er søkt tilpasset og innrettet til lokale behov og utfordringer, og om organiseringen hensyntar endringer/utvikling	<i>Konkurransetsetting i kommunene</i> , Johnsen, Sletnes og Vabo, abstrakt forlag, 2004, s. 174 flg.

Vedlegg 3: Prosesskart over dagens tildelingspraksis i Ringerike kommune



Vedlegg 4: Tidslinje over sentrale hendelser i tilknytning til tildelingspraksis og ordningen med Bestillerenhet i Ringerike kommune



Vedlegg 5: Forslag til Handlingsplan

Hovedaktivitet	Mål	Tiltak	Tidsrom	Ansvarlig
Formål med BE, ansvar og roller	<ul style="list-style-type: none"> • Klar målsetting med BE i dagens kontekst • Sikre gjennomføring av målsetting gjennom tydelighet i ansvar og roller 	<ul style="list-style-type: none"> – Definere og tydeliggjøre målsetting med BE og ansvar/oppgaver i styringsdokumenter, avtaler, og stillingsinstrukser – Vektlegge brukermedvirkning og synliggjøre hvordan dette vil ivaretas – Synliggjøre målsetting, ansvar/oppgaver i organisasjonen gjennom informasjon på intranett, møter, skriv – Synliggjøre målsetting, ansvar/oppgaver i media, sosiale media, på hjemmesidene 	Oktober – november 2013	Kommunalsjef
Revidere og forankre gjeldende styringsdokumenter	<ul style="list-style-type: none"> • Tydeligere styringsdokumenter • Skape mer forståelse for bakgrunn for vedtakene og saksbehandlingen til BE • Kommunens ansatte møter brukerne med "en stemme" • Bedre kommunikasjonen mellom sykehus og utførerene 	<ul style="list-style-type: none"> – Operasjonalisere styringsdokumenter – Presentere og gjennomgå dokumenter for saksbehandlere og utførere – Samle alle dokumenter elektronisk på et fast og felles sted – Mer konkret informasjon på hjemmesidene – Etablere tydeligere roller og retningslinjer for kommunikasjon med sykehus 	Oktober-november 2013	Kommunalsjef
BE s navn og organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre profesjonell og likeverdig saksbehandling av innbyggernes søknader om Helse- og omsorgstjenester • "Kart" som bedre stemmer med "terreng" 	<ul style="list-style-type: none"> – Endre navn på BE til noe som i større grad gjenspeiler enhetens oppgaver – Vurdere å plassere BE i stab til kommunalsjef, med fortsatt egen enhetsleder som rapporterer til kommunalsjef og inngår i dennes ledergruppe 	November-desember 2013	Enhetsleder BE i samarbeid med kommunalsjef
Bemanning og kompetanse i BE	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at BE har hensiktsmessig bemanning og kompetanse ihht. målsetting med BE 	<ul style="list-style-type: none"> – Gjennomgå bemanning og kompetansesammensetningen i BE – Plan for kompetanseutvikling for alle og spesielt knyttet opp til fagkompetanse, samarbeid og kommunikasjon 	Desember 2013	Enhetsleder i Bestillerenheten i samarbeid med HR
Tildeling av boliger	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre god utnyttelse av kommunens boliger • Bedre samordning på tvers av virksomheter 	<ul style="list-style-type: none"> – Utrede forslag om å opprette egen tildelingsgruppe for boliger med tverrfaglig kompetanse og representanter fra NAV 	Januar 2014	Kommunalsjef

Vedlegg 5: Forslag til Handlingsplan

- Sikre tverrfaglighet ved tildeling av boliger der saksbehandlere har relevant kompetanse om de involverte målgruppene (rus, psykiatri, TTF, NAV etc.).

Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Forsterket samarbeid mellom BE og alle interessenter 	<ul style="list-style-type: none"> – Samarbeidsavtalene videreføres og revideres årlig – Etablere og forankre faste samarbeidsfora mellom BE og utførerene – Utarbeides "årshjul" for revideringer som beskriver hvordan/når dette skal skje, hvem som deltar 	Januar 2014	Virksomhetsledere
Fordeling av saker for saksbehandlerne i BE	<ul style="list-style-type: none"> • Lik arbeidsbelastning hos saksbehandlere • Kontinuitet overfor brukere og utførere • Mer forutsigbart og stabilt samarbeid • Sikre at saksbehandler har kunnskap om den enkelte bruker og brukergruppen • Rasjonelle revurderingsmøter mht reisetid for BE 	<ul style="list-style-type: none"> – I forbindelse med planlagt evaluering bør ny fordelingsordning av saker i Bestillerenheten konsekvensutredes. Når positive og negative aspekter samt konsekvenser er kartlagt bør det med dette grunnlaget vurderes om ordningen skal videreføres. Involvere representanter fra utførere i denne prosessen – Vurdere internt i Bestillerenheten om det er mulig å imøtekomme ønsket fra utførere om mest mulig faste saksbehandlere. Her må blant annet forslaget om én koordinator for TTF vurderes ut fra Bestillerenhetens kapasitet. 	Mars 2014	Enhetsleder i Bestillerenheten
Kompetanseutvikling av utførere i forhold til dokumentasjon i fagsystemet	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke utførernes kompetanse i forhold til dokumentasjon i Gericca • Sikre at saksbehandlerne i BE får et bedre vurderingsgrunnlag når det skal fattes nye vedtak/ er behov for endringer i vedtak • Bevisstgjøring i forhold til ansvar og holdninger når det gjelder dokumentasjonsansvaret og økt kunnskap om hva <u>god</u> dokumentasjon er. 	<ul style="list-style-type: none"> – Innføre kompetanseheving knyttet til dokumentasjon i Gericca som et fokusområde innen Helse og omsorg i 2014 – Avholde obligatorisk oppdateringskurs for utførere i Gericca – Innføre måleparametere som kan avdekke hvilke enheter som er gode på dokumentering og hvilke som trenger mer oppfølging 	Januar-juni 2014	Virksomhetsledere

Kontakt oss

Nils-Ivar Slåttsveen

Partner

T +47 40 63 94 47

E nils-ivar.slaattsveen@kpmg.no

Bente Brandvik

Senior manager

T +47 40 63 95 79

E bente.brandvik@kpmg.no

kpmg.no

© 2013 KPMG AS, a Norwegian member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative ("KPMG International").

