

«Vi spiller på lag»

Om integrerte organisasjonsmodeller
i pleie- og omsorgstjenestene

PER ERIK SOLEM
BODIL HØISTAD

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 1/00

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap.

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) 2000

ISBN 82-7894-088-6

ISSN 0808-5013

Forsidebilde: ArtVille/AmyDeVoogd
Desktop: Torhild Sager
Trykk: GCS

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Munthesgt. 29 • Postboks 3223 Elisenberg • 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Telefaks: 22 54 12 01

E-post: nova@isaf.no

Nettadresse: <http://www.isaf.no/nova>

Forord

Denne rapporten inngår i prosjektet «Modeller for omsorgstjenestene», som har til hensikt å kartlegge ulike organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgssektoren, å analysere modellenes framvekst, og vurdere ulike effekter av modellene. Prosjektet startet ved Norsk gerontologisk institutt med et forprosjekt i 1994, finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Det ble søkt om midler til et hovedprosjekt, noe departementet støttet ved å overføre midler til Norges forskningsråd, som vi deretter sendte en ny søknad til og fikk midler over tre år, fra 1995 til 1998. Ved NGIs nedleggelse i 1996 ble prosjektet (og forskerne) overført til NOVA.

I de fleste kommuner har man enten foretatt omfattende omorganiseringer innen sektoren, man befinner seg midt i endringsarbeidet, eller har planer om en slik prosess. Et fellestrekk i disse prosessene er former for integrering av tjenestene. Det synes i dag å være et generelt trekk ved organisasjoner av ulike typer at de er under permanent endring og at endringstakten er økende. Vi har på en måte tatt ut et stillbilde av en prosess og mange av kommunene er ikke lenger helt slik vi beskriver dem. Vårt hovedfokus er imidlertid ikke den enkelte kommune, men sterke og svake sider ved ulike modeller.

Første utkast av denne rapporten ble utarbeidet av cand. polit. Bodil Høistad, som var prosjektmedarbeider i perioden august 1995 til februar 1998. Etter at hun gikk over i ny stilling i helse- og sosialavdelingen i Hamar kommune, har Per Erik Solem (prosjektleder) bearbeidet og utvidet utkastet i samarbeid med Bodil Høistad. Manuskriptet er gjennomgått av forskningsleder Ann Helen Bay (gruppen for trygde- og sosialhjelpsforskning, NOVA), som vi takker for vesentlige innspill og verdifulle kommentarer.

Oslo/Hamar, desember 1999

Per Erik Solem

Bodil Høistad

Innhold:

| | |
|---|----|
| SAMMENDRAG | 7 |
| 1 INNLEDNING | 11 |
| 1.1 Tema..... | 11 |
| 1.2 Problemstillinger | 11 |
| 2 DATAGRUNNLAGET | 14 |
| 2.1 Undersøkelsen..... | 14 |
| 2.2 Datakvalitet..... | 15 |
| 2.3 Intervjudata | 16 |
| 3 RAMMEBETINGELSER FOR OMSORGSTJENESTENES ORGANISERING | 17 |
| 3.1 Reformen i lokalforvaltningen med betydning for omsorgstjenestenes organisering | 17 |
| 3.2 Hvilke anbefalinger er gitt for organisering av pleie- og omsorgstjenestene? | 18 |
| 4 TEORETISK UTGANGSPUNKT | 23 |
| 4.1 Teoretiske perspektiver og sentrale begreper | 23 |
| 4.2 Koordinering, samordning og integrering..... | 27 |
| 5 NÆRMERE OM PROBLEMSTILLINGER OG ANTAKELSER | 30 |
| 5.1 Innledning | 30 |
| 5.2 Beskrivelse av organisasjonsmodeller..... | 30 |
| 5.3 Framvekt av integrasjonsmodeller..... | 31 |
| 5.4 Sterke og svake sider ved modellene..... | 32 |
| 6 BESKRIVELSE AV ORGANISASJONSMODELLER | 34 |
| 6.1 Innledning | 34 |
| 6.2 Formell organisasjonsstruktur og integrerte tjenester..... | 35 |
| 6.3 Arbeider de ansatte vekselvis i ulike tjenesteenheter? | 38 |
| 6.4 Fem organisasjonsmodeller for omsorgstjenestene | 40 |
| 6.5 Organisasjonsmodeller i utvalgskommunene | 45 |
| 6.6 Oppsummering | 46 |

| | |
|--|-----|
| 7 FRAMVEKST AV INTEGRASJONSMODELLER | 49 |
| 7.1 Innledning | 49 |
| 7.2 Sentrum/periferi | 50 |
| 7.3 Kommunens folketall | 51 |
| 7.4 Kommunens inntekter..... | 52 |
| 7.5 Andel eldre..... | 53 |
| 7.6 Geografisk spesialisering/desentralisering | 54 |
| 7.7 Boliggjøring | 56 |
| 7.8 Hvilke hensyn tillegges betydning for at omorganisering iverksettes? | 61 |
| 7.9 Oppsummering | 63 |
| | |
| 8 STERKE OG SVAKE SIDER VED MODELLENE | 66 |
| 8.1 Innledning | 66 |
| 8.2 Generell fornøydhet med modellen | 67 |
| 8.3 Hva nevnes som fordeler og ulemper? | 68 |
| 8.4 Fornøydhet med tjenestene..... | 79 |
| 8.5 Karaktersetting av tilbud | 82 |
| 8.6 Prioritering ved kriser..... | 83 |
| 8.7 Overlapping i oppgaver mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie | 84 |
| 8.8 Samordning gjennom rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling | 86 |
| 8.9 Samordning gjennom samlokalisering | 88 |
| 8.10 Oppsummering | 91 |
| | |
| 9 SAMMENFATTENDE DISKUSJON | 93 |
| 9.1 Beskrivelse av organisasjonsmodeller..... | 93 |
| 9.2 Framvekt av integrasjonsmodeller..... | 95 |
| 9.3 Sterke og svake sider ved modellene..... | 97 |
| 9.4 Avslutning | 100 |
| | |
| SUMMARY | 107 |
| | |
| REFERANSER | 111 |
| | |
| VEDLEGG 1: REPRESENTATIVITET | 115 |
| | |
| VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMA | 119 |

Sammendrag

Gjennom spørreskjema besvart av 336 kommuner/bydeler og intervju med 72 ledere i 14 kommuner har vi beskrevet organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene i norske kommuner i 1996/97, belyst framveksten av integrerte modeller og vurdert sterke og svake sider ved ulike modeller.

Beskrivelse

I tråd med anbefalinger i offentlige dokumenter har de fleste kommunene gjennomført en eller annen form for integrering mellom hjemmehjelp, hjemmesykepleie og/eller institusjonstjenester.

Sidestilte tjenester, eller den tradisjonelle modellen, der hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenester er lagt til ulike administrative enheter med egne tjenesteledere finnes i mindre enn én av ti kommuner.

Lille integrasjon, der hjemmehjelp og hjemmesykepleie er samorganisert, men ikke med institusjonstjenesten, er den vanligste modellen, og finnes i vel fire av ti kommuner.

Vi kaller det *store integrasjon* når de tre tjenestene er samorganisert uten at personalet veksler mellom arbeid i hjemmetjenesten og institusjon. Denne modellen finnes i to av ti kommuner.

Full integrasjon der alle de tre tjenestene er integrert i samme enhet og personalet veksler mellom arbeid i hjemmetjenesten og institusjon, forekommer like sjelden som sidestilte tjenester, men oftest i små kommuner med høye inntekter.

Resten av kommunene (to av ti) har *blandingsmodeller* med elementer fra de andre modellene.

Det er også en betydelig variasjon innen de andre modellene. Fordi vi ikke har oversikt over alle detaljer i variasjonen, er det også vanskelig å vite hvor integrert og samordnet tjenestene fungerer i den daglige praktiske virksomheten.

Framvekst

Ideologi om integrerte tjenester synes å fått betydelig gjennomslag i kommunene. Men den store lokale variasjonen og det at integrasjon ikke

opptrer i en pakke med andre moderne løsninger som desentralisering og boliggjøring, tyder på at en eventuell motepåvirkning bak framveksten av integrasjonsmodeller ikke virker ensrettende. De lokale forutsetningene synes å gis betydelig vekt i utformingen av pleie- og omsorgstjenestenes organisasjonsstruktur. Resultatene stemmer bedre med det instrumentelle perspektivet på organisasjonsendring enn med myteperspektivet. Kommunenes rasjonelle valg av modell er påvirket av de muligheter og begrensninger som ligger i kommunens økonomi og folketall. Det synes lettere å innføre full integrasjon når den organisasjonen som skal endres er liten og når kommunen har økonomi til å bære kostnadene ved selve omorganiseringen.

På spørsmål om hva som har hatt betydning for å iverksette omorganisering av tjenestene, legges det mest vekt på behov i befolkningen, dernest hensynet til kommuneøkonomien og nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene. Hvilke hensyn som tillegges størst vekt har ingen sammenheng med hvilken modell som er valgt.

Sterke og svake sider

Der tjenestene er integrerte, og særlig ved full integrasjon, er lederne mer fornøyde med organisasjonsmodellen og med tjenestenes kvalitet. De peker på mer helhetlige og fleksible tjenester, bedre ressursutnyttelse og bedre samarbeid eller samordning.

Der hjemmetjenester og institusjonstjenester er integrerte i samme enhet, og personalet veksler mellom arbeid inne og ute, synes tjenestene å fungere mer fleksibelt gjennom omdisponering av personell når det er topper i arbeidsbelastningen. Ved lavere grad av integrasjon er det mer brukerne som må være fleksible.

Det har i de senere år vært en økende fleksibilitet i bruken av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere til overlappende oppgaver i hjemmetjenestene. Dette har i første rekke skjedd i kommuner som ikke har full integrasjon og uavhengig av om hjemmehjelp og hjemmesykepleie er organisert i samme enhet eller er sidestilte tjenester. Ved full integrasjon skjer det lite overlapping og lederne har en sterkere pleiefaglig orientering med vekt på faglig kvalifisert personale og høy faglig standard på tjenestene. Om lavere fleksibilitet i bruken av ulike personalgrupper oppveies av en høyere faglig standard er uvisst. Det er ikke entydig hva som er de beste løsningene i arbeidsdelingen mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Integrerte modeller gir bedre muligheter for interaksjon mellom aktørene i organisasjonen. Formell integrasjon øker sannsynligheten for at det holdes møter mellom de ulike personalgrupper og for at tjenestene er samlokaliserte. Det er ingen tendens til at kommuner som har lav grad av integrasjon kompenseres med flere møter eller med samlokalisering for å oppnå samordning mellom tjenestene på den måten. Det synes likevel mulig å oppnå noen av fordelene ved integrasjon hvis sidestilte tjenester har felles lokaler.

Alt i alt synes de kommuner som har gjennomført integrering av pleie- og omsorgstjenestene i store trekk å oppnå det de ønsker; bedre samordning, fleksibilitet og ressursutnyttelse. Integrering kan imidlertid skape nye utfordringer, som hvordan hjemmehjelpens erfaringsbaserte kunnskapsbasis kan integreres i en pleiefaglig tradisjon og hvordan ansvarsbredden i helhetlige tjenester kan avgrenses slik at ledere og personale ikke strekker seg for langt og overbelastes. For framtidig forskning er det en oppgave å studere om tendenser til privatisering og konkurranseutsetting kan bidra til å splitte opp integrerte tjenester og motvirke at pleie- og omsorgstjenestene fungerer som en sammenhengende helhetlig omsorgskjede.

1 Innledning

1.1 Tema

Kommunenes pleie- og omsorgstjenester har i løpet av de siste 10-20 årene vært inne i en omformingsprosess med nye organisatoriske løsninger. Sentrale føringer gjennom utredninger og stortingsdokumenter fra tidlig på 1980-tallet peker i retning av større grad av samordning mellom ulike tjenestegrener og en mer helhetlig og sammenhengende tiltakskjede. Allerede i 1979 kom Nyhusutvalget (NOU 1979:28) med anbefalinger om å drive de lokale helse- og sosialtjenestene som en sammenhengende helhet. Av de mange utredninger og dokumenter, som er nærmere omtalt i den første rapporten fra prosjektet: «Modeller for omsorgstjenestene» (Kristoffersen og Solem 1998), oppfattes særlig Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) som en pådriver for at kommunene beveger seg i retning av å integrere pleie- og omsorgstjenestene. I rundskriv om «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene» fra Sosial- og helsedepartementet heter det at det «ikke er ønskelig å binde kommunene til spesielle organisasjonsmodeller... må det likevel understrekes at kommunene bør velge organisasjonsmodeller som skaper en helhetlig og fleksibel omsorgskjede...» (Rundskriv I-13/97, s. 7).

Med utgangspunkt i Gjærevollutvalgets begreper «lille integrasjon» og «store integrasjon», vil vi beskrive ulike integrasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene. Vi vil også, på bakgrunn av synspunkter fra ledere på ulike nivåer i tjenestene, vurdere sterke og svake sider ved de ulike modellene. I bunnen ligger den samme oppfatning som i kvalitetsforskriften; at det ikke er ønskelig å binde kommunene til spesielle modeller. Det er ikke grunnlag for å anbefale en modell som best for alle typer kommuner. Til det er de lokale forutsetninger for varierte. Det kan også tenkes andre måter å oppnå samordning, helhet og fleksibilitet på, enn gjennom organisasjonsmessig integrasjon. Videre vil vi diskutere hvordan ulike modeller har vakt fram i kommunene, og hvilke kjennetegn ved kommunene som har sammenheng med valg av modell.

1.2 Problemstillinger

Dette er den andre rapporten fra prosjektet «Modeller for omsorgstjenestene». Prosjektets hensikt er;

- (1) å beskrive ulike måter kommunene organiserer og fordeler ressursene i pleie- og omsorgssektoren på,
- (2) å analysere framveksten av ulike modeller for omsorgstjenestene,
- (3) å vurdere styrke og svakhet ved disse modellene, for
- (4) å kunne bidra med innspill til utvikling av tjenestene.

I den første rapporten (Kristoffersen og Solem 1998) har vi gitt en fyldig beskrivelse av fem ulike modeller og diskutert hvordan organisasjonsmodellen kan virke inn på ledelsesstrukturen. Vi fant at selv om det å redusere antall mellomledere ofte var et delmål ved integrering av tjenestene, hadde nye formelle eller uformelle ledere en tendens til å vokse fram. Bakgrunnen for det er antakelig at integrering gjennom sammenslåing øker størrelsen på enhetene, og at det er grenser for hvor store enheter som kan håndteres av én leder. Vi fant også at hjemmehjelpstjenesten var den deltjenesten som syntes vanskeligst å integrere fullt ut i en samordnet modell. Videre fant vi mye likhet i den overordnede organisasjonsstruktur og i ideologi om integrering, men mye variasjon i organiseringen av tjenestene nærmest brukeren. I mange tilfeller syntes den daglige virksomheten å fungere mindre integrert enn den overordnede strukturen og ideologien om integrering bar bud om. Dette kan være et uttrykk for tilpasning til press fra sentralt hold eller til gjengse oppfatninger (moter) på feltet, men kan på den annen side også være et uttrykk for bevisst planlagte lokale utforminger ut fra kommunenes særegne forutsetninger.

Den første rapporten har tatt for seg prosjektets hovedproblemstillinger (1) og (2), ved siden av å være et innspill som kan være til nytte i den videre utviklingen av tjenestene og deres organisering (4). I denne rapporten vil vi legge hovedvekten på problemstilling (3) og diskutere sterke og svake sider ved ulike modeller. Dessuten vil vi utdype beskrivelsen av modellene (1) og bakgrunnen for deres framvekst (2). Vi håper at vi med dette prosjektet kan bidra med kunnskap om ulike «grep» eller prinsipper for organisering av pleie- og omsorgstjenestene som kommuner og bydeler kan vurdere i sitt arbeid med organisasjonsutvikling lokalt. Dessuten håper vi at våre beskrivelser av organisasjonsmodeller kan ligge til grunn for nye forskningsprosjekter som kan følge opp omsorgstjenestenes organisering i framtida.

Organisering av omsorgstjenestene i kommunene omfatter flere hierarkiske nivåer, dvs. både politisk og administrativ organisering. Innføring av

integreerte løsninger eller organisatoriske løsninger for sterkere samordning kan skje på flere av disse nivåene. Vi er i hovedsak interessert i integreerte modeller på lavt nivå i organisasjonen, dvs. organisatoriske løsninger på lavt nivå som berører deltjenestene (hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenestene). Det er flere grunner til dette. Blant annet har det sammenheng med at når behov for samordning og koordinering påpekes i stortingsmeldinger og offentlige dokumenter, framheves gjerne behovet for dette gjøres på lavest mulig nivå (Harsheim m.fl. 1995). Dagens moteretning innen organisasjonsutforming ser ut til å ha som ideal at mest mulig koordinering skal skje på lavest mulig nivå ut fra et kostnads- og effektivitetssynspunkt (Røvik 1992 i Jacobsen 1993). Dette er også sentralt for omsorgstjenestenes utvikling. Målet om mer effektive og kvalitetsmessig like gode tjenester bygger på integrasjon og samarbeid mellom personell i deltjenestene. På den måten skal tjenestene framstå som en sammenhengende omsorgskjede og ikke som en rekke isolerte enkelttilbud. Problemet med en slik fokusering på «tjenesteytende nivå» er at dette ikke har noen klar avgrensning i forhold til rent administrative funksjoner. En side ved dette problemet er den store forskjellen i kommunestørrelse som betyr at kommunene bygger opp svært ulike organisasjoner. Spesielt i de minste kommunene er skillet mellom overordnede administrative- og tjenesteytende funksjoner uklart.

De ulike modellene for integreerte organisasjonsløsninger er varierte. Vi har gruppert dem i fem hovedmodeller (Kristoffersen & Solem 1998):

1. *Sidestilte tjenester* innebærer at hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjoner ligger i ulike administrative enheter med egne tjenesteledere.
2. *Lille integrasjon* innebærer at hjemmesykepleien organisatorisk er slått sammen med hjemmehjelpstjenesten, mens institusjonstjenesten fortsatt er en egen enhet.
3. *Store integrasjon* omfatter modeller der hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester er organisert som en enhet.
4. *Fullt integreerte tjenester* er en variant av store integrasjon der det er veksling mellom arbeid ute og inne for de fleste av personalet.
5. *Blandingsmodeller* omfatter kommuner med forskjellige modeller i ulike distrikter, eller som har integreert deler av hjemmetjenesten, for eksempel hjemmesykepleien med institusjonsomsorgen, eller med en avdeling på et sykehjem.

2 Datagrunnlaget

2.1 Undersøkelsen

Data er fra en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til norske kommuner og intervjuer med ledere i pleie- og omsorgstjenestene i utvalgte kommuner. Våren 1996 sendte vi et spørreskjema til alle landets kommuner og til bydelene i Oslo, Bergen og Trondheim, til sammen 475 kommuner/bydeler. Vi fikk 336 utfylte skjema i retur, en svarprosent på 70,7 prosent. Skjemaene ble for det meste (75 prosent) besvart av ledere med overordnet ansvar for pleie- og omsorgstjenestene, slik som pleie- og omsorgssjef, helse- og sosialsjef, omsorgssjef e.l. Resten ble besvart av distriktsledere, tjenesteledere (for eksempel for hjemmetjenestene) eller konsulenter i administrasjonen. Det var ingen vesentlig forskjell mellom kommuner med ulike organisasjonsmodell med hensyn til hvilken stillingskategori som besvarte skjemaet. Spørreskjemaet inneholdt 37 spørsmål gruppert under hovedområdene; – politisk organisering, – administrativ organisering, – organisering av tjenesteytende nivå, – brukergrupper, – boliger og institusjoner, – hjemmetjenester, – privatisering og – omorganisering. (jf. vedlegg 2).

På grunnlag av kommunene i nettoutvalget valgte vi 14 kommuner/bydeler hvor vi intervjuet til sammen 72 ledere på ulike nivåer; 15 overordnede (for eksempel helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder), 30 mellomledere (for eksempel distriktsleder, leder for hjemmetjenesten, sykehjemsleder) og 27 ledere på nivået nærmest brukerne (for eksempel soneleder, arbeidslagsleder, hjemmehjelpsleder). Heller ikke her var det forskjeller etter organisasjonsmodell eller grad av integrasjon mellom tjenestene, slik at perspektiver fra ulike nivåer i lederhierarkiet er jevnt representert i kommuner med ulike modeller.

De 14 kommunene ble valgt ut med tanke på variasjon både i formell organisering og bakgrunnstrekk ved kommunene som andel eldre, størrelse, kommuneøkonomi og spredning utover landet. Det har med andre ord ikke vært vårt mål å finne fram til et representativt utvalg, men å få belyst ulike modeller gjennom en kvalitativ utdyping av det kvantitative materialet. En oversikt over de utvalgte kommunene er gitt i vedlegg 1.

2.2 Datakvalitet

Svarprosenten på spørreskjemaet er rimelig høy (70,7), men frafallet er likevel stort nok til å kunne skape skjevheter som i så fall kan vanskeliggjøre generalisering til landet som helhet. Vi har imidlertid vurdert nettoutvalgets representativitet for norske kommuner første halvår 1996 ut fra kriteriene: kommunestørrelse, andel by- og landkommuner, landsdel, kommuneøkonomi og andel eldre i befolkningen (jf. vedlegg 1). Nettoutvalget er ikke vesentlig forskjellig fra bruttoutvalget, og frafallet synes dermed ikke ha skapt skjevheter av betydning langs disse variablene. Den største underrepresentasjonen gjelder kommuner der eldre over 80 år utgjør over 6,3 prosent av befolkningen. Disse kommunene utgjør 14,9 prosent av nettoutvalget mot 18,1 prosent av bruttoutvalget.

Det at 70,7 prosent av kommunene har besvart spørreskjemaet betyr imidlertid ikke at alle spørsmålene er besvart av alle. Stort sett ligger antall ubesvarte på enkeltspørsmål mellom 0,5 og 5 prosent og spiller liten rolle. Men særlig på spørsmål som ber om konkrete tallopplysninger er det mange ubesvarte. Det gjelder for eksempel spørsmål 15 (jf. vedlegg 2) om antall brukere i ulike kategorier, der 21 prosent ikke har oppgitt hvor mange brukere over 67 år de har og hele 36 prosent ikke har svart på antall fysisk funksjonshemmete. Også på spørsmål 17 og 18 om antall boenheter er det opptil 25 prosent ubesvart. Dessuten er det åpenbart ulike måter å plassere boligene i våre kategorier på, som enten boliger uten service eller som pleie- og omsorgsboliger. Spørsmål med så mange ubesvarte og med så usikre svar, er beheftet med betydelige feilkilder. Vi har likevel valgt å bruke summen av boliger i spørsmål 18 i enkelte analyser. Dette er besvart av 82 prosent for antall per 1.1.92 og av 90 prosent for antall per 1.1.96.

En grunn til lav svarprosent på enkelte spørsmål kan være at de ansatte i pleie- og omsorgstjenestene er under tidspress. Nøyaktige tallopplysninger kan være så tidkrevende å hente fram at en hopper over slike spørsmål eller gir omtrentlige opplysninger. Tidspress og en stor mengde spørreskjemaer og rapporteringsskjemaer til besvarelse ble for øvrig gitt som begrunnelse av mange av de kommunene som valgte å ikke svare på vårt skjema.

Spørreskjema har generelt den ulempen at spørsmålene kan tolkes på ulike måter. Ved intervju har en større mulighet for å oppklare eventuelle misforståelser og utdype innholdet i spørsmål som kan tolkes ulikt. Dette illustreres særlig av de spørsmålene som skulle avdekke integrasjon

mellom tjenestene med (spørsmål 8, 9, og 11). Som vi skal komme tilbake til viste det seg at vi ved å intervjuere ledere fikk opplysninger som gjorde at vi i åtte av 14 tilfeller justerte vår oppfatning av hvilken modell kommunen praktiserte. Dette kan henge sammen med at det finnes mange lokale tilpasninger av hovedmodellene som vanskelig fanges opp av standardiserte spørsmål i spørreskjema.

For de fleste spørsmålene har vi ikke grunn til å tro at svarene er spesielt misvisende eller misvisende i noen spesiell retning. Men det vil alltid være en margin for ulike tolkninger av spørsmålene når en bruker spørreskjema som metode (Schumann & Presser 1981).

2.3 Intervjudata

De 68 intervjuene med 72 ledere (i noen intervjuer var det to ledere til stede) ble foretatt i perioden fra november 96 til november 97, de fleste i løpet av våren 97. Intervjuene ble foretatt på den enkelte leders arbeidssted. Vi hadde med oss en intervjuguide med spørsmål som dekket hovedområdene; -ressurser (tilgang og fordeling mellom tjenestetyper), -beskrivelse av organisasjonsmodellens innhold, -beskrivelse av tjenestetilbudet, -framveksten av modellen og -vurdering av modellen og dens virkninger. Det ble stilt noe ulike spørsmål til ledere på ulike nivåer. Intervjuene tok stort sett fra en til to timer.

3 Rammebetingelser for omsorgstjenestenes organisering

3.1 Reformen i lokalforvaltningen med betydning for omsorgstjenestenes organisering

Vi skisserer her noen trekk ved utviklingen i helse- og sosialsektoren de siste tiårene, sammen med sentrale reformer i lokalforvaltningen generelt. Dette er ment som bakgrunn for å forstå kommunenes arbeid med nye organisasjonsmodeller for omsorgstjenestene. I hvilken grad kan vi se spor av styringssignaler fra sentralt hold i kommunenes utforming av organisasjonen?

De viktigste reformene i helse- og sosialtjenesten i 1980-årene hadde som mål å styrke og klargjøre ansvarsforholdene på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, og å bringe tjenestetilbudet så nært brukerne som mulig. Mange oppgaver som tidligere var statens ansvar ble overført til kommunene. Dette er i samsvar med den generelle ledetråd for forvaltningen der desentralisering og demokratisering er viktige stikkord. En hovedregel er at arbeidsoppgaver og beslutningsmyndighet ikke skal legges til høyere instans enn nødvendig. Når det gjelder statlig styring vil man legge mindre vekt på lover og forskrifter som styringssystemer, og mer vekt på fleksibilitet og muligheter til lokal tilpasning (Ot.prp.nr. 36 1980/81). Intensjoner om desentralisering og lokale løsninger var også sentrale i forbindelse med innføringen av nytt inntektssystem (1986) og den nye kommuneloven (1992). Det betyr at sentrale myndigheter ville anvende rammebevilgninger og rammelovgivning som styringsmidler noe som stiller krav til kommunene om avveining og prioriteringer i forhold til lokale behov. I den senere tid har det imidlertid vært en økende bruk av spesifiserte styringsmidler som øremerkede midler.

Loven om helsetjenestene i kommunene fra 1984 er fra Sosialdepartementets side karakterisert som den viktigste reformen i helse- og sosialsektoren på 80-tallet. Det er en samlende lov for helsetjenestene utenfor institusjon, og den har en klarleggende funksjon ved å angi helsetjenestenes forankring på de tre forvaltningsnivåene. Kommunene er etter dette ansvarlig for den samlede distriktshelsetjenesten: planlegging, utbygging og drift, samtidig som statens innflytelse ble regulert og redusert (Andersen

1986). Tjenestene det er tale om har preg av å være allmenne, og kommunene skal gi et samlet tilbud av førstelinjetjenester som et fundament for mer spesialiserte deler av helsetjenestene. Dessuten er et samlet kommunalt ansvar ment å fungere som grunnlag for samordning av tilbudet til beste for både brukerne og kommunen.

Etter innføringen av kommunehelseloven har det vært gjennomført flere omfattende reformer med betydning for de kommunale helse- og sosialtjenestene. Sykehjemmene ble overført til kommunene i 1988, som derved fikk et samlende ansvar for eldreomsorgen. HVPU-reformen ble innledet i 1991 og samlet etterhvert ansvaret for mennesker med psykisk utviklingshemming på kommunenivå. I tillegg kom virkningene av de to «stille reformene» – effektivisering av de somatiske sykehusene og deinstitusjonaliseringen av det psykiske helsevern. På få år har den gjennomsnittlige liggetiden i somatiske sykehus blitt redusert, og det har funnet sted en nedbygging av de psykiatriske institusjonene. Som følge av dette har et større ansvar blitt overført til kommunene, som opplever et stigende press på pleie- og omsorgstjenestene.

Utfordringene kommunene opplever skyldes ikke bare reformer, men har også sin bakgrunn i demografiske endringer og ressursituasjonen. Det er for eksempel forventet at antallet brukere av omsorgstjenester vil øke fra 160 000 i 1993 til i underkant av 300 000 i 2030, bare som følge av økningen i antall eldre over 80 år dersom en tar utgangspunkt i dagens dekningsgrad av tjenester og tjenestesammensetning (St meld nr 35 1994/95). Flertallet av kommunene opplever at ressurstilgangen ikke strekker til for å dekke behovene, og i mange kommuner mener man at gapet mellom tilbud og etterspørsel øker (Daatland og Solem 1995). I denne situasjonen søker kommunene etter – og prøver ut nye modeller for hvordan tjenestene skal organiseres og ressursene fordeles for å få knappe midler til å rekke lenger.

3.2 Hvilke anbefalinger er gitt for organisering av pleie- og omsorgstjenestene?

Kommunehelseloven lovfester hvilke tjenester som skal finnes i kommunene, men de er stilt relativt fritt med hensyn til organisering og på hvilket nivå utbyggingen skal ligge. Dette aktualiserer spenningsfeltet mellom kravet om lik behandling av alle norske borgere på den ene siden og ønsket om best mulig tilpassede lokale løsninger på den andre. Det er ønskelig

med lokal variasjon, men variasjonen skal være begrunnet i lokale behov og lokale forhold. Desentralisering og lokal variasjon skal ikke stå i strid med felles verdier, mål og standarder som er fastlagt av sentrale myndigheter.

Til tross for at kommunene står relativt fritt i spørsmål om organisering av helse- og sosialtjenestene, har dette vært drøftet i mange offentlige utredninger og meldinger siden slutten av 70-årene (Kristoffersen og Solem 1998, NOU 1979:28, NOU 1982:10, St. meld. nr 68 1984-85, NOU 1986:4, Ot. prp. nr. 48 1985-86). Vi starter med Nyhusutvalgets innstilling «Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.» (NOU 1982:10). Et grunnleggende hensyn i innstillingen er at det skal bli enklere å drive tjenestene som en samlet helhet. Utvalget foreslår å forankre flere tjenester på kommunalt nivå for med dette å legge til rette for et bedre samlet og samordnet tjenesteapparat. Dette forventes videre å gi et bedre og mer fleksibelt tjenestetilbud, og at kommunene kan hjelpe flere med de samme ressursene.

Sterkere samordning eller integrering sammen med desentralisering og distriktsvise enheter har stått sentralt i de offentlige dokumentene som omtaler helse- og sosialtjenestenes organisering. I Stortingsmeldingen om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste (St. meld. nr. 68 1984-85) foreslår Sosialdepartementet en del prinsipper for omsorgstjenestenes organisering som vi kjenner igjen fra dagens diskusjoner om organisasjonsmodeller for disse tjenestene. Anbefalingene har tydelige fellestrekk med det som i dag kalles «lille integrasjon» og desentraliserte tjenester (NOU 1992:1). Utgangspunktet for stortingsmeldingen er forslaget om å overføre de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene for å få en sammenhengende eldreomsorg i kommunene hvor sykehjemmene er en integrert del.

Organisering av hjemmetjenestene i arbeidslag gir en langt mer fleksibel bruk av personalressursene og en enklere administrasjonsordning. Hvert arbeidslag er ansvarlig for å dekke hjelpebehovene i sitt distrikt. Forholdene i den enkelte kommune vil i noen grad avgjøre hvor bredt tjenestetilbud slike arbeidslag kan rå over. Kjernen i arbeidslaget bør være hjemmesykepleie, hjemmehjelp og legetjeneste. (St.meld. nr. 68 1984-85, s. 49)

Departementet mente at slike distriktsvise team i hjemmetjenestene måtte ha en daglig leder. For å sikre kontakt og samarbeid med sykehjemmene ble det anbefalt å ha faste kontaktmøter med den sentralt plasserte ledelse. Dette ble

betraktet som nødvendig for å kunne vurdere og prioritere nødvendige sykehjemsopphold raskt – både avlastningsopphold og mer varige opphold. Videre nevnes prinsipper som små enheter for å fremme nærhet og kjennskap mellom personell og brukerne – og internt i personellgruppene, at antall timer hvert arbeidslag disponerer fordeles etter skiftende behov slik at antall timer mottatt hjelp for den enkelte kan variere noe, og dessuten at personell ikke tilsettes enten i hjemmetjenestene eller i institusjonene men i omsorgstjenestene, og dermed kan disponeres etter behov.

Dette er prinsipper for omsorgstjenestenes organisering som seinere er videreført i Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1). Til tross for dette blir Gjærevollutvalgets innstilling ofte betraktet som utgangspunktet for det som kalles integrerte tjenester. Siden Gjærevollutvalget betraktes som den viktigste eksterne premissleverandøren utenfor kommunene selv for omsorgstjenestenes organisering, og denne utredningen er den mest konkrete på hva som menes med integrerte tjenester, vil vi ta med noen hovedpunkter her.

I sin innstilling beskriver Gjærevollutvalget det de kaller en idéskisse for hvilke prinsipper som bør ligge til grunn for utvikling og organisering av pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget skiller mellom utvikling av en helhetlig hjemmebasert omsorgstjeneste (den lille integrasjon) og en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste som omfatter både hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorgen, og eventuelt også øvrige deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste (den store integrasjon). Utvalget mener at det ikke er hensiktsmessig at det gis sentrale retningslinjer om den administrative oppbygning av helse- og sosialtjenestene, fordi forholdene i ulike deler av landet er for forskjellige. Anbefalingene om integrerte organisasjonsmodeller for tjenestene begrunnes med ønske om effektiv og fleksibel ressursutnyttelse til beste for både brukerne og kommunen.

Lille integrasjon innebærer at hjemmehjelp og hjemmesykepleie samles i en felles organisatorisk enhet med felles ledelse og felles budsjett. Det anbefales felles regelverk for arbeidsvilkår og betingelser. Utvalget påpeker at hjemmetjenestene skal dekke forskjellige typer behov hos eldre og funksjonshemmede, og at det derfor er viktig at både omfang og organisering av tjenestene er så fleksibel som mulig.

Med store integrasjon samles hjemmetjenester og institusjonstjeneste under felles ledelse og budsjett. De ansatte skal ut fra løpende behovsvurderinger kunne arbeide i alle deler av de integrerte omsorgstjenestene. I

den integrerte enheten anbefales det at de tidligere deltjenestene skal ha felles møtestruktur, informasjonsgang og sentralbord. Dette kalles «desentralisert samordning av omsorgstjenestene på tvers av deltjenester».

Parallelt med organisasjonsmessig integrasjon anbefaler Gjærevollutvalget at tjenestene desentraliseres til geografisk avgrensede distrikter og/eller soner. Personellet inngår da i arbeidslag eller sonegrupper, og disse anbefales å være så små at personellet har oversikt og detaljkunnskap om både aktuelle og potensielle brukere i gruppens område. Myndighet til å tildele tjenester bør ligge hos den lokale sonegruppen fordi personellet i disse gruppene raskt og fleksibelt kan omprioritere tjenestetilbudene i takt med skiftende behov til beste for både brukerne og kommunen.

Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra Sosial- og helsedepartementet i 1997 inneholder både forskrift, retningslinjer og veiledning til kommunene, med andre ord signaler med ulik juridisk tyngde (Rundskriv I-13/97). Forskriften sier at kommunene *skal* ha et system med kvalitetssikring; et system av skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt nærmere spesifiserte grunnleggende behov. Retningslinjene, som i prinsippet er noe mindre juridisk bindende for kommunene, sier bl.a. at kommunene skal tilrettelegge og utføre tjenestene slik at «det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten» (s. 11). Rundskrivet sier at det vil være opptil den enkelte kommune å finne fram til hensiktsmessige og gode organisatoriske løsninger for, ut fra de lokale forutsetningene, å kunne oppfylle forskriften og retningslinjene. «Det må likevel understrekes at kommunene bør velge organisasjonsmodeller som skaper en *helhetlig og fleksibel pleie- og omsorgskjede* som kan gi brukere med ulike typer behov et tilfredsstillende tjenestetilbud» (s. 7). Det gis med andre ord ganske sterke signaler om å velge en helhetlig (integrert) modell.

Vi skal i denne rapporten beskrive ulike integrerte modeller og kommentere deres utbredelse slik den var i 1996. Som nevnt er det visse metodiske problemer forbundet med å gi tilstrekkelig sikre beskrivelser ved hjelp av et spørreskjema som for å rekke ut til et stort utvalg må være standardisert og ikke kan gå særlig dypt inn i detaljer. Hvordan organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene eventuelt har endret seg etter 1996, gir ikke våre data informasjon om. Vårt viktigste bidrag vil være å beskrive ulike modeller og vurdere sterke og svake sider ved dem. Dette er i første rekke basert på intervjuer med 72 ledere i pleie- og omsorgstjenestene.

Samsvaret mellom anbefalingene i offentlige dokumenter og de organisasjonsmodeller vi finner i kommunene er også et sentralt tema. Data vil kunne si noe om gjennomslagkraften i statlige styringssignaler. Vi har imidlertid ikke mulighet til å se eventuelle virkninger av Rundskriv I-13/97 som har gitt signalene større juridisk tyngde. Selv om vi finner stor overensstemmelse mellom anbefalinger og lokal organisering kan vi ikke konkludere med at kommunene primært følger styringssignaler fra sentrale myndigheter. Det kan også være omvendt; at pågående prosesser med omorganisering som har pågått en tid fanges opp i de styringssignaler som gis.

4 Teoretisk utgangspunkt

4.1 Teoretiske perspektiver og sentrale begreper

Når vi i denne rapporten skal belyse organisasjonsmodeller for pleie- og omsorgstjenestene tar vi utgangspunkt i instrumentell teori eller et rasjonelt organisasjonsperspektiv som innebærer at formell organisering oppfattes som et virkemiddel til å nå bestemte mål. Det er ulike oppfatninger om hvilken betydning formell organisering har for organisasjonens virksomhet (Egeberg 1990). Oppfatningene spenner fra forestillingen om at atferd i organisasjoner stort sett kan føres tilbake til formell struktur, til forestillinger om at slik atferd er avhengig av personlige egenskaper, tilfeldigheter eller historiske krefter (Egeberg 1984).

Et annet perspektiv henter vi fra teori om institusjonelle omgivelser som peker på at det i organisasjoners omgivelser dannes normer for god organisering som de enkelte virksomheter orienterer seg i forhold til og tilpasser seg. Normene i de institusjonelle omgivelser kan bli en felles virkelighet, oppfattes som en objektiv realitet og få preg av å være myter (Christensen 1991, Røvik 1992). Dette myteperspektivet, som er behandlet grundigere i den forrige rapporten fra dette prosjektet (Kristoffersen & Solem 1998), tar utgangspunkt i at organisasjoner er avhengig av legitimitet og støtte fra omgivelsene for å overleve. Da blir det viktig å tilpasse seg de rådende idealer eller moter på feltet, enten kildene er signaler fra sentrale myndigheter, fra nabokommuner eller fra organisasjonskonsulenter. Dette perspektivet blir særlig trukket inn i diskusjonen av framveksten av integrasjonsmodeller; hvorfor kommunene har valgt integrerte pleie- og omsorgstjenester.

I beskrivelsen av modellene bygger vi mye på «klassisk administrasjonsteori» (Christensen 1989), der Max Weber og Luther Gulick regnes som viktige bidragsyttere. Gulicks beskrivelse av spesialiseringsprinsipper (Gulick 1937) og nyere empiriske studier fra norsk sentralforvaltning (Egeberg 1984, 1989) vil stå sentralt. Hensikten med de empiriske studiene har vært å utvikle kunnskapsgrunnet for organisasjonsutforming i offentlig virksomhet og formulering av en instrumentell modell (virkemiddelmodell). Det empiriske materialet har i hovedsak vært hentet fra den norske sentralforvaltningen, men begrepene fra den instrumentelle modellen vil også kunne anvendes på kommunalt nivå (Egeberg 1990).

Den instrumentelle modellen bygger på tre uavhengige variabler: formell organisasjonsstruktur slik den framgår av for eksempel organisasjonskart og stillingsinstrukser, organisasjonsdemografi (bakgrunnstrekk ved personalet) og fysisk struktur (bygninger, lokaler, innredninger og maskiner). Samlokalisering som gir en fysisk struktur med større nærhet, antas å øke samhandlingen. Når vi velger denne tilnærmingen betyr det ikke at vi antar at alle typer atferdsendring kan forklares ved hjelp av endringer langs en eller flere av disse variablene, men at bestemte verdier på disse variablene gjør noen typer atferd mer sannsynlig enn annen atferd. (Egeberg 1989)

I denne rapporten ligger hovedvekten på den formelle organisasjonsstrukturen i pleie- og omsorgstjenestene. Er for eksempel atferd som gir fleksibilitet og samordning mer vanlig når tjenestene er integrerte?

Den andre variabelen, organisasjonsdemografi, dreier seg om planmessig inntak og uttak av personell og egenskaper ved disse som antas å ha betydning for deres atferd. Det kan være utdanning, tidligere yrkeserfaring, kjønn og alder (Egeberg 1989). Organisasjonsdemografi vil ikke inngå i våre analyser. Dels har vi begrenset informasjon om kjennetegn ved personalet og dels tyder den informasjon vi har på at det er relativt lite variasjon mellom kommunene.

Fysisk struktur, som vi har målt gjennom spørsmål om samlokalisering mellom tjenestene, bringer vi inn i analysen som et mulig alternativ til integrering. Kan en oppnå samordning og fleksibilitet like bra gjennom samlokalisering som gjennom sammenslåing av enheter (integrering)? Også her er det imidlertid liten variasjon mellom kommunene. De aller fleste har en eller annen form for samlokalisering av pleie- og omsorgstjenestene.

Når vi ser på formell organisasjonsstruktur er spesialisering og koordinering to sentrale dimensjoner. Spesialisering eller arbeidsdeling kan diskuteres både på individnivå og på organisasjonsnivå (Jacobsen og Thorsvik 1997). Det viser til at en oppgave – det være seg omsorg, produksjon av biler eller opprettholdelse av lov og orden – deles opp i mindre deler. Totalt sett er produksjonen effektiv og rasjonell bare så lenge man er i stand til å utforme et hele av delene (Jacobsen 1993). Det er flere prinsipper som kan ligge til grunn for oppdeling i mindre enheter. Luther Gulick (1937) beskrev fire slike prinsipper og fordeler og ulemper ved disse. Oppgavene kunne ordnes ut fra deres formål eller funksjonelle tilknytning, ut fra deres geografiske nedslagsfelt, ut fra det klientell sakene

retter seg mot, og i forhold til ulike arbeidsmåter eller teknologier for å nå ulike mål (prosessprinsippet). Generelt kan man si at jo flere sidestilte enheter en organisasjonsstruktur består av, desto mer horisontalt differensiert er strukturen.

Ser vi på pleie- og omsorgstjenestenes organiseringen i lys av disse spesialiseringsprinsippene kan vi si at når de tre deltjenestene hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem er organisert som sidestilte enheter er det en kombinasjon av funksjonsprinsippet og prosessprinsippet. Når et sykehjem er organisert som en egen tjeneste er det funksjonsprinsippet som ligger til grunn. Internt i sykehjemmet er det tilgang på den ekspertise og andre nødvendige ressurser for å yte institusjonstjenester, isolert sett kan denne enheten arbeide relativt uavhengig av andre enheter i omgivelsene. De funksjoner som er nødvendige for å realisere enhetens mål finnes internt i enheten.

Prosessprinsippet kan beskrive organiseringen av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i to sidestilte enheter idet de to tjenestene anvender ulik teknologi eller kunnskap i sin virksomhet. Kunnskapsgrunnlaget for de to tjenestene kan beskrives som henholdsvis «erfaringsbasert kunnskap» og «teoretisk basert medisinsk kunnskap» (Wærness 1989). Med en organisering som dette er det gode muligheter for å utvikle spisskompetanse, men enhetene er i større grad enn med funksjonsprinsippet avhengig av andre enheter i omgivelsene. Med begge disse prinsippene er koordinering med andre enheter eller faglig koordinering et kritisk punkt i følge Gulick. At dette også er relevant i praksis, og her knyttet til prosessprinsippet, kan illustreres ved hjelp av en rapport om organisering av lokale omsorgstjenester (Fauske & Raustøl 1989, s.19):

Når kommunenes tjenester har vært inndelt etter fag/ferdighet er det lett å tenke seg at brukerne oppfatter møtet med det kommunale tjenesteapparatet som et møte med isolerte deltjenester. Ingen har ansvar for den totale omsorgen for hver enkelt bruker.

Hvis de tre tjenestene er organisasjonsmessig integrert (store integrasjon) er også dette en funksjonsbasert struktur hvor man har samlet alle de yrkesgruppene som er nødvendige for å yte omsorgstjenester i en felles enhet. Ikke sjelden er denne organiseringen kombinert med geografisk spesialisering i distrikter eller soner. Implikasjoner av geografisk spesialisering er bedre betingelser for faglig koordinering internt i enheten sammen med tilpasning til lokale behov. Samtidig er det på grunnlag av

teori og andre undersøkelser grunn til å vente relativt lite kontakt mellom distriktene, og at den kontakt som finner sted vil foregå på ledernivå (Læg Reid & Olsen 1978, Egeberg 1984). Oppgaven for den ansvarlige leder på det hierarkiske nivået over distriktene er å se til at hvert distrikt overholder felles standarder for tjenestene og følger organisasjonens planer og «policy».

I anbefalingene fra sentrale myndigheter er det funksjonsprinsippet og geografisk spesialisering som framheves (f.eks. St.meld. 68 1984-85, NOU 1992:1). De funksjoner som er nødvendige for å ivareta brukernes sammensatte behov for pleie- og omsorgstjenester må finnes innen samme organisatoriske enhet, og avgrensning av ansvarsområdet skjer gjennom geografiske grenser. Det advares mot organisering av tjenestene etter yrkesgrupper eller profesjoner (prosessprinsippet) fordi dette kan bety at spesielle gruppers behov prioriteres framfor mer allmenne behov i befolkningen. Det advares også mot organisering på basis av brukergrupper (klientprinsippet), fordi dette prinsippet harmonerer dårlig med intensjonene om at omsorgstjenestene skal være allmenne og fungere som et fundament for de mer spesialiserte tjenestene.

De ulike spesialiseringsprinsippene stiller som vi allerede har vært inne på organisasjonen ovenfor ulike utfordringer for at de sidestilte enhetenes virksomhet skal koordineres og fungere som et hele. Dette skjer fordi oppgaver som legges innenfor en enhet sees i sammenheng og koordineres, mens slik avveining i mindre grad forekommer mellom organisasjonsenheter (Gulick 1937, Egeberg 1984). For eksempel når omsorgstjenestene organiseres i ulike distrikter innen en kommune vil det være behov for at distriktenes virksomhet koordineres slik at tjenestetilbudet er likeverdig i hele kommunen. Når pleie- og omsorgstjenestene derimot er delt opp i ulike deltjenester er det nødvendig å koordinere deltjenestenes tilbud for å unngå dobbeltarbeid og gråsoner i de ulike tjenestenes tilbud til brukerne.

En av de mest omtalte formene for koordinering er innføring av et formelt hierarki av stillinger.

Det innebærer at en person får myndighet til å gi ordre til personer som han eller hun har formell myndighet over. Organisasjonen får formelle ledere på ulike nivåer, og det etableres en vertikal arbeidsdeling der noen har mer myndighet og større ansvarsområde enn andre. Når man innfører hierarkiske nivåer i en organisasjon, oppretter

man også en mekanisme for personlig, direkte overvåkning og kontroll. (Jacobsen og Thorsvik 1997, s.70)

Jo flere hierarkiske nivåer en organisasjon har, desto sterkere vertikalt spesialisert sier vi at organisasjonen er. Andre koordineringsmåter kan være ved hjelp av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer eller tverrgående forbindelser som har til hensikt å bedre kommunikasjonen og koordineringen mellom enheter på samme nivå i organisasjonen. Slike tverrgående forbindelser kan være formelle grupper, integratorposisjoner, rotasjon av personell mellom enheter, samlokalisering og informasjons-teknologinettverk (Galbraith 1994 i Jacobsen og Thorsvik 1997).

Tradisjonelt har det kommunale tjenesteapparatet vært bygd opp som en hierarkisk struktur med varierende grad av horisontal og vertikal kompleksitet. Gjærevollutvalget (NOU1992:1) anbefaler etablering av små integrerte tjenesteenheter på lavt nivå med geografisk avgrenset ansvar og at disse enhetene skal ha delegert beslutningsmyndighet for tildeling av tjenester. Dette legger grunnlag for tverrgående forbindelser mellom yrkesgrupper og det som før var ulike tjenester, og representerer en form for horisontal despesialisering. Hvordan ledelsesstrukturen endres som følge av en slik horisontal despesialisering med integrerte tjenester er drøftet i en annen rapport fra prosjektet (Kristoffersen & Solem 1998).

Tverrgående forbindelser i form av samlokalisering er en måte å operasjonalisere variabelen fysisk struktur på. I de fleste kommunene er to eller flere av omsorgstjenestene samlokalisert med intensjoner om mer kontakt og samarbeid mellom enhetene, enten dette er ulike deltjenester eller distrikter. Når man bruker samlokalisering for å fremme koordinering antar man at dette kan generere ansikt-til-ansikt-kontakt av både planlagt og ikke-planlagt art. Dette er en koordineringsmåte som iblant brukes i stedet for formell samorganisering eller for å forsterke virkningene av formell sammenslåing. Fysisk organisering kan også brukes til å holde enheter fra hverandre slik at koordinering av disse flyttes oppover i den hierarkiske strukturen (Egeberg 1990).

4.2 Koordinering, samordning og integrering

Innenfor tradisjonell organisasjonsteori, der fokuset ofte er på produksjon av varer eller tjenester, har koordinering som regel betydning at man tilpasser sine handlinger til andres handlinger (Jacobsen 1993). Men koordinering kan også henseile på synspunkter i beslutningsprosesser og betyr da at

ulike interesser slipes mot hverandre, og resulterer i et utfall som er forskjellig fra de opprinnelige enkeltinteresser (Egeberg 1984). Sagt på en annen måte dreier dette seg om *utveksling* av beslutningspremisser, og hvis det skal være snakk om helhetlig samordning og ikke over-/underordning, bør det foregå en gjensidig avveining slik at premissene går begge veier i samme sak (Andersen 1976). Både koordinering av handlinger og synspunkter er relevante i forbindelse med integrerte organisasjonsmodeller for pleie- og omsorgstjenestene. Gjennom utveksling av synspunkter i tverrfaglige diskusjoner skal tjenestene bli bedre i stand til å ivareta den enkelte brukers helhetlige behov og ulike brukeres behov. Gjennom sterkere koordinering av handlinger skal tjenestene bli mer fleksible og framstå som en sammenhengende omsorgskjede for brukerne. Samtidig skal tjenestene bli mer effektive slik at kostnadene reduseres eller fryses uten at det går på bekostning av tjenestemengde eller kvalitet (Jacobsen 1993).

Det er som vi har sett, flere typer tiltak som er aktuelle hvis man vil styrke den interne koordineringen i en organisasjon. Her er dette konkretisert som koordinering av de ulike deltjenestene som samlet skal yte omsorgstjenester til brukerne. Vi vil særlig se på samorganisering eller sammenslåing i en felles organisasjonsenhet med felles leder, samlokalisering og formaliserte rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling.

Går vi tilbake til den instrumentelle modellen for organisasjonsutforming, med variablene formell organisasjonsstruktur og fysisk struktur, er samlokalisering en operasjonalisering av variabelen fysisk struktur. De to tiltakstypene sammenslåing av enheter og formalisering av samarbeid og informasjonsutveksling, er knyttet til formell organisasjonsstruktur. I Gjærevollutvalgets innstilling nevnes felles arbeidsbetingelser og reglement, sentralbord og møtestruktur som tiltak som kan støtte opp under formell sammenslåing av deltjenester.

I et rasjonelt organisasjonsperspektiv er ikke sterkere koordinering et mål i seg selv, men et virkemiddel for å nå visse mål. Når en organisasjon tar i bruk tiltak for å fremme koordinering betyr det vanligvis ikke at man går fra ukoordinert til koordinert virksomhet, men at man søker å styrke koordineringen av visse hensyn, noe som også betyr at andre hensyn blir sett i sammenheng i mindre grad enn før. Med innføring av integrerte organisasjonsmodeller i omsorgstjenestene, hvor man slår sammen flere yrkesgrupper og deltjenester, fokuseres det på sterkere faglige koordinering og det overordnede målet er mer effektive tjenester uten at dette reduserer kvaliteten. I mange kommuner vil slik sammenslåing bety at

omsorgstjenestene blir en stor og uoversiktlig organisasjon og at integrerte tjenester vil presse fram distriktsvis organisering av tjenestene. En mulig konsekvens av dette er at det kan bli vanskeligere å innfri målet om likeverdig tjenestetilbud til brukerne uavhengig av bosted. Årsaken til dette er at det vil stille krav om samarbeid på tvers av formelle organisasjonsgrenser, dvs. koordinering mellom de ulike distriktene i samme kommune.

Når vi i denne rapporten beskriver og drøfter integrerte modeller tenker vi på organisasjonsformer hvor to eller flere deltjenester er slått sammen til en felles organisasjonsenhet med felles leder. Dermed skiller vi formell sammenslåing fra samlokalisering og formelle rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling.

5 Nærmere om problemstillinger og antakelser

5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi på bakgrunn av rammebetingelser og anbefalinger om organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene (kapittel 3) og vårt teoretiske utgangspunkt (kapittel 4), gi en nærmere spesifisering av de problemstillinger og antakelser som analyseres i denne rapporten. Analysene er knyttet til tre hovedproblemstillinger; – beskrivelse av organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene, – framveksten av integrerte tjenester og – sterke og svake sider ved ulike organisasjonsmodeller. Prosjektets fjerde hensikt (jf. kapittel 1) – å bidra med innspill til utviklingen av tjenestene, vil være innbakt i diskusjonen av resultatene. Undersøkelsen vil ikke kunne gi konkrete anbefalinger om hvordan enkeltkommuner bør organisere tjenestene, men resultatene og diskusjonen av dem kan bringe fram idéer, fordeler og ulemper, fallgruver og utfordringer vi håper vil være nyttige i den kontinuerlige utviklingen av tjenestene på lokalt nivå.

5.2 Beskrivelse av organisasjonsmodeller

Vi vil begynne med en beskrivelse av modellenes innhold for å se i hvilken grad de er i overensstemmelse med signaler fra sentralt hold; mer spesifikt:

1.1. I hvilken grad har kommunene i samsvar med anbefalinger fra sentralt hold, gjennomført integrasjon mellom hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenester?

I den første rapporten fra prosjektet (Kristoffersen & Solem 1998) har vi gitt en nærmere beskrivelse av organisasjonen i 14 kommuner. Her vil vi gå mer inn på modellenes innhold slik det framgår av svarene på spørreskjema fra 336 kommuner. Denne problemstillingen drøftes i kapittel 6. Sentrale myndigheter anbefaler ikke konkret utformete oppskrifter på organisering, men legges stor vekt på lokale tilpasninger etter de forutsetninger som finnes i den enkelte kommune. En stor grad av variasjon i former for integrasjon mellom tjenestene vil dermed kunne være et uttrykk for at både

signaler om integrasjon og om lokal tilpasning er fulgt opp og være uttrykk for en instrumentell tilpasning til lokale forutsetninger:

1.2. I hvilken grad er det, i samsvar med anbefalinger fra sentralt hold, lokal variasjon i utformingen av integrasjonsmodeller?

5.3 Framvekt av integrasjonsmodeller

Kristoffersen & Solem (1998) er inne på framveksten av ulike modeller ved å diskutere i hvilken grad de er instrumentelt utformet og basert på rasjonelle overveielser om å oppnå visse mål for tjenestene, eller om de er vokst fram gjennom ubevisst motepåvirkning innen organisasjonsfeltet. De konkluderer med at motepåvirkning kan spores i den overordnede strukturen, der det i en del tilfeller «flagges» mer med integrasjon enn det som kan finnes igjen på lavere nivå i organisasjonen. Dette kan likevel være uttrykk for en veloverveid lokal tilpasning under integrasjonens fane. Den relative betydning av motepåvirkning og rasjonelle overveielser er derfor uklart.

Vi skal i denne rapporten nærme oss det samme gjennom en del kjennetegn ved kommunene og ved pleie- og omsorgstjenestene (kapittel 7). Det moderne eller det som er på moten, har en tendens til å spre seg fra sentrum til periferi. Når vi betrakter integrasjon som en moderne løsning vil den forventes å først oppstå i sentrale strøk og deretter i utkanten:

2.1. Kommuner i sentrale strøk og bykommuner antas i størst grad å ha innført integrerte tjenester.

Det er imidlertid andre kjennetegn som kan tenkes å virke i motsatt retning, for eksempel antall innbyggere, kommunens inntekter og andel eldre i befolkningen. I den grad slike kjennetegn får gjennomslag, kan det antas å være et uttrykk for en rasjonell tilpasning til lokale forutsetninger. Små kommuner med høye inntekter og høy andel eldre ligger oftest i utkanten og dette må antas å modifisere en eventuell sammenheng mellom sentralitet og integrasjon.

Kommuner som er moderne når det gjelder integrasjon vil dersom de innfører integrasjon for å være moderne, også forventes å være moderne på andre måter. Det gjelder for eksempel distriktsinndeling og satsing på boliger framfor institusjoner, som begge deler anbefales av Gjærevollutvalget.

2.2. Kommuner med høy grad av integrasjon antas i størst grad å ha inndelt tjenestene i geografisk avgrensede enheter.

2.3. Kommuner med høy grad av integrasjon antas å satse mest på boliger framfor institusjoner.

Store kommuner vil ha større behov for geografisk inndeling og den antatte sammenhengen mellom integrasjon og distriktsinndeling må antas å modifiseres av kommunestørrelse.

Den vekt kommunen legger på nasjonale mål og press utenfra kommunene når de skal omorganisere tjenestene kan være et uttrykk for ønske om å være moderne eller om å leve opp til moteriktige idealer. Hvis motepåvirkning har noen betydning vil vi derfor forvente at:

2.4. Kommuner med høy grad av integrasjon vil ta mest hensyn til nasjonale mål og press utenfra når det omorganiserer tjenestene.

5.4 Sterke og svake sider ved modellene

Et instrumentelt organisasjonsperspektiv innebærer at omorganisering foretas for å oppnå bestemte mål. I sentrale styringsdokumenter anbefales integrasjon for å oppnå et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud og dessuten en effektiv og fleksibel ressursutnyttelse. Vi skal i kapittel 8 se i hvilken grad slike kjennetegn gjenspeiles i ledernes vurdering av kommunens organisasjonsmodell. Hvis modellen tjener målene med tjenestene, bør dessuten integrerte tjenester vurderes som bedre enn sidestilte tjenester og kvaliteten på tjenestene bør være bedre.

3.1. Ved høy grad av integrasjon vil lederne være mer fornøyd med organisasjonsmodellen enn ved lavere grad av integrasjon.

3.2. Ved høy grad av integrasjon vil lederne oftere se god samordning, helhet, fleksibilitet og effektiv ressursutnyttelse som fordeler ved modellen enn ved lavere grad av integrasjon.

3.3. Ved høy grad av integrasjon vil tjenestene vurderes som bedre enn ved lavere grad av integrasjon.

Vurderingen av tjenestene vil kunne farges av de intenderte og forventete virkninger av organisasjonsmodellen. En kan se mer av det en ønsker å se

enn det en ikke ønsker å se. Derfor har vi også spurt hvordan mer konkrete situasjoner håndteres, slik som topper i arbeidsbelastningen som stiller krav til fleksibiliteten og dessuten på fleksibel bruk av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere til noen av de samme arbeidsoppgavene.

3.4. Ved høy grad av integrasjon vil en løse topper i arbeidsbelastninger mer fleksibelt enn ved lavere grad av integrasjon.

3.5. Når hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere er samorganisert i samme enhet vil de to personalgruppene brukes mer fleksibelt til arbeidsoppgaver som tradisjonelt utføres bare av den ene gruppen.

Vi vil også se nærmere på forutsetningene for samordning mellom tjenestene under ulike modeller. Samordning eller koordinering er i seg selv ikke et direkte målbart fenomen, noe som reiser store operasjonaliseringsproblemer. I følge Jacobsen (1993) er en mulighet å fokusere på aktiviteter som inngår i enhver koordineringsprosess. I følge Jacobsen er den vanligste strategien å fokusere på interaksjon, der interaksjon framheves som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for at koordinering skal finne sted (Tichy i Jacobsen 1993).

Vi skal bruke kontaktmønster, konkretisert som møter mellom yrkesgrupper og tjenester, informasjonsutveksling gjennom hjemmejournal og informasjonsteknologi og samlokalisering, som indikatorer på faglig koordinering.

3.6. Ved integrerte modeller vil det være bedre forutsetninger for faglig koordinering mellom yrkesgrupper og tjenester som er slått sammen til en enhet enn ved sidestilte tjenester.

Det er imidlertid en mulighet for at ulike måter å legge grunnlag for samordning på kan fungere som alternative tiltak. De som ikke har integrert tjenestene kan i stedet tenkes å satse mer på tverrgående møter, informasjonsutveksling og samlokalisering. Dette gir grunnlag for en alternativ antakelse til 3.6.:

3.7. Ved lav grad av integrasjon vil det gjøres større bruk av møter, informasjonsutveksling og samlokalisering for å oppnå samordning

Vi skal i kapittel 6, 7 og 8 gjennomgå resultater som kan belyse disse problemstillingene og antakelsene og diskutere dem nærmere i kapittel 9.

6 Beskrivelse av organisasjonsmodeller

6.1 Innledning

I denne undersøkelsen av kommunenes organisering av deltjenestene innen pleie- og omsorg er vi særlig opptatt av forekomsten av integrerte modeller. For å kartlegge ulike organisasjonsmodeller for omsorgstjenestene stilte vi en del spørsmål i spørreskjemaet (vedlegg 2) og vi skal se på tre av dem her. To av spørsmålene om integrering gjaldt formell organisering idet vi spurte etter samorganisering (integrering) av hjemmetjenestene (spørsmål 8), og deretter av hjemmetjenestene og sykehjem og/ eller aldershjem (spørsmål 9). I det tredje spørsmålet spurte vi om noen ansatte i hjemmetjenestene vekselvis arbeider i sykehjem og hjemmetjenestene (spørsmål 11). Planlagt bruk av personell på tvers av deltjenester, blir ofte sett på som et trekk ved den store integrasjonsmodellen, men vi ville også vite om kommuner med andre modeller har en slik praksis.

I spørreskjemaet har vi unngått å bruke betegnelsene «lille – og store integrasjon» fordi disse betegnelsene kan framstå som en type idealer slik at kommunene har interesse av å svare positivt på at de har innført en av dem. Ved å svare positivt framstår de som endringsvillige, «moderne» og framtidsorienterte. Vi har forsøkt å utforme spørsmål som er mer verdinøytrale. Når vi likevel knytter kommuner til lille integrasjon, store integrasjon og andre organiseringsmåter er dette *vår* kategorisering av kommunenes egne svar.

Data som er basert på enkle spørsmål i et spørreskjema vil selvsagt alltid være usikre og gjenstand for tolkning. En svakhet ved våre indikatorer på integrasjon er at vi ikke fanger opp alle organisasjonsmessige variasjoner. I vårt materiale var det for eksempel noen kommuner som oppga samorganisering av hjemmesykepleie og sykehjem, med hjemmehjelpstjenesten i en annen enhet. Vi kan ikke være sikre på at dette ikke gjelder flere kommuner som enten lot spørsmålene stå ubesvart eller krysset av for det alternativet som respondenten mente liknet mest uten å kommentere dette. Spørreskjemaet var utformet slik at vi spurte etter samorganisering på lavt nivå i organisasjonen, dvs. personell med brukerkontakt og deres nærmeste ledere (tjenesteytende nivå). Noen respondenter har imidlertid svart positivt på samorganisering av tjenestene hvis de har en

felles, overordnet leder for eksempel en pleie- og omsorgsleder til tross for at kommunen også har to eller flere tjenesteledere på lavere nivå.

Omtrent et halvt år etter vår datainnsamling i 1996 sendte Ressurs-senteret for omsorgstjenester i Stjørdal ut et spørreskjema til samtlige kommuner (N=481 inkl. bydeler, nettoutvalg 406), der de også spurte om integrasjon:

- Er hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten samordnet under felles ledelse?
- Er hjemmetjenesten og institusjonstjenesten samordnet under felles ledelse?

De finner en høyere forekomst enn oss, både av lille og store integrasjon, og særlig av det siste (Erlandsen m.fl.1997). Dette kan ha sammenheng med at deres spørsmål i enda større grad er blitt oppfattet som felles overordnet ledelse. Våre intervjuer i 14 kommuner tyder på at det er en tendens til at kommunene, slik spørsmålene er stilt i spørreskjema, rapporterer høyere grad av integrasjon enn det som er den reelle praksis i virksomheten (Kristoffersen og Solem 1998).

6.2 Formell organisasjonsstruktur og integrerte tjenester

Vi starter gjennomgangen av det empiriske materialet med å se på kommunenes svar på de to spørsmålene om integrasjon av deltjenestene hjemmehjelp, hjemmesykepleie og syke- og/eller aldershjem.

I det første spørsmålet om integrasjon (spørsmål 8) spurte vi om hjemmehjelpstjenesten var samorganisert med hjemmesykepleien i hele eller deler av kommunen (lille integrasjon). I tabell 6.1 ser vi at så mange som 88,4 prosent av kommunene og bydelene svarte at de har organisert tjenestene på denne måten i hele (80,7 prosent) eller i deler av (7,7 prosent) kommunen. I ressurs-senterets undersøkelse svarte 93,6 prosent at hjemmehjelp og hjemmesykepleie var samordnet under felles ledelse (Erlandsen m.fl.1997).

Det er bare 11,3 prosent eller 38 kommuner som svarte at de ikke har samorganisert hjemmetjenestene. Av våre to spørsmål om samorganisering er dette det mest moderate, og en mulig tolkning er at disse 38 kommunene har ikke-integrerte tjenester, dvs. at deltjenestene er organisert som sidestilte enheter. Dette er en organisasjonsform som kan sies å være den

«tradisjonelle» (Kristoffersen og Solem 1998) eller «klassiske» (Helset 1997), dvs. at dette var den vanligste organisasjonsformen tidligere. Det er imidlertid, som vi skal se etterhvert, noen av de 38 som har andre former for integrerte tjenester. Det vi kan slå fast på grunnlag av tabell 6.1 er at de aller fleste kommunene har samorganisert hjemmehjelp og hjemmesykepleie i «lille integrasjon».

Tabell 6.1. Lille integrasjon. Er hjemmehjelpstjenesten samorganisert (integrert) med hjemmesykepleietjenesten i hele eller deler av kommunen? Antall og prosent.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------|---------------|----------------|
| Nei | 38 | 11,3 |
| Ja, i deler av kommunen | 26 | 7,7 |
| Ja, i hele kommunen | 271 | 80,7 |
| Ubesvart | 1 | 0,3 |
| Sum | 336 | 100,0 |

På spørsmålet om integrerte omsorgstjenester (hjemmetjenester og institusjonstjenester) eller store integrasjon, svarte 45,8 prosent at de har denne modellen i hele (32,4 prosent) eller deler av (13,4 prosent) kommunen (tabell 6.2). Dette er en mer omfattende integrasjonsmodell. I ressurscenterets undersøkelse var det langt flere (59,6 prosent) som svarte at hjemmetjenesten og institusjonstjenesten var samordnet under felles ledelse.

Tabell 6.2. Store integrasjon. Er hjemmetjenestene samorganisert (integrert) med sykehjem og/eller aldershjem i hele eller deler av kommunen? Antall og prosent.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------|---------------|----------------|
| Nei | 180 | 53,6 |
| Ja, i deler av kommunen | 45 | 13,4 |
| Ja, i hele kommunen | 109 | 32,4 |
| Ubesvart | 2 | 0,6 |
| Sum | 336 | 100,0 |

Slik vi stilte de to spørsmålene om samorganisering kan det se ut som om alle med store integrasjon også har lille integrasjon. Fra gjennomgangen av spørreskjemaene har vi allerede sett at det finnes flere organisa-

sjonsvarianter enn de vi fanger opp med våre spørsmål. Vi har derfor laget tabell 6.3 for å belyse i hvilken grad kommuner med store integrasjon, som er den mest omfattende integrasjonsmodellen, også har lille integrasjon.

Tabell 6.3. Andel kommuner med store integrasjon som har/ ikke har lille integrasjon. Prosent. (N)

| | | Store integrasjon | | | Sum |
|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------|-------------|
| | | Nei | Ja, i deler av kommunen | Ja, i hele kommunen | |
| Lille integrasjon | Nei | 15,0 (27) | 6,7 (3) | 6,4 (7) | 11,1 (37) |
| | Ja, i deler av kommunen | 4,4 (8) | 26,7 (12) | 5,5 (6) | 7,8 (26) |
| | Ja, i hele kommunen | 80,6 (145) | 66,7 (30) | 88,1 (96) | 81,1 (271) |
| | Sum | 100,0 (180) | 100,1 (45) | 100,0 (109) | 100,0 (334) |

Av tabell 6.3 ser vi at 88,1 prosent av kommunene med store integrasjon i hele kommunen også har lille integrasjon i hele kommunen. Resten av dem som svarte at de har store integrasjon i hele kommunen oppga at de ikke har integrerte hjemmetjenester (6,4 prosent) eller bare har det i deler av kommunen (5,5 prosent). Disse har det vi kaller blandingsmodeller som vi skal beskrive nærmere mot slutten av dette kapitlet.

I tabell 6.3 ser vi at det er 27 kommuner som ikke har integrerte tjenester, dvs. verken lille eller store integrasjon. Det er 11 færre enn de 38 som oppga at de ikke hadde integrerte hjemmetjenester (tabell 6.1), og som ut fra dette spørsmålet alene kunne vært karakterisert som kommuner med ikke-integrerte tjenester. Av disse er det 10 kommuner som kombinerer ikke-integrerte hjemmetjenester med integrerte omsorgstjenester (store integrasjon) i hele (7) eller deler av (3) kommunen (1 ubesvart er ikke tatt med i tabell 6.3). Dette er opplysninger som slik vi leser dem, ikke beskriver noen klar og entydig organiseringsmåte, men blandingsformer.

6.3 Arbeider de ansatte vekselvis i ulike tjenesteenheter?

I det tredje spørsmålet om integrasjon (spørsmål 11) spurte vi om ansatte i hjemmetjenestene og avdelingspersonalet på sykehjem arbeider vekselvis i sykehjem og i hjemmetjenestene etter en arbeidsplan/turnus. Vi spurte etter arbeidsplan eller turnus for å finne ut hvor mange kommuner som disponerer personellressursene på tvers av deltjenestene på en planlagt og systematisk måte. Spørsmålet skal derfor ikke fange opp kommuner hvor dette er begrenset til å være en løsning i krisesituasjoner. Svaralternativene var «ingen», «noen» eller «de fleste». Disse alternativene er laget for å kunne skille ut kommuner hvor noen få personellgrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter eller vaktmester veksler mellom ute- og innertjenesten, uten at hjemmehjelpstjenesten, hjemmesykepleietjenesten og avdelingspersonale på institusjonene er berørt.

Tabell 6.4. Arbeider noen ansatte i hjemmetjenestene og avdelingspersonale på sykehjem vekselvis i sykehjem og i hjemmetjenestene etter en arbeidsplan/turnus? Antall og prosent.

| | Antall | Prosent |
|-----------|---------------|----------------|
| Ingen | 210 | 62,5 |
| Noen | 88 | 26,2 |
| De fleste | 35 | 10,4 |
| Ubesvart | 3 | 0,9 |
| Sum | 336 | 100,0 |

I tabell 6.4 ser vi at det er et fåtall av kommunene hvor de fleste ansatte arbeider vekselvis både i hjemmetjenestene og institusjonstjenestene ut fra en oppsatt plan. Det er bare 35 kommuner som svarte at de disponerer personellressursene på denne måten. Det vanligste er at ingen veksler mellom hjemmetjenestene og institusjonstjenestene. I ressursentrets undersøkelse ble det spurt om det er felles turnus for personalet i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, og 20,4 prosent svarte positivt på det (Erlandsen m.fl.1997). Det kan tyde på at betegnelsen «felles turnus» brukes selv om ikke «de fleste» ansatte, men likevel flere enn «noen» inngår i turnusen.

Som vi har sett er systematisk bruk av personell mellom «ute- og innertjenestene» gjerne knyttet til den store integrasjonsmodellen slik den beskrives i Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1, s. 245). Men allerede i stortingsmeldingen om sykehjemmene (St.meld. nr. 68 1984-85)

ble mer fleksibel bruk av personell på tvers av tjenester foreslått, og da sammen med en organiseringsmåte som likner det vi i dag kaller lille integrasjon eller integrerte hjemmetjenester. Vi skal derfor se om det er slik at denne ordningen bare er brukt i kommuner med store integrasjon, eller om også kommuner med andre modeller har en slik praksis.

Tabell 6.5. Systematisk bruk av personellet vekselvis i ute- og innetjenestene sett i forhold til om kommunen har integrerte tjenester. Prosent. (N)

| | | Integrerte tjenester? | | | | Sum |
|----------------------|------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------|
| | | Nei | Bare lille integrasjon | Både lille og store i hele k. | Annen integrasjon | |
| Veksler personellet? | Ingen/noen | 100 (27) | 100 (145) | 71,6 (68) | 87,9 (58) | 89,5 (298) |
| | De fleste | 0 | 0 | 28,4 (27) | 12,1 (8) | 10,5 (35) |
| | Sum | 100 (27) | 100 (145) | 100,0 (95) | 100,0 (66) | 100,0 (333) |

I tabell 6.5 har vi bare to svarkategorier, i tillegg til kategorien ubesvart, for å finne fram til antall kommuner hvor de ansatte i de «store» eller personellrike tjenestene, arbeider både i hjemmetjenestene og institusjonstjenestene på en planlagt måte. Vi sammenlikner forekomsten av dette i kommuner med fire ulike organisasjonsformer, dvs. ikke-integrerte tjenester i hele kommunen, kommuner hvor det ikke forekommer sterkere integrasjon enn lille integrasjon, kommuner med både store og lille integrasjon i hele kommunen og kommuner med andre integrasjonsvarianter.

Tabellen viser at det er en klar sammenheng mellom organisasjonsform og hvorvidt de ansatte arbeider på tvers av hjemmetjenestene og institusjonstjenestene. Alle de 35 kommunene som svarte positivt på dette spørsmålet har mer omfattende integrasjon av tjenestene enn lille integrasjon. Vi ser at 28,4 prosent av kommunene med både store- og lille integrasjon bruker personellressursene på denne måten. Dette tilsvarer 27 kommuner og er et klart flertall av de 35 som oppga at de har denne ordningen.

6.4 Fem organisasjonsmodeller for omsorgstjenestene

På grunnlag av de ulike måtene å organisere pleie- og omsorgstjenestene på, skal vi nå beskrive fem mest mulig «rene» eller klare organisasjonsmodeller. De fem modellene og kommunenes fordeling på disse er *vår* tolkning av kommunenes svar i spørreskjemaet, kommunene har ikke selv valgt hvilken modell som best beskriver deres organisasjon. De fem kategoriene er forenklete, grovkisserte modeller for formell organisering, innen hver modell er det som vi skal se, betydelig rom for ulikheter for eksempel i arbeidsrutiner.

Modellene for omsorgstjenestenes organisering er i utgangspunktet enten sidestilte tjenester, lille integrasjon eller store integrasjon. Felles ledelse for de tre omsorgstjenestene hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjoner, er det sentrale kriterium for det som vanligvis kalles store integrasjon. I tillegg anbefales at de ansatte skal kunne arbeide i alle deler av de integrerte omsorgstjenestene (NOU 1992:1). Vi har valgt å dele det vi til nå har kalt store integrasjon i de to kategoriene store integrasjon og fullt integrerte tjenester, avhengig av om personellet er integrert, dvs. at tjenestene er fullt integrert når de ansatte arbeider vekselvis i hjemmetjenestene og institusjon etter en arbeidsplan/turnus. I tillegg er det noen kommuner som kombinerer elementer fra flere modeller, noe vi har kalt blandingsmodeller.

Hvordan kommunene fordeler seg på disse fem modellene framgår av tabell 6.6. To kommuner lot seg ikke plassere i forhold til de fem modellene pga. mangelfulle besvarelser på våre spørsmål om integrerte tjenester.

Tabell 6.6. Forekomst av fem ulike organisasjonsmodeller for kommunale omsorgstjenester. Antall og prosent.

| | Antall | Prosent |
|----------------------------|---------------|----------------|
| Sidestilte tjenester | 27 | 8,1 |
| Lille integrasjon | 145 | 43,4 |
| Store integrasjon | 68 | 20,4 |
| Fullt integrerte tjenester | 27 | 8,1 |
| Blandingsmodell | 67 | 20,0 |
| Sum | 334 | 100,0 |

Hver kommune er bare registrert en gang, dvs. i en av de fem modellkategoriene. Kommuner med ulike modeller i ulike deler av kommunen er samlet i en felles kategori «blandingsmodeller».

Rekkefølgen vi beskriver de fem modellene i har ingen sammenheng med at vi vurderer noen som mer positive enn andre. Hensikten med denne beskrivelsen er ikke å vurdere modellene, men å beskrive organisasjonsmodeller som er forskjellige fra hverandre og da har vi valgt å la grad og omfang av integrasjon styre rekkefølgen.

Sidestilte tjenester

Sidestilte tjenester vil si at hjemmehjelp, hjemmesykepleie og syke- og/eller aldershjem er organisert som sidestilte deltjenester med hver sin leder. Personellet er ikke integrert, de ansatte arbeider enten i en av de to hjemmetjenestene eller i institusjon (jf. tabell 6.5). I vårt materiale er det 8,1 prosent av kommunene som vi mener har denne organisasjonsmodellen. De 27 kommunene med sidestilte tjenester er de samme som vi i forrige kapittel kom fram til fordi de i spørreskjemaet oppga at de verken har integrerte hjemmetjenester eller integrerte omsorgstjenester i noen del av kommunen. Sidestilte tjenester er den tradisjonelle organisasjonsformen.

Lille integrasjon

Lille integrasjon innebærer at hjemmehjelp og hjemmesykepleie er samorganisert under felles ledelse. Institusjonstjenestene har egen ledelse. Personellet i hjemmetjenestene og institusjon er ikke integrert, dvs. de ansatte arbeider enten i hjemmetjenestene eller i institusjon.

Dette er den mest brukte av de fem modellene, det er 43,4 prosent av kommunene som har lille integrasjon i hele kommunen. Slik disse kommunene besvarte vårt spørreskjema har ingen av kommunene i denne modellkategorien noen form for mer omfattende integrasjon verken i deler av eller hele kommunen. Dette er kommunene som i spørreskjemaet svarte at de har integrerte hjemmetjenester i hele kommunen og ikke har integrerte omsorgstjenester (hjemmetjenester og institusjonstjenester).

Store integrasjon

Hjemmetjenestene er samorganisert med institusjonstjenestene under felles ledelse. Kommunene i denne gruppen har både lille og store integrasjon i

hele kommunen. Personellet er ikke integrert, dvs. at det er «ingen» eller bare «noen» som arbeider vekselvis i hjemmetjenesten og i institusjon. Det er 68 kommuner eller 20,4 prosent som har svart slik at de passer til denne modellbeskrivelsen.

Disse 68 kommunene utgjør 70,8 prosent av de 96 vi fant fram til i tabell 6.3 som hadde svart at de har både integrerte hjemmetjenester og integrerte omsorgstjenester i hele kommunen. Av de øvrige som hadde besvart spørreskjemaet på denne måten har alle bortsett fra en kommune, fullt integrerte tjenester. Den siste kommunen besvarte ikke spørsmålet om hvorvidt personellet er integrert og kan derfor ikke plasseres i forhold til de fem organisasjonsmodellene.

Fullt integrerte tjenester

I denne gruppen, som i den forrige, har kommunene både lille og store integrasjon i hele kommunen. Hjemmetjenestene og institusjonstjenestene er samorganisert under felles ledelse. I tillegg er personellet integrert, dvs. de fleste arbeider dels i hjemmetjenesten og dels i institusjon etter en arbeidsplan/turnus. Denne gruppen omfatter 27 kommuner eller 8,1 prosent i vårt materiale.

Blandingsmodell

Vi skal gå litt grundigere inn på hvordan blandingsmodellene ser ut, fordi disse illustrerer at det er mange lokale varianter av hvordan tjenestene organiseres. I alt 67 kommuner (20,1 prosent) har det vi kaller en blandingsmodell. Også blant de kommunene som har svart slik at de er gruppert under de fire «rene» modellene er det en god del lokale variasjoner og tilpasninger som vi ikke har full oversikt over. De varianter vi har oversikt over kan grupperes i to hovedkategorier; distriktsvis variasjon ved at ulike deler av kommunen har ulike modeller (59 kommuner), og variasjon i hvilke tjenester som inngår i sammenslåingen (8 kommuner). For eksempel kan hjemmehjelpen være holdt utenfor integrasjonen av tjenestene, eller en har valgt å integrere hjemmesykepleien med en korttidsavdeling på sykehjemmet. Variasjonen i modellene kompliseres ytterligere av at det innenfor hver av de to hovedgruppene er noen som har et system der de fleste av personalet veksler mellom å arbeide i institusjon og i hjemmetjenestene.

Distriktsvis variasjon

Dette er kommuner med ulike organisasjonsmodeller i ulike geografiske områder, dvs. det er kommuner som har svart «ja, i deler av kommunen» på ett eller begge spørsmålene om integrerte tjenester (jf tabell 6.3). Det vanligste er at man har integrert hjemmetjenestene (lille integrasjon) i hele kommunen, og store integrasjon bare i deler av kommunen (30 kommuner), for eksempel at ett av sykehjemmene er integrert med hjemmetjenestene i det omliggende distriktet. En annen variant er at man har både lille og store integrasjon, men bare i deler av kommunen (12), eller at man har lille integrasjon i deler av kommunen og ikke har store integrasjon noen steder (8). Alle disse variantene kan være former som er under utvikling; at en er på vei til å gjennomføre sterkere integrasjon i hele kommunen og tar det skrittvis. Det kan også være lokale forutsetninger som gjør at en velger ulik og lokalt tilpasset organisasjonsform i ulike distrikter som en varig løsning.

Av de siste ni av de 59 kommunene med geografisk variasjon, er det tre som har store integrasjon i deler av kommunen, men ikke lille integrasjon i noen del av kommunen. Her er altså ikke hjemmehjelp og hjemmesykepleie integrert, mens det lokalt for eksempel kan være integrasjon mellom sykehjemmet eller én avdeling på sykehjemmet (for eksempel rehabiliterings-/korttidsavdelingen) og hjemmesykepleien.

De andre seks kommunene har integrert hjemmetjenestene med institusjonstjenesten i hele kommunen, mens hjemmehjelpen og hjemmesykepleien er integrert bare i deler av kommunen. Her finnes det altså distrikter der institusjonstjenesten er integrert med en hjemmetjeneste som selv ikke er integrert. Vi har ikke nok opplysninger fra de seks kommunene til å kunne si hvilke varianter som faktisk finnes der. En variant kan være at sykehjemmet i et distrikt er integrert med hjemmesykepleien i distriktet, men ikke med hjemmehjelpen. I resten av kommunen kan hjemmehjelpen og hjemmesykepleien være integrert. Men det kan også være slik at hjemmehjelpen er delt i to med ulike oppgaver. Noen hjemmehjelpere er knyttet til hjemmesykepleien; de «går i pleien», mens andre som bare driver med praktisk husarbeid er organisert i en egen enhet. Etter denne modellen er de tradisjonelle hjemmehjelperne ikke integrert med institusjonstjenesten, mens de som «går i pleien» kan ha oppgaver også på sykehjemmet. I et par av de kommunene der vi intervjuet ledere forekom en slik ordning, selv om de på spørreskjemaet svarte slik at de ble gruppert under en av de «rene» modellene.

Variasjon i tjenester som inngår i integrasjon

I tillegg til blandingsmodeller med geografisk variasjon innen kommunen, er det åtte kommuner som har gjennomført blanding av elementer fra ulike modeller i hele kommunen. Tre kommuner har ikke lille integrasjon i noen del av kommunen, men har integrert hjemmesykepleien med institusjonstjenesten. Her er det altså gjennomført i hele kommunen at hjemmehjelpstjenesten er holdt utenfor integrasjonen. Begrunnelsen for dette kan være et ønske om å styrke den medisinske delen av omsorgstjenestene, men det kan også være en modell som er valgt for å «skjerme» hjemmehjelpstjenesten som en tjeneste med et mer sosialt preg enn de to andre omsorgstjenestene. I den forrige rapporten fra dette prosjektet har vi sett at hjemmehjelpstjenesten også i noen kommuner med tilnærmet «ren» integrasjonsmodell, har en tendens til å fungere litt på siden av resten av tjenestene og fortsette i sitt tradisjonelle mønster med en egen hjemmehjelpsleder og begrenset samordning med hjemmesykepleien. Vi knytter dette dels til behov for å avlaste lederen for de integrerte tjenestene og dels til hjemmehjelpens karakter av å være et kollegialt organ med flat struktur og lite formelle rutiner (Kristoffersen og Solem 1998)

For de øvrige fem kommunene som svarte at de har store integrasjon i hele kommunen kombinert med ikke-integrerte hjemmetjenester er vi mer usikre på det konkrete innholdet i blandingsmodellen. En mulig forklaring for fire av dem kan være at de i sine svar beskriver ulike hierarkiske nivåer. Alle disse kommunene har en felles leder for hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenestene i pleie- og omsorgsleder, og svarer derfor bekreftende på spørsmålet om integrerte omsorgstjenester (store integrasjon). De har imidlertid ikke felles leder for hjemmetjenestene under pleie- og omsorgsleder og svarer derfor at de ikke har integrerte hjemmetjenester (lille integrasjon). Hvis dette betyr at både hjemmehjelp og hjemmesykepleie er direkte underlagt pleie- og omsorgssjefen uten egen hjemmehjelpsleder og sykepleiesjef, hører disse kommunene egentlig innunder den «rene» modellen med store integrasjon eller full integrasjon. Men det kan også bety at de har hjemmehjelpsleder og sykepleiesjef og derfor ikke har en felles leder for hjemmetjenestene. Dette er et eksempel på det problemet vi nevnte tidligere om at vårt fokus er på lavt nivå i organisasjonen, men at dette ikke alltid ligger til grunn for svarene fra kommunene.

I den siste kommunen er hjemmetjenestene integrert med rehabiliterings-/korttidsenheten på sykehjemmet. Dette er en modell som vi

betrakter som en blanding av lille integrasjon og trekk fra store fordi integrasjonen er begrenset til en av avdelingene på sykehjemmet.

Personalveksling

Blandingsmodeller omfatter både kommuner med integrert personell hvor de fleste ansatte arbeider dels i hjemmetjenesten og dels i institusjon etter en arbeidsplan/turnus, og kommuner som ikke har integrert personellressursene på denne måten. Vi bruker denne form for personalveksling som et kriterium på fullt integrerte tjenester. Vi har sett at 27 kommuner har modellen med fullt integrerte tjenester. I tillegg er det åtte kommuner med blandingsmodell der de fleste arbeider både «ute» og «inne» (jf. tabell 6.5). Alle disse har integrert hjemmetjenester med institusjon i hele eller i deler av kommunen, men de har altså ikke både integrert hjemmehjelp og hjemmesykepleie og hjemmetjenestene med institusjon i hele kommunen.

6.5 Organisasjonsmodeller i utvalgs kommunene

Intervjuene i våre 14 utvalgs kommuner bekrefter mangfoldet i lokale tilpasninger av modellene. Det er også mangfold innen noen av kommunene, med lokale tilpasninger i distrikter og soner. De 14 kommunenes organisering av pleie- og omsorgstjenestene er grundig beskrevet i den første rapporten fra prosjektet (Kristoffersen og Solem 1998). Vi skal ikke gjenta dette her, men understreke at den store lokale variasjonen er i overensstemmelse med Gjærevollutvalgets anbefalinger (NOU 1992:1). Lokale forskjeller krever lokale løsninger. Dette gjør det imidlertid vanskelig å fange inn variasjonen og mangfoldet gjennom standardiserte spørreskjemaer, og vår kategorisering ut ifra spørreskjemaet blir usikker, eller i det minste unyansert. Når vi går grundigere inn på organiseringen gjennom intervjuer, vurderer vi åtte av de 14 kommunene til å ha en lavere grad av integrasjon enn det vi kom fram til etter svarene på spørreskjema. Det vanligste er at det som ut ifra spørreskjema ser ut til å være store integrasjon (uten personalveksling) viser seg å være lille integrasjon.

Fordi flere av kommunene har elementer fra mer enn én modell har Kristoffersen og Solem (1998) ut fra intervjuene gruppert de 14 utvalgs kommunene etter graden av integrasjon. Fem kommuner har høy grad av integrasjon, fem har middels grad og fire har lav grad. I tillegg har vi gruppert de 68 administrative enhetene (pleie- og omsorgsetat, distrikt, sone) som vi har opplysninger om fra intervjuene (tabell 6.7.).

Tabell 6.7. Grad av integrasjon i 14 utvalgskommuner og i 68 administrative enheter i disse kommunene. Antall.

| | Kommuner | Adm. enheter |
|-----------------------------|----------|--------------|
| Høy grad av integrasjon | 5 | 25 |
| Middels grad av integrasjon | 5 | 23 |
| Lav grad av integrasjon | 4 | 20 |
| Sum | 14 | 68 |

Høy grad av integrasjon omfatter 25 enheter med enten fullt integrerte tjenester eller blandingsmodeller med elementer av full integrasjon. Middels grad av integrasjon omfatter 23 enheter med lille integrasjon eller blandingsmodeller uten elementer av full integrasjon. Lav grad av integrasjon omfatter 20 enheter med sidestilte tjenester eller tjenester som nærmest brukeren i praksis fungerer som sidestilte tjenester, selv om de ut fra spørreskjema ser ut til å ha lille integrasjon. Grovt sett tilsvarer høy grad av integrasjon fullt integrerte tjenester (eller elementer av dette), middels integrasjon tilsvarer lille integrasjon og lav integrasjon tilsvarer sidestilte tjenester. Denne inndelingen etter grad av integrasjon vil vi bruke når vi skal analysere sammenhenger mellom integrasjon og andre variabler. Fordelingen kan ikke generaliseres til å gjelde pleie- og omsorgsenheter på landsbasis.

6.6 Oppsummering

Det er stor variasjon i hvordan pleie- og omsorgstjenestene er organisert. Vi har skissert fem ulike modeller, hvorav fire innebærer en form for integrasjon. I tillegg er det også en rekke ulike varianter av disse modellene, noe som gir inntrykk av en betydelig grad av lokal tilpasning av organisasjonen. Men ulike former for integrerte modeller er dominerende. Det er bare et lite fåtall av kommunene som har den «klassiske» eller «tradisjonelle» modellen som vi har kalt sidestilte tjenester. Forekomsten av integrerte modeller kan være et tegn på at kommunene betrakter formell organisering som et virkemiddel for å realisere mål om sterkere faglig koordinering av omsorgstjenestene. Lille integrasjon, der hjemmehjelp og hjemmesykepleie er samorganisert, er den vanligste modellen. Få har integrert hjemmetjenestene med institusjonstjenestene i så stor grad at flertallet av personalet arbeider både ute og inne etter en turnus eller arbeidsplan.

De fem organisasjonsmodellene bygger på ulike spesialiseringsprinsipper (jf. kapittel 4). I følge instrumentell organisasjonsteori har valg av spesialiseringsprinsipp betydning for hvilke hensyn som koordineres og hvilke som i mindre grad blir sett i sammenheng. Dette skjer fordi koordinering i større grad finner sted internt i enheter enn på tvers av formelle organisasjonsgrenser (Egeberg 1984).

Sidestilte tjenester kan sies å være en kombinasjon av prosess- og funksjonsprinsippet, mens integrerte modeller kan betegnes som funksjonsbasert spesialisering. En overgang fra sidestilte tjenester til integrerte tjenester betyr at funksjonsprinsippet blir mer dominerende. På teoretisk grunnlag kan man da anta at man legger til rette for sterkere koordinering mellom ulike faggrupper og tjenester enn man gjør med prosessprinsippet, fordi ulike yrkesgrupper og tjenester samles i samme enhet. Ved å knytte tjenestene tettere sammen forsøker man å unngå overlapping og gråsoner mellom tjenestene i arbeidet med brukerne.

Men dette er ikke den eneste virkningen man kan forvente ved omlegging fra sidestilte tjenester til integrerte modeller. Samtidig som man kan vente sterkere koordinering av deltjenestenes virksomhet, kan mulighetene for faglig spesialisering og fordypning svekkes. Muligheter for faglig spesialisering og utvikling regnes ofte som en fordel med prosessprinsippet hvor man samler ansatte som har samme bakgrunn i felles enheter.

Hvis omsorgstjenestene organiseres som integrerte enheter etter funksjonsprinsippet, kombinert med geografisk spesialisering, kan det gi bedre tilpasning til lokale behov, men koordineringen mellom ulike distrikter eller soner forventes å bli svekket. Hvis kommunene ikke greier å ivareta dette behovet for koordinering kan det få betydning for målet om at befolkningen i samme kommune skal tilbys et likeverdig tjenestetilbud. Dette er et viktig hensyn i forhold til det overordnede målet for velferdstjenester om at tjenestetilbudet skal være likeverdig uavhengig av bl.a. bosted, og at eventuelle ulikheter skal være saklig og rasjonelt begrunnet.

Forekomsten av integrerte modeller tyder på anbefalinger fra sentralt hold om integrasjon har hatt betydning. Gjærevollutvalgets anbefaling av store integrasjon der personellet «bør kunne arbeide både i den hjemmebaserte tjenesten og i institusjoner/boliger med heldøgns omsorg og pleie alt etter hvor behovet er størst» (NOU 1992:1, s.245), synes imidlertid i

liten grad å være gjennomført. Dette kan ha endret seg etter 1996-97 da våre data ble innsamlet.

Noe av det mest framtrædende ved våre data er det store mangfoldet av konkrete utforminger av integrasjonsmodeller. Dette gjør det som nevnt, vanskelig å gruppere modellene, og kan samtidig tyde på at kommunene tar utgangspunkt i lokale forutsetninger når organisasjonen utformes. Anbefalinger om lokal tilpasning synes med andre ord å være fulgt opp i stor grad. Samtidig er ulike former for integrasjon et fellestrekk ved de fleste kommuners organisering av pleie- og omsorgstjenestene. Vi vet ikke om det betyr at kommunene er lydige ovenfor anbefalinger i offentlige utredninger og andre offentlige dokumenter. Det kan også være et uttrykk for at de anbefalingene som er gitt har fanget opp endringer som allerede var igang i kommunene. Og når de fleste ikke er så «lydige» at de har innført fullt integrerte tjenester, kan det skyldes at de i 1996-97 ennå ikke var kommet så langt i prosessen.

7 Framvekst av integrasjonsmodeller

7.1 Innledning

I den forrige rapporten fra prosjektet (Kristoffersen og Solem 1998) har vi ved siden av det instrumentelle perspektivet på organisasjonsendring, diskutert det såkalte myteperspektivet (Røvik 1992). Ut fra dette perspektivet vil organisasjonens utforming være et resultat av ubevisst motepåvirkning fra omgivelsene. Integrering av pleie- og omsorgstjenestene kan tenkes å ha et visst motepreg. Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) anbefaler dessuten en geografisk inndeling av den samlede tjenesten i distrikter, det utvalget kaller «desentralisert samordning», og at framtidens omsorgstjenester mest mulig baseres på hjemmet og skjer i brukerens egen bolig, det som ofte kalles boliggyøring. Integrering, desentralisering og boliggyøring omtales gjerne som tegn på en moderne innretning av tjenestene (Erlandsen m.fl. 1997). De som holder på sidestilte tjenester, sentral organisering og på sykehjem framfor hjemmetjenester og boliger for pleie og omsorg, betraktes som mer tradisjonelle i sin innretning. Vi skal i dette kapitlet se på samvariasjonen mellom disse tre dimensjonene: om de framstår som en pakke av moderne løsninger. Henger integrerte tjenester sammen med distriktsinndeling og satsing på boliger framfor institusjoner, og kan slike moderne pakker forstås ut fra en motepåvirkning fra omgivelsene?

Først skal vi imidlertid se om det er forskjeller mellom sentrum og periferi. Bakgrunnen er at det moderne har en tendens til å finne fotfeste først i sentrale strøk og deretter spre seg utover i periferien. Vi skal også se på andre kjennetegn ved kommunene som kan ha betydning for innføringen av nye organisasjonsformer. En faktor er kommunens inntekter, som kan ha betydning for evnen til å gjennomføre endringer. Muligheten for endringer kan også være bedre når kommunen er liten; når det er en liten organisasjon som skal endres. En annen faktor er kommunens behov for endringer. Behovet påvirkes av en rekke forhold, som for eksempel kvaliteten for brukerne og for personalet. Dette har vi ikke opplysninger om, i hvert fall ikke i utgangspunktet, før endringer setts iverk. Vi skal bruke andelen eldre i befolkningen som en grov indikator på behov. Kommuner med mange eldre, særlig over 80 år, vil ha et større behovspress fra befolkningen.

I den grad kommunens inntekter, størrelse og andel eldre har sammenheng med hvordan tjenestene organiseres, er det rimelig å se det som en rasjonell tilpasning til lokale forutsetninger, og dermed i tråd med det instrumentelle perspektivet på organisasjonsendring.

7.2 Sentrum/periferi

Variablene landsdel og by/land kan belyse om nye idéer på organisasjonsfeltet først får gjennomslag i sentrale strøk og deretter eventuelt sprer seg til periferien. Idéene om integrasjon av omsorgstjenestene har vokst fram gradvis. De ble nevnt i St.meld. nr. 68 (1984-85) og konkretisert i form av «lille integrasjon» og «store integrasjon» av Gjærevollutvalget (NOU 1992:1). De aller fleste organisasjonsreformer i kommunene kommer etter anbefalinger fra sentralt hold og er i liten grad lokalt initiert (Nylehn 1994). På den måten er det en sentral, statlig drivkraft bak reformer som integrasjon av omsorgstjenestene. Det er ikke det samme som at idéene nødvendigvis vil bli virkeliggjort først i sentrale strøk. I dagens informasjonssamfunn vil ikke utkantstrøkene ligge etter i informasjonstilgangen. Dessuten kan Gjærevollutvalgets sammensetning med bred distriktsrepresentasjon samt utvalgets arbeid med innsamling av erfaringer fra forsøk over hele landet, ha gitt grunnlag for et landsdekkende gjennomslag.

Resultatene viser ingen systematisk tendens til forskjeller mellom de ulike landsdeler. Det synes ikke å være slik som vi antok (jf antakelse 2.1. i kapittel 5) at de nye modellene først etableres i sentrale strøk og gradvis sprer seg utover i periferien. Lille integrasjon forekommer oftest på Østlandet (tabell 7.1). Oslo er for øvrig det fylket som har lavest grad av integrasjon i pleie- og omsorgstjenestene ved at de fleste bydelene bare har

Tabell 7.1. Organisasjonsmodell i forhold til landsdel. Prosent (N).

| | Østlandet | Agder/ Rogaland | Vestlandet | Trøndelag | Nord- Norge | I alt |
|----------------------|----------------|--------------------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| Sidestilte tjenester | 9,8 | 2,2 | 5,3 | 9,1 | 12,1 | 8,1 |
| Lille integrasjon | 50,8 | 35,6 | 43,4 | 39,4 | 36,2 | 43,4 |
| Store integrasjon | 19,7 | 20,0 | 18,4 | 24,2 | 22,4 | 20,4 |
| Full integrasjon | 7,4 | 11,1 | 10,5 | 3,0 | 6,9 | 8,1 |
| Blandingsmodell | 12,3 | 31,1 | 22,4 | 24,2 | 22,4 | 20,1 |
| Sum | 100,0 (122) | 100,0 (45) | 100,0 (76) | 99,9 (33) | 100,0 (58) | 100,1 (334) |

integreert hjemmehjelp og hjemmesykepleie (lille integrasjon). I Agder/Rogaland har mange kommuner blandingsmodeller og Trøndelag er den landsdelen som har færrest kommuner som har full integrasjon. Men alt i alt er det små forskjeller mellom fylker og landsdeler.

Det er heller ikke store forskjeller mellom by og land, bortsett fra at det – i dette utvalget – bare er landkommuner som har innført fullt integrerte tjenester (tabell 7.2). Periferien synes dermed tidligere ute med det moderne enn sentrum. Tendensen er altså motsatt av det vi kunne forvente ut fra antakelsen om at det moderne sprer seg fra sentrum til periferi. Landkommuner har imidlertid færre innbyggere enn bykommuner og dette kan ligge bak det at landkommuner oftere har full integrasjon. Vi skal i neste avsnitt se nærmere på betydningen av kommunens folketall.

Tabell 7.2. Organisasjonsmodell i forhold til by/land. Prosent (N).

| | By | Land | I alt |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|
| Sidestilte tjenester | 3,3 | 9,1 | 8,1 |
| Lille integrasjon | 50,0 | 42,0 | 43,4 |
| Store integrasjon | 26,7 | 19,0 | 20,4 |
| Full integrasjon | 0 | 9,9 | 8,1 |
| Blandingsmodell | 20,0 | 20,1 | 20,1 |
| Sum | 100,0 (60) | 100,1 (274) | 100,1 (334) |

7.3 Kommunens folketall

Som nevnt kan det være lettere å få gjennomført omorganisering i små kommuner med mindre omfang på organisasjonen. Utvalgsintervjuene i 14 kommuner viste at en del distrikter i bykommuner har full integrasjon, mens kommunen som helhet, ut fra spørreskjemaet ble klassifisert som blandingsmodell. Der det er få ansatt å samordne kan det være enklere å samordne alle i en enhetlig organisasjon. En slik antakelse støttes av resultatene i tabell 7.3.

Tabell 7.3. Organisasjonsmodell etter kommunestørrelse. Prosent (N).

| | - 1.499 | 1.500– 4.999 | 5.000– 9.999 | 10.000– 19.999 | 20.000– | I alt |
|----------------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------|----------------|
| Sidestilte tjenester | 10,5 | 8,3 | 3,4 | 10,0 | 9,1 | 8,1 |
| Lille integrasjon | 13,2 | 45,9 | 61,0 | 45,0 | 36,4 | 43,4 |
| Store integrasjon | 23,7 | 24,8 | 10,2 | 15,0 | 25,0 | 20,4 |
| Full integrasjon | 26,3 | 6,0 | 8,5 | 5,0 | 2,3 | 8,1 |
| Blandingsmodell | 26,3 | 15,0 | 17,0 | 25,0 | 27,3 | 20,1 |
| Sum | 100,0 (38) | 100,0 (133) | 100,1 (59) | 100,0 (60) | 100,1 (44) | 100,1 (334) |

Det er de minste kommunene som oftest har full integrasjon. Mens bare 2,3 prosent av de største kommunene har full integrasjon, finnes dette i 26,3 prosent av de kommunene som har under 1500 innbyggere. Og når vi ser på de aller minste kommunene, de 14 som i vårt utvalg har under 1000 innbyggere, er det hele 6 av disse (43 prosent) som har full integrasjon. Det er imidlertid også store kommuner som har full integrasjon, men sjelden i hele kommunen. Kommuner som Bodø, Steinkjer og Drammen har for eksempel full integrasjon i deler av kommunen. I noen tilfeller betyr det at kommunen er på vei til å innføre full integrasjon i hele kommunen, slik som Drammen som innførte full integrasjon i det siste distriktet kort tid etter at spørreskjemaet var besvart.

Størrelsen på organisasjonen har ikke bare med kommunens samlede folketall å gjøre. Ved å dele kommunen inn i distrikter kan man skape mindre og mer håndterbare enheter. Vi har ikke fullstendige opplysninger om størrelsen på de enkelte distrikter og soner i kommunene og kan derfor ikke se om små distrikter øker sannsynligheten for høy grad av integrasjon.

7.4 Kommunens inntekter

Flere undersøkelser viser at kommunens inntekter kan forklare en stor del av den kommunale variasjon i pleie- og omsorgstjenestene (Christensen og Næss 1999). God økonomi kan også gi bedre rom for å foreta omorganiseringer. Selv om mer effektiv organisering i det lange løp vil forventes å gi rimeligere tjenester, kan selve omorganiseringen kreve ekstra ressurser i en overgangsperiode.

Tabell 7.4. Organisasjonsmodell i forhold til kommunens bruttoinntekter i kroner pr. innbygger. Prosent (N)*.

| | 19-22.000 | 23-27.000 | 28-36.000 | 37-126.000 | I alt |
|----------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Sidestilte tjenester | 9,4 | 10,1 | 8,5 | 6,0 | 8,8 |
| Lille integrasjon | 45,3 | 44,0 | 45,7 | 26,0 | 41,8 |
| Store integrasjon | 18,9 | 19,3 | 20,2 | 26,0 | 20,6 |
| Full integrasjon | 7,6 | 9,2 | 4,3 | 18,0 | 8,8 |
| Blandingsmodell | 18,9 | 17,4 | 21,3 | 24,0 | 19,9 |
| Sum | 100,1 (53) | 100,0 (109) | 100,0 (94) | 100,0 (50) | 99,9 (306) |

* N=306, mangler inntektsopplysninger fra bydeler

Tabell 7.4 viser at det er de rikeste kommunene som i størst grad har innført full integrasjon. Samtidig er de rikeste kommunene også blant de minste, og det er uklart hva som veier tyngst, størrelsen eller økonomien. Av de 26 kommunene med færre enn 1500 innbyggere og mer enn 37.000 i bruttoinntekter pr. innbygger er det 8 (31 prosent) som har full integrasjon. De to variablene forsterker hverandre, men den relative betydningen av inntekt og størrelse er vanskelig å fastslå fordi ingen små kommuner (<1500 innb.) i dette utvalget har inntekter som er lavere enn gjennomsnittet og bare én stor kommune (>20.000 innb.) har inntekter over gjennomsnittet. Et annet problem ved å se inntekt og størrelse i forhold til hverandre gjennom multivariate analyser, som vi derfor ikke har foretatt, er at inntektsopplysninger mangler for bydelene, hvilket vil si at de største byene (Oslo, Bergen og Trondheim) må holdes utenfor en slik analyse, slik de også er holdt utenfor i tabell 7.4.

7.5 Andel eldre

Jo større andel eldre, desto mer av kommunens samlede innsats må rettes inn mot denne gruppen. Det kan spore til omorganisering, men også innebære et press på tjenestene som kan gjøre det vanskelig å få rom for endring. Tabell 7.5 viser imidlertid at andelen over 80 år ikke synes å ha noen betydning for hvilken organisasjonsform som velges. Det samme bildet får vi ved å se på aldersgruppen over 67 år.

Tabell 7.5. Organisasjonsmodell i forhold til andel eldre over 80 år i befolkningen. Prosent (N).

| | 0,7 - 3,1% | 3,11 – 4,6% | 4,61 – 6,2% | 6,21 – 11,3% | I alt |
|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| Sidestilte tjenester | 14,1 | 5,4 | 7,3 | 8,2 | 8,1 |
| Lille integrasjon | 37,5 | 49,6 | 41,8 | 40,8 | 43,4 |
| Store integrasjon | 18,8 | 17,1 | 22,7 | 24,5 | 20,4 |
| Full integrasjon | 4,7 | 8,1 | 11,8 | 4,1 | 8,1 |
| Blandingsmodell | 25,0 | 19,8 | 16,4 | 22,5 | 20,1 |
| Sum | 100,0 (60) | 100,0 (107) | 100,1 (119) | 100,0 (48) | 100,1 (334) |

Alt i alt synes kommunens økonomiske evne til å foreta endringer og størrelsen på organisasjonen å ha større betydning for innføring av integrerte tjenester enn sentrum/periferi-dimensjonen og behovet, når det er målt ved andel eldre. Små kommuner med gode inntekter er de som oftest har innført full integrasjon. Resultatene er bedre i overensstemmelse med det instrumentelle organisasjonsperspektivet enn med myteperspektivet. Men det som så langt ser ut til å være rasjonelle valg av modell synes mer styrt av de begrensninger og muligheter som kommunens inntekter og størrelse gir, enn av behovene slik de her er antydnet gjennom andel eldre.

7.6 Geografisk spesialisering/desentralisering

I gjennomgangen av rammebetingelser for omsorgstjenestenes utvikling og organisering (kapittel 3) så vi at geografisk spesialisering med desentralisering av tjenestene til distrikter og/eller soner er en del av anbefalingene som er gitt. Allerede i St.meld nr. 68 (1984-85) og senere i Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1) anbefales desentralisering til distrikter og relativt små enheter for å få til en helhetlig samordning av tjenestene. Vi skal se om det er noen sammenheng mellom organisasjonsmodeller og distriktsvis organisering av tjenestene i vårt materiale. Er det slik at kommuner med integrerte tjenester oftere har desentralisert tjenestene til distrikter, eller er det kommunestørrelse som forklarer hvorfor noen kommuner har distriktsvis organisering og andre har sentral organisering? Jo større kommunen er, desto større behov vil det være for å dele opp i mindre enheter. Hvis det er slik at geografisk spesialisering henger sammen med integrerte tjenester og at

kommunestørrelse (folketall) spiller mindre rolle er en mulig tolkning at man adopterer moderne anbefalinger som en helhet.

Vi har i spørreskjemaet spurt om hjemmetjenestene er organisert i enheter med geografisk avgrenset ansvar (spørsmål 10, vedlegg 2).

Tabell 7.6. Andel med distrikts-/sonevis organisering av hjemmetjenestene etter integrasjonsmodell og kommunestørrelse. Prosent (N).

| | Innbyggere | | | |
|----------------------|------------|-------------|------------|------------|
| | -2.499 | 2.500-4.999 | 5.000- | I alt |
| Sidestilte tjenester | 16,7 (6) | 44,4 (9) | 91,7 (12) | 59,3 (27) |
| Lille integrasjon | 31,8 (22) | 61,4 (44) | 96,2 (79) | 75,9 (145) |
| Store integrasjon | 31,8 (22) | 60,0 (20) | 96,2 (26) | 64,7 (68) |
| Full integrasjon | 41,7 (12) | 83,3 (6) | 100,0 (9) | 70,4 (27) |
| Blandingsmodell | 62,5 (16) | 78,6 (14) | 97,2 (36) | 84,9 (66) |
| I alt | 38,5 (78) | 63,4 (93) | 96,3 (162) | 73,6 (333) |

Under alle de fem organisasjonsmodellene har flertallet av kommunene distriktsvis organisering av hjemmetjenestene (tabell 7.6). Totalt har 73,6 prosent av kommunene oppgitt at de har slik distriktsvis organisering. I en undersøkelse fra 1990 fant vi at i 44 prosent av kommunene var hjemmehjelpstjenesten inndelt i distrikter (Solem m.fl. 1991). Det har åpenbart skjedd en økning i bruken av distriktsinndeling.

Forskjellene mellom modellene er ikke store, men kommuner med blandingsmodell har den største andelen med distriktsvis organisering av tjenestene. Dette henger sammen med at blandingsmodellen oftest består i at det er ulike modeller i ulike distrikter. Distriktsinndeling ligger med andre ord i stor grad inne i den faktiske definisjonen av blandingsmodell og kan derfor ikke si noe om sammenhenger mellom integrasjonsmodell og distriktsinndeling.

Det er i kommuner med sidestilte tjenester at vi finner den laveste andelen som har desentraliserte tjenester (59,3 prosent). Det er altså en viss tendens til at kommuner med en eller annen form for integrering oftere har distriktsinndeling enn kommuner uten integrerte tjenester. Tendensen er imidlertid ikke statistisk signifikant ($p = .13$).

Kommunestørrelse har som ventet er klar sammenheng med distriktsinndeling. Nesten alle kommuner med over 5000 innbyggere (96,3 prosent)

har slik geografisk spesialisering, mot 64,3 prosent i kommuner med 2500 – 4999 innbyggere og 38,5 prosent av de minste kommunene ($p = .0001$). Det er altså størrelse mer enn organisasjonsmodell som kan forklare om kommunen har distriktsinndeling. Forskjellene etter organisasjonsmodell finnes i små kommuner. Dette kan tyde på at over en viss størrelse (ca. 5000 innbyggere) skaper størrelsen i seg selv et behov for distriktsinndeling. Under denne størrelsen er det ikke så nødvendig å dele opp kommunen, men de som er moderne innstilt og har innført en form for integrasjon har en tendens til også å ta med seg en moderne inndeling av kommunen i distrikter i den samme «pakken». Dette er en tolkning av tendenser i materialet som ikke er statistisk signifikante. Det er så få kommuner som har sidestilte tjenester at det skal svært store forskjeller til for å oppnå signifikans.

7.7 Boliggjøring

Ved siden av samordning og integrasjon av tjenestene anbefaler Gjærevollutvalget en sterkere satsing på selvstendige boenheter framfor sykehjemsplasser også for pleietrengende eldre. «Når en skal skaffe til veie nye tilbud til personer med behov for heldøgns omsorgstjenester, bør en satse på boliger som et alternativ til institusjoner» (NOU 1992:1, s.240). Vi skal nærme oss boliggjøring gjennom ulike variabler og se i hvilken grad de henger sammen med integrasjonsmodell; om integrering av tjenestene drar med seg boliggjøring i en pakke med moderne løsninger.

Antall boliger (spørsmål 18) er noe ufullstendig besvart i spørreskjemaet, men summen av boliger til pleie- og omsorgsformål per 1.1.96 er besvart av 90 prosent av kommunene. I denne summen inngår både boliger for eldre og for mennesker med fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Dette kan gi en indikasjon på boliggjøring, om ikke spesifikt for eldre. Resultatene viser en tendens til at kommuner med full integrasjon har lavere boligdekning (3,6 boenheter per 100 innbyggere over 67 år) enn kommuner med andre modeller (4,2 boenheter). Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant ($p = .12$). Tendensen til at kommuner med full integrasjon har flere sykehjemsplasser er enda svakere ($p = .37$), idet disse kommunene har 24,4 plasser per 100 innbyggere over 80 år mot 20,4 plasser i kommunene uten fullt integrerte tjenester.

Balansen mellom boliger og institusjonsplasser kan imidlertid være en bedre indikator på boliggingjoring. Vi måler boliggingjoring av omsorgstjenestene gjennom en indeks der antall boenheter i alt 1.1.96 slik det framkommer på spørsmål 18 i spørreskjema, deles på antall alders- og sykehjemsplasser slik det framkommer på spørsmål 20. Indekstall lavere enn 1,0 betyr at kommunen har færre boenheter enn institusjonsplasser, mens indekstall over 1,0 betyr at det er flere boenheter enn institusjonsplasser. Det er 295 kommuner som har svart på begge disse spørsmålene, dvs. at 39 kommuner (13,2 prosent) ikke er med i denne analysen. Dette gir en viss usikkerhet, men det er små forskjeller i frafallet mellom kommuner med ulik organisasjonsmodell.

Tabell 7.7 Boliggingjoringsindeks etter organisasjonsmodell. Prosent (N) og gjennomsnittlig indekstall.

| | Indekstall | | | | Sum | Gj.snitt |
|----------------------|------------|----------|----------|------|-------------|----------|
| | - 0,1 | 0,1-0,49 | 0,5-0,99 | 1,0- | | |
| Sidestilte tjenester | 17,4 | 21,7 | 39,1 | 21,7 | 100,0 (23) | 0,66 |
| Lille integrasjon | 9,2 | 35,9 | 35,9 | 19,1 | 100,1 (131) | 0,65 |
| Store integrasjon | 14,5 | 41,9 | 25,8 | 17,7 | 99,9 (62) | 0,58 |
| full integrasjon | 27,3 | 54,6 | 13,6 | 4,6 | 100,1 (22) | 0,33 |
| Blandingsmodell | 19,3 | 31,6 | 28,1 | 21,1 | 100,1 (57) | 0,59 |
| I alt | 14,2 | 36,6 | 30,9 | 18,3 | 100,0 (295) | 0,60 |

Kommuner med full integrasjon skiller seg fra de andre modellene ved å ha klart færre boliger i forhold til institusjonsplasser (gjennomsnittlig indekstall 0,33 mot 0,62, $p = .02$) (tabell 7.7). Som nevnt er det overvekt av små kommuner med gode inntekter som har innført full integrasjon. Tabell 7.8 og 7.9 viser at kommuner med høy inntekt og små kommuner satser minst på boliger i forhold til institusjoner. Dermed kan størrelse og inntekt være de kjennetegn ved kommuner som har full integrasjon som gjør at de satser relativt mer på institusjoner enn på boliger. Særlig kan det tenkes at økonomien kan ha betydning for satsing på institusjoner, som er dyrere løsninger. Mulighetene for å få avklart den relative betydning av de tre variablene ved hjelp av de foreliggende dataene er begrenset. Dels er det få kommuner som har full integrasjon og dermed et lite antall å kontrollere

mot andre variabler og dels er som nevnt inntektsopplysningene ufullstendige. Dessuten er inntekt og størrelse svært skjevfordelt i forhold til hverandre. I stedet for multivarierte analyser har vi valgt å presentere kombinasjonen av modell og inntekt (tabell 7.8) og kombinasjonen av modell og størrelse (tabell 7.9) hver for seg.

Tabell 7.8 Boliggjøringsindeks etter organisasjonsmodell og brutto driftsinntekt per innbygger. Gjennomsnitt (N).

| | Inntekt | | |
|-----------------------|------------|--------------|------------|
| | 1900-27000 | 28000-126000 | I alt |
| Full integrasjon | 0,35 (10) | 0,31 (12) | 0,33 (22) |
| Ikke full integrasjon | 0,74 (132) | 0,56 (117) | 0,66 (249) |
| I alt | 0,72 (142) | 0,54 (129) | 0,63 (271) |

Tabell 7.8 viser at kommuner med full integrasjon har lavest boliggjøringsindeks uansett inntekt. Kommuner med full integrasjon synes ikke – ut fra dette begrensede datamaterialet – å satse mer på institusjoner fordi de har bedre inntekter.

Tabell 7.9. Boliggjøringsindeks etter organisasjonsmodell og kommunens folketall. Gjennomsnitt (N).

| | Folketall | | |
|-----------------------|-----------|------------|------------|
| | < 2500 | 2500> | I alt |
| Full integrasjon | 0,24 (11) | 0,43 (11) | 0,33 (22) |
| Ikke full integrasjon | 0,47 (59) | 0,66 (124) | 0,66 (273) |
| I alt | 0,43 (70) | 0,65 (225) | 0,60 (295) |

I tabell 7.9 synes de to variablene å forsterke hverandre. Små kommuner med full integrasjon satser relativt minst på boliger (0,24), mens større kommuner uten full integrasjon satser mest på boliger (0,65). Begge variablene synes uavhengig av hverandre å ha betydning for tendensen til boliggjøring.

Alt i alt synes det – ut fra vårt materiale – å være en tendens til at full integrasjon mellom tjenestene bidrar til at kommunen satser relativt mindre på boliger enn på institusjoner.

Omlegging

Vi har i spørreskjemaet spurt om antall boliger til ulike formål (spørsmål 17 og 18, vedlegg) i 1992 og i 1996 og får dermed et inntrykk av hvordan kommunen har satset i denne perioden. Tilsvarende har vi også spurt om antall institusjonsplasser i 1992 og 1996 (spørsmål 20). Antall av de ulike typer boliger er svært ufullstendig besvart, men summen av boliger er opplyst både for 1992 og 1996 av 253 kommuner (av 334, dvs. 24 prosent ubesvart). Antallet ubesvarte gir en viss usikkerhet, men gir ingen skjevheter i fordelingen mellom de ulike organisasjonsmodellene.

Tabell 7.10 Endring i antall boenheter fra 1992 til 1996 etter organisasjonsmodell. Prosent (N)

| | Reduksjon | Samme antall | Økning | Sum |
|----------------------|------------------|---------------------|---------------|-------------|
| Sidestilte tjenester | 10,0 | 25,0 | 65,0 | 100,0 (20) |
| Lille integrasjon | 6,3 | 24,3 | 68,4 | 100,0 (111) |
| Store integrasjon | 9,1 | 29,1 | 61,9 | 100,1 (55) |
| Full integrasjon | 5,6 | 33,3 | 61,2 | 100,1 (18) |
| Blandingsmodell | 2,0 | 16,3 | 81,6 | 99,9 (49) |
| I alt | 6,3 | 24,5 | 69,2 | 100,0 (253) |

Flertallet av kommunene (69,2 prosent) har økt antallet boliger fra 1992 til 1996 (tabell 7.10), hvorav de fleste (62 prosent) har økt antallet med mer enn 10 prosent. Det er en type kommuner som skiller seg noe ut; de med blandingsmodell. Forskjellen til de andre er nær statistisk signifikans ($p = .06$). Graden av integrasjon mellom tjenestene (fra sidestilte tjenester til full integrasjon) synes imidlertid ikke å ha sammenheng med satsing på boliger.

Også når det gjelder satsing på aldershjem og sykehjem er det små forskjeller etter graden av integrasjon. I alt er det i dette materialet 43 prosent som har redusert antall aldershjems plasser (i disse inngår 12 prosent som har avviklet aldershjemmene), 48 prosent har samme antall og 9 prosent har økt antallet. Sykehjems plassene er redusert i 12 prosent av kommunene, uforandret i 53 prosent og økt i 35 prosent.

Planer

Kommuner med høy grad av integrasjon mellom tjenestene synes altså ikke å være mer «moderne» i sin satsing på hhv. institusjonsplasser og boliger i perioden fra 1992 til 1996. Det kan tenkes av integrering av tjenestene gjennomføres først og at en deretter blir mer innstilt på en omlegging til satsing på boliger som alternativ til institusjoner. Vi kan få noe inntrykk av dette ved å se på hvilke planer kommunene har om utbygging i perioden 1996–99. (spørsmål 23, vedlegg). Det er 15 prosent ubesvarte på dette spørsmålet. Antakelig hadde de fleste av disse, da de svarte på spørreskjemaet, ikke klare planer for den videre utbyggingen. De ubesvarte er jevnt fordelt på de ulike organisasjonsmodellene.

Tabell 7.11 Andel kommuner som har planer om reduksjon eller økning i aldershjem, sykehjem og omsorgsboliger i perioden 1996-99 etter organisasjonsmodell. Prosent (N).

| | Aldershjem | | Sykehjem | | Omsorgsboliger | | (N) |
|----------------------|------------|--------|-----------|--------|----------------|--------|-------|
| | Reduksjon | Økning | Reduksjon | Økning | Reduksjon | Økning | |
| Sidestilte tjenester | 13,6 | 4,6 | 18,2 | 13,6 | 0 | 59,1 | (22) |
| Lille integrasjon | 29,6 | 0 | 20,8 | 40,8 | 0,8 | 73,6 | (125) |
| Store integrasjon | 35,7 | 0 | 3,6 | 39,3 | 1,8 | 75,0 | (56) |
| Full integrasjon | 26,1 | 0 | 4,4 | 21,7 | 0 | 69,6 | (23) |
| Blandingsmodell | 29,3 | 1,7 | 17,2 | 34,5 | 5,2 | 56,9 | (58) |
| I alt | 29,3 | 0,7 | 15,1 | 35,6 | 1,8 | 69,0 | (284) |

Flertallet av kommunene (69 prosent) har en «moderne» innretning med satsing på omsorgsboliger i sine planer (tabell 7.11). Det er små (ikke signifikante) forskjeller mellom de ulike organisasjonsmodellene. Når det gjelder reduksjon av institusjonsplasser, den andre siden av boligging som gir en mindre institusjonstung balanse i ressursfordelingen, er det signifikant færre kommuner med store integrasjon eller full integrasjon som har planer om reduksjon av sykehjems plasser ($p = .01$). De som har integrert institusjonstjenestene med hjemmetjenestene har med andre ord en tendens ikke å ville redusere tilbudet av sykehjems plasser. Det er riktignok heller ikke så vanlig i andre kommuner, men likevel vanligere å ha planer for reduksjon av sykehjem i kommuner med lav grad av, eller ingen, integrasjon. Siden kommuner med høy grad av integrasjon gjennomsnittlig

har høyest inntekter, kan det tenkes at de dermed har bedre råd til å holde på sykehjemsplassene sine; at det har mer sammenheng med inntekter en med integrasjonsmodell. Dataene viser imidlertid bare en svak og ikke signifikant tendens til at inntekten har noen sammenheng med planene for reduksjon av sykehjem.

Kommuner med sidestilte tjenester synes i minst grad å ha planer om endringer. Få av dem (13,6 prosent) planlegger reduksjon av aldershjems-plasser ($p = .04$) og like få planlegger økning av sykehjemsplasser ($p = .02$). På den måten kan de synes mer tradisjonelle, eller i det minste mer konservative, slik de også holder på den tradisjonelle modellen med sidestilte tjenester.

Som nevnt anbefaler Gjærevollutvalget å satse på boliger som et alternativ til institusjoner. I intervjuene med ledere i de 14 utvalgskommunene har vi spurt om kommunens omsorgs-/serviceboliger er ment å skulle erstatte behovet for sykehjemsplasser. Lederne i enheter med høy grad av integrasjon har ikke i større grad en slik ideologi. I enheter med høy grad av integrasjon er det 41 prosent som sier boliger er ment, helt eller delvis, å skulle erstatte sykehjemsplasser, mot 53 prosent ved middels grad og 57 prosent ved lav grad av integrasjon.

7.8 Hvilke hensyn tillegges betydning for at omorganisering iverksettes?

I spørreskjemaet som ble sendt til samtlige kommuner spurte vi om betydningen av ulike hensyn som kunne ligge til grunn for omorganisering (spørsmål 36, jf. vedlegg 2). Spørsmålet skulle besvares av de 213 som hadde foretatt vesentlige omorganiseringer etter 1992. De enkelte leddene har ulikt antall ubesvarte – fra 4 til 16 prosent. Det var flest ubesvarte på de ledd som – av dem som svarte – ble tillagt minst betydning. Selv om alle de som ikke svarte hadde tillagt disse hensyn stor betydning, ville ikke det ha endret vesentlig på rekkefølgen mellom de ulike hensyn (tabell 7.12)

Tabell 7.12. Hensyn som har hatt betydning for at det ble tatt initiativ til endringer i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene. Prosent (N)

| Betydning | | | | |
|------------------|-----|-------|---------|--|
| Stor | Noe | Ingen | Sum (N) | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|------|------|------|-------------|
| Behov i kommunens befolkning | 68,6 | 27,8 | 3,6 | 100,0 (194) |
| Kommuneøkonomiske hensyn | 49,5 | 41,5 | 9,0 | 100,0 (200) |
| Nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene | 41,5 | 48,2 | 10,4 | 100,1 (193) |
| Personalpolitiske hensyn | 31,0 | 58,8 | 10,2 | 100,0 (187) |
| Erfaringer fra andre kommuner | 23,9 | 64,4 | 11,7 | 100,0 (180) |
| Press fra profesjoner/yrkesgrupper | 9,7 | 40,3 | 50,0 | 100,0 (176) |
| Press fra brukergrupper | 4,0 | 39,6 | 56,5 | 100,1 (177) |

Behov i befolkningen er det hensyn som tillegges størst betydning. Man omorganiserer tjenestene for å tjene befolkningen bedre. Befolkningens behov er jo selve utgangspunktet for at kommunen tilbyr tjenester, og det er rimelig at det også tillegges stor vekt ved omorganisering. Svarene vil kunne ha preg av at det er slik det bør være – at en svarer etter forventningene, «det politisk korrekte». På tilsvarende spørsmål i intervjuene med ledere i 14 kommuner, er det noe færre, men fortsatt flertallet (55 prosent) som sier befolkningens behov har hatt stor betydning.

Hva man omorganiserer til, hvilken integrasjonsmodell som er valgt, synes ikke å henge sammen med hvor stor vekt man legger på befolkningens behov. Det gjelder for øvrig alle de ulike hensyn vi har skissert. Det er ingen signifikante sammenhenger mellom hvilke hensyn man legger vekt på og hvilken modell som velges. Heller ikke hensynet til økonomien eller til nasjonale mål for tjenestene synes å påvirke valget av modell. Det siste er interessant fordi de nasjonale mål jo peker i retning av integrasjon mellom tjenestene. De nasjonale målene synes imidlertid ikke å resultere i spesifikke løsninger. Det forhindrer ikke at de har betydning og tillegges vekt, men mer i retning av integrasjon enn i retning av mest mulig integrasjon. Anbefalingene trekker jo også fram lokal tilpasning av modeller som viktig.

At nasjonale mål har betydning bekreftes av intervjuene der 70 prosent av lederne sier at de opplever press eller forventninger fra sentralt hold om hvordan de skal organisere tjenestene og prioritere mellom deltjenester. Svarene sier imidlertid ikke noe om i hvilken grad de ønsker å leve opp til forventningene.

Når bare åtte prosent av kommunen har innført fullt integrerte tjenester, som anbefales av Gjærevollutvalget (NOU 1992:1), kan det tyde

på at de nasjonale forventningene ikke har stor gjennomslagskraft i praksis. Men samtidig er det også bare åtte prosent som ikke har innført noen form for integrasjon, og som nevnt anbefales også lokal tilpasning. De fleste har innført en form for integrasjon, men med betydelig lokal variasjon (jf kapittel 6).

Erfaringer fra andre kommuner er også av en viss betydning, og 64,4 prosent sier det har hatt noe betydning for omorganisering, mens 23,9 prosent sier det har hatt stor betydning (tabell 7.12). En synes å se på hva andre kommuner gjør og lære av hverandres erfaringer, igjen uten at det synes å gjøre at man velger en spesiell type modell framfor andre.

I intervjuene er det ved siden av at 79 prosent sier at erfaring fra andre kommuner har hatt betydning, også 60 prosent som nevner konsulenter eller konsulentfirma. Her er det imidlertid en tendens til at kommuner med høy grad av integrasjon oftere nevner at konsulenter har hatt betydning – 73 prosent ved høy grad av integrasjon, 56 ved middels og 47 ved lav. Dette antyder at konsulents påvirkning ofte går i retning av høy grad av integrasjon.

Ellers viser svarene på spørreskjemaet (tabell 7.12) at press fra yrkesgrupper og fra brukere spiller en beskjeden rolle for å iverksette omorganiseringer.

7.9 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet stilt spørsmål om de kommuner som velger integrasjonsløsninger i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene også satser mer på distriktsinndeling og boliggingjøring av tjenestene. Inngår integrering i en pakke med slike anbefalte løsninger som anses som moderne? I tilfelle kan det tyde på en sterkt innflytelse fra anbefalinger fra sentralt hold. I dette tilfellet synes særlig Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1) å ha vært en viktig kilde. Flere av våre intervjupersoner henviser nettopp til denne innstillingen som en inspirasjon for omlegging av tjenestene. Resultatene tyder på at den har virket mer som inspirasjon enn som en oppskrift for pakkedløsninger med integrerte tjenester, distriktsinndeling og boliggingjøring som en enhetlig modell. Innføring av integrerte tjenester synes, ganske uavhengig av distriktsinndeling og boliggingjøring, mest å henge sammen med kommunens størrelse og inntekt. Små kommuner med høy inntekt har i størst grad valgt fullt integrerte tjenester. Det er ellers ingen systematiske forskjeller mellom landsdeler eller tydelige forskjeller

mellom by og land. Moderne integrerte løsninger synes ikke å ha spredd seg utover landet etter en sentrum/periferi-dimensjon.

De få sammenhenger vi finner mellom integrasjonsmodell og annen moderne innretning av tjenestene, peker mest i motsatt retning av pakkeløsninger, selv om vi kan se en svak tendens til at små kommuner oftere har en sentral organisering uten distriktsinndeling når tjenestene er organisert etter den tradisjonelle sidestilte modellen.

I kommuner med full integrasjon heller imidlertid balansen mellom boliger og institusjoner mest i institusjonenes favør. De med moderne full integrasjon er mest umoderne i sin overvekt av sykehjems plasser. Dette synes ikke å henge sammen med en omlegging i perioden fra 1992 til 1996. Innretningen på institusjoner var etablert tidligere. I hvilken grad det er sammenfall i tid mellom etablering av fullt integrerte tjenester og satsing på en institusjonstung tjeneste kan vi ikke si ut fra våre data. Det er ikke sikkert det er noen sammenheng. På den annen side synes kommuner med full integrasjon i større grad å holde fast på sin sykehjemsdekning. De har i mindre grad enn andre kommuner planer om å nedlegge sykehjems plasser. Som vi skal se i kapittel 8, synes kommuner med høy grad av integrasjon å være mer pleiefaglig orientert og legge mer vekt på høy faglig standard og faglig kvalifisert personale. En medisinsk pleiefaglig ideologi synes å stå sterkere i disse kommunene, hvilket også kan forklare at de satser relativt mer på sykehjem. Hvorfor kommuner med full integrasjon har mer av en slik orientering, har vi ikke grunnlag for å fastslå.

Det er altså tegn som tyder på at kommuner med høy grad av integrasjon er de minst moderne på andre måter. Samtidig synes de som har minst grad av integrasjon, de som holder fast ved den tradisjonelle modellen med sidestilte tjenester, å være minst innstilt på endringer i balansen mellom ulike tilbud. De synes å ha minst endringsberedskap og er på den måten også mest tradisjonelle.

Alt i alt synes ikke endring av organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene å ha skjedd ved at integrerte modeller inngår i moderne pakkeløsninger. Dermed kan det synes lite rimelig å anta at en ubevisst motepåvirkning fra omgivelsene har hatt vesentlig betydning. Kommunene selv legger størst vekt på at omorganiseringer er iverksatt ut fra hensynet til befolkningens behov og til kommunens økonomi. Nasjonale mål tillegges også stor vekt, uten at det gir seg utslag i at spesielle integrasjonsmodeller

velges framfor andre. Det ser ut til at anbefalinger om lokale tilpasninger etterleves i større grad.

Motepåvirkning vil imidlertid ikke nødvendigvis gi ensartete utforminger eller føre til at kommunenes pleie- og omsorgstjenester blir formlike (Meyer & Rowan 1991). Kommunene kan også tilpasse seg det moteriktige gjennom ulike løsninger som gir mangfold (Røvik 1992). Som vist i kapittel 6, finner vi gjennom intervjuer med ledere en tendens til at organiseringen i praksis fungerer mindre integrert enn det som framgår av svarene på spørreskjema. Dette kan tyde på en overkommunisering av integrasjon utad og være et uttrykk for mer eller mindre bevisste ønsker om å framstå som moteriktig.

8 Sterke og svake sider ved modellene

8.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi nærme oss hvordan de ulike modellene fungerer, hvor «gode» de er – i hvilken grad de oppfyller sentrale målsettinger. Ut fra et instrumentelt organisasjonsperspektiv vil en foreta endringer i organisasjonen med en bestemt hensikt – en ønsker å oppnå noe. I kapittel 7 så vi at hensynet til behov i befolkningen er det som oftest nevnes som bakgrunn for endringer i pleie- og omsorgstjenestene. Derest kommer kommuneøkonomiske hensyn og nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene. Våre data gir ikke grunnlag for å si noe direkte om hvordan kommuner med ulike modeller dekker befolkningens behov for tjenester eller hvordan de påvirker kommunens økonomi. Det tredje hensynet - nasjonale mål – har vi mer data om. Nasjonale mål er bl.a. formulert av Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) ved at anbefalingene om integrerte tjenester begrunnes med ønske om effektiv og fleksibel ressursutnyttelse til beste for brukerne og kommunen og ved at store integrasjon beskrives som en modell for desentralisert samordning. Noe av de samme stikkordene kommer igjen i Sosial- og helsedepartementets forskrift og retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste (Rundskriv I-13/97) der det heter at kommunene skal gi et «...helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud...».

Datagrunnlaget for dette kapitlet er i hovedsak intervjuene med ledere i 14 kommuner. Vi skal se på ledernes vurderinger av sin modell og hva de nevner som fordeler og ulemper. Deretter skal vi se om det er noen sammenheng mellom grad av integrering av tjenestene og hvordan kvaliteten på tilbudene vurderes. Som vi skal komme tilbake til vil en eventuell slik sammenheng måtte tolkes med forsiktighet når det gjelder om modellen er årsak til god eller dårlig kvalitet på tjenestene. Flexibilitet er stikkord som ofte nevnes i vurderingen av integrerte modeller. Mer konkret skal vi se hvordan organisasjonen håndterer kriser eller toppe i arbeidsbelastningen som krever flexibilitet. Brukes personalet flexibelt eller kreves det flexibilitet av brukerne? Vi skal også se på flexibiliteten i bruken av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere til oppgaver i hjemmene og hvilket grunnlag ulike modeller gir for samordning gjennom møter, andre informasjonskanaler og gjennom samlokalisering.

8.2 Generell fornøydhhet med modellen

Vi spurte ledere i 68 administrative enheter i de 14 utvalgskommunene hvor fornøyd de var med den måten de organiserte pleie- og omsorgstjenestene på og gav dem fem alternativer; svært godt fornøyd, godt fornøyd, både – og, misfornøyd og svært misfornøyd. De fleste var enten svært godt fornøyd (37,5 prosent) eller godt fornøyd (40,6 prosent), 15,4 prosent sa både – og, mens svært få (6,2 prosent) var misfornøyd og ingen var svært misfornøyd. Fornøydheten har en klar sammenheng med hvor sterkt tjenestene er integrert. Ved høy grad av integrasjon er 62,5 prosent av lederne svært godt fornøyd, mot 38,1 prosent ved middels grad av integrasjon og bare 5,3 prosent ved lav grad av integrasjon (tabell 8.1)

Tabell 8.1. Fornøydhet med organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til grad av integrasjon i organisasjonsmodellen. Prosent (N).

| Grad av integrasjon | Fornøyd | | | Sum |
|---------------------|------------|------|------------------------|------------|
| | Svært godt | Godt | Både-og/ Misfornøyd | |
| Høy | 62,5 | 25,0 | 12,5 | 100,0 (24) |
| Middels | 38,1 | 57,1 | 4,8 | 100,0 (21) |
| Lav | 5,3 | 42,1 | 52,6 | 99,9 (19) |
| I alt | 37,5 | 40,6 | 21,9 | 100,0 (64) |

Enda tydeligere blir sammenhengen når vi ser på de enkelte modellene. Av de 14 lederne som har full integrasjon i sin kommune eller i sitt distrikt er det 12 (86 prosent) som sier seg svært godt fornøyd med modellen. Bare 25 prosent av de 32 lederne med lille integrasjon og ingen av de 7 lederne med sidestilte tjenester er svært godt fornøyd.

Dette betyr ikke nødvendigvis at de meste integrerte modellene på alle måter er bedre. Vurderingen av fornøydhet kan være farget av ideologi om at det er best å være mest mulig integrert. Hvordan modellene virker ut ifra personalets perspektiv og særlig for brukerne, er også svært viktig for å ta stilling til hva som er best. En parallell undersøkelse av brukere av hjemmehjelp og hjemmehjelpere i seks av de 14 kommunene som inngår i dette prosjektet, tyder på at både brukere og hjemmehjelpere er minst fornøyd i kommuner som har lille integrasjon, mens de er mest fornøyd i den av de seks kommunene som har en tradisjonell modell med sidestilte

tjenester (Helset 1998). I de kommuner som har høy grad av integrasjon ligger brukernes og hjemmehjelpenes fornøydhetsgrad et sted mellom det en finner under lille integrasjon og sidestilte tjenester. Det er altså ikke tegn til at jo større grad av integrasjon desto lavere er brukernes og hjelpenes fornøydhetsgrad med tjenesten. Sammenhengen mellom grad av integrasjon mellom tjenestene og brukernes og personalets fornøydhetsgrad er så langt usikker. En annen parallell undersøkelse ved NOVA, ledet av Britt Slagsvold, om velferd og levekår blant sterkt hjelpetrengende eldre tjenestebrukere i aldersinstitusjoner, omsorgsboliger og egne hjem, vil supplere bildet av hvordan graden av integrasjon mellom tjenestene har sammenheng med tjenestenes kvalitet.

En annen bakgrunn for å være fornøyd med modellen, kan være at en er fornøyd med tjenestene, ressurstilgangen eller dekningsgraden. Det kan altså være en fare for at ledernes vurdering av tjenestene og kommunens totale innsats farger over på vurderingen av modellen. Hvis det er en sammenheng mellom vurderingen av tjenestene og vurderingen av organisasjonsmodellen, kan det være vanskelig å skille klart mellom om det er selve modellen eller kvaliteten på tjenestene som slår sterkest ut i vurderingen. Dette skal vi komme tilbake til i avsnitt 8.4.

8.3 Hva nevnes som fordeler og ulemper?

Like interessant som hvor fornøyd en er med modellen, er hva en er fornøyd med; hva en ser som fordeler og ulemper ved modellen. I begrunnelser for graden av fornøydhetsgrad vil det være lettere å kunne løsrive seg fra en generell vurdering av tjenestens kvalitet.

I alle 68 intervjuene er det svart på spørsmålene om fordeler og/eller ulemper ved organisasjonsmodellen. De som har høy grad av integrasjon nevner flere fordeler enn de med middels eller lav integrasjon, gjennomsnittlig nevnes det 3,0 (høy) 2,2 (middels) og 1,1 (lav) fordeler. Det er mindre forskjell i antall ulemper som nevnes; 0,9 (høy), 0,8 (middels) og 1,3 (lav). De med lav integrasjon av tjenestene nevner flere ulemper enn fordeler ved modellen. Dette er imidlertid ikke annet en grov indikasjon som stemmer bra med det inntrykket av fornøydhetsgrad som framkommer i tabell 8.1. Desto høyere integrasjon, desto mer fornøyd er lederne med modellen.

Fordeler ved høy grad av integrasjon

Det er ikke vanntette skott mellom ute- og innetjenestene. Vi ser godt hvordan brukerne har det både inne og ute. Det fungerer veldig bra, det er fleksibelt. Integrasjonen og fleksibiliteten inne/ute gjør at folk kan bo lenger hjemme. Som soneleder ser jeg helheten fordi jeg har en fot i begge leire.

Denne uttalelsen fra en soneleder i en kommune med full integrasjon med personveksling mellom hjemme- og institusjonstjenestene, favner mye av det som ble nevnt av fordeler ved høy grad av integrasjon. Fleksibilitet, helhet, bedre ressursutnyttelse og samarbeid er stikkord for det som er nevnt oftest som fordeler.

Fleksibilitet. Halvparten av lederne (12 av 24) ved høy integrasjon har brukt stikkordet fleksibilitet for å beskrive de viktigste fordelene ved modellen. Det er for eksempel fleksibilitet

- i bruk av ressurser,
- i bruk av personellressursene,
- i det daglige arbeidet,
- ved at vi bedre kan følge pasientenes utvikling,
- mellom inne- og utetjenestene.

Helhet ble også nevnt av mange (8), for eksempel:

- vi kan gi helhetlig pleie, kan gi alle typer tjenester og spille på hele registeret,
- vi har fått bedre forståelse for helhetstenkning,
- personellet ser helhetlig på brukerne,
- mer helhet i vurderingene,
- helhetlig oversikt over organisasjonen,
- ansvaret er felles og vi må løse problemene helhetlig, før satt alle og sa nei.

Organisering etter funksjonsprinsippet der ulike faggrupper og tjenester kommer inn under en felles ledelse og ressursene kan disponeres etter en felles situasjonsoppfatning, som ved høy grad av integrasjon, må forventes å gi mer fleksibilitet og helhet. Selv om samordning ikke er nevnt spesielt av mange ledere, ligger det muligheter for å oppnå samordning når en har en helhetlig oversikt over organisasjonen og kan bruke ressursene fleksi-

belt. På den måten peker det lederne nevner som fordeler i retning av at en oppnår det en ønsker med integrering av tjenestene.

Andre fordeler som nevnes av mange er at: – *ressursene utnyttes bedre* (nevnt av 6), hvilket peker på effektivitet, men som også kan henge sammen med fleksibilitet uten at de har brukt dette stikkordet. Videre nevnes det at – *en har bedre oversikt over brukerne og deres behov* (nevnt av 6), og – *det ikke er noen terskler eller skott mellom tjenestene* (nevnt av 4). Dette kan være formuleringer som peker på at organisasjonen fungerer som en helhet, selv om ordet helhet ikke er brukt i disse uttalelsene.

Selv om samordning ikke er nevnt spesielt, er det noen som framhever samarbeid;

- samarbeidet har blitt bedre (nevnt av 4) (for eksempel – mellom ute og inne og – mellom personalgruppene).

Dette peker på bedre muligheter for kontakt internt i en enhet enn mellom ulike enheter og stemmer med våre forventninger. Det er også en leder som peker på bedre samarbeid mellom sonene, altså på tvers av ulike enheter. I dette tilfellet ser altså våre forventninger om samordningsproblemer på tvers ikke å stemme. Som vi skal se senere er det enkelte ledere som peker på slike ulemper ved distriktsinndeling. Men det er ikke mange som peker på verken fordeler eller ulemper som geografisk avgrensede enheter skaper for samordning og likebehandling mellom brukere i hele kommunen. De som nevner slike ulemper ser dessuten ut til å være klar over farene og forsøker å motvirke dem.

At kontakten ikke bare blir hyppigere, men også bedre støttes av tre ledere som nevner at

- krangelen mellom hjemme- og institusjonstjenestene har blitt borte,
- det har blitt bedre forståelse mellom ute og inne,
- det tilføres mye positivt også til institusjonen.

Kontakt og samarbeid kan imidlertid også gi større utfordringer til personalet, slik tre ledere nevner at organisasjonsformen gir større utfordringer for personalet, for eksempel – *mer ansvar og mulighet for personlig og faglig utvikling*. Utfordringen er gitt en positiv farve av disse tre lederne. Det er imidlertid, som vi skal se nedenfor, flere som nevner mye ansvar og store krav som en ulempe, men da særlig for lederne.

Integrering av ulike tjenester kan i noen tilfeller stille store krav til å forene ulike kulturer eller tilnæringsmåter. I en kommune der også

tjenestene for mennesker ved psykisk utviklingshemming er integrert i pleie- og omsorgstjenestene, peker en av distriktslederne på at;

- vi har lyktes i å forene tre kulturer; hjemme-, institusjon- og tjenestene for mennesker ved psykisk utviklingshemming.

En annen leder i samme kommune peker på at denne integrasjonen er positiv fordi en har fått nye personalgrupper inn i tjenestene for mennesker ved psykisk utviklingshemming, samtidig som lederne i pleie- og omsorgstjenestene har fått en større personalgruppe med bredere kompetanse å spille på.

Av de 64 lederne som har nevnt fordeler ved kommunens organisasjonsmodell er det ikke mer enn 15 som direkte har pekt på fordeler for brukerne. Det betyr ikke nødvendigvis at de andre ikke ser slike fordeler. Det kan ligge implisitt i både fleksibilitet, helhet og samarbeid som kjennetegn ved organisasjonen. De fleste (10 av 15) som nevner fordeler for brukerne kommer imidlertid fra enheter med høy grad av integrasjon mellom tjenestene. Noen eksempler på slike fordeler er at:

- Brukerne kan bo lenger hjemme
- Det er lettere å komme inn på korttidsopphold
- Brukerne kjenner alle pleierne og møter de samme når de kommer på sykehjem
- Brukerne har det bedre
- Det er tryggere for brukerne
- Vi må tilpasse oss brukeren og ikke omvendt

Det siste peker på at det er organisasjonen som er fleksibel og at det ikke stilles samme krav til at brukerne må være fleksible. Dette skal vi komme tilbake til under spørsmål om hvordan lederne håndterer topper i arbeidsbelastningen.

To ledere (fra samme kommune) tillegger omorganiseringen til full integrasjon avgjørende betydning for at de kan mestre økende behov i pleie- og omsorgstjenestene i en periode med stram økonomi:

- Jeg er veldig godt fornøyd, omorganiseringen er den direkte årsaken til at vi klarer å møte utfordringene.
- Dette er det beste vi har gjort. Ressursene blir satt inn der det er behov. På den gamle måten hadde man vanntette skott. Omorganiseringen har reddet oss.

Ulemper ved høy grad av integrasjon

Selv om de fleste er fornøyd med høy grad av integrasjon og peker på mange fordeler, er det klart at det også er ulemper ved en høy grad av integrasjon. Når to tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie slås sammen, er det ikke sikkert en får med seg det beste fra to kulturer, men at den ene underordnes den andre (Høistad 1992). Samordning vil i seg selv være tidkrevende og kan også legge grunnlag for konflikter (Nylehn 1992, Egeberg 1984).

Sammenslåing vil i utgangspunktet gi større enheter, noe som kan føre til at det blir mye ansvar og stilles store krav til den enkelte leder. Dette er en ulempe som nevnes av mange (7 av 24), for eksempel:

- det blir for mye for én leder
- det er for store soner

Det kan synes som om mange kommuner ved omorganisering ønsker å spare inn på antall ledere og derfor lager enheter som presses langt med hensyn til størrelse. Stort ansvar og mye arbeid for lederne nærmest brukerne er imidlertid noe som også nevnes som en ulempe av ledere ved middels og lav grad av integrasjon. Det er kanskje et mer generelt fenomen og kan ha mer med ressursituasjonen og press på tjenestene å gjøre, enn med selve organisasjonsformen. I den forrige rapporten fra denne undersøkelsen (Kristoffersen & Solem 1998) har vi pekt på at størrelsen på den tjenesteytende enheten nærmest brukeren er en utfordring når det skjer en sammenslåing av hjemmehjelp og hjemmesykepleie, eller av hjemmetjenester og institusjonstjenester. Stort sett er størrelsen på enhetene i de 14 intervjukommunene slik at en leder har mellom 50 og 100 brukere og mellom 10 og 30 årsverk å administrere. Når enheten blir store ser vi en tendens til ulike og ofte utilsiktede tilpasninger, som for eksempel at det etableres ulike typer mer uformelle avlastningsledere.

Også på andre måter nevnes det (av 5 ledere) at høy grad av integrasjon stiller store krav, ved at det:

- er mer krevende å drive integrert, det er enklere å drive sykehjemmet uten å måtte forholde seg til soner,
- krever at lederen har evne til å delegere,
- krever stor evne til oversikt, og
- stiller krav til fleksibilitet.

Ellers nevner 4 ledere ulemper som er forbundet med selve omorganiseringen:

- Det var litt stritt i starten
- Det tar et par år før systemet kommer på plass
- Omorganisering skaper motstand fra personalet
- En ulempe kan være at det er dyrt i starten pga. opplæring. Men alt i alt er det ikke dyrere, tvert imot. Vi gjorde ikke dette for å spare penger, men for å få mer ut av hver krone.

Noen nevner også at høy grad av integrasjon kan ha uheldige virkninger på tjenestene:

- Det kan kamuflere behovet for ressurser fordi vi strekker oss for langt
- Hjemmehjelp får laveste prioritet
- Det har kanskje blitt lettere å få pasientene inn på institusjon, vi tyr raskt til institusjon. Det er mer bekvemt for personalet. Dette har ført til stort overbelegg.

Den første uttalelsen peker på en fare ved fleksibilitet, helhet og samordning. En ser hva som trengs og kan vanskeligere si at dette er ikke mitt bord. Dermed kan en strekke seg langt og kanskje lenger enn forsvarlig ved å sørge for at «det går seg til» på en måte som kanskje ikke alltid er den beste hverken for brukeren eller for personalet, – men billigere for kommunen.

De to andre uttalelsene antyder, som vi har vært inne på i kapittel 7, at balansen i tjenestene kan helle i retning av det medisinske og pleiefaglige. Fagkunnskap kan få lettere gjennomslag i hjemmetjenestene på bekostning av ufaglært hjemmehjelp. Institusjonen kan bli mer tilgjengelig som løsning når den inngår i samme enhet som hjemmetjenestene. Om dette er en fordel eller ulempe for brukerne kan variere. For noen kan det være en klar fordel at en raskt kan få omfattende pleie i institusjon. Ulempen kan være at en «glemmer» tilbud med mer sosial profil, hjelp i hjemmet og å bygge ut omsorgsboliger der brukeren kunne fått samme trygghet for pleie, men i mer hjemlige omgivelser.

Ulemper ved distriktsinndeling

Som nevnt er en av fordelene ved høy grad av integrasjon at det bidrar til å bygge ned skott mellom tjenestene. Det nevnes imidlertid også at det i steden kan oppstå terskler eller skott etter den geografiske inndelingen:

Det har lett for å bli skott mellom arbeidslagene. De blir nesten som avdelinger. Dette er en fare, men det er ikke noe problem. I dag er det ikke vanskelig å spørre om assistanse fra andre arbeidslag, men de har ikke mye å gi fra seg. Særlig ved sykefravær er det aktuelt å spørre naboarbeidslaget.

En annen fare ved den geografiske inndelingen (desentraliseringen) er at:

Ulikheter kan oppstå mellom distrikter og soner. Men forskjellige vurderinger er også et gode i seg selv. Vi er veldig opptatte av faren for forskjellsbehandling. En skal ha lik hjelp uansett bosted.

Denne faren meldes imidlertid også fra kommuner med middels og lav grad av integrasjon. Den henger mer sammen med geografisk inndeling enn med integrasjonsmodell. Som nevnt foran er det også en leder som peker på at samarbeidet mellom soner har blitt bedre etter sammenslåing.

Ulemper ved samlokalisering

Til slutt tar vi med at det nevnes som en ulempe at

Det kan bli mye folk inne på sykehjemmet, slik at det blir mye uro for beboerne.

I denne kommunen er omsorgstjenestenes felles base lokalisert til sykehjemmet, hvilket gir mye trafikk også av personale som skal ut i hjemmebesøk. Den samme ulempen nevnes imidlertid også i en kommune som har sidestilte tjenester, men som har samlokalisert både hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien ved sykehjemmet. Uro ved sykehjemmet er dermed mer et problem ved samlokaliseringen enn ved integrasjonsmodellen.

Fordeler ved middels grad av integrasjon

Middels grad av integrasjon omfatter kommuner eller distrikter som har samorganisert hjemmehjelp og hjemmesykepleie, de har ulike former for «lille integrasjon», men ikke «store integrasjon». Mange av de samme fordelene nevnes av de 21 lederne i denne gruppen som av de lederne som har høy grad av integrasjon, for eksempel bedre samordning (5), oversiktighet (4), ressursutnytting (4) og fleksibilitet (3), men de nevnes ikke av så mange som ved høy grad av integrasjon. Videre nevnes økt tverrfaglig samarbeid og mindre profesjonsstrid av tre ledere, for eksempel

- - vi må samhandle nå, før var det profesjonsstyrt.

Organisering etter funksjonsprinsippet synes altså å gi den samme type – forventete – fordeler når det bare er hjemmetjenestene som integreres, som når også institusjonstjenesten er inkludert. Men fordelene omfatter da mindre deler av pleie- og omsorgstjenesten og det er færre som nevner dem. Samordning er imidlertid oftere nevnt direkte av ledere ved middels grad av integrasjon. Muligens kan det gjenspeile at samordning er enklere når det er færre tjenester som samordnes.

Sju av lederne svarer på spørsmål om fordeler med å begrunne hvorfor de ikke har store integrasjon, for eksempel

- vi satser på spesialisering, personalet skal bli gode til det de gjør og ikke veksle mellom institusjon og hjemmetjenester,
- kommunen er for stor for store integrasjon,
- det er store forskjeller mellom institusjon og hjemmetjenester.

Den første uttalelsen peker på fordeler ved prosessprinsippet (Gulick 1937, jf. kapittel 4) som gir bedre muligheter for faglig utvikling på spesialiserte felter. Den siste uttalelsen kan tyde på at tjenestene er så forskjellige eller spesielle at det kan oppleves som vanskelige å få til en fungerende samordning ved å viske ut grensene mellom dem. Bortsett fra disse sju lederne synes de fordeler som nevnes ved middels grad av integrasjon å være fordeler ved integrasjon generelt, og ikke spesifikke fordeler ved å ha «bare» middels integrasjon.

Fordeler for brukerne nevnes av fem ledere, med andre ord også færre enn ved høy grad av integrasjon der ti ledere nevnte slike fordeler. Eksempler på uttalelser fra ledere ved middels grad av integrasjoner at:

- det er få personer rundt brukeren,
- alle har like muligheter for å få tjenester, det er rettferdig,
- en får fort ut hjelp til folk, og
- det er bedre respekt og forståelse for brukerne.

Som også ved høy grad av integrasjon er det noen ledere ved middels grad av integrasjon som nevner fordeler for personalet, for eksempel at det:

- er faglig stimulerende
- er et selvstendig arbeid
- gir god motivasjon

Det at det synes å ligge muligheter for faglig utvikling, faglig stimulering, i et samarbeid med andre yrkesgrupper og ikke bare innen sitt eget felt, kan

nyansere antakelsen fra Gulick (1937) om at prosessprinsippet gir bedre muligheter for faglig utvikling.

Ellers nevnes det som en fordel av tre ledere at

- modellen stiller store krav til samarbeidet.

Dette er det imidlertid andre som nevner som en ulempe, som vi skal se nedenfor.

Ulemper ved middels grad av integrasjon

Det er seks ledere som nevner forhold ved samarbeidet som en ulempe;

- hvis vi ikke klarer å samarbeide blir tjenestene for navlebeskuende,
- vi må jobbe mer med samarbeidet,
- det kunne vært bedre samarbeid mellom hjemmetjenestene og institusjonen,
- det er kommunikasjonsproblemer mellom hjemmetjenestene og sykehjemmet,
- det ville vært tettere samarbeid ved store integrasjon,
- det blir lett kamp om ressursene mellom hjemmetjenestene og institusjon

De fire siste uttalelsene peker på ulemper ved at institusjonstjenesten ikke er inkludert i integrasjonen. Samarbeid på tvers av enheter krever mer enn samarbeid innen en enhet.

Som også ved høy grad av integrasjoner nevner noen ledere (4) at

- det blir stort arbeidspress på mellomledere/soneledere.

Integrasjon, stor eller liten, går ofte sammen med en innsparing på lederstillinger og arbeidspresset kan som vi har vært inne på under ulemper ved stor grad av integrasjon, henge mer sammen med enhetenes størrelse enn det at de er organisert etter funksjonsprinsippet og integrert.

I motsetning til den lederen som nevnte som en fordel at modellen gir mer rettferdig ressursfordeling, er det en som nevner at:

- det kan bli noe ulik behandling i ulike distrikter,

men det har antakelig mer med distriktsinndelingen å gjøre enn med integrasjonsmodellen.

Fordeler ved lav grad av integrasjon

Dette er kommuner som har sidestilte tjenester, eller som har lille integrasjon på administrativt nivå, men hvor tjenestene nærmest bruker likevel i hovedsak fungerer som sidestilte tjenester.

Ledere ved lav grad av integrasjon er som nevnt de eneste som kommer fram med flere ulemper enn fordeler. Noen av de fordelene som nevnes knyttes dessuten primært til samlokalisering og ikke til at tjenestene er administrativt sidestilte. Det gjelder for eksempel

- Samarbeidet er bra etter samlokaliseringen,
- faggruppene står sterkere nå etter samlokalisering,
- samlokalisering gir nærhet og tilhørighet.

Også ved lav grad av integrasjon er det imidlertid noen (4 av 18) som peker på fleksibilitet og samarbeid som fordeler ved modellen, for eksempel:

- vi kan bytte litt på oppgavene og i noen grad unngå å løpe etter hverandre,
- vi har nært samarbeid uten strenge grenser.

Disse fire lederene kommer også fra kommuner der tjenestene er samlokalisert. Uttalelsene peker på at det kan utvikles fleksible løsninger og nært samarbeid selv om tjenestene er organisert i ulike enheter. Grensene mellom tjenestene trenger ikke være strenge. I noen tilfeller vil de kunne fungere enhetlig selv om de ikke er en organisatorisk enhet. I kapittel 7 fant at det ikke er noen tendens til at kommuner med lav grad av integrasjon i stedet satser på samlokalisering for å oppnå samordning. Disse uttalelsene tyder likevel på at samlokalisering kan ha slike virkninger uavhengig av om tjenestene er formelt integrerte.

Ellers er det fem som peker på administrative fordeler, som for eksempel;

- det er en enkel organisering uten sammenblandinger,
- det er lettere å ansvarliggjøre enhetene budsjettmessig,
- lettere å kontrollere hjemmehjelpenes arbeidstider,
- det blir bedre rapportering, og
- det blir for mye personale for én leder å ha ansvar for når hjemmehjelp og hjemmesykepleie slås sammen.

Det siste kan, som vi har sett foran, støttes av at press på lederne og store enheter nevnes som en ulempe ved middels og høy grad av integrasjon.

Dette søkes i mange tilfeller løst gjennom størrelsen på soner og arbeidslag, men det skjer likevel tilpasninger med uformelle avlastningsledere (koordinatorer) eller formelle assisterende ledere som kan få tildelt arbeidsfelter de er hovedansvarlige for (Kristoffersen og Solem 1998). Dette tyder på en tendens til å ville presse en i overkant stor ansvarsbredde på ledere av sammenslåtte enheter. Ved organisatorisk atskilte enheter kan det være lettere å holde oversikt over den begrensede enheten og enklere å administrere og kontrollere. Styringen av tjenesten kan bli mer effektiv, men det kan samtidig bli vanskeligere å ivareta helheten i pleie- og omsorgstjenestene. Det er i hvert fall ingen som nevner at lav grad av integrasjon gir mer helhetlige og bedre samordnede tjenester.

Andre fordeler som nevnes ved lav integrasjon er at

- det gir selvstendighet til hjemmehjelpstjenesten og
- personalet føler seg trygge, eller i hvert fall at endring gir motstand.

Hjemmehjelpstjenesten synes å være den deltjenesten som er vanskeligst å få reelt integrert med de andre tjenestene. De fungerer mer som kollegiale organ med mange deltidsansatte og er vanskeligere å styre i hierarkiske systemer (Kristoffersen & Solem 1998). Det er særlig blant hjemmehjelpere det er motstand mot integrering med hjemmesykepleien og/eller med institusjon. De kan ved sammenslåing bli underlagt en annen ideologi og miste noe av sitt særpreg med forankring i en husmørtadisjon med erfaringsbasert kunnskap, der de ikke er styrt av fagprofesjoner med teoretisk basert medisinsk kunnskap (Wærness 1989, Høistad 1992). Det kan også være en frykt for at knappe ressurser gjør det enklere å nedprioritere hjemmehjelpstjenesten når den er integrert i en større enhet med en pleiefaglig innretning. En slik frykt synes vel begrunnet i den utvikling vi har sett i pleie- og omsorgstjenestene de siste årene (Daatland m.fl. 1997). Hjemmehjelp er prioritert lavere enn hjemmesykepleie.

Det er påfallende at ingen av lederne nevner at sidestilte tjenester gir fordeler for brukerne. Heller ikke de, riktignok bare to, hjemmehjelpslederne fra slike kommuner som er intervjuet, nevner fordeler for brukerne. Intervjuer med brukere av hjemmehjelp tyder på at disse er mest fornøyde med tjenesten når det er en egen hjemmehjelpstjeneste (Helset 1999). Lederne og brukerne kan synes å ha ulik oppfatning av situasjonen. På den annen side må det sies at vi ikke har spurt lederne direkte om de ser fordeler eller ulemper for brukerne ved de ulike organisasjonsmodellene.

Det kan godt være at de ser mange fordeler, men disse synes ikke å ligge nærmest i bevisstheten når vi spør generelt om fordeler og ulemper.

Ulemper ved lav grad av integrasjon

Mange av ulempene som nevnes har med dårlig samordning, helhet og samarbeid å gjøre. Det er slik vi ville forvente ut fra antakelsen om at samarbeid er vanskeligere mellom enheter enn innen en enhet. Sju av 19 ledere nevner slike ulemper, for eksempel

- vi ligger litt for oss selv, det er skott mellom oss,
- det er lite samordnet,
- vi har ikke en ensartet ideologi og ingen «vi-følelse»,
- det blir kamp om ressursene og revirtenkning.

Liten fleksibilitet er en ulempe nevnt av tre ledere;

- man blir veldig låst,
- usmidig system,
- lite fleksibelt.

Andre ting som nevnes er at

- det skaper uklarhet at de ansatte har flere ledere å forholde seg til,
- det kunne vært mer utfordrende oppgaver ved store integrasjon,
- modellen dekker ikke brukernes behov,
- ressursene utnyttes dårlig

Det nevnes altså at sidestilte tjenester gir dårlig ressursutnyttelse og at brukernes behov ikke blir dekket. Vi skal i det følgende nærme oss dette ved å se hvordan lederne under ulike modeller vurderer kvaliteten på tjenestene, i første omgang hvor fornøyd de er med tjenestene.

8.4 Fornøydhet med tjenestene

Ved høy grad av integrasjon pekes det på fleksibilitet og helhetstenkning som fordeler ved modellen. Noen knytter også bedre kvalitet på tjenestene til det at tjenestene er integrert. For å komme nærmere en oppfatning om kvaliteten har vi spurt lederne om deres vurdering av tjenestene generelt og dessuten bedt dem karaktersette enkelte tjenester. En sammenheng mellom grad av integrasjon og vurderingen av tjenestenes kvalitet kan imidlertid ikke uten videre tas til inntekt for at organiseringen påvirker kvaliteten.

Vurderingen av kvaliteten kan være farget av hva en synes om organisasjonsmodellen. Er lederen fornøyd med den måten de organiserer tjenestene på kan dette påvirke *vurderingen* av tjenesten slik at den blir stående i et mer positivt lys enn hvis en er misfornøyd med organiseringen. Dessuten vet vi ikke hva som kom først. Vi har spurt lederne på ett tidspunkt og ikke før og etter omorganisering. Det kan være at god kvalitet på tjenestene og romslige ressurser kan framskynde en omorganisering i retning større grad av integrasjon. Det kan selvsagt også være at gode tjenester gjør at en ikke ser behov for omorganisering. Når kvaliteten er god kan en like gjerne beholde sin tradisjonelle måte å organisere tjenestene på. Det er med andre ord mange feilkilder og ikke umiddelbart gitt at sammenhenger kan tolkes som en spesiell retning på årsak og virkning; at organisasjonsmodellen fører til kvalitetsforskjeller i tjenestene.

Én av disse feilkildene kan vi få et visst inntrykk av ved å se på sammenhengen mellom vurderingen av tjenestene og fornøydhet med modellen (tabell 8.2). Hvis denne sammenhengen er sterk kan det tenkes at vurderingen av modellen påvirker vurderingen av tjenestene uten at det nødvendigvis ligger noen reell kvalitetsforskjell til grunn. På den annen side, dersom modellen faktisk påvirker kvaliteten, må vi også forvente en viss sammenheng mellom vurderingene.

Tabell 8.2. Fornøydhet med organisasjonsmodellen i forhold til generell vurdering av tjenestene. Prosent (N).

| <i>Fornøyd med modellen</i> | Generell vurdering av tjenestene | | | <i>Sum</i> |
|-----------------------------|---|----------------|----------------|------------|
| | <i>Positiv</i> | <i>Både-og</i> | <i>Negativ</i> | |
| Svært godt | 59,1 | 36,4 | 4,6 | 100,1 (22) |
| Godt | 36,0 | 40,0 | 24,0 | 100,0 (25) |
| Både-og/Misfornøyd | 14,3 | 64,3 | 21,4 | 99,9 (14) |
| I alt | 39,3 | 44,3 | 16,4 | 100,0 (61) |

Det vi finner er en sammenheng som ligger på et nivå ($r = .35$) som viser at vurderingen av tjenestene langt i fra bare er påvirket av vurderingen av modellen (eller omvendt). Det er i det minste også andre forhold som påvirker vurderingen av tjenestene. Det andre forhold vi er interessert i er om ulike organisasjonsmodeller gir ulike vurderinger av tjenestene, uansett hvordan lederne vurderer sin modell.

Vi skal se nærmere på hvordan lederne beskriver den generelle situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene og hvordan de vurderer kvaliteten i

forhold til ulike brukergrupper. Først har vi spurt hvordan lederne, med få ord, vil karakterisere pleie- og omsorgstjenestene i sin kommune/ distrikt. Vi har gruppert svarene etter om de gir hovedsakelig positive beskrivelser, hovedsakelig negative beskrivelser eller omtrent like mye av begge deler.

Eksempler på gruppering av beskrivelser:

Overveiende positive:

- Distriktet vårt fungerer kjempebra. Det er korte veier mellom leddene. Vi fokuserer på brukeren og personalet må tåle å flytte på seg.
- Vi har godt utbygde tjenester, tilbud hele døgnet. Vi streber mot at man skal bo hjemme. Dette er målet. Det er ingen grense eller terskel for antall hjemmebesøk.

Både-og:

- Vi dekker opp det meste av behovene og har ikke ventelister. Kan tildele hjemmehjelp og hjemmesykepleie på dagen. Det er ingen venting for å få bolig eller institusjonsplass. Senil demente har et altfor dårlig tilbud. Vi har en senil demens avdeling – uten ressurser. Aldershjemmet er egentlig et sykehjem, bare et skalkeskjul i forhold til bemanningen. Vi har god bemanning, men den er lav og det går utover det sosiale.
- Den faglige kvaliteten er veldig god. Tilgangen til tjenester er veldig dårlig. Dette er et dilemma. Det skyldes i stor grad mangelen på sykehjems plasser.

Overveiende negative:

- Hjemmebasert omsorg er dårlig utbygd. Det er et altfor dårlig tilbud. På dagtid er tilbudet bra, men for lite. Vi dekker stort sett behovet og brukerne får hjelp til et visst punkt.
- Det er kø til det meste, knapphet på hjemmehjelp og konstant overbelegg på institusjonen. Vi har ikke tilpassete boliger. Vi trenger ikke flere sykehjem, heller omsorgsboliger.

Fordelingen etter denne grupperingen i enheter med ulik grad av integrasjon mellom tjenestene er gjengitt i tabell 8.3.

Tabell 8.3. Vurdering av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til grad av integrasjon mellom tjenestene. Prosent (N).

| Generell vurdering av tjenestene | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|------------|
| <i>Grad av integrasjon</i> | <i>Positiv</i> | <i>Både-og</i> | <i>Negativ</i> | <i>Sum</i> |
| | | | | |

| | | | | |
|---------|------|------|------|------------|
| Høy | 45,8 | 50,0 | 4,2 | 100,0 (24) |
| Middels | 57,1 | 28,6 | 14,3 | 100,0 (21) |
| Lav | 15,0 | 50,0 | 35,0 | 100,0 (20) |
| I alt | 40,0 | 43,1 | 16,9 | 100,0 (65) |

Det er de med lav grad av integrasjon (15 prosent positive vurderinger) som skiller seg ut fra de med middels (57,1 prosent) og høy (45,8 prosent) grad av integrasjon. Det er liten forskjell i vurderingen av tjenestene mellom de med middels og høy grad, mens de med lav grad av integrasjon gir mindre positive og mer negative vurderinger av tjenestene. Vurderingen av tjenestene ser altså ut til å være bedre når det er en viss grad av integrasjon mellom dem, men integrasjon utover et minimumsnivå ser ikke ut til å gi mer enda positive vurderinger.

8.5 Karaktersetting av tilbud

For å få ledernes vurdering av hvordan tjenestene makter å ivareta behovene for ulike brukergrupper har vi bedt dem å sette en karakter fra 1 til 6, der 6 er beste karakter. Av de 68 lederne som er intervjuet er det relativt mange som ikke har svart på dette spørsmålet, dels fordi deres ansvarsområde ikke dekker alle brukergruppene (for eksempel har ikke sykehjemsstyrere vurdert tjenestene for personer med fysisk funksjonshemming og psykisk utviklingshemming), og delvis på grunn av en viss motvilje mot å tallfeste en sammensatt vurdering. Resultatene kan likevel gi en grov indikasjon på tendenser (tabell 8.4).

Tabell 8.4. Gjennomsnittskarakter for tilbudet til ulike grupper i forhold til grad av integrasjon mellom tjenestene. (N).

| | Integrasjon | | | I alt |
|------------------------------------|-------------|----------|----------|----------|
| | Høy | Middels | Lav | |
| Eldre med behov for praktisk hjelp | 4,1 (17) | 4,0 (16) | 3,8 (17) | 4,0 (50) |
| Eldre med behov for pleie | 4,6 (17) | 4,6 (15) | 4,1 (17) | 4,4 (49) |
| Personer med | | | | |
| aldersdemens | 4,0 (17) | 3,8 (16) | 2,8 (17) | 3,5 (50) |
| fysisk funksjonshemming | 4,0 (11) | 4,1 (13) | 4,3 (17) | 4,2 (41) |
| psykisk utviklingshemming | 4,4 (12) | 4,7 (14) | 4,3 (12) | 4,5 (38) |
| psykiske lidelser | 3,0 (14) | 3,5 (15) | 2,4 (14) | 3,0 (43) |
| | 4,0 | 4,1 | 3,6 | 3,9 |

Generelt får tilbudet til personer med psykiske lidelser dårligst karakter, mens tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming får best karakter, sammen med tilbudet til eldre med behov for pleie. Det stemmer godt overens med de kommentarene som er gitt rundt dette spørsmålet – også andre steder i intervjuet. Mange nevner det psykiatriske tilbudet som det de har dårligst grep om, samtidig som mennesker med psykisk utviklingshemming omtales som høyt prioritert. Det samme kan vi si om hjemmesykepleie i forhold til hjemmehjelp. Behov for praktisk hjelp er nedprioritert i mange kommuner. Ellers synes disse lederne også relativt lite fornøyd med tilbudet til personer med aldersdemens.

Selv om det ikke er gjennomgående store forskjeller i hvordan tilbudene vurderes i kommuner med ulik grad av integrasjon, er tendensen at de med lavest grad av integrasjon gir lavest karakter til tilbudene, særlig tilbudene til mennesker med aldersdemens og til mennesker med psykiske lidelser. De gir også noe lavere karakter til tjenestene for eldre med behov for pleie. Om integrasjonen er middels eller høy synes ikke å gi noe utslag i hvordan tilbudene vurderes. Ut fra dette kan vi antyde at integrasjon kan bidra til bedre tilbud, mens økning av integrasjonen utover et middels nivå, for eksempel fra lille integrasjon til full integrasjon, ikke gir tydelig effekt i form av at tilbudet til brukerne blir bedre. Vi minner om at dette er slik lederne vurderer det. Ut fra brukernes eget perspektiv kan situasjonen være annerledes.

Inntrykket er altså det samme når vi ser på de karakterer som gis til tjenestene for ulike grupper, som når vi ser på den generelle vurderingen av tjenestene. Det er de med lav grad av integrasjon som synes minst tilfreds med tjenestene i kommunen (eller distriktet/sonen).

8.6 Prioritering ved kriser

Noe av organisasjonens styrke og svakhet vil kunne spores i dens evne til å håndtere krevende situasjoner der det er topper i arbeidsbelastningen, for eksempel på grunn av sykefravær hos personalet eller akutt økning i hjelpebehovet hos brukerne. I prinsippet er det to hovedmåter å håndtere slike situasjoner på, enten ved å bruke personalet mer fleksibelt eller ved å forutsette økt fleksibilitet hos brukerne. Vi spurte lederne om de brukte personaltilpasninger som overtid, ekstravakter og omdisponering av personell, eller brukertilpasninger som å skjære ned på tidsbruken hos den

enkelte eller at noen bruker ble hoppet over og ikke fikk hjelp når det var slike akutte problemer.

Tabell 8.5 Andel av ledere som ved ulik grad av integrerte tjenester bruker ulike tiltak for å håndtere topper i arbeidsbelastningen i hjemmetjenestene. Prosent (N).

| Tiltak | Integrasjon | | |
|---|-------------|-----------------|-------------|
| | Høy (14) | Middels (10) | Lav (10) |
| Bruker overtid | 14,3 | 40,0 | 50,0 |
| Kaller inn ekstravakter | 71,4 | 100 | 90,0 |
| Omdisponerer personell innen omsorgstjenestene (for eksempel ute/innetjenestene) | 85,7 | 60,0 | 30,0 |
| Skjærer ned på mengde tid hos alle brukerne | 35,7 | 80,0 | 80,0 |
| Noen brukere får ikke hjelp | 7,1 | 60,0 | 80,0 |

Tabell 8.5 viser at desto høyere grad av integrasjon, desto mindre baserer en seg på at brukerne må tilpasse seg til den akutte knappheten. Ved høy grad av integrasjon er det få som lar noen brukere bli uten hjelp i den akutte situasjonen eller som skjærer ned på tiden hos hver bruker. I stedet skjer det en omdisponering av personell innen omsorgstjenestene. Ekstravakter er det vanlig å bruke ved alle grader av integrasjon, mens overtid synes noe mindre brukt ved høy integrasjon. Ved høy grad av integrasjon ser det dermed ut til å være lettere å omdisponere innen de rammer som er, uten å bruke mer ekstravakter eller overtid.

Selv om en ved høy grad av integrasjon synes mer å kunne skjerme brukerne fra å få redusert hjelp når det oppstår akutte ressursproblemer, er det ikke nødvendigvis det som alltid er det beste for brukerne. I noen tilfeller vil brukere med begrensete behov for hjelp, for eksempel til rengjøring, foretrekke å stå over en gang framfor å få en ny person inn i huset. Kvaliteten for brukerne vil være avhengig av hvor lydhør en kan være for brukernes ønsker. Det synes som om en ved høy grad av integrasjon lettere kan bistå de brukerne som ønsker stabil hjelp mer enn stabile hjelpere.

8.7 Overlapping i oppgaver mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Når hjemmehjelp og hjemmesykepleie integreres skjer det for å samordne disse tjenestene bedre. Dette kan også medføre at en overlapper hverandre,

for eksempel ved at hjemmesykepleieren tar oppvasken når hun først er på hjemmebesøk for å sette en sprøyte. Eller at hjemmehjelpen tar mer av personlig stell, bading etc. Slik kan en rasjonalisere antall besøk på en enklere måte desto bedre samordnet de to tjenestene er. Det er ulike oppfatninger om i hvilken grad det er forsvarlig å bruke hjemmehjelpere til tradisjonelle sykepleieoppgaver som personlig stell og enklere pleie, og i hvilken grad sykepleiere og hjelpepleiere i spesielle situasjoner bør kunne ta enklere hjelpeoppgaver i huset. Det er altså ikke entydig hva som er gode løsninger i arbeidsfordelingen mellom hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere.

Flertallet (23 – 63,9 prosent) av de 36 lederne vi har spurt om det har skjedd endringer i grensene mellom de to personellgruppenes arbeidsoppgaver, svarer at det de siste 5-6 årene har blitt mer utbredt at noen oppgaver utføres dels av hjemmehjelp og dels av hjemmesykepleier (tabell 8.6). Det som imidlertid er overraskende er at det er få (23,1 prosent) av lederne med høy grad av integrerte tjeneste som sier dette.

Tabell 8.6 Endringer over de siste 5-6 år i grensene mellom hjemmehjelperes og hjemmesykepleieres oppgaver, etter grad av integrasjon mellom tjenestene. Prosent (N).

| <i>Endring i oppgaver</i> | Integrasjon | | | |
|---------------------------|--------------------|----------------|------------|--------------|
| | <i>Høy</i> | <i>Middels</i> | <i>Lav</i> | <i>I alt</i> |
| Mer overlapping | 23,1 | 81,8 | 91,7 | 63,9 |
| Ingen endring | 61,5 | 9,1 | 0 | 25,0 |
| Mindre overlapping | 15,4 | 9,1 | 8,3 | 11,1 |
| Sum | 100,0 (13) | 100,0 (11) | 100,0 (12) | 100,0 (36) |

Ikke bare endringene over tid, men også det nivået av overlapping som beskrives i intervjuene, gir klart inntrykk av at det er mer klare grenser i kommuner med høy grad av integrasjon, mellom hvilke oppgaver hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere utfører. Vi har gruppert svarene etter grad av overlapping som beskrives (mye, noe, lite), og finner en tydelig sammenheng med grad av integrasjon (tabell 8.7).

Tabell 8.7. Grad av overlapping mellom hjemmehjelperes og hjemmesykepleieres oppgaver, etter grad av integrasjon mellom tjenestene. Prosent (N).

| <i>Overlapping</i> | Integrasjon | | | |
|--------------------|--------------------|----------------|------------|--------------|
| | <i>Høy</i> | <i>Middels</i> | <i>Lav</i> | <i>I alt</i> |

| | | | | |
|------|------------|------------|------------|-----------|
| Mye | 21,4 | 45,5 | 58,3 | 40,5 |
| Noe | 14,3 | 54,6 | 33,3 | 32,4 |
| Lite | 64,3 | 0 | 8,3 | 27,0 |
| Sum | 100,0 (14) | 100,1 (11) | 100,0 (12) | 99,9 (37) |

Det er høy grad av integrasjon som er forskjellig fra middels og lav grad – både i tabell 8.6 og 8.7. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er samorganisert ved middels og høy grad, men ikke ved lav grad av integrasjon. Hvis integreringen mellom de to tjenestene har betydning for overlapping i oppgaver, burde de med lav grad av integrasjon ha skilt seg ut med mindre overlapping enn både ved høy og middels grad. Det gjør det altså ikke. Det er lederne ved høy grad av integrasjon som synes å legge størst vekt på at oppgavene for hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere holdes atskilt. De er på den måten mer profesjonsorienterte og synes klarere i sin oppfatning av at pleie skal utføres av faglig kvalifiserte pleiere.

Denne forskjellen i orientering ser vi en tendens til også i svarene på spørsmål om hva de forstår med kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Hovedtyngden av svarene faller i to grupper. For det første at brukerne er fornøyde eller opplever å få den hjelp de trenger (nevnt av 81 prosent), og for det andre at personalet er faglig kvalifiserte, profesjonelle eller at tjenestene holder en høy faglig standard (nevnt av 35 prosent). Både ved høy, middels og lav grad av integrasjon legges det mest vekt på brukernes fornøydhet (hhv. 71, 84 og 90 prosent). Forskjellen er tydeligere når det gjelder vektleggingen av det profesjonelle, som er nevnt av 46 prosent ved høy, av 32 prosent ved middels og 25 prosent ved lav grad av integrasjon mellom tjenestene. Forskjellen peker i retning av at klare profesjonelle linjer er viktigere, i det minste i dette utvalget, for ledere der tjenestene i høy grad er integrerte.

8.8 Samordning gjennom rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling.

Samordning mellom tjenestene kan skje gjennom regelmessige møter der personalet fra de ulike tjenestene treffes, og gjennom andre typer informasjonsutveksling som for eksempel hjemmejournal eller datasystemer der personalet kan hente ut informasjon ved behov. Dette har vi spurt om i intervjuene med ledere i de 14 utvalgs kommunene. Siden vårt fokus er på faglig koordinering på lavt nivå i organisasjonen ble ikke alle lederne i hver kommune stilt disse spørsmålene. Spørsmålene om møter ble stilt 39

mellomledere og ledere på nivået nærmest brukerne, mens spørsmålene om hjemmejournal og data ble stilt til 49 ledere på alle nivåer. Spørsmålene sier ikke noe om hvor god samordningen er, men i hvilken grad det finnes formelle kanaler som gjør samordning lettere.

Møter

Koordinering, kontakt og informasjonsutveksling må antas i større grad å finne sted internt i enheter enn mellom enheter (Egeberg 1984). I snaut halvparten (48 prosent) av de administrative enhetene (kommuner/distrikter/soner) var det minst ukentlige møter mellom hjemmehjelpere og ansatte i hjemmesykepleien, mens 11 prosent opplyste at de ikke hadde slike møter. Det var en tendens til sjeldnere møter ved liten grad av formell integrasjon. I enheter med middels eller høy grad av integrasjon var det 58 prosent som hadde minst ukentlige møter, mot 27 prosent ved lav grad av integrasjon. Forskjellen peker i retning av at der hjemmehjelp og hjemmesykepleie var organisert i samme enhet var det flere formelle møter mellom dem enn der de var organisert i ulike enheter (hhv. hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien).

Vi spurte også om det var møter der alle hjemmehjelpere og ansatte i hjemmesykepleien som var på vakt var forventet å møte. Seks av ti enheter opplyste at de hadde slike møter. Også her var det en viss – men enda svakere – tendens til at de enhetene med lavest grad av formell integrasjon i minst grad hadde slike møter (45 prosent mot 68 prosent ved middels og høy grad av integrasjon).

Formell integrasjon kan øke sannsynligheten for at det holdes møter mellom de ulike personalgrupper i hjemmetjenestene. I det minste synes enheter som har lav grad av integrasjon ikke å legge større vekt på at personalgruppene møtes. De forsøker ikke å bedre samordningen gjennom møter, i stedet for å organisere tjenestene i samme enhet.

Møter mellom personell i hjemmetjenesten og institusjonspersonell var imidlertid klart vanligst i enheter med høy grad av integrasjon. Der hjemmetjenestene og institusjonen formelt var samorganisert som én enhet, hadde 43 prosent møter mellom personell i hjemmetjenesten og institusjonspersonell minst hver uke, mens det var ingen enheter med middels eller lav grad av integrasjon som hadde slike møter så ofte. Det var 64 prosent med høy grad av integrasjon som hadde møter der alle på vakt var

forventet å møte, mens bare 4 prosent med middels eller lav grad av integrasjon hadde slike møter.

Muligheter for kontakt og informasjonsutveksling gjennom møter var klart hyppigst i de enhetene som hadde høy grad av integrasjon. De med liten grad av formell integrasjon synes ikke å kompensere med å legge mer vekt på formelle møter for å ivareta samordningen av tjenestene.

Hjemmejournal og data

Samordning av tiltak overfor den enkelte bruker kan være et problem når flere hjelpere og ulike personalgrupper er hjemme hos brukeren til ulike tider. Hjemmejournal er et hefte, mappe e.l. med viktige opplysninger om tiltak de ulike hjelperne har iverksatt og om brukerens behov og endringer i brukerens tilstand, som hjelperne slår opp i når de kommer og skriver ny informasjon inn i når de går. Fra knapt tre av ti enheter opplyses at de anvender dette systemet for koordinering av tiltak i hjemmet. Det er ingen forskjell i utbredelse av hjemmejournal mellom enheter med ulik grad av formell integrering. Heller ikke når det gjelder personalets muligheter for å hente ut informasjon på dataskjerm ved behov, er det noen tydelig forskjell etter grad av integrering. Tre av ti enheter opplyser at personalet har slike muligheter.

8.9 Samordning gjennom samlokalisering

Fysisk struktur eller samlokalisering er et annet mulig virkemiddel for sterkere samordning. Samlokalisering vil si at de ulike tjenestene har kontorer og eventuelt andre lokaler i samme bygning. En samlokalisering mellom tjenester kan gjøre det lettere å koordinere virksomheten. Også ved sidestilte tjenester kan geografisk nærhet øke mulighetene for både planlagt og ikke planlagt kontakt. Ledere og personale fra for eksempel hjemmehjelpen og hjemmesykepleien har større muligheter for å treffes og vite om hverandre og det kan være lettere å ta kontakt når det oppstår behov for samordning. I tillegg til koordineringsbehov i til daglig, kan det ved sykdom blant personalet eller ved akutt behov for mye innsats hos en enkelt bruker oppstå behov for omdisponeringer og bruk av personale på tvers av tjenestene. Det kan tenkes at slik spontan samordning kan fungere like bra eller «godt nok» sammenliknet med en formell sammenslåing av tjenestene. Egeberg (1989) peker på at plassering i samme bygning ikke er tilstrekkelig til at det oppstår kontakt i arbeidet. Det må i tillegg være en

felles organisasjonsstruktur, felles normer, målsetting eller en gjensidig avhengighet i arbeidet. Slike kontaktfremmende elementer er antakelig mer til stede i forholdet mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn mellom hjemmehjelp og sykehjem. Det kan dermed være lettere å erstatte formell sammenslåing av hjemmehjelp og hjemmesykepleie med samlokalisering enn å erstatte sammenslåing mellom hjemmetjenestene og institusjon.

I spørsmål 12 i spørreskjemaet (vedlegg 2) spør vi spesielt om samlokalisering mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mellom hjemmetjenester og alders- /sykehjem og mellom hjemmetjenester og omsorgs-/trygdebolig. De aller fleste kommunene (96 prosent) har en eller annen form for samlokalisering (i det minste i deler av kommunen) og 2 av 3 kommuner har kontorer for hjemmetjenestene i samme bygning som alders- eller sykehjem. Samlokalisering er svært vanlig uansett hvilken grad av integrasjon mellom tjenestene som er gjennomført.

Tabell 8.8. Samlokalisering i forhold til integrasjonsmodell. Prosent (N)

| Modell | Samlokalisering | | | | Sum (N) |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------|
| | Ingen | Hjemmehjelp og hjemmesykepleie | Hjemmetjenester og boliger | Hjemmetjenester og institusjoner | |
| Sidestilte tjenester | 18,5 | 7,4 | 29,6 | 44,4 | 99,9 (27) |
| Lille integrasjon | 3,5 | 22,8 | 23,5 | 50,3 | 100,1 (145) |
| Store integrasjon | 0 | 8,8 | 11,8 | 79,4 | 100,0 (68) |
| Full integrasjon | 0 | 3,9 | 0 | 96,2 | 100,1 (26) |
| Blanding | 4,5 | 4,5 | 10,5 | 80,6 | 100,1 (67) |
| I alt | 3,9 | 13,5 | 17,1 | 65,5 | 100,0 (333) |

Tabell 8.8 viser en tydelig sammenheng mellom grad av integrasjon og samlokalisering. Det er altså ingen tendens til at de som har lav grad av integrasjon heller velger samlokalisering av tjenestene for å oppnå de samme effekter. Av de kommunene som har den tradisjonelle modellen med sidestilte tjenester er det 18,5 prosent som ikke har noen samlokalisering, mot 0 – 4,5 prosent ved de andre modellene ($p < .001$). De som har full integrasjon har samlokalisert hjemmetjenester og institusjonstjenester i 96,2 prosent av tilfellene, mot 44,4 til 80,6 prosent ved de andre modellene ($p < .001$). Den ene måten å styrke koordineringen på øker sannsynligheten for at også den andre måten er til stede. Det er altså ikke slik at de som

velger lav grad av formell integrasjon mellom tjenestene i stedet satser på å oppnå samordning gjennom samlokalisering.

Utvalgsintervjuene med ledere i 14 kommuner bekrefter dette. Intervjuene representerer 68 ulike administrative enheter og for 62 av disse er det svart på spørsmål om samlokalisering. Samtlige av disse har en eller annen form for samlokalisering, men den høyeste grad av samlokalisering der hjemmetjenester er samlokalisert med institusjon finnes bare i 33 prosent av de 18 enhetene med lavest grad av integrasjon mot 45 prosent i de 20 enhetene med middels og i samtlige (100 prosent) av de 24 enhetene som har høyest grad av integrasjon ($p < .001$).

Samlokalisering vil kunne tenkes å ha en selvstendig effekt på samordning. Siden alle enheter i intervjumaterialet har en form for samlokalisering, er det imidlertid ikke så enkelt å skille effekter av samlokalisering fra effekter av integrering (samorganisering). Når vi tar utgangspunkt i de som ikke har integrert hjemmetjenestene med institusjon, finner vi at samlokalisering av disse tjenestene ikke har noen sammenheng med møter mellom hjemmepersonell og institusjonspersonell. Det datamaterialet som er tilgjengelig for denne analysen er imidlertid så lite ($N=23$) at spørsmål om direkte effekter av samlokalisering ikke kan besvares med annet enn en antydning om at slike effekter ikke er tydelige. De data vi har om møter gjelder formelle møter, og samlokaliseringens eventuelle effekter på kontakt og koordinering kan like gjerne henge sammen med uformelle møter – på gangen, i pauserommet eller kantina. Slike effekter har vi ikke grunnlag for å si noe om.

Tendensen i materialet er klar; de som har høy grad av formell integrasjon er også oftest samlokalisert og har oftere formelle møter der ulike personalgrupper treffes. Antakelsen om at samlokalisering brukes som et alternativ til sammenslåing får ikke støtte i dette materialet. Sammenslåing synes å øke forekomsten av samlokalisering – også av møter mellom hjemmehjelpere, hjemmesykepleiere og institusjonspersonell. Eventuelle direkte effekter av samlokalisering på møter og samordning – uavhengig av sammenslåing – gir data dårlig grunnlag for å ha begrunnede oppfatninger om. Men det er tydeligvis ikke mange som velger samlokalisering i stedet for sammenslåing som et middel for å oppnå samordning.

8.10 Oppsummering

Vi skal i denne oppsummeringen vurdere i hvilken grad slike kjennetegn som helhet, samordning og fleksibilitet ivaretas av de ulike modellene. Kan integrerte tjenester bidra til å oppfylle de nasjonale målene?

Det mest entydige i resultatene er at jo høyere grad av integrasjon, desto mer fornøyd er lederne med den integrasjonsmodellen de har. Ved høy grad av integrasjon er flertallet svært godt fornøyd, mens nesten ingen er svært godt fornøyd når de har lav grad av integrasjon.

De fordeler ved høy grad av integrasjon som særlig nevnes er knyttet til stikkordene fleksibilitet og helhet. Det kan tyde på at de oppnår noe av det som er hensikten med integrerte tjenester. Samordning er det imidlertid ikke mange som nevner direkte, selv om det ligger i noen av svarene at de ser en samordningsgevinst. Samordning er likevel oftere nevnt ved middels grad av integrasjon – der hjemmehjelp og hjemmesykepleie er integrert seg i mellom, men ikke med institusjonstjenesten. Det kan tenkes at det i dette ligger en antydning om at samordning kan være lettere å få til når det er mindre å samordne – når institusjonen holdes utenfor og graden av samordning dermed er mindre. Ellers nevner ledere ved middels grad av integrasjon mye av de samme fordelene som ved høy grad av integrasjon – bare i mindre omfang. Det er færre som nevner slike fordeler.

Ved lav grad av integrasjon – sidestilte tjenester – er det færre ledere som nevner fordeler ved sin modell. Mange av de fordelene som nevnes er knyttet til samlokalisering og ikke direkte til modellen med sidestilte tjenester. Fordeler ved modellen er særlig administrative, som at det er lettere å holde kontroll og unngå sammenblandinger, og at sammenslåing kan gi et for stort ansvarsområde for én leder.

Det siste henger godt sammen med at dette ofte nevnes som en ulempe ved høy grad av integrasjon. Det knyttes særlig til enhetenes størrelse, og i den første rapporten fra prosjektet (Kristoffersen & Solem 1998) har vi vist at flere kommuner tilpasser seg det problemet ved at det oppstår ulike typer mer eller mindre formelle avlastningsledere. Arbeidspress på lederne nevnes også som en ulempe ved middels grad av integrasjon, samtidig som det pekes på problemer med samarbeidet mellom hjemmetjenesten og institusjon. De ulemper som nevnes ved lav grad av integrasjon er særlig knyttet til stikkord som helhet, samordning, samarbeid og fleksibilitet. Dette støtter opp om antakelsen om at integrerte tjenester gjør samordning, fleksibilitet og helhetlige tjenester lettere å få til.

Ledernes vurdering av sin modell gir et entydig bilde av at høy integrasjon oppleves mest positivt og at man lettere oppnår fleksibilitet, samordning og helhetlige tjenester når deltjenestene er integrerte og samorganiserte i én enhet. Vi understreker at dette er ledernes vurderinger. Brukernes oppfatninger kan være annerledes.

Integrering synes imidlertid – ut fra ledernes vurderinger – også å bidra til bedre tjenester. Men her går skillet mellom de som har sidestilte tjenester og de som har en form for integrasjon. Ved sidestilte tjenester gir lederne mindre positive generelle vurderinger av tjenestenes kvalitet og lavere karakter på tilbudene, særlig tilbudene til personer med aldersdemens og med psykiske lidelser.

Når det gjelder fleksibilitet og samordning har vi ved siden av ledernes vurderinger – som kan være farget av ideologi – også sett nærmere på hva som gjøres i praksis. Når det er topper i arbeidsbelastningen som krever omstokking og fleksibilitet, ser det ut til at en ved høy grad av integrasjon takler dette mer ved omdisponering av personalet, mens en ved middels og lav grad mer baserer seg på at brukerne må tilpasse seg den akutte knappheten. Organisasjonen synes mer fleksibel når integrasjonen er høy. Ved lavere grad av integrasjon er det mer brukerne som forventes å være fleksible ved at de får mindre hjelp.

Når det gjelder fleksibel bruk av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere til en del av de samme oppgavene, er imidlertid bildet motsatt. De med høy grad av integrasjon synes å legge mer vekt på å holde oppgavene atskilt. De er mer profesjonsorienterte og legger mer vekt på høy faglig standard som et kvalitetskriterium. De synes å ønske mindre grad av overlapping mellom hjemmehjelpere og hjemmesykepleieres arbeidsoppgaver enn det en gjør ved lavere grad av integrasjon. På den måten synes høy grad av integrasjon å gi mindre fleksible tjenester.

Integrerte tjenester synes legge et bedre grunnlag for samordning ved større bruk av formelle møter mellom personalgruppene og jo høyere grad av integrasjon, desto flere tjenester er samlokalisert med kontor i samme bygning.

Alt i alt tyder våre data på at lederne i pleie- og omsorgstjenestene opplever at integrerte tjenester bidrar til bedre samordning, fleksibilitet og mer helhetlige tjenester.

9 Sammenfattende diskusjon

Hensikten med denne rapporten er å beskrive integrasjonsmodeller i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, diskutere hvordan ulike modeller har vokst fram og å vurdere sterke og svake sider ved modellene. Vi har i kapittel 5 redegjort for de problemstillinger og antakelser som ligger til grunn for de analyser som er presentert i kapittel 6,7 og 8, og skal i dette kapitlet gi en sammenfattende diskusjon av hva resultatene kan si om problemstillingene.

9.1 Beskrivelse av organisasjonsmodeller

1.1. I hvilken grad har kommunene i samsvar med anbefalinger fra sentralt hold, gjennomført integrasjon mellom hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjonstjenester?

Flertallet av kommunene (92 prosent) har – slik det framgår av svarene på spørreskjema våren 1996 – gjennomført en eller annen form for integrasjon mellom hjemmehjelp, hjemmesykepleie og/eller institusjonstjenester. Det synes altså å være *et godt samsvar med generelle anbefalinger* om integrasjon. Det vanligste er integrasjon mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie, som vi finner i 88 prosent av kommunene. Anbefalingen om full integrasjon med alle de tre tjenestene i samme enhet og med et personale som fungerer på tvers av tjenestene er imidlertid fulgt opp i liten grad. Bare åtte prosent av kommunene har en slik organisering – slik vi tolker svarene i spørreskjema. Svarene er ikke alltid like lette å tolke. Noen gir tilleggsopplysninger som nyanserer bildet av organisasjonsformen, og intervjuene med et utvalg ledere fører i mange tilfeller til at vi må endre vår oppfatning av hvilken modell kommunen praktiserer. Oftest er vårt inntrykk at tjenestene i praksis er mindre integrerte enn det svarene på spørreskjema kan tyde på. Det står likevel fast at det store flertallet av kommunene har innført en form for organisatorisk integrasjon i pleie- og omsorgstjenestene.

Dette betyr ikke nødvendigvis at kommunene har fulgt anbefalinger fra sentralt hold om integrasjon – at anbefalingene er den direkte årsaken til at den tradisjonelle modellen med sidestilte tjenester er avløst av mer integrasjon. Vi har ikke mulighet for å tidfeste endringene i forhold til når

offentlige dokumentene ble publisert. Men før midten av 1980-tallet var de finansielle og administrative strukturer på feltet slik at de forutsatte atskilte administrative enheter. Inntil 1984 ble 50 prosent utgiftene til hjemmehjelp refundert fra staten mens utgiftene til hjemmesykepleie ble refundert med 75 av utgiftene. Dermed måtte de to tjenesten holdes atskilt, i hver fall regnskapsmessig. Det er likevel eksempler på samorganisering mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie også før 1984 (Nygård 1984). Fra 1986 ble øremerkingen av midler til helse- og sosialtjenestene erstattet med rammefinansiering av kommunens virksomhet under ett. Og fra 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført fra fylkene til primærkommunene. Før 1988 var det dermed ikke grunnlag for å integrere hjemmetjenestene med sykehjemmene. En av hensiktene med reformene var å legge til rette for mer helhetlig og integrert omsorgskjede (Daatland 1994). Det strukturelle grunnlaget for å endre den tradisjonelle modellen med sidestilte tjenester i retning av integrasjon lå mot slutten av 1980-tallet til rette for at en slik utvikling kunne skyte fart.

Noen av våre informanter nevner Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) som en viktig inspirasjonskilde for omorganisering. Mange av idéene var likevel til stede i organisasjonsfeltet på forhånd, for eksempel gjennom NOU 1982:10, St.meld. nr. 68 (1984-85), Nygård (1984), Nygård og Hansvik (1986). Gjærevollutvalget kan dermed ha fanget opp en utvikling som var i gang, tydeliggjort den og gitt den større tyngde og framdrift.

1.2. I hvilken grad er det, i samsvar med anbefalinger fra sentralt hold, lokal variasjon i utformingen av integrasjonsmodeller?

Det er en *betydelig variasjon* i hvordan pleie- og omsorgstjenestene er organisert. Innenfor hver av de fem hovedmodellene vi har skissert er det flere lokale varianter. En stor gruppe (20 prosent) har elementer fra flere modeller – det vi har kalt blandingsmodeller. Dette tyder på at det skjer en betydelig grad av lokal tilpasning i utformingen av integrerte tjenester. Hva som ligger til grunn for de ulike utformingene, har vi ikke grunnlag for bestemte oppfatninger om. Det kan være ulikheter i befolkningens behov, kommunens størrelse eller utstrekning som må tas i betraktning hvis tjenestene skal treffe best mulig og bli skreddersydd til behovene. Lokal tilpasning kan også være nødvendig ut fra de kulturelle særtrekk og lokale tradisjoner, for eksempel i balansen mellom privat og offentlig omsorg. Nøkkelpersoner eller ildsjelers innsats kan også påvirke utformingen i sin

kommune, sitt distrikt eller i sin sone. Sentrale personers verdier og ideologi kan få stor gjennomslagskraft, uten at det nødvendigvis fører til at pleie- og omsorgstjenestene samlet sett blir bedre. Det vil avhenge av hvilke idéer som slår gjennom – hvor godt de er i samsvar med de lokale forutsetningene.

Alt i alt synes ikke anbefalinger om bestemte organisasjonsmodeller å kopieres av kommunene. Lokal variasjon er framtrædende, uten at dermed kan hevdes at den lokale variasjonen gjenspeiler en god tilpasning til lokale forutsetninger. Den *kan* være uttrykk for god lokal «skreddersøm» i organisasjonsutviklingen, men kan også vær mer tilfeldig eller være en reaksjon på begrensninger eller knapphet, for eksempel i tilgangen på personell eller i de kommunale inntektene. Lokal variasjon betyr altså ikke nødvendigvis at en har funnet gode, enn si de beste lokale løsninger over alt.

9.2 Framvekt av integrasjonsmodeller

2.1. Kommuner i sentrale strøk og bykommuner antas i størst grad å ha innført integrerte tjenester.

Vår antakelse om at integrasjon som en moderne løsning, vil ha en tendens til etableres først i sentrum og deretter spre seg til utkanten *får ikke støtte* i resultatene. Oslo er det fylket som har minst grad av integrasjon mellom tjenestene og høy grad av integrasjon er mest utbredt i landkommuner. Det betyr ikke nødvendigvis at moderne løsninger på dette feltet først får ideologisk fotfeste i utkanten. I vår tid kan nye idéer finnes overalt på omtrent samme tid. I så fall er det ikke spredningen av idéer som er avgjørende, men heller mulighetene for å gjennomføre dem. Det viser seg at små kommuner med høye inntekter er de som oftest har høy grad av integrasjon. Det synes lettere å innføre integrasjon når den organisasjonen som skal endres er relativt liten og når kommunen har økonomi til å bære kostnadene ved selve omorganiseringen.

2.2. Kommuner med høy grad av integrasjon antas i størst grad å ha inndelt tjenestene i geografisk avgrensede enheter.

Kommuner som er moderne når det gjelder integrasjon vil dersom de innfører integrasjon for å være moderne, også forventes å være moderne på andre måter, for eksempel ved å ha innført distriktsinndeling av tjenestene.

Resultatene viser for det første at de fleste kommunene (74 prosent) har inndelt pleie- og omsorgstjenestene i distrikter og/eller soner. Samtidig er det lite variasjon etter graden av integrasjon mellom tjenestene. Det er imidlertid en tendens til at de som har sidestilte tjenester sjeldnere har en slik inndeling. Tendensen er imidlertid så svak at den *ikke kan bekrefte vår antakelse* om en sammenheng mellom «moderne» integrasjon og «moderne» distriktsinndeling. Distriktsinndeling henger mer sammen med kommunens størrelse. Praktisk talt alle kommuner (96 prosent) med over 5000 innbyggere har distriktsinndeling.

2.3. Kommuner med høy grad av integrasjon antas å satse mest på boliger framfor institusjoner.

Boliggjøring er en annen moderne trend som vi ut fra antakelsen om at moderne trekk opptrer i «pakker», antar henger sammen med integrasjon. *Resultatene peker i motsatt retning.* Kommuner med høy grad av integrasjon har større tyngdepunkt på institusjoner i forhold til boliger og de planlegger i mindre grad enn andre kommuner å redusere antall sykehjemsplasser.

Alt i alt synes ikke endring av organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene å ha skjedd ved at integrerte modeller inngår i moderne pakkeløsninger. Dermed kan det synes lite rimelig å anta at en ubevisst motepåvirkning fra omgivelsene har hatt vesentlig betydning. Det er likevel ikke umulig at slik påvirkning kan ha selektiv karakter, for eksempel gjennom eksterne konsulenter som utreder mer avgrensede spørsmål som bygging av omsorgsboliger, uten at de nødvendigvis har i oppdrag å vurdere organiseringen av de samlede tjenestene. Selektiv motepåvirkning kan også være et uttrykk for at kommunen selv vurderer og tar stilling til den påvirkning de blir utsatt for. Da er den imidlertid ikke ubevisst, men heller et ledd i en bevisst vurdering av impulser som ligger i tiden og hvordan de kan tilpasses til lokale forutsetninger.

2.4. Kommuner med høy grad av integrasjon vil ta mest hensyn til nasjonale mål og press utenfra når det omorganiserer tjenestene.

Den vekt kommunen legger på nasjonale mål og press utenfra kommunene når de skal omorganisere tjenestene kan være et uttrykk for ønske om å være moderne eller om å leve opp til moteriktige idealer. Resultatene *støtter ikke* denne antakelsen. Det er ingen sammenheng mellom integra-

sjonsmodell og hvilke hensyn som tillegges mest vekt ved omorganisering. Heller ikke her kan vi spore noen tendens til ubevisst motepåvirkning fra omgivelsene. På den annen side, hvis påvirkningen er ubevisst, vil den heller ikke være så lett å oppdage i de bevisste overlegninger som spørsmålet ber om.

9.3 Sterke og svake sider ved modellene

3.1. Ved høy grad av integrasjon vil lederne være mer fornøyd med organisasjonsmodellen enn ved lavere grad av integrasjon.

Hvis modellen tjener målene med tjenestene, bør integrerte tjenester vurderes som bedre enn sidestilte tjenester. Svarene på spørsmål om hvordan lederne vurderer den modellen de praktiserer gir *klar støtte* til antakelsen. Ved høy grad av integrasjon er det et klart flertall (63 prosent) som sier seg svært godt fornøyd med modellen, mens bare én leder (5 prosent) ved lav integrasjon er like positiv. Dette støttes også av at det ved høy grad av integrasjon nevnes flest fordeler ved modellen, mens det ved lav grad av integrasjon nevnes flest ulemper.

3.2. Ved høy grad av integrasjon vil lederne oftere se god samordning, helhet, fleksibilitet og effektiv ressursutnyttelse som fordeler ved modellen enn ved lavere grad av integrasjon.

I sentrale styringsdokumenter anbefales integrasjon for å oppnå et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud og dessuten en effektiv og fleksibel ressursutnyttelse. Svarene på spørsmål om fordeler og ulemper ved modellen *støtter antakelsen* om at slike fordeler nevnes oftest ved høy grad av integrasjon. Fleksibilitet og helhet er det som oftest nevnes av ledere ved høy grad av integrasjon. Bedre ressursutnyttelse nevnes også av mange. Stikkordet samordning brukes imidlertid ikke av disse lederne, selv om noen nevner at samarbeidet på tvers av tjenester har blitt bedre. Samordning nevnes oftere av ledere ved middels grad av integrasjon, der institusjonstjenesten ikke inngår i den integrerte enheten. Muligens kan det gjenspeile at samordning kan være lettere å få til når det er mindre å samordne. Ellers nevnes mye av de samme fordelene ved middels som ved høy grad av integrasjon, men det er færre som nevner dem. Ved lav grad av integrasjon, der tjenestene stort sett fungerer som sidestilte, er det langt færre ledere som peker på fleksibilitet og samarbeid som fordeler ved

modellen. Alle de som peker på slike fordeler har samlokalisert tjenestene og noen av dem knytter fordelene direkte til samlokaliseringen og ikke til organisasjonsmodellen med sidestilte tjenester.

3.3. Ved høy grad av integrasjon vil tjenestene vurderes som bedre enn ved lavere grad av integrasjon.

En hovedhensikt med integrerte modeller er å få bedre tjenester. Ledernes vurdering av pleie- og omsorgstjenestene som helhet *støtter* en slik antakelse. Kommunene synes å oppnå noe av det de ønsker med å integrere tjenestene. Det er imidlertid de med ingen eller lav grad av integrasjon som skiller seg ut ved å være minst fornøyd, mens det er liten forskjell i vurderingene mellom de som har middels eller høy grad av integrasjon.

Svarene på spørsmål om hvor fornøyd en er med tjenestene vil imidlertid kunne farges av ideologi og forventinger om at integrerte tjenester er bedre. Den reelle forskjellen i kvalitet kan være mindre. Ved å spørre om mer differensierte vurderinger av tilbudet til ulike brukergrupper kan vi i noen grad motvirke en mulig effekt av en generell positiv holdning basert på ideologi. Svarene på slike spørsmål gir fortsatt inntrykk av at kvaliteten er dårligst ved lav grad av integrasjon. Det er særlig tilbudene til mennesker med aldersdemens, med psykiske lidelser og til en viss grad også til eldre med behov for pleie, som vurderes som dårligere.

Ut fra dette synes integrasjon å bidra til bedre tjenester, men høy grad av integrasjon, der hjemmetjenestene og institusjonstjenestene er samorganisert, synes ikke å gi bedre tjenester enn når institusjonene er holdt utenfor integrasjonen.

3.4. Ved høy grad av integrasjon vil en løse topper i arbeidsbelastninger mer fleksibelt enn ved lavere grad av integrasjon.

Spørsmål om hvordan en håndterer topper i arbeidsbelastningen kan gi en indikasjon på hvor fleksibelt organisasjonen fungerer i praksis. Resultatene *støtter* antakelsen om at organisasjonen fungerer mer fleksibelt ved høy grad av integrasjon. Ved topper i arbeidsbelastningen er det vanlig å omdisponere personalet, for eksempel mellom institusjon og hjemmetjenester, mens en ved lavere grad av integrasjon oftere skjærer ned på hjelpen til brukerne eller lar noen bli uten hjelp i den akutte situasjonen. Ved middels og lav grad av integrasjon forventes det på den måten mer fleksibilitet av brukerne, for eksempel ved at de ikke får hjemmehjelp en

uke eller to. Ved høy grad av integrasjon er det mer sannsynlig at de får hjelpen til avtalt tid, men av en annen hjelper enn til vanlig. Brukerne kan ha ulike preferanser med hensyn til om de vil ha fast hjelp eller en fast hjelper. Det er altså ikke alltid gitt hva som er best for brukeren.

3.5. Når hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere er samorganisert i samme enhet vil de to personalgruppene brukes mer fleksibelt til arbeidsoppgaver som tradisjonelt utføres bare av den ene gruppen.

Det har de senere årene vært en økende overlapping mellom arbeidsoppgaver for hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Når disse tjenestene er samorganisert vil forutsetningene for slik fleksibel bruk av personalgruppene antas å være bedre. Resultatene viser *ingen slik tendens*. Det er minst overlapping ved høy grad av integrasjon og ingen forskjell mellom middels og lav grad av integrasjon. Dette tyder på at fleksibel bruk av de to yrkesgruppene på tvers av tradisjonelle oppgaver ikke påvirkes av om de er organisert i samme enhet eller ikke. Når skillene mellom oppgaver som utføres av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere er klarest ved høy grad av integrasjon, kan det henge sammen med en her legger mer vekt på faglig kvalifisert personale og høy faglig standard på tjenestene som kjennetegn på kvalitet. En sterkere pleiefaglig orientering viser seg også i at tjenestenes tyngdepunkt heller mer i retning av sykehjem enn i kommuner med lavere grad av integrasjon (jf antakelse 2.3).

3.6. Ved integrerte modeller vil det være bedre forutsetninger for faglig koordinering mellom yrkesgrupper og tjenester som er slått sammen til en enhet enn ved sidestilte tjenester.

Samordning skjer gjennom interaksjon mellom aktørene i organisasjonen. Vi har ikke noe direkte mål på interaksjonen men ser på de forutsetningene for interaksjon som ligger i møtestrukturer, bruk av hjemmejournal og informasjonsteknologi og i felles lokaler – samlokalisering. Resultatene *støtter* denne antakelsen når det gjelder møter mellom personell i hjemmetjenesten og i institusjon og når det gjelder samlokalisering. Integrasjon øker sannsynligheten både for møter og samlokalisering.

3.7. Ved lav grad av integrasjon vil det gjøres større bruk av møter, informasjonsutveksling og samlokalisering for å oppnå samordning

Det kunne tenkes at de som ikke har lagt til rette for samordning gjennom en sammenslåing av enheter heller valgte å satse mer på andre redskaper for samordning, slik som møter og hjemmejournal, informasjonsteknologi og samlokalisering. Hvis de kunne oppnå det samme ved slike tiltak, ville sammenslåing ikke være nødvendig for å oppnå samordning. Resultatene *støtter ikke* en slik antakelse, men peker som nevnt under 3.6 i motsatt retning, eller de viser ingen forskjell når det gjelder hjemmejournal og IT. Det er imidlertid noen med sidestilte tjenester som peker på fleksibilitet og bedre samarbeid som fordeler ved samlokalisering, hvilket kan tyde på at det likevel er mulig å oppnå noen av fordelene ved integrasjon hvis de sidestilte tjenestene har felles lokaler.

9.4 Avslutning

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene – hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjoner – har tradisjonelt vært organisert i atskilte enheter. De var fram til 1984 finansiert gjennom ulike statlige ordninger og sykehjemmene var til 1988 et fylkeskommunalt ansvar. I mange kommuner var også hjemmehjelp og hjemmesykepleie under ulike administrative enheter, hhv. sosialtjenesten og helsetjenesten. For brukere med avgrensede behov, for eksempel at de bare trengte hjelp til renhold eller innkjøp, kunne dette fungere bra. Deres samlede behov ble dekket gjennom én instans. Men når behovene var mer sammensatte ved at en både hadde behov for hjelp og pleie, ble det flere instanser å forholde seg til. For tjenestene gjør slike sammensatte behov det nødvendig med samordning av tilbudet. For eldre brukere vil det ofte være slik at behovene endrer seg over tid. Først vil en trenge praktisk hjelp, deretter kan pleie bli nødvendig og etter hver i et slikt omfang at sykehjem eller bolig for heldøgns pleie- og omsorg blir det best egnede tiltaket.

Fra slutten av 1970-tallet ble det mer og mer klart at kommunene trengte en sammenhengende omsorgskjede som kunne se den enkelte brukers behov som en helhet og tilpasse tiltakene best mulig til endringer i behovene – enten behovene ble større eller i perioder også mindre. Det var uhensiktsmessig å flytte brukerne mellom ulike kommunale instanser etter endringer i behovene. Brukernes sammensatte og varierende behov gjorde det ønskelig med mer sammenheng og helhet mellom tjenestene. Fra rundt 1980 og framover la en rekke utredninger, stortingsdokumenter og

lovendringer opp til bedre samordning, helhet og fleksibilitet i helse- og sosialtjenestene generelt og i pleie- og omsorgstjenestene spesielt.

Dette har sin bakgrunn ikke bare i brukernes behov, men også i organisasjonsteori og behovet for mer effektive organisasjonsformer med bedre ressursutnyttelse. I store organisasjoner, som kommunenes pleie- og omsorgstjenester, er det behov for spesialisering, arbeidsdeling og avgrensning av ansvarsområder. Men totalt sett vil organisasjonen fungere effektivt og rasjonelt i den grad man er i stand til å utforme en helhet av delene. Tradisjonelt var hjemmetjenestene spesialisert etter prosessprinsippet med praktisk hjelp og pleie i hjemmet som avgrensede enheter med ulike arbeidsmetoder (-prosesser), kunnskapsgrunnlag og faglig forankring. Tjenestene var også oftest spesialisert etter klientgruppe, for eksempel en egen hjemmehjelpstjeneste for eldre og en egen husmorvikartjeneste for yngre familier. I dag er klientprinsippet forlatt og eldre, mennesker med fysisk funksjonshemming, med psykisk utviklingshemming og med psykiske lidelser omfattes i stor grad av de samme pleie- og omsorgstjenestene. Sykehjem var spesialisert etter funksjonsprinsippet der ulike prosesser og profesjoner var involvert, slikt som medisinsk behandling, pleie, rehabilitering, aktivisering, renhold og kjøkken.

Utviklingen har, gjennom integrering av pleie- og omsorgstjenestene, gått i retning av en funksjonsbasert struktur hvor man samler alle yrkesgrupper som er nødvendig for å yte helhetlige tjenester i en felles enhet. Dermed blir kommunen som helhet oftest en for stor og u håndterlig enhet og det melder seg behov for spesialisering på andre måter. Løsningen blir geografisk spesialisering der distrikter og/eller soner organiseres som avgrensede enheter som ivaretar de samlede funksjoner for brukerne i distriktet eller sonen. Dermed oppstår det et nytt behov for samordning på tvers av de geografiske enhetene, slik at bosted i kommunen ikke skal avgjøre hvor mye eller hva slag hjelp en får. Vi har i denne undersøkelsen ikke data som kan si noe avgjørende om hvordan denne samordningen fungerer.

Integreringen synes imidlertid i stor grad å fungere etter intensjonen. Når tjenestene er integrerte, er lederne mer fornøyde med organisasjonsmodellen og med tjenestenes kvalitet. De peker på mer helhetlige og fleksible tjenester, bedre ressursutnyttelse og bedre samarbeid eller samordning. Dette framkommer på spørsmål om generell vurdering av modellen og tjenestene, og det kan være farget av ideologi eller forventninger om at skal oppnå det en ønsker å oppnå. Men også på spørsmål om

atferd i praksis rapporterer ledere ved høy grad av integrasjon mest fleksibilitet. Det gjelder ved topper i arbeidsbelastningen som stiller krav til fleksible løsninger. Da ser det ut til at de som har integrert hjemmetjenester og institusjoner benytter personalet mer fleksibelt ved at de omdisponerer mellom inne- og utetjenester uten å bruke mer overtid eller ekstravakter enn de som ikke har slik integrasjon. Disse løser oftere slike akutte situasjoner med å gi hver enkelt bruker mindre hjelp eller ved at noen må stå over og ikke får hjelp i denne situasjonen.

På den annen side synes kommuner med høy grad av integrasjon å gjøre mindre fleksibel bruk av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere i overlappende arbeidsoppgaver. Dette kan henge sammen med en sterkere pleiefaglig orientering i kommuner med høy grad av integrasjon. Der mener lederne i større grad at det bør være klare skiller mellom oppgaver som utføres av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. De legger mer vekt på høy faglig standard i tjenestene og heller mer i retning av sykehjem framfor omsorgsboliger for sterkt pleietrengende brukere. Det kan være ulike oppfatninger om sterkere pleiefaglig orientering er en fordel eller ulempe og for hvem det er en fordel eller ulempe. Det pleiefaglige vil i utgangspunktet være bedre tilpasset pleietrengende brukere enn de som bare har behov for praktisk hjelp. Enkelte uttalelser fra ledere ved høy grad av integrasjon kan tyde på at integrasjonen gjør sykehjem til en lettere tilgjengelig løsning som en tyr til før det er strengt nødvendig, og at hjemmehjelp kan bli nedprioritert. Som vi har vist i den første rapporten fra prosjektet, synes hjemmehjelp å være den tjenesten som det er vanskeligst å få fullt integrert i en felles enhet av pleie- og omsorgstjenester.

Ved høy grad av integrasjon peker imidlertid lederne på en del andre ulemper ved modellen. Den viktigste er at sammenslåing til enheter med et større ansvarsområde stiller store krav til lederne. Mange synes det blir for mye for én leder, eller at det kreves at lederne har stor evne til oversikt og fleksibilitet. I den første rapporten fra dette prosjektet har vi vist hvordan noen kommuner møter denne utfordringen ved å opprette nye lederposisjoner med varierende grad av formell forankring, for eksempel en assisterende soneleder eller en person som får koordineringsoppgaver uten å ha formelt lederansvar.

Det nevnes også som en ulempe at når tjenestene og personalet blir fleksible innenfor et bredt ansvarsområde, kan de komme til å strekke seg for langt. De kan ikke så lett dekke seg bak at dette ikke er mitt ansvar og vise til en annen instans. De må mer ta det som kommer. På den måten kan

tjenesten fungere bra uten at ressursproblemer blir så lett synlige. Behovet for ressurser kan kamufleres. I den grad integrasjon gir bedre ressursutnyttelse gjennom slike mekanismer, må det antas å gi negative effekter i form av utbrenthet på lengre sikt. Vi har ikke data i vårt materiale som kan belyse dette. Sykefravær kan være en indikator på slike problemer, men lavt (korttids) sykefravær kan også være et utslag av at en strekker seg for langt. Deltidsarbeid og tidlig pensjonering kan være andre indikatorer i en eventuell videre undersøkelse av denne mulige ulempen ved høy grad av integrasjon mellom tjenestene. I denne undersøkelsen kommer det imidlertid også fram synspunkter som kan tyde på at faren for utbrenthet kan motvirkes ved at integrerte tjenester gir større faglige utfordringer, muligheter for personlig og faglig utvikling og mer meningsfylt arbeid gjennom en helhetlig oppfølging av brukerne.

En mulig ulempe ved sterk samordning er at det kan legge grunn for konflikter ved at eventuelle motstridende interesser kommer mer direkte i berøring med hverandre. Vårt inntrykk fra ledernes uttalelser er at dette er mest aktuelt når samordningen skal skje på tvers av enheter. Når det er behov for samordning, for eksempel mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester, synes det lettere å oppstå uenighet og krangel når tjenestene tilhører ulike enheter enn når de er organisert som en enhet.

I følge instrumentell organisasjonsteori vil organisasjonsendringer gjennomføres med en bestemt hensikt – for å oppnå endringer i atferd, produksjon og resultater. Langt på vei synes integrasjon å legge grunnlag for bedre tjenester og ressursutnyttelse gjennom bedre samordning, helhet og fleksibilitet. Det betyr ikke at integrasjon løser alle problemer eller er uten utilsiktede virkninger. Faren for uheldige virkninger vil særlig være tilstede hvis omlegginger tar utgangspunkt i ureflektert ideologi eller følger moter på feltet uten å ta tilstrekkelig hensyn til lokale forutsetninger.

Den ideologi og de moteretninger som finnes på dette feltet peker i retning av integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Når de fleste kommuner har innført en eller annen form for integrering, vil det i seg selv kunne være et tegn på motepåvirkning. I den første rapporten fra dette prosjektet har vi pekt at dette særlig gjør seg gjeldende i den overordnede struktur mens det er mye variasjon i organiseringen av tjenestene nærmest brukeren, og at ideologi kan spores i en tendens til å overkommunisere utad hvor integrerte tjenestene er. De resultater som er presentert i denne rapporten gir ikke støtte til antakelser om at ubevisst motepåvirkning har spilt noen vesentlig rolle i den lokale utformingen av organisasjons-

modeller. Det er i alle fall stor variasjon mellom kommuner og i noen tilfeller er det også betydelig variasjon mellom ulike deler av samme kommune. Samtidig er det ikke noen tydelig tendens til at flere moteriktige løsninger følges at. Integrasjon, desentralisering og boliggingjøring opptrer ikke som en moteriktig pakkøløsning.

Utformingen av pleie- og omsorgstjenestene vil være avhengig av lokale forutsetninger. Derfor er det hverken mulig eller ønskelig å gi enkle oppskrifter på hva som er den beste måten å organisere tjenestene på. Hovedinntrykket fra denne undersøkelsen er at man i store trekk oppnår det man ønsker med integrering; bedre samordning, fleksibilitet og ressursutnyttelse, og at man oppnår dette bedre ved integrering enn bare med samlokalisering av separate tjenester. Integrering kan imidlertid skape nye utfordringer. Vi skal kort sammenfatte de viktigste.

Finansieringen av de ekstra kostnader som måtte påløpe i en overgangsperiode, og motstand fra organisasjonsledd, personalgrupper eller enkeltpersoner er utfordringer som ligger i selve omorganiseringen. Motstand kan gi viktige innspill til prosessen og være saklig begrunnet i problemer ved gjennomføring av integrering, men kan også skyldes generell uvilje mot forandring. Begge deler peker på betydningen av å involvere hele organisasjonen – fra bunn til topp – i prosessen og sørge for grundig gjensidig informasjon.

Det synes særlig viktig å være oppmerksom på hvordan hjemmehjelpstjenesten skal integreres. Denne tjenesten har en annen tradisjon enn den pleiefaglige orienteringen som preger hjemmesykepleie og institusjoner. I omlegging til integrerte tjenester vil en måtte ta stilling til om en ønsker å bevare hjemmehjelpens husmortradisjon bygget på erfaringsbasert kunnskap eller vil legge den helt inn under pleiefaglige rammer.

Når personalets og lederes ansvarsområde blir bredere ved at tjenestene integreres, er det en fare for at belastningen kan øke. Det ligger positive muligheter for faglig utvikling i integrering, men noen kan også strekke seg svært langt for å ivareta helheten og bli overbelastet. Når ansvarsområdet utvides kan det bli nødvendig å finne andre måter å avgrense det på.

Etter at datainnsamlingen til dette prosjektet ble avsluttet i 1997 har privatisering eller konkurranseutsetting av tjenester blitt mer aktuelt. Ingen av de 21 kommunene som i vårt materiale brukte aldershem eller sykehjem drevet av frivillige organisasjoner eller av private, hadde fullt integrerte

tjenester. Konkurransetsetting vil kunne forutsette at full integrering av pleie- og omsorgstjenestene reverseres eller skrinlegges. Samordningen mellom tjenestene vil likevel være en utfordring. Hvordan dette løses vil være et viktig tema for framtidig forskning.

Til slutt vil vi minne om at denne undersøkelsen er basert på opplysninger og synspunkter innhentet fra ledere i pleie- og omsorgstjenestene. Parallelt med denne undersøkelsen er det ved NOVA gjennomført en undersøkelse om kvalitet i hjemmehjelpstjenesten (Helset 1998, Thorsen 1998) og om velferd og levekår blant sterkt hjelpetrequende eldre tjenestebrukere i aldersinstitusjoner, omsorgsboliger og egne hjem (Lauvli 1999, Slagsvold, rapport under arbeid). Utvalgskommunene er i stor grad de samme som i denne undersøkelsen, men med hovedvekten på personalets og særlig på brukernes situasjon. Hovedfokus er ikke på virkninger av integrasjonsmodeller, men det kommer fram at hjemmehjelpstjenesten gis best vurderinger i den ene kommunen i Helsets utvalg som har sidestilte tjenester (Helset 1998). Samtidig gis hjemmehjelpstjenesten bedre vurderinger – både av brukere og hjelpere – i de to kommunene som har store integrasjon enn i de tre med lille integrasjon. Sammenhengen mellom integrasjonsmodell og brukernes og hjemmehjelpernes vurdering av hjemmehjelpstjenesten er med andre ord ikke entydig. Slagsvolds rapport vil kunne utdype hvordan integrerte tjenester fungerer for ulike typer brukere.

Summary

‘We play in a team’

On integrated organisational models in the care services

This study is based upon questionnaires answered by 336 Norwegian municipalities (response rate 71 per cent), and interviews with 72 leaders at different levels of care services in 14 municipalities in 1996/97. We describe the organisation of care services in Norwegian municipalities¹, discuss the development of integrated models and analyse strengths and weaknesses of the different models.

Description

According to recommendations from national authorities, most municipalities have implemented some kind of integration of home help, home nursing and/or institutional care.

Segmented services, or the traditional model, where home help, home nursing and institutional care are under separate administrative units and separate leadership, is found in less than one out of ten municipalities.

Minor integration, where home help and home nursing are under joint organisation and leadership, but separated from institutional services, is the most common model, existing in well over four out of ten municipalities.

Major integration, where all the three branches are jointly organised, but with separate staffing for community and institutional care, is found in two out of ten municipalities.

Full integration means that in addition to joint organisation and leadership, the staff alternates between work in community and institutional services. This model occurs as seldom as segmented services, but more often in small municipalities with high income.

¹ For a more complete description of the Norwegian care system, see Daatland, S.O. (1997). Social protection for the elderly in Norway. NOVA skriftserie 4/97. Oslo: Norwegian Social Research.

The rest of the municipalities (two out of ten) have *blend models* with elements from two or more of the other models, mainly different models in different districts.

There is also a considerable variation within the main models. We lack information on all details of the variation, and it is uncertain how integrated the services do function at the everyday practical level.

Growth of integrated models

The ideology of integrated services seems to be widely accepted in the municipalities. However, the great local variation, and the fact that integration does not occur in a wrap-up with other modern solutions like decentralisation and replacement of institutional care with service housing, indicates that a possible influence of fashion has no strong standardising effect on how local organisations are shaped. The structure of care services seems to a great extent to be influenced by local conditions. The results from this study are more consistent with instrumental theory on reorganisation (Egeberg 1989) than with theory on the effects of myths in the institutional environment (Meyer & Rowan 1991). The apparent rational choices of organisational model are influenced by endogenous options and limitations in the economy and population of the municipality. It seems easier to implement full integration when the organisation to be changed are small and when the municipality can carry the costs of implementation.

Consideration of the needs in the population, the economic situation of the municipality, and national objectives for the care services are the most frequently marked motives for reorganising care services.

Strengths and weaknesses of models

By integrated models and especially by full integration, the leaders are more satisfied with their model and with the quality of the services. More coherent and flexible services, better use of available resources and improved collaboration and co-ordination, are emphasised.

When, by full integration, the staff alternates between work in community and institutional care in a joint organisation, services are more flexible in the way that staff allocation more often are rearranged when it is required by extra needs in one field or by sickness absences. By less

integrated models the users have to be more flexible because service more often are postponed or cancelled in such situations.

During later years, home helpers and home nurses have increasingly been used interchangeably in overlapping tasks of personal and practical care. This has occurred mainly in municipalities with less than full integration. By full integration such overlapping is more rare, and the leaders emphasise professional skill and high nursing quality of services. It is unclear if a high professional quality can compensate for less flexible use of skilled and unskilled staff, and the best possible division of labour between home helpers and home nurses is controversial.

Integrated models give better opportunities for interaction by more frequent formal meetings between personnel from different fields and by community and institutional services more often being located at joint premises. Thus, there is no tendency for municipalities with less than full integration to compensate with more meetings or joint premises to achieve co-ordination of services. However, it may be possible to attain some of the advantages of integration by locating segmented services at joint premises.

In conclusion, municipalities with integrated services seem to reach the goals with their model; improved co-ordination, more flexible services and better resource exploitation. However, integration may create new challenges, like how the experience-based knowledge of home helpers can be integrated into a professional nursing tradition, and how the broadened field of responsibility may have to be limited in other ways in order to prevent leaders and staff from being overloaded by stretching their efforts too far to fulfil their holistic responsibility.

For future research, an important task is to study how recent tendencies to outsourcing of services may split up integrated services and counteract the coherence of community and institutional care.

Referanser

- Andersen, D. (1976). Beslutningsprosessen ved etablering av storindustri. Hovedoppgave. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Christensen, T. (1989). Innovasjonsatferd i sentralforvaltningen: Strukturelle og demografiske forklaringer på variasjon, i M. Egeberg, (red.): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: TANO.
- Christensen, T. (1991). *Virksomhetsplanlegging – myteskaping eller instrumentell problemløsning*. Oslo: TANO.
- Christensen, K. og Næss, S. (1999). *Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene*. Bergen: Senter for samfunnsforskning (SEFOS).
- Daatland, S.O. (1994). *Hva skjer i eldresektoren?* NGI-rapport nr. 1/1994. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Daatland, S.O. og Solem, P.E. (1995). Modeller for omsorgstjenestene. Forprosjektnotat. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Daatland, S.O., Platz, M. og Sundström, G. (1997). Status og utviklingslinjer, i S.O. Daatland, (red.). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. NOVA-rapport 22/97. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, M. (1989). Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen, i M. Egeberg, (red.): *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Oslo: TANO.
- Egeberg, M. (1990). Forvaltningspolitikken kunnskapsgrunnlag. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 6(2):121-126.
- Erlandsen, E., Førsum, F.R., Hernæs, E. og Waalen, S.B. (1997). *Effektivitet, kvalitet og organisering av pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner*. SNF-rapport 91/97. Oslo: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Fauske, H. & Raustøl, T. (1989). *Organisering av kommunale omsorgstjenester: To kommuner – to modeller*. Rapport 1989:43. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Gulick, L. (1937). Notes on the theory of organization. With special reference to government, i L. Gulick og L. Urwick (red): *Papers on the science of administration*. New York: Institute of Public Administration.

- Harsheim, J., Hovik, S. og Vabo, S.I. (1995). Kommunenes organisering av PP-tjenesten. Problemstillinger for videre forskning. NIBR Notat 1995:103. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helset, A. (1997). *Hjemmehjelp, brukere, kvalitet. En litteraturgjennomgang*. NOVA-rapport 7/97. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Helset, A. (1999). *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre?* NOVA-rapport 19/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Høistad, B. (1992). Reorganisering og samordning. En studie av omstilling innen omsorgstjenestene. Hovedoppgave. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Jacobsen, D.I. (1993). «Sammen er vi dynamitt» – om koordinering mellom organisasjoner. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 9(2)87-110.
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, G. og Solem, P.E. (1998). *Integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Virkninger på ledelsesstrukturen*. NOVA-rapport 22/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Lauvli, M. (1999). *Tilrettelagte boliger – omsorgsboliger*. NOVA Skriftserie 1/99. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Lægreid, P. og Olsen, J.P. (1978). *Byråkrati og beslutninger – en studie av norske departement*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Meyer, J.W. og Rowan, B. (1991). Institutional organizations: Formal structure as myth and ceremony, i DiMaggio, P.J. og Powell, W.W. (red.): *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moland, L.E. (1997). *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*. Fafo-rapport 221. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1982:10 *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.* Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1986:4 *Samordning i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1992:1 *Trygghet – verdighet – omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Nygård, L. (1984). *Korleis bør kommunane organisere omsorgstjenesta si?* NIS-rapport 4/84. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

- Nygård, L. og Hansvik, H.P. (1986). *Korleis brukar kommunane omsorgsressursane sine?* NIS-rapport 7/86. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Nylehn, B. (1992). *Integrering i kommunale organisasjoner.* NF-rapport nr. 2/92. Bodø: Nordlandsforskning.
- Nylehn, B. (1994). *Omstillingsarbeid i kommunale organisasjoner.* NF-rapport nr. 10/94. Bodø: Nordlandsforskning.
- Ot.prp.nr. 36 (1980-81). *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Ot.prp.nr.48 (1985-86) *Om lov om endringer i lov av 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Rundskriv I-13/97 (1997). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Røvik, K.A. (1992). *Den «syke» stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Schumann, H. & Presser, S. (1981). *Questions and answers.* New York: Academic Press.
- Solem, P.E., Ingebretsen, R. og Guntvedt, O.H. (1991). *Kan ikke få lært nok. Om kommunenes opplæring av hjemmehjelpere.* NGI-Rapport 3-1991. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- St.meld.nr.68 (1984-85) *Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste.* Sosialdepartementet.
- St.meld.nr.35 (1994-95) *Velferdsmeldingen.* Sosial- og helsedepartementet.
- Thorsen, K. (1998). *Den pressede omsorgen. Kvaliteten i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst.* NOVA Rapport 18/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Toverud, I. (1997). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i Akershus. Kvalitet koster.* Prosjektrapport 1997. Oslo: Fylkesmannen i Oslo og Akershus.
- Wærness, K. (1989). Refleksjoner fra et feltforskningsarbeid i den hjemme-baserte omsorgen, *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 66(5-6): 255-261.

VEDLEGG 1: Representativitet

Norsk gerontologisk institutt sendte 25.mars 1996 ut spørreskjemaet «Kommunale pleie- og omsorgstjenester til eldre og funksjonshemmede» til alle landets kommuner og bydelene i Oslo, Bergen og Trondheim (475 skjema). Henvendelsen gikk til pleie- og omsorgsetaten v/pleie- og omsorgsleder eller tilsvarende leder. Vi purret skriftlig to ganger (15.4.96 og 14.6.96) og svarprosenten ble 70,7% (336 utfylte skjema).

I Akershus ble skjemaene sendt ut i samarbeid med Fylkesmannen i Oslo og Akershus v/prosjektleder Ingrid Toverud med prosjektet: «Modeller for pleie- og omsorgstjenesten i Akershuskommunene» (Toverud 1997). NGIs skjema ble sendt ut sammen med et eget skjema fra fylkesmannen og purring ble fulgt opp derfra, – med fylkesmannsembetets autoritet. I tillegg til de 22 Akershuskommunene samarbeidet vi på samme måten om 6 «referansekommuner» for fylkesmannens prosjekt (Hurum, Levanger, Lier, Sande, Sandefjord og Steinkjer) . For disse 28 kommunene fikk vi 100% svar på skjemaene.

Kommunestørrelse

Tabell V1. Kommuner og bydeler gruppert etter folketall 1.1.96. Prosentvis fordeling for hele landet (bruttoutvalget) og i undersøkelsen (nettoutvalget). Svarprosent.

| Folketall | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|--------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| -2,499 | 25,5 | 23,5 | 65,3 |
| 2,500-4,999 | 26,3 | 27,7 | 74,4 |
| 5.000-9.999 | 19,2 | 17,9 | 65,9 |
| 10.000-19.999 | 16,8 | 17,9 | 75,0 |
| 20.000- | 12,2 | 13,1 | 75,9 |
| I alt | 100,0 (475) | 100,1 (336) | 70,7 |
| Gj.snitt størrelse | 9183 | 9609 | |

Kilde: SSB Ukens statistikk nr. 9/96: «Befolkningsstatistikk. Folkemengde 1.1.96 og endringene i 4. kv. 95». For bydelene: tall per 1.1.96, bestilt direkte fra SSB.

By- og landkommuner

Tabell V2. Kommuner og bydeler gruppert som by- eller landkommuner. Prosentvis fordeling i bruttoutvalget og nettoutvalget. Svarprosent.

| By/land | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|---------|----------------|---------------|-------------|
| By | 18,1 | 17,9 | 69,8 |
| Land | 81,9 | 82,1 | 71,0 |
| I alt | 100,0 (475) | 100,0 (336) | 70,7 |

Andel av befolkningen 67 år+

*Tabell V3. Kommuner og bydeler gruppert etter andel over 67 år per 1.1.1996
Prosentvis fordeling i bruttoutvalget og nettoutvalget. Svarprosent.*

| Prosent | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|--------------------|----------------|---------------|-------------|
| 4,3-11,9 | 16,4 | 17,9 | 76,9 |
| 12,0-15,8 | 31,6 | 32,1 | 72,0 |
| 15,9-19,3 | 35,4 | 35,4 | 70,8 |
| 19,4-31,3 | 16,6 | 14,6 | 62,0 |
| I alt | 100,0 (475) | 100,0 (336) | 70,7 |
| Gj.snitt andel 67+ | 14,2 | 13,9 | |

Andel av befolkningen 80 år+

*Tabell V4. Kommuner og bydeler gruppert etter andel over 80 år per 1.1.96.
Prosentvis fordeling i bruttoutvalget og nettoutvalget. Svarprosent.*

| Prosent | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|--------------------|----------------|---------------|-------------|
| 0,7-3,1 | 16,8 | 19,1 | 80,0 |
| 3,2-4,6 | 33,1 | 33,3 | 71,3 |
| 4,7-6,2 | 32,0 | 32,7 | 72,4 |
| 6,3-11,3 | 18,1 | 14,9 | 58,1 |
| I alt | 100,0 (475) | 100,0 (336) | 70,7 |
| Gj.snitt andel 80+ | 4,0 | 3,9 | |

Inntekt per innbygger

Tabell V5. Kommuner gruppert etter brutto driftsinntekter per innbygger 1966.
Prosentvis fordeling i bruttoutvalget og nettoutvalget. Svarprosent.*

| Inntekt i 1000 | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| 19-22 | 16,2 | 17,2 | 75,7 |
| 23-27 | 34,0 | 35,7 | 74,8 |
| 28-36 | 33,3 | 30,5 | 65,3 |
| 37-126 | 16,4 | 16,6 | 71,8 |
| I alt | 100,0 (432) | 100,0 (308) | 71,3 |
| Gj.snitt inntekt | 29.9442 | 29.906 | |

**mangler opplysninger for bydeler*

Kilde: Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlikningstall for kommunene 1997. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, juni 1997.

Landsdel

Tabell V5. Kommuner og bydeler gruppert etter landsdel. Prosentvis fordeling i bruttoutvalget og nettoutvalget. Svarprosent.

| Landsdel | Bruttoutvalget | Nettoutvalget | Svarprosent |
|-----------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Østlandet | 35,2 | 36,6 | 73,7 |
| Agder/Rogaland | 11,8 | 13,4 | 80,4 |
| Vestlandet | 23,0 | 22,6 | 69,7 |
| Trøndelag | 11,4 | 9,8 | 61,1 |
| Nord-Norge | 18,7 | 17,6 | 66,3 |
| I alt | 100,1 (475) | 100,0 (336) | 70,7 |

Tabell V6. Oversikt over utvalget kommuner for intervju med ledere.

| Kommune/bydel | Fylke | Folketall | Andel 67+ | Inntekt | Intervjuer |
|---------------|------------------|-----------|-----------|---------|------------|
| Rælingen | Akershus | 14000 | 7,6 | 24000 | 6 |
| Stovner | Oslo | 21000 | 9,9 | - | 4 |
| Røa | Oslo | 21000 | 16,2 | - | 6 |
| Ringsaker | Hedmark | 31000 | 15,2 | 24000 | 5 |
| Lillehammer | Oppland | 24000 | 15,3 | 25000 | 5 |
| Drammen | Buskerud | 53000 | 16,0 | 24000 | 7 |
| Tønsberg | Vestfold | 33000 | 16,2 | 23000 | 4 |
| Hægebostad | Vest-Agder | 1600 | 16,4 | 31000 | 3 |
| Meland | Hordaland | 5000 | 9,9 | 21000 | 4 |
| Volda | Møre- og Romsdal | 8000 | 15,3 | 22000 | 4 |
| Steinkjer | Nord-Trøndelag | 21000 | 15,4 | 27000 | 6 |
| Bodø | Nordland | 40000 | 9,5 | 23000 | 6 |
| Alta | Finnmark | 16000 | 8,0 | 29000 | 4 |
| Porsanger | Finnmark | 4500 | 10,6 | 34000 | 4 |

VEDLEGG 2: Spørreskjema

Mars 1996

SPØRRESKJEMA

KOMMUNALE PLEIE OG OMSORGSTJENESTER TIL ELDRE OG FUNKSJONSHEMMEDE

.....
Kommunennummer

.....
Kommunenavn (event. Bydelsnavn)

Spørreskjemaet er besvart av :
Stilling

Noen spørsmål har svaralternativer med ruter for avkryssing. Sett et kryss i ruten for det alternativet som passer best. For noen spørsmål kan det være aktuelt å krysse av for flere alternativer. Skriv gjerne utdypende opplysninger i tillegg til avkryssingen. I noen tilfeller har vi satt av linjer for utfylling med ord eller tall. Hvis den avsatte plassen er for liten til det svar som ønskes avgitt, skriv svaret på et eget ark.

Pleie- og omsorgstjenester omfatter hjemmetjenester, tilrettelagte boliger, institusjoner m.v. for eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser. Alt dette er ikke i alle kommuner organisert under samme etat. Der det er nødvendig ber vi om at opplysninger innhentes fra den aktuelle etat, slik at de kommer med i skjemaet fra kommunen.

For bydeler som besvarer skjemaet gjør vi oppmerksom på at der det i spørsmålene står 'kommunen' skal svaret gjelde bydelen og ikke kommunen som helhet.

Eventuelle spørsmål om utfyllingen kan rettes til Bodil Høistad eller Per Erik Solem på NGIs telefon (22 55 74 20).

POLITISK ORGANISERING

1. Er ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene på politisk nivå lagt til et **fast politisk utvalg** (komite, styre, e.l.)?

- Nei, kommunen har ikke faste politiske utvalg
 Ja, til helse- og sosialutvalget
 Ja, til pleie- og omsorgsutvalget
 Ja, til utvalg med annet navn. Hva er utvalgets navn?

.....

ADMINISTRATIV ORGANISERING

Her ønsker vi opplysninger om den administrative organiseringen mellom rådmannen (administrasjonssjefen) og de tjenesteytende enhetene (f.eks. sykehjem, hjemnehjelpstjeneste). Spørsmål om organisering og ledelse av enheter på tjenesteytende nivå kommer seinere i skjemaet.

Hvis det er laget organisasjonskart som illustrerer kommunens organisasjonsstruktur ber vi deg legge dette ved spørreskjemaet.

2. Hvilken hovedenhet (etat, sektor, tjenesteområde e.l.) på nivået under administrasjonssjefen har ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene?

- Enhet for helse- og sosial
- Enhet for pleie- og omsorg
- Enhet med annet navn. Hva er enhetens navn?

.....

3. Hvilken hovedutdanning har lederen av denne enheten?

- Sosionom
- Sykepleier
- Lege
- Økonomisk/administrativ utdanning
- Annen utdanning. Hvilken?

4. Har kommunen administrative enheter (distrikter, avdelinger, seksjoner e.l.) på et nivå lavere enn hovedenheten i sp. 2? Hva er lederens hovedutdanning?

- Nei, kommunen har ikke administrative enheter på dette nivå
- Ja, følgende enhet(er) har ansvar for pleie- og omsorgstjenestene:

Enhet 1 Enhetens navn:

 Lederens hovedutdanning:

Enhet 2 Enhetens navn:

 Lederens hovedutdanning:

Enhet 3 Enhetens navn:

 Lederens hovedutdanning:

Enhet 4 Enhetens navn:

 Lederens hovedutdanning:

Hvis spørsmålene 2 - 4 ikke fanger opp organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene på administrativt nivå, vennligst redegjør for organiseringen og lederens hovedutdanning på eget ark.

5. **Har kommunen pr. i dag etablert noen administrative enheter eller fagstillinger i administrasjonen/ stab i den hensikt å ivareta enkelte brukergrupper spesielt?** (f.eks. seksjon for MPU, konsulent for funksjonshemmede, rådgiver)

| | Nei | Ja | Enhetens navn eller stillingsbetegnelse |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Aldersdemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fysisk funksjonshemmede | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mennesker med psykisk utviklingshemming (MPU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mennesker med psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andre brukergrupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

6. **Hvilken stilling eller hvilket organ fatter vedtak om tildeling av hhv. hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjemsplass? Hvordan er sammensetningen av det eventuelle vedtaksfattende organ?** (inntaksteam, ledergruppe e.l.)

Ansvarlig stilling eller organ og organets sammensetning:

Hjemmehjelp

 Hjemmesykepleie

 Sykehjemsplass

7. **I hvilken grad får dere melding om utskrivning fra sykehus når det er behov for oppfølging fra pleie- og omsorgstjenesten?**

Alltid Som oftest Av og til Sjelden Aldri

ORGANISERING AV TJENESTEYTENDE NIVÅ

8. **Er hjemmehjelpstjenesten samorganisert (integrert) med hjemmesykepleietjenesten i hele eller deler av kommunen?**

Nei Ja, i deler av kommunen
 Ja, i hele kommunen

9. **Er hjemmetjenestene samorganisert (integrert) med sykehjem og/eller aldershjem i hele eller deler av kommunen?**

Nei Ja, i deler av kommunen
 Ja, i hele kommunen

10. Er hjemmetjenestene organisert i enheter med geografisk avgrenset ansvar?
- Nei Ja, antall distrikter/soner:
11. Arbeider noen ansatte i hjemmehjelps- og hjemmesykepleietjenestene og avdelingspersonale på sykehjem vekselvis i sykehjem og i hjemmetjenestene etter en arbeidsplan/turnus?
- Nei, ingen Ja, noen Ja, de fleste
12. Er noen av følgende tjenester samlokalisert ved at de har kontorer, og eventuelt andre lokaler, i samme bygning?
Svar 'Ja' dersom slik samlokalisering forekommer; det er ikke nødvendig at det er gjennomført i hele kommunen.
- | | Nei | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hjemmehjelp og hjemmesykepleie (hjemmetjenestene) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmetjenester og alders-/sykehjem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmetjenester og omsorgs-/trygdebolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Er tilbud/tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming samorganisert (integrrert) med andre deler av pleie- og omsorgstjenestene på tjenesteytende nivå?
- Nei Ja, i deler av kommunen
 Ja, i hele kommunen
14. Er det tilsatt personell med særskilt ansvar for rehabilitering?
- Nei Ja, hvilke(n) stilling(er)?
.....

BRUKERGRUPPER

15. Omtrent hvor mange mottakere (brukere) av pleie- og omsorgstjenester har kommunen i følgende grupper?

| | ca. antall: |
|--|-------------|
| Eldre over 67 år | |
| Fysisk funksjonshemmede barn under 18 år | |
| Fysisk funksjonshemmede 18 - 67 år | |
| Mennesker med psykisk utviklingshemming | |
| Mennesker med psykiske lidelser | |
| Andre: | |

16. Sett i forhold til den forventede utviklingen av behov for pleie- og omsorgstjenester, hvordan mener du kommunen bør satse på tilbud til de ulike brukergruppene i tida som kommer?

| | Sterkere satsing | Omtrent som nå | Mindre satsing |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eldre med behov for praktisk hjelp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eldre med behov for pleie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aldersdemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysisk funksjonshemmede | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mennesker med psykisk utviklingshemming | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mennesker med psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

«Vi spiller på lag»

BOLIGER OG INSTITUSJONER

17. **Hvor mange boenheter i ordinære trygdeboliger (uten egen service) disponerte kommunen 1.1.1992 og 1.1.96?**

1.1.92 1.1.96.....

18. **Hvor mange boenheter for pleie- og omsorgsformål disponerte kommunen 1.1.1992 og 1.1.1996?**

Her medregnes både boenheter med egen husholdning og boenheter (plasser) i bofellesskap eller bokollektiver, som ikke er å regne som institusjoner. Oppgi om mulig antall boenheter for hver av brukergruppene nedenfor. Hvis boenhetene ikke er fordelt mellom ulike brukergrupper angi antall boenheter i alt.

| | 1.1.92 | 1.1.96 |
|------------------------------------|--------|--------|
| Eldre over 67 år | | |
| Fysisk funksjonshemmede 18-67 år | | |
| Mennesker med psykisk utv. hemming | | |
| Mennesker med psykiske lidelser | | |
| Antall boenheter i alt | | |

19. **Dersom kommunen har boenheter til pleie- og omsorgsformål for eldre, er det eget personell i alle eller i noen av disse boenhetene, eller betjenes de fra de ordinære hjemmetjenestene?**

| | Nei | Ja, i noen | Ja, i alle |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eget personell på dagtid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eget personell på døgnbasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betjenes av hjemmetjenestene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. **Hvor mange institusjonsplasser disponerte kommunen 1.1.1992 og 1.1.1996?**

| | 1.1.92 | 1.1.96 |
|--------------------|--------|--------|
| Aldershjemsplasser | | |
| Sykehjemsplasser | | |

21. **Omtrent hvor mange av plassene i sykehjem disponerte kommunen som henholdsvis korttids- og langtidsplasser 1.1.1992 og 1.1.1996?**

| | 1.1.92 | 1.1.96 |
|-----------------|--------|--------|
| Korttidsplasser | | |
| Langtidsplasser | | |

22. **Omtrent hvor mange dagplasser i sykehjem og andre dagplasser disponerte kommunen 1.1.1992 og 1.1.1996?**

| | 1.1.92 | 1.1.96 |
|-----------------------|--------|--------|
| Dagplasser i sykehjem | | |
| Andre dagplasser | | |

23. Hvor mange plasser i alders- og sykehjem og boenheter for pleie- og omsorgsformål har kommunen planer om å bygge eller nedlegge i perioden 1996-99? (jf. kommunens 4-årige økonomiplan)

| | Planlagt økning | Planlagt reduksjon |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Aldershjemsplasser | | |
| Sykehjemsplasser | | |
| Boenheter til pleie- og omsorgsformål | | |

HJEMMETJENESTER FOR PLEIE- OG OMSORGSTRENGENDE

24. Har kommunen tilbud om hjemmehjelp og hjemmesykepleie på kveldstid, om natten og på helgedager?

| | Kveld | Natt | Helg |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Mottar brukerne av hjemmehjelpstjenesten service fra en fast hjemmehjelper eller mottar de service fra varierende hjemmehjelpere?

- Stort sett fast hjemmehjelper
 Stort sett fra en fast gruppe av hjemmehjelpere
 Stort sett varierende hjemmehjelpere

26. Praktiserer kommunens hjemmehjelps- og/eller hjemmesykepleie-tjenester ordningen med "primærkontakt" for brukerne?

Dvs. at en fast ansatt har ansvar for å ha oversikt over, og følge opp det totale tjenestetilbudet til den enkelte bruker over tid, men at det kan variere hvilken person som yter tjenester til brukeren?

| | Nei | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Primærkontakt praktiseres i hjemmehjelpstjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Primærkontakt praktiseres i hjemmesykepleietjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Hvilken stillingsbetegnelse har hjemmehjelpernes nærmeste leder (arbeidsleder)?

.....

28. Hvilken myndighet har denne lederen (jf. sp. 27) ved tilsetting av hjemmehjelpere?

- Ingen innflytelse
 Uttalerett
 Innstillingsrett
 Ansettelsesmyndighet

29. Omtrent hvor stor andel av hjemmehjelperne har i løpet av ansettelsesforholdet gjennomgått en eller annen opplæring for hjemmehjelpere? (Kurs av minst 6 timers varighet.)
- ca. prosent
30. Omtrent hvor stor andel av hjemmehjelperne har yrkesrelevant utdanning av minst 1 års varighet?
- ca. prosent
31. Har kommunen tilbud om brukerstyrt personlig assistanse for funksjonshemmede?
- Nei Ja, antall brukere av dette tilbudet er i dag:
32. Har kommunen særlig tilrettelagte tilbud/tjenester for aldersdemente?
- Nei
- Ja, skjermet enhet i sykehjem
- Ja, bokollektiv
- Ja, dagtilbud
- Ja, annet tilbud. Hva slags tilbud?
-

PRIVATISERING

33. Blir noe av pleie- og omsorgstjenestene drevet av frivillige organisasjoner eller private firmaer etter avtale med kommunen?
- Nei, alle tjenester/tilbud er kommunalt drevet
- Ja, følgende tjenester/tilbud drives av frivillige organisasjoner
-
- Ja, følgende tjenester/tilbud drives av private firmaer
-
34. Vil du si at noe av pleie- og omsorgstjenestene er egnet til å bli drevet av frivillige organisasjoner eller private firmaer etter avtale med kommunen?
- Nei
- Ja, følgende tilbud/tjenester kan være egnet til å bli drevet av frivillige organisasjoner
-
- Ja, følgende tjenester/tilbud kan være egnet til å bli drevet av private firmaer
-
- Vet ikke

OMORGANISERING

35. Har kommunen siden 1992 gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene?

- Nei, organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene er stort sett som i 1992.
Gå til spm. 37.
- Ja, følgende endringer er gjennomført

.....

.....

.....

.....

Fortsett om nødvendig på eget ark

36. Hvis kommunen har gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene, hvilke av følgende hensyn har hatt stor betydning, liten betydning eller ingen betydning for at det ble tatt initiativ til endringene?

| | Stor betydning | Noe betydning | Ingen betydning |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommuneøkonomiske hensyn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalpolitiske hensyn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behov i kommunens befolkning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Press fra brukergrupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Press fra profesjoner/yrkesgrupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erfaringer fra andre kommuner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre hensyn, dvs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37. Sett i forhold til den forventede utviklingen av behov for pleie- og omsorgstjenester, hvordan mener du kommunen bør prioritere de nevnte tjenestene i tida som kommer?

| | Prioritere høyere | Omtrent som nå | Prioritere lavere |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sykehjem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aldershjem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boliger til pleie- og omsorgsformål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I tilfelle vi skulle ha behov for å avklare uklarheter eller få utdypende opplysninger ber vi deg oppgi ditt navn og telefonnummer

Navn: Telefon:

Send med organisasjonskart hvis mulig.

Takk for hjelpen!