

Kommunale tjenester

- **Lardal kommune** -

Forvaltningsrevisjonsrapport nr: 701005

2011

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	II
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og rammer	1
1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier	1
1.3 Avgrensing	2
1.4 Metode og kvalitetssikring	2
1.5 Høring.....	2
2 Organisering og omfang av deltid.....	3
2.1 Organisering av kommunen	3
2.2 Omfang av deltid i Lardal kommune	3
2.2.1 Deltid i Lardal i forhold til andre kommuner	4
2.3 Betydning av deltid for tjenestetilbud og effektivitet.....	5
2.3.1 Spesielt om Lardal	6
3 KOSTRA-tall for pleie og omsorg	6
4 Hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid	7
4.1 Fakta	7
4.2 Revisors vurderinger	8
5 Bemanning hjemmetjenester og sykehjem	9
5.1 Fakta	10
5.2 Revisors vurderinger	12
6 Forbedring og forebygging av svikt eller mangler	14
6.1 Fakta	14
6.2 Revisors vurderinger	16
7 Trygghet og forutsigbarhet	16
7.1 Fakta	17
7.2 Revisors vurderinger	17
8 Revisors konklusjoner og anbefalinger	18
Litteratur og kildereferanser	20
I. Vedlegg 1: Revisjonskriterier.....	21
II. Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	24
III. Vedlegg 3: KOSTRA	26

Sammendrag

Tema for prosjektet er kvalitet på kommunale tjenester og små stillingsbrøker. Vi har valgt å se på hvordan kommunen følger opp hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid. I tillegg har vi kartlagt omfang av deltid i kommunen, samt redegjort for utredninger og undersøkelser gjort på nasjonalt plan knyttet til betydningen av deltid for tjenestetilbudet. Dessuten har vi sett på kvalitet på tjenestene innen pleie- og omsorg, hvor vi har sett på bemanning, internkontroll og hvordan en sikrer trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet til innbyggerne. Vi har undersøkt følgende problemstillinger;

1. I hvilken grad følger kommunen hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid?
2. I hvilken grad har pleie og omsorgstjenestene en bemanning i tråd med krav i lov og forskrift?
3. I hvilken grad har kommunen lagt til rette for forbedring og forebygging av feil innen pleie og omsorgstjenestene i kommunen?
4. I hvilken grad sikres brukere av pleie og omsorgstjenester trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet?

Undersøkelsen viser at kommunen delvis følger de bestemmelser som er satt i hovedtariffavtalen om bruk av deltid. Det er positivt at de tillitsvalgte opplever at de er involvert og blir tatt med på drøfting om hva som gjøres med ledige stillingsressurser. Kommunen har ikke felles retningslinjer for å redusere uønsket deltid og det mangler felles dokumenterte prosedyrer på området, samt et system for å ha en samlet oversikt over hvem som ønsker å utvide stillingen sin. Arbeidet med felles retningslinjer er påbegynt, men ikke fullført. Kommunen har ikke fått til å redusere omfanget av deltid og vi mener at det er behov for en mer helhetlig tilnærming til arbeidet med å redusere omfanget av deltid.

Det at Lardal har en del deltidsansatte utgjør en kostnad både knyttet til personalkostnader, som ekstra kostnader til oppfølging av den ansatte, møter og opplæring og kan ha betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. Lardal har et noe større omfang av deltid enn det er i kommunal sektor samlet, men det er omtrent på nivå med enkeltkommuner vi har sammenlignet med.

Kommunen har i relativt stor grad en bemanning på sykehjemmet og i hjemmetjenestene som er i tråd med krav i lov og forskrift, men det må gjøres vurderinger av om bemanningen er forsvarlig ut fra brukernes behov. Kommunen har hatt lite resurser til administrasjon og fagutvikling/kvalitetsutvikling, noe som kan få betydning for den hjelpen som kan gis. Arbeidet med omorganisering av pleie og omsorgstjenestene kan bidra til å styrke dette arbeidet. Det at kommunen har en litt lav sykepleierdekning er en risikofaktor, særlig i forhold til vakante stillinger, ferie, sykdom og annet fravær. I tilfeller med stort behov for sykepleiefaglig kompetanse både i hjemmetjenesten og på sykehjemmet, kan lav sykepleierdekning bidra til å svekke forsvarligheten i bemanningen.

Kommunen har til en viss grad lagt til rette for å forebygge svikt eller mangler og forbedre pleie og omsorgstjenesten i kommunen, men har ikke et samlet og godt dokumentert internkontrollsystem. Det er utarbeidet en egen kvalitetshåndbok, som også omfatter noen prosedyrer knyttet til internkontroll, men den er ikke tilstrekkelig oppdatert. Sykehjemmet vil gjennom implementering av standarden for sykehjem fra 12K-samarbeidet få et oppdatert kvalitetssystem.

Vi mener at oppfølgingen av avviksregistreringene og fokus på det å registrere avvik kan bli enda bedre. Administrasjonen kan også i større grad systematisere arbeidet med risikovurderinger av tjenestetilbudet. Dessuten kan en tilrettelegge noen flere arenaer for refleksjon og fagutvikling innen pleie og omsorg. På den måten vil kommunen i enda større grad nyttegjøre seg av ansattes kunnskap og erfaring. Omorganiseringen, som sikrer en felles ledelse, kan bidra til å bedre arbeidet med å forebygge svikt eller mangler og sikre forbedring av pleie og omsorgstjenestene i kommunen. Ved å innføre jevnlig brukerundersøkelser eller andre former for tilbakemelding fra brukere/pårørende kan en også i større grad gjøre bruk av brukeres og pårørendes erfaring til forbedring av virksomheten.

Kommunen har en del rutiner som kan bidra til at bruker opplever trygghet og forutsigbarhet i hverdagen, men har til nå ikke hatt noe godt felles system for oppfølging og kontakt underveis med brukerne. Systemet med samtaler som ligger i KOST (prosedyrene for å ivareta standarden for sykehjem) vil kunne bidra til dette. Implementeringen av de nye prosedyrene er sentral, og kommunen kan også dra nytte av dette arbeidet i utarbeidelsen av et oppdatert kvalitetssystem for hjemmetjenestene. Arbeidet med å forebygge sykefravær og redusere omfanget av deltid vil også kunne bidra til å gi større trygghet og forutsigbarhet for brukerne.

Ut fra de undersøkelser vi har gjort vil vi anbefale kommunen å vurdere følgende;

- Ferdigstille arbeidet med felles retningslinjer for å redusere uønsket deltid.
- Sikre oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem for pleie og omsorg av det omfang som kommunen har behov for, og at systemene opprettholdes.
- Sikre at nye prosedyrer/standarder innen pleie og omsorg blir implementert.

Skien, 19.08.11

Telemark kommunerevisjon IKS

Kirsti Torbjørnson
oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor

Anne Sæterdal
prosjektleder

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og rammer

Forvaltningsrevisjon er bestilt av kontrollutvalget i møte 06.10.10 og prosjektplan er godkjent i desember 2010. Tema for prosjektet er kvalitet på kommunale tjenester og små stillingsbrøker. Vi har valgt å se på hvordan kommunen følger opp hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid. I tillegg har vi kartlagt omfang av deltid i kommunen, samt redegjort for utredninger og undersøkelser gjort på nasjonalt plan knyttet til betydningen av deltid for tjenestetilbudet. Kontrollutvalget ønsket å se på kvalitet på tjenestene innen pleie- og omsorg. Her har vi sett på bemanning, internkontroll og hvordan en sikrer trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet til innbyggerne.

Prosjektet er gjennomført som forvaltningsrevisjon. Hjemmel for forvaltningsrevisjon er gitt i kommunelovens § 77 nr. 4, jamfør forskrift om kontrollutvalg kapittel 5 og forskrift om revisjon kapitel 3.

1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Revisjonskriteriene¹ i dette prosjektet er utledet fra hovedtariffavtalen, lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv, lov om helsetjeneste i kommunen, lov om sosiale tjenester, forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten og forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie. Kriteriene er angitt under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 1 til rapporten.

1. I hvilken grad følger kommunen hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid?

Revisjonskriterier

- Det skal som hovedregel tilsettes i full stilling.
- Ved ledig stilling skal deltidsansatte ved intern utlysning i kommunen tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen.
- Det skal utarbeides retningslinjer med formål om å øke antall heltidstilsatte.

2. I hvilken grad har pleie og omsorgstjenestene en bemanning i tråd med krav i lov og forskrift?

Revisjonskriterier

- Det er krav om administrativ leder, sykepleier og lege ved sykehjemmet, og ellers den bemanning som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.
- Kommunen skal ha sykepleier i hjemmesykepleien og en bemanning som sikrer at innbyggerne får de hjemmetjenester de har behov for.
- Kommunen skal sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

¹ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de regler og normer som gjelder innenfor det området som skal undersøkes. Revisjonskriteriene er basis for de analyser og vurderinger som revisjonen foretar, konklusjonene som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

3. I hvilken grad har kommunen lagt til rette for å forebygge svikt eller mangler og forbedre pleie og omsorgstjenestene i kommunen?

Revisjonskriterier

- Kommunen skal sikre at avvik dokumenteres, følges opp og bidrar til å forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.
- Kommunen skal skaffe oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Kommunen skal sikre arbeidstakernes kunnskap, og at erfaring og erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende brukes til forbedring av virksomheten.

4. I hvilken grad sikres brukere av pleie og omsorgstjenester trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet?

Revisjonskriterium

- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som bidrar at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.

1.3 Avgrensning

I kartleggingen av deltid har vi ikke sett nærmere på NAV-kontoret. Dette er en liten enhet og i 2009 oppga ingen ved kontoret at de hadde uønsket deltid. Dessuten har de kommunalt ansatte i kontoret hele stillinger.

Vi har valgt å se på deler av tjenestene innen pleie og omsorg. Det vil derfor være mange områder vi ikke ser på som f.eks. saksbehandling og vedtak om hjelp, brukermedvirkning, de medisinskfaglige vurderingene som ligger til grunn for hjelpen som gis eller hvorvidt hjelpen som gis er tilstrekkelig.

1.4 Metode og kvalitetssikring

Ifølge forskrift om revisjon § 7 skal forvaltningsrevisjon gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon². Valg av metode og tiltak for kvalitetssikring er omtalt i vedlegg 3 til rapporten.

1.5 Høring

Faktadelen av rapporten er presentert i et høringsmøte med administrasjonen i kommunen og rapporten er sendt på høring. I høringssvaret hadde kommunen to innvendinger til fakta i rapporten;

- Når det gjelder vedtakstimen i hjemmetjenesten, så er det fagsystemet som ikke produserer en rapport som tilfredsstillende behøver revisjonen har. Dette blir fremstilt litt uklart.
- Vedr pkt 2.2 tab 2; det er feil antall ansatte og årsverk i tabellen for stab.

² Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1. februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder som er fastsatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

Vi har i del 5.1 under overskriften Bemanning innen pleie og omsorgstjenestene i Lardal tydeliggjort at fagsystemet ikke kunne produsere den rapporten som revisjonen etterspurte og korrigeret tabell 2 i tråd med høringsvaret. Vi har også tatt med Helsedirektoratets vurdering ang bakvaktsordninger i del 5.1. Dette var i høringsrapporten kun omtalt i vurderingsdelen.

2 Organisering og omfang av deltid

2.1 Organisering av kommunen

Lardal kommune gjennomførte en omorganisering og overgang til to-nivå modell med virkning fra 1. januar 2007. Målet for omorganiseringen var blant annet å effektivisere driften og flytte ressurser fra administrasjon til tjenester. Etter omorganiseringen fikk kommunen åtte resultatenheter med enhetsledere og en stabsleder som sammen med rådmann har vært kommunens ledergruppe. Innenfor oppvekst har det vært fire resultatenheter og helse og omsorg har hatt to; sykehjemmet og Ringveien helsesenter. Ringveien har ansvar for hjemmetjenestene i tillegg til tjenester som helse og rus/psykiatri. NAV-kontoret er en egen enhet.

I behandling av budsjett for 2011 ble det vedtatt at kommunen skulle gjennomgå organisasjonen med tanke på å skape en omforent forståelse av tjenestenes rammer sett i lys av statens inntektssystem. Arbeidet er gjennomført i prosjektet Handlingsrom 2012 og sluttrapporten er behandlet i formannskap og kommunestyret. Målet med prosjektet var å definere normalbudsjett for tjenesteområdene, beskrive løsninger som varig kan redusere utgiftene eller øke inntektene og beskrive mål og resultatindikatorer for tjenesteområdene. Rapporten viser at Lardal bruker mindre på kultur, administrasjon, helse og pleie og omsorg, men mer på barnehage og skole enn sammenlignbare kommuner og ut fra befolkningssammensetningen. I rapporten foreslår administrasjonen å innføre en trenivåmodell med fire etatssjefer. Dette ble vedtatt i formannskapet, og kommunestyret har fattet et prinsipielt vedtak om trenivåmodellen. Kommunen har lyst ut stilling som helse og omsorgssjef, som er en av de fire etatssjefene.

2.2 Omfang av deltid i Lardal kommune

Deltidsstillingene i kommunen utgjør det samme antall årsverk i 2010 som i 2007, men er fordelt på flere ansatte. Kommunen har altså fått flere i deltidstillinger, og kommenterer i egen årsmelding at dette ikke er en ønsket utvikling (Årsmelding Lardal kommune 2010).

Tabell 1. Ansatte og årsverk heltid og deltid Lardal kommune

	2007	2008	2009	2010
Antall årsverk deltid	75	100	85	75
Antall ansatte deltid	130	128	136	139
Gj.snittlig stillingsstørrelse deltid	57,7 %	78 %	62,5 %	55 %
Antall årsverk totalt	143	144	147	145
Antall ansatte totalt	198	201	205	208
Andel ansatte deltid	65,7	63,7	66,3	66,8

Kilde: Årsmelding Lardal kommune 2009, Årsmelding Lardal kommune 2010

En gjennomgang av ansettelse i enhetene viser at det er flest deltidansatte innenfor visse yrkesgrupper; renholdere, assistenter og fagarbeidere innen pleie og omsorg, barnehage og

skolefritidsordning/skole. Dette er yrkesgrupper der det på landsbasis også er mange deltidsansatte. Det er også noen deltidsstillinger blant det pedagogiske personale i barnehage og skole og blant sykepleierne.

Ingen av de ansatte innen renhold i kommunen har full stilling, men det er noen som har tilnærmet full stilling. For de andre yrkesgruppene er det både hel- og deltidsansatte. Noen ansatte i kommunen har deltidsstilling i flere enheter, og dette har vært et tiltak som er benyttet for å unngå uønsket deltid. Det er seks personer som kombinerer stillinger i ulike enheter, for en skyldes dette delvis frikjøp som hovedtillitsvalgt. To har full stilling gjennom kombinasjonen, mens de andre fire får et snitt på 0,73 årsverk ved å kombinere to stillinger.

Tabell 2. Antall ansatte og årsverk hentet fra Agresso og beregnet gj.snittlig stillingsstørrelse

Enhet	Antall ansatte	Antall årsverk	Gj.snittlig stillingsstør
Stab*	14	13,6	0,97
U-skole	21	15,96	0,76
B-skole	41	33,35	0,81
Styrvoll bhg#	17	11,77	0,69
Svarstad bhg	15	12,5	0,83
Ringveien	37	23,81	0,64
Sykehjemmet inkl kjøkken	53	28,81	0,54
Eiendom	16	13,21	0,83

* Eksklusiv politisk ansatte, tillitsvalgt og lærling

Eksklusiv lærling

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i kommunen er 71 prosent ut fra tallene registrert i Agresso, tar vi høyde for at enkelte ansatte har flere stillinger i kommunen er gjennomsnittlig stillingsstørrelse 73 prosent.

Agresso viser status på et gitt tidspunkt, uavhengig av permisjoner, vikariater eller midlertidig oppbemanning grunnet spesielle behov til brukere. En gjennomgang av grunnbemanningen i barnehagene viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse da er på mellom 85 og 90 prosent. Vi har også fått tilbakemeldinger på fast bemanning fra de andre enhetene, bortsett fra sykehjemmet hvor gjennomsnittsstørrelsen økte til rundt 60 prosent, var det ikke så store forskjeller.

2.2.1 Deltid i Lardal i forhold til andre kommuner

For å si noe om omfanget av deltid i Lardal i forhold til andre kommuner, har vi sett på sysselsettingstall fra KOSTRA. I tillegg til Siljan har vi valgt tre andre vestfoldkommuner, to fra samme kommunegruppe; Hof og Tjøme, og Larvik.

Tabell 3. Sysselsetting i kommunene 2010

	Lardal	Siljan	Larvik	Hof	Tjøme
Antall avtalte årsverk i kommunen i alt	171,9	179,3	2628,3	245,5	291,4
Antall sysselsatte i kommune i alt	231	229	3480	343	410
<i>Forhold avtalte årsverk og antall sysselsatte</i>	<i>0,74</i>	<i>0,78</i>	<i>0,76</i>	<i>0,72</i>	<i>0,71</i>

Kilde: KOSTRA SSB, nivå 2, tall i kursiv egen beregning

Tabellen viser at Lardal har et større omfang av deltid enn Siljan og Larvik, men mindre enn Hof og Tjøme. Tall fra PAI-registeret i 2008 viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse i kommunal sektor på landsbasis var på 80 prosent, og at den var lavest innen helse, pleie og omsorg med 71 prosent (Rapport fra partssammensatt utvalg 2010).³

2.3 Betydning av deltid for tjenestetilbud og effektivitet

Vi skal her beskrive noen undersøkelser som er gjort knyttet til deltid og betydningen det kan ha for tjenestetilbud og effektivitet. Deltid og kanskje særlig uønsket deltid har hatt fokus av ulike årsaker, bl.a.;

- Uønsket deltid innebærer at ansatte har stillinger som ikke gir en inntekt en kan leve av.
- Deltid innebærer også at samfunnet kan "miste" viktig kompetanse, full sysselsetting ville i større grad sikret nødvendig arbeidskraft i fremtiden.
- Mange deltidsansatte gir brukere flere ansatte å forholde seg til og flere som arbeidsgiver skal følge opp/administrere.

En undersøkelse gjennomført overfor Fagforbundets medlemmer på landsbasis i 2008, viste at ca 1/3 av deltidsansatte medlemmer ønsket å øke stillingen (Moland 2009). Deltidsarbeid er utbredt innen pleie og omsorg, men det er stort omfang av undersysselsetting også innen skolefritidsordning og renhold (Moland 2009). En undersøkelse gjort av SSB viser at deltidsarbeid er utbredt blant helsefagarbeidere og sykepleiere, men også at nesten ¾ av helsefagarbeiderne og 4/5 av sykepleierne er fornøyd med arbeidstiden de har (Samfunnsspeilet 2011:2, SSB).⁴ Det vil være mange årsaker til at ansatte velger å jobbe deltid, forhold på arbeidsplassen kan ha betydning. Prosjekter gjennomført i Skedsmo kommune viste at arbeid med mål om å øke stillingsstørrelsen, styrke arbeidsmiljø og tjenestekvalitet og redusere sykefravær, førte til at flere ønsket å jobbe mer. Det skyldtes ikke flere personer i små stillinger, men kan ifølge Moland (2009) skyldes positive endringer i arbeidsmiljøet som gjorde flere i stand til å jobbe mer.

Uavhengig av om ansatte selv ønsker å jobbe deltid, innebærer mange små stillinger i kommunal sektor utfordringer, både i forhold til tjenestetilbudet og effektivitet. Nedenfor har vi trukket frem noen av utfordringene. Imidlertid er det viktig også å poengtere at muligheten til å jobbe deltid kan bidra til sysselsetting, ved at enkelte velger å jobbe noe fremfor å trekke seg helt ut av arbeidslivet. Deltidsansatte kan også ha en positiv betydning for tjenestetilbudet, fordi de kan brukes som godt kvalifiserte vikarer som ikke skal ha overtid. For arbeidsgiver kan deltid også gjøre det enklere å sikre nok bemanning i helger (Moland 2009).

Ved mange små stillinger, får brukere av kommunale tjenester flere ansatte å forholde seg til. Det blir mindre kontinuitet på arbeidet som utføres, fordi flere deler på å utføre arbeidet og det kan være problematisk å rekruttere godt kvalifisert arbeidskraft til deltidsstillinger. Dette kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene som ytes i kommunen. Det blir større kostnader knyttet til opplæring, lisenskostnader for dataprogrammer kommunen bruker kan bli større og de ansatte bruker mer tid på å kommunisere, fordi det er flere som skal bli oppdatert, for å nevne noe. Dessuten vil mange deltidsansatte gjøre møtevirksomhet dyrere og oppfølging av de ansatte fra leders side tar mer tid.

³ PAI står for PersonalAdministrativt Informasjonssystem

⁴ Arbeidskraftundersøkelsen fanger ikke opp deltidsarbeidene som har flere stillinger som samlet sikrer dem 100 prosent sysselsetting.

Mange deltidsansatte krever større ressurser til administrasjon/personaloppfølging. I kommunal rapport 09.12.10 anslår Nina Amble, som er seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, at kostnaden ved å administrere en heltidsansatt er like stor som en deltidsansatt i 50 prosent stilling. Kostnaden følger person og ikke stillingsstørrelse. Hun gjør et anslag i kronikken på at kostnaden kan være 100 000,- kroner pr hode.

En nasjonal undersøkelse av det norske bedriftsdemokratiet utført av Falkum m.fl. 2009, viser også at deltidsansatte er mindre aktive enn heltidsansatte på en rekke områder knyttet til utforming av arbeidsplassen og har mindre innflytelse på egne arbeidsbetingelser.

Uønsket deltid innebærer kostnader for den enkelte som har lavere stilling enn ønsket, blant annet i forhold til at lønnen kan være for lav til at den sikrer nødvendig inntekt og at en er avhengig av å ta ekstravakter som både gir en lite forutsigbar arbeidstid og inntekt.

2.3.1 Spesielt om Lardal

Kommunen har ikke selv foretatt beregninger av kostnader knyttet til det å ha en ansatt. Anslaget som Nina Amble har kommet med vil være for høyt for en liten kommune som Lardal. Poenget om at en deltidsansatt koster like mye som en heltidsansatt vil gjelde. Det er snakk om mange ulike kostnader; medarbeidersamtaler og oppfølging av den enkelte fra leders side, personalmøter og andre møter, opplæring, eventuelle datalisenser, oppgaver knyttet til lønn (lønnsmeldinger, endringer med mer), for å nevne noe. Dersom en ved sykehjemmet hadde nesten bare heltidsansatte, kunne antall ansatte vært redusert med ca 20, noe som ville gjort det å gjennomføre personalmøter rimeligere og opplæringskostnaden lavere.⁵ Ulempen kunne vært mindre kvalifiserte vikarer.

3 KOSTRA-tall for pleie og omsorg

Vi har gjennomført en analyse av KOSTRA-tall for pleie og omsorg i Lardal hvor vi har hatt fokus på å belyse omfang av hjelp som er gitt. Vi har også brukt KOSTRA til å si noe om bemanningen innen helse og omsorg i Lardal, men dette er vist i del 5 og tas ikke her. Det metodiske knyttet til KOSTRA-analysen er beskrevet i vedlegg 2. Tabellene med tall fra KOSTRA er lagt ved i vedlegg 3.

Hovedfunnene fra KOSTRA-analysen kan oppsummeres slik:

- Lardal har en institusjonsdekning omtrent på nivå med egen kommunegruppe og landet (litt høyere), men lavere enn Siljan. Lardal har mindre døgnbemannede boliger målt pr innbygger 80 år og eldre enn dem vi sammenligner. Institusjonsdekning er målt i antall plasser på institusjon pr innbygger 80 år og eldre.
- Lardal har flere mottakere av hjemmetjenester relativt sett under 67 år enn de vi sammenligner med, og noe færre mottakere som er 80 år og eldre. Forskjellen innebærer at Lardal ville hatt færre brukere totalt, dersom andel mottakere i de ulike aldersgruppene var som på landsbasis.

⁵ Hvis vi antar at sykehjemmet kunne hatt 20 færre ansatte innebærer det at et opplæringstiltak til 5 000,- kr pr ansatt vil koste 100 000 kr mindre.

- Lardal gir færre timer hjelp i uken pr bruker utenfor institusjon, enn egen kommunegruppe og landet, men gir flere timer enn Siljan. Dette gjelder både for praktisk bistand og hjemmesykepleie.
 - KOSTRA tallene viser at innbyggerne i Lardal bruker noe mindre pleie og omsorgstjenester enn de gjør i sammenlignbare kommuner.
- Lardal har en lavere andel brukere med omfattende bistandsbehov enn dem vi sammenligner med.
- Brukerbetaling for hjemmetjenestene utgjør en høyere andel av de totale utgiftene i Lardal, men kommunen har lave utgifter pr mottaker i forhold til dem vi sammenligner med. Brukerbetaling for institusjon utgjør en lavere andel av kostnadene enn for landet, høyere enn i Siljan og omtrent på nivå med snittet i egen kommunegruppe.

4 Hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid

Problemstilling

I hvilken grad følger kommunen hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid?

Revisjonskriterier

- Det skal som hovedregel tilsettes i full stilling.
- Ved ledig stilling skal deltidsansatte ved intern utlysning i kommunen tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen.
- Det skal utarbeides retningslinjer med formål om å øke antall heltidstilsatte.

4.1 Fakta

Kommunen har utarbeidet retningslinjer for redusert bruk av uønsket deltid for helse og omsorgsavdelingen.⁶ Ifølge retningslinjene skal arbeidsgiver drøfte ved ledig stilling om det er mulig å slå sammen deltidsstillinger, uten å få flere rene helgestillinger. En skal først jobbe for at fagarbeidere som ønsker det skal få mulighet til å øke stillingen til 60 prosent.

I 2009 ble det gjennomført en kartlegging av uønsket deltid, som ble behandlet i arbeidsmiljøutvalget og administrasjonsutvalget (sak 005/09). Det ble vedtatt at rådmannen skulle sørge for at det etableres rutiner for å redusere uønsket deltid. Utenom retningslinjer fra helse og omsorg, som ble utarbeidet forut for kartleggingen, har ikke kommunen retningslinjer for å redusere uønsket deltid eller øke antall heltidsansatte. Arbeidet med å etablere retningslinjer for hele kommunen ble påbegynt, men det ble ikke prioritert fullført.

Administrasjonen har hatt fokus på å redusere uønsket deltid. Innenfor pleie og omsorg har det i forbindelse med prosjektet Handlingsrom 2011 blitt gjennomført en ny kartlegging hvor ønske om høyere stilling blant deltidsansatte var ett av temaene. Den viste at syv i hjemmetjenesten og åtte på sykehjemmet ønsket større stilling, blant disse er det fagarbeidere som har mindre enn 60 prosent stilling. For to var det snakk om høyere stilling på sikt. Kartleggingen er del av arbeidet med å se på organiseringen av pleie og omsorgstjenestene, hvor en også undersøker muligheten av å kombinere årsverk på tvers av hjemmetjenesten og

⁶ Helse og omsorgsavdelingen eksisterer ikke nå og forsvant med omorganiseringen som trådte i kraft i 2007. Retningslinjene ble utarbeidet 2004/2005.

sykehjemmet. Dessuten er det fokus på hvordan kommunen skal møte utfordringene i samhandlingsreformen.

De hovedtillitsvalgte opplyser at det praktiseres å lyse ut fulle stillinger så langt det er mulig, men når det er ledige deltidsstillinger lyses disse også ut ved behov.⁷ Alt personalansvar er lagt til enhetslederne. Det gjøres vurderinger i den enkelte enhet i forhold til utlysning av stilling og om det er ansatte internt som kan få økt stillingsprosent. En av lederne vi har vært i kontakt med har opplyst at de har søkt å holde deltidsstillinger ledig i perioder for å få lyst ut større stilling.

Det er ikke faste drøftinger med de tillitsvalgte angående redusert bruk av uønsket deltid, men de hovedtillitsvalgte i kommunen opplyser at tillitsvalgt er involvert i arbeidet med å besette ledige stillingsressurser. En av de hovedtillitsvalgte trekker frem at det forekommer tilfeller hvor tillitsvalgt blir ”glemt”. De opplever at kommunen jobber relativt bra i forhold til å redusere uønsket deltid, men det har ikke vært noe stort tema for pedagogisk personale eller blant sykepleierne.

Kommunen holder på å utarbeide et nytt ansettelsesreglement som også skal omhandle den interne prosessen i enheten forut for beslutning om å lyse ut stilling og hvorvidt den skal lyses ut internt eller eksternt. Praksis på dette har til nå ikke vært dokumentert, men hovedregelen har vært at faste stillinger skal lyses ut eksternt, og vikariater skal lyses ut internt. Enhetsleder skal også ha drøftinger med de tillitsvalgte i forhold til ledige stillingsressurser. Den interne prosessen og prosessen med ansettelser er enhetsleders ansvar. Utdanningsforbundet og sykepleierforbundet opplyser at stillinger som gjelder deres medlemsgrupper primært utlyses eksternt fordi kommunen ikke har den kompetansen som etterspørres, men noen er lyst ut internt. Fagforbundet oppgir at stillinger som gjelder deres medlemmer lyses ut internt først.

4.2 Revisors vurderinger

Kommunen har ikke fått redusert omfang av deltid når vi ser på perioden 2007 til 2010. Barnehagene har mindre deltid når vi ser på den faste grunnbemanningen, men ansattes ønske om å jobbe redusert og behov for ekstra bemanning bidrar til å øke omfang av deltid. Lardal har et større omfang av deltid enn landet, men skiller seg ikke så mye ut fra andre de kommunene vi har sammenlignet med i KOSTRA.

Kommunen har ikke retningslinjer med formål om å øke antall heltidstilsatte slik hovedtariffavtalen krever. Det er ikke blitt utarbeidet retningslinjer i tråd med vedtak i administrasjonsutvalget i 2009. Administrasjonen har imidlertid påbegynt et arbeid med felles retningslinjer.

Målet om at alle fagarbeidere innen helse og omsorg som ønsker, skal få 60 prosent stilling, er ikke nådd. Dette kombinert med at det ikke har vært noen videre oppfølging og revurdering av retningslinjene kan tyde på at fokuset på målet i retningslinjene likevel ikke er så sterkt. Eventuelt kan det skyldes at det er vanskelig rent praktisk å øke antall heltidsansatte av hensyn til vaktlister og ansattes eget ønske om arbeidstid.

⁷ Kommunen har nylig lyst ut eksternt deltidsstillinger som er vikariater eller midlertidige stillinger i en barnehage. Dette ble gjort ut fra kjennskap til at en innenfor barnehage/skole ikke hadde aktuelle ansatte internt til stillingene, kombinert med tidsaspektet og behov for å snarlig få personale. Informasjon om stillingene er gitt all enheter. Bakgrunnen for bruk av midlertidig stilling, er at ressursen er knyttet til enkeltbarn.

Kommunen har ikke en oppdatert samlet oversikt over ansatte som ønsker økt stilling. Selv om kommunen har fordel av å være liten, er det nødvendigvis ikke slik at en har kjennskap til hvem som ønsker å øke stillingen på tvers av sektorer. En samlet oversikt ville synliggjort dette. I dag er det noen ansatte som kombinerer deltidsstillinger på tvers. Ansettelse i flere enheter kan gi de samme utfordringene i forhold til oppfølging og brukerkontakt, men den ansatte selv er sikret full stilling. Det kan også bidra til kompetanseutvikling fordi enhetene i større grad kan dra nytte av hverandres kompetanse.

Informasjonen vi har fått tyder på at kommunen tilsetter i hele stillinger når det er mulig, men at det i praksis tilsettes i deltidsstillinger også. Den enkelte enhets budsjett kan ha betydning for stillingsstørrelser, slik som på renhold (altså at stillingen er nøyaktig beregnet ut fra tiden det tar med rengjøring). Det at kommunen til nå ikke har hatt noen dokumenterte felles retningslinjer, innebærer en risiko for at praksis kan utvikle seg ulikt i de ulike enhetene. Derfor er det positivt at kommunen nå jobber med slike felles retningslinjer. I arbeidet med å redusere deltid kan ulike tilnærminger til arbeidet gi litt ulike resultat. Kommunen kan velge å fordele stillinger til flest mulig, eller sikre at noen får anledning til full stilling. Hvorvidt en velger å lyse ut fulle stillinger kontra deltidsstillinger kan ha betydning for hvem som velger å søke.

De tillitsvalgte opplever i hovedsak å være godt involvert i arbeidet med å besette ledige ressurser. Dette viser at kommunen har en åpen prosess, noe som kan bidra til at ansatte internt kan få kjennskap til ledige stillinger. Det at kommunen er liten er i så måte en fordel.

Både retningslinjene som er utarbeidet i kommunen og praksis for vikariater er i tråd med kravene i hovedtariffavtalen om at deltidsansatte skal få mulighet til økt stilling. Praksis tyder også på at det er et fokus på å sikre at ansatte som ønsker høyere stilling skal få det. Det at faste stillinger skal lyses ut eksternt, kan sees i sammenheng med behov for kompetanse som kommunen selv ikke har. Imidlertid kan kommunen vurdere om enhetene skal ha rutiner som tilsier at faste deltidsstillinger først søkes besatt internt, eller at det primært er hele stillinger som lyses ut eksternt.

5 Bemanning hjemmetjenester og sykehjem

Problemstilling:

I hvilken grad har pleie og omsorgstjenestene en bemanning i tråd med krav i lov og forskrift?

Revisjonskriterier

- Det er krav om administrativ leder, sykepleier og lege ved sykehjemmet, og ellers den bemanning som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.
- Kommunen skal ha sykepleier i hjemmesykepleien og en bemanning som sikrer at innbyggerne får de hjemmetjenester de har behov for.
- Kommunen skal sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

5.1 Fakta

Ledelse

Det er en leder for sykehjemmet og en leder for Ringveien helsesenter. De har det faglige og administrative (både økonomi og personal) ansvaret for egen enhet. Det er i tillegg en fagutviklingssykepleier i hver enhet som har avsatt 10 prosent av stillingen til fagutvikling. Ansvarsområder for de to varierer i praksis. Fagutviklingssykepleier i hjemmetjenestene fungerer mer som en avdelingsleder i praksis, og bruker mer tid til arbeidet enn de 10 prosentene som er avsatt. Dette er ikke mulig på sykehjemmet. Fagutviklingssykepleier ved sykehjemmet opplyser at stillingsressursen ikke er tilstrekkelig til å utføre de oppgavene som ligger i stillingen.

På sykehjemmet er det også en arbeidsleder på kjøkkenet med et overordnet ansvar for innkjøp, planlegging osv.

Lege og fysioterapi

Legekontor og fysioterapitjenesten i kommunen er organisert under Ringveien og har fast tid en dag i uka de er på sykehjemmet. Fysioterapeuten har kontor på sykehjemmet.

Tabell 4. Lege og fysioterapi

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,14	0,28	0,38	0,41	0,28	0,34	0,33	0,36
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,07	0,15	0,36	0,39	0,44	0,37	0,28	0,29
Legeårsverk pr 1000 innb, kommunehelsetjenesten	12,5	12,4	8,3	8,3	9,8	9,9	9,5	9,5
Fysioterapiårsverk pr 1000 innb, kommunehelsetjenesten	7,5	7,4	7,5	7,4	8,4	8,7	8,6	8,5

Kilde: KOSTRA SSB

Tallet for lege og fysioterapitimer pr beboer i sykehjem for 2009 er feil fordi det var registrert for mange beboere i sykehjem. Dette er rettet opp i 2010. Kommunen har en noe lavere dekning enn dem vi sammenligner med, men ansatte vi har snakket med opplyser at legene brukes utover den faste tiden. Dette gjør at legedekningen i praksis er bedre enn KOSTRA viser. Det at lededekningen oppleves som tilstrekkelig i praksis er også omtalt i Helsetilsynets rapport fra tilsyn på legemiddelbehandling av demente pasienter ved sykehjemmet i 2010. Hjemmetjenestene har også et tett samarbeid med legene og har fysisk nærhet til dem, fordi de holder til i samme bygg. De fleste vi snakket med ga også uttrykk for at tilgangen på fysioterapi var tilstrekkelig, men enkelte uttrykte ønske om noe mer tid til opplæring av de ansatte i pleie og omsorg fra fysioterapeut. Ser vi på kommunen samlet sett har Lardal bedre legedekning generelt sett enn dem vi sammenligner med, men har noe lavere dekning av fysioterapeut.

Kommunen har i helse og omsorgsplanen frem mot 2020 et mål om høyere legedekning i sykehjem, men målet er ikke konkretisert nærmere. Det er ikke tidligere fastsatt et mål for legedekning med en plan for å nå denne, slik helse og omsorgsdepartementet legger opp til i et rundskriv fra 2007. Kommunen har til nå vurdert legedekningen som tilstrekkelig, men vurderer at behovet for legetimer vil øke som følge av samhandlingsreformen.

Bemanning innen pleie og omsorgstjenestene i Lardal

KOSTRA viser at Lardal har færre årsverk til brukerrettede tjenester totalt pr mottaker av tjenester enn dem vi sammenligner med.⁸ Tabell 5 viser at Lardal totalt sett har faglært arbeidskraft som er omtrent på nivå med dem vi sammenligner med. Det er flere med utdanning fra videregående skole, men færre med høyskole/ universitetsutdanning (sykepleier, vernepleier el) enn landsgjennomsnittet og Siljan, men på nivå med egen kommunegruppe.

Tabell 5. Bemanning innen pleie og omsorgstjenestene

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Årsverk* ekskl fravær pr mottaker	0,28	0,31	0,28	0,47	0,44	0,42	0,46	0,47
Andel legemeldt fravær av totalt antall årsverk*	9,1	8,9	7,0	9,9	7,8	7,9	8,7	8,4
Andel* fagarbeider (v.g.s)	50	50	39	37	43	47	43	42
Andel* m høyskole/univ.utd.	21	27	38	34	27	27	30	31

Kilde: KOSTRA SSB

* Årsverk i brukerrettede tjenester.

Hjemmesykepleien har ikke sykepleier på jobb til enhver tid på ettermiddagene og i helgene, men har det på dagtid hverdager. Når det ikke er sykepleier på jobb, har sykepleier på sykehjemmet bakvakt for hjemmetjenesten. I hjemmetjenesten er det 2,6 årsverk sykepleiere, av totalt 12,97 årsverk (20 prosent). I tillegg har enheten en leder som er sykepleier. Sykehjemmet har 6,25 årsverk sykepleier, som utgjør 27,3 prosent av årsverkene utenom leder. Sykepleier på natt ved sykehjemmet er bakvakt for hjemmetjenesten, som ikke har sykepleier på natt. Sykepleiere vi har vært i kontakt med trekker frem at sykepleieressursen ved sykehjemmet er lav og at det særlig er problematisk ved lengre fravær, i ferier og i forbindelse med ubesatte stillinger/overgang til ny sykepleier ved ledighet.

Helsedirektoratet har gitt en uttalelse datert 25.11.09 angående ansvar og kompetanse i kommunale omsorgstjenester. Helsedirektoratet påpeker at det er et ledelsesansvar å vurdere hvilken kompetanse som kreves til de ulike oppgavene som skal løses. Det må foretas konkrete forsvarlighetsvurderinger i den enkelte situasjon, slik at de som er på jobb har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta de oppgaver man erfaringsmessig vet kreves. En bakvaksordning kan være et nødvendig tiltak som kan sikre forsvarlig bemanning.

Vi har beregnet pleiefaktor ut fra stillingshjemler ved sykehjemmet.⁹ Ikke alle hjemlene er besatt, men alle vakter er besatt. På natt er pleiefaktoren på 0,14 for alle beboerne (fire årsverk). På dagtid er pleiefaktoren på 0,59 for rehabilitering og somatisk (som har 9,5 årsverk) og 0,86 for dementavdelingen (som har 10,3 årsverk). I tillegg er det ansatte på kjøkken og vaskeri. Personell fra kjøkkenet bistår pleiepersonell i forhold til tilrettelegging og servering av måltider. Oslo kommune har i 2008 vedtatt en veiledende standard for pleiefaktor i alle sine sykehjem, med 0,71 for somatiske plasser, 0,78 for korttids/rehabiliteringsplasser, 0,84 for skjerma plasser (demens med mer) og 1,02 for forsterkede plasser (demens/psykiatri) (Gulbranson 2010).

Undersøkelser gjennomført ved sykehjemmene i Kragerø og Bamble i 2009 viser at de på undersøkelsestidspunktet hadde bedre bemanning på rehabiliterings-, korttids- og

⁸ Feilen i antall beboere har ikke betydning for årsverk til brukerrettede tjenester totalt pr mottaker.

⁹ Pleiefaktor er årsverk avsatt til pleie og omsorg delt på antall beboere på sykehjemmet.

langtidsplasser, men Lardal har bedre bemanning på demensavdelingen. Lardal har en bedre sykehjemsdekning enn det Kragerø og Bamble har.

Vi har fått en oversikt over vedtakstimer for hjemmetjenestene, men det var ikke mulig å hente ut de rapporter som revisjonen etterspurte i fagsystemet. Revisjonen fikk derfor to ulike rapporter. Den ene viser ca 200 timer pr uke totalt (ca 2,1 timer pr bruker), mens en annen rapport viser 185 timer i uken på henholdsvis hjemmesykepleie og hjemmehjelp (2,9 timer i uken på praktisk bistand og 2,6 på hjemmesykepleie). Leder av Ringveien vurderte rapporten som viste ca 200 timer som den mest riktige. Hjemmetjenestene har 41 brukere som både har hjemmesykepleie og hjemmehjelp, 23 brukere som bare har hjemmehjelp og 31 brukere som bare har hjemmesykepleie. Det er til sammen 12,2 årsverk i hjemmetjenestene hvorav noen få går 37,5 timer pr uke og de fleste går 35,5 timer pr uke.

KOSTRA viser også gjennomsnittlig antall timer pr bruker i uken, se vedlegg 4. Uketimetallet i snitt pr bruker i uka er høyere enn summen av praktisk bistand og hjemmesykepleie. Dette kan henge sammen med at totaltallet i KOSTRA også omfatter matombringning, registrert personlig assistanse og omsorgslønn.

Sykefravær

Lardal har et noe høyere sykefravær innen pleie og omsorg enn det landet og kommunegruppa har, men har hatt en svak nedgang i det legemeldte fraværet for sektoren samlet. For 2010 var sykefraværet i kommunen høyest på sykehjemmet, med 17,8 prosent (både legemeldt og egenmeldt), mens det for Ringveien var på 5,1 prosent. I 2009 var fraværet henholdsvis 8,7 og 9,4 prosent og i 2008 10,7 og 3,6 prosent for sykehjemmet og Ringveien. Legemeldt sykefravær i institusjon på landsbasis ligger på mellom i underkant av 9 prosent og opp mot 10 prosent i perioden 2008 til 2010. Egenmeldt fravær utgjør i hovedsak rundt 1 prosent av det totale fraværet. Selv om vi antar et noe høyere egenmeldt fravær, gjør det høye fraværetallet i 2010 at Lardal har et noe høyere sykefravær enn landsgjennomsnittet, mens ser vi på de to foregående årene er fraværet lavere. Generelt for pleie og omsorg var fraværet noe høyere både i 2009 og 2010 i Lardal sammenlignet med landet utenom Oslo, men forskjellene er små.¹⁰

Opplæring

Sykehjemmet har et opplæringsbudsjett på kr 50 000 og hjemmetjenesten har kr 14 000. De gjennomfører noe undervisning internt og har også bistand fra eksterne kompetansemiljøer og kjøper opplæringstiltak av Larvik kommune.

Det er ikke noen fast opplæring i kvalitetshåndboka på sykehjemmet og en har ikke noen sjekklister i forbindelse med opplæringen for nytilsatte. Det er laget sjekklister for opplæring i hjemmesykepleien.

5.2 Revisors vurderinger

Sykehjemmet har administrativ leder, sykepleier og lege ved sykehjemmet i tråd med kravene i forskriften. Ordningen med sykepleier i bakvakt sikrer også at det er sykepleier tilgjengelig til enhver tid. Hvorvidt sykehjemmet er pålagt å ha sykepleier på jobb til en hver tid og om sykepleier i bakvakt sikrer tilstrekkelig bemanning må

¹⁰ Tall i KOSTRA viser at Lardal lå betydelig lavere på sykefravær i 2008 – kommunen hadde da 5,4 prosent legemeldt fravær innen pleie og omsorg, mens landet hadde 8,4 prosent.

vrderes ut fra beboernes behov. Med utgangspunkt i Helsedirektoratets svar kan ordningen med bakvakt sikre forsvarlig bemanning.

Helsedirektoratet påpeker at lederen må foreta vurderinger av forsvarlighet av bemanningen i forhold til beboernes behov og sikre at det er kvalifisert personell til å ivareta de oppgavene man erfaringsmessig vet kreves. Vi har ikke gått inn på hvorvidt beboerne får riktig medisinsk hjelp og har derfor heller ikke sett nærmere på de vurderingene som gjøres i forhold til å sikre forsvarlig bemanning. Imidlertid viser gjennomgangen at hjemmetjenesten har kapasitet til å utføre de vedtak som er gjort og at sykehjemmet har en bemanning som er på nivå med den standarden Oslo kommune vedtok i 2008. Det at Lardal ikke har avdelingsledere gjør imidlertid at bemanningen i praksis er lavere enn den ville vært med avdelingsledere. Pleiefaktoren omfatter ikke avdelingsleder.

Kommunen har litt lavere sykepleierdekning enn dem vi sammenligner med. Ordningen med at sykehjemmet er bakvakt for hjemmetjenesten på natt gir hjemmetjenesten et litt lavere behov for sykepleier. Imidlertid vil det da i perioder med behov for sykepleietjenester både på sykehjem og i hjemmesykepleien bli en stor belastning på sykepleieressursen. Det er viktig at en i perioder med stort behov for sykepleier i hjemmesykepleien og på sykehjemmet har mulighet for økt sykepleieressurs.

Kommunen har hatt et litt høyt sykefravær de siste årene innen pleie og omsorg, men siden kommunen er liten vil enkelttilfeller slå sterkere ut enn i større kommunen. I den treårsperioden vi har sett på fraværet har både sykehjemmet og Ringveien hatt ett år hver med betydelig høyere sykefravær enn de andre årene. Siden kommunen har litt lav sykepleierdekning er kommunen sårbar ved sykefravær hos sykepleier og det er da risiko for at sykepleierdekningen kan bli for lav.

Hva som er tilstrekkelig bemanning vil kunne vurderes ulikt avhengig av hvilken type standard som kommunen ønsker å ha på sine tjenester. Tallene i KOSTRA viser at kommunen bruker færre årsverk pr mottaker av tjenester enn de vi sammenligner med. En årsak kan være at Lardal gir hjelp til flere brukere og derfor gir mindre hjelp. Dette stemmer til en viss grad (omtalt i vedlegg 3). Imidlertid mener vi at tallene viser at forskjellene i forhold til hvor mange som får hjelp ikke er så store som bemanningsforskjellen tilsier. En annen årsak kan være at kommunen har registrert færre brukere med omfattende bistandsbehov. Hvorvidt dette kan forklare hele forskjellen mener vi er usikkert og kommunen kan derfor se nærmere på om forskjellen skyldes en bedre og mer effektiv utnytting av personalressursene, om brukerne i kommunen får tilbud om mindre hjelp enn de burde hatt eller om det er andre årsaker.

Kommunen har god dekning av faglært arbeidskraft generelt, selv om den ikke er så god for sykepleiere. Faglært arbeidskraft bidrar til at arbeidstakerne har kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Enhetene har også opplæringsbudsjett, selv om dette er lavt. Det gjennomføres opplæringstiltak og noe intern opplæring, men enhetene kunne hatt nytte av noe mer ressurser til opplæring. Møtevirksomhet er også en arena for refleksjon, som kan bidra til økte kunnskaper og ferdigheter. Dette omtales i del 6.

Det at kommunen ikke har noen felles rutiner for opplæring i internkontrollsystemet og kvalitetssystemet gjør at denne opplæringen kan bli mangelfull.

6 Forbedring og forebygging av svikt eller mangler

Problemstilling

I hvilken grad har kommunen lagt til rette for å forebygge svikt eller mangler og forbedre pleie og omsorgstjenestene i kommunen?

Revisjonskriterier

- Kommunen skal sikre at avvik dokumenteres og følges opp og bidrar til å forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivning.
- Kommunen skal skaffe oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Kommunen skal sikre arbeidstakernes kunnskap og erfaring og erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende brukes til forbedring av virksomheten.

6.1 Fakta

Kommunen utarbeidet en kvalitetshåndbok i 1998 og fagutviklingssykepleierne er ansvarlig for å oppdatere denne. Enhetslederne har det overordnede ansvaret for kvalitetshåndboka. Arbeidet er ikke koordinert. Det er to versjoner av kvalitetshåndboka, en for hver enhet.¹¹ Innholdet varierer noe, fordi det er prosedyrer som er tilpasset den enkelte enhet, men det er også mye likt. Kvalitetshåndboka omfatter både prosedyrer som er relatert til kvalitetsforskriften og prosedyrer som inngår i internkontrollen. I tillegg har kommunen rutiner knyttet til brann og hygiene som vil være del av den samlede internkontrollen.

Kommunen foretar ikke noen systematiske risikovurderinger for å sikre brukernes rettigheter og kvalitet på tjenestene, men det gjøres risikovurderinger i det daglige. Disse vurderingene dokumenteres ikke. Det foretas årlige vernerunder, som er del av arbeidet med risikovurderinger i forhold til HMS.

I kvalitetshåndboka er et kvalitetsutvalg beskrevet, men dette er ikke lengre operativt. Håndboka er ikke endret som følge av omorganiseringen i 2007. For hjemmetjenestene er det lagt inn nye prosedyrer, som ikke fremkommer av innholdsfortegnelsen

Det er forskjell i innhold på områder hvor det er naturlig å anta at enhetene har de samme behovene for prosedyrer. Dette gjelder blant annet delen om sikring av grunnleggende behov. Dette omtales nærmere i del 7.

Deler av håndboka er oppdatert, men oppdateringstidspunkt for like prosedyrer varierer for hjemmetjenesten og sykehjemmet. Delen om legemidler er mest oppdatert. Denne delen er prioritert av fagutviklingssykepleier ved sykehjemmet. Det var også spesielt fokus på denne i forbindelse med tilsyn fra Helsetilsynet på legemiddelbehandling i dementavdelingen høsten 2010. I forbindelse med dette tilsynet ble det internt på sykehjemmet foretatt en generell gjennomgang av kvalitetshåndboka hvor en så områder med behov for oppdatering. Dette er ikke blitt fulgt opp i etterkant.

Både på sykehjemmet og for hjemmetjenesten blir kvalitetshåndboka lite brukt. Det ble trukket frem at ansatte hadde rutinen inne og derfor ikke hadde behov for håndboka. Fagutviklingssykepleier på sykehjemmet har etterlyst kjøp av PPS (praktiske prosedyrer i

¹¹ Sykehjemmet hadde to versjoner av håndboka, hvorav den ene trolig tilsvarer originalutgaven av håndboka.

sykepleien) for å sikre et bedre og mer oppdatert prosedyresystem enn det kommunen selv har kapasitet til å opprettholde. Sykepleieprosedyrene som lå i permene var ikke datert og det var flere av dem som ikke lengre var oppdatert.

Sykehjemmet skal implementere en egen standard for sykehjemmet som er utviklet av 12K samarbeidet (et samarbeid mellom de 12 vestfold-kommunene). Sykehjemmet skal jobbe med implementering av standarden til høsten. Standarden ble utarbeidet i 2009 og nå i 2011 er rutinebeskrivelser som skal sikre oppfølging av standarden utarbeidet, rutinebeskrivelsene omtales som KOST (Kvalitetssikring og Oppfølging av Standard for Tjenester i sykehjem). I forbindelse med implementeringen av KOST skal en også gjennomgå kvalitetshåndboka, for å se om noe skal beholdes. Utover det vil KOST erstatte mye av kvalitetshåndboka.

Kommunen har flere skjema og prosedyrer for registrering av avvik. Det er et avviksskjema, et skjema for feil i legemiddelhåndteringen og en liste for å registrere feil og nestenfeil i legemiddelhåndteringen. Avviksrutinene er felles, men enhetene har utarbeidet egne prosedyrer som beskriver oppfølging av feil/avvik på legemidler. I hjemmetjenestene leveres avvik til fagutviklingssykepleier som tar dem opp i avdelingsmøtene, mens de for sykehjemmet skal leveres leder og drøftes på personalmøter.

Hjemmesykepleien innførte avdelingsmøter hver sjettede uke i 2010, i tillegg til personalmøter. Sykehjemmet har fire personalmøter i året som er pliktig for ansatte å møte på. I tillegg har det vært avdelingsmøter, men det har variert hvor mange en har hatt. For perioden fra januar 2010 og ut juni 2011 har rehabilitering/somatisk hatt ett møte og dementavdelingene har hatt fire møter. Det er sykepleierne som har tatt ansvar for dette, selv om det er et ansvar de egentlig ikke har. Det har også vært møter for sykepleierne, men de har ikke noen møteplan eller norm på hvor mange møter. I noen situasjoner er det blitt nedsatt arbeidsgrupper som de ansatte har vært med i.

Generelt er det registrert veldig lite avvik både på sykehjemmet og i hjemmetjenestene. For hjemmetjenestene har det vært flest avvik på legemidler. Andre avvik var det lite av både i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. En av dem vi snakket med opplyste at avvik utenom legemidler ble lite dokumentert på sykehjemmet. Det er ikke noen samlet rapportering på avvik, men avvik tas opp på møter. Sykehjemmet har ifølge dem vi har snakket med et godt system på håndtering av legemidler og det var ingen avvik eller merknader etter tilsyn som fylkesmannen hadde på dette i 2010. Hjemmetjenesten har innført multidose, som et tiltak for å forhindre feil/avvik i legemiddelhåndteringen. (Multidose er ferdig doserte legemidler til den enkelte bruker. De ferdigpakkeposene med medisiner erstatter manuell legging i dosett.)

Kommunen har ikke hatt noe fast system for brukerundersøkelser, men det er i ledergruppa besluttet at kommunen skal ta i bruk system for brukerundersøkelser fra bedrekommune.no. I sluttrapporten fra Handlingsrom 2012 er brukertilfredshet foreslått som styringsmål. Det har for noen år siden blitt gjennomført en brukerundersøkelse i boligene, men ikke for hjemmetjenestene generelt. Hjemmetjenestene har kontakt med eldrerådet og stiller noen ganger på deres møter, noe de opplever som en god kanal for kontakt med de eldre innbyggerne i kommunen. Sykehjemmet har et eget pårørendeutvalg. Noen av sykepleierne praktiserer også faste pårørendesamtaler, men det var ikke praksis på alle avdelingene.

6.2 Revisors vurderinger

Kvalitetshåndboka er ikke oppdatert på alle områder. Vi mener kommunen kunne hatt større nytte av et mer koordinert arbeid med prosedyrer på pleie og omsorg, noe som kan bli enklere med felles ledelse. Manglende oppdatering kan skyldes at det har vært avsatt for liten tid til å sikre oppdatering og at kvalitetssystemet vedlikeholdes og implementeres. Dette kombinert med at kvalitetshåndboka ikke er i bruk i det daglige, gjør at kvalitetshåndboka ikke lenger bidrar til å sikre et godt kvalitetssystem. Siden sykehjemmet skal innføre KOST (standard for sykehjem), vil de få et mer oppdatert kvalitetssystem.

Kommunen har et system for avviksregistrering, men vi mener at kommunen kan ha større fokus på avviksregistrering, særlig andre avvik enn legemidler, og sikre en bedre samlet oppfølging av avvikene. Siden sykehjemmet har få personalmøter, kan det ta tid før avvik som er registrert blir tatt opp i plenum. Det at kommunen ikke har noen samlet behandling av avvikene og ikke foretar noen systematiske risikovurderinger knyttet til kvalitet på pleie og omsorgstjenestene, mener vi gjør at en ikke i tilstrekkelig grad sikres god nok oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Avdelingsmøtene, personalmøter og eventuelle arbeidsgrupper som opprettes, er kanaler som de ansatte har til å bidra med egne erfaringer til forbedring av tjenestetilbudet. Møtehyppigheten har betydning for hvor mye møtene kan sikre en slik medvirkning. At sykehjemmet har pårørendeutvalg, samtaler med pårørende og hjemmetjenesten kontakt med brukerorganisasjoner gir noen kanaler for å få tilbakemelding fra brukere og pårørende. Kommunen vurderer å gjennomføre brukerundersøkelser gjennom nettverket bedre kommune. Ved å ha et system for brukerundersøkelser eller en annen måte å systematisere brukernes erfaringer på, vil kommunen i større grad oppfylle kravet om å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere.

Kommunen har bare et delvis oppdatert kvalitetssystem og internkontrollsystem for pleie og omsorg. Vi mener det er behov for bedre avviksregistrering, og å jobbe mer systematisk med å forebygge avvik gjennom systematiske risikovurderinger.

Ut fra gjennomgangen vi har hatt fremstår det som om kommunen i praksis baserer seg på at de ansatte kan prosedyrene og ikke har vektlagt å dokumentere alt like godt. Dette mener vi innebærer en risiko i forhold til at ansatte med lang erfaring kan slutte. Nytilsatte vil ikke kjenne til prosedyrene i samme grad og vil ha behov for et system av skriftlige og oppdaterte prosedyrer. Det er også viktig at prosedyrene er samlet og lett tilgjengelig for de ansatte. Ved manglende oppdatering av prosedyrene er det også større fare for at gjeldende prosedyrer kan være utdaterte i forhold til regelverket.

7 Trygghet og forutsigbarhet

Problemstilling

I hvilken grad sikres brukere av pleie og omsorgstjenester trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet?

Revisjonskriterium

- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som bidrar til at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.

7.1 Fakta

I kvalitetshåndboka er det en del som går på sikring av grunnleggende behov, men innholdet i denne delen varierer for hjemmetjenesten og sykehjemmet. Hjemmetjenesten har utarbeidet en foreslått standard for opplevelse av respekt for brukere av hjemmetjenesten datert mars 2011, men den var ikke implementert i personalgruppa i forkant (derfor fikk den betegnelsen foreslått standard). Hjemmetjenesten har hatt en prosedyre som omhandler respekt for bruker, men sykehjemmet har ikke en tilsvarende prosedyre i kvalitetshåndboka. Det å sikre forutsigbarhet og trygghet er ikke eksplisitt omtalt i noen av permene, men noe omfattes av det å møte bruker med respekt.

Stabilitet i personalet har også betydning for brukernes opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. Innen pleie og omsorg har kommunen mange ansatte med lang erfaring fra sektoren. De har imidlertid også en del deltidsansatte og har i perioder hatt et høyt sykefravær. I del 2 som omhandlet deltid ble det anslått at sykehjemmet kunne hatt rundt 20 færre ansatte dersom alle jobbet tilnærmet hele stillinger. I tillegg til den faste bemanningen ville sykehjemmet også ha hatt behov for vikarer.

Hjemmetjenestene

Brukerne får kalendre med oversikt over når de får hjelp og det gjøres muntlige avtaler med brukerne på tidspunktet de får hjelp. Brukerne har også egne primærkontakter, men alle ansatte går til alle brukerne, dette for å sikre at alle ansatte kjenner brukerne. I den foreslåtte standarden for å sikre at bruker opplever respekt, har en med de hovedelementene som ligger i standarden for sykehjem, men det er ikke fastlagt jevnlig samtaler, kun ved oppstart av tjenester. Bruker skal imidlertid bli informert om endringer av betydning. Hjemmetjenesten har nylig satt inn oversikt over primærkontaktens oppgaver i kvalitetshåndboka og jobber med implementeringen.

Sykehjem

Sykehjemmet har primær og sekundærkontakt for beboerne. Ansvarsoppgavene til primær og sekundærkontaktene stod ikke i kvalitetshåndboka for sykehjemmet, men er ifølge en av sykepleierne vi snakket med tilgjengelig i en av permene i avdelingene. Innkomstrutinene for sykehjemmet var ikke omtalt i kvalitetshåndboka, heller ikke hvorvidt det skal være oppfølgingssamtaler. Enkelte av sykepleierne praktiserte oppfølgingssamtaler med pårørende. I KOST, rutinebeskrivelsene for standard i sykehjem, er det fastlagt rutine ved innkomst og fastlagte samtaler for perioden som beboer bor på sykehjemmet.

Videre er respekt, forutsigbarhet og trygghet omtalt i KOST (rutinebeskrivelsene for standard i sykehjem). Det er utarbeidet noen konkrete tiltak/krav for å nå målet om respekt, forutsigbarhet og trygghet. Dette omfatter skriftlig informasjon, primær og sekundærkontakter, innkomstsamtale og oppfølgingssamtaler to ganger i året. Det er også satt fokus på det å møte beboer med respekt, overholde taushetsplikten, gi løpende informasjon om endringer av betydning for beboer og at ansatte har kompetanse og myndighet til å gi tilstrekkelig informasjon eller eventuelt henvise til rette person. Lardal har system med primær og sekundærkontakter, men har ikke samme system for samtaler som skisseres i KOST. Sykehjemmet skal høsten 2011 implementere KOST.

7.2 Revisors vurderinger

Brukere av pleie og omsorgstjenestene i kommunen har primærkontakter. Dette er ett tiltak som kan bidra til trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet. Standarden som sykehjemmet

skal innføre vektlegger forutsigbarhet og trygghet, hvor primærkontakter er ett element og bruk av jevnlig samtaler med bruker/pårørende er et annet viktig element. Kommunen har til nå ikke hatt faste rutiner som sikrer dette i samme grad. I den foreslåtte standarden for hjemmetjenestene legger en ikke vekt på oppfølgingssamtaler i like stor grad, men har med mange av de samme elementene som standarden for sykehjem har.

Ved justering av egne rutiner gjennom implementeringen av standarden for sykehjem og oppfølging av dette i hjemmetjenesten vil kommunen ha et system for å bidra til at bruker opplever respekt, trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet.

Sykefravær og bruk av deltidstillinger har betydning for brukernes opplevelse av stabilitet i personalet, noe som kan ha betydning for hvorvidt en opplever trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet. Fortsatt fokus på å redusere sykefravær og omfang av deltid, er viktig for å bidra til økt trygghet og forutsigbarhet for brukerne.

Hvis kommunen gjennomfører endringer innen pleie og omsorg som resulterer i mer bruk av ansatte på tvers av enheter, gjør dette tjenesten mer fleksibel og den kan bedre utnytte de ressursene de har. Det er imidlertid en fare for at dette kan gi brukerne mindre stabilitet, noe som vil kunne redusere brukerens opplevelse av trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet.

8 Revisors konklusjoner og anbefalinger

I denne undersøkelsen har vi sett på følgende problemstillinger;

1. I hvilken grad følger kommunen hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid?
2. I hvilken grad har pleie og omsorgstjenestene en bemanning i tråd med krav i lov og forskrift?
3. I hvilken grad har kommunen lagt til rette for forbedring og forebygging av feil innen pleie og omsorgstjenestene i kommunen?
4. I hvilken grad sikres brukere av pleie og omsorgstjenester trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet?

Kommunen følger bare delvis de bestemmelser som er satt i hovedtariffavtalen om bruk av deltid. Det er ikke felles skriftlige retningslinjer for å redusere uønsket deltid og det er heller ikke felles dokumenterte rutiner som sikrer at deltidsansatte som ønsker å øke sin stilling kan få mulighet til det. Imidlertid er dette noe en har fokus på innenfor den enkelte enhet. Kommunen mangler også en samlet oversikt over hvem som ønsker å utvide stillingen sin, men har fått en oversikt over dette innen pleie og omsorgstjenestene.

Det er flere som jobber deltid i kommunen nå enn det var i 2007. Vi mener at det er behov for en mer helhetlig tilnærming til arbeidet med å redusere omfanget av deltid og at det er viktig at kommunen prioriterer å få ferdigstilt arbeidet med nytt ansettelsesreglement og retningslinjer for å redusere uønsket deltid. Det er positivt at de tillitsvalgte opplever at de er involvert og blir tatt med på drøfting om hva som gjøres med ledige stillingsressurser.

Det at Lardal har en del deltidsansatte utgjør en kostnad både knyttet til personalkostnader, som ekstra kostnader til oppfølging av den ansatte, møter og opplæring og kan ha betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. Lardal har et noe større omfang av deltid enn det er i kommunal sektor samlet, men det er omtrent på nivå med enkeltkommuner vi har sammenlignet med.

Kommunen har hatt en lav administrativ ressurs innen pleie og omsorg og det også har vært avsatt lite ressurser til fagutvikling/ kvalitetsutvikling. Dette mener vi kan ha hatt betydning for arbeidet med internkontroll og kvalitetssystem.

Kommunen har i relativt stor grad en bemanning på sykehjemmet og i hjemmetjenestene som er i tråd med kravene i lov og forskrift, men bemanningen må hele tiden vurderes ut fra brukernes behov. Behovet for administrativ ressurs og ressurs til fag- og kvalitetsutvikling kan også få betydning for den hjelpen som kan gis. Det at kommunen har en litt lav sykepleierdekning er en risikofaktor særlig i forhold til vakante stillinger, ferie, sykdom og annet fravær. I tilfeller med stort behov for sykepleiefaglig kompetanse både i hjemmetjenesten og på sykehjemmet kan lav sykepleierdekning bidra til å svekke forsvarligheten i bemanningen.

Kommunen har til en viss grad lagt til rette for å forebygge svikt eller mangler og forbedre pleie og omsorgstjenesten i kommunen, men har ikke et samlet og godt dokumentert internkontrollsystem. Kvalitetshåndboka omfatter noen prosedyrer knyttet til internkontroll, men den er ikke tilstrekkelig oppdatert. Sykehjemmet vil gjennom implementering av standarden for sykehjem fra 12K-samarbeidet få et oppdatert kvalitetssystem.

Vi mener at oppfølgingen av avviksregistreringene og fokus på det å registrere avvik kan bli bedre. Administrasjonen kan også i større grad systematisere arbeidet med risikovurderinger av tjenestetilbudet. Dessuten kan en tilrettelegge noen flere arenaer for refleksjon og fagutvikling innen pleie og omsorg. På den måten vil kommunen i enda større grad nytte seg av ansattes kunnskap og erfaring. Vi mener at en styrking av den administrative ressursen kan bidra til å bedre arbeidet med å forebygge svikt eller mangler og sikre forbedring av pleie og omsorgstjenestene i kommunen. Ved å innføre jevnlig brukerundersøkelser eller andre former for å be om tilbakemelding fra brukere/pårørende kan en også i større grad gjøre bruk av brukeres og pårørendes erfaring til forbedring av virksomheten.

Kommunen har en del rutiner som kan bidra til at bruker opplever trygghet og forutsigbarhet i hverdagen, men har til nå ikke hatt noe godt felles system for oppfølging og kontakt underveis med brukerne. Systemet med samtaler som ligger i KOST (nye prosedyrer for sykehjem) vil kunne bidra til dette. Implementeringen er sentral og kommunen kan også dra nytte av dette arbeidet i forhold til et helhetlig kvalitetssystem for kommunen/et kvalitetssystem for hjemmetjenestene. Arbeidet med å forebygge sykefravær og redusere omfanget av deltid vil også kunne bidra til å gi større trygghet og forutsigbarhet for brukerne.

Ut fra de undersøkelser vi har gjort vil vi anbefale kommunen å vurdere følgende;

- Ferdigstille arbeidet med felles retningslinjer for å redusere uønsket deltid.
- Sikre oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem for pleie og omsorg av det omfang som kommunen har behov for, og at systemene opprettholdes.
- Sikre at nye prosedyrer/standarder innen pleie og omsorg blir implementert.

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter:

Lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene (helsetjenesteloven)

Lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)

Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift 27. juni 2003 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene

Forskrift 14. november 1988 nr 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Forskrift 15. juni 1994 nr. 905 om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.

Forskrift 20. desember 2002 nr 1731 om internkontroll i sosial og helsetjenesten

Rapporter

Moland, Leif E. (2009): "Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud", Delrapport 5 Liv og arbeid – mulighetens arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv, Fafo-rapport 2009:15.

Amble, Nina (2008): "Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering", AFI-notat 4/08.

Moland, Leif E. og Rolf K. Andersen (2007): "Hva gjør norske kommuner med deltid?", Fafo-rapport 2007:25.

Moland, Leif E. og Heidi Gautun (2002): "Deltid: Bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren?", Fafo-rapport 2002:395.

Rapport fra partssammensatt utvalg 2010: "Uønsket deltid", rapport utarbeidet av KS, LO, YS, Unio og Akadmeikerne

Offentlige dokument:

Administrasjonsutvalget sak nr 5/9 Kartlegging av deltid i Lardal kommune, 24.02.09

Kommunestyresak 15/11 Handlingsrom 2012 - mandat, kommunestyret 01.02.11

Kommunestyresak 27/11 Forslag til plan for aktive helse- og omsorgstjenester frem mot år 2020, kommunestyret 10.05.11

Kommunestyresak 35/11 Handlingsrom 2012 - sluttrapport, kommunestyret 14.06.11

Årsmelding Lardal kommune 2009

Årsmelding Lardal kommune 2010

Andre dokument

Gulbranson, Trude Ryste (2010): "Pleiefaktorar som styringsverktøy i kommunal omsorgsteneste", masteroppgåve i organisasjon og leiing, Høgskolen i Sogn og fjordane

KOST Kvalitetssikring og Oppfølging av Standard for Tjenester i sykehjem, 12-kommunesamarbeidet i Vestfold, mars 2011.

I. Vedlegg 1: Revisjonskriterier

Tema for prosjektet er tjenestekvalitet, hvor vi har sett på pleie og omsorgstjenestene, og omfang av deltid og betydningen bruk av deltid har på tjenestetilbudet.

Deltid og da særlig uønsket deltid, har hatt fokus de senere årene. I kommunal sektor ble partene i tariffoppgjøret i 2003 enige om å iverksette arbeid for å redusere omfanget av uønsket deltid. Bruk av deltid er derfor regulert i hovedtariffavtalen for kommunal sektor. I hovedtariffavtalen slås det fast at en som hovedregel skal tilsette i full stilling og at unntak skal drøftes med tillitsvalgte. Ved ledig stilling skal deltidsansatte ved intern utlysning i kommunen tilbys utvidelse av arbeidsforholdet inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert. Arbeidsgiver skal informere og drøfte prinsippene for bruk av deltidsstillinger med de tillitsvalgte minst en gang i året. Det skal utarbeides retningslinjer med formål om å øke antall heltidstilsette (hovedtariffavtalen 2.3.1). I vedlegg 2 "Lokale retningslinjer for redusert bruk av uønsket deltid" i hovedtariffavtalen, presiseres det at retningslinjene bl.a. bør inneholde; et system som sikrer at deltidsansatte melder fra om de ønsker utvidet stilling og at det ved ledighet foretas en gjennomgang av arbeidsplaner og oppgavefordeling for å vurdere sammenslåing av deltidsstillinger. Videre står det at deltidsansatte ikke må ta hele den ledige stillingen og at det bør vurderes kompetansetiltak for å kvalifisere deltidsansatte.

Arbeidsmiljøloven inneholder også reguleringer knyttet til deltid. Ett av formålene med loven er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, jf arbeidsmiljøloven § 1-1 b. Arbeidsmiljøloven § 14-3 sikrer deltidsansatte fortrinnsrett til utvidelse av stillingen ved ledig stilling.

Pleie og omsorgstjenestene er regulert av en rekke lover og forskrifter, blant annet:

- Lov om helsetjeneste i kommunen
- Lov om sosiale tjenester
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene
- Forskrift om internkontroll i helse og sosialtjenesten
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie

I henhold til helsetjenestelovens § 1-1 skal kommunen sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste skal omfatte pleie og omsorg og det er krav om sykehjem/institusjon (sosialtjenesteloven § 4-2 d og helsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr 6) og en hjemmesykepleie (helsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr 4).

Pleie og omsorgstjenestene reguleres også av sosialtjenesteloven. Et av formålene med denne loven er å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. De sosiale tjenestene skal blant annet omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker (sosialtjenesteloven § 4-2.a). De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d (jf lov om sos.tj § 4-3).

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften) skal supplere eller utdype eksisterende regelverk og bidra til å harmonisere regelverket, slik at det i større grad blir tatt hensyn til de individuelle behovene til den enkelte. Den enkeltes selvbestemmelsesrett vektlegges, og brukere, pårørende og verger skal kunne medvirke reelt i planlegging, utforming eller endring av tjenestetilbudet. Samordningen av tjenestene vektlegges også i større grad, jf veileder til forskriften fra Sosial- og helsedirektoratet 2004.

Kvalitetsforskriften stiller krav om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer, men forskriften gir ingen rettigheter. Den illustrerer gjennom 16 punkter på hva som legges i grunnleggende behov. Listen er ikke uttømmende. Forskriften gir et grunnlag for å si noe om hva som er viktig for å sikre god kvalitet på tjenestene.

I 2007 ba Helse og omsorgsdepartementet kommunene om å tallfeste hvor mange legetimer som de bør ha for å oppfylle lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet på legetjenesten i sykehjem. Dessuten skulle kommunene utarbeide en plan for å oppnå det ønskede antall legetimer i løpet av 2007 og sende dette til fylkesmannen. Bakgrunnen for arbeidet er en satsing for å øke legeårsverkene i sykehjem (Rundskriv I – 2007 – 4).

Forskrift om internkontroll i helse og sosialtjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene, jf § 1 internkontrollforskriften.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen, jf § 4 internkontrollforskriften. Det er stilt visse krav til kommunen i forskriftens § 4. Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig, jf internkontrollforskriften § 5.

I denne undersøkelsen har vi reist følgende problemstillinger;

1. I hvilken grad følger kommunen hovedtariffavtalens bestemmelser om bruk av deltid?
2. I hvilken grad har pleie og omsorgstjenestene en bemanning i tråd med krav i lov og forskrift?
3. I hvilken grad har kommunen lagt til rette for forbedring og forebygging av feil innen pleie og omsorgstjenestene i kommunen?
4. I hvilken grad sikres brukere av pleie og omsorgstjenester trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet?

1. Bruk av deltid

På bakgrunn av krav satt i arbeidsmiljølovens § 14-3 og del 2.3.1 i hovedtariffavtalen for 01.05.10 – 30.04.12 har vi utformet følgende revisjonskriterier til problemstilling 1;

- Det skal som hovedregel tilsettes i full stilling.
- Ved ledig stilling skal deltidsansatte ved intern utlysning i kommunen tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen.

- Det skal utarbeides retningslinjer med formål om å øke antall heltidstilsatte/reduisert bruk av deltid.

2. Bemanning innen pleie og omsorgstjenestene

På bakgrunn av krav satt i internkontrollforskriften § 4 annet ledd punkt c, forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg §§ 2-1, 3-2, kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1, 1-2 og 1-3 og sosialtjenestelovens §§ 2-1, 2-3, 4-2, har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier:

- Det er krav om administrativ leder, sykepleier og lege ved sykehjemmet, og ellers den bemanning som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.
- Kommunen skal ha sykepleier i hjemmesykepleien og en bemanning som sikrer at innbyggerne får de hjemmetjenester de har behov for.
- Kommunen skal sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

3. Forbedring og forebygging av avvik i hjemmetjenestene

På bakgrunn av internkontrollforskriftens § 4 har vi utledet følgende revisjonskriterier;

- Kommunen skal sikre at avvik dokumenteres og følges opp og bidrar til å forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.
- Kommunen skal skaffe oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Kommunen skal sikre arbeidstakernes kunnskap og erfaring og erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende brukes til forbedring av virksomheten.

4. Trygghet og forutsigbarhet

Kvalitetsforskriften har en ikke uttømmende liste over hva som defineres som grunnleggende behov i forskriftens § 3 annet ledd og stiller krav om skriftlige prosedyrer for å tilfredsstille de grunnleggende behovene. Et av punktene er at brukere skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Med utgangspunkt i kvalitetsforskriften blir revisjonskriteriet til fjerde problemstilling:

- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som bidrar til at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.

II. Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Datagrunnlaget for prosjektet er data innsamlet gjennom intervju, spørsmål på e-post og dokumentgjennomgang. Vi har hatt intervju med rådgiver med ansvar for daglig oppfølging på personalområdet, HMS og IA, leder av sykehjemmet og leder for Ringveien (hjemmetjenester og andre helsetjenester), tre sykepleiere, to ved sykehjemmet og en fra Ringveien (to er fagutviklingssykepleiere). Vi har også sendt forespørsel angående stillinger til alle enhetslederne og sendt spørsmål til de hovedtillitsvalgte (Fagforbundet, Utdanningsforbundet og Sykepleierforbundet).

Vi har brukt lydopptak under intervju, som slettes i etterkant. Lydopptakene danner grunnlag for utarbeidelse av referater som er sendt dem vi har intervjuet for verifisering.

Vi har gjennomgått lister over ansatte fordelt på sted. Listene er hentet fra Agresso og viser stillingsstørrelse og type stilling. Dessuten har vi gjennomgått kvalitetshåndboka for pleie og omsorg. Vi har også sett på avviksskjemaer registrert for hjemmetjenestene og sykehjemmet, samt perm over daglige rutiner for en av de fire avdelingene ved sykehjemmet. Vi har dessuten sett på rutiner som er lagt på intranettet (herunder personalhåndboka i kommunen).

I prosjektet har vi foretatt en analyse av KOSTRA tall for pleie og omsorgssektoren. Vi har sammenlignet Lardal med Siljan som er nabokommune og tilhører samme kommunegruppe som Lardal. Vi har også sammenlignet Lardal med snittet for kommunene i egen kommunegruppe, som er gruppe 1, (små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter) og landet utenom Oslo. Oslo holdes utenom fordi det er en spesiell kommune som avviker fra de andre kommunene. Det kan være feilregistreringer i KOSTRA og kanskje særlig på data som rapporteres gjennom IPLOS. Datakvaliteten er imidlertid forbedret de senere årene og statlige myndigheter legger tall i KOSTRA til grunn for beregning av statlige overføringer med mer. Vi mener derfor at tallene kan legges til grunn også i vår analyse.

Vi har brukt relevant litteratur knyttet til deltidsproblematikk som er referert i litteraturlista. Dessuten har vi benyttet dokumenter fra en undersøkelse kommunen har gjort knyttet til uønsket deltid i 2009 for alle enheter og en egen undersøkelse gjort for sykehjemmet og hjemmetjenestene i 2011, samt kommunestyre/formannskapsaker som er gjengitt i litteraturlista.

Vi har gjennomført prosjektet i tråd med standard for forvaltningsrevisjon. Ifølge standarden skal data som vurderingene og konklusjonene bygger på være relevante, gyldige og pålitelige. Vi har bevisst valgt å snakke med både ledere og ansatte i hjemmetjenesten og sykehjemmet for å sikre et best mulig datagrunnlag, men har samtidig vektlagt å snakke med ansatte som har hatt et visst ansvar. Intervjuene har vært delvis strukturerte. Det er utarbeidet en felles intervjuguide med faste spørsmål, samtidig som at det åpnes opp for å komme med tilleggsspørsmål. Intervjuguiden sikrer at intervjuene blir mest mulig like, samtidig som åpenheten bidrar til at en kan komme inn på temaer som er viktig for undersøkelsen, men ikke omfattes av de faste spørsmålene. Data fra intervjuene har blitt verifisert av dem vi har snakket med. Vi har også søkt i størst mulig grad å ha flere kilder som underbygger fakta i rapporten, alternativt at vi bruker skriftlige kilder. I tillegg til at referatene fra intervjuene er verifisert, har rapporten vært til høring i administrasjonen for å sikre at dataene er riktig.

Kvalitetssikring

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Telemark kommunerevisjon IKS har utarbeidet et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll – *ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester*. Kvalitetssikring av forvaltningsrevisjon i samsvar med kravene i RSK 001 er en del av dette kvalitetskontrollsystemet.

Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

III. Vedlegg 3: KOSTRA

Vi skal her se på tall i KOSTRA som viser antall plasser i institusjon og døgnbemannet bolig, omfang av hjelp i hjemmetjenestene, bistandsbehovet til brukerne og kostnad og brukerbetaling for hjemmetjenester og institusjon.

Tabell 6. Plasser i institusjon og døgnbemannet bolig og beboere på institusjon

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over (80+)	18,1	18,7	21,5	22,5	18,2	18,1	18,3	18,3
Plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av innbyggere 80 +	19	20	26	27	28	26	28	28
<i>Andel beboere 80+ i institusjon</i>	<i>71,4</i>	<i>71,4</i>	<i>76,5</i>	<i>75</i>	<i>75,9</i>	<i>77,6</i>	<i>72,1</i>	<i>72,6</i>
<i>Andel innbyggere 80+ som bor på institusjon</i>	<i>25,8</i>	<i>13,3</i>	<i>13,5</i>	<i>14</i>	<i>14,5</i>	<i>14,2</i>	<i>14,2</i>	<i>13,9</i>

Kilde: KOSTRA SSB

Tabellen over viser at Lardal har en institusjonsdekning omtrent på nivå med egen kommunegruppe og landet (litt høyere), men lavere enn Siljan. Lardal har mindre døgnbemannede boliger målt pr innbygger 80 år og eldre enn dem vi sammenligner med. Institusjonsdekning er målt i antall plasser på institusjon pr innbygger 80 år og eldre. Andel innbyggere som er 80 år og over og bor på institusjon var feil i 2009 fordi det var innrapportert for mange beboere i institusjon i Lardal. Dette er rettet opp i 2010 og tallet viser at kommunen ligger litt lavere enn dem vi sammenligner med.

Tabell 7. Mottakere målt pr innbygger og omfang av hjelp hjemmetjenester

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Gj.snittlig antall timer i uken, brukere utenfor institusjon	3,5	6,3	1,2	1,2	8,0	8,2	8,5	9,0
Gj.sn praktisk bistand	3,0	2,9	1,4	1,3	7,7	7,8	6,5	7,1
Gj.sn hjemmesykepleie	2,4	2,1	1,8	1,0	3,8	3,9	4,6	4,5
Mottakere av hj.tj. pr 1000 innb 0-66 år	39	28	26	12	20	22	19	19
Mottakere av hj.tj. pr 1000 innb 67-79 år	84	79	59	47	88	84	83	79
Mottakere av hj.tj. pr 1000 innb 80 år og over	297	313	333	315	370	374	348	346

Kilde: KOSTRA SSB, Konsern nivå 2

Lardal kommune har relativt sett flere mottakere av hjemmetjenester under 67 år, tilsvarende andel mottakere som er mellom 67 og 79 år og litt færre brukere over 80 år enn de vi sammenligner med.¹² Gitt at Lardal hadde hatt tilsvarende andel brukere i de ulike aldersgruppene som landsgjennomsnittet ville Lardal totalt sett hatt færre brukere.¹³ Det er snakk om 19 færre brukere under 67 år og fem flere brukere 80 år og over. Lardal gir mindre

¹² Bruk av KOSTRA er omtalt i metoddelen, vedlegg 3.

¹³ Vi har her tatt andelen mottakere i de ulike aldersgruppene som landet har og beregnet antallet i Lardal ut fra befolkningen i Lardal i de ulike aldersgruppene.

hjelp til hjemmeboende målt i uketimer pr bruker enn snittet for egen kommunegruppe og landet, og forskjellen er størst på praktisk bistand. Lardal gir mer hjelp enn Siljan gjør.

Tabell 8. Brukere med omfattende bistandsbehov

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Andel av alle brukere med omfattende bistandsbehov	13,7	11,4	17,9	15,2	21,1	21,6	23,4	23,5

Kilde: KOSTRA SSB, Konsern nivå 2

Lardal har en lavere andel brukere med omfattende behov. Dette gjelder brukere både av institusjonstjenester og hjemmetjenester og er vist i tabellen over. I små kommuner vil enkeltbrukere kunne gi store utslag.

Tabell 10. Brukerbetaling og driftsutgifter

	Lardal		Siljan		Kom.gr. 1		Landet u Oslo	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Brukerbetaling praktisk bistand i prosent av korr brutto driftsutg	6,8	8,9	2,8	2,2	1,9	2,0	1,4	1,5
Korr. brutto driftsutg pr mottaker av hj.tjenester	76 035	89 984	73 608	132 266	158 504	162 364	178 584	187 905
Korr. brutto driftsutg institusjon pr kommunal plass, konsern	784 250	822 821	807 200	871 000	798 278	801 305	835 305	851 294
Brukerbetaling i institusjon i forhold til korrigerte brutto driftsutgifter, konsern	12,6	12,5	9,9	9,3	12,6	12,6	14,0	14,3

Kilde: KOSTRA SSB, Konsern Nivå 2

Brukerbetaling for praktisk bistand utgjør en høyere andel av utgiftene. Lardal har også betydelig lavere utgifter enn de vi sammenligner med pr mottaker. Det er ikke tilsvarende forskjell på institusjon, her er brukerbetalingen på nivå med egen kommunegruppe og noe lavere enn landsgjennomsnittet, men høyere enn i Siljan. Lardal har lave brutto utgifter pr mottaker av hjemmetjenester. Dette kan tyde på en effektiv drift, men kan også tyde på at kommunen har et mindre omfattende tilbud av tjenester. Sykehjemsplassene har en lavere kostnad enn de fleste vi sammenligner med, men høyere enn egen kommunegruppe.