

Karasjok kommune

Forprosjekt – Arbeidsnotat Helse og Omsorg

1. Innledning

Pleie og omsorgstjenesten er volumtjeneste og vil være den tjenesten i kommunen som får størst vekst i årene framover på grunn av demografiske endringer.

Framskrivning i folketall etter alder for Karasjok viser følgende:

Tabell 4: Fremskrivning av folketallet i Karasjok kommune 2008 – 2030. Kilde: SSB

Alder	2008	2010	2015	2020	2025	2030
67 – 79 år	240	234	273	321	379	420
80 år og eldre	96	103	112	117	127	157
Totalt	336	337	385	438	506	577

**Kommunen vil få en betydelig økning i antall eldre over 67 år. De kommende 5 årene øker antallet eldre over 80 år med det dobbelte av økningen de foregående 5 årene.*

Omsorgstjenestene kjennetegnes også av store variasjoner i driften som følge av både endring i brukersammensetning og brukerbehov. Men sektoren har også utfordringer med høyt sykefravær og dermed ustabilitet og variasjoner i innsatsfaktor nummer 1; ansatte i sektoren, og da med en følge av ustabilitet i faglighet, kvalitet og kontinuitet. Tilsammen gir slike variasjoner spesielt stort utslag i mindre kommuner som i mindre grad kan «balansere dette mellom forskjellige enheter» og det fordrer derfor stor grad av fleksibilitet i tjenesten for å sikre faglig forsvarlig drift innenfor gitte økonomiske rammer.

I delrapporten for helse og omsorg setter vi primært fokus på omsorgstjenesten. Her er det vist til et relativt stort gap mellom budsjett og regnskap, noe kan blant annet kan forklares med at kommunen har tatt ut fagressurser fra enhetene for å sikre forsvarlighet blant annet innen saksbehandling (hente inn etterslep på vedtak), men i stort er det driften i de enkelte enhetene som står for de store avvikene. Om dette skyldes et større behov for tjenester i befolkningen, eller om det er et generelt høyere driftsnivå av andre årsaker vil vi berøre i denne delrapporten.

Kvalitet i tjenesten vil også bli omtalt, men det er til dels manglede data og lite kildemateriale. Tjenesten mangler i styrende dokumenter for tjenesten som helhet. Det er utarbeidet Plan for Psykisk helse og rus. I Budsjett og økonomiplan for 2018-2021 verbaldel framkommer følgende:

Mål

- Sikre stabil bemanning i helse og omsorgstjenestene
- Yte likeverdige tjenester for alle pasientgrupper tilpasset den samiske pasient i forhold til språk og kulturforståelse.
- Innføre god tjenestekoordinerings innenfor ansvarsområdet.

Helse og omsorg har fokus på følgende i sin tjenesteyting:

- Møte helseutfordringer på en tilfredsstillende måte gjennom tiltak, informasjon, råd og veiledning som fremmer helse og forbygger sykdom.

Sentrale utfordringer 2018

Det siste året har avdelingen hatt store utfordringer med ledelse spesielt innen pleie og omsorg. En del av utfordringene har vært å implementere det vedtatte organisasjonskartet, men også fortløpende oppfølging av medarbeidere og tjenestetilbudet i sin helhet har gitt store utfordringer.

Området Helse er ikke eksplisitt berørt i rapporten. Dette skyldes i hovedsak at det ikke møtte representanter fra tjenesten under i intervjuer og det er heller ikke eksplisitt fra ledelsenes side meldt om utfordringer utover vakanse i enhetslederstillingen.

Sektoren ledes av en kommunalleder, som er del av rådmannens ledergruppe. Kommunalleder har ansvar for både helsetjenesten og omsorgstjenesten.

Sektoren ble omorganisert i 2018 og har en tradisjonell struktur basert på institusjon, hjemmetjeneste, omsorgsboliger og egen enhet for tjenester for unge funksjonshemmede (bo og avlastning). Kommunen er også tillagt ansvar for fylkets Utviklingssenteret for omsorgstjenester.

Kommunalsjef er leder for en organisasjon med totalt 6 lederstillinger. Samtlige av lederstillingene er helt delvis ubesatt pr - mars 2019.

Rapporten er basert på:

1. Utdypende data fra KOSTRA, kommunens eget ressursstyringssystem og KS sin arbeidsgivermonitor
2. Informasjon i møter med:
 - Ledelse
 - Ansatte,
 - Tillitsvalgte og verneombud

I møtene med kommunenes representanter var det stort frafall pga sykdom og vakanser i stillinger. Initialt møtte omlag 50 % av de inviterte.

Funnene har underveis vært avstemt mot ledelsen i kommunen, rådmann og kommunalleder, samt i et fellesmøte med ledelse og tillitsvalgte med gjennomgang av funn og mulighet til korreksjoner.

Det var også planlagt møte med leder av politisk utvalg for sektoren, dette ble avlyst pga sykdom.

2. Gjennomgående funn fra møte med ansatte, tillitsvalgte og ledere

Vi møtte både ledere og ansatte som vil det beste og er positive til prosessen som Karasjok kommune nå er inne i. Det vises også en vilje til å mobilisere både ressurser og tid for at brukerne skal få den hjelpen de trenger.

Våre hovedfunn er følgende områder der det vurderes som kritisk både økonomisk og kvalitetsmessig. Ofte ser vi at dette kan være to sider av samme sak. Det handler primært om:

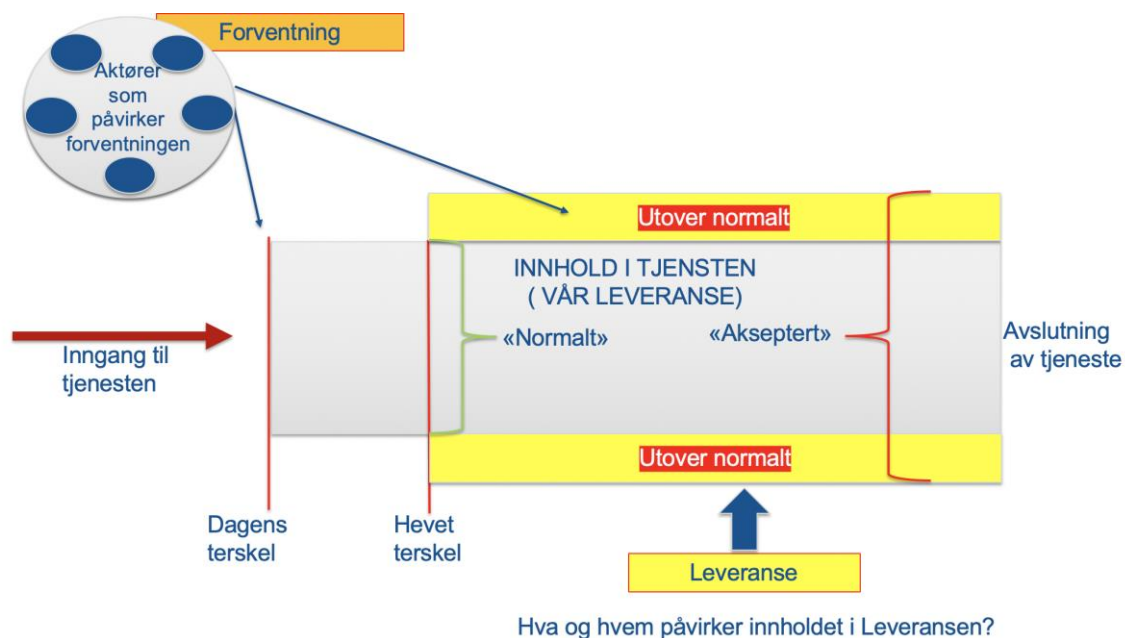
- Tjenestenivå
- Ledelse og planlegging
- Bemanning og kompetanse (bemanningsstyring)
- Kvalitet
- Helhet og sammenheng- samarbeid mellom sektorene

2.1 Tjenestenivå

Omfang, innhold og volum på omsorgstjenestene påvirkes av mange faktorer.

Modellen nedenfor kan gi et bilde på dette:

Oversiktsbilde- kostnadsdrivere i omsorgstjenesten



Inngangen til tjenesten (dagens terskel) for tildeling kan blant annet styres av den enkelte søkers eller pårørendes forventning, sykehusets praksis, statens ambisjoner, politikere (strategiske planer) eller av den enkelte ansatte, dette vil i stor grad påvirke volum på tjenesten, antall mottakere av tjenester og på hvilket nivå tjenesten gis.

Innholdet i selve tjenesten vil i større grad påvirkes ansatte og deres kompetanse som avgjør, selv om servicegrad i noen grad også vil påvirkes av andre aktører.

2.2 Objektive behov

Ut fra KS sin behovsprofil kan vi se at kommunens utgiftsbehov ligger noe under gjennomsnittet i sammenligningsgrunnlaget nedenfor.

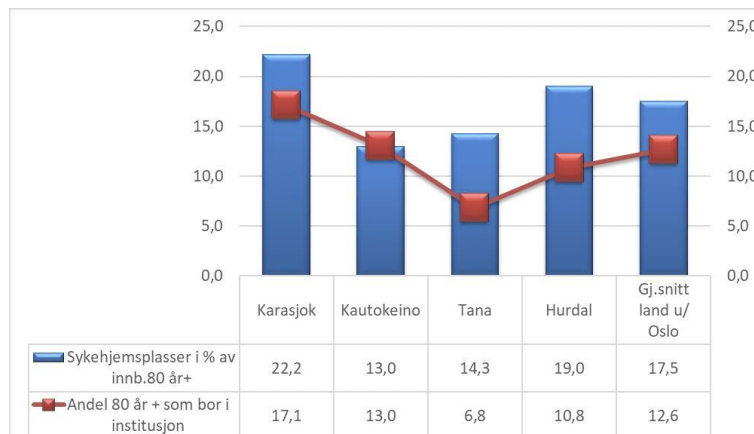
Komm.nr.	Kommune	Antall innb. 1.1.18	Utg. korr. frie innt. pr innb.	Samlet utg. behov	KOSTRAgr.
2011	Kautokeino	2 946	67 071	1,192	3
1942	Nordreisa	4 944	60 233	1,133	3
2019	Nordkapp	3 229	62 735	1,082	3
2020	Porsanger	3 964	63 848	1,037	3
2021	Karasjok	2 701	65 708	1,094	3

2.3 KOSTRA-tallene for tjenesten

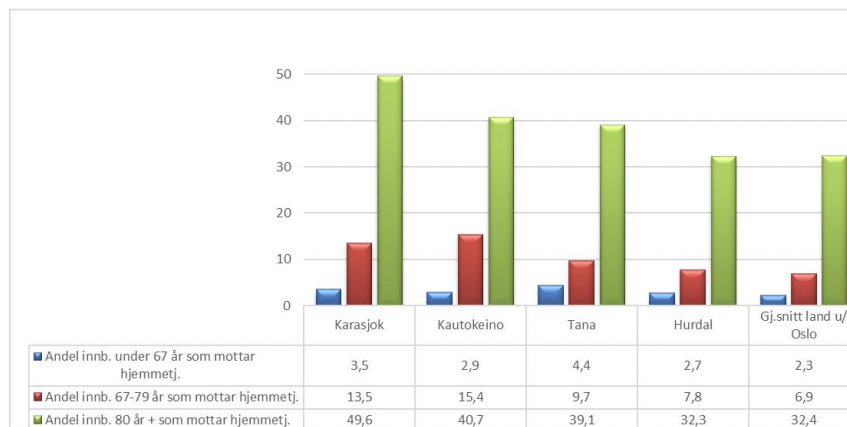
Det ble høsten 2018 utarbeidet en KOSTRA-analyse for Karasjok kommune med fokus på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet. I denne finner man følgende¹:

«I 2017 brukte Karasjok kommune 17,3 millioner (kr 6 389 x 2701 innbyggere) mer enn det objektivt beregnede utgiftsbehovet, samt at veksten i forhold til utgiftsbehovet har vært økende siste tre år. Særlig har utgiftsveksten vært stor fra 2016 – 2017

Ser vi på andelen av de over 80 + som mottar tjenester fra pleie og omsorgssektoren enten i form av heldøgns bolig med omsorg eller hjemmebaserte tjenester utgjør denne 61,2 % i Karasjok. Dette er klart høyest blant kommunene og godt over landsgjennomsnittet som er på 45 %. Dette fordeler seg slik:



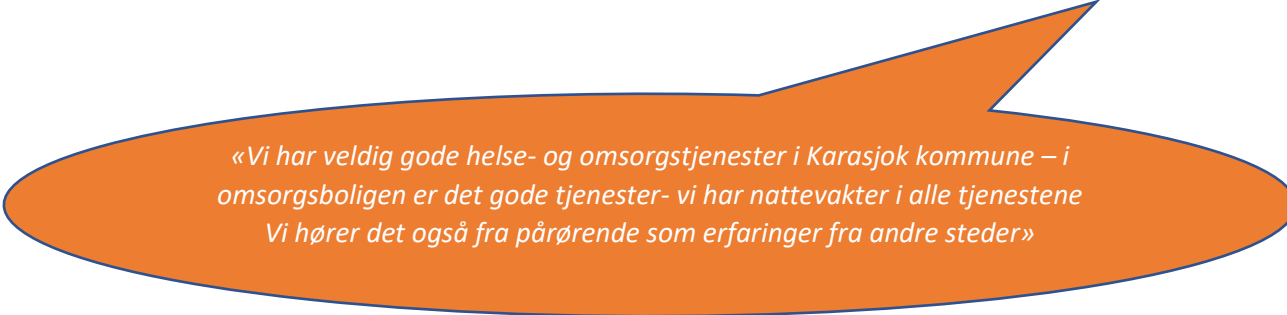
Ser vi først på andelen plasser i institusjon i forhold til andel innbyggere 80+ utgjør denne 22,2 % i Karasjok, noe som er høyest i utvalget. Lavest ligger Kautokeino med plass til 13 % befolkningen over 80 år i institusjon.



Som vist over, ser vi at 49,6 % av alle innbyggere over 80 år mottar hjemmetjenester i Karasjok, noe som er suverent høyest i utvalget. For aldersgruppen mellom 67-79 år, er det 13,5 % av innbyggerne som mottar hjemmetjeneste, noe som er nest høyest i utvalget.»

¹ KS-K rapport 20/2018_side 30


Analysen viser lav terskel og høy ressursbruk, kommunen gir relativt mye tjenester til mange. Mens behovsprofilen skulle ikke tilsa at kommunen har ekstra krevende brukere. Dette bekreftes i intervjuene på spørsmål om hvordan tjenesten oppfattes.



*«Vi har veldig gode helse- og omsorgstjenester i Karasjok kommune – i omsorgsboligen er det gode tjenester- vi har nattevakter i alle tjenestene
Vi hører det også fra pårørende som erfaringer fra andre steder»*



«Vi utfører oppgaver som andre kommuner ikke ville gitt ...»



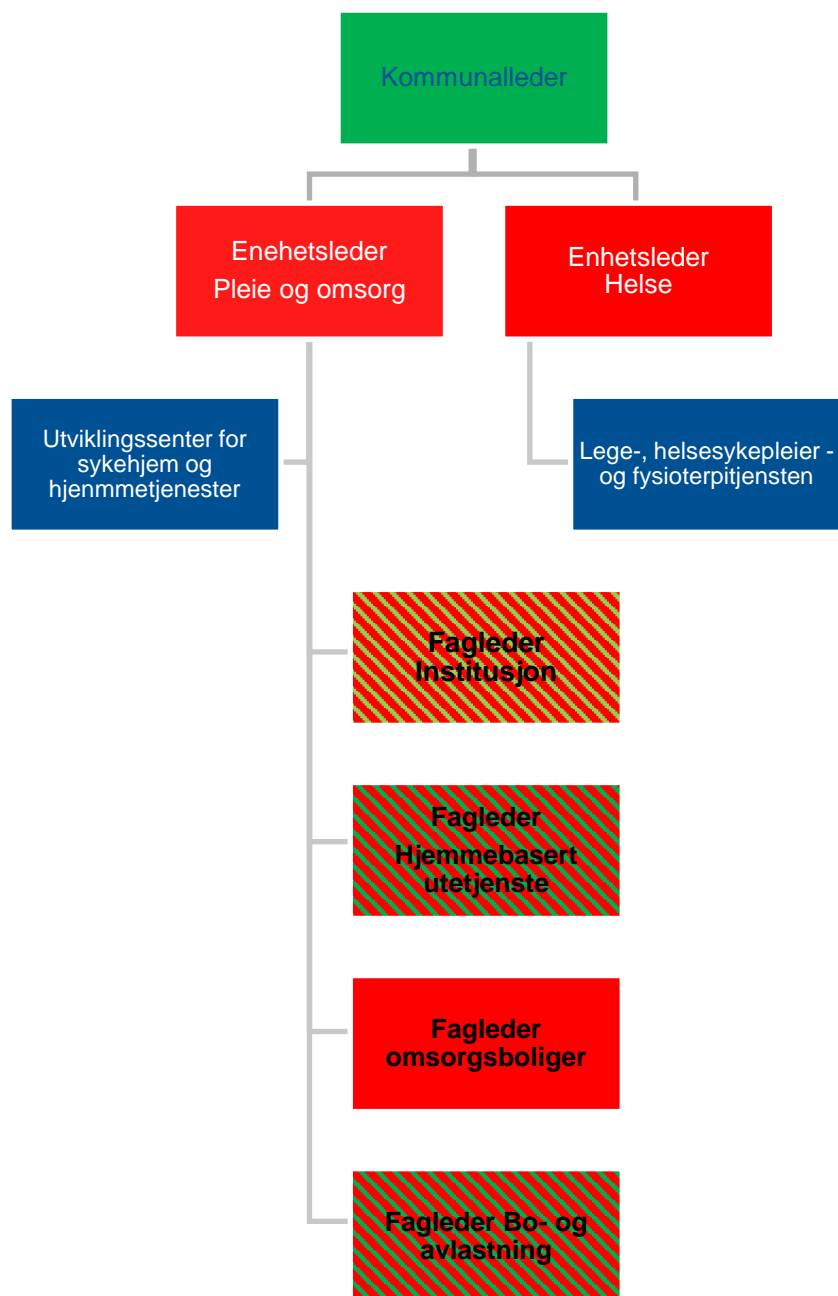
«Vi opplever likevel at det er travelt – gir vi for mye?»

Det blir også oppgitt at det ved den interne gjennomgang er avdekket at det gis mye praktisk bistand og at det jobbes med å redusere antall mottakere av lavterskeltilbud i hjemmetjenesten.

2.4 Ledelse og planlegging

Ut fra informasjonen som er gitt har vi vurdert **manglende lederkapasitet som mest kritisk for kommunen og at de de øvrige funnene langt på vei kan forklares som en konsekvens av dette.**

Lederkart/organisasjonskart dagens situasjon viser følgende.



Figuren over viser vedtatt lederstruktur i kommunalområdet. Det er pr. dato kun stillingen som kommunalleder som er besatt (vist som grønn felt). De skraverete feltene markerer at det er konstituerte ansatte i rollen. Rollen som faglederstilling institusjon deles av flere. Fagleder omsorgsboliger (rødt felt) er ikke besatt og ivaretas i dag av konstituert leder for hjemmebaserte tjenester. Dagen situasjon preges av at det kun blir de mest kritiske oppgavene som løses. Lav faktisk kompetanse på de enkelte vakter gjør at leder også må ivareta faglige oppgaver. Planlegging og utviklingsarbeid må prioriteres bort.

«Organisasjon og særlig ledelse, kontinuitet og kontrollspenn vurderes som det mest kritiske»

Det er ikke utarbeidet strategiske planer for sektoren (med unntak av Rus og psykiatrifeltet). Ifølge Leif Moland (1999) er legitimitet i ledelse avhengig av følgende faktorer:

Leder har et legitimt og utvetydig grunnlag for å utøve lederskap når:

- *Mål og planer, klare forventninger*
- *Ansvar og myndighet, tydelige roller*
- *Beslutningsstruktur, møteplasser og formelle kommunikasjonslinjer*
- *Riktig kompetanse*

.... er på plass i organisasjonen (Leif Moland FAFO 1999)

Det mangler sentrale elementer for å utøve lederskap slik det i dag ser ut i Karasjok kommune.

2.5 Koordinerende enhet

Kommunen mangler det koordinere ledd mellom tjenestene og dermed også god samlet saksbehandlingspraksis og vurderingskompetanse. I dag ivaretas det i av et inntaksteam bestående av konstituerte ledere og legetjenesten. Dette har i og for seg fungert, men er preget av utskifting og manglende tydelighet i roller. Slik vi forstår det, er mandatet for teamet å behandle søknad om institusjon og omsorgsbolig, men ikke hjemmetjenester som hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Dette medfører en del utydelighet og ulike forventninger. I intervjuene fikk vi mange tilbakemeldinger på dette.

«bruker henvender seg til forskjellige steder, tjenestebeskrivelser mangler og dermed framstår vi som utydelig på hva som kan forventes»

3. Kompetanse og bemanning

KS-konsulent har utviklet en modell for analyse av kompetanse og bemanning i sektoren.

Med utgangspunkt i *planlagt bemanning og kompetanse* (godkjent turnus) i den enkelte enhet, så bruker vi kommunens egen programvare for ressursstyring for å hente ut data for hvordan den *faktiske bemanningen og kompetansesammensetningen* har vært, dvs. den bemanning og sammensetning som til enhver tid leverer tjenestene og som bruker/tjenestemottaker møter.

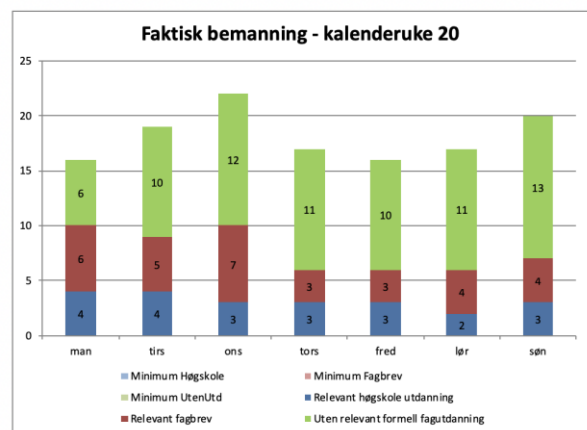
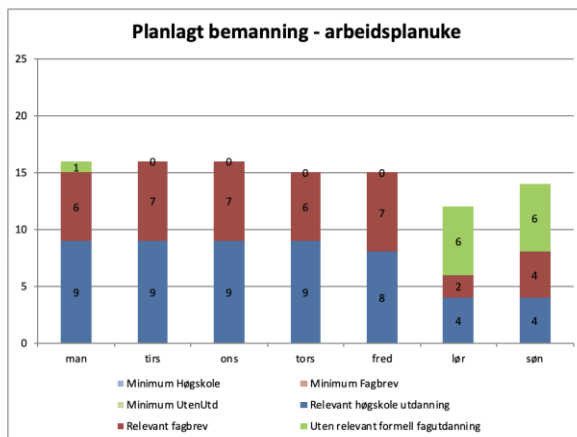
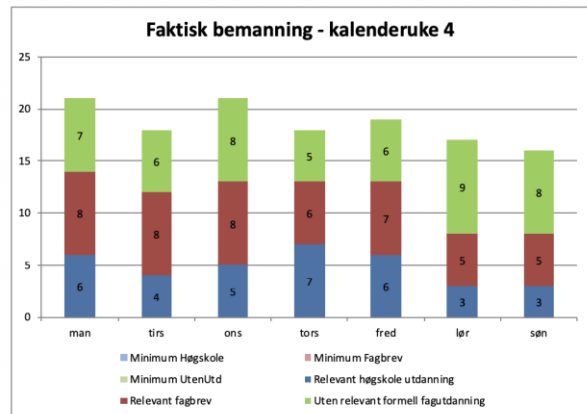
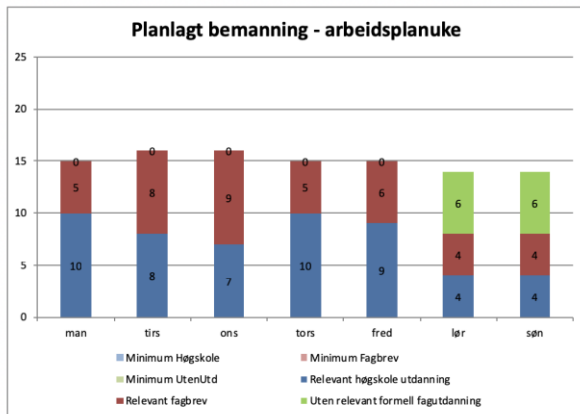
Nedenfor viser vi diagrammer der forskjellen mellom planlagt og faktisk bemanning sammenstilles.

Sykehjem

Det er valgt to tilfeldige arbeidsuker, her uke 4 og uke 20.

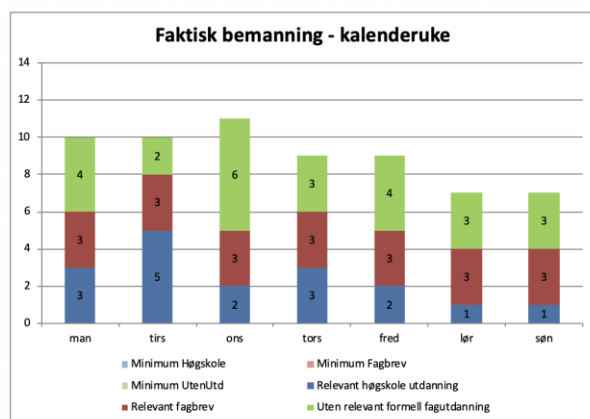
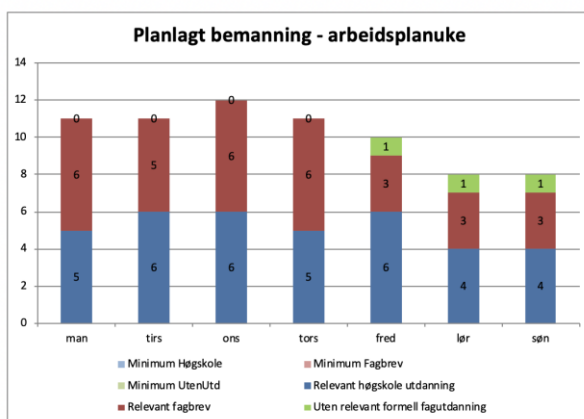
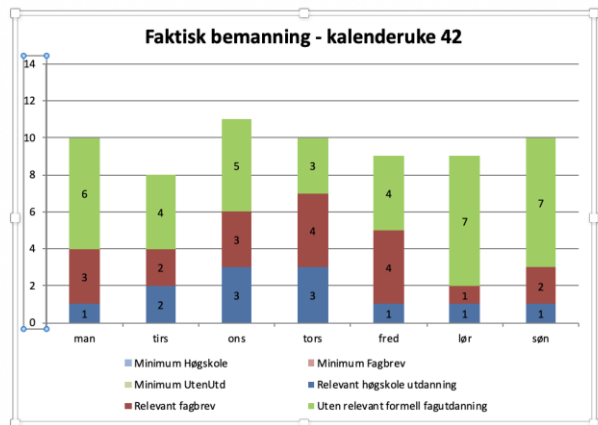
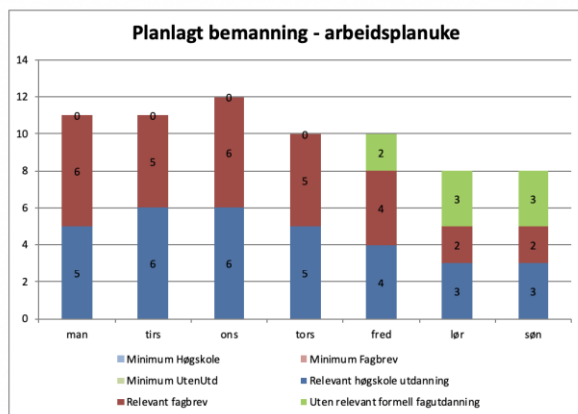
Fargekode:

- Grønn: medarbeidere uten formell kompetanse
- Rød: ansatte med fagarbeiderutdanning
- Blå: Ansatte med relevant høyskoleutdanning



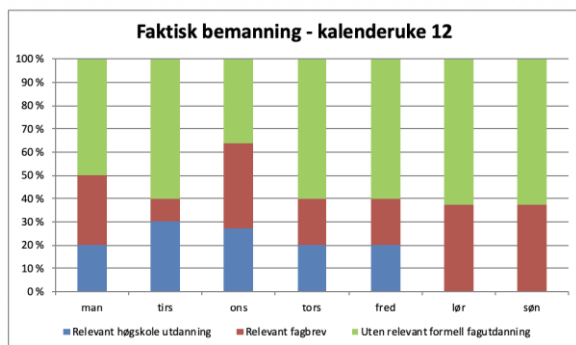
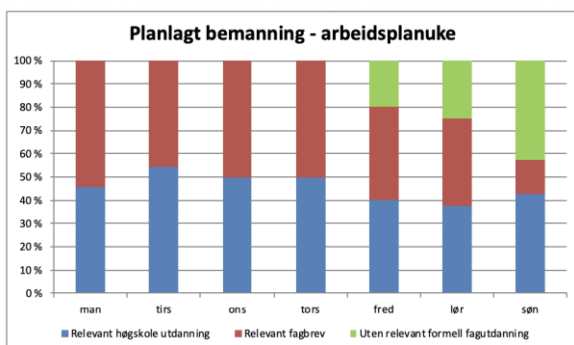
Funnene viser at det er konsekvent mye lavere kompetanse på vakt enn planlagt. Det viser også at det driftes med flere personer på vakt enn budsjettert/planlagt. For uke 4 utgjør dette omlag 25 vakter mer enn planlagt og dermed et merforbruk på omlag 5 årsverk.

Hjemmetjeneste



Vi ser samme tendensen i hjemmetjenesten med stor bruk av ansatte og vikarer uten formell kompetanse. Det er ikke samme tendensen til økt ressursbruk, men i hjemmetjenesten vil behovet i større grad variere enn i institusjon, noe som kan forklare dette for den gitte perioden.

Funnene forsterkes ytterligere i ferie og tradisjonelle friuker. Vi har valgt å vise uke 12 i 2018, som blir betegnet som «konfirmasjonsuken» i intervjuene:



Vi ser også her en betydelig lavere kompetansesammensetting enn planlagt.

Tjenesten for utviklingshemmede (bo og avlastning)

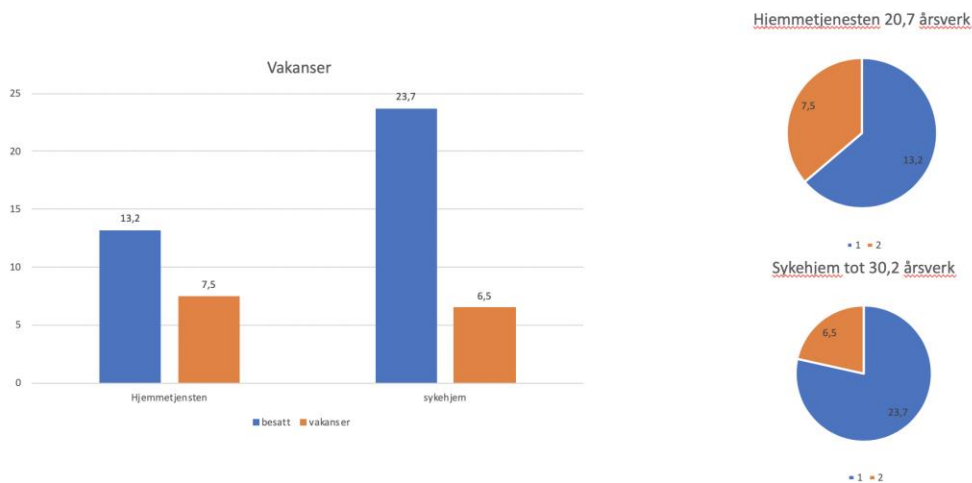
Det er ikke foretatt kartlegging av enheten, men i henhold til tilbakemeldinger fra ledergruppen er det større kontinuitet og bedre fagsammensetting i denne tjenesten.

Sykefravær og vakanser

Kommunen hadde i 2016/2017 et sykefravær i helse- og omsorgstjenestene (i turnus) på 16,8 %, gjennomsnitt for Norge var da ca 11,5 % (KS arbeidsgivermonitor 2017). Kommunen har hatt en jevn økning i sykefraværet fra ca 12,2 % i 2012. Sykefraværet i 2017 medførte at en av seks arbeidstakere til enhver tid er fraværende.

I tillegg er det en stor andel vakante stillinger noe diagrammet nedenfor viser.

Vakanser



Vakansene kjennetegnes med små stillingsstørrelser gjerne helgestillinger som er meget vanskelig å få besatt med riktig kompetanse. I kommunens hjemmetjeneste er det i bemanningsplanen (turnus) satt opp 9 stillinger som deler 1,67 årsverk. Kostnadene ved å ha en slik oppstykket bemanning er store og tapet i form av kontinuitet og kompetanse for den enkelte bruker blir også betydelig.

Som en følge av manglende planlegging utøves en ad hoc praksis med en stor grad av tilpasning på ansattes premisser og lite fokus på brukerbehov. Dagens praksis utløser mye arbeid med innleie av vikarer og manglende bemanningsstyring medfører igjen at kommune blir «avhengig» av mange lett tilgjengelige vikarer. Ledernes tid går i stor grad med til å dekke løpende drift og da gjerne ad hoc.

«... hadde det ikke vært for pensjonistene vil vi hatt store problemer med å få tak i folk»

Utover den store ressursbruken for å få tak i vikarer ad hoc vil en slik bemannings sammensetning ha en betydelig økonomisk risiko, en slik praksis vil kunne utløse krav om øket stilling etter Aml. § 14.4 a og § 14.9. Siden det i stor grad er vikarer uten formell kompetanse som opparbeider seg rettigheter vil dette igjen kunne «vanne» ut kompetanse ytterligere. Videre vil den store bruken av pensjonister være en utfordring med tanke på rekruttering av nye ansatt inn i tjenesten.

4. Kvalitet

Vi ser at høgskoleutdannet personell og til dels også fagarbeidere er i mindretall og langt under en planlagt sammensetning basert på en standard av som er tenkt å gi en faglig forsvarlig tjeneste.

For høyskolegruppen betyr det at det i stor grad blir de mest kritiske medisinske oppgavene som må prioriteres og det er nærliggende å anta at faglig utvikling og opplæring blir nedprioritert.

««tvillingkompetanse»
mangler og vi blir
meget sårbare»

«manglete dokumentasjon,
rapporter er fortsatt i papirformat
og lite tilgjengelige»

«manglende opplæring og etterlevelse i bruk av fagsystem noe
som medfører risiko for at viktige beskjeder ikke når fram-
medfører også oppringning etter privat etter avsluttet vakt»

Det er et system for behandling av avvik i ledermøter, men stor turnover i stillinger medfører manglende systematikk. Manglende avviksmeldinger kan også være en indikasjon på manglende ledelse, manglende systemtilgang og/eller faglig forståelse.

«på en av enhetene har det
ikke vært meldt avvik på et år»

I en slik kultur vil de som setter standarden på tjenesten i stor grad værers ansatte uten formalkompetanse. Disse blir bærebjelken i tjenesten og gjør en god innsats, men fagligheten blir skadelidende og tjenesten kan i større grad blir preget av høyt servicenivå noe som kan forklare en del av den høye ressursbruken. En av informantene beskriver det slik:

«Assistenter gir overhjelp»

Det har ikke vært foretatt brukerintervju/ undersøkelse i denne omgang og Karasjok har ingen tradisjon eller erfaring med å gjennomføre denne type undersøkelser for å fange opp brukernes syn på tjenesten.

5. Helhet og sammenheng- samarbeid mellom sektorene

I møte med kommunens ledelse ble også behovet for bedre samordning mellom sektorene for mottakere av omfattende helse og omsorgstjenester drøftet

Dette omfatter også Brukerstyrt personlig assistent(BPA). I denne ordningen er det som oftest foreldre som er arbeidsledere til brukere under 18 år. Fylkesmannen har godkjent at denne ordningen også kan brukes på skolen av barn som er i skolepliktig alder. Barn som er i skolen på dagtid, har også egen skoleassistent. Det som har vært utfordringen så langt, er at kommunalområde oppvekst og kommunalområde helse og omsorg, ikke samordner og koordinerer tjenesten til denne brukergruppen, og mister derfor de såkalte frie inntektene som denne refusjonsordningen (særlig ressurskrevende brukere) åpner for. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Formålet med denne ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester, hvor tilskuddsordningen er et supplement til kommunens frie inntekter.

Vi anser at dette kan være et område der et større fokus og et felles prosjekt vil kunne bidra til bedre samordning på tvers av sektorene og også bidra til å avklare om kommunen får den refusjon fra statlig nivå som den har rett til.

6. Tiltak

Basert på ovenfor beskrevne utfordringer, har vi utarbeidet følgende forslag til tiltak som bør igangsette i sektor for Helse og omsorg i Karasjok kommune:

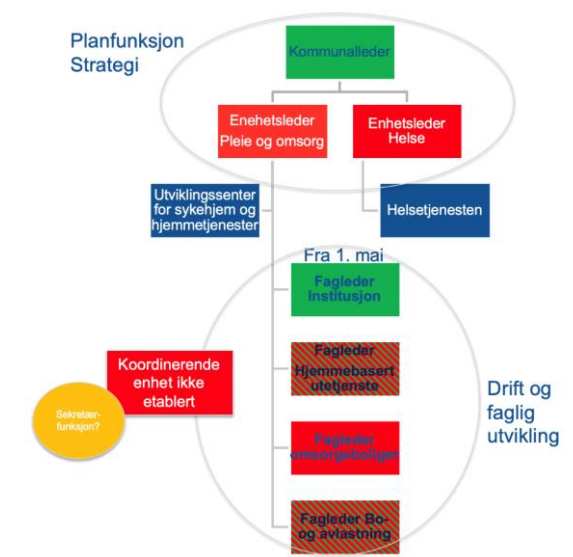
6.1 Organisasjon og ledelse

Vi mener at mange av de funn vi har synliggjort i denne delrapporten kan adresseres til manglete kontinuitet i ledelse. Vi anser derfor at det viktigste kommunen gjør er å styrke innsatsen for å rekruttere og beholde ledere på alle nivåer i tjenesten.

For strategisk nivå vil vi anbefale at det raskest mulig startes et arbeid med å utarbeide en strategisk plan for sektoren for å tydeliggjøre forventninger og retning for tjenesten. Dette bør gjøres i tett samarbeid med politisk nivå. Prosessen med å utvikle en slik strategisk plan vil også kunne gi strategisk gruppe en kjerneoppgave som også bygger teamet.

Et strategisk dokument vil også bidra til at neste ledernivå kan ta gode avgjørelser i hverdagen ved å gi retning på hva som er innenfor det nivå, volum og kvalitet som Karasjok skal gi tjenester.

Det bør parallelt med dette etableres et koordinerende team som også får ansvar for å utarbeide planer også for helhet og sammenheng i tjenesten på tvers av kommunalområdene.



Sammensetningen i teamet bør speile dette. Koordinerende team bør også få ansvar for å bistå de enkelte avdelingene i å utarbeide tjenestebeskrivelser for sine kjerneaktiviteter.

Videre vil det slik vi ser det ligger et stort potensiale å etablere et godt samarbeid med Utviklingssenteret med faste møteplasser.

Strategisk ledergruppe bør få et tydelig mandat med en langsiktighet der det i løpet av tre år skal bygges en organisasjon med robusthet for å kunne håndtere de utfordringer som kommune står overfor (jf. økonomiplan 2018-2021 og forsterkende funn i delrapporten her).

I dette bør det inngå å bygge kompetanse og rekruttere *internt* til operative lederstillinger for å sikre kontinuitet. Det må gjøres attraktivt å stå i disse stillingene, både innholdsmessig og strukturelt.

6.2 Bemanningsstyring og ledelse for kvalitet og kontinuitet

Vi anbefaler at det startes en prosess der kommune opparbeider større kompetanse på bemanningsstyring: Målgruppen vil være operative ledere, tillitsvalgte og stab/støttefunksjoner sentralt i kommunen. Dette vil gi bedre planlegging og forutsigbarhet i tjenestene og direkte påvirke kvalitet og ressursbruk. Dette vil være starten på å bygge en heltidskultur i tjenesten.

Det anbefales også at det tilbys coaching i praktisk ledelse siden dette er et arbeid som i stor grad vil utfordre dagens organisasjonskultur.

6.3 Opplæringstiltak – felles for tjenesten

Det er behov for en styrking av kompetanse på flere områder, men vi anbefaler at følgende tiltak bør prioriteres:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring heri dokumentasjonskrav
 - Dette vil gi en god oversikt over kritiske områder og en felles forståelse for kvalitet i tjenesten og den enkeltes ansvar
- Hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering
Bidrar til å styrke fokus på den enkelte mottakers ressurser og potensiale, og i mindre grad på «service»
Styrker brukeres mulighet til å påvirke tjenestens innhold

6.4 Felles tiltak

Det bør startes et arbeidet med gjennomgang av delegasjonsreglement for hele kommunen.

Det bør også etter hvert igangsettes et felles (obligatorisk) lederprogram for hele kommunen. Dette kan bidra til å gjøre det mer attraktivt å være leder og dermed også fungere som et rekrutteringstiltak.

6.5 Helhet og sammenheng

Vi foreslår at det som en del av prosessen med å øke den tverrfaglige innsatsen startes med **koordinering av refusjonsordning for ressurskrevende brukere:**

- Skaffe oversikt over kommunens tjenester
- Felles system for enkeltvedtak
- Koordinering av søknad

Deretter bør det utarbeides samarbeidsrutiner som kan bidra til bedre forståelse på tvers: **Koordinering av tjenesten som bør sees i sammenheng med etablering av koordinerende enhet.**

6.6 Andre mulige tiltak, ikke prioritert rekkefølge:

- En dør inn, samhandling av brukervedvirkning, en kommune (samtykkeskjema)
- Lage rutiner og fora for samhandling
- Etterlyse parallelle tjenester
- Kommunikasjon, opplysninger og informasjon på tvers av taushetsbarrierer, på tvers av lovverk
- Felles målsettinger
- Forventningsavklaringer
- Bygge opp relasjoner

Kompetansebygging

- Kompetansekartlegging, hvor har vi kompetansen, hvordan bruker vi kompetansen.
- Felles bruk av ansatte, BPA
- Kompetanse på tvers, sammenheng mellom helsetjenestene og de pedagogiske tjenestene
- Heltidskultur i oppvekst
- Barnevernets ressursbruk, barnevernets kompetanse
- Skape nysgjerrighet på andres kompetanse