



# Kompetansen i hjemmetjenesten

Forvaltningsrevisjon

11.08.11

# INNHold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1 Vurderingskriterier .....	3
1.2 Avgrensinger .....	3
1.3 Problemstillinger.....	4
1.4 Rådmannens kommentarer.....	4
1.5 Anvendte metoder i prosjektet .....	4
<b>2 HAR KOMMUNEN TILSTREKKELIG PERSONELL?</b> .....	<b>6</b>
2.1 Funn/ fakta .....	6
2.2 Revisjonens vurdering.....	8
<b>3 HAR KOMMUNEN KOMPETENT PERSONELL?</b> .....	<b>9</b>
3.1 Funn/fakta .....	9
3.2 Sørger kommunen for tilstrekkelig opplæring?.....	11
3.3 Revisjonens vurdering.....	12
<b>4 ER BEMANNING JEVNT FORDELT MELLOM DISTRIKTENE?</b> .....	<b>13</b>
4.1 Funn/ fakta .....	13
4.2 Revisjonens vurdering.....	15
<b>5 ER KOMPETANSEN JEVNT FORDELT MELLOM DISTRIKTENE?</b> .....	<b>16</b>
5.1 Funn/ fakta .....	16
5.2 Revisjonens vurdering.....	17
<b>6 ER DET GODE SYSTEMER FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG KOMPETANSE?</b> .....	<b>18</b>
6.1 Er det god systemkontroll med tjenestene? .....	18
6.2 Er det gode systemer som sikrer riktig bemanning og tjenesteutøvelse?.....	20
6.3 Revisjonens vurdering.....	21
<b>7 REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>23</b>
7.1 Konklusjon.....	23
7.2 Anbefalinger .....	24
<b>KILDER</b> .....	<b>1</b>
<b>RÅDMANNENS HØRINGSSVAR</b> .....	<b>1</b>
<b>REVISJONENS BEMERKNINGER</b> .....	<b>1</b>

## 1. INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok<sup>1</sup> å gjennomføre en forvaltningsrevisjon som skulle *vurdere om kommunen har tilstrekkelig kompetent personell i hjemmetjenesten i forhold til regelverket og at viktige beskjeder blir riktig oppfattet.*

### 1.1 Vurderingskriterier

Vurderingskriteriene omfatter politiske vedtak, lovkrav, regelverk etc. som inneholder krav eller mål som skal oppfylles på området.

#### 1.1.1 Politiske vedtak

Så langt revisjonen kan se har kommunestyret eller sektorutvalg bistand og omsorg ikke normsatt hvilken bemanning som er nødvendig og tilstrekkelig i hjemmetjenesten. Det er likevel behandlet en rekke saker som omtaler kompetansesammensetning og bemanningen innen pleie og omsorg i kommunen samlet. Det har vært fokusert på at det vil være et økende behov for bemanning og et ønske om å øke andelen fagutdannede innen pleie- og omsorg.

Behovet for språkopplæring har vært behandlet i kommunestyret og det er vedtatt og iverksatt tiltak for å bedre norskkunnskapene for ansatte innen pleie og omsorg. Sektorutvalg bistand og omsorg behandlet sak om norskopplæring i pleie- og omsorgstjenestene i februar i år<sup>2</sup>.

#### 1.1.2 Viktige lover og bestemmelser

Lov om helsetjenesten i kommunen<sup>3</sup> (kommunehelsetjenesteloven), lov om helsepersonell<sup>4</sup>, forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene<sup>5</sup> (kvalitetsforskriften) og forskrift om internkontroll i pleie og omsorgstjenestene setter viktige rammer for innholdet i og kvaliteten i pleie og omsorgstjenestene.

Regelverket oppstiller få uttrykkelige krav til helsepersonells kompetanse. Helsetjenesten skal drives etter grunnleggende prinsipper om *faglig forsvarlighet* og hvor omfang og innholdet i tjenesten skal ta utgangspunkt i *brukers behov*. Det skal være etablert *systemer* som sikrer at tjenesten tar utgangspunkt i brukers behov og i samsvar med de krav til faglig kvalitet som stilles i lov/forskrift.

## 1.2 Avgrensinger

Hjemmetjenesten i Bærum er sammensatt av ulike tjenester rettet mot hjemmeboende, dvs hjemmesykepleie, hjemmehjelp (praktisk bistand), boliger med service og boliger til utviklingshemmede. Revisjonen har valgt å vektlegge hjemmesykepleien i denne rapporten.

Revisjonen har ikke funnet tid til å undersøke hvor mye av avviket mellom tildelte tjenester og utførte tjenester som skyldes mangelfull registrering. Dette avviket har betydning for bl.a. påliteligheten av styringsinformasjonen.

---

<sup>1</sup> Kontrollutvalget møte 13.12.10 sak 059/10 *Forvaltningsrevisjon tidsfrister prosjektene i 2011.*

<sup>2</sup> Sektorutvalg bistand og omsorg møte 17.02.11 sak 009/11 *Norskopplæring i pleie- og omsorgstjenestene.*

<sup>3</sup> Lov om helsetjenesten i kommunene, lov nr 66 av 19.11.1982.

<sup>4</sup> Lov om helsepersonell, lov nr 64 av 2.7.1999.

<sup>5</sup> Forskrift av 14.11.1988 nr. 932.

Revisjonen har heller ikke funnet tid til å undersøke nærmere avviket mellom estimert tidsbehov i vedtakene og registrerte timer for den enkelte bruker.

Revisjonens rapport om kompetansen på bo- og behandlingssentrene avdekket at språkforståelse blant mange ansatte var et vesentlig problem. Rapporten anbefalte at rådmannen burde vurdere ytterligere tiltak for å sikre at språkproblemene ikke medfører økt arbeidsbelastning for sentrene og risiko for behandlingstilbudet<sup>6</sup>. Rådmannen opplyste<sup>7</sup> at en plan som beskriver tiltakene knyttet til språkopplæring er under arbeid. Sektorutvalg bistand og omsorg behandlet saken 17.02.11 der det ble redegjort for ulike tiltak særlig innen pleie og omsorg<sup>8</sup>. Sektorutvalget vedtok å ta redegjørelse om norskopplæring i pleie- og omsorgstjenestene til orientering, og bad om en oppfølgingssak med en nærmere konkretisering av antall personer innenfor Pleie og omsorg som trenger norskopplæring, fremdriften i opplæringstiltakene samt evaluering av kartleggingsverktøyets utprøving.

De ansatte i hjemmetjenesten vi intervjuet, opplyste at språk er et vesentlig problem, men at kommunen nå fokuserer mye på dette. De fremhevet at språkopplæringen var veldig god.

Revisjonen har derfor valgt å ikke belyse språkutfordringene i denne rapporten.

### 1.3 Problemstillinger

Vi velger vi å dele inn rapporten i følgende problemstillinger:

- Har kommunen tilstrekkelig personell?
- Er det tilstrekkelig kompetanse i hjemmetjenesten?
- Svarer bemanning og kompetanse til behovet i distriktene?
- Er det gode systemer for å sikre riktig bemanning og tjenesteutøvelse?

### 1.4 Rådmannens kommentarer

Rådmannens kommentarer til rapporten er vedlagt.

### 1.5 Anvendte metoder i prosjektet

Prosjektet er gjennomført og rapportert i samsvar med *Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001)<sup>9</sup>.

Fakta i rapporten er hentet fra en rekke kilder:

- Ansatte i sektoren har gitt viktig bistand bl.a. informasjon om organisatoriske inndelinger og endringer ved de ulike distrikter.
- Kommunens personalsystem har gitt informasjon om de ansatte i distriktene og avdelingene. Vi har hentet ut tall for antall ansatte, ansiennitet, stillingskategori (for å beregne andel med fagutdanning og treårig utdanning) samt stillingsprosent/sykefravær/ permisjoner (for å beregne reell arbeidsprosent).
- Fra kommunens økonomisystem har vi hentet ut tall for å beregne netto driftsutgifter, netto sum alle personalutgifter og andel personalutgifter til vikarer og ekstrahjelp ved de ulike avdelinger og distrikter.

<sup>6</sup> Kontrollutvalget møte 23.08.10 sak 034/10 *Forvaltningsrevisjonsrapport - kompetansen på bo- og behandlingssentrene*.

<sup>7</sup> Notat 21.01.11 Oppfølging av vedtak i kontrollutvalget, rådmannen.

<sup>8</sup> Sektorutvalg bistand og omsorg møte 17.02.11 sak 009/11 *Norskopplæring i pleie- og omsorgstjenestene*

<sup>9</sup> Fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 23.05.05.

- Fra nasjonal statistikk (KOSTRA tall) har vi hentet tall for å sammenligne Bærum med tilsvarende kommuner.
- Datasystemet Notus i pleie og omsorg har gjort det mulig å kartlegge kompetansen på vakt i de enkelte avdelingene og distriktene.
- Datasystemet Helios i pleie og omsorg har gjort det mulig å kartlegge pleiebehovet til mottakerne ved de enkelte avdelinger og distrikter.
- Vi har intervjuet distriktsleder og avdelingsledere ved to av distriktene. Disse gav utfyllende informasjon om en rekke forhold knyttet til kapasitet og kompetanse, samt registrering av aktivitet.

Vurdering av dataenes gyldighet og bearbeiding blir redegjort for underveis i rapporten.

## 2 HAR KOMMUNEN TILSTREKKELIG PERSONELL?

I framstillingen under hver av problemstillingene vil vi først presentere relevante fakta vi har samlet inn, for deretter å vurdere fakta opp mot kriteriene. Til slutt i rapporten vil vi gi en samlet konklusjon i forhold til problemstillingene.

Det er få kompetansekrav til ansatte i hjemmetjenesten. I forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste heter det i § 3 at kommunene tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene. Etter forskriften er det et krav om at faglig leder for hjemmesykepleien skal være offentlig godkjent sykepleier. Utover dette gjelder kravet i helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet, og de generelle krav om at mottakerne skal få de tjenester de har rett på og med god kvalitet.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- Hjemmetjenesten skal være bemannet med tilstrekkelig personell som er nødvendig for å sikre mottakerne nødvendig helsehjelp og til å dekke mottakernes grunnleggende behov.

### 2.1 Funn/ fakta

En indikator på om bemanningen er faglig forsvarlig kan en få ved å sammenligne bemanningen med tilsvarende kommuner. Det finnes nasjonal statistikk (KOSTRA)<sup>10</sup> der det er regnet ut nøkkeltall for å sammenligne kommuner. Bærum bruker ASSS kommunene<sup>11</sup> for sammenligninger i handlingsprogram og årsrapporter.

Nasjonalt har det vært en økning i antall mottakere av hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand). Endrede holdninger om at særlig yngre, men også eldre med omfattende bistandsbehov skulle ha mulighet til å bo hjemme er trukket fram som forklaringer på økningen i antall mottakere av hjemmebaserte tjenester. Det totale antallet mottakere av hjemmetjenester i Bærum kommune har ikke økt nevneverdig i perioden 2006-2010<sup>12</sup>. Det er derimot en tendens til at brukergruppen endrer seg, der antallet hjemmetjenestemottakere under 67 år har økt. Mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 80 + har holdt seg stabil de siste 4 årene. Ser vi på andelen mottakere av hjemmetjenester per 1 000 innbyggere i de respektive aldersgruppene har andelen mottakere av hjemmetjenester under 67 år vært stabil, i aldersgruppen over 66 år har andelen sunket.

For hjemmetjenesten finnes ikke nasjonale tall for antall ansatte, men det er tall for driftsutgifter og mottakere. Lønn og sosiale utgifter utgjør nesten 96 % av driftsutgiftene i Bærum<sup>13</sup>. Driftsutgiftene er dermed et godt mål på hvor mye personell som er knyttet til hjemmetjenesten i de ulike kommunene<sup>14</sup>.

<sup>10</sup> KOSTRA tall, KOMMUNE til STAT RAPPORTERING.

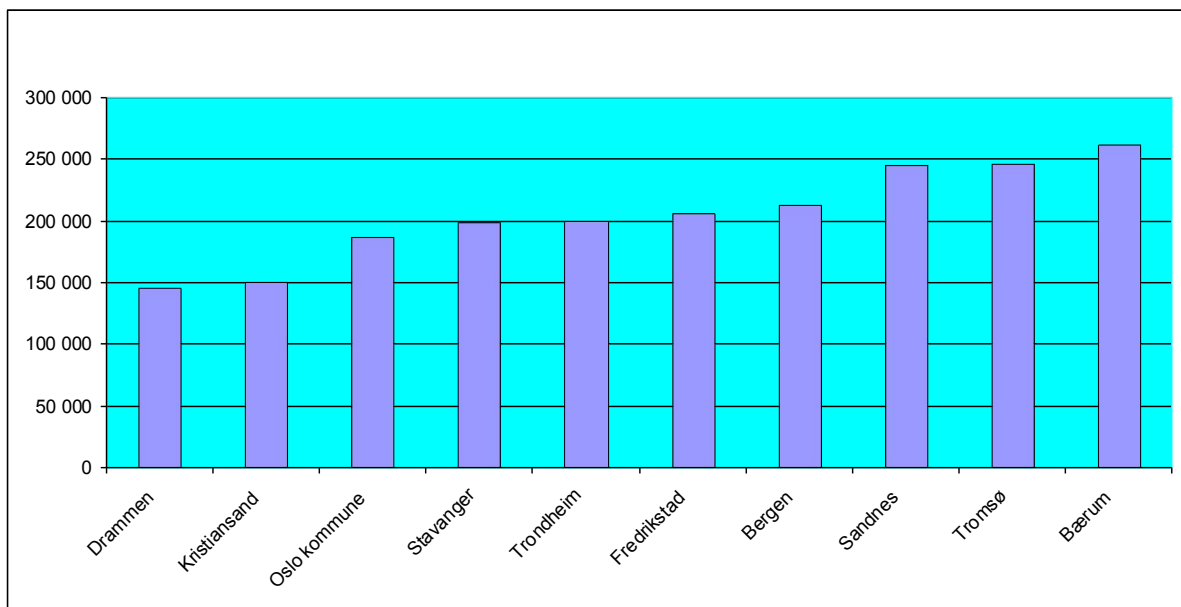
<sup>11</sup> ASSS kommunene er de 10 største kommunene i landet: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Sandnes og Drammen.

<sup>12</sup> I 2006 mottok 3469 personer hjemmetjenester, i 2010 mottok 3538 personer hjemmetjenester.

<sup>13</sup> Driftsregnskapet formål 32, art 0 av sum utgifter.

<sup>14</sup> Tallene involverer i følge rådmannen: brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, individuell avlastning, tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming i tillegg til hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Figur 2-1 Brutto driftsutgifter hjemmetjenesten per mottaker per kommune



Figuren viser at Bærum har høyest utgifter til hjemmetjenesten per mottaker<sup>15</sup>. Dette indikerer at Bærum har flere ansatte per mottaker enn i sammenligningskommunene. Dette kan indikere at hjemmeboende mottar et omfattende tjenestetilbud, i tråd med eldremeldingens strategi om at mottakerne skal kunne bo i egen bolig/bolig m/service og motta tjenester livet ut<sup>16</sup>. Rådmannen påpeker i faktahøringen at Bærum er eneste ASSS-kommune som har vært vertskommune for HVPU-institusjon og at dersom en korrigerer for brukere hjemmehørende i andre kommuner blir enhetskostnaden 194 000.

Forsvarlig bemanning vil også avhenge av hvor mye pleie den enkelte mottaker trenger. Det er kostratall for andel av innbyggere som mottar tjenester. Bærum kommune har en lavere andel mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppene over 67 år sammenlignet med gjennomsnittet i ASSS-kommunene<sup>17</sup>. Dette betyr at det er færre av de eldre som får hjemmetjenester. I Bærum får mottakerne gjennomsnittlig en time mer hjemmesykepleie enn gjennomsnittet for ASSS-kommunene. Andelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov er også høyere i Bærum enn i sammenligningskommunene, særlig gjelder dette i aldersgruppen 67-79 år.

Intervjuer revisjonen har gjennomført med distriktsledere og avdelingsledere ved to av distriktene tyder på at tjenesten oppleves som tilstrekkelig bemannet. Det fremkommer at det kan være midlertidige kapasitetsproblemer ved fravær og lignende, men at dette ikke går utover kravet om faglig forsvarlighet. Av konsekvenser for mottakerne nevnes at ansatte kan oppleves stresset, eller at enkelte oppgaver utsettes.

<sup>15</sup> Korrigerte brutto driftsutgifter for hjemmetjenester f254 per mottaker av hjemmetjenester i alt.

<sup>16</sup> Handlingsprogram 2010-2013, side 64.

<sup>17</sup> ASSS kommunene er de 10 største kommunene i landet: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Sandnes og Drammen.

Kapasiteten i hjemmebaserte tjenester er økt med 7 %<sup>18</sup>. Det er stor satsning på rekruttering av arbeidskraft og kompetanseheving gjennom flere store prosjekter. Andel fagstillinger i pleie- og omsorgstjenesten er økt med 2 % (40 stillinger). Kommunen har igangsatt og vil sette i gang flere tiltak når det gjelder videreutdanning av personell og rekruttering av helsepersonell<sup>19</sup>.

## 2.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen mener nasjonal statistikk viser at Bærum har flere ansatte per mottaker enn i sammenligningskommunene. Revisjonen mener dette indikerer at bemanningen i kommunen er forsvarlig og at kommunen har tilstrekkelig personell i hjemmetjenesten.

---

<sup>18</sup> Handlingsprogram 2009-2012, side 70.

<sup>19</sup> Handlingsprogram 2009-2012, side 71.



### 3 HAR KOMMUNEN KOMPETENT PERSONELL?

Det er få kompetansekrav til ansatte i hjemmetjenesten. I forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste heter det i § 3 at kommunene tilsetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene. Etter forskriften er det et krav om at faglig leder for hjemmesykepleien skal være offentlig godkjent sykepleier. Utover dette gjelder kravet i helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet, og de generelle krav om at mottakerne skal få de tjenester de har rett på og med god kvalitet.

Internkontrollforskriftens<sup>20</sup> § 4 sier at de ansvarlige for tjenesten skal sørge for tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos arbeidstakeren. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.

Både kommunehelseloven og sosialtjenesteloven inneholder bestemmelser om kommunens plikter knyttet til opplæring, undervisning og videre- og etterutdanning<sup>21</sup>.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterier til grunn:

- Hjemmetjenesten skal være bemannet med tilstrekkelig kompetent personell som er nødvendig for å dekke mottakernes grunnleggende behov.
- Kommunen skal sørge for tilstrekkelig opplæring av personell.

#### 3.1 Funn/fakta

Det finnes ikke nasjonal statistikk for kompetansesammensetning innen hjemmetjenesten i kommunene. Det er Kostratall for andel årsverk innen pleie og omsorg og årsverk med relevant fagutdanning. Figuren nedenfor viser andelen ansatte i 2010 innen pleie og omsorg i forhold til sammenlignbare kommuner - ASSS kommunene<sup>22</sup>.

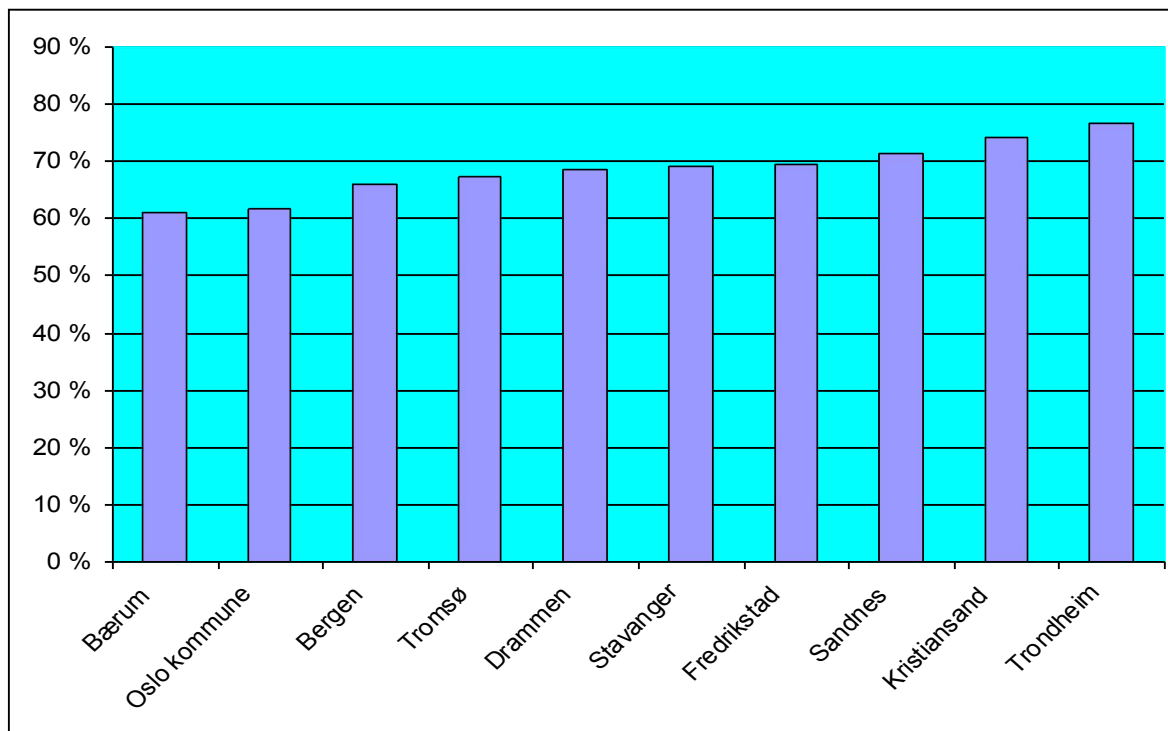
---

<sup>20</sup> For 2002-12-20, nr. 1793: Forskrift om interkontroll i sosial og helsetjenesten.

<sup>21</sup> I kommunehelsestjenestelovens § 6-1 og 6-2 heter det at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. I sosialtjenesteloven heter det i § 2-3 om Opplæring av sosialtjenestens personell at kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell

<sup>22</sup> ASSS kommunene består av de største kommunene og er de kommunene Bærum vanligvis sammenligner seg med i Handlingsprogram og Årsrapport.

Figur 3-1 Andel ansatte med relevant fagutdanning per kommune



Figuren viser at Bærum har lavest andel ansatte med fagutdanning innen pleie og omsorg, av ASSS-kommunene<sup>23</sup>. Det er imidlertid store variasjoner mellom tjenesteområdene innen pleie og omsorg. I hjemmebaserte tjenester er andelen med fagutdanning på videregående- og høyskolenivå 75 %<sup>24</sup> og altså høyere enn for pleie og omsorg samlet på 61 %. Revisjonens gjennomgang av de fast ansatte i personalsystemet viser det samme. Vi vet likevel ikke om andelen er tilsvarende høyere i andre kommuner.

Kompetansesammensetningen innen pleie og omsorg har vært fokusert på i saker behandlet i kommunestyret. Det har vært fokus på rekruttering, å øke andelen fagstillinger, tiltak for å hindre høy turnover og satsing på gode lønns- og arbeidsvilkår for kommunens kjerneområder.

Kommunens strategiske plan for kompetanseutvikling har vært behandlet hvert år siden 2005<sup>25</sup>. I 2005 ble det innenfor pleie og omsorg foretatt en kartlegging av antall ufaglærte/faglærte på de forskjellige tjenestestedene og totalt innen sektoren. I 2008 står det at rådmannen ønsker å øke andelen fagutdannede innen pleie- og omsorg<sup>26</sup>. *Strategi:*

<sup>23</sup> ASSS kommunene er de 10 største kommunene i landet: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Sandnes og Drammen.

<sup>24</sup> Handlingsprogram 2011-2014, side 70. Andelen helsefaglig utdannede er 53 % i samlokaliserte boliger og 85 % på institusjoner.

<sup>25</sup> Det partssammensatte utvalg møte 26.04.05 sak 004/05 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2006 – 2009.

Det partssammensatte utvalg møte 24.01.06 sak 002/06 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2007 – 2010.

Det partssammensatte utvalg møte 30.01.07 sak 002/07 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2008 – 2011.

Utvalg for samarbeid møte 16.12.08 sak 043/08 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2009 – 2012.

Utvalg for samarbeid møte 02.02.10 sak 003/10 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2010 – 2013.

<sup>26</sup> Strategisk plan for kompetanseutvikling 2009 – 2012, vedlegg: side 4.

*Tilrettelegge for realkompetansevurdering, samt iverksette tiltak for å øke antallet som tar fagutdanning.*

Det ble rapportert om *Prosjekt Arbeidskraft* til Sektorutvalget i 2009<sup>27</sup>. Bakgrunnen for prosjektet var at man ønsket å samordne ulike tiltak for å beholde og rekruttere arbeidskraft innen pleie og omsorg. Oppnådd resultater oppgis å være: *Langt på vei avskaffet ufrivillig deltid, spesielt blant faglærte. Økningen utgjør til sammen 68 årsverk. Målet satt i handlingsprogram 2008–2011 var anslått til ca 60 årsverk. Andel fagstillinger er økt med 2,67 % i perioden. Målet i handlingsprogram 2008–2011 er satt til 2 %.*

I Handlingsprogram 2008 – 2011 står det<sup>28</sup> at det er stort behov for å øke andel fagstillinger i pleie- og omsorgstjenestene de nærmeste årene, spesielt sykepleiere. Rådmannen foreslår å sette av midler til å gjøre om 40 årsverk (ca 2 %) pr år fra stillinger for ufaglærte til stillinger for fagutdannede / høyskoleutdannede. Det er forutsatt at økt andel fagstillinger vil gi en mer effektiv tjeneste. Dette målet ble videreført i Handlingsprogram 2009 – 2012<sup>29</sup> og Handlingsprogram 2010 – 2013<sup>30</sup>.

I Handlingsprogram 2010 – 2013 står det<sup>31</sup> at andelen årsverk med fagutdanning har økt betydelig i forhold til 2007.

Intervjuer revisjonen har gjennomført tyder på at distriktene selv opplever de har tilstrekkelig kompetanse i avdelingene. Dette gjelder både i forhold til formell helsefaglig kompetanse, men også mer fagspesifikk kunnskap, som for eksempel kompetanse på kreft, demens og lignende. Under intervjuene framkom det enkelte problemer i forhold til sykepleiedekning i helger. Dette kan blant annet være en konsekvens av fokuset på å redusere ufrivillig deltid, spesielt for faglærte ansatte, noe som pga turnus gjør det vanskeligere å dekke opp disse vaktene med faglært personell.

### **3.2 Sørger kommunen for tilstrekkelig opplæring?**

Kommunen deltar i et nasjonalt prosjekt for hjemmetjenesten der bl.a. kompetanseheving inngår<sup>32</sup>. Administrasjonen har iverksatt flere opplæringstiltak for å heve kompetansen til ufaglærte ansatte og fremmedspråklig ansatte.

Bærum er Akershus fylkes Utviklingssenter for hjemmetjenester. Utviklingssenter for hjemmetjenester er en nasjonal satsing på fag- og kompetanseutvikling og et viktig tiltak for å videreutvikle omsorgstjenestene i tråd med omsorgsplan 2015<sup>33</sup>. Formålet med utviklingssenter for hjemmetjenesten er å bidra til god kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten ved blant annet å heve kompetansen blant medarbeiderne i pleie- og omsorgstjenesten. I Bærum har det blant annet vært fokus på temaene etikk, forflytning, ernæring.

<sup>27</sup> Sektorutvalg bistand og omsorg 10.12.09 sak 074/09 *Sluttrapport fra prosjekt arbeidskraft*, Utvalg for samarbeid 02.02.10 sak 005/10.

<sup>28</sup> Handlingsprogram 2008-2011, side 53.

<sup>29</sup> Handlingsprogram 2009-2012, side 163.

<sup>30</sup> Handlingsprogram 2010 – 2013, side 64.

<sup>31</sup> Handlingsprogram 2010 – 2013, side 64.

<sup>32</sup> Bæringen 21.10.10 side 9.

<sup>33</sup> Fra internettsidene.

I intervjuene sier distriktsledere og avdelingsledere at de er meget godt fornøyd med opplæringstilbudet som tilbys i regi av kommunen. De sier at ansatte i Bærum er privilegert på dette området – det er noe helt annet i andre kommuner. De har kurs i det meste – kreft, demens osv. De mener kommunen sentralt er veldig strukturert og lager opplæringsplaner.

### 3.3 Revisjonens vurdering

KOSTRA tallene viser at av ASSS-kommunene<sup>34</sup> har Bærum kommune lavest andel ansatte med fagutdanning innen pleie og omsorg. Dette er rapportert til de folkevalgte og det er satt i verk tiltak for å øke andelen. Det finnes ikke sammenlignbare tall for kompetansen innen hjemmetjenesten. I Bærum har hjemmetjenesten høyere kompetanse enn pleie og omsorg samlet, men vi vet ikke hvordan hjemmetjenesten skiller seg ut i andre kommuner.

Det har vært fokus på å øke andelen med fagutdanning innen pleie- og omsorg, og det rapporteres om en økning i andelen med fagutdanning for sektoren samlet.

Bærum kommune har satset aktivt på kompetansehevede tiltak i hjemmetjenesten både når det gjelder muligheten for kurs og muligheten til videre-/etterutdanning. Det framkommer under intervjuene at lederne i hjemmetjenesten er meget godt fornøyd med dette tilbudet. Det er revisjonens vurdering at kommunen sørger for tilstrekkelig opplæring for ansatte i hjemmetjenesten.

---

<sup>34</sup> ASSS kommunene er de 10 største kommunene i landet: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Sandnes og Drammen.

## 4 ER BEMANNING JEVNT FORDELT MELLOM DISTRIKTENE?

Av veilederen til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten<sup>35</sup> går det fram at: *Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet.*

De ulike hjemmetjenestedistriktene har mellom 230 og 680 mottakere, og mottakerne er kun fordelt mellom de ulike distriktene på basis av hjemmeadresse. Vi kan derfor anta at behovene er relativt like i de ulike distriktene.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- Distriktene skal gi et tilbud med samme innhold og kvalitet.

### 4.1 Funn/ fakta

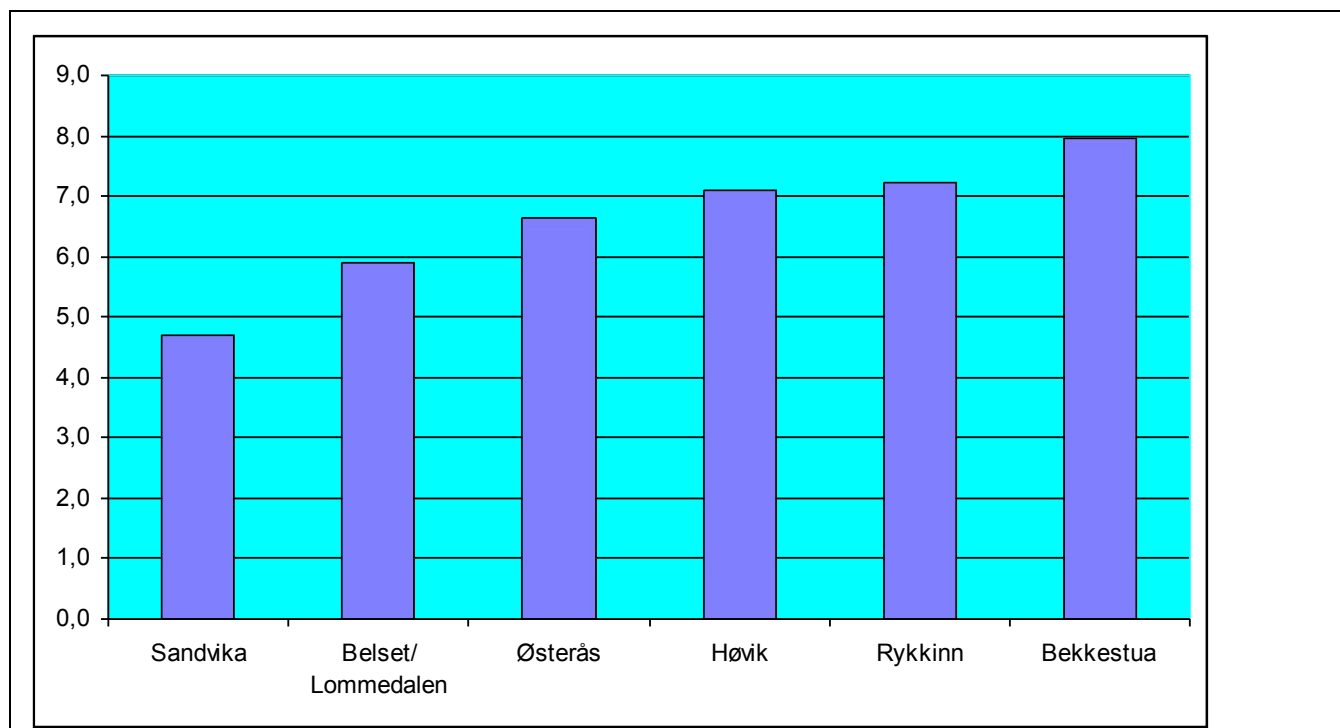
Handlingsprogrammet<sup>36</sup> budsjetterte med innsparinger ved omorganisering av hjemmetjenester på 1, 5 mill kroner. Bl.a. skulle større enheter bidra til bedre ressursutnyttelse. Hjemmesykepleien i kommunen er nå organisert i 6 distrikter. Hvert distrikt omfatter hjemmesykepleie, hjemmehjelp (praktisk bistand) og boliger med service. Størrelsen på distriktene varierer og for å få et inntrykk av fordelingen av bemanning kan vi se på antall mottakere per årsverk<sup>37</sup>.

**Figur 4-1 Antall mottakere per årsverk per distrikt**

<sup>35</sup> ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Sosial- og Helsedirektoratet, 2005.

<sup>36</sup> Handlingsprogram 2011-2014.

<sup>37</sup> Tall for antall mottakere er hentet fra datasystemet Helios der vedtakene knyttet til de ulike mottakerne er lagt inn. Antall årsverk omfatter faste og midlertidige stillinger og er hentet fra personalsystemet i kommunen og tar høyde for reduserte stillinger og permisjoner. Vikarene er lagt inn i systemet men det er ikke informasjon om hvor mye de jobber. Fra Økonomisystemet ser vi at de utgjør 12 % av lønn og sosiale utgifter



Tallene viser at det er relativt store forskjeller i antall mottakere per årsverk i de ulike distriktene. Det varierer fra 4,7 mottakere per årsverk i Sandvika til 8,0 mottakere per årsverk på Bekkestua<sup>38</sup>. Rådmannen opplyser at Sandvika distrikt har en høyere andel brukere i boliger med service (Atriumsgården)<sup>39</sup> og at disse har høyere bistandsbehov.

Hjemmetjenestemottakerne har ulike pleiebehov. Hva som er faglig forsvarlig bemanning på de forskjellige avdelingene vil derfor avhenge ikke bare av antall mottakere, men også av hvor ressurskrevende mottakerne er. I IPLOS<sup>40</sup> vurderes hver tjenestemottaker etter 13 bistandsvariabler for å beregne et samlemål for om mottakeren krever omfattende bistandsbehov eller ikke. Revisjonens gjennomgang viser at andelen tjenestemottakere med et omfattende bistandsbehov ikke varierer nevneverdig mellom distriktene. De største utslagene er på boliger med service der andelen mottakere med omfattende pleiebehov er større.

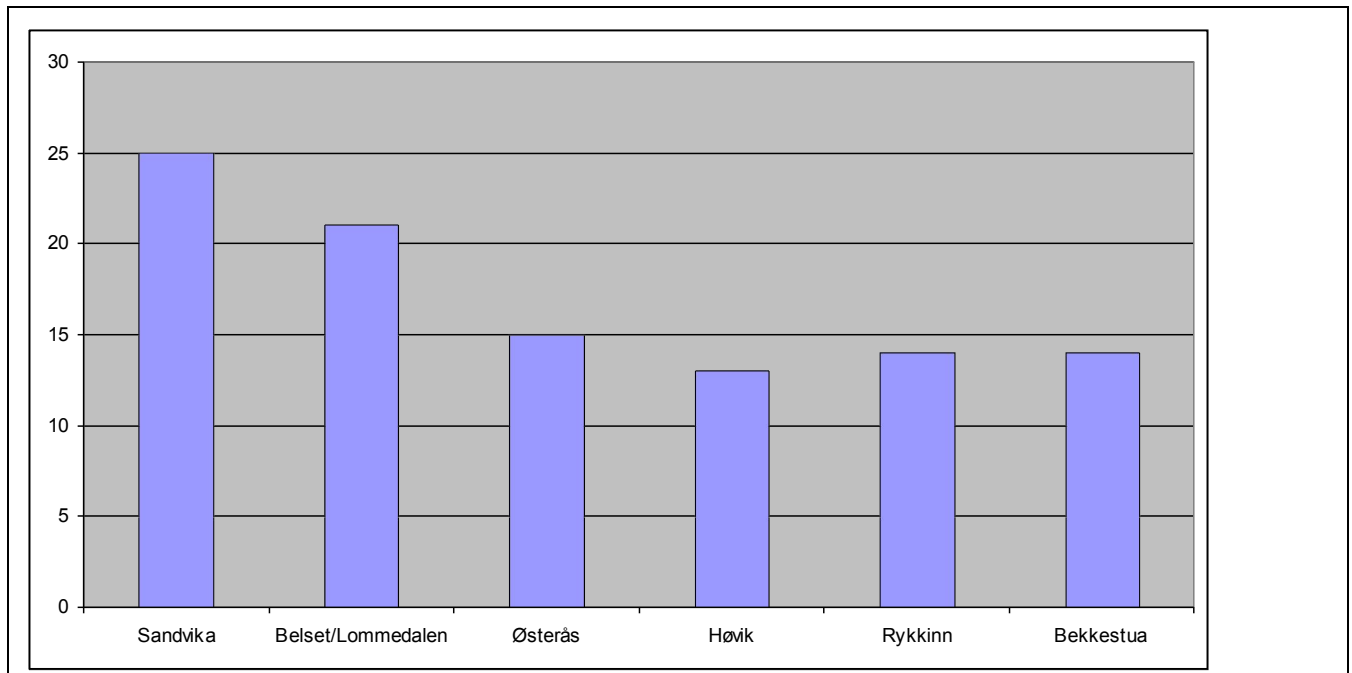
Om det er variasjoner i arbeidsbelastning mellom avdelinger/distrikter kan også måles gjennom å beregne gjennomsnittlig tildelte timer etter vedtak per mottaker.

**Figur 4-2 Gjennomsnittlig ressursbehov per mottaker per distrikt**

<sup>38</sup> Når vi beregner antall mottakere per distrikt på basis av årsverkene som er registrert i datasystemet Notus, får vi delvis andre tall. Revisjonen mener personalsystemet gir den sikreste informasjonen pga at lønnsutbetalingene er avhengig av informasjonen i personalsystemet.

<sup>39</sup> Notat med høringsvar på faktadelen av rapporten, 05.08.11.

<sup>40</sup> Nasjonalt helseregister for pleie- og omsorgssektoren.



Tallene viser at gjennomsnittlig ressursbehov målt i tildelte timer per måned varierer noe mellom distriktene. Distriktene Sandvika og Belset/Lommedalen ligger en god del høyere, med henholdsvis 25 og 21 gjennomsnittlig tildelte timer, noe som forklares med et omfattende gjennomsnittlig ressursbehov per mottaker på noen bolig med service.

Kommunen har en bestiller-utfører modell i hjemmetjenesten og tjenesten har aktivitetsbasert finansiering. Dette innebærer at budsjettet justeres månedlig basert på registrerte timer (ATA-tid) fra måneden før. Dette systemet gir stor fleksibilitet med hensyn til å tilpasse bemanningen etter behovet. I intervjuene sa tjenestelederne og avdelingslederne, at denne finansieringsmodellen i utgangspunktet er bedre enn rammefinansiering<sup>41</sup> som var tidligere. Det ble for eksempel framhevet at ressurskrevende mottakere under rammefinansiering utgjorde både en økonomisk og personellmessig utfordring. Med ”penger følger bruker” er det lettere å tilpasse bemanningen etter behovet til enhver tid.

## 4.2 Revisjonens vurdering

Tallene viser at det er relativt store forskjeller i antall mottakere per årsverk i de ulike distriktene. Det varierer fra 4,7 mottakere per årsverk i Sandvika til 8 mottakere per årsverk på Bekkestua. Samtidig viser tallene at ressursbehovet varierer mellom distriktene. Det er en samvariasjon mellom andelen mottakere per årsverk og ressursbehovet per mottakere mellom distriktene, det vil si at de distriktene som har færre mottakere per årsverk samtidig har de mest ressurskrevende mottakerne. Revisjonen mener dette tyder på at bemanningen svarer til behovet innenfor distriktene.

Finansieringsmodellen som benyttes i hjemmetjenesten gir rom for å bemanne tjenesten etter behov. Samtidig er det en del utfordringer knyttet til denne finansieringsmodellen, noe vi kommer tilbake til i kapittel 6.

<sup>41</sup> Ved rammefinansiering får tjenestestedet et fast budsjett som ikke tar hensyn til variasjon i antall brukere eller pleietyngde.

## 5 ER KOMPETANSEN JEVNT FORDELT MELLOM DISTRIKTENE?

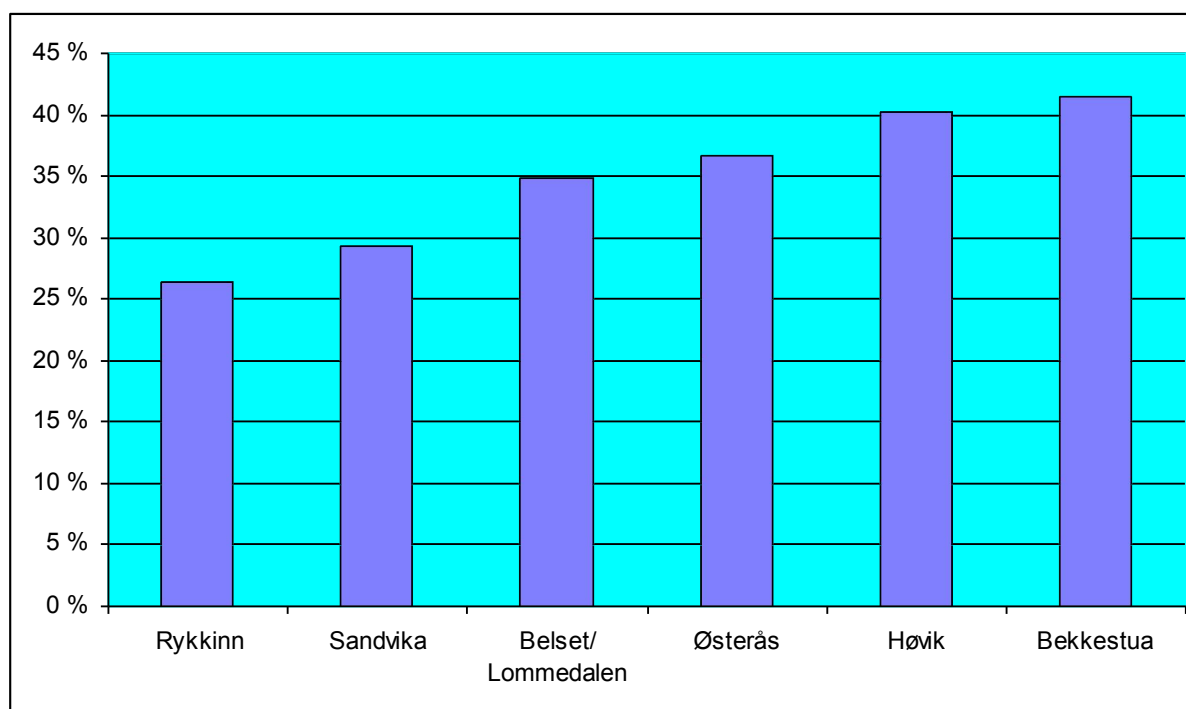
Også for denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterium til grunn:

- Distriktene skal gi et tilbud med samme innhold og kvalitet.

### 5.1 Funn/ fakta

Kommunens personalsystem inneholder stillingsbetegnelse og arbeidssted til alle ansatte<sup>42</sup>. Det er en rekke stillingskategorier og betegnelser i hjemmetjenesten. Revisjonen har delt stillingene inn etter utdanningsnivå<sup>43</sup>. Tallene viser at andelen årsverk med helsefaglig utdanning (sykepleiere og hjelpepleiere) per distrikt varierer mellom 71 % og 80 %<sup>44</sup>. Figuren nedenfor viser fordelingen av de med treårig helsefaglig utdanning (sykepleiere).

Figur 5-1 Andel med treårig helsefaglig utdanning per distrikt



Figuren viser at det er store variasjoner i andelen av de ansatte som har treårig helsefaglig utdanning (i hovedsak sykepleiere) i de ulike distriktene. Andelen varierer mellom 26 % på Rykkinn og 43 % på Bekkestua.

<sup>42</sup> Vi hentet ut personaloversikt for mars 2011 for fast ansatte og for ansatte i midlertidige stillinger.

<sup>43</sup> *Uten helsefaglig utdanning:* K4.10 Avdelingshjelp, Assistent, Miljøarbeider, Hjemmehjelp, Renholder, Vaskeriassistent, Kantinebestyrer og K4.14 Vaktmester.

- *Ett års helsefaglig utdanning:* K4.20 Aktivitør, Konsulent, Avdelingshjelp, Miljøarbeider m/relevant fagbrev, Fagkonsulent, Student helsefag og K4.24 Hjelpepleier m/ tilleggstudanning, K4.22 Omsorgsarbeider, Hjelpepleier.

- *Treårig helsefaglig utdanning:* K4.30 Avdelingssykepleier, Sykepleier, Avdelingsleder, Miljøterapeut, Avdelingssykepleier natt, husøkonom og K4.32 Sykepleier I og K4.40 Fagutviklingsykepleier, Psykiatrisk sykepleier og K5.1 Spesialkonsulent og K3.2 Institusjonssjef.

<sup>44</sup> I disse tallene er det tatt hensyn til permisjoner og reduserte stillinger og omfatter årsverk av fast og midlertidig ansatte.



Distriktene består av en eller flere avdelinger. Mellom de ulike avdelingene innenfor distriktene varierer andelen enda mer. Kolsås har for eksempel 20 % med treårig helsefaglig utdanning, mens Østerås dement-team har 52 %. Østerås dement-team har et særlig ansvar for demensomsorgen. I intervjuene ble det opplyst at kompetansen blir delvis brukt på tvers av avdelingene. Det er derimot liten utveksling av kompetanse på tvers av distrikter.

Kommunens økonomisystem viser at lønn til vikarer og ekstrahjelp<sup>45</sup> utgjør ca 8 % av lønnsutgiftene i hjemmetjenesten. Vi kan ikke se av personalsystemet hvor mange timer sykepleierne blant disse bidrar med, men tallene viser at de avdelingene med lavest andel sykepleiere har lavere andel timelønnede med treårig helsefaglig utdanning.

Kompetanse er ikke bare avhengig av formell utdanning, men også av erfaring<sup>46</sup>. Våre tall viser ingen sammenheng mellom andel med treårig utdanning og lengden på arbeidserfaring blant ansatte.

Revisjonen har gjennomgått bemanningen på avdelingene/distriktene med henblikk på faktisk bemanning/kompetanse i en tilfeldig uke i mars. Vi har sett på bemanningen for dagtid ukedager/kvelder og helgebemanningen. Gjennomgangen viser det samme som tallene over.

Forskjellene mellom distriktene i kompetansesammensetningen gir mindre utslag på kvelds- og helgebemanning enn det gjør på hverdager. Dette tyder på at det ikke er store forskjeller hva gjelder syn på minimumsbemanning mellom distriktene.

Revisjonen gjennomførte intervjuer i to distrikter med relativt høy og lav andel personell med 3-årig helsefaglig utdanning. I begge distriktene var oppfatningen at det i dag var tilstrekkelig med sykepleiedekning til å yte faglige forsvarlige tjenester.

## 5.2 Revisjonens vurdering

Gjennomgangen viser at andelen årsverk med helsefaglig utdanning (i hovedsak sykepleiere og hjelpepleiere) per distrikt varierer mellom 71 % og 80 %. Variasjonen i andelen av de ansatte som har treårig helsefaglig utdanning (i hovedsak sykepleiere) varierer enda mer mellom de ulike distriktene - mellom 26 % og 43 %.

Revisjonen mener dette kan påvirke distriktenes mulighet til å gi et tilbud med samme innhold og kvalitet. Revisjonen mener brukergruppene ikke varierer<sup>47</sup> så mye at dette kan forklare ulikheten i kompetansesammensetning mellom distriktene.

Kravene i lov og forskrift er lite konkrete om hvordan kompetansesammensetningen skal være. Revisjonen har heller ikke sett at kommunen har vedtatt noen bemanningsnorm eller lignende. Tjenestelederne har fullmakter til å bemanne med den kompetansen de mener er nødvendig. Revisjonen mener likevel det kan være grunn for å vurdere om det bør være større likhet i kompetansesammensetningen mellom de ulike distriktene.

<sup>45</sup> Sum art 02: Lønn til vikarer og art 03: Lønn til ekstrahjelp, av art 0: Lønn og sosiale utgifter.

<sup>46</sup> De ansatte i hjemmetjenesten i kommunen har i snitt ansiennitet på 19 år (det samme som bo- og behandlingssentrene).

<sup>47</sup> Revisjonen har sett på IPLOS data som måler funksjonsnivå. Det er ikke en direkte sammenheng mellom funksjonsnivå og hvilken kompetanse som kreves for å yte helsehjelp.

## 6 ER DET GODE SYSTEMER FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG KOMPETANSE?

I veilederen til *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*<sup>48</sup> går det fram at: *Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet.*

Regelverket oppstiller videre krav til etablering av systemer som sikrer at tjenesten drives i samsvar med de krav til faglig kvalitet som stilles i lov/forskrift.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene<sup>49</sup> (kvalitetsforskriften) skal sikre kvaliteten på helsetjenester ved en helhetlig tilnærming av mottakerens behov. Det stilles krav til kommunen om å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre at mottakere av slike tjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten (internkontrollforskriften) pålegger kommunen å ha skriftlige og systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lov/forskrift. Slike planer, prosedyrer og rutiner skal sikre at tjenestene utøves i samsvar med mottakers behov og de krav til faglig kvalitet som stilles i lov /forskrift.

For denne problemstillingen legger revisjonen følgende kriterier til grunn:

- Distriktene skal gi et tilbud med samme innhold og kvalitet.
- Det skal være en god systemkontroll med tjenestene.
- Det bør være gode systemer som sikrer riktig bemanning og tjenesteutøvelse.

### 6.1 Er det god systemkontroll med tjenestene?

Kommunen har flere tiltak for overvåking og oppfølging av pleie og omsorg med betydning for spørsmålet om kompetansen er tilstrekkelig. Avvik registreres fortløpende i kommunens elektroniske avvikssystem og det vurderes om det bør iverksettes tiltak både ved det enkelte tjenestested og på et overordnet nivå.

Som nevnt benyttes en aktivitetsbasert finansieringsmodell i hjemmetjenesten<sup>50</sup>. Utøverne skal registrere såkalt ATA-tid<sup>51</sup> (direkte tid benyttet med hjemmetjenestemottakerne) og denne registreringen utgjør grunnlaget for finansieringen av tjenestene. Vedtak om praktisk bistand<sup>52</sup> gir en sats og vedtak om helsehjelp<sup>53</sup> gir en annen, høyere sats. Det tilstrebes at antatt tid estimert i vedtaket og ATA-tid er i samsvar. En av hensiktene med modellen er å få incentiver for å registrere korrekt utført tid.

ATA-tiden kan benyttes som indikator på om mottakerne får de tjenestene som de etter vedtaket har krav på. Revisjonen har foretatt en sammenstilling av antatt ressursbehov<sup>54</sup> og registrert ATA-tid på avdelings- og distriktsnivå.

---

<sup>48</sup> ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Sosial- og Helsedirektoratet, 2005.

<sup>49</sup> Forskrift av 14.11.1988 nr. 932.

<sup>50</sup> Unntaket er Høyrabben bms som ligger under Rykkin distrikt og som er rammefinansiert. Det er ikke aktivitetsbasert finansiering for boliger for funksjonshemmede.

<sup>51</sup> ATA står for Ansikt Til Ansikt.

<sup>52</sup> PBD

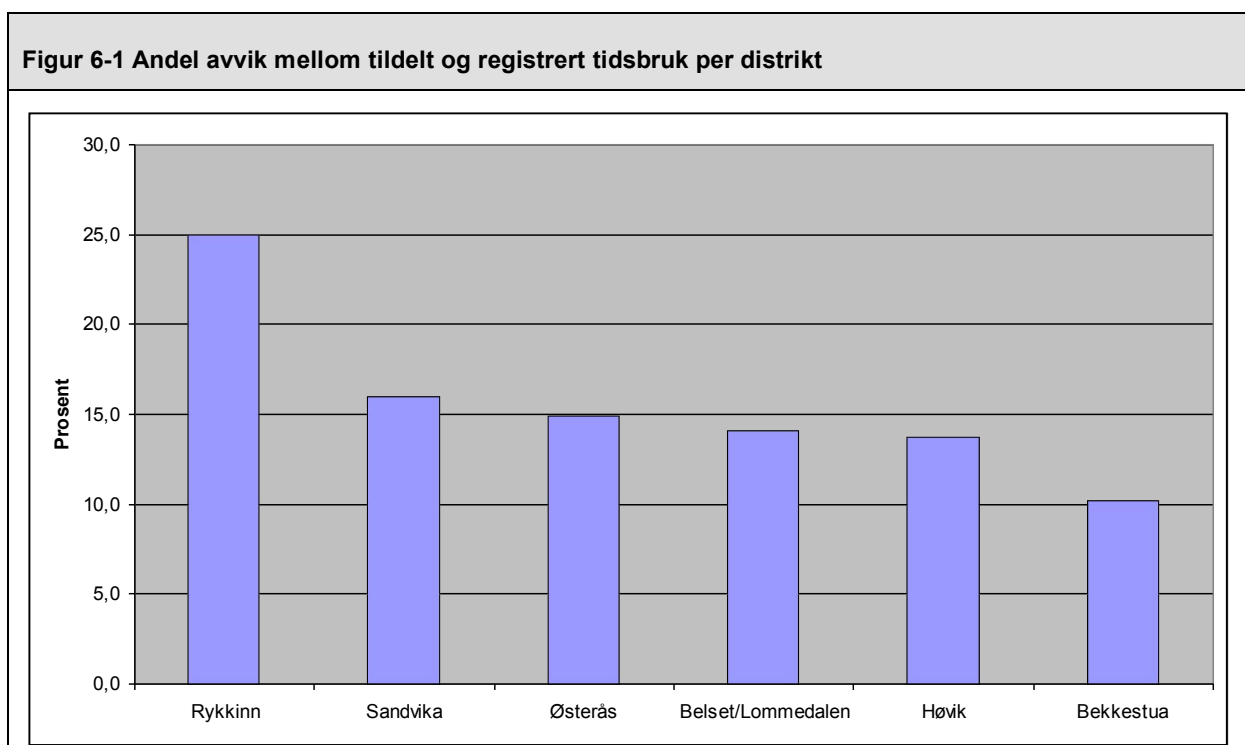
<sup>53</sup> POU

<sup>54</sup> Alstå den tildelte tiden som er estimert brukt til utførelse av tjenesten omfattet av vedtaket.

Revisjonens gjennomgang viser at i løpet av en måned leverte distriktene mellom 10 til 25 % færre timer enn estimert i vedtakene. På avdelingsnivå er variasjonen større - mellom 0 % og 32 %<sup>55</sup>.

Revisjonen har fått opplyst at det er vanlig med et ”mindrebruk” av timer. Dette gjelder også for andre kommuner som har samme finansieringssystem. Kristiansand kommune opererer med et slakk på +/- 25 % avvik mellom estimert tid og faktisk tidsbruk før bestillerenheten skal kontaktes for revurdering<sup>56</sup>. Et slik avvik skyldes blant annet at avdelingene glemmer å ”lukke” vedtaket i perioder mottakeren ikke mottar tjenester, for eksempel når mottakerne er på avlastningsopphold eller lignende. Det kan også skyldes at mottakeren har fått redusert behov for bistand, men at vedtaket ikke er revurdert ennå. Vedtakene estimerer tid for hver enkelttjeneste. Når mottakeren har vedtak om flere tjenester, kan ofte tjenestene utføres parallelt slik at de kan utføres på kortere tid.

Tallene viser likevel store variasjoner mellom avdelinger og distrikter i ”mindrebruk”. Figuren nedenfor viser forskjellene mellom de ulike distriktene<sup>57</sup>.



Tallene viser en variasjon mellom distriktene fra 25 % til 10 % i mars. Tallene varierer noe fra måned til måned<sup>58</sup>. Forskjellene er likevel relativt stabile over tid.

Revisjonen har fått opplyst at tjenestestedene ikke alltid er like flinke til å registrere timebruken og at deler av avviket mellom estimert tid og ATA-tid skyldes dette. Under intervjuene ble det opplyst at avdelingslederne bruker mye tid på å etterkontrollere at ATA-

<sup>55</sup> Revisjonen har benyttet statistikken P05 i Helios – avvik antatt ressursbehov og forbruk per måned. Denne statistikken tar ikke med leverte tjenester som det ikke formelt er knyttet et vedtak til. Faktisk leverte timer kan derfor ligge noe høyere enn det som framkommer av revisjonens gjennomgang. Vi har tatt ut statistikk for mars 2011.

<sup>56</sup> Innsatsstyrt finansiering for pleie- og omsorgstjenester. Kristiansand kommune (2004). Helse- og sosialsektoren.

<sup>57</sup> Høyrabben boliger med service er holdt utenfor beregningene fordi denne avdelingen er rammefinansiert.

<sup>58</sup> Revisjonen har sett på månedene januar til og med mai 2011.

tid registreres riktig. Samtidig uttrykker informantene bekymring for at avdelinger registreres ATA-tid etter antatt tid i vedtak, og ikke etter medgått tid. De ansatte mente at systemet for registrering av ATA-tid var tungvindt.

En av avdelingslederne fortalte at mangelfull registrering av tid hadde medført at hun gikk glipp av 100 000 over måneder fordi timer ikke var registrert. Hun ble derfor nødt til å avse personale til en annen avdeling, da hun selv ikke hadde mulighet til å lønne dem lenger.

I intervjuene ble det sagt at utøverne tilpasser tiden hos mottakerne etter behov, for eksempel etter mottakernes dagsform, slik at de av og til bruker mindre tid på å yte tjenesten og av og til mer tid.

Revisjonen har tatt stikkprøver på en avdeling av antatt ressursbruk og registrert tid for den enkelte tjenestemottaker<sup>59</sup>. Vi så på både de som fikk mer og de som fikk mindre tid enn vedtatt. Gjennomgangen<sup>60</sup> viser at av 238 mottakere av hjemmetjenester, var kun 30 mottakere (13 %) registrert med et avvik på mindre enn 15 %<sup>61</sup>. Dette betyr at bare ca 1 av 10 fikk 15 % mer eller mindre tjenester enn det de har vedtak om. For de 208 andre mottakerne var det større avvik mellom estimert tid og registrert tid. 140 mottakere (60%) hadde et avvik på over 35 %.

Revisjonen har ikke funnet tid til å undersøke nærmere avviket mellom estimert tidsbehov i vedtakene og registrerte timer for de enkelte mottakerne.

Enkelte vil også kunne være mer effektive enn andre slik at det ikke er en direkte kobling mellom tidsforbruk og kvalitet på tjenesten.

Kommunen har en bestiller-utfører-modell innen pleie og omsorg<sup>62</sup>, der Tildelingskontoret vurderer og gir vedtak om tjenester med antatt ressursbehov. De ulike tjenestestedene leverer så tjenestene til mottakeren i samsvar med vedtaket. Beregningen av tid blir gjort av et eget dataprogram.

Revisjonen har fått opplyst at det er foreslått å gjøre et forsøk med finansiering gjennom ”penger følger vedtak” ved en av avdelingene ved Rykkinn distrikt. Dette innebærer at budsjettene blir avhengig av vedtatt tildelte timer og ikke av utførte timer.

## **6.2 Er det gode systemer som sikrer riktig bemanning og tjenesteutøvelse?**

Den enkelte tjenesteleder er ansvarlig for å sikre et forsvarlig kompetansenivå innen eget distrikt i forhold til mottakernes behov. Revisjonen har sett på systemene som skal sikre at virksomheten er bemannet med tilstrekkelig og kompetent personell til enhver tid.

<sup>59</sup> Tjenestene i perioden f.o.m. 01.03.11 og 4 uker fremover, Tjenestetype POU1, organisasjonsenhet i BERB. Personer som bor i samlokaliserte boliger er ikke med i listen, kun for ambulerende tjenester.

<sup>60</sup> Omfatter kun et tjenestested og kun for mars måned 2011.

<sup>61</sup> Det er en del usikkerhet knyttet til dette tallet, da revisjonen ikke har ”luket vekk” tjenester som skulle vært lukket el..

<sup>62</sup> Bærum innførte bestiller-utfører-modellen i forbindelse med Bærum 96 i 1996.

Notus er et nettbasert dataverktøy for arbeidstidplanlegging og turnushåndtering. I dette systemet skal bemanningsplaner og turnus legges inn. Notus gir oversikt over de faktiske vaktene og sammensetning av personell og kompetansebakgrunn på de forskjellige vaktene.

I likhet med resten av pleie- og omsorg, krever enkelte oppgaver i hjemmetjenesten særskilt krav om helsefaglig kompetanse, mens andre oppgaver kan utføres av ansatte med annen kompetanse og erfaring. I hjemmesykepleien der mottakerne er spredt vil det trolig stilles høyere krav til planlegging av rett kompetanse til rett mottaker.

Revisjonen får i intervjuene opplyst at i hovedsak gjøres planleggingen av avdelingsleder, som skriver kjørelister og fordeler rett kompetanse etter mottakers behov.

Det er utviklet et system i hjemmebaserte tjenester for daglig fordeling av personellressurser, ressursallokeringsystemet. Systemet er et elektronisk verktøy som knytter sammen opplysninger fra Helios (elektronisk pasientjournal) og Notus, slik at ansatt med nødvendig kompetanse planlegges til den aktuelle mottakeren på hver vakt. Systemet kan brukes til å planlegge ut fra mottakernes adresser med tanke på minst mulig kjøring.

Ressursallokeringsystemet er i dag i bruk ved en avdeling i hjemmetjenesten, som benytter dette daglig. Deres erfaringer er at systemet oppleves som oversiktlig og enkelt å bruke, også for vikarer. Samtidig opplever utøveren at de bruker mye tid i forhold til fordeling av mottakere. Systemet skriver heller ikke inn tidspunkt for besøk hos mottaker automatisk. Det opplyses om at systemet ikke er tilstrekkelig utviklet, slik at det ikke fungerer som planlagt.

Administrasjonen gjennomfører en manuell kartlegging av faktisk bemanning togang i året og oversikten tar utgangspunkt i bemanningen ved avdelingene i et utpekt døgn.

Rådmannen opplyser<sup>63</sup> at innføring av systemet som hjemmebaserte tjenester har for daglig fordeling av personellressurser også skal sikre bedre kontroll med avvik fra bemanningsplanene.

I hjemmetjenesten benyttes PDA (Personlig Digital Assistent/ smarttelefon) som gir utøverne tilgang til pasientopplysninger når de er ute hos mottakerne. Dette gir utøverne mulighet til å kontrollere vedtak, prosedyrer og lignende i forbindelse med besøk hos mottaker. Det kan også registreres ATA-tid og lignende på PDA'ene direkte etter besøk hos tjenestemottaker. I intervjuene ble PDA beskrevet som et fantastisk verktøy, når det fungerte. Det framkom at systemet/nettet var ustabil og ofte nede, samt at PDA'ene ofte gikk i stykker og måtte repareres. Det var altså stor misnøye med kvaliteten på den tekniske løsningen. Rådmannen opplyser at ny løsning er under planlegging.

### 6.3 Revisjonens vurdering

Gjennomgangen viser at tiden registrert brukt hos hjemmetjenestemottakerne på distriktsnivå er lavere enn tiden tildelt i vedtakene. Noe ”mindrebruk” vil det normalt være pga sykehusinnleggelser og annet.

Tallene viser likevel at det er relativt store og stabile forskjeller i omfanget av ”mindrebruken” i de ulike distriktene og avdelingene.

<sup>63</sup> Rådmannens svar på faktahøring til rapporten om Kompetansen på bo og behandlingssentrene, av 27.07.10.

Revisjonen mener dette kan ha flere forklaringer: at registreringen av utførte tjenester praktiseres ulikt, at det er ulik effektivitet blant ansatte, at vedtakene i varierende grad samsvarer med behov eller at mottakerne får ulikt omfang av tjenester i de ulike distriktene.

Det skjer at utførte tjenester ikke blir registrert. Dersom ikke informasjonen om registreringen er riktig nok til å gi et riktig bilde av tjenesteutførelsen, så vil den gi lite nyttig styringsinformasjon. Manglende registrering får konsekvenser for budsjettet i distriktet/avdelingen og dette bør tilsi at de ansatte følger registreringen nøye opp. Manglende registrering gir reduserte budsjetter og dette kan få betydning for bemanningen i distriktet/avdelingen.

Avdelingene kan ha ulik praksis knyttet til å ”lukke” vedtak i perioder mottakeren ikke får tjenester, ulik praksis for å melde fra om behov for revurdering av vedtak eller annet som medfører avvik mellom vedtatt tidsbruk og faktisk tidsbruk. Revisjonens gjennomgang viser at bare 30 av 238 mottakere har et avvik på mindre enn 15 % mellom estimert tidsbruk i vedtaket og registrert tidsbruk. Revisjonen mener at avviket er så stort at det kan ha betydning for effektiviteten til bestiller-utfører-modellen, som kommunen har på hjemmetjenesten. Det kan stilles spørsmål til bl.a. hvor reelle vedtakene om tjenester er eller hvor gode tidsestimatene er.

Dersom tallene gir et riktig bilde av hvor mye av tildelte tjenester som levers i de ulike distriktene, mener revisjonen dette kan indikere at distriktene gir ulike tjenester. Innhold og kvalitet på tjenestene til mottakerne vil da avhenge av hvilken adresse i kommunen mottakeren bor på.

De ulike saksbehandlerne ved Tildelingskontoret kan ha ulik praksis for å estimere tiden i vedtakene. Det har vi ikke undersøkt her.

Revisjonen har fått opplyst at det er store utfordringer knyttet til de teknologiske løsningene utviklet for bruk i hjemmetjenesten. At registreringen av tid ofte må gjøres i ettertid, vil etter revisjonens vurdering påvirke kvaliteten av registreringen.

Finansieringsmodellen som benyttes i hjemmetjenesten gir tjenestestedene mulighet for å bemanne tjenesten etter behov. En annen mulighet er å la «penger følge vedtak». En slik finansieringsmodell vil løse problemene knyttet til registrering av ATA-tid. Samtidig vil det trolig redusere avdelingenes insentiv til å revurdere vedtak som er estimert med et for høyt ressursbehov. En vil etter revisjonens vurdering også få liten mulighet til å følge opp tjenesteutførelsen på et overordnet nivå.

## 7 REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

### 7.1 Konklusjon

Rapporten fokuserer på det revisjonen antar er viktige utfordringer på området.

Kontrollutvalget ville vurdere om det er tilstrekkelig kompetent personell i hjemmetjenesten i forhold til regelverket og at viktige beskjeder blir riktig oppfattet.

#### Hovedfunn:

- Registrerte tjenester til mottakerne varierer i stor grad mellom distriktene.
- Kompetansen er skjevt fordelt mellom distriktene.
- Hjemmetjenesten har tilstrekkelig personell.

#### **7.1.1 Registrerte tjenester til mottakerne, varierer i stor grad mellom distriktene**

Stikkprøver viser at 9 av 10 mottakerne har et avvik på mer enn 15 % mellom vedtatte tjenester og registrerte tjenester, i overkant av halvparten har et avvik på mer enn 35 %.

Undersøkelsen viser også at det er relativt store og stabile forskjeller i omfanget av det gjennomsnittlige avviket, mellom de 6 hjemmesykepleiedistriktene. Avviket (mindrebruken) mellom vedtatte tjenester og registrerte tjenester varierer fra 25 % til 10 %.

Revisjonen mener avvikene kan ha to hovedforklaringer: at registreringen av utførte tjenester praktiseres ulikt eller at mottakerne reelt mottar ulikt omfang av tjenester i de ulike distriktene.

Dersom ikke informasjonen om registreringen er riktig nok til å gi et riktig bilde av tjenesteutførelsen, så vil den gi lite nyttig styringsinformasjon. Utførte tjenester må registreres likt dersom en ønsker å få styringsinformasjon om tjenesteutførelsen til den enkelte mottaker og fra de ulike distriktene.

Dersom tallene gir et riktig bilde av hvor mye av tildelte tjenester som leveres, mener revisjonen dette indikere at distriktene gir ulike tjenester. Innhold og kvalitet på tjenestene til mottakerne vil da avhenge av hvilken adresse i kommunen mottakeren bor på. Innbyggerne skal få tjenester med samme innhold og kvalitet uavhengig av hvor de bor i kommunen og hvilket distrikt de får tjenester fra. Kommunen har en bestiller-utfører-modell innen pleie og omsorg, der Tildelingskontoret vurderer og gir vedtak om tjenester med antatt ressursbehov. De ulike tjenestestedene skal så levere tjenestene i samsvar med vedtaket. Bestiller-utfører-modellen forutsetter at det er samsvar mellom vedtatte tjenester og reell tjenestetildeling. Revisjonen mener at avviket er så stort at det kan ha betydning for effektiviteten til bestiller-utfører-modellen. En kan bl.a. spørre om hvor reelle vedtakene om tjenester er eller hvor godt vedtakene samsvarer med behovet..

Revisjonen har ikke undersøkt årsaken nøye nok til å kunne si hva som er forklaringen. Revisjonen mener at begge forklaringene kan avdekke viktige svakheter og at det derfor bør vurderes tiltak for sikre at avviket mellom tildelte tjenester og utførte tjenester blir mindre for den enkelte mottaker og mellom distriktene.

### **7.1.2 Skjevfordeling av kompetanse**

Gjennomgangen viser at andelen ansatte med helsefaglig utdanning (i hovedsak sykepleiere og hjelpepleiere) varierer mellom de ulike distriktene. Variasjonen i andelen med treårig helsefaglig utdanning (i hovedsak sykepleiere) er enda større - mellom 26 % og 43 %. Revisjonen kan ikke se at brukergruppene varierer så mye at dette kan forklare ulikheten<sup>64</sup>.

Revisjonen mener dette kan påvirke distriktenes mulighet til å gi et tilbud med samme innhold og kvalitet til innbyggerne uavhengig av adresse.

Kravene i lov og forskrift er lite konkrete om hvordan kompetansesammensetningen skal være. Revisjonen har heller ikke sett at kommunen har vedtatt bemanningsnorm eller lignende. Tjenestelederne har fullmakter til å bemanne med den kompetansen de mener er nødvendig. Revisjonen mener likevel det kan være grunn for å vurdere om det bør være større likhet i kompetansesammensetningen mellom de ulike distriktene.

### **7.1.3 Hjemmetjenesten har tilstrekkelig personell**

Bærum har flest ansatte per mottaker av hjemmetjenester og per eldre innbygger, av de 10 største kommunene i landet. Dette indikerer at bemanningen i kommunen er forsvarlig og at kommunen har tilstrekkelig personell i hjemmetjenesten. Revisjonen mener også undersøkelsen tyder på at bemanningen svarer til behovet innenfor de enkelte distriktene.

## **7.2 Anbefalinger**

1. Rådmannen bør vurdere ytterligere tiltak for å få mer pålitelig registrering av utførte tjenester.
2. Rådmannen bør vurdere ytterligere tiltak for å redusere avviket mellom tildelte tjenester og utførte tjenester hos den enkelte mottaker.
3. Rådmannen bør vurdere om kompetansesammensetningen er optimalt fordelt mellom distriktene for å sikre mottakerne tilbud med samme innhold og kvalitet.

---

<sup>64</sup> Revisjonen har sett på IPLOS data som måler funksjonsnivå. Det er ikke en direkte sammenheng mellom funksjonsnivå og hvilken kompetanse som kreves for å yte helsehjelp.



## KILDER

*...og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Sosial- og Helsedirektoratet, 2005.

Bæringen 21.10.10.

Det partssammensatte utvalg møte 24.01.06 sak 002/06 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2007 – 2010.

Det partssammensatte utvalg møte 30.01.07 sak 002/07 Strategisk plan for kompetanseutvikling 2008 – 2011.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) Forskrift av 14.11.1988 nr. 932.

Handlingsprogram 2008-2011 Bærum kommune.

Handlingsprogram 2009-2012 Bærum kommune.

Handlingsprogram 2010 – 2013 Bærum kommune.

Handlingsprogram 2011-2014 Bærum kommune.

Interpellasjonen fra Maamoen besvart av ordføreren kommunestyrets møte 27.05.09 sak 043/09.

Innsatsstyrt finansiering for pleie- og omsorgstjenester. Kristiansand kommune (2004). Helse- og sosialsektoren.

Kontrollutvalget møte 13.12.10 sak 059/10 *Forvaltningsrevisjon tidsfrister prosjektene i 2011.*

Kontrollutvalget møte 23.08.10 sak 034/10 *Forvaltningsrevisjonsrapport - kompetansen på bo- og behandlingssentrene.*

Lov om helsepersonell, lov nr 64 av 2.7.1999.

Lov om helsetjenesten i kommunene, lov nr 66 av 19.11.1982.

Notat 21.01.11 Oppfølging av vedtak i kontrollutvalget, rådmannen.

*Produktivitet i hjemmetjenesten*, Bærum kommune 2005.

Sektorutvalg bistand og omsorg 10.12.09 sak 074/09 *Sluttrapport fra prosjekt arbeidskraft*

Sektorutvalg bistand og omsorg møte 17.02.11 sak 009/11 *Norskopplæring i pleie- og omsorgstjenestene*

*Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt* (RSK 001) Fastsett av styret i Norges Kommunerevisorforbund 23.05.05.

Utvalg for samarbeid møte 02.02.10 sak 003/10 *Strategisk plan for kompetanseutvikling. 2010 – 2013.*

Utvalg for samarbeid møte 16.12.08 sak 043/08 *Strategisk plan for kompetanseutvikling. 2009 – 2012.*

Utvalg for samarbeid møte 16.12.08 sak 043/08 *Strategisk plan for kompetanseutvikling. 2009 – 2012*, vedlegg.

Årsrapport 2008 Bærum kommune.

## FIGUROVERSIKT

Figur 2-1 Brutto driftsutgifter hjemmetjenesten per mottaker per kommune .....	7
Figur 3-1 Andel ansatte med relevant fagutdanning per kommune .....	10
Figur 4-1 Antall mottakere per årsverk per distrikt .....	13
Figur 4-2 Gjennomsnittlig ressursbehov per mottaker per distrikt .....	14
Figur 5-1 Andel med treårig helsefaglig utdanning per distrikt .....	16
Figur 6-1 Andel avvik mellom tildelt og registrert tidsbruk per distrikt .....	19



## RÅDMANNENS HØRINGSSVAR

### NOTAT

Dato: **11.08.2011**  
Arkivkode: **N-011.7**  
J.postID: **11/132156**  
Arkivsaksnr: **11/8916**

Til:

Morten Mjøsnes

Fra: Nitika Dhall

Vedrørende: **Høring forvaltningsrevisjon - hjemmetjenesten**

---

Det vises til brev av 9.8.2011. Rådmannen har følgende kommentarer knyttet til anbefalinger i rapporten:

**1. Rådmannen bør vurdere ytterligere tiltak for å få mer pålitelig registrering av utførte tjenester.**

Rådmannen har iverksatt følgende tiltak for å sikre pålitelig registrering av utførte tjenester. Det utføres årlig en ATA tid registrering som måler ansikt til ansikt tid ute hos bruker. Denne gir en indikasjon på hvor stor del av tiden ansatte bruker på rent brukerrettet arbeid. Dette vurderes så opp mot registrert tid i HELIOS og vedtak. Dette gir en indikasjon på registreringspraksis knyttet til de ulike avdelinger og distrikter. Avvik blir fulgt opp. ATA registrering skal gjennomføres i september 2011.

Teknologiske verktøy for registrering av tid, PDA er under fornyelse, oppdaterte PDA er med bedre kvalitet anskaffes. Rammeavtale for anskaffelse av PDA er klar for signering. De første PDA er bestilt og anslått leveringstid er 4-6 uker. I løpet av august september vil de tas i bruk.

Rådmannen vil høsten 2011 gjennomføre en internrevisjon der tildelt tid, utført tid og registrering av utført tid revideres.

**2. Rådmannen bør vurdere ytterligere tiltak for å redusere avviket mellom tildelte tjenester og utførte tjenester hos den enkelte mottaker.**

Tildelt tid er stipulert tid, utført tid er den tiden som faktisk har medgått og varierer med brukers behov/dagsform med mer. Et mål på tjenestestedenes levering av tjenester er avvik mellom vedtatte timer og registrerte timer, også kalt for dekningsavvik. Rådmannen presiserer at det er ingen klar sammenheng mellom avvik mellom tildelte tjenester og utførte tjenester er ensbetydende med at brukere ikke har fått tjenester som de har krav på i henhold til vedtak. Avviket vil oppstå av helt naturlige årsaker.

Årsaker til dette kan være at vedtak ikke er oppdatert(revurderte), feil vedtak er aktivert, feilregistrering knyttet til gruppe tiltak og at vedtak ikke er stoppet når bruker midlertidig ikke skal ha tjenester. Dersom det er forsinkelser i revurderinger av vedtak vil avviket mellom tidelt tid og levert tid kunne bli større.

Totalt sett har man erfaring med at antall timer ligger under vedtakstimer, dette er det normale i en aktivitetsbasert finansieringsform i alle kommuner.

Tjenestestedene registrerer utførte timer i dokumentasjonssystemet Helios. Hver måned utarbeides det rapporter per tjenestested som viser budsjetterte timer, vedtakstimer og registrerte timer. Den samme rapporten viser også regnskapsmessig status, med avvik knyttet til status, med avvik knyttet til aktivitet og avvik knyttet til effektivitet. Tildelingskontoret gjennomgår de samme dataene, og i tillegg måles det hver mnd på tildelte timer i henhold til budsjett. Ytterligere tiltak vil bli vurdert høsten 2011.

Statistikk for vedtak som ligger til revurdering utarbeides hver mnd og følges opp med tjenesteledere av distriktene og ved tildelingskontoret.

Rådmannen har stort fokus på at det skal utøves lik praksis når det gjelder tildeling og utførelse av tjenester i kommunen. Imidlertid er det viktig å erkjenne at distriktene er sammensatt av ulike brukergrupper og at denne variasjonen vil kunne gi ulikt utslag, bl.a. i forhold tid vedtatt og utført tid.

### **3. Rådmannen bør vurdere om kompetansesammensetningen er optimalt fordelt mellom distriktene for å sikre mottakerne tilbud med samme innhold og kvalitet.**

Som revisjonen påpeker er det ikke klart definerte krav til kompetanse sammensetning i hjemmebaserte tjenester.

Vedtak innen hjemmebaserte tjenester fattes etter to ulike lover. Man får vedtak på helsehjelp etter kommunehelsetjeneste loven og på praktisk bistand (hjemmehjelp) etter sosial tjeneste loven.

Det er krav om sykepleier faglig ansvarlig når det skal utføres vedtak etter kommune helsetjenesteloven, mens det ikke stilles noen krav til kompetanse på vedtak etter sosial tjeneste loven.

Det er til en hver tid tjenesteleder som skal sikre forsvarlig bemanning. For å definere forsvarlig bemanning må en ha kjennskap til innholdet i vedtakene til brukere tilknyttet et distrikt. Det er demografiske ulikheter ved de ulike distriktene. Det er lagt sentrale føringer på at hvert distrikt skal inneha spesiell sykepleie kompetanse på demens og onkologi.

Med hilsen

Marit Langfeldt Ege  
rådmannen

## **REVISJONENS BEMERKNINGER**

Revisjonen har ingen bemerkninger til rådmannens høringsvar.