



MØTEINNKALLING

Utvalg : Omsorgskomiteen
Møtested: Møterom helse/oppvekst
Møtedato: 05.03.2018 Tid: 10:00

Representantene innkalles herved. Eventuelle forfall bes meldt snarest, og senest innen fredag 02.03.18 til tlf 47 60 79 75. Vararepresentantene skal bare møte etter særskilt innkalling.

SAKLISTE

Vedtak	Saksnummer	Journr.
	Innhold	
	18/1	16/376
	OMORGANISERING AV HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	

Orienteringssaker:

- Regnskap
- Ambulanse - høringssvar
- Nedstyringsprosess
- Sykefravær

Måsøy kommune, 9690 Havøysund 28. februar 2018

Mette Olsen
Komite leder

Mette Olsen

OMORGANISERING AV HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Saksbehandler: Jarle L. Lystad
Arkivsaksnr.: 16/376

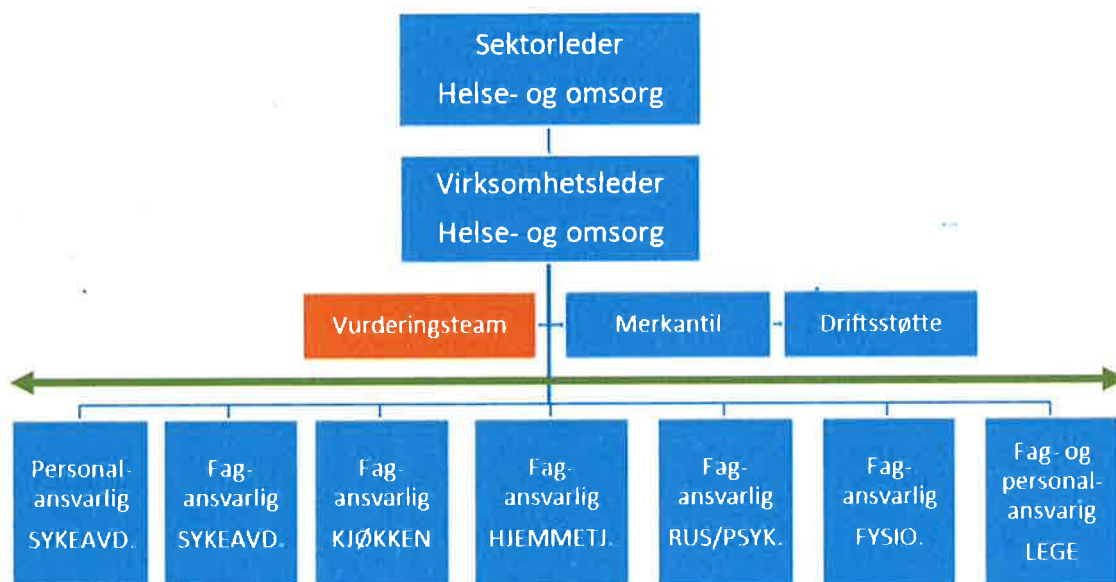
Arkiv: 233

Saksnr.: Utvalg
64/17 Kommunestyret
1/18 Omsorgskomiteen
/ Formannskapet
/ Kommunestyret

Møtedato
07.12.2017
05.03.2018

Innstilling:

Kommunestyret vedtar å organisere etter alternativ 3



Dokumenter:

DOK U	16/376-16	21.06.2017	RAD/FSK/LIL 233
	KS		SØKNAD OM OU-MIDLER
DOK I	16/376-16	21.06.2017	RAD/ØKO/ING 233
	KS		TILSAGN OM OU-MIDLER - MÅSØY KOMMUNE
DOK U	16/376-16	06.04.2016	RAD/ØKO/ING 233
			Kommunesektorens organisasjon
			MÅSØY KOMMUNES UTGIFTER VED LEDERUTVIKLINGSPROGRAMMET I PROSESSLEDELSE
DOK U	16/376-16	12.12.2017	RAD/FSK/LIS 233
			Helse- og omsorgssjef
			MELDING OM POLITISK VEDTAK - ORIENTERING OMORGANISERING HELSE - OG OMSORG
DOK U	16/376-16	26.08.2016	RAD/ØKO/ING 233
	ks@ks.no		SØKNAD OM OU-MIDLER

Innledning:

På bestilling fra kommunestyret om innsparinger innen Helse- og omsorgstjenesten var utgangspunktet for prosjektet basert på følgende vedtak:

«Kommunestyret ber administrasjonen utrede muligheter for å samle de forskjellige avdelinger innen helse og omsorg under en felles paraply med felles ledelse og innsparinger.»

Saksutredning:

For å kunne utarbeide et godt beslutningsgrunnlag, var det viktig å gjennomføre en grundig prosess. I vurderingen som ble lagt til grunn på det tidspunktet i prosessen, så administrasjonen det som hensiktsmessig å søke ekstern bistand gjennom Bedriftskompetanse.

Det ble søkt og innvilget OU-midler som igjen gjorde det mulig det å benytte ekstern bistand.

Prosjektet startet med en bestilling til Bedriftskompetanse basert på vedtaket fra kommunestyret. Ut fra bestilling ble det utarbeidet et forslag til fremdriftsplan med samlinger i tillegg til bistand innenfor en gitt kostnadsramme. Målet var å kunne presentere utredningen tidligst høsten 2017 og senest primo desember 2017 for kommunestyret, der administrasjonene synliggjør mulighetene for innsparing og samle forskjellige avdelinger under en felles ledelse.

I denne prosessen har det vært sammensatt ulike grupper som har arbeidet hele og deler av prosessen. Disse gruppen har bestått av *prosjektgruppen* bestående av avdelingsleder på sykehjemmet, avdelingsleder i hjemmetjenesten, sektorleder helse og omsorg, personalrådgiver og rådmann, *prosessveiledere* fra Bedriftskompetanse representert gjennom seniorrådgiverne Tormod Lindås Olsen og Kathy Kristensen og *ressursgruppen* bestående av ansatte, verneombud og tillitsvalgte. Det har vært avholdt seks samlinger med prosjektgruppen og én felles samling med prosjekt- og ressursgruppen. I tillegg til de overordnede samlinger har det vært avholdt kontinuerlig møter i en *arbeidsgruppe* bestående av avdelingsleder sykehjemmet, avdelingsleder hjemmetjenesten og sektorleder helse og omsorg.

Generelt om rett til helse- og omsorgstjenester i kommunen

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys helse- og omsorgstjenester. Kommunen må sørge for å sette av midler til å ivareta disse pliktene. Standarden på hjelpen og vurderingen av hva som er nødvendig og hensiktsmessig er i mange tilfeller preget av skjønn. Kommunene må holde seg innenfor et visst minstenivå, men utover dette kan tilbudet variere fra kommune til kommune.

- *Tjenestemottaker har rett på helse- og omsorgstjenester når vilkårene for dette er til stede*
- *Omfang og form på tjenesten er imidlertid noe kommunen kan velge, mottaker kan ikke kreve en spesiell form på tjenesten*
- *Kommunen må oppfylle en minstestandard*

Alle kommuner er forskjellig med hensyn til sammensetning og størrelse. Dette får betydning for nivået på tjenestene i den enkelte kommune. Helse- og omsorgstjenester er ressurskrevende. En kommunene kan ha anstrengt økonomi, likevel er befolkningens rett til lovbestemte tjenester en utgiftspost som kommunene ikke kan skjære ned.

Avgjørelsen om hvem som skal tildeles helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som er aktuelle skal ha bakgrunn i en

- *Faglig vurdering*
- *Individuell vurdering*

Pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse er sterk, og prinsippet om at kommunen bestemmer er modifisert. Hovedregelen er at alle som oppholder seg i kommunen har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester er hjemlet i

- *Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1*

Tjenestemottakernes rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester er hjemlet i

- *Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a*

Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Alle pasient- og brukergrupper er omfattet (somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer, nedsatt funksjonsevne)

Hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester er ikke klart definert. Begrepet viser til en vurderings norm utenfor rettsregelen. Rettspraksis har fastslått at kommunene må forholde seg til en viss minstestandard når det gjelder hva som anses som nødvendig.

Krav til forsvarlighet og kvalitet på tjenestene

Tjenestene som gis må være forsvarlige, dette er hjemlet i:

- *Helsepersonellloven § 4*
- *Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1*

Kommunene er pålagt å holde en viss kvalitet på tjenestene, dette er hjemlet i formålsparagrafen i helse- og omsorgstjenesteloven og utdypet i:

Kvalitetsforskriften

Verdighetsgarantien

Lovpålagte helse- og omsorgstjenester

Følgende oppgaver skal kommunen tilby:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (BPA, praktisk bistand og opplæring, støttekontakt), omsorgsstønad
- Plass i institusjon, herunder sykehjem
- Akutt døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Avlastningstiltak

Andre helse- og omsorgstjenester

Noen tjenester kommunene tilbyr er ikke lovpålagt og det knytter ikke direkte rettskrav til de, for eksempel:

- Matombrining
- Trygghetsalarm
- Dagsenter
- Hjelpemidler

Hjelpemidler er kommunene forpliktet gjennom lov til å kunne tilby, men det knytter seg ikke rene rettskrav til disse tjenestene. I de tilfeller det er hensiktsmessig for tjenestemottakers helhetstilbud skal disse tjenester gis.

Kompetansekrav

- Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2, 4-1 og 5-5
- Sykehjemsforskriften §3-2
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller noen kompetansekrav til spesifikke oppgaver eller stillinger. Kommunen står utover dette fritt til å velge hva slags personell den vil ansette eller inngå avtale med. Det avgjørende er at kommunen, utover kjernekompetansen, har fagpersonell som kan yte forsvarlige tjenester i henhold til kravene i lov og forskrift.

Krav til profesjoner

Kommunen må ha følgende profesjoner knyttet til seg

- Lege
- Sykepleier
- Fysioterapeut
- Jordmor
- Helsesøster

Det er ikke et krav om at kommunen må ansette disse selv, lovens krav er at kommunen må ha knyttet til seg de nevnte profesjonene. Oppgaven kan for eksempel løses ved kommunesamarbeid.

Krav om fagpersonell

Sykehjemsforskriften setter bestemte krav til hvilket personale som skal være tilknyttet sykehjem. Et sykehjem skal ha

- En administrativ leder
- En lege med ansvar for den medisinske behandling
- En sykepleier med autorisasjon som skal ha ansvar for sykepleien

I forskrift om sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste stilles det følgende krav

- Kommunen skal tilsette kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene, blant annet
 - Helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid
 - Sykepleiere og hjelpepleiere for å utføre andre funksjoner i kommunens sykepleietjeneste
- For å kunne tilsettes i helsesøsterstilling må vedkommende ha bestått eksamen fra godkjent helsesøsterutdanning
- Sykepleier med autorisasjon kan konstitueres i helsesøsterstilling
- Faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster
- Faglig leder for hjemmesykepleien skal være sykepleier med autorisasjon

Generelt om ledelse og hva det vil si å være i en lederstilling

Ledelse defineres gjerne som «å få jobben gjort gjennom medarbeiderne i henhold til predefinerte mål». Det krever god kommunikasjon med sine medarbeidere på det personlig plan. Det er forventninger knyttet til lederen. En leder må være god på både 1) ledelse 2) Administrasjon og 3) fag. Fokuset må være knyttet til *respekt for fortid, handlingsrettet i nåtid og visjonært mot utvikling og fremtid.*



Seks viktige lederkompetanser hos leder

1. **Faglig bransjekompetanse (oversikt og ikke spisskompetanse)**
 Har trygghet i og kjenner faget, Forskningsfronten, Hovedproblemstillinger og begreper (behersker stammespråket). Skaper legitimitet hos medarbeiderne.
2. **Personlig kompetanse**
 Være et blidt og hyggelig menneske, positiv og løsningsorientert. Ha mot til å stå for noe. Være til å stole på. Tørre å gå inn i konflikter på en skikkelig måte.
3. **Relasjonskompetanse**
 Klare å motivere og inspirere medarbeiderne. Fra JEG til VI. Utvikle gode fellesskap. Samarbeid på aktuelle arenaer for å skape tverrfaglige team.
4. **Økonomisk/administrativ kompetanse**
 Ha orden i sysakene, forholde seg til lover og regler. Fokus på ryddighet. Ha oversikt, være forberedt i møter og utøve god møteledelse. Planlegging, regnskap og budsjett.
5. **Metodekompetanse**
 Vite hvordan man skal gå frem skritt for skritt for å sikre suksess og unngå konflikter. Kvalitetssikring av gode prosesser både mht. drift og utvikling.
6. **Gjennomføringskompetanse**
 Er i stand til å omsette ideer og planer til realiteter (ha trøkk), se resultater.

Med kompetanse forstår vi «praktisk mestringsevne», - det er å få det til i praksis, det er å se resultater. Oversikten er ikke satt opp i prioritert rekkefølge. De er gjensidig avhengig av hverandre og delvis overlapper de hverandre. En leder må i rimelig grad ha score på samtlige seks kompetansetyper.

Konsekvenser hvis nødvendig kompetanse mangler hos leder

1. Har begrenset legitimitet hos medarbeiderne

Leder klarer ikke å møte medarbeiderne i deres faglige ambisjoner. Leder står i fare for å bli en patetisk figur som bare påkaller medlidenhet.

2. Leder blir avhengig av sine rådgivere

Dette skaper en uoversiktlig og uønsket beslutningssituasjon. Ofte blir det noen få «uformelle personer» som blir de reelle beslutningstagere, - de som lederen støtter seg til som «krykker».

3. Makt og beslutning overføres fra linje til stab

Det skjer en oppblomstring av tunge staber som lett fører til «kvasi-prosesser». Utydelig ledelse gjør at definisjonsmakten forkludres.

4. Leder blir svak rollemodell i faglig utviklingsarbeidet

Leder vil overkompensere ved å vektlegge formaliteter, rutiner og administrativt arbeid. Manglende pådriverkraft i nødvendig innovasjonsarbeid.

5. Målforskyvning blir en realitet

Leder har et distansert forhold til kjernefunksjonen (pasient/bruker). I stedet vektlegges regelverk, formaliteter og økonomistyring inspirert av «New Public Management».

Det finnes selvfølgelig unntak. Det er ikke noen selvoppfylgende profeti at denne listen blir en realitet. Men forskning viser at det er vesentlig risikomoment hvis ikke leder i rimelig grad har nødvendig faglig kompetanse.

Kontrollspenn for ledere

Forskerne Jacobsen og Thorsvik redegjør i sin bok om «hvordan organisasjoner fungerer» og forklarer teori om kontrollspenn innen ledelse at størrelsen og kompleksiteten i en organisasjon tvinger frem behovet for styring og koordinering. Økonomen Max Weber var opptatt av stillingsinstrukser, formelle regler og opplæring som virkemiddel i standardisering av styringen. Der denne standardiseringen ikke fungerte måtte det utøves direkte kontroll. Mintzberg (*professor innen ledelse*) betegner denne organisasjonsformen for «maskinbyråkratiet».

Organisasjonsstrukturen gir retningslinjer for hvordan ansatte i en organisasjon bør opptre. Rekruttering, sosialisering og disiplinering er tre hovedtyper av styringsmekanismer. Rekruttering har til hensikt å forsøke å rekruttere personer som har like mål og interesser som ens egne. Etter rekrutteringen vil organisasjonen sosialisere sine nyansatte slik at de tilegner seg grunnleggende normer og verdier som er styrende i denne organisasjonen. Disiplinering handler om å få ansatte til å handle slik organisasjonen ønsker mot en belønning. Eller det motsatte at ansatte mister goder om de handler imot organisasjonens ønsker.

Kontrollspenn handler om hvor mange ansatte en leder i praksis kan klare å føre tilsyn med. Henri Fayol (*innflytelsesrik bidragsyter til moderne ledelsesteori*) var den første som diskuterte begrepet kontrollspenn, og han analyserte hvor mange underordnede en enkelt leder kunne ha ansvar for å følge opp. «Fayols konklusjon var at en leder vanskelig kunne ha oversikt over mer enn seks til åtte personer, maksimum tolv».

Begrepet kontrollspenn omhandler hvor mange underordnede som rapporterer til en enkelt leder. Det er med andre ord snakk om hvor mange underordnede én leder kan ha ansvar for uten at det oppstår kommunikasjons- og koordineringsproblemer. Kontrollspenn har i den klassiske litteraturen gjerne vært forbundet med direkte kontroll. Kontrollspenn omhandler imidlertid seks grunnleggende koordineringsmekanismer;

- gjensidig tilpasning
- direkte kontroll
- standardisering av arbeidsprosesser

- standardisering av resultatkrav
- standardisering av kompetanse
- standardisering av normer

Begrepet kontrollspenn kan virke misvisende da det ikke bare omhandler direkte kontroll. Kontrollspenn kan erstattes med størrelse på enheter (unit size) eller oppmerksomhetsspenn. Størrelsen på kontrollspennet er ikke nødvendigvis avgjørende for hvor stor direkte kontroll som utøves. Viktige spørsmål å stille når størrelsen på kontrollspennet skal avgjøres er: hvor enkle eller komplekse er oppgavene, innslag av rutiner og mulighet for standardisering, og innbyrdes eller gjensidig avhengigheter mellom oppgavene. Enkle oppgaver som er spesialiserte trekker i retning av stort kontrollspenn. Der oppgaver ikke lar seg standardisere er det en tendens til små kontrollspenn.

Størrelsen på kontrollspennet har tradisjonelt vært minst på toppledernivå og økende nedover i organisasjonen, og størst på operativt ledernivå. Det er en tendens til at dagens ledere i mindre grad skal være kontrollører og ordregivere, og i økende grad ivareta rollene som inspirator, tilrettelegger og støttespiller. Kontrollspennet har en tendens til å øke når oppgaveløsning og koordinering er preget av standardisering, og når det er likhet mellom oppgavene som skal utføres. Videre taler det for økende kontrollspenn når underordnede har behov for autonomi og selvrealisering. Det er gjerne snakk om større kontrollspenn når det gjelder ledere på mellomleder- og førstelinjeledernivået, og når det er god tilgjengelighet på moderne kommunikasjonsmidler.

Mindre kontrollspenn er særlig aktuelle når oppgavene som skal løses er komplekse og det må utvises skjønn, og det er behov for hyppig tilgang på lederen for råd og veiledning. Små kontrollspenn er aktuelt når det er behov for koordinering i form av direkte kontroll og tett oppfølging, og når oppgaveløsningen krever skreddersøm.

KOSTRA-tall

Det var naturlig å se nærmere på de bakenforliggende årsakene til KOSTRA-tallene for Måsøy kommune. Overordnet viste tallene at det brukes forholdsmessig mye penger på helse og omsorg og at kommunen bruker en vesentlig del av sine frie inntekter på dette området. Det var naturlig å stille spørsmål om Måsøy kommune får igjen i tjenestekvalitet og produktivitet opp mot investeringen, også sammenlignet med andre kommuner. En generell utfordring når man sammenligner med andre kommuner, er at det er svært mange variabler som kan innvirke. Det er ikke nødvendigvis en åpenbar sammenheng mellom høye kostnader og kvalitet. Dette kan bety at det «sløses» mye på indirekte tidsbruk som ikke kommer brukere til gode i særlig grad.

Etatssjefens/rådmannens vurdering (også personal- og økonomiske konsekvenser):

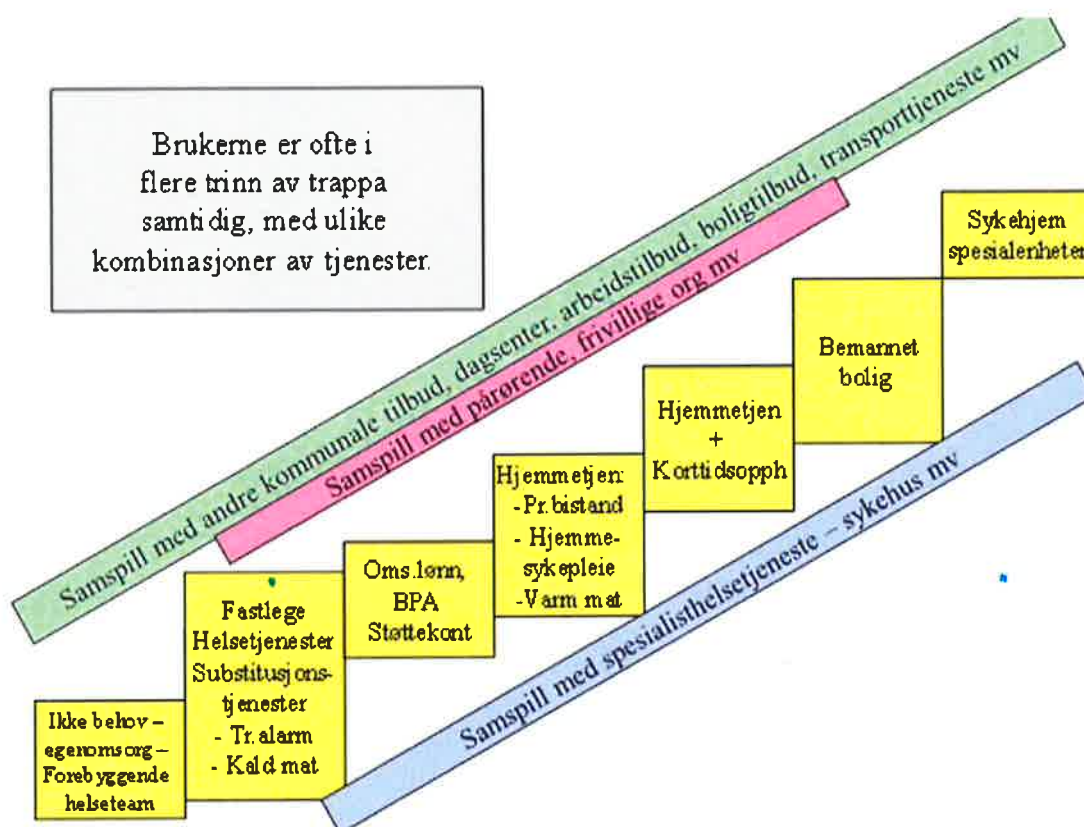
Tjenesteprofil

Profilen til Måsøy kommune har en uttalt målsetting om å dreie mot mer hjemmebaserte tjenester, men til tross for dette har kommune i dag i større grad en institusjonsprofil. Institusjonsplasser er svært kostnadsdrivende og en plass i Måsøy kommune koster omtrent 1,2 millioner kroner per bruker per år. På tidspunktet da prosjektet startet, var det ikke ledig institusjonsplasser. En tilsvarende tjenesteprofil og dekningsgrad i fremtiden, med tilsvarende høyt kostnadsnivå, vil ikke være økonomisk bærekraftig på sikt. Befolkningsprognosene fra SSB indikerer at antall eldre med antatt omsorgsbehov vil øke og antall yngre sysselsatte reduseres.

Måsøy kommune sin hovedutfordring vil være å dreie sin tjenesteprofil mot mer hjemmebaserte tjenester og effektivisere tjenesteproduksjonen så mye som mulig. For å bevisstgjøre ledere og ansatte, og enklere kunne ha forståelse for hvilket kostnadsnivå i forhold til tjenestenivå brukerne er på, har prosjektgruppen benyttet seg av «omsorgstrappa» som utgangspunkt for å endre kommunens tjenesteprofil. Jo høyere opp i trappa en bruker kommer, jo høyere kostnader vil tjenesten utløse.

Det er derfor viktig å utsette en institusjonsplass lengst mulig. I tillegg vil en innsats som resulterer i at flere unngår å bli brukere, tar eget ansvar og mestrer hverdagen i eget hjem lengst mulig, være fornuftig i et lengre perspektiv. Det vil være viktig å få «flyt» i trappa slik at brukere er på riktig trinn i forhold til sitt behov til enhver tid, samt ha god nok sirkulasjon på institusjonsplassene. Dette fører til to bevisste valg som må avklares:

- Skal bruker få levert nødvendige tjenester der vedkommende bor, uansett behov, eller skal bruker måtte flytte til der tjenesten faktisk leveres?
- Er det akseptert å ha institusjonsplasser stående tomme i påvente av bruker?



Omsorgstrappa

Tjenestenivå

Hvor lista skal ligge i forhold til tjenestenivået har i liten grad har vært kommunisert tydelig nok for alle i kommunen. Videre virker det ikke som om at det er en enhetlig oppfatning av hva som er nivået innad i tjenesteområdet. Den enkeltes ansattes handlingsrom for selv å definere tjenestenivå ser ut til å ha vært førende for tildeling av tjenester. Hvilke tjenester MÅ leveres (lovhjemlet), BØR leveres (øket kvalitet) og KAN leveres (service)? Det kommer til syne at tjenestenivå er bestemt ut fra subjektiv vurdering, noe som kan henvises til utydelige målsettinger og prioriteringer og oppfattede forventninger fra brukere, pårørende, politikere og andre. Disse forventningene ser ut til å være det som kan ligge til grunn når det defineres tjenestenivået til en bruker.

Sykefravær

Den forholdsmessige høye bruken av penger kan til dels forklares med hvilket tjenestenivå brukeren mottar fra kommunen. Høyt sykefravær er også en kostnadsbærer som er viktig å merke seg. Fokus og forståelse for bakenforliggende årsaker har vært en viktig del av prosessen når det kommer til innsparinger. Det høye fraværet syntes å ha en viss sammenheng med holdninger, kultur og utydelig

ledelse. Under samlingen med ressursgruppa og i etterkant har det vært jobbet mer aktivt med å få ned det høye fraværet. Tiltak som ble besluttet og iverksatt var at sykefraværarbeid skal prioriteres av alle involverte parter der målet er å få flest mulig til å være i jobb og øke nærværprosenten, samt at alle parter ble enige om «å framsnakke» de positive gevinster ved å få flere til å være mest mulig på jobb. Dette viser seg allerede ha gitt resultater på kort tid. Både i hjemmetjenesten og på sykehjemmet har fraværet gått ned med omtrent 7 prosent i løpet av høsten 2017.

Leder og medarbeider

For å danne et fullstendig bilde av hva som er årsaken til de høye kostnadene ble det i tillegg til ovennevnte årsaker fokusert på leders og medarbeiders rolle og oppgaver. I prosessen kom det fram at de ansatte opplever travelhet og tidspress på arbeidsplassen. Det var naturlig å undersøke dette nærmere og se etter om de ansatte har det travelt med de «riktige» tingene. For å synliggjøre tidsbruk og få ansatte med på å reflektere over det, ble det foretatt verdistrømsanalyse i forhold til oppgaver som de ansatte til daglig utfører. Fra leders perspektiv kom det til syne at leder opplever til dels å være presset til tider når ansatte ikke får det som de ønsker. Videre ble det fokusert på bruk av lederressurs og om det er naturlig fordeling mellom administrasjon og ledelsesoppgaver.

Ovennevnte kan i noe grad tyde på fravær av ledelse i praksis. For å få noen svar på dette, ble det på lik linje som de ansatte foretatt en verdistrømsanalyse for lederne. Her kom det klart til syne at administrative oppgaver preger i større grad arbeidsdagen til lederne enn ledelse i praksis. Dette sier noe om at ledelse kan til dels være fraværende eller at tydelig ledelse praktiseres i mindre grad enn det bør. Utydelig ledelse eller fravær av ledelse kan resultere i mindre fokus oppfølging av de ansatte og at nærværarbeid uteblir til en viss grad. Dette henger igjen sammen med høyt sykefravær og subjektive vurderinger for tildeling av tjenester, som igjen er indirekte årsaker til høye kostnader.

Det ble identifisert flere forhold knyttet til både leders og medarbeiders oppgaver og rolle innen Helse- og omsorgstjenesten. Et av forholdene dreier seg i stor grad om at ledere har for lite tid og fokus til å utøve ledelse og isteden fokuserer på mer administrasjon.

Dette har bidratt til å forstå det forholdsmessige høye pengeforbruket. Resultatene i verdistrømsanalysen for lederne dannet grunnlaget for å kunne definere hva en leders oppgaver innebærer i større grad.

Definisjon av lederoppgaver i Måsøy kommune:

- *Motivere, inspirere og påvirke sine medarbeidere til å nå mål og oppnå resultat i felleskap*
- *Lede medarbeidere til å gjøre de oppgaver de er satt til, samtidig som de trives med det de gjør*
- *Legge til rette for læring og utvikling gjennom å involvere og gi ansvar til sine medarbeidere.*
- *Sørge for at kommunens verdiord LØSNINGSORIENTERT og INKLUDERENDE er tydelig, synlig og kjent for alle.*
- *Ta beslutninger og vise gjennomføringskraft i tråd med politiske vedtak og føringer.*

Dette har også medført at lederne i løpet av prosessen har klart å jobbe mer effektivt og blitt tydeligere. Videre viser hele Helse- og omsorgstjenesten stor grad av endringsvilje og vil således være innstilt på og i stand til å tilpasse seg fremtidens utfordringer.

Iverksatte og planlagte tiltak:

Følgende tiltak er iverksatt eller planlagt, uavhengig av organisering.

Innføring av Visma ressurs-mobil app.

Gevinstene man kan ta ut ved bruk av appen er flere. Blant annet stor besparelse på tidsbruk i forbindelse med innleie som pr. i dag foregår pr. telefon. Appen vil gi en mer effektiv dialog med de ansatte. Videre vil man høyst sannsynlig ha mer oppdatert informasjon om hvem som er tilgjengelig for å ta en vakt når man trenger vikar siden det er enklere for ansatte å oppdatere sin tilgjengelighet. Den realiserer også en mer effektiv ressursbruk med tanke på å velge riktig vikar. F.eks. unngå å velge dem som utløser overtid. Tiltaket er satt i bestilling.

Innføring av multidoser:

Multidose er maskinelt pakkelegemidler hvor hver legemiddeldose pakkes i en pose og merkes med pasientens navn, legemiddelets navn, dose og tidspunkt for når tablettene skal tas. Multidose angis å ha flere fordeler; økt kvalitetssikring, spart sykepleiertid, redusert kassasjon av legemidler og mindre lager. Multidoser er innført i hjemmetjenesten og det vurderes innført også på sykehjemmet.

Innføring av mobil omsorg:

Mobil Omsorg er et viktig bidrag i arbeidet om å styrke samhandling, effektivisering og kvalitetsheving av tjenestene innen pleie- og omsorg.

Riktig bruk av moderne teknologi vil bidra til å sikre en trygg omsorgstjeneste, ved at omsorgspersonellet kan bruke mindre tid på administrasjon og mer tid på omsorgsoppgaver. Samtidig bidrar teknologien til å gi brukeren trygghet i hjemmet, et bedre sosialt liv og en enklere hverdag. Tiltaket er planlagt høst 2018.

Innkjøp av TMA5 alarmer:

Det innebærer en digitalisering av trygghetsalarmene. Det vil gi gevinst fordi disse alarmene er kompatibel med andre alarmtyper/velferdsteknologiske løsninger og vil bidra til en tryggere hverdag for den enkelte bruker i eget hjem. En slik løsning vil også redusere antall tilsyn fra hjelpeapparatet. På sikt vil hjemmetjenesten være i stand til å motta alarmene lokalt og dermed redusere kostnader ved å kjøpe denne tjenesten fra 110-sentralen. Alarmene er innkjøpt, integrering av andre løsninger gjenstår.

Utarbeide nye kartleggingsverktøy:

Dette arbeidet er påbegynt og vil bidra til å sikre rett tjenestenivå til den enkelte bruker. Det betyr også en faglig kvalitetssikring og vil medføre at brukerne til enhver tid er på rett trinn i omsorgstrappen.

Funksjonsbeskrivelser:

Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser/definisjon av arbeidsoppgaver for flere stillinger: sektorleder, virksomhetsleder (ny), fagansvarlige sykepleiere og primærkontakter. En slik beskrivelse vil bidra til å tydeliggjøre roller og ansvar.

Innføring av NHN (norsk helsenett) radiosamband i hjemmetjenesten:

Bidrar til at ansatte vil være raskere tilgjengelige for hverandre og bruk av nødnett effektiviserer samhandlingen mellom interne ressurser. Ansatte vil få tilgang til en sikkerhetsalarm, kollegaer kan raskt bistå ved behov og det vil bety raskere hjelp til tjenestemottaker. Tiltaket innføres innen 30.6.2018.

Sykefravær og nærværarbeid:

Arbeidsgiver og medarbeidere har klare plikter overfor hverandre, og det kreves tett oppfølging og god dialog. Medarbeiderne skal melde fra om fraværet tidligst mulig. De skal opplyse om hva de kan eller ikke kan gjøre i jobben og samarbeide om å finne løsninger. Arbeidsgiveren har ansvar for oppfølgingsplanen og skal sammen med medarbeideren finne løsninger slik at veien tilbake til jobb blir kort.

Det er et kontinuerlig og viktig arbeid. Arbeidsgiver vil ha tett oppfølging av sykefravær og det er avtalt lederopplæring i samarbeid med NAV.

Som eksempel kan nevnes at i hjemmetjenesten har ansatte med 100 % sykmelding vært til stede på arbeidsplassen, både for å prøve ut funksjonsevne og for å holde kontakt med arbeidsplassen.

Ovennevnte tiltak gjennomføres for å effektivisere drift, som på sikt vil gi gevinst. Vi vet ikke i dag omfanget gevinsten, men det er på det rene at en slik omlegging vil kreve en del ekstra kostnader i starten.

Organisering

Rådmann har utredet tre ulike alternativer til organisering av helse- og omsorgssektoren. Disse er skissert med funksjonsbeskrivelser på sektorleder, virksomhetsleder, fagansvarlig og personalansvarlig. De ulike alternativene belyser også fordeler og ulemper.

FunksjonsbeskrivelserAnsvar og arbeidsområde for Helse- og omsorgsleder:

- Er øverste leder av helse og omsorgssektor.
- Rapporterer til rådmann og er en del av rådmannens strategiske ledergruppe.
- Er delegert anvisningsmyndighet.
- Har ansvar for å definere overordnet mål og sikre måloppnåelse for sektoren.
- Skal være en aktiv pådriver i å videreutvikle kommunen, både innen egen sektor og gjennom arbeid i strategisk ledergruppe.
- Har overordnet ansvar for å iverksette politiske vedtak, fremskaffe god styringsinformasjon og vise åpenhet i beslutningsprosesser.
- Bidra til godt samspill mellom folkevalgte og administrasjon.
- Har ansvar for planlegging, utvikling og koordinering av helse- og omsorgssektor samt et overordnet utviklings-, budsjett- og resultatansvar.
- Se helhet og sammenheng i sektoren for å sikre god utnyttelse av kompetanse og ressurser samt legge til rette for god intern samhandling.
- Skal legge til rette for endringsprosesser gjennom å sikre god balanse mellom drift og utvikling, styring og ledelse samt godt samspill og dialog med mellomlederne.
- Sørge for felles forståelse av vedtatte mål, rammer, utfordringer og behov for endring/utvikling.
- Skal lede og koordinere arbeidet i sektoren med sikte på å utvikle en effektiv organisasjon og et godt arbeidsmiljø.
- Skal bidra til en organisasjonskultur basert på tillit og godt samarbeid på tvers av profesjoner, tjenesteområder og nivåer.
- Skal utøve ledelse i tråd med kommunens verdiord: løsningsorientert og inkluderende.
- Bidra til god forankring både politisk og administrativt.
- Er ansvarlig for saksbehandling i forhold til politiske beslutningsorganer.

- Bidra til å fremme en organisasjonskultur med godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet som er i tråd med vedtatte retningslinjer.

Ansvar og arbeidsområde for virksomhetsleder:

- Ledelse (se egen definisjon) er hovedoppgaven for virksomhetslederen, hvor både virksomheten og kommunens interesser skal stå i fokus.
- Virksomhetsleder kan delegere oppgaver, men vil fortsatt ha det formelle ansvaret. Virksomhetsleder rapporterer til helse og omsorgsleder som er nærmeste leder.
- Virksomhetsleder har det overordnede ansvar for den daglige drift av virksomheten, inkludert personaloppgaver. Dette innebærer et overordnet ansvar for kartlegging av opplæringsbehov, ansvar i forhold til kvalitetsarbeid og utarbeidelse av kvalitetsrutiner, medvirke til et godt arbeidsmiljø og et overordnet ansvar i forhold til HMS arbeid. Det innebærer også et overordnet ansvar i forhold til personaloversikt som turnus, Iplos, oppfølging av sykefravær, Visma Ressursstyring og avvik i forhold til dette, samt oppfølging av studenter.
- Virksomhetsleder har delegert ansvar for budsjett innenfor tildelte rammer. Økonomirapporter skal leveres innen oppsatt tidsfrist og skal inneholde årsak til evt. avvik og forslag til løsning.
- Virksomhetsleder attesterer og konterer for eget budsjettområde, og setter opp forslag til budsjett i samarbeid med helse- og omsorgsleder.
- Virksomhetsleder har ansvar for at tjenesten er i overensstemmelse med gjeldende lover, regler og forskrifter.
- Virksomhetslederen har ansvar for å utarbeide virksomhetens målsetting, basert på kommunens overordnede strategiske mål. Herunder inngår å beskrive og prioritere den faglige virksomheten innenfor rammene og i tråd med tjenestenes etiske retningslinjer. Virksomhetsleder skal se til at alle ansatte gjennom deltakelse i målsettingsarbeidet får et eierforhold og en forpliktelse overfor målene. Resultat og eventuelle avvik i forhold til virksomhetsmål rapporteres til helse- og omsorgsleder.
- Virksomhetsleder har ansvar for oppfølging av fagansvarlige sykepleiere som har ansvar for kvaliteten og koordineringen av den direkte tjenesten til brukerne/pasientene. Det innebærer også et overordnet ansvar for at det utarbeides dokumentasjon for den enkelte bruker/pasient og at tilbudet til den enkelte står i forhold til virksomhetens mål, brukernes/pasientenes mål og de tildelte rammer.
- Virksomhetsleder skal på et overordnet nivå sørge for at personalet får veiledning og at nytilsatte får nødvendig opplæring og oppfølging.
- Virksomhetsleder har i samarbeid med fagansvarlig/vurderingsteam ansvar for saksbehandling i forhold til vedtak om tjenester. Dette gjelder også klagesaker jamfør lovverket.
- Virksomhetsleder skal sørge for at nødvendig informasjon er tilgjengelig for personalet slik at de kan utføre sitt arbeid tilfredsstillende.
- Virksomhetsleder har personalansvar i tråd med AML og kommunes overordnede personalpolitikk.
- Virksomhetsleder har et medansvar for en målrettet kompetansestyring (rekrutter, beholde, utvikle) i tråd med virksomhetens kompetansebehov.
- Virksomhetsleder er medansvarlig slik at virksomheten koordineres med de øvrige enhetene, slik at ressursbruken i kommunen er effektiv og best mulig resultat oppnås.

Ansvar og arbeidsområde for fagansvarlig:

- . Basert på kunnskap, forskning og praksis fremme fagutvikling, kvalitetssikre og evaluere tjenesten.
- Veilede og sørge for faglig oppfølging av ansatte.
- Koordinere brukers tjenester.
- Organisere intern og ekstern samhandling.
- Sørge for hensiktsmessig ressursutnyttelse av kompetanse, samt bidra til at enheten er i økonomisk balanse.
- Utføre delegerte oppgaver og ansvar som er gitt fra virksomhetsleder.
- Sørge for et godt arbeidsmiljø med fokus på verdiordene løsningsorientert og inkluderende.

Ansvar og arbeidsområde for personalansvarlig:

- Oppfølging og utvikling av medarbeidere, herunder medarbeidersamtaler
- Nærværarbeid ifb. med sykefravær
- HMS arbeid
- Ferieplanlegging.
- Ha fokus på det mellommenneskelige mellom leder og medarbeider (dyadisk samspill), samhandling, skape VI-kultur, relasjonsbygger

Vurderingsteam:

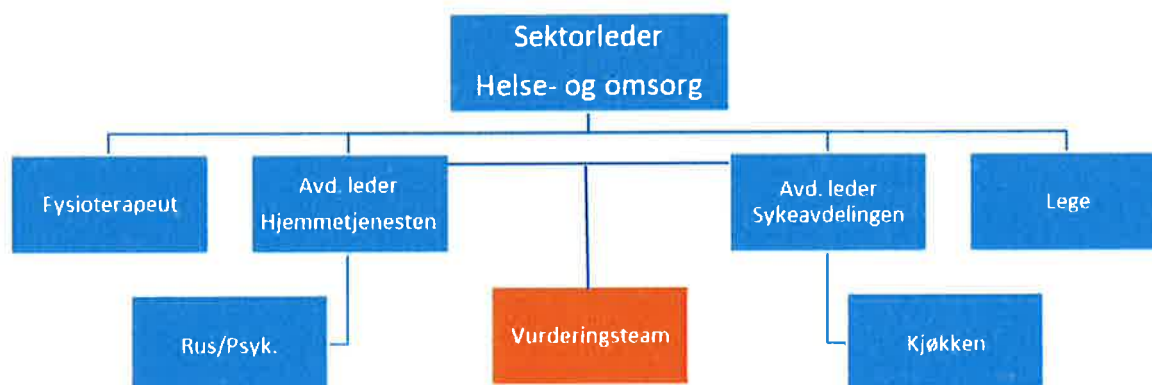
Funksjonsbeskrivelse er under utarbeidelse. Hensikten er å sikre riktig tjeneste til bruker etter objektive kriterier.

Merkantil stilling:

Funksjonsbeskrivelse er under utarbeidelse. Hensikten er bruk av riktig kompetanse til administrative oppgaver, og sikre bruk av helsepersonell til tjenesteyting.

Driftsstøtte:

Funksjonsbeskrivelse er under utarbeidelse. Hensikten er å ivareta de delene av tjenestene som også har et innslag av tekniske tjenester som f.eks. innstallering av tekniske hjelpemidler.

Organisering alternativ 1

Fortsette som i dag med fire avdelingsledere. Det etableres et «vurderingsteam», som skal serve hjemmetjenesten og sykeavdelingen.

Fordeler med å fortsette som i dag:

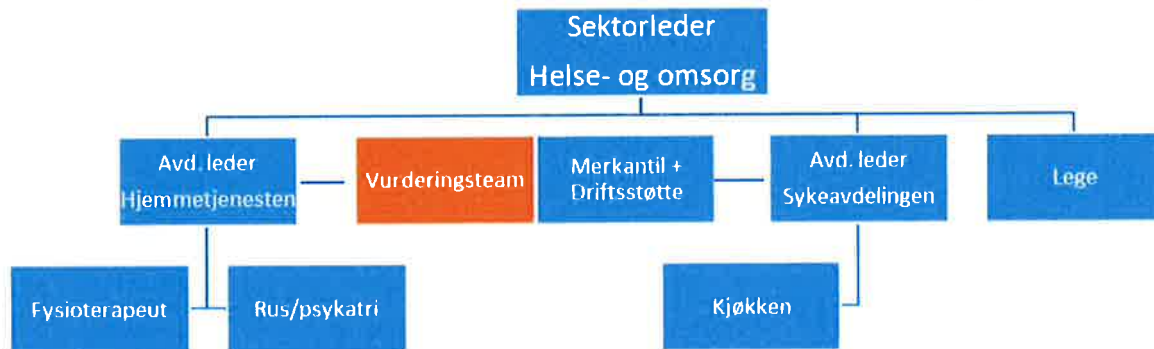
Forutsigbarhet, trygghet for de ansatte, nærhet til lederen og kjennskap til organisasjonen.

Ulemper med å fortsette som i dag:

Får ikke til en helhetlig tilnærming til tjenesten. Større utfordring å utvikle (reell) tverrfaglig samhandling med tydelig personalansvar og vurderingskompetanse. Ledere må utføre merkantile oppgaver i for stor grad. Ikke lyktes med å sette av tid til å utøve ledelse. Personaloppfølging er blitt «skua på» / nedprioritert, særlig i forbindelse med sykefravær, oppfølging, kostnader mv.

Økonomiske konsekvenser:

Stor risiko for høyt sykefravær med følgende ekstra kostnader ift. Budsjett. Innsparing vil være svært lite sannsynlig selv på lang sikt.

Organisering alternativ 2

Organisering stort sett lik alternativ 1. Flytter fysio til hjemmetjenesten. Etablerer «vurderingsteam» og etablerer driftsstøtte, samt utvide merkantil stiling til 100 %.

Fordeler med alternativ 2:

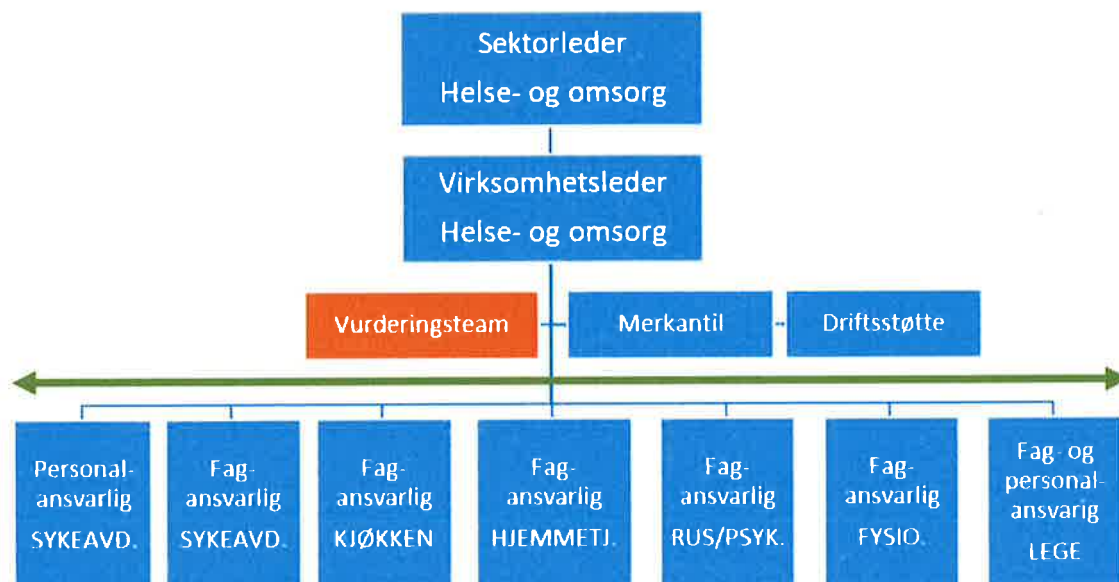
Opprettelse av støttefunksjon gir mer smidig og effektiv tjeneste. Ved å utvide merkantil stilling i 100 % oppnås bedre kvalitetssikring av administrative oppgaver. Vurderingsteam sikrer riktig tildeling av tjeneste etter objektive kriterier. Legger til rette for mere tid til ledelse.

Ulemper ved alternativ 2:

Fortsatt begrensninger mht. utvikling av tjenesten og opprettholdelse av «fagsiloer».

Økonomiske konsekvenser:

Risiko for merkostnader knyttet til sykefravær. Noe mer effektiv drift vil gi et visst potensial for innsparinger på lang sikt.

Organisering alternativ 3

Organiseringen betyr at alle fagansvarlige inngår i produksjonen. Alternativ med fokus på mere enhetlig ledelse – rendyrker og styrker lederrollen.

Fordeler med alternativ 3:

Styrking av lederrollen på alle nivåer. Frigjør tid til sektorleder for å utøve mer strategisk ledelse i helse- og omsorgssektoren. Virksomhetsleder etableres for å ivareta en helhetlig ledelse med fokus på utvikling av fagtjenesten. Se grønn pil.

Ulemper med alternativ 3:

Størst driftsomlegging som kan forårsake større uro blant de ansatte.

Økonomiske konsekvenser:

Potensiale for å ta ut effektiviseringsgevinst på sikt. Måsøy kommune settes i stand til å møte morgendagens behov.

Oppsummering og konklusjon

Prosessene som er gjennomført innen Helse- og omsorgstjenesten er i stor grad overførbare til andre områder i kommunen og overføringsverdien vil derfor være stor for Måsøy kommune.

Antall årsverk vil ikke utgjøre noen forskjell i de tre ulike alternativene til organisering. Vi antar at effekten av de iverksatte tiltak og synergier vil gi full effekt etter noe tid. Det er derfor vanskelig å anslå potensielle besparelser nå. Dette må sees i sammenheng med forventet demografisk utvikling, som sier flere eldre innbyggere og færre tilgjengelige hender i arbeid.

Etter en helhetlig vurdering anbefaler rådmannen å gå inn for alternativ 3, da denne organiseringen har størst potensiale for en framtidsrettet effektiv drift av helse- og omsorgssektoren.

Vedlegg:

Havøysund, den 28.02.2018



Lill Torbjørg Leirbakken
Rådmann



Ann Jorunn Stock
Sektorleder Helse og omsorg