

*Rapport fra forvaltningsrevisjon:*

# Ledelse, organisering og ressursbruk i helse og omsorg

*Tynset kommune*



# Innhold

Sammendrag	side 4
1. Bakgrunn og mandat	side 5
2. Metode	side 6
3. Revisjonskriterier	side 7
4. Organisering	side 9
5. Ledelse	side 16
6. Kompetanse	side 20
7. Økonomi	side 24
8. Konklusjon og anbefalinger	side 30
Vedlegg: Rådmannens hørings svar	

# Oversendelsesbrev

Denne rapporten er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers AS (PwC) for Tynset kommune til bruk i samsvar med avtale datert 11. september 2018.

Arbeidet er utført i perioden september-desember 2018. Utførende konsulenter i PwC har vært Frode Singstad og Magnus Johansen. Jens Even Storhov har vært ansvarlig partner.

Vi vil takke Tynset kommune for godt samarbeid i arbeidet med forvaltningsrevisjonen.

Trondheim 30. november

A handwritten signature in blue ink that reads "Jens Even Storhov".

Jens Even Storhov  
Partner

# Sammen drag

Tynset kommune har relativt store utgifter til helse og omsorg sammenlignet med andre kommuner. Det er flere årsaker til det. Én av dem er at kommunen har en kostbar driftssituasjon med mange avdelinger, spredt på mange ulike steder. Dette medfører også mange stillinger med lederansvar, uten at vi har grunnlag for å fastslå at det i seg selv er kostnadsdrivende. Våre analyser indikerer at Tynset er i gang med å styrke hjemmetjenestene til fordel for institusjonstjenester, noe som er i tråd med målet om å yte tjenester etter beste tilgjengelige omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Det vil fremdeles være nødvendig å effektivisere både institusjonstjenestene, hjemmetjenestene og de øvrige tjenestene for å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorg.

Det er flere utfordringer ved dagens organisering av helse og omsorgstjenestene og hvordan organiseringen fungerer. En stor utfordring er kulturen for samarbeid og informasjonsdeling på tvers av tjenester. Dette gjelder særlig mellom institusjonstjenesten og hjemmesykepleie, der behovet for samarbeid og informasjonsdeling om brukere er stort. Dette er bekymringsfullt, og en utfordring som rådmannen må ta tak i.

Lederne i helse og omsorg har relevant kompetanse, og utøver ledelse med balanse mellom kvalitet og økonomi. Over tid har det derimot vært for lite fokus på økonomi i utøvelsen av tjenesten, noe som har resultert i at kommunen på flere områder yter mer tjenester enn brukerne har behov for eller krav på. Denne kulturen eksisterer i flere av tjenestene. Blant de eksemplene som oftest trekkes fram er at brukere av hjemmesykepleie får praktisk bistand som de ikke har vedtak om.

Kulturen med å yte “for mye tjenester” kan ses i sammenheng med at de som utreder tjenestebehov og tildeler tjenestene i praksis i stor grad er de samme som jobber med brukerne i det daglige - ute i tjenestene. Det gjør at tildelingene i for stor grad baserer seg på ansattes kjennskap til brukernes hjemmesituasjon, til pårørende osv., og dermed blir for lite objektive. Etter vårt syn kan noe av løsningen på dette være at vedtakskontoret får en større rolle i tildeling av tjenester.

Kommunens varslingsrutiner er ikke oppdatert til endringer i arbeidsmiljøloven, og ledere og ansatte kjenner ikke rutinene godt nok. Det er særlig bekymringsfullt at ikke ledere kjenner rutinene godt nok, og at ansatte ikke vet hvor de skal finne rutinene den dagen de trenger dem. Det viser at rådmannen har en jobb å gjøre med å gjøre rutinene kjent i organisasjonen.

Innen helse og omsorg er det mange ansatte med høy fagkompetanse. Kommunen har en kompetanseplan, men jobber ikke tilstrekkelig systematisk med å utvikle ansattes fagkompetanse i tråd med den. Kommunen legger til rette for videreutdanning omtrent på samme nivå som andre kommuner. Mange ansatte mener at det ikke er nok fagutdannede på vakt til enhver tid, noe som oppleves som en stor utfordring.

Helse og omsorg har relativt store utgifter til vikarbruk. Vikarene får i praksis god nok opplæring, men mange ansatte mener at vikarene ikke har god nok kompetanse, og at vikarbruken svekker tilbudet. Det gir grunn til å spørre om kommunen bør lete etter andre muligheter for å dekke midlertidige ressursbehov, for eksempel ved å finne ordninger for større flyt av ressursene på tvers av avdelinger.

# 1. Bakgrunn og mandat

## **Bakgrunn**

PwC har fått i oppdrag av kontrollutvalget i Tynset kommune å undersøke om organisering, ledelse og ressursbruk i helse- og omsorgssektoren er hensiktsmessig.

Helse- og omsorgssektoren står overfor utfordringer med økning i antall eldre og større kamp om kvalifisert arbeidskraft i årene som kommer. For å møte disse utfordringene må kommunen både sikre effektive tjenester til brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester, og prioritere forebygging for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester i fremtiden.

Tynset kommune er i utgangspunktet organisert etter en tonivåmodell, men har innført flere ledelsesnivåer i helse- og omsorgstjenesten.

Rådmannen i Tynset har iverksatt en bred virksomhetsgjennomgang for å vurdere hvordan kommunen kan utvikle sine tjenester framover for å tilpasse seg riktig driftsnivå. I "Rapport tjenesteutvikling 2018" beskrives situasjonen for alle sektorer, også for Helse og omsorg. Blant de viktigste utfordringene rådmannen peker på er:

- det er behov for å gjennomgå intern struktur i organisasjonen
- det er høyt antall nattevakter
- det er mange døgnbemannede plasser
- det er mange enheter, med geografisk spredning
- kommunen har over tid hatt lave terskler for tildeling av tjenester

## **Mandat**

Kontrollutvalget har bedt om at følgende problemstillinger besvares:

**Hovedproblemstilling:** Er det samsvar mellom ledelsesressurser, organisering og ressursbruk innenfor helse og omsorg?

## **Supplerende problemstillinger:**

### *Organisering*

- Er lederressursene i helse og omsorg i Tynset hensiktsmessig organisert?
  - Herunder sammenligning av lederressursene i helse og omsorg i Tynset med sammenlignbare kommuner
- Er dagens organisering tilpasset brukere og ansatte i tjenestene?
- Er alle fagområder i helse og omsorg hensiktsmessig organisert innenfor sektoren?

### *Ledelse*

- Er det en helhetlig ledelse av sektoren, med vekt på både kvalitet og økonomi?
- Hvilken kompetanse har lederne i sektoren, og hvordan er vektingen mellom fag og økonomi/ledelse?
- Hvilke varslingsrutiner er etablert, og blir disse fulgt opp?

### *Kompetanse*

- Hva gjøres for å ta vare på og øke kompetansen på de fagressurser som tjenesteområdene disponerer?
- Er det tilstrekkelig fagutdannede på vakt til enhver tid?
- Får vikarer tilstrekkelig opplæring?

### *Økonomi*

- KOSTRA-analyse av kommunens ressursbruk til helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med kostragruppe 11
- Bruk av vikarer – kostnader til vikartjenester over år

# 2. Metode

## **Metode**

### Oppstart:

Innledningsvis i forvaltningsrevisjonen har vi sendt oppstartsbrev til og gjennomført oppstartsmøte med rådmannen.

### Intervjuer:

I forbindelse med revisjonen har vi intervjuet alle tjenesteområdeledere i helse- og omsorgstjenesten i Tynset kommune. Vi har i tillegg snakket med tillitsvalgte, som representanter for de ansatte i tjenestene. Tema for intervjuene har vært organisering, samhandling, kompetanseutvikling og ledelse i sektoren.

### Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse til alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, der vi har belyst temaene organisering, ledelse, opplæring og varsling. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 241 respondenter, og hadde en svarprosent på 52,5 prosent. Respondentene var jevnt fordelt mellom tjenesteområdene. Vi vurderer derfor at vi har også fått tilstrekkelig spredning i utvalget til at svarene lar seg bryte ned på hvert tjenesteområde.

### Statistikk

Økonomiske analyser og sammenligninger med andre kommuner baserer seg på KOSTRA-data. I samråd med Tynset kommune er Eid, Oppdal og Røros valgt ut som sammenligningskommuner. Disse tre kommunene er de Tynset kommune sammenligner seg med i andre sammenhenger. Alle tre kommunene har mellom 5 500 og 6 500 innbyggere. I tillegg er kostragruppe 11 brukt som sammenligningsgrunnlag der det har vært mulig. Der det er synliggjort reelle tall, og ikke andeler eller andre beregninger er kostragruppe 11

holdt utenfor analysen. Dette skyldes at kostragruppetall ikke gir et godt sammenligningsgrunnlag i slike fremstillinger.

I analysen av kommunens ressursbruk til pleie- og omsorgstjenester har vi valgt å basere oss på kommunens korrigerede brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester. Dette gir det beste bildet av hva det faktisk koster å levere disse tjenestene, og er mest hensiktsmessig å benytte i vurderinger av produktivitet.

### Dokumentgjennomgang:

Tynset kommune har oversendt planer og analyser for helse- og omsorgstjenesten. Disse tatt inn i datagrunnlaget der det er relevant.

### Høring:

En foreløpig utgave av rapporten har vært på høring og kvalitetssikring hos rådmannen. Som følge av høringen har vi gjort enkelte korrigeringer i faktagrunnlag og vurderinger. De viktigste er:

- korrinert antall ledere
- justert omtale av utgiftsbehov til brukere med psykisk utviklingshemning
- korrigert framstilling av institusjonsplasser og institusjonsutgifter

Høringssvaret er vedlagt i sin helhet.

# 3. Revisjonskriterier

## **Kilder til revisjonskriterier**

I tråd med forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner § 7 og RSK 001 er det etablert revisjonskriterier for denne forvaltningsrevisjonen. Revisjonskriteriene er den målestokken som kommunens praksis vurderes opp mot. Noen av problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen har en ren beskrivende karakter, og det er derfor ikke utledet revisjonskriterier for disse.

Vurderingen av flere av problemstillingene i denne revisjonen bygger på de samme revisjonskriteriene. Vi velger derfor å gå gjennom revisjonskriteriene samlet innledningsvis i dette kapittelet.

## Kilder til revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene)
- Stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjenesten (Meld.St 26 (2014-2015))
- Tynset kommunes virksomhetsplan 2018-2021
- Tynset kommunes helse- og omsorgsplan 2013-2020
- Arbeidsmiljølovens kapittel 2 A - varslingsreglene og KS' veileder «Ytringsfrihet og varsling – veileder for kommuner og fylkeskommuner», rev. i 2017

## **Organisering**

I henhold til kommuneloven plikter kommunen å legge til rette for samhandling mellom tjenestene, både internt i kommunen og med andre tjenesteytere der det er hensiktsmessig. Videre krever helsepersonellovens §16 at kommunen skal organiseres på en måte som gjør at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette innebærer blant annet at kommunen skal legge til rette for samhandling mellom helsepersonell når pasientens behov tilsier det. Helsepersonell skal også sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Også helse- og omsorgstjenestelovens §4-1 understreker at pasienter og brukere skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at kommunens organisering skal legge til rette for dette.

## **Ledelse og økonomi**

Kommunelovens §1 stadfester at formålet med loven er å legge til rette for “en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale [...] fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling”.

I dette ligger det at kommunen skal tilby effektive pleie- og omsorgstjenester, der kommunen klarer å yte flest mulig og best mulig tjenester innenfor de ressursene som er tilgjengelig. For å oppnå dette har Tynset vedtatt at kommunens pleie- og omsorgstjenester skal bygge på BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå). Dette innebærer at kommunen tildeler tjenester av et omfang og på et nivå som ivaretar brukerens behov, og at disse behovene kan ivaretas på en effektiv måte fra kommunens side.

# 3. Revisjonskriterier

Kommunens pleie- og omsorgstjenester kan deles inn i fire omsorgsnivåer:

1. Institusjonstjenester
2. Omsorgsbolig med heldøgns omsorg
3. Omsorgsbolig uten heldøgns omsorg
4. Hjemmetjenester

I tillegg til disse fire omsorgsnivåene, kommer andre tjenester som kommunen tilbyr, som for eksempel ergo- og fysioterapi, rehabilitering, folkehelsearbeid, hverdagsrehabilitering o.l. Slike tjenester kan tilbys både i og utenfor de fire ovennevnte omsorgsformene.

Institusjonstjenester er de mest ressurskrevende tjenestene kommunen kan tilby, mens hjemmetjenester er de minst ressurskrevende. I mellom ligger omsorgsboliger *med* og *uten* heldøgns omsorg. BEON- prinsippet bygger på at en mottaker av pleie- og omsorgstjenester ikke burde legges inn på institusjon hvis brukerens behov kan ivaretas i omsorgsbolig, eller ikke burde tildeles plass i omsorgsbolig, hvis omsorgsbehovet kan ivaretas i hjemmet.

Det finnes ikke noen fasit på hvordan kommunen skal tilrettelegge sitt tilbud, men ut fra kravet til en rasjonell og effektiv forvaltning bør ikke Tynset ligge på et særlig høyere omsorgsnivå enn sammenlignbare kommuner.

## **Kompetanse**

Helse- og omsorgstjenestelovens §4-1 bokstav d understreker at det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Dette innebærer blant annet at det skal være tilgang til sykepleierkompetanse gjennom hele døgnet dersom tjenester og brukere krever dette.

Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. I dette ligger det også at kommunen skal sikre at ansatte får tilgang til etter- og videreutdanning. Kommunen skal også legge til rette for at ansatte gjennomfører påkrevd videre- og etterutdanning. Den enkelte ansatte har også en plikt til å gjennomføre slik utdanning dersom dette er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.



# 4. Organisering

I dette kapitlet besvares følgende delproblemstillinger: *Er lederressursene i helse og omsorg i Tynset hensiktsmessig organisert? Er dagens organisering tilpasset brukere og ansatte i tjenestene? Er alle fagområder i helse og omsorg hensiktsmessig organisert innenfor sektoren?*



## Om lederressurser i Tynset

Det er fire tjenesteområder som rapporterer til helse- og omsorgssjefen. Under disse ligger det totalt 16 avdelinger som rapporterer til lederne for sine respektive tjenesteområder. Tynset kommune er i utgangspunktet organisert etter en tonivåmodell, der alle kommunens tjenesteområder rapporterer direkte til rådmannen. For helse- og omsorgstjenestene er det imidlertid opprettet en stilling som helse- og omsorgssjef. Denne stillingen danner et mellomledd mellom rådmannen og tjenesteområdene. I tillegg er det altså ledere for de fleste avdelingene på nivået under tjenesteområdelederne. Dermed kan man si at det i realiteten er fire rapporteringsnivåer i Tynset.

De aller fleste avdelingene vist i organisasjonskartet har ansatte i en lederfunksjon. Det betyr at det er totalt 18 lederstillinger innen helse og omsorg i Tynset.

Mange av lederne på avdelingsledernivå har lederfunksjon for kun en del av stillingen sin. Kommunen har ikke oversikt over hvor stor del av stillingene som er satt av til ledelse. Noen anslår at avdelingslederne i gjennomsnittet har avsatt 50 % av stillingen til ledelse. De fleste har likevel full lederlønn. Også ledernivået for tjenesteområde er en av lederstillingene delt: leder for helsetjenesten er også kommunelege i ca 40% stilling.

# 4. Organisering

Her følger en sammenligning av lederressursene i Tynset med andre kommuner. De øvrige kommunene vi sammenligner med er alle organisert etter en to-nivåmodell.

## **Eid**

Helse- og omsorgstjenestene i Eid er inndelt i fem tjenesteområder: helsetjenesten, hjemmetjenesten, bo- og miljøtjeneste, institusjons-tjenester samt en egen avdeling for interkommunale tjenester. I tillegg er det etablert en helse- og omsorgssjef som sitter i rådmannens ledergruppe.

Hvert tjenesteområde har en leder med økonomi- og personalansvar. I tillegg er det etablert fagledere i alle avdelinger. Disse har ikke noe formelt lederansvar.

## **Oppdal**

Oppdal har tre tjenesteområder i helse- og omsorgstjenesten som alle rapporterer direkte til rådmannen; sykehjemmet, hjemmetjenester og helse og familie. Under hvert tjenesteområde er det opprettet avdelinger med egne avdelingsledere som har økonomi- og personalansvar.

Det er opprettet en rolle som faglig rådgiver på helse- og omsorg som sitter i rådmannens ledergruppe, men denne har ikke noe formelt lederansvar.

## **Rørros**

Rørros har organisert helse- og omsorgstjenesten i fire tjenesteområder: to institusjoner, hjemmebaserte tjenester og helse med hver sin virksomhetsleder.

Under hjemmebasert omsorg i Rørros er det to avdelingsledere, og det er to avdelingsledere under tjenesteområdet helse. Det er ingen avdelingsledere som er organisert under institusjonene. I tillegg er det en leder ved forvaltningskontoret i Rørros. Rørros har også etablert en stilling som helse- og omsorgssjef som rapporterer til rådmannen.

## **Oppsummering av sammenligningen:**

	<i>Tynset</i>	<i>Eid</i>	<i>Oppdal</i>	<i>Rørros</i>
Antall rapporteringsnivåer	4	3	3	4
Antall avdelinger (på alle nivåer)	20	5	18	10
Antall med lederansvar (personal- og økonomiansvar)	18	6	18	10

Selve organiseringen i Tynset kommune ligner mye på organiseringen i sammenligningskommunene. Alle kommunene i utvalget praktiserer en tonivåmodell i organiseringen, men både Tynset, Oppdal og Rørros har etablert ledernivåer under tjenesteområdeleder. Eid og Rørros har i likhet med Tynset også en egen helse- og omsorgssjef som er organisert på rådmannsnivå, mens Oppdal har en helsefaglig rådgiver uten lederansvar i rådmannens ledergruppe. Basert på den informasjonen vi har fått fra de andre kommunene, ser det ut til at Tynset og Oppdal har like mange ansatte med lederansvar, mens Eid og Rørros har vesentlig færre ledere enn disse to kommunene.

# 4. Organisering

Her følger informasjon om organiseringen av de ulike tjenestene i Tynset.

## **Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenesten i Tynset består av tre avdelinger, som er geografisk spredd på tre ulike steder:

- Heldøgnsbemannede, tilrettelagte boliger og base for hjemmesykepleie på Kvikne (Enan) og heldøgnsbemannede boliger på Furumoen (Tynset)
- Heldøgnsbemannede boliger på Tjønnoen (Tynset)
- “Utegruppa” - base for hjemmesykepleien på Tjønnoen

Det er 15 plasser i hver av de heldøgnsbemannede boligene. Tjenesten har også ansvar for brukerstyrte personlig assistenter (BPA), praktisk bistand og omsorgslønn.

Lederne ser klare ulemper ved at hjemmetjenesten er delt på flere steder. Blant annet mener de at det gjør det vanskelig å få til samarbeid på tvers av avdelingene, styrke kompetanseutveksling på tvers, og legge til rette for ressursdeling mellom avdelinger. Tillitsvalgte trekker også frem at dette fører til høy ledertetthet ved boligene.

## **Institusjonstjenesten**

Alle institusjonstjenester er samlet på Tjønnoen. Institusjonstjenestene er delt inn i tre avdelinger: en langtidsavdeling, en avdeling med skjermede plasser for demente og en korttidsavdeling. Korttidsavdelingen holder til i et eget hus utenfor institusjonen. En avdeling på Tjønnoen har den siste tiden stått tom.

Institusjonstjenestene ønsker seg en egen tilsynslege/sykehjemslege.

Leder for tjenesten oppgir at de per i dag bruker omtrent et helt sykepleier- årsverk til å koordinere og følge med på legebesøk. I tillegg erfarer tjenesten at samarbeidet med de eksterne legene er utfordrende, og at det er krevende å involvere legene i helhetstenkningen rundt pasientene.

## **Tjenester for funksjonshemmede (TFF)**

TFF består av fire avdelinger: to avdelinger med to bofellesskap hver, én avdeling for avlastningstilbud og en avdeling for dagsenter med aktivitetstilbud som ligger på Tjønnoen.

I bofellesskapene bor det brukere med stort spenn i tjenestebehovet, fra lette brukere som har behov for oppfølging med praktiske forhold, til personer med tunge og sammensatte behov, og døgnkontinuerlig 2-til-1 oppfølging. Avlastningstilbudet er for svaktfungerende ungdom, der foreldrene trenger avlastning ved jevne mellomrom. Dagsenteret er et tilbud til funksjonshemmede som ikke passer inn i tilrettelagt arbeid.

## **Helsetjenesten**

Helsetjenesten har ansvar for:

- Ergoterapi
- Helsestasjon
- Legekontoret (privatpraktiserende leger)
- Psykiatri- og rustjenesten
- Fysioterapi (én kommunal fysioterapeut, forøvrig privatpraktiserende)

I tillegg er Tynset vertskommune for den interkommunale legevakten.

Fysio- og ergoterapitjenestene er samlokalisert med institusjonstjenestene, noe som legger godt til rette for samarbeid mellom disse.

# 4. Organisering

## **Samarbeid mellom tjenestene**

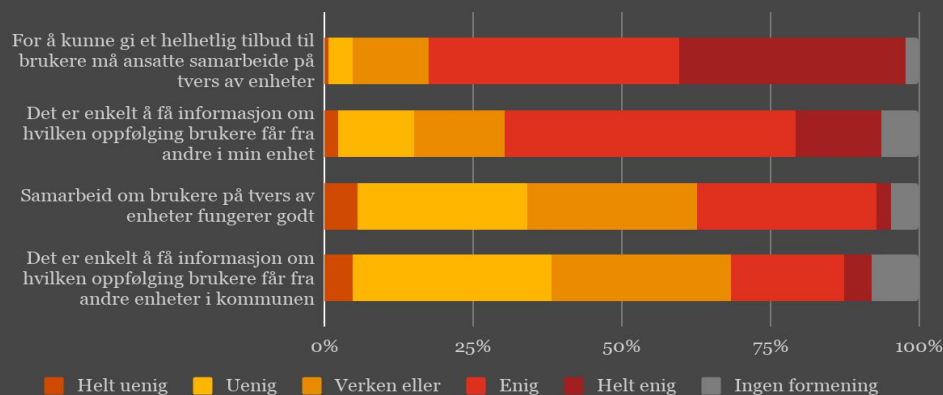
Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene bør legge til rette for best mulig samarbeid om brukere for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Ansatte i tjenestene er også enige i at samarbeid er nødvendig for å sikre helhetlige tjenester. Samhandling mellom tjenesteområder vil bli stadig viktigere etter hvert som kommunen får ansvar for brukere med mer omfattende og sammensatt behov. Et godt samarbeid på tvers av tjenesteområdene kan også bidra til at ansatte får en bedre forståelse for oppgavene i tjenesteområdene en selv ikke er ansatt i. Dette kan bidra til at det blir tydeligere for de ansatte hvilke oppgaver som ligger til det enkelte tjenesteområde, og styrke overgangene mellom de kommunale tjenesteområdene, særlig mellom hjemmetjenester og institusjon.

Intervju med lederne tyder på at det er en relativt utbredt kultur for “silotenking” i tjenestene, altså at ansatte i liten grad har forståelse for behov og utfordringer i de andre tjenestene innen helse og omsorg.

Dette inntrykket styrkes gjennom svarene i spørreundersøkelsen. Her oppgir om lag én av tre at samarbeidet om brukere på tvers av avdelinger ikke fungerer godt, mens to av fem ikke er enig i at det er enkelt å få informasjon om den behandlingen brukere får i andre deler av kommunen. Et klart flertall av de ansatte mener derimot at det er enkelt å få informasjon om hvilken oppfølging brukere får fra *sin egen* avdeling.

Det er særlig ansatte i hjemmetjenesten som mener samarbeid og informasjonsdeling på tvers av avdelinger ikke fungerer godt, men mange opplever også dette som utfordrende i institusjonstjenesten og TFF. Intervjuene viser at en problemstilling som ofte skaper diskusjoner mellom hjemmetjenesten og særlig korttidsavdelingen på sykehjemmet er hva som skal til for at en søker skal få plass på institusjon. Hjemmesykepleierne vil ofte at brukerne skal få institusjonsplass, men de som jobber på sykehjemmet ser at det er fullt, og må derfor holde igjen.

## Samarbeid om brukere i helse- og omsorgstjenesten



# 4. Organisering

Intervjuene viser at samarbeidet heller ikke fungerer optimalt på ledernivå. Særlig opplever hjemmetjenesten at det er utfordrende å få til godt samarbeid med institusjon. Dette samarbeidet er viktig i flere faser: både ved innleggelse av brukere som før har hatt hjemmesykepleie og ved utskrivning av brukere som skal flytte ut og få hjemmesykepleie. Intervjuene tyder på at det i Tynset er stadige diskusjoner om begge disse problemstillingene, der uenigheten enten knytter seg til om brukere skal kunne få plass på institusjon eller ikke, eller om brukere kan skrives ut og få hjemmesykepleie eller ikke. Intervjuene viser at dette i noen grad er et ledelsesproblem, og at det særlig kan knyttes til uenigheter om fordeling av ressurser.

Det er en kjent problemstilling fra mange kommuner at hjemmetjenesten opplever det som om institusjonstjenestene forsøker å overstyre eller diktere dem innenfor deres ansvarsområde, og mye kan tyde på at den samme utfordringen finnes i Tynset. Det er etablert samarbeidsmøter mellom ledere i institusjon og hjemmetjenestene, men uten at det ser ut til å løse problemet.

Det er faste koordinerende møter mellom lederne for tjenesteområdene og vedtakskontoret to ganger per måned. Der drøftes aktuelle saker, og spesielt saker som er krevende. Ifølge flere av de vi har intervjuet vises det tydelig i diskusjonene at lederne mangler felles mål for tjenestene, og at det i for liten grad er kultur for å tenke helhetlig om kommunens tilbud til brukerne. Blant temaene som ofte tas opp og skaper diskusjon er om brukere skal ha vedtak om plass på institusjon eller vedtak om hjemmetjenester.

Kontrollutvalget har stilt spørsmål om alle fagområder er hensiktsmessig organisert innenfor sektoren. Ifølge flere av lederne diskuteres

det ofte hvilket tjenesteområde ulike budsjettposter skal høre til. Per i dag er lege til sykehjemmet del av helsetjenestens budsjett, men noen mener at finansiering av sykehjemslege burde ha ligget til institusjonstjenesten. Noen stiller også spørsmål ved at både tjenesten for funksjonshemmede og hjemmetjenestene har ansvaret for tilrettelagte boliger, som sett utenfra kan fremstå som ganske like tjenester. Disse boligene har imidlertid svært ulike brukergrupper, og det kan være gode grunner for å se på dem som to ulike tjenester. Forøvrig tyder intervjuene på at grupperingene av fagområdene i de ulike tjenestene er naturlig og fungerer hensiktsmessig.

For mange kommuner er nøkkelen for å kunne levere et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud et velfungerende vedtakskontor (forvaltningskontor) som tildeler tjenester i tråd med kommunens vedtatte kriterier, og som dermed styrer tjenestenivået. I Tynset er det vedtakskontoret som formelt sett fatter vedtak om tildeling av tjenester innen helse og omsorg, men det er tjenestene som utreder tjenestebehov og anbefaler tjenestenivå.

Kommunens tildelingskriterier for tjenester er etablert gjennom “Vurderingsmomenter for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Tynset kommune”, som senest er revidert i april 2018. Intervjuene gir inntrykk av at disse kriteriene er såpass vage at de ikke gir tydelige føringer på hvilket nivå tjenester skal tildeles på.

Intervju med lederne tyder på at vedtakskontoret i praksis sjelden vedtar noe annet enn det tjenestene foreslår, selv om det hender at vedtakskontoret justerer noe på tjenestenes anbefaling. I praksis er det med andre ord tjenestene selv som setter nivået på tjenestene, ikke vedtakskontoret.

# 4. Organisering

Ifølge helse- og omsorgssjefen er kommunen i ferd med å styrke vedtakskontoret fra 1,5 til 3 årsverk, og det er en plan om at en større del av de faglige vurderingene av tjenestenivå skal overføres dit. Planen er at tjenestene fremdeles skal gjøre undersøkelser av behov, men vedtakskontoret skal i større grad gjøre de vurderingene som ligger til grunn for det tjenestenivået som vedtas.

Tynset kommune jobber med “helhetlige pasientforløp” i overgang mellom spesialisthelse til primærhelsetjenestene. Gjennom dette arbeidet opplever flere at vedtakskontoret er i ferd med å finne ny og bedre systematikk for arbeidet sitt, men mye av systematikken er ennå ikke implementert.

En tilliggende problemstilling er at flere mener at kommunen i for liten grad involverer brukere og pårørende i vurderinger av tjenestenivå, som ved overføring fra institusjon til hjemmetjeneste. Lederne oppgir at de har rutiner for det, men at det ikke skjer i stor nok grad. Tjenestenivå settes i praksis ut fra ansattes egen kjennskap til pasientens behov, ikke systemet.

## ***Revisors vurderinger***

Strukturen på organisasjonen i helse og omsorgstjenestene i Tynset skiller seg i liten grad fra sammenligningskommunene. På 90-tallet og utover på 2000-tallet vokste den såkalte tonivåmodellen frem som foretrukket organisasjonsmodell for stadig flere kommuner. Målet var en organisasjon med forenklet lederstruktur, lite administrasjon, virksomhetsledere med rådmannens myndighet innenfor sine felt og kort avstand mellom ansatte og ledere. Det siste tiåret har vi imidlertid sett at trenden går tilbake mot flere ledernivå i kommunene. Samtidig har flere kommuner gått over til mer fleksible strukturer, hvor antall ledernivå kan variere mellom ulike sektorer og fagområder. Dagens organisering av helse og omsorg kan ses i sammenheng med denne utviklingen: i praksis er det opp mot fire rapporteringsnivåer i det som likevel omtales som en “tonivåmodell”.

Det som skiller Tynset fra sammenligningskommunene, er at Tynset og Oppdal har flere ledere med personal og budsjettansvar enn de andre. Det kan det være gode grunner til, men det kan også medføre høyere lønnsutgifter. I den sammenhengen må det nevnes at mange av lederne i Tynset kun har avsatt en del av stillingen til ledelse.

Vårt inntrykk er at både rådmannsnivået og lederne i helse og omsorg er klare på at dagens organisering ikke nødvendigvis er den kommunen skal ha framover. Det framgår også av rådmannens tjenesteutviklingsrapport. I et arbeid med å vurdere ny struktur er det flere forhold som bør vies oppmerksomhet. Blant dem er vedtakskontorets rolle og samarbeid på tvers av avdelingene.

# 4. Organisering

Som beskrevet tidligere i rapporten kan et velfungerende vedtakskontor være en nøkkel for å lykkes med å etablere helhetlige, brukerrettede helse og omsorgstjenester, som tildeles etter objektive vurderinger av brukernes behov. Slik fungerer det ikke i Tynset i dag. Vi mener at vedtakskontoret bør og kan styrkes. Kommunen bør også innskjerpe praksis for å involvere brukere og pårørende ved vurdering av tjenestebehov og tjenestenivå.

Vårt inntrykk er at grupperingene av fagområdene i de ulike tjenestene i hovedsak er naturlig og fungerer hensiktsmessig. En utfordring ved organiseringen av helse og omsorgstjenestene er imidlertid den geografiske spredningen. Den gir høye kostnader, den er i seg selv en del av årsaken til at kommunen har mange med lederansvar, og ikke minst gjør den det krevende å utnytte kompetanse på tvers. Vårt inntrykk er at færre tjenestesteder ville ha gjort det enklere for lederne å styre kompetanseressursene slik at ansatte kan ta vakter og yte tjenester på tvers av tjenestestedene.

En annen stor utfordring for helse og omsorgstjenestene i Tynset kommune er samarbeid på tvers av tjenestene. Flere ledere beskriver dagens situasjon som at helse og omsorgstjenestene er preget av "silo-tenking", altså at de ansatte i liten grad evner å sette seg inn i situasjonen for de andre tjenestene. Det er bekymringsfullt at så mange ansatte mener at samarbeidet om brukere på tvers av tjenestene fungerer dårlig, og at det er vanskelig å få informasjon fra andre tjenester om oppfølgingen brukerne får. Vårt inntrykk er at dette også i noen grad er et ledelsesproblem, og at samarbeidet heller ikke fungerer godt nok på ledernivå.

Blant de viktigste kontaktflatene mellom de ulike avdelingene er sykehjem, særlig korttidsavdelingen, og hjemmesykepleie. For at kommunen skal kunne levere et helhetlig, brukertilpasset tilbud til pasienter som enten skal legges inn eller skrives ut av sykehjem, er det i mange tilfeller avgjørende at disse to tjenestene evner å samarbeide. Vår vurdering er at dette samarbeidet ikke fungerer godt nok pr i dag. Vi mener at rådmannen derfor må prioritere tiltak for å bedre samarbeidet og informasjonsflyten mellom institusjonstjenestene og hjemmesykepleien.

For at brukere av helse og omsorgstjenestene i Tynset skal oppleve at de får et helhetlig tilbud, må ledere og ansatte i kommunen se på alle tjenestene som en del av det samme, helhetlige tilbudet. Det stiller krav til både kultur og til systemer. Vårt inntrykk er at Tynset kommune har en jobb å gjøre for å komme dit.

# 5. Ledelse

Dette kapitlet besvarer følgende delproblemstillinger: *Er det en helhetlig ledelse av sektoren, med vekt på både kvalitet og økonomi? Hvilken kompetanse har lederne i sektoren, og hvordan er vektingen mellom fag og økonomi/ledelse? Hvilke varslingsrutiner er etablert, og blir disse fulgt opp?*

## Vekting mellom kvalitet/fag og økonomi

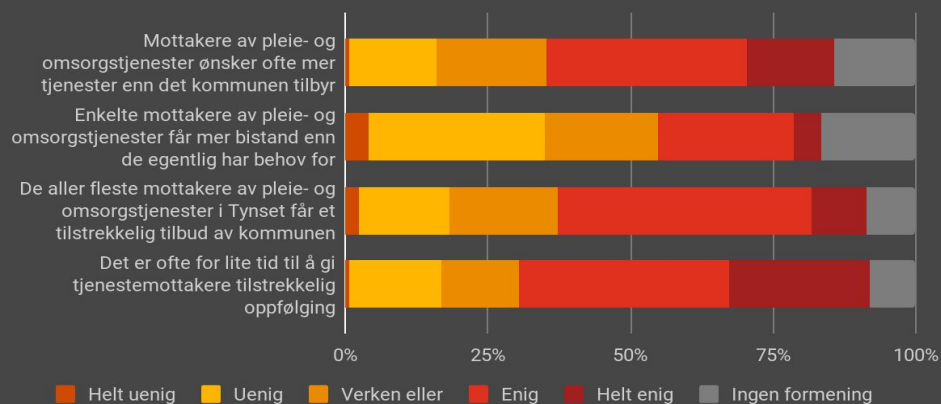
På tjenesteledernivå har lederne følgende kompetanse:

- Leder for hjemmetjenesten er utdannet sykepleier, og har i tillegg et årsstudium i organisasjon og ledelse og en påbegynt master i offentlig ledelse og forvaltning.
- Leder for helsetjenesten er utdannet lege og jobbet som fastlege i Tynset før han tok over som leder for helsetjenesten.
- Leder for institusjonstjenestene er utdannet sykepleier med 1 år økonomi (BI).
- Leder for TFF er utdannet lærer med vekttall innen økonomi.

Vi har stilt alle ansatte i helse og omsorg spørsmål som kan være med å belyse hvordan hensynene til kvalitet og økonomi vektes i sektoren, se figuren under. Nesten 30 % av de ansatte mener at noen brukere får mer tjenester enn de egentlig har behov for. Samtidig mener ca. 15 % at enkelte brukere ikke får et tilstrekkelig tilbud. Dette kan skyldes at ansatte har ulikt syn på hvilke tjenester brukerne har krav på eller behov for, eller det kan være at noen vurderer situasjonen ulikt for ulike brukere eller tjenester. Det kan også tenkes at noen får for mye tjenester, og at det derfor blir for lite tid til å utføre tjenester for andre.

De fleste lederne sier i intervju at det innen noen tjenester i helse og omsorg er kultur for å yte mer tjenester enn brukerne egentlig har behov for, eller at det ytes tjenester som brukerne ikke har vedtak om og dermed krav på. Et eksempel som trekkes fram av flere er at det i hjemmetjenesten finnes en kultur for at brukere som skal ha hjemme-sykepleie også får bistand med diverse praktiske oppgaver i hjemmet ("praktisk bistand"), selv om de ikke har vedtak om det.

## Vekting mellom kvalitet og økonomi i tjenestene i Helse og omsorg





# 5. Ledelse

Praktisk bistand er en lovpålagt tjeneste som kommunen yter og skal yte, men som kommunen kan ta betalt for. På denne måten får brukere “gratis” praktisk bistand selv om de ikke har vedtak om at de skal ha det.

På flere områder mener lederne at det har vært etablert en praksis der kommunen yter for mye tjenester, men at dette er en praksis som er bedret de siste årene. Eksempler på dette er vurderinger som ligger til grunn for å få innvilget HDO-tjenester som plass på sykehjemmet, og tjenester innen psykiatri. Dette kan forklares av:

1. Det fattes vedtak om tjenester som brukere strengt tatt ikke har behov for, altså at tjenestenivået er for høyt
2. Det ytes tjenester som brukerne ikke har vedtak om, altså at det er en kultur for å yte mer enn man strengt tatt skal.

Lederne trekker fram flere forklaringer på denne kulturen: Tynset er et lite samfunn der alle kjenner alle, og mange kjenner hverandres situasjon. Dette bidrar til at det er vanskelig å forholde seg objektivt til de vurderingene som skal gjøres, og også vanskeliggjør mulighetene for å sette grenser for omfang/ nivå på tjenester til personer som kanskje kunne ha klart seg med litt mindre. Flere av lederne sier at det i koordinerende møte (med vedtakskontoret) ofte fokuseres mye på enkeltpersoners kjennskap til pasientenes bosituasjon, pårørende osv, og at dette legger føringer for vurderingene som legges til grunn for utmåling av tjenestenivået. På denne måten reduseres handlingsrommet for at kommunen kan gjøre objektive vurdering av hvilke tjenester som best kan dekke de dokumenterte tjenestebehovene. I tillegg er det ofte uenigheter i disse møtene om hva slags tjenester som skal ytes, og nivå på tjenestene.

Et tydelig utslag av denne kulturen for å yte “for mye tjenester” er belegget på sykehjemmet. Ifølge flere av lederne kunne mange av brukerne ha bodd hjemme lenger, med litt tilrettelegging. Men når de først har fått sykehjemsplass, er det vanskelig å reversere dette. Kommunen erfarer at mange beboere på sykehjemmet har vært der svært lenge.

Også innad på sykehjemmet er det i noen grad kultur for å gi mer tjenester enn nødvendig. Som eksempel trekkes det fram at ansatte går innom alle rommene på en avdeling, selv om instruksjonen egentlig er at de kun skal sjekke noen av dem.

Samtidig viser svarene på spørreundersøkelsen at mange ansatte opplever det som om brukerne ønsker mer tjenester enn kommunen kan tilby, og at det ikke er nok tid til å gi tilstrekkelig oppfølging. Dette viser at mange ansatte vil oppleve å stå i en skvis mellom det behovet brukere eller pårørende gir uttrykk for, og det kommunen kan yte.

Vi har spurt de tillitsvalgte om de opplever at det er mye fokus på økonomi i ledelsen i tjenestene. De svarer at de ansatte får en del informasjon om økonomisk status i personalmøter. Som oftest blir ansatte involvert i drøftinger av hvordan tjenestene skal klare å effektivisere for å redusere kostnader, uten at det går utover tilbudet til brukerne.

# 5. Ledelse

## **Varslingsrutiner**

Tynset kommune har etablert varslingsrutiner som revideres årlig, senest i januar 2018.

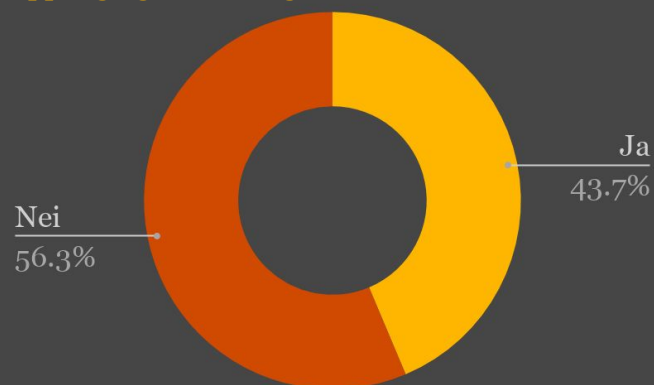
Arbeidsmiljøloven ble endret fra 1. juli 2017, og da ble varslingsreglene samlet i et nytt kapittel 2 A. Tynset kommunes rutiner henviser til de gamle bestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og er altså ikke oppdatert til ny lov. Dette gjelder selv om rutinene ifølge rådmannen er revidert senest i januar 2018, etter at arbeidsmiljøloven ble endret.

Ifølge helse- og omsorgssjefen er det orientert om varslingsrutinene senest på personalmøter i alle hele avdelinger i sektoren vinteren 2017.

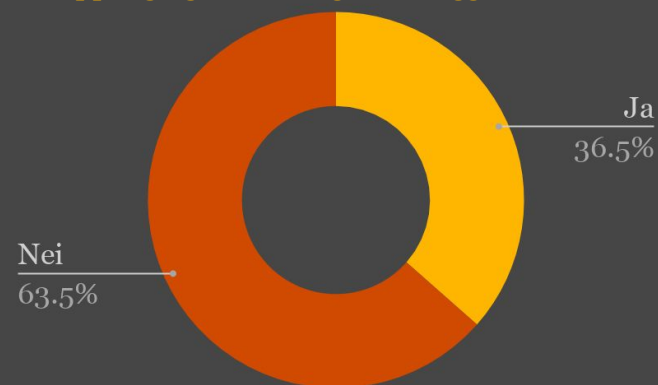
De lederne vi har intervjuet oppgir at de i liten grad har kjennskap til varslingsrutinene. De fleste vet likevel at rutinene ligger i kommunens kvalitetssystem Compilo, slik at de kan finne dem der når de trengs.

I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål til alle ansatte om deres kjennskap til varslingsrutinene. Under halvparten av de ansatte (43.7 %) oppgir at de kjenner varslingsrutinene. Enda færre (36.5 %) sier at de vet hvor varslingsrutinene finnes. Ledere har generelt bedre kjennskap til varslingsrutinene enn ansatte, og ledere har også bedre oversikt over hvor disse rutinene ligger.

Er du kjent med Tynset kommunes rutiner for oppfølging av varslingssaker?



Er du kjent med hvor Tynset kommunes rutiner for oppfølging av varslingssaker ligger?



# 5. Ledelse

## **Revisors vurderinger**

Tjenesteområdelederne i Helse og omsorg har sammensatt og relevant kompetanse, med både relevante fag (medisin, sykepleie osv.) og flere med studiepoeng eller videreutdanning innen ledelse og økonomi.

Vi har ingen grunn til å tro at lederne i Helse og omsorg per i dag vektlegger verken økonomi eller kvalitet for mye i sin utøvelse av ledelse. Derimot viser våre undersøkelser at Tynset kommune over tid har lagt for mye vekt på kvalitet i utøvelsen og dimensjoneringen av tjenestene. Dette har ført til en kultur der kommunen yter mer enn de strengt tatt trenger å yte. I en slik situasjon er kommunen avhengig av at ledere på alle nivåer stiller tydelige krav. For ansatte vil det kunne innebære at det kan oppleves som “økonomifokus”, noe som kan gjøre arbeidshverdagen enda mer krevende for dem som allerede opplever at de står i en skvis mellom krav fra brukere og pårørende, og de rammene kommunen gir.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om det er en sammenheng mellom utfordringen med at kommunen yter for mye tjenester, og hvordan kommunen har organisert prosessen med å utrede tjenestebehov og tildeling av tjenester. Det er større risiko for at brukere får innvilget mer tjenester enn de har behov for, dersom den som vurderer behovet sitter nært brukeren. Dette skyldes at det er vanskeligere å gjøre en objektiv vurdering av tjenestetilbudet om man sitter tett på brukeren i det daglige. I Tynset kommune vil tjenestebehov ofte vurderes av de som yter tjenestene og dermed kjenner brukerne godt, og ikke minst skal omgås brukerne også etter at de har fått vurdert sin sak.

Selv om de ansatte opplever at Tynset er en liten plass der “alle kjenner alle”, er kommunen langt fra i noen særstilling. Mange kommuner opplever at en god løsning for å sikre at tildeling av tjenester kan skje på en mer objektiv måte, er at ansvaret legges til et sterkt vedtakskontor, som har tydelige retningslinjer og kriterier for sitt arbeid. Vi presiserer likevel at det faller utenfor rammene av denne forvaltningsrevisjonen å komme med råd om hvordan kommunen bør organisere sine tjenester.

Tynset kommunes varslingsrutiner inneholder feil henvisninger, og må oppdateres. Våre undersøkelser viser at rutineene i liten grad er kjent i organisasjonen. I tillegg vet ikke mange ansatte hvor de skal finne rutineene, om de trenger dem. Dette er bekymringsfullt, for når en krevende situasjon oppstår er det kritisk at ansatte vet hvor de skal henvende seg for å få veiledning i hvordan en slik situasjon skal håndteres. Det er særlig bekymringsfullt at flere ledere i for liten grad har kjennskap til rutineene, da ledere skal ha et ansvar for systemnivå, og et ansvar for implementering av rutiner for å opprettholde systemene. En viktig del av dette er å gjøre rutineene tilgjengelige og kjent for ansatte i egen avdeling.

Gode, oppdaterte og tilgjengelige varslingsrutiner er en svært viktig sikkerhetsventil for enhver organisasjon. Vår vurdering er derfor at rutineene må gjøres bedre kjent i hele Helse og omsorg, og særlig blant ledere.

# 6. Kompetanse

I dette kapitlet besvares følgende delproblemstillinger: *Hva gjøres for å ta vare på og øke kompetansen på de fagressurser som tjenesteområdene disponerer? Er det tilstrekkelig fagutdannede på vakt til enhver tid? Får vikarer tilstrekkelig opplæring?*

## Videreutdanning og kompetanseutvikling

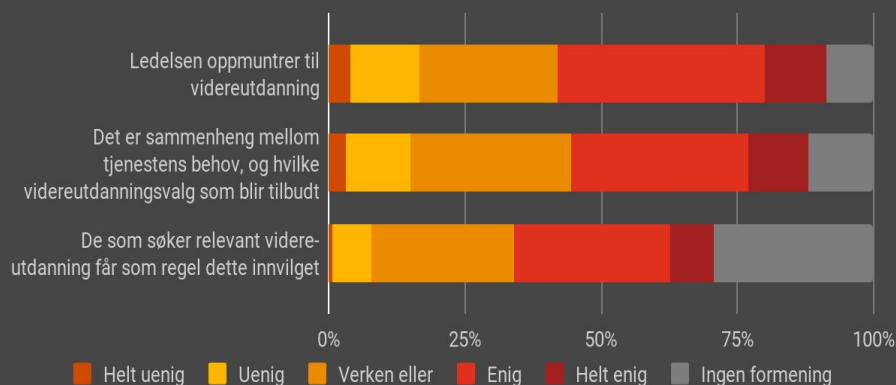
Helse og omsorg har en egen kompetanseplan, og det er et eget fond for kompetansemidler. Intervju med lederne tyder på at kommunen per i dag ikke evner å bruke kompetanseplanen som et verktøy for å styre kompetanseutviklingen i stor nok grad. Flere ledere trekker frem at det er krevende å få ansatte til å velge tydelig retning for fordypning og videreutdanning. Samtidig søker ansatte seg i liten grad til den kompetansen kommunen trenger.

Spørreundersøkelsen viser at en stor del av de ansatte i helse- og omsorgstjenesten opplever at ledelsen både oppmuntrer til videreutdanning, og at det er sammenheng mellom de utdanningen som blir tilbudt, og det kommunene har behov for.

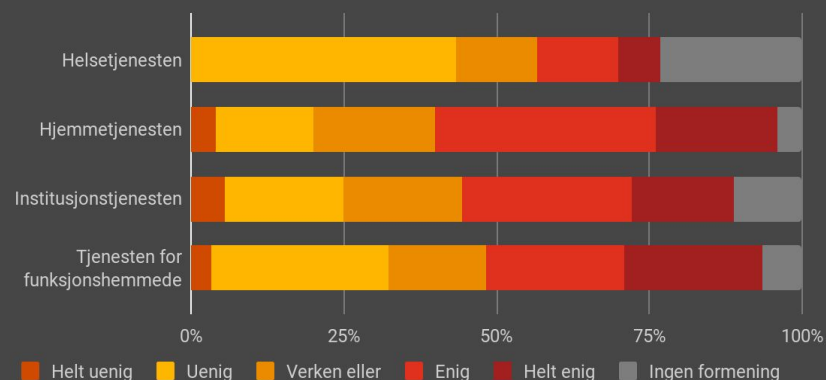
Kommunen har utfordringer med å få ansatte til å delta på kurs og e-læringer på grunn av stadige diskusjoner om de skal tas i eller utenfor arbeidstid.

De fleste lederne mener at kommunen legger godt til rette for videreutdanning. Det er etablert en stipendordning for etterutdanning dersom den ansatte binder seg i to år etter endt utdanning. Kommunen gir fri til å delta på samlinger, og ansatte får økonomisk støtte til videreutdanning. Lederne mener dette er omtrent på nivå med sammenlignbare kommuner. Tillitsvalgte mener derimot at videreutdanning er for dårlig tilrettelagt økonomisk, med for få betalte studiedager, og at dette svekker de ansatte reelle mulighet til å ta videreutdanning. Det pekes også på at det er begrensede muligheter for desentraliserte utdanningstilbud. Mange tilbud krever reise, noe som er særlig utfordrende for ansatte med familie. En annen utfordring er at karakterkravet for å komme inn på sykepleierstudiet er høyt, slik at flere ansatte som søker seg dit ikke kommer inn.

### Mulighet for videreutdanning for ansatte i helse- og omsorgstjenesten



### Oppgaver blir i mange tilfeller utført av ansatte uten tilstrekkelig fagutdanning



# 6. Kompetanse

## ***Er det tilstrekkelig fagutdannede på vakt til enhver tid?***

Svar fra spørreundersøkelsen (forrige side) viser at en stor del av de ansatte opplever at oppgaver blir ivaretatt av ansatte uten tilstrekkelig fagutdanning. Problemet er størst i hjemmetjenesten, der over halvparten av respondentene er enige i denne påstanden. Denne utfordringen er imidlertid også til stede i både institusjonstjenesten og tjenesten for funksjonshemmede.

Institusjonstjenestene er pålagt å ha sykepleierne på vakt hele tiden. Lederne oppgir at sommeren medfører en særlig utfordring, som håndteres ved at kommunen benytter bakvakt for å sikre sykepleiedekning på en del vakter. I 2017 var det nesten 40 vakter uten sykepleierutdanning i korttidsavdelingen, noe som svekket kvaliteten i tilbudet. Korttidsavdelingen tok grep for å bedre dette, slik at situasjonen for 2018 har vært bedre. Sommeren 2018 ble det satt opp felles bemanningsplan for hele institusjonen.

Institusjonstjenestene har et prosjekt som kalles “flåtesykepleier”, som sikrer sykepleiertilgang på alle “marginale” vakter, det vil si kvelds- og helgevakter. Flåtesykepleieren har ansvar for oppfølgingen på flere avdelinger samtidig, og kan reise mellom avdelingene ved behov. Dette er et alternativ til at hver enkelt avdeling må ha hver sin sykepleier på vakt på kvelder og helger. Intervjuene tyder på at ordningen fungerer godt faglig sett, men at det er usikkert om den gir kostnadsbesparelser. Institusjons- og hjemmetjenesten har diskutert å samarbeide om sykepleierdekningen på nattevaktene, men har ikke funnet noen løsning for hvordan en slik funksjon skal finansieres mellom tjenestene.

For sykepleierne har innføringen av “flåtesykepleier” bidratt til en viss deling av ressurser på tvers av avdelingene. For hjelpepleierne er det ingen lignende ordning.

Det er ikke etablert noen daglig rapportering om utvikling i behovet for ansatte i de ulike tjenestene til helse og omsorgssjefen, eller noen ordning for å styre ressursene på tvers av tjenestoområdene.

Tjenestene opplever at det er vanskelig å få tilgang på kvalifisert personell, særlig sykepleiere. Dette er en utfordring i hele kommunen, men særlig vanskelig i distriktene. Hjemmetjenesten har nylig lyst ut en sykepleierstilling som ikke fikk kvalifiserte søkere. Enkelte har inntrykk av at personer med helsefaglig utdanning heller ønsker å jobbe på sykehuset enn i kommunen. Andre er ikke enige, fordi de mener det er sjelden at det lyses ut stillinger der. Noen ser rekrutteringsutfordringene i sammenheng med omorganiseringsprosessen i 2015, og at kommunens omdømme ble svekket av den.

Helsetjenesten har i mindre grad enn de andre utfordringer med fagkompetanse og rekruttering, men opplever at tilgangen til fastleger er begrenset. Tjenesten har imidlertid mange søkere til sykepleierstillinger, noe som antagelig kan forklares med at helsetjenestene i liten grad er turnus-baserte.

Kommunen jobber aktivt med rekruttering av unge vikarer, og bidrar økonomisk til at de skal utdanne seg i relevante fagretninger.

# 6. Kompetanse

## Bruk av vikarer

Det står i virksomhetsplanen at det ikke bør brukes vikarbyrå innen helse og omsorg. Dette er også politisk vedtatt. Tynset kommune baserer seg derfor primært på bruk av vikarer gjennom midlertidige ansettelser og ansettelser i små vikarstillinger.

Hjemmetjenestene bruker stort sett ufaglærte vikarer. I hjemmesykepleien er det i hovedsak voksne vikarer. TFF bruker lite vikarer, og vikariatene brukes hovedsakelig til å fylle små stillinger i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Institusjonstjenestene er opptatt av å knytte til seg sykepleierstudenter gjennom vikariater, og forsøker å legge til rette for at disse ønsker å jobbe videre i Tynset kommune etter endt utdanning.

I alle tjenesteområdene opplever de ansatte at vikarer i for liten grad har relevant utdanning og god fagkompetanse. Om lag én av fire ansatte i helse- og omsorgstjenestene mener at omfanget av vikarer svekker tilbudet til brukere av helse- og omsorgstjenester. Dette er særlig en utfordring i institusjonstjenesten og TFF.

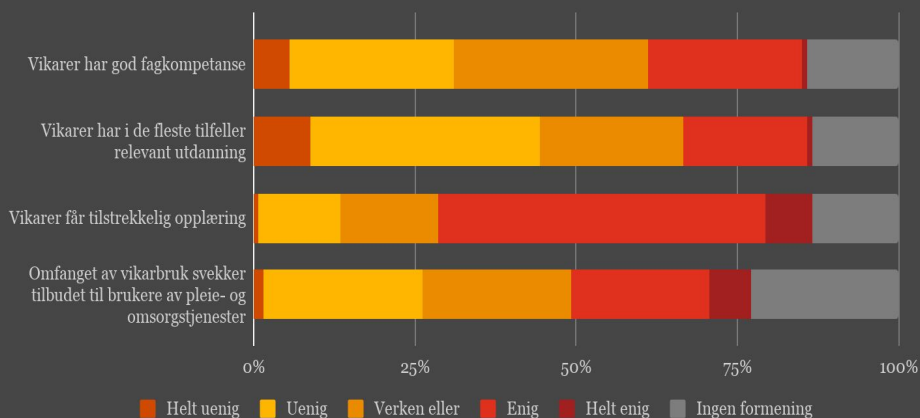
## Får vikarer tilstrekkelig opplæring?

Tjenestene har ikke noe system for opplæring av nyansatte, utover en etablert praksis for at nye vikarer går noen vakter sammen med erfarne ansatte før de overlates til seg selv. Vikarer får som regel tre vakter med opplæring, og forventes å fungere selvstendig etter det. De aller fleste mener imidlertid at vikarer får tilstrekkelig opplæring.

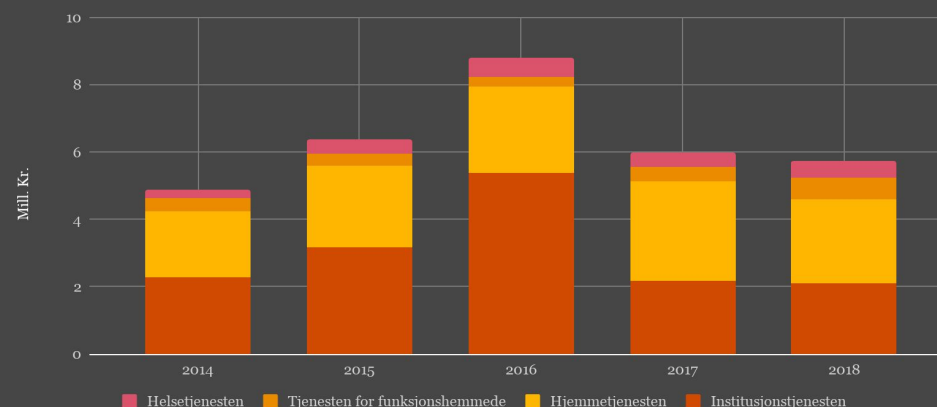
## Utgifter til vikarbruk

Fra en topp på nær 9 mill.kr. i 2016, har utgiftene til vikarbruk i Tynset stabilisert seg på om lag 6 mill.kr. i året de siste to årene. Variasjonen i utgifter til vikarbruk er i all hovedsak drevet av variasjoner i institusjonstjenestene, og toppen i 2016 stammer fra unormalt høye utgifter til ekstrahjelp det året. Ellers er om lag 75 prosent av vikarbruken i helse- og omsorgstjenesten drevet av sykefravær. Institusjonstjenesten og hjemmetjenesten står for mesteparten av utgiftene til vikarer.

### Vurderinger av vikarers kompetanse og opplæring



### Utgifter til vikarbruk etter tjeneste, 2014-2018



# 6. Kompetanse

## **Revisors vurderinger**

Utfordringsbildet for kompetansesituasjonen i helse og omsorg er ganske lik for Tynset kommune som for mange andre distriktskommuner. Den største utfordringen er å rekruttere tilstrekkelig sykepleierkompetanse. Tynset har en ekstra utfordring i at kommunen må konkurrere med lokalsykehuset om kompetansen. Vårt inntrykk er at kommunen arbeider relativt aktivt og langsiktig for å knytte til seg framtidig sykepleierkompetanse, blant annet gjennom å gi sommer- og deltidsjobb til skoleungdommer og sykepleierstudenter.

Det er positivt at Helse og omsorg har en egen kompetanseplan. Vi oppfatter likevel at kommunen har utfordringer med å styre kompetanseutviklingen i tråd med denne planen. Også dette er en kjent utfordring som Tynset kommune deler med mange andre kommuner. Selv om kommunen har en klar retning for hvordan kompetansen bør utvikle seg, vil det være mange individuelle forhold som virker inn på de ansattes prioriteringer og valg. Vårt inntrykk er at Tynset kommune legger til rette for videreutdanning omtrent på lik linje med sammenlignbare kommuner, selv om det alltid finnes kommuner som legger enda bedre til rette.

Rekrutteringssituasjonen for sykepleiere er allerede krevende, og mye tyder på at behovet for sykepleierkompetanse kommer til å bli enda større framover. Da er det viktig at kommunen ikke bare jobber aktivt med rekruttering og videreutdanning, men også at det utnytter den kompetansen som allerede finnes i kommunen best mulig.

Forsøket med “Flåtesykepleier” i institusjonstjenesten fremstår som et positivt bidrag til å utnytte sykepleierkompetansen på tvers av enhetene på sykehjemmet. Det er grunn til å spørre om kommunen kan ha noe å hente på å tenke enda bredere, slik at kompetansen kan utnyttes også på tvers av avdelinger: for eksempel mellom hjemmesykepleien og sykehjemmet. I den sammenheng er det en utfordring at det er lite kompetansedeling på tvers av avdelingene, og at samarbeidet fungerer dårlig, som beskrevet i kapitlet foran.

Det er bekymringsfullt at såpass mange ansatte i Helse og omsorg, og særlig i hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, mener at oppgaver utføres av ansatte uten tilstrekkelig fagutdanning.

De siste årene har Helse og omsorg brukt ca. 6 mill på vikarer. Selv om vi ikke har verifiserte tall for vikarbruk fra sammenlignbare kommuner, fremstår ikke dette som urovekkende mye.

Helse og omsorg bruker bevisst nesten ikke vikarbyrå, men knytter til seg skoleungdommer, studenter og andre. Det er verdt å merke seg at de ansatte er svært delt i synet på om vikarene har god nok kompetanse, og om vikarbruken medfører et svekket tilbud. Opplæring av vikarene er ganske enkel, og skjer ved at vikarene følger med erfarne ansatte på noen vakter. De ansatte mener selv at dette er tilstrekkelig, og vi har ingen grunn til å mene noe annet.

# 7. Økonomi

Tynset kommune er mindre enn kommunene vi sammenligner med, målt etter innbyggertall, men har likevel høyere korrigerede brutto driftsutgifter til helse- og omsorg enn både Eid og Røros. Noe av årsaken til dette kommer av at Tynset har et vesentlig høyere utgiftsbehov til brukere med funksjonshemninger enn de andre kommunene. Tynset har svært høye utgifter til aktivisering, som de andre kommunene bruker svært lite penger på. Her er det mulig at en del av utgiftene som Tynset har ført på aktivisering ville blitt ført som hjemmetjenester i andre kommuner.

Forholdet mellom utgifter brukt til hjemmetjenester og institusjonstjenester kan brukes som en indikator på hvordan kommunen har bygd opp tjenestetilbudet. For å oppnå målet med å gi tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON) bør kommunen bruke en større andel på hjemmetjenester enn institusjonstjenester. Tynset bruker mest på institusjonstjenester av sammenligningskommunene. Tynset bruker også mer på hjemmetjenester dersom vi anser at en del av utgiftene til

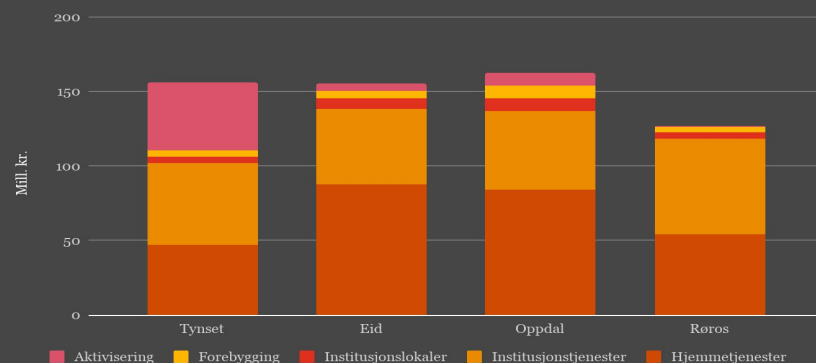
aktivisering også kan tilskrives hjemmetjenestene.

## ***Institusjonstjenester***

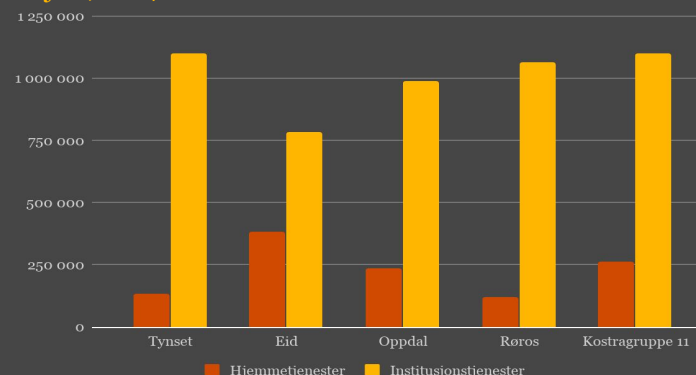
Tynset kommunes utgifter per plass i institusjon er noe høyere enn sammenligningskommunene, og ligger på samme nivå som gjennomsnittet i kostragruppe 11. Eid kommune har lavest utgifter per plass i utvalget, men har relativt lav beleggprosent i institusjonstjenestene, og sparer dermed penger på at plasser står tomme. Dersom vi ser på kostnaden per år i institusjon viser kostradata at Tynset ikke skiller seg vesentlig fra de andre kommunene i sammenligningen.

Tynset hadde totalt 54 institusjonsplasser i 2017, 20 ordinære langtidsplasser, 20 plasser tilrettelagt for demente og 12 plasser for midlertidig opphold. Dette er blitt redusert til 50 plasser i 2018, ved at kommunen har tatt bort to plasser til rehabilitering og to plasser til midlertidig opphold. Dette er relativt lik fordeling som Eid og Oppdal, mens Røros ikke har plasser i institusjon for korttidsopphold. Tynset har samlet sett færre plasser i institusjon enn de andre kommunene.

Korrigerede brutto driftsutgifter til helse og omsorg i mill.kr, sammenligning, 2017



Gjennomsnittskostnad per mottaker av hjemmetjenester, og per plass i institusjon, 2017





# 7. Økonomi

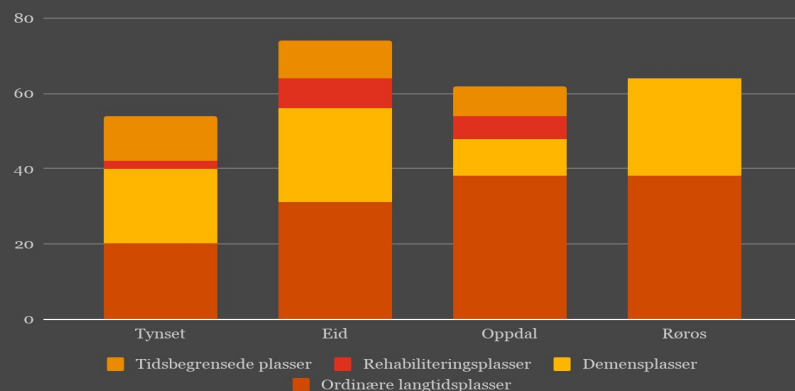
Tynset har om lag 100 prosent belegg på langtidsplasser i institusjon. Dette gir i praksis fullt belegg på disse plassene. Det er kun Eid kommune som ikke har fullt belegg på langtidsplassene i institusjon. Det er ofte venteliste på langtidsplass i institusjon, slik at en ledig plass fort blir fylt opp.

Bruken av korttidsplasser kan imidlertid variere mer. De brukes til rehabiliteringsopphold eller vurdering av omsorgsbehov etter utskrivning fra sykehus, avlastningsopphold eller til andre midlertidige behov. Slike plasser må være tilgjengelig når et behov oppstår, og det er derfor ikke ønskelig med 100 prosent belegg på slike plasser. Jo flere korttidsplasser kommunen har, desto høyere beleggsprosent kan man tillate. Som regel bør kommune ha minst én korttidsplass ledig for å kunne ta unna akutte behov. Dersom kommunen har få korttidsplasser, må dermed en større andel av plassene stå ledige.

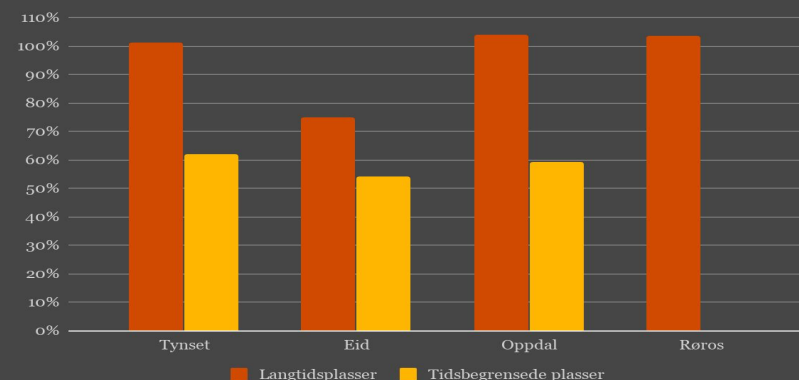
Av sammenligningskommunene har alle om lag 50-60 prosent belegg gjennom året i 2017. En slik beleggsprosent indikerer at kommunen

klarer å holde plasser ledige gjennom året, samtidig som plassene blir hyppig brukt.

Antall institusjonsplasser etter type plass, 2017



Beleggsprosent i institusjonsplasser, 2017



# 7. Økonomi

## Hjemmetjenester

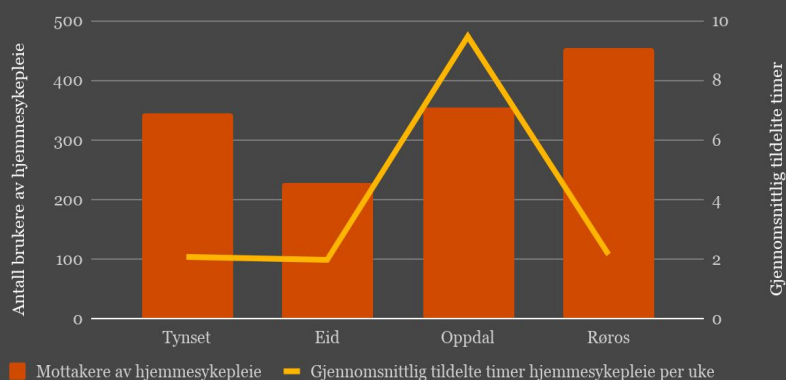
Tynset har relativt lave utgifter per mottaker av hjemmetjenester. Dette kan ha sammenheng med at Tynset fører en stor del av utgiftene i helse- og omsorgstjenesten under aktivisering. Samtidig vil kostnaden per bruker i hjemmetjenestene i stor grad bli påvirket av hvor mange timer brukere av hjemmetjenester mottar i gjennomsnitt.

Tynset, Eid og Røros leverer alle ca. 2 timer hjemmesykepleie i uka per bruker i gjennomsnitt mens Oppdal leverer vesentlig flere timer per bruker. Det er omtrent like mange mottakere av hjemmesykepleie i Tynset som i Oppdal mens det er færre i Eid og flere i Røros. Det er imidlertid vanskelig å se sammenhengen mellom antall mottakere av hjemmetjenester, antall timer hjemmesykepleie per mottaker, og kostnaden per bruker. Dette skyldes at det også er andre faktorer som påvirker disse kostnadene, som for eksempel antall timer praktisk bistand kommunen leverer. Tynset leverer om lag 30 prosent hjemmesykepleie og 70 prosent praktisk bistand. Det er stor forskjell i fordelingen mellom

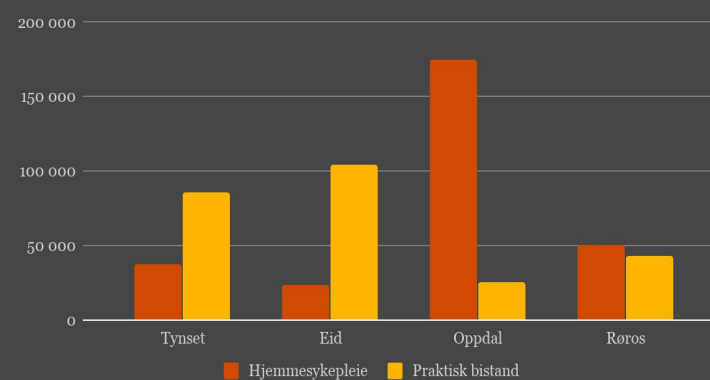
hjemmesykepleie og praktisk bistand mellom kommunene. Praktisk bistand er som oftest mindre ressurskrevende å levere, og krever ikke kvalifisert helsepersonell slik hjemmesykepleie gjør. Samtidig kan en del oppgaver innen praktisk bistand være mer tidkrevende å levere, noe som fører til at kommunene i de fleste tilfeller leverer flere timer praktisk bistand enn hjemmesykepleie i uken per bruker.

Overgangen fra bruk av institusjon til hjemmetjenester sees på som en avgjørende faktor for å få mer effektiv ressursbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En utfordring i hjemmetjenesten er å få kommunisert ut at brukergruppa endrer seg. Samtidig er tjenesten vanskelig å styre på budsjett da det er store variasjoner i tjenestebehov over tid. Dette er ekstra utfordrende når tjenesten også ivaretar de som har BPA (brukerstyrt personlig assistent), som er veldig uforutsigbart over tid.

Antall mottakere av hjemmesykepleie og gjennomsnittlig tildelte timer 2017



Antall utførte timer hjemmesykepleie og praktisk bistand, 2017



# 7. Økonomi

Flere av lederne trekker fram at små adskilte avdelinger i helse- og omsorgstjenestene særlig skaper utfordringer for døgnbemannede tjenester. Slike tjenester er avhengig å ha tilgjengelig grunnbemanning også på kveld og natt og i helger. Når tjenestene er spredt på flere steder, må kommunen ha slik grunnbemanning på alle tjenestesteder. I hjemmetjenesten blir det særlig trukket fram at det er kort avstand mellom boligene på Furumoen og Tjønnoen, men at det likevel er grunnbemanning på begge tjenestestedene.

For enkelte avdelinger kunne en sentralisering og sammenslåing av underliggende enheter og boliger ha ført til at disse kunne vært drevet samlet på en mer effektiv måte. Tynset har blant annet 10 bofellesskap med totalt 36 brukere (3-4 brukere pr hus). Dette er mer kostnads-krevende å drive enn om det hadde vært færre og større hus. Det er brukere i disse bofellesskapene som fint kunne ha bodd sammen, og de fleste boligene ligger i samme område.

Vi har ikke vurdert eller gjort beregninger av om sammenslåing av

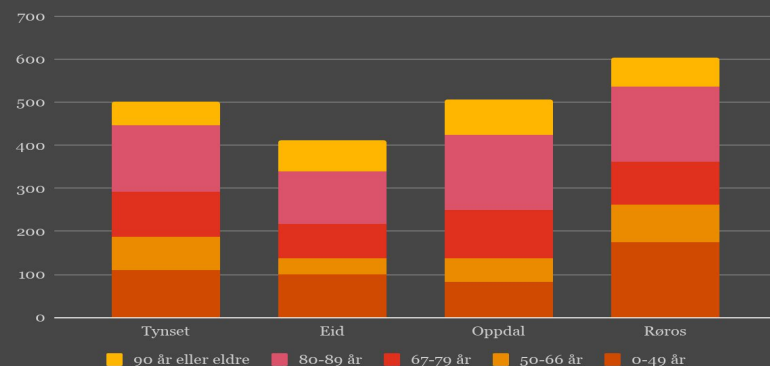
boliger ville vært kostnadsbesparende for Tynset, men flere av ledere har indikert at en slik stordriftsfordel kunne vært mulig.

## **Brukere av helse- og omsorgstjenester**

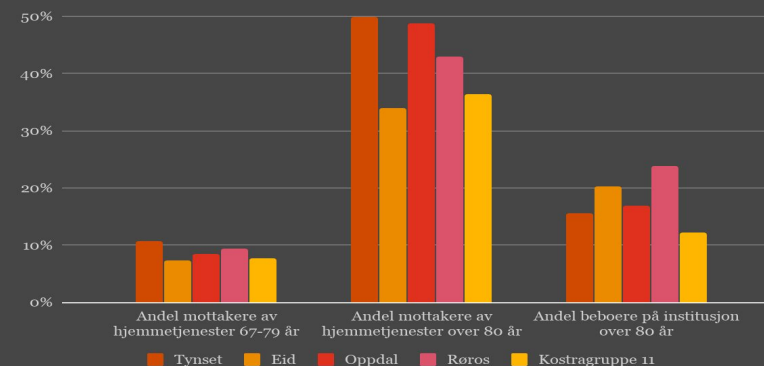
Tynset har omtrent like mange brukere av helse- og omsorgstjenester som Oppdal, mens kommunen har noe flere brukere enn Eid, og noe færre enn Røros. Aldersfordelingen mellom brukerne er omtrent lik for alle fire kommunene. Total er ca 40 prosent av alle mottakere av helse- og omsorgstjenester i Tynset eldre enn 80 år, og ytterligere 20 prosent er mellom 67 og 79 år. Eldre brukere mottar i størst grad hjemmesykepleie og praktisk bistand til daglige gjøremål fra hjemmetjenesten. Det er også de eldre brukerne som er innlagt på institusjon. Yngre brukere er ofte tyngre brukere som mottar hjemmetjenester, primært praktisk bistand til daglige gjøremål.

Om lag 10 prosent av alle innbyggere i alderen 67-79 år i Tynset mottar hjemmetjenester. Dette er noe høyere enn de øvrige kommunene i sammenligningen, og det ligger også høyere enn snittet i kostragruppe 11.

Antall brukere av helse- og omsorgstjenester totalt etter alder, 2017



Andel brukere av hjemmesykepleie og institusjonstjenester etter alder, 2017



# 7. Økonomi

For aldersgruppen over 80 år stiger andelen som mottar hjemme-tjenester i Tynset til 50 prosent. Også her ligger Tynset høyest i utvalget. Nærmest Tynset ligger Oppdal og Røros, mens Eid, og gjennomsnittet i kostragruppe 11 ligger om lag 15 prosentpoeng lavere enn Tynset. En lavere andel av 80-åringene i Tynset bor på institusjon, sammenlignet med Eid og Røros. Også her ligger imidlertid Tynset høyere enn gjennomsnittet i kostragruppe 11.

Sammenlignet med kostragruppe 11 tildeler Tynset tjenester til en større andel av innbyggerne over 67 år, både av hjemmetjenester og institusjonstjenester. Sammenlignet med de andre kommunene i utvalget har Tynset høyere andel mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppene 67-79 år og over 80 år, men lavere andel beboere på institusjon blant innbyggere over 80 år. Dette kan indikere at Tynset har klart å dreie tjenestene sine noe i retning av økt bruk av hjemme-tjenester til fordel for institusjonstjenester, men at kommunen generelt tildeler tjenester til flere personer enn gjennomsnittet av kommunene i kostragruppe 11.

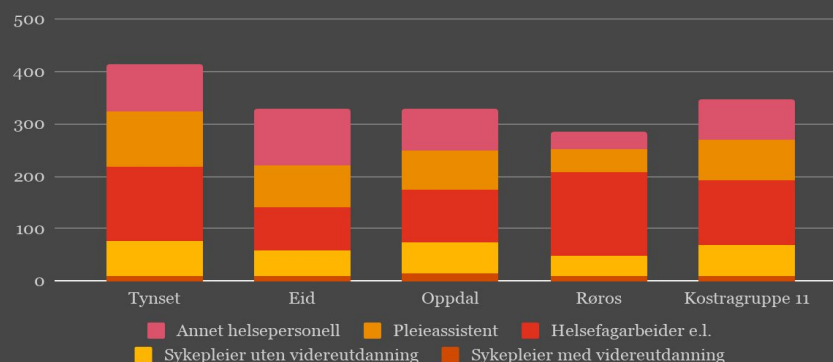
## Årsverk i brukerrettede tjenester

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Tynset kommune leverer flere årsverk i brukerrettede tjenester per innbygger enn noen av sammenligningskommunene og gjennomsnittet i kostragruppe 11.

Tynset har omtrent like mange årsverk av sykepleiere som Oppdal og gjennomsnittet i kostragruppe 11, og noe mer enn Eid og Røros. Det store flertallet av årsverkene kommer fra sykepleiere uten spesialisering. Dette gjelder for alle kommunene i sammenligningen.

Tynset skiller seg imidlertid ut med å ha mange årsverk fra både pleieassistenter og helsefagarbeidere per innbygger. De øvrige kommunene i sammenligningen har enten mange årsverk per innbygger fra pleieassistenter eller helsefagarbeider, men ikke fra begge gruppene. Det er dette som bidrar til at Tynset samlet sett har flere årsverk i helse- og omsorgstjenesten enn de øvrige kommunene per innbygger.

Antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten etter utdanning, pr 10 000 innbygger, 2017



# 7. Økonomi

## **Revisors kommentarer**

Til tross for at Tynset har færre innbyggere enn kommunene vi sammenligner med, bruker kommunen nest mest penger til helse og omsorg. Noe av dette skyldes at Tynset har brukere med funksjonshemninger med høyt bistandsbehov. Tynset kommune skiller seg ikke vesentlig fra sammenlignbare kommuner i hvordan kommunen har bygd opp sine tjenester.

Insitusjonsplassene i Tynset er noe dyrere enn i sammenlignbare kommuner. Flere ledere har nevnt at Tynset har mange små avdelinger, både i institusjon og i omsorgstjenestene forøvrig, noe som kan bidra til noe høy enhetskostnad.

Tynset har bevisst bygget ned kapasiteten på institusjonsplasser, og har færre plasser enn kommunene i sammenligningen. Samtidig oppgir ledere i kommunen at det er beboere på institusjon i dag som nok kunne klart seg med hjemmetjenester. Det kan være utfordrende å begrense tilgangen til institusjonsplasser hvis man har ledig plass, så å ha et begrenset antall plasser i institusjon kan være fornuftig så lenge kommunen kan gi et forsvarlig tilbud utenom institusjon.

Bruken av hjemmetjenester i Tynset er på nivå med de øvrige kommunene i sammenligningen både i antall brukere og antall tildelte timer hjemmesykepleie i snitt per bruker.

I Tynset mottar en høyere andel av eldre over 80 år hjemmetjenester. Dette kan henge sammen med at kommunen har færre institusjonsplasser, og dermed være en indikator på at Tynset får til å flytte brukere fra institusjon til eget hjem.

Til slutt viser kostraanalysene at Tynset har flere årsverk i brukerrettede tjenester pr innbygger enn de øvrige kommunene og kostragruppe 11. Det er særlig antallet helsefagarbeider og pleieassistenter som trekker opp antallet årsverk sammenlignet med de andre kommunene.

At både institusjonstjenestene og tjenestene for funksjonshemmede har mange små avdelinger kan være med å trekke opp behovet for årsverk, og dermed forklare hvorfor Tynset ligger så høyt som de gjør.

Kostraanalysene gir ikke noen indikasjoner på at Tynset driver mindre effektivt enn sammenlignbare kommuner generelt. Analysene viser imidlertid at det er mulig å drive tjenestene mer effektivt. Særlig vil sammenslåing av små avdelinger kunne åpne for bedre ressursbruk i tjenestene.

Tynset er en relativt liten kommune i nasjonal sammenheng, med sine 5 500 innbyggere. De senere årene har flere oppgaver blitt overført fra sykehusene til kommunene, noe som skaper en økt belastning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg blir befolkningen stadig eldre, og særlig kommuner i distriktene vil oppleve en økning i antall eldre over 80 år i årene som kommer. For å møte disse utfordringene må kommunen vurdere hvordan tjenestene skal organiseres i fremtiden. Kostraanalysene indikerer at Tynset er i gang med å styrke hjemmetjenestene til fordel for institusjonstjenester, men at det fremdeles vil være nødvendig å effektivisere både institusjonstjenestene og hjemmetjenestene i fremtiden.

# 8. Konklusjon og anbefalinger

Her konkluderer vi på hovedproblemstillingen, om det er samsvar mellom ledelsesressurser, organisering og ressursbruk innenfor helse og omsorg. De supplerende problemstillingene på side 5 blir kommentert så langt de passer. Forøvrig er de behandlet underveis i vurderingene.

Vår konklusjon er at det bare i noen grad er samsvar mellom ledelsesressurser, organisering og ressursbruk innenfor helse og omsorg, og at dagens organisering ikke fullt ut er tilpasset brukere og ansatte i tjenestene.

Tynset har like mange ansatte med lederansvar innen helse og omsorg som Oppdal, og flere enn de andre sammenlignbare kommunene, noe som kan ses i sammenheng med at kommunen er organisert med mange avdelinger og geografisk spredt over mange steder.

Den spredte organiseringen er også noe av årsaken til at kommunen har relativt høye utgifter til helse og omsorg sammenlignet med andre.

De fleste av fagområdene er hensiktsmessig organisert innen sektoren, men det er til dels store utfordringer med samarbeid og informasjonsdeling på tvers av tjenestene. Dette gjelder særlig mellom institusjons-tjenesten og hjemmesykepleie.

Lederne i helse og omsorg har relevant kompetanse, og utøver ledelse med balanse mellom kvalitet og økonomi. Over tid har det imidlertid vært for lite fokus på økonomi i ledelsen, noe som har resultert i at kommunen på flere områder yter mer tjenester enn brukerne har behov for eller krav på. Dette kan ses i sammenheng med at de som utreder tjenestebehov og tildeler tjenestene i praksis er de som jobber med brukerne i det daglige ute i tjenestene, og at tildelingene derfor blir for lite objektive.

Kommunens varslingsrutiner er ikke oppdatert til ny arbeidsmiljølov, og ledere og ansatte kjenner ikke rutinene godt nok.

Innen helse og omsorg er det mange ansatte med høy fagkompetanse. Kommunen har en kompetanseplan, men jobber ikke tilstrekkelig systematisk med å utvikle ansattes fagkompetanse i tråd med den.

Det er bekymringsfullt at mange ansatte mener at det ikke er nok fagutdannede på vakt til enhver tid.

Helse og omsorg har relativt store utgifter til vikarbruk. Vikarene får i praksis god nok opplæring, men mange ansatte mener at vikarene ikke har god nok kompetanse, og at de svekker tilbudet. Det gir grunn til å spørre om kommunen bør lete etter andre muligheter for å dekke midlertidige ressursbehov, for eksempel større flyt av ressursene på tvers av avdelinger.

Basert på disse konklusjonene anbefaler vi rådmannen i Tynset kommune å:

- finne tiltak for å bedre samarbeid og informasjonsflyt om pasienter og brukere på tvers av tjenestene innen Helse og omsorg
- oppdatere varslingsrutiner og gjøre dem bedre kjent i organisasjonen

I tillegg peker rapporten på flere forbedringsområder som rådmannen bør ta tak i. Mange av dem er kommunen allerede i gang å jobbe med. Blant disse er den kostbare driftssituasjon med mange avdelinger og stor geografisk spredning, antallet ledere og vedtakskontorets rolle og kulturen for å gi mer tjenester enn brukerne har behov for og krav på.

*Denne rapporten er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers (PwC) for kontrollutvalget i Tynset kommune i samsvar med kontrakt signert 11.09.2018. Våre vurderinger bygger på den faktainformasjon som har framkommet gjennom den informasjonen som er gjort tilgjengelig for oss i dette arbeidet. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke for at dette er fullstendig, korrekt og presis. Framlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC. Tynset kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med inngått avtale og kontrakt. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av oppdragsgiver eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller benyttet på annen måte. Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport, foretas på eget ansvar.*







# TYNSET KOMMUNE

RÅDMANNEN

Pricewaterhousecoopers AS

7492 TRONDHEIM

Tynset 28.11.2018

<i>Vår ref.</i>	<i>Løpenr.</i>	<i>Arkivkode</i>	<i>Saksbehandler</i>	<i>Deres ref.</i>
18/2077-2	56697/18	031	Arild Einar Trøen	
<i>(Vennligst oppgi "Vår ref." ved svar)</i>				

## SVAR PÅ FORELØPIG RAPPORT FORVALTNINGSREVISJON HELSE OG OMSORG TYNSET KOMMUNE

Det vises til foreløpig rapport fra PricewaterhouseCoopers (PwC) «Ledelse, organisering og ressursbruk i helse og omsorg Tynset kommune» der det bes om uttalelse fra Tynset kommune ved rådmannen.

Tynset kommune har det siste året arbeidet med en omfattende analyse av egen virksomhet og hvilke konsekvenser den bør få for egen virksomhet. Rapporten fra forvaltningsrevisjonen PwC har gjennomført bekrefter i all hovedsak kommunens egen oppfatning og analyse av egen virksomhet inkludert helse- og omsorgssektoren. Tjenesteutviklingsrapporten som kommunen har utarbeidet harmonerer med dette. Tynset kommune har handlingsrom både innenfor perspektivene effektivitet, terskler og struktur.

Rapporten peker på at kommunen har iverksatt, eller er på vei til å iverksette flere særskilte utredninger og tiltak som tar tak i en del av de momentene rapporten påpeker at rådmann bør se på. Dette bekrefter kommunens satsninger og analyser av egen organisasjon.

Tynset kommune støtter i all hovedsak trekkene og konklusjonene i rapporten. Det er likevel enkelte detaljer i rapporten vi ikke nødvendigvis gjenkjenner.

I virksomheten for helse og omsorgs er det 18 ledere med personal og økonomiansvar. Ikke 20 som oppgitt i utkast til rapport. Vi tror forklaringen på forskjellen i tallene er at det på TFF er flere avdelinger som ledes av fagleder uten økonomi- og personalansvar. Det betyr at flere fagavdelinger er underlagt samme leder.

I rapporten angis det at kommunen har 54 institusjonsplasser. Dette var riktig i 2017, men kommunen har med virkning fra 2018 totalt 50 institusjonsplasser. Dette er fordelt på 20 langtidsplasser, 20 plasser ved skjermet avdeling og 10 korttidsplasser.

Tall fra 2017 viser at Tynset kommune har et mye høyere utgiftsbehov enn henholdsvis Eid, Oppdal og Røros. En stor del av dette skyldes at Tynset har tilnærmet dobbelt så stort utgiftsbehov for PU-brukere som de øvrige kommunene, noe som er av vesentlig betydning for kommunens totale ressursbruk innen helse og omsorg.

**Postadresse**  
2500 TYNSET

**Besøksadresse**  
Rådhuset  
E-post: [postmottak@tynset.kommune.no](mailto:postmottak@tynset.kommune.no)

**Telefon**  
62 48 50 00

**Telefaks**  
62 48 50 11

**Org.nr:** NO 940837685 MVA  
Bankgiro: 6170.05.21000  
Bankgiro: 6170.05.22600 OCR

I følge våre kostratall fra 2017 koster en institusjonsplass i Tynset kommune om lag kr 1,1 mill. Dette er samme nivå som Røros og Oppdal og gjennomsnittet for kostragruppe 11. Eid har en lavere kostnad i 2017, men det kan tyde på rapporteringsproblematikk i og med at nivået for 2015 og 2016 var på linje med de øvrige sammenligningskommunene. I rapporten angis det at «Tynset bruker om lag 1,4 mill i året per institusjonsplass, noe som er 250 000 kr mer enn gjennomsnittet i kostragruppe 11.».

Basert på konklusjonene i rapporten anbefaler PwC rådmannen i Tynset kommune å:

1. Finne tiltak for å bedre samarbeid og informasjonsflyt om pasienter og brukere på tvers av tjenestene innen Helse og omsorg.
2. Oppdatere varslingsrutiner og gjøre dem bedre kjent i organisasjonen.

Til anbefalingenes punkt 1 er det å si at det arbeides kontinuerlig med dette og det vil alltid være rom for ytterligere forbedringer. Til punkt 2 er det å si at varslingsrutinen umiddelbart ble oppdatert i henhold til lovverket som følge av at det ble påpekt i utkastet til rapport.

Som sluttkommentar anføres at rapporten tas til etterretning og blir tatt med sammen med annet kunnskapsgrunnlag i det kontinuerlige forbedrings- og utviklingsarbeidet i kommunen.

Med hilsen

Arild Einar Trøen  
rådmann

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur*