

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2007-2011) d. 12-01-2010

Møtedato Tirsdag d. 12. januar 2010 kl. 14:00

Møtested Rådhuset

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember 2009 til godkjenning.....	3
Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen.....	8
Ny funksjonell organisering av en samlet støttekontaktjeneste.....	12
Vurdering av bemanning ved EBT.....	14
Rapport fra rekrutteringsprosjektet i helse- og sosialsektoren - til orientering.....	21
Heltidsprosjektet i helse- og sosialsektoren - orientering.....	23
Tilbakemelding vedr. Sykefraværet i helse- og sosialsektoren.....	34

Punkt 1/10: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember 2009 til godkjenning



Dato: 4. januar 2010
Saksnr.: 201000029-1
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12.01.2010

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember 2009 til godkjenning

[Forslag til vedtak:](#)

[Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember 2010.](#)

Geir Sandvik
leder

Carol Reinertsen
politisk sekretær

Trykte vedlegg: helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember 2009.

HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

Helse- og sosialdirektøren



PROTOKOLL - HELSE- OG SOSIALSTYRET

Dato: 08. desember 2009
Sted: Rådhuset
Behandlede saker: 53/09 – 59/09
Møtets varighet: 13.00 – 16.00
Møteleder: Geir Sandvik

Til stede:

Geir Sandvik, (KRF)
Bjørg Stray, (KRF)
Charlotte Antonsen, (AP)
Kjell A. Grøttum, (AP)
Halvor Hulaas, (FRP)
Salve Reinhardt, (H)
Cecilie Johanne Frivold, (H)
Wencke Refsnes, (PP)
Sissel Mosby Nilsen, (SV)

Forfall:

Eirik Dåstøl Langeland, (AP)

Til stede fra administrasjonen:

Lars Dahlen, helse- og sosialdirektør
Arild Rekve, rådgiver
Ragnvald Madland, prosjektleder
Ole Geir Gitlestad, rådgiver
Kristin Hakli, enhetsleder
Laila Hamar, rådgiver
Carol Reinertsen, politisk sekretær

Dessuten møtte:

Riitta Liisa Koskela, Fagforbundet
Irene Kaspersen, Fagforbundet

TEMAMØTE:

Kl. 13.00 – 14.00

Rekrutteringsprosjektet
v/prosjektleder Ragnvald Madland

Kl. 14.00 - 14.30

Orientering om dagsentertilbudet i Kristiansand
kommune
v/enhetsleder Kristin Hakli og rådgiver Ole Geir Gitlestad

53/09 HELSE- OG SOSIALSTYRETS PROTOKOLL FRA MØTET 17. NOVEMBER TIL GODKJENNING

VEDTAK:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 17. november godkjennes.
(Enst.)

54/09 ORIENTERINGSSAK: UTVIDET ARBEIDSSOMRÅDE FOR PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I VEST-AGDER

VEDTAK:

1. Byombudsordningen stilles i bero fra nåværende ombuds avgang 01052010, og vurderes på ny når stortinget har ferdigstilt arbeidet med alternative rettshjelpsordninger for denne gruppen.
2. For 2010 og 2011 bevilger bystyret 200 000/år til Pasient- og brukerombudet. Bevilgningen finansieres av midler avsatt til byombud.
3. For 2010 bevilger bystyret kr 250.000 til gatejuristen. Bevilgningen finansieres av midler avsatt til byombud.
(Enst.)

Voteringer:

11 voterte inklusive 2 HTV.

Administrasjonens innstilling: enstemmig vedtatt.

55/09 KOMMUNEDELPLAN FOR KVADRATUREN OG VESTRE HAVN. FASTSETTELSE AV PLANPROGRAM.

HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

1. Bystyret fastsetter planprogram for kommunedelplan for Kvadraturen og Vestre Havn, datert 05.02.09. Planprogrammet justeres i tråd med de endringer rådmannen har foreslått.
2. Havnevesenet bes sette i gang arbeid med områdeplan for ny ferjeterminal og containerhav på KMV-området.
3. Kommunedelplanarbeidet vil i løpet av 1. kvartal 2010 involvere formannskapet i en prosess knyttet til konkretisering av utfordringer og prioritering av mål som er definert i planprogrammet.
(Enst.)

56/09 GJENNOMFØRING AV "FRITT BRUKERVALG" FOR PRAKTISK BISTAND I HJEMMETJENESTENE

HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

1. Bystyret tar saken til orientering.

(10-1)

2. Kostnader til drift legges inn i 1. tertial.

(6-5)

Voteringer:

11 voterte inklusive 2 HTV.

Administrasjonens innstilling:

Pkt. 1: Vedtatt med 10 mot 1 (SV) stemmer.

Pkt.2: Vedtatt med 6 mot 5 (2 HTV, 2 AP, 1 SV) stemmer

57/09 DAGSENTER FOR ELDRE

VEDTAK:

Helse- og sosialstyret gir sin tilslutning til anbefalingene og konklusjonene i rapporten om dagsenter for eldre av oktober 2009.

(Enst.)

58/09 PRESENTASJON AV BRUKERUNDERSØKELSE FOR TJENESTEN FOR UTVIKLINGSHEMMEDE

VEDTAK:

Helse- og sosialstyret tar undersøkelsen for tjenesten for utviklingshemmede 2009 til etterretning.

(Enst.)

59/09 HELSE- OG SOSIALSTYRETS MØTEPLAN FOR 1. HALVÅR 2010

VEDTAK:

Helse- og sosialstyrets foreslåtte møteplan for 2010 godkjennes.

(Enst.)

Åpen Runde/Orienteringer

Det ble ikke presentert saker under åpen runde

Møtet hevet kl. 16.00
Kristiansand kommune
Geir Sandvik
Leder

Carol Reinertsen
politisk sekretær
(sign.)

Punkt 2/10: Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen



Dato: 04.01.2010
Saksnr.: 200905743-4
Arkivkode E: G21
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang

Helse- og sosialstyret

Møtedato

Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen

Sammendrag:

Når kommunen har behov for å opprette nye legehjemler må kommunen søke om tillatelse fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling i Helsedirektoratet. Søknaden skal fremsendes gjennom Fylkeslegen.

Det er videre et krav at det foreligger et kommunalt vedtak på at en slik hjemmel ønskes opprettet, enten ved at det er gjort et politisk vedtak i hvert tilfelle, eller ved at myndigheten til å beslutte dette er delegert til rådmannen.

Siden kommunen antas ha behov for å øke antall fastleger regelmessig i de nærmeste årene, dels på grunn av befolkningsvekst og dels som en konsekvens av forslagene i samhandlingsreformen, synes det fornuftig å foreslå at myndighet til å kunne søke om opprettelse av nye hjemler delegeres til rådmannen.

Forslag til vedtak:

1. Myndighet til å søke Nasjonalt råd om opprettelse av nye legehjemler i kommunen delegeres til rådmannen

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Sigurd Paulsen
enhetsleder samfunnsmedisin

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg:

Bakgrunn for saken :

Krav om søknad for å opprette nye hjemler

Nye legehjemler kan kun opprettes etter at det er gitt anledning til det fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording i Helsedirektoratet.

Når kommunen har behov for å opprette nye legehjemler skal kommunenes fastleger informeres gjennom allmennlegeutvalg og/eller lokalt samarbeidsutvalg. Deretter må kommunen søke Nasjonalt råd på dertil avsatt skjema. Søknaden fremsendes gjennom Fylkeslegen, som gir sin anbefaling etter vurdering av søknaden.

Det er et formelt krav fra Nasjonalt råd at søknaden er gitt en politisk behandling. Dette kan enten skje ved at hver søknad er politisk vedtatt, eller ved at myndigheten til å vurdere når det foreligger behov for å søke om nye hjemler er delegert til administrasjonen, som deretter kan sende søknad uten ytterligere politisk behandling.

Generelt om økonomiske forhold ved opprettelse av fastlegehjemler

I utgangspunktet er opprettelse av en ny fastlegehjemmel kostnadsnøytralt for kommunen, hva angår fastlegens kontorpraksis. Forklaringen på dette er at kommunens utgift til fastlegene primært består at en basisgodtgjørelse for hver innbygger som står på legens liste. Dette tilskuddet er for tiden kr 357 per innbygger per år. Kommunens totale kostnad til fastlegetjenesten vil derfor være kr 357 ganget med totalt innbyggerantall, dvs ca 28,5 mill, helt uavhengig av hvor mange fastleger kommunen har. Opprettelse av nye legehjemler vil kun påvirke hvor mange leger dette beløpet skal deles på, og altså ikke beløpets størrelse.

I tillegg til sin fastlegepraksis har imidlertid fastlegene en offentlig allmennlegeoppgave i form av arbeid i sykehjem, fengselshelsetjeneste, helsestasjon og liknende. Hver lege kan tilpliktes 7,5 timer per uke av slik arbeid, og har i disse stillingene fast lønn fra kommunen. Nye hjemler kan også tillegges slikt arbeid, og det vil i så fall øke kommunens utgift til legelønninger.

Behov for fastlegehjemler til allmennpraksis

Hver fastlege har avtalt et maksimalt innbyggertall på sin liste, og listen blir stengt for innmelding av nye pasienter når dette tallet er nådd. En vanlig listestørrelse for nye legehjemler vil være 1.000 – 1.200. Kristiansand har i dag 69 fastleger, med i alt 3.930 ledige listeplasser. Ledig kapasitet er redusert til nær en fjerdedel fra juni 2006 da det var 13.485.

Dette tallet bør være av en viss størrelse for å ivareta innbyggernes mulighet og rettighet til å kunne skifte fastlege. Tallet må også ses i forhold til legebehov hos andre grupper enn de som står på legenes lister. Vi må ha tilstrekkelig kapasitet til å gi legetjenester til turister, gjestearbeidere og andre tilreisende som midlertidig oppholder seg i kommunen, og til de vel 8.000 studentene ved UiA hvorav kun en mindre andel står på liste hos en av byens fastleger.

Ut fra antall tilreisende og antall studenter synes det riktig for Kristiansand å sørge for en ledig listekapasitet på minst 10% av befolkningstallet. I dagens situasjon vil dette tilsi at vi bør øke listekapasiteten med minst 4.000 plasser, eller 4 legehjemler. Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001, har Kristiansand kun opprettet 2 nye legehjemler. Befolkningsveksten har de senere årene ligget på mellom 500 og 1000 personer per år, eller med andre ord ca ½ fastlegeliste per år.

For fremtiden vil det, med fortsatt vekst på dagens nivå, være behov for å opprette ca 2 hjemler per 3. år når vi bare tar hensyn til befolkningsveksten.

Behov for fastleger til offentlig allmennlegearbeid

Kristiansand har en relativt sett god dekning av helsestasjonsleger, omtrent på landsgjennomsnittet. Det vil kunne bli aktuelt å øke dette som en konsekvens av samhandlingsreformen, men det er litt tidlig å konkludere.

Sykehjemslegetjenesten er derimot betydelig lavere bemannet – her er landsgjennomsnittet 0,29 legetimer per uke per sykehjems plass, i Kristiansand har vi 0,21. Gjennom kartlegging av sykehjemslegetjenesten i 2007 er det innmeldt et vurdert behov for 3 nye legeårsværk til sykehjemslegetjenesten. Nye fastlegehjemler er en god måte å rekruttere nye leger som kan gis sykehjemslegearbeid som sin offentlige allmennlegetjeneste.

Her og nå er det på to områder kommunen har særlig behov for å styrke det offentlige legearbeidet:

1. Legetjenesten ved korttidssykehjemmet på Valhalla.
2. Flyktingehelsetjenesten som pga vesentlige økningen av antall asylsøkere og gjenforeningssaker siste år har økt antall pliktig førstegangs helseundersøkelse, og økt behov for videre oppfølging i etterkant av denne.

Samhandlingsreformen og behov for legehjemler

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen ble lagt frem 19. juni, med en lang rekke forslag som vil kreve styrking av fastlegetjenesten og kommuneoverlegetjenesten. Her gis blant annet et klart signal om behov for flere legestillinger til kommunene. Dels foreslås en 50% økning av antall fastleger over de nærmeste årene, dels foreslås en reduksjon av antall pasienter på hver fastleges liste, og sist foreslås at fastlegene skal kunne tilpliktes en større stillingsandel for offentlig legearbeid, opp mot 40%.

Det skal vurderes om "*.....følgende oppgaver skal inngå i det allmenntedisinske offentlige legearbeid:*

- *undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell.*
- *veiledning av utdanningskandidater i allmenntedisin*
- *tverrfaglig samarbeid*
- *praksiskonsulenter/samarbeidsleger*
- *legevakt som allmenntedisinsk offentlig oppgave*
- *delta i rehabilitering i kommunal regi*
- *bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi*
- *forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste "*

Alle disse forslagene vil gi et vesentlig større behov for opprettelse av nye legehjemler enn det oven beskrevne som er basert på dagens situasjon.

Det synes derfor fornuftig å foreslå at rådmannen delegeres myndighet til selv å søke om opprettelse av nye legehjemler når situasjonen tilsier det.

Punkt 3/10: Ny funksjonell organisering av en samlet støttekontaktteneste

Bilag

Ny funksjonell organisering av en samlet



Dato: 04.01.2010
Saksnr.: 200804737-3
Arkivkode E: 417 F16
Saksbehandler: Tor Ø. Kydland

ADMINISTRATIV SAK

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12.01.2010

Ny funksjonell organisering av en samlet støttekontakttjeneste

Bakgrunn for saken/ sammendrag:

En tverrfaglig prosjektgruppe fikk i oppdrag fra Helse- og sosialdirektøren å beskrive og foreslå en ny funksjonell organisering av en samlet støttekontakttjeneste. Dette initiativet ble tatt på grunnlag av erfaringer med at den svært fragmenterte organiseringen ikke lenger var noen optimal løsning verken med tanke på resursstyring eller kvaliteten på tjenestene. Ved å samle arbeidet med støttekontakttjenestene i en avdeling mener Helse- og sosialdirektøren det vil gi en mer robust, resurstilpasset og bedre tjeneste. Avdelingen har fått navnet Aktiv fritid og vil bli organisert under Sentrum/Lund helseenhet. Arbeidet med å implementere endringene igangsettes så snart en milepælsplan for arbeidet er ferdig utarbeidet medio januar d.å.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret tar saken til orientering.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tor Kydland
Jur. rådgiver

Trykte vedlegg: Prosjektrapport av des 2009

Utrykte vedlegg: Ingen

Punkt 4/10: Vurdering av bemanning ved EBT

Bilag

Analyse av behovet for bemanning -Sluttrapport



Dato: 04.01.2010
Saksnr.: 201000104-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Arild Rekve

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12. januar 2010

Vurdering av bemanning ved EBT

Sammendrag:

Helse- og sosialstyret vedtok i sitt møte 13.1.09 at "det bes om en ekstern gjennomgang og vurdering av rutiner og forvaltningspraksis ved EBT og analyse av ressursbruk i forhold til dette". Bakgrunnen for vedtaket var at bystyret vedtok i forbindelse med budsjettbehandlingene 11.12.08 en reduksjon i bevilgningene til drift av EBT samt følgende oversendelsesforslag:

"Administrasjonen foretar en analyse av behovet for bemanning i EBT, og oversender materialet til helse- og sosialstyret for vurdering."

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) ble i februar 09 engasjert til å foreta analysen av EBT – bemanning og praksis. Det viste seg å bli langt mer vanskelig å gjennomføre undersøkelsen enn antatt. Rapporten foreligger nå (vedlagt). 3 kommuner/bydeler er sammenlignet med Kristiansand. Bemanningen ved EBT synes å være nødvendig in forhold til oppgavene. EBT er i sine kommentarer til rapporten mest opptatt av den kvalitative delen av arbeidet som rapporten ikke gir svar på. Metoden som ble valgt fanget ikke dette opp.

I forståelse med helse- og sosialstyret er innsparingen for EBT for 2009 ikke gjennomført. Midler tilvarende vedtatt innsparing er gjennom budsjettbehandling lagd inn i EBT sin budsjetttramme fra 2010.

Helse- og sosialdirektøren vurderer fortsatt at bemanningen ved EBT er nødvendig i forhold til ansvar og oppgaver. RO rapporten bekrefter dette.

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret slutter seg til konklusjonen om at bemanningen ved EBT er nødvendig i forhold til oppgavene.

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Arild Rekve

Trykt vedlegg: Sluttrapport fra RO

BAKGRUNN FOR SAKEN:

Helse- og sosialstyret vedtok i møte 13.1.09:

- ”1. Helse- og sosialstyret ber om en ekstern gjennomgang og vurdering av rutiner og forvaltningspraksis ved EBT og analyse av ressursbruk i forhold til dette.
2. Frist for tilbakemelding til helse- og sosialstyret settes til møtet 12.5.09”.

Bakkgrunnen for vedtaket var at bystyret vedtok i forbindelse med budsjettbehandlingene 11.12.08 følgende oversendelsesforslag:

”Administrasjonen foretar en analyse av behovet for bemanning i EBT, og oversender materialet til helse- og sosialstyret for vurdering.”

I samme møte vedtok bystyret en budsjett reduksjon på 0.5 mkr i driftsmidler for EBT i 2009.

AKTUELL SITUASJON:

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) ble i februar 09 engasjert til å foreta analysen av EBT – bemanning og praksis. Vi ble enige om en metode for å gjennomføre analysen. Det viste seg å bli langt mer vanskelig å gjennomføre undersøkelsen enn antatt. Vi satte sluttstrek for dette arbeidet i desember. Vedlagte rapport foreligger.

RO sin drøfting, analyse og konklusjon av funnene

”Med de forbehold som er tatt innledningsvis under punkt 10.0 kan følgende antydes: Som det framgår av oppsummeringen er det mange variabler som vanskelig lar seg sammenligne direkte. Dersom en kun legger til grunn tall knyttet til nye vedtak og endringsvedtak i 2008 var det bestillerenhetene i Stord og Bodø som hadde de høyeste arbeidsbelastningene. Bestillerenheten i Kristiansand kommune hadde den tredje høyeste arbeidsbelastningen av de bestillerenhetene som inngår i sammenligningsgrunnlaget. Trekker en også inn arbeidet som er knyttet til økonomi, er det kun bestillerenhetene i Stord og Kristiansand og til dels Trondheim, Heimdal bydel/soner som praktiserer ”penger følger bruker”. Arbeidsbelastningen som er knyttet opp mot økonomiforvaltningen i en slik modell kan vurderes som mer omfattende enn for bestillerenheter som ikke har innført en slik ordning. Dersom en ser indikatoren antall nye og antall endringsvedtak i 2008 i sammenheng med arbeidet knyttet til økonomiforvaltning og administrering av Vederlagsforskriften, vurderer RO det slik at det var bestillerenheten i Stord kommune som hadde den største arbeidsbelastningen i 2008. Arbeidsbelastningen i bestillerenhetene Kristiansand og Bodø ligger noe under det RO mener er tilfelle i bestillerenheten i Stord i 2008. Vurdert ut fra de samme kriteriene er det Trondheim, Heimdal bydel/soner som hadde den laveste arbeidsbelastningen i 2008.

Når arbeidsbelastningen i de ulike bestillerenhetene skal sammenlignes må det likevel understrekes at Stord kommune er en betydelig mindre kommune enn Kristiansand. I mindre kommuner er det normalt lettere å ha oversikt og ha kunnskap om brukerne og om de ulike årsakene som medfører at de søker tjenester. Dette kan bidra til å gjøre arbeidsprosessen enklere og mindre arbeidsintensive enn i større kommuner. Det kan således være vanskelig å sammenligne Stord kommune direkte med Kristiansand kommune. Bodø kommune har et antall innbyggere som kvalifiserer for en sammenligning med Kristiansand kommune, på den andre siden har ikke Bodø kommune innført modellen ”penger følger bruker”. Som tidligere påpekt har RO lagt til grunn at praktisering av modellen ”penger følger bruker” medfører en ikke ubetydelig arbeidsmengde og arbeidsbelastning i forhold til de bestillerenhetene som ikke har

innført denne ordningen. Den kommunen som synes mest relevant å sammenligne Kristiansand kommune direkte med, er derfor Trondheim kommune ved Heimdal bydel/sone.

Heimdal bydel/sone har en modell som innebærer at "penger følger bruker". Modellen er noe justert og omfatter noen spesifikke tjenester. Kristiansand kommune er i følge svarene fra kommunen den kommunen som har den "strammeste" modellen for innsatsstyrt finansiering. Den omfatter de fleste tjenester som tildeles av bestillerenheten. Det må også nevnes at det er Trondheim kommune ved Heimdal bydel/sone som ved siden av Kristiansand kommune har avgitt det mest komplette datasettet som gir grunnlag for en direkte sammenligning.

Med nødvendige forbehold konkluderer RO med følgende:

Ved å sammenholde dataene fra Kristiansand kommune med Trondheim, Heimdal bydel/sone trer det fram et bilde som viser at bestillerenheten i Kristiansand kommune har en større arbeidsmengde/arbeidsbelastning per ansatt/årsverk enn det som er tilfelle ved Heimdal bydel/sone. Grunnlaget for denne konklusjonen bygger blant annet på følgende:

- En grov indikator for dimensjonering av bestillerenheten er antall innbyggere per årsverk. I Kristiansand kommune er forholdet 2 243 innbyggere per årsverk. I Trondheim, Heimdal bydel/sone er forholdet 1 384 innbyggere per årsverk i bestillerenheten.
- Dersom en sammenholder antall nye inngåtte vedtak i Kristiansand med antall nye inngåtte vedtak i Trondheim, Heimdal bydel/sone, har Trondheim, Heimdal bydel/sone flere årsverk enn Kristiansand til å gjøre vurderinger og fatte nye vedtak. Dersom en deler antall nye vedtak i 2008 på antall årsverk, vil hvert årsverk i Kristiansand ha gjort 164 vurderinger og vedtak. I Trondheim, Heimdal bydel/sone har hvert årsverk gjort 94 vurderinger og vedtak.
- Kristiansand har hatt til behandling 76 klagesaker i løpet av 2008. Trondheim kommune ved Heimdal bydel/sone opplyser at de har hatt 5 klagesaker til behandling i løpet av 2008. Bestillerenheten i Kristiansand kommune har hatt en betydelig større arbeidsbelastning med å behandle klagesaker enn det som er tilfellet i bestillerenheten i Trondheim, Heimdal bydel/sone.
- Bestillerenheten i Kristiansand kommune har som oppgave å gjøre vedtak om vederlag og egenbetaling for institusjonsopphold (Vederlagsforskriften). Dette ansvaret har ikke Trondheim, Heimdal bydel/sone. RO gjennomførte i 2005 en utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om erfaringer med tjenestebasert brukerbetaling i omsorgsboliger. I forbindelse med denne utredningen pekte de deltakende kommunene i undersøkelsen på at det var forskjell i arbeidsbelastning når det gjaldt arbeidet knyttet til administrering av tjenestebasert brukerbetaling og administrering av Vederlagsforskriften. Administrasjon av Vederlagsforskriften innebar gjennomgående over dobbelt så stor arbeidsmengde som administrering av tjenestebasert brukerbetaling
- Kristiansand kommune er i følge svarene fra kommunen den kommunen som har den mest rendyrkede modellen for innsatsstyrt finansiering. Den omfatter de fleste tjenester som tildeles av bestillerenheten. Erfaringsmessige medfører dette en større arbeidsbelastning for ansatte i bestillerenheten enn i de kommuner hvor det ikke er innført ordningen med "penger følger bruker", eller i de kommuner hvor modellen er avgrenset til å gjelde for et utvalg av tjenester, slik som Trondheim kommune."

EBT's KOMMENTARER TIL RO- RAPPORTEN:

"Vi vurderer det dit hen at vi ikke har fått en analyse og vurdering av bemanningen i enheten, men en mer kvantitativ sammenligning av aktivitet, bemanning osv.

Grunnlaget for rapporten synes noe mangelfullt, hvilket RO også kommenterer i innledningen. Det er kun Kristiansand og Heimdal bydel i Trondheim som har svart på alle spørsmålene. I tillegg er svar som ikke kan brukes direkte i et sammenlignende perspektiv tatt ut av undersøkelsen. RO bemerker at resultatene må behandles med stor varsomhet, på grunn av at dette er en svært avgrenset undersøkelse, basert på spørreskjema.

Viktig å påpeke at det er store forskjeller i befolkningsgrunnlag og økonomi. For eksempel har sannsynligvis de ansatte ved enheten i Stord, med et innbyggertall på størrelse med en bydel i Kristiansand, en helt annen kjennskap til klienter/ brukere enn det en stor kommune som Kristiansand har. Vi har et budsjett som er nesten 10 ganger så stort som deres.

Med tanke på arbeidsbelastning, krav til oppfølging av rutiner og detaljer, er det viktig å merke seg at vi er det eneste kontoret som har ISF knyttet til så godt som alle tjenestene vi tildeler.

Vi bruker også mye tid og arbeid på å vedlikeholde vedtak, evaluere og følge opp. Det fremkommer ikke av svarene hvorvidt andre kommuner har mye arbeid med dette. Det fremkommer ikke heller hvorvidt de andre kommunene, i like stor grad som oss, er blitt pålagt ytterligere innskjerping av rutiner og systemer som følge av tilsyn fra Fylkesmann og Kommunerevisjon.

Måten vi er organisert på i Kristiansand, gjør at vi legger mye arbeid i saksutredningene som danner grunnlag for vedtak og bestilling av tjenester. Det er et viktig poeng for oss at utredningene er grundige og ligger elektronisk tilgjengelig for utførerne. Utfører stiller store krav til disse utredningene, og bruker disse aktivt i oppfølgingen overfor den enkelte bruker. Dette gir god kvalitet. Undersøkelsen sier ikke noe om hvordan de andre kommunene gjør dette, og hvilken kvalitet det er på både vedtak og utredninger.

Det stemmer ikke at utførertjenesten i Kristiansand gjør enkeltvedtak. Det gjør de ikke, men det hender at de setter i gang tjenester når det er noe som haster, og at vi på bakgrunn av notat fra utfører fatter vedtak i etterkant av at tjenesten er igangsatt. Dette er en del av den fleksibiliteten vi har vurdert at vi må ha.

Det blir noe "søkt" å sammenligne de ulike kommunene med tanke på mengde vedtak osv, da kontor som f. eks Heimdal har helt andre oppgaver enn oss: TT- kort, hjelpemidler osv.

Når det gjelder sammenligning av antall årsverk, kan dette fort bli feil dersom en utelukkende knytter det til antall saker og ikke til andre og krevende oppgaver kontoret er tillagt. Hos oss går nesten tre årsverk med til betjening av arkiv/ skranke/post. Det fremkommer ikke av undersøkelsen hvorvidt de andre kontorene også har disse oppgavene.

RO påpeker i rapporten at de ikke kjenner til arbeidsmengden som ligger bak hvert enkelt vedtak. Dette er svært viktig. Da det kan være svært ulikt, blant annet ut fra hvilken kjennskap en liten kommune har til innbyggerne sammenlignet med denne kjennskapen i en stor kommune som vår.

Det skisseres i rapporten (pkt 8.0) hvilke oppgaver de enkelte kontor har. Her fremkommer ikke alle oppgavene. Blant annet har vi i Kristiansand også ansvar for saksbehandling i forhold til trygghetsalarm, rehabopphold, Igaloopphold, sommeravlastning, avlastning og alt av tildeling av alle slags kommunale boliger. Dette fremkommer kun av teksten, og gjør etter vår mening tabellen misvisende.

Det er også viktig at vi ikke bare foretar saksbehandlingen, men også fordelingen av plasser, boliger, opphold på ulike institusjoner og boligtyper. Vi bruker en stilling kun til å forvalte sykehjemsplassene i kommunen.

Viktig å påpeke at vi i Kristiansand har ansvar for brukere i alle aldersgrupper. Særlig kan gruppen barn og unge utgjøre en krevende gruppe å jobbe med, mange avklarings- og samarbeidsmøter og mye som skjer rundt dem.

Under pkt 9.0 listes de lovverkene vi forvalter opp. Her bør det også nevnes at vi pålegges deltagelse i ulike utredningsgrupper, prosesser. Vi har en kommune med svært flat struktur, hvilket medfører forventning om stor deltagelse og engasjement i utrednings- og planarbeid. Dette er oppgaver som til enhver tid krever mye tid.

Vi pålegges også stadig nye oppgaver. Det kan anslås at vi hvert år bruker 30-50% stilling for å følge opp ordningen med fri tannbehandling. Dette er en oppgave vi er pålagt at den offentlige tannhelsetjenesten, og som kommer våre brukere til gode, men som på grunn av tannhelsetjenestens krav til dokumentasjon og rapportering, krever svært mye av oss.

Vi bruker også en stilling til å forvalte Sosialtjenesteloven i forhold til retten til midlertidig husvære, Erfaring viser at denne oppgaven håndteres svært forskjellig fra kommune til kommune, og at vi nok er en av de kommunene som gjør dette grundigst og i tråd med hva lovverket krever av oss.

Jeg mener at det er en stor svakhet at RO ikke har vurdert kvaliteten på saksutredninger og vedtak. Det henvises i rapporten stort sett til vedtakene, men vi ser at det arbeidet vi legger ned i selve saksutredningsfasen og dokumentasjonen i forhold til denne, krever mye tid.

Det er en påfallende forskjell i antall klagesaker. Dette kan skyldes flere forhold; vi er grundige i forhold til å informere om rettet til å klage, og vi avslår en god del av søknadene vi får. Flere avslag genererer naturlig nok flere klager.

Når det gjelder oppgaven med å beregne vederlag og egenbetaling, så er dette en stor, vanskelig og krevende oppgave, som vi hos oss bruker 3 årsverk på. Dette er ikke en engangforeteelse, men følges opp med nye gjennomganger to ganger pr. år.

Når det gjelder RO sin konklusjon, så syns jeg ikke den er særlig informativ. RO sier selv at det er mange variabler som ikke lar seg sammenligne direkte. Arbeidsbelastningen kan beskrives ut fra flere forhold, avhengig av hvilke oppgaver en tar med i sammenligningen. Som nevnt tidligere blir det etter min mening urimelig å sammenligne kommunene, både fordi de har ulike oppgaver, ulike rutiner, ulike ordninger knyttet til forholdet til finansiering, og sist men ikke minst - fordi rapporten ikke sier noe om kvaliteten på arbeidet som gjøres.

RO sin tilbakemelding på våre kommentarer

RO sier i sin tilbakemelding på våre kommentarer at de har gitt en analyse på den bakgrunnen som Kristiansand kommune aksepterte. Det stemmer at leder av bestilleenheten har kommet med tilbakemeldinger på spørreskjema osv, men dette var ut fra at en forventet at RO med sin kjennskap til andre bestillerkontor (blant annet fra andre undersøkelser gjort tidligere)- også ville trekke inn mer kvalitative forhold. Det ble blant annet bemerket fra vår side at vi stilte spørsmål med om de som skulle foreta undersøkelsen hadde tilstrekkelig kjennskap til og erfaring fra saksbehandling og juss til å kunne gjøre denne undersøkelsen. RO svarte på dette at dette var kunnskap de hadde i RO, og ville benytte seg av ved behov. For oss var dette et svært viktig punkt i tilbakemelding til RO da de opplyste hvem som skulle stå for undersøkelsen. RO påpeker selv at dersom de skulle kommet tettere på og oppfanget kompleksiteten i sakene som kontorene håndterer i løpet av et år, måtte de hatt et oppdrag med et annet nivå på omfang og kostnad. Jeg mener det var

akkurat dette vi påpekte da vi etterlyste kompetanse på saksbehandling og juss hos de som skulle foreta undersøkelsen.

Ro sier i sitt tilsvarende at de ikke kan gi oss et godt nok grunnlag til å argumentere i forhold til en reduksjon på kr 500.000,- i driftsbudsjettet til EBT. Dette er et syn jeg absolutt deler.

Lisbeth Bergstøl”

KONKLUSJON

Funnene i rapporten gir oss ikke ny kunnskap om EBT annet enn at bemanningen synes å være nødvendig.

I forståelse med helse- og sosialstyret er innsparingen for EBT for 2009 ikke gjennomført. Midler tilsvarende vedtatt innsparing er gjennom budsjettbehandlingen lagt inn i EBT sin ramme.

Helse- og sosialdirektøren vurderer fortsatt at den bemanning EBT er i forhold til ansvar og oppgaver. RO rapporten bekrefter dette.

Punkt 5/10: Rapport fra rekrutteringsprosjektet i helse- og sosialsektoren - til orientering

Bilag

En_jobb_med_mening.pdf



Dato: 04012010
Saksnr.: 201000037-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Tove Merethe Næss

ADMINISTRATIV SAK

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12.01.10

Rapport fra rekrutteringsprosjektet i helse- og sosialsektoren - til orientering

Sammendrag:

Saken ble presentert for Helse- og sosialstyret i møte desember 2009. Det har siden september 2008 vært gjennomført et prosjekt ift rekruttere og beholde personell til sektoren på kort og lang sikt. Det er satt i gang tiltak for å bedre tilgangen på kvalifisert personell på kort sikt og langt inn forslag til tiltak på lengre sikt. Det ligger også inne forslag for å beholde allerede ansatte. Den endelige rapporten oversendes nå Helse- og sosialstyret

[Forslag til vedtak:](#)

- [1. Helse- og sosialstyret tar saken til orientering](#)

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tove Merethe L. Næss
rådgiver

Trykte vedlegg: Prosjektrapport

Utrykte vedlegg:

Punkt 6/10: Heltidsprosjektet i helse- og sosialsektoren - orientering



Dato: 04.01.2010
Saksnr.: 200706031-25
Arkivkode E: 409
Saksbehandler: Kristin Skjelbred

ADMINISTRATIV SAK

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12.01.2010

Heltidsprosjektet i helse- og sosialsektoren - orientering

Sammendrag:

I forbindelse med årsavslutningen 2009 er det utarbeidet en delrapport i Heltidsprosjektet i helse- og sosialsektoren med hovedvekt på relevant statistikk som er utarbeidet i prosjektperioden. Aktuelle deler av statistikken vil innarbeides i rapporten som følgeforskerne ved Universitetet i Agder utarbeider i løpet av våren 2010. Her vil tallmaterialet settes i sammenheng med undersøkelsene forskerne gjør og tolkes og analyseres nærmere i lys av dette.

Delrapporten er på forespørsel oversendt Barne- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Disse har bidratt med midler til å finansiere prosjektkostnader og følgeforskningen av prosjektet.

Tallmaterialet viser hvordan tildeling av hele stillinger er fordelt på kjønn, alder, opprinnelige stillingsstørrelse, kompetanse, samt utviklingen i fravær og kostnader til overtid, ekstrahjelp og vikarer. Omdisponeringen av disse midlene til faste, hele stillinger viste seg vanskelig på kort sikt. Ved utgangen av 2009 ser det imidlertid ut til at rundt 70% av den planlagte omdisponeringen er gjennomført. Dette er etter vår vurdering et svært godt resultat.

[Forslag til vedtak:](#)

[Helse- og sosialstyret tar saken til orientering.](#)

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Kristin Skjelbred
Rådgiver

Bakgrunn for saken :

1. DELRAPPORT MED STATISTIKK - HELTIDSPROSJEKT KRISTIANSAND KOMMUNE

1.1 Innledning

Den 19. november 2009 ble det avholdt referansegruppemøte i prosjekt Heltid i Kristiansand. Representanter fra Barne- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet var til stede. Også Bergen kommune, hovedtillitsvalgte i Kristiansand kommune, følgeforskere fra UiA og administrasjonen fra Kristiansand kommune deltok. Departementene ønsket en delrapport tilsendt før utgangen av året hvor innholdet skulle være relevant statistikk som er produsert i løpet av prosjektperioden. Følgeforskerne ved UiA skriver sin rapport i løpet av våren 2010. Aktuelle deler av statistikken vil inngå i denne rapporten.

Følgende parametere er valg ut i samarbeid med forskerne:

- Kompetanseprofil
- Stillingsstørrelsesprofil
- Kjønnfordeling
- Aldersprofil
- Bortfall av ønske om heltid
- Sykefravær
- Kostnadsutvikling til ekstrahjelp, overtid og vikarer

Der det er mulig er verdien på parametrene fordelt på følgende grupper:

- 1) Gruppen som ønsket full stilling
- 2) Gruppen som fikk full stilling
- 3) Gruppen som ikke fikk
- 4) Alle ansatte i helse- og sosialsektoren.

1.2 Innledende oversikt

Ved årsskifte 2006/2007 ble det foretatt en kartlegging hos ansatte i deltidsstillinger i omsorgstjenestene i Helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune. Det ble sendt ut kartleggingsskjemaer til ca 1200 ansatte. 478 ansatte meldte tilbake at de ønsket 100% stilling. Fordelingen mellom tjenesteområdene var slik:

Tjenesteområde	Antall som ønsket 100%
Institusjons- og hjemmetjenester	371
Tjenesten til utviklingshemmede	84
Psykiatri/rus	23

Pr. 01.07.2009 har 154 ansatte fått tilbud om full stilling. 9 personer har takket nei til tilbudet. Av de 145 personene som har økt til full stilling, er 130 innenfor institusjons- og hjemmetjenesten med iverksettelse i siste del av 2007. Økningen tilsvarte 47 årsverk. Det vil si at den gjennomsnittlige økningen per ansatt var 35% stilling. 15 personer innenfor tjenesten til psykisk utviklingshemmede hadde også fått full stilling pr 01.07.2009.

43 ansatte har pr 01.07.2009 i trukket sitt ønske om 100% stilling. I tillegg er 28 ansatte ikke lenger aktuelle. Størstedelen av disse ansatte har sluttet i sin stilling i kommunen. Det betyr at det per 01.07.2009 gjenstår 252 ansatte som ikke har fått 100% stilling etter kartleggingen. De gjenstående fordeler seg mellom tjenesteområdene slik:

Tjenesteområde	Antall ansatt som fortsatt ønsker 100%	Utgjør i årsverksvekst
Institusjons- og hjemmetjenester	190	80
Tjenesten til utviklingshemmede	40	15
Psykatri/rus	22	7

I det videre er gruppen som har fått full stilling definert som de 130 som fikk dette i prosjektets første fase – det vil si ansatte innenfor institusjons- og hjemmetjenesten.

Før utgangen av 2009 blir det fordelt friske midler til nye tjenester for å øke til hele stillinger. Det fordeles 5 mill kroner til tjenestene psykiatri, rus og tjenesten til utviklingshemmede. Iverksettelsen blir i hovedsak rett etter nyttår, og tilsvarer om lag 9 årsverk. Dersom vi legger den gjennomsnittlige økningen fra institusjons- og hjemmetjenesten til grunn, vil denne tildeling utgjøre at rundt 25 personer får økt til 100% stilling.

1.3 Kompetanseprofil

Fordelingen på kompetanse for gruppen som ønsket hel stilling i alle tjenesteområdene var slik:

Kompetanse	Antall personer	Andel
Hjelpepleier	214	45 %
Sykepleier	97	20 %
Omsorgsarbeider	76	16 %
Assistent og renhold	38	8 %
Vernepl/Miljøterapeut	50	10 %
Annet	3	1 %
	478	

For gruppen som ønsket full stilling innenfor kun institusjons- og hjemmetjenesten var sammensetningen slik:

Kompetanse	Antall	Andel
Hjelpepleier	184	50 %
Sykepleier	94	25 %
Omsorgsarbeider	46	12 %
Assistent og renhold	30	8 %
Vernepl/Miljøterapeut	15	4 %
Annet	2	1 %
	371	

I gruppen som fikk heltid i første fase, var fordelingen mellom faggruppene slik:

Kompetanse	Årsverks- vekst	Antall personer	Andel av personer
Hjelpepleiere	29	78	60 %
Sykepleiere	11	37	28 %
Omsorgsarbeider	4	11	8 %
Assistent og renhold	1	3	2 %
Vernepl/ Miljøterapeut	1	1	1 %
SUM	46	130	

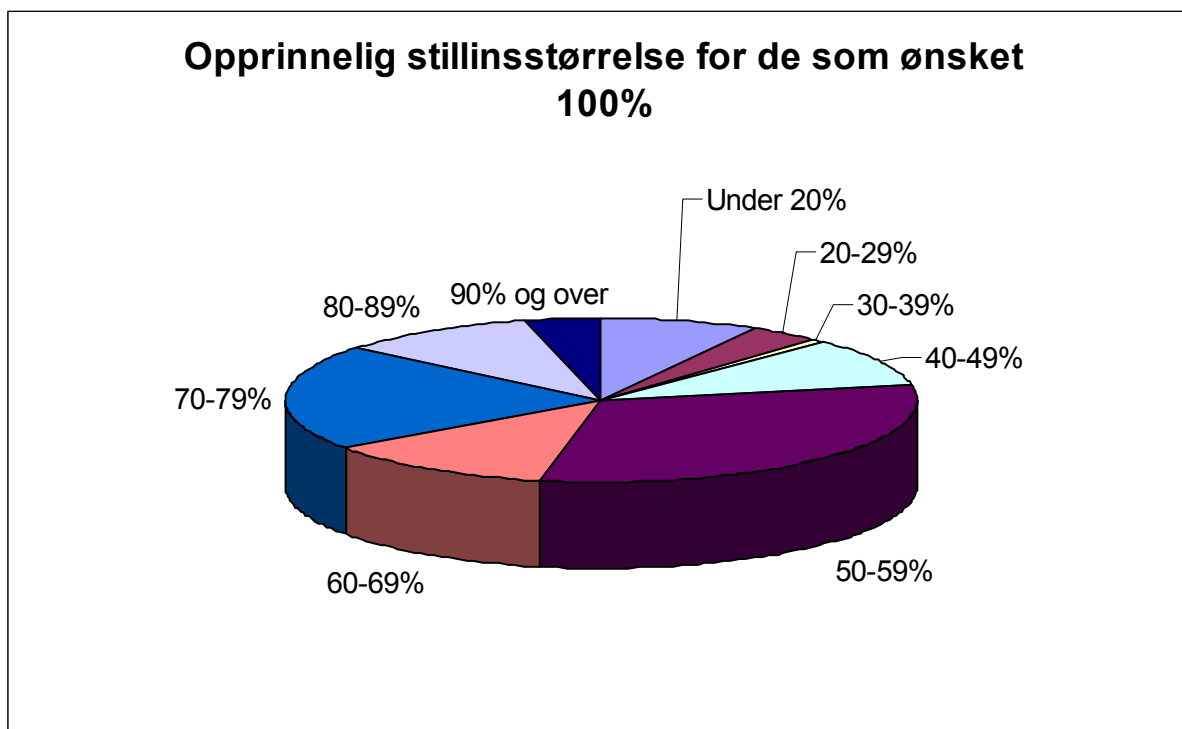
Andelen vernepleiere og miljøterapeuter er naturlig nok lav da de 130 personene som ble berørt i prosjektets første fase var knyttet til institusjons- og hjemmetjenesten. Bildet vil endre seg noe etter at fase 2 er iverksatt på nyåret 2010.

1.4 Stillingstørrelsesprofil

De som ønsket heltid hadde i utgangspunktet stillingsstørrelser fordelt slik:

Opprinnelig stillingsstørrelse	Antall ansatte	Andel
Under 20%	39	8 %
20-29%	16	3 %
30-39%	5	1 %
40-49%	45	9 %
50-59%	148	31 %
60-69%	56	12 %
70-79%	99	21 %
80-89%	50	11 %
90% og over	18	4 %

Vist i diagram:

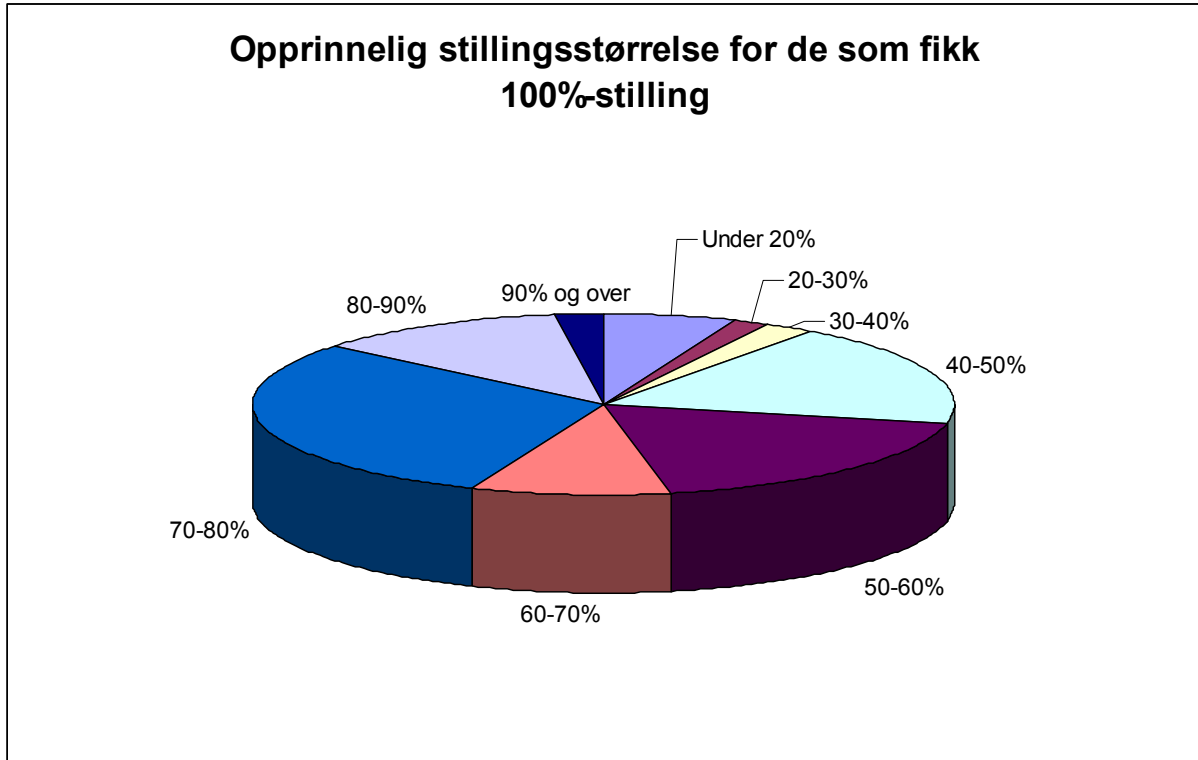


Enkelte av personene i gruppen med stillingsstørrelse 50-59% arbeider på natt. Det er krevende å øke stillingsstørrelsen for denne gruppen.

De som fikk 100% stilling hadde denne stillingsprofilen opprinnelig:

Opprinnelig stillingsstørrelse	Antall ansatte	Andel
Under 20%	8	6 %
20-30%	2	2 %
30-40%	3	2 %
40-50%	24	18 %
50-60%	24	18 %
60-70%	12	9 %
70-80%	39	30 %
80-90%	15	12 %
90% og over	3	2 %

Vist i diagram:



1.5 Kjønnsfordeling

Kjønnsfordelingen i gruppen som ønsket full stilling var slik:

Kvinner	94 %
Menn	6 %

Fordelingen i gruppen som fikk heltidsstilling var slik:

Kvinner	95 %
Menn	5 %

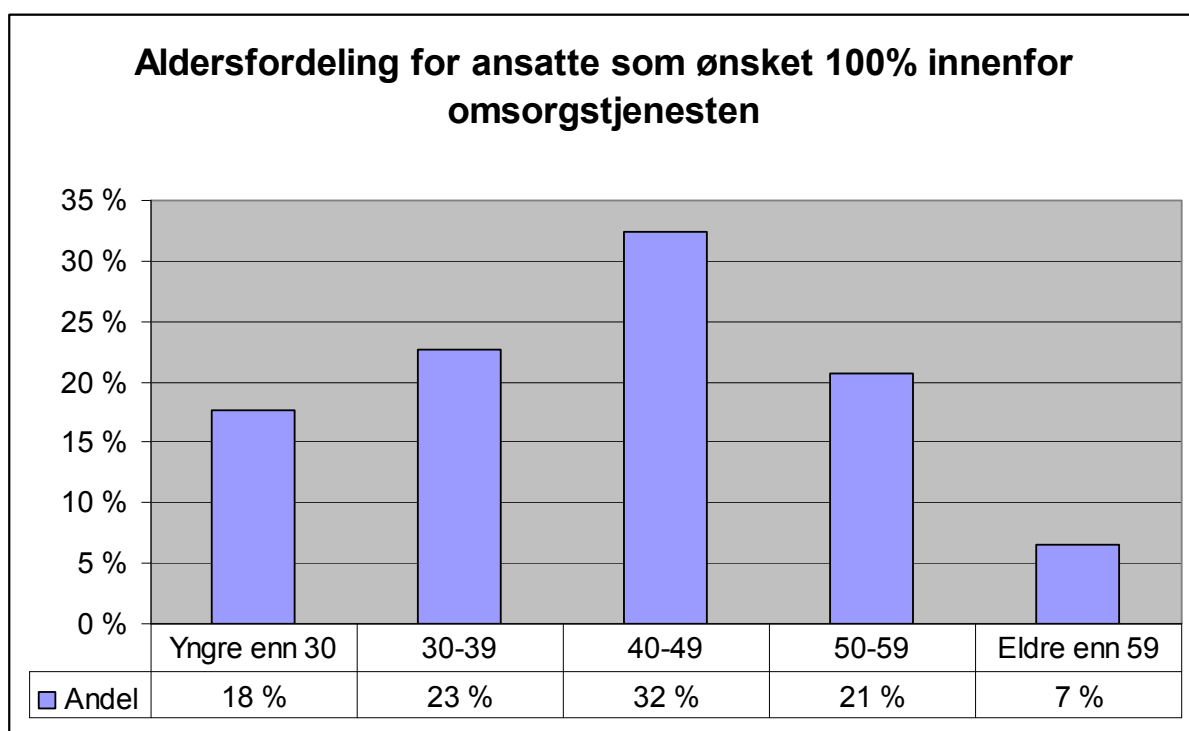
For hele sektoren (alle tjenester):

Kvinner	88 %
Menn	12 %

1.6 Aldersfordeling

Aldersfordeling blant dem som ønsket heltid (kun institusjons- og hjemmetjenestene).

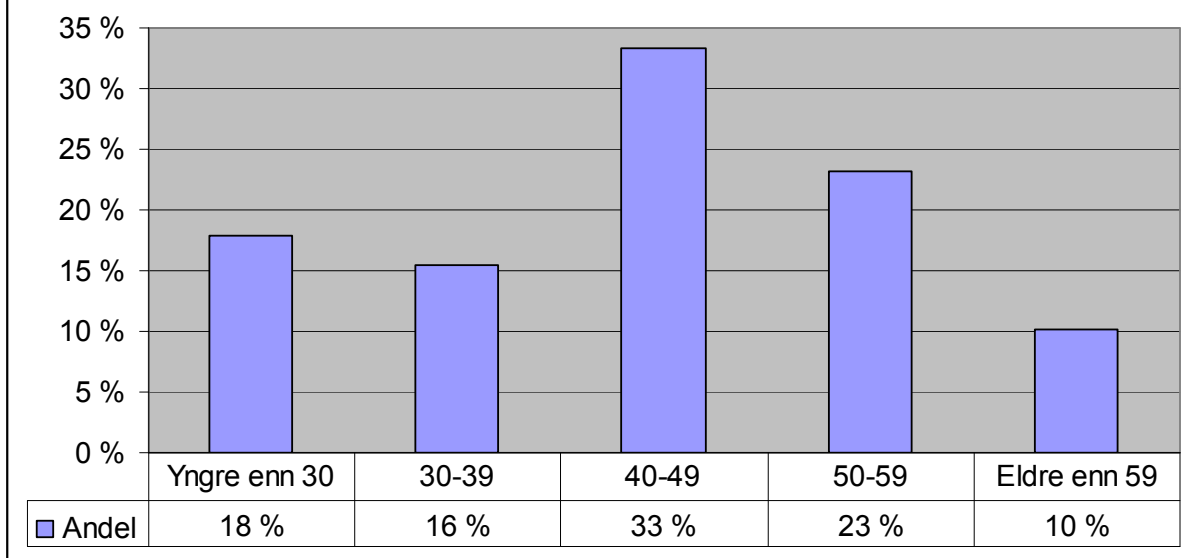
Aldersfordeling	Andel
Yngre enn 30	18 %
30-39	23 %
40-49	32 %
50-59	21 %
Eldre enn 59	7 %
Totalt antall	



Aldersprofilen på gruppen som fikk økt sin stilling er vist nedenfor:

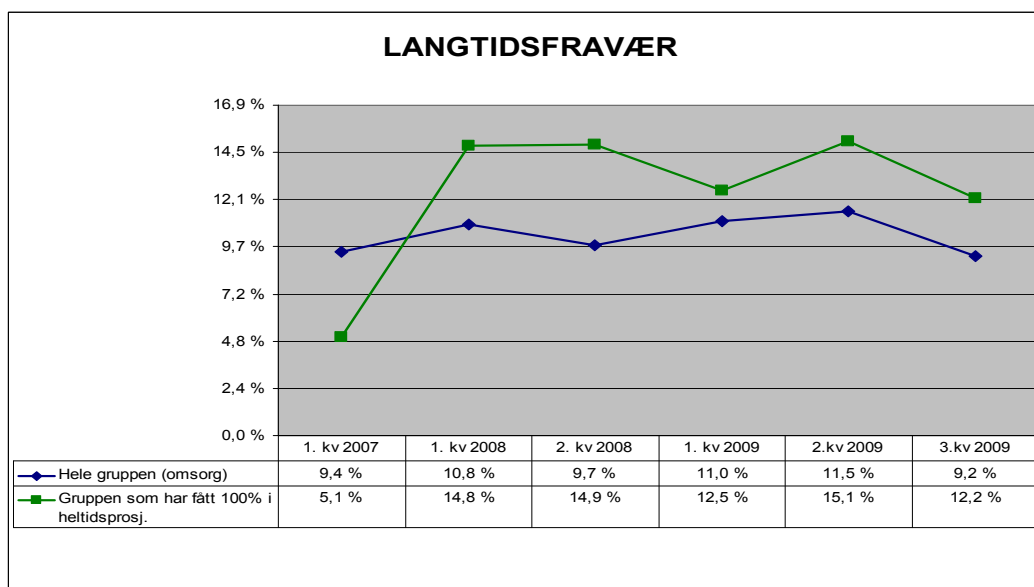
Aldersfordeling	Andel
Yngre enn 30	18 %
30-39	16 %
40-49	33 %
50-59	23 %
Eldre enn 59	10 %
Totalt antall	

Aldersfordeling for ansatte som fikk 100% innenfor omsorgstjenesten



1.7 Sykefravær

Ved gjennomgang av sykefraværet i sektoren, viser det seg at fraværet i den gruppen som fikk økt til full stilling er økt langt mer enn for hele omsorgstjenesten i perioden etter tildelingen. Tallene bedret seg litt 1. kvartal 2009, men forverret seg igjen 2. kvartal. 3. kvartal er sommermånedene, hvor det er vanlig at fraværet faller sammenlignet med 1. og 2. kvartal.



Dersom vi følger langtidsfraværet fordelt på individ, kan vi si noe mer om trenden i gruppen som har fått full stilling i prosjektet.

For å følge fraværet er tre perioder valgt ut:
1. kvartal 2007 - som var før heltidsprosjektet

1. kvartal 2008 - som var i starten av heltidsprosjektet
1. kvartal 2009

Å være syk er her definert som at personen har en fraværsprosent større enn 0 på fravær utover 13 dager i perioden. Det betyr ikke at en er 100% syk i perioden.

113 av de 130 var friske før oppstart av prosjektet. Det vil si at det ikke var registrert langtidsfravær i løpet av perioden 1. kvartal 2007 for disse. 17 av de 130 hadde et langtidsfravær i tilsvarende periode.

Av de 113 som var friske, er 63 personer registrert friske i alle senere perioder. 22 av de 113 hadde et langtidsfravær 1. kvartal 2008, men er senere registrert uten fravær. 28 av de 113 ble registrert med langtidsfravær i 1. kvartal 2008 eller 1. kvartal 2009. Det vil se at de var friske, men ble syke enten rett etter tildeling av hel stilling eller noe senere.

Av de 17 som hadde et langtidsfravær i perioden før tildeling til 100%-stilling, er 8 stykker registrert med langtidsfravær også i perioden 1. kvartal 2009. 9 personer er ikke registrert med langtidsfravær i løpet av 1. kvartal 2009.

Samlet for de 130, betyr dette at 94 av dem var friske og i jobb 1. kvartal 2009. De resterende hadde et langtidsfravær i denne perioden.

Definisjonen av syke og frisk i denne analysen har svakheter. En kan derfor ikke dra klare konklusjoner på bakgrunn av dette uten nærmere undersøkelser og analyser.

1.8 Kostnadsutvikling

En forutsetning for innføring av heltidsprosjektet var at enhetene skulle finansiere en stor del av årsverksveksten gjennom omdisponeringer. Midlene skulle omdisponeres fra bruk av overtid, ekstravakter og vikarer. Forbruket knyttet til disse kostnadstypene var i 2006 på om lag 33 mill kr inkludert pensjon og arbeidsgiveravgift. Målet for omdisponeringene var i overkant av 11 mill kroner (ca 33%), og tildeling av 100% stillinger ble gjennomført i tråd med dette. Enhetene klarte imidlertid ikke å omdisponere midler det første året. Det var et økt forbruk av midler innenfor disse lønnsartene på i underkant av 2 mill kroner i 2007 før pensjon og arbeidsgiveravgift. I 2008 klarte enhetene derimot en omdisponering på nærmere 7 mill kr før pensjon og arbeidsgiveravgift.

Bildet nedenfor viser kostnadsutviklingen for alle enheter som var berørt av heltidsprosjektets første fase. Tallene er i løpende kroner og før pensjon og arbeidsgiveravgift.

Hele utvalget

Art	R2006	R2007	R2008	R2009	Vekst06-07	Vekst 07-08	Vekst 08-09
102000 Lønn til vikarer	2 429 986	3 418 410	3 926 688	3 829 637	988 424	508 278	-97 051
102004 Vikarer korttidsfravær	6 871 573	6 938 551	7 472 316	8 442 529	66 978	533 765	970 213
102006 Vikarer ved kurs	672 289	582 929	799 686	648 456	-89 360	216 757	-151 230
103000 Lønn til ekstrahjelp	12 591 558	12 625 556	6 749 048	6 659 947	33 998	-5 876 508	-89 101
104000 Overtidslønn	5 366 380	7 533 619	6 290 571	5 122 574	2 167 239	-1 243 048	-1 167 997
Totalt	27 931 786	31 099 065	25 238 309	24 703 143	3 167 279	-5 860 756	-535 166

Lønnsveksten i perioden var:

2006-2007: 4,50%

2007-2008: 5,43%

2008-2009: 4,72%

Kostnadsutvikling justert for lønnsvekst:

Før pensjon og arbeidsgiveravgift.

	2006	2007	2008	2009
102000 Lønn til vikarer	2 429 986	3 271 206	3 564 067	3 319 307
102004 Vikarer korttidsfravær	6 871 573	6 639 762	6 782 265	7 317 495
102006 Vikarer ved kurs	672 289	557 827	725 837	562 044
103000 Lønn til ekstrahjelp	12 591 558	12 081 872	6 125 789	5 772 456
104000 Overtidslønn	5 366 380	7 209 205	5 709 651	4 439 950
Totalt	27 931 786	29 759 871	22 907 609	21 411 253
Endring justert for lønnsvekst		1 828 085	-6 852 262	-1 496 356

Alle tall i 2006-kroner.

I år ser det altså ut til at ytterligere 1,5 mill kr er omdisponert ved året slutt fra 2008 til 2009.

Justert for lønnsvekst i perioden, er omdisponeringene på i overkant av 6,5 mill kr fra 2006. Inkludert pensjon og arbeidsgiveravgift utgjør dette over 8 mill kr. Vi kan vi altså si at mer enn 70% av den planlagte omdisponeringen på 11 mill kr har vært gjennomførbar. Av den samlede ressursbruken på disse kostnadstypene i 2006, er rett over 25% omdisponert til hele, faste stillinger. Tilpasningen på kostnadssiden har tatt noe mer tid enn forventet i prosjektet. Dette samt vanskelighetene med fullstendig gjennomføring av omdisponeringene har ført til økonomiske utfordringer for utførerenhetene. I løpet av 2008 ble det utarbeidet lokale handlingsplaner ved alle enhetene med mål om drift i balanse for 2009. Det gjenstår fortsatt noe tilpasning før dette er oppnådd, men det økonomiske resultatet for 2009 ser ut til å bli en klar forbedring fra tidligere år.

Punkt 7/10: Tilbakemelding vedr. Sykefraværet i helse- og sosialsektoren

Bilag

vedlegg 1



Dato: 07.09.09
Saksnr.: 200905396-4
Arkivkode E: 461
Saksbehandler: Tove Merethe Næss

ADMINISTRATIV SAK

Saksgang

Helse- og sosialstyret

Møtedato

12.01.2010

Tilbakemelding vedr. Sykefraværet i helse- og sosialsektoren

Sammendrag:

Helse- og sosialsektoren har et høyt sykefravær. Ved utgangen av 2008 var fraværet på 10,5%. Første halvår 2009 er det steget og ligger over nivået for 2008. Sektoren klarer ikke å oppnå sitt mål om å redusere fraværet ned mot 9% for 2009. Helse- og sosialdirektøren setter fokus på å fortsette det arbeidet som gjøres i enheten, samt videre forbedre dette. I tillegg skal arbeidsmiljø og bedriftskultur være i fokus. Det skal arbeides for å bedre disse viktige nærværsfaktorer ute i enhetene. Det er ansatt egen prosjektleder i 2 år for å jobbe med reduksjon av fraværet

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret tar den framlagte saken til orientering

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

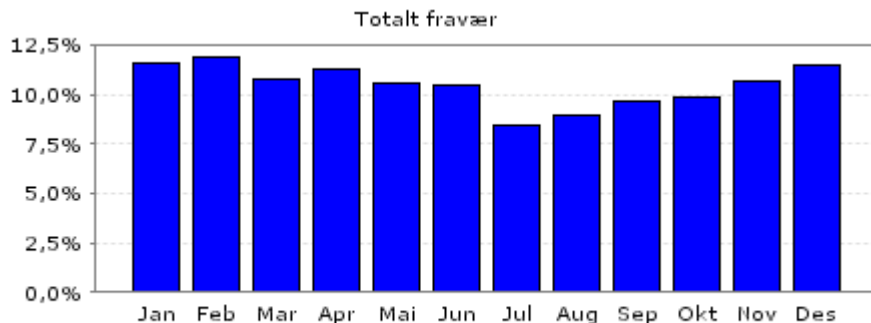
Tove Merethe L. Næss
rådgiver

Trykte vedlegg: Utvikling av sykefravær i enheter.

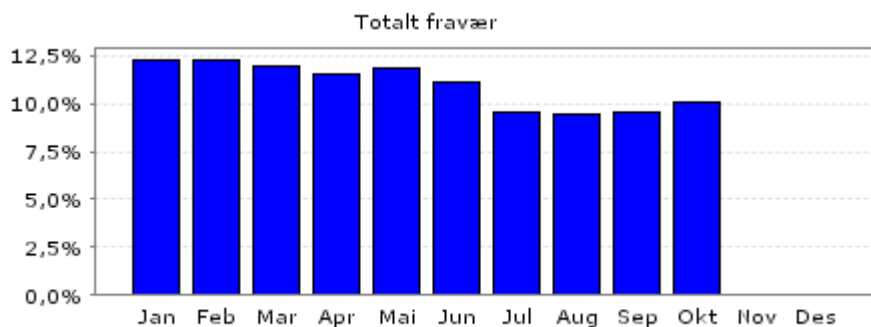
Utrykte vedlegg:

Bakgrunn for saken :

Saken omhandler sykefraværet i helse- og sosialsektoren. Helse- og sosialsektoren har et høyt sykefravær. Det har vært høyt over lang tid. Det totale fraværet i 2008 startet i januar med 11,6%. I desember var totalt fravær 10,5%. Grafen under viser fraværet i 2008 måned for måned.



Totalt fravær i helse- og sosialsektoren steg igjen i januar 2009 til 12,1%. I juni 2009 var det nede på 11,7%. Utviklingen i fraværet for 2009 vises i grafen under:



Tabellen under viser utviklingen sammenlagt for året.

Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept	Oktober
12,1%	12,2%	12,1%	11,9%	11,9%	11,7%	11,5	11,2	11,0	10,9

Fraværet tom juni 2009 har ligget over fraværet i 2008. Fra juli måned er fraværet likt fraværet i 2008. Det har ikke lyktes å finne forklaring på hvorfor fraværet steg i januar. Ved kontakt med Mandal kommune, Tillitsprosjekt, viser sykefraværstallene for Mandal samme utvikling. De hadde også en kraftig økning i januar. Mandal kommune har heller ikke lyktes til nå med å finne årsak til dette.

Helse- og sosialsektoren hadde som mål for 2009 at sykefraværet skal reduseres ned mot 9%. Det viste seg å være vanskelig å gjennomføre så lenge utviklingen første halvår er som vist.

Det er sendt ut forespørsel til enhetene i sektoren for å bedre kartlegge hva som kan være årsaken til det høye fraværet. Det vises i alle svarene til at det er mange med alvorlig og kronisk sykdom. Ca halvparten av enhetene melder også at de har en til to ansatte som har jobbrelatert fravær. Alle enhetene har spesielt fokus på disse fraværene og jobber for at de skal komme tilbake på jobb.

Enhetene følger også i stor grad opp sykmeldte etter rutiner som ligger i kommunen og i samarbeid med bedriftshelsetjenesten og NAV.

Sektor-AMU har fokus på sykefraværet og ønsker at det videre defineres hvordan enhetene kan gripe fatt i faktorer som bedre arbeidsmiljø og bedriftskultur. Dette er nærværsfaktorer som er viktige og gode for at ansatte skal føle det bedre å gå på jobb enn å være hjemme når valget skal tas. AMU er et organ som skal overvåke arbeidsmiljøet i sektoren. Enhetene arbeider godt i forhold til oppfølging av de syke, selv om dette arbeidet også kan bli bedre. Det er likevel viktig at innsatsen også settes inn mot eget arbeidsmiljø.

Videre må det jobbes mot at flere ansatte bruker egenmelding i stede for sykmelding. Ved bruk av egenmelding viser det seg at fraværet i mange tilfeller blir kortere. Den ansatte kommer tilbake på jobb når han/hun føler seg frisk. Ved sykmelding venter de til den går ut. Kristiansand kommune har 50 egenmeldingsdager. Det er svært få som bruker alle disse dagene i sitt fravær. Egenmelding kan gå over i legemeldt fravær dersom den ansatte og lege finner ut at det er nødvendig.

I tillegg til dette kompliserer IA-avtalen (Inkluderende Arbeidsliv – avtalen) bilde om sykefravær i sektoren. Det arbeides for at ansatte med redusert arbeidskapasitet fortsatt skal være i jobb. Dette er bla grupper med ansatte med kroniske lidelser. Det er kjent at disse gruppene har høyere fravær pga sin helse. Målene om flere med nedsatt helsetilstand i jobb kan virke som om går på tvers av målet om lavere sykefravær. Dette er forhold det bør sees nærmere på.

Dette høye sykefraværet er forbundet med høye kostnader for kommunen. En oversikt over kostnadene viser at en sykemeldt i 1 år koster kommunen ca kr. 130.000,-. Det er om lag 1860 årsverk i sektoren. Med langtidsfravær på om lag 10% betyr det at over 180 årsverk er fraværende på grunn av sykdom til enhver tid. KS har beregnet at arbeidsgiver belastes om lag 25% av kostnadene ved langtidsfravær. En reduksjon av fraværet med 1% kan spare sektoren for kostnader tilsvarende 2-3 mill kroner. I tillegg ser en tydelig en omdømmegevinst ved en innsats på området.

Hvilke tiltak er iverksatt:

Prosjekt egenmelding

Gjennom "prosjekt egenmelding" gjennomført i Kristiansand kommune ble det gjort funn i forhold til oppfølging av sykmeldte. Tett oppfølging fra leder var med på å redusere sykefraværet. Sporadisk oppfølging var verre enn ikke oppfølging i det hele tatt. I den aktive perioden for prosjektet ble sykefraværet redusert i enheter som hadde tett oppfølging.

"Bli god" - kurs

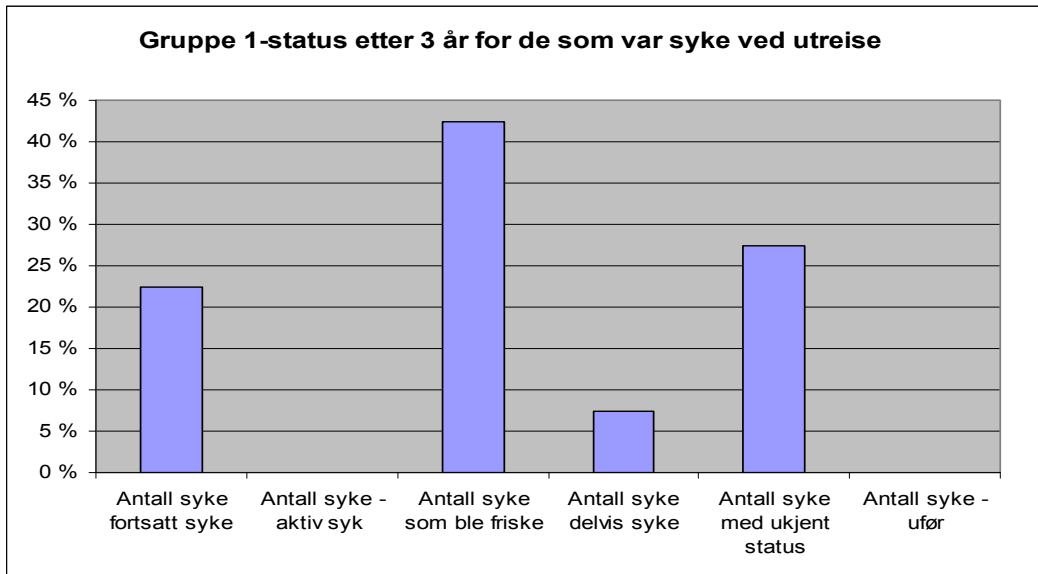
Alle ledere, tillitsvalgte og verneombud i enheten har gått på en halv dags "Bli god"-kurs i løpet av 2009. Dette er kurs som alle kommunens ledere, tillitsvalgte og verneombud skal gjennom for å oppfriske/fornye kunnskapen ift oppfølging av sykmeldte.

Igalo

Totalt sett har 113 personer fått tilbud om å reise til rehabiliteringssenteret i Igalo, Montenegro i perioden 2002 til 2008. 12 av disse personene har fått tilbud om og reist på mer enn 1 tur.

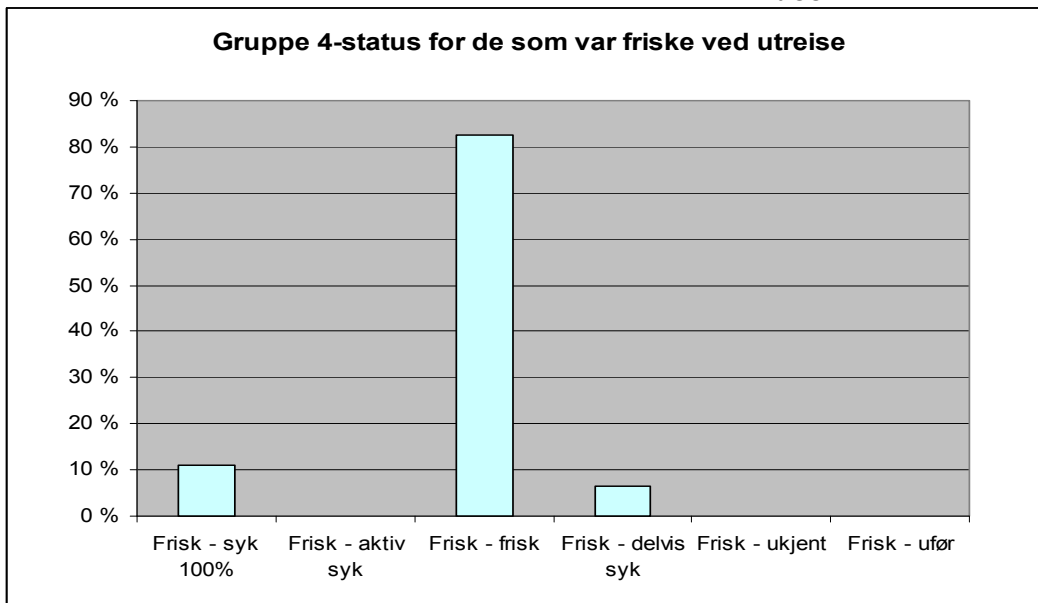
Gruppe 1:

Tabellen viser status 3 år etter for personer som var 100 % sykmeldte ved utreise



Gruppe 4: (gruppe 2 og 3 er ikke tatt med)

Tabellen viser status 3 år etter for personer som reiste forebyggende ved utreise

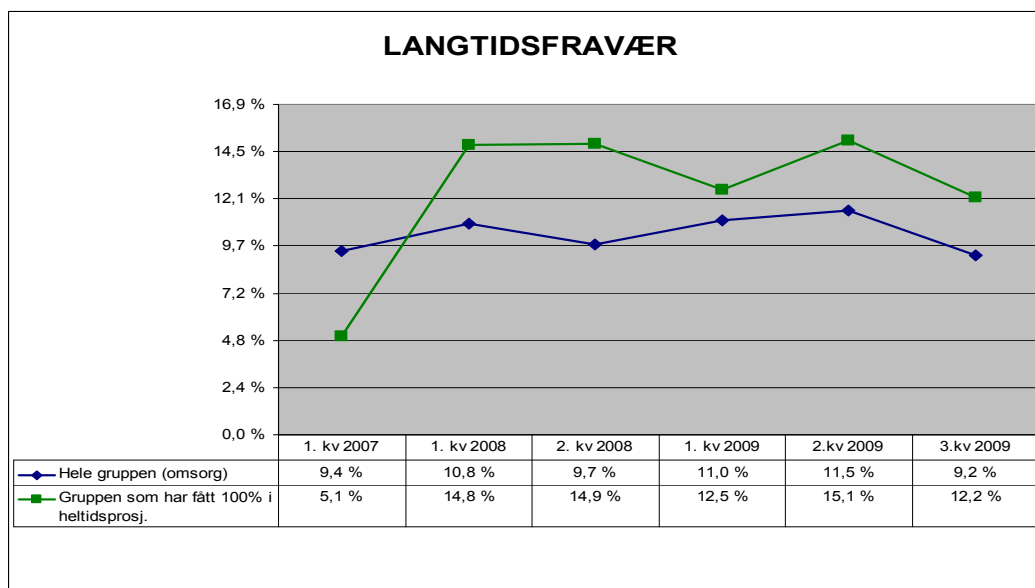


Kommentarer:

- Totalt var det 46 personer som reiste forebyggende ved utreise første tur
- 83 % av de som reiste forebyggende har unngått å bli sykmeldt 3 år etter
- 11 % av de som reiste forebyggende er sykmeldte 100 % 3 år etter

Heltid

Ved gjennomgang av sykefraværet til de som har fått økt sin stilling til 100%, viser det seg at fraværet i den gruppen er økt langt mer enn for omsorgs totalt det første året etter tildelingen. Videre viser tallene at sykefraværet nå er synkende for denne gruppen.



Kartlegging av fraværet viser at de 130 ansatte som fikk 100 % stilling i første omgang hadde et fravær som var høyere enn andre. Det var en markant økning av fraværet. Ved gjennomgang av fraværet på individnivå er det ca 30 personer som viser jevnt fravær fortsatt. Ca 100 personer er i jobb i sin stilling.

Universitetet i Agder har fått i oppdrag å følgeforske på heltidsprosjektet. De gjennomførte i april d.å. fokusgruppe med et utvalg av tillitsvalgte og verneombud. Videre er det søkt om og gitt tillatelse av Personvernombudet til å gjennomføre dybdeintervjuer med ansatte som har økt stillingsbrøken til full stilling. Intervjuene finner sted høsten 2009 og vil bidra til å avdekke hvorfor ansatte har økt sin stillingsbrøk og hvilke konsekvenser økningen har hatt for dem personlig og for deres arbeidsplass. Her vil også være et fokus på fravær.

Arbeid videre:

I Mandal, der en har 1192 ansatte ble det ansatt en person i 100% stilling som skulle arbeide med problematikken. Dette har resultert i en reduksjon i sykefraværet med 2 % fra 2003 til 2006. For å kunne gjøre et mer målrettet arbeid med å få ned sykefraværet er det nødvendig at det avsettes en egen stilling som har dette som prosjekt. Det er viktig at det foreligger god analyse av situasjonen slik at det kan settes inn målrettede tiltak i forhold til behov i enhetene/sektoren. Det foreligger mye forskning på området. Når en på bakgrunn av analyse har et tydeligere bilde på forklaringene til det høye fraværet i sektorene, bør en samle inn nasjonal og internasjonal forskning, og ut fra dette stake ut kursen en vil jobbe etter videre for å redusere fraværet. Med bakgrunn i erfaringene fra blant annet Mandal bør hovedfokus antagelig ligge på nærvær, oppfølging og forebygging.

Videre tanker om hva et prosjekt bør se på i tillegg til praktisk arbeid ut mot enhetene og i svært nært samarbeid med lederne følger som forslag.

1. Dypere analyse av situasjonen.
 - Legemeldt fravær (hvor mange, årsak til legemeldt kontra egenmeldt, hvem?)
 - Alder på de syke
 - Hvor mange på tilrettelegging pr enhet.
 - Er det de samme som er syke hele tiden. (Sjekke over år)
 - Stillingstørrelse på de som er syke
 - Sykefravær i faggrupper/utdanningsgrupper
2. Forventninger/Krav til hva arbeidsgiver skal ta ansvar for
3. Forventninger/Krav til hva den enkelte skal ta ansvar for
4. Sammenligne fraværet med MTU svar i enhetene.

Det er ansatt en prosjektleder i 2 år fra jan 2010 som vil gå dypere inn i problematikken og arbeider fram tiltak i samarbeid med enhetene. Dette gjøres ut fra analyseresultater og vil være mer direkte rettede tiltak.