

Referatsaker

- RS 18/11 Utfordringsnotat - Kvalitetsundersøkelsen - 2011 - PLO Finnmark
- RS 19/11 Oversendelse av rapport - tilsyn med Loppa kommunes saksbehandling etter sosialtjenesteloven Kap. 4
- RS 20/11 Oversendelse av rapport - tilsyn med Loppa kommunes saksbehandling etter sosialtjenesteloven Kap. 4
- RS 21/11 Retningslinjer for varsling
- RS 22/11 Målekort for september måned 2011
- RS 23/11 Avklaring vedr. Sandland skole
- RS 24/11 Avklaring vedr. Sandland skole
- RS 25/11 Særutskrift; Oppnevning av styringsgruppe - prosjekt kommunalt rusarbeid
- RS 26/11 Oppnevning av styringsgruppe - prosjekt kommunalt rusarbeid



Kommunenettverk for fornyelse og effektivisering
KS EffektiviseringsNettverkene

Sammenstillingsnotat

Kvalitetsundersøkelsen 2011 for

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene:

Sør Varanger
Nesseby
Porsanger

Lebesby
Berlevåg
Nordkapp

Loppa
Karasjok
Båtsfjord

Utarbeidet av

Helge Nicolaisen

Innhold

1	INNLEDNING	4
1.1	GENERELT OM LESING AV RAPPORTEN.....	4
1.2	NETTVERKETS GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN.....	4
1.3	BRUKERMEDVIRKNING I PRAKSIS.....	4
1.4	ÅPENHET OG INNSIKT.....	5
2	NETTVERKETS VIDERE ARBEID MED UNDERSØKELSENE	6
2.1	OM TOLKING AV RESULTATENE.....	6
2.2	RESULTATER PÅ ENHETS-/AVDELINGSNIVÅ.....	7
2.3	FORBEREDELSE TIL NESTE NETTVERKSSAMLING.....	8
3	KVALITETSDIMENSJONER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN	9
4	BRUKERUNDERSØKELSENE (OPPLEVD KVALITET)	11
4.1	BAKGRUNNSDATA.....	11
4.1.1	<i>Oppslutning om brukerundersøkelsene</i>	<i>11</i>
4.2	DIMENSJONEN: RESULTAT FOR BRUKERNE.....	12
4.2.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>12</i>
4.2.2	<i>Institusjon</i>	<i>13</i>
4.3	DIMENSJONEN: BRUKERMEDVIRKNING.....	16
4.3.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>16</i>
4.3.2	<i>Institusjon</i>	<i>16</i>
4.4	DIMENSJONEN: TRIVSEL.....	17
4.4.1	<i>Institusjon</i>	<i>17</i>
4.5	DIMENSJONEN: TRYGGHET OG RESPEKTFULL BEHANDLING.....	18
4.5.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>18</i>
4.5.2	<i>Institusjon</i>	<i>18</i>
4.6	DIMENSJONEN: TILGJENGELIGHET.....	19
4.6.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>19</i>
4.6.2	<i>Institusjon</i>	<i>20</i>
4.7	DIMENSJONEN: INFORMASJON.....	20
4.7.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>20</i>
4.7.2	<i>Institusjon</i>	<i>21</i>
4.8	DIMENSJONEN: GENERELT/HELHETSVURDERING.....	21
4.8.1	<i>Hjemmetjenester</i>	<i>22</i>
4.8.2	<i>Institusjon</i>	<i>22</i>
4.9	GJENNOMSNITTLIG BRUKERTILFREDSHET FOR HVER KOMMUNE.....	23
4.9.1	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Karasjok kommune</i>	<i>23</i>
4.9.2	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Loppa kommune</i>	<i>25</i>
4.9.3	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Sør Varanger kommune</i>	<i>26</i>
4.9.4	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Lebesby kommune</i>	<i>28</i>
4.9.5	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Berlevåg kommune</i>	<i>29</i>
4.9.6	<i>Gjennomsnittlig brukertilfredshet Båtsfjord</i>	<i>30</i>
4.10	TJENESTEPROFILER.....	30
4.10.1	<i>Tjenesteprofil Karasjok kommune</i>	<i>30</i>
4.10.2	<i>Tjenesteprofil Loppa kommune</i>	<i>32</i>
4.10.3	<i>Tjenesteprofil Sør Varanger kommune</i>	<i>33</i>
4.10.4	<i>Tjenesteprofil Lebesby kommune</i>	<i>34</i>
4.10.5	<i>Tjenesteprofil Berlevåg kommune</i>	<i>35</i>
4.10.6	<i>Tjenesteprofil Båtsfjord kommune</i>	<i>36</i>

Figurliste:

Figur 1: Eksempel på variasjon innenfor dimensjonen trivsel	6
Figur 2: Eksempel på frekvensfordeling	7
Figur 6: Utvalg- og svarprosent hjemmetjenester	11
Figur 7: Utvalg- og svarprosent Institusjon beboere.	11
Figur 8: Utvalg- og svarprosent institusjon pårørende	12
Figur 9: Gjennomsnitt dimensjon resultat for brukeren hjemmetjenester	12
Figur 10: I hvor stor grad opplever du at tjenesten gir deg den hjelpen du har behov for?	13
Figur 11: Gjennomsnittlig tilfredshet "resultat for brukerne" – pårørende	13
Figur 12: I hvor stor grad opplever du at beboeren er fornøyd med aktivitetstilbudet på sykehjemmet?	15
Figur 13: I hvor stor grad opplever du at beboeren er fornøyd med den medisinske behandlingen han/hun får? ...	15
Figur 14: Gjennomsnittlig tilfredshet "brukermedvirkning" hjemmetjeneste	16
Figur 15: Gjennomsnittlig tilfredshet "brukermedvirkning" pårørende institusjon	16
Figur 16: I hvor stor grad opplever du at beboeren får bestemme hvilken hjelp han/hun skal ha?	17
Figur 17: Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" pårørende institusjon	17
Figur 18: Gjennomsnittlig tilfredshet "trygghet og respektfull behandling" hjemmetjenester	18
Figur 19: Gjennomsnittlig tilfredshet "respektfull behandling" pårørende institusjon	18
Figur 20: Gjennomsnittlig tilfredshet "tilgjengelighet" hjemmetjenester	19
Figur 21: Gjennomsnittlig tilfredshet "tilgjengelighet" pårørende institusjon	20
Figur 22: Gjennomsnittlig tilfredshet "informasjon" hjemmetjenester	20
Figur 23: I hvor stor grad er du fornøyd med informasjonen tjenesten kan tilby deg?	21
Figur 24: Gjennomsnittlig tilfredshet "informasjon" pårørende institusjon	21
Figur 25: Enkeltspørsmål "generelt/helhetsvurdering" hjemmetjenester	22
Figur 26: Enkeltspørsmål "generelt/helhetsvurdering" pårørende institusjon	22
Figur 27: Profil Karasjok hjemmetjenester	23
Figur 28: Profil Karasjok gjennomsnittlig brukertilfredshet beboere institusjon	24
Figur 29: Profil Karasjok gjennomsnittlig brukertilfredshet pårørende institusjon	24
Figur 29: Profil Loppa kommune hjemmetjenester	25
Figur 30: Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" pårørende institusjon.	25
Figur 31: Profil Sør Varanger hjemmetjenester	26
Figur 32: Profil Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" beboer institusjon (Sør Varanger)	26
Figur 33: Profil Lebesby hjemmetjenester	28
Figur 34: Profil Lebesby pårørende institusjon	28
Figur 35: Profil Berlevåg hjemmetjenester	29
Figur 36: Profil Berlevåg pårørende institusjon (data mangler)	29
Figur 37: Profil Båtsfjord hjemmetjenester	30
Figur 38: Tjenesteprofil Karasjok kommune hjemmetjeneste	30
Figur 39: Tjenesteprofil Karasjok kommune. (Institusjon)	32
Figur 40: Tjenesteprofil Loppa kommune hjemmetjenesten	32
Figur 41: Tjenesteprofil Loppa kommune institusjon	33
Figur 42: Tjenesteprofil Sør Varanger kommune hjemmetjenesten	33
Figur 43: Tjenesteprofil Sør Varanger kommune institusjon	34
Figur 44: Tjenesteprofil Lebesby kommune hjemmetjenesten	34
Figur 45: Tjenesteprofil Lebesby kommune	35
Figur 46: Tjenesteprofil Berlevåg kommune hjemmetjenesten	35
Figur 47: Tjenesteprofil Berlevåg kommune institusjon	36
Figur 48: Tjenesteprofil Båtsfjord kommune hjemmetjenesten	36
Figur 49: Tjenesteprofil Båtsfjord kommune institusjon	37

1 Innledning

1.1 Generelt om lesing av rapporten.

Innledningsvis oppfordres leserne av rapporten om å være varsomme med tolkningen av de resultater fra undersøkelsene. Resultatene presenteres i form av figurer og tabeller med verdiangivelser. Vi anbefaler kommunen om å forholde seg til resultatene på en åpen og spørrende måte. Enkeltsvar i brukerundersøkelsen og enkeltregistreringer innen målt kvalitet må ses i sammenheng – og kun som *indikasjoner* på kvalitet i tjenesten.

Tilfeldig variasjon kan gi store utslag på indikatorene. Selv om det er grunn til å være forsiktig med bruk og tolking av indikatorene slik de framstår, mener vi likevel de representerer en stor nytteverdi for kommunen. Det er et godt materiale for å skaffe seg et bredere grunnlag for å vurdere tjenesten. I tillegg gir det et utmerket grunnlag for en videre dialog med brukerne om deres opplevelse av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.

1.2 Nettverkets gjennomføring av undersøkelsen.

Nettverket, som består av 9 kommuner, har gjennomført brukerundersøkelser innenfor pleie- og omsorgstjenestene:

Noen kommuner har også utført medarbeiderundersøkelser. 3 av kommunene skal gjennomføre undersøkelsene i 2012 (Vinter).

- PLO Hjemmetjeneste
- PLO Institusjon – beboere
- PLO Institusjon – pårørende

Data fra Berlevåg går tilbake til 2010.

1.3 Brukermedvirkning i praksis.

Tjenesteledere inne pleie- og omsorg anbefales å drøfte og tolke resultatene med ansatte på alle nivå. Videre å planlegge hvordan undersøkelsene skal presenteres og følges opp for brukere og pårørende.

Den øverste ledelsen både i administrasjonen og den politiske ledelsen er viktige medspillere. De trenger også å bli involvert i forståelsen og drøftingen av undersøkelsen. På den måten kan kommunen invitere til en åpen tolking av kvalitetskartleggingen, ressursbruk og prioriteringer av forbedringsområder.

Noen kommuner har gode erfaringer med å presentere resultater (høy skår / lav skår på spørsmål) for brukerne, og på den måten vil kommunen kunne få til en drøfting av hva som *skal eller bør være* forbedringsområder / opp- eller nedprioriteringer.

1.4 Åpenhet og innsikt

Gjennom sammenligning med andre kommuner er det lagt til rette for at kommunen lettere kan identifisere hvor de gjør det spesielt godt, samt aktuelle forbedringsområder. Åpenhet og innsikt kan medvirke til et større lokalt engasjement både blant politisk og administrativ ledelse i kommunen.

2 Nettverkets videre arbeid med undersøkelsene

2.1 Om tolking av resultatene

Gjennomsnittresultat alene på ett spørsmål sier lite om hvordan data fordeler seg mellom svaralternativene. Det vi kaller varians på fagspråket. To gjennomsnittsverdier som er like, kan skjule totalt ulike svarfordelinger og dermed kreve ulike forbedringstiltak og strategier. Det er derfor viktig å se på hvordan svarene fordeler seg i tillegg til gjennomsnittsverdiene. Det er viktig å være oppmerksom på dette når det gjelder kvalitetsdimensjonene også. Der er flere spørsmål slått sammen, og to like gjennomsnitt kan være veldig ulikt fundert i forhold hvordan svarfordelingen er mellom spørsmålene. Dermed blir det avgjørende å se på spredningen av svarene både på enkeltspørsmål og på dimensjonene.

For å ta et eksempel kan vi se på to kommuner som har lik score på dimensjonen "Trivsel". Her blir gjennomsnittet det samme, men forskjellene på enkeltspørsmål kan gi ulikt grunnlag for refleksjon og tiltak. Nedenfor følger 2 eksempler hentet fra tidligere nettverk som synliggjør dette spesielt.

Figur 1: Eksempel på variasjon innenfor dimensjonen trivsel

Trivsel [Graf]	Kommune 1
I hvor stor grad opplever du at beboeren trives på rommet han/hun bor på?	2,5
sammen med personalet?	4,0
sammen med de andre beboerne?	3,1
Snitt:	3,2

Trivsel [Graf]	Kommune 2
I hvor stor grad opplever du at beboeren trives på rommet han/hun bor på?	3,5
sammen med personalet?	3,5
sammen med de andre beboerne?	2,5
Snitt:	3,2

Det samme prinsippet gjelder svarfordeling pr spørsmål. Eksemplet nedenfor er hentet fra en tidligere brukerundersøkelse. Som dere ser har kommunene lik score på spørsmålet ”hvor fornøyd er du helhetlig sett med tjenesten”, men svarfordelingen er noe ulik.

Figur 2: Eksempel på frekvensfordeling

Til slutt vil vi stille deg et generelt spørsmål om hvordan du opplever den totale kvaliteten av de tjenestene du mottar

Hvor fornøyd er du helhetlig sett med tjenesten?

1 - Svært misfornøyd	2	5,4 %	
2 -	2	5,4 %	
3 -	3	8,1 %	
4 -	9	24,3 %	
5 -	12	32,4 %	
6 - Svært fornøyd	8	21,6 %	
0 - Vet ikke	1	2,7 %	

Til slutt vil vi stille deg et generelt spørsmål om hvordan du opplever den totale kvaliteten av de tjenestene du mottar

Hvor fornøyd er du helhetlig sett med tjenesten?

1 - Svært misfornøyd	3	15,0 %	
2 -	0	0,0 %	
3 -	1	5,0 %	
4 -	3	15,0 %	
5 -	8	40,0 %	
6 - Svært fornøyd	5	25,0 %	
0 - Vet ikke	0	0,0 %	

For en grundigere gjennomgang av resultatene for egen kommune har hver kommune tilgang til egne rapporter gjennom portalen www.bedrekommune.no

Øvelse:

1. Sjekk egne data.
2. Plukk ut to spørsmål, se på gjennomsnittssvaret.
3. Gå deretter dypere og sjekk fordelingen på svaralternativene 1 – 6 på de to spørsmålene. (gå inn på ditt fylke, kommune, PLO Hjemmetjeneste eller PLO Institusjon og klikke på knappen ”Rapporter”)

2.2 Resultater på enhets-/avdelingsnivå

I dette dokumentet fremstilles resultatene på kommunenivå.

Flere kommuner har imidlertid laget en struktur som kan gi resultater på lavere nivå, og vi oppfordrer til å benytte disse resultatene i det videre arbeidet med oppfølgingen av resultatene, dersom antall svar/svarprosent er tilfredsstillende.

På alle nivåer i bedrekommune ligger det Excel rapporter som dere kan benytte. Her er rådata fra undersøkelsene, slik at dere kan lage egne fremstillinger, men også ferdige figurer. Nedenfor er et eksempel på figurer som kan benyttes for å sammenligne to ulike områder innenfor hjemmetjenesten.

Dere kan også ta ut oversikt over svarfordeling på samme måte som vist på forrige side.

2.3 Forberedelse til neste nettverkssamling.

På samlingen vil vi arbeide med brukerundersøkelsene som kommunene har gjennomført. Vi skal se:

- ✓ Hvordan bruke tilbakemeldingene fra brukerne til å utvikle tjenestene?
- ✓ Hvordan følge opp brukerundersøkelsene og få til ytterligere brukerdialog?

KS ønsker at kommunene forbereder seg til å delta i en aktiv dialog ved gjennomgang av kvalitetsundersøkelsen. Bruk spørsmålene nedenfor i forberedelsene til samlingen 8.-9. nov.

Det er de konkrete handlingene, og gjerne de små ting, som bidrar til kvalitet i tjenesten. Gjennom å synliggjøre for hverandre **hva som i egen praksis påvirker kvaliteten**, kan vi lære av hverandre.

Følgende spørsmål mener vi det er nyttig for kommunene å reflektere over:

- 1) Drøft egne resultater. Let etter sterke sider.
 - Er det noen av spørsmålene hvor dere utmerker dere?
 - Hvilke områder ønsker dere å forbedre?
 - Hva er deres ambisjonsnivå?
- 2) Hvilke kritiske faktorer er sentrale i å forklare resultater, hva gjør de kommunene som får høyest score?
- 3) Hva forteller materialet dere om mulige sammenhenger, eller ikke, mellom rammebetingelser, prosesskvalitet og resultat for brukeren?
- 4) Er dere fornøyd med disse resultatene?

-
- Hvilke planer/rutiner har dere for å informere om brukerundersøkelsene?
 - Hvordan skal dere bruke resultatene?
 - Hva er viktig å ha en videre dialog med brukerne om?
 - Hva trenger dere å ha en videre dialog med de ansatte om?
 - Hvilke innspill mener dere er aktuelle å viderefremde til kommuneledelsen og rådmannen?
 - Hvilke andre data som indikerer kvalitet hadde vært nyttig å ha?

3 Kvalitetsdimensjoner i pleie- og omsorgstjenesten

I Effektiviserings-Nettverkene brukes en kvalitetsmodell som består av følgende tre kvalitetsområder:

- Strukturkvalitet – Rammebetingelser for tjenesten
- Prosesskvalitet – Samhandling med bruker
- Resultatkvalitet – Innholdet i tjenesten, resultatet for brukere

Det er viktig å skille mellom målt kvalitet og brukeropplevd kvalitet. Det er mulig å spørre brukere og pårørende om både struktur, prosess og resultat. Det er fordelaktig at brukerundersøkelsene dekker alle kvalitetsområdene, men det er viktig å være oppmerksom på at brukeropplevd kvalitet er subjektiv. Målt kvalitet er objektive målbare indikatorer som kommunen hovedsakelig henter fra eksisterende data, f.eks som registreringer i tjenestens fagsystem og KOSTRA. Indikatorene for målt kvalitet er derfor viktig for å utfylle brukerundersøkelsene.

Kvalitetsdimensjoner i hjemmetjenesten			
		Målt kvalitet	Brukeropplevd kvalitet
Tilgjengelighet	<i>Struktur</i>	(X)	X
Informasjon			X
Personalets kompetanse		X	
Sykefravær		X	
Respektfull behandling	<i>Prosess</i>		X
Pålitelighet		(X)	
Brukermedvirkning			X
Resultat for brukerne	<i>Resultat</i>	(X)	X
Trivsel			

Kvalitetsdimensjoner i institusjonstjenesten			
		Målt kvalitet	Brukeropplevd kvalitet
Tilgjengelighet	<i>Struktur</i>	(X)	X
Informasjon			X
Personalets kompetanse		X	
Sykefravær		X	
Respektfull behandling	<i>Prosess</i>		X
Pålitelighet			X
Brukermedvirkning			X
Resultat for brukerne	<i>Resultat</i>	(X)	X
Trivsel			X

Strukturkvalitet handler om kvaliteten på rammebetingelsene i tjenesten og vi kan her se på indikatorer for tilgjengelighet, informasjon, personalets kompetanse og sykefravær. Når det gjelder tilgjengelighet, må vi gå til brukerundersøkelsen for å få en indikasjon på kvaliteten på

dette området. Der svarer både brukere og pårørende på sin opplevelse av om de er fornøyd med muligheten for å få kontakt med tjenesten og muligheten til å få hjelp utover det som er avtalt (hjemmetjenester) og mulighet til å få snakke med pleiepersonale og lege (institusjon)

Informasjon og personalets kompetanse samordning står i brukerhåndboken oppført som strukturkvalitet, men det kan også være meningsfylt å se det som en del av prosesskvaliteten. Prosesskvalitet skal si noe om de tingene vi gjør i møtet med brukere og pårørende. Under kvalitetsdimensjonen, prosesskvalitet finner vi i tillegg brukermedvirkning, respektfull behandling og pålitelighet. På denne dimensjonen har vi kun resultatene fra brukerundersøkelsen.

Det er interessant å se på sammenhengene mellom de ulike kvalitetsdimensjonene – påvirker rammebetingelsene, f.eks. høy utdanning og god tilgjengelighet, prosesskvaliteten som handler om brukermedvirkningen, pålitelighet og respektfull behandling? Og ikke minst i forhold til resultat for brukeren, som i bedrekommune måles gjennom fem spørsmål til brukere av hjemmetjenesten og ni spørsmål til beboere og pårørende i institusjonstjenesten.

4 Brukerundersøkelsene (Opplevd kvalitet)

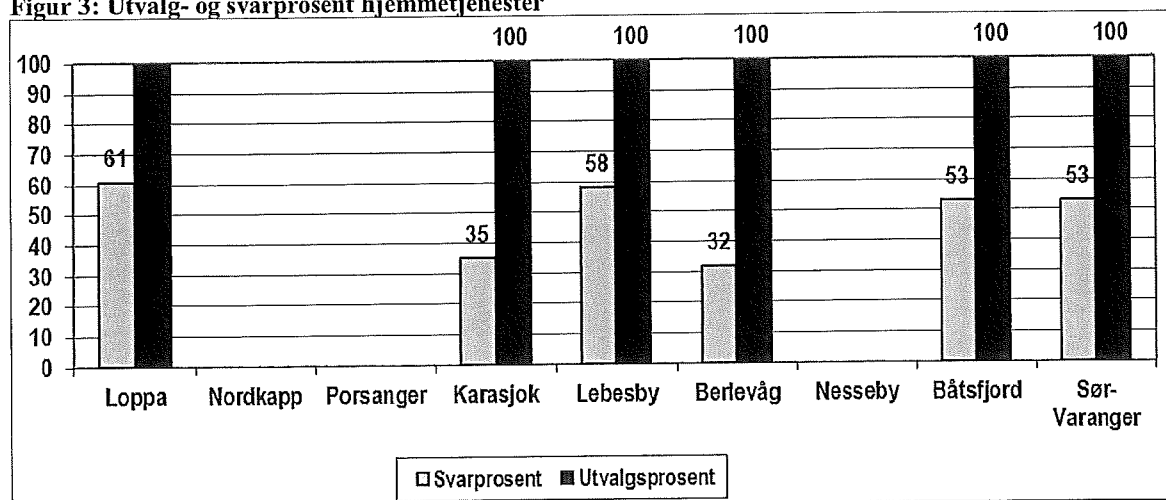
I dette kapitlet fremkommer resultater fra tre av de gjennomførte brukerundersøkelsene. I kapittel 4.1 gis en oversikt over svar og svarprosent, samt en gjennomgang av bakgrunnsopplysningene, som gir oss mer kunnskap om hvem respondentene er.

Videre, i kapittel 4.2 – 4.8 har vi satt sammen resultatene fra alle kommunene på de enkelte dimensjonene (tilgjengelighet, informasjon, brukermedvirkning osv) for henholdsvis hjemmetjeneste og institusjon. Dette for og raskt få et overblikk over hvordan situasjonen er i forhold til andre kommuner.

4.1 Bakgrunnsdata

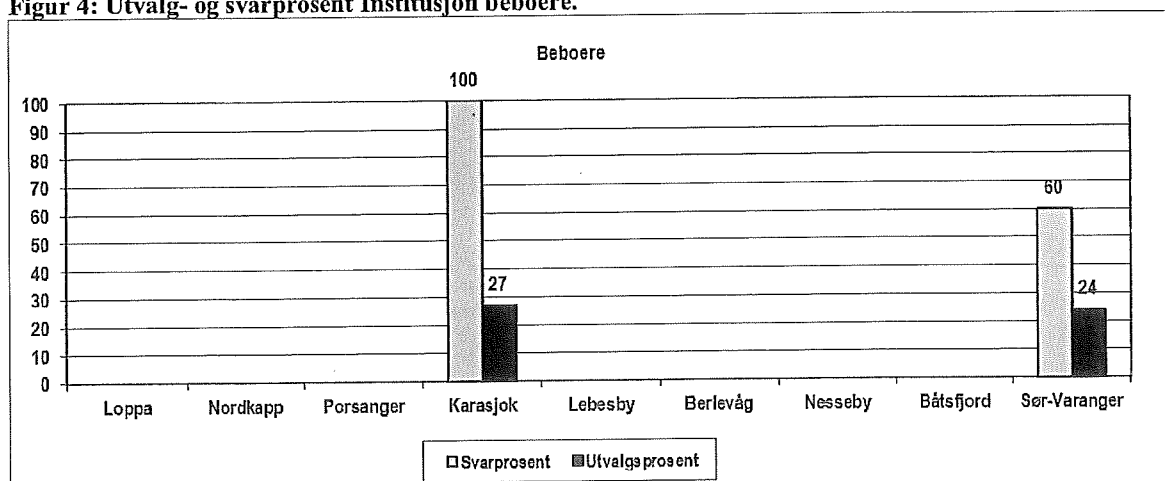
4.1.1 Oppslutning om brukerundersøkelsene

Figur 3: Utvalg- og svarprosent hjemmetjenester

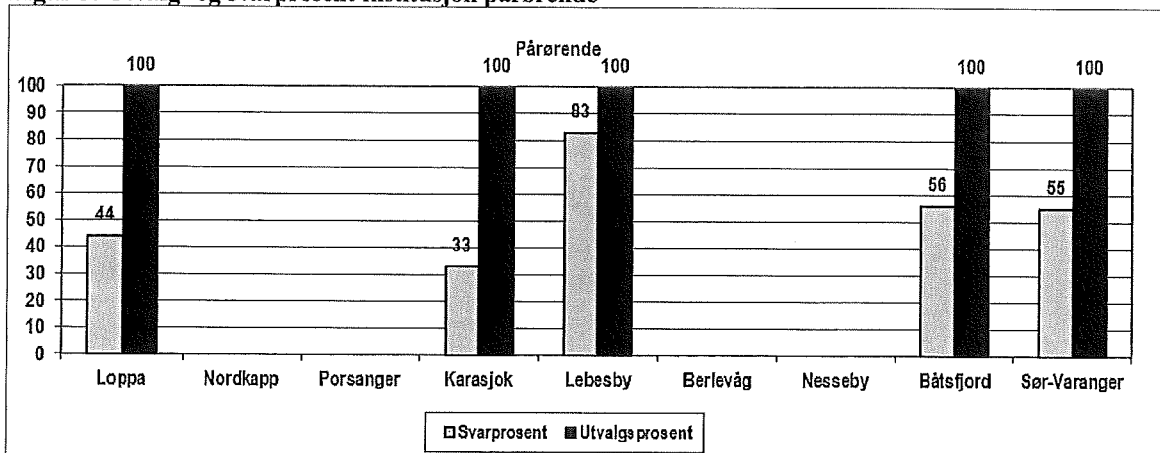


Svarprosenten er antall som har svart i forhold til de som er spurt. Dvs. at i Karasjok har 35 % av brukere av i som ble spurt svart.

Figur 4: Utvalg- og svarprosent Institusjon beboere.



Figur 5: Utvalg- og svarprosent institusjon pårørende



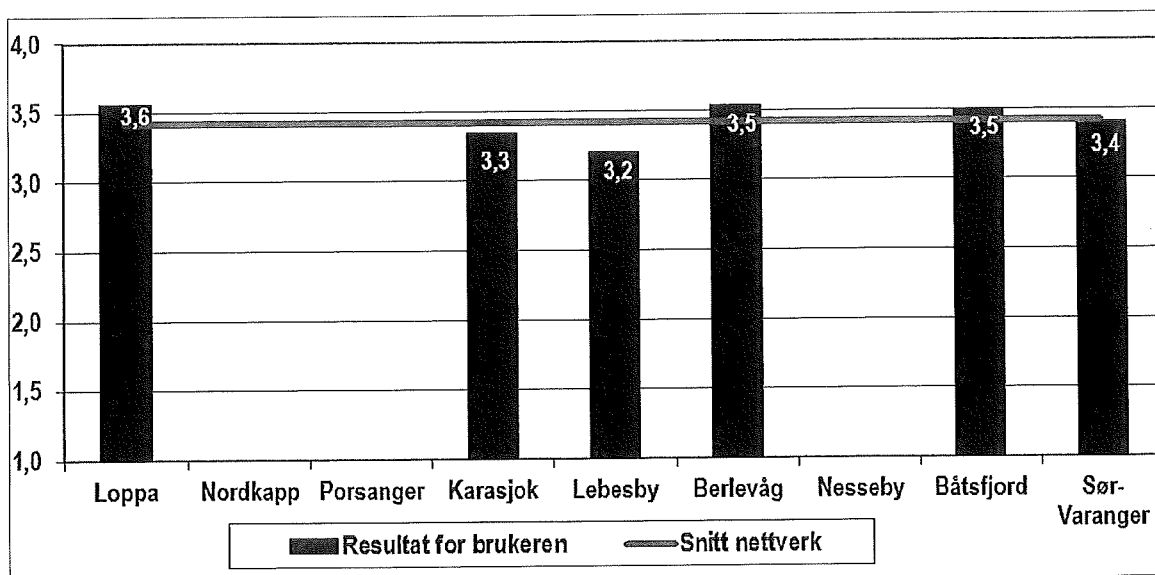
Hvis svarprosenten er lav, og et lavt antall har besvart, så er det viktig å være forsiktige med å generalisere. Grunnen er at vi i de tilfellene ikke er sikre på hvor representative de som har svart er for alle. Utvalget kan være skjevt. Den andre faktoren er *antall* svar. Når det er et stort antall som har svart kan det fortsatt være en skjevhet i materialet, men med mange svar gir det likevel et bilde dere kan bruke. Vær derfor nøye med å sjekke svarprosent og antall svar før dere generaliserer.

Uansett er det viktig å ta de som har svart på alvor, og tørre å ta innover seg at svarene reflekterer deres opplevelse av tjenesten. Det krever at vi øver oss på å ta anerkjennelse på alvor. Her gjelder det å ta den andres perspektiv, og respektere det, selv om det står i motsetning til vårt eget.

4.2 Dimensjonen: Resultat for brukerne

4.2.1 Hjemmetjenester

Figur 6: Gjennomsnitt dimensjon resultat for brukeren hjemmetjenester



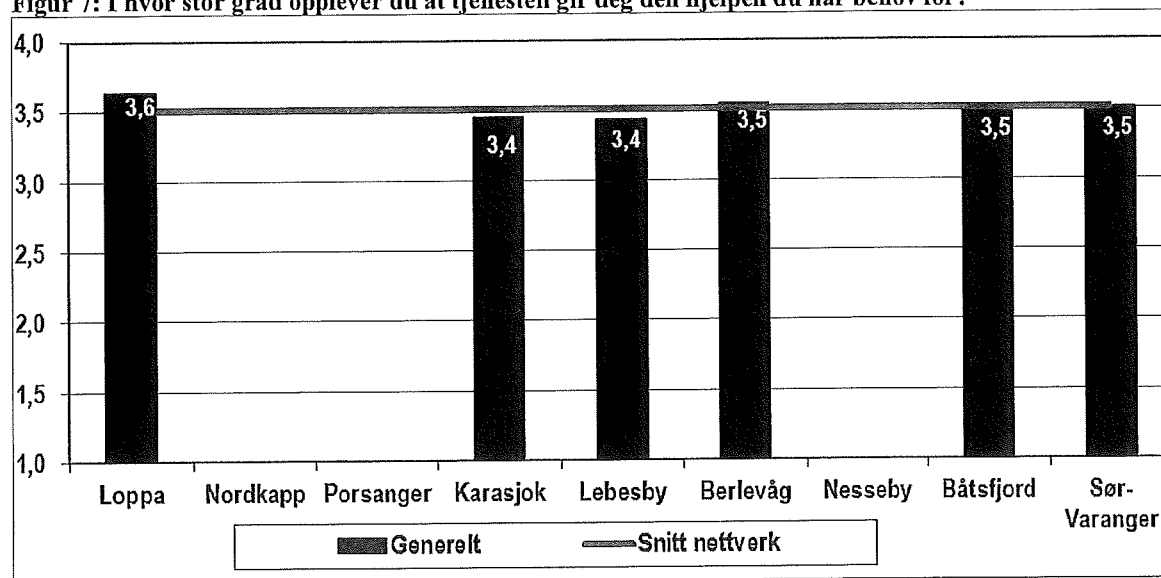
Dimensjonen består av følgende enkeltspørsmål: I hvor stor grad opplever du at tjenesten:

- 1) Har god nok kvalitet?
- 2) Gir deg en bedre hverdag, slik at du kan bo hjemme?
- 3) Gir deg den hjelpen du har behov for?

I hvor stor grad opplever du:

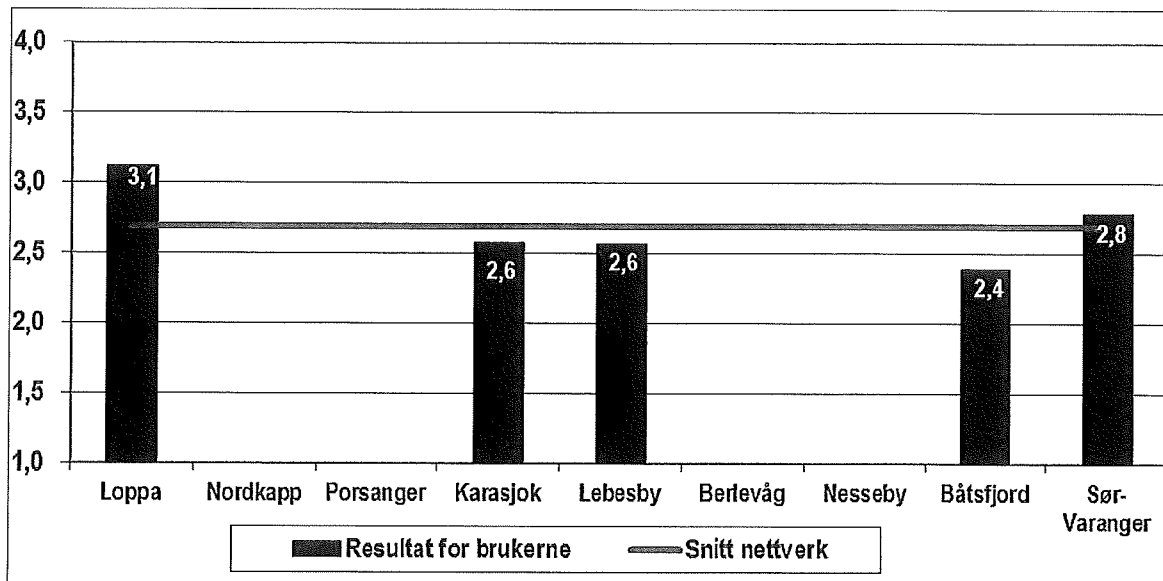
- 4) At de ansatte har omsorg for deg?
- 5) At de ansatte hører på deg hvis du har noe å klage på?

Figur 7: I hvor stor grad opplever du at tjenesten gir deg den hjelpen du har behov for?



4.2.2 Institusjon

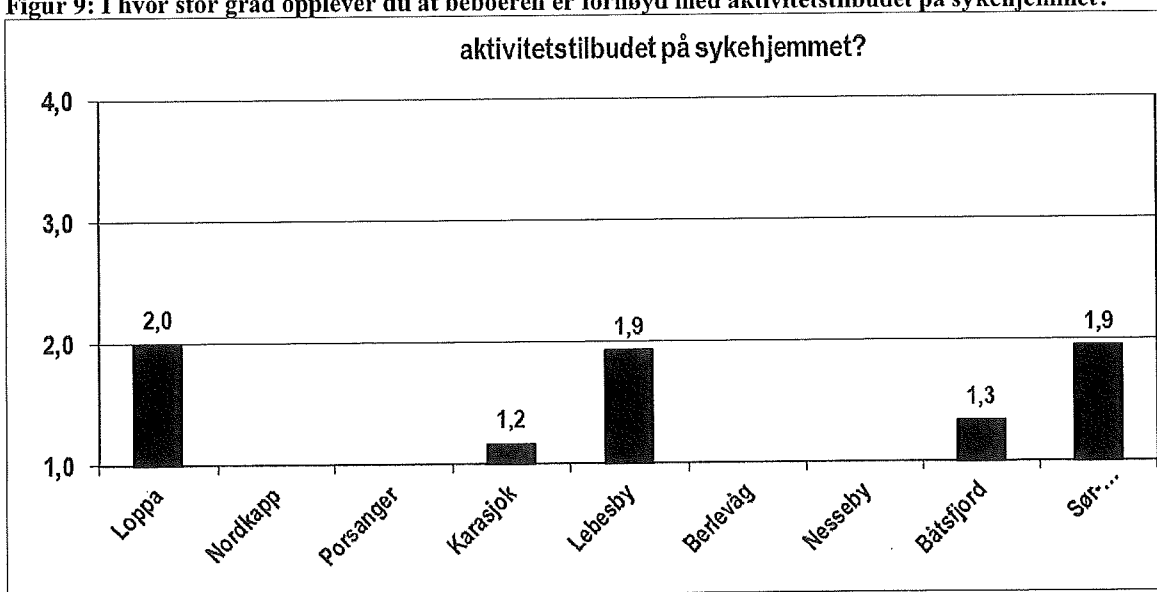
Figur 8: Gjennomsnittlig tilfredshet "resultat for brukerne" – pårørende



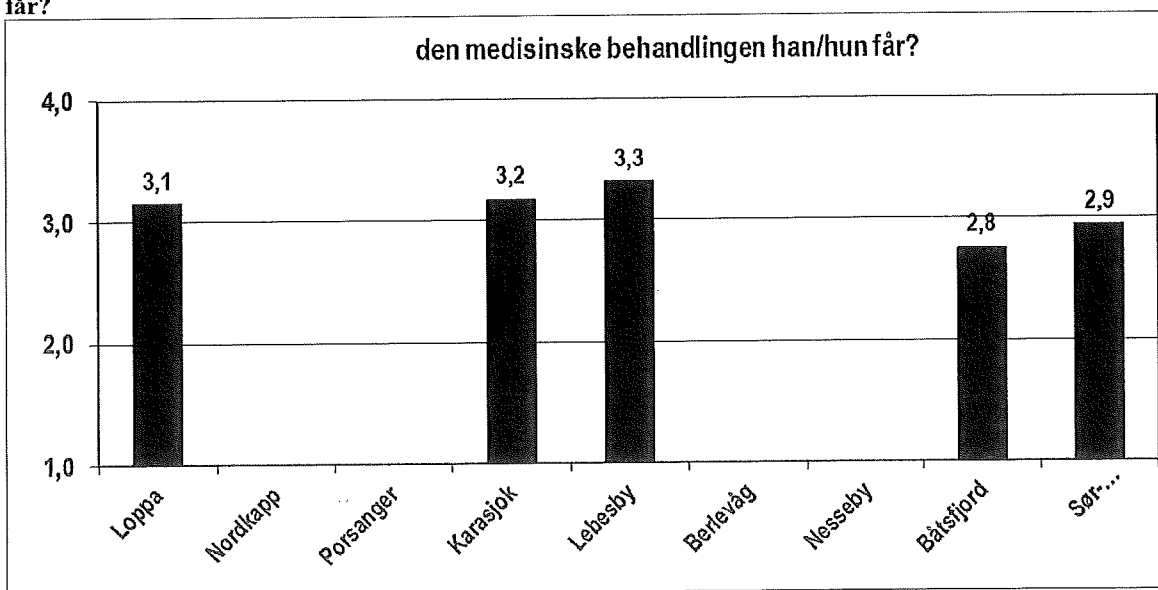
De pårørende fikk følgende enkeltspørsmål: I hvor stor grad opplever du at beboeren er fornøyd med:

- 1) Måltidene?
- 2) Maten han/hun får?
- 3) Hjelpen til personlig hygiene?
- 4) Muligheten til å gjøre dagligdagse gjøremål?
- 5) Aktivitetstilbudet på sykehjemmet?
- 6) Den medisinske behandlingen han/hun får?
- 7) Muligheten for å komme ut og få andre opplevelser/turer?
- 8) Muligheten for privatliv/være alene?
- 9) Muligheten for å komme til tannlege?

Figur 9: I hvor stor grad opplever du at beboeren er fornøyd med aktivitetstilbudet på sykehjemmet?



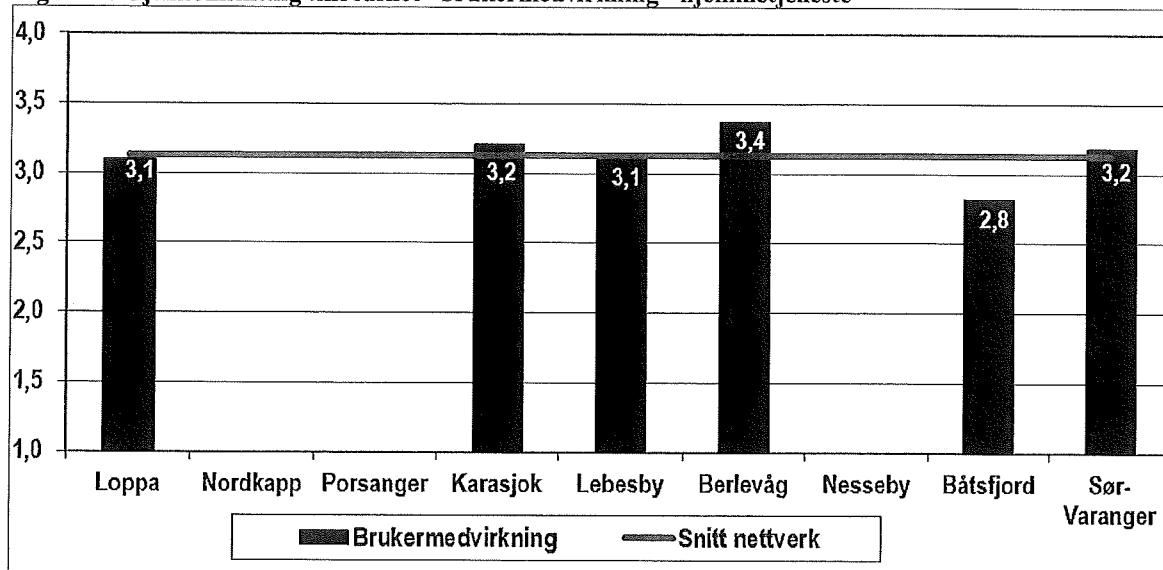
Figur 10: I hvor stor grad opplever du at beboeren er fornøyd med den medisinske behandlinga han/hun får?



4.3 Dimensjonen: Brukermedvirkning

4.3.1 Hjemmetjenester

Figur 11: Gjennomsnittlig tilfredshet "brukermedvirkning" hjemmetjeneste

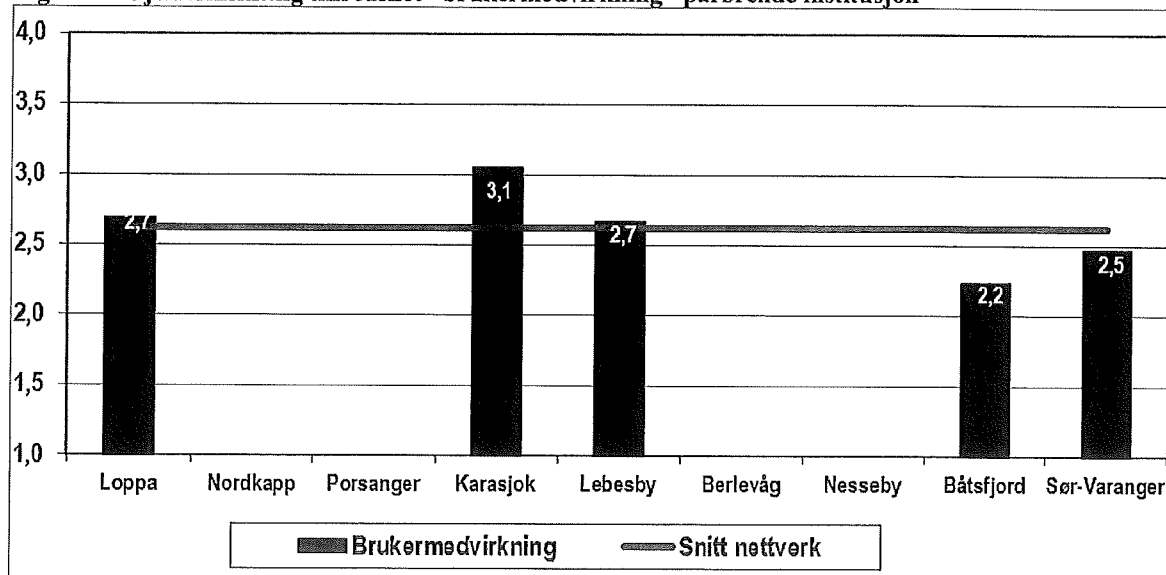


Dimensjonen består av følgende enkeltspørsmål: I hvor stor grad får du bestemme:

1. Når du skal motta hjelp?
2. Hvilken hjelp du skal ha?

4.3.2 Institusjon

Figur 12: Gjennomsnittlig tilfredshet "brukermedvirkning" pårørende institusjon



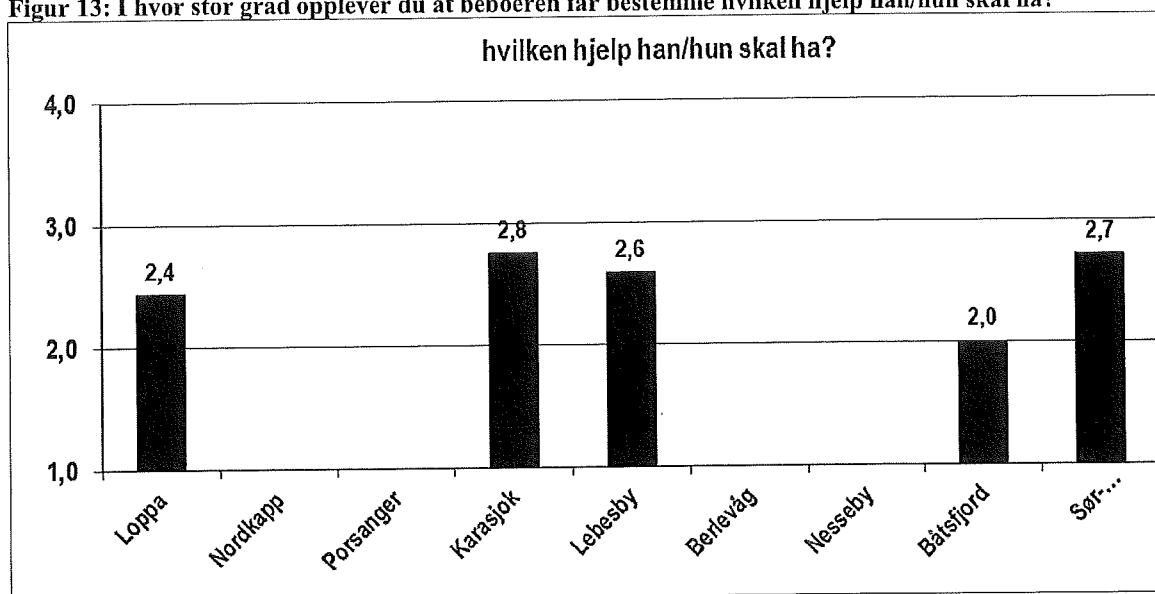
"Brukermedvirkning" består av spørsmålene: - i hvor stor grad får du bestemme:

- 1) Hvilken hjelp du skal ha?
- 2) Når du skal legge deg og stå opp?
- 3) Når du skal spise?

Enkeltspørsmålene til pårørende lyder: - i hvor stor grad opplever du at beboeren får bestemme?

- 1) Hvilken hjelp han/hun skal ha?
- 2) Når han/hun skal legge deg og stå opp?
- 3) Når han/hun skal spise?

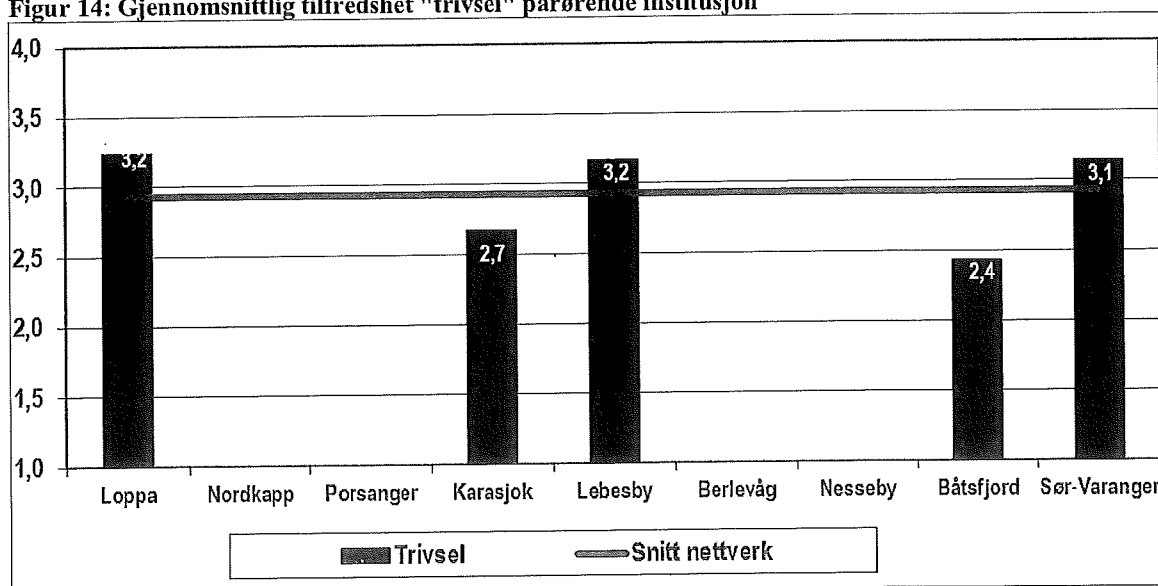
Figur 13: I hvor stor grad opplever du at beboeren får bestemme hvilken hjelp han/hun skal ha?



4.4 Dimensjonen: Trivsel

4.4.1 Institusjon

Figur 14: Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" pårørende institusjon



Pårørende fikk spørsmålene; i hvor stor grad opplever du at beboeren trives:

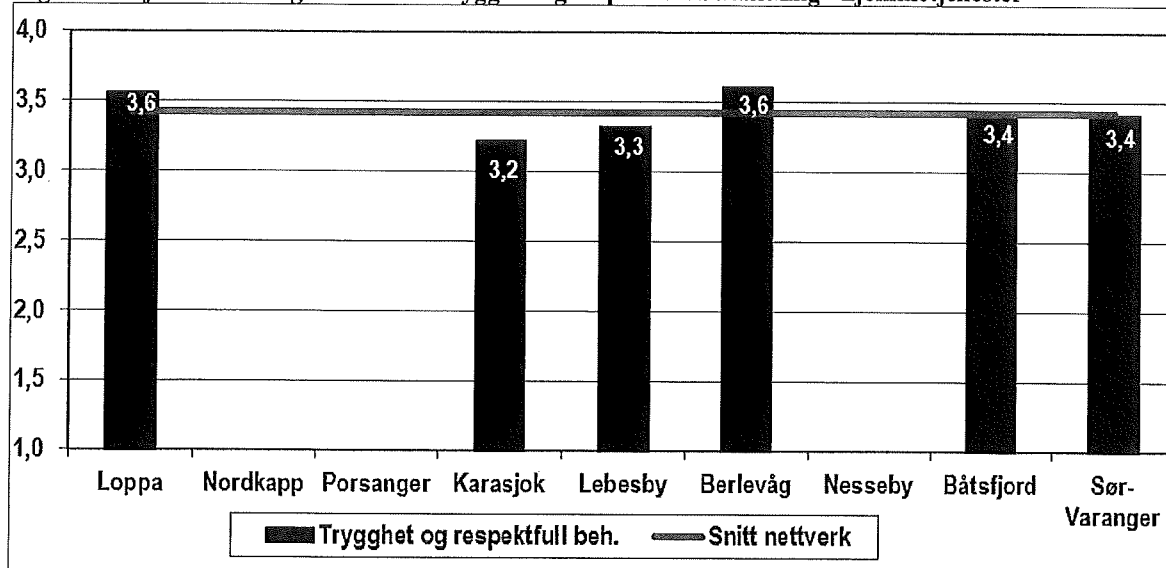
- 1) På rommet han/hun bor på?

- 2) Sammen med personalet?
- 3) Sammen med de andre beboerne?

4.5 Dimensjonen: Trygghet og respektfull behandling

4.5.1 Hjemmetjenester

Figur 15: Gjennomsnittlig tilfredshet "trygghet og respektfull behandling" hjemmetjenester

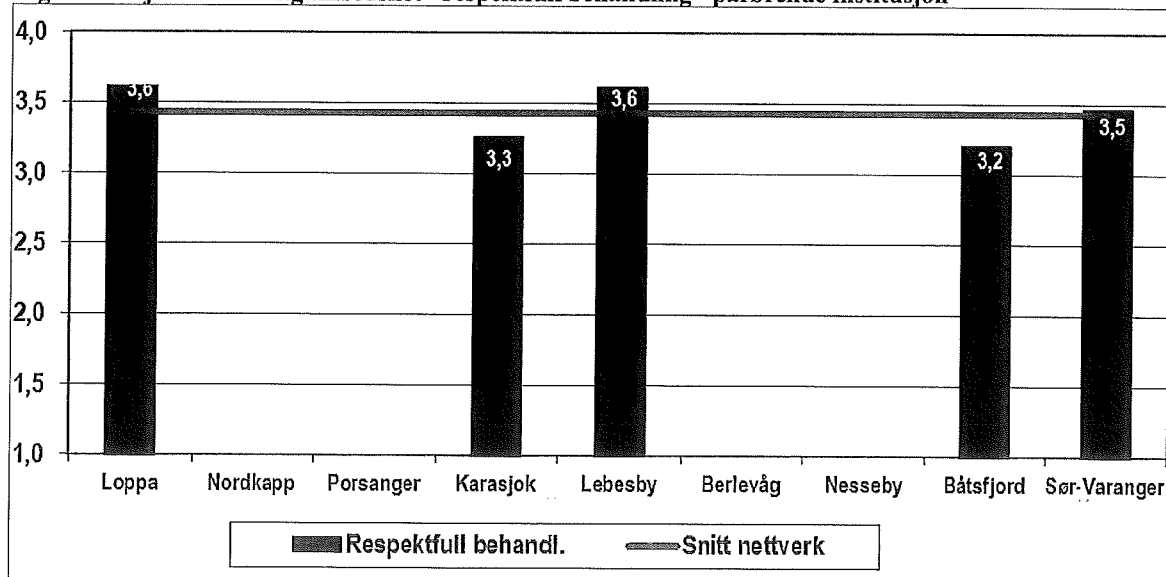


Dimensjonen består av følgende enkeltspørsmål: I hvor stor grad opplever du at personalet:

- 1) Behandler deg med høflighet og respekt?
- 2) Overholder taushetsplikten?
- 3) Kommer til avtalt tid?
- 4) Gir beskjed dersom det blir forsinkelser?

4.5.2 Institusjon

Figur 16: Gjennomsnittlig tilfredshet "respektfull behandling" pårørende institusjon



Spørsmålene til pårørende lyder: - i hvor stor grad opplever du at personalet:

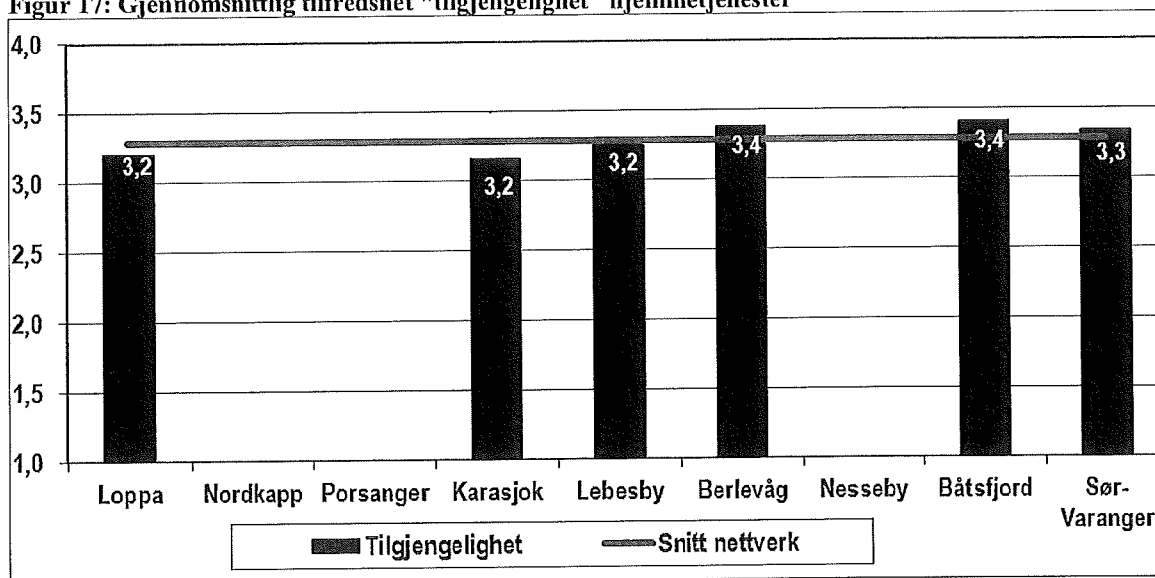
- 1) Behandler beboeren med høflighet og respekt?
- 2) Overholder taushetsplikten?
- 3) Hører på deg dersom du har noe å klage på?

Nittedal hadde en score 3,2 på spm om pårørende om beboeren blir behandlet med respekt.

4.6 Dimensjonen: Tilgjengelighet

4.6.1 Hjemmetjenester

Figur 17: Gjennomsnittlig tilfredshet "tilgjengelighet" hjemmetjenester

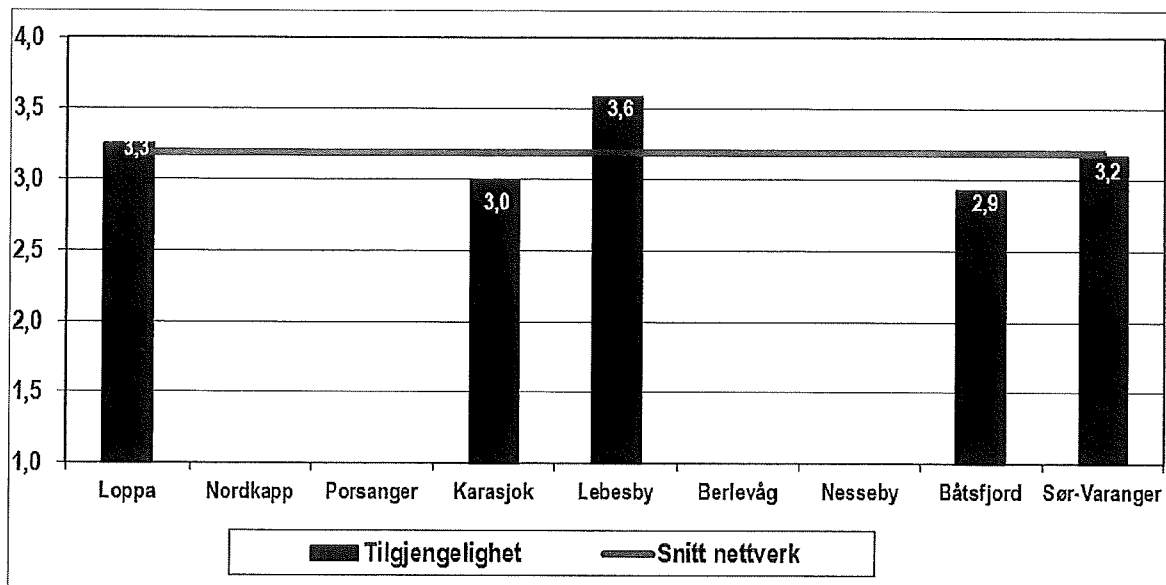


Tilgjengelighet består av spørsmålene: -i hvor stor grad er du fornøyd med:

- 1) Antall timer du får hjelp
- 2) Muligheten til å få hjelp utover det som er avtalt?
- 3) Muligheten for å få kontakt med tjenesten over telefonen?

4.6.2 Institusjon

Figur 18: Gjennomsnittlig tilfredshet "tilgjengelighet" pårørende institusjon.



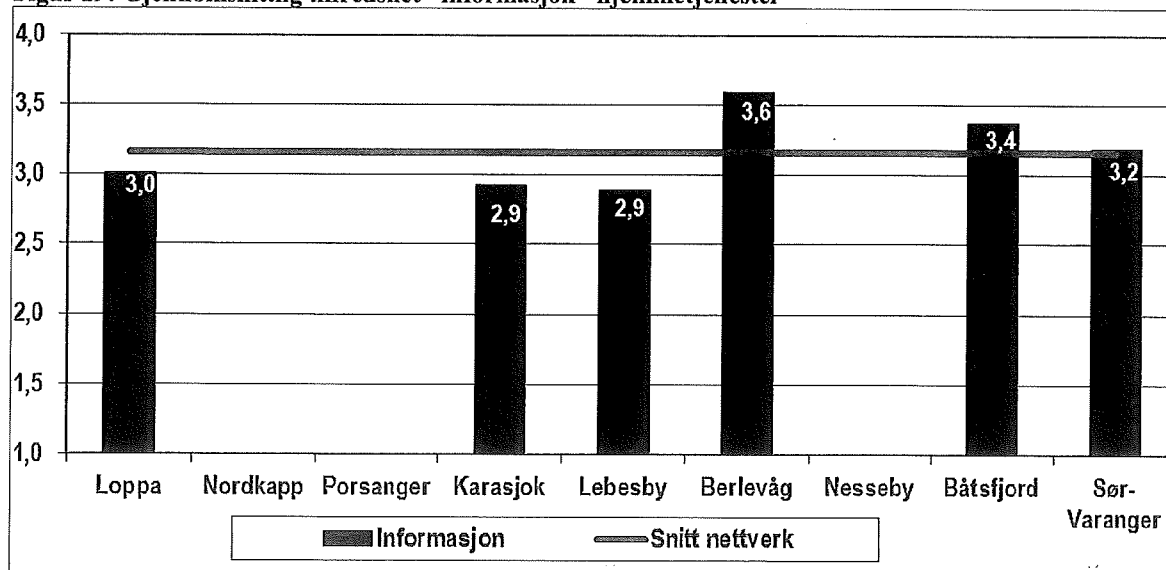
Spørsmålene til pårørende lyder: - i hvor stor grad er du fornøyd med beboerens:

- 1) Muligheten til å få snakke med en lege?
- 2) Muligheten til å snakke med pleiepersonalet?

4.7 Dimensjonen: Informasjon

4.7.1 Hjemmetjenester

Figur 19: Gjennomsnittlig tilfredshet "informasjon" hjemmetjenester

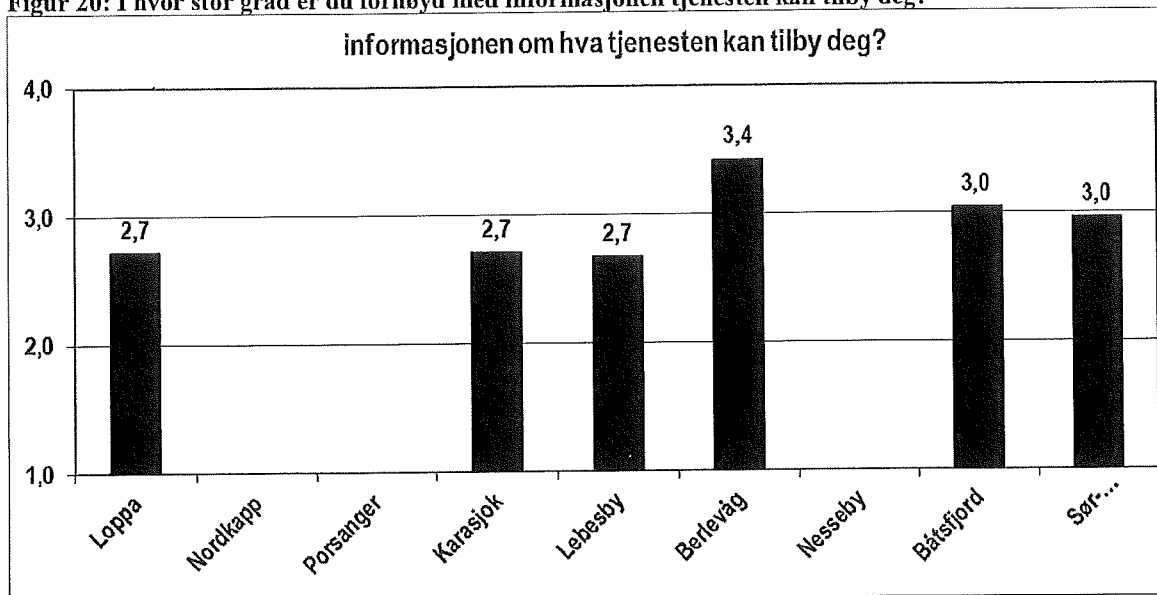


"Informasjon" består av spørsmålene – i hvor stor grad er du fornøyd med:

- 1) Informasjonen om hva tjenesten kan tilby deg?

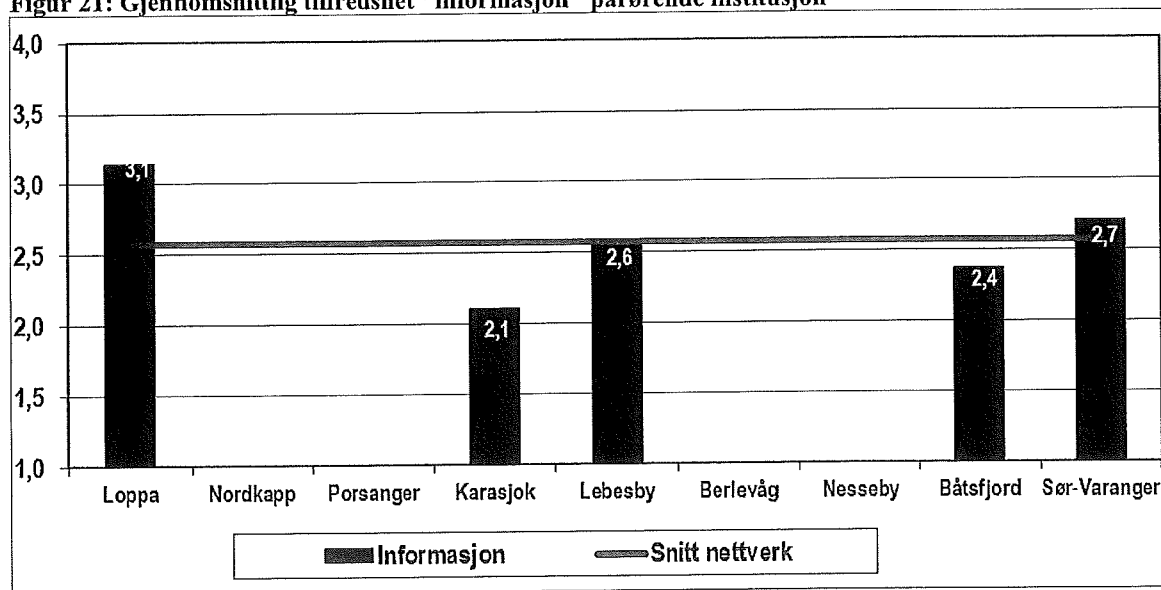
- 2) Informasjon om hva personalet skal gjøre?
- 3) Hvor klart og tydelig personalet snakker?

Figur 20: I hvor stor grad er du fornøyd med informasjonen tjenesten kan tilby deg?



4.7.2 Institusjon

Figur 21: Gjennomsnittlig tilfredshet "informasjon" pårørende institusjon



Spørsmålene til pårørende lyder: - i hvor stor grad er du fornøyd med:

- 4) Informasjonen beboeren får om sin helse?
- 5) Informasjonen beboeren får om aktivitets- og kulturtilbud?
- 6) Hvor klart og tydelig personalet snakker med beboeren?
- 7) Muligheten beboer har til å klage hvis det er behov for det?

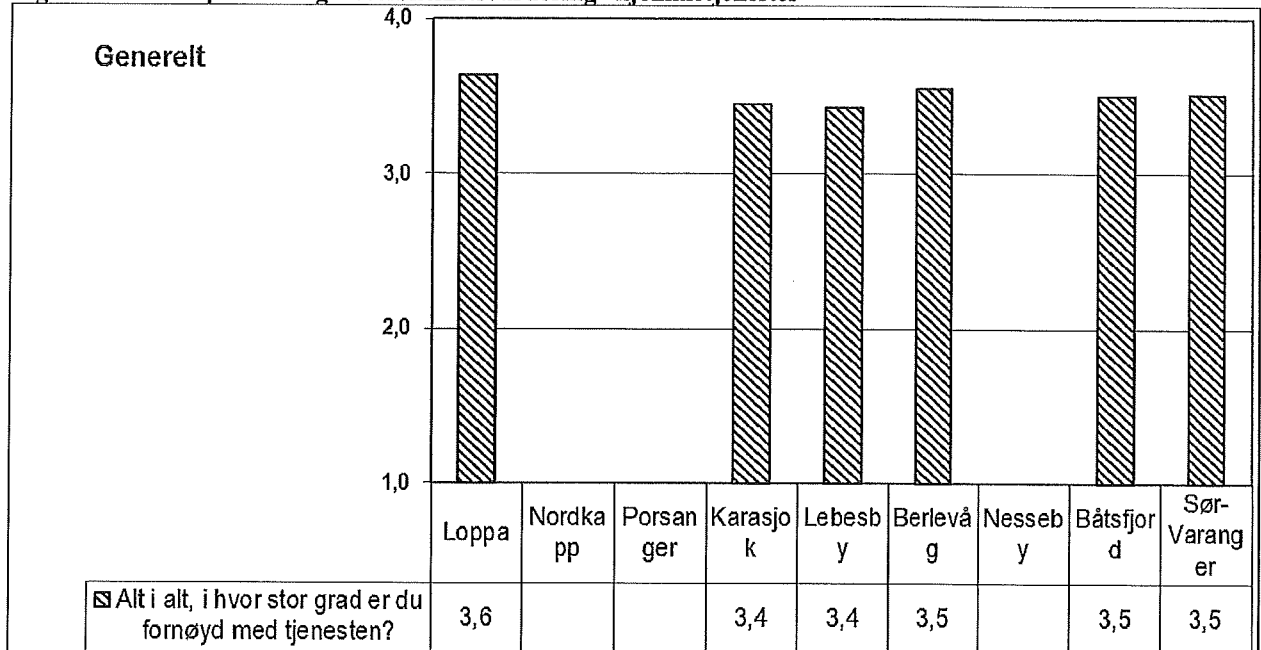
4.8 Dimensjonen: Generelt/helhetsvurdering

Denne dimensjonen består kun av ett spørsmål:

1) Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med tjenesten?

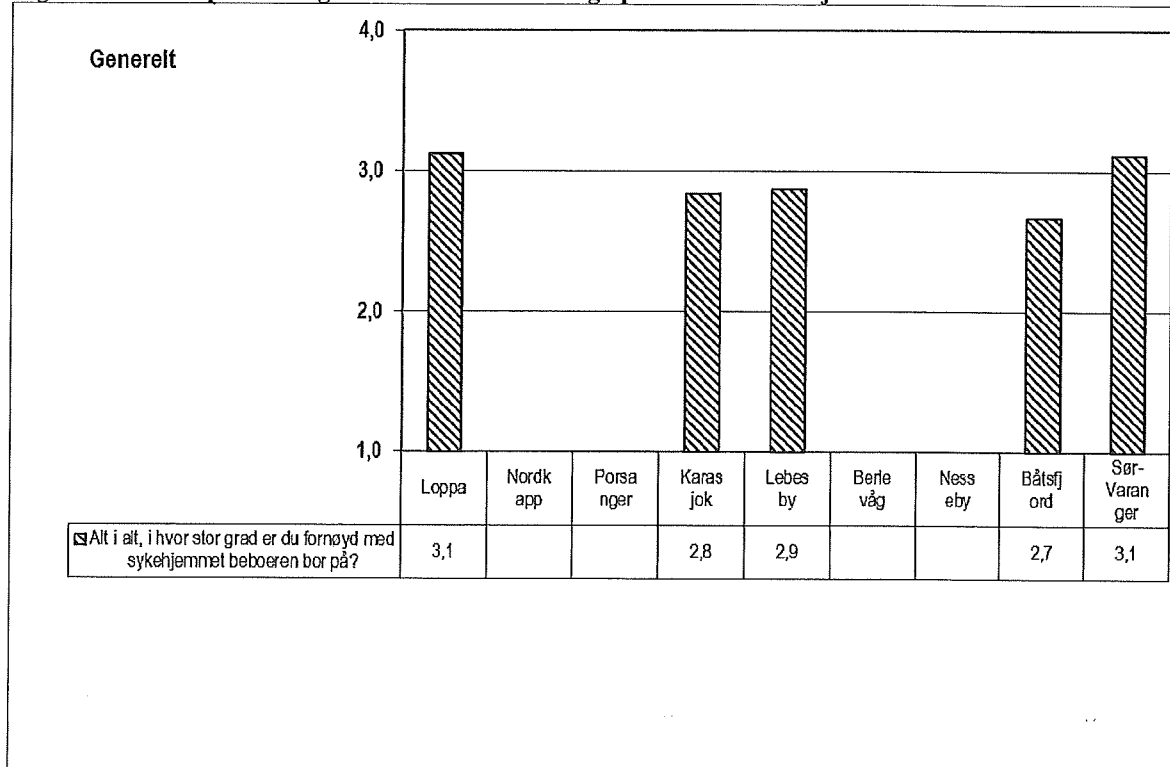
4.8.1 Hjemmetjenester

Figur 22: Enkeltspørsmål "generelt/helhetsvurdering" hjemmetjenester



4.8.2 Institusjon

Figur 23: Enkeltspørsmål "generelt/helhetsvurdering" pårørende institusjon



4.9 Gjennomsnittlig brukertilfredshet for hver kommune

Figurene nedenfor viser gjennomsnittlig resultat for hver kommune. Det kan være interessant å se nærmere på:

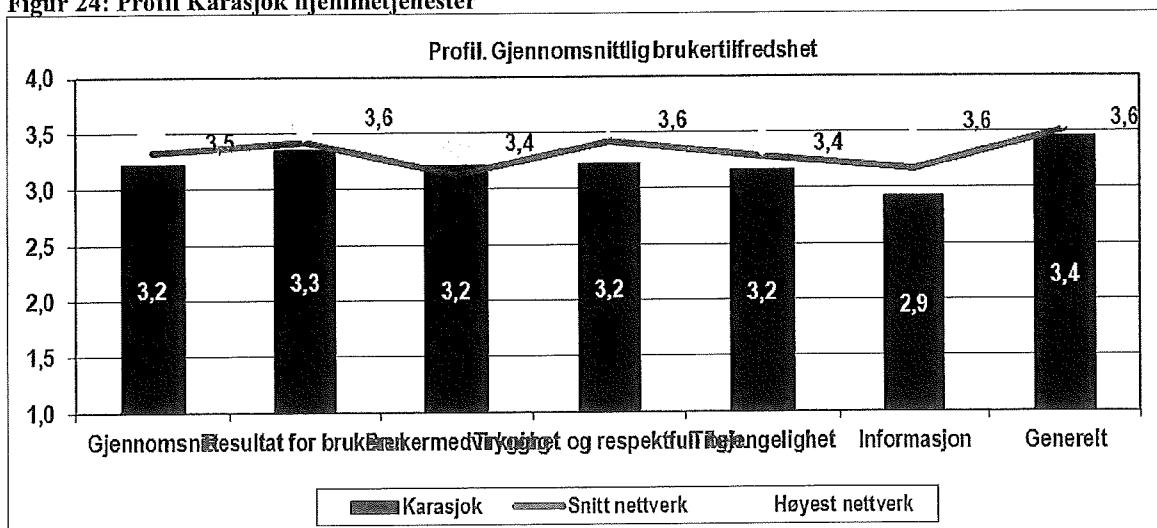
- Høyeste og laveste verdi for kommunen
- Likheter og forskjeller mellom kommunene
- Hva gjør dere, som skaper de gode resultatene?
- Hva skal til (kritiske suksessfaktorer) for å få ønsket score?

Det er viktig å gå nærmere inn på enkeltspørsmål på de dimensjonene dere opplever at dere gjør det spesielt godt, eller dere ser utfordringer og på dimensjoner dere tenker er spesielt viktige. Dersom det er stor andel fornøyde brukere har kanskje tjenesten noe å lære bort til andre. Gå inn og sjekk på www.bedrekommune.no for å se på svarfordeling på enkeltspørsmålene. I tillegg ligger det kommentarer fra brukerne i kommentarfeltet som kan være med å forklare scoren.

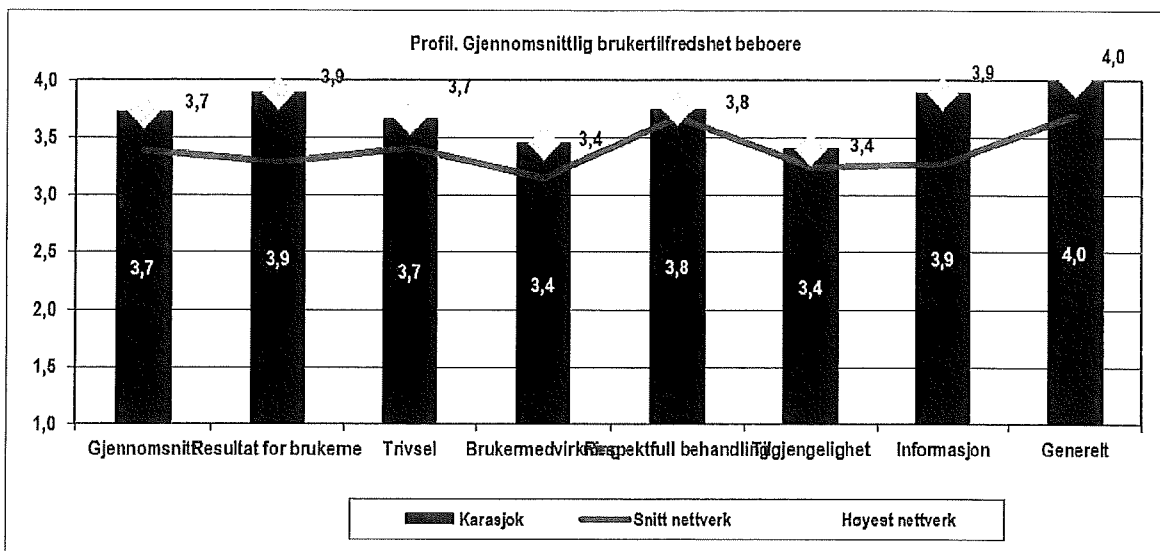
De blå søylene viser resultatet for kommunen på hver kvalitetsdimensjon. Den røde linjen representerer snitt for nettverket. De gule punktene viser høyest verdi for hver dimensjon i nettverket. Som et eksempel ser vi at Kviteseid kommune scorer litt over eller som nettverket på de fleste områder på undersøkelsene rettet mot brukere av hjemmetjenesten. På undersøkelsen rettet mot pårørende til institusjonsbeboere scorer kommunen på snitt, eller litt under.

4.9.1 Gjennomsnittlig brukertilfredshet: Karasjok kommune

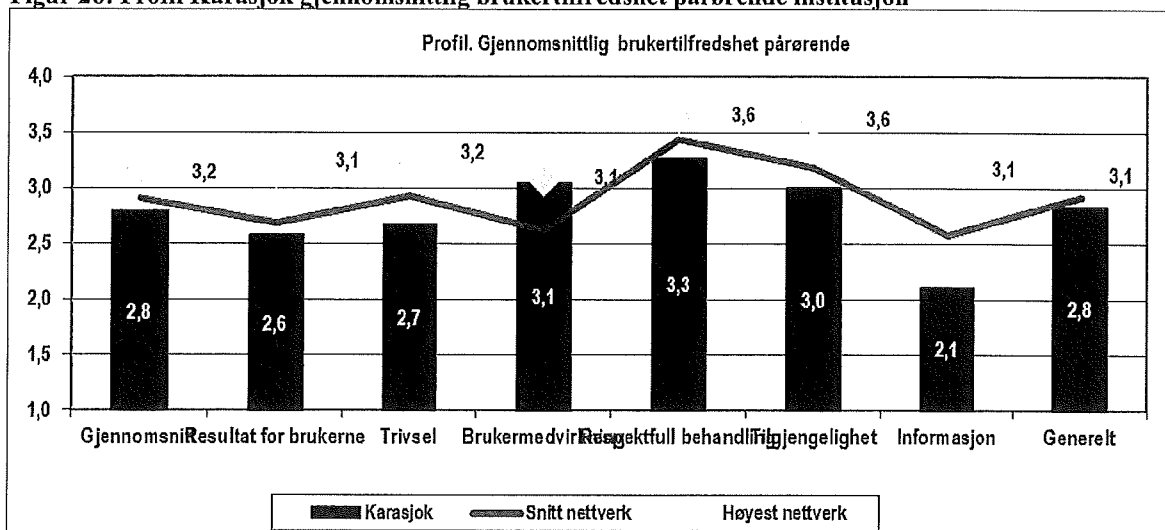
Figur 24: Profil Karasjok hjemmetjenester



Figur 25: Profil Karasjok gjennomsnittlig brukertilfredshet beboere institusjon.

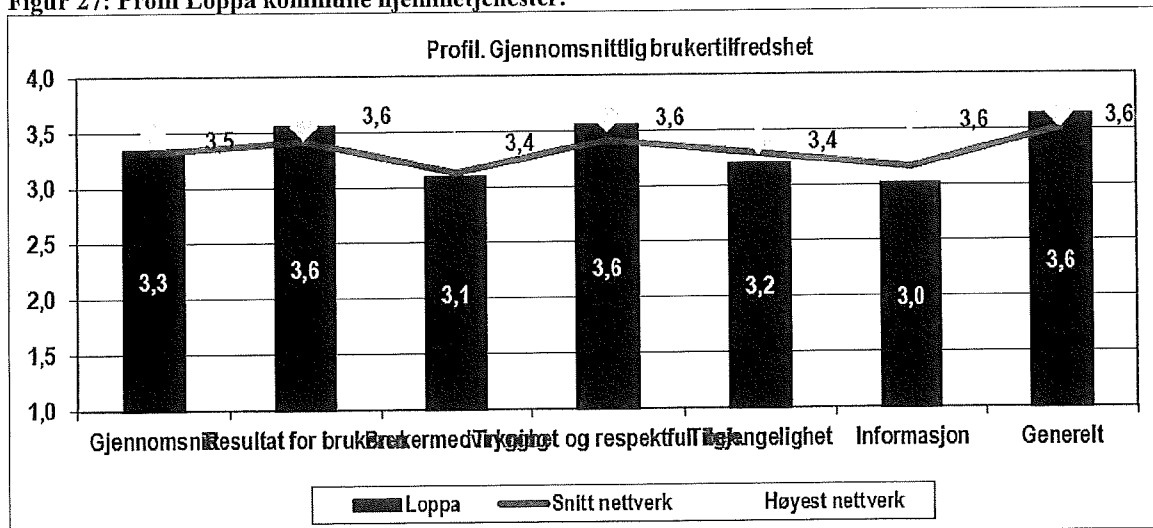


Figur 26: Profil Karasjok gjennomsnittlig brukertilfredshet pårørende institusjon

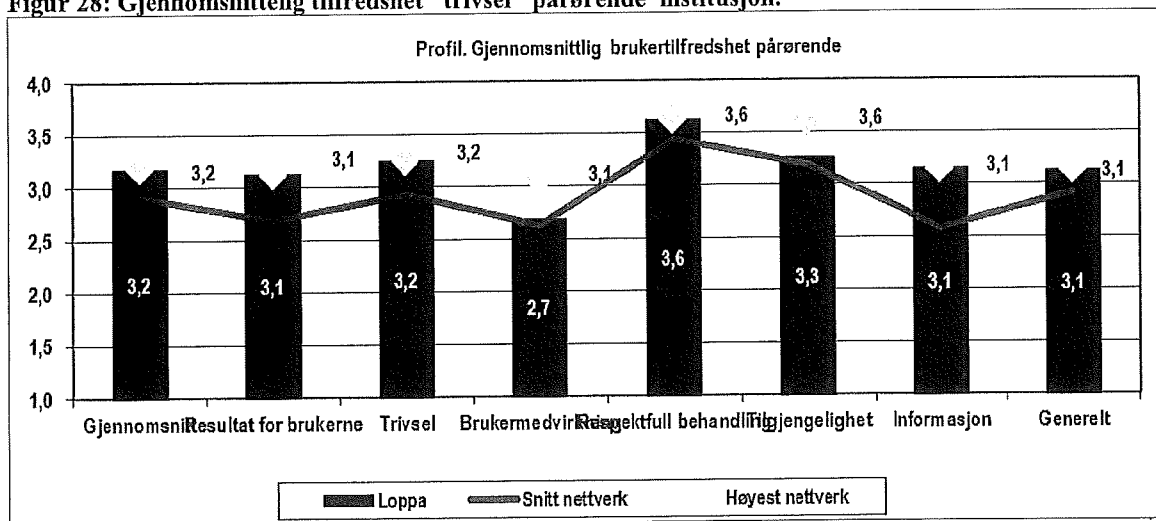


4.9.2 Gjennomsnittlig brukertilfredshet Loppa kommune.

Figur 27: Profil Loppa kommune hjemmetjenester.

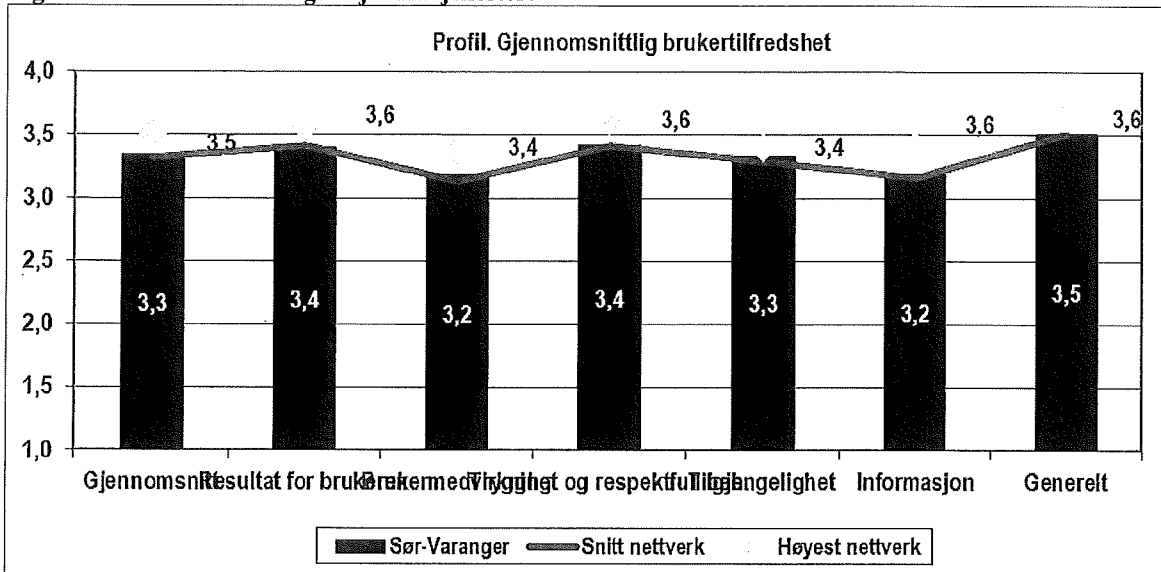


Figur 28: Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" pårørende institusjon.

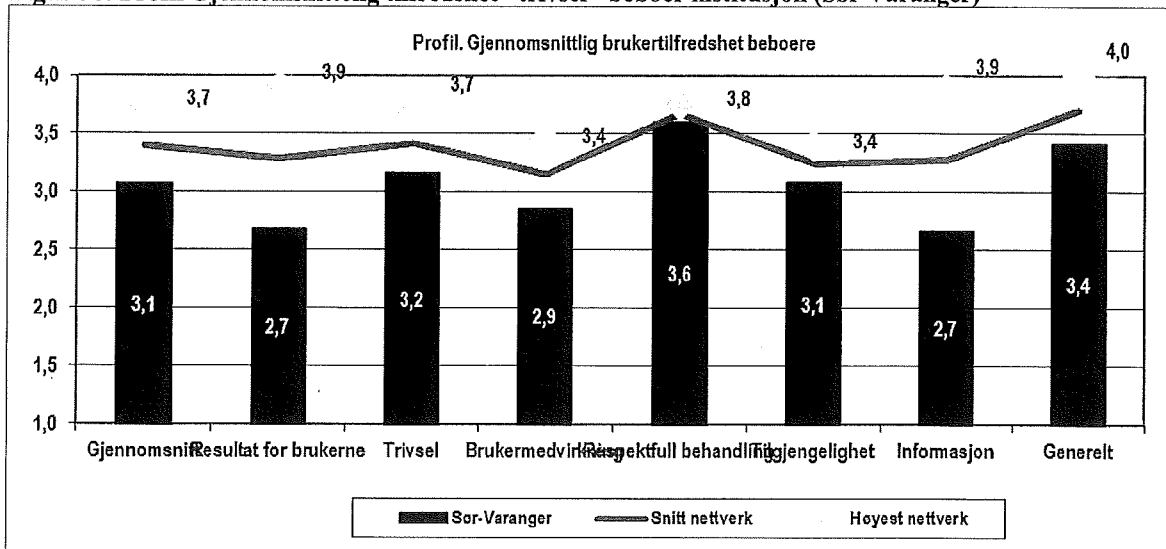


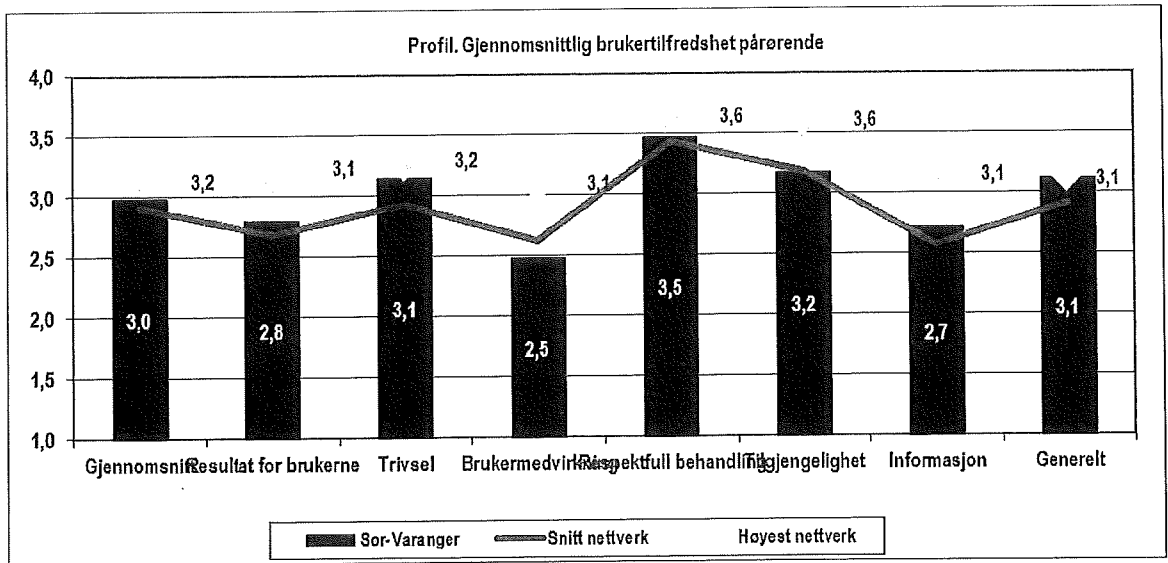
4.9.3 Gjennomsnittlig brukertilfredshet Sør Varanger kommune

Figur 29: Profil Sør Varanger hjemmetjenester.



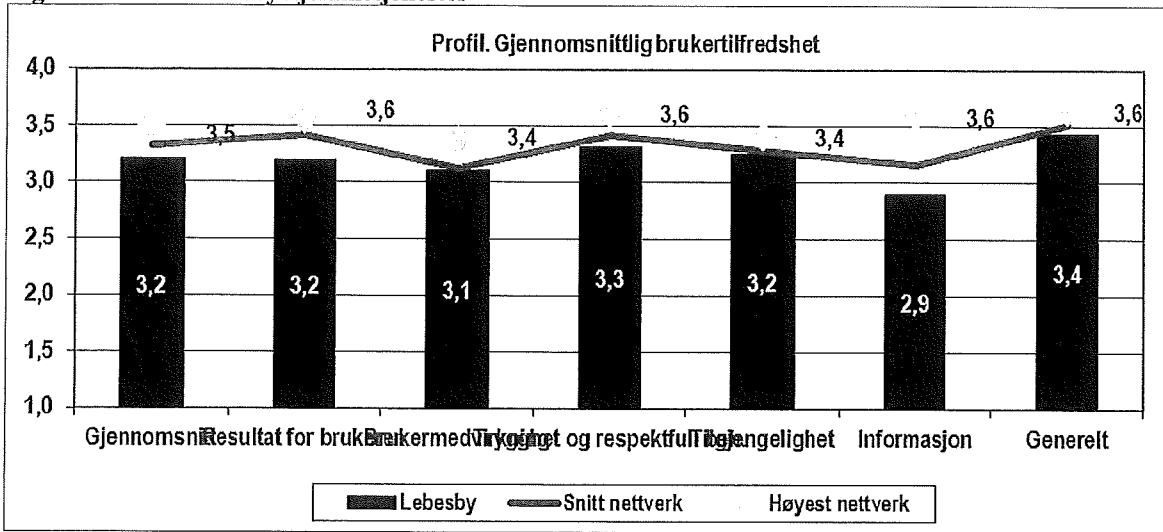
Figur 30: Profil Gjennomsnittlig tilfredshet "trivsel" beboer institusjon (Sør Varanger)



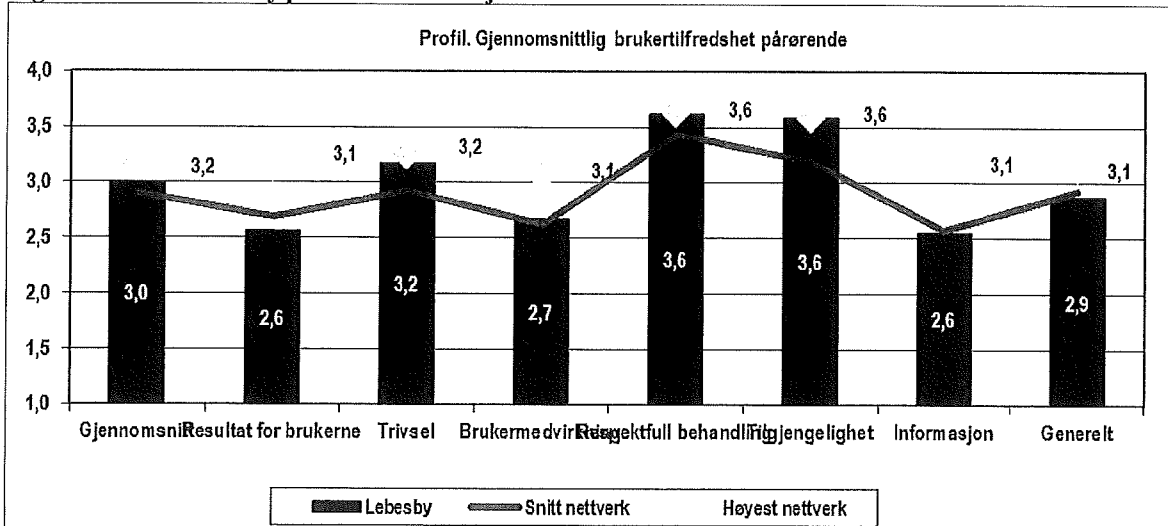


4.9.4 Gjennomsnittlig brukertilfredshet Lebesby kommune

Figur 31: Profil Lebesby hjemmetjenester

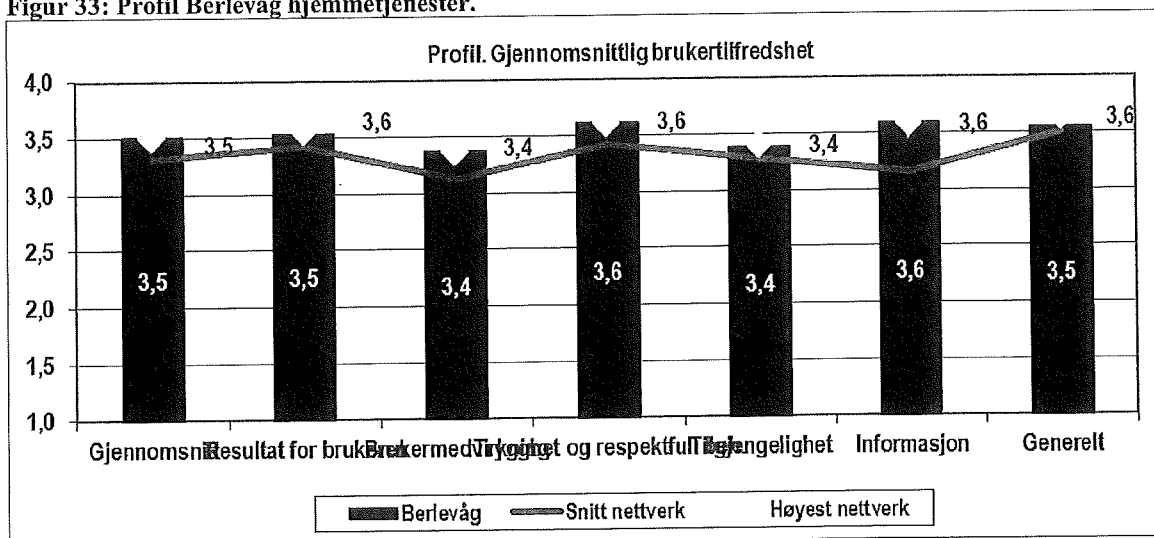


Figur 32: Profil Lebesby pårørende institusjon

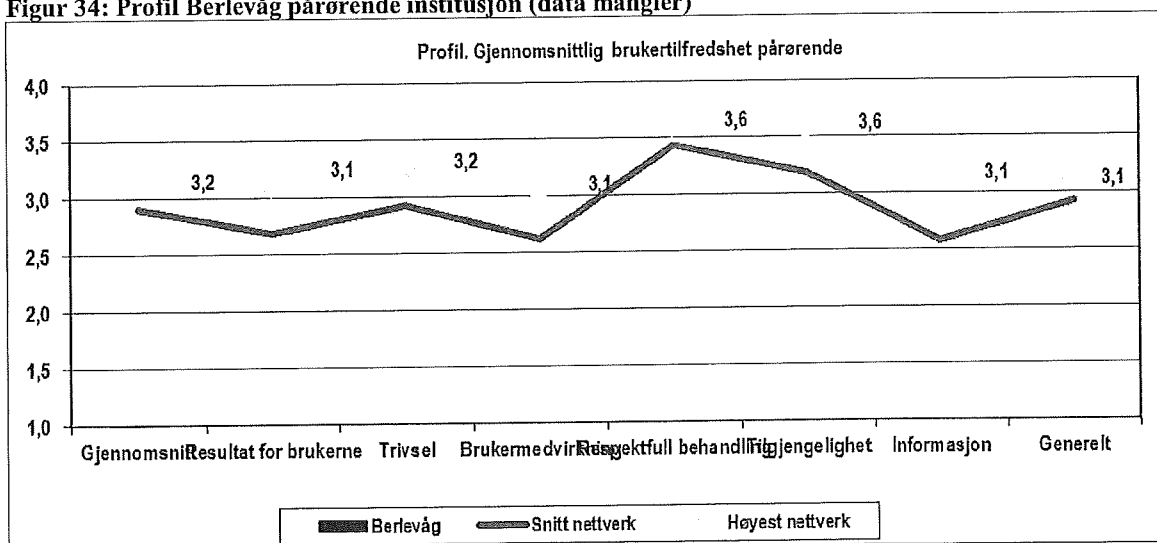


4.9.5 Gjennomsnittlig brukertilfredshet Berlevåg kommune

Figur 33: Profil Berlevåg hjemmetjenester.

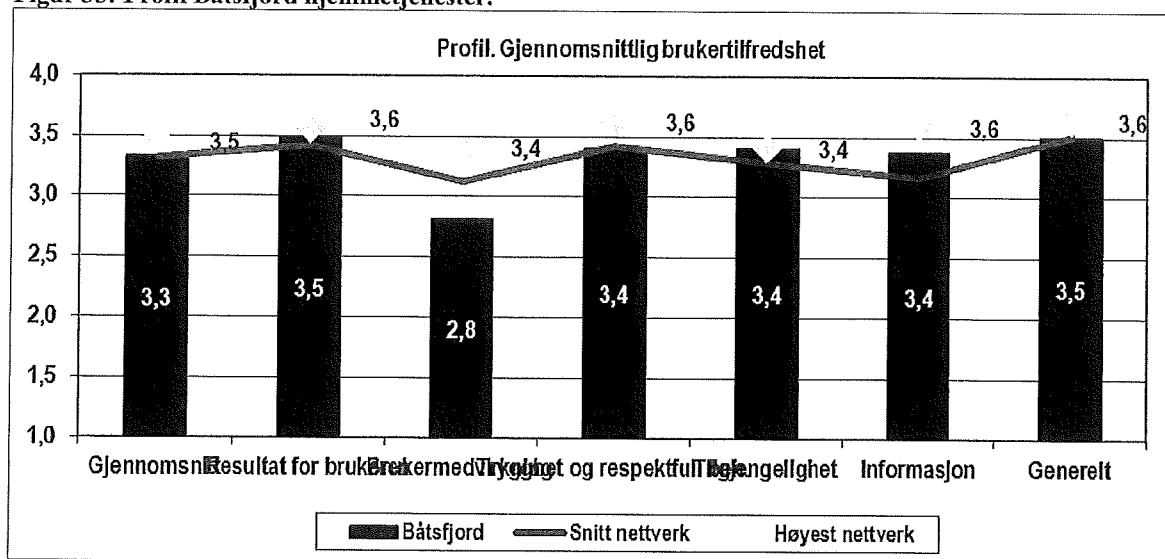


Figur 34: Profil Berlevåg pårørende institusjon (data mangler)

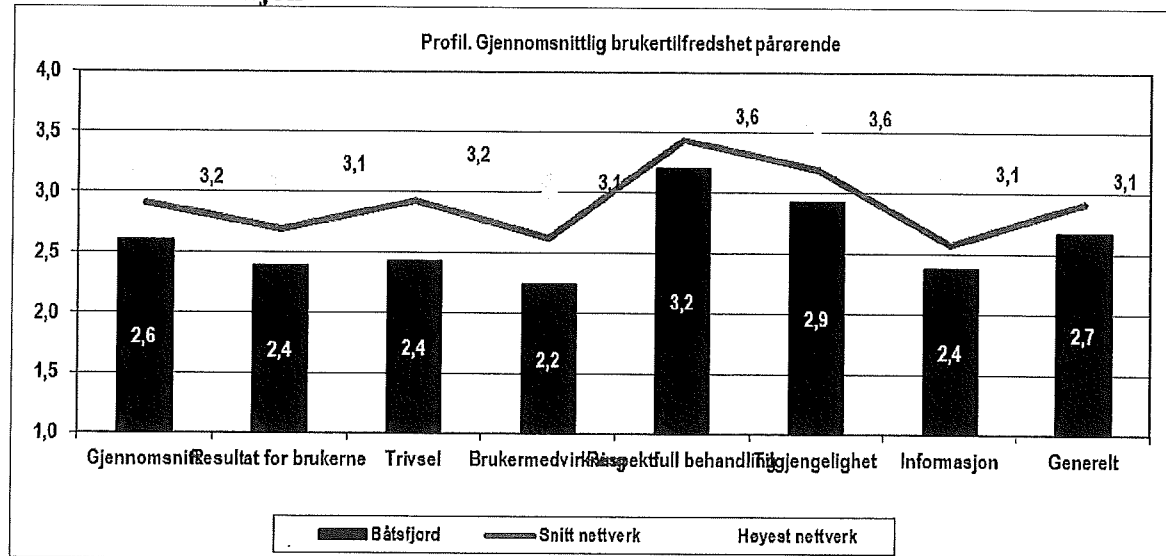


4.9.6 Gjennomsnittlig brukertilfredshet Båtsfjord

Figur 35: Profil Båtsfjord hjemmetjenester.



Pårørende institusjon

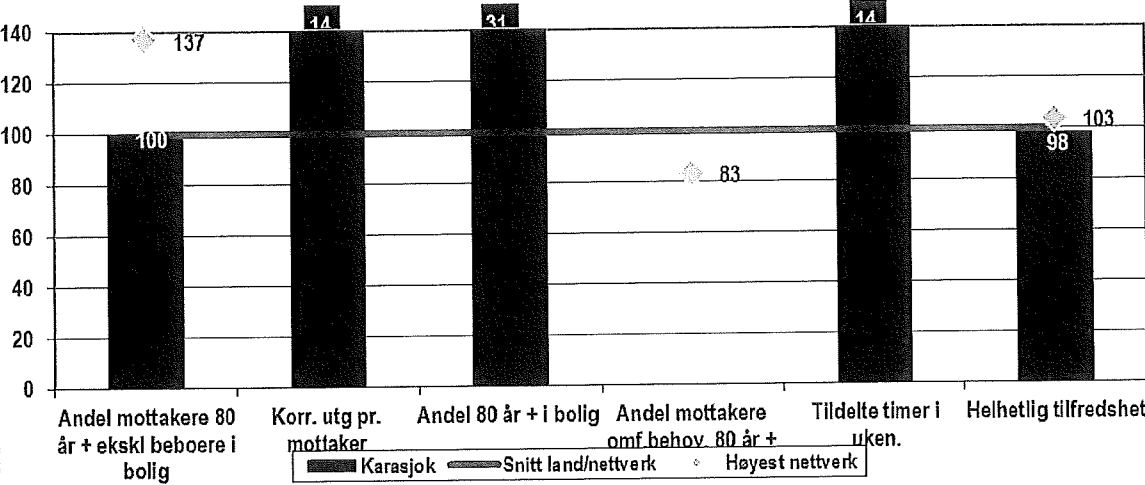


4.10 Tjenesteprofiler

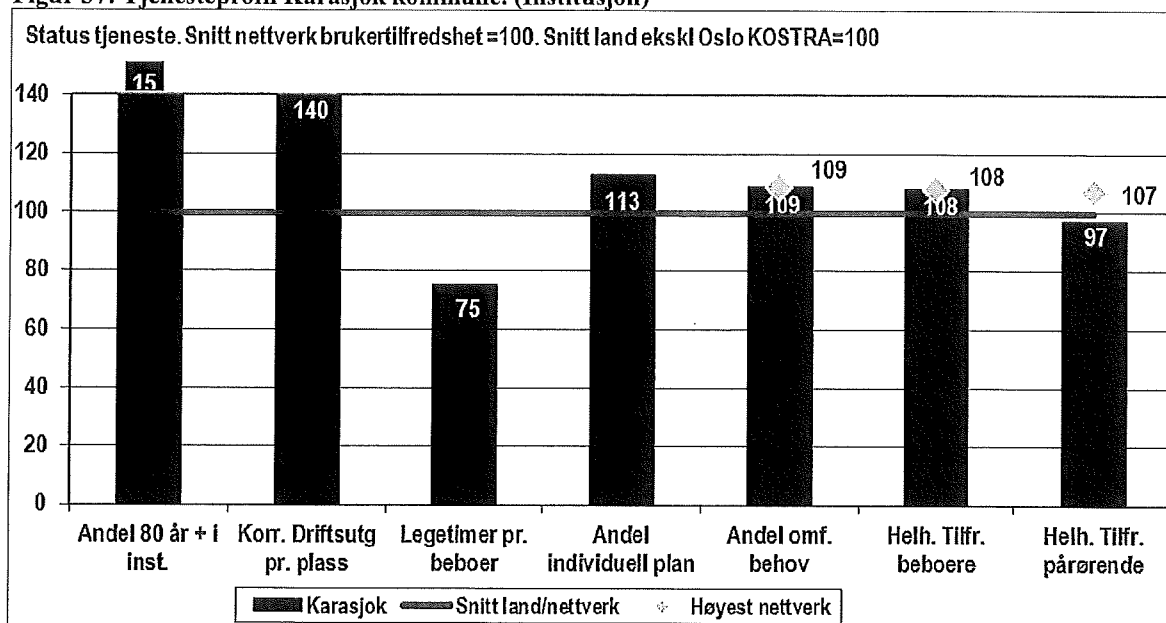
4.10.1 Tjenesteprofil Karasjok kommune.

Figur 36: Tjenesteprofil Karasjok kommune hjemmetjeneste.

Status tjeneste. Snitt nettverk brukertilfredshet =100. Snitt land ekskl Oslo KOSTRA=100

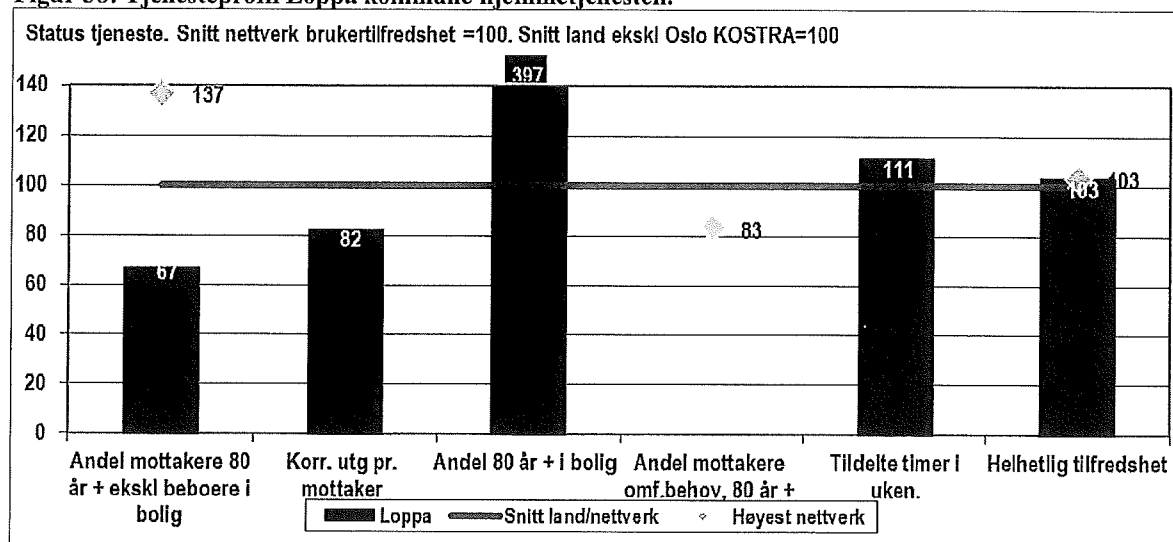


Figur 37: Tjenesteprofil Karasjok kommune. (Institusjon)

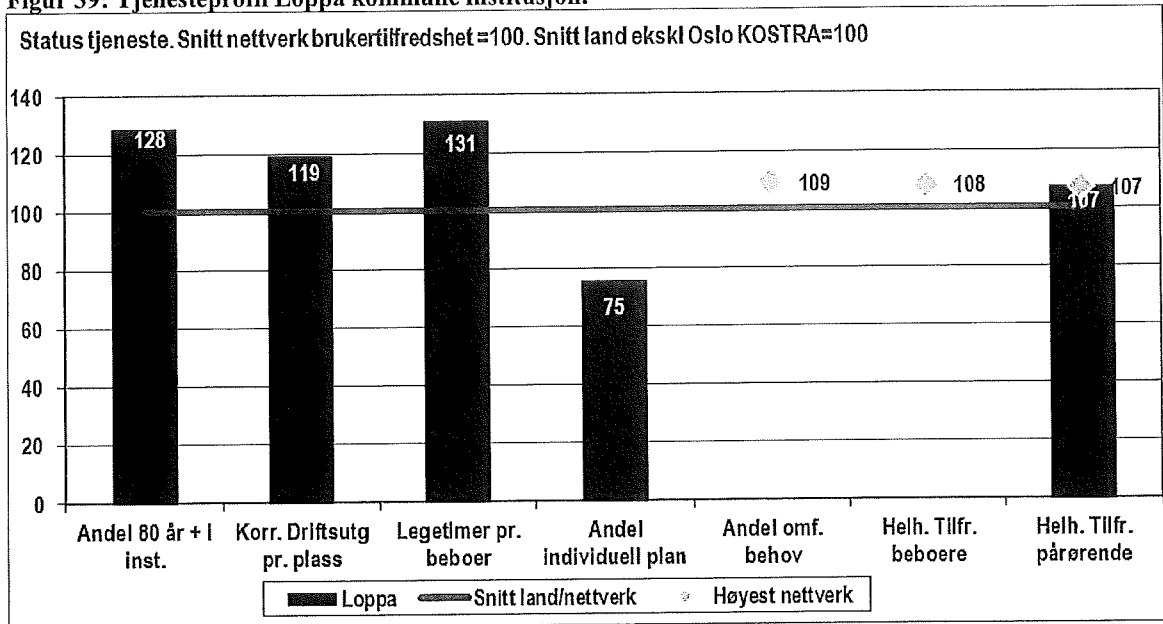


4.10.2 Tjenesteprofil Loppa kommune

Figur 38: Tjenesteprofil Loppa kommune hjemmetjenesten.

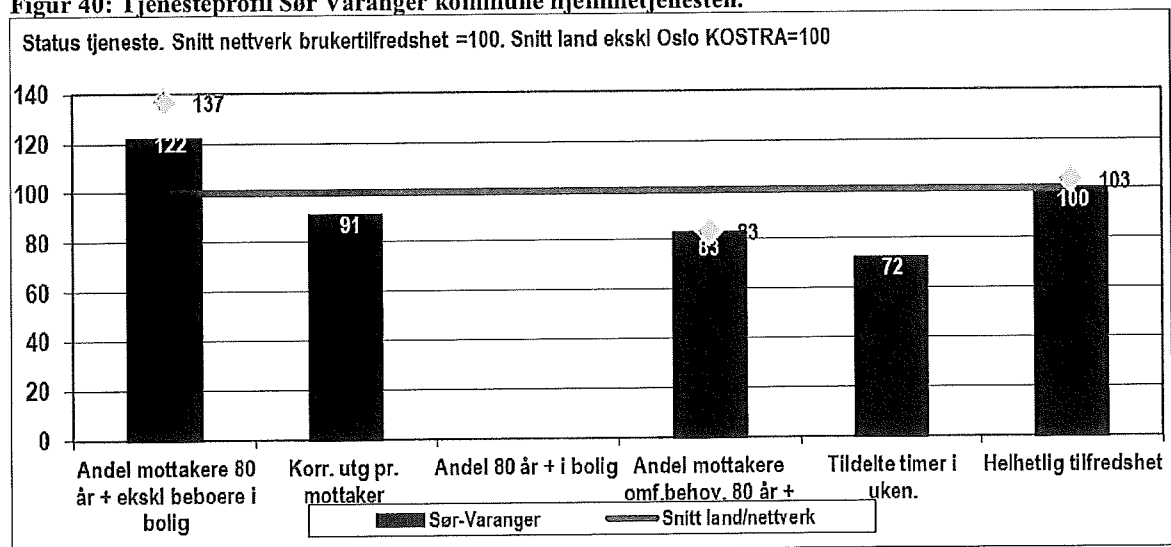


Figur 39: Tjenesteprofil Loppa kommune institusjon.

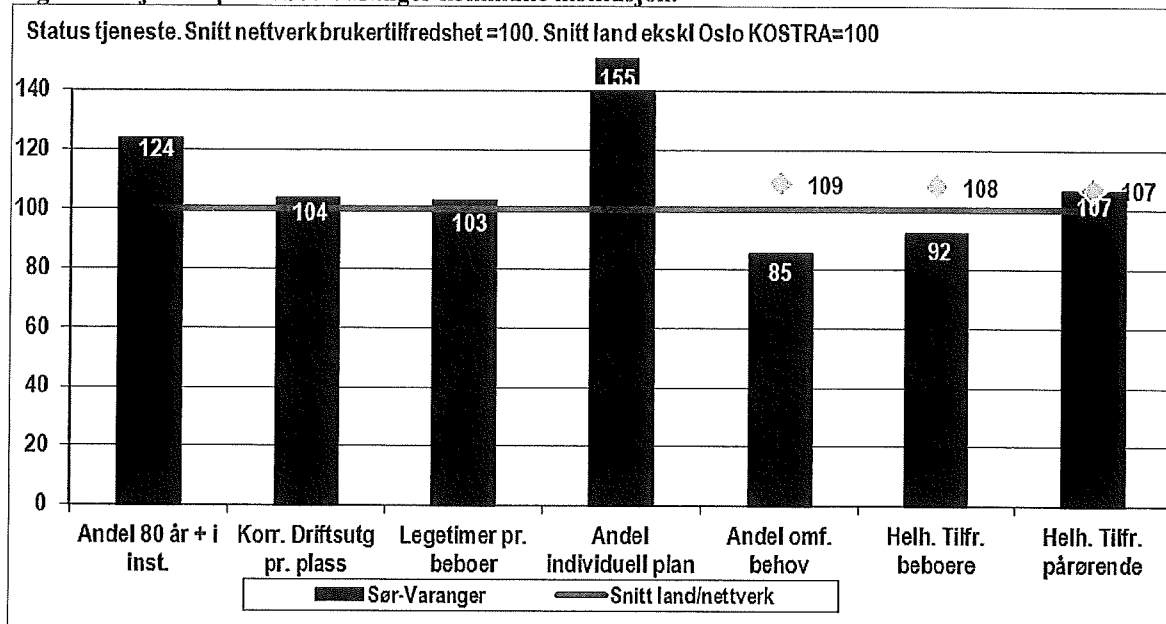


4.10.3 Tjenesteprofil Sør Varanger kommune

Figur 40: Tjenesteprofil Sør Varanger kommune hjemmetjenesten.

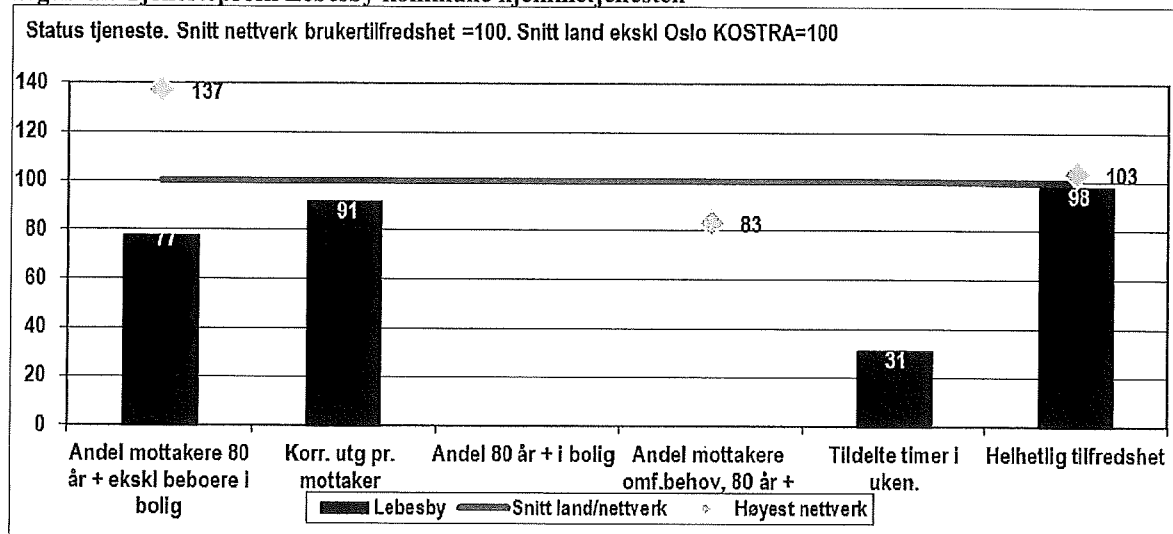


Figur 41: Tjenesteprofil Sør Varanger kommune institusjon.

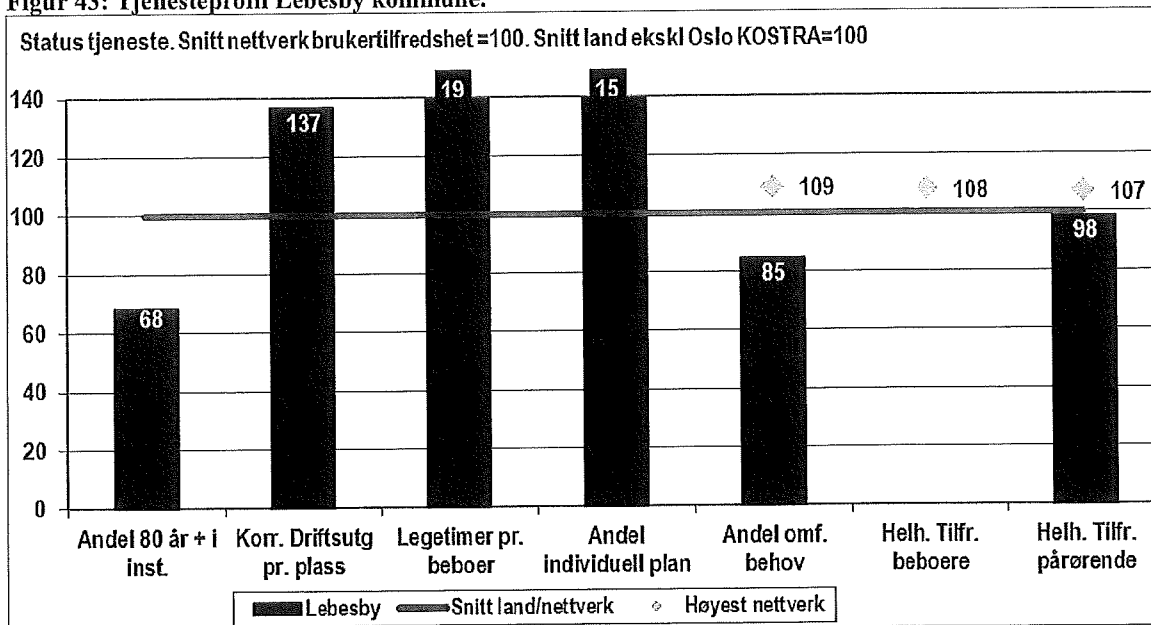


4.10.4 Tjenesteprofil Lebesby kommune

Figur 42: Tjenesteprofil Lebesby kommune hjemmetjenesten

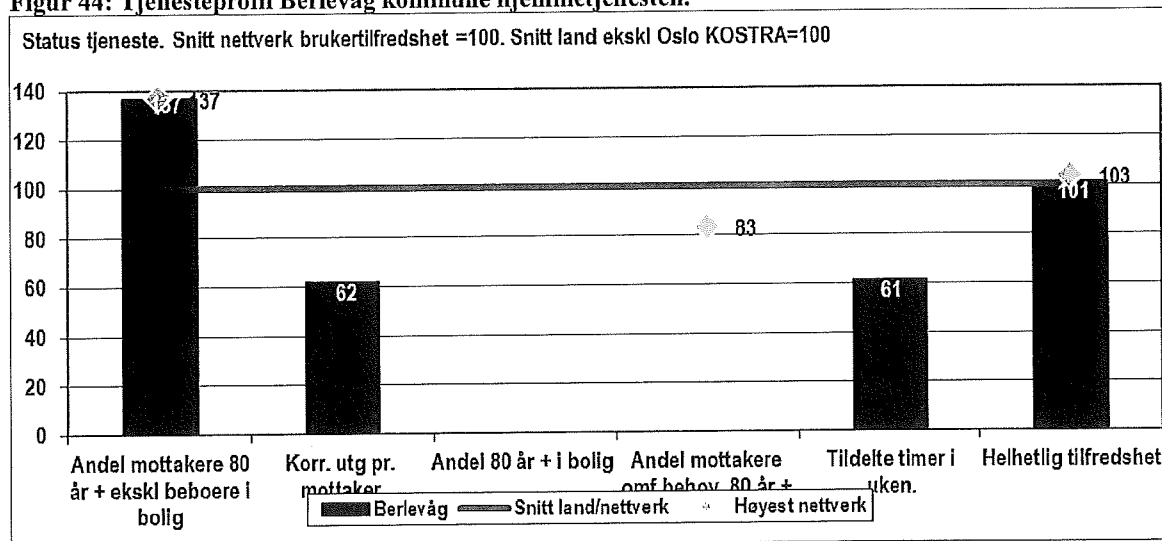


Figur 43: Tjenesteprofil Lebesby kommune.

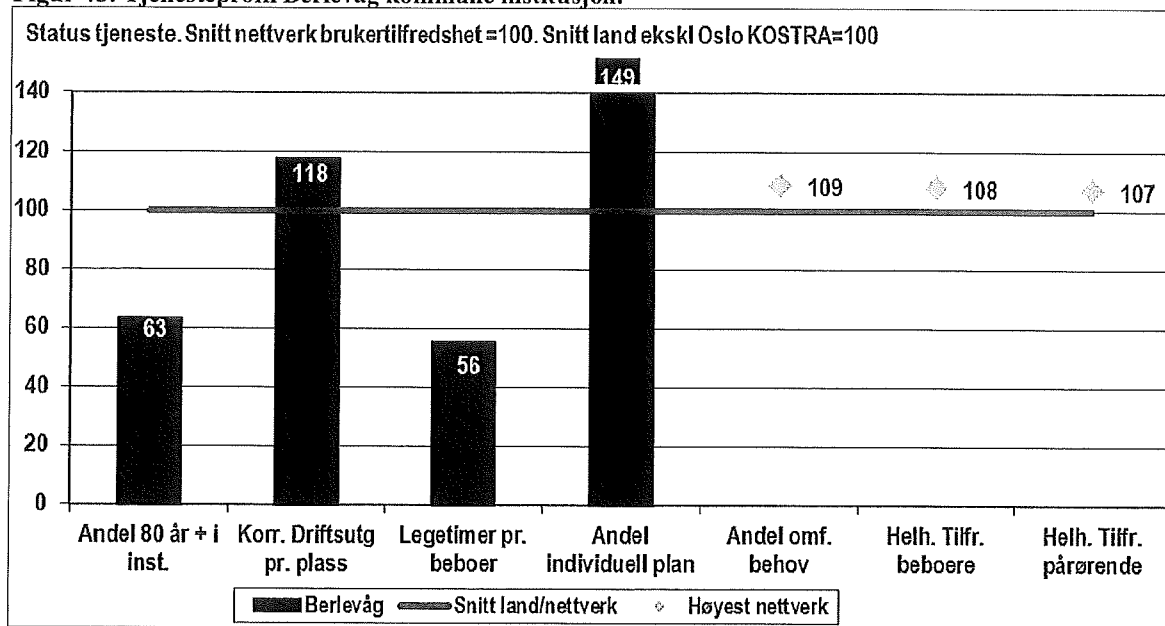


4.10.5 Tjenesteprofil Berlevåg kommune

Figur 44: Tjenesteprofil Berlevåg kommune hjemmetjenesten.

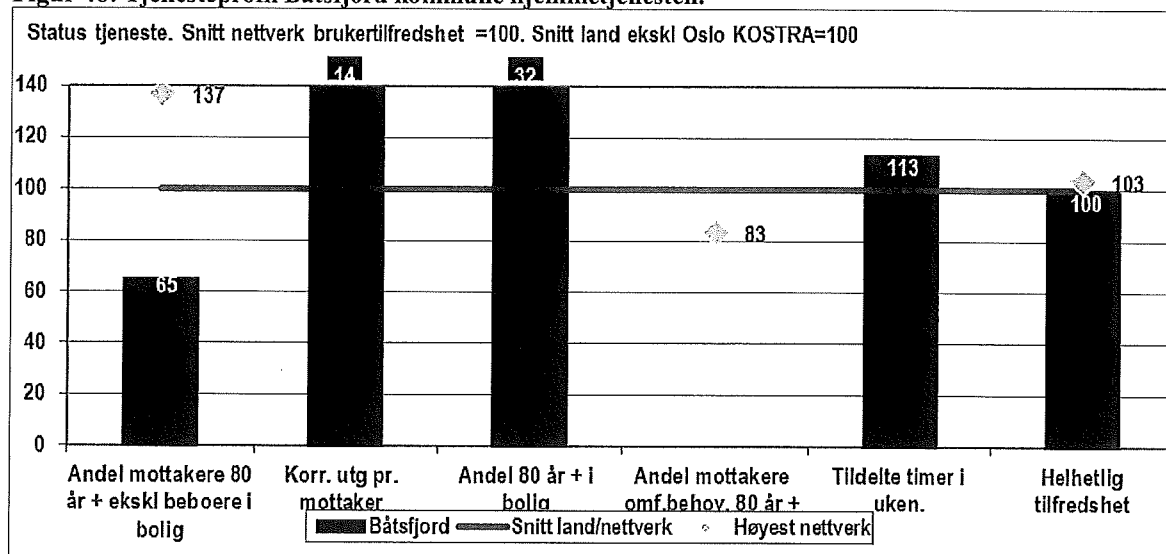


Figur 45: Tjenesteprofil Berlevåg kommune institusjon.

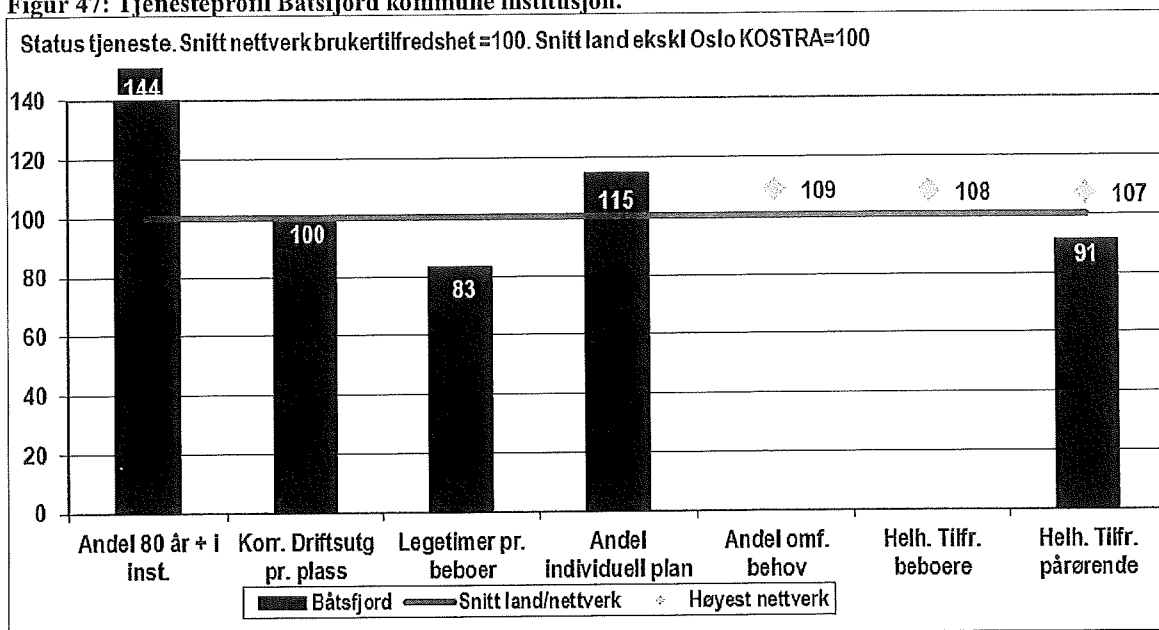


4.10.6 Tjenesteprofil Båtsfjord kommune.

Figur 46: Tjenesteprofil Båtsfjord kommune hjemmetjenesten.



Figur 47: Tjenesteprofil Båtsfjord kommune institusjon.



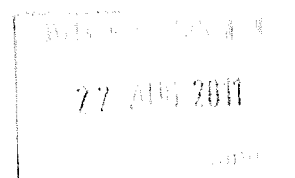


FYLKESMANNEN I FINNMARK
Helse- og sosialavdelingen

FINNMÁRKKU FYLKKAMÁNNI
Deavvašvuoda- ja sosiálaossodat

Loppa Kommune
v/ Rådmannen
Parkv. 1/3

9550 Øksfjord



Deres ref

Deres dato

Vår ref

Sak 2011/1378

Ark 721.12

Vår dato

16.08.2011

Saksbehandler/direkte telefon: Gry Bogetun - 78 95 04 02

Oversendelse av rapport - tilsyn med Loppa kommunes saksbehandling etter sosialtjenestelovens kapittel 4

Fylkesmannen i Finnmark oversender rapport etter tilsyn med kommunens saksbehandling etter sosialtjenestelovens kapittel 4, gjennomført i perioden 20 - 22. juni 2011 i Loppa kommune.

Fylkesmannen ber om at kommunen innen 23.09.2011 sender oss dokumentasjon på hvilke tiltak kommunen vil iverksette for å lukke avviket, tidsplan for lukking og til sist ledelsens vurdering av om tiltakene vil rette opp de forhold som ligger til grunn for påpekt avvik.

Rapporten sendes også som e-post.

Med hilsen

Karin Straume
fylkeslege

Gry Bogetun
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikke underskrift.

Kopi til:

PU-tjenesten ved leder, Nerstranda Molovn 2 9550 ØKSFJORD



Fylkesmannen i Finnmark

Rapport fra tilsyn med

Loppa kommune

Virksomhetens adresse: Loppa kommune, Parkvn 1/3, 9550 Øksfjord
Tidsrom for tilsynet: 05.04 – 16.08.2011
Kontaktperson i virksomheten: Marit Thomassen

Sammendrag

Bakgrunnen for dette tilsynet er at Fylkesmannen i Finnmark mottok henvendelser fra innbyggere i Loppa om at søknader om tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4 ikke ble behandlet i henhold til forvaltningslovens regler. Fylkesmannen har med bakgrunn i disse henvendelsene undersøkt om kommunens system for saksbehandling er i samsvar med gjeldende myndighetskrav.

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

Loppa kommunes saksbehandling etter sosialtjenestelovens kapittel 4;
utredning, tildeling av tjenester og iverksettelse av tiltak

Det ble påpekt ett avvik:

Loppa kommune har ikke et styringssystem som sikrer forsvarlig saksbehandling etter lov om sosiale tjenester, kapittel 4.

Det ble ikke gitt merknader ved tilsynet.

Under tilsynet avdekket vi at kommunen ikke har et styringssystem der planer oversikt og kontroll sikrer saksbehandlingen.

Dato: 16.08.2011

revisjonsleder
Linda Kråkenes

revisor
Gry Bogetun

Innhold

Sammendrag	1
Innledning	3
Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	3
Gjennomføring	4
Hva tilsynet omfattet	4
Funn	4
Virksomhetens styringssystem	5
Dokumentunderlag	5
Deltakere ved tilsynet	5

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i perioden 05.04 – 20.06.2011. Revisjonen er et hendelsesbasert tilsyn.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med sosialtjenesten etter lov om sosiale tjenester § 2-6.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Loppa er en øykommune, der flere mindre samfunn ligger på øyer og veiløse bygder i Lopp havet. Kommunen har ca 1200 innbyggere.

PU-tjenesten yter tjenester både til tjenestemottakere i kommunesenteret Øksfjord og på de omkringliggende bygdene med begrenset kommunikasjon. Leder har ansvaret for utredning og tildeling av tjenester, videre har hun faglig ansvar for tjenestetilbudene og personalansvar for tjenesteyterne.

Loppa kommunen er organisert som en 3-nivå kommune med rådmannen, helse- og omsorgssjef og tre avdelingsledere; leder for helse, leder for pleie- og omsorg og leder for PU-tjenesten. Helse- og omsorgsleder har permisjon i ett år og det er ikke avklart om det blir tilsatt vikar i hennes fravær. Det er heller ikke tilsatt helseleder.

PU-tjenesten har det siste året hatt høy prioritet i kommunen, dette ved at det bygges nye omsorgsboliger øremerket mennesker med utviklingshemming. Videre er det fattet politisk vedtak på at kompetanseheving i PU-tjenesten skal prioriteres.

Rådmannen og leder for PU-tjenesten ga den 21.06.2011 en redegjørelse for PU-tjenesten i kommunens levekårsutvalg. Kommunestyret har bedt om at alle tilsynsrapporter blir lagt fram for dem.

Loppa kommune har inngått et samarbeid med Alta kommune om IT-brukerstøtte for å sikre prosessen med innføring av nytt datautstyr, videre for å sikre elektronisk verktøy for saksbehandling.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 05.04.2011. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Formøte ble ikke avholdt.

Åpningsmøte ble avholdt 20.06.2011.

Intervjuer

2 personer ble intervjuet.

Pårørende til to av tjenestemottakerne møtte tilsynet til samtale.

Sluttmøte ble avholdt 22.06.2011.

4. Hva tilsynet omfattet

Fylkesmannen i Finnmark har vurdert om Loppa kommune sikrer forsvarlig tildeling og iverksettelse av tjenester etter sosialtjenestelovens kap 4, det vil si praktisk bistand, (herunder brukerstyrt personlig assistanse) og avlastning, støttekontakttjenester, hel døgns omsorg og omsorgslønn. Videre om tiltak iverksettes.

Vi har undersøkt om kommunen ivaretar denne forsvarligheten gjennom:

- Organisering, styring og ledelse
- Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet
- Kompetanse- og personellstyring
- Tiltak for å legge til rette for god praksis, her under om det er etablert rutiner og prosedyrer som kan sikre forsvarlig saksbehandling og iverksettelse av tiltak.
- Ledelsens oppfølging av saksbehandlingen, om svikt forebygges gjennom korrigerende tiltak

5. Funn

Avvik

Loppa kommunes styringssystem sikrer ikke forsvarlig saksbehandling etter lov om sosiale tjenester, kapittel 4 for PU-tjenesten.

Avvik fra følgende myndighetskrav

Sosialtjenestelovens § 2-1, jf forskrift om internkontroll

Avviket bygger på følgende observasjoner

Det er ikke utarbeidet stillingsbeskrivelser for PU-leder.

Kommunen har ikke hatt systematisk opplæring eller veiledning av PU-leder som ikke hadde saksbehandlerkompetanse ved tiltredelse i stillingen. Det finnes ingen styringsdokumenter (rutiner, prosedyrer, retningslinjer, planer mv.) for saksbehandlingen.

Det foregår ingen systematisk utveksling av styringsinformasjon mellom rådmannen og leder for PU-tjenesten:

- Øverste ledelse følger ikke med på om saksbehandlingspraksis er i samsvar med gjeldende regler.
- Det er ikke rutiner for rapportering fra PU-leder til rådmannen.
- Det er ikke gjennomført medarbeidersamtaler.
- Det avholdes ikke møter mellom øverste ledelse og PU-leder.

Kommunen kontrollerer ikke om saksbehandlingen styres og utøves i tråd med lovbestemte krav, for eksempel ved rutinemessig rapportering fra PU-leder, overvåking av klager, avvik, ekstern kvalitetskontroll mv.

6. Virksomhetens styringssystem

Kravet til internkontroll innebærer at kommunens ledelse har ansvaret for å sikre etterlevelse av sosiallovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring.

Loppa kommune mangler styringsdokumenter (prosedyrer, rutiner, sjekklister, planer mv.). Det er mangelfulle tilbakemeldingsrutiner, manglende risiko- og sårbarhetsanalyser og manglende oppfølging fra kommuneledelsen. Dette gjør at kommunen ikke har tilstrekkelig oversikt over eller kontroll med saksbehandlingen i PU-tjenesten. Risikoen for svikt i saksbehandlingen er dermed stor.

7. Dokumentunderlag

Delegasjonsreglement, revidert 26.09.2008, kommunestyresak 38/08

Organisasjonskart, sist revidert 02.06.2006

Delegert vedtak, datert 22.01.2009

Interundervisning/kompetanseheving PU-tjenesten 2011 – 2008

Oversikt over ansatte i Pu-tjenesten

6 enkeltvedtak

Det ble ikke lagt frem dokumentasjon under tilsynet.

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

Varsel om tilsyn datert 05.04.2011

Oversendelse av dokumentasjon fra kommunen, udatert, mottatt 31.05.2011

Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Bjørnar Tollefsen	Rådmann	X	X	x
Marit Thomassen	PU-leder	X	X	x
Karianne Heggskog	Personalerådgiver	Ikke møtt	Ikke møtt	Ikke møtt

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Revisjonsleder Linda Kråkenes, seksjonsleder
Revisor, Gry Bogetun, revisor



LOPPA KOMMUNE
Rådmann

Fylkesmannen i Finnmark Helse- og sosialavdelingen
Statens hus
9815 Vadsø

Deres ref.

Vår ref.
2011/356-/F00/RÅD

Sted/Dato.
Øksfjord 09.11.2011

Oversendelse av rapport - tilsyn med Loppa kommunes saksbehandling etter sosialtjenesteloven Kap. 4

Viser til deres brev av 16.08.11.

Loppa kommune ser med alvor på de forhold som ble avdekket under dette tilsynet. Avvikene skal vi bruke som lærdom på bedring av de forhold som nevnes.

Styringssituasjonen innenfor PU-tjenesten har over en periode vært slik at utarbeidelsen av og vedlikehold av rutiner ikke har blitt godt nok ivaretatt. Samtidig har Loppa kommune i 2011 sørget for at det har blitt gitt opplæring til saksbehandlere på dette området. Opplæringen har vært konsentrert mot saksbehandling og rutiner rundt dette.

Det vil innen utgangen av 2012 bli utarbeidet stillingsinstruks for leder av PU-tjenesten.

Det er nå etablert jevnlig oppfølgingsmøter mellom kommunens ledelse og avdelingsledere i helse- og omsorgssektoren. På disse møtene deltar PU-leder. Et av temaene på møtene er utveksling av styringsinformasjon. Rådmannen får nå også forelagt seg de vedtak som fattes av tjenesten for på denne måte å kvalitetssikre saksbehandlingspraksis.

Ved å foreta disse grep ønsker Loppa kommune å rette opp sin praksis slik at tjenesten drives i samsvar med lovbestemte krav.

Beklager at det har tatt uforholdsmessig lang tid å svare på deres tilsynsrapport. Dette har sammenheng med at en ønsket å avvente til flytting i ny omsorgsbolig og tilsetting av ny leder var foretatt.

Med hilsen

Bjørnar Tollefsen
Rådmann

Kopi til:
Karianne Heggskog
Marit Thomassen
Jan Eirik Jensen



Dato: 09.11.2011
Arkivref: 2011/941-0 / 440

Karianne Heggeskog
karianne.heggeskog@loppa.kommune.no

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Arbeidsmiljøutvalget	

Retningslinjer for varsling

Rådmannens forslag til vedtak:

AMU vedtar Loppa kommunes retningslinjer for varsling.

Vedlegg:

Vedlegg
1 Retningslinjer for varsling

Saksutredning:

Siden en varslings- og oppfølgingsrutine er en del av HMS-systemet, skal AMU behandle og vedta retningslinjene.

Arbeidsmiljølovens §§ 2-4, 2-5 og 3-6 regulerer arbeidstakers rett til å varsle. Bestemmelsene skal bidra til å styrke den reelle yringsfriheten i et ansettelsesforhold.

Arbeidsmiljølovens varslingsregler omfatter tilfeller der arbeidstaker varsler om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakeren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan være i strid med lover og regler, virksomhetens retningslinjer og alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk forsvarlig.

Det følger av loven at arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen skal være forsvarlig. Virksomheten skal ha utarbeidet rutiner for intern varsling, eller satt i gang andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varsling ved kritikkverdige forhold.

Rådmannens vurdering:

Kommunen har en plikt til å legge forholdene til rette for varsling. Det skal utarbeides rutiner, eller settes i verk andre tiltak.

Fremlagte retningslinjer viser at Loppa kommune legger til rette for varsling om kritikkverdige forhold. Det vil være i kommunens interesse at det varsles kritikkverdige forhold ved arbeidsplassen. Dette vil kunne føre til at problemene kan løses og hindre at de utvikler seg videre.



Retningslinjer for varsling

i Loppa kommune

1. Formål

Loppa kommune skal være en organisasjon som fremmer åpenhet. De ansatte i kommunen skal føle trygghet i sitt ansettelsesforhold, og oppleve å bli tatt på alvor når de varsler kritikkverdige forhold. Varslingsrutinene skal legge til rette for at kommunen kan motta informasjon om kritikkverdige forhold, og at denne informasjonen blir behandlet på en måte som fører til nødvendig endring av forhold som varselet gjelder.

Plikten til å legge forholdene til rette for varsling hjemles i Arbeidsmiljølovens § 3-6.

2. Hvem kan varsle

Loppa kommune ønsker at ansatte og andre (for eksempel innbyggere, leverandører, kunder og samarbeidspartnere) skal varsle om kritikkverdige forhold de blir kjent med.

3. Hva skal det varsles om

Det skal sies ifra om kritikkverdige forhold i kommunen. Med kritikkverdige forhold menes bla:

- Forhold som kan medføre fare for liv og helse
 - Mobbing og trakassering
 - Korrupsjon
 - Maktmisbruk
 - Underslag, tyveri og økonomiske misligheter
 - Diskriminering
 - Brudd på taushetsplikt
- Brudd på kommunens etiske retningslinjer og på allment aksepterte etiske normer



Faglig/og eller politisk uenighet anses ikke for å være kritikkverdige forhold som det skal varsles om iht Arbeidsmiljøloven, og da heller ikke etter denne rutinebeskrivelsen. Før en varsler om forhold i virksomheten, skal man ha overveid om det man vil varsle om kommer inn under definisjoner over. Tillitsvalgte og verneombud kan være samtalepartnere i en slik overveielse.

4. Hvordan varsles det

Arbeidsmiljøloven sier at en varsler skal velge en forsvarlig framgangsmåte ved varslingen.

Et varsel bør inneholde fullt navn på varsleren (kan være anonym), varslereens tjenestested, dato for rapportering, tidsrom, ev dato og klokkeslett for observasjon, konkret hva en har observert, sted for handlingen, og om det er andre vitner. For den videre behandling, er det en fordel at varselet er skriftlig, men varsling kan også skje muntlig. (se skjema for varsling som følger denne rutinebeskrivelsen).

I Loppa kommune vil en varsler ha ulike måter å varsle forsvarlig på. De fleste av varslingskanalene vil bety at varsleren må stå fram med sin identitet. Det er likevel åpnet for at det kan varsles anonymt (se skjema som følger rutinebeskrivelsen). Dersom man varsler anonymt, kan likevel situasjonen kreve at varslereens navn blir kjent. For eksempel kan saken bli umulig å undersøke dersom man ikke kjenner identiteten til varsleren.

4.1 Varsling tjenestevei

som hovedregel skal man ta opp kritikkverdige forhold med nærmeste leder. Dersom dette ikke fører fram, varsler man til etatsjef, og i siste instans til rådmannen. På alle nivå har varsleren rett til å la seg bistå av sin tillitsvalgte eller verneombud/hovedvernombud. Det skal varsles på eget skjema som inngår i Loppa kommunes HMS-bok. Oppfølging av varselet loggføres på eget skjema, og kopi sendes rådmann v/personalrådgiver når oppfølging er gjennomført.



4.2 Varsling til tillitsvalgt/verneombud/arbeidsmiljøutvalg

Dersom varsling tjenestevei ikke ses på tilstrekkelig, eller det av andre grunner ikke er ønskelig, kan en ansatt varsle tillitsvalgt, verneombud eller arbeidsmiljøutvalget.

Tillitsvalgte eller verneombud skal i neste instans melde varselet til det ledelsesnivået som er mest hensiktsmessig i forhold til innholdet i varselet.

4.3 Varsling til tilsynsmyndighet

Selv om varsling via tjenestevei i Loppa kommune er hovedregelen, kan man likevel varsle eksternt til aktuell tilsynsmyndighet dersom intern varsling ikke fører fram; for eksempel til fylkesmann, fylkeslege, arbeidstilsyn, politi, revisjon eller liknende instanser. Et slikt varsel vil alltid være forsvarlig i lovens forstand.

4.4 Varsling til eget varslingsmottak

I Loppa kommune kan varsel skje slik:

- Skriftlig ved e-post til eskild@advfreibu.no
- Skriftlig ved brev til Advokatfirma Freibu DA
v/ adv. Eskil Freibu
- Muntlig til telefon 950 75 632

Adv. Eskil Freibu vil respektere at melder velger å være anonym og ikke bringe navn videre til kommunen uten at vedkommende har gitt samtykke til det. Adv. Freibu vil, etter å ha mottatt varsel, kontakte rådmannen i Loppa kommune med forslag til videre prosess i saken.

4.5 Varsling til media:

Dersom varsel via tjenestevei eller til andre instanser nevnt over, ikke fører fram, kan ansatte varsle via media.



5. Behandling av varselet

5.1 Generelt

Alle varsler skal tas seriøst og behandles på en slik måte at muligheten til å endre eventuelle kritikkverdige forhold er størst mulig.

Det skal ikke reageres negativt mot vedkommende som varsler på en forsvarlig måte, selv om varselet senere viser seg å være uberettiget.

5.2 Undersøkelser

De undersøkelsene som varselet gir grunnlag for skal gjennomføres med sikte på å få avdekket eventuelle kritikkverdige forhold. Et varsel skal så langt som mulig alltid ende opp med en begrunnet avgjørelse.

Dersom varselet gjelder en bestemt person/bestemte personer, skal den/disse gjøres kjent med varselet og hvilke opplysninger som er gitt, og under saksbehandlingen få anledning til å uttale seg om kritikken dersom varselet ikke blir funnet åpenbart grunnløst. Når saken er ferdig behandlet, skal den/de det er varslet om straks få beskjed, uansett utfallet av behandlingen.

5.3 Fortrolighet

Varsleren og varslersens identitet skal ikke gjøres kjent for flere enn det som er nødvendig for å behandle varselet.

5.4 Tilbakemelding til varsleren

Dersom identiteten til varsleren er kjent, skal vedkommende få en bekreftelse på at varselet er mottatt.

Dersom identiteten til varsleren er kjent, skal vedkommende innen 14 dager får tilbakemelding på hvordan varselet er fulgt opp.

6. Rapportering

Rådmannen rapporterer fortløpende til arbeidsmiljøutvalget og personalstyret om varsler som er kommet og behandlingen av disse.



Vedlegg til HMS-system Loppa kommune

SKJEMA FOR INTERN VARSLING OG OPPFØLGING

(jfr. pkt. 4.1, 4.3 og 4.4 i Loppa kommunes retningslinjer for varsling):

Varslet skal leveres nærmeste leder/etatsjef/rådmann, til tillitsvalgte/verneombud eller til varslingsmottak.

Loppa kommune ønsker at varselet skal underskrives med navn. Da er det mulig å innhente ytterligere opplysninger fra varsler og gi tilbakemelding til denne om hva som gjøres med forholdet. Du kan likevel varsle anonymt.

Du vil få tilbakemelding innen 14 dager om hva som skjer med saken du har varslet om.

Jeg ønsker å varsle om følgende kritikkverdige forhold:

Jeg mener følgende bør gjøres (dersom varsler ønsker å komme med forslag):

Varslet av: _____

Dato; _____





Jeg ønsker å være anonym

Varslet mottatt av: _____

Dato; _____

INTERN OPPFØLGING AV VARSEL

Trinn	Oppfølging av forholdet	Dato
1.	Varsel mottatt av:.....	
2.	Undersøkelser gjennomført 1. 2. 3.	
3.	Konklusjon	
4.	Tilbakemelding gitt til varsler	
5.	Nødvendig informasjon gitt til den eller de det er varslet om	
6.	Tiltak	
7.	Videre oppfølging planlagt	
8.	Videre oppfølging gjennomført	

Veld måned:

Kontor:

Brukerperspektiv			Siste periode				Hittil i år		
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status
B.1	Andel gjennomførte dialogmøte 2 innen 26 uker (kun sykneidde uten frilak) (SP)	Høy	100 %	75 %	100 %	→	71 %	75 %	●
B.2	Andel ordnære arbeidssøkere med oppløring siste tre mnd (SP)	Høy	76 %	75 %	90 %	→	88 %	75 %	●
B.3	Antall deltagere på kvalifiseringsprogrammet (1 måned på eterskudd)	Normal	0	1	0	→	1	1	●
B.8	Andel stillinger meldt til NAV med tittvisning (SP)	Normal	Ingen måling	80 %	Ingen måling	→	Ingen måling	80 %	●
B.10	Andel ordnære arbeidssøkere mellom 20-24 år med oppløring siste 3 mnd. (SP)	Høy	100 %	85 %	100 %	→	97 %	85 %	●
B.11	Andel ordnære arbeidssøkere under 20 år med oppløring siste 3 mnd.	Høy	100 %	90 %	100 %	→	100 %	90 %	●
B.15	Andel arbeidssøkere med overgang til arbeid (summet 4 mnd. periode: sep.-des. vises i feb.) (SP)	Normal	53,3%	73,3%	58,3%	→			
B.19	Andel personer med arbeidsklaringspenger som har fått oppløgingsvedtak (SP)	Høy	94 %	65 %	94 %	→			
B.20	Andel som har godkjent aktivitetssplan av alle som mottar arbeidsklaringspenger (SP)	Høy	88 %	65 %	88 %	→			
B.23	Andel "kontakt bruker" innen 48 timer	Normal	92 %	85 %	Ingen måling	→	99 %	85 %	●
B.32	Antall brukere med økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde inn i kvalifiseringsprogrammet	Normal	0	2	0	→	1	2	●
B.36	Samlet antall mottakere av økonomisk sosialhjelp	Normal	15	25	11	→	12	25	●
B.37	Antall mottakere av økonomisk sosialhjelp under 25 år	Normal	2	2	1	→	3	2	●

Medarbeiderperspektiv									
		Siste periode				Hittil i år			
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status
M.1	Sykefravær for statlig ansatte (sum av legemeldt og egenmeldt fravær) (1 måned på eterskudd) (SP)	Normal	2,8%	6,7%	9,9%	→	2,9%	6,7%	●
M.29	Sykefravær for statlig og kommunalt ansatte (sum av legemeldt og egenmeldt fravær) (SP)	Normal	1,9%	6,7%	5,0%	→	3,6%	6,7%	●

Produksjonsperspektiv									
		Siste periode				Hittil i år			
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status
P.1	Andel journalføringsoppgaver innen 24 timer	Normal	75 %	95 %	77 %	→	86 %	95 %	●
P.2	Andel krav om AAP som er sendt til forvaltningsenheten innen fem uker etter mottak av krav (SP)	Normal	100 %	75 %	100 %	→	89 %	75 %	●

Økonomiperspektiv									
		Siste periode				Hittil i år			
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status
Ø.1	Faktisk forbruk hittil i år i % av budsjett hittil i år (Driftsramme inkl fylkesvise formål, ekskl Øremerkede midler) (SP)	Normal	93,7%	95,0% - 100,0%	97,0%	→	93,7%	95,0% - 100,0%	●
Ø.31	Avvik mellom faktisk forbruk og budsjett for kommunale driftsmidler (Kommunøkonomi)	Normal	12,0%	95,0% - 100,0%	12,0%	→	27,7%	95,0% - 100,0%	●

Registreringsskjema for måledata per måned

Loppa	ID	Navn	Des (forrige år)	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
	B.32	Annall brukere med økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde inn i kvalifiseringsprogrammet	3	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3
	B.36	Samlet antall mottakere av økonomisk sosialhjelp	18	11	8	10	13	16	14	12	11	15			11
	B.37	Antall mottakere av økonomisk sosialhjelp under 25 år	4	4	3	3	3	4	3	3	1	1	2		4
	Ø.31	Avvik mellom faktisk forbruk og budsjett for kommunale driftsmidler (kommunesevnerom)	1,0%	8,0%	7,0%	7,0%	2,0%	7,0%	102,0%	92,0%	12,0%	12,0%			8,0%

SANDLAND SKOLE

9585 SANDLAND

Øksfjord, 09.11.2011

LEVEKÅRSUTVALGET

v/Oppvekst-og kultursjef

9550 ØKSFJORD

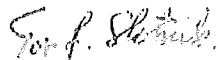
AVKLARING VEDR. SANDLAND SKOLE

Ansatte, elever, foreldre og brukere av Sandland skole ber om en avklaring i forhold til videre drift av skolen. Gjennom flere år har brukerne av Sandland skole levd med usikkerhet knyttet til mulig nedleggelse av skolen.

Spørsmålet fra oss er om skolen skal være i drift resten av inneværende valgperiode eller om driften av skolen skal avsluttes i løpet av denne tiden. I så fall ønsker vi et klart svar på spørsmålet.

Vi ønsker å fremme spørsmålet videre til formannskap og kommunestyre i desember-2011.

Med vennlig hilsen
For Sandland skole



Tor J. Slotsvik
Rektor



Sandland skole
v/ rektor Tor Johan Slotsvik

9585 SANDLAND

Deres ref.

Vår ref.
2011/838-100/OK

Sted/Dato.
Øksfjord 10.11.2011

Avklaring vedr. Sandland skole

Viser til brev datert 9.11.11 der ansatte, elever, foreldre og brukere av Sandland skole ber om en avklaring i forhold til videre drift av skolen. Gjennom flere år har brukere av Sandland skole levd med usikkerhet knyttet til mulig nedleggelse av skolen.

Dere spør om skolen skal være i drift resten av inneværende valgperiode eller om driften av skolen skal avsluttes i løpet av denne tiden. Det ønskes svar på dette spørsmålet.

Spørsmålet ønskes fremmet for levekårsutvalg, formannskap og kommunestyre i desember 2011.

Som saksbehandler for oppvekst- og kultur i Levekårsutvalget svarer oppvekst- og kultursjefen på dette brevet. Brev og svar legges som referatsak til levekårsutvalg, formannskap og kommunestyre.

Av rådmannens kommentarer til økonomiplanen fremgår det at skolene i Nuvsvåg og på Sandland har et omfattende vedlikeholdsbehov. Samtidig har endringen i befolkningssammensetningen medført at det er få elever ved disse skolene. Rådmannen er av den oppfatning at det bør vurderes hvorvidt det vil være best for elevene rent sosialt og pedagogisk og kanskje bli en del av et større skolemiljø. Samtidig må det vurderes om det er en riktig måte å forvalte samfunnets midler på å opprettholde disse skolene. Dersom driften skal fortsette videre på disse skolene så vil det bety at det blir mindre igjen til utstyr og materiell på alle skolene. Tidsriktig utstyr og materiell er en del av det pedagogiske verktøyet lærerne skal disponere.

Rådmannen anbefaler derfor at det startes et utredningsarbeid med sikte på å avvikle skolene i Nuvsvåg og på Sandland fra og med skoleåret 2012/2013. Avklaringen må bl.a. gi svar på hvordan skoleskyss tilrettelegges, konsekvenser for elevene, konsekvenser for skolene som skal ta mot disse elevene og videre bruk av eller avhending av fristilt bygningsmasse. Rådmannen tar sikte på å legge frem utredningen til politisk behandling i mars 2013.

Med hilsen

Liv Beate Karlsen
Oppvekst- og kultursjef



LOPPA KOMMUNE
Sentraladministrasjonen

Samtlige oppnevnte medlemmer

Deres ref.

Vår ref.
2011/982-/F60/SEN

Sted/Dato.
Øksfjord 29.11.2011

Særutskrift; Oppnevning av styringsgruppe - prosjekt kommunalt rusarbeid

Vedtak i Levekårsutvalget- 25.11.2011

Levekårsutvalget oppnevner følgende to representanter til styringsgruppe for rusprosjektet:

1. Maria Johansen
2. Tom Arne Nilsen

Som varamedlemmer oppnevnes:

1. Edel Engnes
2. Jorunn Romsdal

Styringsgruppen vil ha 5 medlemmer, hvorav rådmannen utpeker 3 fra administrasjonen.

Enstemmig vedtatt.

Med hilsen

Solbjørg Irene Jensen
Konsulent

