

FORVALTNINGSREVISJON  
Tjenestekvalitet ved helsetunet





## Forord

Revisjon Midt-Norge SA er Norges største interkommunale revisjonsselskap, og leverer revisjonstjenester innen regnskap, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll til 44 kommuner og en fylkeskommune.

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Orkdal kommunes kontrollutvalg i perioden oktober 2018 til april 2018.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger<sup>1</sup>.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Anna Ølnes og prosjektmedarbeider Espen Langseth. Erik Seim og Tor Arne Stubbet har kvalitetssikret rapporten. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Orkdal kommune, kommuneloven § 79 og § 6.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Trondheim, 5.4.2018

Anna Ølnes /s/  
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Espen Langseth /s/  
Prosjektmedarbeider

## Sammendrag

Denne forvaltningsrevisjonen er resultat av kontrollutvalgets bestilling i sak 23/17, og sak 27/17. Kontrollutvalget var opptatt av:

*Hvilke kvalitetskrav har Orkdal kommune til tjenesten og i hvilken grad etterleves disse? Hvilket innhold tilbyr Orkdal kommune i hverdagen til brukerne? Kartlegging av brukerens selv- og medbestemmelsesrett i forbindelse med måltidsservering, hygiene og døgnrytme. Kartlegging av tilbud og regelmessighet av fysisk aktivitet, skyssordninger og kulturtilbud. Kvalitet på mat, rom og lokaler. Kartlegge hvilke rutiner som finnes for gjennomføring av brukermedvirkning, pårørendemedvirkning og avvikshåndtering. I hvilken grad benyttes resultatene av slike undersøkelser, tilbakemeldinger og avvik til å forbedre tjenestetilbudet? (Orkdal kommunestyre, 2016)*

Vi har fulgt opp bestillingen gjennom tre problemstillinger:

- 1) Er avvik fra tidligere tilsyn lukket?
- 2) Drives Orkdal helsetun i tråd med regelverket og målsettinger for kvalitet i eldreomsorgen?
- 3) Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende?

Ledelsen ved Orkdal helsetun har siden våren 2017 vært igjennom en prosess med å lukke avvik som har kommet fram i flere tilsyn. Parallelt med forvaltningsrevisjonen har det pågått en prosess med å lukke avvik. De er nå i ferd med å avslutte denne prosessen. Rådmannen, ved enhetsleder, har i forbindelse med høringsuttalelse gitt tilbakemelding om at all skanning til elektronisk pasientjournal er avsluttet. Fortsatt gjenstår det å få på plass dokumentasjon i kvalitetssystemet, KF Kvalitetsstyring. Videre har helsetunet bygningsmessige utfordringer, både i forhold til skjerming av pasientgrupper, og når det gjelder krav til avdelingskjøkkener. Når det gjelder skjerming har Helsetunet gjennomført endringer. Vi kommer tilbake til det nedenfor. Når det gjelder utbedring av avdelingskjøkkener, vil det innebære ressursmessige tiltak, økonomisk.

Forvaltningsrevisjonen har avdekket at Orkdal helsetun har hatt utfordringer knyttet til ledelse, ressurser og kompetanse, noe som har medført at de prosessene som tjenestene skal ha for å sikre kvalitet har vært mangelfulle. Det betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten på tjenestene ikke har vært tilfredsstillende. Orkdal kommune har et elektronisk kvalitetssystem, hvor

gjeldende regelverk, prosedyrer og rutiner skal være tilgjengelig. Systemet er ikke oppdatert, og ved avdelingene var de fremdeles ikke ajour med å legge inn informasjon per februar 2018. Det er viktig at det som gjelder for kvalitetssystem, elektronisk journal mv. følges opp, for at tjenestene blir utført med nødvendig kvalitet. For at alle ansatte skal utføre arbeidet sitt på en riktig og god måte, er det nødvendig at regler, prosedyrer og ansvarsbeskrivelser og -fordeling er kjent og lett tilgjengelig for alle som jobber ved helsetunet. Den nåværende ledelsen av helsetunet har satt i gang viktige tiltak for at helsetunet som organisasjon skal bli i bedre stand til å yte de tjenestene de skal gi. Vi har inntrykk av at det er etablert en ledergruppe som er innstilt på å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, og som nå er i ferd med å sette nødvendig kvalitetsutviklingsarbeid i system.

Brukermedvirkning er blant forholdene som Orkdal helsetun har fått mest kritiske tilbakemeldinger på. Det gjelder tilrettelegging på systemnivå og medvirkning for den enkelte bruker i hverdagen. Når det gjelder systemnivået, så har vi dokumentert svakheter ved at brukerutvalget ved helsetunet ikke ser ut til å ha fungert over en tidsperiode, det er ikke blitt gjennomført bruker-/pårørendeundersøkelser på en stund, og det kan se ut til at det har vært noe varierende erfaringer med primærkontakter og pårørendesamtaler. Også her har kommunen tatt grep, og i de siste 10-12 månedene ser brukerutvalget ut til å ha gjennomført regelmessige møter, med referat og tilrettelegging for god, gjensidig dialog mellom ledelse og ansatte og medlemmene i brukerutvalget. Det er gjennomført en pårørendeundersøkelse ved helsetunet. Alt i alt er de pårørende nokså tilfredse med de ulike områdene ved tjenestene, men det kan se ut som at kommunen har forbedringspotensial når det gjelder informasjon til pårørende. Vår ansattundersøkelse bekrefter det, og i tillegg viser den at kommunen har forbedringsmuligheter når det gjelder aktivitetstilbud til brukerne.

Det har vært noen utfordringer knyttet regelverket om bruk av tvang ved helsetunet. Bygningsmassen har vært i en slik tilstand at det har vært utfordrende å skjerme beboere som har vedtak om bruk av tvang, uten at beboere uten slikt vedtak også har fått begrenset utfoldelsen sin. Kommunen er i ferd med å finne løsninger som fylkesmannen har bekreftet er innenfor regelverket.

Det vises førøvrig til innholdet i de ulike delene av rapporten. I kapittel 2 redegjør vi for hvordan vi utført undersøkelsen, med problemstillinger, kilder for kriterier og metodisk opplegg for innsamling og analyse av dokumentasjon.

I hvert av kapitlene 3 – 5 dokumenterer vi situasjonen ved helsetunet for de respektive problemstillingene. Her er det mer konkret og utdypende informasjon om det vi har konkludert med ovenfor. Et utkast til rapport har vært på høring hos rådmannen. Enhetsleder ved helsetunet har gitt tilbakemelding i form av et notat vedlagt rapporten (vedlegg 1), i tillegg til utdypende kommentarer i rapportutkastet. I kapittel 6 har vi redegjort for hvordan vi har behandlet innspillene fra rådmannen (enhetsleder).

I kapittel 7 har vi konkludert på problemstillingene. Fordi svakheter og avvik som kommer fram i vår forvaltningsrevisjon er kjent for ledelsen i kommunen og helsetunet, og at de har vært i en prosess med å lukke avvik og forbedre tilbudet, er det vår generelle anbefaling at rådmannen legger tilrette for strukturer som sikrer en stabil kultur for forbedringsarbeid, gjennom;

- gjensidig dialog mellom ledelse, ansatte og brukere/pårørende,
- tilfredsstillende rammebetingelser, som kompetanse, turnuser og bygningsmasse.

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 3  |
| Sammendrag.....   | 4  |
| Innholdsfortegnelse .....   | 7  |
| 1 Innledning.....   | 9  |
| 1.1 Bestilling .....  | 9  |
| 1.2 Eldreomsorg i Orkdal kommune.....                                       | 9  |
| 2 Undersøkelsesopplegget.....   | 11 |
| 2.1 Avgrensning.....  | 11 |
| 2.2 Problemstillinger .....   | 11 |
| 2.3 Revisjonskriterier .....  | 11 |
| 2.4 Metode for innsamling og analyse av data .....                          | 12 |
| 3 Er avvik i tilsyn lukket? .....   | 14 |
| 4 Drives Orkdal helsetun i tråd med regelverket? .....                      | 18 |
| 4.1 Revisjonskriterier .....  | 18 |
| 4.2 Data.....   | 18 |
| 4.2.1 Organisering og ansvar for kvalitet i tjenestene ved Helsetunet ..... | 18 |
| 4.2.2 Ledelse og kvalitetsforbedring.....                                   | 21 |
| 4.2.3 Risiko- og avvikshåndtering.....                                      | 24 |
| 4.3 Revisors vurdering.....   | 28 |
| 5 Brukermedvirkning, samtykke og bruk av tvang .....                        | 31 |
| 5.1 Revisjonskriterier .....  | 31 |
| 5.2 Data.....   | 33 |
| 5.2.1 Brukermedvirkning på systemnivå.....                                  | 33 |
| 5.2.2 Brukermedvirkning i de daglige tjenestene .....                       | 36 |
| 5.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang .....                             | 45 |
| 5.3 Revisor vurdering.....  | 50 |
| 6 Høring .....  | 53 |
| 7 Konklusjoner og anbefalinger .....  | 54 |
| 7.1 Anbefaling.....   | 56 |

## Figurer

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figur 1.  | Organisasjonskart, Orkdal kommune – administrasjon og tjenester.....                          | 10 |
| Figur 2.  | Får du, etter din egen vurdering tilstrekkelig med opplæring for å utføre jobben din? .....   | 20 |
| Figur 3.  | Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak gjennom din jobb (eks.....      | 21 |
|           | kurs, internopplæring, seminar, faglige nettverk)? .....                                      | 21 |
| Figur 4.  | Hvordan vil vurdere tilgjengeligheten på system for internkontroll ved Helsetunet? .....      | 22 |
| Figur 5.  | Hvor ofte har du vært inne for å lese rutiner og prosedyrer for virksomheten de siste 12..... | 23 |
|           | måneder?.....   | 23 |
| Figur 6.  | I hvilken grad mener du at du oppfyller plikten til å dokumentere?.....                       | 24 |
| Figur 7.  | Kjenner du til om det finnes et system for å melde avvik ved helsetunene?.....                | 26 |
| Figur 8.  | Helsetunene har et system for å melde avvik. Er du trygg på hvilke hendelser som skal .....   | 26 |
|           | meldes? .....   | 26 |
| Figur 9.  | Når meldte du avvik i systemet sist? .....  | 28 |
| Figur 10. | Jeg opplever at beboer får den hjelp han/hun trenger .....                                    | 38 |
| Figur 11. | Jeg opplever at beboer får bestemme selv i hverdagen sin .....                                | 40 |
| Figur 12. | Jeg som pårørende mottar god og tilstrekkelig informasjon .....                               | 40 |
| Figur 13. | Jeg opplever at de ansatte samarbeider godt med meg som pårørende .....                       | 41 |
| Figur 14. | Jeg opplever at de ansatte samarbeider godt med bruker .....                                  | 41 |
| Figur 15. | Jeg opplever at beboer trives godt på Orkdal helsetun .....                                   | 43 |
| Figur 16. | Jeg vet hvem som er tilsynslege ved avdelingen.....   | 43 |
| Figur 17. | Jeg opplever at beboer får god medisinsk behandling.....                                      | 44 |
| Figur 18. | Alt i alt er jeg som pårørende fornøyd med tjenesten beboer mottar.....                       | 44 |
| Figur 19. | Hvor ofte deltar du i diskusjon om tema som samtykkekompetanse og bruk av tvang i .....       | 47 |
|           | din jobb? .....   | 47 |
| Figur 20. | Er du trygg på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse?.....                 | 47 |
|           | avdeling siste to år? .....   | 47 |
| Figur 22. | Du har svart at du er kjent med en eller flere tvangssituasjoner ved helsetunet. Var det..... | 48 |
|           | fattat vedtak om bruk av tvang for disse situasjonene?.....                                   | 48 |
| Figur 23. | Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang? .....                                 | 49 |
| Figur 24. | Vet du hva som må til for at man skal kunne bruke tvang på en lovlig måte? .....              | 49 |



## 1 Innledning

Denne rapporten oppsummerer resultatene av en undersøkelse av kvaliteten i eldreomsorgen ved Orkdal Helsetun

### 1.1 Bestilling

Revisjon Midt-Norge fikk i KU-sak 23/17 i oppdrag å legge fram en skisse til innretning på forvaltningsrevisjon av eldreomsorg i hjemmetjenesten. I forbindelse med prosjektplanprosessen kom det fram at det var kvaliteten på tjenestene ved Helsetunet som kontrollutvalget var mest opptatt av, og revisjonen la derfor fram en prosjektplan der problemstillingene var spesielt rettet inn mot forhold ved Helsetunet. Utvalget sluttet seg til problemstillingene, men ba revisor vektlegge brukertilfredsheten og kvaliteten på tjenestene ved Helsetunet (Orkdal Sykehjem).

Kontrollutvalget har konkretisert hva de vil ha belyst i Plan for forvaltningsrevisjon 2017-18:

*Orkdal kommune har som mål å legge til rette for at den enkelte lengst mulig kan styre eget liv og kommunen har som mål å tilrettelegge for fysisk aktivitet for eldre og syke. Spørsmål en eventuell forvaltningsrevisjon ønsker besvart er bl.a.: Hvilke kvalitetskrav har Orkdal kommune til tjenesten og i hvilken grad etterleves disse? Hvilket innhold tilbyr Orkdal kommune i hverdagen til brukerne? Kartlegging av brukerens selv- og medbestemmelsesrett i forbindelse med måltidsservering, hygiene og døgnrytme. Kartlegging av tilbud og regelmessighet av fysisk aktivitet, skyssordninger og kulturtilbud. Kvalitet på mat, rom og lokaler. Kartlegge hvilke rutiner som finnes for gjennomføring av brukervedvirkning, pårørendevirkning og avvikshåndtering. I hvilken grad benyttes resultatene av slike undersøkelser, tilbakemeldinger og avvik til å forbedre tjenestetilbudet?*

Revisor har tatt med seg innspillene videre i problemstillingene som har blitt belyst. Vi viser til kapittel 2.2 i rapporten.

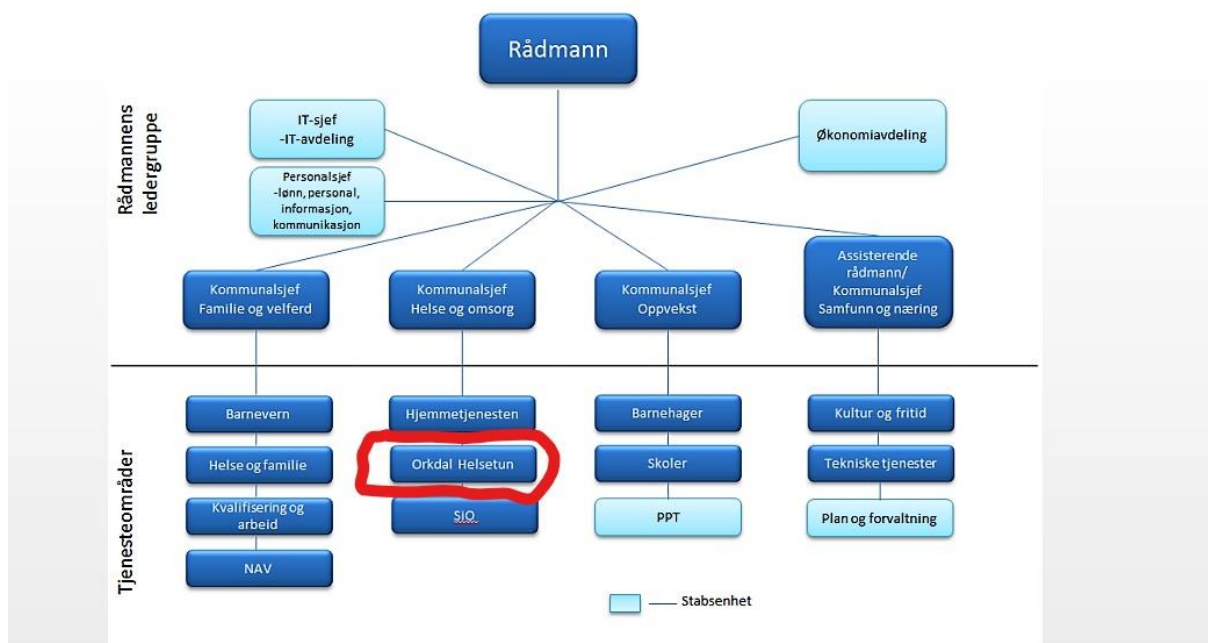
### 1.2 Eldreomsorg i Orkdal kommune

I følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Orkdal Helsetun gir tilbud om langtidsopphold til beboere som ikke kan klare seg i eget hjem; herunder egen skjermet enhet for personer med demens. I tillegg gir de tilbud om korttidsopphold og et eget dagsentertilbud. De har også tilbud om habilitering/rehabilitering, og omsorg ved livets slutt. Institusjonen har eget kjøkken, egen renholdsavdeling og vaskeri for vask av beboernes private tøy. Orkdal

Nedenfor viser vi et organisasjonskart over Orkdal kommunes administrative organisasjon, hvor vi har markert Helsetunet.

Figur 1. Organisasjonskart, Orkdal kommune – administrasjon og tjenester



Kilde: Orkdal kommune/Revisjon Midt-Norge

## 2 Undersøkelsesopplegget

I dette kapitlet redegjør vi for hvordan forvaltningsrevisjonen er gjennomført.

### 2.1 Avgrensning

Forvaltningsrevisjonen er innrettet mot kontrollutvalgets forventning, som er gjengitt i kapittel 1.1. Når det gjelder dagsentertilbudet, så har vi holdt dette utenfor denne undersøkelsen, da målgruppen også omfatter hjemmeboende eldre. Det kan være aktuelt å belyse dette området i forbindelse med en eventuell forvaltningsrevisjon av hjemmetjenesten.

### 2.2 Problemstillinger

- 1) Er avvik fra tidligere tilsyn ved helsetunet lukket?
  
- 2) Drives Orkdal helsetun i tråd med regelverket og målsettinger for kvalitet i eldreomsorgen?
  - Drives helsetunene i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og om-sorgstjenesten (tidl. Internkontrollforskriften)?
  - Ytes tjenester i tråd med gjeldende regelverk (f.eks. verdighetsforskriften og kvalitetsforskriften)?
  
- 3) Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved Orkdal helsetun?
  - Er medvirkning fra brukere og pårørende i tråd med aktuelle pasient- og brukerrettighets-loven (f. eks. kapittel 3 (medvirkning) og 4 (samtykke)?

### 2.3 Revisjonskriterier

I følge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner (§7) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som den reviderte skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, statlige føringer, andre myndigheters praksis, teori eller reelle hensyn. I denne forvaltningsrevisjonen synes følgende kilder til revisjonskriterier spesielt relevante:

- Kommuneloven (§23-2), Administrasjonssjefens ansvar for betryggende kontroll (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1992)
- Helse og omsorgstjenesteloven (Kap 3) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Kap 3, Kap 4 og Kap 4A) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Fylkesmannen i Sør-Trøndelag: Rapport av 30.5.2017: Virksomhetstilsyn – tilsyn med tjenesten til eldre i sykehjem (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2017)

## 2.4 Metode for innsamling og analyse av data

Denne rapporten bygger på dokumentasjon som er innsamlet ved:

- Intervju med rådmannen, kommunaldirektør og enhetsleder ved helsetunet (oppstartsmøtet)<sup>1</sup>
- Intervju med enhetsleder ved helsetunet
- Intervju med avdelingsledere ved helsetunet (fem på intervjutidspunktet)
- Intervju med leder for brukerutvalget ved helsetunet
- Elektronisk spørreskjemaundersøkelse til alle fast ansatte ved helsetunet
- Resultat fra pårørendeundersøkelse ved helsetunet, gjennomført av rådmannen (enhetsleder)

Oppstartsmøtet var et innledende møte som inneholdt gjensidig utveksling av informasjon om undersøkelsen og hvilke rutiner, ressurspersoner og kapasitet kommunen har for tjenestene ved helsetunet. Informasjonen fra møtet ble brukt til den videre utformingen av undersøkelsen. Det ble videre gjennomført intervju med det som på det tidspunktet (november og desember 2017) var fem avdelingsledere ved helsetunet. Senere er to avdelinger slått sammen. Videre er det gjennomført intervju med enhetsleder og leder for brukerutvalget ved helsetunet. Intervjuene ble gjennomført med intervjuguide med semistrukturerte spørsmål til alle fem avdelingslederne. Det ble skrevet referat, som er verifiserte av respektive intervjuobjekt. På den måten har vi fått informasjon som har gått mer i dybden når det gjelder beskrivelse av rutiner og praksis for å oppnå best mulig kvalitet i tjenestene. For å få ansatte sin vurdering av rutiner og praksis sendte vi ut en elektronisk spørreskjemaundersøkelse til 144 unike e-postadresser (ansatte), og fikk svar fra 58. Det tilsvarer en svaroppslutning på 40 %. Det er

---

<sup>1</sup> Ikke verifisert referat

svak svaroppslutning, og det er særlig post 3 som er svakt representert i utvalget. Det kan ha sammenheng med at det var noen problem med epostadressene i forbindelse med utsendelsen, slik at ansatte ved den avdelingen fikk undersøkelsen tilsendt senere enn de øvrige. Vi mener at undersøkelsen, sammen med øvrige data utgjør tilfredsstillende grunnlag for vurderinger og konklusjoner.

Kontrollutvalget har ønsket at undersøkelsen skal fokusere på brukerne. Etter at kontrollutvalget bestilte forvaltningsrevisjonen kom det fram at kommunen var i ferd med å utarbeide og gjennomføre en pårørendeundersøkelse blant alle primærpårørende ved helsetunet. Det er anbefalt at kommunene gjennomfører brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser regelmessig. Etter revisors vurdering var det viktig at rådmannen selv gjennomførte undersøkelsen, blant annet for å ha et godt opplegg, også for senere undersøkelser. Det var uaktuelt for revisjonen å gjennomføre egen pårørendeundersøkelse i tillegg, da det ville ha redusert muligheten for å få tilfredsstillende svaroppslutning på begge undersøkelsene. Vi er enig med rådmannens skepsis, slik det kom fram i oppstartsmøtet, til å gjennomføre undersøkelse blant brukerne. Både rådmannen, enhetsleder og avdelingsledere har gitt uttrykk for at beboerne ved helsetunet har blitt svakere på få år, og at det ikke ville vært mange som ville vært i stand til å gi dekkende svar.

Pårørendeundersøkelsen ble sendt ut til pårørende for i alt 93 (beboere) plasser, og det har kommet inn svar fra 51. Det vil si en svaroppslutning på 54 %. Svarene er fordelt på en måte som gjør at post 3 er noe overrepresentert. Post 2 fremstår noe underrepresentert, men det kan ha sammenheng med at de har noen flere korttidspasienter, og de fikk ikke tilsendt spørreundersøkelsen).

Følgende etterspurt dokumentasjon er ikke bekreftet idet rapporten går ut på høring:

- Utkast til referat fra oppstartsmøte
- Eventuell skriftlig dokumentasjon fra fylkesmannen (godkjenning av skjerming)

### 3 Er avvik i tilsyn lukket?

I kapittel 3 og 4 har vi berørt temaer som har kommet fram som avvik i ulike tilsyn. Det gjelder fylkesmannens tilsyn ved post 3, tilsyn fra mattilsynet og tilsyn ved demensavdelingen.

I oppstartsmøtet den 7.11. med fungerende rådmann, kommunalsjef for helse og omsorg og enhetsleder ved helsetunet fikk vi følgende opplysninger om prosessen med lukking av avvikene som kom fram i tilsynet ved post 3:

*Kveldsstell og legging:* Det er ingen som legger seg mot sin vilje kl. 17, men flere er slitne og har lyst til å legge seg. Brukergruppen har endret seg de siste årene, og er svakere enn tidligere.

*Udekkede vakter for sykepleiere og helsefagarbeidere i bemanningsplanen:* Det er vanskelig å få tak i sykepleiere. De konkurrerer med sykehuset, og klarer ikke å konkurrere på lønn. De har akkurat hatt en utlysingsrunde, og samtlige har trukket søknaden sin. Kommunen er i ferd med å utarbeide rekrutteringsplan. Videre jobbes det med ny turnus, for å sikre sykepleiere og fagarbeidere på alle vakter.

*Mange vikarer med dårlige språkkunnskaper:* Enhetsleder har vært i kontakt med vikarbyrået for å få avsluttet vikarforholdet for vikarer som ikke har språkferdigheter, eller på annen måte ikke fungerer som ønsket. I forbindelse med høringsrunden har enhetsleder tilføyd at det stilles krav til god opplæring av de som skal være vikar ved Orkdal helsetun, og at de tilstreber at det er få personer fra byrå som tar vakter ved Orkdal helsetun.

*Sykepleiere som er vikarer kjenner ikke systemet for meldingsutveksling godt nok:* Rådmannen er i ferd med å utarbeide opplæringsplan, slik at alle, også vikarer vet hva som gjelder, blant annet for meldingsutveksling.

*Få henvisninger til fysio- og ergoterapitjenesten:* Det er nå fysioterapitjenestens ansvar, da ergoterapeutstilling fra Orkdal helsetun er overført fysio- og ergoterapitjenesten. Rådmannen (enhetsleder ved helsetunet) har vært i kontakt med leder for fysio- og ergoterapitjenesten for å sikre at oversikten over henvisninger blir registret slik, slik at de har oversikt over hvor mange henvisninger som blir sendt. Det er overført en 75 %

ergoterapistilling fra helsetunet til fysio-ergoterapitjenesten. Dette for å unngå at Orkdal kommune ikke skal kunne dekke behovet for fysio- og ergoterapeuter ved sykdom eller annet fravær.

*Det finnes ikke en plan for overgang fra korttids- til langtidsopphold:* Ifølge rådmannen er det laget rutiner for dette, men de må sikre at rutinene følges.

*Ved innkomst gjennomføres det ikke rutinemessig vurdering av behov for rehabiliteringstiltak:* Søknadskontoret tildeler tjenester basert på behov. Korttidsavdelingen får beskjed fra søknadskontoret om hvilke tjenester som skal ytes. Det er utarbeidet sjekklister for å sikre informasjonen, slik at en kan yte gode tjenester. Det er viktig å få alle ansatte til å bruke disse i det daglige arbeidet.

*Det er varierende fokus på vedlikehold/ bedring av fysisk funksjon:* Dette har dagsenteret satt igang tiltak for. Fysio-ergoterapitjenesten har sitt eget program og prioriteringsliste.

*Det er ikke fast møtepunkt mellom helsetunet og fysioterapitjenesten for tverrfaglig samhandling om enkeltbeboere eller for systemarbeid:* Fysio-ergo har ukentlige møter på rehabiliteringsavdelingen og det er ukentlig tverrfaglig inntaksmøte, der fysio-ergo også deltar. Det har det vært lenge.

*Fallforebygging:* Det er etablert fallforebyggende gruppe.

*Tannstell:* Det er tatt opp og diskutert på avdelingsmøter, og rutinene for at alle får opplæring og informasjon er skjerpet. Eget tiltak i Geric, som er elektroniske pasientjournal.

*Orkdal kommune har ikke sikret at prosedyrer, som er etablert for å sikre forsvarlige tjenester, fremstår som enhetlig, blir gjort kjent og fulgt opp på en måte som ivaretar intensjonen:* Rådmannen fortalte at de har innført nytt system, og de har etablert en gruppe som skal legge over innhold samt gjennomgå og evaluere prosedyrene, samt lage nye ved behov.

*Orkdal kommune har ikke sikret at Orkdal helsetun har en enhetlig journal for dokumentasjon av beboernes helsetilstand:* Da vi gjennomførte intervju i den tidlige fasen av undersøkelsen hadde de har begynt med skanninga, men de antok at det ville ta noe tid, da det er mange det gjelder. I forbindelse med høringsrunden ble det gitt tilbakemelding om at alle pasientjournaler er scannet.

*Orkdal helsetun har ikke et infeksjonskontrollprogram:* Det er utarbeidet et program, samt et e-læringskurs. I tillegg vil det fra 1/1-18 gjennomføres et kompetanseprogram der hver måned har ulike tema.

På spørsmål om de er i rute med tiltaksplanen for å lukke avvikene, svarte rådmannen at de er noenlunde i rute, men at de ikke er helt i rute med rutiner og prosedyrer som skal utarbeides sammen med fysio- og ergoterapitjenesten. De er spent på om de får inn alt i kvalitetssystemet. De må starte på nytt med turnusene, men de har tro på at de skal komme i mål med det. Når det gjelder internkontrollsystemet har rådmannen lagt inn forslag om midler til en fagutviklingspsykeleier. Både dette og rekrutteringsstrategi er avhengig av den politiske prioriteringen.

Enhetsleder har, pr. februar 2018 gitt tilbakemelding om at avvikene fra tilsynet ved 3-posten nesten er lukket. Det som gjenstår er skanning av noen journaler ved 1-posten, 3-posten og 4.1-posten. Dette var ferdig pr. 1/3-18, (jf. notat fra tilbakemelding fra enhetsleder). Det gjenstår dessuten å få til en fullstendig oversikt over regelverk, rutiner og prosedyrer i kvalitetssystemet.

Tilsynet ved demensavdelingen avdekket behov for tiltak for at beboere ikke skulle gå ut og gå seg bort. Det er satt opp gjerde ute, og dessuten jobbes det med å få på plass dører med elektroniske låser. Ved den ene avdelingen er det satt inn en ny dør som fører til at en kan dele av avdelingen.

To jurister fra fylkesmannen har gjennomført opplæring og veiledet i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A tvang og makt. Dette for å sikre at ansatte skal kunne vurdere pasientenes samtykkekompetanse og tvangsbruk.

Mattilsynet har hatt tilsyn ved helsetunet, hvor det ble avdekket avvik på alle avdelingskjøkkenene. Avdelingskjøkkenene må byttes ut og noen av kjøkkenene må flyttes



slik at en har mulighet til å stenge av kjøkkenet (dementavdelingene). Lukking av avvikene har en kostnadsramme på omlag 4,5 millioner kroner, ifølge enhetsleder.

## 4 Drives Orkdal helsetun i tråd med regelverket?

I dette kapitlet beskriver vi dokumentasjon og gjør vurderinger om Orkdal helsetun drives i tråd med regelverket.

### 4.1 Revisjonskriterier

Innenfor rammen av denne forvaltningsrevisjonen er det gjort et utvalg av viktige elementer i de ulike forskriftene på området.

- Rådmannen skal ha systemer for å sikre at helsetunene drives i tråd med loven (intern kontroll) (kommunelovens § 23 nr. 2)
- Virksomheten skal dokumentere sine rutiner. Det skal foreligge oppdaterte, skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s § 6, Kvalitetsforskriften § 3)
- Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d)
- Helsetunene skal ha etablert et avvikssystem (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s § 6g)
- Virksomheten skal dokumenteres. Relevante opplysninger om pasienter og helsehjelp skal føres fortløpende i en journal (helsepersonelloven §§ 39 og 40)

### 4.2 Data

I dette kapitlet presenterer vi data for problemstillingen om tjenestene ved helsetunet drives i tråd med regelverket.

#### 4.2.1 Organisering og ansvar for kvalitet i tjenestene ved Helsetunet

Rådmannen skal ha systemer for å sikre at sykehjemmet drives i tråd med loven. Det innebærer bl.a. annet.

- Hensiktsmessig organisering av tjenester, og ansvaret for disse
- Virksomheten skal være gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i avdelingen, og at oppgavene faktisk gjennomføres.

Orkdal helsetun er en selvstendig enhet, underlagt kommunalsjef for helse og omsorg. Helsetunet ledes av enhetsleder og en avdelingsleder for hver av de nå fire avdelingene ved enheten. Inntil 2018 har Helsetunet hatt fem avdelinger: korttidsavdeling, to langtidsavdelinger og to dementavdelinger (skjerma). Fra 2018 er de to dementavdelingene slått sammen. Orkdal helsetun har hatt en ressursbank. Det har vært to ansatte som har hatt ansvar for innleie av vikarer, tatt imot beskjed ved fravær, skrevet arbeidsavtaler, laget turnuser m.m. Ressursbanken har ikke hatt noe formelt ansvar for ansatte. Dette ansvaret har avdelingslederne. Fra 2018 er ressursbanken lagt ned og det er avdelingslederne som har ansvar for oppgavene som tidligere ble utført av ressursbanken. Utover avdelingslederfunksjonen er det etablert en del områder der ansatte er ressurspersoner. Dette kan være sykepleierfaglig ansvar, primærkontakt, ansvar for tannstell, livsglede, Gerica (pasientjournal) og en rekke andre funksjoner.

Orkdal Helsetun har over år hatt betydelig merforbruk. Som følge av en ressursgjennomgang er pleiefaktoren nå fastsatt til 0,8 ved langtidsavdelingene og 0,9 ved demensavdelingen og korttidsavdelingen. Begrepet «pleiefaktor» viser til forholdet mellom årsverk ansatte i direkte pasientarbeid/ antall pasienter. En sykehjemsavdeling med 18 årsverk pleiepersonell dag/kveld/natt og 20 pasienter, vil ha en pleiefaktor på 0,90.

For å komme i økonomisk balanse ble to avdelinger slått sammen og en redusert med en avdelingsleder. I tillegg ble ressursbanken nedlagt og det ble ressursreduksjon på renhold, dagsenter og kjøkken.

Det har vært utfordringer i ledelsen av Orkdal Helsetun, ifølge intervjuinformasjon fra avdelingsledere. Før nåværende enhetsleder begynte i sin funksjon, våren 2017, var det en periode med uklare ledelsesforhold, bl.a. annet ved at det manglet lederavtaler og at det som leder normalt skal følge opp, ikke ble det.

Helsetunet har utfordringer med å rekruttere sykepleiere. I likhet med hjemmetjenesten konkurrerer de med St. Olavs hospital om denne kompetansen. På intervjudtidspunktet var det flere stillinger som var lyst ut for andre gang, bl.a. fordi de som hadde fått et tilbud hadde trukket seg. Kommunestyret vedtok i sak 69/17 å styrke ressursen til pleie og omsorg, blant annet for å øke lønnsnivået til sykepleierne i kommunen, og gjøre den konkurransedyktig med sykehuset. Når det gjelder kompetanse og utvikling av denne, har Helsetunet et årshjul, hvor ulike tiltak innen kompetanseutvikling inngår. Revisor har fått tilsendt et kompetanseårshjul,

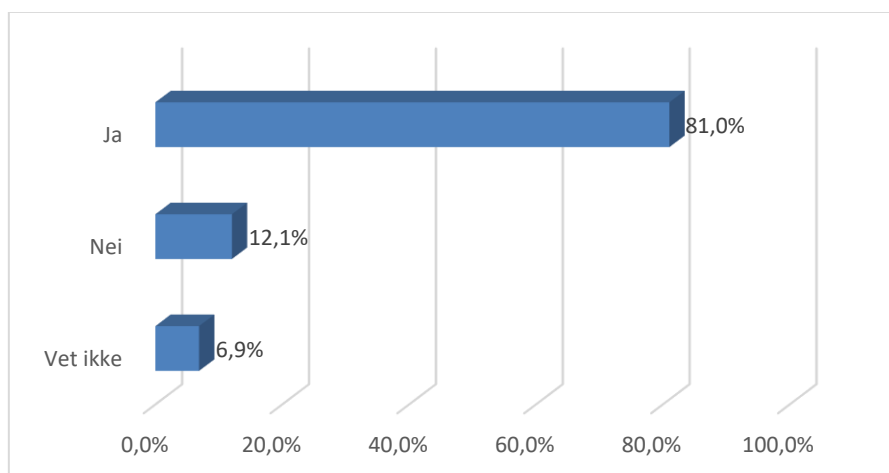
som er en plan for kompetansetiltak gjennom året (2018). Vi har dessuten mottatt en strategisk plan for kompetanseutvikling for fireårsperioden 2018 – 2021.

I intervju med enhetsleder kom det fram at bygningsmassen ved helsetunet ikke er tilpasset dagens brukergruppe, f.eks. ved at flere brukere må dele bad. Garderobene for ansatte er heller ikke tilfredsstillende. Avvik på demensavdelingene har blant annet bakgrunn i bygningsmessige forhold.

Helsetunet har høyt sykefravær, selv om det varierer i avdelingene. Det har vært gjennomført nærværprosjekt, og rutiner for oppfølging av sykmeldte er oppdatert og endret. Ved nedleggelse av ressursbanken er det et mål at avdelingslederne skal kunne følge tettere opp den enkelte ansatte og legge tilrette for nærvær.

I ansattundersøkelsen<sup>2</sup> har vi spurt de ansatte om noen spørsmål vedrørende kompetanse.

Figur 2. Får du, etter din egen vurdering tilstrekkelig med opplæring for å utføre jobben din?

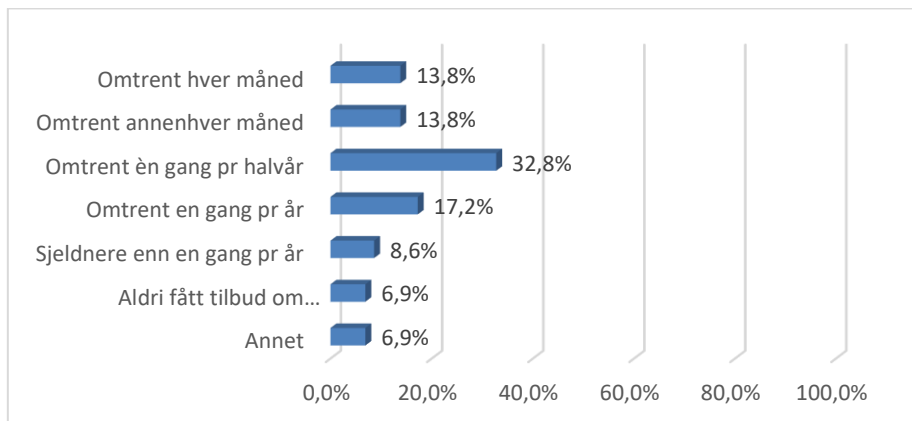


Kilde: Revisjon Midt-Norge

Over 80 % av de ansatte har svart bekreftende på at de har fått tilstrekkelig med opplæring for å utføre jobben sin. Selv om det store flertallet har bekreftet det, så er det likevel 12 % om har svart nei på dette spørsmål, og som da trolig ikke føler at de har nok opplæring. Omlag 33 % har svart at de får delta på kompetansehevende tiltak en gang i halvåret, mens 26 % har svart oftere enn det. 32 % har svart fra en gang i året eller sjeldnere/aldri.

<sup>2</sup> Det var obligatorisk å svare på alle spørsmålene i undersøkelsen. Derfor er det totale antallet (N) som har svart på hvert spørsmål 58.

Figur 3. Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak gjennom din jobb (eks kurs, internopplæring, seminar, faglige nettverk)?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Alle avdelingene har ressurspersoner innenfor forskjellige områder, som: legemidler, tannhelse, sårstell osv. Vi kommer tilbake til om, og hvordan rutiner og ansvarsfordeling er gjort kjent for alle ansatte i organisasjonen.

### 4.2.2 Ledelse og kvalitetsforbedring

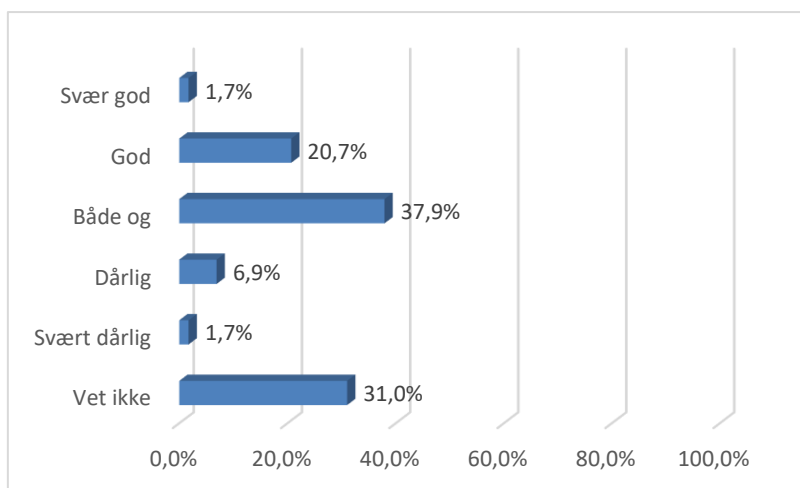
Leder må også legge til rette for at de ansatte enkelt kan finne frem til de oppgaver, organisering og planer som gjelder dem. De bør også ha tilgang til informasjon som viser i hvilken grad drift og planer gjennomføres i samsvar med de rutiner som er vedtatt for å levere faglig forsvarlige tjenester, i tillegg til avviks- og rapporteringssystem. Revisor har fått tilsendt et notat som er stilet til enhetsledere ved ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen kommunalsjefen, som har tittel «Oppdragsbrev – ledelse og kvalitet. Bakgrunnen oppfølging av ulike krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Her fremgår det hva som er leders ansvar ved virksomheten, blant annet ansvaret for planlegging, gjennomføring, evaluering og rapportering av virksomheten.

Orkdal kommune har innført kvalitetssystemet KF Kvalitetsstyring. Systemet skal ivareta tilrettelegging for at lover, forskrifter, prosedyrer, rutiner og maler er lett tilgjengelig for alle ansatte. Videre inneholder systemet årshjul, system for risiko- og sårbarhetsanalyse, avvikssystem og HMS-system.

Tilsynet ved post 3 avdekket at prosedyrer ikke var enhetlige, og gjort lite kjent ute i avdelingen. Følgelig var det en risiko for at intensjonen i prosedyrene ikke ble fulgt opp. I intervju med enhetsleder kom det fram at det fortsatt (februar 2018) gjenstår et arbeid med å få til en fullstendig oversikt over regelverk, rutiner og prosedyrer i kvalitetssystemet. Ifølge enhetsleder ligger alt til rette for å legge inn, men systemet har hatt en del tekniske svikt. Informasjonen fra avdelingslederne bekrefter at det er en pågående prosess med å legge tilrette for at kvalitetssystemet kan tas i bruk, og at det gjenstår en del arbeid. Kommunen hadde frist ut 2017 med å lukke disse avvikene (etter fylkesmannens tilsyn)<sup>3</sup>.

De to diagrammene nedenfor handler om internkontrollsystem, der de ansatte er spurt om gjeldende lov- og regelverk, interne prosedyrer og rutiner er tilgjengelig.

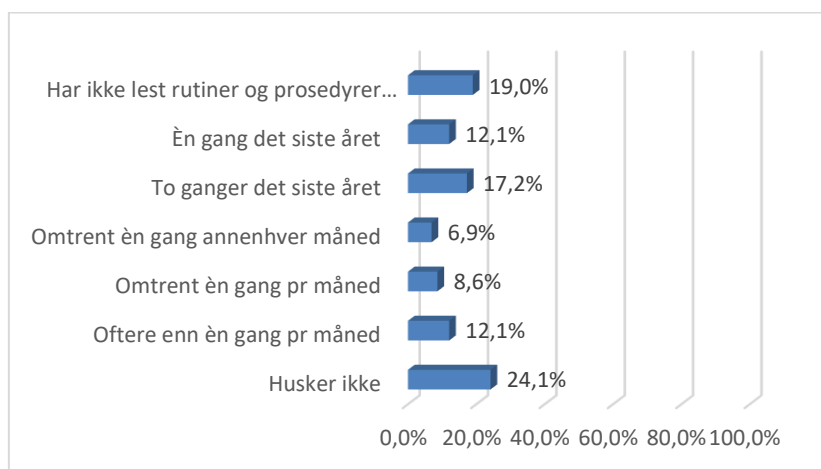
Figur 4. Hvordan vil vurdere tilgjengeligheten på system for internkontroll ved Helsetunet?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

<sup>3</sup> Jf. notat fra enhetsleder: Prosedyrer ligger lagret på kommunens server, slik at ansatte skal kunne finne dem ved behov.

Figur 5. Hvor ofte har du vært inne for å lese rutiner og prosedyrer for virksomheten de siste 12 måneder?



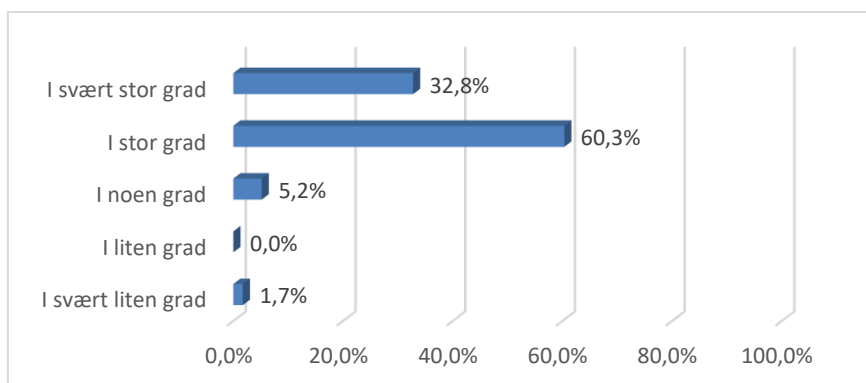
Kilde: Revisjon Midt-Norge

Vi ser av den første grafen at det er flest som har svart både og på det spørsmålet (38 %). Omlag 20 % har svart at tilgjengeligheten er god/svært god, mens over 30 % har svart vet ikke på spørsmålet. Når det gjelder hyppigheten for å lese rutiner og prosedyrer, så er det flest som har svart at de ikke husker hvor ofte de har vært inne i systemet for å lese rutiner og prosedyrer. Nesten 20 % har ikke lest rutiner og prosedyrer for virksomheten det siste året. Omlag 30 % har lest rutiner og prosedyrer 1 eller 2 ganger det siste året. Ca. 20 % har svart omtrent en gang pr. måned, eller oftere.

Helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet (dokumentasjonsplikten). Det ble avdekket avvik ved fylkesmannens tilsyn, som tydet på at Orkdal kommune ikke har sikret at Orkdal helsetun har en enhetlig journal for dokumentasjon av beboernes helsetilstand. Som vi så innledningsvis i kapitlet, så er de ved enkelte avdelinger ikke helt ajour med å legge inn dokumentasjon i kvalitetssystemet, noe som også gjelder skanning av journal. I februar 2018 bekreftet enhetsleder at det gjenstår en del arbeid i tre av avdelingene. Journalene skannes og føres i den elektroniske pasientjournalen, Gerica.

Når det gjelder dokumentasjon og føring av elektronisk pasientjournal nå, så har lederne gitt tilbakemelding om at ansatte har kunnskap om dette, og fører elektronisk journal. Vi har spurt de ansatte om dokumentasjon av virksomheten i Gerica.

Figur 6. I hvilken grad mener du at du oppfyller plikten til å dokumentere?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

De aller fleste, ca. 93 %, mener at de i stor, eller i svært stor grad oppfyller plikten til å dokumentere sin virksomhet i det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica. Om lag 5 % mener at de gjør det i noen grad, mens ca. 2 % har svart at de gjør det i svært liten grad.

#### 4.2.3 Risiko- og avvikshåndtering

Internkontrollforskriften pålegger kommunen å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) innen tjenestene for helse og omsorg. Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, samt en plan med tiltak for å redusere risikoer. Enhetsleder fortalte i intervju at det foreligger en ROS-analyse, men at avdelingene skal gjennomføre og utarbeide en ny analyse. Tidspunkt for det arbeidet kom det ikke fram informasjon om. I et notat med tittelen «Oppdragsbrev...» fremgår det at leder har ansvar for å systematisere kvalitetsforbedringsarbeidet og rapportere status fortløpende. Forut for dette skal det gjennomføres helhetlig ROS-analyse. Frist for dette arbeidet er satt til 1.4.2018.

I intervju med avdelingslederne kom det fram at de hadde varierende grad av kjennskap til ROS-analyser. Noen hadde kjennskap til det gjennom lederutdanningen. Det kom likevel fram at avdelingslederne hadde kjennskap til enkelte risikoområder og hvordan de skulle håndteres. Det er brann som er den største risikoen ved helsetunet. Alle har fått opplæring i brannrutiner. Andre temaer har for risiko har vært; risiko for arbeidsbelastning på ansatte på nattevakter, risiko knyttet til utagerende beboere (både for ansatte og beboere). Ved enkelte avdelinger føres det atferdsskjema i tilfeller hvor beboere har utagerende atferd. Alle ansatte ved avdelingen har tatt kurset Demensomsorgens ABC (obligatorisk). Videre gjennomføres det



selvforsvarskurs (obligatorisk), og kurs i bruk av tvang og makt (obligatorisk). Det har vært problem med skjerming ved avdelingen, noe som har medført at pasienter har beveget seg på steder hvor det kan være risiko for både dem selv og andre beboere. Avdelingen er nå delt av, noe som har redusert ulempene som er nevnt. Vi kommer tilbake til skjerming og låsing i forbindelse med kapitlet om samtykke og bruk av tvang.

Helsetunet har et system for å melde avvik. Avvik skal meldes i KF Kvalitetssystem. Ifølge enhetsleder er helsetunet en av de enhetene som det meldes mest avvik av alle enhetene i kommunen. Hun mener at de ansatte er flinke til å melde avvik, men at det har vært meldt avvik som ikke kan defineres som avvik. Det er utarbeidet en veileder i hvordan avvik kan vurderes, og kommunens jurist har hatt opplæring ved enheten. Enhetsleder mente at det er god pc-tilgang ved enhetene, og det er dessuten mulig å laste ned en app på smarttelefonen. Avdelingsledere følger opp og lukker avvik, og melder tilbake til den som meldte avviket.

Intervjuinformasjon fra avdelingslederne bekrefter det enhetsleder sier. De ansatte melder avvik, og det er litt uklar oppfatning av hva som skal meldes. De bekrefter også at det har vært møter om hvordan de skal få mest mulig lik forståelse av hva som skal meldes som avvik. Avdelingslederne vurderer tiltak for å lukke det gjeldende avviket, men også tiltak for at det ikke skal oppstå nye avvik. Alle ansatte oppfordres til å melde inn avvik, og det er lagt vekt på en forståelse av at avvik ikke er feil som gjelder den enkelte ansatte.

Vi har fått tilsendt dokumentasjon rundt avvikshåndtering fra avdelingslederne. En god del avvik er knyttet til fysisk utagering, og hvor ansatte har gjennomført tiltak med makt. I ett av tilfellene har det blitt dokumentert brudd på bestemmelser om bruk av tvang.

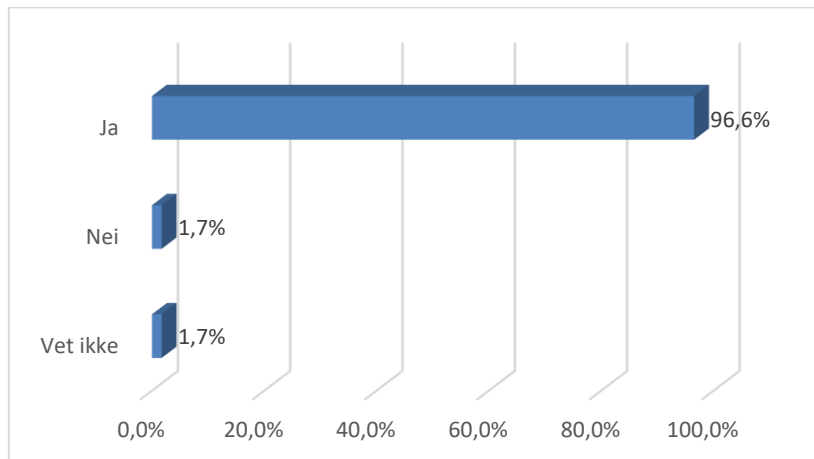
I de fleste tilfellene (gjelder uansett avvikskategori) blir vurderingen av alvorlighetsgrad nedjustert i tilbakemeldingen fra avdelingsleder. I situasjoner med fysisk utagerende beboere, er tilbakemeldingen ofte at dette er et kjennetegn ved pasientgruppen, og at en må forsøke med miljøskapende tiltak.

I noen tilfeller hvor beboere har vært fysisk utagerende har det ikke lyktes å få tak vaktelskapet som kommunen har avtale med, eller at vaktelskapet ikke har hatt kapasitet til å komme innen avtalt tid (20 minutter).

Av avvik ellers, er feil medikamenthåndtering og hendelser pga. for lav bemanning det som blir rapportert inn oftest.

I spørreskjemaundersøkelsen til ansatte ved helsetunet har stilt noen spørsmål om avvikshåndtering.

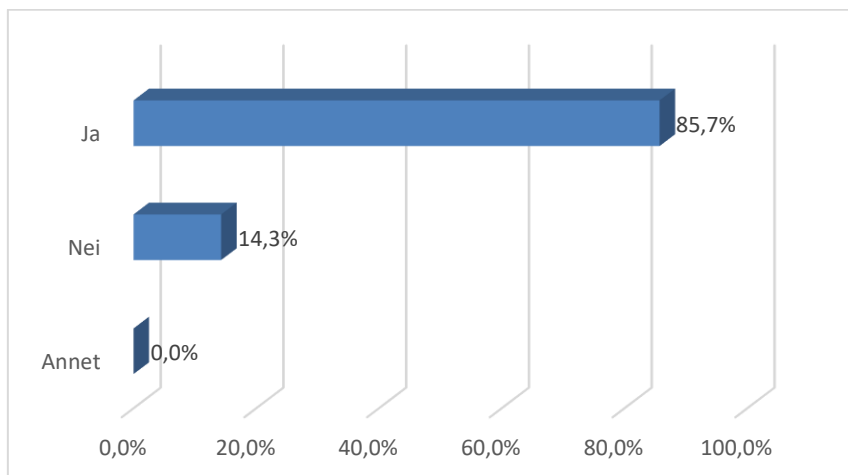
Figur 7. Kjenner du til om det finnes et system for å melde avvik ved helsetunene?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Bare et fåtall har svart at de ikke kjenner til, eller ikke vet om det finnes et system for å melde avvik ved helsetunet.

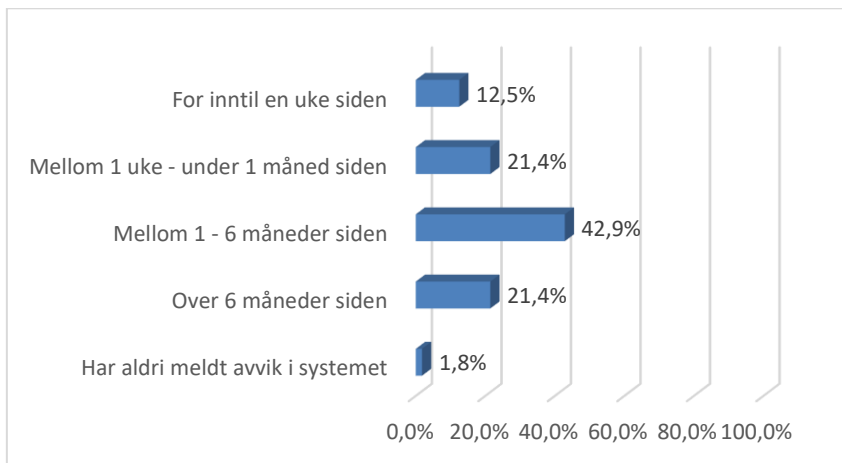
Figur 8. Helsetunene har et system for å melde avvik. Er du trygg på hvilke hendelser som skal meldes?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

De aller fleste har svart at de er trygge på hvilke hendelser som skal meldes i avvikssystemet, men 14 % har svart at de ikke er trygg på det.

Figur 9. Når meldte du avvik i systemet sist?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Figuren ovenfor viser at det er flest som har svart at sist de meldte avvik var fra 1 – 6 måneder siden. 12 % har svart at sist de meldte avvik var for mindre enn en uke siden, og 21 % meldte siste avvik for under en måned siden. 21 % meldte siste avvik for mer enn en måned siden.

### 4.3 Revisors vurdering

Rådmannen skal ha systemer for å sikre at sykehjemmet drives i tråd med loven. Rådmannen har delegert myndighet i henhold virkeområdet for kvalitetsforskriften ved helsetunet til enhetsleder, som har delegert videre til avdelingsledere.

Orkdal kommune har hatt noen utfordringer ved helsetunet. Det gjelder ledelse, kompetanse og bemanningsressurser, samt et forholdsvis høyt merforbruk, og det som kan se ut til å være en til dels utilfredsstillende bygningsmasse. Helsetunet har dessuten hatt høyt sykefravær. Dette har kommet fram i tilsyn og det har blitt bekreftet av ledere vi har intervjuet.

Det har vært en prosess det siste året hvor det, etter vårt inntrykk har vært arbeidet mye med endringer og forbedringer, og det er tatt organisatoriske grep for å lukke avvik, redusere merforbruk og forbedre kvaliteten på tjenestene ved helsetunet. Det kan dessuten se ut til at det er lagt bedre til rette for at kommunen skal være konkurransedyktig med andre arbeidsgivere om nøkkelkompetanse, som sykepleiere. Om det resulterer i bedre tilgang på nøkkelpersonell gjenstår å se.

Regelverket forutsetter at virksomheten ved helsetunet skal dokumentere sine rutiner. Det skal

foreligge skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål. Det skal foreligge skriftlige beskrivelser av hvordan virksomheten er organisert, herunder skal det klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

Orkdal kommune bruker kvalitetssystemet KF Kvalitet. Det har blitt jobbet med å legge inn og gjøre tilgjengelig gjeldende regelverk, prosedyrer og rutiner. Likevel har vi sett at det gjenstår en del arbeid med å legge inn og holde kvalitetssystemet oppdatert. Etter revisors vurdering er ikke kommunen ajour med dette arbeidet som skulle vært ferdig ved utgangen av 31.12.2017. Informasjonen fra spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte tyder på at opplæring i kvalitetssystem, lov- og regelverk kan være mangelfull for nytilsatte. Det er utarbeidet sjekklister for å sikre at alle nyansatte får opplæring i dette.

Helsetunet har dokumentasjon på at de har prosedyrer for oppgave- og ansvarsfordeling. Det er funksjonsbeskrivelser for de ulike funksjonene. Intervjuinformasjon at avdelingsmøter/møtevirksomhet og referat fra disse dekker mye av informasjonsbehovet.

I fylkesmannens tilsyn ble det også påpekt at den elektroniske dokumentasjonen i Gericia var mangelfull. I forbindelse med høringen kom det fram at dette arbeidet er ferdig.

Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, samt en plan med tiltak for å redusere risikoer. Orkdal kommune har en beredskapsplan, som bygger på risiko- og sårbarhetsanalyser som ble gjort i 2014. Etter hva revisor har fått informasjon om er det planer om en ny ROS-gjennomgang i virksomhetene, som skal være ferdig innen 1.4.2018. Revisor har ikke konkret informasjon om opplegg utover det. Etter revisors vurdering varierer kjennskapen til slike analyser blant avdelingslederne, men alle var bevisste på hva som var de største risikoene ved egen virksomhet.

Det er lovpålagt å melde avvik. Først og fremst for å dokumentere feil og lære av dem, slik at pasientsikkerheten blir bedre. Men også for å synliggjøre utfordringer og bidra til eventuelle tiltak innenfor bemanning, kompetanse, utstyr, rutiner og arbeidsmiljø.

Helse- og omsorgstjenesten i Orkdal kommune har etablert et tilfredsstillende avvikssystem, hvor det rapporteres fra den enkelte ansatte til avdelingsleder ved helsetunet. Et levende og

godt avvikssystem betyr færre uønskede og farlige hendelser, bedre kvalitet og ikke minst: god læring i organisasjonen.

I regelverket som gjelder for tjenestene ved helsetunet framgår det at det skal dokumenteres, der det skjer avvik fra regelverk og prosedyrer. Generelt sett er det viktig å rapportere alle typer avvik, og at ledelsen bruker tid på å utvikle en kultur som er åpen og tydelig på at man ønsker at alle bidrar med å melde inn avvik. Den enkelte ansatte har plikt til å melde inn avvik i avvikssystemet. I forbindelse med klager, eller annen kritisk oppmerksomhet mot tjenestene, er det viktig at eventuelle kritikkverdige forhold er dokumentert. Etter revisors vurdering er det etablert et velfungerende avvikssystem ved Orkdal helsetun. Revisor har grunn til å slå fast at ansatte har fått opplæring i systemet, men vil likevel trekke fram at det er en del uklarhet rundt hva som skal meldes og alvorlighetsgrad. Revisor har registrert at melder og leder oftest har ulik vurdering av alvorlighetsgraden, og at det i leders tilbakemelding som oftest er gjort en nedvurdering av alvorlighetsgraden i avviket.

Avvik fra bestemmelser om bruk av tvang skal dokumenteres i avvikssystemet. I dokumentasjonen vi har gjennomgått er situasjoner med fysisk utagerende beboere en av de avvikssituasjonene som forekommer oftest. Det er enkelte avviksrapporter går det eksplisitt fram at det er brukt tvang uten vedtak. Det kan ha blitt fattet vedtak i etterkant.

I situasjoner som nevnt ovenfor har Orkdal kommune avtale med et vaktelskap om å komme innen 20 minutter ved tilkallelse. I flere av de rapporterte avvikene har melder ikke fått kontakt med vaktelskapet, og vaktelskapet har ikke innfridd avtalt responstid.

## 5 Brukermedvirkning, samtykke og bruk av tvang

I dette kapitlet belyser vi problemstillingen om brukermedvirkning, samtykke og eventuell bruk av tvang.

### 5.1 Revisjonskriterier

Kapittel 3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (PBR-loven) har bestemmelser om brukernes rett til medvirkning i helsehjelpen som gis. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Brukermedvirkning skal skje på både systemnivå og på individnivå, i den daglige tjenesteytelsen.

Systematiske tiltak for innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer skal inngå i virksomhetens styringssystem, jfr. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det kan eksempelvis etableres brukerråd som kontinuerlig kan gi innspill i planarbeid for utvikling av tjenester og omgivelser. Disse kan gjelde helse- og omsorgstjenesten generelt, eller etableres spesifikt for definerte tjenester. Det anbefales i tillegg regelmessige brukerundersøkelser. Prosedyrer og rutiner for brukermedvirkning skal inngå i kommunens og helseforetakets styringssystem.

For at representanter for pasienter og brukere skal bli i stand til å medvirke, bør kommunen og helseforetaket legge til rette for at de får kunnskap om den aktuelle virksomheten. Det bør gis konkret opplæring til de som skal delta i råd og utvalg.

Regelen er at det er brukeren selv som skal medvirke til gjennomføring av tjenestene, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven. Kapittel 4 inneholder bestemmelser om samtykke og bruk av tvang. Der brukeren selv ikke har samtykkekompetanse, har brukerens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med brukeren.

Kvalitetsforskriften vektlegger at pasientene skal oppleve selvstendighet og styring av eget liv, få dekket fysiologiske behov blant annet gjennom helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, få dekket sosiale behov for kontakt og aktiviteter, og få følge en normal døgnrytme.

Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke. Noen brukere har en slik helsemessig tilstand at de ikke er i stand til å forstå hva de sier ja til; hva innholdet i helsehjelpen er, eller hvorfor de har behov for den. Dette gjelder typisk demenspasienter. Da sier man at de ikke har samtykkekompetanse. For disse pasientene kan det i gitte tilfeller gis helsehjelp på tross av at de ikke har samtykket til den. Når pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg somatisk helsehjelp, må en rekke forutsetninger være på plass for at helsehjelp skal kunne gis. Da er det snakk om tvungen helsehjelp (bruk av tvang).

Tvungen helsehjelp er altså bare aktuelt å gi der pasienten mangler samtykkekompetanse. Det må i så fall fattes en egen avgjørelse om bortfall av samtykkekompetansen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd. Avgjørelsen skal være skriftlig og begrunnet, og om mulig straks legges fram for pasienten og pårørende. Av avgjørelsen skal det gå fram på hvilke områder pasienten ikke er ansett å være samtykkekompetent.

For at sykehjemmet skal kunne overholde kravene til vurdering av samtykkekompetanse, må de ha innarbeidede rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og det må være avklart hvem som skal vurdere samtykkekompetansen.

Før sykehjemmet kan vurdere bruk av tvang for å gi nødvendig helsehjelp, må det forsøke "tillitsskapende tiltak" ovenfor pasienten. Hvis pasienten opprettholder sin motstand etter at tillitsskapende tiltak er forsøkt, kan sykehjemmet på visse – strenge – vilkår fatte vedtak om tvungen helsehjelp.

Som eksempler på tvungen helsehjelp kan vi nevne tilbakeholdelse av pasienter på sykehjemmet mot sin vilje, å gi medisin mot pasientens vilje, eller tvungen kroppsvask, og så videre.

For å kunne avdekke situasjoner der det kan være snakk om bruk av tvang, må sykehjemmet ha en systematisk tilnærming for å identifisere motstand mot helsehjelp. Vurderinger av



motstand skal dokumenteres i pasientjournalene. Videre må ansatte sikres tilstrekkelig kompetanse i reglene om samtykkekompetanse og bruk av tvang.

## 5.2 Data

Nedenfor presenterer vi data fra intervju, spørreskjemaundersøkelse og pårørendeundersøkelse, samt annen dokumentasjon.

### 5.2.1 Brukermedvirkning på systemnivå

I intervju med avdelingslederene ble det opplyst om at helsepersonell/ansatte har en inkomstsamtale med brukeren, og helst pårørende også, når de kommer til helsetunet. En sjekklister er utgangspunkt for samtalen, og det blir laget en plan for hvordan beboeren skal følges opp. Dersom det må fattes tvangsvedtak, blir pårørende informert. Det er primærkontakter for alle beboere, og det er de som har den løpende kontakten.

Her noen eksempler på hva de ved helsetunet er opptatt av å ha dialog om, i tillegg til de formelle temaene:

- Livshistorien til beboeren
- Hva beboeren liker å ha på seg (klesstil mv.), spise og være i aktivitet med

Det er etablert et brukerutvalg ved helsetunet. I oppstartsmøte ble vi fortalt at det har fungert i varierende grad, men at de nå har fått mandat, der det bl.a. framgår at de skal ha minimum 4 møter i året. I mandatet framgår det videre at utvalget består av representanter fra hovedutvalget (1), eldrerådet (1), brukerrepresentant fra hver avdeling (4), ansattrepresentant fra hver avdeling (4), avdelingsledere (2) og drift- og vedlikeholdsavdelingen (1). Enhetsleder er sekretær for brukerutvalget. Som representanter for brukerne kan pårørende velges dersom brukerne ikke er i stand til å ta del i valget.

Brukerutvalget skal være et rådgivende organ som skal bidra til å styrke brukermedvirkningen og øke kvaliteten på tjenestene. Brukerutvalget skal behandle, gi råd og være høringsinstans i saker som vedrører tjenestenes kvalitet og innhold, brukere og eventuelt ansatte som gruppe, men ikke enkeltpersoner. Brukerutvalget skal innhente informasjon fra brukere og deres pårørende i forkant av møter i samarbeidsutvalget om det er saker som er aktuelle og gjelder brukertilpasning og velferd for brukerne. Videre skal de avgi uttalelse i utarbeidelse av strukturelle endringer og være aktiv pådriver for å skape sosiale aktiviteter.

Vi har hatt intervju med leder for utvalget. Hun fortalte at de bl.a. har gjennomgått fylkesmannens tilsyn. Lederen for utvalget har tillit til at ledelse og ansatte jobber målrettet med å lukke alle avvikene. Enkelte avvik tar det lenger tid å lukke. Ifølge leder har det blitt mer åpenhet de siste årene, og informasjonen fra ledelsen ved helsetunet til brukere og politikere har blitt forbedret.

Når det gjelder den senere tids oppmerksomhet rundt kritikkverdige forhold ved helsetunet, så mener leder at informasjonen som har blitt gitt til brukerutvalget har vært mer utfyllende og nyansert enn den informasjon som har kommet fram i media. Lederen har blitt kontaktet av enkeltbrukere og media. Det er opprettet en epostadresse for utvalget som brukere/pårørende kan ta kontakt med utvalget på.

I 2017 hadde brukerutvalget ved Helsetunet hatt 3 møter. Saker som utvalget har hatt til behandling/orientering er pårørendeundersøkelsen, hvor utvalget har blitt invitert til å komme med innspill. De har hatt ett møte i 2018, og på det møtet var det oppe to saker som gjaldt pårørendekontakter og pårørendesamtaler. Vi gjengir sakene, slik det står i referatet fra møtet den 18.1.2018:

*2. Primærkontakt – Hvordan fungerer dette i dag og hvilke innspill/ønsker har brukerutvalget på dette. Ordningen med primærkontakt har ikke fungert så godt. Det er viktig at tjenesteytingen henger godt sammen, slik har en ikke opplevd at det har vært med primærkontaktordningen som det er pr. i dag. Det er derfor utarbeidet ny prosedyre for primærkontakt som implementeres i avdelingene og skal fungere etter den 25/2-18. Se vedlagt prosedyre. Det utarbeides også nye turnuser, der brukerne skal få en kjernegruppe som jobber i avdelingen. Dette for å unngå så mange forskjellige ansatte og at en skal få mer helhet i tjenestene. Prosedyrer og ordningen må opp til evaluering etter en stund. Brukerrepresentantene etterlyser også mer informasjon om hva som skjer ved Orkdal helsetun. For eksempel hadde det vært greit dersom de hadde fått en e-post med informasjon ang. tilsyn. Det er ikke så greit å lese om det i media. For eksempel kan vi sende e-post til pårørende ukentlig ang hva som skjedd siste uke.*

*3. Pårørendesamtaler – Hvordan fungerer dette i dag og hvilke innspill/ønsker har brukerutvalget på dette. Det er vekslende erfaring med pårørendesamtaler, noen*

*avdelinger fungerer det godt på andre har det vært mangelfullt. En skal tilstrebe å få til en velkomstsamtale når en bruker kommer til Orkdal helsetun. Der skal vi dele ut serviceerklæring og brosjyre om hva en kan forvente. Viktig å avklare forventninger til hverandre på disse møtene. Det er nå utarbeidet en ny prosedyre med sjekkliste for disse samtalene. Se vedlegg. Det er viktig at ansatte for god opplæring om hvordan dette skal foregå.*

De nye prosedyrene for pårørendesamtaler og de nye turnusene med kjernegruppe, er noe som er trukket fram av de som ble intervjuet også.

Det er ikke utført brukerundersøkelse ved helsetunet på en stund. I KOSTRA framgår det at Orkdal kommune ikke har gjennomført brukerundersøkelser ved Helsetunet siden 2013<sup>4</sup>.

Det fremgår av intervjuinformasjon og referat fra brukerutvalget at det skulle gjennomføres pårørendeundersøkelse høsten 2017. Pårørendeundersøkelsen ble gjennomført i januar 2018. Revisjon Midt-Norge har fått tilgang til dataene fra undersøkelsen. De begrunner pårørendeundersøkelse, og ikke brukerundersøkelse blant beboerne, med at beboerne som gruppe er blitt mye svakere, og at de fleste vil ha utfordringer med å svare på en slik undersøkelse. Helsetunet har tidligere brukt bedrekommune.no sin undersøkelse, men har nå tatt i bruk et nytt verktøy. Grunnen er at bedrekommune.no var nokså omfattende, og den hadde lav svaropplutning. Enhetsleder og kommunalsjefen har utarbeidet spørsmålene med bakgrunn i det som pårørende har tatt opp med helsetunets ledelse. Ifølge enhetsleder ønsker de å gjennomføre pårørendeundersøkelser jevnlig for å sikre brukermedvirkning, og slik arbeide for å forbedre og sikre kvalitative gode tjenester ut fra det pårørende og brukerne synes er viktig. Pårørendeundersøkelsen består av 10 spørsmål, hvorav 8 spørsmål gjelder påstander knyttet til tjenestene, og der svarkategoriene er på skalaen helt enig – delvis enig – delvis uenig – helt uenig. Vet ikke er også en svarkategori. Det er ett spørsmål hvor svarkategoriene er ja eller nei. Spørsmålene og påstandene er formulert på samme måte som lignende undersøkelser, f.eks. fra bedrekommune.no.

Pårørendeundersøkelsen har gått ut på e-post, og på papir til de som ikke har ønsket e-post. Det ble sendt ut spørreskjema til totalt 93 plasser/pårørende, hvorav 16 på papir. Det har kommet inn 51 svar, hvorav 16 på papir. I alt gir dette en svaropplutning på 54 %.

---

<sup>4</sup> Svart nei på system for brukerundersøkelse i 2016 = Brukerundersøkelsene skal ha vært gjennomført i løpet av de siste tre år på rapporteringstidspunktet.

## 5.2.2 Brukermedvirkning i de daglige tjenestene

Nedenfor følger noen spørsmål som gjelder brukernes daglige medvirkning i hjelpen de får. Spørsmålene er hentet fra fylkesmannens tilsyn, og avvikene som kom fram i tilsynet.

*Får beboerne stå opp/legge seg når de vil?*

Tilbakemeldingene fra enhetsleder og avdelingsledere er at beboerne får legge seg og stå opp når de vil, innenfor det som er rimelig å vente. Flere avdelingsledere pekte på at beboergruppen blir stadig svakere, og mange ønsker å legge seg i sengen for å hvile. Dersom beboernes behov endrer seg, kan man tilpasse seg ved å endre turnus og lengde på vakter osv.

*Får beboerne spise når de ønsker (kveld/natt)?*

Måltidene endret fra februar 2017. Oppmerksomhet knyttet til ernæring hos brukerne over noe tid førte til at tiden mellom de faste måltidene ble kortet ned, og det ble innført lunsj. Det innebærer at middag og kveldsmat serveres senere enn tidligere, og at det blir færre timer mellom kveldsmat og frokost. Enhetsleder og avdelingslederne fortalte at beboerne får frokost, lunsj, middag og kveldsmat fra hovedkjøkkenet, og at de ellers får måltid fra avdelingskjøkkenet når ønsker det. Et lite måltid kan også være et godt alternativ til mer medisin, dersom beboeren er urolig. Flere av de som ble intervjuet ga uttrykk for at problemet heller er motsatt; at det er vanskelig å få beboerne til å spise nok til hvert måltid.

*Får beboerne hjelp til å gå på do når de ønsker?*

Ifølge enhetsleder og enkelte av avdelingslederne har helsetunet hatt en hendelse i den senere tiden (før tilsynet fra fylkesmannen) hvor en beboer ikke fikk hjelp til å gå på do tidsnok.

*Får beboerne hjelp til vask/dusj når de ønsker det?*

Enhetsleder og avdelingsledere ga tilbakemelding om at beboerne får hjelp til vask/dusj når de ønsker det. Det er gjerne motsatt – at beboere motsetter seg dusj/bading/vask. Det skal mye til for å dusje/vaske beboerne med tvang. Ved fare for liv og helse kan en fatte tvangsvedtak som gjelder vask/dusj/bad. Ifølge intervjuinformasjon, dusjer<sup>5</sup> de fleste en gang

---

<sup>5</sup> Dusjer, bader i badekar

i uken<sup>6</sup>. Enkelte, som ikke ønsker å dusje/bade så ofte, får dusje/bade annenhver uke. Et alternativ til de som ikke vil/kan dusje/bade av ulike årsaker er sengebade.

*Får beboerne hjelp til å ivareta tannhygiene når de ønsker?*

Ifølge enhetsleder kan tannhygiene være utfordrende. Beboerne får bistand til dette hver morgen og kveld. Det er tannkontakter for hver avdeling.. Videre er tannhelsetjenesten regelmessig på besøk ved helsetunet. Enkelte beboere med demensdiagnose forstår ikke lenger viktigheten av tannhygiene. Da forsøkes ulike tilnæringsmåter for å lykkes. Munn- og tannhygiene, både det som gjennomføres og det man ikke klarer å gjennomføre, skal dokumenteres i Gericia under eget tiltak

Beboere skal få dekket sosiale behov for kontakt og aktiviteter. Helsetunet er sertifisert som et «Livsgledehem». Prinsippene her er at «livsglede» blir satt i system, på lik linje med medisiner, ernæring og somatisk pleie osv. Alle som er sertifisert skal ha tilbud om minst en tur ut pr. uke og en individuell aktivitet. Dette gjennomføres, ifølge intervjuinformasjon, men erfaringen er at det er de samme som vil ut, og de samme som ikke vil. Det er viktig å spørre på riktig måte – det er forskjell på om man spør, «vil du gå tur» eller «nå skal vi ut på tur».

Innkøst/pårørendesamtalen dreier seg om en del om praktiske ting om avdelingen (rutiner, helsehjelp, oppholdet på avdelingen), men også om hva man liker/ikke liker å gjøre. Det er viktig at man forsøker å vedlikeholde de ressursene brukerne har, og interesser og aktiviteter er en del av dette. Ifølge avdelingsledere skrives det alltid en ukes-/månedspan som er tilpasset brukernes interesser og behov, herunder er ansvar fordelt når det gjelder hvem som skal følge opp behov og aktiviteter for brukeren. Ved å implementere aktiviteter i en egen ukeplan/månedspan for hver enkel beboer skapes en forpliktelse og kontinuitet både for personell og bruker.

Eldrerådet, sammen med frivillige og Orkdal helsetun, sørger for sosiale aktiviteter ved helsetunet. Enhetsleder innrømmer likevel at et tilbud om aktiviteter kan det bli bedre, særlig på dementavdelingen.

Vi har stilt de ansatte<sup>7</sup> noen spørsmål som gjelder brukernes innflytelse og medvirkning

---

<sup>6</sup> Også flere ganger pr. uke dersom bruker ønsker det.

<sup>7</sup> N=58 på alle tabeller og figurer i dette kapitlet, med unntak av figur 22.

på egen situasjon ved helsetunet.

Tabell 1 I hvilken grad er du enig i:

|   | Helt enig | Enig | Både og | Uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|-----------|------|---------|-------|------------|----------|
| <b>At beboerne får stå opp og legge seg når de vil</b>                          | 29 %      | 60 % | 3 %     | 7 %   | 0 %        | 0 %      |
| <b>At beboerne får spise når de vil</b>   | 53 %      | 35 % | 7 %     | 5 %   | 0 %        | 0 %      |
| <b>At det er nok tid til å spise ved måltidene</b>                              | 69 %      | 16 % | 2 %     | 3 %   | 5 %        | 5 %      |
| <b>At ansatte snakker klart og tydelig til beboerne</b>                         | 40 %      | 35 % | 10 %    | 16 %  | 0 %        | 0 %      |
| <b>At det er et tilfredsstillende aktivitetstilbud til beboerne</b>             | 43 %      | 33 % | 10 %    | 9 %   | 5 %        | 0 %      |
| <b>At beboerne får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud</b>           | 50 %      | 33 % | 12 %    | 3 %   | 0 %        | 2 %      |
| <b>At beboerne får god informasjon om tjenestene de får</b>                     | 45 %      | 33 % | 10 %    | 9 %   | 0 %        | 3 %      |
| <b>At beboerne er kjent med muligheten til å klage når de har behov for det</b> | 29 %      | 31 % | 19 %    | 3 %   | 7 %        | 10 %     |
| <b>Det totalt sett er god brukermedvirkning ved avdelingen der jeg jobber</b>   | 36 %      | 40 % | 14 %    | 5 %   | 3 %        | 2 %      |

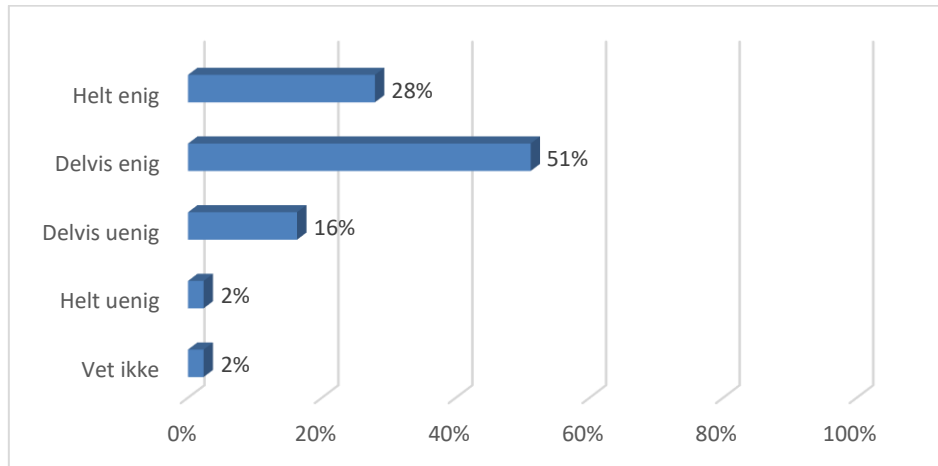
Kilde: Revisjon Midt-Norge

Vi ser av tabellen ovenfor at situasjoner som å stå opp/legge seg når de vil, spise når de vil, nok tid til å spise ved måltidene og god informasjon om tjenestetilbud er det som flest er enige i. På den andre enden av skalaen er påstandene om at det er tilfredsstillende aktivitetstilbud og informasjon om aktivitets- og kulturtilbud det som flest er uenige i. At beboerne er kjent med muligheten til å klage når de har behov for det får også forholdsvis lav skår. Det samme gjelder påstanden om at ansatte snakker klart og tydelig.

Vi har fått tilgang til resultatene fra pårørendeundersøkelsen som er gjennomført ved helsetunet. Nedenfor presenterer vi resultatene i grafer, og kommenterer tendensene.

Figur 10. Jeg opplever at beboer får den hjelp han/hun trenger  
(N=43)

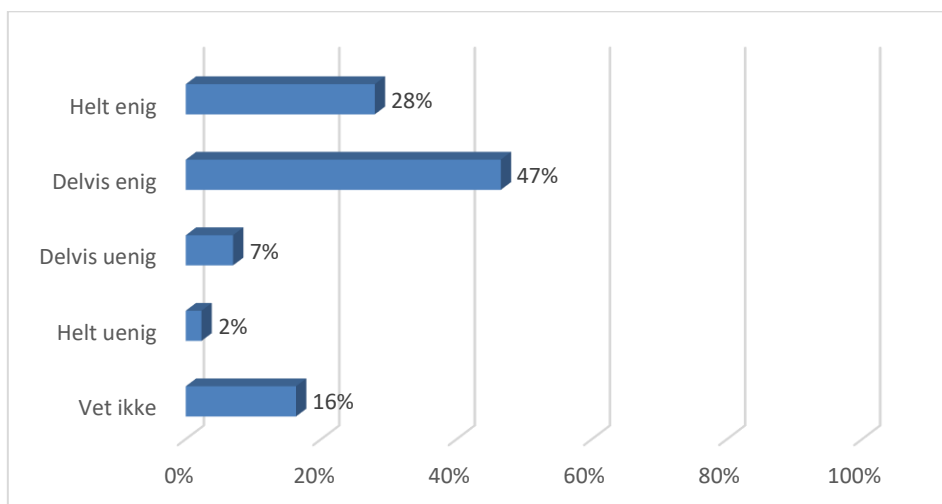
## Rapport fra Revisjon Midt-Norge



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

Halvparten har svart at de er delvis enig i at brukeren får den hjelpen han/hun trenger, og 28 % svart at de er helt enig. 16 % er delvis uenig i at brukeren får den hjelpen han/hun trenger. 2 % er helt uenig i dette, mens 2 % vet ikke.

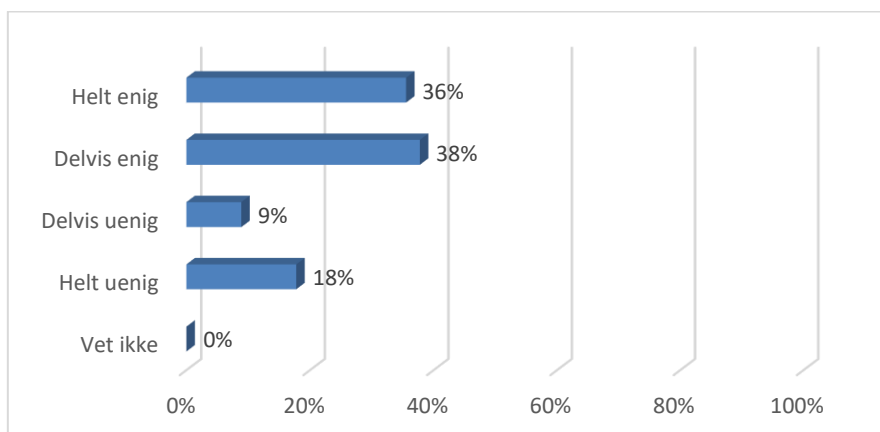
Figur 11. Jeg opplever at beboer får bestemme selv i hverdagen sin (N=43)



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

Også her er det om lag halvparten som har svart at de er delvis enige, nærmere bestemt 47 %. 28 % har svart at de er helt enige. 9 % er delvis, eller helt uenige i at beboeren selv får bestemme hverdagen sin. Her er har 16 % svart vet ikke.

Figur 12. Jeg som pårørende mottar god og tilstrekkelig informasjon (N=45)

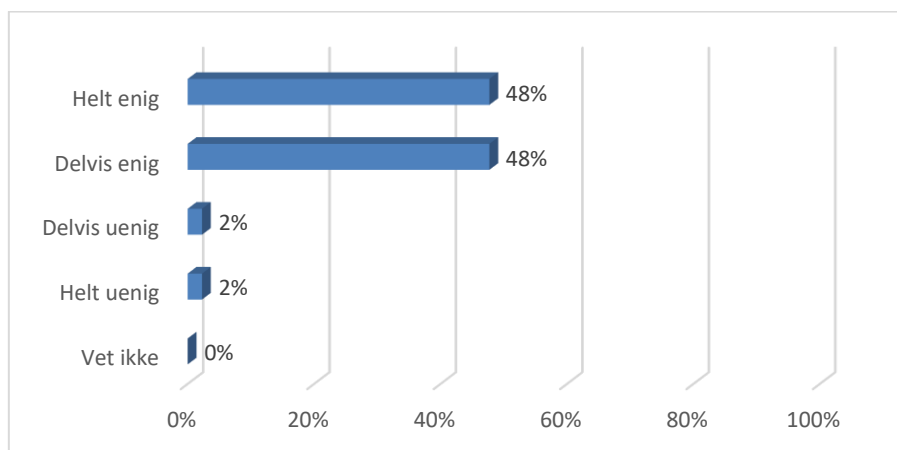


Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

Her er det omtrent like mange som er helt enig som delvis enig i utsagnet om at de som pårørende mottar god og tilstrekkelig informasjon (tilsammen 64 %). 27 % har svart at de er delvis, eller helt uenig i denne påstanden – 18 % er helt uenig.



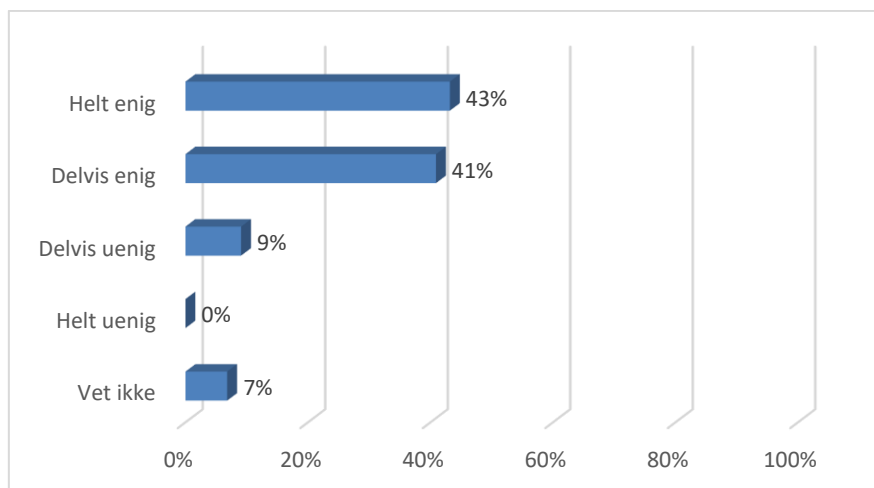
Figur 13. Jeg opplever at de ansatte samarbeider godt med meg som pårørende (N=44)



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

96 % har svart at de er helt, eller delvis enig i at de ansatte samarbeider godt med dem som pårørende (48 % for hver av svarkategoriene). 4 % er delvis, eller helt uenig.

Figur 14. Jeg opplever at de ansatte samarbeider godt med bruker (N=44)

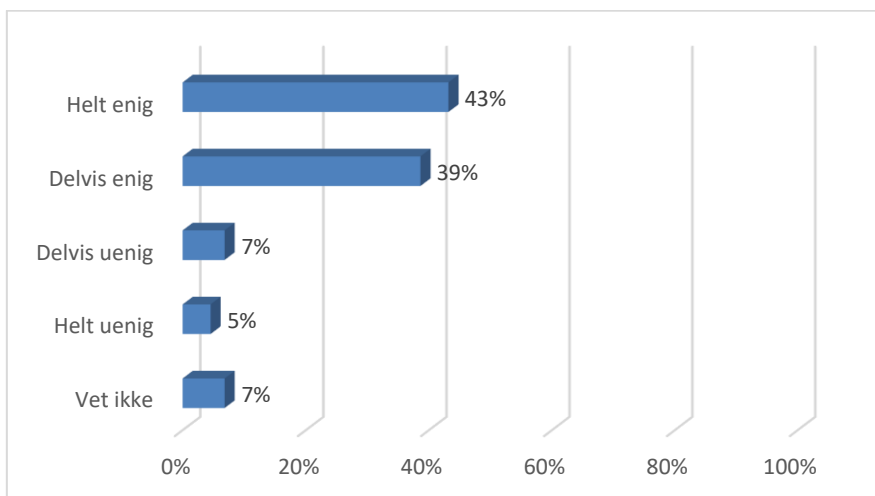


Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

Her har 85 % svart at de er helt, eller delvis enig i påstanden om at de opplever at de ansatte samarbeider godt med bruker. 9 % er delvis uenig, mens 7 % har svart at de ikke vet om de ansatte samarbeider godt med bruker.



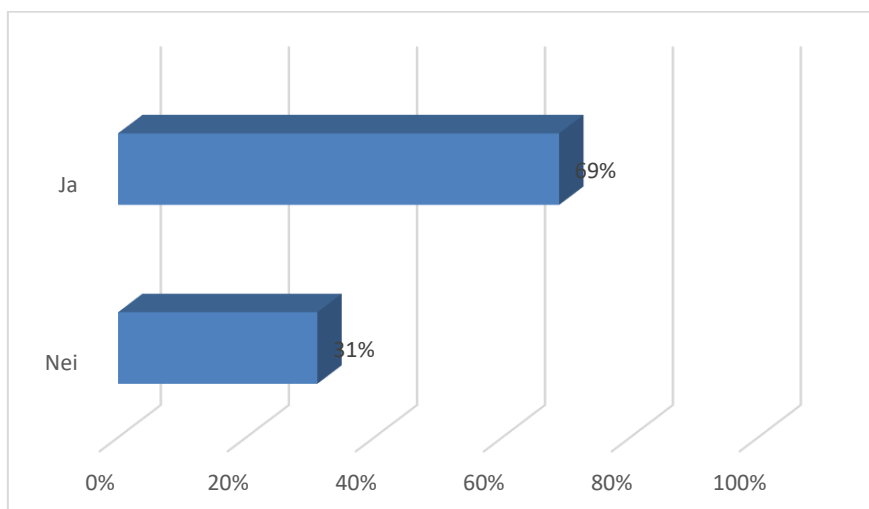
Figur 15. Jeg opplever at beboer trives godt på Orkdal helsetun (N=44)



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

82 % har svart at de er helt, eller delvis enig i at de opplever at bruker trives godt på Orkdal helsetun, hvorav 43 % helt enig. 12 % er delvis, eller helt uenig i dette utsagnet. 7 % vet ikke.

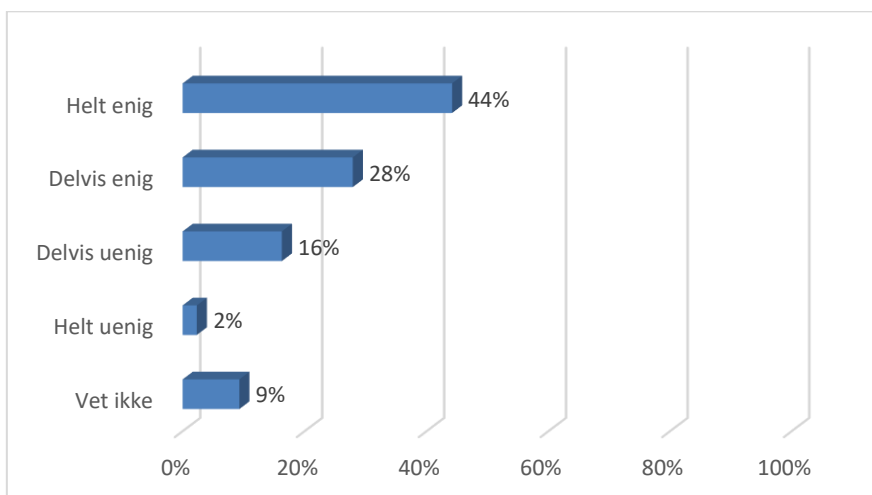
Figur 16. Jeg vet hvem som er tilsynslege ved avdelingen (N=45)



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

69 % vet hvem som er tilsynslege ved avdelingen, mens 31 % ikke vet det.

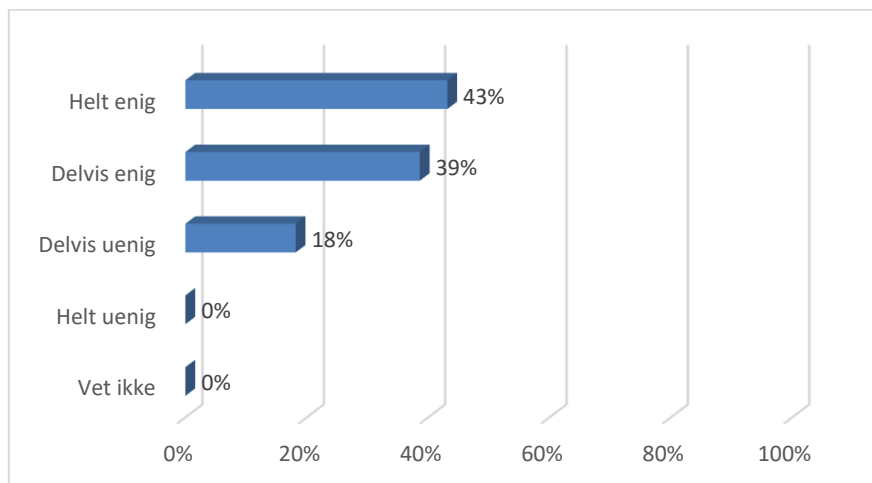
Figur 17. Jeg opplever at beboer får god medisinsk behandling (N=43)



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

72 % er helt, eller delvis enig i påstanden i at de opplever at beboeren får god medisinsk behandling, mens 18 % er delvis, eller helt uenig i det. 9 % vet ikke.

Figur 18. Alt i alt er jeg som pårørende fornøyd med tjenesten beboer mottar



Kilde: Orkdal kommune, helsetunet

Alt i alt mener 82 % av de som har svart på pårørendeundersøkelsen at de er fornøyd med tjenesten beboer mottar. 18 % er delvis uenig i denne påstanden.

### 5.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang

Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke. Noen brukere har en slik helsemessig tilstand at de ikke er i stand til å forstå hva de sier ja til; hva innholdet i helsehjelpen er, eller hvorfor de har behov for den. Dette gjelder typisk demenspasienter. Da sier man at de mangler samtykkekompetanse. For disse pasientene kan det i gitte tilfeller gis helsehjelp på tross av at de ikke har samtykket til den (stilltiende samtykke). Når pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg behandling, må en rekke forutsetninger være på plass for at helsehjelp skal kunne gis. Da er det snakk om tvungen helsehjelp (bruk av tvang). Det må i så fall fattes en egen avgjørelse om bortfall av samtykkekompetansen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd. Avgjørelsen skal være skriftlig og begrunnet, og om mulig straks legges fram for pasienten og pårørende. Av avgjørelsen skal det gå fram på hvilke områder pasienten ikke er ansett å være samtykkekompetent. Tvingen helsehjelp er altså bare aktuelt å gi der pasienten mangler samtykkekompetanse.

Vi spurte enhetsleder og avdelingsledere om hva de legger i samtykkekompetanse. Enhetsleder forklarte det med at pasienten kan vurdere sin egen situasjon. Dette var en forklaring som var nokså identisk med den forklaringen avdelingslederne kom med.

Ifølge både enhetsleder og avdelingslederne har det nylig vært opplæring i temaet samtykkekompetanse og bruk av tvang med jurister fra fylkesmannen. Videre er temaet tatt inn i årshjulet, og skal årlig være tema i kompetanseplanen. Første gangen er i år (februar 2018). Det er dessuten en egen prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse/vedtak om bruk av tvang. Det er den som utfører tvangen som skal fatte vedtak. Bruk av tvang uten at det er fattet vedtak skal dokumenteres i avvikssystemet.

I intervjuene var de også tydelige på at et vedtak om bruk av tvang bare gjelder for det konkrete området det er fattet for, f.eks. medisiner. Det er ikke en generell hjemmel for bruk av tvang, og beboeren har fortsatt samtykkekompetanse på de andre områdene i tilværelsen sin. Avdelingslederne har i varierende graderfaring med situasjoner der samtykkekompetanse må vurderes. Spørsmål om vurdering av samtykkekompetanse kommer ofte opp ved utagering, f.eks. i stell-situasjoner, eller når beboere stikker av. Ifølge enhetsleder er det alltid dialog med pårørende og tilsynslege før et eventuelt tvangsvedtak fattes.

Enhetsleder og avdelingsledere ble utfordret på om det kan ha forekommet tvang uten vedtak ved enheten/avdelingen. De innrømmet at det er tilfeller hvor tvang kan ha blitt brukt uten at

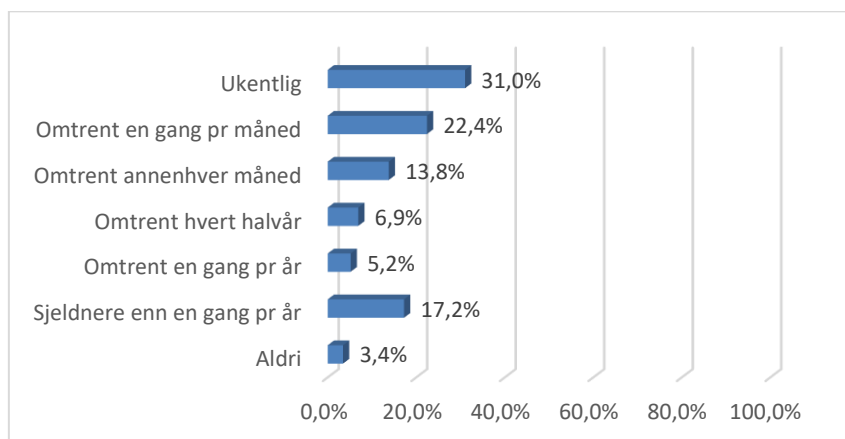
det har foreligget vedtak. Det er gjerne i situasjoner der det er utagerende brukere. Det er ikke blitt fattet vedtak etter hendelsen, noe som skal skje. Det kan oppståsituasjoner hvor en er i grenseland til bruk av tvang, det er ikke alltid like enkelt å definere grensen ifølge enhetsleder.

For de fleste tilfellene hvor beboeren motsetter seg hjelp, er det ikke fare for liv og helse der og da, og de ansatte skal prøve med tillitsskapende tiltak, som til slutt forhåpentligvis gjør at beboeren tar imot hjelp frivillig. Ved demensavdelingen har de noen utagerende beboere som kan være til fare for både seg selv, andre beboere og ansatte. Ved avdelingen er det rundt 15 beboere som har vedtak om tilbakeholdelse i institusjon, men ingen vedtak om isolering på eget rom ved utagering. Det betyr låste utgangsdører, noe som har medført at andre beboere også er innelåst, uten at det er fattet vedtak om det. Denne form for skjerming har ikke vært bra, så nå har de fått satt opp et gjerde ute, slik at beboerne kan gå ut, uten at det er fare for dem. Ved avdelingen er de dessuten i ferd med å få installert dørsensorer, slik at den enkelte beboer har tilgang kun til eget rom og wc. Planen er at dette skal være på plass i løpet av juni 2018. Helsetunet har hatt tett dialog med fylkesmannen rundt disse spørsmålene, og har fått aksept for at tiltakene er innenfor regelverket.

Vi spurte lederen for brukerutvalget om dette temaet. Ifølge henne har det vært fysiske utfordringer knyttet til demensavdelingen. Helsetunet holder til i en eldre bygningsmasse, som er lite egnet til de beboerne som er mest urolige. Hun viste til at de er i ferd med å ta i bruk elektroniske armbånd, som går til aktuelle dører, og ikke andre. Hun viste dessuten til at det kan være behov for mer skjerming rundt enkelte beboere – leilighet e.l., hvor en kan ta med beboerne når de er urolig. Lederen i brukerutvalget hadde inntrykk av at holdningen til ansatte ved helsetunet er at de skal ha en praksis som er i tråd med idealet. Samtidig visste hun at det kan være svært utfordrende å jobbe i tråd med regelverket, men hun har ikke informasjon som tyder på brudd. Høyt sykefravær og tidsnød kan skape risiko for regelbrudd. Hun trodde også at ledelsen ved helsetunet forsøker å organisere vaktene mest mulig optimalt, slik at det er en kjerne på hver vakt som kjenner beboerne godt.

Vi har spurt ansatte om forhold rundt samtykkekompetanse og bruk av tvang.

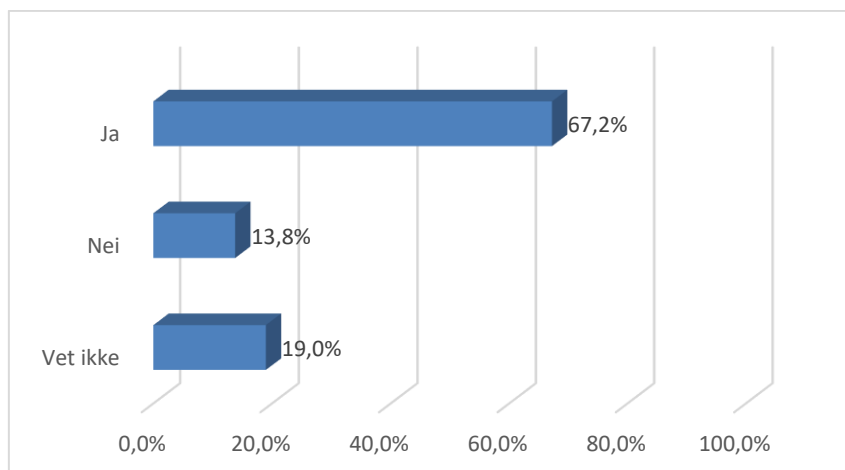
Figur 19. Hvor ofte deltar du i diskusjon om tema som samtykkekompetanse og bruk av tvang i din jobb?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Over 30 % har svart at de deltar i diskusjon om tema som samtykkekompetanse og bruk av tvang ukentlig. 22 % deltar i slike diskusjoner omtrent månedlig, 13,8 % deltar i slike diskusjoner fra annenhver måned til en gang pr. år, og 17 % deltar i slike diskusjoner sjeldnere enn en gang i året.

Figur 20. Er du trygg på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse?

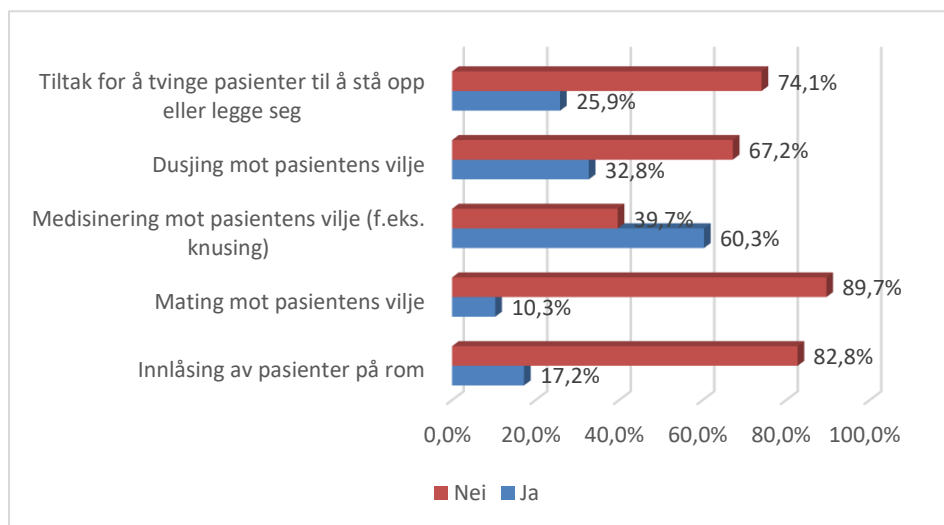


Kilde: Revisjon Midt-Norge

Omlag 2/3 har svart at de er trygge på hva det innebærer å vurdere samtykkekompetanse, 14 % er ikke det, mens 19 % har svart vet ikke på dette spørsmålet.

Figur 21. Er du kjent med at noen av følgende forhold forekommer/har forekommet ved din avdeling siste to år?

## Rapport fra Revisjon Midt-Norge

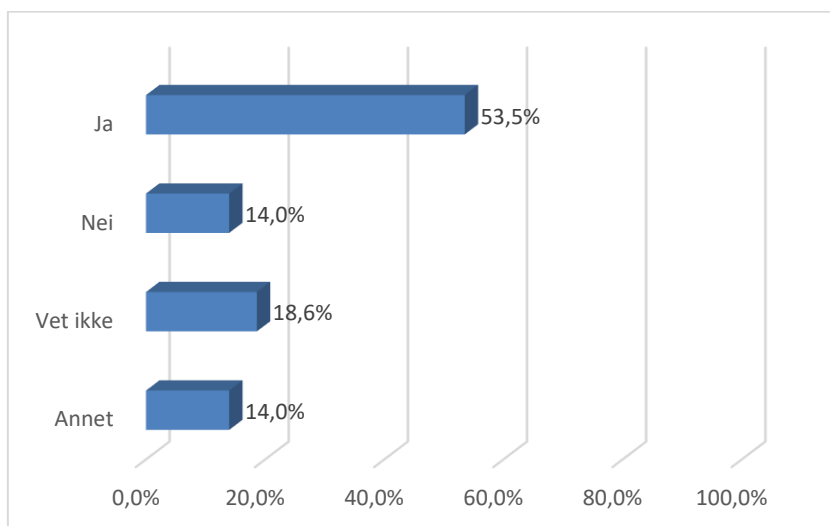


Kilde: Revisjon Midt-Norge

En varierende størrelse på flertallet er ikke kjent med at det forekommer/har forekommet ulike former for bruk av tvang ved avdelingen de siste to årene, mens et flertall har svart at det forekommer/har forekommet bruk av tvang, som medisinering mot pasientens vilje. Det er en viss andel, fra 10 - 33 % som mener at det har forekommet tvang innenfor de nevnte områdene.

Figur 22. Du har svart at du er kjent med en eller flere tvangssituasjoner ved helsetunet. Var det fattet vedtak om bruk av tvang for disse situasjonene?

(N= 43)

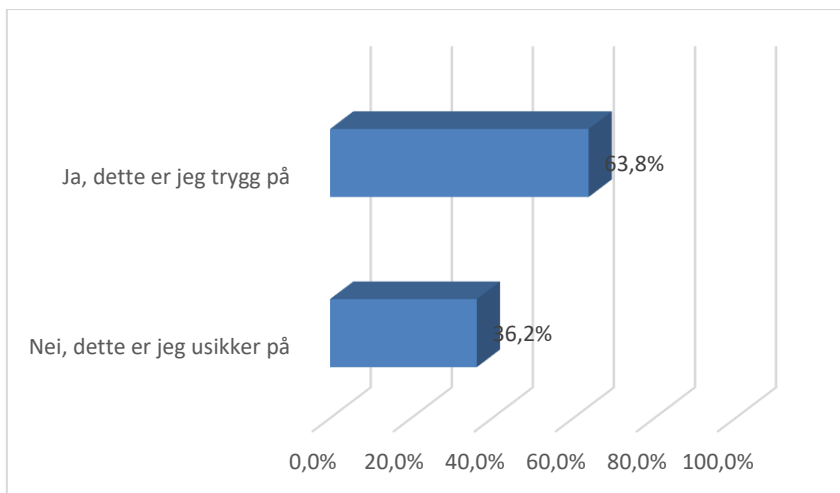


75 % har svart at de er kjent med en eller flere tvangssituasjoner ved helsetunet. Vi spurte de om det var fattet vedtak om tvang for disse situasjonene. Vi ser av figuren ovenfor at 54 %



svarte ja, det var fattet vedtak om bruk av tvang, mens 14 % har svart at det ikke var det. I underkant av 20 % har svart vet ikke. De 18 % som har svart noe annet, har fått et oppfølgingsspørsmål om å utdype. Både ja og nei er et typisk svar her.

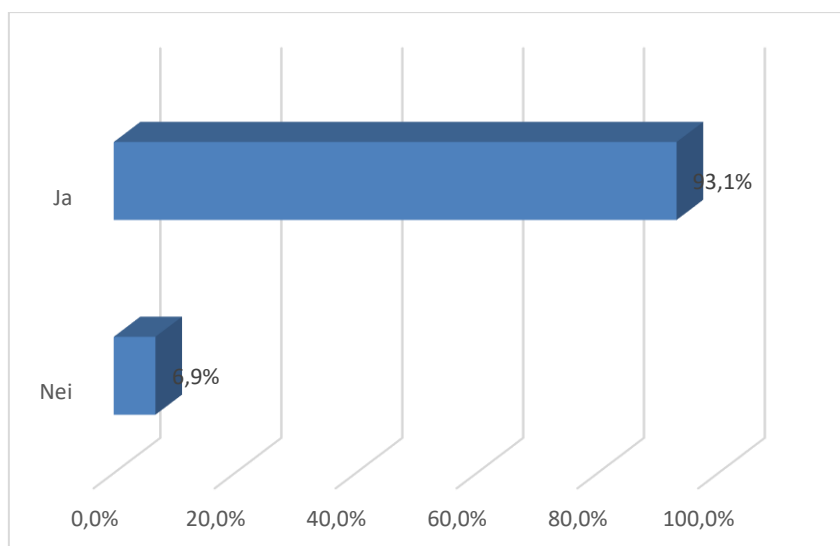
Figur 23. Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Nesten to tredeler har svart at de er trygge på at de ikke bruker ulovlig tvang, de øvrige har svart at dette er de usikre på.

Figur 24. Vet du hva som må til for at man skal kunne bruke tvang på en lovlig måte?



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Figuren ovenfor viser at 93 % vet hva som skal til for å bruke tvang på en lovlig måte. Det er omlag 5 % som har svart at de ikke vet det.

### 5.3 Revisor vurdering

Brukermedvirkning skal skje på både systemnivå og på individnivå, i den daglige tjenesteytelsen. Systematiske tiltak for innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer skal inngå i virksomhetens styringssystem. Det kan eksempelvis etableres brukerråd som kontinuerlig kan gi innspill i planarbeid til utvikling av tjenester og omgivelser. Disse kan gjelde helse- og omsorgstjenesten generelt, eller etableres spesifikt for definerte tjenester. Det anbefales i tillegg regelmessige brukerundersøkelser.

Ved Orkdal helsetun har systemene for brukermedvirkningen vært svake, men det kan se ut til at de under forbedring. Etter hva revisor forstår har det ikke vært et stabilt brukerutvalg ved enheten før den siste tiden. Helsetunet har heller ikke gjennomført brukerundersøkelser, eller pårørendeundersøkelser på flere år. Referat fra møte i brukerutvalget kan tyde på at forholdene rundt primærkontakter og pårørendesamtaler har vært varierende.

Det er imidlertid mye dokumentasjon som tyder på at det pågår forbedringsarbeid. Det er vedtatt et mandat for brukerutvalget, og etter hva revisor kan se av referatene fra Hovedutvalg for oppvekst og omsorg, har utvalget hatt jevnlige møter det siste året. Det kan også se ut til at det er tilrettelagt for at dialogen mellom ledelsen og ansatte er forbedret, slik at representanter for beboerne skal bli i stand til å medvirke, og får kunnskap og informasjon om virksomheten. Andre veien, ser det ut til at representanter for brukerne medvirker konstruktivt inn mot ledelse og ansatte ved helsetunet.

Det anbefales i tillegg at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser. Revisor har forståelse for at det kan være utfordrende å gjennomføre systematiske brukerundersøkelser blant beboere som er for svake til å gi meningsfulle tilbakemeldinger om hvordan de opplever tjenestene og hjelpen de får. Det er på høy tid at kommunen gjennomfører en undersøkelse på vegne av brukerne – pårørendeundersøkelsen. Spørsmålene – eller i hovedsak påstandene – i pårørendeundersøkelsen er utformet slik brukerundersøkelser gjerne blir utformet. Svaroppslutningen var på 54 %, men flere har latt være å svare på enkeltspørsmål. Det er en kjent utfordring å få god svaroppslutning på denne type undersøkelser. Likevel mener revisor at det viktig å gi brukerne/pårørende få muligheten til å gi tilbakemeldinger på hvordan de opplever tjenestene. En forutsetning for at brukere/pårørende skal oppleve at det

er meningsfullt å svare, er at ledelsen viser at de har behandlet og analysert resultatene, og kommer med forslag til eventuelle endringer som følge av undersøkelsen. Vi har fått inntrykk av at nåværende ledelse har intensjoner om det.

Brukerne skal også få mulighet til å medvirke på individnivå, i den hjelpen de får i det daglige.

Etter revisors vurdering er det lagt tilrette for at alle beboere har primærkontakt, og at det gjennomføres pårørendesamtaler jevnlig. Selv om vi har vist til at det kan være varierende erfaringer med dialogen med primærkontakt og kvaliteten på pårørendesamtaler, kan det virke som at ledelsen har oppmerksomhet på å få satt dette mer i system.

Det har vært negativ oppmerksomhet, blant annet gjennom tilsyn fra fylkesmannen, som tilsier at det er avdekket avvik rundt en del grunnleggende forhold. Generelt er tilbakemeldingen fra de vi har intervjuet at beboerne ikke må legge seg/stå opp mot sin vilje, at de får spise når de vil, får tilstrekkelig tid og ro rundt måltider og dusje/bade/vaske seg når de vil og få hjelp til å gå på do når de trenger det. Det har vært noen få unntak, slik det har kommet fram i tilsyn. Utfordringen er tannhygiene til demenspasienter. Revisor registrerer at det er ansatte med ansvar for tannhygiene, og at tannhelsetjenesten er regelmessig innom helsetunet.

Revisor vil likevel trekke fram at omlag 25 % av de ansatte i spørreundersøkelsen er forbeholdne i spørsmålet om brukermedvirkning ved helsetunet, og at det kan se ut til at det er forbedringsmuligheter når det gjelder aktivitetstilbud, tydelig dialog med brukerne og informasjon til brukerne om klagemuligheter.

Pårørendeundersøkelsen som er gjennomført ved helsetunet viser at flertallet av de som har svart, dvs. fra 72 – 96 %, er delvis eller helt enig i de ulike påstandene som de er bedt om å ta stilling til. Samarbeid mellom ansatte og dem som pårørende er det som flest er fornøyd med (96 % er delvis eller helt enig). Informasjon er det temaet som flest pårørende er flest pårørende er misfornøyd med (27 % delvis eller helt enig)

Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke. Der brukere har en slik helsemessig tilstand at de ikke er i stand til å forstå hva de sier ja til, må hjelpen i noen tilfeller gis på tross av at beboeren motsetter seg det. Da er det snakk om tvungen helsehjelp (bruk av tvang), og det må fattes vedtak om bruk av tvang. Vedtaket skal fattes i samråd med pårørende og tilsynslege. Vedtaket om bruk av tvang skal gjelde det/de områdene hvor beboeren ikke anses å være samtykkekompetent, ikke generelt.

Etter revisors vurdering er dette et område som ledelse og ansatte har fått opplæring i og har kunnskap og bevissthet om, bl.a. ved at de har innhentet juridisk kompetanse både i opplæring og i vurdering av konkrete tilfeller.

Noen av beboerne ved helsetunet er i en helsemessig situasjon som kan føre til at de er utagerende og truende, både psykisk og fysisk. Det er som oftest i slike situasjoner, ved stell og ved vandring at spørsmålet om tvang aktualiseres. Det har vært noen forhold rundt skjerming og låsing ved demensavdelingen som har vært utfordrende når det gjelder tvangsspørsmålet. Helsetunet har hatt skjermings- /låsetiltak som også har berørt beboere uten tvangsvedtak. Det er igangsatt tiltak, gjerde ute og dørsensorer, som ledelsen ved helsetunet har fått bekreftet fra fylkesmannen er i tråd med regelverket.

Revisor har gjennomgått avviksrapporter, hvor det skal framgå dersom det er brukt tvang uten at det foreligger vedtak. Det er flere situasjoner hvor beboer har blitt håndtert med makt. Det framgår ikke i avviksrapporten om det er brukt tvang uten at det foreligger vedtak. vedkommende har vedtak.

## 6 Høring

Et utkast til rapport har vært på høring hos rådmannen. Vi har fått tilbakemelding fra rådmannen, ved enhetsleder, i form av et notat. Notatet er vedlagt rapporten. Enhetsleder har dessuten gitt tilbakemeldinger i rapportutkastet som de fikk tilsendt i forbindelse med høring.

Punkt 1.2 – 2.1 gjelder korrigeringer av opplysninger som gjelder organisasjonen: Her har revisor endret opplysningene i henhold til notatet fra enhetsleder.

Punkt 2.4: Spørsmål om e-postadresser: Dette var tekniske problem, som ikke var forutsett fra verken helsetunet eller revisjonen.

Som vi har nevnt tidligere har ledelsen ved helsetunet vært i en prosess med å lukke avvik som har kommet fram i tilsyn i fasen som denne forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført. Det gjør at informasjon om status som vi har fått underveis i undersøkelsen har endret seg i høringsfasen. En god del av tilbakemeldingene fra enhetsleder, datert 2.4.2018 gjelder altså korrigeringer som følge av at situasjonen har endret seg fra vi startet vår innhenting av dokumentasjon i november 2017, og ble avsluttet i februar 2018. Det gjør at revisor har gjort endringer knyttet til skanning av journaler.

Forøvrig gjelder tilbakemeldingene i notatet (og rapporten) supplerende informasjon, gode presiseringer og nødvendige korrigeringer. Revisor har korrigert i henhold til forslagene.

Med unntak av opplysninger om skanning i elektronisk pasientjournal har endringene ikke påvirket våre vurderinger og konklusjoner.

## 7 Konklusjoner og anbefalinger

Denne forvaltningsrevisjonen er resultat av kontrollutvalgets bestilling i sak 23/17, og sak 27/17. Kontrollutvalget var opptatt av:

*Hvilke kvalitetskrav har Orkdal kommune til tjenesten og i hvilken grad etterleves disse? Hvilket innhold tilbyr Orkdal kommune i hverdagen til brukerne? Kartlegging av brukers selv- og medbestemmelsesrett i forbindelse med måltidsservering, hygiene og døgnrytme. Kartlegging av tilbud og regelmessighet av fysisk aktivitet, skyssordninger og kulturtilbud. Kvalitet på mat, rom og lokaler. Kartlegge hvilke rutiner som finnes for gjennomføring av brukervedvirkning, pårørendemedvirkning og avvikshåndtering. I hvilken grad benyttes resultatene av slike undersøkelser, tilbakemeldinger og avvik til å forbedre tjenestetilbudet?*

Vi har fulgt opp disse spørsmålene gjennom tre problemstillinger:

1) Er avvik fra tidligere tilsyn lukket?

Vi har bedt ledelsen ved helsetunet om å redegjøre for prosessen med å lukke avvik som har kommet fram ved ulike tilsyn. Helsetunet er i ferd med å avslutte prosessen med å lukke avvikene fra de ulike tilsynene, men var ikke helt i mål pr. februar 2018. Dokumentasjonen som ligger til grunn for denne rapporten viser at kommunen, ved ledelse og ansatte ved helsetunet, har jobbet målrettet med å lukke avvik fra ulike tilsyn. Det gjenstår fremdeles å få på plass alt som skal ligge til grunn i kvalitetssystemet. Videre er det bygningsmessige utfordringer når det gjelder f.eks. forholdene ved avdelingskjøkkenene, som vil innebære ressursmessige tiltak for å oppjustere.

2) Drives Orkdal helsetun i tråd med regelverket og målsettinger for kvalitet i eldreomsorgen?

Revisjonen har gjennom dokumentasjonen som ligger til grunn i denne forvaltningsrevisjonen fått bekreftet at Orkdal kommune har hatt noen utfordringer med å tilfredsstille kvalitetskravene i regelverket og Orkdal kommunes målsettinger for tjenestene ved Helsetunet. Det har vært utfordringer knyttet til ledelse, ressurser og kompetanse, noe som har medført at de prosessene som tjenestene skal ha for å sikre kvalitet har vært mangelfulle. Det betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten på tjenestene ikke har vært tilfredsstillende. Orkdal kommune har et elektronisk kvalitetssystem, hvor gjeldende regelverk, prosedyrer og rutiner skal være tilgjengelig. Systemet er ikke oppdatert, og ved avdelingene var de fremdeles ikke ajour med

å legge inn informasjon per februar 2018. Det er viktig at det som gjelder for kvalitetssystem mv. følges opp, for at tjenestene blir utført med nødvendig kvalitet. For at alle ansatte skal utføre arbeidet sitt på en riktig og god måte, er det nødvendig at regler, prosedyrer og ansvarsbeskrivelser og -fordeling er kjent og lett tilgjengelig for alle som jobber ved helsetunet. Den nåværende ledelsen av helsetunet har satt i gang viktige tiltak for at helsetunet som organisasjon skal bli i bedre stand til å yte de tjenestene de skal gi. Vi har inntrykk av at det er etablert en ledergruppe som er innstilt på å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, og som nå er i ferd med å sette nødvendig kvalitetsutviklingsarbeid i system.

3) Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende?

Brukermedvirkning er blant forholdene som Orkdal helsetun har fått mest kritiske tilbakemeldinger på. Det gjelder tilrettelegging på systemnivå og medvirkning for den enkelte bruker i hverdagen. Når det gjelder systemnivået, så har vi dokumentert svakheter ved at brukerutvalget ved helsetunet ikke ser ut til å ha fungert over en tidsperiode, det er ikke blitt gjennomført bruker-/pårørendeundersøkelser på en stund, og det kan se ut til at det har vært noe varierende erfaringer med primærkontakter og pårørendesamtaler. Også her har kommunen tatt grep, og i de siste 10-12 månedene ser brukerutvalget ut til å ha gjennomført regelmessige møter, med referat og tilrettelegging for god, gjensidig dialog mellom ledelse og ansatte og medlemmene i brukerutvalget. Det er gjennomført en pårørendeundersøkelse ved helsetunet. Oppslutningen ligger på i overkant av halvparten av de aktuelle mottakerne av undersøkelsen, noe som selvfølgelig reduserer representativiteten i svarene. Revisor mener likevel at pårørendeundersøkelsen gir et godt informasjonsgrunnlag for hvordan pårørende opplever tjenestene. Undersøkelsen har ti spørsmål, noe som begrenser hvilke temaer som er tatt opp.

Alt i alt er de pårørende nokså tilfredse med de ulike områdene ved tjenestene, men det kan se ut som at kommunen har forbedringspotensial når det gjelder informasjon til pårørende. Vår ansattundersøkelse bekrefter det, og i tillegg viser den at kommunen har forbedringsmuligheter når det gjelder aktivitetstilbud til brukerne. Det er for tidlig å vurdere hvordan ledelsen vil følge opp resultatene fra pårørendeundersøkelsen.

Det har vært noen utfordringer knyttet regelverket om bruk av tvang ved helsetunet. Bygningsmassen er av slik karakter at det har vært utfordrende å skjerme beboere som har vedtak om bruk av tvang, uten at beboere uten slikt vedtak også har fått begrenset utfoldelsen

sin. Kommunen er i ferd med å finne løsninger som fylkesmannen har bekreftet er innenfor regelverket.

## **7.1 Anbefaling**

Kommunens ledelse er har gjennomført en god del tiltak for å legge til rette for kvalitet i tjenestene ved Orkdal helsetun. Vår anbefaling er generell:

- Vi anbefaler at rådmannen legger tilrette for strukturer som sikrer en stabil kultur for forbedringsarbeid, gjennom gjensidig dialog mellom ledelse, ansatte, brukere/pårørende, rammebetingelser, som kompetanse, turnuser og bygningsmasse



## Kilder

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. (2017). Virksomhetstilsyn - sykehjem.pdf.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Prop. 91 L. *Prop. ... S: Proposisjon Til Stortinget (Forslag Til Stortingsvedtak)*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov om helse- og omsorgstjenester](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20helse-og%20omsorgstjenester)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107?q=Kommuneloven>

Orkdal kommunestyre. (2016). Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2018. Retrieved from <http://www.konsek.no/wp-content/uploads/2016/04/Plan-for-forvaltningsrevisjon-2017-2018-vedtatt-i-kst..pdf>

## Vedlegg 1

# Notat i forhold til rapport tjenestekvalitet ved helsetunet.

---

Pkt 1. 2 s. 7 og 8: endret noe i forhold til hvilke områder en gir tilbud om på post 2 korttidsopphold. Kun en presisering av områder og avdelinger.

Pkt 2. 1 s. 9: tatt med at dagsenteret også gir tilbud til de som bor ved Orkdal helsetun.

Pkt 2. 4 s. 11: spørsmål om hvor oppsto det problem med utsending av e-post. Samt konkretisering av hvorfor færre som ble spurt på 2 posten ifht brukerundersøkelsen, de som var på korttidsopphold fikk ikke undersøkelsen.

Pkt 3. Her er det forslag til endring av tekst for å få frem budskapet bedre på flere av underpunktene. I tillegg har jeg tilført tekst for å få frem hvordan tjenestene fungerer pr.idag. Det var også en feil ifht stilling ergoterapeut, det er overført 75 % ikke 45 % stilling til fysio/ergo. Det er også tatt med at all scanning av journaler er utført.

Pkt. 4.2.1 s. 16 og 17: Her er det forslag til endring av tekst for å få frem budskapet tydeligere. Samt presisering av hva ressursbankens oppgaver var. Tatt med korttidsavdelingen ifht pleiefaktor da denne ikke var med. Endret dette med tiltak for å komme i økonomisk balanse. Litt usikker på hva du tenker under avsnittet med utfordringer ifht ledelse. Synes det er utydelig.

Pkt 4.2.2 s. 19: Her har jeg lagt inn en tilleggsopplysning hvor prosedyrer og rutiner er lagret.

Pkt 4.2.3 s.21: Presisering og forslag til endring av tekst.

Pkt 4.3 s. 24: Tilleggsopplysning, samt forslag til endring av tekst.

Pkt 5.1 s. 27 og 28: Ser ut til å mangle tekst nederst på side 27. På side 28 noen forslag til endring i tekst samt ? – tegn på et av avsnittene, usikker på hva du tenker her.

Pkt 5.2 s. 29. Forslag endring av tekst

Pkt 5.2.2 s. 32 og 33: Presisering av tekst. Endring ifht fakta ang. tannkontakter, er på alle avdelingene ikke for hver enkelt pasient.

Pkt 5.2.3 s. 40, 41 og 42: Noen forslag til endring i tekst. Har også tatt med at når det gjelder svar fra ansatte vil det jo være store variasjoner ifht til tvang alt etter hvor en jobber. Synes ikke dette kommer godt nok frem i det som skrives.

Pkt 5.3 s. 47: Forslag til endring av tekst og så lurere jeg på siste avsnittet der det står om avvik og revisors gjennomgang da det skal fattes vedtak av den som utfører tvangen.

Pkt 7 s. 50 og 51: forslag til tekstendring samt en fakta endring ifht ansatt spørsmål pårørendeundersøkelsen hadde.



Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)