

FINANSIELL REVISJON | FORVALTNINGSREVISJON | FINANSFORVALTNING | SELSKAPSKONTROLL | RÅDGIVNING



FORVALTNINGSREVISJON  
SAMHANDLINGSREFORMEN –  
ORKDAL HELSETUN

ORKDAL KOMMUNE

FEBRUAR 2016



## **Forord**

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag av Orkdal kommunes kontrollutvalg i perioden mai – desember 2015.

Undersøkelsen er utført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisjon Midt-Norge IKS vil takke alle som har bidratt konstruktivt med informasjon i undersøkelsen.

Trondheim, 15.2.2016

Tor Arne Stubbe /s/  
Ansvarlig forvaltningsrevisor

Gard S. G. Lyng /s/  
Prosjektmedarbeider

## Sammendrag

Samhandlingsreformen ble innført i 2012, på bakgrunn av en rekke utfordringer man så innenfor helse- og omsorgssektoren. Pasientene har behov for koordinering mellom ulike typer tjenester, innsatsen må rettes mot forebyggende virksomhet og den demografiske utvikling i befolkningen som utfordrer samfunnets bæreevne.

Samhandlingsreformen ble vedtatt som en retningsreform, der ulike tiltak skulle innføres i en 4-års periode, med frist pr 1.1.2016.

I denne rapporten undersøker vi om Orkdal Kommune har etablert kapasitet med tilhørende kompetent bemanning for å ta mot utskrivningsklare pasienter, slik samhandlingsreformen krever av kommunen.

I kapittel 3 behandler vi spørsmålet om Orkdal kommune har tilfredsstillende kapasitet, hva gjelder kort- og langtidsplasser, på institusjon. Revisors vurdering er at den totale kapasiteten er for så vidt tilfredsstillende, men at helsetunet har færre korttidsplasser enn forutsatt. Årsaken synes å ligge i at kommunen har utfordringer med tanke på pasientsammensetning på helsetunet og manglende tilpasset omsorgstilbud til enkelte pasientgrupper.

I kapittel 4 behandler vi spørsmålet om Orkdal kommune har sikret tilfredsstillende kompetanse og bemanning ved Orkdal helsetun. Revisors vurdering er at kommunen har utfordringer på bemanningssiden, særlig ved rekruttering av sykepleiere. Det medfører en økt risiko for at kommunen ikke evner å bemanne med tilstrekkelig kompetanse til enhver tid. Det er viktig å understreke at revisor ikke har grunnlag for å konkludere i forhold til om terskelen for det forsvarlige er overtrådt. Revisor merker seg det positive arbeid kommunen utøver for å bedre bemanningssituasjonen.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling .....	7
1.2 Bakgrunn .....	8
1.2.1 Om samhandlingsreformen – overblikk .....	8
1.2.2 Hovedgrep i reformen:.....	9
1.2.3 Kommunens ansvar etter samhandlingsreformen – organisering .....	10
2 Undersøkelsesopplegget.....	12
2.1 Avgrensinger .....	12
2.2 Problemstillinger .....	13
2.3 Revisjonskriterier .....	13
2.4 Metode .....	14
3 Kapasitet – korttids- og langtidsplasser på institusjon.....	15
3.1 Revisjonskriterier .....	15
3.2 Data.....	16
3.2.1 Kapasitet ved Orkdal helsetun.....	16
3.2.2 Belegg ved Orkdal helsetun .....	17
3.2.3 Økonomi.....	18
3.2.4 Tildeling av tjenester – rett omsorgstilbud til rett tid .....	19
3.3 Revisors vurdering.....	22
4 Kompetanse og bemanning.....	25
4.1 Revisjonskriterier .....	25
4.2 Data.....	27
4.2.1 Bemanning.....	27
4.2.2 Kompetanse innen pleie og omsorg .....	28
4.2.3 Kompetanse ved Orkdal helsetun.....	31
4.3 Revisors vurdering.....	33
5 Høring .....	35
Konklusjoner og anbefalinger .....	37
5.1 Konklusjon.....	37
5.2 Anbefaling.....	38

## Tabell

TABELL 1.	FORDELING AV INSTITUSJONSPASSER, VEDTATT I PLEIE- OG OMSORGSPLAN 2007-2013.....	17
TABELL 2.	FORDELING AV PASSER VED ORKDAL HELSETUN .....	17
TABELL 3.	ANDEL BEBOERE I INSTITUSJON AV ANTALL PASSER (I GJENNOMSNITT GJENNOM ÅRET).....	18
TABELL 4.	BETALING FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER ORKDAL KOMMUNE.....	19
TABELL 5.	ANTALL PASIENTER MED HHV. LANGTIDS- OG KORTTIDSVEDTAK OM PASS VED ORKDAL HELSETUN. ....	20
TABELL 6.	ANTALL INNVILGEDE KORTTIDS- OG LANGTIDSVEDTAK ORKDAL HELSETUN. ....	21
TABELL 7.	OVERSIKT OVER ANTALL ÅRSVERK OG ANSATTE, MED GJENNOMSNITTLIG STILLINGSANDEL .....	27
TABELL 8.	ANDEL ANSATTE VED ORKDAL HELSETUN FORDELT ETTER KOMPETANSE. ....	31
TABELL 9.	DØGNPRIS FRA HELSEFORETAKET OG UTGIFTER PR BEBOERDØGN I INSTITUSJON.....	40

## Figurer

FIGUR 1.	SKISSE FOR PASIENTFLYT FRA OG TIL HJEMMET .....	11
FIGUR 2.	ANDEL ÅRSVERK I BRUKERRETTEDE TJENESTER (PLO) M/ FAGUTDANNING.....	28
FIGUR 3.	ANDEL ÅRSVERK I BRUKERRETTEDE TJENESTER (PLO) M/ FAGUTDANNING FRA VIDEREGÅENDE SKOLE .....	29
FIGUR 4.	ANDEL ÅRSVERK I BRUKERRETTEDE TJENESTER (PLO) M/ FAGUTDANNING FRA HØYSKOLE/UNIVERSITET .....	30
FIGUR 5.	ANDEL LEGEMELDT SYKEFRAVÆR AV TOTALT ANTALL KOMMUNALE ÅRSVERK I BRUKERRETTEDE TJENESTER (PLO).....	31
FIGUR 6.	SYKEFRAVÆR VED ORKDAL HELSETUN I PERIODEN 2009 – 2015 (PROSENT) .....	33

# 1 Innledning

I dette kapitlet gjør vi rede vi for bestillingen fra kontrollutvalget i Orkdal Kommune og rammene for dette revisjonsprosjektet.

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Orkdal Kommune bestilte i sak 05/15 en forvaltningsrevisjon for evaluering av kommunens implementering av samhandlingsreformen. Temaet samhandlingsreformen var satt som 1. prioritet i kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2015-2016.

I saksutredningen for Kontrollutvalgets behandling fremgår:

*Prosjektet kan ha flere aktuelle innfallsvinkler og en kan velge å prioritere bare deler av samhandlingsreformen etter en nærmere vurdering i tilknytning til egen sak om bestilling av forvaltningsrevisjonen. En aktuell hovedproblemstilling kan være å se på hvordan Orkdal kommune har klart å implementere samhandlingsreformen så langt. Aktuelle områder å undersøke for å få svar på dette kan være å se på samarbeidet og informasjonsflyten mellom kommunen og sykehus, hvordan utskrivningsklare pasienter håndteres og hvilke konsekvenser dette har for kort- og langtidsplassene i kommunen. Det kan også være aktuelt å se på om kommunen har sikret tilstrekkelig fagkompetanse for å håndtere nye oppgaver som følge av reformen.*

En omfattende del av temaet blir berørt i Fylkesmannens tilsyn: «Samhandling om utskrivningsklare pasienter», jf rapport av 2.7.2015. Fylkesmannen avdekket tre avvik under nevnte tilsyn, knyttet til at:

- Orkdal kommune ikke sikrer hjemmetjenesten mottar nødvendig informasjon ved utskrivelsen fra St. Olavs Hospital Orkdal, herunder om pasientens legemidler,
- Orkdal kommune har ikke en døgntinuerlig beredskap for å håndtere varsler fra Helseforetaket og
- Orkdal kommune sikrer ikke at dokumentasjonen i pasientenes journal er i samsvar med myndighetskravene.

Slik vi oppfatter det omhandler Fylkesmannens tilsyn kommunens håndtering av kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, når kommunen har fått beskjed om utskrevet pasient.

På bakgrunn av fylkesmannens tilsyn ba revisor om tilbakemelding på hvordan man skulle forholde seg til tilsynet, i notat datert 15.5.15 (sak KU 15/15). På denne bakgrunn fattet Kontrollutvalget beslutning om å avgrense bestillingen mot det tilsyn fylkesmannen utfører.

Vedtaket i Kontrollutvalget lyder:

- 1. Kontrollutvalget ber om at bestilt forvaltningsrevisjon innen samhandlingsreformen gjennomføres. Revisjonen foretar nødvendige avgrensninger i forhold til fylkesmannens tilsyn, slik at dobbeltarbeid unngås.*
- 2. Revisor bes innledningsvis om å fokusere hovedsakelig på de to siste temaene i bestillingen: konsekvenser for kort- og langtidsplasser i kommunen og kommunens sikring av tilstrekkelig fagkompetanse.*

## **1.2 Bakgrunn**

### **1.2.1 Om samhandlingsreformen – overblikk**

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 for å bedre samarbeid og samhandling mellom de ulike instanser i helsetjenesten i landet.

Regjeringen ønsket å utnytte helsekronene mer effektivt, ved å søke løsning på tre hovedutfordringer i helsevesenet:

- Pasienters behov for mer koordinerte tjenester,
- Mer fokus på arbeid for å forebygge sykdom og
- Den demografiske utvikling i samfunnet og de endringer dette medfører for det samlede behandlingsbehov.

Samhandlingsreformen beskrives som en retningsreform, i den betydning at man over tid vil innføre ulike tiltak, som til sammen vil svare på de utfordringer som foreligger. Fristen for at alle tiltak som er påkrevet for å ivareta reformen skal være implementert er satt til 1.1.2016.



### 1.2.2 Hovedgrep i reformen:

Ved reformen skal det tas ulike grep, bla:

- Det etableres en klarere pasientrolle, ved å utvikle helhetlige pasientforløp,
- Det etableres en ny, framtidsrettet kommunerolle, der kommunene får større ansvar for forebygging og bedre forutsetninger for å ivareta pasienter på et lavest mulig omsorgsnivå,
- Det etableres økonomiske incentiver for å nå reformens formål og
- Spesialisthelsetjenesten skal bruke tiden på spesialisthelsetjenester, mens omsorg og oppfølging skal skje i kommunene.

Som ledd i reformen ble det vedtatt ny lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i 2011. Ved denne loven fikk kommunene ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Etter loven skal kommunene skaffe seg oversikt over befolkningens helsetilstand og risikofaktorer, som skal ligge til grunn for kommunens planstrategi.

I tillegg ble det vedtatt endringer i lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). For kommunene er særlig lovens kap 3, 6 og 11 av interesse:

- Kapittel 3 regulerer kommunenes ansvar for helse og omsorgstjenester,
- Kapittel 6 regulerer samarbeidet mellom kommuner og regionale helseforetak og
- Kapittel 11 regulerer finansiering og kommunenes betaling for bl.a. utskrivningsklare pasienter.

Det er skrevet en lang rekke utredninger som omhandler samhandlingsreformen, bl.a.:

- St.meld nr 25 – 2005-2006 - Mestring, muligheter og mening,
- NOU 2005:3 - Fra stykkevis til helt — En sammenhengende helsetjeneste
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St. 16 (2010–2011))
- St.meld nr 47- 2008-2009 – Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid

For kommunene betyr Samhandlingsreformen at det blir stilt høyere krav til deres tilbud om helse- og omsorgstjenester til befolkningen, ved at en større del av oppfølging og omsorg for pasienter skal tilligge kommunene. Planen er at kommunene skal bygge opp den nødvendige kapasitet og kompetanse til å ivareta reformen innen 1.1.16.

Etter forskrift av 2011 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 er en pasient utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Fra og med dette tidspunkt overføres ansvaret for pasienten til bostedskommunen, jf forskriftens § 13. I den grad kommunene ikke har kapasitet (plass eller kompetanse) til å ta imot utskrivningsklare pasienter er kommunene pliktig å betale for døgnopphold til helseforetaket (pt ca 4300,- pr døgn). Betalingsplikten er ment å virke som et incitament for kommunene til å bygge opp egen kapasitet og kompetanse til å ta imot pasientene på en forsvarlig måte.

### 1.2.3 Kommunens ansvar etter samhandlingsreformen – organisering

Ansvarsforholdet mellom kommunene og helseforetaket er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven, kap 6. Lovverket stiller krav om at samarbeidet og samhandlingen knyttet til pasientomsorgen skal tydeliggjøres gjennom direkte avtaler mellom den enkelte kommune og det regionale helseforetaket.

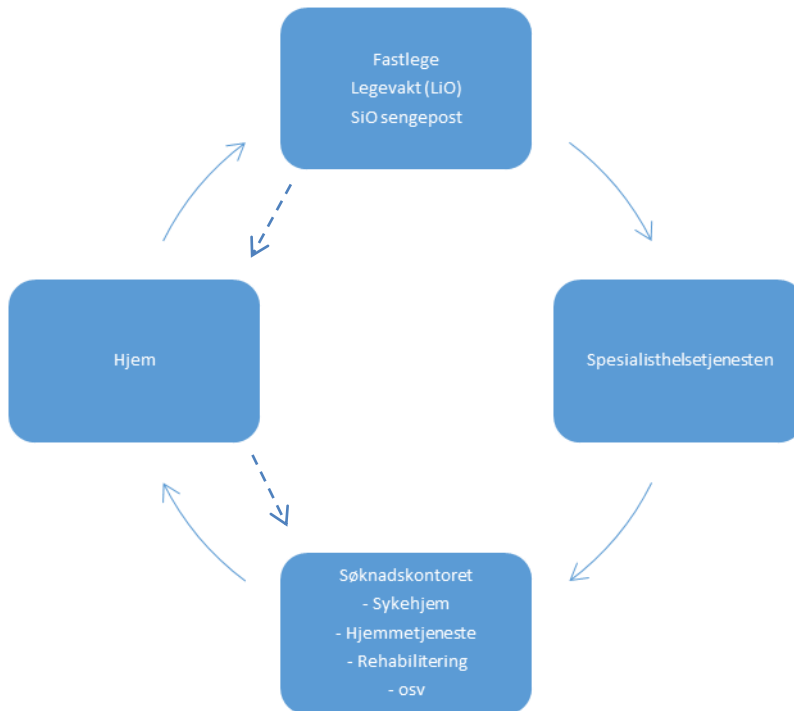
Orkdal Kommune og St. Olavs hospital inngikk den 25.6.2012 overordnet samarbeidsavtale. Avtalen gir bestemmelser om samarbeidsformer og retningslinjer for samordning mellom partene for tilrettelegging av gode pasientforløp. Partene har i denne forbindelse utarbeidet «Praktiske retningslinjer for samhandling ved innleggelse og utskrivning av pasienter». Disse retningslinjene omhandler hvordan partene skal kommunisere og samhandle, ved innleggelse, under pasientforløpet og ved helseforetakets beslutning om at pasientene er utskrivningsklar. Dette omfattes av fylkesmannens tilsyn.

Kommunene i Orkdalsregionen og Rindal, Surnadal og Halså kommune har etablert en regional samhandlingsenhet (SiO) for å løse enkelte av de nye kommunale oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Legevaktsamarbeidet i Orkdalsregionen (LiO) ble lagt inn i SiO fra februar 2013. Enheten omfatter i dag en sengepost med 7 plasser, legevakt, administrasjon og fellesfunksjoner som kommunene velger å samarbeide om.

Samhandlingsenheten er lokalisert ved St. Olavs Hospital, Orkdal Sykehus. Både SiO og LiO er per i dag organisert som vertskommunesamarbeid etter §28-c i kommuneloven, og de har en vertskommuneavtale for de respektive delene av samarbeidet, og med Orkdal kommune som vertskommune for begge avtaler. Sengeplassene ved SiO er kommunenes tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp (KAD-senger). Det vil si at sengeplassene er et tilbud for pasienter som benytter seg av øyeblikkelig hjelp i kommunen, og hvor man har behov for å avklare et videre pasientforløp. Da enten i form av videre henvisning til

sykehus/spesialisthelsetjenesten eller at man får tilstrekkelig behandling til at pasienten kan få dra hjem eller få hjelp i egen kommune. Slik sett er ikke KAD-sengene i bruk for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Figur 1. Skisse for pasientflyt fra og til hjemmet



Orkdal kommune opprettet Søknadskontoret for Helse- og Omsorgstjenester 1.10.2014. Kontoret er organisatorisk underlagt hjemmetjenesten og er tillagt myndighet til å tildele tjenester innenfor hjemmetjenestene, det vil si omsorgsbolig, omsorgslønn, ordinær hjemmetjeneste, brukerstyrt personlig assistent, dagsenter, hverdagsrehabilitering, kreftsykepleier, trygghetsalarm, middagsombringing, praktisk bistand, støttekontaktjeneste, avlastning for barn og unge, avlastning, rehab/kort- og langtidsopphold ved institusjon, mens tjenester fra Fysio/Ergo og Psykisk helse- og rus innvilges fra de spesifikke tjenestene. Kontoret foretar kartlegging av pasienter og deres omsorgsbehov før tildeling av omsorgstilbud foretas.

## 2 Undersøkelsesopplegget

I dette kapitlet presenteres de problemstillinger som skal besvares i denne forvaltningsrevisjonen, og hvilke avgrensninger som er foretatt. Videre beskrives hvilke kriterier som ligger til grunn for revisors vurderinger - revisjonskriteriene. I det siste avsnittet redegjøres det for hvilke metoder som er benyttet for å innhente data til rapportens faktadel.

### 2.1 Avgrensinger

Som følge av det tilsyn Fylkesmannen har gjennomført avgrenses denne revisjonen mot kommunikasjon mellom det regionale helseforetaket og kommunen, knyttet til overføringen av utskrivningsklare pasienter. Vår problemstilling nr 1 har som forutsetning at pasienten er utskrevet av lege i spesialisthelsetjenesten.

Tilsvarende vil det også avgrenses mot å se på avtaler mellom partene (kommunen og helseforetaket) og den praktiske oppfølgingen av disse avtalene. Det vil likevel være av interesse for vår undersøkelse å ta med hva ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har å si for den økonomiske siden av samhandlingsreformen i Orkdal Kommune.

Det avgrenses også mot undersøkelse av kommunens legevaktsordning (LIO).

Vår revisjon konsentrerer seg om behandlingen av somatiske pasienter, og holder derfor psykiatriske pasienter utenom, selv om disse også omfattes av samhandlingsreformen.

Det er viktig for revisor å bemerke at revisor ikke har hatt som mandat å gå inn i mediesaken<sup>1</sup> som har versert i kommunen i 2015, hvor ansatte uttalte seg om kritikkverdige forhold ved Orkdal helsetun. Revisor har derfor ikke vurdert hvorvidt denne saken i seg selv gir grunnlag for å konkludere i forhold til forsvarlighet mht de tjenester helsetunet tilbyr befolkningen.

---

<sup>1</sup> Kommunen gir i høringssvaret uttrykk for at saken ikke har status som varslingssak.

## 2.2 Problemstillinger

På bakgrunn av bestillingen fra Kontrollutvalget vil revisjonen undersøke følgende problemstillinger:

1. Har kommunen tilfredsstillende kapasitet mht kort- og langtidsplasser i institusjon?

Vi vil se nærmere på:

- Om beleggsprosenten for korttids- og langtids plassene i Orkdal Kommune er tilfredsstillende,
- Om Orkdal Kommune har god nok beredskap for mottak av utskrivningsklare pasienter og
- Om øvrige tjenester (brukere av kort- og langtids plasser) blir fortrent ift behovet.

2. Har Orkdal kommune tilfredsstillende kompetanse og bemanning ved Orkdal helsetun til å ivareta sitt ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester ved sykehjemmet?

Vi vil se nærmere på:

- Om Orkdal kommune tilfredsstiller de krav til kompetanse som stilles etter samhandlingsreformen.
- Om Orkdal kommune sikrer tilstrekkelig og forsvarlig bemanning gjennom døgnet.

## 2.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er den norm vi skal vurdere problemstillingen og dermed kommunens praksis på forvaltningsområdet etter. Revisjonskriterier henter vi fra autoritative kilder, som lovtekst, forskrifter, offentlig vedtatte planer, retningslinjer og instruksjoner.

Til denne forvaltningsrevisjonen er følgende kilder til revisjonskriterier aktuelle:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) m/forskrifter,
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Kommuneplanens samfunnsdel, Orkdal kommune
- Handlingsplan med budsjett, Orkdal kommune
- Pleie- og omsorgsplan, Orkdal kommune
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Orkdal kommune og St. Olavs Hospital HF.
- Rundskriv S-7/2015 fra Helsedirektoratet, ang Legemiddelhåndteringsforskriften.

- Praktiske retningslinjer for samhandling vedr innleggelse og utskrivning av pasienter mellom Orkdal kommune og St. Olavs Hospital HF.
- Internkontrollforskriften, som stiller kvalitetskrav til virksomheten

## 2.4 Metode

Første problemstilling omhandler antall og utnyttelse av ulike institusjonsplasser og belegg av disse. Store deler av denne problemstillingen vil bli belyst gjennom bruk av statistisk materiale, hentet fra kommunen selv og Kostra. I tillegg vil vi gjennom intervjudata innhente ansattes vurdering av kapasitet og beredskap i kommunen, herunder forholdet til de øvrige tjenester.

Andre problemstilling vil basere seg på en sammenstilling av ulike typer data; både statistikk (fra samme kilder), dokumentasjon og intervju er aktuelle kilder til data. Dette fordi problemstillingen fokuserer på antallet fagutdannede i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, men også fordi det er nødvendig å gå nærmere inn på de prosesser som ligger til grunn for kommunens forhold til kompetanse og kompetansebehov.

For innhenting av data til undersøkelsen har vi gjennomført intervju med

- Rådmannen, sammen med kommunalsjef for helse og omsorg.
- leder for SIO (Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen),
- enhetsledere på Orkdal helsetun og hjemmetjenesten,
- saksbehandler ved Søknadskontoret for tildeling av helse- og omsorgstjenester
- verneombud
- tillitsvalgte

I tillegg har revisor gjennomgått kommunale planer, rutinebeskrivelser og dokumenter, og benyttet statistikk fra Helsedirektoratet og Kostra. Ift konsekvens for institusjonsplassene vil statistikk over betalingsdøgn for utskrevne pasienter gi en pekepinn på hvordan beredskapen er i kommunen til å ta imot utskrevne pasienter.

Kartlegging av kompetanse hos kommunens ansatte er gjort ved å innhente kommunens egne oversikter over dette, målt opp mot sammenlignbare kommuners kompetansenivå. Sammenligningen vil bli gjort ved analyse av data fra Kostra / Helsedirektoratet. Kommunens dekningsgrad mht kompetanse må ses i sammenheng med lovkravet til forsvarlige tjenester.

### **3 Kapasitet – korttids- og langtidsplasser på institusjon**

I dette kapittelet belyser revisor hvorvidt kommunen har tilfredsstillende antall korttids- og langtidsplasser ved Orkdal helsetun, i tråd med lov og regelverk og kommunestyrets forventninger.

#### **3.1 Revisjonskriterier**

Ved innføringen av samhandlingsreformen ble det vedtatt at ansvaret for pasientbehandlingen skulle fordeles mellom de statlige helseforetak og kommunene basert på LEON-prinsippet. Prinsippet er utarbeidet av WHO (Verdens helseorganisasjon) og står for «Lavest Effektive Omsorgsnivå». Poenget er at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig, og at pasientene skal behandles på så lavt omsorgsnivå som mulig. Dette prinsippet er førende for overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunal omsorg.

Etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper.

Nødvendighets- og forvarlighetsbegrepet anses som rettslige standarder, der målestokken blir lagt i forhold til en vurdering av nødvendig og forsvarlig kvalitet, omfang og tidspunkt/tilgjengelighet. Basert på faglige, politiske og etiske betraktninger stilles kommunen ovenfor en forventning om å drive virksomheten i tråd med det som anses som «god praksis», for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Det er fra myndighetenes side ikke etablert entydige kriterier for hvilken standard kommunene har plikt på seg til å tilby. I siste instans vil fastleggelse av forsvarlighetsnormen ligge til domstolene.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr 5 og 6 skal kommunen tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, samt helse- og omsorgstjenester, som helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem, jf forskrift av 2011 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

For krav knyttet til innholdet i kommunens tilbud om habilitering og rehabilitering gjelder forskrift av 2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Det stilles her krav til at kommunen har en koordinerende enhet, for å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 er kommunen ansvarlig for utgifter som følger med de lovpålagte tjenestene. Etter lovens § 11-4, jf forskrift av 2011 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, skal kommunen også dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus etter at de er vedtatt utskrevet. Døgnprisen fastsettes i statsbudsjettet, og er oppgitt til kr 4.387,- for 2015.

For å kunne ta imot pasienter som meldes utskrivningsklare fra St. Olavs hospital vil Orkdal Kommune i mange tilfelle være avhengig av å ha tilgjengelige institusjonsplasser. Hvorvidt tilstrekkelige institusjonsplasser er tilgjengelige på riktig tidspunkt er tema for vår videre undersøkelse.

Kommunestyret i Orkdal har fastsatt at Orkdal helsetun skal ha 117 plasser på institusjon, der 92 plasser er avsatt til pasienter med langtidsbehov og 25 plasser er avsatt til pasienter med korttidsbehov.

Kort oppsummert vil revisor se på følgende underpunkter:

- Tilbys langtidsplasser på Orkdal helsetun i tråd med forutsetningene?
- Tilbys korttidsplasser på Orkdal helsetun i tråd med forutsetningene?
- Har Orkdal kommune tilstrekkelig kapasitet og beredskap til å ta imot utskrivningsklare pasienter med behov for institusjonsplass?

## **3.2 Data**

I denne delen av kapitlet legges det fram data for bruken av sykehjemsplasser ved Orkdal helsetun. For å kunne vurdere hvorvidt Orkdal kommune har et tilstrekkelig antall institusjonsplasser tilgjengelige på riktig tidspunkt må vi undersøke hvilken kapasitet som faktisk foreligger i kommunen og hvilket belegg det er på disse plassene. Også de tilstøtende tjenestenes behov for tilgang til helsetunet er av interesse i denne sammenhengen.

### **3.2.1 Kapasitet ved Orkdal helsetun**

Søknadskontoret for helse og omsorgstjenester i Orkdal kommune er sentral i arbeidet med å tilrettelegge omsorgstilbud til de behov den enkelte pasient har. Kontoret ble opprettet 1.10.2014 og har som sin hovedoppgave å sørge for kartlegging av behov og tildeling av helsetjenester til innbyggerne i Orkdal. Ved sitt arbeid bygger Søknadskontoret på LEON-prinsippet, ved å tildele tjenester på det laveste mulige omsorgsnivå, bl.a. innenfor hjemmetjenesten, rehabilitering og (korttids- eller langstids-) opphold i institusjon / sykehjemsplass.



Plass på sykehjem er ett av de tilbud Søknadskontoret håndterer. Totalt er det 117 plasser ved Helsetunet, et antall som har vært stabilt siden Pleie og omsorgsplanen for 2007-2013 ble vedtatt i Kommunestyret 12.1.2006.

I omsorgsplanen var det vedtatt fordeling av institusjonsplassene slik inntatt i tabell 1:

Tabell 1. Fordeling av institusjonsplasser, vedtatt i Pleie- og omsorgsplan 2007-2013

Avdeling	Plasser
Døgnplasser for tidsbegrenset opphold	Totalt 15 plasser
Døgnplasser for langtidsopphold	102 plasser
Dagplasser	3 dg/uke – 30 brukere
<b>Sum</b>	<b>117</b>

Kilde: Pleie- og omsorgsplan 2007-2013, Orkdal kommune.

Pleie- og omsorgsplanens plassfordeling avviker fra det som fremkommer på Orkdal kommunes hjemmeside, som er inntatt i tabell 2:

Tabell 2. Fordeling av plasser ved Orkdal helsetun

Avdeling	Plasser
1-posten (Korttid - rehabilitering):	15 – 8
2-posten (Langtid):	30
3-posten (Langtid):	30
Avdeling 4.1 (Demens):	16
Avdeling 4.2 (Langtid):	18
<b>Sum</b>	<b>117</b>

Kilde: orkdal.kommune.no/helsetun

Selv om det er forutsatt en fordeling på hhv korttids- og langtidsplasser som vist i tabell 2 opplyser imidlertid de fleste av de vi intervjuet at plassene rent faktisk ikke blir brukt slik forutsatt. Leder ved helsetunet opplyser at pr i dag (høst 2015) benyttes 11 av 15 plasser ved korttidsavdelingen til pasienter med langtidsvedtak, og tilsvarende for 4 av 8 plasser på rehabiliteringsavdelingen. Det innebærer at 15 av 23 korttidsplasser er opptatt av langtidspasienter, mao slik at kun 8 plasser står reelt tilgjengelig for pasienter med korttidsbehov.

### 3.2.2 Belegg ved Orkdal helsetun

Belegg sier oss noe om i hvilken grad kommunens institusjonskapasitet blir utnyttet. Kommunen rapporterer årlig til Kostra i forhold til bruken av institusjonsplasser. Her rapporteres både antallet plasser som kommunen opererer med, i tillegg til antall liggedøgn for

beboere. Samlet angir dette kommunens utnyttelse av oppgitt kapasitet i form av en beleggsprosent.

Tabellen under viser gjennomsnittlig beleggsprosent på institusjonsplasser for Orkdal, landet for øvrig og tre sammenlignbare kommuner.

Tabell 3. Andel beboere i institusjon av antall plasser (i gjennomsnitt gjennom året)

	2012	2013	2014
Orkdal	99	97	100
Landet uten Oslo	98	97	..
Melhus	110	106	101
Skaun	103	96	95
Malvik	100	98	95

Kilde: ssb.no/kostra

Vi ser at Orkdal har full utnyttelse av sin kapasitet på institusjonsplasser i 2014 (100%). Gitt at det er variasjoner i belegget ved Orkdal helsetun gjennom året, vil dette si at man i perioder vil ha hatt et overbelegg (+ 100%). For årene 2012 og 2013 var beleggsprosenten i Orkdal på hhv 99 % og 97 %, noe som er tilnærmet likt landsgjennomsnittet for disse årene. For de sammenlignbare kommunene ser vi at det er forskjeller i belegget på institusjonsplasser. Melhus har i perioden 2012 – 2014 hatt et til dels ganske stort overbelegg alle år, mens Skaun og Malvik har redusert belegget i 2013 og 2014.

Saksbehandler ved Søknadskontoret opplyser at kommunen ikke fører ventelister ift tildeling av omsorgstilbud. Etter kartleggingsbesøk fattes vedtak ift hvilket tilbud vedkommende pasient skal tildeles. Dersom pasienten ikke har behov for et tilbud fattes det vedtak om avslag. Vedtak som innvilger tilbud gis med angitt dato for opphold. Starttidspunkt fastsettes ift når man har ledig kapasitet på det aktuelle tilbudet.

### 3.2.3 Økonomi

Betaling til helseforetaket for utskrivningsklare pasienter er en annen indikator for i hvilken grad kommunen utnytter sin kapasitet av institusjonsplasser. Samtidig må man være klar over at man i økonomisk forstand opererer med terskelverdier for når og om det vil lønne seg å la pasienter bli liggende ved helseforetaket. Her kommer man inn på beregninger av kostnader knyttet til øket kapasitet og tilbud i hjemmetjenesten, ved eks oppbemanning, sammen med etableringskostnaden ved økning i tilbudet av institusjonsplasser eller øvrige tjenester, herunder omsorgsbolig. Slike politiske prioriteringer ligger ikke innenfor vårt mandat å vurdere.

Døgnprisen for å ha en pasient liggende på sykehus er vesentlig høyere enn tilsvarende opphold i kommunen. For Orkdal kommune sin del er det ca 70 % høyere døgnpris ved å ha en utskrivningsklar pasient liggende på sykehus enn å gi pleie og omsorg på institusjon i kommunen<sup>2</sup>.

Tabell 4. Betaling for utskrivningsklare pasienter Orkdal kommune

	2012	2013	2014	2015
Døgnpris fra helseforetaket	4000	4125	4255	4387
Antall døgn utskrivningsklare pasienter Orkdal	3	253	177	22
Betaling til helseforetaket (kroner)	12 000	1 043 625	753 195	96 514

Kilde: Helsedirektoratet, Årsmeldinger Orkdal kommune

Totalt har Orkdal kommune betalt helseforetaket for 455 liggedøgn i perioden fra 2011-2015. Samlet utbetaling fra kommunen for utskrivningsklare pasienter for nevnte periode utgjør kr 1.905.334,-.

### 3.2.4 Tildeling av tjenester – rett omsorgstilbud til rett tid

I intervju har revisor stilt spørsmål ved hvorvidt dagens antall plasser ved Orkdal helsetun er høyt nok til å dekke behovet i kommunen. Leder ved Orkdal Helsetun viser til at kommunen har et tilfredsstillende antall institusjonsplasser, både i forhold til kommunens behov og sammenlignbare kommuner. Det samme har også Agenda Kaupang konkludert med i sin rapport fra august 2014. Lederen for helsetunet fremholder at et belegg på nærmere 100% i utgangspunktet er av det gode, for mest mulig effektiv drift og utnyttelse av kapasiteten.

Lederen ved Helsetunet berømmer arbeidet som utøves ved Søknadskontoret for tildeling av omsorgstjenester. En god kartlegging av pasienter og deres behov er avgjørende, slik hun oppfatter det, for en effektiv utnyttelse av de eksisterende omsorgstilbud. Også lederen for SiO mente at Søknadskontorets kartleggingsarbeid er en forutsetning for gode pasientforløp. Gode pasientforløp er som utgangspunkt også effektive, slik han ser det.

Samtlige av de vi intervjuet pekte derimot på pasientfordelingen på helsetunet som et problem. Man viste til at de store pasientgruppene ved sykehjemmet utgjøres av demente og kreft-/palliative pasienter. Disse pasientgruppene har svært ulike behov for omsorg. Dette poeng fremkommer også i Pleie- og omsorgsplanen for Orkdal Kommune for 2007-2013, ved at det er kommentert at kommunen opplever at man «legger inn for «friske» brukere på

<sup>2</sup> Se Vedlegg 1

*langtidsavdelingen*». Poenget synes å være at kommunen mangler differensierte tilbud, og at man av den grunn legger «for friske» pasienter inn på en avdeling med et for høyt omsorgsnivå ift pasientenes behov.

De demente er ofte i relativt god fysisk form, uten store plager av somatisk karakter. Deres omsorgsbehov knyttes i hovedsak til å gi trygghet, sikre mot at pasientene skader seg eller forsvinner/går ut uten følge. Demenspasientene har som oftest ikke behov for det omfang av tjenester som er etablert ved helsetunet. Samtidig opplever man ofte at demente forstyrrer de palliative pasientene, som har stort behov for ro.

Våre intervjuobjekter var enstemmig av den oppfatning at man savnet et tilbud om omsorgsboliger tilpasset demenspasienter i kommunen. Ved å etablere et tilpasset omsorgstilbud til demente mente våre intervjuobjekter at de plassene man har på Helsetunet er tilfredsstillende. Det ville øket fleksibiliteten mht drift av helsetunet og muliggjort en bedre behandling og oppfølging av andre tjenestebrukere, slik våre intervjuobjekter oppfattet det.

Våre intervjuobjekter pekte videre på at det skaper problem at mange av korttidsplassene ved sykehjemmet benyttes av pasienter med langtidsbehov. Slik de intervjuede ser det medfører dette et betydelig press på institusjonen. De påpeker at dette kan ha den virkning at øvrige tjenester får mindre tilgang til helsetunet enn det det er ønskelig ift de medisinske behov.

I tabell 5 illustreres det poeng at en stor andel av korttidsplassene utnyttes til pasienter med langtidsbehov.

Tabell 5. Antall pasienter med hhv. langtids- og korttidsvedtak om plass ved Orkdal helsetun.

	2011	2012	2013	2014	2015
Antall personer langtidsvedtak	145	151	137	144	154
Antall personer korttidsvedtak	151	192	159	136	128
Gj.snittlig ant innvilgede dager for korttidsopphold	16,3	16,8	16,1	16,1	17,8
Gj.snittlig antall årsplasser brukt til korttidsopphold	6,7	8,8	7,0	6,0	6,2

Kilde: Orkdal kommune

Av kommunens politiske vedtak om 15/23 plasser avsatt til pasienter med korttidsbehov ser man at det rent faktisk benyttes en betydelig lavere andel.

Tabellen over viser antallet personer på langtids- og korttidsvedtak i perioden 2011-2015. Antall langtidsvedtak viser hvor mange unike personer som har hatt langtidsvedtak ved Orkdal helsetun de ulike årene. Når antallet personer registrert med langtidsvedtak langt overskrider antallet langtidsplasser, så skyldes dette i hovedsak at personer som går bort i løpet av året og at nye langtidsvedtak fattes.

Vi ser at antallet personer med langtidsvedtak varierer, men at det for hele perioden 2011-2015 ligger mellom 137 og 156 personer. Antallet personer med innvilget langtidsplass falt vesentlig fra 2012 til 2013, men så har antallet på langtidsplass økt igjen fram til og med 2015. Fra 2012 og fram til i dag har antallet personer med korttidsvedtak sunket betraktelig, fra 192 til 128. Det gjennomsnittlige antall innvilgede dager har vært noenlunde stabilt mellom 16,1 og 16,8 dager, men med en vesentlig økning i 2015 til 17,8 dager<sup>3</sup>.

Ser vi på tabellen under og antallet nye innvilgede vedtak om langtidsplass for årene 2011-2015, så ser vi at disse følger den utviklingen som var beskrevet foran. Altså vesentlig færre innvilgede vedtak i 2013, men at dette har økt fram til 2015. Vi ser at antallet korttidsvedtak varierer fra 454 i 2012 til 310 i 2015.

Tabell 6. Antall innvilgede korttids- og langtidsvedtak Orkdal helsetun.

	2011	2012	2013	2014	2015
Antall innvilgede langtidsvedtak	52	71	38	42	51
Antall korttidsvedtak <sup>4</sup>	373	454	333	323	310

Kilde: Orkdal kommune

Våre intervjuobjekter (verneombud/tillitsvalgt) opplever at terskelen for å få tidsbegrenset opphold ved institusjonen er høyere enn ønskelig. De er av den oppfatning at pasienter med rehabiliteringsbehov ofte får kortere opphold enn det man fra faglig ståsted ser de burde hatt. Videre er muligheten for avlastning mer begrenset enn de skulle ønske.

<sup>3</sup> For å finne forholdet mellom personer og plasser; (antall personer x gj.snitt dager)/365 = plasser.

<sup>4</sup> Dette er antall korttidsopphold, slik at de som har hatt korttidsopphold flere ganger i løpet av et år har blitt regnet med flere ganger. Tallene for 2015 er pr 8.12.15.

I følge våre intervjuobjekter kan resultatet av det som oppfattes å være en underdekning være at pasienter blir reinnlagt tidligere, evt får større omsorgsbehov tidligere i pasientforløpet, enn de ville hatt med et bedre tilbud. Våre intervjuobjekter mente at man ved besparelser får økt omsorgsbehov på sikt, med dertil hørende økning av kostnader.

Leder ved SiO viser til at sengeposten i stor grad får henvist pasienter fra fastlege og hjemmetjeneste, og at eventuelle kapasitetsutfordringer ved Orkdal helsetun ikke er noe som merkes ved SiO.

Det er viktig å understreke at ingen av våre intervjuobjekter var av den formening at forholdene kan vurderes som uforsvarlig, selv om man påpekte at helsetunets kapasitet er under press.

### **3.3 Revisors vurdering**

Spørsmålet om Orkdal Kommune har tilfredsstillende kapasitet av korttids- og langtidsplasser i institusjon beror på en rekke forhold (og i samhandling med flere aktører.) Antallet institusjonsplasser (117) sier i seg selv lite om det er tilstrekkelig kapasitet. Også forhold som befolkningsøkning og demografisk sammensetning vil spille en vesentlig rolle i spørsmålet om institusjonskapasitet fremover, uten at dette har vært et fokus i vår vurdering.

I Pleie- og omsorgsplanen for 2007-2013 vedtok Orkdal kommune en omfordeling av institusjonsplassene til flere plasser for pasienter med korttidsbehov. I praksis viser det seg at plasser avsatt til korttidsbehov blir benyttet av pasienter med langtidsbehov.

Samhandlingsreformen hadde sitt grunnlag i et nasjonalt ønske om å overføre mer av ansvaret for helse- og omsorgstjenester for befolkningen til kommunene. Det innebærer et behov for oppbygning av omsorgstilbud i kommunene. For å kunne tilby tilfredsstillende omsorgstjenester må da kommunene selv bygge opp tilbud, både ift riktig tjeneste og riktig bemanning.

Oversikten knyttet til kommunens utbetaling til regionalt helseforetak viser at tendensen er for nedadgående, med et toppår i 2013. Pr 2015 er det meget få (22) betalingsdøgn. Dette tyder på at Orkdal kommune har vært bevisst på å motta pasienter fra St. Olavs hospital så snart de meldes utskrivningsklare.

Alle de vi intervjuet bekreftet at det var press på å motta pasienter fra St. Olavs hospital så snart de ble meldt utskrevet, i all hovedsak fordi det er dyrere for kommunen å la pasientene ligge på sykehus enn under kommunal omsorg. Betalingsincitamentet har dermed den ønskede effekt, sett fra nasjonale myndigheters side. Revisor har ikke hatt mandat til å undersøke eller vurdere om dette har vært en heldig og riktig utvikling, men konstaterer at dette har vært ønsket fra statens side.

Videre viser ovenstående oversikt at helsetunet har hatt et belegg på mellom 100% og 97%. Et belegg på 97% tilsier at det er fleksibilitet, og dermed beredskap, med hensyn til 3 – 4 plasser av de totalt 117 plassene. Sammenholdt med relativt få betalingsdøgn kan dette indikere at kapasiteten er tilfredsstillende.

Revisor har merket seg at våre intervjuobjekter gir uttrykk for at antallet institusjonsplasser i seg selv ligger på et tilfredsstillende nivå i Orkdal kommune. Imidlertid påker de at problemet ofte vil være den interne fordelingen og bruken av plassene på institusjon.

Ved at pasienter med langtidsbehov opptar korttidsplasser oppstår spørsmål om pasienter med avlastnings- og rehabiliteringsbehov får det tilbudet de burde hatt. Uten nødvendig, eller ønskelig, avlastning og rehabilitering for pasienten kan det medføre at omsorgsbehovet for den enkelte øker, slik flere av våre intervjuobjekter ga uttrykk for.

Det i sin tur medfører ofte, slik våre intervjuobjekter påpekte (verneombud), at det oppstår et førtidig og mer omfattende behov for institusjonsplass enn det ville gjort dersom tilstrekkelig avlastning og rehabilitering hadde vært gjennomført. Tilgangen til avlastning påvirker ikke bare pasienten, men også pasientens omgivelser og pårørende. De pårørende er ofte avgjørende faktorer for at pasientene skal ha mulighet til å bo hjemme. Dersom de pårørende ikke får den nødvendige avlastningen i sin omsorgsoppgave vil det kunne medføre at pasienten tidligere må overføres til institusjon.

Utfordringen med tanke på pasientsammensetning gjelder også i forhold til plassering av ulike pasientgrupper i samme avdeling på Helsetunet. De to store pasientgruppene ved sykehjemmet er demente og palliative pasienter; to pasientgrupper med svært ulike omsorgsbehov.

Demente pasienter er ofte i somatisk god form, men har behov for at ansatte er tilgjengelig for trygghet og oppfølging. Demente har ikke behov for den bemanningsgrad og kompetanse som personellet ved et sykehjem besitter, eks sykepleierdekning. Samtidig er de for sterkt

rammet av sykdommen til å kunne oppholde seg hjemme. Det innebærer at demente opptar sykehjemsplasser, som de strengt tatt ikke har behov for. Slik våre informanter uttrykte det blir demente pasienter plassert på helsetunet i mangel av et tilpasset omsorgstilbud.

Våre intervjuobjekter pekte konkret på at Orkdal Kommune mangler et omsorgstilbud til å ivareta de demente pasientenes behov for døgnbemannet omsorgsbolig. En slik løsning ville, slik våre intervjuobjekter understreket, fristille flere institusjonsplasser, som igjen gir helsetunet en styrket fleksibilitet. Denne fleksibiliteten kan eks hjemmetjenesten gjøre bruk av, for å foreta ønsket rehabilitering og avlastning, med sikte på å gjøre pasienter i stand til å bo hjemme lengre. På den måten ville Orkdal kommune oppfylle forventningen som ligger i et sannsynlig fremtidsbilde, med tanke på den forventede demografiske utvikling.

Slik revisor vurderer det har kommunen en noe for knapp kapasitet mht kort- og langtidsplasser i institusjon, men da på bakgrunn av utnyttelsen av korttidsplasser som ikke er i tråd med forutsetningene, og at pasientfordelingen på helsetunet ikke er optimal.

Beleggsprosenten på Orkdal helsetun ligger ikke høyt i forhold til sammenlignbare kommuner. Men revisor bemerker at det kan være grunn til å stille spørsmål ved om de øvrige tjenestene, som hjemmetjenesten, får den tilgang til korttidsplassene som de gjerne skulle hatt. Med bakgrunn i innretningen av vår undersøkelse, og at kommunen ikke fører ventelister, vil vi ikke kunne konkludere knyttet til spørsmålet om øvrige tjenester får det tilbud de har behov for ved Orkdal helsetun.



## 4 Kompetanse og bemanning

I dette kapitlet belyser vi spørsmålet om Orkdal kommune har tilfredsstillende kompetanse og bemanning til å ivareta sitt ansvar for heldøgns helse- og omsorgstjenester ved Orkdal helsetun. Bemanning og kompetanse er, som institusjonskapasitet, en forutsetning for at kommunen skal være i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

### 4.1 Revisjonskriterier

Etter Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf § 3-2 skal kommunen tilby sin befolkning nødvendige helse- og omsorgstjenester, som legevakt, heldøgns akuttberedskap, hjemmetjenester og plass i institusjon.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav til innholdet i tjenestene, ved at «helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige». Det heter at kommunen skal gi den enkelte pasient eller bruker et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, et verdig tjenestetilbud, og sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.

Kravet til forsvarlige tjenester forankres i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet innebærer at kommunen må sikre at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Etter uttalelser i Prop. 91 L (2010-2011) om helse- og omsorgstjenesteloven er det fra lovgivers side i utgangspunktet lagt opp til profesjonsnøytrale lovkrav, det er opp til den enkelte kommune å sikre et forsvarlig tjenestetilbud, herunder tilstrekkelig fagkompetanse.

Kravet om faglig forsvarlige helsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 16, som medfører at virksomheten (her Helsetunet) må sørge for tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig og adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene.

Det foreligger en lang rekke forskrifter som setter krav til driften av et helsesenter. I disse reglene settes det også krav til den kompetansen det utøvende personell skal inneha. For eksempel setter legemiddelforskriften § 4 krav om at leder for helsesenteret sørger for at det personell som håndterer legemidler har tilstrekkelig kompetanse. Kompetansen vurderes individuelt, ut fra den ansattes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art.

I Rundskriv fra Helsedirektoratet fremgår at det er forventning om at helsepersonell som har oppgaver i forbindelse med legemiddelhåndteringsprosessen har faglig kompetanse og erfaring bl.a. innen legemidlenes virkemåte, holdbarhet, bivirkninger, dosering og dokumentasjon, samt avvikshåndtering.

Pleiefaktor har vært brukt ved vurdering av kvaliteten ved drift av helse- og omsorgstjenester. Man definerer ofte pleiefaktor som en «måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie for beboerne på institusjon<sup>5</sup>, uten at det er etablert en standard for pleiefaktor i sykehjem i lov eller forskrift. I ulike forskningsrapporter oppgis at gjennomsnittlig pleiefaktor for sykehjem i Norge ligger på mellom 0,7 - 0,9. Det er viktig å være oppmerksom på at dette tallet kun er en parameter for bedømmelse av bemanning og kvalitet på sykehjemmene.

Orkdal kommune ga i Pleie- og omsorgsplanen for 2007-2013 uttrykk for et behov for felles kompetanseøkning for hele kommunehelsetjenesten. Samtidig uttales at grunnbemanningen på Orkdal helsetun var lav, sammenlignet med tilsvarende institusjoner. Det ble i planen avsatt midler til kompetanseøkning i kommunen (kr 200.000,- pr år.)

Med bakgrunn i dette vil revisor vurdere kommunen ut fra følgende kriterier:

- Kommunen skal sikre tilstrekkelig kompetanse for å ivareta forsvarlig drift ved Orkdal helsetun,
- Kommunen skal sørge for at det er tilstrekkelig bemanning for sikre forsvarlig drift ved Orkdal helsetun,
- Kommunen skal legge opp turnus slik at det er forsvarlig bemanning gjennom døgnet.

---

<sup>5</sup> Rapport 8/2005 fra Oslo kommunerevisjon

## 4.2 Data

I denne delen av kapittelet legger vi fram data som belyser hvordan Orkdal kommune sikrer kompetanse innen pleie og omsorg, og spesielt ved Orkdal helsetun.

Leder for helsetunet opplyser at man har satt i gang en rekke strategiske tiltak for å bedre kompetansesituasjonen ved sykehjemmet, som kompetanseheving av ansatte og ved bidrag til desentralisert sykepleieutdanning i kommunen. Ved utlysning av nye stillinger endrer kommunen stillingsbeskrivelse til å etterspørre sykepleierutdannede søkere.

Orkdal kommune har en overordnet kompetanseplan fra 2012. Denne planen er under revisjon, med sikte på å utarbeide kompetanseplaner for den enkelte enhet.

### 4.2.1 Bemanning

I tabell 7, nedenfor, fremkommer oversikt over antall ansatte og årsverk ved Orkdal Helsetun. Det fremkommer i tabellen at antall ansatte ved helsetunet har steget i perioden 2009-2014 fra 166 til 183, med tilsvarende utvikling for årsverk (fra 105,1 til 119,8).

Tabell 7. Oversikt over antall årsverk og ansatte, med gjennomsnittlig stillingsandel

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Årsverk Orkdal helsetun</b>	105,1	110,9	105,9	113,1	110,6	119,8
<b>Beregnet årsverk pleie<sup>6</sup></b>	(87,9)	(92,7)	(88,5)	(94,5)	(92)	(100,1)
<b>Ansatte Orkdal helsetun</b>	166	176	167	175	164	183
<b>Gj.snittlig stillingsandel<sup>7</sup></b>	0,63	0,63	0,63	0,65	0,67	0,65
<b>Beregnet pleiefaktor<sup>8</sup></b>	0,75	0,79	0,76	0,81	0,79	0,86

Pleiefaktor er et begrep for å uttrykke forholdet mellom antallet ansatte og antallet pasienter/plasser. Det finnes ikke lett tilgjengelige tall for pleiefaktor ved Orkdal helsetun, verken i kommunen eller Kostra. Revisor har derfor med utgangspunkt i kommunens opplysninger i årsmeldinger beregnet årsverk i pleie og pleiefaktor ved Orkdal helsetun. Disse

<sup>6</sup> Med utgangspunkt i årsmelding for 2013, hvor det er oppgitt at Helsetunet har 92 årsverk i direkte pleie, så har revisor beregnet antall årsverk i pleie for alle år. Forutsetningen er at forholdet mellom totale årsverk og årsvek i pleie er konstant.

<sup>7</sup> Gjennomsnittlig stillingsandel = antall ansatte/antall årsverk

<sup>8</sup> Pleiefaktor = antall årsverk i pleie/antall årsplasser. Antallet årsplasser ved Orkdal helsetun er 117.

tallene er en kun en indikasjon på kommunens ressursbruk i pleie ved helsetunet. Tabellen viser at pleiefaktoren ved Orkdal Helsetun har steget fra 0,75 til 0,86<sup>9</sup>.

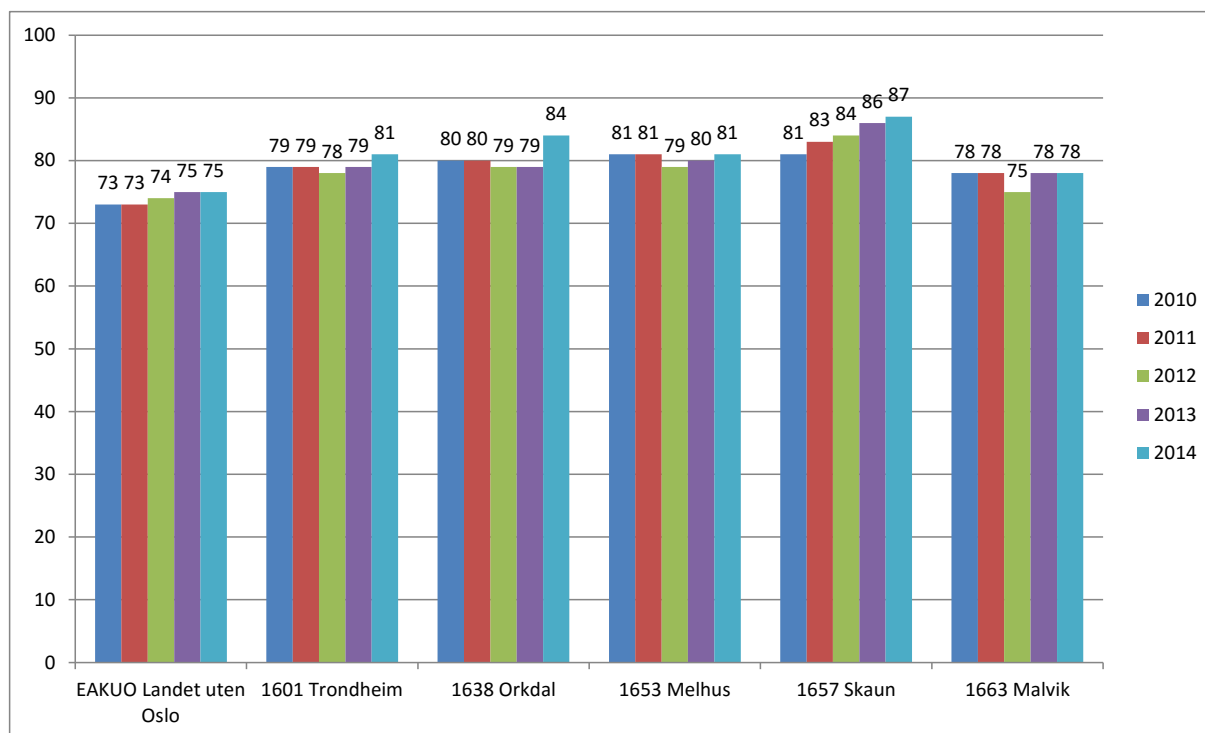
I vår sammenheng er det de ansattes gjennomsnittlige stillingsandel ikke av interesse, men likevel verd å merke seg for forståelsen av utfordringene ved drift av et helsesenter.

#### 4.2.2 Kompetanse innen pleie og omsorg

De ansattes kompetanse innen omsorgsyirket er av sentral betydning for hvorvidt det tilbud pasientene/ brukerne får er forsvarlig. Formell utdanning sier noe om hva den enkelte har av kunnskap i forhold til de oppgavene som skal utføres, eksempelvis innen medisinhandling.

Her ser vi på andel fagutdannede i omsorgstjenesten i Orkdal kommune, sammenlignet med enkelte andre kommuner. Fagutdannede er i denne sammenheng personell med 3-årig utdanning, eks sykepleiere, eller hjelpepleiere/helsefagarbeidere fra VGS (videregående skole).

Figur 2. Andel årsverk i brukerrettede tjenester (PLO) m/ fagutdanning



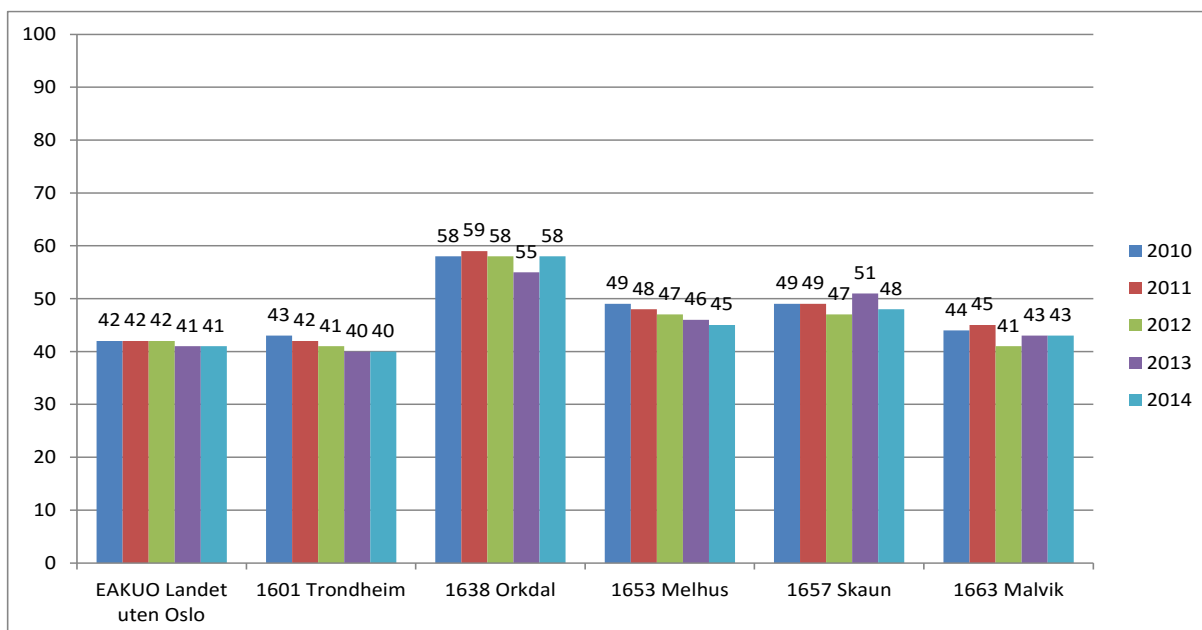
Kilde: [ssb.no/kostra](http://ssb.no/kostra)

<sup>9</sup> Det er verdt å merke seg at reell pleiefaktor avhenger av belegget ved helsetunet: et underbelegg gir reelt en høyere pleiefaktor, og motsatt for et overbelegg. (Reelle årsplasser = beleggsprosent x 117).

Figuren over viser at Orkdal kommune ligger høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder andelen årsverk med fagutdanning innen pleie og omsorg. Her fremgår at kommunen i 2014 hadde 84 % av årsverkene i sektoren dekket av fagutdannet personale. Til sammenligning var landsgjennomsnittet på 75 %. I Orkdal har andelen med fagutdanning steget med 4 % fra 2010. Av de sammenlignbare kommunene er det Malvik som ligger lavest med 78 %, mens Skaun har hele 87 % av årsverkene bemannet med fagutdannet personale.

I neste figur ser vi at andelen årsverk med fagutdanning fra videregående skole er relativt høy i Orkdal kommune (58 %). De siste fem år har andelen med fagutdanning fra videregående skole variert fra 55 % til 59 % i kommunen. Til sammenligning er landsgjennomsnittet på 41 %, og de sammenlignbare kommunene ligger omtrent på eller litt over dette snittet.

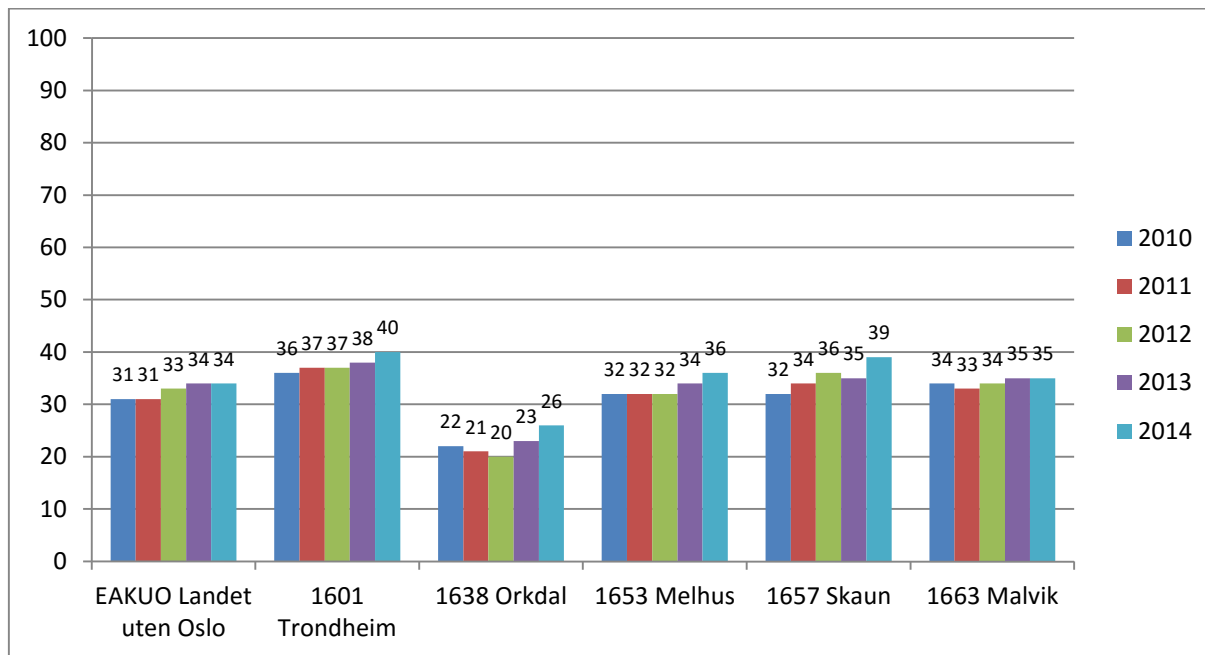
Figur 3. Andel årsverk i brukerrettede tjenester (PLO) m/ fagutdanning fra videregående skole



Kilde: [ssb.no/kostra](http://ssb.no/kostra)

Figuren under blir følgelig en konsekvens av tallene i forrige figur, når man ser andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole i forhold til andelen med fagutdanning fra høyskole/universitet. Uansett er idealet å sørge for riktig antall personell med riktig fagutdanning til å utføre de aktuelle arbeidsoppgaver.

Figur 4. Andel årsverk i brukerrettede tjenester (PLO) m/ fagutdanning fra høyskole/universitet

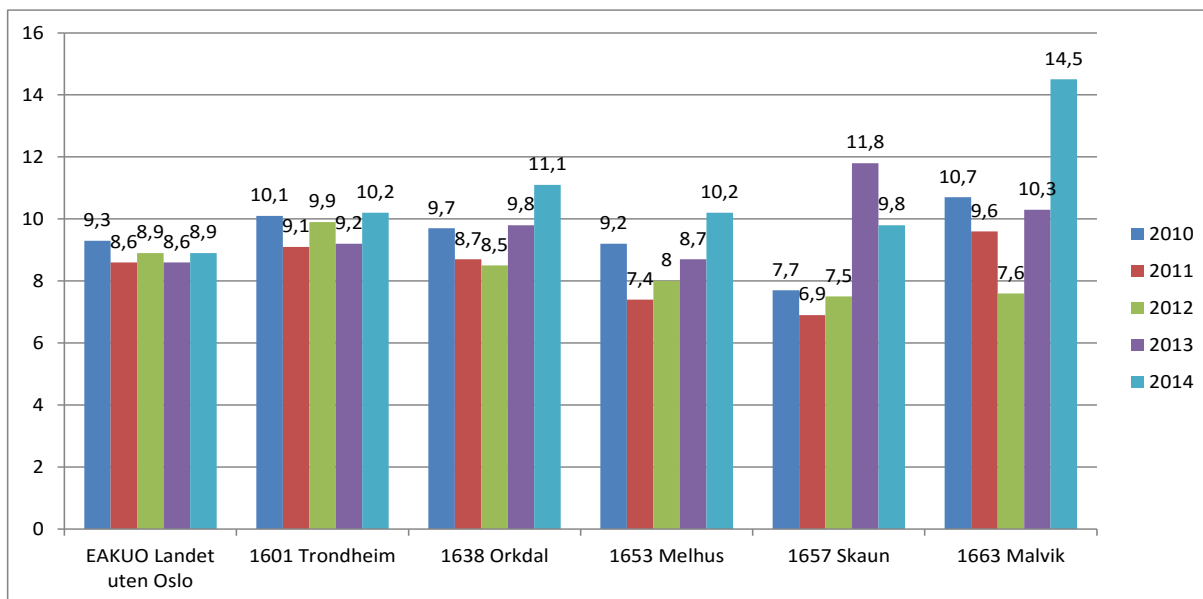


Kilde: [ssb.no/kostra](http://ssb.no/kostra)

I Orkdal er andelen årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet på 26 %, mens landsgjennomsnittet er på 34 %. Samtlige av de sammenlignbare kommunene ligger over landsgjennomsnittet mht denne typen fagutdanning. I Orkdal har det vært en utvikling i retning av økt andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning siste tre år, fra 20 % til 26 %.

Fravær kan være en utfordring knyttet til det å sikre kompetanse i tjenestene. Det å dekke opp for fraværende arbeidstakers kompetanse vil være utfordrende med tanke på eksempelvis turnusplanlegging. Figurene under synliggjør hvorvidt fravær utgjør en risiko i arbeidet med å sikre kompetanse i tjenestene.

Figur 5. Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettede tjenester (PLO).



Kilde: ssb.no/kostra

I figuren over ser vi at sykefraværet innen pleie og omsorg i Orkdal kommune varierer, men at det de siste tre årene har steget betydelig, fra et legemeldt sykefravær på 8,5 % i 2015 til 11,1 % i 2014. For de to siste årene så har sykefraværet innen pleie og omsorg i Orkdal vært vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Av de kommunene som er tatt inn i sammenligningen er det bare Malvik som har et høyere sykefravær innen pleie og omsorg i 2014.

#### 4.2.3 Kompetanse ved Orkdal helsetun

I foregående avsnitt har vi sett at Orkdal kommune ligger lavt i forhold til sammenlignbare kommuner når det gjelder andelen ansatte innen pleie og omsorg med 3-årig universitets- og høyskoleutdanning, men at de ligger høyt i forhold til andelen med helsefagutdanning fra videregående opplæring. Revisor har derfor bedt om å få en oversikt over andelen ansatte ved Orkdal helsetun fordelt på de samme kompetansekategoriene.

Tabell 8. Andel ansatte ved Orkdal helsetun fordelt etter kompetanse.

	2013	2014	2015
Ufaglært	46	44	43
Fagutdannet videregående skole	44	45	45
3-årig universitets/høyskoleutdanning	10	11	12
Sum	100	100	100

Kilde: Orkdal kommune

Utgangspunktet for å regne andel ansatte i ulike kompetansekategorier i tabell 8 er det faktiske antall ansatte. Sammenligner vi med tabell 2, tabell 3 og tabell 4, så tar disse utgangspunkt i årsverk innen de ulike kompetansekategoriene. En sammenholdt tolkning av de foregående tabeller med tabell 8 tilsier at ansatte med 3-årig universitets/høyskoleutdanning i gjennomsnitt går i høyere stillingsandel. I tabell 8 ser vi at antallet personer med 3-årig universitets/høyskoleutdanning relativt sett har økt siste tre år, mens antallet ufaglærte har sunket.

Flere av våre intervjuobjekter oppgir at det er en reell underdekning av personell med 3-årig høyskoleutdanning, særlig sykepleiere. I følge de intervjuede opplever man problemet mest på kvelds-/nattevaktene. Samtlige av våre intervjuobjekter påpekte at man ikke anså forholdene som uforsvarlige i forhold til de krav som stilles.

Videre opplyser de vi intervjuet at sykefravær gjør situasjonen verre, med et legemeldt sykefravær på i overkant av 10% (det egenmeldte sykefraværet ligger på tilnærmet 1 %, og tas av den grunn ikke med her). Som påpekt av flere vil fravær fra jobb fort bli en ond sirkel, ved at for få folk på jobb medfører større belastning på de som er på jobb, med den følge at flere får fravær, som følge av belastning på jobb.

Våre intervjuobjekter ga uttrykk for at Orkdal kommune opplever store utfordringer med rekruttering til stillinger med krav om 3-åring kompetanse til Helsetunet. Man opplever en sterk konkurranse fra andre aktuelle arbeidsgivere, med det nærliggende sykehuset som største konkurrent, samtidig som de belastende forhold som er nevnt over virker negativt.

Kommunen har ikke satt bestemte måltall for kompetansefordeling internt i arbeidsstokken ved sykehjemmet. Leder for Helsetunet mente at kommunen burde arbeide for en fordeling der ca halvparten av de fagansatte har 3-årig utdanning. Hun opplyste at man ligger et godt stykke unna dette pr i dag.

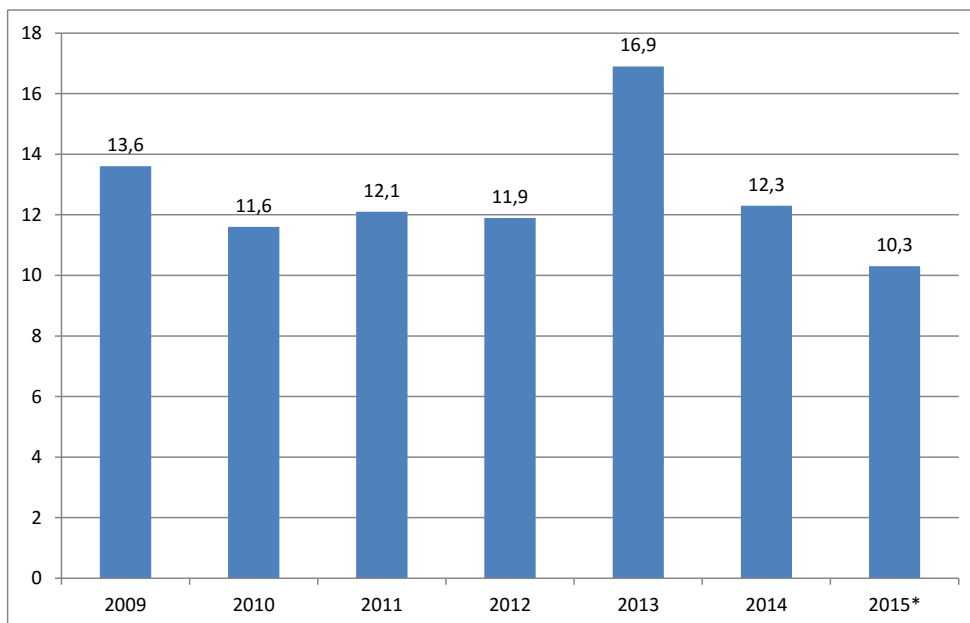
Leder for Hjemmetjenesten og saksbehandler ved Søknadskontoret opplyser at man står ovenfor samme utfordring mht rekruttering av sykepleiere til Hjemmetjenesten. Av den grunn opplever man til tider innleggelse av pasienter på Helsetunet, som følge av manglende sykepleiekompetanse i Hjemmetjenesten. Dette er en dyr og lite hensiktsmessig måte å løse kompetanseutfordringen på, slik de opplever det.

I figuren under illustreres utviklingen i sykefravær ved Orkdal helsetun. Det vi ser er at sykefraværet varierer, med en topp på 16,9 % i 2013. I årene etter kan det se ut til at



sykefraværet har falt vesentlig. Dette virker å være en motsatt utvikling sett i forhold til resten av pleie og omsorgsområdet ellers i kommunen (se figur 4).

Figur 6. Sykefravær ved Orkdal helsetun i perioden 2009 – 2015 (prosent)



Kilde: Orkdal kommune, Årsmelding 2009 – 2014

\* Kvartalsrapport 2.kvartal 2015

### 4.3 Revisors vurdering

Spørsmålet om Orkdal Kommune har sikret tilfredsstillende bemanning og kompetanse ved Orkdal Helsetun må ta utgangspunkt i hvorvidt man tilbyr forsvarlige helse- og omsorgstjenester ved helsetunet. En vurdering av forsvarlighet knyttet til kommunale tjenester er en skjønnsmessig øvelse.

Våre data, herunder informanter, fremviser svakheter i kompetansesammensetningen ved helsetunet, utfordringer ved rekruttering, samt belastning på personalet som følge av for liten bemanning med sykepleierutdannelse, samt sykefravær. Samtidig påpeker samtlige av de vi intervjuet at situasjonen ikke overskrider terskelen for å være uforsvarlig.

Revisor merker seg at Orkdal kommune har øket bemanningen ved helsetunet i de senere år. Et slikt tiltak anses i utgangspunktet som positivt, sett i forhold til en antagelse om at det letter belastningen på personalet. Pleiefaktoren ved Orkdal Helsetun synes å ligge innenfor den standard man ellers i landet har lagt seg på (0,7 – 0,9).

Videre er revisor positiv til de tiltak som kommunen, sammen med øvrige aktører, søker å få igangsatt knyttet til utdanning av helsepersonell. Det er også positivt at kommunen er så vidt bevisst på behovet for fagkompetanse ved de utlysninger som foretas.

Det er liten tvil om at Orkdal kommune ligger betydelig etter sammenlignbare kommuner når det gjelder andel 3-årig utdannet personell ved helsetunet. Revisor har derimot ikke grunnlag til å konkludere med at driften av helsetunet skulle være uforsvarlig av denne grunn. Det som synes klart er at de ansatte påføres belastning når man i utgangspunktet har så vidt lav bemanning med sykepleiekompetanse. I så måte kan det være risiko for at man kommer inn i en ond sirkel, med sykemeldinger, rekrutteringsproblemer etc.

Samtidig synes det ikke å være grunnlag for å si at pasienter blir liggende ved det regionale helseforetak, som følge av manglende sykepleiedekning ved helsetunet. Det lave antallet betalingsdøgn ved St. Olavs hospital tyder på at bemanningen og kompetansen ved helsetunet ikke i seg selv hindrer mottak av utskrevne pasienter.

## 5 Høring

Revisjonen mottok høringsvar fra Orkdal kommune ved Rådmannen v/ kommunalsjef Kristin Wangen ved brev av 27.1.2016.

Her inntas brevet i sin helhet:

### Høringsvar til rapport fra forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen- Orkdal Helsetun i Orkdal kommune.

Rådmann, assisterende rådmann og kommunalsjef har gjennomgått høringsutkastet og ønsker å komme med følgende innspill.

På side 10 i rapporten står det "Kommunene i Orkdalsregionen og Rindal, Surnadal og Halså kommune har etablert en regional samhandlingsenhet (SIO) for å løse nye kommunale oppgaver som følger av samhandlingsreformen." Vi ønsker å påpeke at det er snakk om enkelte av de nye kommunale oppgavene som følge av samhandlingsreformen og ikke oppgavene i sin helhet.

På side 12 i rapporten i siste avsnitt står det at "Det er viktig for revisor å bemerke at revisor ikke har hatt som mandat å gå inn i den såkalte "varslingssaken". Vi vil påpeke at det på et tidlig tidspunkt var avklart at den aktuelle mediesaken ikke har status som varslingssak.

På side 14 i rapporten står det under ett av kulepunktene at leder for søknadskontoret er intervjuet. Søknadskontoret for helse- og omsorgstjenester ledes av enhetsleder for hjemmetjenesten og vedkommende som var intervjuet er ansatt ved søknadskontoret.

På side 28 i rapporten viser tabell 7 blant annet pleiefaktor. Vi mistenker at det er tatt utgangspunkt i alle årsverkene på Orkdal helsetun. Dette innbefatter både ansatte ved kjøkkenet og renholdstjeneste og ikke kun ansatte i brukerrettet tjeneste. Mulig dette er riktig, men vi savner en tydeligere definisjon av hva som ligger i begrepet.

På side 32 i rapporten stiller vi spørsmålstegn ved tabell 8. Ut i fra det vi kan lese av den er 43% av ansatte ufaglærte. Vi får ikke dette til å stemme med figur 2, 3 og 4 på side 29, 30 og 31.

### Kommentar til rapportens konklusjoner og anbefalinger

Først vil vi bemerke at rapporten i det store og hele gir et godt bilde av implementering av samhandlingsreformen for Orkdal kommunes vedkommende, innenfor den avgrensning som er gjort for dette revisjonsoppdraget. Vi sier oss også tilfredse med konklusjonene i rapporten. Orkdal kommune er i ferd med å følge opp anbefalingene som revisjonen gir.

Vi har en pågående prosess på Orkdal helsetun for å se på behovet for og bruken av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Det er igangsatt en utredning for å se på muligheten for å etablere et botilbud med heldøgns omsorg i omsorgsboliger i nærheten av helsetunet.

Vi er også kjent med utfordringen knyttet til for lav dekningsgrad for plasser i skjermet enhet for personer med demens. Det er en målsetting at denne andelen skal økes i løpet av 2016.

Det er en målsetting å øke andelen med 3-årig høyskoleutdanning ved Orkdal Helsetun. I den forbindelse blir, som nevnt i rapporten, stillinger gjort om til sykepleierstillinger ved ledighet og

utlysninger. Det arbeides for å etablere desentralisert sykepleierutdanning i SiO-regi. Dette vil være et viktig bidrag for kompetanseheving på Orkdal Helsetun.

Det er startet en prosess for å revidere kommunens strategiske kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten. Dette vil være et viktig bidrag for måloppnåelse og for å sikre riktig kompetanse i årene som kommer.

Med hilsen  
Orkdal kommune  
Helse- og omsorg

Kristin Gjersvoll Wangen  
Kommunalsjef

### **Revisors behandling av hørings svar fra kommunen**

Revisor har på bakgrunn av hørings svaret foretatt korrigerende av faktiske opplysninger som fremkommer, uten at dette har gitt grunnlag for endringer av våre konklusjoner og anbefalinger.

## Konklusjoner og anbefalinger

### 5.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor belyst følgende to problemstillinger;

- om kommunen har tilfredsstillende kapasitet mht kort- og langtidsplasser i institusjon, og
- om det er tilfredsstillende kompetanse og bemanning for å ivareta ansvaret for heldøgns helse- og omsorgstjenester ved Orkdal helsetun.

I begge problemstillinger er det Orkdal helsetun som har vært gjenstand for revisors undersøkelser.

I forhold til problemstilling nr 1 konkluderer revisor, på bakgrunn av de data som er lagt fram i rapporten og de vurderinger som er gjort, med at behovet for heldøgns omsorg i form av langtidsplasser ved sykehjemmet er så stort at dette forringer tilbudet av korttidsplasser i kommunen. Det vil si at omfanget av plasser reelt tilgjengelig til rehabilitering og avlastning er vesentlig mindre enn forutsatt fra kommunestyrets side.

I forhold til problemstilling nr 2 konkluderer revisor med at Orkdal kommune er presset i forhold til å sikre riktig sammensatt kompetanse og bemanning ved Orkdal helsetun. Det er ikke grunnlag for revisor til å konkludere med uforsvarlighet i driften av helsetunet, selv om det kan være risiko for at man ikke har tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse på vakt til enhver tid.

## 5.2 Anbefaling

Revisor anbefaler rådmannen å:

- Gjennomgå behovet for og fordelingen av korttids- og langtidsplasser i institusjon, og sikre at kommunen har et tilfredsstillende tilbud om avlastning og rehabilitering, og
- Gjennomgå kompetansebehovet ved Orkdal helsetun og sikre at Orkdal helsetun har tilfredsstillende kompetanse ved drift av helsetunet.

## Kilder

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter -  
[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Kommuneplanens samfunnsdel, Orkdal kommune -  
<http://www.orkdal.kommune.no/file.axd?fileDataID=6672d141-1eb4-4b84-975a-4b1099a80917>
- Handlingsplan med budsjett, Orkdal kommune –  
<http://www.orkdal.kommune.no/file.axd?fileDataID=6672d141-1eb4-4b84-975a-4b1099a80917>
- Pleie- og omsorgsplan, Orkdal kommune  
<http://www.orkdal.kommune.no/file.axd?fileDataID=d3fa7aad-b046-499a-b87f-cbd90a676759>
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Orkdal kommune og St. Olavs Hospital HF.  
<https://stolav.no/Sider/PageNotFoundError.aspx?requestUrl=https://stolav.no/StOlav/Samarbeidsavtale%20mellom%20SiO%20og%20St%20%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf>
- Rundskriv IS-7/2015 fra Helsedirektoratet, ang Legemiddelhåndteringsforskriften.  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer-rev>
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731?q=internkontroll>

## Vedlegg 1

Tabell 9. Døgnpris fra helseforetaket og utgifter pr beboerdøgn i institusjon

	2012	2013	2014	2015
Utgifter per beboerdøgn i institusjon Orkdal	2 178	2 272	2 472	
Døgnpris fra helseforetaket	4000	4125	4255	4387
Kommunens ekstrakostnad pr pasient/pr døgn	-1 822	-1 853	-1 783	

Kilde: ssb.no, helsedirektoratet.no, Orkdal kommune





Postadresse: Sandenveien 5, 7300 Orkanger

Hovedkontor: Statens hus, Orkanger

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