

FINANSIELL REVISJON | FORVALTNINGSREVISJON | FINANSFORVALTNING | SELSKAPSKONTROLL | RÅDGIVNING



RAPPORT FRA FORVALTNINGSREVISJON:

Midtre Gauldal sykehjem

Midtre Gauldal kommune

Januar 2017



## Forord

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag av Midtre Gauldal kommunes kontrollutvalg høsten 2016.

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, 23.1.2017

Frode Singstad  
Ansvarlig forvaltningsrevisor

Tor Arne Stubbe  
Prosjektmedarbeider

## Sammendrag

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført ved hjelp av intervju med en rekke ansatte, en spørreundersøkelse til alle ansatte og gjennomgang av sykehjemmets systemer og en stor mengde dokumentasjon. Forvaltningsrevisjonen viser at Midtre Gauldal sykehjem per høsten 2016 har store utfordringer på flere områder.

Det viktigste er at sykehjemmet ikke har noe samlet, skriftlig system for intern kontroll, og at sykehjemmet mangler skriftlige rutiner på flere områder. Sykehjemmets avvikssystem fungerer etter vår vurdering dårlig, og brukes ikke til å føre kontroll med områder der det er risiko for brudd på regelverk og rutiner.

På et av de områdene vi har undersøkt, ser det ut til at sykehjemmet i hovedsak har god kontroll. Det gjelder legemiddelhåndtering. Legemiddelhåndteringen ser ut til å skje i ordnede former, og i all hovedsak i tråd med lov og regelverk.

Kontrollutvalget har bedt oss om å undersøke hvordan sykehjemmet jobber med sykefraværet. Våre undersøkelser tyder på at oppfølgingen av sykmeldte i hovedsak skjer i tråd med regelverk, men at ledelsen bør sikre en mer systematisk tilnærming til forebyggingsarbeidet.

Revisjonen mener at sykehjemmet ikke sikrer at det er tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende. Det begrunner vi først og fremst med at både bruker- og pårørendemedvirkning i alt for liten grad er satt i system. Det er videre store sprik i ansattes syn på hva brukermedvirkning skal være, og vi ser med bekymring på enkelte holdninger knyttet til brukernes manglende rett til medbestemmelse.

Sykehjemmet har ikke rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang. Revisjonen mener det er grunn til å fastslå at det foreligger ulovlig bruk av tvang i flere i ulike situasjoner ved sykehjemmet. Revisjonen er svært kritisk til denne praksisen, og til det vi mener er manglende kunnskap om og bevissthet om bruk av tvang fra ansatte.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling .....	7
1.2 Om sykehjemmet.....	7
2 Undersøkelsesopplegget.....	11
2.1 Avgrensning.....	11
2.2 Problemstillinger .....	11
2.3 Metode for datainnsamling og analyse.....	11
2.4 Kriterier.....	12
3 Medvirkning fra brukere og pårørende.....	13
3.1 Revisjonskriterier .....	13
3.2 Data.....	15
3.2.1 Brukermedvirkning .....	15
3.2.2 Pårørendemedvirkning.....	18
3.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang.....	19
3.3 Revisors vurdering.....	23
4 Sykefravær.....	25
4.1 Revisjonskriterier .....	25
4.2 Data.....	25
4.2.1 Fraværstatistikk.....	25
4.2.2 Organisering av sykefraværarbeidet.....	27
4.2.4 Forebygging av sykefravær.....	27
4.2.5 Oppfølging av sykefravær .....	28
4.3 Revisors vurdering.....	29
5 Følger sykehjemmet loven på utvalgte områder? .....	30
5.1 Revisjonskriterier .....	30
5.2 Data.....	31
5.2.1 Internkontroll .....	31
5.2.2 Legemiddelhåndtering.....	39
5.3 Revisors vurdering.....	41
6 Høring .....	43
7 Konklusjoner og anbefalinger .....	44

## Tabell

Tabell 1.	Indikatorer for institusjonsplasser i Midtre Gauldal sammenlignet med andre .....	9
Tabell 2.	Resultat fra brukerundersøkelse blant pårørende i 2015 .....	19
Tabell 3.	Andel legemeldt sykefravær i brukerrettet tjeneste (%).....	26
Tabell 4.	Utvikling i sykefravær på sykehjemmet .....	26

## Figurer

Figur 1.	Indikatorer for institusjonsplasser i Midtre Gauldal sammenlignet med andre .....	9
Figur 2.	Totalt sett god brukermedvirkning ved Midtre Gauldal sykehjem? .....	16
Figur 3.	Tilfredsstillende aktivitetstilbud til beboerne? .....	18
Figur 4.	Vurdering av beboernes samtykkekompetanse .....	20
Figur 5.	Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang? .....	21
Figur 6.	Er du kjent med at noen av følgende forhold siste to år? .....	22
Figur 7.	Arbeidsgivers oppfølging av deg før, under og etter sykmeldingen? .....	28
Figur 8.	Er du trygg på hvilke hendelser som skal meldes som avvik? .....	32
Figur 9.	Oversikt over registrerte avvik.....	32
Figur 10.	Dokumentasjonsplikten.....	34
Figur 11.	Tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak? .....	36
Figur 12.	Får nyansatte i hovedsak tilstrekkelig opplæring? .....	37
Figur 13.	Diverse påstander om Midtre Gauldal sykehjem: .....	40

# 1 Innledning

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Midtre Gauldal kommune vedtok i møte 2.6.2016, sak KU-17/2016 å bestille en forvaltningsrevisjon av Midtre Gauldal sykehjem:

*Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for 2016–2018 og bestiller en forvaltningsrevisjon med fokus på Midtre Gauldal sykehjem.*

*Prosjektplan og ressursramme legges frem for kontrollutvalget på utvalgets møte i september 2016 til orientering.*

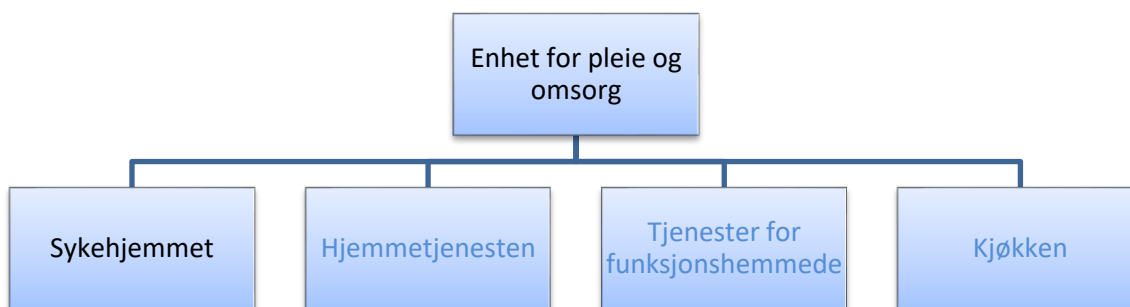
*Kontrollutvalget gir sekretariatet fullmakt til å fastsette dato for levering av endelig rapport, samt å følge opp prosjektet på vegne av utvalget.*

Revisjon Midt-Norge deltok ved utvalgets behandling av bestillingen, og tok med innspill til gjennomføringen av prosjektet. En prosjektplan ble sendt utvalget til orientering den 15.06.2016, før arbeidet startet opp. Prosjektplanen skisserer at forvaltningsrevisjonen skal omhandle følgende tema, i tråd med kontrollutvalgets intensjoner slik de kom fram av plan for forvaltningsrevisjon og innspill i møtet den 15.06: internkontroll ved sykehjemmet, håndtering av legemidler, kvalitet i tjenesten, medvirkning fra brukere og pårørende, tvang ved sykehjemmet, sykefravær og kompetanse.

## 1.2 Om sykehjemmet

Midtre Gauldal sykehjem er det eneste sykehjemmet i kommunen. Sykehjemmet er del av enheten for pleie og omsorg. Enheten omfatter også hjemmebaserte tjenester, tjenester for funksjonshemmede og kjøkken.

Figur 1. Organisasjonskart enhet for pleie og omsorg



Sykehjemmet tilbyr langtidsopphold, korttidsopphold for rehabilitering, korttidsopphold for medisinsk behandling, utredning og observasjon, opphold for terminal omsorg/palliativ behandling, dagopphold, nattopphold, akutttopphold og avlastningsopphold.<sup>1</sup> Sykehjemmet hadde per juni 2016 119 ansatte fordelt på 69,5 årsverk, og 66 plasser:

- Gruppe 1 og 2: 14 langtidsplasser for somatiske/demente brukere.
- Gruppe 3: 8 langtidsplasser for demente/psykogeriatrici(alderspsykiatri)
- Gruppe 4: 8 korttids-/rehabiliteringsplasser.
- Rød avdeling: 14 langtidsplasser for somatisk syke.
- Røskafттunet: 22 langtidsplasser for somatisk syke.

Revisjon Midt-Norge IKS har som ledd i denne forvaltningsrevisjonen gjennomført en spørreundersøkelse til alle ansatte ved sykehjemmet. Av de som svarte på den undersøkelsen, hadde 79 % jobbet ved sykehjemmet i 11 år eller mer, og 93% hadde mer enn 11 års erfaring i helsesektoren. Det viser at det er en erfaren ansattgruppe ved sykehjemmet.

I Midtre Gauldals årsrapport for 2015<sup>2</sup> fremgår det at:

- Utgiftsnivået for pleie- og omsorg har vært høyere enn budsjett i 2013 og 2014, mens for 2015 er det et mindreforbruk.
- Antall betalingsdøgn for utskrivningsklare pasienter har økt fra 102 i 2013 til 227 i 2015.
- Antall ansatte med fagutdanning innen pleie og omsorg i 2015 ligger på:
  - 95 % med VGS
  - 52,2 % fra høyskole/universitet.

<sup>1</sup> Kilde: [www.midtre-gauldal.kommune.no](http://www.midtre-gauldal.kommune.no)

<sup>2</sup> Kommunestyresak 37/2016



Sykehjemmet er i en prosess med mål om å bli sertifisert som såkalt Livsgledesykehjem.<sup>3</sup> Det innebærer at sykehjemmet må ha rutiner, prosedyrer og diverse andre forhold på plass før de kan bli sertifisert. Vinteren 2016 vurderte sykehjemmet det slik at de ikke var klare til å starte en sertifiseringsprosess på grunn av diverse mangler blant annet i rutiner og prosedyrer, og utsatte det noe i forhold til planen. Sertifiseringsprosessen er nå planlagt vinteren 2017, men kan fremdeles ta flere år å gjennomføre.

Vi har hentet ut tall fra KOSTRA for perioden 2011-2015 for Midtre Gauldal kommune og sammenlignet disse med tall for sammenlignbare kommuner og landet for øvrig:

Tabell 1. Indikatorer for institusjonsplasser i Midtre Gauldal sammenlignet med andre

År	Midtre Gauldal kommune					Gruppe 10	Landet u/Oslo
	2011	2012	2013	2014	2015	2015	2015
Andel innbyggere over 80 år på institusjon	18,8	17,1	15	15,6	14,5	12,3	13,2
Belegg på institusjon	-	102,9	104,6	99,3	98,5	96,8	97,5
Andel plasser til tidsbegrenset opphold	11	13,6	14,9	11,9	11,9	17,5	19,1
Andel plasser til skjermet enhet	9,8	9,9	11,9	11,9	11,9	24,6	26,3
Legetime per uke pr. beboer sykehjem	0,2	0,19	0,22	0,24	0,24	0,43	0,54
Fysioterapitime per uke pr. beboer sykehjem	0,12	0,22	0,23	0,19	0,23	0,25	0,38
Utgifter per plass institusjon (tall i tusen)	833	871	1085	1 177	1 114	1 007	1050
Kommunale årsverk i PLO	171,87	177,37	204,47	164,94	204,8	-	-
Årsverk av personell med relevant fagutdanning i PLO	130,36	140,26	156,88	135,93	155	-	-

Kilde: ssb.no

<sup>3</sup> <http://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

Tabellen viser at:

- Andelen innbyggere over 80 år og belegg i institusjon er redusert over tid, men ligger fremdeles noe over sammenlignbare kommuner og landet.
- Andel plasser til tidsbegrenset opphold er lavt.
- Andel plasser til skjermet enhet er lavt.
- Lege og fysioterapitime per uke per beboer er lavt sammenlignet med andre.
- Kommunen har høyere utgifter per institusjonsplass sammenlignet med andre.
- Tabellen viser også at antall årsverk med relevant fagutdanning er lavere (ca. 50 årsverk) enn totale årsverk i PLO. Det indikerer at sykehjemmet bruker en del ufaglært arbeidskraft.

## 2 Undersøkelsesopplegget

Her følger en beskrivelse av hvordan vi har jobbet med denne forvaltningsrevisjonen.

### 2.1 Avgrensning

Et sykehjem driver innenfor rammene av en rekke lover og regler, og revisor vil kun kontrollere et utvalg av disse. Nærmere avgrensning følger av beskrivelsen av problemstillingene under.

### 2.2 Problemstillinger

På grunnlag av bestillingen fra kontrollutvalget og avgrensningene over, har vi utformet følgende problemstillinger for forvaltningsrevisjonen:

1. Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved Midtre Gauldal sykehjem?
2. Hvilke mulige forklaringer ser kommunen selv på sykefraværet ved enheten, og hva gjør ledelsen for å forebygge og følge det opp?
3. Drives Midtre Gauldal sykehjem i tråd med regelverket på utvalgte områder?
  - Internkontroll
  - Avvikssystem
  - Dokumentasjon
  - Kompetanse
  - Legemiddelhåndtering

### 2.3 Metode for datainnsamling og analyse

Med utgangspunkt i problemstillingene er det innhentet flere ulike typer data. På den ene siden var det behov for å beskrive prosesser (praksis) på ulike områder, mens det på den andre siden var behov for å dokumentere ulike sider ved tjenestene på sykehjemmet.

Loverket stiller krav om skriftlige rutiner innen flere områder av helse og omsorgstjenesten, og internkontrollforskriften stiller krav til at instruksjer, prosedyrer og rutiner er gjort kjent og tilgjengelig for ansatte. Revisor har derfor kontrollert tilgjengelig dokumentasjon.

For å finne ut om ansatte kjenner rutinene, har vi gjennomført intervju hvor ansatte får beskrive hvordan rutinene praktiseres ved sykehjemmet. Vi har sikret bredde gjennom å intervjuer både ledelse, ansatte og tillitsvalgte/verneombud. Vi har også sett på kommunens system for avviksmeldinger og oppfølgingen av dette.

For å få fram hvilket syn pårørende har på tjenestene ved Midtre Gauldal sykehjem, har revisor basert seg på kommunens egne gjennomførte pårørendeundersøkelse. Fordi det er høyst relevant å få innblikk i ansattes oppfatning om praksis på de ulike områdene, har vi utarbeidet en egen spørreskjemaundersøkelse som er sendt til alle ansatte ved sykehjemmet. Her ble det stilt spørsmål om medvirkning, internkontroll, legemiddelhåndtering, sykefraværsoppfølging osv. Det ble sendt ut skjema til 82 respondenter og revisor mottok 42 svar (51 % svar). Selv om svarprosenten er over 50, må tallene behandles med varsomhet. Utvalget er relativt lite (82 personer) og svar fra én respondent utgjør en forholdsmessig stor andel.

Samlet har dokumentasjon, intervju materiale og spørreundersøkelse gitt et tilstrekkelig grunnlag for å gjøre vurderinger knyttet til de problemstillinger som er formulert.

## 2.4 Kriterier

Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner §7 skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes opp mot. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. I denne forvaltningsrevisjonen har vi utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Arbeidsmiljøloven og IA-avtalen
- Helse og omsorgstjenesteloven
  - Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
  - Forskrift om legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp)
  - Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Pasient- og brukerrettighetsloven

De konkrete kriteriene fremgår av første underkapittel i de følgende kapitlene.

### 3 Medvirkning fra brukere og pårørende

Kontrollutvalget har bedt om at revisor belyser medvirkning fra beboere og pårørende. Det vil si at utvalget er opptatt av hvorvidt beboere og pårørende har innflytelse på hvilket tjenestetilbud pasientene får og hvordan dette skal gis. I dette kapittelet svarer vi derfor på følgende problemstilling: Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved Midtre Gauldal sykehjem?

#### 3.1 Revisjonskriterier

Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre brukere og pårørende innen helse- og omsorgstjenestene innflytelse på de tjenestene de mottar (lovens kapittel 3). Loven gir blant annet pasient en generell rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, herunder ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (§ 3-1 første ledd). I tillegg bestemmer loven at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient, og at det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet (§ 3-1 første ledd).

Også kvalitetsforskriften stiller krav til at brukere i pleie og omsorgstjenestene skal ha rett til å medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet, at den enkelte bruker skal ha medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene, og at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer dette (kvalitetsforskriftens § 3 første ledd). 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.

Videre understreker internkontrollforskriften betydningen av å gjøre nytte av tjenestemottakeres/pårørendes erfaringer i kommunens kontinuerlige forbedringsarbeid innenfor tjenestene. Oppsummert innebærer dette at Midtre Gauldal sykehjem skal:

- Ha en systematisk tilnærming til brukermedvirkning, med rutiner og prosedyrer for å sikre tilstrekkelig medvirkning fra pasienter og pårørende
- Sikre nødvendig medvirkning fra brukere og pårørende

Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke. Noen pasienter 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. 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).

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.

Før sykehjemmet kan vurdere bruk av tvang for å gi nødvendig helsehjelp, må de 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 det å holde pasienter på sykehjemmet mot sin vilje, å gi medisin mot pasientens vilje, eller tvungen kroppsvask, mating 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. Videre må ansatte sikres tilstrekkelig kompetanse i reglene om samtykkekompetanse og bruk av tvang.

Oppsummert innebærer dette at Midtre Gauldal sykehjem skal:

- Ha en systematisk tilnærming til vurdering av samtykkekompetanse
  - Fatte egne avgjørelser om bortfall av samtykkekompetansen
  - 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.
- Sikre ansatte tilstrekkelig kompetanse i reglene om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen
- Kun bruke tvang der dette skjer med hjemmel i vedtak

## 3.2 Data

I det følgende presenteres data fra revisors undersøkelser knyttet til pasient og brukerrettighetsloven. Det er innhentet data gjennom spørreskjemaundersøkelse til ansatte, intervju med ledelse og ansatte og gjennomgang av enhetens rutiner og systemer.

### 3.2.1 Brukermedvirkning

I intervju med ledelsen og tillitsvalgte sier de fleste at sykehjemmet ikke har hatt en systematisk tilnærming til brukermedvirkning. Det henvises til at det finnes få rutiner eller retningslinjer for hvordan brukere skal gis medvirkning på sin hverdag, og at brukermedvirkningen dokumenteres i for liten grad. Intervjuene viser også at det er forskjeller mellom avdelingene: noen avdelinger har for eksempel faste ordninger med primærkontakter (én eller to ansatte med spesielt ansvar for å følge opp en enkelt pasient), mens andre har det ikke.

Én avdeling har, etter hva vi forstår, praksis for å gjennomføre en kartleggingsamtale med nye pasienter, mens andre avdelinger overhodet ikke gjør noen form for systematisk kartlegging av pasientenes interesser.

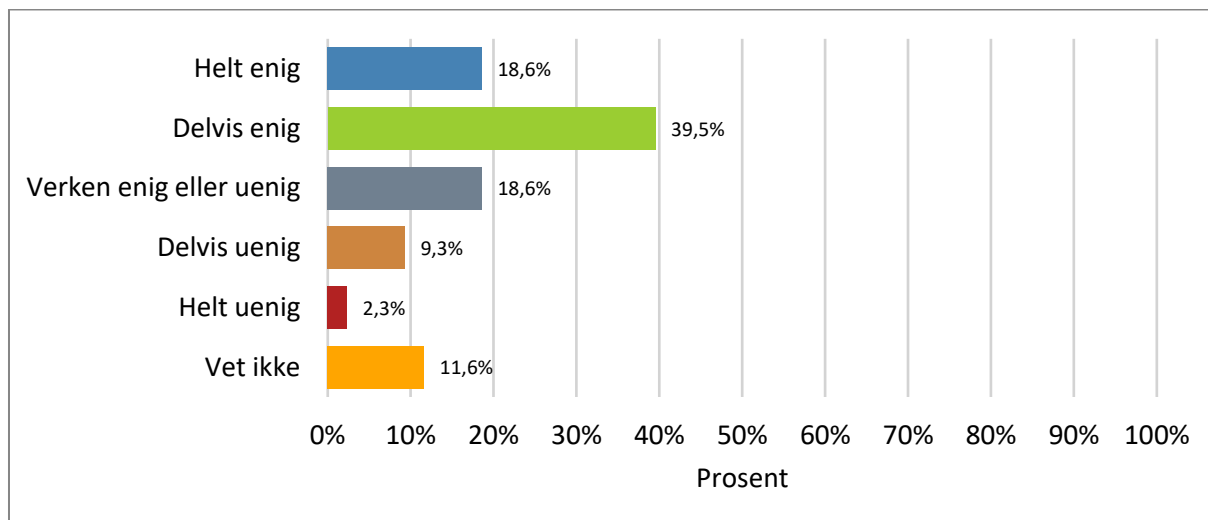
Flere er kritisk til at ikke demensavdelingene gjør en ordentlig kartlegging av funksjonsnivå ved innleggelse. De mener at konsekvensen av dette er at de ansatte gjør ting for brukerne, som brukerne kunne ha klart å gjøre selv. En ansatt sier:

*Det er en ukultur: at de ansatte skal gjøre alt for dem, pleie istedenfor aktivere, og det bidrar til at funksjonsnivået reduseres ganske fort.*

Enhetsleder presiserer at det er igangsatt arbeid for å lage felles rutiner for oppnevning av primærkontakter for alle pasienter. Videre er bruker- og pårørendemedvirkning et av fokusområdene i sertifiseringen som Livsgledesykehjem. Det jobbes videre med etablering av et brukerråd.

I figuren under ser vi i hvilken grad ansatte er enig i at det er god brukermedvirkning ved Midtre Gauldal sykehjem.

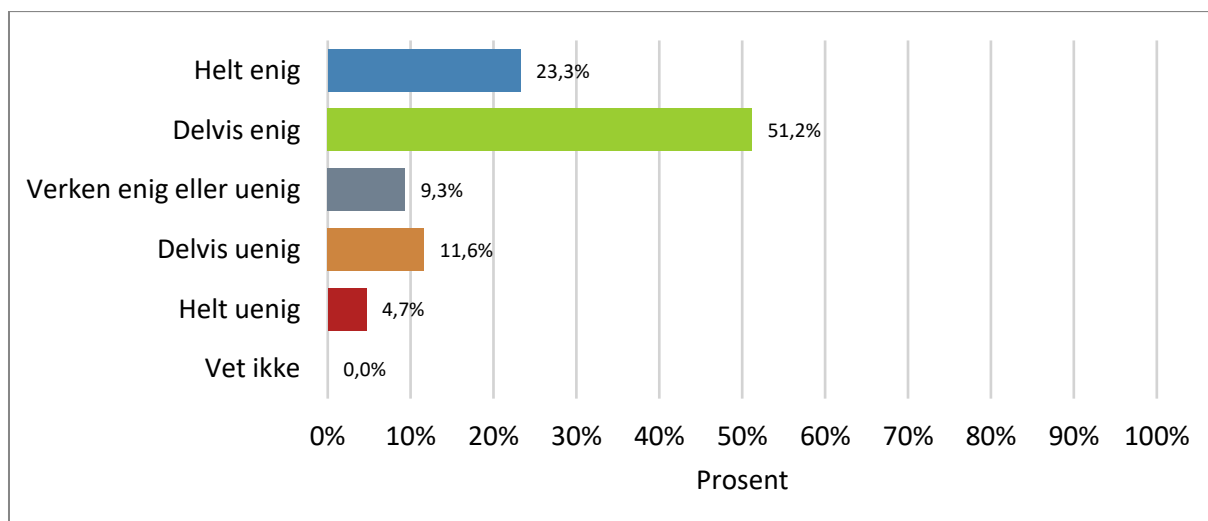
Figur 2. I hvilken grad er du enig i at det totalt sett er god brukermedvirkning ved Midtre Gauldal sykehjem



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at opp mot 60% er helt eller delvis enig i at det totalt sett er god brukermedvirkning. 18,6 % svarer nøytralt, og 11,6 % er helt eller delvis uenige i at det er god brukermedvirkning. For å få noen mer konkrete svar på hvordan de ansatte vurderer brukermedvirkningen i gitte situasjoner, har vi stilt dem spørsmål knyttet til noen situasjoner der kravet til brukermedvirkningen kan bli satt på spissen:

Figur 3. I hvilken grad er du enig i at beboerne får stå opp og legge seg når de vil?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser for det første at færre svarer nøytralt eller «vet ikke» når de får spørsmål om noe konkret. Deretter viser den at nært opp til 75 % er helt eller delvis enig i at brukerne får stå opp og legge seg når de vil. Samtidig er 16,3 % helt eller delvis uenig i dette.



Noen av de vi har intervjuet sier at hva slags medvirkning brukerne får ha, i stor grad avhenger av hvilke ansatte som er på vakt. De tegner et bilde av en kulturforskjell mellom de ansatte, der noen ansatte er opptatt av å lytte til pasientene, prøve å finne ut hva de ønsker, og lar pasientene bestemme selv så lenge det ikke er fare for liv og helse, mens andre styrer pasientene i langt større grad. Noen mener at disse forskjellene kan knytte seg til både yrkesbakgrunn og alder blant de ansatte. Et eksempel som trekkes fram er at noen ansatte krever at pasientene skal ha stått opp før frokost, uavhengig av hva de selv vil, mens andre mener dette strider med prinsippet om brukernes rett til å bestemme selv. Et annet eksempel er legging. En ansatt sier:

*Det er en utfordring ved sykehjemmet at nattevaktene krever at alle brukere skal være lagt før de kommer på jobb kl. 22. Dette er en ukultur, og det grenser mot tvang. På grunn av denne praksisen hender det for eksempel at brukere gråtende må bli lagt i seng før de selv ønsker.*

Vi har stilt de ansatte flere spørsmål om slike konkrete situasjoner. På spørsmål om brukerne får spise når de vil, er 72,1% helt eller delvis enig, og 7 % er helt eller delvis uenig. Intervjuene tyder på at tidsrammen for måltidene er faste, men at pasientene i hovedsak får mat om de er sultne også utenom disse tidspunktene.

Store flertall av de ansatte mener at det er nok tid til å spise ved måltidene (83 %)<sup>4</sup>, og at de ansatte snakker klart og tydelig til beboerne (76,7 %).<sup>5</sup>

Både intervjuene og spørreundersøkelsen tyder på at brukerne i hovedsak får dusj eller stell så ofte som de ønsker. Noen mener likevel at pasientene får stell også om de ikke ønsker det.

### **Aktiviteter – aktivitetstilbud**

Som nevnt over har brukerne krav på et visst tilbud om å delta på varierte og tilpassede aktiviteter. Det er ansatt to aktivitører ved sykehjemmet, som har ansvar for aktivisering av brukerne. I tillegg har sykehjemmet etablert samarbeid med videregående skole om praksisplasser, og disse «Livsgledeelevene» kommer på besøk én gang pr uke. Flere trekker fram de felles måltidene som en arena for sosial aktivitet og samspill. Sykehjemmet har

---

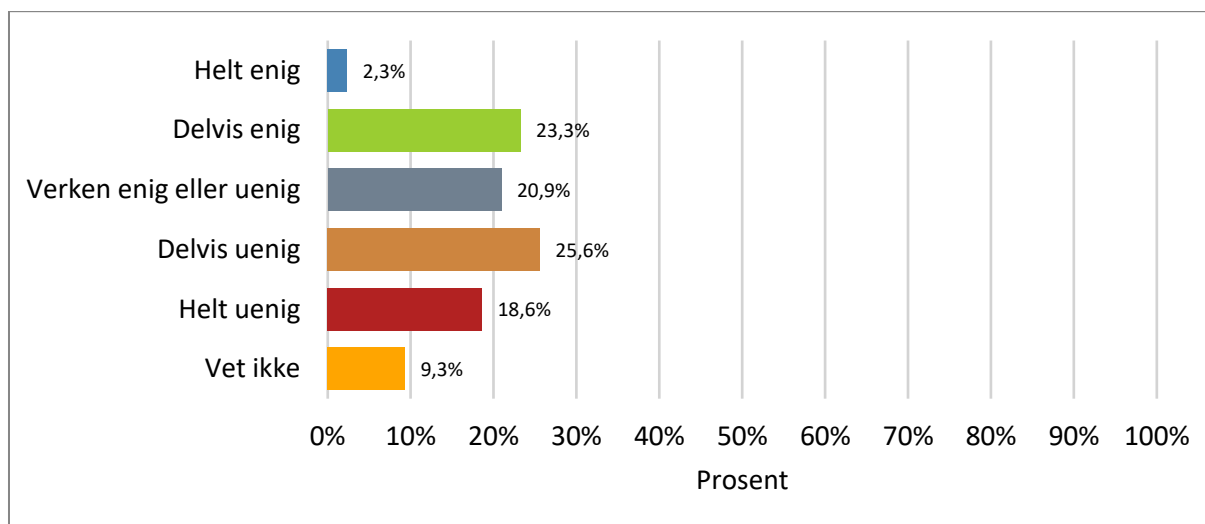
<sup>4</sup> Helt eller delvis enig i påstanden «det er nok tid til å spise ved måltidene». 4,8% er helt eller delvis uenig.

<sup>5</sup> Helt eller delvis enig i påstanden «ansatte snakker klart eller tydelig til beboerne». 4,6% er helt eller delvis uenig.

brukbar tilgang på fysioterapi, og for eksempel gåtreening er med på å aktivisere brukerne. Likevel sier de fleste at aktivitetstilbudet både kunne og burde ha vært bedre, og at et bedre aktivitetstilbud ville ha bidratt til å gjøre hverdagen bedre for brukerne.

Figuren nedenfor viser hva ansatte mener om aktivitetstilbudet ved sykehjemmet:

Figur 3. I hvilken grad er du enig i at det er et tilfredsstillende aktivitetstilbud til beboerne?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at 2,3% er helt enig i dette, og 23,3 % er delvis enig. 44,2 % av de ansatte er helt eller delvis uenig i at det er et tilfredsstillende aktivitetstilbud ved sykehjemmet.

### 3.2.2 Pårørendemedvirkning

Også når det gjelder pårørendemedvirkningen, involvering av pårørende i spørsmål som gjelder tilbudet til brukerne, sier de vi har intervjuet at den i for liten grad er satt i system. Det blir dermed i for stor grad opp til den enkelte avdelingen og den enkelte ansatte i hvilken grad pårørende involveres. Det har vært gjort forsøk på å etablere et «pårørendeutvalg» ved sykehjemmet, som kunne bidra til å ivareta de pårørendes interesser. Det har tidligere ikke latt seg gjøre. Høsten 2016 har ledelsen arrangert et pårørendemøte og informert om at de ønsker å etablere et brukerråd. Dette er i tråd med vedtak fattet i utvalg for helse og omsorg i oktober 2016:

Det etableres to brukerutvalg for brukere som mottar tjenester innfor enhet for Pleie og Omsorg.

Ett brukerutvalg for mennesker med funksjonshemming og ett for øvrige brukere i hjemmetjenesten og sykehjemmet.

Brukerrådene velges av og blant innbyggere som mottar tjenester eller deres

pårørende.

I brukerutvalget for eldre skal det sitte en representant fra Støren, Soknedal, Singsås og Budal.

Brukerutvalgene skal ha 4 medlemmer som velges for 2 år om gangen. Det første brukerutvalget bør sitte til neste kommunestyrevalg.

Rådmannen informerer brukere og pårørende om valg av brukerutvalg for sykehjemmet og hjemmetjenesten (for eldre).

Rådmannen tar kontakt med pårørendegruppa for funksjonshemmede før valg av brukerutvalg.

HO ønsker tilbakemelding når brukerutvalgene er konstituert, om ca. 6 mnd

Kommunen gjennomførte i 2015 en egen brukerundersøkelse blant de pårørende ved sykehjemmet. Revisjonen er ikke kjent med hvordan denne undersøkelsen er gjennomført, så vi kan ikke gå god for kvaliteten på dataene. Vi gjengir dem likevel i en tabell:

Tabell 2. Resultat fra brukerundersøkelse blant pårørende ved Midtre Gauldal sykehjem i 2015 (skala 1-6)

	<b>Norge</b>	<b>MGK</b>
<b>Snitt totalt</b>	4,6	4,8
<b>Helhetsvurdering</b>	4,9	5,2
<b>Brukermedvirkning</b>	4,1	4,2
<b>Respektfull behandling</b>	5	5,3
<b>Informasjon</b>	4,3	4,4
<b>Tilgjengelighet</b>	4,5	4,8
<b>Trivsel</b>	4,8	5,2
<b>Resultat for beboeren</b>	4,3	4,6

*Kilde: Midtre Gauldal kommune*

Tabellen viser blant annet at det forholdet pårørende gir dårligst skår, er brukermedvirkning. På de andre punktene ligger Midtre Gauldal stort sett over landet for øvrig.

### 3.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang

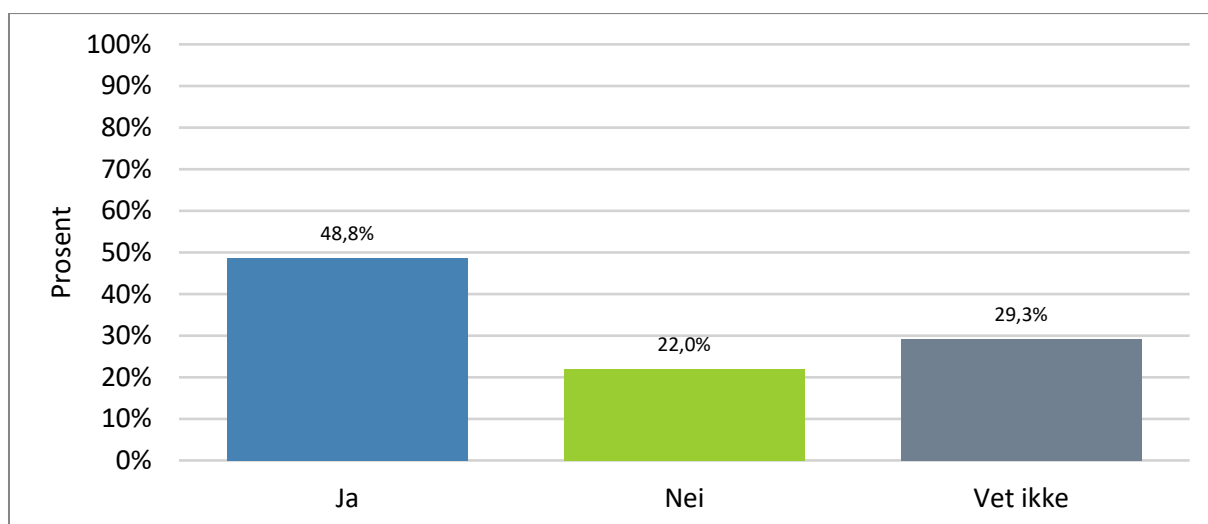
Bruk av tvang er bare aktuelt der pasienten mangler samtykkekompetanse. For at sykehjemmet skal kunne overholde kravene til vurdering av samtykkekompetanse, må de ha innarbeidede rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og det må være avklart hvem som skal vurdere samtykkekompetansen.

### 3.2.3.1 Vurdering av samtykkekompetanse ved Midtre Gauldal sykehjem

Erfaringsmessig er samtykkekompetanse et vurderingstema som kan være vanskelig å forholde seg til for ansatte i sykehjem. Det stiller krav til at ledelsen sørger for at det er jevnlig oppmerksomhet rundt dette temaet. Vi har derfor spurt de ansatte om hvor ofte de deltar i diskusjoner om tema som samtykkekompetanse og bruk av tvang. Svarene spriker veldig, men 22 % sier de deltar i slike diskusjoner ukentlig, og totalt 70,8% sier de deltar annenhver måned eller oftere. Totalt 24,3 % sier at de deltar hvert halvår eller sjeldnere, og 4.9% sier at de aldri deltar i slike diskusjoner.

Intervju med ledelsen tyder på at det er for svak bevissthet om samtykke og bruk av tvang i det daglige, og at det generelt er for lite kunnskap blant ansatte om hva vurdering av samtykke innebærer. Vi har spurt de ansatte om de er trygg på hva det innebærer å vurdere samtykkekompetanse:

Figur 4. Er du trygg på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse? (N=41)



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at omtrent halvparten svarer at de er trygg på hva det innebærer, mens 22 % svarer at de ikke er trygg på det, og 29,3 % svarer «vet ikke».

## Dokumentasjon

Vi har i intervju spurt om det er praksis for å dokumentere vurderinger av samtykkekompetanse. Intervjuene tyder på at vurderinger av samtykkekompetanse i liten grad dokumenteres i Gericas<sup>6</sup> eller på annet vis.

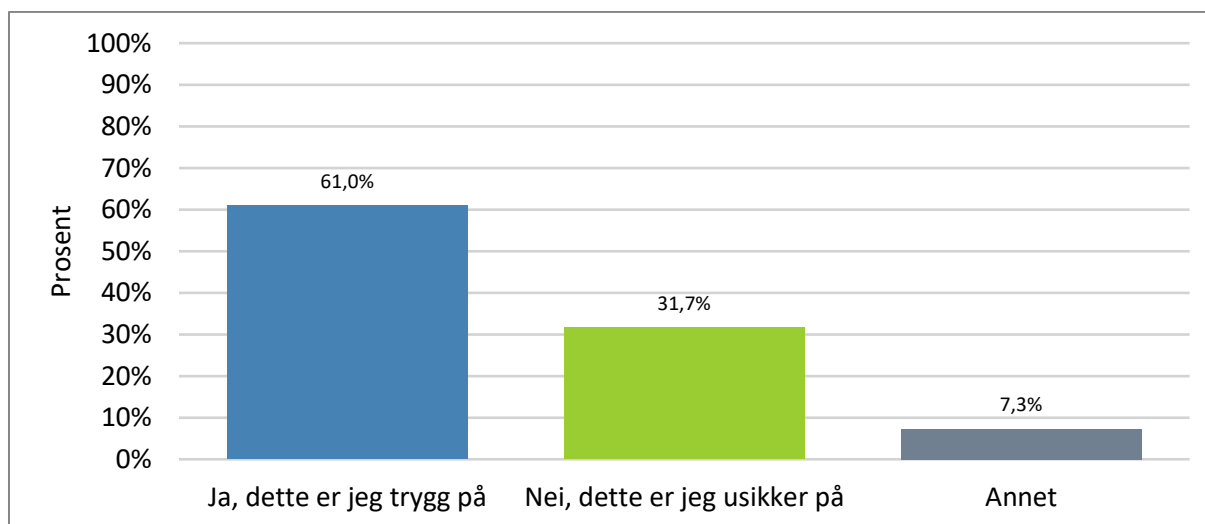
### 3.2.3.2 Bruk av tvang

#### Opplæring i tvangsproblematikk

Flere av de vi har intervjuet uttrykker at det er for lite bevissthet om, og for lite kunnskap om, bruk av tvang ved sykehjemmet.

Vi har spurt de ansatte om de vet hva som skal til for at man skal kunne bruke tvang på en lovlig måte. 80,5% svarer ja på det. Vi tolker dette slik at disse vet at bruk av tvang forutsetter et enkeltvedtak. Vi har videre spurt om de ansatte er trygge på at de selv, i sin arbeidshverdag, ikke utøver ulovlig bruk av tvang:

Figur 5. Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at 61% er trygge på dette, mens 31,7% er usikre.

Det er planer om å opprette enkelte ressursstillinger ved sykehjemmet, som skal ha et særlig ansvar for faglig oppfølging av konkrete områder. Det er planer om at bruk av tvang skal bli et slikt område.

<sup>6</sup> Gericas er [elektronisk pasientjournal](#) (EPJ) og pasientadministrativt system for pleie- og omsorgssektoren.

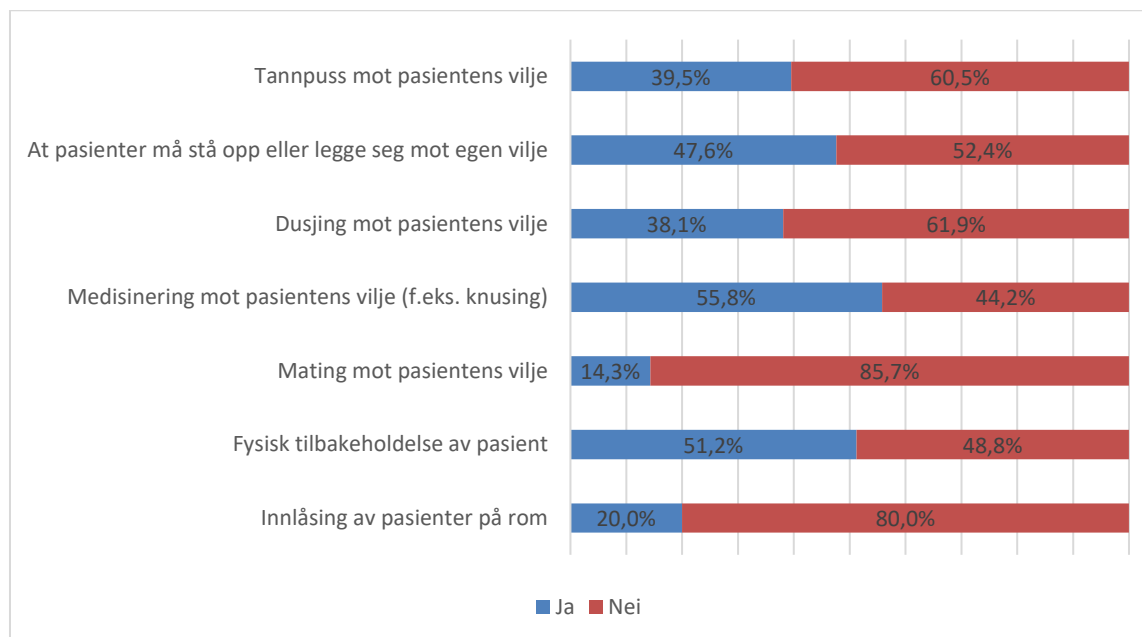
## Rutiner for bruk av tvang

Sykehjemmet har ikke egne rutiner for vurdering av samtykkekompetanse eller bruk av tvang.

## Praksis for vedtak om bruk av tvang

Flere ansatte sier i intervju at de ved sykehjemmet har god praksis for å bruke «tillitsskapende tiltak» - det vil si at de unngår situasjoner der det er behov for bruk av tvang. Vi har identifisert enkelte typiske situasjoner der det erfaringsmessig likevel kan oppstå behov for bruk av tvang, og spurt de ansatte om de er kjent med slike situasjoner ved sykehjemmet. Revisjonen presiserer at vi mener at alle disse situasjonstypene vil, om de skjer mot pasientens vilje, kunne innebære bruk av tvang. Det betyr at de kun skal skje med hjemmel i vedtak, og kun der pasienten er dokumentert ikke samtykkekompetent.

Figur 6. Er du kjent med at noen av følgende forhold forekommer/har forekommet ved Midtre Gauldal sykehjem siste to år?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren tyder på at de ansatte er kjent med tvangsbruk innen alle de ulike kategoriene. De tilfellene av tvangsbruk som flest er kjent med, er at pasienter må stå opp eller legge seg mot egen vilje (47,6%), medisinering mot pasientens vilje (55,8%) og fysisk tilbakeholdelse av pasient (51,2%). Men opp mot 40 % er også kjent med at det forekommer tannpuss mot pasientens vilje (39,5%) og dusjing mot pasientens vilje (38,1%). Figuren sier ikke noe om *hvor mange tilfeller* innen de ulike kategoriene de ansatte er kjent med.

De som svarte at de er kjent med en eller flere tvangssituasjoner, har fått oppfølgingsspørsmål om det var fattet vedtak for bruk av tvang for de aktuelle situasjonene. 5,7 % svarer ja på dette spørsmålet, 68,6 % svarer «nei», og 20 % svarer «vet ikke». Revisjonen har fått opplyst at det kun har foreligget to vedtak om bruk av tvang i den aktuelle perioden (siste to år), og begge gjaldt fysisk tilbakeholdelse i form av låsing av dør til et rom og bruk av belter for å sikre en rullestolbruker.

### **3.3 Revisors vurdering**

Lov og regelverk stiller krav om at brukere og pårørende innen helse og omsorgstjenestene skal ha innflytelse på de tjenestene de mottar, i form av medvirkning ved utforming eller endring av tjenestetilbudet, og medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Revisjonens syn er at det ved Midtre Gauldal sykehjem har vært en alt for lite systematisk tilnærming til brukermedvirkningen. Det er en stor mangel at det ikke finnes felles rutiner eller retningslinjer for hvordan brukere skal gis medvirkning på sin hverdag. Dette gjenspeiles i at det tilsynelatende er store forskjeller mellom avdelingene, og mellom ulike ansatte, på hvordan de lar brukerne få medbestemmelsesrett over små og store beslutninger som angår dem. Vår informasjon tilsier for eksempel at det til dels er kultur for å kreve at pasienter skal være i seng før nattevaktene kommer, eller ha stått opp innen frokosten. En slik praksis er neppe i tråd med lovens krav til brukermedvirkning. Informasjonen tyder på at det i større grad er opp til brukerne selv når de vil spise, selv om noen ansatte synes brukerne har for liten innvirkning på dette også.

Svarene fra de ansatte ved sykehjemmet bekrefter at det er ulike syn på brukermedvirkningen, og på i hvilken grad de klarer å gi god nok brukermedvirkning. Når mindre enn én av fem ansatte er helt enig i at brukermedvirkningen totalt sett er god, er det uansett åpenbart at sykehjemmet har noe å jobbe med. Etter revisjonens vurdering må sykehjemmet jobbe for å skape en felles forståelse for hva brukermedvirkning skal være, og sikre at alle ansatte er innforstått med dette.

Vi registrerer at det er iverksatt arbeid på flere områder, blant annet med rutiner for at alle pasienter skal ha primærkontakter, og at det i større grad skal gjennomføres kartleggingssamtaler.

Aktivitetstilbudet ved sykehjemmet beskrives av de fleste som begrenset. Det er ingen absolutte lovkrav til hvor mye eller hva slags aktiviteter det skal være ved et sykehjem. Det er

likevel verdt å være oppmerksom på at nesten halvparten av de ansatte ser ut til å mene at aktivitetstilbudet er for dårlig.

Vår vurdering av pårørendemedvirkningen er at også denne i større grad bør settes i system. Vi har likevel grunn til å tro at mange pårørende anser seg godt ivaretatt av sykehjemmet, og vi vet at også mange andre sykehjem har utfordringer med å få etablert pårørendeutvalg som fungerer over tid.

### **Særlig om samtykkekompetanse og bruk av tvang**

Den systematiske tilnærmingen revisjonen etterlyser for brukermedvirkning generelt, mangler i høyeste grad også når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang. Revisjonen er svært kritisk til at det mangler felles rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang. Vi er videre kritisk til at det ser ut til å være en manglende bevissthet om grensene for bruk av tvang blant mange ansatte. Våre data viser at over 30 % av de ansatte oppgir å være usikre på om de selv utøver ulovlig tvang, og det gir grunn til bekymring.

Det er svært få vedtak om bruk av tvang ved sykehjemmet. Vårt inntrykk er at dette også har medført at det i for liten grad er oppmerksomhet om pasientenes *samtykkekompetanse* – fordi en vurdering av denne først tvinger seg fram når det er aktuelt å fatte vedtak for bruk av tvang.

På tross av de få tvangsvedtakene, oppgir de ansatte selv at de er kjent med mange ulike hendelser som etter vår vurdering innebærer tydelig tvangsbruk. Vår informasjon sier ikke noe om hvor mange hendelser det er snakk om, men vi kan uansett legge til grunn at det er snakk om brudd på pasientens rett til selvbestemmelse innenfor flere områder. Flere av hendelsene innebærer krenkelser av pasientenes personlige og fysiske integritet, som tvangsmedisinering, tvungen dusjing eller tannpuss.

Etter vårt syn er det stort behov for både arbeid med rutiner og opplæring, og bevisstgjøring av ansatte om hva som er bruk av tvang.



## 4 Sykefravær

Kontrollutvalget var i sin bestilling av denne forvaltningsrevisjonen opptatt av sykefraværet ved sykehjemmet, ut fra en mistanke om at det var høyt. I dette kapittelet svarer vi derfor på denne problemstillingen: Hvilke mulige forklaringer ser kommunen selv på sykefraværet ved enheten, og hva gjør ledelsen for å forebygge og følge det opp?

### 4.1 Revisjonskriterier

Arbeidsmiljøloven, IA-avtalen og internkontrollforskriften setter rammer for kommunale enheters arbeid med fraværspromatikk. Rådmanden har etter kommuneloven § 23 nr. 2 det overordnede ansvaret for at virksomheten drives i tråd med regler. I denne forvaltningsrevisjonen forholder vi oss likevel i hovedsak til enhetens ansvar. Ut fra dette, og kriteriekildene nevnt over, har vi utledet følgende kriterier:

- Ledelsen skal føre fraværstatistikk (Veileder til Samarbeidsavtalen.)
- Ledelsen ved sykehjemmet skal sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og dere tillitsvalgte.
- Ledelsen skal sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær. (Aml. § 3-1, jf. internkontrollforskriften)
- Ledelsen skal gjennom dialog med ansatte fastsette mål for sykefraværarbeidet og sette måltall for sykefraværutviklingen. Ledelsen skal etablere etterprøvbare aktivitetsmål. (IA-avtalen og Veileder til samarbeidsavtalen.)
- Midtre Gauldal kommune har hatt en målsetning om å oppnå et nærvær på 95% (Handlingsprogram med økonomiplan 2016 – 2019, vedtatt i kommunestyret 14.12.15). I økonomi og handlingsplan for 2017-2020 er det satt mål om å redusere enhetens sykefravær til 10 % (kommunestyresak 89/2016).

### 4.2 Data

Under følger data for sykefravær og sykefraværsoppfølging ved sykehjemmet.

#### 4.2.1 Fraværstatistikk

Kommunen oppgir legemeldt sykefravær i sin årlige Kostra-rapportering. Disse tallene er ikke fordelt på enhetsnivå. Det som i Kostra kan indikere noe om sykefravær innen pleie og omsorg, er indikatoren 'legemeldt sykefravær i brukerrettet tjeneste'. I tabell 3 ser vi at sykefraværet i de brukerrettede tjenestene på landsbasis varierer mellom 9,3 og 8,6 i perioden 2010 - 2014, der det laveste sykefraværet er i 2011 og i 2013. I Midtre Gauldal kommune varierer sykefraværet fra 7,9 til 13,3 i samme periode, og hvor laveste sykefravær er rapportert i 2013.

Tabell 3. Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste (%).

	2010	2011	2012	2013	2014
Midtre Gauldal kommune	8,6	8,7	12,2	7,9	13,3
Landet u/Oslo	9,3	8,6	8,9	8,6	8,9

Kilde: ssb.no/kostra

Revisor har fått tilgang til de spesifikke sykefraværstall for sykehjemmet for perioden 2013 – 2015. Vi ser av tabell 4 at sykefraværet er stigende, fra 10 % i 2013 til 13,6 % i 2015. Bruken av egenmeldingsdager er svakt økende i perioden, mens stor økning i langtidssykefraværet, fra 6,1 % i 2013 til 11 % i 2015.

Tabell 4. Utvikling i sykefravær på sykehjemmet

	2013	2014	2015
Egenmeldingsdager i egenmeldingsperioden 1-8 dager (prosent)	1,5	1,6	1,7
Sykemeldingsdager i arbeidsgiverperioden 1-16 dager (prosent)	2,3	3,1	0,8 <sup>7</sup>
Sykemeldingsdager ut over arbeidsgiverperioden 17 dager + (prosent)	6,1	7,7	11
<b>Totalt sykefravær (prosent)</b>	<b>10</b>	<b>12,4</b>	<b>13,6</b>

Kilde: Midtre Gauldal kommune

Av de ansatte som har svart på vår undersøkelse, oppgir 57,1% at de har vært sykmeldt (ikke egenmeldt) fra stilling ved sykehjemmet de siste to årene.

I spørreundersøkelsen har vi spurt de ansatte om hva de mener er de viktigste årsakene til fraværet på den avdelingen de har tilhold i. Av de som har svart på dette, peker flertallet på generell slitasje på de ansatte, som følge av tungt arbeid over lang tid. Noen ser det i sammenheng med at flere ansatte er godt voksne. Mange ser sykefraværet i sammenheng med grunnbemanningen og det arbeidspresset som følger av det. Noen peker på fraværet av en god, synlig ledelse som en viktig årsak. På en avdeling med lite fravær, peker flere av de ansatte på nettopp ledelsen og på det gode arbeidsmiljøet som årsak til dette.

<sup>7</sup> Revisor har ikke funnet noen forklaring på hvorfor andelen sykemeldingsdager i arbeidsgiverperioden har falt i 2015. Dette kan være reelt, men det kan også skyldes feilregistrering.

#### 4.2.2 Organisering av sykefraværarbeidet

Midtre Gauldal kommune har rutiner for sykefraværarbeid, og i tillegg har enhet for pleie og omsorg egne sykefravær rutiner, som ligger til grunn for arbeidet med sykefravær.

Avdelingsledere har ansvaret for oppfølging av sykefravær for de ansatte på sine avdelinger. Ass. enhetsleder har personalansvar, og gjennom det et visst medansvar i oppfølging av ansatte. Fra nyttår 2017 er det ansatt en merkantil 50% stilling som skal avlaste ass. enhetsleder i annet arbeid, slik at hun skal få frigjort mer tid til personaloppfølging og sykefravær oppfølging.

#### 4.2.3 Mål for sykefraværarbeidet

Midtre Gauldal kommune har en målsetning om å oppnå et nærvær på 95% for hele kommunen samlet sett.<sup>8</sup> I rådmannens forslag til økonomi og handlingsprogram for 2017-2020, styringskort for 2017, har enhet for pleie og omsorg satt som mål å redusere sykefraværet til 10 %.

#### 4.2.4 Forebygging av sykefravær

Intervjuene tyder på at det gjøres en rekke ulike tiltak som hver for seg er ment å bidra til å forebygge sykefravær i enkeltsituasjoner, men at det i liten grad jobbes systematisk med forebyggingen. Flere ledere gir uttrykk for at hovedutfordringen ved sykehjemmet er at det i for liten grad er en «nærværskultur», og at det er for lav terskel for å være hjemme, og for høy terskel for å komme på arbeid. Det innebærer ifølge noen at lederne bruker mye tid på å jobbe med enkeltansatte, og passe på at de ikke utnytter systemet, fremfor å kunne fokusere på forebygging.

Noen ansatte sier at ledelsen i alt for liten grad bidrar til å forebygge sykefraværet. De fremhever at ledelsens stadige fokus på økonomi bidrar til et arbeidsmiljø med lite motiverte ansatte. En ansatt sier:

*Avdelingslederne bruker alt for mye tid på å prate om økonomi, og de burde heller ha fokusert på å inspirere ansatte til å møte opp og gjøre en god jobb.*

Også noen ledere sier at de må jobbe mer med *nærværsledelse* – å sørge for at alle ansatte opplever at de blir sett av sin leder. Det kan særlig være en utfordring for ledere som har ansvar for flere avdelinger.

---

<sup>8</sup> Handlingsprogram med økonomiplan 2017-2020

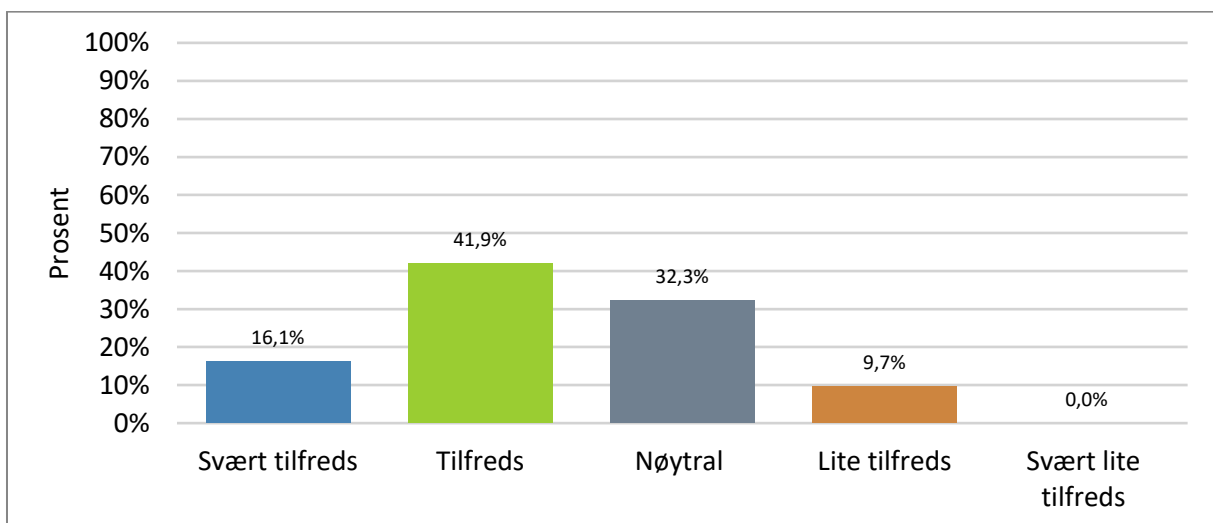
#### 4.2.5 Oppfølging av sykefravær

Avdelingslederne har noe ulik praksis for oppfølging av sine ansatte ved sykefravær. Flere av dem sier at de har praksis for å ringe den ansatte etter noen dager, for å høre hvordan det går. Alle bekrefter at de gjennomfører oppfølgingssamtaler og skriver oppfølgingsplan ved lengre sykemeldinger. Noen av avdelingslederne opplever oppfølgingsplanene som til tider meningsløse, og at de i liten grad gir reelle bidrag til arbeidet med den enkelte ansattes utfordringer. Det er i 2016 innført en web-modul for kommunen som skal bidra til å hjelpe ledere i oppfølging av sykemeldte. Denne inneholder rutiner for fraværsoppfølging for hele kommunen. Web-modulen gir varsel når ulike frister nærmer seg, og er et hjelpemiddel for å følge rutinen. Noen ledere bemerker at det har vært noe mangelfull opplæring i forbindelse med implementering av systemet for oppfølging av ansattes sykefravær.

Noen av lederne sier at de skulle ønske de klarte å jobbe tettere med de ansatte for å sikre en best mulig tilpasning for dem, for eksempel ved graderte sykmeldinger eller deltidsstillinger, men at de opplever det som krevende problematikk å håndtere. Flere sier at noen ansatte ikke liker å prate med lederen sin om sykefraværet. Flere nevner som eksempel ansatte som ønsker å gå i full stilling, selv om de erfaringsmessig ikke har kapasitet til mer enn 70-80%, og som etter kort tid i full stilling ender opp med sykmelding.

Vi har spurt de ansatte som oppgir at de har vært sykmeldt, om arbeidsgivers oppfølging:

Figur 7. I hvilken grad var du tilfreds med arbeidsgivers oppfølging av deg før, under og etter sykmeldingen?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at 58% var tilfreds eller svært tilfreds. 9,7 % var lite tilfreds, mens 32,3 % svarer nøytralt.

I november ble det gjennomført internopplæring for alle avdelingsledere i sykefraværsproblematikk, rettigheter etter folketrygden, permisjon og oppfølging. Målet med internopplæringen er at de skal få flere verktøy for å håndtere sykefraværsoppfølgingen.

### 4.3 Revisors vurdering

Det føres fraværsstatistikk for sykehjemmet, og den viser at sykefraværet er økende. Både det egenmeldte og det legemeldte sykefraværet øker. Spesielt bekymringsfullt er det at langtidssykefraværet ser ut til å øke mye. Sykefraværet synes per i dag å ligge godt over det nasjonale snittet for sykefravær i de brukerrettede tjenestene. Det er revisors vurdering at kommunen er langt unna målet om et jobbnærvær på 95 %, og at de også må jobbe godt for å nå det nye målet om sykefravær på mindre enn 10 %.

Ut fra vår undersøkelse er det vanskelig å peke på noen enkeltstående faktorer som alene utgjør viktige årsaker til fraværet. Vi registrerer likevel at det i noen grad er en motsetning mellom ledelsen og ansatte i dette spørsmålet, der deler av ledelsen knytter høye fraværstall til en manglende *nærværskultur* blant de ansatte, mens de ansatte trekker fram arbeidsbelastningen som den viktigste årsaken. Flere av både lederne og de ansatte sier uansett at det er potensiale for å jobbe langt bedre med nærledelse, og mange tror at dette kan være nøkkelen til å lykkes med sykefraværsarbeidet i større grad.

Revisjonens vurdering er at arbeidet med sykefravær i for liten grad har vært preget av en systematisk tilnærming, med klare mål å jobbe etter. Det gjelder særlig forebyggingen. Her må ledelsen sette klare mål for arbeidet, og komme i gang med systematiske tiltak som kan bidra til å forebygge sykefraværet. Vi registrerer at ledelsen sier at det er iverksatt flere tiltak på området. En viktig del av dette bør være å kartlegge årsakene til sykefraværet på en systematisk måte. Kunnskap om årsaker til sykefravær er en helt nødvendig forutsetning for å kunne sette i verk treffende forebyggingstiltak.

Den praktiske oppfølgingen av sykmeldte ser i hovedsak ut til å fungere greit. Lederne følger opp pliktene etter arbeidsmiljøloven og IA-avtalen.

## 5 Følger sykehjemmet loven på utvalgte områder?

Midtre Gauldal sykehjem er underlagt en rekke lov- og forskriftskrav, og vi kan ikke kontrollere om de følger alle innenfor rammene av denne forvaltningsrevisjonen. Vi har derfor lagt vekt på å undersøke om sykehjemmet drives i tråd med viktige regler i internkontrollforskriften, kvalitetsforskriften og legemiddelforskriften. I dette kapittelet svarer vi på dermed på denne problemstillingen: Drives Midtre Gauldal sykehjem i tråd med regelverket på utvalgte områder?

### 5.1 Revisjonskriterier

Vi vil vurdere sykehjemmets praksis opp mot følgende kriterier, utledet fra de nevnte forskriftene:

- Rådmannen skal ha systemer for å sikre at sykehjemmet 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 (internkontrollforskriftens § 4 og 5)
- 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 (internkontrollforskriftens § 4)
- Sykehjemmet skal ha etablert et avvikssystem (internkontrollforskriftens § 4)
- Virksomheten skal dokumenteres. Relevante opplysninger om pasienter og helsehjelp skal føres fortløpende i en journal (helsepersonelloven §§ 39 og 40)
- Legemidler skal håndteres i tråd med legemiddelforskriftens krav
  - Tilberedning og utdeling skjer av personell med riktig kompetanse (§ 4)
  - Det skal føres narkotikaregnskap (§ 9)

## 5.2 Data

### 5.2.1 Internkontroll

Det følger av kommuneloven og internkontrollforskriften at rådmannen ved enhetsleder skal ha systemer for å sikre at sykehjemmet drives i tråd med loven. Det innebærer blant annet at virksomheten skal ha dokumenterte rutiner og prosedyrer, at 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.

Revisors gjennomgang av sykehjemmets systemer og dokumentasjon viser at sykehjemmet ikke har en samlet oversikt lover og regler som gjelder for sykehjemmet, eller oppdaterte rutiner og prosedyrer for driften. Dette bekreftes i intervju. Flere fremhever som en av de største manglene ved sykehjemmet at de mangler et kvalitetssystem. Sykehjemmet har lite skriftlige rutiner og prosedyrer, og det som finnes er plassert i permer på avdelingene. Disse er ifølge intervjuene i varierende grad oppdatert. Enhetsleder presiserer at sykehjemmet har påbegynt arbeid med å samle rutiner og prosedyrer elektronisk. Det er også gått til innkjøp av programvaren PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleien).

Det føres ingen systematisk oversikt over områder med fare for svikt. Sykehjemmet har etablert et avvikssystem (se under), men det føres ingen slik kontroll med registrerte avvik at man kan ha oversikt over på hvilke områder det skjer flest avvik.

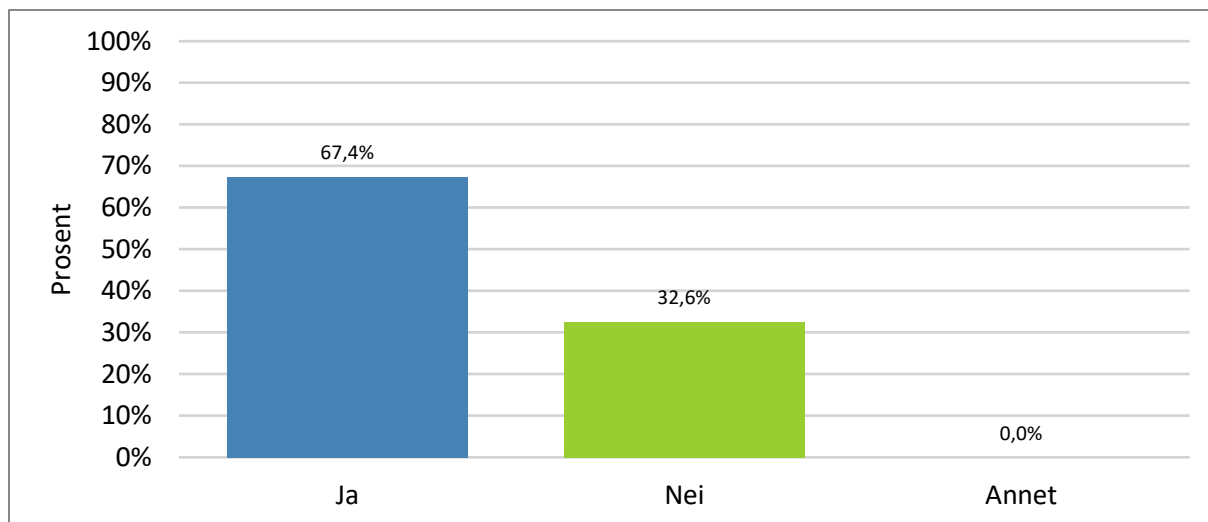
#### **Avvikssystem**

Sykehjemmet har ikke noe digitalt avvikssystem. Avvik meldes på skjema på papir, som finnes på hver avdeling. Utfylte skjema leveres avdelingsleder og oversendes deretter enhetsleder. Som nevnt over, føres det ingen oversikt over hva disse avvikene handler om. I avviksskjemaet skal de som fyller ut krysse av for hvilken kategori avvikene gjelder, men det føres ingen statistikk over for eksempel hvor mange avvik som registreres i hver kategori. Vår gjennomgang av registrerte avvik viser uansett at det i varierende grad faktisk er krysset av for kategori.

I intervju uttrykker ledelsen og tillitsvalgte svært varierende syn på i hvilken grad det registreres nok avvik ved sykehjemmet. Flere mener at det ikke er noen kultur for å registrere avvik ved sykehjemmet. Noen mener at ansatte ser det som «angiveri» å melde avvik når det skjer feil som en kollega er involvert i. Andre mener at det registreres en del avvik, men er usikre på om det er nok.

Vi har spurt ansatte om de er kjent med muligheten for å melde avvik skriftlig. Alle de som har svart på dette spørsmålet, var kjent med denne muligheten. Vi har deretter spurt dem om de er trygg på i hvilke situasjoner de skal melde avvik:

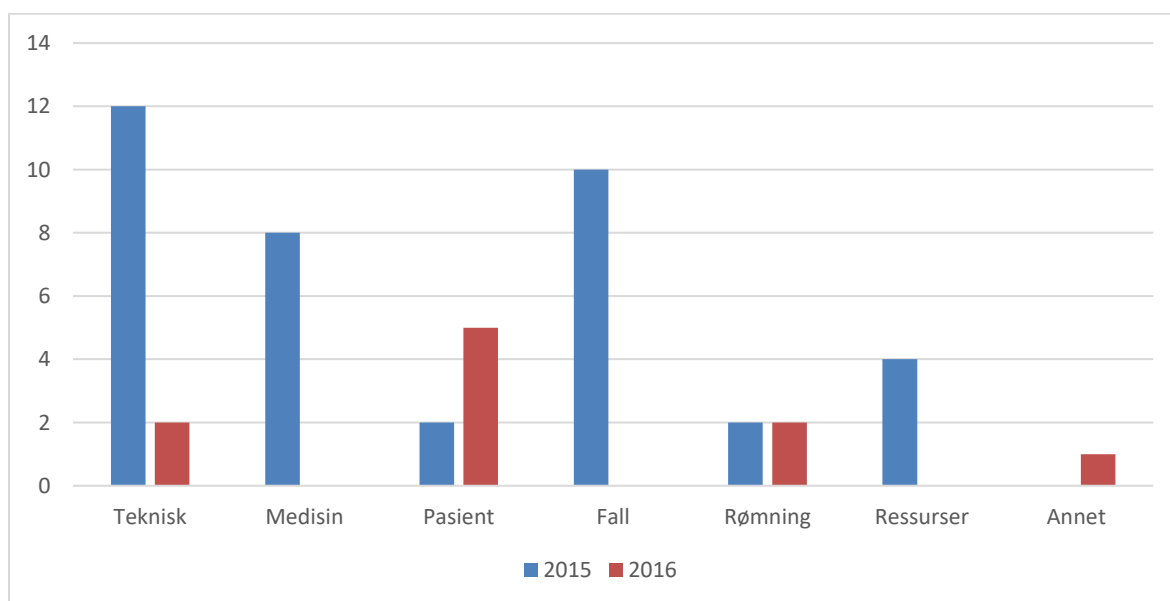
Figur 8. Midtre Gauldal sykehjem har et papirbasert system for å melde avvik. Er du trygg på hvilke hendelser som skal meldes som avvik?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at 67,4 % var trygge på hvilke hendelser som skal meldes som avvik. 32,6 % var ikke trygge på dette. Revisjonen har gått gjennom samtlige registrerte avvik fra 2015 og 2016, og kategorisert dem. Det gir følgende fordeling:

Figur 9. Oversikt over registrerte avvik



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS



Totalt er det i 2015 registrert 38 avvik, og i 2016 fram til september 10 avvik. Selv om gjennomgangen i 2016 kun gjelder til og med september, er det med andre ord rimelig klart at det er en nedgang i registrerte avvik. Avvikene er relativt jevnt fordelt mellom avdelingene. Alle avvik er utkvittert ved at en avdelingsleder har skrevet hvilke tiltak som er iverksatt for å bedre forholdene, og avdelingsleder og enhetsleder har signert.

Forklaring av de ulike kategoriene<sup>9</sup> (med enkelte typetilfeller/eksempler):

- Pasient: pasienter som har gått inn på andre pasienters rom og gjort dem urolige, pasienter som er gjenglemte på toalettet og funnet lenge etterpå og lignende. Vår gjennomgang tyder på at mange av avvikene oppstår i skiftet mellom kvelds- og nattevakt.
- Teknisk: Tekniske avvik som ikke (direkte) går utover pasienter. Noen av dem kan likevel medføre alvorlig risiko. Et eksempel er dårlig belysning over medisintralle.
- Medisin: pasienter som ikke har fått medisin, eller som har fått feil medisin. Alle registrerte avvik om medisinbehandling involverer pasienter direkte. Det betyr at det ikke er registrert avvik der det for eksempel er oppdaget at det er lagt opp feil, eller at feil ikke er oppdaget i dobbeltkontrollen.
- Fall: pasienter som har falt. Nesten alle registrerte avvik om fall er registrert i en konsentrert periode på få dager, og i de fleste avvik er det bemerket eller antydning at fallene skyldes lav bemanning.
- Rømning: pasienter som er funnet utenfor sykehjemmet. I noen tilfeller er det oppdaget at de er borte ved tilsynsrunde, i andre tilfeller er de oppdaget ute av utenforstående.
- Ressurser: Konkrete avvik på mangel på ansattressurser: at det mangler folk på vakter og lignende.
- Annet: avvik som ikke passer i noen av de øvrige kategoriene.

I spørreundersøkelsen har vi spurt alle ansatte om på hvilket område de ansatte selv ser størst risiko for avvik (brudd på lov, regelverk og interne rutiner). Av de som har svart på dette, er det som trekkes frem av flest *bruk av tvang*. Ingen av de registrerte avvikene ved sykehjemmet i 2015 eller 2016 gjaldt forhold som kan defineres som bruk av tvang.

---

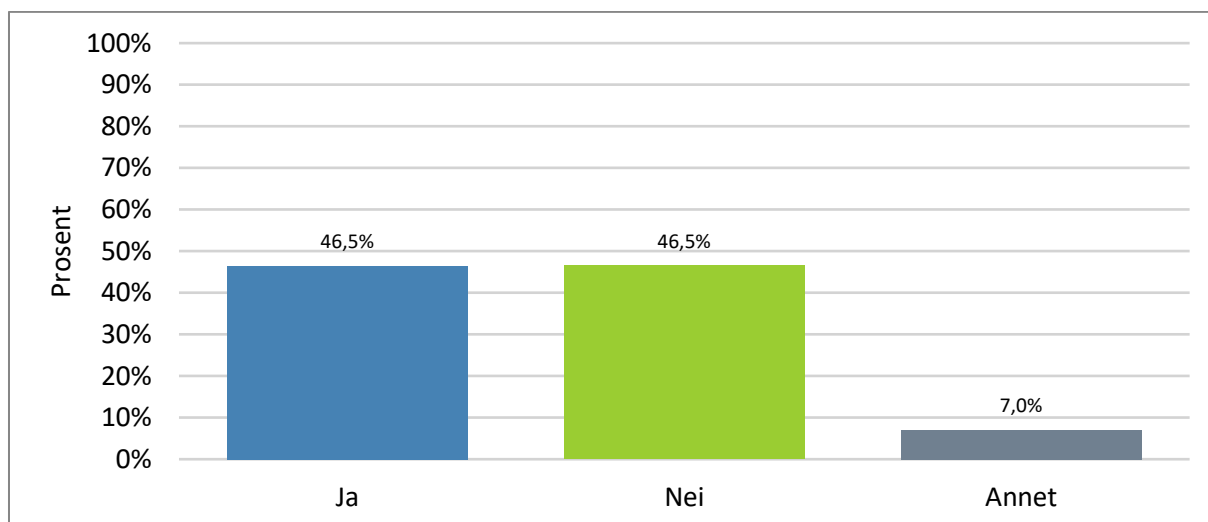
<sup>9</sup> Kategoriene er basert på de som er oppgitt i sykehjemmets skjema for melding av avvik, med enkelte tilpasninger.

## Dokumentasjon av virksomheten

Alle helsearbeidere har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet, jf. helsepersonelloven kap 8. Et sentralt krav er at alle relevante opplysninger om pasienter og den helsehjelpen som ytes, skal føres fortløpende i en journal (helsepersonelloven §§ 39 og 40).

Midtre Gauldal sykehjem bruker pasientjournalssystemet Gerica. Flere av de lederne og tillitsvalgte vi har intervjuet, sier at det dokumenteres alt for lite, og alt for dårlig, ved sykehjemmet. Flere sier at det er store variasjoner mellom avdelingene og mellom ansatte. Vi har spurt alle ansatte om det samme:

Figur 10. Helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet(dokumentasjonsplikten). Ved Midtre Gauldal sykehjem brukes journalsystemet Gerica. Etter din egen vurdering, skriver du nok i Gerica?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at det er like mange som mener at de selv dokumenterer nok, som mener at de selv dokumenterer for lite. På spørsmål om hva som er årsaken til at det eventuelt dokumenteres for lite, trekker intervjuinformantene fram:

- det ikke er noen felles forståelse om hva som skal skrives i journalen
- den muntlige rapporten utgjør den sentrale kunnskapsoverføringen mellom vaktene, slik at det i for liten grad er oppmerksomhet om det som skrives i journalen
- en del ansatte føler at de mangler kompetanse til å skrive i journal, og kvier seg dermed for å gjøre det
- noen mener det er for lite tilgang på pc-er, mens andre mener at det ikke er noe problem

## Kompetanse og kompetansehevingstiltak

Som det fremgår av kapittel 1.2 er det god dekning av formalkompetanse ved sykehjemmet. Dette bekreftes i intervju av flere ledere. Flere ser likevel at sykehjemmet har utfordringer med å bygge god nok spesialkompetanse på viktige enkeltområder. Derfor er det planer om å opprette noen ressursstillinger med ansvar for slike områder. Det nevnes at sykehjemmet trenger en kreftkoordinator, et demensteam, økt kompetanse og tilbud om velferdsteknologi og hverdagsmestring. Flere trekker fram at det er en stadig utfordring å sikre nok kompetanse på helgevaktene.

Flere av de vi har intervjuet sier at det over tid i for liten grad har vært fokus på fag og fagutvikling ved sykehjemmet. Det kan virke som om dette særlig er opplevelsen blant sykepleierne.

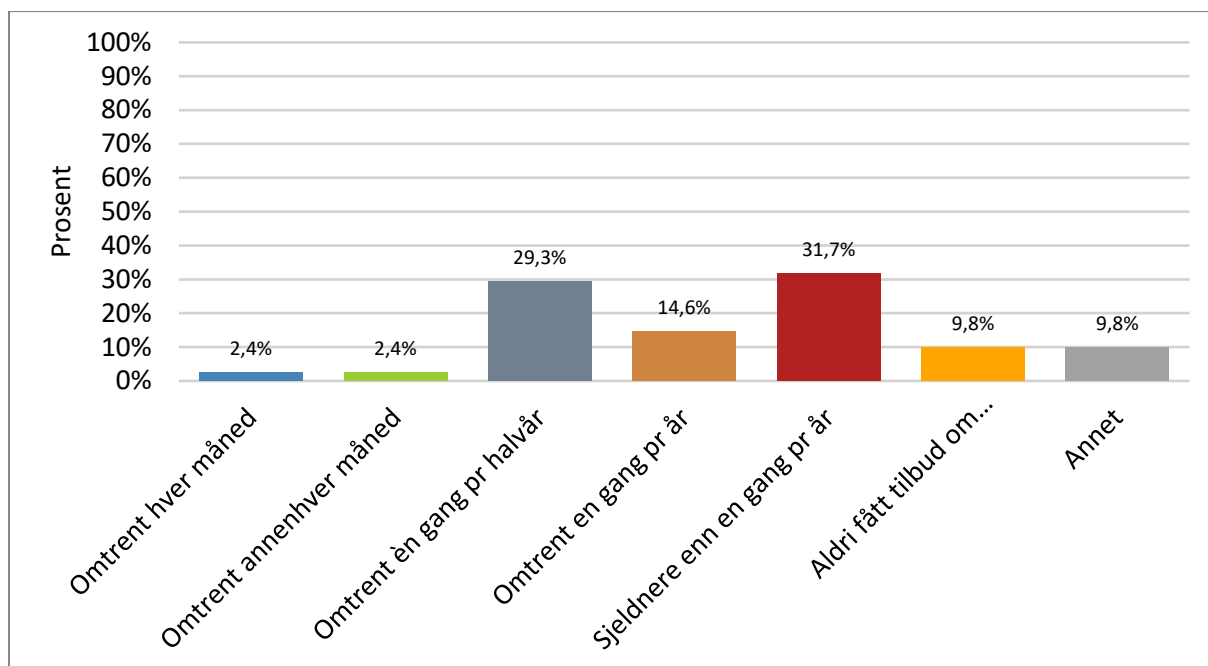
Noen av de vi har intervjuet sier at det mangler system for kompetanseutviklingen ved sykehjemmet. Det har vært lite kursing, internopplæring og få alternative tiltak for å heve og vedlikeholde kompetanse. De mener det er et behov for mer opplæring på mange områder. (Et unntak for dette er medisinkurs, som tas på nett årlig eller hvert annet år.) Av tiltak som kan anses som bidrag til kompetanseutvikling, nevnes:

- avdelingsmøter, stort sett en gang i måneden
- noen avdelinger har innført «midt i dagen-møter» av 15-20 minutters varighet, hvor noen av dem skal brukes til internopplæring i aktuelle problemstillinger som trengs å friskes opp

Det varierer mellom avdelingene hvilke slike tiltak og forum som er etablert.

Vi har spurt alle ansatte om hvor ofte de får tilbud om å delta på kurs o.l.:

Figur 11. Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak gjennom at du arbeider ved Midtre Gauldal sykehjem (eks kurs, internopplæring, seminar, faglige nettverk)?

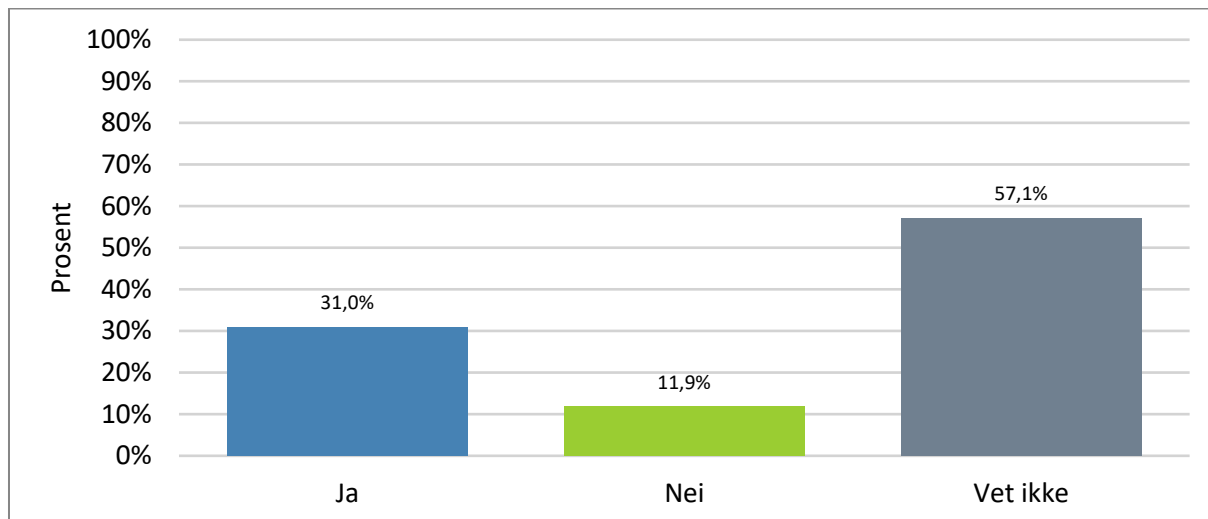


Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Som vi ser svarer totalt 41,5% at de har fått tilbud om slikt sjeldnere enn årlig eller aldri. Til sammen 4,8 % svarer at de får tilbud om slikt annenhver måned eller oftere, mens til sammen 43,9 % får svarer at de får det omtrent en gang per halvår eller år.

Sykehjemmet har ikke rutiner for opplæring av nytilsatte. I praksis skjer opplæringen ved at nytilsatte går sammen med en mer erfaren ansatt på et par vakter, og gjennom det skal få innføring i sykehjemmets rutiner og prosedyrer. Vi har spurt alle ansatte om de mener at nytilsatte får nok opplæring:

Figur 12. Får nyansatte i hovedsak tilstrekkelig opplæring?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at en stor andel (57,1%) har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. Hvis vi kun ser på svarene til de som er ansatt på sykehjemmet i mindre enn 10 år, svarer et flertall av dem «ja» på spørsmålet, og svært få svarer «nei». Også mange av dem svarer «vet ikke».

### Særlig om rekruttering og heltid/deltid-problematikk

Rekrutteringssituasjonen er ikke noen naturlig del av sykehjemmets system for intern kontroll som sådan, men siden kontrollutvalget var opptatt av dette i sin bestilling, redegjør vi kort for det her.

Lederne ved sykehjemmet sier at det er krevende å rekruttere sykepleiere og vernepleiere, men at det foreløpig ikke er noen utfordring å rekruttere helsefagarbeidere. Helsefagarbeiderstillinger lyses sjelden ut, og som regel bare internt, fordi det alltid er noen ansatte som har levert krav på fast stilling eller stillingsutvidelse. Per september 2016 er det 15 ansatte som har levert slikt krav. Det innebærer at det per definisjon er en del ansatte som jobber uønsket deltid. Når det gjelder helsefagarbeiderne er det også en utfordring å ha nok faste stillinger til voksne som vil utdanne seg mens de jobber.

Midtre Gauldal kommune annonserer normalt kun i Trønderbladet. Det er forsøkt å annonsere i Adressa, men det har ifølge lederne ikke gitt effekt. Ledelsen ved sykehjemmet ser derfor at kommunen må tenke nytt ved rekrutteringen, for eksempel ved å rekruttere flere fra siste studieår allerede i høstsemesteret.

Det har vært en ordning med rekrutteringsstillinger ved sykehjemmet, men det er ikke ansatt studenter i rekrutteringsstillinger de siste par årene, og ordningen er under evaluering.

Noen av de vi har intervjuet mener at kommunen har potensial til å utdanne flere som allerede er ansatt i for eksempel helsefagarbeiderstillinger til sykepleiere og vernepleiere, men at det krever bedre tilrettelegging enn i dag. Det handler for eksempel om bedre forutsetninger for å ta permisjoner og så videre.

#### *Heltid/deltid*

Det ble i 2014 gjennomført et større heltid/deltid-prosjekt i kommunen, som ledd i «Saman om ein betre kommune»<sup>10</sup>. Noen av tiltakene som kom som følge av det prosjektet, var at det ble opprettet fire heltidsstillinger (to på sykehjemmet) som skulle finansieres av vakanser og tidligere deltidstillinger, og det ble opprettet en kompensasjonsordning for de som ville ta på seg flere helgevakter. Kompensasjonen omtales som raus, og en forutsetning for å få denne var at de skulle gi fra seg vakter i uka, som de to nye stillingene skulle overta. Ifølge lederne ved sykehjemmet har det ikke skjedd. Isteden har de som tok på seg helgevakter i praksis fått større stilling. De to ansatte som skulle dekke vaktene i ukedagene, har fått mest vikarvakter, og opplever det som om de ikke har fått tilhørighet på noen avdelinger.

Kompensasjonsordningen for helg beskrives som om den har fungert i begrenset grad. Ledelsen har ønsket å si opp den nåværende avtalen for å reforhandle enkelte punkt, men fagforeningene mener at den er uoppsigelig fram til senere reforhandling. Ledelsens syn er videre at heltid/deltid-prosjektet ikke har gitt ønskede resultater. De fleste vi har intervjuet sier det skyldes at prosjektet ikke var godt nok forankret i enheten.

Rådmannen svarer følgende på revisjonens spørsmål om dette prosjektet:

*Forankringen og oppfølgingen av arbeidet med å fremme en heltidskultur hos ledelse og medarbeidere ved enhet pleie og omsorg har ikke vært tilfredsstillende, og det fastsatte mål for arbeidet er ikke oppnådd. Ny enhetsleder og ny assisterende enhetsleder er nå på plass, og sammen med flere av avdelingslederne, tillitsvalgte og undertegnede deltok de på en KS konferanse/arbeidsseminar om dette temaet tidligere i høst (2016). Vi er enig om å restarte arbeidet, og har hatt et oppfølgingsmøte for å drøfte videre strategi. Første ledd i arbeidet er å foreta en grundig kartlegging av ulike*

---

<sup>10</sup> «Saman om ein betre kommune - prosjekt fulltidsorganisering»

*forhold som er relevant for temaet. Administrasjonsutvalget er orientert, og etter hvert vil også kommunestyret få framlagt en sak med orientering om dette.*

## 5.2.2 Legemiddelhåndtering

Legemidler skal håndteres i tråd med legemiddelforskriftens krav. Det stilles blant annet krav til kompetanse for personell som skal tilberede og dele ut medisin, og det skal føres såkalt narkotikaregnskap for legemidler i reseptgruppe A.

Enhetsleder har gitt et praktisk medansvar for legemiddelhåndteringen og medisinrommet til en avdelingsleder. Våre undersøkelser viser at sykehjemmet har jevnlig farmasøytiske tilsyn, og oppdaterte rutiner/prosedyrer for legemiddelhåndteringen.

Ifølge intervjuene er det kun sykepleiere som legger opp og kontrollerer medisin. Fordi det ikke er nok sykepleiere på vakt hele døgnet, har noen helsefagarbeidere medisinkurs og dispensasjon til å gi medisin fra dosett til brukere. Dette er skriftliggjort.

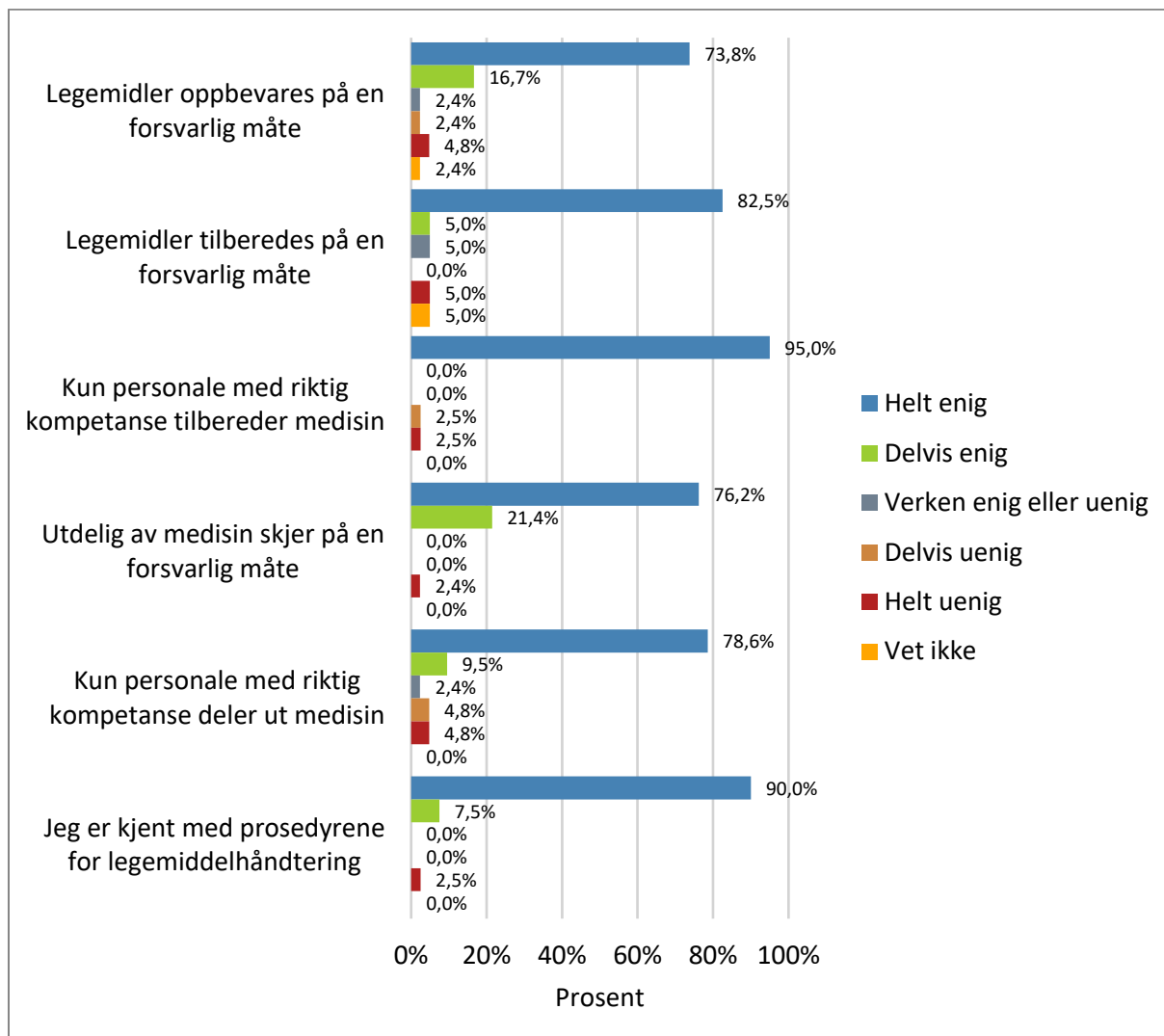
Forskrift om legemiddelhåndtering stiller som sagt krav om at det skal føres narkotikaregnskap for legemidler i reseptgruppe A. Ved Midtre Gauldal sykehjem føres narkotikaregnskapet hver tredje mnd. Regnskapet for A-preparater sendes inn til sykehusapoteket hver tredje måned, og et mer aggregert regnskap for B-preparater føres hver tredje måned. Avdelingslederen med ansvar for legemiddelhåndteringen gjør i tillegg mindre kontroller månedlig. Hvis hun da finner feil i et av regnskapene, kontakter hun de som har hatt ansvar, og finner som regel ut hva feilen skyldes. Avvik i A-preparater får sykehjemmet beskjed om fra sykehusapoteket, etter innsending.

De vi har intervjuet mener at det er få utfordringer knyttet til legemiddelhåndteringen ved sykehjemmet. Det har likevel vært noen perioder med svinn, senest da det forsvant noen A-preparater på en periode over tre måneder. De har ikke klart å finne ut hva det skyldes. I etterkant av dette har sykehjemmet fått elektronisk låsing av medisinrom, noe som gjør at man har logg for adgangskontrollen og kan se hvem som har vært der til hvilke tider.

Som det fremgår i beskrivelsen av avvikssystemet over, er det registrert få avvik på medisin håndtering, og de som er registrert gjelder alle tilfeller der medisinen har nådd pasient. Det betyr at det ikke er registrert avvik når det oppdages feil *før* dette tidspunktet, for eksempel når det oppdages at dobbeltkontrollen ikke har avdekket feil. Intervjuene tyder likevel på at det jevnlig oppdages slike feil.

Vi har stilt alle ansatte noen spørsmål om medisinhandteringen:

Figur 13. I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander om Midtre Gauldal sykehjem:



Figuren viser at ansatte jevnt over er helt eller delvis enig i alle påstandene om at legemiddelhandteringen skjer på forsvarlig vis. De påstandene flest ansatte bare er delvis enig i, er at legemidler oppbevares på en forsvarlig måte og at utdeling skjer på en forsvarlig måte.



## 5.3 Revisors vurdering

### Intern kontroll

Det er en stor mangel at sykehjemmet ikke har noe system for intern kontroll. Etter vår vurdering mangler et overordna system som kan sikre at sykehjemmet drives i tråd med lover og regler. Sykehjemmet har videre for lite rutiner og prosedyrebeskrivelser, og det er en mangel at de som finnes ikke er samlet og digitalisert, men kun finnes i permer rundt omkring på sykehjemmet.

Vi mener at sykehjemmets avvikssystem er for dårlig, og at det uansett ikke brukes godt nok. Det føres ingen oversikt over hvilke områder det registreres avvik på, slik at man kan gjøre nødvendige risikovurderinger. Videre er det en stor mangel at for mange ansatte er usikre på hva som skal registreres som avvik. Noen sier at det ikke er kultur for å registrere avvik ved sykehjemmet. Etter revisjonens syn er det grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad avvikssystemet i hele tatt fungerer, slik at man per i dag kan bruke de registrerte avvikene til å føre kontroll med sykehjemmets drift. For eksempel ser vi at avvik på fall nesten utelukkende er registrert i en kort periode, der alle er begrunnet med lav bemanning. Vi anser det som lite sannsynlig at det skal være såpass mange fall i akkurat i denne perioden, men aldri ellers. Videre er det betenkelig at ansatte oppgir ulovlig bruk av tvang som et område med stor risiko for avvik, men at det i løpet av d2015 og 2016 ikke er registrert avvik på det området.

Som ledd i utarbeidelsen av et helt nødvendig system for intern kontroll, mener revisjonen at sykehjemmet må etablere en felles forståelse for hva som skal registreres som avvik, og sørge for at alle ansatte forholder seg til det. Etter vårt syn bør for eksempel feil ved medisin håndteringen som ikke oppdages i dobbeltkontroll, åpenbart registreres som avvik.

Alt helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet, og alle relevante opplysninger om pasienter og helsehjelp skal føres fortløpende i en journal. Det er bekymringsfullt at halvparten av de som har svart på våre spørsmål, synes at de selv ikke dokumenterer sin virksomhet godt nok. Revisjonens vurdering er at det også på dette området er behov for tiltak som kan medføre bedre dokumentering.

### Kompetanse og kompetansehevingstiltak

Midtre Gauldal sykehjem har god dekning av formalkompetanse, blant annet med god sykepleierdekning. Det er bra, og sykehjemmet må legge til rette for å opprettholde denne dekningen, og ikke minst å vedlikeholde og bygge videre på kompetansen. I den anledning er vår vurdering at sykehjemmet må jobbe for å sette kompetanseutviklingen mer i system. Ikke

minst må det jobbes for å skape en kultur der det er rom for å jobbe med fag og fagutvikling i alle avdelinger, selv om det kan oppleves som krevende i en hektisk hverdag.

Vi savner rutiner for opplæring av nyansatte, men registrerer at ansatte uttrykker at opplæringen av nytilsatte i dag fungerer greit.

#### *Særlig om rekruttering og heltid/deltid-problematikk*

Revisjonen har ikke vurdert rekrutteringen eller håndteringen av heltid/deltidproblematikk opp mot kriterier. Vi registrerer at både sykehjemmet og kommuneledelsen erkjenner at prosessen med heltid/deltid-prosjektet ikke fungerte som ønsket.

#### **Legemiddelhåndtering**

Legemidler skal håndteres i tråd med legemiddelforskriftens krav, og det innebærer blant annet at tilberedning og utdeling skjer av personell med riktig kompetanse, og at det skal føres narkotikaregnskap.

På systemnivå ser legemiddelhåndteringen til Midtre Gauldal sykehjem bra ut. De har etablert relevante rutiner for håndteringen av legemidler, herunder for å sikre at bare de med rett kompetanse tilbereder og deler ut medisin. Jevnlige farmasøytiske tilsyn bidrar til å sikre at legemiddelhåndteringen går rett for seg. Også de ansatte mener at legemiddelhåndteringen i all hovedsak er forsvarlig. Revisjonens vurdering er derfor at Midtre Gauldal sykehjem ser ut til å ha en ryddig og grei håndtering av legemidler.

## **6 Høring**

Rådmannen avga høringsuttalelse i e-post av 23.01.2017. Rådmannen hadde ingen merknader til rapportens innhold.

## 7 Konklusjoner og anbefalinger

Her følger konklusjonene på de problemstillingene vi har skissert i kapittel 2.3.

### **Problemstilling 1: Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved Midtre Gauldal sykehjem?**

Vår konklusjon er at det ikke er tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved sykehjemmet. Både bruker- og pårørendemedvirkning er i alt for liten grad satt i system. Det er store sprik i ansattes syn på hva brukermedvirkning skal være, og vi ser med bekymring på enkelte holdninger knyttet til brukernes manglende rett til medbestemmelse.

Sykehjemmet har ikke rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang, og revisjonen er svært kritisk til deler av den praksisen vi har avdekket. Vi mener det er grunn til å fastslå at det foreligger ulovlig bruk av tvang i flere i situasjoner, som sykehjemmet må rydde opp i.

### **Problemstilling 2: Hva kan forklare sykefraværet ved enheten, og hva gjør ledelsen for å forebygge og følge det opp?**

Våre undersøkelser tyder på at sykefraværet skyldes en rekke ulike årsaker. Ledelsen bør sikre en mer systematisk tilnærming til forebyggingsarbeidet.

Oppfølgingen av sykmeldte ser i hovedsak ut til å være i tråd med regelverk.

### **Problemstilling 2: Drives Midtre Gauldal sykehjem i tråd med regelverket på utvalgte områder?**

Midtre Gauldal sykehjem har til dels store avvik fra krav i regelverk. Det er svært alvorlig at sykehjemmet ikke har etablert et system for intern kontroll, og sykehjemmet mangler skriftlige rutiner på flere områder. Avvikssystemet fungerer etter vår vurdering dårlig, og brukes ikke til å føre kontroll med områder der det er risiko for brudd på regelverk og rutiner.

Legemiddelhåndteringen ved sykehjemmet ser derimot ut til å skje i ordnede former, og i hovedsak i tråd med lov og regelverk.

## Kilder

Helse- og omsorgsdepartementet, 2010. *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*, Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2002. *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*, Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2003. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2008. *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*, Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.

Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, Norge: lovdata.no. Available at: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg)

Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*., Norge: lovdata.no. Available at: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og bruker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker)

## Vedlegg 1: hørings svar fra kommunen

E-post av 23.01.2017:

I samråd med enhetsleder gir rådmannen følgende uttalelse:

Rådmannen slutter seg til revisors beskrivelse av undersøkte forhold og har ingen merknader å tilføye utover at enhetsleder/virksomheten allerede har påbegynt et arbeid med å forbedre virksomhetens rutiner på noen av de omtalte forholdene

Med vennlig hilsen

Knut Dukane  
Rådmann  
Midtre Gauldal kommune  
Tlf 72 40 30 16 / 908 01 280



Postadresse: Sandenveien 5, 7300 Orkanger

Hovedkontor: Statens hus, Orkanger

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