

FINANSIELL REVISJON | FORVALTNINGSREVISJON | FINANSFORVALTNING | SELSKAPSKONTROLL | RÅDGIVNING



FORVALTNINGSREVISJON

Helhetlige tjenester i helse og omsorg

MELDAL KOMMUNE

Desember 2017



## **Forord**

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag av Meldal kommunes kontrollutvalg i perioden juni - desember 2017.

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.

Orkanger, 22.12.2017

Arve Gausen /s/  
Ansvarlig forvaltningsrevisor

Anna Ølnes /s/  
Prosjektmedarbeider

## **Sammendrag**

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å se om kommunen følger opp sine forpliktelser til brukere som mottar flere tjenester fra helse og omsorg. Undersøkelsen belyser den enkeltes rett til helhetlige tjenester samt at brukerorientering ivaretas for de med flere tjenester.

Kommunen har en plikt til å legge til rette for at den enkelte bruker får helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det er koordinerende enhet i kommunen som har overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning av koordinator til hver bruker med individuell plan. Koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan og kontakt med bruker.

## **Konklusjon**

Vi konkluderer med at kommunen har etablert koordinerende enhet slik at brukere med behov for flere tjenester innen helse og omsorg får sine rettighetsbaserte tjenester.

Kommunen har etablert en koordinerende enhet, med tilhørende oppgaver i samsvar med lovkravet. Fra september 2017 legges oppgavene til koordinerende enhet hos tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester, noe som styrker dette arbeidet. Det har likevel vært en betydelig underrapportering av brukere med individuell plan til nasjonale informasjonssystemer fra kommunen, dette er ikke i samsvar med lovkravet. Det er flere systemer for registrering og oppfølging av individuell plan i helse og omsorg. Dette har gitt utfordringer med å holde en overordnet oversikt over alle aktive brukere med individuell plan i kommunen. Revisor har ikke mottatt informasjon om at dette har påvirket den faktiske tjenesteytelsen eller retten til tjenester for disse brukerne.

Vi konkluderer videre med at kommunen har ivaretatt brukeres medvirkning til de med flere tjenester innen helse og omsorg. Det er noen utfordringer knyttet til å gi god nok informasjon om rettighetsbaserte tjenester, ha tilstrekkelig kompetanse og legge til rette for sosiale arenaer. Det å ha aktivitet for å motvirke ensomhet og skape trygghet i hverdagen for disse brukerne, bør ha kommunens oppmerksomhet fremover. Det er viktig at kommunen viderefører det systematiske arbeidet med å samle inn brukererfaringer, dette for å sikre at brukernes medvirkning til helse- og omsorgstjenestene ivaretas fremover. Det foreligger ingen klagesaker knyttet til brukere med flere tjenester i kommunen siste tre år.

## **Anbefaling**

Vi anbefaler å kommunen å legge til rette for:

- En konsis rapportering over aktive brukere med individuell plan i kommunen til nasjonale informasjonssystemer.
- Utarbeide helhetlig informasjonsstrategi for brukere/pårørende med rett til flere tjenester innen helse og omsorg.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn .....	8
1.2 Helhetlige og koordinert tjenestetilbud .....	8
1.3 Meldal kommune .....	9
2 Undersøkelsesopplegget.....	10
2.1 Avgrensning.....	10
2.2 Problemstilling .....	10
2.3 Revisjonskriterier .....	10
2.4 Metode .....	11
3 Brukere med flere tjenester fra helse og omsorg .....	12
3.1 Revisjonskriterier .....	12
3.2 Helhetlige tjenester .....	13
3.2.1 Utvalgte føringer for helhetlige og koordinerte tjenester .....	13
3.2.2 Organisering av koordinerende enhet i Meldal frem til høsten 2017 .....	14
3.2.3 Ny organisering av koordinerende enhet.....	14
3.2.4 Tildeling av individuell plan.....	16
3.2.5 Brukere med individuell plan i kommunen .....	17
3.2.6 Elektronisk system for registrering og oppfølging av individuell plan .....	18
3.2.7 Årsaker til at brukere velger å ikke ha individuell plan. ....	19
3.2.8 Koordinator .....	20
3.2.9 Samarbeid mellom tjenester.....	21
3.2.9.1 Tverrfaglige møter .....	21
3.2.9.2 Koordinert samarbeid og samhandling mellom tjenestene .....	22
3.3 Vurdering.....	23
4 Brukerorientering.....	25
4.1 Kriterier.....	25
4.2 Brukerundersøkelser innen helse og omsorg.....	25
4.3 Tilgjengelighet og informasjon .....	26
4.4 Personalets kompetanse .....	28
4.5 Brukermedvirkning og respektfull behandling.....	29

4.6	Resultat for bruker .....	30
4.7	Klager .....	31
4.8	Vurdering .....	31
5	Høring .....	34
6	Konklusjoner og anbefalinger .....	35
6.1	Konklusjon .....	35
6.2	Anbefaling.....	35
	Kilder .....	36
	Vedlegg 1 – Kommunens høringssvar .....	37
	Vedlegg 2 – Brev til Meldal kommune fra Meldal Eldreråd og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne .....	38

## Tabell

Tabell 1	Tjenestemottakere med individuell plan .....	17
Tabell 2	Resultatene fra bruker/pårørendeundersøkelsen for Meldal Helsetun i 2016 .....	26
Tabell 3	Resultatene fra brukerundersøkelsen for hjemmetjenesten i 2016.....	26

# 1 Innledning

Denne forvaltningsrevisjon er gjennomført av Revisjon Midt-Norge IKS på oppdrag fra Meldal kommunes kontrollutvalg i sak 3/17. Kontrollutvalget bestilte en forvaltningsrevisjon av det helhetlige tjenestetilbudet i Meldal kommune.

## 1.1 Bakgrunn

I kontrollutvalgets møte den 15.2.2017, sak 3/17, ble det vedtatt å bestille en forvaltningsrevisjon av kommunens arbeid med å gi et helhetlig tjenestetilbud til innbyggerne. Den viste for øvrig til nærmere beskrivelse av denne bestillingen i plan for forvaltningsrevisjon som ble vedtatt i kommunestyret i sak 32, 2016. Utover dette var det ikke gitt nærmere føringer i bestillingen.

Revisjon la frem en plan for gjennomføring i Kontrollutvalgets møte i sak 11, den 28.4.17. Planen var innrettet mot psykiatri og rus og hadde disse problemstillingene:

1. I hvilken grad har kommunen etablert systemer for helhetlig og koordinert tjenestetilbud?
2. Oppfyller kommunen kravet om brukeres rett til individuell plan?

Tilbakemeldingen fra kontrollutvalget på prosjektplanen var at de ønsket en bredere tilnærming enn bare psykiatri og rus og at undersøkelsen bør være mer brukerorientert. Revisjonen innarbeidet dette i en ny plan til kontrollutvalgets møte den 20. juni. Kontrollutvalget tok den nye planen for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen helhetlig tjenestetilbud til orientering i møtet<sup>1</sup>.

## 1.2 Helhetlige og koordinert tjenestetilbud

Kommunen er pålagt å sikre at pasient/bruker får et helhetlig-, og individuelt tilpasset tjenestetilbud gjennom å sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse. Kommunen har, ifølge helse- og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, plikt til å legge til rette for at den enkelte bruker får helhetlige og koordinerte tjenester. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan<sup>2</sup>. Det er koordinerende enhet i

---

<sup>1</sup> KU-sak 16/17

<sup>2</sup> Barnevernloven § 3-2a, Psykisk helsevernloven § 4-1, Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 7 og § 7-1, Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, Lov om sosiale tjenester i NAV kap. 4, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, Forskrift om habilitering og rehabilitering § 22, Forskrift om individuell plan i NAV, opplæringslova § 15-5.



kommunen som har overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning av koordinator til hver bruker med individuell plan. Koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan og kontakt med bruker. Eksterne sektorer utenfor kommunen skal medvirke til planarbeidet der dette er aktuelt.

### **1.3 Meldal kommune**

På kommunens hjemmeside vises det til at brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom man ønsker det. Retten er uavhengig av diagnose og alder, og gjelder selv om du bare mottar tjenester fra ett forvaltningsnivå, for eksempel kommunen. Individuell plan skal inneholde en oversikt over brukers mål, ressurser og behov for tjenester. Det er viktig at bruker selv deltar i prosessen med å lage planen.

## 2 Undersøkelsesopplegget

Av bestillingen fra kontrollutvalget fremgår det at Revisjon Midt-Norge skal gjennomføre en forvaltningsrevisjon av kommunens tilrettelegging og oppfølging av brukere, med behov for flere tjenester innen helse og omsorg.

### 2.1 Avgrensning

Prosjektets hovedfokus er rettet mot kommunens forpliktelser til brukere av flere tjenester innen helse og omsorg. Revisjonen har tatt utgangspunkt i koordinerende enhet, samt andre tjenester med brukere knyttet til flere helse- og omsorgstjenester. Kontrollutvalget er opptatt av tjenestene som ytes til brukerne, og datainnsamlingen har lagt vekt på en brukerorientering ved innsamlingen av data. Brukere med helhetlige tjenester defineres i undersøkelsen som brukere som mottar flere tjenester fra helse og omsorg.

### 2.2 Problemstilling

***Problemstilling: Følger kommunen opp sine forpliktelser til brukere som mottar flere tjenester fra helse og omsorg?***

Undersøkelsen vil ha fokus på følgende områder for bruker:

- Tilgjengelighet
- Informasjon
- Personalets kompetanse
- Samarbeid mellom tjenester
- Brukermedvirkning
- Respektfull behandling
- Resultat for bruker
- Antall klager

Overnevnte punkter knyttes til den enkelte brukers krav til at koordinerende enhet etablerer koordinator, individuell plan og at det er koordinert samarbeid mellom de enheter som yter tjenester til brukerne. Vi har i undersøkelsen belyst koordinerende enhets oppgaver og ansvar i kapittel 3 og hvordan kommunen har ivaretatt brukermedvirkningen i kapittel 4.

### 2.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, forventninger eller referanser som innsamlet data vurderes opp mot. Kriteriene hentes for eksempel fra lov, lovforarbeider, veiledere eller politiske vedtak. Alle kriterier skal komme fra autoritative kilder.

I denne undersøkelsen er overordnede kriterier hentet fra Kommunalovens § 23.2 hvor det å sikre betryggende kontroll og § 49 om kravet til statlig rapportering fra kommuner, i denne undersøkelsen. Spesielt har vi sett på kravet til helhetlige tjenester (flere tjenester innen helse og omsorg) koordineres gjennom koordinerende enhet med tilhørende oppgaver, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven. Kravet til brukerorientering knyttes til pasient- og brukerrettighetsloven, hvor medvirkning og samarbeid er viktige områder for brukere med flere tjenester. Kriteriene operasjonaliseres i kapittel tre og fire.

## 2.4 Metode

Revisjonen har tatt utgangspunkt i koordinerende enhet, og andre enheter som har brukere med individuell plan. Vi har gjennomført oppstartsmøte med rådmannen og intervjuet ansatte med ansvar for koordinerende enhet, samt gjennomgått systemer og prosedyrer for å sikre brukernes rett til individuell plan. Revisor har i denne undersøkelsen tatt et utvalg av ansatte og deres bredde i kommunens tjenesteproduksjon, for å fremskaffe informasjon om hvordan brukeres rettigheter til individuell plan ivaretas. Vi har også gjennomgått kommunens relevante systemer for individuell plan og organisering av dette arbeidet, knyttet til den enkelte bruker. Vi har intervjuet representanter fra aktive brukerorganisasjoner knyttet til brukere med behov for flere tjenester fra helse og omsorg. Referater fra møtene hos overnevnte brukerorganisasjoner er innhentet for perioden 2016 til og med juni 2017. Revisor har intervjuet følgende personer i denne undersøkelsen:

- Kommunalsjef Helse og Omsorg
- Seksjonsleder helsetunet/hjelpetjenesten – leder koordinerende enhet
- Seksjonsleder hjemmetjenesten 1 – medlem koordinerende enhet
- Seksjonsleder hjemmetjenesten 2 – omsorgsboliger
- Ergoterapeut – medlem koordinerende enhet
- Fagansvarlig helsesøster – helsestasjonen
- Kommunalsjef Oppvekst og Kultur
- Rektor Løkken Verk Montessoriskole
- Leder - råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Brukerrepresentant – råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Leder - eldrerådet

Det er skrevet referat fra alle intervjuene som er verifisert av de som er intervjuet. Vi har i tillegg innhentet informasjon fra leder NAV og benyttet resultat fra kommunens bruker/pårørende undersøkelse som ble gjennomført i 2016. Revisjonen har samlet inn data som gir gyldige svar på problemstillingen og kontrollutvalgets bestilling.

### **3 Brukere med flere tjenester fra helse og omsorg**

Dette kapitlet besvarer undersøkelsens problemstilling og den delen som omhandler koordinerende enhets systemer og ansvar for å kunne tilby brukere individuell plan, koordinator, og om det er koordinert samarbeid mellom de ulike tjenester til brukerne.

#### **3.1 Revisjonskriterier**

Kommunen har gjennom kommuneloven et generelt krav tilknyttet å ha betryggende kontroll i tjenesteproduksjonen (§ 23.2), samt å gi rettidig innrapportering av tjenestedata til SSB (§ 49). Dette er viktig for oppfølging av kommunens helhetlige tjenester, samt å sikre riktig rapportering nasjonalt knyttet til brukere som mottar slike tjenester.

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Dette gjelder for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. helse- og omsorgstjenesteloven. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator..., jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Å ha dette overordnede ansvaret innebærer blant annet at enheten skal ta imot meldinger om behov for individuell plan, samt å sørge for at det blir utarbeidet individuell plan jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 6. Kommunen kan organisere denne enheten på forskjellige måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator til formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten (Prop.91L (2010-2011):369).

For lettere å koordinere planarbeidet, skal kommunen også tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette gjelder uavhengig om pasienten ønsker individuell plan. Denne funksjonen skal sørge for oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan, for den pasient eller bruker det gjelder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Det er viktig for både tjenestemottakeren og de pårørende å ha en person i tjenesteapparatet de kan forholde seg til. Ifølge brukerorganisasjonene ønsker brukerne seg en koordinator de kan ha tillit til, som kjenner brukerens situasjon og som kjenner systemet, og dermed på en god måte kan koordinere tjenestene for brukeren (Prop.91L (2010-2011):361-363).

Det er kommunens plikt å tilby en individuell plan og å koordinere dette planarbeidet for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Dette følger av blant annet helse- og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Med behov for langvarige tjenester menes det at behovet må være av en viss varighet, selv om det ikke trenger å strekke seg over et eksakt antall

måneder eller år. Et behov for koordinerte tjenester innebærer at en pasient eller bruker har behov for flere helse- og/eller sosialtjenester samtidig og at disse dermed bør ses i sammenheng (Prop.91L (2010-2011):361)<sup>3</sup>. Bruker/pasient kan avstå fra å ha en Individuell plan etter eget ønske.

Vi vil innledningsvis i de neste delkapitlene beskrive utvalgte føringer for helhetlige tjenester. Videre vil vi beskrive data for organisering av kommunens koordinerende enhet, med tilhørende oppgaver, tildeling og bruk av individuell plan, koordinator og samarbeid mellom tjenestene. Disse områdene er viktige på et systemnivå, for å ivareta brukeres rett til flere tjenester innen helse og omsorg i kommunen.

## **3.2 Helhetlige tjenester**

### **3.2.1 Utvalgte føringer for helhetlige og koordinerte tjenester**

Helsedirektoratet har gitt en beskrivelse av målgrupper for helhetlige og koordinerte tjenester som knyttes til habilitering og rehabilitering. Dette er pasienter og brukere med behov knyttet til funksjonsnedsettelse, behandling knyttet til somatisk eller psykisk sykdom samt barn og unge med sammensatte behov som ofte krever tverrfaglige utredninger. De med behov for rehabilitering har tapte eller reduserte funksjonsevner etter sykdom, skade eller rusavhengighet. Behovet omfatter både medisinsk oppfølging og mestringstiltak og tilrettelegging gjennom hjelpemidler. I denne gruppen er også de som står i fare for å miste, eller har redusert tilgang til bolig, arbeid, aktiviteter eller sosialt nettverk. Helsedirektoratet deler kommunens aktører innen habilitering og rehabilitering i to kategorier. Det ene er organisatoriske enheter som har habilitering og rehabilitering som sin kjernevirksomhet. Det andre er ulike aktører som yter tjenester integrert i helhetlige habiliterings- og rehabiliteringsforløp.

Veileder fra Helsedirektoratet<sup>4</sup> viser til at tjenestene til bruker oppleves som mer målrettede når individuell plan tas i bruk som et verktøy for koordinering og samarbeid mellom tjenesteytere og brukere. Individuell plan er i tillegg et verktøy for å styrke brukermedvirkningen. Som et eks. viser veilederen til at skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan, når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

---

<sup>3</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

<sup>4</sup> Barn og unge med habiliteringsbehov, 2015, helsedirektoratet.

Barnehageloven har ikke en slik bestemmelse. Selv om medvirkning fra barnehagens side ikke er pålagt, bør ikke dette være til hinder for å delta i samarbeid eller ta ansvar for oppgaver som er til barnets beste, ifølge helsedirektoratet.

Pasient eller bruker har rett til å delta i arbeidet med den individuelle planen, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende ønsker det. Hvis et krav om individuell plan ikke imøtekommes, kan det klages til Fylkesmannen. Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage.

### 3.2.2 Organisering av koordinerende enhet i Meldal frem til høsten 2017

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. helse- og omsorgstjenesteloven. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har vært lagt til - og ledet av seksjonsleder ved Meldal Helsetun/Hjelpetjenesten, som er underlagt kommunalsjef for Helse og Omsorg. I tillegg deltar følgende personer i koordinerende enhet: leder hjemmesykepleien 1 og ergoterapeut. Enheten koordinerer tjenestetilbud innen habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer, enheter og tjenester. Enheten har hatt et systemansvar for individuell plan. Koordinator for individuell plan velges i samråd med bruker. Enheten har ikke hatt myndighet til å tildele tjenester, da dette ansvaret har vært lagt til den enkelte enhet innen helse og omsorg.

### 3.2.3 Ny organisering av koordinerende enhet

Kommunalsjef for Helse og Omsorg sier at organiseringen av koordinerende enhet endres i løpet av september 2017. Det etableres et tildelingskontor for å skille mellom forvaltning og tjenesteyting. De vil være sentral i all saksbehandling av pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Tildelingskontoret har ansvaret for koordinerende enhet med tilhørende oppgaver. Dette gir ifølge kommunalsjef et tydeligere skille mellom de som tildeler en tjeneste til brukere og de som utøver tjenesten. Det er videre et mål om å få bedre kontroll med ressursbruk/økonomistyring med denne organiseringen. Kommunens begrunnelse for organisasjonsendringen er basert på tidligere gjennomganger fra:

- Telemarksforskning knyttet til kommunens pleie- og omsorgstjenestene i 2013. Første anbefaling i rapporten omhandlet å profesjonalisere tildeling av helse- og omsorgstjenester gjennom etablering av felles tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester.

- Gjennomgang fra Ressurscenter for omstilling - RO i rapporten om Behovsanalyse – framtidens sykehjem i 2016. En av anbefalingene i rapporten omhandler at tjenestetildeling samt funksjon for koordinerende enhet og hverdagsrehabilitering ses i sammenheng og gis et felles ansvar for målrettede tjenestetildeling.
- I Meldal kommunens handlingsprogram for 2017 – 2021 er et av tiltakene å etablere et godt organisert tildelingskontor med kompetente saksbehandlere – skille forvaltning fra tjenesteyting – gjennomføres i 2018.
- I Meldal kommunens rehabiliteringsplan for 2017 vises det til viktigheten av å synliggjøre koordinerende enhet sin rolle og at dette ses i sammenheng med opprettelse av et tildelingskontor.

Kommunalsjef sier at andrelinjetjenesten i noen grad kontakter kommunens fagpersoner innen helse og omsorg direkte, noe som bekreftes av flere som er intervjuet. Dette kan være et bilde på at koordinerende enhet ikke har vært synlig nok i kommunen. Kommunen har meldt opp til flere ganger til andrelinjetjenesten hvem som er kontaktperson for koordinerende enhet i Meldal kommune, ifølge kommunalsjef.

Leder for koordinerende enhet sier at det er ikke alltid at søknader og andre henvendelser går til leder for koordinerende enhet, de går ofte til de andre lederne innen helse og omsorg. Det samme gjelder utarbeidelse av individuell plan og ansvarsgrupper, som blir håndtert på den enkelte tjeneste/avdeling. Alle bekrefter at det er utarbeidet prosedyre knyttet til henvendelser og utarbeidelse av individuell plan, som er styrende for ansvar og oppgaver knyttet til dette.

Det er endret organiseringen av rustjenesten i kommunen. Leder NAV sier at rustjenesten samt en stillingsressurs ble flyttet fra NAV til Psykisk helse i kommunen fra 01.09.2017.

#### Meldal kommunes Rehabiliterings-/habiliteringsplan

Meldal kommune har en rehabiliterings-/habiliteringsplan som evalueres årlig. Der deltar alle tjenestene i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Dette er en fagplan, med overordna mål for helse- og velferdstjenesten i kommunen. Konkretisering av tiltak blir årlig skrevet inn i virksomhetsplanen som er styringsverktøyet i den daglige driften. I 2017 vises det spesielt til at Meldal Kommune har "koordinerende enhet for rehabilitering/habilitering", og det arbeides aktivt for å bedre brukermedvirkning gjennom utarbeidelse av individuelle planer.

I følge rehabiliterings-/habiliteringsplanen for 2017 knyttes tjenestetilbudet i kommunen til følgende tjenester: medisinsk diagnose og behandling, rehabiliteringsplasser ved Meldal Helsetun, frisklivssentral, hverdagsrehabilitering/fallforebyggende grupper, helsestasjon, PP-

tjenesten, barnevern, psykisk helsevern, ergoterapi, fysioterapi, dagtilbud ved Meldal Helsetun og Meldal aktivitetssenter, hjemmetjeneste, tilrettelagte arbeidsplasser v/ Rosenvik, omsorgsboliger/boliger med livsløpsstandard, tilbud om hjemmebesøk til innbyggere som fyller 75 år, med informasjon om forebyggende tiltak; fysisk aktivitet, tilpasning/tilrettelegging av bolig med mer, Aktivitetstilbud med fysioterapeut, gruppetrening i gymsal/treningscenter og basseng og treningsgruppe for kreftpasienter.

Vi vil i neste delkapittel beskrive tildeling av individuell plan i kommunen.

### 3.2.4 Tildeling av individuell plan

Det meste av tildelingen av individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator knyttet til den enkelte bruker skjer på de ulike avdelingene innen helse og omsorg, og er ikke innom koordinerende enhet. Fylkesmannen har merket seg i sitt tilsyn<sup>5</sup> at noen har flere ansvarsposisjoner og at dette kan skape uklarhet mht. hvilken rolle som ivaretas til enhver tid (Inntaksteam og koordinerende enhet). Fylkesmannen konkluderer likevel med at dette ikke synes å påvirke den faktiske tjenesteytelsen.

Funksjonen til koordinator er utelukkende knyttet til ansvarsgruppe/Individuell plan. Det redegjøres for at primærkontakt fungerer som koordinator der individuell plan ikke er opprettet. Der det er behov for individuell plan, og pasienten ønsker det, vil dette bli utarbeidet. Det er fylkesmannens vurdering at tjenestene gjennom den tette dialogen og samarbeidet i praksis synes å ivareta koordinerte tjenester.

Den enkelte fagtjeneste gjør egne journalnotat til pasient. Alle tjenestene har tilgang til hverandres system når de har en felles rehabiliteringspasient. I rehabiliteringsplanen er det beskrevet hvilken faggruppe som følger opp hva. I vår intervjurunde bekreftes det at overnevnte fremdeles er praksisen for habiliteringstjenesten, med tverrfaglige møter og tildeling av individuell plan.

Vi vil i neste delkapittel se på bruken av individuell plan i kommunen og hva ulike enheter har gitt av informasjon knyttet til brukere med individuell plan.

---

<sup>5</sup> Tilsyn med rehabiliteringstjenesten i Meldal kommune, 16.12.2015. Ingen avvik eller merknader ble gitt ved tilsynet.



### 3.2.5 Brukere med individuell plan i kommunen

Vi viser i tabellen hvor mange tjenestemottakere med individuell plan som er rapportert fra kommunen i Helse- og omsorg i Meldal<sup>6</sup>. Disse sammenlignes med andre kommuner, som ligger geografisk nært Meldal og med som noenlunde likt antall innbyggere.

**Tabell 1 Tjenestemottakere med individuell plan**

	Meldal	Meldal	Meldal	Meldal	Meldal	Rennebu	Midtre Gauldal	Hemne	Klæbu
	2012	2013	2014	2015	2016	2016	2016	2016	2016
Tjenestemottakere med individuell plan	16	12	12	7	8	17	29	40	33

Kilde: SSB – nivå 3

Tabellen viser antall tjenestemottakere<sup>7</sup> med individuell plan i Meldal som er rapportert til SSB. Tabellen viser at antallet brukere med individuell plan er redusert fra 16 til 8 personer de siste fem år. Meldal har betydelig færre tjenestemottakere med individuell plan enn de andre kommunene, ifølge tabellen. Kommunalsjef Helse og omsorg sier at KOSTRA-rapporteringen innen helse og omsorg skjer ved IPLOS, som er knyttet opp til helse- og omsorgssektorens fagsystem (Acos CosDoc). Det finnes ingen spesifikk rapportering på individuell plan. Hvordan dette fanges opp i KOSTRA må gjennomgås nærmere. Flere av de vi har intervjuet ser tydelig at tallet for brukere med individuell plan i kommunen er underrapportert.

I vår gjennomgang har vi innhentet følgende informasjon om antall brukere med Individuell plan innen flere tjenester i kommunen.

- Innen psykisk helse var det 10 brukere som har individuell plan i 2017. Enheten fyller ut en individuell plan som skrives ut fra malen til det elektroniske fagsystemet (ACOS CosDoc). Deretter arkiveres en skriftlig versjon av individuell plan i papirjournalen til den enkelte bruker. Disse registreres ikke elektronisk i fagsystemet.
- Hjemmetjenesten benytter Acos IP som system for registrering og oppfølging av brukere med individuell plan. Dette er et helelektronisk system for individuell plan<sup>8</sup>. Det er registrert totalt 18 aktive brukere i dette systemet.

<sup>6</sup> Rapportert til SSB

<sup>7</sup> Dette gjelder for tjenestemottakere ved aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, helse- og omsorgstjenester i institusjon og helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

<sup>8</sup> Også system for individuell opplæringsplan – IOP for elver med behov for dette.

- Helsestasjon har ca. 10 brukere med individuell plan. De skriver ut malen for individuell plan fra systemet Acos IP. Fyller den ut og arkiverer en skriftlig versjon i den papirbaserte journalen til bruker. Individuell plan lagres ikke elektronisk i kommunens fagsystem, (CGM-Winmed) til Helsestasjonen.
- Kommunalsjef for Oppvekst og Kultur sier at det er et fåtall elever med individuell plan i den kommunale skolen i dag, ingen i barnehagen. Oppvekst registrerer disse i Acos IP. Det er videre 24 flyktninger med individuell plan, hvor 6 er under utarbeidelse. Disse er ikke knyttet til helse- og omsorgstjenester. Flyktningtjenesten bruker Visma – flyktning for registrering og oppfølging av individuell plan for kommunens integreringsarbeid.
- Montessoriskolen på Løkken har ingen elever med individuell plan i dag. De har noen elever som er til vurdering for individuell plan.

Leder NAV sier at de ikke har oversikt over antall brukere som har individuell plan og mottar tjenester fra Helse og omsorg. NAV bekrefter at brukere med omfattende bistand innenfor rus, har en individuell plan. Det er ofte slik at NAV deltar i kommunens ansvarsgrupper der bruker har en ytelse gjennom NAV som mottar helse- og omsorgstjenester.

### 3.2.6 Elektronisk system for registrering og oppfølging av individuell plan

Brukere hos hjemmetjenesten og oppvekst registreres og følges opp i Acos IP. ACOS IP er nettbasert system og legger til rette for en sikker samhandling mellom aktører både internt i kommunen, men også ut mot det øvrige samfunnet/hjelpeapparatet. Sikkerhetsnivået er satt slik at personsensitiv informasjon kan utveksles mellom ulike plandeltakere uten restriksjoner (skriftlig samtykke). Systemet er tilgjengelig for alle deltakere. Planeier, pårørende/bruker og plandeltakere (ansvarsgruppe og koordinator) kan sende meldinger ved behov for endringer. Dette legger til rette for brukermedvirkning og koordinering av tjenestene. Planeier godkjenner alle deltagere i planen elektronisk, før de gis tilgang til planen.

Seksjonsleder i hjemmetjenesten 2 sier at ansatte i helse og omsorg og skole har tilgang til Acos IP og kan benytte det til registrering og oppfølging av individuell plan. Det er ikke alle som bruker systemet til det i dag. Dette gir utfordringer med å holde oversikt over alle aktive brukere med individuell plan i kommunen. Utfordringen med Acos IP er å gi jevnlig opplæring til alle som skal bruke systemet i kommunen. Det er også et spørsmål om kommunen skal stille krav til at alle avdelinger/tjenester skal bruke et felles system for registrering og oppfølging av individuell plan.

I kommunens rehabiliteringsplan for 2017 vises det til tiltak knyttet til opplæring i bruk av ACOS CosDoc som system for registrering og oppfølging av individuell plan v/nyansettelser og ved behov. Kommunen har oversendt malen for individuell plan som registreres i den papirbaserte brukerjournalen, denne samsvarer med krav<sup>9</sup> til innholdet i en individuell plan.

Flyktningtjenesten bruker Visma flyktning til registrering og oppfølging av brukere med individuell plan. Systemet har mange tilsvarende funksjoner som Acos IP og er tilpasset behov til introduksjonsprogrammet og rapportering nasjonalt.

Noen ansatte vi har intervjuet oppretter en individuell plan få ganger i løpet av et år. De sier at det er vanskelig å sette seg inn i og bruke Acos IP. De fra psykisk helse og helsestasjon sier at det er behov for opplæring og bruk av systemet internt, hvis hele kommunen skal bruke dette systemet for registrering og oppfølging av brukere med individuell plan.

Hos NAV registreres individuell plan i sosialsystemet (SOSIO). Det er da ofte utbetalinger av sosialhjelp i disse sakene. Der etableres det en aktivitetsplan (ved statlige ytelser) for hver bruker, hvor individuell plan inngår som en del av aktivitetsplanen.

### 3.2.7 Årsaker til at brukere velger å ikke ha individuell plan.

De som er intervjuet har vist til følgende årsaker til at enkelte brukere ikke velger å ha individuell plan, ansatte sier at:

- Brukere føler seg ivaretatt med det andre planverket tjenesten har til rådighet (tiltaks- og pleieplan i pleie- og omsorgsprogrammet). Ansatte opplever også at heller ikke pårørende ønsker individuell plan for sine. Det er ofte en utfordring å forklare brukere/pårørende hvorfor de skal ha individuell plan, da de opplever å få tjenester og dialog/kontakt via sine primærkontakter til tjenesten.
- Det er en del brukere og eldre som har flere tjenester som utføres av personell tilknyttet omsorgsboligen til bruker. De har en miljøterapiplan som dekker deres behov for tjenester. Noen brukere velger derfor å ikke ha en individuell plan og føler at de har tilfredsstillende oppfølging og tjenester fra ansatte i omsorgsboligen.
- Det er videre noen eldre psykisk utviklingshemmede i bolig som ikke har en individuell plan. Disse mangler pårørende som følger opp den enkelte. Brukerne har en miljøterapiplan. Disse har i tillegg en ukeplan, slik at de har oversikt over daglige gjøremål.

---

<sup>9</sup> Innholdet i individuell plan § 19, forskrift om habilitering og rehabilitering

- Noen ansatte sier at dette kan handle om at kommunen ikke har klart å informere godt nok om hva en individuell plan er. Derfor velger bruker/pårørende og ikke ha individuell plan. Dette bekreftes av andre ansatte som sier at brukere opplever at individuell plan er innviklet, byråkratisk og oppfattes komplisert, noe som kan være en årsak til at man sier nei.
- Noen brukere ønsker å vurdere individuell plan på et senere tidspunkt. Det er også gitt informasjon om at individuell plan kan medføre flere møter og en ekstra belastning for pårørende, utover planer knyttet til eks. individuell opplæringsplan i skolen, som også må følges opp.
- Noen ansatte sier at det er barn som ikke har utviklet et klarlagt behov, hvor foreldre velger å se det over tid, før individuell plan etableres for disse.

Helsestasjon og oppvekst sier at for barn med behov for ulike tjenester fra helse og omsorg opprettes det en ansvarsgruppe, selv om de ikke ønsker en individuell plan. Medlemmer i ansvarsgruppen velges ut fra barnets behov. I ansvarsgruppen fordeles ansvar ut fra hvilke tjenester som skal ytes og samhandler ut fra dette. Det er fastsatt møteplan for aktivitet i ansvarsgruppa, hvor tiden mellom møter kan variere ut fra behovet til oppfølging av barnet. Dette sikrer både at de mottar tjenester de skal ha og at foreldre får medvirke til utforming av tjenesten, ifølge flere ansatte. Det er videre faste rutiner i overgangen mellom barnehage og skole knyttet til informasjon om barn med ekstra behov (samtykke fra foresatte innhentes). I noen tilfeller blir kontaktpersoner med fra barnehage til skole for å sikre en trygg overgang.

Representanter fra brukerrådene sier at de ikke har fått henvendelser fra brukere knyttet til mangler ved brukers rettighet til individuelle plan, eller fra de som har dette etablert. Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne har fått informasjon om hvordan kommunens ansatte håndterer individuell plan og retningslinjer/prosedyrer for dette arbeidet. Disse har rådets medlemmer funnet hensiktsmessig.

### 3.2.8 Koordinator

Alle som har en individuell plan eller har krav på dette skal ha en koordinator. Intervjuene bekrefter at alle som har individuell plan, har en koordinator. Flere sier at de som ikke velger å ha en individuell plan har en ansvarsgruppe som består av de som yter tjenester til bruker samt en primærkontakt som følger opp bruker. Primærkontakten følger opp brukeren de har ansvar for i forhold til bl.a. til legetimer, hjelpemidler, kontakt med pårørende, delta på møter i ansvarsgruppen. Det er heller ikke alle brukere som velger å ha koordinator, også dette er etter eget ønske.

En ansatt sier at utfordringene knyttet til koordinatorrollen omhandler at det daglige arbeid skal gjøres og koordinator rollen kommer i tillegg til dette. Et tjenesteområde sier at det skal være en helsefaglig person som er koordinator. Dette kan i noen tilfeller være i motsetning til at foreldre og bruker selv er med på å bestemme hvem som skal være koordinator, noe som er viktig. Dette har medført at foreldres ønske er innfridd ved at eks. primærkontakt på skolen velges.

Det blir orientert om ansvaret og oppgaver til koordinator fra koordinerende enhet. Det har ikke vært gjennomført spesifikke kurs eller fagdager knyttet til rollen og ansvaret til koordinatorene i kommunen. Flere som er intervjuet peker på at jevnlig fagsamlinger for koordinatorene er ønskelig, der generelle problemstillinger kan drøftes.

### 3.2.9 Samarbeid mellom tjenester

Det er krav til at bruker med flere tjenester innen helse og omsorg har koordinerte tjenester. Vi vil her se om hvordan samarbeidet mellom tjenester utføres. Først beskrives møtestruktur mellom tjenester innen helse og omsorg, deretter vil vi se på koordinering og samhandling mellom tjenestene for brukere med flere tjenester.

#### 3.2.9.1 Tverrfaglige møter

Det er lagt opp til følgende møtestruktur for utveksling av informasjon. Følgende faste møter gjennomføres for å samordne tjenestene innen helse og omsorg.

- Inntaksteamet har fast, ukentlig møte hvor medlemmene i koordinerende enhet deltar. Der deltar også seksjonsleder hjemmetjenesten 2, avdelingssykepleier hjemmetjenesten og avdelingssykepleier korttidsavdeling, ergo- og fysioterapeut og tilsynslege.
- Tverrfaglig rehabiliteringsmøte, hvor søknader og resultat av hverdags rehabilitering blir tatt opp og hvor det fastsettes videre rehabiliteringsløp for den enkelte. Det er en mal for rehabiliteringsplan som følger pasienten i samarbeid med pårørende, samt et tverrfaglig notat ved utskrivning. Det er videre ukentlige intermøter ved korttidsavdelingen, der målet er å sikre felles forståelse og fremdrift for den enkelte bruker ved avdelingen. Tverrfaglige møter i kommunen var positivt vektlagt ved Fylkesmannens tilsyn.
- De ulike tjenestene innen helse og omsorg har faste tverrfaglige møter, eks tildelingsmøter for bolig, ledermøter innen helse- og omsorg, rusteam og psykisk helse.
- I tillegg gjennomføres det interne møter på enhetene blant ansatte innen helse- og omsorgstjenester for å informere om behov til brukere, samt daglige arbeidsoppgaver knytte til disse.

- Det er et nært og formalisert samarbeid mellom barnehage, skole, PP-tjenesten og helsestasjon på oppvekstområdet. De har hyppige møter om eks. barn og unge med ekstra behov knyttet til opplæring.
- Det opprettes tverrfaglige ansvarsgrupper og koordinator for brukere med individuell plan, som følger opp den enkelte bruker.

### 3.2.9.2 Koordinert samarbeid og samhandling mellom tjenestene

De som er intervjuet sier at det tverrfaglig samarbeid og etablerte møtearenaer fungerer etter deres behov. Videre bekrefter alle at det er kort vei for kontakt/dialog mellom tjenestene/avdelingene i kommunen, dette sikrer en tilfredsstillende koordinering mellom tjenestene. De ulike tjenestene jobber tverrfaglig da det er brukere med utfordringer knyttet til habiliteringstjeneste, NAV, psykisk helse, barnevern, 2 linje tjenesten, lege etc. med egne møter for disse i ansvarsgrupper og enkeltbrukere. Det er jevnlig avdelingsmøter med personalet med påfølgende brukerrettede møter i helse og omsorg. Flere viser til E-melding som sikrer dialogen mellom tjenestene og lege ved behov til den enkelte bruker. Kommunalsjef for Helse og Omsorg opplever at kommunen har et tilfredsstillende samarbeid internt, noe som også er påpekt i gjennomgangene fra telemarksforskning og RO, samt tilsyn fra fylkesmannen.

Hjemmetjenesten trekker frem E-meldinger mot sykehus og spesialisthelsetjeneste ved innleggelse og utskrivning av pasienter. Kommunen sender opplysninger om pasienten, og sykehuset holder kommunen orientert om pasientens tilstand/behandling/oppfølging. Denne informasjonen oppdateres fortløpende. Kommunen vurderer da hvilke tjenester og tiltak som skal iverksettes ved utskrivning. E-meldinger innad i kommunen; spesielt mot legekontor, omhandler informasjon og spørsmål til lege fra Hjemmetjenesten/Helsetunet. Denne type informasjon går begge veier. E-meldinger blir også brukt ved medikamentforandringer. Dette gir en god kvalitetssikring for alle parter; både pasient, lege og sykepleier. E-meldinger gir økt effektivitet, bedre kvalitetssikring og bedre «flyt» i behandlingsskjeden for pasienten, ifølge hjemmetjenesten.

Kommunalsjef Oppvekst og Kultur sier at det er et godt tverrfaglig samarbeid mellom alle tjenestene i kommunen. De har hyppige møter om eks. barn og unge med ekstra behov knyttet til opplæring. For barn og unge som har behov for tjenester fra flere enheter opprettes det ansvarsgruppe. Foreldre deltar i ansvarsgruppen for å sikre brukermedvirkning. I dag er det noen elever på skolen som har individuell plan. Ansvarsgruppene gir et godt tverrfaglig samarbeid ut fra behovet til barnet. Fra skolen er det ofte spesialpedagog som deltar i ansvarsgruppene sammen med kontaktlærer. Spesialpedagog har gitt uttrykk for at

organiseringen knyttet til ansvarsgrupper fungerer hensiktsmessig ut fra elevenes og skolens behov, ifølge kommunalsjef.

Leder NAV sier at samarbeidet med Koordinerende enhet og kommunens ansatte er tilfredsstillende ut fra NAV sitt behov. Det er flest behov blant de yngste brukerne hos NAV, da de ofte har sammensatte behov. Det er ofte ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker hvor representanter fra NAV deltar.

Rektor ved montessoriskolen sier at skolen samhandler i hovedsak med PP-tjenesten, psykisk helse og skolehelsetjenesten når det gjelder kommunale tjenester. Det gjelder samhandlingen rundt de elevene som har individuell plan. Skolen har hatt kontakt med Koordinerende enhet. Det var koordinerende enhet som organiserte møter og annen kontakt. PP-Tjenesten var og er sentrale i den dialogen, ifølge rektor.

Representanter fra råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne sier at rådet får tilstrekkelig informasjon om kommunens tjenester samt NAV, og setter stor pris på involveringen fra kommunen. Videre sier alle at de ulike tjenester innen helse og omsorg samarbeider og er koordinert mot den enkelte bruker, og at dette fungerer til brukers beste i dag.

### **3.3 Vurdering**

I dette kapitlet vurderer vi koordinerende enhets oppgaver tilknyttet det å tilby individuell plan, koordinator, og om det er koordinert samarbeid mellom tjenester til brukerne og klager.

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Dette gjelder for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (flere tjenester) jf. helse- og omsorgstjenesteloven. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator i kommunen.

Kommunen har etablert en koordinerende enhet bestående av tre ansatte med flere sentrale ansvarsposisjoner innen helse- og omsorg (ledere, inntaksteam og koordinerende enhet). Organiseringen har en koordinerende funksjon over aktuelle brukere med behov for flere tjenester. Det kan imidlertid være at koordinerende enhet har blitt usynlig, og at kontakten fra bruker er rettet mot den enkelte tjeneste/avdeling i helse og omsorg og ikke direkte mot koordinerende enhet. Revisor har ikke mottatt informasjon om at dette har påvirket den faktiske tjenesteytelsen eller retten til tjenester for disse brukerne. Det er igangsatt en omorganisering innen helse og omsorg fra høsten 2017. Koordinerende enhets oppgaver er lagt til et

tildelingskontor som vil gi tydeligere skille på rolle og ansvar, samt en synliggjøring av tilhørende arbeidsoppgaver, hvor all brukerkontakt går via tildelingskontoret.

Antall brukere med individuell plan er betydelig underrapportert til SSB, ut fra data som er fremkommet i rapporten. Dette viser at kommunen har manglet den overordnede oversikten over aktive brukere med individuell plan, samt riktig innrapportering til SSB. Det savnes videre at kommunen har valgt et helhetlig system for oversikt og oppfølging av aktive brukere med individuell plan innen helse og omsorg med tilhørende tjenester. Det savnes også en opplæring av ansatte i bruk av systemer og registrering, samt oppfølging av brukere med individuell plan. I dag ligger denne oversikten til den enkelte avdeling innen helse og omsorg, som har fått ansvar for å følge opp egne brukere med flere tjenester knyttet til egne valgte systemer. Revisor har ikke informasjon om at det er brukere med flere tjenester som ikke har fått oppfylt sin rett til individuell plan. For brukere som velger å ikke ha individuell plan, er det system for å opprette tverrfaglig ansvarsgrupper ut fra brukers behov med primærkontakt, noe som sikrer tjenesteytingen og koordineringen av disse.

Alle brukere med rett til- og som ønsker koordinator, har dette. De som ikke velger å ha det, får opprettet en primærkontakt. Det ser videre ut til at brukere/pårørendes ønsker om valg av koordinator blir fulgt opp av kommunen, noe som samsvarer med gitte føringer. Det savnes at man arrangerer jevnlig fagdager for koordinatorene i kommunen. Fagdager er viktig for å legge til rette for at rollen ivaretas ut fra gjeldende faglige føringer og for at tjenesten utøves likt for brukerne i kommunen.

Der brukere har flere tjenester, skal tjenestene være koordinerte. Dette utløser krav til tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom ulike tjenester i kommunen for brukere av flere tjenester innen helse og omsorg. Kommunens faste tverrfaglige møter med ansvarsgrupper samt samhandling mellom ulike kommunale tjenester, NAV og andrelinjetjenesten, er ut fra revisors vurdering i samsvar med gitte føringer. Dette gir brukerne med flere tjenester koordinerte tjenester innen pleie og omsorg.



## 4 Brukerorientering

Dette kapitlet besvarer problemstillingen om kommunen ivaretar en brukerorientering knyttet til brukere med flere tjenester.

### 4.1 Kriterier

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 vises det til at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Vi har i denne undersøkelsen innhente informasjon om kommunens ansatte involverer bruker/pasient/pårørende i utformingen av langvarige og koordinerte tjenester innen helse og omsorg. Dette for å ivareta brukerorienteringen. Bedre kommune - KS har verktøy for måling av ulike tjenesteområder og er standardisert. Dette gir ett utgangspunkt for områder vi ser nærmere på for å utrede brukerorienteringen i denne undersøkelsen.

Vi har hatt spesielt fokus på om kommunens helse- og omsorgstjenester er:

- tilgjengelige for brukere,
- om det gis informasjon om tjenester til brukere,
- om ansattes kompetanse er god,
- sikres brukermedvirkning og respektfull behandling
- resultat for brukeren gir sosial trygghet i hverdagen
- klager

De overnevnte kriteriene knyttes til brukere med flere tjenester og datadelen beskrives i de neste delkapitlene.

### 4.2 Brukerundersøkelser innen helse og omsorg

Det er gjennomført brukerundersøkelser i kommunen, siste gang i 2016. Brukerundersøkelsen i 2016 var knyttet til følgende dimensjoner: Resultat for beboeren, trivsel, brukermedvirkning, respektfull behandling, tilgjengelighet, informasjon, samt en helhetsvurdering av tjenesten. Resultatene viser at både Meldal helsetun og hjemmetjenesten ligger over landet ut fra en gitt helhetsvurdering som er et av flere områder i undersøkelsen. Vi viser resultater fra brukerundersøkelsen på neste side.

**Tabell 2 Resultatene fra bruker/pårørendeundersøkelsen for Meldal Helsetun i 2016**

Indikatorer	Meldal	Gjennomsnitt Landet
Resultat for beboer	4,2	4,4
Trivsel	4,4	4,8
Brukermedvirkning	3,8	4,2
Respektfull behandling	5,0	5,1
Tilgjengelighet	5,0	4,6
Informasjon	4,8	4,4
Helhetsvurdering	5,0	4,9

**Tabell 3 Resultatene fra brukerundersøkelsen for hjemmetjenesten i 2016**

Indikatorer	Meldal	Gjennomsnitt Landet
Resultat for beboer	5,3	5,2
Brukermedvirkning	4,7	4,6
Respektfull behandling	5,0	4,7
Tilgjengelighet	5,3	4,9
Informasjon	5,2	4,9
Helhetsvurdering	5,5	5,2

Vi vil i de neste kapitlene omtale resultater fra brukerundersøkelsen knyttet til de ulike områdene innen brukerundersøkelsen.

Leder for hjemmetjenesten 2 sier at det har vært vanskelig å få gjennomført brukerundersøkelse for psykisk utviklingshemmede. Det ble forsøkt med intervju med brukere og pårørende, men resultatene ble ikke funnet gode nok til publisering. På demensområde var det tidligere gjennomført pårørendeundersøkelse, men ikke i 2016.

Hjemmetjenesten gjennomfører informasjonsmøter til pårørende på demensavdelingen årlig. Der gis pårørende mulighet til å møte likesinnede for å utveksle erfaringer. Utover dette møter ansatte pårørende, hvor ulike behov diskuteres. Det er videre jevnlig kontakt med pårørende og ansatte i andre boliger i kommunen.

### 4.3 Tilgjengelighet og informasjon

Det første området vi ser nærmere på, er om brukerne har tilgjengelighet til tjenestene og får informasjon om rettighetsbaserte tjenester som ytes fra pleie og omsorg.

Et av resultatene fra kommunens bruker- og pårørende undersøkelse fra 2016 viser noe høyere skår for tilgjengelighet og informasjon sammenlignet med landsgjennomsnittet. Brukerne/pårørende har gitt lavest skår på følgende kriterier:

- Beboeren vet hvem som er egen kontaktperson
- Å gi informasjon om tjenesten og øvrig aktivitets- og kulturtilbud.
- Gi beskjed dersom det oppstår forsinkelser
- Gi informasjon om hva som skal gjøres

De som er intervjuet peker på behovet for å bedre informasjon til brukere og pårørende, og stiller spørsmål om dette gis systematisk likt til alle i dag. Alle ansatte bekrefter at det er enkelt å ta kontakt med tjenestene og at disse ligger nært hverandre slik at brukerne blir vist til rett instans når de kontakter tjenester i pleie og omsorg. Flere peker på at det tidligere ble gitt informasjon til innbyggerne i folkemøter, blant annet om koordinerende enhet, brukeres rett til individuell plan og koordinator, noe som ikke er gjennomført de siste årene.

Det er utarbeidet et informasjonshefte til brukerne knyttet til koordinerende enhets arbeidsoppgaver som er oversendt revisor. Andre benytter informasjon om individuell plan basert på veileder fra departementet. I dag informerer kommunen på nettsiden om koordinerende enhets virksomhet, kontaktinformasjon og ansvar. I tillegg er det utarbeidet informasjonsskriv som legges ut eks. på legekontor, servicekontor etc. for tjenester innen helse og omsorg. Flere peker på at det ikke er automatikk i å dele den ut ved kontakt med brukerne. Noen brukere mottar informasjonsskriv, mens andre mottar muntlig informasjon. Tilbakemeldingene fra brukerne til ansatte omhandler at det er mye informasjon å forholde seg til. Det kan være utfordrende å gi informasjon knyttet til brukeres rett til individuell plan, da det også gis ut informasjon knyttet til retten til tjenester som mottas. Flere peker på at deltakere i ansvarsgrupper har kunnskap om, og har mulighet til å informere brukere og pårørende om retten til individuell plan og koordinator. Men om dette gjøres er man usikker på.

Representanter fra brukerrådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, sier at ansatte og leder innen helse og omsorg gir tilstrekkelig informasjon om tjenestene. Rådet synes informasjonsgrunnlaget de får fra kommunen er tilstrekkelig og setter stor pris på denne involveringen fra kommunen. Det er få brukere som tar kontakt med brukerrådet knyttet til mangler på tilgjengelighet og informasjon fra helse- og omsorgstjenester. De opplever at det enkelt for brukere å ta kontakt med tjenester innen pleie- og omsorg, og at de får dekket hjelpebehovet.

De peker likevel på at kommunen har en informasjonsutfordring til pårørende som bor langt unna helse- og omsorgstjenestene i Meldal kommune. I tillegg blir det en omlegging innen helse- og omsorgstjenester, fra sykehjemsplass til at brukere bor lenger i hjemmet eller i omsorgsbolig. Omleggingen vil også kreve god informasjon til brukere og pårørende fremover

for å skape god forståelse og trygghet for tjenesteytingen som ytes, ifølge en av brukerrepresentantene. En viser til at NAV også har utfordringer knyttet til å informere brukere om tjenestene, da det meste av informasjon og dialog med NAV er via nettbaserte løsninger.

Leder for eldrerådet peker på at det fins informasjonsskriv knyttet til tjenester i pleie omsorg, og bekrefter at det er enkelt å ta kontakt med helse og omsorg for å få hjelp. Det er likevel sånn at den enkelte må ta initiativ til å innhente informasjon, noe som kan være en utfordring for enkelte brukere, som ikke kan innhente denne selv (mangler transportmuligheter).

#### **4.4 Personalets kompetanse**

Her spør vi om hvordan personalets kompetanse er knyttet til brukere med flere tjenester innen helse og omsorg. Kommunalsjef Helse og Omsorg sier at kommunen har utfordringer med å få tak i sykepleiere, spesielt ved lengre vikariater. I dag er andelen høgskoleutdannede på ca. 25 %. Det er positivt at denne har økt fra 17 % for noen år siden. Kommunen har en høy andel fagutdannet helsefagarbeidere. Det ansattes i hovedsak høyskoleutdannet helsefagarbeidere nå, da behovet for denne kompetansen øker i kommunen. Dette begrunnes i at kommunen overføres nye oppgaver fra andrelinjetjenesten.

Kommunen har gitt et tilbud til fagskole på Meldal videregående skole for helsefagarbeidere i fagene geriatri, rehabilitering-, og kreftomsorg. Det jobbes videre med å etablere en desentralisert sykepleieutdanning gjennom samhandlingsenheten i Orkdalsregionen - SIO. Dette har stoppet opp da man ikke kan tilby flere praksisplasser på St. Olavs Hospital. Kommunen har bedt KS og fylkesmannen om å bidra for å etablere en desentralisert sykepleierutdanning. De vi har intervjuet ser behovet for å øke andelen høgskoleutdannede, da man er sårbar knyttet til ferieavvikling og sykefravær. Alle sier at det legges godt til rette for fagdager, samt etter- og videreutdanning. Oppvekst sier at det er krevende å ha kompetanse knyttet til barn og unges behov, da denne er i endring. Likevel trekkes det frem at man får tak i etterspurt kompetanse ved ansettelse. Det pekes videre på at man utnytter kompetansen og samspillet i organisasjonen samt med andrelinjetjenesten, når barn og unge med ekstra behov gis hjelp i dag.

Brukerrepresentanter sier at ansatte gir god hjelp til brukere og at de har riktig kompetanse til å utføre sine oppgaver. Det er viktig at samspillet mellom de ansatte er god for å sikre tilstrekkelig utnyttelse av kompetansen. Kommunen kunne hatt noen flere sykepleiere og det er viktig å få etablert den desentrale sykepleierutdanningen i denne sammenhengen. To brukerrepresentanter peker på at tjenester som i dag ytes av andre linjetjenesten, overføres til kommunen, noe som utfordrer kommunen med å skaffe tilstrekkelig kompetanse fremover. I

forbindelse med det nye helsetunet ønsker de at legetjenesten bør være lokalisert geografisk der. For brukerne i det nye helsetunet vil det skape større trygghet med nærheten til lege, samt gir mulighet for et bredere kompetansemiljø på helsetunet, ifølge brukerrepresentantene. Dette er nærmere beskrevet i brev til Meldal kommune, se vedlegg 2.

#### **4.5 Brukermedvirkning og respektfull behandling**

Her spør vi om brukerne blir tatt med på råd, og om de gis en respektfull behandling ved tjenesteytingen.

Kommunens bruker- og pårørendeundersøkelse fra 2016 viser noe lavere skår for brukermedvirkning sammenlignet med landsgjennomsnittet. Brukerne/pårørende har gitt lavest skår på deltakelse og utarbeidelse av planer. For respektfull behandling viser bruker- og pårørende undersøkelsen fra 2016 noe høyere skår enn landsgjennomsnittet. Det er unntak for om ansatte på helsetunet hører på beboere hvis de har noe å klage på, som ligger lavere enn landsgjennomsnittet.

De som er intervjuet fra kommunen sier at brukerne får i stor grad medvirke til egne tjenester gjennom etablering av individuell plan og at ansatte har dialog med brukere, selv om de ikke har individuell plan. Brukere har enten en kontaktperson/koordinator/primærkontakt som skal sikre at de har brukermedvirkning og et kontaktpunkt mot kommunen. Bruker med individuell plan deltar i ansvarsgruppemøter som sikrer brukermedvirkning. Blant barn og unge med ekstra behov deltar foresatte allerede ved utredning og det må gis et samtykke for videre oppfølging. Elever på ungdomsskolen får også uttale seg i utformingen av eget tjenestebehov. Dette sikrer bruker/pårørendemedvirkning i flere faser, ifølge de som er intervjuet.

Ansatte i kommunen sier videre at det er utarbeidet sjekklister og arbeidsplaner/miljøterapiplan/individuellplan for alle brukere, som sikrer at de får de tjenester de skal ha. De ansatte som utfører oppgavene arbeider i et tillitsbasert forhold, og det har ikke kommet tilbakemeldinger på at de ikke gjør det de skal. Det er videre interne personalmøter i avdelingene hver uke, hvor man følger opp tjenester knyttet til brukere, samt at avdelingsleder følger opp arbeidet med den enkelte bruker. I personalmøtene er det også tema knyttet til faglige og etiske refleksjoner til det å gi brukere respektfull behandling. Systemet er lagt opp slik at det skal skape tillit mellom ansatte i kommunen og brukere/foresatte.

Brukerrepresentanter opplever at brukerne blir tatt med på råd for egne tjenester, samt at ansatte i kommunen lytter til brukerne. De har ikke hørt om tilfeller der ansatte har brutt taushetsplikten. Videre er inntrykket at ansatte overholder vedtak og forpliktelser til brukere,

samt at bruker blir vurdert på nytt ved endret funksjonsnivå og at bruker/pårørende får tilstrekkelig informasjon om endret behov. Alle er videre opptatt av å videreføre dagens tjenestenivå i den nye kommunen, lik den Meldal kommune har i dag.

En brukerrepresentant peker på behovet for en bedre systematikk knyttet til det å innhente brukererfaringer hos brukere de representerer, i rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. En annen sier at han deltar i årsmøter lokalt og regionalt for å treffe medlemmer hos de brukere han representerer, og opplever selv dette som tilstrekkelig.

## 4.6 Resultat for bruker

Her spør vi om tjenestene gir brukerne et meningsfullt liv gjennom sosiale treffpunkt og trygghet i hverdagen.

Kommunens bruker- og pårørende undersøkelse fra 2016 viser noe lavere skår for resultat for bruker på Meldal helsetun sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det er generelt en høy «vet ikke» prosent i tilbakemeldingene her. For hjemmetjenesten viser bruker- og pårørende undersøkelsen fra 2016 en høyere skår for resultat for brukeren sammenlignet med landsgjennomsnittet. Lavest skår her er gitt til:

- Ansatte har nok tid til å gjøre oppgavene sine
- Hjelp til matlaging
- Hjelp nok til å bo hjemme så lenge som ønsket (lavere enn landsgjennomsnittet)

I omsorgsboligene er det samlinger ukentlig med sosialt samvær, trim, turer og annet, ifølge ansatte. Det er ikke stort rom for å skape aktivitet hos denne gruppen i en travel hverdag, men noe er det. Det er fellesfrokoster jevnlig på Løvbytnet omsorgsbolig, et tiltak som oppleves svært positivt. Omsorgsboligene slik de fremstår i dag ble ikke bygd for dagens brukerguppe, men for friskere eldre. Dette gir utfordringer for ansatte, og legger noen begrensninger på aktivitetene.

Alle ansatte som er på oppdrag i omsorgsbolig eller i hjemmet har navneskilt som sier hvem de er og hvor de kommer fra, samt uniform. Dette gjelder også for vikarer og ferievikarer, noe som skaper trygghet for brukerne som gis tjenester.

Flere peker på viktigheten av å ha samlokaliserte tjenester i helse og omsorg på helsetunet som en suksess for å gi brukerne koordinerte og samordnede tjenester. De peker videre på at en viktig jobb i barnehage og skole er å bidra til at barn/elever skal ha et sosialt felleskap og trygghet i hverdagen. Alle skal være en del av klassen og delta i den daglige undervisningen,

også elever med større behov for tjenester. Videre at for unge funksjonshemmede er sosialt felleskap viktig. Det å få lov til å delta i skole og aktiviteter samt sosialt felleskap samens med andre jevnaldrende er viktig. Ansatte i skolen og på helsestasjon prøver å legge til rette for at alle får være med. Utfordringen kan være å få alle til å oppleve å være inkludert hos jevnaldrende.

Brukerrepresentanter sier det er en del sosiale arenaer knyttet til brukere med behov for helse og omsorgstjenester i dag, men det er behov for flere arenaer grunnet ensomhet. Det er en del aktiviteter og trening med sosialt treffpunkt hvor alle kan møtes, noe som er positivt. Sosiale treffpunkt for brukere er viktig, da kommunestrukturen endres og det kan bli andre som gir og yter tjenester i eks. ny kommune. Det vises til at en av forventningene til det nye helsetunet er at det tilrettelegges for sosiale arenaer. Videre pekes det på at tilbudet til bestillingstransport må avklares for å kunne gi et kollektivtransporttilbud, da dette er fraværende i dag. Alle peker på at Frivillighetssentralen har en viktig rolle i dag, med matombringing og henting av eldre. Dette for å gi mulighet til sosiale treffpunkt. Det er videre viktig at det sendes ut informasjon om sosiale aktiviteter til alle brukere og eldre personer i Meldal kommune, for å gi de et tilbud om sosiale treffpunkt med aktiviteter. Her vil informasjon på nett, samt det å gjøre brukerne i stand til å innhente informasjonen selv, (digital opplæring) være viktig fremover, ifølge brukerrepresentantene.

Det er system som ivaretar alle brukerne med behov for helse- og omsorgstjenester i Meldal kommune. Enten at tjenesteapparatet følger opp disse eller at pårørende/naboer varsler om behov hos enkeltpersoner. Verken brukerrepresentantene eller ansatte kjenner til brukere som ikke får hjelp og oppfølging av kommunen i dag.

## **4.7 Klager**

Vi har bedt om å få oversendt klagesaker knyttet til brukere med flere tjenester innen helse og omsorg i kommunen, de tre siste årene. Tilbakemeldingene fra de vi har intervjuet viser at det ikke foreligger klagesaker knyttet til brukere med individuell plan og flere tjenester i helse og omsorgstjenester.

## **4.8 Vurdering**

Vi har i denne delen av rapporten besvart om kommunen ivaretar brukerorienteringen knyttet til brukere med flere tjenester fra helse og omsorg. Pasient og bruker har rett til å medvirke til tjenestene, samt at disse så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker.

Det første området vi ser nærmere på er tilgjengelighet og informasjon knyttet til kommunens pleie- og omsorgstjenester. Det er enkelt for bruker å ta kontakt med pleie- og omsorgstjenester for å få hjelp, etter revisors vurdering. Når det gjelder informasjon om helse- og omsorgstjenester, er det revisors inntrykk at denne gis noe ulikt blant avdelingene i kommunen når det gjelder skriftlig og muntlig informasjon. Systemet legger i noen grad opp til at brukere/pårørende innhenter informasjon selv, noe som også kan være utfordrende. For noen pårørende er geografiske avstand også et moment som må vurderes. Videre er brukeres kunnskap til å innhente elektronisk informasjon viktig, samt at tiltak for å øke brukeres digitale kompetanse er sentral i tilrettelegging av informasjonsarbeidet. Revisor savner en enhetlig informasjonsstrategi i kommunen knyttet til brukere med pleie- og omsorgstjenester.

Det er viktig med god kompetanse blant ansatte i kommunen, knyttet til tjenester for helse og omsorg. Dette for å gi brukerne gode tjenester. Kommunen har ansatte som er helsefagarbeidere og sykepleiere, som er i henhold til ønsket kompetanse. Flere peker på at andelen sykepleiere er lav, men at den øker, noe som er positivt. Det arbeides aktivt med å få til en desentralisert sykepleierutdanning i regionen, men det er utordringer med etablering av denne. Et slikt tiltak vil være med å legge til rette for at andelen sykepleiere i kommunen økes ytterligere. Det er videre viktig da flere tjenester innen pleie og omsorg legges til kommunalt nivå fra andrelinjetjenesten. Brukerorganisasjoner ønsker at legetjenesten sentraliserer i det nye helsetunet og begrunner det med at man får et bredere kompetansemiljø som vil være lettere tilgjengelig for brukerne.

Det er krav til brukermedvirkning i lov knyttet til helse- og omsorgstjenester. Det er revisors inntrykk at brukermedvirkningen systematisk er ivaretatt i kommunen gjennom individuell plan, ansvarsgrupper, koordinator eller primærkontakt/kontaktpunkt i kommunen, videre at denne ivaretas både i utredningsfasen og i tjenesteytingen. Revisor har merket seg at brukerundersøkelsen for noen områder knyttet til brukermedvirkning har gitt lavere skår. Videre at det er noe ulike oppfatninger fra brukerrepresentanter i rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne som er intervjuet, knyttet til det å innhente brukererfaringer systematisk, noe kommunen bør ha oppmerksomhet på. Brukererfaringene er viktige tilbakemeldinger for brukertilfredshet i dag, og vil være det fremover i en ny kommune, dette for å sikre at tjenestene er i samsvar med behov til brukerne.

Det er system med sjekklister og planer knyttet til den enkelte bruker som sikrer at de får vedtaksbaserte tjenester. Dette følges opp systematisk gjennom dialog med ansatte ukentlig av avdelingsledere på avdelingene i helse og omsorg. Det er vår oppfatning at kommunens ansatte gir brukere en respektfull behandling.



Det er viktig at brukere av helse og omsorgstjenester opplever sosialt felleskap og trygghet i hverdagen. Det gis en god del sosiale treffpunkt med aktiviteter i dag knyttet til kommunens helsetun og omsorgsboliger. Det etterspørres flere arenaer, dette for å motvirke ensomhet hos brukerne, noe kommunen bør ha oppmerksomhet på. Det å legge til rette for sosiale aktiviteter og treffpunkt til denne brukergruppen, gjerne i et samarbeid med lag og organsiner samt frivillighetssentralen, er sentralt. Videre å legge til rette for kjøring til brukere innen helse og omsorg. Det har ikke fremkommet informasjon om at det er brukere som ikke får de helse- og omsorgstjenester de har rett på i kommunen. Det foreligger ingen klagesaker de siste tre år knyttet til brukere med flere tjenester og med individuell plan innen helse og omsorg.

## **5 Høring**

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Meldal kommune den 15.11.2017. En e-post med høringssvar ble mottatt fra kommunalsjef Helse og Omsorg den 29.11.17. Høringssvaret er lagt ved rapporten i vedlegg 1. Det var ingen merknader til høringsrapporten fra rådmannen og rapporten er ikke endret etter dette.

## 6 Konklusjoner og anbefalinger

### 6.1 Konklusjon

Problemstillingen i undersøkelsen har vært om kommunen følger opp sine forpliktelser til brukere som mottar flere tjenester fra helse og omsorg. Undersøkelsen belyser den enkeltes rett til rettighetsbaserte tjenester, samt at brukerorientering ivaretas for de med flere tjenester.

Vi konkluderer med at kommunen har etablert koordinerende enhet slik at brukere med behov for flere tjenester innen helse og omsorg får sine rettighetsbaserte tjenester.

Kommunen har etablert en koordinerende enhet, med tilhørende oppgaver i samsvar med lovkravet. Fra september 2017 legges oppgavene til koordinerende enhet hos tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester som styrker dette arbeidet. Det har likevel vært en betydelig underrapportering av brukere med individuell plan til nasjonale informasjonssystemer fra kommunen, dette er ikke i samsvar med lovkravet. Det er flere systemer for registrering og oppfølging av individuell plan i helse og omsorg. Dette har gitt utfordringer med å holde en overordnet oversikt over alle aktive brukere med individuell plan i kommunen.

Vi konkluderer videre med at kommunen har ivaretatt brukeres medvirkning til de med flere tjenester innen helse og omsorg. Det er noen utfordringer knyttet til å gi god nok informasjon om rettighetsbaserte tjenester, ha tilstrekkelig kompetanse og legge til rette for sosiale arenaer. Det å ha aktivitet for å motvirke ensomhet og skape trygghet i hverdagen for disse brukerne, bør ha kommunens oppmerksomhet fremover. Det er viktig at kommunen viderefører det systematiske arbeidet med å samle inn brukererfaringer, dette for å sikre at brukernes medvirkning til helse- og omsorgstjenestene ivaretas fremover. Det foreligger ingen klagesaker knyttet til brukere med flere tjenester i kommunen siste tre år.

### 6.2 Anbefaling

Vi anbefaler å kommunen å legge til rette for:

- En konsis rapportering over aktive brukere med individuell plan i kommunen til nasjonale informasjonssystemer.
- Utarbeide helhetlig informasjonsstrategi for brukere/pårørende med rett til flere tjenester innen helse og omsorg.

## **Kilder**

### **Kilder**

Lov om kommuner og fylkeskommuner

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Lov om pasient- og brukerrettigheter

### **Meldal kommune**

Kommunens brukerundersøkelse 2016

Referat fra eldrerådet og rådet for personer med nedsatt funksjonsevne

Informasjonsmateriell knyttet til helhetlige tjenester i kommunen

### **Andre relevante dokumenter**

Rapport – Behovsanalyse – framtidens sykehjem, RO, desember 2016

Rapport – tilsyn med rehabiliteringstjenesten i Meldal kommune, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 22.12.2015.

Rapport – kommunens pleie- og omsorgstjeneste, 2013, Telemarksforskning

### **Nettsteder**

Helsenorge.no

Helsedirektoratet.no

Meldal.kommune.no

## Vedlegg 1 – Kommunens hørings svar

E-post mottatt 29.11.2017.

**Fra:** Ann-Lisbeth Tøndel <Ann-Lisbeth.Tondel@meldal.kommune.no>  
**Sendt:** onsdag 29. november 2017 15.38  
**Til:** Arve Gausen  
**Kopi:** Petter Lindseth; Unni Møkkelgård Resell; Ole Edward Sandvik  
**Emne:** Forvaltningsrevisjon - høring foreløpig rapport

Hei!

Vi har ingen merknader til foreløpig rapport om forvaltningsrevisjon av helhetlige tjenester i helse og omsorg i Meldal kommune.

Med vennlig hilsen

**Meldal kommune**

**Ann-Lisbeth Tøndel**  
**Kommunalsjef Helse og Omsorg**

Telefon 72 49 51 50

Mobil 958 686 13

[www.meldal.kommune.no](http://www.meldal.kommune.no)

## Vedlegg 2 – Brev til Meldal kommune fra Meldal Eldreråd og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Meldal Eldreråd.  
Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Meldal, 6. november 2017

Til

Meldal kommunestyre v/ordfører Are Hilstad  
Kvamsveien 2  
7336 MELDAL

### **FUNKSJONER SOM BØR VÆRE PÅ «NYE» MELDAL HELSETUN.**

Meldal Eldreråd og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne holder stort fokus på rehabilitering/bygging av nytt Helsetun. Rådene er opptatt av at det skal bli et moderne, funksjonelt og fremtidsrettet helsetun, som vil gjøre at eldreomsorgen i Meldal vil være et forbilde i nye Orkland kommune og kanskje i Trøndelag.

Dette vil kreve at vi tenker både nytt og stort, og akkurat nå er rådene meget opptatt av hvilke funksjoner det kan være fornuftig å samlokalisere på Meldal Helsetun. Hjemmetjenesten har vært og vil bli en naturlig del av Helsetunet, det samme gjelder fysioterapeuttenesten og ergoterapitjenesten.

På samme måte synes rådene at legetjenesten må samlokaliseres. Etter at Samhandlingsreformen (2012) trådte i kraft, har Helsetunet fått elementer av det som tidligere var sykehusenes oppgaver, og det trengs derfor økt kompetanse, dette samtidig som behovet for legetjenester har økt betraktelig. Det vil gi en adskillig smidigere samarbeidsreform hvis også legetjenesten er samlokalisert, og det vil lette det tverrfaglige arbeidet. Dette vil også gi en økt trygghet for brukerne ved Helsetunet.

Rådene er sikre på at argumentet om å flytte Legesenteret vil tømme Meldal sentrum for aktiviteter holder bare til en kreativ sjel (utbygger/entreprenør) tar den frigjorte bygningsmassen i bruk til andre formål.

Med vennlig hilsen

---

Rolf Inge Furuhaug  
(sign.)  
Leder Meldal Eldreråd

---

Olav Huseby  
(sign.)  
Leder kommunalt råd for mennesker  
med nedsatt funksjonsevne





Postadresse: Sandenveien 5, 7300 Orkanger  
Hovedkontor: Statens hus, Orkanger  
Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no)