



Malvik kommune

FEBRUAR 2018



## **Forord**

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag av Malvik kommunes kontrollutvalg i perioden Mai 2017 – Januar 2018.

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, 19.02.18

Tor Arne Stubbe /s/  
Ansvarlig forvaltningsrevisor

Arve Gausen /s/  
Prosjektmedarbeider

## Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor søkt å belyse hvorvidt det er *tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved helsetunene* i Malvik, og *hvorvidt helsetunene drives i tråd med utvalgte deler av regelverket*.

Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Ansatte bekrefter gjennom spørreskjemaundersøkelsen at pasienter og brukere i stor grad har medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenesten. Det er i tillegg oppnevnt primærkontakter for alle pasienter og brukere ved helsetunene for å sikre dialog mellom bruker, pårørende og helsepersonellet. Videre gjennomføres strukturerte inntakssamtaler og det gis jevnlig tilbud om oppfølgingssamtaler. Data viser at kommunikasjon mellom ansatte og brukere, og bemanningssituasjonen, kan utfordre den daglige brukermedvirkningen. Det er utarbeidet nye tiltak for å øke medvirkningen fra brukere og pårørende, blant annet avholdelse av allmøter to ganger pr år, gjennomføring av egne bruker- og pårørendeundersøkelser og digital forslagskasse. Tiltakene er utarbeidet i samarbeid med Eldreråd og Brukerutvalg. Revisor har på bakgrunn av dette konkludert at det er lagt til rette for systematisk og god medvirkning fra brukere og pårørende.

Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår videre at helsehjelp 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 (stilltiende samtykke). Når pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg behandling, må en rekke forutsetninger være på plass for at helsehjelp skal kunne gis. Da er det snakk om tvungen helsehjelp (bruk av tvang). Før ansatte ved helsetunene 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 helsepersonellet på visse – strenge – vilkår fatte vedtak om tvungen helsehjelp. Eksempler på tiltak som innebærer tvang kan være å holde pasienter på helsetunene mot sin vilje, å gi medisin mot pasientens vilje, eller tvungen kroppsvask, mating og så videre. Slike tiltak kan være både nødvendige, forsvarlige og lovlige, forutsatt at det er foretatt en korrekt helsefaglig vurdering i det enkelte tilfellet.

Kommunen har rutiner for å vurdere samtykkekompetanse, og de har prosedyre for vedtak om bruk av tvang. Revisors undersøkelser viser allikevel at en del ansatte oppgir å ikke være trygge på hva det vil si å vurdere beboernes samtykkekompetanse, og mange (39 %) er ikke trygge på om de utøver ulovlig bruk av tvang. Videre er det en stor andel ansatte (28,6 %) som oppgir at de kjenner til tvangssituasjoner ved helsetunene hvor det ikke er fattet vedtak om bruk av tvang. Revisor har på bakgrunn av dette konkludert at det er sannsynlig at det forekommer ulovlig bruk av tvang ved helsetunene. Videre anbefaler revisor at rådmannen sørger for at ansatte er trygge i vurderinger av samtykkekompetanse, og at ansatte kjent med vilkårene og rutinene for vedtak om bruk av tvang.

Revisor har videre undersøkt hvorvidt helsetunene etterlever utvalgte deler av regelverket. Undersøkelsene har rettet seg mot ulike deler av internkontrollen ved helsetunene, slik som kvalitetssystem, avviksrapporing, dokumentasjon av helsehjelpen og kompetansehevende tiltak. Videre er det også sett på hvordan helsetunene håndterer legemidler. Undersøkelsene viser at kommunen har etablert både kvalitetssystem med rutiner og prosedyrer, og det er innført elektronisk avviksrapporing både for pasientavvik og systemavvik. Systemene er kjent og anvendt av ansatte. Helsepersonellet dokumenterer sin virksomhet i elektronisk pasientjournal (Visma Profil) og de oppgir at de i stor grad dokumenterer den helsehjelpen som ytes. Når det gjelder legemiddelhåndtering så har helsetunene klare rutiner for hvordan og hvem som til enhver tid skal og kan håndtere legemidler. Vi ser allikevel fra ansattundersøkelsen, fra avviksmeldinger og i rapport fra farmasøytisk tilsyn at legemiddelhåndtering utgjør en risiko ved helsetunene. Revisor konkluderer på bakgrunn av dette at helsetunene i hovedsak drives i tråd med regelverket, men at etterlevelse av rutiner for legemiddelhåndtering synes å være varierende. Revisor anbefaler derfor at rådmannen sørger for at ansatte er kjent med rutinene og sørge for at de følges.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Om Hommelvik og Vikhammer helsetun .....	8
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 .....	17
3.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang .....	18
3.2.3.1 Vurdering av samtykkekompetanse ved helsetunene.....	18
3.2.3.2 Bruk av tvang .....	19
3.3 Revisors vurdering.....	22
4 Følger helsetunene loven på utvalgte områder?.....	24
4.1 Revisjonskriterier .....	24
4.2 Data.....	24
4.2.1 Internkontroll .....	24
4.2.2 Legemiddelhåndtering.....	33
4.3 Revisors vurdering.....	35
5 Høring .....	37
6 Konklusjoner og anbefalinger .....	38
6.1 Konklusjon .....	38
6.2 Anbefalinger .....	38

## Figurer

Figur 1.	Administrativt organisasjonskart for Helse og velferd, Malvik kommune. ....	9
Figur 2.	I hvilken grad er du enig i at det totalt sett er god brukermedvirkning ved avdelingen derdu jobber? Prosent (N=84).....	15
Figur 3.	I hvilken grad er du enig i at beboerne får stå opp og legge seg når de vil? .....	16
Figur 4.	I hvilken grad er du enig i at ansatte snakker klart og tydelig til beboerne.....	17
Figur 5.	Er du trygg på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse? .	19
Figur 6.	Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang? .....	20
Figur 7.	Er du kjent med at noen av følgende forhold forekommer/har forekommet ved din avdeling siste to år? .....	21
Figur 8.	Du har svart at du er kjent med en eller flere tvangssituasjoner ved helsetunene. Var det fattet vedtak om bruk av tvang for disse situasjonene? Prosent (N=56)..	22
Figur 9.	Hvor ofte har du vært inne for å lese rutiner og prosedyrer for virksomheten de siste 12_mnd? Prosent (N=83).....	26
Figur 10.	Helsetunene har et system for å melde avvik. Er du trygg på hvilke hendelser som skal_meldes? Prosent (N=77).....	27
Figur 11.	Avvik etter alvorlighetsgrad ved Avd. behandling og pleie siste tre tertial.....	28
Figur 12.	Avvik omsorgsboliger og korttidsplasser Hommelvik helsetun siste tre tertial. ....	28
Figur 13.	Avvik etter alvorlighetsgrad ved Avd. Stasjonsvegen 20 siste tre tertial. ....	29
Figur 14.	Kategoriserte avvik ved Avd. behandling og pleie siste 12 mnd. Absolutte tall. ....	29
Figur 15.	Kategoriserte avvik ved omsorgsboliger og korttidsplasser Hommelvik helsetun siste 12 mnd. Absolutte tall.....	30
Figur 16.	Kategoriserte avvik ved Avd. Stasjonsvegen 20 siste 12 mnd. Absolutte tall. ....	30
Figur 17.	Helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet (dokumentasjonsplikten). Ved helsetunene brukes pasientjournalssystemet Visma Profill hvilken grad mener du at du oppfyller plikten til å dokumentere? .....	31
Figur 18.	Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevende tiltak gjennom din jobb (eks kurs, internopplæring, seminar, faglige nettverk)?.....	32
Figur 19.	Får nyansatte i hovedsak tilstrekkelig opplæring? .....	33
Figur 20.	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander om helsetunene: .....	34

# 1 Innledning

Kontrollutvalget i Malvik kommune bestilte i KU-sak 10/17 en forvaltningsrevisjon med tema kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Revisjon Midt-Norge mottok den 02.05.17 bestilling på gjennomføring av nevnte forvaltningsrevisjon. Temaet omtales slik i Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2018:

*«Flere pårørende har kritisert tjenestetilbudet ved helsetunene gjennom det siste året. En forvaltningsrevisjon av kvaliteten på tilbudet innen pleie og omsorg kan belyse om kommunen oppfyller lovkravene til kvalitet. Det vil også være relevant å undersøke om kommunen sørger for at tilbakemeldinger fra medarbeidere, brukere og pårørende brukes i kontinuerlig utvikling av tjenestetilbudet, og at kommunen har et system for internkontroll.»*

Revisor var tilstede i kontrollutvalgets møte den 26.04.17 og drøftet mulige innfallsvinkler og avgrensninger med utvalget. Oppsummert fra drøftingen med utvalget, så er det ønskelig med en forvaltningsrevisjon som fokuserer på tjenestene ved hhv Hommelvik helsetun og Vikhammer helsetun. Dernest ønsker utvalget å se nærmere på hvorvidt kvaliteten i tjenesteytingen tilfredsstillende lov-/forskriftskrav og hvorvidt kommunen sikrer tilstrekkelig brukermedvirkning i tjenestene. Kontrollutvalget fattet følgende vedtak i KU-sak 10/17:

- 1. Kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon med fokus på kvalitet i pleie og omsorgstjenesten.*
- 2. Kontrollutvalget ber revisor utarbeide en prosjektplan som sendes ut i egen sak til kontrollutvalgets neste møte. Prosjektplanen utarbeides på bakgrunn av kontrollutvalgets diskusjon i møtet og revisjonens vurdering.*

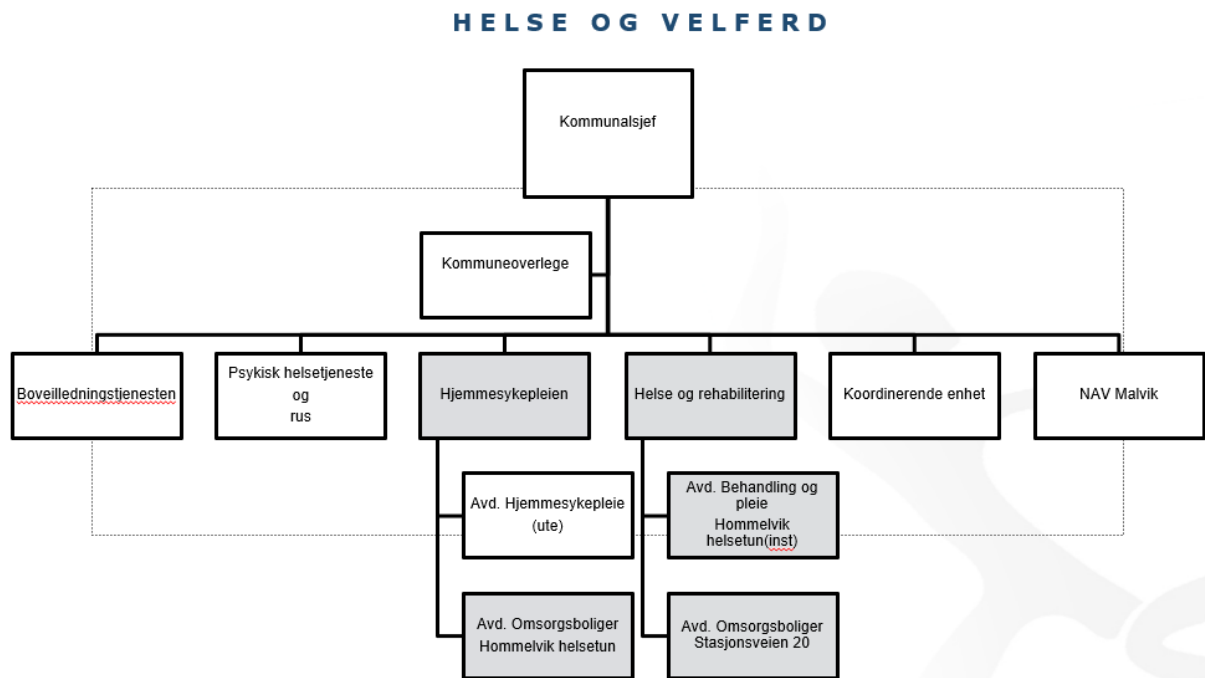
Revisor oversendte prosjektplan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen til kontrollutvalget den 29.5.17. Prosjektplan ble vedtatt av kontrollutvalget i sak 19/17 den 12.06.17.

## 1.1 Om Hommelvik og Vikhammer helsetun

Helsetunene tilhører fagområde Helse og velferd og er organisert i to ulike virksomheter; virksomhet Helse og rehabilitering og virksomhet Hjemmesykepleie. Begge disse virksomhetene har virksomhetsledere som rapporterer direkte til Rådmannen ved kommunalsjef for Helse og velferd. Innenfor virksomhetene er det ulike avdelinger som yter tjenester ved henholdsvis Hommelvik og Vikhammer helsetun (se figur 1).



Figur 1. Administrativt organisasjonskart for Helse og velferd, Malvik kommune.



Kilde: Malvik kommune, kommunalsjef Helse og velferd

Både virksomhet hjemmesykepleien og virksomhet Helse og rehabilitering yter heldøgns pleie- og omsorgstjenester i tillegg til andre tjenester.

Virksomheten Helse og rehabilitering omfatter bl.a.

- Dagtilbud/ dagrehabilitering, ergoterapi, fysioterapi og kreftkoordinator (ikke omfattet av denne forvaltningsrevisjonen)
- Avdeling Behandling og pleie. Avdelingen har egen avdelingsleder og er lokalisert ved Hommelvik helsetun. Avdelingen består av 34 sykehjemsplasser, fordelt på 4 seksjoner over 2 etasjer. Avdelingen har 24,9 årsverk og 61 ansatte.
- Avdeling Omsorgsboliger Stasjonsvegen 20. Avdelingen har egen avdelingsleder og er lokalisert på Vikhammer helsetun. Avdelingen består av 26 plasser totalt; 24 heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 2 avlastningsplasser. Avdelingen har 25,9 årsverk og 41 ansatte.

Virksomheten Hjemmesykepleien omfatter bl.a.

- Avdeling Hjemmesykepleie. Avdelingen har egen avdelingsleder. Avdelingen gir helsehjelp og praktisk bistand i hjemmet, og jobber ambulerende (ikke omfattet av denne forvaltningsrevisjonen)

- Avdeling Omsorgsboliger Hommelvik helsetun. Avdelingen har egen avdelingsleder. Avdelingen består av 26 plasser totalt, 22 heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 4 korttidsplasser. Avdelingen har 24,9 årsverk og 44 ansatte.

## 2 Undersøkelsesopplegget

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

### 2.1 Avgrensning

I denne forvaltningsrevisjonen er det fokus på kvalitet i tjenester for heldøgns omsorg ved helsetunene, dvs. sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Denne forvaltningsrevisjonen omhandler derfor ikke kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester (eks hjemmetjenester, legevakt, forebyggende arbeid etc). Helsetunene 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 helsetunene i Malvik?
  - Er medvirkning fra brukere og pårørende i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven?
2. Drives helsetunene i Malvik i tråd med regelverket?
  - Drives helsetunene i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (tidl. Internkontrollforskriften)?
  - Håndteres legemidler i tråd med legemiddelforskriften?
  - Ytes tjenester i tråd med kvalitetsforskriften?

### 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 helsetunene.

Loverket stiller krav om skriftlige rutiner innen flere områder av helse og omsorgstjenesten, og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til at instruks, 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 helsetunene. Vi har sikret bredde gjennom å intervjuer både ledelse, tillitsvalgte/verneombud, leder for brukerutvalg og leder for eldreråd.

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 helsetunene, med unntak av virksomhets og avdelingsledere. Her ble det stilt spørsmål om medvirkning, internkontroll, legemiddelhåndtering osv. Det ble sendt ut skjema til 158 respondenter og revisor mottok 84 svar (53,2 % svar). Selv om svarprosenten er over 50, må tallene behandles med varsomhet. Utvalget er relativt lite (158 personer) og svar fra én respondent utgjør en forholdsmessig stor andel.

Samlet har dokumentasjon, intervjumateriale 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:

- Kommuneleien (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 1992)
- Helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011)
  - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2017)
  - Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet 2008)
  - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet 1999)

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 kapitlet svarer vi derfor på følgende problemstilling: Er det tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved helsetunene i Malvik?

#### 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 forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten betydningen av å gjøre nytte av tjenestemottakeres/pårørendes erfaringer i kommunens kontinuerlige forbedringsarbeid innenfor tjenestene (§ 7). Oppsummert innebærer dette at helsetunene 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 ansatte ved helsetunene 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 helsepersonellet på visse – strenge – vilkår fatte vedtak om tvungen helsehjelp.

Som eksempler på tvungen helsehjelp kan vi nevne det å holde pasienter på helsetunene 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 helsetunene 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 helsetunene 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

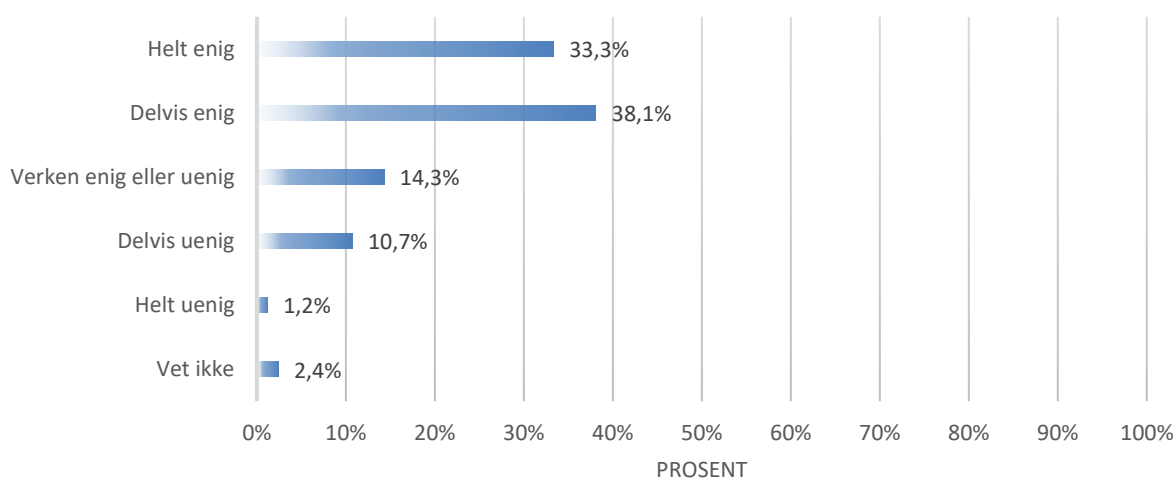
I det følgende presenteres data fra revisors undersøkelser knyttet til pasient og brukerrettighetsloven. Det er innhentet data gjennom spørreskjemaundersøkelse til ansatte, intervju med ledelse og ansatte og gjennomgang av enhetens rutiner og systemer.

### 3.2.1 Brukermedvirkning

I intervju med ledelse og ansatte ved helsetunene vises det til at brukermedvirkning i stor grad er et spørsmål om den daglige samhandlingen mellom pasient/bruker og den ansatte. Altså dialogen om hvordan pasient/bruker ønsker å motta helsehjelpen. Revisor har fått tilsendt kommunens rutiner for brukermedvirkning og disse beskriver både hvordan den daglige brukermedvirkningen, og hvordan den systematiske brukermedvirkningen, skal skje. Ansatte gir uttrykk for at bemanningssituasjonen i perioder kan utfordre brukermedvirkningen, da det i stor grad handler om å bruke nok tid med hver enkelt pasient/bruker.

Den systematiske brukermedvirkningen starter ved innskriving av pasient/bruker i et heldøgns omsorgstilbud. Det gjennomføres inkomstsamtaler hvor man kartlegger pasienten i forhold til behov og interesser. Her er det utarbeidet egne prosedyrer, og det anvendes et eget kartleggingsskjema. Ved helsetunene praktiseres et system hvor alle pasienter/brukere får oppnevnt en primærkontakt. Vedkommende har hovedansvar for dialog med bruker og pårørende. Prosedyrene beskriver at pasient/bruker skal tilbys oppfølgingssamtaler med primærkontakter minst to ganger pr år, og ellers møter og samtaler etter behov.

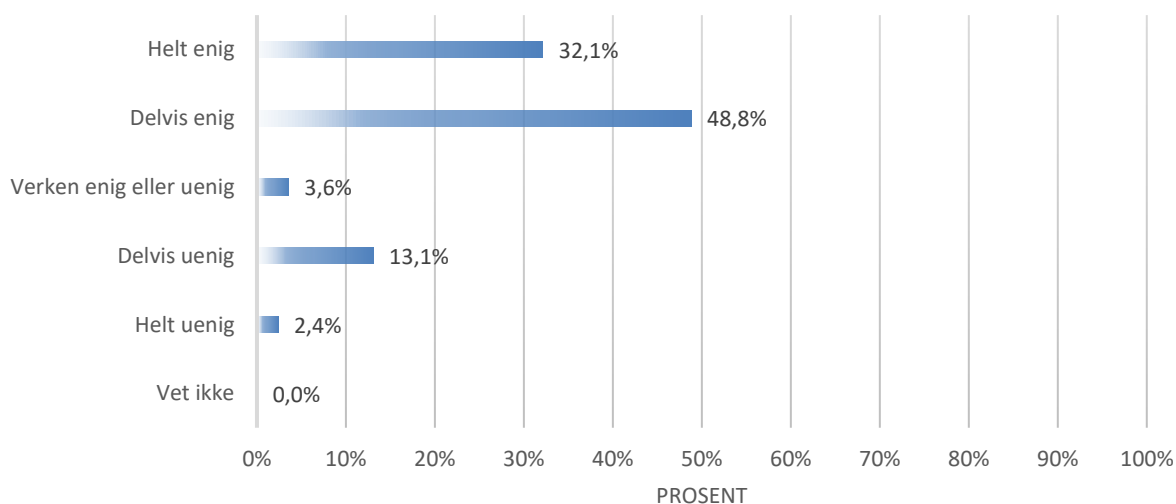
Figur 2. I hvilken grad er du enig i at det totalt sett er god brukermedvirkning ved avdelingen der du jobber? Prosent (N=84)



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Vi ser av figuren over at 71,4 % av de ansatte er helt eller delvis enig i at det totalt sett er god brukermedvirkning ved helsetunene. Av de ansatte er det 14,3 % som verken er enig eller uenig i dette, mens 11,9 % av de ansatte er helt eller delvis uenige i at brukermedvirkningen er god. 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?



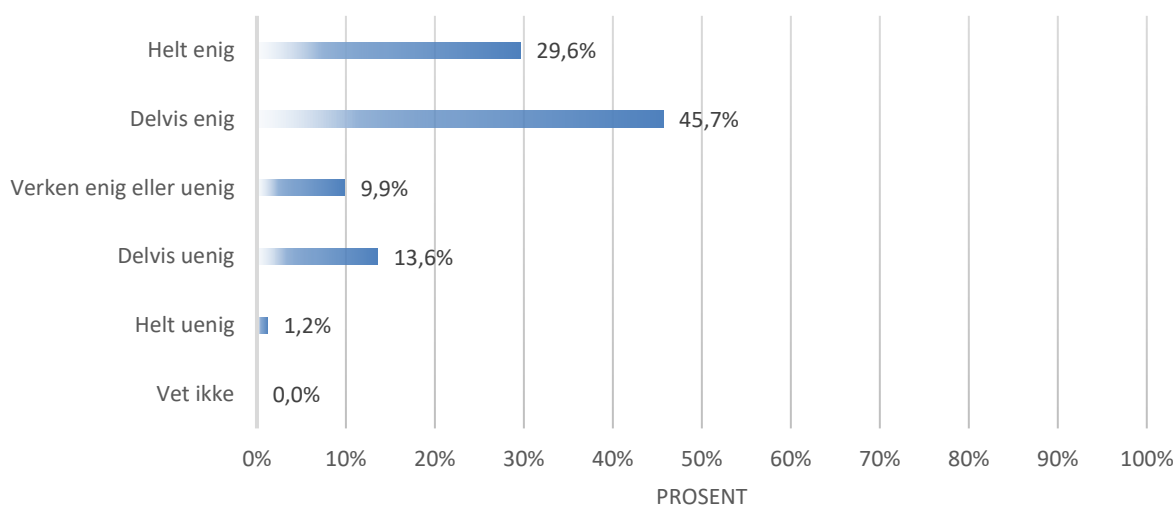
Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Figuren viser for det første at færre svarer nøytralt eller «vet ikke» når de får spørsmål om noe konkret. Deretter viser den at over 80 % er helt eller delvis enig i at brukerne får stå opp og legge seg når de vil. Samtidig er 15,5 % helt eller delvis uenig i dette.

Daglig brukermedvirkning er avhengig av at brukerne og ansatte kommuniserer godt. Ansatte har i intervju tilkjennegitt at språk kan være en utfordring i kommunikasjonen mellom pasient og ansatt. I figuren nedenfor gjengis hva ansatte har svart på spørsmål om kommunikasjon med pasienter/brukere. Figuren viser at 75,3 % av de ansatte mener at de snakker klart og tydelig til beboerne, mens 9,9 % verken er enig eller uenig i dette. Det er 14,8 % av de som har svart som er helt eller delvis uenig i at de ansatte snakker klart og tydelig til beboerne.



Figur 4. I hvilken grad er du enig i at ansatte snakker klart og tydelig til beboerne



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Vi har stilt de ansatte flere spørsmål om slike konkrete situasjoner. På spørsmål om brukerne får spise når de vil, er 81,9 % helt eller delvis enig, og 10,8 % 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. Det store flertall av de ansatte mener at det er nok tid til å spise ved måltidene (89,3 %)<sup>1</sup>.

### 3.2.2 Pårørendemedvirkning

Pårørende er ofte en veldig viktig part i arbeidet med å gi et godt pleie- og omsorgstilbud, spesielt gjelder dette i situasjoner hvor eksempelvis demens gjør det vanskelig for bruker å uttrykke hvordan tjenesten ønskes utført. Ordningen med primærkontakter for alle pasienter/brukere gjør at man har en systematisk og forutsigbar samhandling mellom brukere, pårørende og tjenesten. Det kan allikevel være forhold som er generelle for institusjonen eller vanskelig å ta opp i den direkte kontakten med enkeltansatte, og som bør komme fram på andre måter. Både ledelse og ansatte bekrefter at det ikke er gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser ved helsetunene.

Både ansatte, leder for eldreråd og leder for brukerutvalg gir uttrykk for at det har vært utfordrende å få til en fungerende ordning med pårørendeutvalg, blant på grunn av at det har vært vanskelig å rekruttere pårørende til slike verv. Det har eksistert pårørendeforening for noen år tilbake, og enkelte pårørende har forsøkt å etablere slik ordning på nytt. Per i dag har

<sup>1</sup> Helt eller delvis enig i påstanden «det er nok tid til å spise ved måltidene». 5,0 % er helt eller delvis uenig.

kommunen to relevante utvalg som representerer brukerinteressene ved helsetunene, det er Eldrerådet og kommunens Brukerutvalg<sup>2</sup>. Gjennom 2017 har begge utvalgene vært involvert i prosessen med å utvikle nye tiltak for å sikre bruker- og pårørendesamarbeid innen helse og velferdsområdet. Tiltakene ble vedtatt av kommunestyret den 30.10.17 (KS-sak 61/17). Det var fire elementer som inngikk i vedtaket om bruker- og pårørendemedvirkning. For det første skal det avholdes to allmøter for brukere og pårørende pr år, det skal gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser annethvert år, det skal opprettes en digital forslagskasse og man skal vurdere velferdsteknologiske løsninger som kan bedre kommunikasjon med brukere og pårørende. Ansatte og ledere for Eldreråd og Brukerutvalg bekrefter at to av disse tiltakene allerede er innført. Det er opprettet en digital forslagskasse og det er gjennomført Allmøter ved helsetunene. Bruker- og pårørendeundersøkelser er planlagt gjennomført i 2018.

### 3.2.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang

Bruk av tvang er bare aktuelt der pasienten mangler samtykkekompetanse. For at helsetunene 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 helsetunene

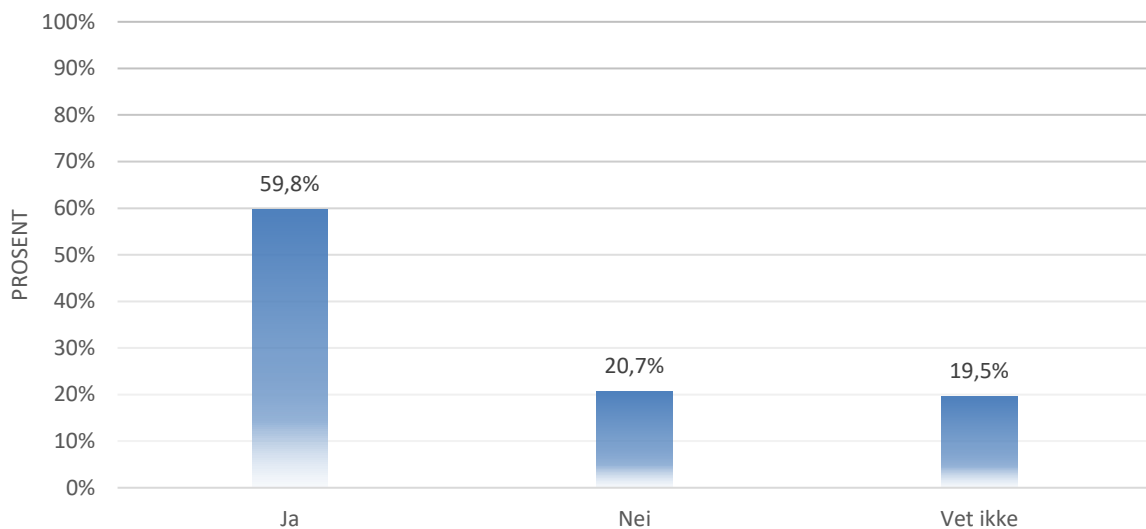
Erfaringsmessig er samtykkekompetanse et vurderingstema som kan være vanskelig å forholde seg til for ansatte ved sykehjem/omsorgsboliger. Det stiller krav til at ledelsen sørger for at det er jevnlig oppmerksomhet rundt dette temaet. Vi har derfor spurt de ansatte om hvor ofte de deltar i diskusjoner om tema som samtykkekompetanse og bruk av tvang. Svarene spriker veldig, men 24,4 % sier de deltar i slike diskusjoner ukentlig, og totalt 73,2 % sier de deltar annenhver måned eller oftere. Totalt 26,8 % sier at de deltar hvert halvår eller sjeldnere, og 6,1 % sier at de aldri deltar i slike diskusjoner.

Intervju med ledelse og ansatte tyder på at det er bevissthet om samtykke og bruk av tvang i det daglige. Det er utarbeidet rutiner for vurdering av samtykkekompetanse og hvordan denne skal dokumenteres. Revisor har i spørreundersøkelse spurt de ansatte om de er trygg på hva det innebærer å vurdere samtykkekompetanse, og resultatene er gjengitt i figuren under.

---

<sup>2</sup> Kommunen har oppnevnt et Brukerutvalg bestående av forskjellige interesseorganisasjoner. Pt består utvalget av representanter fra Norges Handikapforbund, Mental helse, ADHD Norge, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Norges Blindeforbund.

Figur 5. Er du trygg på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse?



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Figuren viser at 59,8 % av de ansatte svarer at de er trygge på hva det innebærer, mens 20,7 % svarer at de ikke er trygge på det, og 19,5 % svarer «vet ikke».

## Dokumentasjon

I rutine for vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med nødvendig helsehjelp vises det til at denne skal dokumenteres i eget skjema i Profil (pasientjournal). Vi har i intervju spurt om det er praksis for å dokumentere vurderinger av samtykkekompetanse. Intervjuene tyder på at vurderinger av samtykkekompetanse i stor grad dokumenteres i Profil<sup>3</sup> eller på annet vis. Se også kap 4.2.1 om dokumentasjon.

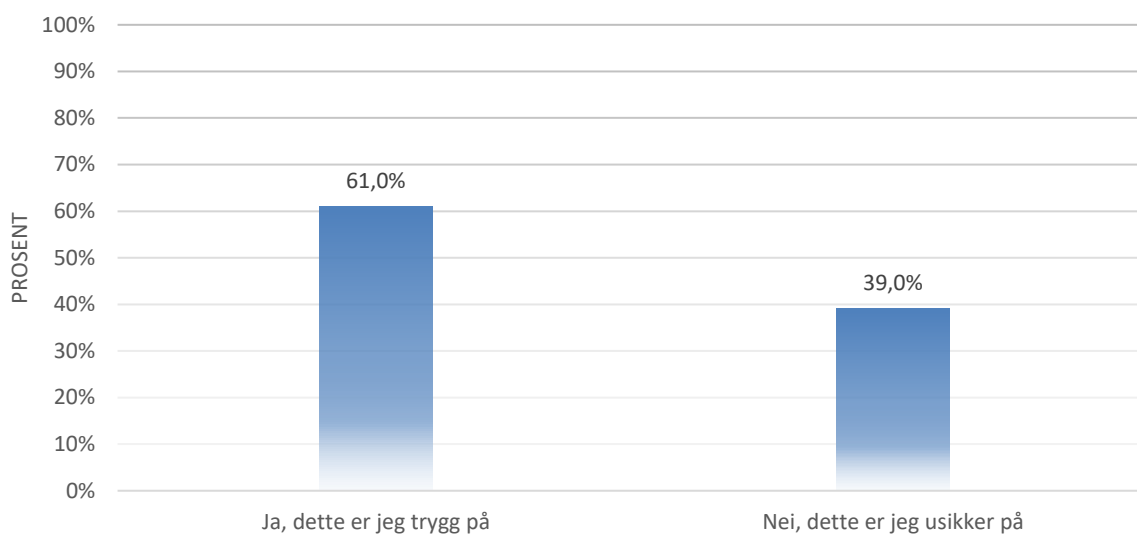
### 3.2.3.2 Bruk av tvang

#### Opplæring i tvangsproblematikk

Flere av de vi har intervjuet uttrykker at de er usikre på ansattes bevissthet og kunnskap om bruk av tvang ved helsetunene. Vi har spurt de ansatte om de vet hva som skal til for at man skal kunne bruke tvang på en lovlig måte og 87,7 % 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:

<sup>3</sup> Profil (Visma) er [elektronisk pasientjournal](#) (EPJ) og pasientadministrativt system for pleie- og omsorgssektoren.

Figur 6. Er du trygg på at du ikke utøver ulovlig bruk av tvang?



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Figuren viser at 61 % oppgir å være trygge på at de ikke utøver ulovlig bruk av tvang. Det er 39 % av de ansatte som oppgir at de ikke er fullt ut trygg på dette. Dette betyr ikke nødvendigvis at disse bruker tvang ulovlig, men at det kan være vanskelig å avgjøre hvorvidt tvang utøves i en gitt situasjon. Diskusjon og kunnskapsdeling om temaet vil derfor være viktig for å trygge ansatte i det daglige arbeidet.

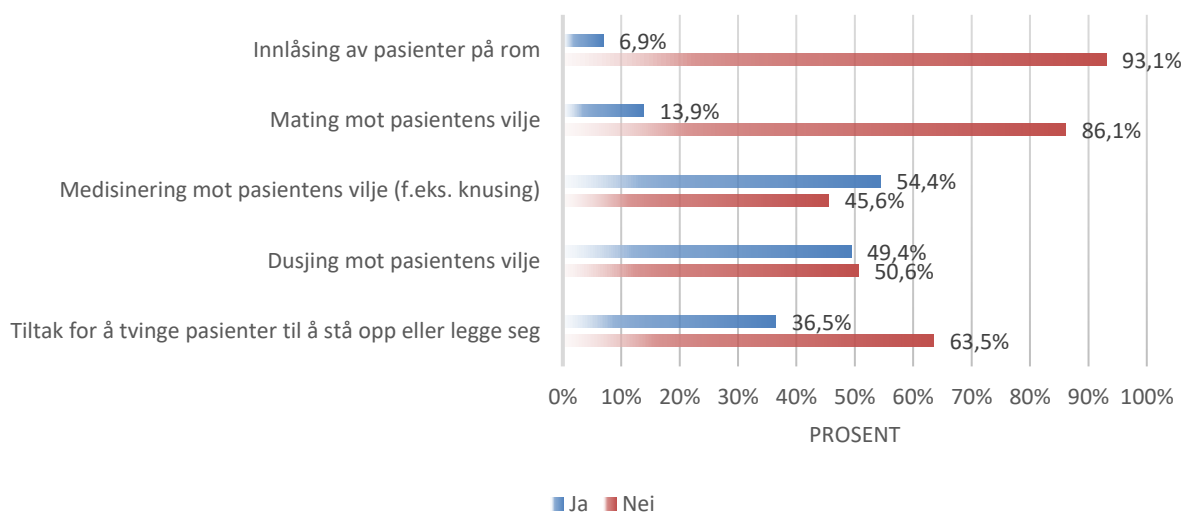
### Rutiner for bruk av tvang

Kommunen har som nevnt i avsnitt 3.2.3.1 egen prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse. Tilsvarende er det utarbeidet egen prosedyre for Bruk av tvang ved somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Denne prosedyren omfatter alle som yter helsehjelp til pasienter over 16 år og som motsetter seg helsehjelpen. Det er enhetsleder som har ansvar for å påse at det gis nok informasjon om prosedyren og at vedtak fattes i tråd med regelverket.

### Praksis for vedtak om bruk av tvang

Flere ansatte sier i intervju at de ved helsetunene 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 de ulike avdelingene. Revisjonen presiserer at alle disse situasjonstypene vil, i de tilfeller det 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. Resultatene er gjengitt i figuren under.

Figur 7. Er du kjent med at noen av følgende forhold forekommer/har forekommet ved din avdeling siste to år?



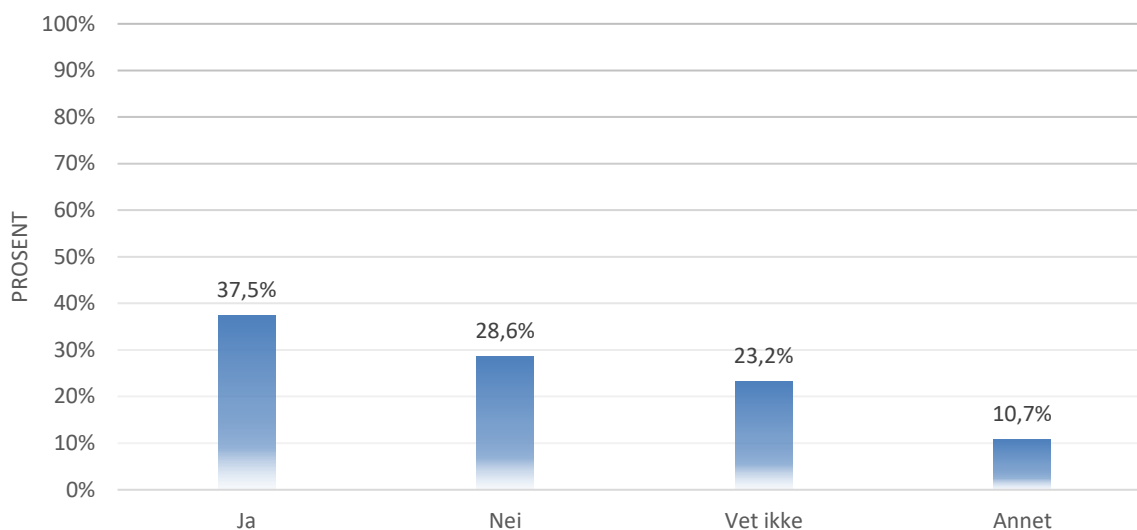
Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

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 (36,5 %), dusjing mot pasientens vilje (49,4 %) og medisinering mot pasientens vilje (54,4 %). Men ansatte oppgir også at de kjenner til tilfeller av innlåsing av pasienter på rom (6,9 %) og mating mot pasientens vilje (13,9 %). Figuren sier ikke noe om *hvor mange tilfeller* innen de ulike kategoriene de ansatte er kjent med, eller om det er fattet vedtak om bruk av tvang (lovlig bruk av tvang).

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. 37,5 % svarer ja på dette spørsmålet, 28,6 % svarer «nei», og 33,9 % svarer «Vet ikke» eller «Annet<sup>4</sup>» (se figur under). Revisor har fått opplyst at det er ulikhet mellom helsetunene med hensyn til omfanget av tvangsvedtak, og at dette skyldes ulikhet i tjenestebehov og diagnoser hos pasienter ved sykehjemsavdelingen sammenlignet med beboere i omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Dessuten kan vedtak om tilbakeholdelse (eks låsing av dører), som er et relativt vanlig tvangstiltak, kun fattes overfor pasienter i institusjon og ikke overfor beboere i eget hjem (dvs omsorgsboliger).

<sup>4</sup> I kategorien annet har ansatte blant annet oppgitt at de både kjenner til situasjoner med tvangsvedtak og situasjoner hvor det ikke er fattet vedtak om bruk av tvang.

Figur 8. Du har svart at du er kjent med en eller flere tvangssituasjoner ved helsetunene. Var det fattet vedtak om bruk av tvang for disse situasjonene? Prosent (N=56)



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

I intervju får revisor opplyst at sykepleiere i samråd med tilsynslege gjør vedtak om bruk av tvang ved helsetunene. Skjermet enhet ved Hommelvik helsetun er den enheten hvor tvangsvedtak synes å være av et visst omfang, og de hyppigst forekommende vedtakene omhandler låsing av dører og bruk av sengehest. Alle vedtak som blir fattet sendes i kopi til Fylkesmannen. Varigheten på vedtakene er tidsbegrenset og tiltakene vurderes løpende. Avdelingsleder ved Hommelvik helsetun forteller i intervju at tvangsbruk ikke er ønskelig, og at de har avsluttet (evt. ikke videreført) flere vedtak i samråd med bruker.

### 3.3 Revisors vurdering

Kommunen har utarbeidet rutiner og prosedyrer for å sikre brukermedvirkning. Det er rutiner og skjema for å gjennomføre kartleggingssamtaler ved innskriving. Det er også prosedyrer for oppfølgingsamtaler med hver bruker minst to ganger pr år. Primærkontaktene har ansvar for både den systematiske og den daglige brukermedvirkningen. Videre har primærkontaktene ansvar for den direkte kommunikasjonen med pårørende. Det er ikke noe fungerende pårørendeutvalg ved helsetunene. Kommunen har et Eldreråd og et brukerutvalg som involveres i alle aktuelle saker, og som har vært involvert i prosessen med å fornye pårørendesamarbeidet. Det er nå avholdt allmøter ved helsetunene, bruker- og pårørendeundersøkelser skal gjennomføres i 2018 og forslagskasse er etablert. Revisor vurderer at kommunen har en systematisk tilnærming til bruker- og pårørendemedvirkning ved helsetunene.

Brukermedvirkning skjer i hovedsak i den daglige utøvelsen av helsehjelpen. Revisor har fått informasjon om at bemanningssituasjonen og enkelte språkutfordringer kan utfordre brukermedvirkningen. Ansatte tilkjenner i spørreundersøkelsen at brukermedvirkningen i hovedsak er god. Revisor vurderer at det er tilfredsstillende brukermedvirkning, men at kommunen må ha oppmerksomhet på de forholdene som kan hindre tilstrekkelig medvirkning fra brukere/pasienter.

Det er utarbeidet prosedyrer for vurdering av samtykkekompetanse, og for vedtak om bruk av tvang. Tross at det er utarbeidet prosedyrer for vurdering av samtykkekompetanse og at det er relativt hyppige diskusjoner om tematikken, så er det relativt mange av de ansatte som er utrygge på hva det innebærer i å vurdere denne. Noe av dette kan med rimelighet tilskrives at temaet aktualiseres når brukere motsetter seg helsehjelp og at bruk av tvang kan vurderes. Revisor vil understreke at samtykkekompetansen skal vurderes løpende når man yter helsehjelp og at bortfall av samtykkekompetanse skal dokumenteres, dette selv om helsehjelpen ikke vurderes så nødvendig at det fattes vedtak om bruk av tvangstiltak. Revisor vurderer at kommunen har tilfredsstillende prosedyrer for å vurdere pasientenes samtykkekompetanse, men det bør vurderes kompetansetiltak for å trygge ansatte i disse vurderingene.

Ansatte er stilt spørsmål omkring tvangsbruk og vedtak om bruk av tvang overfor brukere/pasienter. Ved Hommelvik helsetun fattes det regelmessig vedtak om bruk av tvang, dels fordi det er flere brukere som mangler samtykkekompetanse som bor der. Vedtakene blir fattet i tråd med gjeldende prosedyre for dette. Hele 28,6 % av de ansatte oppgir allikevel å være kjent med typiske tvangssituasjoner hvor det ikke er fattet vedtak om bruk av tvang, og 23,7 % er usikre på om det var fattet vedtak. Revisor vurderer derfor at det er sannsynlig at det foregår ulovlig bruk av tvang ved helsetunene i Malvik, uten at det lar seg gjøre å fastslå omfanget av dette.

## 4 Følger helsetunene loven på utvalgte områder?

Hommelvik og Vikhammer helsetun 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 helsetunene drives i tråd med viktige regler i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, kvalitetsforskriften, helsepersonelloven og legemiddelforskriften. I dette kapittelet svarer vi på dermed på denne problemstillingen: Drives helsetunene i Malvik i tråd med regelverket?

### 4.1 Revisjonskriterier

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

- Rådmannen skal ha systemer for å sikre at helsetunene drives i tråd med loven (intern kontroll) (kommunelovens § 23 nr. 2)
- Virksomheten skal dokumentere sine rutiner. Det skal foreligge oppdaterte, skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s § 6, Kvalitetsforskriften § 3)
- Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d)
- Helsetunene skal ha etablert et avvikssystem (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s § 6g)
- Virksomheten skal dokumenteres. Relevante opplysninger om pasienter og helsehjelp skal føres fortløpende i en journal (helsepersonelloven §§ 39 og 40)
- Legemidler skal håndteres i tråd med legemiddelforskriftens krav
  - Tilberedning og utdeling skjer av personell med riktig kompetanse (§ 4)
  - Det skal føres narkotikaregnskap (§ 9)

### 4.2 Data

#### 4.2.1 Internkontroll

Det følger av kommuneloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring at rådmannen ved enhetsleder skal ha systemer for å sikre at helsetunene 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.

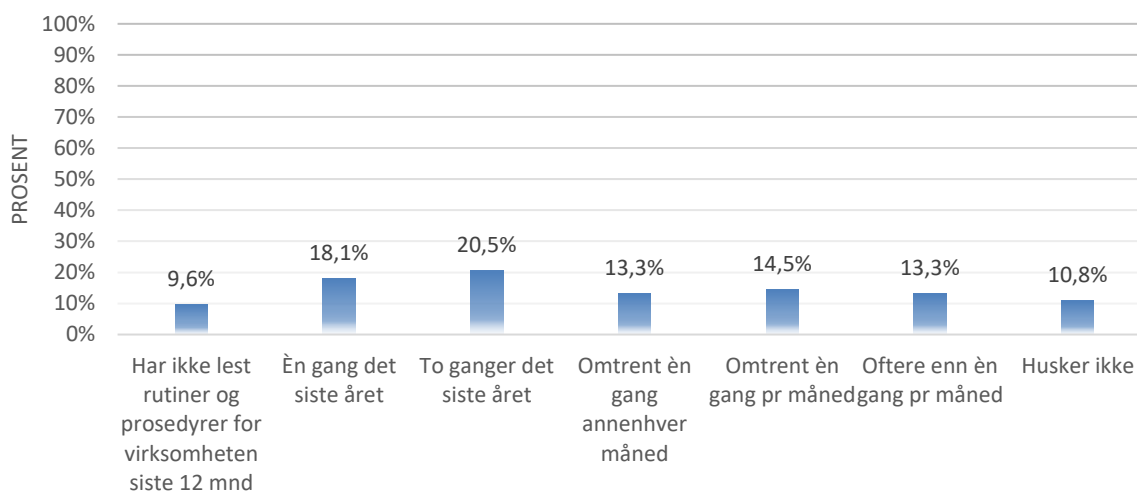
Rådmannen har ukentlige ledermøter med sine kommunalsjefer. Kommunalsjef har ukentlige ledermøter med sine enhetsledere. Kommunalsjef har videre ca. et møte per måned som omhandler tjenestenes kvalitet og kvalitetsforbedring. Der deltar avdelingsledere innen helse og velferd samt fagpersoner for ulike aktuelle områder.

Kommunen har et felles kvalitetssystem som inneholder viktig informasjon om delegasjon, rutiner/prosedyrer og hvor ansatte kan melde avvik fra alle kommunens tjenesteområder. Revisor har fått tilsendt etterspurt dokumentasjon fra kvalitetssystemet, både stillingsbeskrivelser, et utvalg rutiner/prosedyrer og avviksrapporter. Kvalitetssystemet er tilgjengelig for alle ansatte. Ansatte bekrefter i intervju at de er kjent med kommunens kvalitetssystem.

Revisors gjennomgang av dokumentasjon og data fra intervju viser at helsetunene har en samlet oversikt lover og regler som gjelder for sykehjem/heldøgns omsorg, og oppdaterte rutiner og prosedyrer for driften. Rutiner og prosedyrer har fram til 2017 vært utarbeidet og gjort gjeldende avdelingsvis. Det pågår arbeid med å utarbeide felles prosedyrer og rutiner for hele virksomhet helse og rehabilitering.

For at rutiner/prosedyrer skal fylle sin hensikt, så er det viktig at ansatte gjennomgår disse jevnlig og justerer praksis i tråd med eventuelle revideringer. Revisor har derfor i ansattundersøkelsen stilt spørsmål om hvorvidt ansatte har vært inne og leste rutiner og prosedyrer siste 12 mnd. Resultatene er gjengitt i figuren under:

Figur 9. Hvor ofte har du vært inne for å lese rutiner og prosedyrer for virksomheten de siste 12 mnd? Prosent (N=83)



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Det er 27,7 % av de ansatte som svarer at de har lest rutiner/prosedyrer èn gang eller at de ikke har lest dette siste 12 mnd. Andelen ansatte som har lest rutiner og prosedyrer to til seks ganger siste år er på 33,8 %, mens 27,8 % har vært inne og lest månedlig eller oftere. Det er 10,8 % av de ansatte som ikke husker om de har lest rutiner/prosedyrer siste året.

Ved begge helsetunene er det gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Det bekreftes av både ledelse og tillitsvalgte at dette er tema i HMS – møter, og at ansatte bidrar i identifisering og vurdering av risiko for svikt på ulike områder<sup>5</sup>.

### Avvikssystem

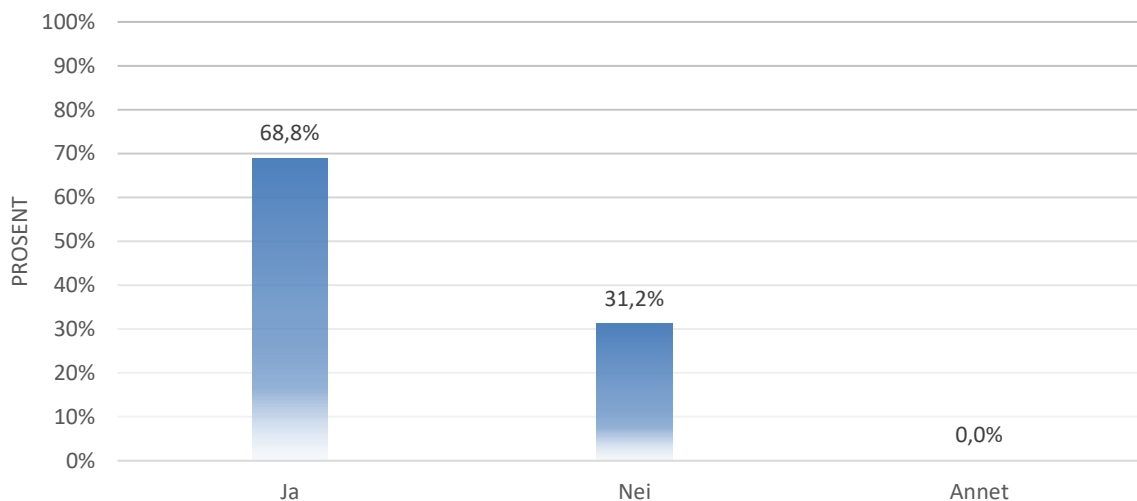
Helsetunene har to digitale system hvor ansatte kan melde avvik. Avdelingslederne ved helsetunene viser til at alle avvik knyttet til den enkelte pasienten/brukeren meldes via Profil (elektronisk pasientjournal). Øvrige avvik meldes via det eksisterende kvalitetssystemet.

Når det meldes et avvik i kvalitetssystemet, så går det automatisk melding til avdelingslederne. Disse har da ansvar for oppfølging og eventuelt lukking av avvik. Det er ingen tilsvarende automatikk i varsling ved pasientavvik. Avdelingsleder og fagansvarlig sykepleier er derfor jevnlig inne og sjekker avviksmeldinger i Profil. Både tillitsvalgte, verneombud og ledelse mener at ansatte er gode på å melde avvik og at de vet hvor slike avvik skal meldes.

<sup>5</sup> Viser til forvaltningsrevisjon i Malvik kommune; Beredskapsarbeid - ROS – beredskapsplanlegging – kriseledelse (2017).

Vi har spurt ansatte om de er kjent med muligheten for å melde avvik skriftlig. Det var 95,1 % av de ansatte som bekreftet at de kjente til muligheten for å melde avvik. Øvrige 4,9 % var usikre eller kjente ikke til avvikssystemet. Vi har deretter spurt dem om de er trygge på i hvilke situasjoner de skal melde avvik (se figur under):

Figur 10. Helsetunene har et system for å melde avvik. Er du trygg på hvilke hendelser som skal meldes? Prosent (N=77).

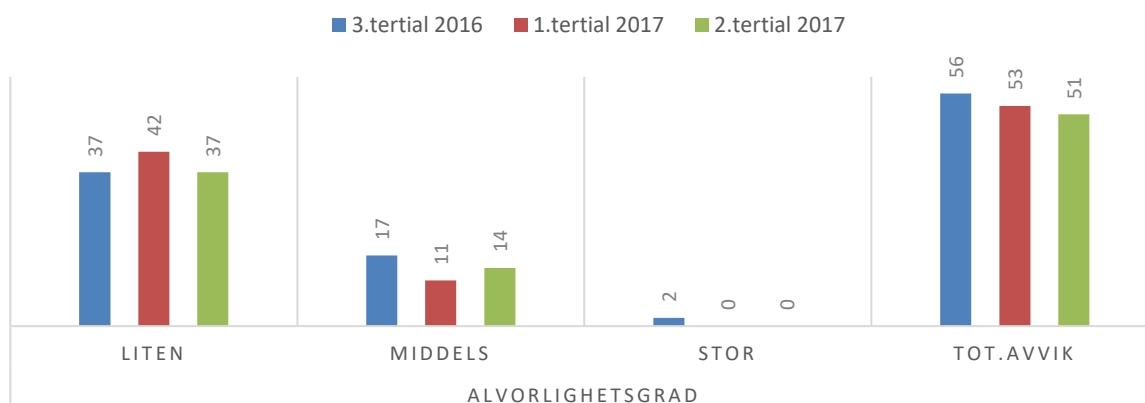


Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Figuren viser at 68,8 % var trygge på hvilke hendelser som skal meldes som avvik. 31,2 % var ikke trygge på dette. Revisor har gjennomgått avviksrapporteringen for helsetunene siste 12 mnd (3.tertial 16 – 2.tertial 17). Nedenfor gjengis pasientavvik fordelt på den enkelte avdeling, alvorlighetsgrad og ulike avvikskategorier<sup>6</sup>. Totalt er det meldt 160 pasientavvik ved Avd. behandling og pleie (Hommelvik helsetun), 133 pasientavvik ved omsorgsboligene og korttidsplassene (Hommelvik helsetun) og 37 pasientavvik ved Avd. Stasjonsvegen 20 (Vikhammer helsetun).

<sup>6</sup> Avd. Omsorgsboliger Hommelvik helsetun er ikke tatt med, da dette rapporteres felles for Hjemmesykepleien.

Figur 11. Avvik etter alvorlighetsgrad ved Avd. behandling og pleie siste tre tertial.

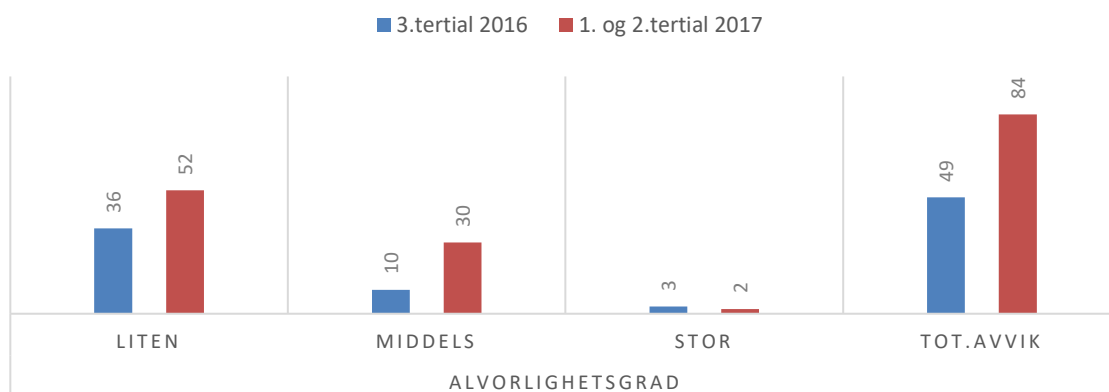


Kilde: Malvik kommune

Vi ser av figuren over at det er meldt to alvorlige avvik (1,3 %) ved Avd. behandling og pleie siste år, og at begge ble meldt 3.tertial 2016. Majoriteten av avvikene (72,5 %) har liten alvorlighetsgrad, mens 26,3 % av avvikene karakteriseres som middels alvorlige.

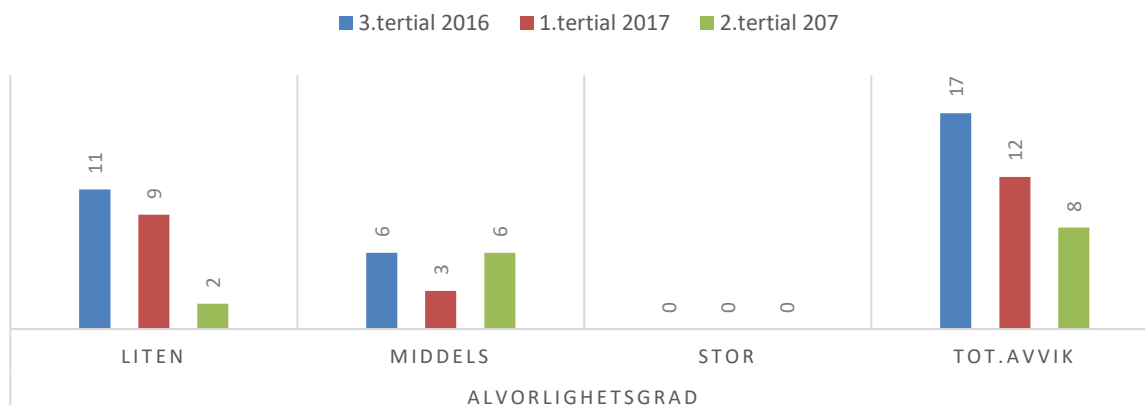
I figuren under ser vi rapporterte pasientavvik for omsorgsboligene og korttidsplassene ved Hommelvik helsetun for siste tertial 2016 og to første tertial 2017. Også her er majoriteten av avvikene meldt med liten alvorlighetsgrad (65,9 %). Middels alvorlige avvik utgjør 30,4 %, mens 3,6 % av avvikene karakteriseres som alvorlige.

Figur 12. Avvik omsorgsboliger og korttidsplasser Hommelvik helsetun siste tre tertial.



Kilde: Malvik kommune

Figur 13. Avvik etter alvorlighetsgrad ved Avd. Stasjonsvegen 20 siste tre tertial.

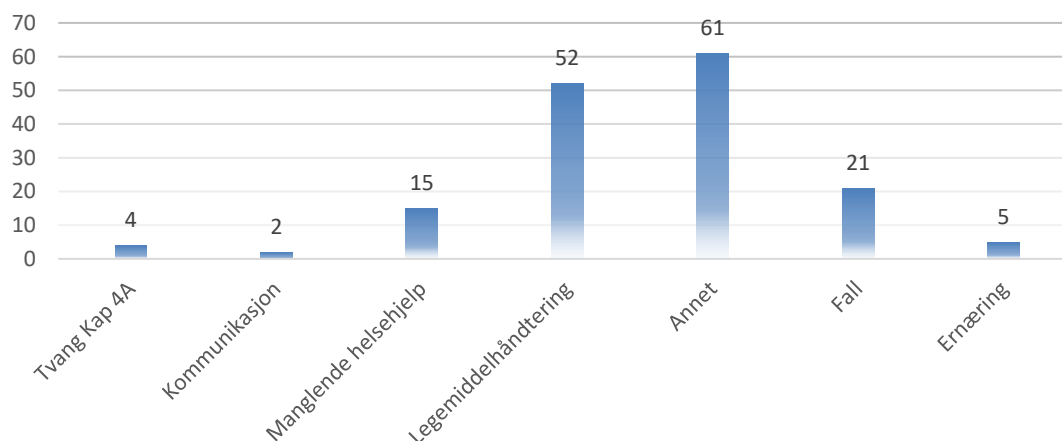


Kilde: Malvik kommune

Ved Avd. Stasjonsvegen 20 er det meldt vesentlig færre pasientavvik, og det er ikke meldt noen alvorlige avvik siste 12 mnd. Det er 40,5 % av avvikene som er karakterisert som middels alvorlige, mens 59,5 % er av liten alvorlighetsgrad.

I figuren under er de rapporterte pasientavvikene ved avdelingene fordelt på ulike kategorier av avvik.

Figur 14. Kategoriserte avvik ved Avd. behandling og pleie siste 12 mnd. Absolutte tall.

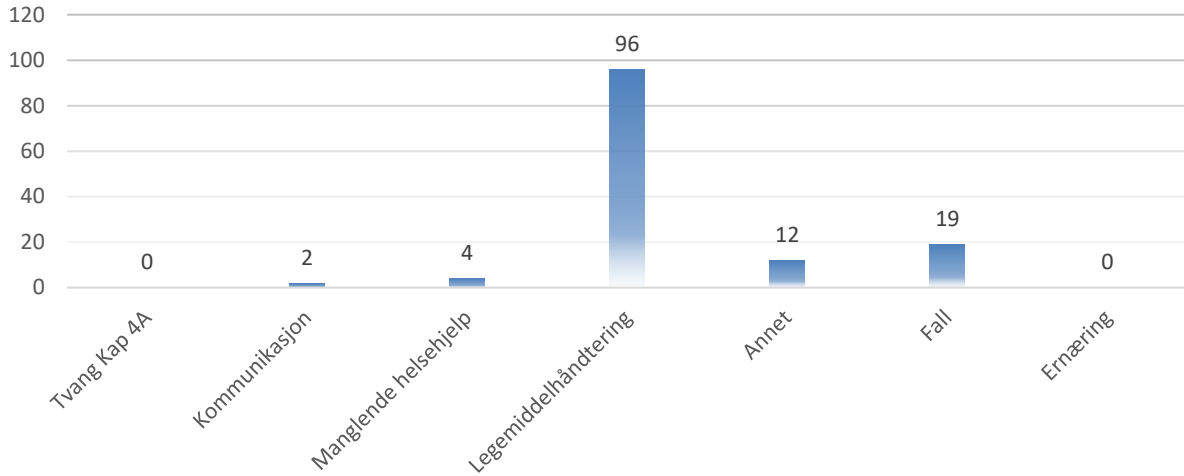


Kilde: Malvik kommune

Foruten en relativt stor mengde (38,1 %) ikke-kategoriserte avvik (Annet), så er det avvik innen legemiddelhåndtering (32,5 %), fall (13,1 %) og manglende helsehjelp/ikke gitt helsehjelp (9,4 %). Det er meldt relativt få avvik knyttet til bruk av tvang, ernæring og kommunikasjon. Fra

intervju er det opplyst at Annet kategorien gjerne brukes ifm manglende rutiner, ikke oppdaterte rutiner osv.

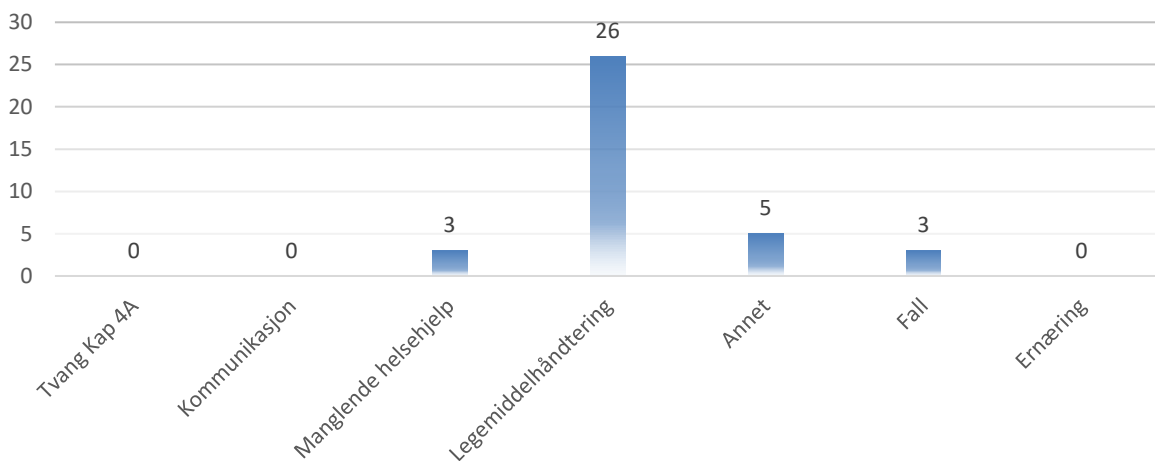
Figur 15. Kategoriserte avvik ved omsorgsboliger og korttidsplasser (Hommelvik helsetun) siste 12 mnd. Absolutte tall.



Kilde: Malvik kommune

I figuren over ser vi kategoriserte pasientavvik ved omsorgsboligene og korttidsplassene ved Hommelvik helsetun. Avvikene som er meldt er i hovedsak knyttet til legemiddelhåndteringen (72,1 %), men vi ser også at det er meldt avvik for fall (14,3 %), manglende helsehjelp (3 %), kommunikasjon (1,5 %) og annet (9 %).

Figur 16. Kategoriserte avvik ved Avd. Stasjonsvegen 20 siste 12 mnd. Absolutte tall.



Kilde: Malvik kommune

Ved Avd Stasjonsvegen 20 meldes det i all hovedsak avvik for legemiddelhåndtering (70,3 %). Ut over dette er det meldt avvik for fall, manglende helsehjelp og Annet.

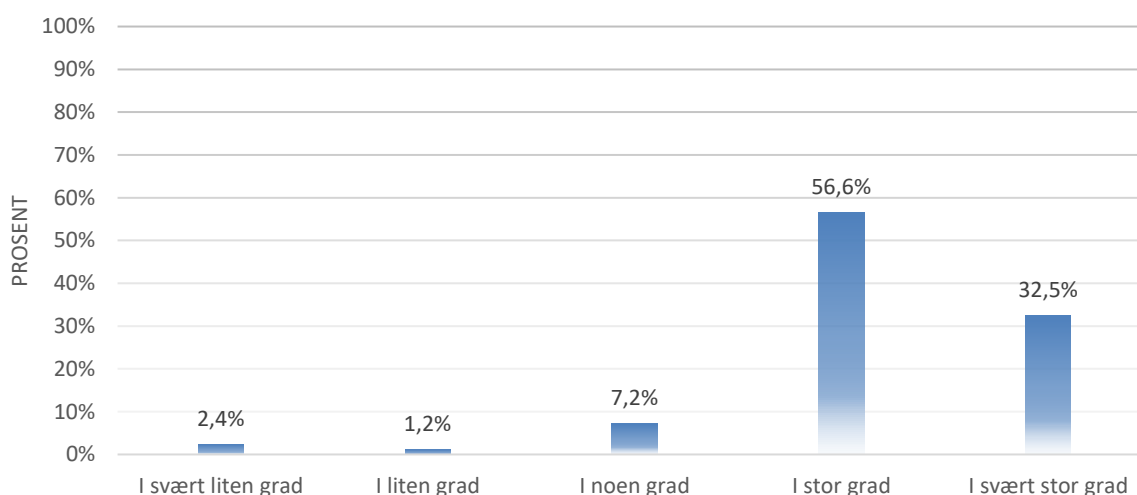
I spørreundersøkelsen har vi spurt alle ansatte om på hvilket område de ansatte selv ser størst risiko for avvik (brudd på lov, regelverk og interne rutiner). Av de som har svart på dette, er det som trekkes frem av flest ansatte *legemiddelhåndtering*. En del ansatte trekker også fram fall og tvang som risikoområder.

### 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).

Pleie og omsorgstjenestene i Malvik bruker pasientjournalssystemet Visma Profil. Flere av de lederne og tillitsvalgte vi har intervjuet, sier at ansatte er flinke til å dokumentere sin virksomhet. Enkelte viser til at det sikkert kunne vært skrevet mer i pasientjournalene enn det som faktisk gjøres. Vi har spurt alle ansatte om det samme:

Figur 17. Helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet (dokumentasjonsplikten). Ved helsetunene brukes pasientjournalssystemet Visma Profil. I hvilken grad mener du at du oppfyller plikten til å dokumentere?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

Det er 89,1 % av de ansatte som svarer at de i stor grad eller i svært stor grad oppfyller dokumentasjonsplikten. Det er 3,6 % som svarer at de i liten grad eller svært liten grad oppfyller plikten til å dokumentere, mens 7,2 % svarer at de i noen grad oppfyller plikten.

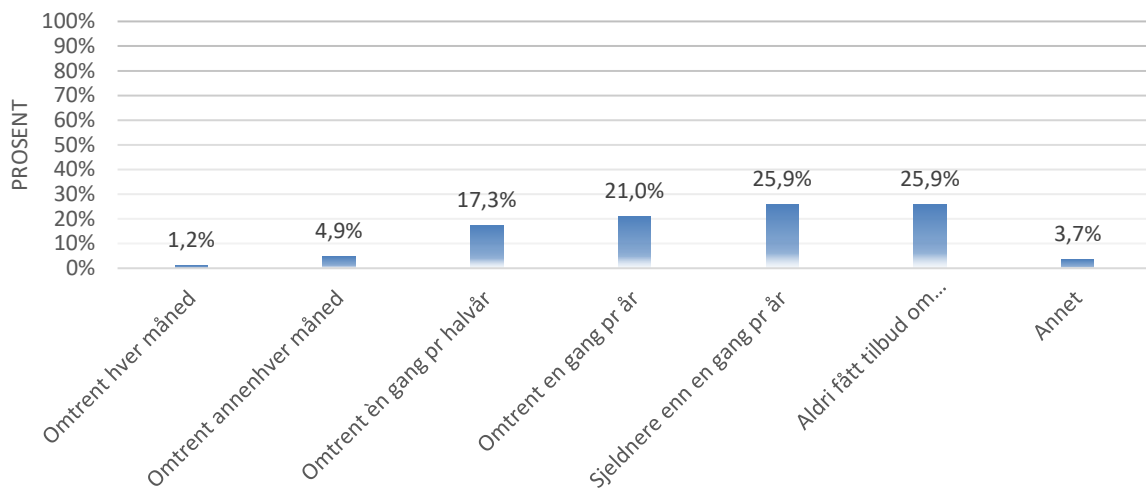
## Kompetanse og kompetansehevingstiltak

I intervjuene fremgår at det er god dekning av formalkompetanse ved helsetunene. Dette bekreftes i intervju av flere ledere. Allikevel tilkjennegis at kommunen har en utfordring knyttet til å rekruttere sykepleiere inn i pleie og omsorgstjenestene i kommunen. Kommunalsjef oppgir at det er få søkere til faste 100 % stillinger som sykepleier. Her vises det til andre kommuner og lignende utfordringer, og at Malvik konkurrerer mot sykehusene i regionen om de samme personene.

Avdelingslederne forteller i intervju at man de siste årene har prioritert å gjennomføre kompetanseheving i egen regi. Selv om enkelte sendes på eksterne kurs, så skjer kompetanseheving i stor grad på arbeidsplassen. Det skjer på ulike måter; enten ved at man henter inn eksterne kursholdere, ved at man bruker interne krefter og har ren internundervisning, eller at man tar i bruk ulike e-læringsmoduler.

I ansattundersøkelsen er det spurt om hvor ofte ansatte fikk tilbud om å delta i kompetansehevede tiltak. Resultatene er gjengitt i figuren under.

Figur 18. Hvor ofte får du tilbud om å delta i kompetansehevede tiltak gjennom din jobb (eks kurs, internopplæring, seminar, faglige nettverk)?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

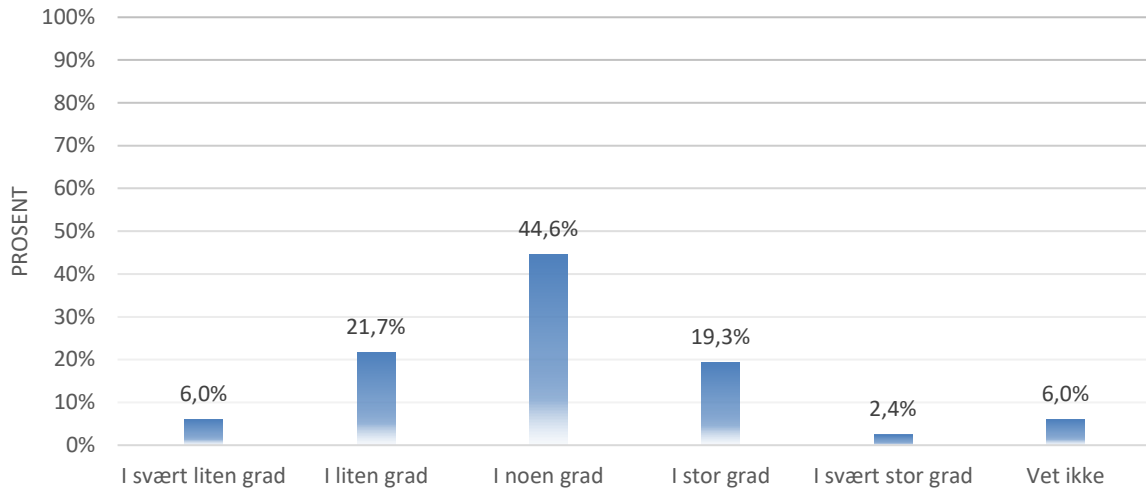
Over halvparten av de ansatte (51,8 %) har svart at de får tilbud om kompetanseheving sjeldnere enn én gang pr år eller at de aldri har fått et slikt tilbud. Det er 21 % som svarer at de har fått tilbud omtrent én gang pr år, mens 23,4 % har svart at de får tilbud om kompetanseheving hvert halvår eller oftere.

Revisor har videre spurt om nyansatte får tilstrekkelig opplæring. Av figuren under ser vi at det er stor variasjon i svarene som gis. Det er 21,7 % som mener at nyansatte i stor grad eller



svært stor grad får tilstrekkelig opplæring. Tilsvarende er det 27,7 % som mener at de i liten eller svært liten grad får tilstrekkelig opplæring. De fleste (44,6 %) har svart at nyansatte i noen grad får tilstrekkelig opplæring, mens 6 % ikke vet om opplæringen er god nok.

Figur 19. Får nyansatte i hovedsak tilstrekkelig opplæring?



Kilde: Revisjon Midt-Norge IKS

#### 4.2.2 Legemiddelhåndtering

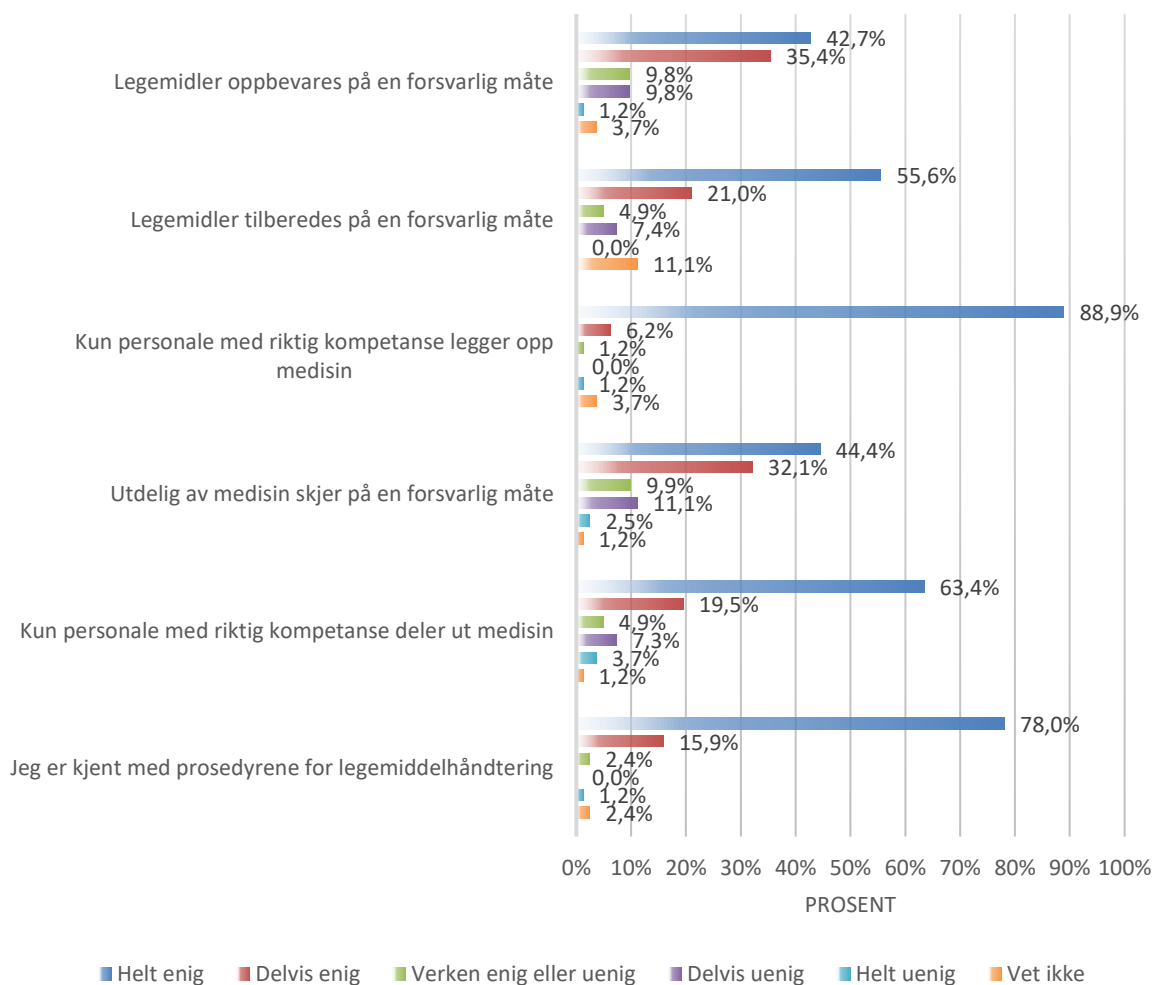
Legemidler skal håndteres i tråd med legemiddelforskriftens krav. Det stilles blant annet krav til kompetanse for personell som skal tilberede og dele ut medisin, og det skal føres såkalt narkotikaregnskap for legemidler i reseptgruppe A.

I følge avdelingslederne er det kun personell med adgangstillatelse (sykepleiere) som har tilgang til medisinrommene ved hhv Hommelvik og Vikhammer helsetun. Medisinrommene har elektronisk adgangskontroll. Ordinering av medisin til pasientene/brukerne utføres av tilsynslege. En sykepleier legger opp medisin i dosetter, en annen sykepleier kontrollerer at dette blir riktig (dobbelkontroll). Medisinutdelingen følger medisinkort i brukerjournalen til pasient i profil. Dosettene med medisin legges i medisintraller som er låst. Sykepleiere og helsefagarbeidere deler ut medisin på avdelingen hver dag. I følge avdelingslederne føres regnskap for A-preparat (narkotika). Kommunen har oversendt oppdaterte rutiner for legemiddelhåndtering og har også avtale om jevnlig farmasøytiske tilsyn<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Det er gjennomført farmasøytisk tilsyn i løpet av arbeidet med denne forvaltningsrevisjonen.

Vi har stilt alle ansatte noen spørsmål om legemiddelhåndteringen:

Figur 20. I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander om helsetunene:



Figuren viser at ansatte jevnt over er helt eller delvis enig i alle påstandene om at legemiddelhåndteringen skjer på forsvarlig vis. Det er 78,1 % av de ansatte som er helt eller delvis enig i at legemidler oppbevares forsvarlig, mens 11% er helt eller delvis uenig. Det er 76,6 % av de ansatte som er helt eller delvis enig i at legemidler tilberedes på en forsvarlig måte, mens 7,4 % er helt eller delvis uenig. I tillegg er det 11,1 % som ikke vet om tilberedningen er forsvarlig. Når det gjelder kompetanse hos de som legger opp medisin, så er det 95,1 % som er helt eller delvis enig i at denne er riktig. Kun 1,2 % er helt eller delvis uenig i at personer som legger opp medisin har riktig kompetanse. Det er 76,5 % av de ansatte som er helt eller delvis enig i at medisinutdeling skjer på en forsvarlig måte, mens 13,6 % av de ansatte er helt eller delvis uenig i dette. Det er 82,9 % som er helt eller delvis enig i at det kun er personale med riktig kompetanse som deler ut medisin, mens 11 % er helt eller delvis uenig i dette. Til slutt er det 93,9 % som er helt eller delvis enig i at de kjenner prosedyrene for legemiddelhåndtering, mens kun 1,2 % er uenig i dette. Revisor har sett på resultatene for

sykepleiere/vernepleiere vs øvrige ansatte for disse spørsmålene. Sykepleiere/vernepleiere synes i større grad å være uenig i at legemidler oppbevares og tilberedes på en forsvarlig måte.

Farmasøytisk tilsyn har avdekket feil/mangler knyttet til legemiddelhåndteringen ved Hommelvik helsetun. Dette gjelder blant annet tilberedning av medisin (manglende dobbeltkontroll) og føring av narkotikaregnskap. I stor grad er dette avvik som etter kommunens oppfatning handler om at prosedyrer ikke er fulgt<sup>8</sup>.

### **4.3 Revisors vurdering**

Revisor har mottatt dokumentasjon for at helsetunene har oppdaterte rutiner og prosedyrer på utvalgte områder. Det er i tillegg gitt beskrivelser gjennom intervju av kvalitetssystemet i kommunen, hvor stillingsbeskrivelser og delegasjonsreglement er tilgjengelig for alle ansatte. Videre er det i oppstartsmøte og intervju med ledelsen redegjort for pågående forbedringsarbeid knyttet til rutiner og prosedyrer i virksomhet helse og rehabilitering. Revisor vurderer derfor at det foreligger tilfredsstillende dokumentasjon av rutiner og prosedyrer.

Det eksisterer to systemer som håndterer meldinger om avvik ved helsetunene. Alle avvik knyttet til den enkelte pasient/bruker meldes i Visma Profil, mens øvrige avvik meldes i kommunens kvalitetssystem. Ansatte er kjent med avvikssystemene og avvik meldes. Revisor vurderer at avvikssystem er etablert i tråd med lov og forskrift.

Alt helsepersonell er pålagt å dokumentere sin virksomhet, dvs alle relevante opplysninger om pasienter og helsehjelpen skal føres fortløpende i pasientjournal. Kommunen har lagt til rette for føring av elektronisk pasientjournal i Visma Profil og ansatte oppgir at de i stor grad dokumenterer den helsehjelpen som gis. Revisor vurderer derfor at dokumentasjonskravet for helsepersonellet er ivaretatt ved helsetunene.

Ledelse og ansatte ved helsetunene har redegjort for hvordan legemidler håndteres. Det er klare rutiner for hvordan og hvem som til enhver tid skal og kan håndtere legemidler. Helsetunene praktiserer dobbeltkontroll ved tilberedning av medisin, og det føres narkotikaregnskap for A-preparater. Vi ser allikevel fra ansattundersøkelsen, fra avviksmeldinger og i rapport fra farmasøytisk tilsyn at legemiddelhåndtering utgjør en risiko

---

<sup>8</sup> Viser til rapport fra Farmasøytisk tilsyn i Malvik kommune datert 16.11.2017 og kommunens tilsvar på avvik og merknader datert 29.1.2018.

ved helsetunene. I avsnitt 4.2.1 framgår også at kun halvparten av de ansatte oppgir å ha lest prosedyrer siste halvår. Revisor vurderer derfor at det er lagt til rette for en god håndtering av legemidler, men at etterlevelse av prosedyrer er varierende. Ledelsen bør følge opp avvik fra farmasøytisk tilsyn og overvåke implementeringen av de risikoreduerende tiltakene.

Rådmannen skal ha system for å sikre at helsetunene drives i tråd med lov og regelverk. Revisor vurderer at rådmannen gjennom fast møtstruktur og informasjonsutveksling, etablering av kvalitetssystem med tilgjengelige rutiner og prosedyrer, fungerende avvikssystem, elektronisk pasientjournal og rutiner for legemiddelhåndtering, har system for intern kontroll i tråd med lovkrav. Systemet avdekker risikoer og legger til rette for kontinuerlig forbedringsarbeid i virksomhetene.

## **5 Høring**

Et utkast til rapport er oversendt rådmannen for uttalelse i tråd med revisjonsforskriftens § 8. Revisor har mottatt skriftlig høringsuttalelse til rapportutkastet (se vedlegg 1)

Endelig rapport er korrigert i avsnitt 1.1 vedrørende virksomhetsorganisering og beskrivelse av tjenestene, i tråd med rådmannens uttalelse. Revisor har ikke tatt inn oversikter over bruken av hel-/deltid ved helsetunene.

## 6 Konklusjoner og anbefalinger

### 6.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor søkt å belyse hvorvidt det *er tilstrekkelig medvirkning fra brukere og pårørende ved helsetunene i Malvik*, og hvorvidt *helsetunene drives i tråd med utvalgte deler av regelverket*.

Revisor konkluderer med at det i all hovedsak er lagt til rette for systematisk og god medvirkning fra brukere og pårørende. Det er i 2017 innført nye tiltak for medvirkning som forutsettes gjennomført i tråd med vedtak. Ansatte tilkjenner en viss utrygghet med hensyn til vurdering av samtykkekompetanse, og det er sannsynlig at tvang blir anvendt overfor pasienter/brukere uten at det er fattet vedtak om dette (ulovlig).

Revisor konkluderer tilsvarende at helsetunene i all hovedsak drives i tråd med regelverket. Avvikssystem er etablert og kjent blant ansatte, og helsepersonellet dokumenterer sin virksomhet. Det meldes avvik knyttet til legemiddelhåndtering og ansatte oppgir dette som en stor risiko ved helsetunene. Etterlevelse av prosedyrer for legemiddelhåndtering synes å være varierende, noe som støttes av nylig gjennomført farmasøytisk tilsyn.

### 6.2 Anbefalinger

Rådmannen anbefales å:

- Sørg for at ansatte er trygge i vurdering av pasient/brukers samtykkekompetanse, og at ansatte kjenner vilkårene og rutinene for vedtak om bruk av tvang.
- Sørg for at prosedyrer innen legemiddelhåndtering er kjent og at de etterleves.

## Kilder

Helse- og omsorgsdepartementet, 2017. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, Available at: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring).

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, 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, 1999. *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).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1992. *Lov om kommuner og fylkeskommuner*, Norge. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107?q=kommuneloven>.

## Vedlegg 1



**MALVIK KOMMUNE**  
Rådmann

REVISJON MIDT-NORGE SA  
Postboks 2565  
7735 STEINKJER

Deres ref:

Vår ref:  
2017/3540-6

Saksbehandler:  
Tone Østvang

Dato:  
19.02.2018

### Rådmannens svar på foreløpig rapport fra forvaltningsrevisjonen vedr. tjenestekvalitet på helsetunene i Malvik kommune

Rådmannen viser til foreløpig rapport og høringsbrev datert 1.2.2018, og oversender med dette sitt høringssvar.

Innledningsvis vil rådmannen påpeke at organiseringen, jf. rapportens punkt 1.1, ikke er riktig beskrevet. Helsetunene er organisert i to ulike virksomheter:

- virksomhet Helse og rehabilitering
- virksomhet Hjemmesykepleie

Begge disse virksomhetene rapporterer direkte til rådmannen ved kommunalsjef. Virksomhetene yter heldøgns pleie- og omsorgstilbud til kommunens innbyggere. Dette er tjenester som har døgnkontinuerlig drift, og de fleste ansatte jobber i deltidsstillinger. Rådmannen mener at dette er relevant informasjon om driften, som må ligge til grunn når problemstillingene i rapporten analyseres og drøftes.

Vår vurdering er at den foreløpige forvaltningsrapporten i all hovedsak gir et gjenkjennbart bilde av situasjonen ved helsetunene, sett opp mot de problemstillinger som følger av undersøkelsesopplegget til revisjonen.

Revisor konkluderer med at det i all hovedsak er lagt til rette for systematisk og god medvirkning fra brukere og pårørende. Etter rådmannens vurdering er dette et viktig funn, og vi vil understreke at nettopp god medvirkning er fundamentalt i all tjenesteutvikling.

Samtidig påpeker revisor at ansatte tilkjenner en viss utrygghet med hensyn til vurdering av samtykkekompetanse. Rådmannen mener at dette bl.a. kan skyldes at denne vurderingen i stor grad gjøres av tilsynslege eller fastlege, i tett samarbeid med sykepleierne. Øvrig helsepersonell involveres i ulik grad.

I den foreløpige forvaltningsrevisjonsrapporten påpekes det at det er en viss sannsynlighet for at tvang blir anvendt overfor pasienter/brukere uten at det er fattet vedtak om dette. Rådmannen legger til grunn at denne konklusjonen er basert på svarene fra ansatte - undersøkelsen. Med bakgrunn i denne konklusjonen ser rådmannen et klart behov for å systematisere arbeidet knyttet til makt og tvang ytterligere. Ledelsen vil derfor allerede f.o.m. inneværende år, innføre obligatoriske, årlige kurs innen dette temaet for ansatte i disse avdelingene. Dette som et

Postadresse	Besøksadresse	Telefon	Bank
Postboks 140, 7551 Hommelvik	Torggata 7	73972000	4218.07.50309
E-post		Telefaks	Org.nr
postmottak@malvik.kommune.no	www.malvik.kommune.no	73972001	971035560



kompetansehevende tiltak både for å øke bevisstheten knyttet til makt og tvang generelt og at ansatte skal gjøre seg kjent med gjeldende rutiner og saksgang. Dette vil også redusere sannsynligheten for at det utøves tvang på en ulovlig måte.

Rådmannen slutter seg ellers til anbefalingene i den foreløpige rapporten, både når det gjelder samtykkekompetanse/bruk av tvang og innen legemiddelhåndtering.

Med hilsen

Tone Østvang  
kommunalsjef  
Tlf: 73972138  
E-post: [tone.ostvang@malvik.kommune.no](mailto:tone.ostvang@malvik.kommune.no)

*Dokumentet er elektronisk godkjent og kan være uten underskrift.*



Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

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