

Kvalitet i hjemmetjenestene

Ørland kommune

2022

FR1194



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Ørland kommunes kontrollutvalg i perioden november 2021 til august 2022.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder/oppdragsansvarlig Tor Arne Stubbe, prosjektmedarbeider Merete Montero, og kvalitetssikrere Unni Romstad og Thomas Furunes. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Ørland kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidtnorge.no.

Trondheim 24.08.22

Tor Arne Stubbe

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Ørland kommune vedtok i sak 34/21 prosjektplan for gjennomføring av en forvaltningsrevisjon i hjemmetjenesten. Utvalget ønsket å undersøke hvorvidt kommunens hjemmetjeneste oppfylte krav i regelverket på utvalgte områder i hjemmetjenesten, og hvorvidt hjemmetjenesten oppfyller vesentlige krav til ledelse og kvalitetsforbedring.

Hovedproblemstillingen i forvaltningsrevisjonen har vært om Ørland kommune har *forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester?*

Revisors overordnede konklusjon er at Ørland kommune bryter regelverk og egne rutiner på flere områder og at dette truer forsvarlig kvalitet i hjemmetjenestene i kommunen.

Kapittel 2 oppsummerer revisors undersøkelser innenfor

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud

Kommunen tilfredsstiller lovkrav innen søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester, og innen aktivitetstilbud. Det er avdekket svakheter knyttet til kommunens systematiske arbeid med brukermedvirkning. Hjemmetjenesten følger ikke egne rutiner eller nasjonale anbefalinger knyttet til ernæring. Revisor konkluderer med at hjemmetjenesten bryter regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering på flere områder.

Kapittel 3 oppsummerer revisors undersøkelser innenfor

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

Det er dokumentert at hjemmetjenesten har utført risikovurderinger, at de har system for å melde avvik og at avvik meldes. Hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men disse er ikke oppdatert. Revisor vurderer at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta jevnlig risikovurderinger, analyser og vurderinger av meldte avvik. Revisor registrerer at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risiko knyttet til bemanning og kompetanse.

På bakgrunn av revisors undersøkelser anbefales kommunedirektøren å:

- Å gjennomføre fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten umiddelbart, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstillende nasjonale retningslinjer
- Å sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende brukere
- Å styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll)

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Avgrensinger	9
1.4 Metode	9
2 Regeletterlevelse i hjemmetjenestene	11
2.1 Problemstilling	11
2.2 Revisjonskriterier.....	11
2.3 Data	12
2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester	12
2.3.2 Ernæring.....	14
2.3.3 Legemiddelhåndtering	15
2.3.4 Brukermedvirkning.....	19
2.3.5 Aktivitetstilbud.....	21
2.4 Vurderinger	21
2.4.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester	21
2.4.2 Ernæring.....	22
2.4.3 Legemiddelhåndtering	22
2.4.4 Brukermedvirkning.....	23
2.4.5 Aktivitetstilbud.....	23
3 Ledelse og kvalitetsforbedring	24
3.1 Problemstilling	24
3.2 Revisjonskriterier.....	24
3.3 Data	24
3.3.1 Risikovurderinger.....	24
3.3.2 Avvikshåndtering.....	25
3.3.3 Bemanning og kompetanse	25
3.4 Vurdering.....	27
4 Høring	28
5 Konklusjoner og anbefalinger	29
5.1 Konklusjon.....	29
5.2 Anbefalinger	30
Kilder.....	31
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	32

Vedlegg 2 – Høringssvar43

Tabell

Tabell 1. Utvalgte nøkkeltall for kommunens helse- og omsorgstjenester27

Figurer

Figur 1. Bilde av åpent vindu i medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten15
Figur 2. Bilde av «rest-skuff» i medisinskap Ørland kommune, hjemmetjenesten.....16
Figur 3. Arbeidsbenk medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten.18

1 INNLEDNING

I dette kapittelet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet.

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Ørland kommune bestilte i møte 03.09.21, sak 18/21 forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene. Utvalget fattet følgende vedtak:

1. *Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene.*
2. *Revisjon Midt-Norge bes utarbeide en prosjektplan i samsvar med innspill gitt i møtet. Planen sendes sekretariatet innen 26.10.2021.*

Temaet for kontrollutvalgets bestilling (jfr. bestillingsbrev) er ikke omtalt i utvalgets plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2021-2024. Det er derimot delvis overlappende med to prioriterte tema i planen, og det er internkontroll i kommunen (2022) og tildeling av tjenester innen pleie og omsorg (2023).

Revisors risiko og vesentlighetsvurdering (2020) for område helse- og omsorg i Ørland og Bjugn kommuner peker i retning av strammere økonomiske rammer i nye Ørland kommune. Et økende tjenestebehov og strammere økonomi kan utgjøre en trussel mot kvaliteten i de tjenestene som skal utføres, enten ved at tjenester ikke utføres i tråd med krav og føringer eller at tjenester ikke blir utført.

Et utkast til prosjektplan ble behandlet i kontrollutvalgets møte 5.11.21. Revisor har revidert prosjektplanen i tråd med kontrollutvalgets innspill. Endelig prosjektplan ble vedtatt i kontrollutvalgets møte 10.12.21 (KU sak 34/21).

1.2 Problemstillinger

Revisor har undersøkt følgende hovedproblemstilling:

Har Ørland kommune forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester?

Hovedproblemstillingen er belyst ved hjelp av to delproblemstillinger:

1. Yter Ørland kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?
 - Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
 - Ernæring
 - Legemiddelhåndtering
 - Brukermedvirkning
 - Aktivitetstilbud

2. Har Ørland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene?

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

1.3 Avgrensinger

Denne forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å omhandle tjenester for hjemmeboende brukere. Hjemmetjenesten og forvaltningskontoret er derfor de sentrale tjenestene med hensyn til innhenting av data. Revisor har avgrenset seg bort fra å innhente data og vurdere praksis i øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen.

1.4 Metode

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført ved innhenting av en rekke ulike data. Problemstillingene omfatter i stor grad prosesser og praksis i kommunen. Prosesser og praksis har en detaljrikdom som vanskelig lar seg beskrive i kvantitative analyser. Kvantitative analyser krever dessuten et relativt stort utvalg av respondenter/enheter for å være meningsfulle. Revisor har derfor i hovedsak valgt en bred kvalitativ metodetilnærming (Ringdal, 2001).

Forvaltningsrevisjonen ble innledet med et oppstartsmøte med kommunedirektør, kommunalsjef helse og familie, og enhetsleder for hjemmetjenesten. Det er videre gjennomført intervju med både ledelse, tillitsvalgte, verneombud og representant for pårørendeforening. Det er skrevet referat fra samtlige intervju/møter og disse er oversendt informantene til godkjenning. Revisor har også gjennomført observasjon ved opplegg av medisin i medisinrom ved avdeling Bjugn og avdeling Brekstad. På observasjonsdagen var det to sykepleiere ved begge avdelinger som utførte medisinopplegg. Revisor anvendte observasjonsskjema og tok notater, og det ble tatt bilder i medisinrom.

Revisor har foretatt en stikkprøvekontroll av fem tilfeldig utvalgte pasientjournaler for pasienter med hjemmesykepleie. Her er det ført systematiske notater i henhold til kontrollskjema. Revisor fikk bistand av avdelingsleder Brekstad til å åpne angitte journaler. I tillegg er det innhentet store mengder rutiner og prosedyrer for utvalgte områder innen kommunens helse- og omsorgstjenester. Det er også innhentet enkelte statistiske data (KOSTRA) for å belyse kommunens tjenester. Videre er det foretatt stikkprøvekontroll i hjemmetjenestens narkotikaregnskap. En full gjennomgang av avdelingenes narkotikaregnskap burde trolig vært gjennomført, og kan regnes som en svakhet i revisors datamateriale. Revisor har allikevel dekning for de funn som er presentert i rapporten. Samlet sett vurderer revisor at datamaterialet er gyldig (valide) for å belyse problemstillingene, og at data er pålitelige

(reliable) for å gjøre vurderinger og trekke konklusjoner. Forvaltningsrevisjonen er utført i en periode rett etter en pandemi (Covid-19). Hvorvidt en forvaltningsrevisjon utført i en periode med normaltilstand ville gitt andre funn, det er vanskelig å uttale seg sikkert om (se også uttalelse fra kommunedirektør).

2 REGELETTERLEVELSE I HJEMMETJENESTENE

I dette kapitlet gjennomgås utvalgte deler av kommunens helse og omsorgstjenester til hjemmeboende brukere/pasienter.

2.1 Problemstilling

Yter Ørland kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud

2.2 Revisjonskriterier

Under gjengis utvalgte krav til kommunens helse og omsorgstjenester. Disse er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), og utdypet i nasjonale faglige retningslinjer.

Søknad og tildeling

- Legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpebehovet skal utredes/kartlegges
- Det skal fattes vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester

Ernæring

- Alle personer innskrevet i hjemmesykepleien skal veies ved første kartleggingsbesøk.

Legemiddelhåndtering

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom.
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Kommunen må sikre renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig og håndvask bør være tilgjengelig.
- Riktig temperatur og utstyr til temperaturkontroll
 - Skjerming for direkte sollys
 - Ventilasjon/frisk luft med riktig temperatur
 - Kjøleskap for oppbevaring av medisin

- Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Opplegg og dobbeltkontroll skal utføres av kvalifisert personell.
 - Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.
- Kommunen skal føre legemiddelregnskap for A-preparater.
- Kommunen skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater.

Brukermedvirkning

- Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker

Aktivitetstilbud

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

2.3 Data

Under presenteres data knyttet til søknad og tildeling av tjenester, ernæring, legemiddelhåndtering, brukermedvirkning og aktivitetstilbud.

2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

På Ørland kommunes hjemmesider ligger det oppdatert informasjon om tjenestene kommunen kan tilby og skjema for søknad om helsetjenester. Skjema er tilgjengelig elektronisk med innlogging ved hjelp av ID-porten, og i en utskriftsvennlig versjon for utfylling på papir. I begge tilfeller sendes søknaden til forvaltningskontoret. Søknader kan også inngis muntlig til forvaltningskontoret. Da nedtegnes alle opplysninger, slik at søknad blir registrert skriftlig.

Leder for forvaltningskontoret forteller at den videre behandlingen av søknaden er avhengig av om søkeren allerede mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dersom søker ikke har mottatt eller mottar helsetjenester fra kommunen, oversendes søknaden til kartlegger. Det er fast praksis at kommunen utfører en kartlegging av søkerens behov for helse- og omsorgstjenester. Per i dag er det en sykepleier med videreutdanning i systemiske samtaler som utfører alle kartlegginger for forvaltningskontoret.

Dersom søker allerede har helse- og omsorgstjenester fra kommunen, så er det gjerne tjenesteyter som varsler om endret behov eller funksjonsnivå. Alle brukere av hjemmetjenester skal vurderes med tanke behov og funksjonsnivå minst en gang pr år. Da utføres kartlegging av tjenesteyter/primærkontakt i hjemmetjenesten. Dersom det er krevende kartlegging eller komplekse utfordringer, så vil hjemmetjenesten få bistand fra kartlegger ved forvaltningskontoret.

Foruten at bruker/pasient søker om helsetjenester selv, så mottar forvaltningskontoret meldinger om tjenestebehov fra pårørende, fra hjemmetjenestene, fra fastleger og fra spesialisthelsetjenesten. Disse meldingene dokumenteres som øvrige søknader. Ifølge leder av forvaltningskontoret, bruker de mye tid på veiledning av både søkere/brukere og pårørende. Det er viktig at brukerens egne ønsker kommer fram, og dette gjelder både mer og mindre omfang av tjenester. En faglig vurdering gjør at ikke alle får det de ønsker, fordi noen trenger å gjøre ting selv for å ivareta sine funksjoner.

Førstegangs kartlegging er normalt en helhetlig kartlegging av søkerens funksjonsnivå og behov for tjenester. Dette skjer i henhold til kartleggings skjema utviklet av forvaltningskontoret. Dersom søknaden gjelder enkle ting, for eksempel et hjelpemiddel, foretar man ikke nødvendigvis en omfattende kartlegging. Den som kartlegger bruker sitt faglige skjønn for å vurdere hva som er riktig omfang av kartlegging. Forvaltningskontoret er opptatt av at både bruker og pårørende skal være tilstede når det gjennomføres kartlegging/samtaler. Informasjon er en vesentlig del av kartleggingen. Kartleggingsrollen handler om informasjon både til brukere og pårørende, og man opplever at pårørende blir tryggere med informasjon. Utfylt kartleggings skjema legges inn i fagprogram/journal og det sendes melding til beslutningsteam om at kartlegging er ferdig.

Revisor har foretatt stikkprøvekontroller av fem journaler for brukere med vedtak om hjemmesykepleie. I samtlige journaler foreligger dokumentasjon for gjennomført kartlegging. Journalene viste også at kommunen utfører og dokumenterer revurdering/rekartlegging av brukerne. For fire av fem brukere var det gjennomført re-kartlegging siste tolv måneder. Den siste brukeren var førstegangskartlagt i løpet av det siste året. Totalt er det ca. 150 personer som har vedtak om hjemmesykepleie³.

Beslutningsteam har myndighet til å tildele helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette gjøres på bakgrunn av søknad og kartleggingsnotat. Beslutningsteamet består av leder for forvaltningskontoret, to saksbehandlere, enhetsleder for institusjon, enhetsleder for hjemmetjenesten, enhetsleder for familie og helse, og avdelingsleder for psykisk helse og rus. Teamet involverer andre fagpersoner etter behov. Vedtak om tildeling av helse og omsorgstjenester fattes av beslutningsteam, saksbehandlere skriver vedtakene og vedtaket blir godkjent av enhetsleder for berørt tjeneste. Eksempelvis ved vedtak om hjemmesykepleie, så er det leder for hjemmetjenesten som godkjenner. Søkerne får tilsendt svar på sin søknad. Der opplyses de om innholdet i vedtaket og de får informasjon om adgangen til å klage på

³ Det er brukere som har dagaktivitetstilbud og trygghetsalarm/velferdsteknologiske løsninger og de er ikke en del av de 150. Totalt har hjemmetjenesten ca. 300 brukere.

vedtaket. Ved raske endringer i tjenestebehov hos brukerne, så yter kommunen nødvendige tjenester, og foretar saksbehandling i etterkant. Dette for at brukere med behov for helse- og omsorgstjenester skal få nødvendig helsehjelp så raskt som mulig. Revisor har ikke innhentet dokumentasjon for, eller gjennomgått, vedtak som er fattet. Leder ved forvaltningskontoret bekrefter at de ser en svak økning i omfang av klager, og at de nok skriver flere avslag på søknader nå enn tidligere.

2.3.2 Ernæring

Revisor har fått tilsendt skriftlig prosedyre for *Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten*. Prosedyren ble utarbeidet første gang 1.7.2012 og revideres årlig. Hensikten med prosedyren er å sikre faglig forsvarlig ernæringstilbud til beboere/pasienter i de nevnte tjenestene. Videre er det spesifisert at *for hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten skal alle nye brukere veies ved første kartleggingsbesøk, og at ved ernæringsproblemer veies pasienten etter avtale med fastlege*. Det spesifiseres også at *fastlege skal kontaktes ved en vektreduksjon eller vektøkning*.

Ofte vil hjemmeboende brukere med helse- og omsorgstjenester håndtere næringsinntak gjennom mat og drikke på egenhånd. Hjemmetjenesten vil da ha ansvar for å følge opp ernæring på systemnivå, og iverksette tiltak dersom det avdekkes ernæringsmessig risiko (eks. vektreduksjon/vektøkning). Ansatte forteller i intervju at tjenesten ikke har en praksis for å veie alle brukere jevnlig. Deres bidrag til å avdekke ernæringsmessig risiko er i hovedsak knyttet til at de observerer når de yter tjenester til bruker. Flere påpeker at de noterer i journal, varsler fastlege eller avdelingsleder når de observerer at klær er blitt for store eller for trange. Det hender også at pårørende varsler om at de er bekymret for ernæring for brukere. Andre aktuelle observasjoner er knyttet til skap og kjøleskap med hensyn til innhold og innkjøp, og tilsvarende søppelbøtter med hensyn til at brukere kan kaste mat.

Skjema for helhetlig kartlegging av søkere til helse- og omsorgstjenester inneholder ikke krav til veiing. Det er derimot flere spørsmål/punkter knyttet til ernæring, deriblant spørsmål om å oppgi vekt/høyde. I stikkprøvekontrollen er det ingen av de fem brukerne som er veid ved førstegangskartlegging. To av brukerne er veid ved andre gangs kartlegging, og en bruker er veid av annen tjenesteyter. Journalene viser at veiing trolig utføres overfor brukere med indikasjon om ernæringsmessig risiko. Her viser journalene at det både er kontakt med fastlege og at hjemmetjenesten har iverksatt konkrete tiltak for å følge opp ernæring.

Ansatte tilkjenner at dette med ernæring for hjemmeboende brukere er en utfordring, også sett opp imot brukermedvirkning, samtykkekompetanse, tillitsskapende tiltak og bruk av tvang. I prosedyre for ernæring presiseres at det skal settes av tid til etiske refleksjoner omkring disse

spørsmålene. De forteller videre at de ikke er kjent med at det finnes egen rutine/prosedyre for ernæring i hjemmetjenesten. Ledelsen i hjemmetjenesten innrømmer at ernæring for hjemmeboende brukere er et område som ikke har hatt stort fokus i tjenesten. De opplever at ansatte varsler dersom det er bekymringer knyttet til enkeltbrukere, men den systematiske tilnærmingen kunne nok vært bedre. Eksempelvis veiing av brukere ved kartlegginger.

2.3.3 Legemiddelhåndtering

Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom

Begge medisinerommene, Brekstad og Bjugn, har elektronisk adgangskontroll med kortleser til dør. Adgangen til rommene styres av de tillatelser som er registrert for det enkelte helsepersonellet. Det oppgis av avdelingslederne at kun sykepleiere som skal foreta istandgjøring av medisin har tilgang til medisinerommet.

Medisinerom ved begge soner/avdelinger er lokalisert i 1.etg ved institusjon. Medisinerommet ved den ene avdelingen har fast vindu uten åpningsmulighet, og det er ikke montert noen løsning for redusert innsyn. Medisinerommet ved den andre avdelingen har et åpningsvindu, og hvor nedre del har foliert glass for redusert innsyn. Vinduet på medisinerommet med åpningsvindu, sto åpent på observasjonsdagen. Ingen av vinduene til medisinerommene var sikret med gitter eller tilsvarende for å hindre innbrudd/uautorisert tilgang. I samtale med sykepleiere som utførte arbeid i medisinerommet framkom opplysninger om at vinduet på medisinerommet med åpningsvindu, hadde stått åpent store deler av vinteren 21/22. Dette på grunn av at vinduet ikke var mulig å lukke (trolig pga. varm luft som kondenserte og frøs). Vinduet lot seg lukke på observasjonsdagen.

Figur 1. Bilde av åpent vindu i medisinerom Ørland kommune, hjemmetjenesten



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.

Medisinrommene ved begge avdelinger/soner har egne bokser for kassering av legemidler, både i form av pappesker og egne bokser for risikoavfall. Ved gjennomgang av medisinskap på begge medisinrom ble det funnet kurvhyller uten tilfredsstillende merking av innhold. På spørsmål til helsepersonellet og avdelingsledere om hva disse kurvhyllene inneholdt, så var dette medisin som var blitt 'til overs'. Både avdelingsledere og helsepersonell på medisinrommene tilkjennega at dette var medisin som trolig skulle vært kassert. Årsaken til at det fortsatt var oppbevart på medisinrommet var at det kunne være praktisk å ha en reserve i tilfelle apotek ikke var tilgjengelig. Medisinene stammet fra brukere som av ulike årsaker hadde avsluttet behandlingen med aktuelt legemiddel (se fig 2). Det føres ikke oversikt over innhold i disse kurvhyllene. Revisor er i intervju i etterkant av observasjon orientert om at denne praksisen, med oppbevaring av legemidler som skulle vært kassert, er avvirket. Det er ikke foretatt ny kontroll fra revisors side.

Figur 2. Bilde av «rest-skuff» i medisinskap Ørland kommune, hjemmetjenesten.



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Kommunen må sikre renhold av medisinrommet.

Kommunen har en rutine for medisinrommet som spesifiserer at arbeidsbenker og hyller skal vaskes. Rutinen sier ikke noe om hvor ofte dette skal utføres. Revisor har på observasjonsdagen spurt helsepersonellet om praksis for renhold i medisinrommet. Helsepersonell ved en avdeling forteller at de vasker arbeidsbenk etter behov og at det gjennomføres gulvask 1-2 ganger pr uke. Ved den andre avdelingen mener helsepersonellet at de utfører vask av arbeidsbenk jevnlig, og at renholdspersonale vasker gulvene ved behov.

På spørsmål om renhold av medisinskap, så er det ingen av helsepersonellet som kjenner til at dette er utført.

Dosetter bør rengjøres ukentlig og håndvask bør være tilgjengelig

Hjemmetjenesten har ingen skriftlige rutiner for rengjøring av dosetter eller funksjonskontroll. Revisor stilte på observasjonsdagen spørsmål til helsepersonellet vedrørende renhold av dosetter og hygiene i legemiddelhåndteringen. Ved begge avdelinger er det krevende rammebetingelser for vask av dosetter. Den ene avdelingen vasker dosetter for hånd etter behov, mens den andre avdelingen ikke vasker dosettene. Ved begge avdelinger byttes det til nye dosetter dersom det oppdages funksjonsfeil ved den gamle.

Ingen av avdelingene har håndvask tilgjengelig i medisinrommet eller rimelig nærhet. For å unngå forurensing av medisin ved opplegg, så anvendes håndsprit mellom opplegg til hver bruker.

Medisinrommet skal ha riktig temperatur og mulighet for temperaturkontroll

Revisor observerte at medisinrommene ikke hadde utstyr for måling av temperatur i rommet eller mulighet for temperaturkontroll. Revisor stilte ansatte spørsmål om hvordan de kunne sikre riktig temperatur i medisinrommene. Ved avdelingen med fastvinduer svarte ansatte at de hadde gitt beskjed til ledelsen om at ventilasjon og solskjerming ikke var tilstrekkelig. På dager med sol rett på vinduer, så ble det veldig varmt i rommet. Ved avdelingen med åpningsvindu, så justerte de temperatur ved å åpne vindu. Ingen av avdelingene hadde utvendig solskjerming, og kun det ene rommet hadde innvendig solskjerming ved å trekke for gardiner. Videre er det kun medisinrommet ved den ene avdelingen/sonen som har kjøleskap for medisiner som har lavere anbefalt oppbevaringstemperatur enn romtemperatur.

Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.

Ved begge avdelinger er det lagt til rette med store arbeidsflater, medisinskap og IKT-utstyr. Revisor har ikke kontrollmålt størrelsen på medisinrommene. Det var lagt til rette med to kontorplasser slik at to ansatte kan arbeide samtidig. Ved begge avdelinger var det to ansatte som utførte medisinopplegg på observasjonsdagen, i tillegg til at revisor befant seg i rommet. Ansatte opplevde å ha tilstrekkelig plass til å utføre medisinopplegg.

Figur 3. Arbeidsbenk medisinrom Ørland kommune, hjemmetjenesten.



Foto: Revisjon Midt-Norge SA

Opplegg og dobbeltkontroll

Medisinopplegg foregår på fast dag hver uke i hjemmetjenesten i Ørland. Sykepleiere inngår i turnus hvor to sykepleiere på faste dager har ansvar for opplegg og kontroll av medisiner ved hver avdeling/soner. På observasjonsdagen var det to sykepleiere ved hver avdeling som foretok opplegg av medisiner.

Revisor observerte og stilte spørsmål mens sykepleierne gjennomførte medisinopplegg. Ved begge medisinrommene var det én sykepleier som la opp medisin i dosetter i henhold til elektronisk medisinkort (journal) og én sykepleier som kontrollerte for riktig opplegg i dosett. Kvittering for riktig opplagt medisin ble utført fra pc, mens kvittering for utført kontroll av riktig opplagt medisin ble utført på håndholdt enhet. De fleste brukere får ferdig opplagt multidose fra apotek. Disse kontrolleres opp mot ordinert leveranse, og med tilsvarende kvittering for utført kontroll.

Dosetter skal være merket med pasientens identitet, navn på legemiddel og virkestoff, styrke og dosering. Ved den ene avdelingen var alle dosetter merket i henhold til kravene, mens ved den andre avdelingen var dosettene merket med pasientens navn. På spørsmål om hvorvidt merkingen var i tråd med kravene, så svarte sykepleierne at helsepersonellet må kvittere ved utdeling og at man da også hadde tilgang til elektronisk og oppdatert medisinkort. Revisor har

ikke deltatt ved medisinutdeling i pasientens/brukerens hjem, og kan derfor ikke bekrefte om medisinkort hentes opp og kontrolleres ved utdeling.

Narkotikaregnskap

Legemiddelforskriften (§ 9) stiller krav til at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B, dette for å bidra til sikker legemiddelhåndtering og forhindre svinn av narkotiske og vanedannende legemidler. Det skal føres legemiddelregnskap for A-preparater, og man skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater.

På begge medisinrom observerer revisor at legemidler for den enkelte bruker/pasient i hjemmetjenesten oppbevares i medisinskap i egne hyller/skuffer merket med pasientens/brukerens navn.

Ved begge avdelinger føres regnskap for legemidler (på papir i permer). Revisor registrerer at det er noe ulik praksis ved de to avdelingene. Ved den ene avdelingen har man et skjema for hver pasient. Legemidler (A-preparater) føres inn i regnskapsskjema ved leveranse fra apotek, og det signeres ved hvert uttak/opplegg av preparat til aktuell pasient. Både den som legger opp og den som kontrollerer signerer i skjemaet. Stikkprøver viser at ikke alle skjema har dobbeltsignatur. Den andre avdelingen har tilsvarende skjema pr pasient/bruker. Her viser stikkprøver at det kun er ført regnskap for leveranse og uttak av smerteplaster. I høringsvar utdyper kommunedirektør at «*Ved tilsyn så var det ved den ene enheten ingen pasienter som brukte tabletter som ble lagt opp i dosett, de hadde det i multidose*». Revisor har ikke foretatt fullstendig kontroll av avdelingens regnskap for A-preparater. Ansatte kjente ikke til hvordan regnskapene for A-preparater ble kontrollert mot beholdningen av slike legemidler. Revisor har fått tilsendt rutine for årskontroll med legemiddelgjennomgang i sykehjem og heldøgns omsorgsbolig, men ikke tilsvarende rutine for hjemmetjenesten/hjemmesykepleie.

Revisor spurte de ansatte om det ble ført noen oversikt over beholdningen av B-preparater. Ansatte svarer at det ikke finnes en felles oversikt over dette, ut over ordinerings fra lege og den enkeltes journal/medisinkort. Revisor har ikke mottatt dokumentasjon som viser hvor ofte det foretas beholdningskontroll for B-preparater.

2.3.4 Brukermedvirkning

Kommunen har i henhold til lov og forskrift plikt til å gjøre bruk av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer i utførelsen og utviklingen av tjenestene. I tillegg har pasienter og brukere rett til å medvirke i valg og utforming av tjenestetilbudet. Revisor har lagt til grunn at kommunen aktivt skal innhente og vurdere brukererfaringer for å utvikle tjenestetilbudet, og at

det er etablert en praksis for at brukere skal kunne gi tilbakemelding og ha mulighet for å endre eget tjenestetilbud.

Revisor har i intervju etterspurt brukerundersøkelser eller lignende aggregering av brukererfaringer med tanke på vurdering og utvikling av tjenestene. Alle informanter forteller at det er mange år siden forrige brukerundersøkelse. Leder ved forvaltningskontoret forteller at det ble gjennomført en pårørendeundersøkelse innen helse og familie for tre år siden. Kommunalsjef helse og familie forteller at det skulle vært gjennomført en brukerundersøkelse i 2020, men denne ble utsatt på grunn av pandemien.

På individnivå har kommunen flere kontaktpunkter med pasienter/brukere og pårørende. Kontakten med kommunen opprettes når det sendes søknad om helse og omsorgstjenester (jfr kap 2.3.1). Gjennom prosess med kartlegging av søkers behov, så settes det av godt med tid til samtale med søker og pårørende. Kartleggings skjemaet viser at samtalen dekker både brukerens behov og ønsker for bistand, det inkluderer også interesser/hobbyer, aktiviteter og sosialt nettverk/pårørende. Den helhetlige kartleggingen dekker også spørsmål om hvorvidt søker/bruker er samtykkekompetent på ulike områder, eksempelvis knyttet til egen økonomi og eventuelt oppnevnt verge. Dersom ansatte i hjemmetjenesten, gjennom den daglige kontakten med bruker, er usikker på om brukeren forstår og handler til eget beste (er samtykkekompetent), så er det praksis at dette meldes til fastlege.

Når vedtak om tildeling av tjenester er fattet, og bruker mottar tjenester, så har kommunen hatt praksis for å oppnevne primærkontakter. Altså at brukerne får formelt tildelt en kontaktperson i hjemmetjenesten. Primærkontaktens oppgave har vært å sørge for at tjenestebehovet vurderes jevnlig og at brukeren gis anledning til å komme med synspunkter på de tjenester som gis. Kommunen har omorganisert primærkontaktordningen. Det er nå satt sammen team bestående av helsepersonell som skal ivareta de primærkontakt oppgavene overfor flere brukere. Teamene er inndelt i forhold til geografi/soner. Årsakene til innføring av team har vært å redusere sårbarhet ved fravær og bedre kvaliteten i oppfølging av brukerne. Denne omorganiseringen av primærkontaktansvaret har skjedd såpass nylig, at det er for tidlig å si noe om erfaringer.

Pasienter/brukere som ikke er fornøyd med kommunens hjemmetjenester, enten ved at de mener at vedtak ikke dekker deres behov eller at kvaliteten på de tjenester som ytes ikke er tilfredsstillende, har adgang til å klage. Revisor har ikke undersøkt kommunens klagesaksbehandling, men det er avgitt informasjon fra kommunalsjef og leder ved forvaltningskontoret, som tyder på at omfang av klager er økende. Dette kan indikere at brukere og pårørende er klar over at det er klageadgang, og at denne til en viss grad benyttes. Kommunalsjef viser til at beslutningsteam står faglig støttet i sine vurderinger, men at det hender

at det tilkommer nye opplysninger som gjør at man må revurdere vedtak. Kommunalsjef opplever derfor oftere at klager videresendes til behandling hos Statsforvalteren. Avgjørelsene hos Statsforvalteren varierer, de får medhold i noen klager og de får avslag/beskjed om omgjøring av noen vedtak. Det var nok flere omgjøringer av vedtak i kommunen tidligere. Revisor har ikke gjennomgått dokumentasjon i klagesaker i kommunen.

2.3.5 Aktivitetstilbud

Ørland kommune tilbyr aktiviteter for hjemmeboende brukere inntil fire dager pr uke i regi av dagaktivitetssenteret. Informasjon om søknad til dagaktivitetstilbudet og kontaktinformasjon ligger på kommunens nettsider. Brukere kan få innvilget tilbud en til fire dager pr uke, avhengig av ønsker og behov. Dagaktivitetstilbudet tilbyr henting og bringing av de som skal delta, og alle får et middagsmåltid de dagene de deltar. To av dagene er det aktivitet ved selve senteret, en dag er det tilrettelagt tur (inkl. rullestolbrukere), mens den siste dagen ofte er en litt lengre tur. Her forsøker man å sette sammen grupper ut ifra interesser og funksjonsnivå. Revisor har ikke informasjon om at søkere får avslag på deltakelse i dagaktiviteter eller at det er ventelister.

2.4 Vurderinger

2.4.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Revisor vurderer at **kommunen har lagt til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester**. Oppdatert informasjon om kommunens helse og omsorgstjenester ligger tilgjengelig på kommunens nettsider, sammen med nødvendig kontaktinformasjon til forvaltningskontoret. Forvaltningskontoret gir informasjon gjennom kartleggingsbesøk og hjemmetjenesten fanger opp tjeneste- og informasjonsbehov i den daglige tjenesteytingen.

Det er også revisors vurdering at **søkernes og brukernes behov for helse- og omsorgstjenester blir kartlagt og dokumentert på en systematisk måte**. Nye søkere blir normalt gjenstand for en helhetlig kartlegging, mens eksisterende brukere blir revurdert minimum årlig.

Revisor vurderer at det **fattes vedtak om tildeling av helse og omsorgstjenester**, og at disse dokumenteres og oversendes søker på riktig måte. Revisor har ikke vurdert vedtakenes ordlyd eller helsefaglige innhold opp mot brukernes kartlagte behov. Brukerne er orientert om klageadgang på enkeltvedtak.

2.4.2 Ernæring

Revisor vurderer at kommunens systematiske arbeid med **oppfølging av ernæring for hjemmeboende brukere ikke er tilfredsstillende**. Kommunen utfører ikke systematisk veiing under kartlegging av søkere/brukere. Vektøkning/vektreduksjon er objektivt sett en av de viktigste indikatorene for ernæringsmessig risiko. Nasjonale anbefalinger og kommunens egen prosedyre foreskriver veiing ved første kartlegging, og eventuell veiing med jevne mellomrom. Dersom man ikke har en korrekt vekt som referanse, er det en fare for at eventuelle tiltak for å korrigere skjevutvikling vil bli igangsatt senere enn nødvendig. For å med sikkerhet kunne konstatere vektreduksjon/-økning, så må det foreligge minst to målinger av vekt med noe tid i mellom.

2.4.3 Legemiddelhåndtering

Revisor vurderer at kommunen **ikke har sikret legemidler mot innbrudd/uautorisert tilgang**. Det er stor sannsynlighet for at vindu ved medisinrom på Brekstad har stått åpent i lengre perioder. Revisor vurderer det som skjerpene at medisinrom ligger i 1.etg. Ingen av medisinrommene er sikret med gitter eller tilsvarende hindring foran vinduene.

Observasjon av merkede kasser og beholdere (til kassasjon av kanyler og tomme ampuller) ved begge avdelinger viser at kommunen har et system for å returnere legemidler som enten er utløpt på dato eller som ikke skal brukes lengre. Revisor vurderer at kommunen **har lagt til rette for kassering av legemidler** (retur til apotek). Det vurderes derimot som **alvorlig** at legemidler som skulle vært kassert, blir oppbevart til senere bruk eller bruk for andre pasienter/brukere.

Observasjon og muntlig informasjon fra ansatte og ledelse tilsier at det gjennomføres vask av medisinrom. Dette renholdet inkluderer i all hovedsak vask av gulv fra renholdspersonale, og sykepleiere tørker av arbeidsbenker. Vask av medisinskap har ingen ansatte kjennskap til at blir utført. Revisor vurderer at rutiner for vask av arbeidsbenker praktiseres, men at kommunen **ikke har et systematisk renhold av medisinrommene inkl medisinskap**. I tillegg er det økt risiko for forurensing/kontaminasjon i legemiddelhåndteringen ved at det **ikke er lagt til rette for håndvask og vask av dosetter**.

Revisors observasjoner og samtaler med ansatte som arbeider på medisinrommene tilsier at arbeidsplassen er av tilstrekkelig størrelse til å få utført arbeidet. Revisor vurderer at **medisinrommene har tilstrekkelig størrelse** til at to ansatte har plass til å utføre medisinsopplegg.

Samtaler med ansatte og observasjon i medisinrommene viser at det ikke er termometer eller mulighet for å regulere temperatur i rommene etter behov. Det er heller ikke montert

skjerming for direkte sollys på vinduer. Kun ett av medisinrommene har kjøleskap. Revisor vurderer at **medisinrommene ikke tilfredsstillende krav til temperaturkontroll**, og at kun det ene medisinrommet har mulighet for å oppbevare medisin ved kjøletemperatur.

Revisor vurderer at kommunen **har et system og en forsvarlig praksis for opplegg og dobbeltkontroll av legemidler** for hjemmeboende pasienter/brukere. Revisor er usikker på om merking av dosetter med hensyn til navn på legemiddel, virkestoff, styrke på legemiddel og dosering er tilfredsstillende ved den ene avdelingen. Dette knytter seg da til hvilken praksis man har for utdeling av medisin, kontroll og signering. Dersom dette ivaretas av ansatte i hjemmesykepleien, så vil praksisen trolig være godkjent. Om praksisen innbefatter selvadministrering av dosetter, så vil praksis for merking ikke være tilfredsstillende.

Hjemmetjenesten fører narkotikaregnskap for A-preparater. Begge avdelinger har skjema pr pasient/bruker for beholdning av A-preparater. Det føres inn i skjema ved mottak fra apotek, og det registreres uttak ved istandgjøring/opplegg av medisiner. Ved den ene avdelingen er det kun registrert inn/ut med hensyn til smertepaster. Kravet er at dette skal føres for alle A-preparater. Stikkprøver viser at det i noen tilfeller mangler dobbelt signatur ihht skjema. På denne bakgrunnen vurderer revisor at **det foreligger usikkerhet knyttet til føring av legemiddelregnskap** for hjemmeboende pasienter/brukere.

Revisor har ikke informasjon om at hjemmetjenesten har rutiner eller praksis for å føre oversikt over beholdningen av B-preparater. Revisor vurderer **hjemmetjenesten ikke oppfyller forskriftskrav til kontroll med B-preparater**.

2.4.4 Brukermedvirkning

Revisor vurderer at kommunen **ikke har innhentet eller vurdert erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende for å utvikle hjemmetjenestene**. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser eller aggregert brukererfaringer i hjemmetjenesten, som gir informasjon som er egnet til å utvikle tjenestetilbudet.

Revisor vurderer at kommunen **har en praksis for å utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker**. Denne vurderingen er basert på kartleggingsamtaler ved søknad, og at alle pasienter/brukere har oppnevnt primærkontakter med jevnlig dialog. Det er noe usikkerhet knyttet til omorganisering av primærkontaktansvaret. Organisering i team kan i tilfeller føre til et mer utydelig ansvar.

2.4.5 Aktivitetstilbud

Revisor vurderer at Ørland kommune tilbyr **et aktivitetstilbud i tråd med regelverket**.

3 LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapitlet gjennomgås utvalgte områder og krav til systematisk forbedringsarbeid i hjemmetjenestene.

3.1 Problemstilling

Har Ørland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene?

- Risikovurderinger
- Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

3.2 Revisjonskriterier

- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- planlegge hvordan risiko kan minimaliseres
- ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

3.3 Data

I det videre presenteres data for hjemmetjenestens arbeid med risikovurderinger, avvikshåndtering, og bemanning og kompetanse.

3.3.1 Risikovurderinger

Konstituert kommunalsjef Helse og familie og enhetsleder for hjemmetjenesten bekrefter i møte at det er utført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) i helse og omsorgstjenestene i jan/feb 2022. Revisor har fått tilsendt kopi av utført ROS-analyse, og denne er gjennomgått med revisor i møte. Det er ikke dokumentert om, eller hvor hyppig, hjemmetjenesten gjennomfører slike ROS-analyser.

Analysen er bygd opp omkring identifisering av uønskede hendelser/trusler mot riktig helsehjelp, mulige konsekvenser, vurdering av sannsynlighet for at hendelsen inntreffer og vurdering av alvorlighetsgrad dersom hendelse inntreffer. Dernest synliggjøres hvilke tiltak som er innført for å redusere risiko, og det vurderes rest-risiko i henhold til en trafikklys-modell.

ROS-analysen er utført i samarbeid mellom ledelse og ansatte. Ifølge kommunalsjef og enhetsleder ble mange områder i hjemmetjenesten vurdert til rødt i trafikklys-modellen, men at iverksetting av tiltak utover vinteren 2022 har gjort at flere områder nå kan vurderes til grønt.

Eksempler på dette er innføring av årsturnus, oppdatering av rutiner/prosedyrer, økte ressurser og ansettelse av ernæringsfysiolog.

3.3.2 Avvikshåndtering

I hjemmetjenesten i Ørland meldes avvik i to ulike system, avhengig av avvikets art. Pasientavvik meldes i journalsystemet Gericca, og HMS-avvik meldes i kvalitetssystemet Compilo. Ledere og ansatte bekrefter at det meldes avvik i begge system. Flere av de revisor har intervjuet tilkjennegir at det trolig er variasjon blant ansatte når det gjelder hyppighet for melding om avvik. En av avdelingslederne peker på at manglende opplæring i hvordan man melder avvik kan være medvirkende årsak til variasjonen i avviksmeldinger.

Avdelingslederne har ansvar for å følge opp og lukke meldte avvik. Ved den ene avdelingen forteller avdelingsleder at pasientavvik skal meldes til avdelingsleder og at disse skal behandles jevnlig. Pasientavvikene meldes i tillegg muntlig umiddelbart, og håndteres når de oppstår. Dette gjelder uansett om de er meldt og kvittert for i Gericca. Avdelingsleder forteller at tidsnød de siste månedene har gjort at det ikke er foretatt noen gjennomgang i Gericca med tanke på kvittering/lukking av avvik. Avdelingsleder har heller ikke tatt ut rapporter vedrørende avvik. Dette skal gjøres i forbindelse med LTV-møtene⁴, men dette har fungert for dårlig. Sykefravær og avvik skal følges opp i LTV-arbeidet, men pr i dag er det avdelingsleder som håndterer dette. Den andre avdelingslederen forteller at avvik følges opp minimum én gang pr uke, og at det foretas en systematisk gjennomgang av avvik i LTV-gruppa.

Revisor er ikke kjent med at tjenestene på overordnet nivå har noen jevnlig gjennomgang av meldte avvik i de ulike tjenestene som grunnlag for det systematiske forbedringsarbeidet.

3.3.3 Bemanning og kompetanse

I hjemmetjenestens ROS-analyse for bemanning og kompetanse er det identifisert følgende risikoer som vil kunne påvirke kvalitet og regeletterlevelse:

- Manglende oppdaterte bemanningsplaner og kompetanseplaner
- Rekrutteringsutfordringer
- Manglende kompetanse
- Deltid/ heltidskultur
- Fravær
- For lite bemanning

⁴ LTV-gruppen er en partssammensatt gruppe som består av leder, tillitsvalgte og verneombud på hver enhet/avdeling. Gruppene drøfter utvikling av arbeidsmiljøet – organisering, planlegging og gjennomføring.

I intervju med ledelse og ansatte bekreftes det at de påpekte risikoene er tilstede, og at disse er forsterket under pandemien. Samtlige risikoer er vurdert til høy sannsynlighet (for at det inntreffer) og alvorlig konsekvens (stor betydning for liv og helse). Det er iverksatt flere risikoreduserende tiltak det siste året, deriblant innføring av årsturnus, ulike rekrutteringstiltak og fokus på nærværarbeid. I intervju bekreftes også at pandemien, med sykdom, fravær og smitteverntiltak, har medført at tjenester ikke har blitt utført. I perioder har det vært utfordrende å få utført alle tjenester innen praktisk bistand slik brukerne har krav på i henhold til vedtak. Det har i perioder vært nødvendig å prioritere tjenester knyttet til liv og helse. Ledelsen vil framheve godt samarbeid mellom tjenestene innen helse og familie under pandemien, og ikke minst ansattes evne til omstilling. De har hatt morgenmøter hver dag, hvor fokus har vært prioritering av bemanning og kompetanse den kommende dagen. Det vil si at ansatte og kompetanse har vært utnyttet mellom tjenestene for å opprettholde forsvarlig drift på daglig basis.

ROS-analysen viser også vurdering av rest-risiko etter gjennomførte risikoreduserende tiltak. Analysen viser at de fleste områdene er vurdert til grønt (lav sannsynlighet/konsekvens) etter gjennomførte tiltak. Den risikoen som fortsatt vurderes til gult nivå (moderat sannsynlighet/konsekvens), er manglende kompetanse. Tross hjemmetjenestens tiltak, så vil det alltid være en risiko for at man ikke har riktig kompetanse tilgjengelig til riktig tid.

Både i ROS-analyse og i intervju framkommer at hjemmetjenesten ikke har oppdatert informasjon om medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. I intervju framkommer at kompetanse er registrert i GAT⁵, men at informasjonen ikke er vedlikeholdt i forhold til eksempelvis gjennomførte medisinkurs.

En gjennomgang av KOSTRA nøkkeltall for helse og omsorgstjenestene viser at andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning har gått ned fra 2020 til 2021, og ligger pr i dag under både gjennomsnittet for landet for øvrig og KOSTRA-gruppe 8 (se figur under). I tillegg ser man at antall årsverk per bruker av omsorgstjenester ligger vesentlig under både landet og KOSTRA-gruppe 8 både i 2020 og 2021. Videre viser nøkkeltallene at netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter er lavere for Ørland enn landet for øvrig og sammenlignbare kommuner for både 2020 og 2021.

⁵ GAT – system for ressursstyring i store virksomheter (eks bemanningsplanlegging og personaloppfølging)

Tabell 1. Utvalgte nøkkeltall for kommunens helse- og omsorgstjenester

Nøkkeltall	Ørland		Kostragruppe 08		Landet uten Oslo	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	27140	30261	36106	39894	29272	33077
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	310,2	319,8	388,1	388,5	315,3	319
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	27,7	31,1	33	35,2	32,1	33,9
Andel brukerretnede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	80	77,2	77,4	77,7	78,1	78,3
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0,44	0,42	0,6	0,59	0,58	0,58

Kilde: <https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/orland/helse-og-omsorgstjenester>

3.4 Vurdering

Revisor vurderer at hjemmetjenesten **har utført risiko og sårbarhetsanalyse** for å få oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Hjemmetjenesten har utarbeidet tiltak for å minimere risiko på de områder som er identifisert. Revisor har ikke mottatt informasjon om at slike analyser utføres jevnlig som en del av arbeidet med kvalitetsforbedring.

Revisor vurderer at **det er lagt til rette for å melde avvik i hjemmetjenesten**. Data viser også at avdelingslederne i hjemmetjenesten følger opp og lukker meldte avvik. Det er avdekket svakheter knyttet til den systematiske oppfølgingen av meldte avvik. Det er ved den ene avdelingen synliggjort at avvik ikke drøftes i LTV-møter som forutsatt. Det er ikke framkommet informasjon som viser at analyser av meldte avvik inngår i hjemmetjenestens planlegging eller arbeid med kvalitetsforbedring. Revisor vurderer det som **en svakhet at meldte avvik ikke inngår i hjemmetjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring**.

Revisor vurderer at hjemmetjenesten **ikke har oppdatert oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring**. Basert på informasjon framkommet i ROS-analyse og i intervju, så har ikke hjemmetjenesten oppdatert informasjon som grunnlag for planlegging av aktivitet i tjenesten og iverksetting av kvalitetsforbedrende tiltak. Revisor vurderer det som skjerpene at det i tillegg er synliggjort **betydelige utfordringer knyttet til bemanning og riktig kompetanse i tjenesten**.

4 HØRING

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon §14 skal revisor sende utkast til forvaltningsrevisjonsrapport til uttalelse til kommunedirektøren. En foreløpig rapport ble sendt til uttalelse til kommunedirektør i Ørland kommune den 8.8.22. Revisor fikk oversendt kommunedirektørens uttalelse den 23.8.22. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Kommunedirektørens innledning til uttalelse har medført at revisor i avsnitt 1.4 Metode har presisert at data er innsamlet i en periode rett etter pandemi, og at det er uvisst om innsamling av data i en annen periode ville vist andre funn.

Kommunedirektørens uttalelse har medført endringer i rapportens avsnitt 2.2, 2.3.3 og 2.4.3. Revisor har foretatt en tydeliggjøring av kravet til beholdningskontroll for B-preparater (2.2 Revisjonskriterier). I avsnitt 2.3.3 Legemiddelhåndtering, spesifikt i avsnitt om Narkotikaregnskap, så er det tydeliggjort skille mellom data knyttet til A-preparater, presisert begrensninger i revisors data og tatt inn informasjon fra kommunedirektørens uttalelse. Dette gjelder blant annet et tilsyn som skal være gjennomført. I samme avsnitt om Narkotikaregnskap er data tydeliggjort knyttet til B-preparater. I avsnitt 2.4.3 Vurderinger for legemiddelhåndtering, er det foretatt samme tydeliggjøring for skille mellom ulike krav til kontroll av A- og B-preparater.

Kommunedirektørens uttalelse har medført en presisering i avsnitt 5.1 Konklusjon. Dette gjelder bemannings- og kompetanseplaner, og hvorvidt planer er oppdatert. Bemanningsplaner er oppdatert i forbindelse med arbeidet med årsturnus. Denne oppdateringen er foretatt etter at ROS-analyse var utført.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor undersøkt om Ørland kommune har forsvarlig kvalitet i sine hjemmetjenester. Undersøkelsene er gjort innen et utvalg av tema innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende brukere. Revisors overordnede konklusjon er at Ørland kommune bryter regelverk og egne rutiner på flere områder og at dette truer forsvarlig kvalitet i hjemmetjenestene i kommunen.

Revisor har undersøkt om Ørland kommune yter hjemmetjenester i tråd med regelverket. Det er valgt ut fem områder, som vi har undersøkt nærmere. Revisor konkluderer med at kommunen ikke yter hjemmetjenester i tråd med regelverket innenfor tre av fem undersøkte områder.

Kommunen tilfredsstillende lovkrav innen søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester, og innen aktivitetstilbud. Det er avdekket svakheter knyttet til kommunens systematiske arbeid med brukermedvirkning. Hjemmetjenesten følger ikke egne rutiner eller nasjonale anbefalinger knyttet til ernæring. Revisor konkluderer med at hjemmetjenesten bryter regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering på flere områder.

Videre har revisor undersøkt om Ørland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenestene. Revisor konkluderer med at kommunen har en systematisk tilnærming til ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten, men at det er svakheter på de undersøkte områdene.

Det er dokumentert at hjemmetjenesten har utført risikovurderinger, at de har system for å melde avvik og at avvik meldes. Hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men kompetanseplaner er ikke oppdatert. Revisor vurderer at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta jevnlig risikovurderinger, analyser og vurderinger av meldte avvik. Revisor registrerer at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risiko knyttet til bemanning og kompetanse.

5.2 Anbefalinger

Kommunedirektøren anbefales:

- Å gjennomføre fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten umiddelbart, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstillende nasjonale retningslinjer
- Å sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko for hjemmeboende brukere
- Å styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll)

KILDER

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).

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet (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 (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).

Helsedirektoratet (2017) *Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>.

Helsedirektoratet (2018) *Veileder til forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.

Justis- og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Norge. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.

Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Søknad og tildeling

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester:

- Forvaltningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet, 1967)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2017)

Det følger av forvaltningsloven §11 (veiledningsplikt) at kommunen plikter å informere om og veilede i kommunens tilbud av helse- og omsorgstjenester. Dette skal gi innbyggerne mulighet til å ivareta sine interesser og behov på en best mulig måte.

Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester jfr helse- og omsorgstjenesteloven §3-1. For å oppfylle denne plikten skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Bestemmelsen gir pasient og bruker rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Retten til tjenester gjelder alle pasient- og brukergrupper, og er dermed uavhengig av diagnose. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør på hvilken måte den organiserer sine tilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Når et hjelpebehov blir kjent, enten gjennom søknad eller melding om hjelpebehov, så må kommunen foreta saksbehandling. Etter forvaltningsloven §17 har kommunen en plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunen må derfor sikre at de har tilstrekkelige opplysninger for at saken kan avgjøres på faglig forsvarlig måte.

For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8 gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Utlede kriterier:

- Legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpet behovet skal utredes/kartlegges
- Det skal fattes vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester

Ernæring

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til ernæring:

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003)
- Ørland kommune, Rutine for «Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten.»

Kvalitetsforskriften § 3

Kvalitetsforskriftens § 3 om Oppgaver og innhold i tjenestene, sier følgende:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfalte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- ***fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat***
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*

- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

Fra kommunens gjeldende rutine for «Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten.»

- For hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten skal alle nye brukere veies ved første kartleggingsbesøk. Ved ernæringsproblemer veies pasienten etter avtale med fastlege.

Utlede kriterier:

- Alle personer innskrevet i hjemmesykepleien skal veies ved første kartleggingsbesøk.

Legemiddelhåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)
- Ørland kommune, rutiner på medisinrom (2022)
- Legemiddeloven (1992)
- Forskrift om legemiddelhåndtering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften

Oppbevaring av medikamenter /medisinrom

Lov 04.12.1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven) § 29 sier følgende:

Den som har legemidler i sin besittelse plikter å oppbevare dem forsvarlig

Legemiddelforskriftens § 6 har en tilsvarende bestemmelse

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

Rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer påpeker følgende:
Legemidler i virksomheten skal oppbevares i låsbare skap eller låsbare rom. Legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes.

Lovverket stiller få krav til utforming av medisinrom, men Norske Sykehusfarmasøytters Forening har gitt ut veilederen *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom*, datert 06.05.2021. Etersom det ikke er lovkrav til utformingen av medisinrom, og kommunens egne rutiner ikke stiller noen krav til utformingen av medisinrom formuleres disse revisjonskriteriene som «bør»-kriterier.

I veilederen står følgende om selve lokalet:

«Størrelsen på medisinrommet må tilpasses avdelingen (...) som et minimum anbefales 12kvm for avdelinger med 16-20 sengeplasser».

for å sikre to i arbeidet på medisinrommet, samt at uvedkommende ikke får tilgang til legemiddellageret skal døren til medisinrommet alltid holdes låst. (...) rommet bør ikke være et gjennomgangsrom med flere dører

Kommunen skriver i sine retningslinjer at det skal gjennomføres dobbeltkontroll av alle opplegg av dosetter, revisor mener derfor at det er rimelig å kreve at det er plass til at to personer kan gjennomføre arbeidet inne på medisinrommet.

Når det gjelder temperatur kommer det frem av veilederen at det er viktig at medisin oppbevares i romtemperatur, med unntak av noen legemidler som skal oppbevares kjølig (i kjøleskap). Det står følgende:

Legemidler skal normalt oppbevares ved temperatur 15-25 grader celsius. Av hensyn til arbeidsmiljø anbefales imidlertid temperatur på 20-23 på medisinrommet

Det bør videre finnes en vask tilgjengelig for å opprettholde håndhygiene:

det bør være håndvask tilgjengelig med vegghengt såpedispenser, papirhåndklær, spritdispenser og hanskestativ tilgjengelig i rommet

I kommentarene til Legemiddelhåndteringsforskriften §8 Avfallshåndtering står det følgende:

Legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og utstyr som er brukt skal håndteres i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering. Dette betyr at kommunen må ha system for kassering av legemidler, og utføre dette i praksis.

Renhold er omtalt i medikamenthåndteringsrutinene for både institusjonsavdelingene og omsorgsboligene. Det er ulike intervaller for benkeplater, skap, skuffer, kjøleskap og vifter. I Norske Sykehusfarmasøytters Forening veileder *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom* står det følgende i punkt 4.5 om lagringsplass: *For å sikre optimalt renhold bør det ikke oppbevares esker eller utstyr på gulvet på medisinrommet.*

Ifølge «Konsensusbaserte standarder for beste praksis i legemiddelhåndtering tabell 2» utgitt av Sykepleien bør ukentlige rutiner på medisinrommet omfatte vask av dosetter.

Utlede kriterier:

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom.
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Kommunen må sikre renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Håndvask bør være tilgjengelig.

Opplegg og utdeling av medikamenter

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 sier følgende om krav til istandgjøring og utdeling: *Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.*

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhåndteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan få alvorlige følger for pasienten. I Læringsnotat fra meldeordningen IS-2774, «Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil», skriver Helsedirektoratet følgende: *Manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil hvis den utføres riktig og etter felles standarder.*

Ved tilbereding av medisiner skal det være dobbeltkontroll. Ifølge Malvik kommunes rutiner kontrolleres multidoser ved mottak, og det utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett.

Kommentarene til legemiddelforskriften definerer dobbeltkontroll slik: "(...) når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre.

Forskrift om legemiddelhåndtering § 8 sier at tilbereding av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte. I kravet til at tilbereding skal skje på faglig forsvarlig måte, ligger det et krav til helsepersonellens kompetanse. Helsepersonellet må ha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre tilbereding av legemidler på en forsvarlig måte. Utdanningene vernepleier og sykepleier anses for å inneha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. Malvik kommunes rutiner for medisinhåndtering er ansvaret for opplegg og dobbeltkontroll lagt til sykepleiere og vernepleiere.

Utlede kriterier:

- Opplegg og dobbeltkontroll av medisiner skal utføres av kvalifisert personell.
- Det skal utføres dobbeltkontroll ved opplegg av dosett, som signeres.

Håndtering av A- og B-preparater

Det står følgende i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjettededd, bokstav d:

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll (..) herunder: Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B er regulert i forskrift om legemiddelhåndtering § 9. Det står følgende:

Virksomheten skal:

a) dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.

b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften har kommentarer til § 9.

Om kontroll med legemidler i reseptgruppe A påpeker følgende: *Virksomheten har plikt til å dokumentere mottak og bruk av legemidler i reseptgruppe A. God regnskapspraksis vil, for*

eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat, styrke, legemiddelform og pakningsstørrelse. Mengden som mottas fra apotek eller på annen måte skal, uten ugrunnet opphold, føres inn i regnskapet, og hver delmengde, som tas ut skal, uten ugrunnet opphold, føres ut av regnskapet. Det skal noteres pasientens navn, dato og mengde (antall tabletter, antall plaster eller antall ml), og det er en god rutine å føre opp rekvirerende lege. Det skal summeres i regnskapet hva som er restmengde ifølge regnskapet og dette skal kontrolleres regelmessig mot faktisk mengde narkotika på lager. Mottak, utdeling, kassasjon og opptelling av restbeholdning skal kontrolleres og signeres av to kvalifiserte personer på enheten. Etter avtale med leverende apotek eller grossist, bør virksomheten hver måned få en samlet oversikt over alle A-preparater som er levert. Denne oversikten kontrolleres mot regnskapet. Det skal finnes prosedyrer for håndtering av avvik i regnskapet. A-regnskapet skal til enhver tid være oppdatert/ajourført, og kunne fremlegges for myndighetene.

Om håndtering av A-preparater i hjemmetjenesten står følgende:

I hjemmetjenesten håndterer helsepersonell også pasienters private legemidler. Så lenge legemidlene oppbevares i pasientens hjem, er dette ikke en del av virksomhetens legemidler og skal ikke tas med i narkotikaregnskapet. Hjemmetjenesten bør likevel føre oversikt over den mengde legemidler i gruppe A som håndteres for pasienten. Det å bestille legemiddel for en bruker og bringe legemidlet hjem til denne er å regne som legemiddelhåndtering i regi av hjemmetjenesten, og disse A-preparatene må regnskapsføres på lik linje med legemidler som oppbevares i virksomhetens medisinerrom fordi de doseres av hjemmetjenesten. Der A-preparater oppbevares på hjemmetjenestens kontor, skal det føres regnskap for hver pasients forbruk.

Om B-preparater står det følgende i rundskrivet:

B-preparater kan være vanedannende, og kan derfor misbrukes. (...) Forskriften stiller likevel ikke samme strenge krav til kontroll med B-preparater som med A-preparater. Virksomhetsleder skal sørge for at det innhentes oversikter over mottatte legemidler i reseptgruppe B og at dette sammenholdes med bruk på avdelings- eller enhetsnivå. Beholdningen av legemidler i gruppe B kan vurderes ut fra antall pasienter og deres forbruk av B-preparater. Ved mistanke om uregelmessigheter anbefales regnskapsføring som for A-preparater.

I praksis betyr dette at kommunen må ha et narkotikaregnskap for A-preparat hvor alle mottak og uttak dokumenteres, inkludert hva, når og hvor mye hver enkelt pasient mottar av medikamentet. Dette skal sammenholdes med faktisk bruk.

Utlede kriterier:

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Kommunen skal føre narkotikaregnskap for A-preparater.
- Avdelingene skal ha oversikt over mottatte B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk på avdelingene.

Brukermedvirkning

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til brukermedvirkning:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene presiserer kommunens plikter når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. I § 8 d. heter det at plikten til å evaluere innebærer å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. Dette betyr at kommunen på overordnet nivå må innhente og vurdere erfaringer fra de nevnte gruppene i sitt arbeid med utvikling av tjenestene. Kommunens plikter gjelder det løpende og systematiske arbeidet ledelse og kvalitetsforbedring. Det kan derfor forventes at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende innhentes og vurderes jevnlig.

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 slår fast at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre presiseres at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (red.anm. hjemmetjenester, institusjonstjenester, BPA).

Utlede kriterier:

- Innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker

Aktivitetstilbud

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til aktivitetstilbud:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-2 skal kommunen tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter. Dagaktivitetstilbudet som tilbys skal bidra til å ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge/reducere isolasjon og ensomhetsfølelse. I tillegg vil dagaktivitetstilbudet kunne innebære avlastning og støtte til pårørende⁶.

Utlede kriterier:

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Risikovurderinger

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*. Dette er utdypet i veileder til forskriften:

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens/kommunen-bor-tilby-dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens#03924397-3b02-40d7-a47d-fb5d4cc57e62-begrunnelse>

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- identifisere områder der svikt kan inntre ofte*
- identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre*
- forebygge svikt og uønskede hendelser*

Videre i forskriftens §6e pålegges virksomheten å *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*. Veileder til forskriften utdypet dette kravet til at *bestemmelsen innebærer i praksis at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk*. *Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, beskrevet i § 6 d, vil også avdekke noen forbedringsområder.*

Områdene bør prioriteres, og det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden. Det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Planen bør inneholde målsetning, tiltak, oversikt over ansvar for gjennomføring og tidsplan.

Utlede kriterier:

- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- planlegge hvordan risiko kan minimaliseres

Avvikshåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Dette kravet betinger at virksomheten har et system for å melde inn avvik og at det er lagt til rette for at ansatte kan melde avvik. *I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.*

Utlede kriterier:

- ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid

Bemanning og kompetanse

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til risikovurderinger:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018)

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6f heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.* Dette er utdypet i veileder til forskriften, som påpeker at *det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.*

Utlede kriterier:

- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Uttalelse til foreløpig rapport

Kvalitet i hjemmetjenestene

Før vi går inn på konkret innhold i rapporten ønsker vi å gjenta det som ble presisert i flere intervju/ samtaler, og som er en del av helheten i Helse og familie. Tilsynet er gjennomført i en periode som ikke har vært en normalsituasjon i kommunen. Vi har etter kommunesammenslåing stått i en pandemi som har medført harde prioriteringer i bruken av tilgjengelige ressurser for å kunne gi brukere faglige forsvarlige tjenester. Ledere har vært nødt til å utføre direkte brukerrettede oppgaver, noe som har hatt en konsekvens.

2.3.1 og 2.4.1

Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Presisering av at det er totalt ca. 150 personer som har vedtak om hjemmesykepleie. Da er det kun medregnet brukere som har hjemmesykepleie. Det er brukere som har dagaktivitetstilbud og trygghetsalarm/velferdsteknologiske løsninger og de er ikke en del av de 150. Totalt har hjemmetjenesten ca. 300 brukere.

2.3.2 og 2.4.2

Ernæring

Det står beskrevet i rapporten at prosedyren *Ernæring i sykehjem, heldøgns bemannet omsorgsboliger, oppfølgingstjenesten og i hjemmetjenesten* ble utarbeidet første gang 1.7.2012 og er revidert hhv 8.2.2019 og 16.3.2022. Fakta er at prosedyren er revidert årlig etter at den ble skrevet.

Skjema for helhetlig kartlegging av søkere til helse- og omsorgstjenester inneholder ikke krav til veiling. Fra tjenesten sin side vil det ikke være naturlig at kartlegger har med vekt og veier de som har søkt på Helse- og omsorgstjenester. Det vil ved første besøk av hjemmesykepleien være det som vil prioriteres. I tillegg har alle brukere samtykkekompetanse og det er mange brukere som ikke ønsker å bli veiet og ha bistand til ernæringsrettede tiltak. Dette blir dokumentert i pasient sin journal. Hjemmetjenesten er avhengig av at bruker ønsker dette og samtykker til dette.

Gjennom ROS analyse og erfaring er ernæringsjournal som brukes i dag svært ressurskrevende å bruke. Det har ikke vært ressurser til å følge opp dette på alle pasienter. Ved innføring av Helseplattformen vil ernæringsjournal bli et langt bedre verktøy, slik at dette avviket vil bli lukket med planlagte tiltak.

2.3.3

Legemiddelhåndtering

Når det gjelder renhold av medisinerom, vask av gulv og arbeidsbenker, så vil renhold innføre sjekklister slik at det blir signert når renhold gjennomføres. Hyppighet på renhold vil være det samme som i dag. Sjekklister for renhold av medisinskap innføres og vil utføres av medisinsansvarlig sykepleier.

Pasientene skal ha sine egne private dosetter. Dette vil skjerpes slik at alle har sine private dosetter, for å sikre hygiene. Det jobbes med denne saken og bestilles fortløpende dosetter.

Det vil ikke installeres vask på medisinerommene foreløpig.

Det er riktig at det ikke har vært ført kontroll av temperatur på medisinrommene. Det vil kjøpes inn temperaturmålere og innføres sjekklister. Solskjerming bestilles og monteres omgående.

Det er riktig at kun et av medisinrommene har eget kjøleskap. På den andre enheten oppbevares medikamentene i egen skuff i kjøleskap på vaktrom.

Dobbelsignering er en del av rutine, her vil det bli en gjennomgang på nåværende rutiner for å sørge for at dobbelsignering utføres.

Opplegg og dobbeltkontroll. Her skrives det at enkelte brukere får ferdig opplagt multidose fra apotek. Det må presiseres at det er ca. 95 % av brukerne som har bistand i medisinadministrering som får medisinene ved hjelp av multidose. Det er få pasienter som har dosett, det gjelder kun pasienter som har medikament som ikke kan pakkes i multidose.

Det vil av leder kontrolleres at utlevering skjer i henhold til krav og at utdeling skjer med medisinkort.

Det medfører riktighet at det er avviklet oppbevaring av medikamenter som skulle vært kassert. Dette må gjerne kontrolleres.

Det står som fakta at stikkprøver viser at det kun føres regnskap for leveranse og uttak av smerteplaster. På spørsmål om brukere ikke har eller skal ha andre A-preparat med krav til regnskap, så svarer ansatte at det kun er smerteplaster hvor de er pålagt å føre inn-/uttak. Dette er svært alvorlig og fremmed informasjon for ledere ved enhetene. Det er gjennomført en kontroll av regnskapene tilbake i tid og både plaster, tabletter, depottabletter og injeksjonsvæsker som er definert som A-preparat er det ført regnskap over. Ved tilsyn så var det ved den ene enheten ingen pasienter som brukte tabletter som ble lagt opp i dosett, de hadde det i multidose. Her er det ønskelig at revisjonen tar en gjennomgang av regnskapene slik at dette ikke blir stående som fakta.

Det er ikke krav om føring av regnskap av B-preparat.

Legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten er et punkt på sjekklister til primærbruker for årlig revurdering. Det vil da bli forespurt pasient om det er ønskelig og det bestilles da legetime til fastlege. Det er også god samhandling med farmasøyt og de gir tilbakemelding hvis de ønsker at det er kombinasjoner av legemidler som skal vurderes av fastlege.

Det vil bestilles farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten, med mål om at dette gjennomføres i oktober.

2.3.4 og 2.4.4

Brukermedvirkning

Bruker- og pårørendeundersøkelser som metode er viktig for å få kunnskap om opplevd kvalitet på tjenestene vi leverer.

Kommunen har så langt prioritert en bred medvirkningsprosess høsten 2021 i arbeidet med ny samfunnsplan for Ørland kommune.

I forbindelse med forskningsprosjektet: «*Brukere og pårørendes medvirkning og samskaping av kommunale helse og omsorgstjenester*», gjennomføres det nå intervju med et utvalg brukere og pårørende i hjemmetjenesten. Dette er et forskningsprosjekt som foregår i perioden 2021-2025 og som er et samarbeid mellom Ørland kommune og Høgskolen på Vestlandet

Det er viktig med den daglige dialogen med den enkelte pasient. Informasjon fra denne dialogen er med i revurderinger som gjøres. Denne informasjonen er svært verdifull. Erfaringen tilsier at i brukerundersøkelser er det også påførende som kan ha en påvirkning på svar.

Et system og metode for brukerundersøkelser i Ørland kommune skal utredes og besluttes høsten 2022.

3.4

Vurdering

I 2021 ble felles avvikssystem for alle ansatte i Ørland kommune introdusert og kommunen tok i bruk et kvalitetssystem hvor alle kommunens styringsdokumenter, prosedyrer og retningslinjer skal være tilgjengelig.

Dette arbeidet har fortsatt inn i 2022 og i løpet av høsten 2022 vil vi få på plass en struktur med et årshjul som beskriver aktiviteter og roller i Ørland kommunes overordnede internkontrollsystem.

Det er planlagt at Hjemmetjenesten skal jobbe for livsgledesertifisering fra høsten 2023.

«Følge Livsglede for eldre, er Livsgledehjem en nasjonal sertifiseringsordning som sikrer at de psykososiale behovene til beboere ved virksomheter med heidøgns eldreomsorg ivaretas systematisk» (Livsglede for eldre).

Ørland kommune baserer sin internkontroll på KS sin veileder «Orden i eget hus».

5.1

Konklusjon

Det står at hjemmetjenesten har bemannings og kompetanseplaner, men disse er ikke oppdatert.

Når det gjelder bemanningsplan er det for begge avdelingene lagt bemanningsplaner i forkant av utarbeidelse av årsturnus 2022. Denne er lagt inn i Turnusavtalen som er godkjent av NSF sentralt og Fagforbundet sentralt.

Ny bemanningsplan legges i forkant av hver årsturnus og den vil bli revidert i løpet av høsten 2022 som grunnlag for årsturnus 2023.

MRevisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no