

Kvalitet i hjemmesykepleie

Namsos kommune

Forvaltningsrevisjon

FR1246

2023



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Namsos kommunes kontrollutvalg i perioden mars 2023 til juli 2023.

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 oppdragsansvarlig Unni Romstad, prosjektmedarbeider Cathrine Berg-Mortensen og kvalitetssikrere Marit Ingunn Holmvik og Marie H. Sæther. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Namsos kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel tre.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på www.revisjonmidt norge.no.

Namsos, 15.08.2023

Unni Romstad

Oppdragsansvarlig revisor

Cathrine Berg Mortensen

Prosjektmedarbeider

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no



SAMMENDRAG

Denne rapporten gir en oppsummering av revisors undersøkelse av kvalitet i hjemmesykepleien i Namsos kommune. På forespørsel fra kontrollutvalget har undersøkelsen besvart følgende problemstillinger.

- Yter Namsos kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?
- Har Namsos kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten?

Revisor har undersøkt fem områder i hjemmesykepleien, og basert vurderingene i rapporten på skriftlig dokumentasjon og intervju med ansatte innenfor tjenesten.

Revisor konkluderer med at Namsos kommune innfrir lovkrav innen søknad og tildeling av hjemmesykepleie, aktivitetstilbud og brukervedvirkning. Revisor konkluderer også med at kommunen oppfylder regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering med noen svakheter.

Videre konkluderer revisor med at kommunen har tilstrekkelig oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring. Revisor konkluderer også med at kommunen har rutiner for registrering og oppfølging av avvik i hjemmesykepleien.

Revisor konkluderer videre med at Namsos kommune ikke har en systematisk oppfølging av ernæring hos brukere i hjemmesykepleien, og at kommunen ikke har gjennomført en ROS-analyse for sektoren.

Revisor anbefaler kommunedirektøren i Namsos kommune å følge opp følgende:

- Å sikre god praksis i hjemmesykepleien for oppfølging av ernæringsmessig risiko hos inne- og utebrukere.
- Å sikre at legemiddelhåndteringen fullt ut tilfredsstiller nasjonale lovkrav
- Å jevnlig gjennomføre og evaluere overordnet ROS-analyse for hjemmesykepleien
- Å sørge for at Kompetansestrategien 2020-2023 er kjent i sektoren

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	5
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	9
1.3 Avgrensning	9
1.4 Metode	9
1.5 Bakgrunn.....	12
2 Regeletterlevelse i hjemmesykepleien.....	14
2.1 Problemstilling	14
2.2 Revisjonskriterier	14
2.3 Funn	15
2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester.....	15
2.3.2 Ernæring	20
2.3.3 Legemiddelhåndtering	23
2.3.4 Brukermedvirkning.....	26
2.3.5 Aktivitetstilbud	27
2.4 Vurdering	28
2.4.1 Søknad og tildeling av hjemmesykepleie	28
2.4.2 Ernæring	28
2.4.3 Legemiddelhåndtering	29
2.4.4 Brukermedvirkning.....	30
2.4.5 Aktivitetstilbud	30
3 System for ledelse og kvalitetsforbedring	31
3.1 Problemstilling	31
3.2 Revisjonskriterier.....	31
3.3 Funn.....	31
3.3.1 Risikovurdering	31
3.3.2 Avvikshåndtering.....	32
3.3.3 Bemanning og kompetanse	32
3.4 Vurdering.....	33
3.4.1 Risikovurdering.....	33
3.4.2 Avvikshåndtering	34
3.4.3 Bemanning og kompetanse	34
4 Høring	35
5 Konklusjoner og anbefalinger	36
5.1 Konklusjon.....	36
5.2 Anbefalinger	37

Kilder	38
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	40
Vedlegg 2 – Høringssvar	51
Vedlegg 3 – Skala for kritikk	63

Figurer

Figur 1. Organisasjonskart Namsos kommune	12
Figur 2. Kartleggingsdato for gjennomføring av ny behovsvurdering	17
Figur 3. Dokumentasjon kartleggingsbesøk	18
Figur 4. Gitt samtykke til behandling	19
Figur 5. Oppnevnt primær-/sekundærkontakt	21
Figur 6. Veiing første kartleggingsbesøk	22
Figur 7. Risikovurdering underernæring etter to uker	23

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Namsos kommune bestilte i møte 30.08.2022, sak 25/22, en forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene. Utvalget fattet følgende vedtak:

1. *Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*
2. *Revisjon bes utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets møte den 22.01.23*

Temaet for kontrollutvalgets bestilling (jfr. bestillingsbrev) er omtalt i utvalgets plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 – 2024. Temaet er også i samsvar med revisors risiko og vesentlighetsvurdering (2019) for området helse- og omsorg i Namsos kommune. Her redegjøres det for at kommunen opplever betydelige vansker med å rekruttere helsepersonell til stillinger i helse- og omsorg, dette er særlig knyttet til sykepleierstillinger. De har også utfordringer med at bemanningen ikke er tilpasset antall heldøgns-plasser og en økning i brukere med komplekse og sammensatte behov.

Det kommer også frem av risiko- og vesentlighetsvurderingen at kommunen opplever at de har store utfordringer innen sektoren. Dette gjelder både økonomiske, personalmessige og brukerbehov, samt mye tidsbruk på bilkjøring mellom tjenestemottakere. Revisor viser videre til at utdaterte planverk underbygger denne vurderingen og at store mangler/avvik i tjenesten vil kunne få alvorlige konsekvenser.

Kontrollutvalget vedtok 02.03.2023 prosjektplanen i sak 11/23 med følgende fokusområder.

- Kommunen sikrer at hjemmetjenestene leveres i tråd med gjeldene regelverk, med fokus på kvalitet og overholdelse av forskrifter
- Kommunen har et system for ledelse og kvalitetsforbedring som sikrer tilfredsstillende standarder og kontinuerlig forbedring.

1.2 Problemstillinger

Revisor har undersøkt følgende problemstilling:

Har Namsos kommune forsvarlig kvalitet i hjemmesykepleien?

Hovedproblemstillingen vil besvares gjennom to delproblemstillinger:

1. Yter Namsos kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?
 - Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
 - Ernæring
 - Legemiddelhåndtering
 - Brukermedvirkning
 - Aktivitetstilbud
2. Har Namsos kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmetjenester?
 - Risikovurderinger
 - Avvikshåndtering
 - Bemanning og kompetanse

1.3 Avgrensning

Denne forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å omhandle tjenester for hjemmeboende brukere i alderen 67 år og oppover. Hjemmesykepleien, brukerkontoret og bruker- og pårørendeutvalget 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. Revisor har ikke tatt hensyn til før og etter kommunesammenslåingen noe som kan ha påvirket antall dokumenterte samtykke til vedtak om hjemmesykepleie, da kommunen ikke har overført alle dokumenter fra de sammenslåtte kommunene. Revisor har ikke vurdert samtykkets innhold og omfang, men det ble observert manglende dokumentert samtykke ved enkeltvedtak. Revisor har heller ikke gjennomgått innhold i kommunens vedtak eller klagebehandling i henhold til forvaltningsloven.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRF - kontroll og revisjon i kommunenes standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Namsos kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel tre.

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført ved å innhente data fra en rekke ulike datakilder. Hovedproblemstillingen involverer i stor grad kommunens prosesser og praksiser. For å få et helhetlig bilde av situasjonen har vi benyttet ulike metoder. Dette inkluderer blant annet dokumentgjennomgang, intervju med relevante informanter, samt analyse av relevant regelverk og retningslinjer. Ved å anvende kvalitativ metode for datainnsamling har revisor økt sannsynligheten for å bedre kunne beskrive og vurdere kommunens praksis.

Forvaltningsrevisjonen ble innledet med et oppstartsmøte med kommunedirektør, kommunalsjef og virksomhetsleder for hjemmetjenestene. Det er videre gjennomført intervju med avdelingsledere, fagsykepleiere og representant fra bruker- og pårørendeutvalget. Det er skrevet referat fra samtlige intervju/møter og disse er oversendt informantene til verifisering. Revisor har også observert medisinerom ved alle tjenestestedene og tatt stikkprøver i narkotikaregnskapet. Revisor brukte her et observasjonsskjema og tok bilder av medisinerom.

Det er også innhentet store mengder skriftlige rutiner og prosedyrer for utvalgte områder innen kommunens helse- og omsorgstjenester.

Revisor har foretatt stikkprøvekontroller av journaler for brukere med vedtak om hjemmesykepleie ved alle tjenestestedene. Utvalget ble tatt ved å telle hver 10. bruker med vedtak ved hvert tjenestested. Brukerne er anonymisert og identifiseres med løpenummer i revisors dokumentasjon. Det ble totalt tatt ut 59 vedtak for gjennomgang hvorav 21 av journalene ble vurdert som ikke relevant.

Intervju

Intervju er en egnet datainnsamlingsmetode, da det gir muligheten til å innhente informasjon som gir en mer utdypende forståelse av temaet. Intervjuene ble gjennomført etter utarbeidet intervjuguider. Ingen av de som ble intervjuet var kjent med spørsmålene på forhånd.

Det er gjennomført fysisk oppstartsmøte med kommunedirektør, kommunalsjef og virksomhetsleder. Videre har revisor gjennomført fysiske intervjuer med avdelingsledere på de enkelte avdelingene innen hjemmesykepleien og brukerkontoret i kommunen for å få kjennskap til hvordan kommunen jobber med rutiner og prosedyrer innen hjemmesykepleien. Det ble også gjennomført videointervju med fagsykepleiere og representant fra bruker- og pårørendeutvalget for å undersøke hvordan ansatte oppfatter regelverket og nasjonale føringer.

Dokumentgjennomgang

Revisor har fått tilsendt rutiner og prosedyrer som er gjeldende for hjemmesykepleien. I forbindelse med gjennomgang av journaler ble det gitt tidsbegrenset tilgang i datasystemet Profil. Avdelingsleder ved brukerkontoret administrerte tilgangen og bistod med hjelp for å hente ut nødvendig informasjon. Ved gjennomgangen har revisor sett på utvalgte parameter i utvalgte journaler.

Ved gjennomgang av narkotikaregnskapet ble det tatt tilfeldige stikkprøver ved hvert medisinrom. Namsos bo- og velferdssenter avdeling 1 og avdeling 2 deler medisinrom, og statistikken vil derfor presenteres felles for begge avdelingene.

Observasjon

Det er gjennomført observasjon på medisinrom i alle seks soner. To revisorer var til stede ved observasjon og det ble brukt observasjonsskjema og skrevet notater.

Vurdering av metode

Revisor har gjennomført flere intervjuer, observasjoner og innhentet store mengder dokumenter. Det er også foretatt stikkprøver på medisinrom og i brukerjournaler. Revisor kan ikke med sikkerhet si at alle brukerjournaler som ble valgt ut for gjennomgang tilhørte brukere i aldersgruppen 67 år og oppover, men eventuelle avvik fra denne gruppen er i mindretall. En full gjennomgang av tjenestestedenes narkotikaregnskap kunne vært gjennomført, og at dette ikke er gjort kan regnes som en svakhet i revisors datamateriale. Hver metode har sine styrker og til sammen gir de et solid datagrunnlag. Det er en styrke at det er brukt så mange og ulike datainnsamlingsmetoder, og samlet sett vurderer revisor at dataen har vært relevante og pålitelige i denne forvaltningsrevisjonen.

Definisjon av begreper

I denne forvaltningsrevisjonen blir det brukt begreper som vi definerer på følgende måte

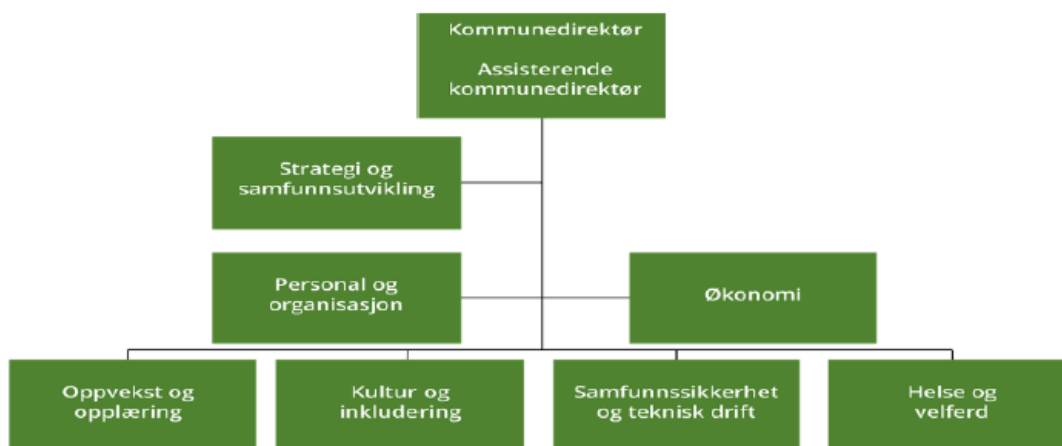
- Profil: Namsos kommunes journalsystem for brukere av hjemmetjenesten
- IPLOS: verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk som benyttes av hjemmesykepleien i arbeid med brukere av hjemmesykepleien
- Utebrukere: brukere av hjemmesykepleien som bor i egen bolig utenfor bo- og velferdssenter
- Innebrukere: brukere av hjemmesykepleien som bor i egen bolig på bo- og velferdssenter

1.5 Bakgrunn

Den administrative ledelsen i Namsos kommune består av kommunedirektør, assisterende kommunedirektør og fem kommunalsjefer. Hjemmetjenesten er organisert under kommunalsjef helse og velferd.

Hvert tjenestested har en avdelingsleder som er ansvarlig for brukere av hjemmetjenesten i sitt område. Områdene for hjemmetjenesten er delt inn i seks soner; Vestre havn bo- og velferdssenter, Namsos bo- og velferdssenter avdeling 1, Namsos bo- velferdssenter avdeling 2, Bangsund bo- og velferdssenter, Namdalseid hjemmetjeneste og Fosnes sykehjem³.

Figur 1. Organisasjonskart Namsos kommune



Kilde: www.namsos.kommune.no

Namsos kommune tilbyr ulike former for hjemmebasert assistanse under kategorien «Hjelp i hjemmet». Dette inkluderer blant annet bistand til praktiske oppgaver, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og hjemmesykepleie.

Hjemmesykepleien tilbyr tjenester som medisinerings, helsedokumentasjon, ernæring, personlig hygiene, sårbehandling, observasjon og veiledning innen flere emner. Brukere kan få tilbud om hjemmesykepleie 24 timer i døgnet og det administreres fra de forskjellige bo- og velferdssentrene/ sykehjemmene i Namsos.

³ Hjemmetjenesten på Jøa er organisert under institusjonstjenesten med base på Fosnes sykeheim

Ifølge tall fra SSB (2022), er det i Namsos kommune 37,1 prosent av innbyggere i alderen 80 år og eldre. 38,4 prosent av brukerne av hjemmetjenesten er i alderen 0- 66 år. Antall brukere i aldersgruppen 67 – 79 år var 161.

Kommunen anvender prinsippene i «omsorgstrappa» ved kartlegging av brukerens tjenestebehov. Hvert trinn i «trappa» tar hensyn til den enkeltes behov for helsetjenester på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse. Målet er å sikre at alle mottar helse- og omsorgstjenester som er tilpasset brukerens behov på lavest mulig trinn.

I 2020 vedtok kommunen en omstillingsprosess med sikte på å implementere «Framtidens helsetjenester». Dette vedtaket har som formål å sikre kvalitet i helse- og omsorgssektoren samtidig som det styrker kommunens evne til å møte de utfordringene sektoren står ovenfor. Som en del av denne prosessen er det utarbeidet følgende retningsvalg:

1. tjenestemottaker skal kunne bo hjemme lengst mulig
2. kommunen skal utvikle et aldersvennlig samfunn
3. det skal tilbys plass med heldøgns bemanning når det er nødvendig
4. kommunen skal videreutvikle personsentrert omsorg

I forlengelsen av denne prosessen, ble det i kommunestyret 15.12.2022 fattet vedtak om å redusere 22 plasser innen heldøgns-pleie og videre styrke hjemmetjenestene og dagtilbudet for demente.

2 REGELETTERLEVELSE I HJEMMESYKEPLEIEN

I dette kapitlet beskrives regeletterlevelse innen utvalgte deler av kommunens helse og omsorgstjenester i hjemmesykepleien.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

Yter Namsos kommune hjemmetjenester i tråd med regelverket?

- Kartlegging av tjenestebehovet
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud

2.2 Revisjonskriterier

Under gjengis utvalgte revisjonskriterier 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

- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Kommunen skal utrede/kartlegge hjelpebehovet
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av hjelp i hjemmet

Ernæring

- Kommunen bør gjennomføre en risikovurdering for underernæring innen 2 uker etter oppstart av hjelp i hjemmet
- Kommunen bør utarbeide en individuell ernæringsplan for brukere med risiko for underernæring
- Kommunen bør gjennomføre månedlige risikovurderinger for brukere som ikke har kjent risiko for underernæring

Legemiddelhåndtering

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler, som håndterer legemidler som risikoavfall
- Kommunen skal sikre renhold av medisinrommet og håndvask bør være tilgjengelig
- Dosetter bør rengjøres ukentlig
- Medisinrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg
- Opplegg og dobbelkontroll av medisiner skal utføres av kvalifisert personell
- Det skal utføres dobbelkontroll ved opplegg av dosett, som signeres
- Kommunen skal føre legemiddellregnskap for A-preparater
- Kommunen skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater

Brukermedvirkning

- Kommunen skal planlegge og tilby tjenester som er tilpasset brukerens behov og ønsker
- Kommunen skal justere og vurdere tiltak og hjelp basert på tilbakemeldinger fra brukerne og deres pårørende
- Kommunen skal sikre at brukere og deres pårørende blir informert om og får muligheten til å gi tilbakemeldinger på tjenestene som tilbys
- Kommunen skal sikre at ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig opplæring og kompetanse til å jobbe med brukermedvirkning

Aktivitetstilbud

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg en.

2.3 Funn

I dette kapitlet presenteres data knyttet til kartlegging av tjenestebehovet, ernæring, legemiddelhåndtering, brukermedvirkning og aktivitetstilbud.

2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

På Namsos kommune sin hjemmeside ligger det oppdatert informasjon om de tilgjengelige tjenestene kommunen kan tilby og søknadsskjema for helsetjenester. Søknadsskjema er tilgjengelig elektronisk ved bruk av ID-porten for innlogging og som utskriftsvennlig versjon. Det er også mulig å fylle ut skjemaet manuelt ved å ta kontakt med brukerkontoret eller

tjenestestedene. Søknad kan også inngis muntlig til Brukerkontoret, da nedtegnes alle opplysninger og søknaden blir registrert skriftlig av saksbehandler.

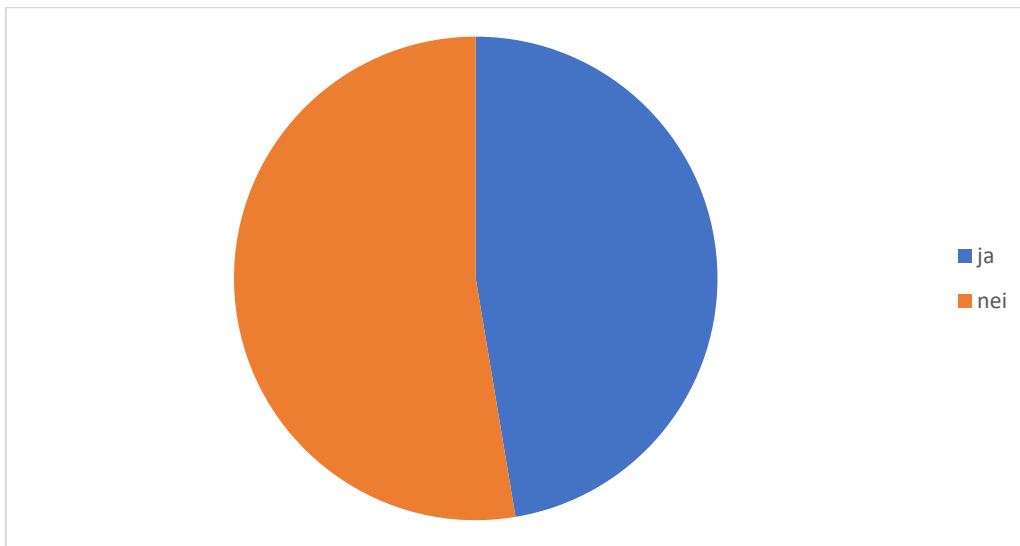
Innbyggere i Namsos kommune kan også finne informasjon om tjenestene kommunen tilbyr ved å ta kontakt med Brukerkontoret eller valgt tjenestested. Det er utarbeidet et hefte «Tjenestebeskrivelse helse og velferd» som er tilgjengelig på nevnte lokasjoner. Her finner innbyggerne beskrivelse av de ulike tjenestene, hva de kan forvente og hvordan kommunen kartlegger tjenestebehovet. Representant fra bruker- og pårørenderådet påpeker at mange rapporterer om at de synes det er utfordrende å finne informasjon om tjenestene kommunen tilbyr. Ikke alle er kjent med at de kan kontakte tjenestestedene for å få informasjon, andre er ikke trygg på bruk av pc og internett, dette kan gjøre det mer komplisert enn nødvendig for brukere som ønsker å søke om tjenester. Representanten mener informasjonens tilgjengelighet i større grad må tilpasses brukergruppen.

Teamleder og saksbehandler ved Brukerkontoret 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 skal Brukerkontoret opprette kontakt med søker innen en uke etter søknaden er mottatt for å avtale et kartleggingsmøte. Kartlegging av behov skal utføres i et samarbeid mellom Brukerkontoret, hjemmesykepleien og innsatsteamet i kommunen. Det er allikevel slik at kartleggingsbesøk utføres uten at alle instanser er representert. Saksbehandler ved Brukerkontoret informerer om at det er Brukerkontoret som er ansvarlig for å kartlegge behovet og sikre at saken er tilstrekkelig opplyst før de fatter et vedtak.

Dersom søker allerede har et vedtak om bistand av hjemmesykepleie varsles endringer i behovet av hjemmesykepleien. Alle eventuelle endringer registreres i Profil, og tjenestestedene gir beskjed til Brukerkontoret om det er behov for endring av eksisterende vedtak. Alle vedtak skal i utgangspunktet evalueres årlig, men hyppigere evaluering gjøres også etter behov. Brukerkontoret forteller at de også kan bli kontaktet av pårørende, fastlege eller sykehus som fører til at det må gjøres ny vurdering og fattes nytt vedtak. Det skal registreres dato for ny kartlegging i Profil.

Figur to viser at i 18 av 38 tilfeller var det lagt inn dato for ny kartlegging av behov hos bruker som benytter hjemmetjenester.

Figur 2. Kartleggingsdato for gjennomføring av ny behovsvurdering



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/Namsos kommune Profil

Alle tilbakemeldinger fra søker, pårørende, lege, sykehus og andre instanser dokumenteres i Profil. Teamleder forteller at det er viktig at brukerens egne ønsker kommer frem og at pårørende involveres dersom søker samtykker til det. Brukerkontoret skal gjøre en faglig vurdering av behovet. Noen ganger opplever Brukerkontoret at de ikke ender opp med å fatte vedtak om det som var det antatte behovet, da det under kartlegging har kommet frem opplysninger om andre behov hos søker. I slike tilfeller er Brukerkontoret opptatt av å veilede og informere søker så godt som mulig om hva som står i vedtaket.

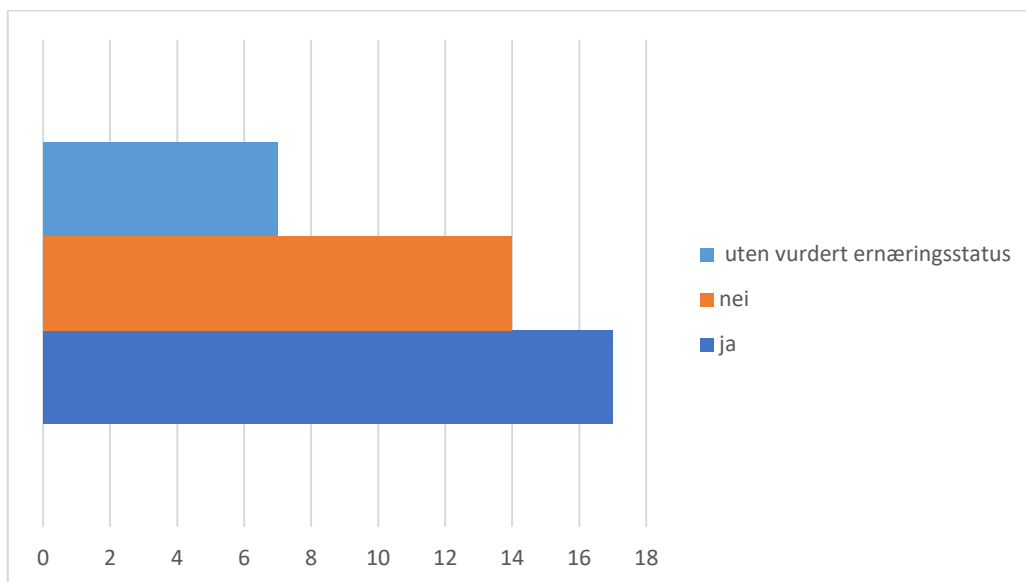
Brukerkontoret avtaler et kartleggingsmøte med bruker innen en uke etter mottatt søknad. Søknaden diskuteres på fagmøte, som gjennomføres hver onsdag i samarbeid med Brukerkontoret, tjenestestedene, innstasteamet og fysioterapeut. Søknadens omfang avgjør hvordan de går frem videre. I noen tilfeller er det tilstrekkelig at innsatsteamet⁴ gjennomfører opplæring med søker i enkle prosedyrer som sårbehandling ol, i andre tilfeller vil både saksbehandler fra Brukerkontoret og representant fra aktuelt tjenestested gjennomføre kartleggingen. Saksbehandler ved Brukerkontoret forteller at de benytter IPLOS og en standardisert samtaleguide for utredning av hjelpebehovet. Den standardiserte samtaleguiden ble utarbeidet gjennom et Pilot-prosjekt innen samhandling og tildeling som ble gjennomført i kommunen. Formålet med dette prosjektet var å sikre individuelt tilpasset hjelp, og samtidig standardisere kartleggingsprosessen for å sikre lik praksis i kommunen. Brukerkontoret forteller at det settes av ca. 1,5 time til kartlegging. Noen ganger må besøket deles opp, fordi

⁴ Innsatsteamet er et tverrfaglig team som bistår brukere som har opplevd en endring i livssituasjon. Teamet jobber helsefremmende og forebyggende sammen med bruker tett opp mot hjemmetjenestene og andre kommunale tjenester.

søkere kan synes det er slitsomt, eller fordi noen av spørsmålene er av privat karakter. I de tilfellene, må Brukerkontoret noen ganger bruke litt tid på trygge søker og forklare hvorfor de kartlegger så bredt og dyptgående som de gjør. De opplyser videre om at det ikke er noen spesifikke kriterier som avgjør om en søker får tildelt tjenester. Den totale skåren gjennom IPLOS og resultatet av dialogen med søker avgjør om, og hvor mye behov for bistand den enkelte har. ILPOS skåres på en skala fra 1-5, hvor en indikerer lav grad for bistand, og fem indikerer et stort behov for bistand. Videre vurderes omsorgsnivået på en sekspunkts skala som rangeres fra «Jeg klarer meg selv» til «Jeg trenger hjelp det meste av tiden».

Figur tre viser at det i omtrent halvparten av journalene som revisor har undersøkt foreligger dokumentasjon fra gjennomført kartleggingsbesøk.

Figur 3. Dokumentasjon kartleggingsbesøk

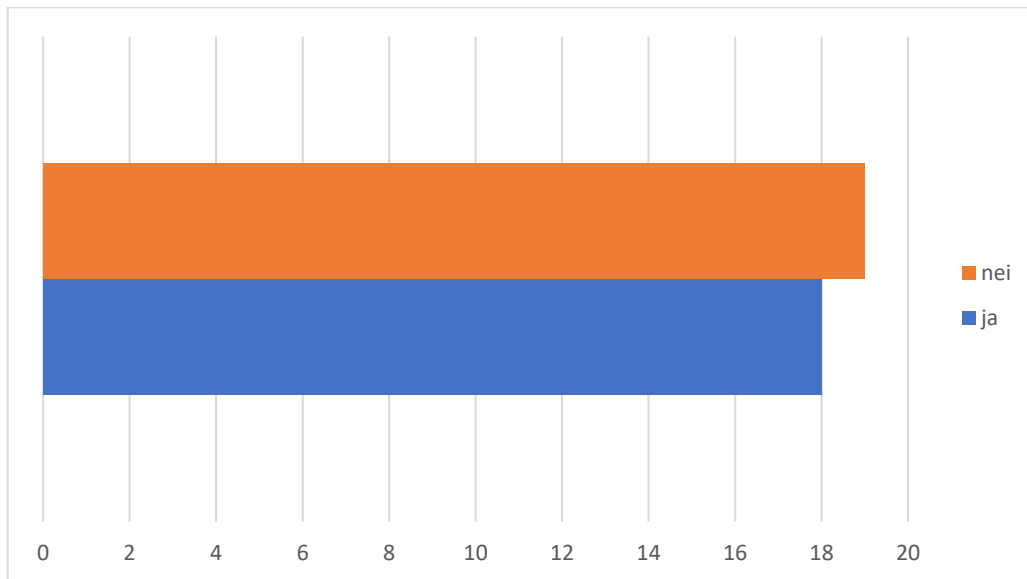


Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/ Profil Namsos kommune

Etter endt kartlegging vurderer Brukerkontoret søkerens behov, innhenter samtykke for hjemmesykepleie og fatter vedtak om tildeling eller avslag. Gitt at Brukerkontoret fatter vedtak om hjemmesykepleie, har kommunen en praksis for å iverksette den nødvendige bistanden i 14 dager før Brukerkontoret fatter endelig vedtak. Brukerkontoret forklarer at de opplever dette som svært nyttig, da de gjennom disse 14 dagene får en opplevelse av om vedtaket er tilpasset behovet til søker. Etter 14 dager fattes det et vedtak om hjemmesykepleie med dato for evaluering. Vedtakene gjøres kjent for søker og sendes både i posten og gjennom Digipost.

Figur fire viser at det i omtrent halvparten av de undersøkte sakene er gitt dokumentert samtykke til behandling (mottak av tjeneste)

Figur 4. Gitt samtykke til behandling



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/ Profil Namsos kommune

Brukerkontoret forteller videre at når det gjelder eksisterende brukere, er hjemmesykepleien ansvarlig for å gjennomføre en kontinuerlig evaluering av behovet til bruker. Ansatte i hjemmesykepleien skal melde fra ved endring. Alle observasjoner skal registreres i Profil, hvor alle ansatte ved det enkelte tjenestested har tilgang, inkludert avdelingsleder og Brukerkontoret. Tilbakemeldinger fra bruker og/eller pårørende registreres også i Profil. Om det er behov for endring i vedtaket forteller Brukerkontoret at hjemmesykepleien utfører endringen i praksis med en gang, men det kan ta noe tid før selve vedtaket er endret.

Brukerkontoret opplever lite klager på vedtak, men de har erfaringer med at brukere av hjemmesykepleien ikke er fornøyd med den praktiske gjennomføringen. Videre forteller Brukerkontoret at de ikke alltid er enig med brukerens egne vurderinger av behovet, og at det kan være et avvik mellom hva bruker selv ønsker og hva pårørende opplever at de har behov for. I slike situasjoner drøfter Brukerkontoret sine vurderinger med bruker og pårørende. Andre utfordringer som trekkes frem er at Brukerkontoret ser at hjemmesykepleien mangler tilstrekkelige ansatte og kompetanse til å innfri vedtak.

Det var fattet vedtak for hjemmesykepleie i 35 av de 38 journalene. Tre av journalene hadde ikke vedtak, men mottok bistand fra hjemmesykepleien. 33 av 38 vedtak opplyste om klageadgang, fire av vedtakene opplyste ikke om brukerens rett til å klage på vedtaket. I 37 av journalene er det registrert kartlegging før tildeling av tjeneste, i to journaler var dette ikke registrert. I 18 journaler var det datofestet nytt tidspunkt for evaluering av behovet, mot 20 som ikke hadde dato for evaluering.

2.3.2 Ernæring

Kommunen har utarbeidet en rutine for ansvarsfordeling når det gjelder ernæringsoppfølging i hjemmesykepleien. Kommunalsjef helse og velferd har ansvar for å sikre at ernæringsarbeidet blir en integrert del av helse- og velferdstjenesten gjennom en overordnet handlingsplan og virksomhetsleder skal rapportere om status på ernæringsarbeidet innen sitt område. Avdelingsleder skal sikre at alle ansatte er kjent med sitt ansvar innen ernæringsarbeidet, at ansatte får tilstrekkelig opplæring til å gjennomføre ernæringsarbeidet og de har egne veierutiner som blir utført hver måned. Om avdelingsleder velger et annet intervall for veiing, må dette komme frem i avdelingens rutiner.

Kommunalsjef opplyser om at alle ansatte har tilgang på kommunes rutiner innen ernæring. Det er ernæringskontakter ved alle tjenestestedene som har kunnskap om ernæringsrådgivning og skal sikre at alle ansatte er kjent med rutiner. Kommunalsjef erkjenner at det er noe ulik praksis mellom tjenestestedene når det kommer til oppfølging av ernæringsstatus hos brukerne. Rapportering av ernæringsarbeidet gjøres skriftlig til virksomhetsleder samtidig som det rapporteres på sykefravær, økonomi ol.

Revisor har fått tilsendt flere ulike kartleggings skjema for ernæring. Avdelingslederne forteller at førstegangskartleggingen utreder om bruker trenger bistand med matlaging eller å spise. Dette kommer frem gjennom to spørsmål i den standardiserte samtaleguiden. Videre kartlegger IPLOS vekt og vektendring ved veiing. Revisor har mottatt «veileder på ernæringsoppfølging til hjemmeboende i hjemmetjenesten». Her fremgår det at hjemmeboende brukere skal veies regelmessig (en gang pr. måned). Ved første kartlegging skal det gjøres en vurdering av ernæringsmessig risiko med hovedfokus på de siste seks måneder. Ved store ernæringsmessige avvik i denne perioden eller en KMI under 22 skal det iverksettes tiltak. Ved avvik skal hjemmesykepleien utarbeide en tiltaksplan, om ansatte observerer noe som er urovekkende skal det rapporteres til ansvarsvakt i sin sone.

Kartleggingen før oppstart av hjemmesykepleien tar for seg matsituasjonen hos bruker. Videre har kommunen en overordnet plan for ernæring som sier at alle brukere skal veies en gang i måneden og at det skal opprettes en tiltaksplan ved fare for underernæring eller overvekt.

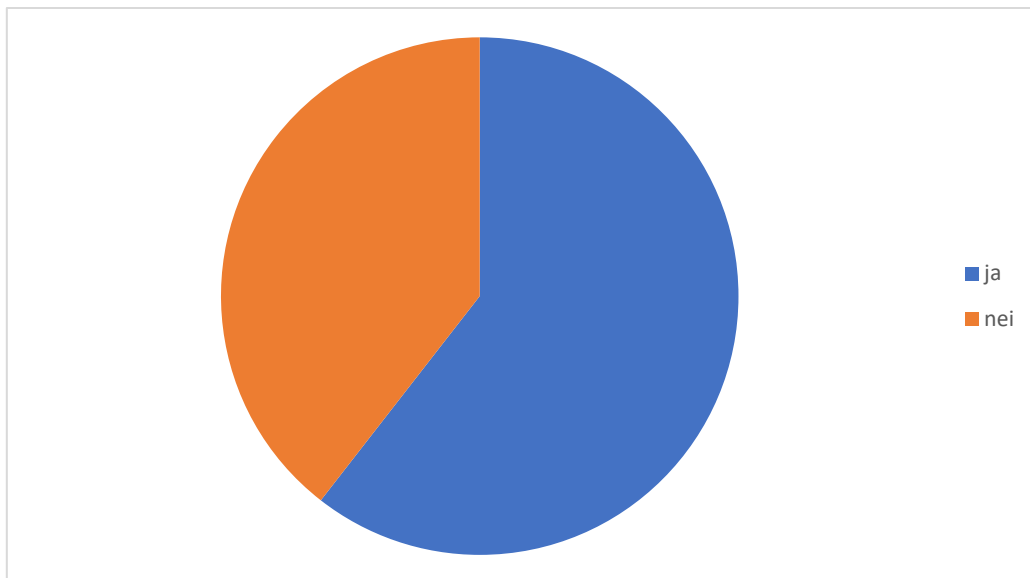
Alle utebrukere kan motta matlevering gjennom sentralkjøkkenet eller kjøkkenet ved brukers tjenestested. Ved ønske om matlevering, kartlegges brukers preferanser, intoleranser og allergier. Brukerne får en meny med oversikt over rettene de kan bestille og ved noen tjenestesteder har de også innført en app som kan brukes til bestilling.

Ansatte forteller at de har en eller to ansatte ved hvert tjenestested som er ansvarlig for opplæring og kursing av øvrige ansatte i ernæring. I tillegg er det av ansatte ved

sentralkjøkkenet gjennomført opplæring innen ernæring. Alle brukere skal ha en primær og en sekundærkontakt som er ansvarlig for å følge opp hver enkelt bruker, da også ernæringsstatus. I tillegg informerer både avdelingsledere og virksomhetsleder om at alle ansatte er ansvarlig for å kontinuerlig observere og rapportere om endringer hos brukere.

Ved stikkprøvekontroll er det oppnevnt primær- og sekundærkontakt i 23 av journalene. 15 journaler hadde ikke oppnevnt primær/sekundærkontakt (se figur fem).

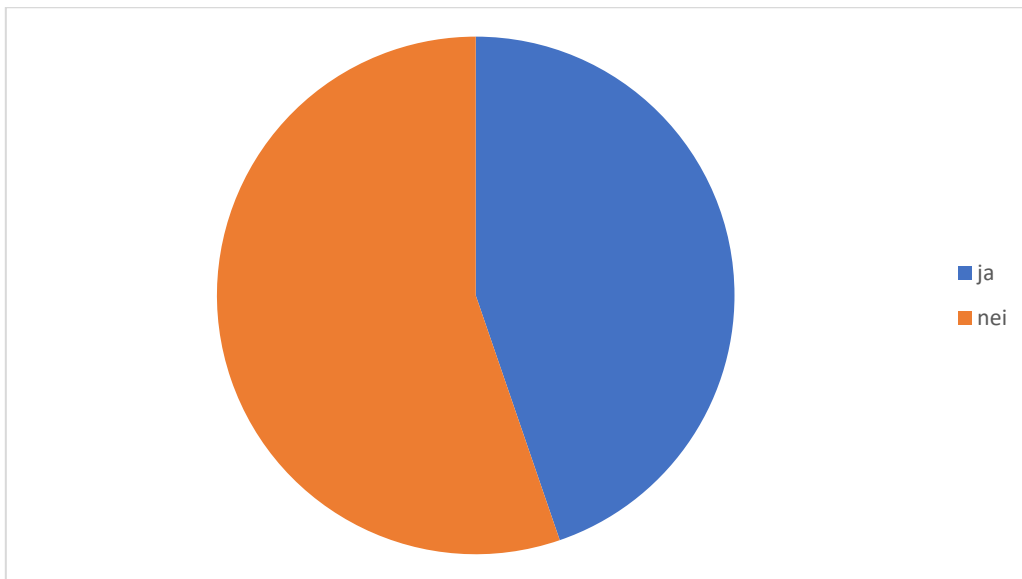
Figur 5. Oppnevnt primær-/sekundærkontakt



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/ Profil Namsos kommune

Det var ved gjennomgang 17 journaler som hadde dokumentasjon på at ernæringsstatus var vurdert, mot 14 journaler hvor ernæringsstatus ikke var vurdert under kartlegging. 21 av journalene hadde ikke dokumentert veiing ved første kartlegging, mot 17 hvor det var gjennomført veiing ved første kartleggingsbesøk (se figur seks). Ved en avdeling fikk revisor opplyst at systemet for primær-/ sekundærkontakt ikke har fungert godt nok, og at det nå gjennomføres et arbeid for å få dette på plass.

Figur 6. Veiing første kartleggingsbesøk

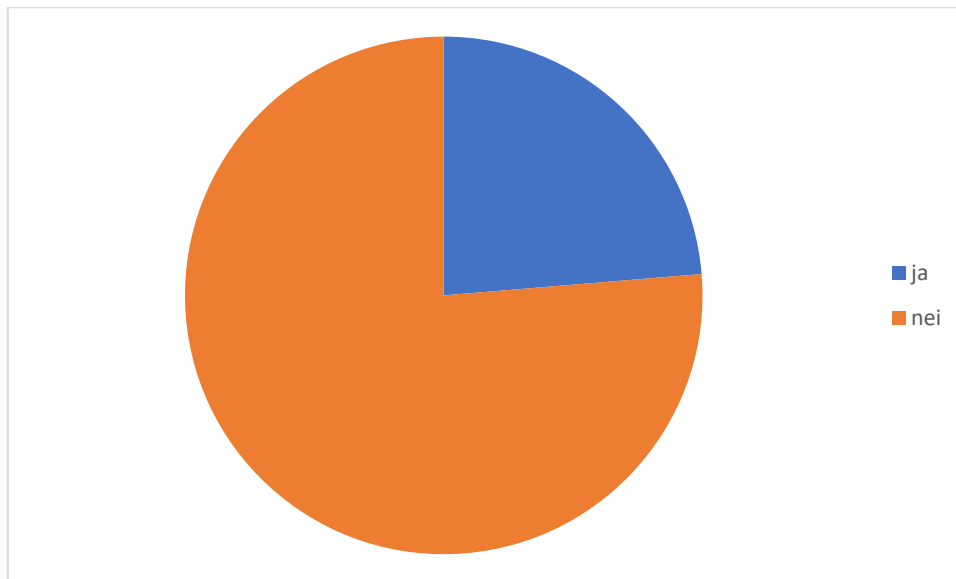


Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/ Profil Namsos kommune

Ved spørsmål om det gjennomføres risikovurdering for underernæring etter oppstart med hjemmesykepleier svarer avdelingslederne at dette er et av mange områder hjemmesykepleien skal observere. De skal daglig registrere matinntak og eventuell synlig endring på helsestatus hos bruker. Alle avdelingslederne forteller at ernæringsoppfølging for innebrukere er mer systematisert enn det er for utebrukere. Ved bo- og velferdssentrene gjennomføres det rutinemessig veiing og det er enklere å registrere matinntak. Hos utebrukere møter de oftere utfordringer med veiing, eksempelvis at bruker kanskje ikke ønsker å veies. Det er også mer utfordrende å følge opp matinntak, da spesielt hos brukere med demens som kan glemme å spise. De opplever også at noen brukere motsetter seg forslag og tilbud om økt matinntak eller næringsberiket mat, fordi de selv ikke opplever sin egen vekt som problematisk. Da hjemmesykepleien er avhengig av samtykke for å gjøre tiltak innen ernæring, kan slike situasjoner gjøre det utfordrende for hjemmesykepleien å følge opp ernæringsstatus.

Figur syv viser at det er dokumentert at det er gjennomført risikovurdering for underernæring innen to uker etter oppstart med hjemmesykepleie i ni journaler, mot 29 journaler hvor dette ikke er gjennomført.

Figur 7. Risikovurdering underernæring etter to uker



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA/ Profil Namsos kommune

Det er registrert én journal med individuell ernæringsplan ved risiko for underernæring mot 37 hvor dette ikke er registrert.

Ansatte forteller at alt registreres i Profil, og at det ved bekymring varsles videre til lege, avdelingsleder og eventuelle andre relevante instanser. Samtidig erkjenner de at det er forskjellig praksis for hvordan ernæringsstatus følges opp avhengig av om bruker er inneboende eller uteboende. Ansatte er heller ikke sikker på om det meldes avvik ved underernæring, og om det er praksis i kommunen.

Ifølge virksomhetsleder gjøres rapportering av ernæringsarbeidet skriftlig til virksomhetsleder. Det informeres videre om at denne rapporteringsrutinen stadig videreutvikles. Kommunen ønsker at rapporteringen om ernæringsarbeidet skal følge ordinære rapporteringsrutiner (tertial og årlig). I oppstartsmøte kom det frem at status på ernæringsarbeidet per i dag ble rapportert en til to ganger i 2022.

2.3.3 Legemiddelhåndtering

Revisor observerte medisinrom ved Bangsund bo- og velferdssenter, Fosnes sykeheim, Namdalseid helsetun, Namsos bo- og velferdssenter og Vestre havn bo- og velferdssenter. Alle medisinrommene hadde elektronisk adgangskontroll med kortleser til dør. Avdelingsleder styrer tilgangen til dør gjennom administrerte tillatelser for ansatte. Alle avdelingene har mulighet til å innhente oversikt over hvem som har vært inne på medisinrommet. Avdelingslederne forteller at det er sykepleiere/vernepleiere med ansvar for medisin som får

tilgang på medisinrommene. Ved en av avdelingene ble medisin også oppbevart i låsbar medisintralle som stod inne på vaktrommet. Revisor har ikke observert medisintrallen. Ingen av avdelingslederne eller fagsykepleierne har opplevd at medisinrommet ikke har vært forsvarlig låst.

Vestre havn bo- og velferdssenter, Bangsund bo- og velferdssenter og Namsos bo- og velferdssenter har vindu på medisinrommet. Ingen av medisinrommene er lokalisert i 1. etasje, og alle vinduene har solskjerming, utenom ett av to vindu på Vestre Havn bo- og velferdssenter. Det ble ikke observert sikring på vinduene. Ingen vindu var åpne på observasjonsdagen. Namdalseid helsetun og Fosnes sykeheim har ikke vindu på medisinrom.

Alle avdelingene har egne bokser for legemidler som skal kasseres, både i form av pappesker og egne bokser for risikoavfall. Ved observasjon fant revisor medisin som stod fremme ved en avdeling. Avdelingsleder fortalte at dette var medisin som skulle kasseres.

Alle avdelingene hadde rutiner for renhold som skulle krysses av etter utført vask. Gulvvask ble utført av renholdere ukentlig under observasjon av sykepleier/vernepleier med tilgang på medisinrom. Rengjøring av hyller, benker og skuffer ble utført av sykepleier/vernepleier en gang i uken og ellers ved behov. Alle medisinrommene har håndvask og håndsprit tilgjengelig på medisinrommet. En avdeling hadde ikke håndvask inne på selve medisinrommet, men den var tilgjengelig rett på utsiden.

Avdelingene har ulik praksis for rengjøring av dosetter. Noen avdelinger rengjør dosettene når de er tomme, andre rengjør dosettene ukentlig eller når de er synlig skitne. Revisor har ikke fått opplyst hvorvidt det foreligger rutiner for rengjøring av dosetter. Ifølge hørings svar av 31.07.2023 fra Namsos kommune heter det at kommunens praksis med behovsvask av dosetter som inneholder bare brukerens egen medisin er funnet tilfredsstillende fra faglig rådgiver.⁵

Ved alle avdelingene er det lagt til rette for at flere kan oppholde seg og utføre medisinopplegg samtidig. Revisor har ikke kontrollmålt størrelsen på medisinrommet, men fikk observere medisinopplegg ved en avdeling. Ansatte opplevde at de hadde tilstrekkelig med plass til å utføre arbeidet.

Det var ulik praksis mellom avdelingene for når de hadde opplegg av medisin og hvordan de gjennomførte dobbeltkontroll. Ved noen avdelinger utførte en sykepleier/vernepleier opplegg av medisin på et tidspunkt på dagen og en annen sykepleier/vernepleier utførte dobbeltkontroll

⁵ I henhold til avtale med farmasøytisk avdeling ved sykehuset Namsos

i ettertid. Avdelingslederne fortalte at det ofte er vanskelig å finne tid for at to sykepleiere/vernepleier kan være til stede på samme tid. Ved Namdalseid Helsetun deler de medisinerom med sykehjemmet noe som gjør at de har fast dag for opplegg av medisin hvor to sykepleiere/vernepleiere er til stede samtidig. Ved alle avdelinger ble A-preparater oppbevart i låst skap på medisinerommet.

Dosetter var ved noen avdelinger merket med brukerens navn, navn på legemidler, virkestoff, styrke og dosering. Ved andre avdelinger var ikke dosettene merket. Multidoser blir levert med dobbeltkontroll fra apotekene. Når avdelingene mottar multidoser gjennomfører de kontroll med en sykepleier, ved avvik i multidosene gjennomføres det igjen dobbeltkontroll. Det blir ikke gjennomført dobbeltkontroll ved utlevering av medisin.

Legemiddelforskriften (§ 9) krever at virksomheten etablerer et system for å håndtere legemidler i reseptgruppen A og B. Dette systemet inkluderer et legemiddelregnskap for A-preparater og en oversikt over beholdning av B-preparater. Formålet er å sikre trygg håndtering av legemidler og forhindre tap eller misbruk av narkotiske og vanedannende legemidler. Lokal prosedyre tilsier at det gjennomføres dobbeltkontroll og registrering av A-preparat som signeres av to kvalifiserte personell. B-preparat skal føres inn i regnskapet og signeres av to sykepleiere/vernepleiere. Det skal føres regnskap på både A og B-preparat både på legemiddellageret og for beholdning på lager. Alle avdelinger fører manuelt regnskap (papir i perm) for A og B-preparater. Det er eget skjema for hver bruker. Ved stikkprøver i narkotikaregnskapet manglet det dobbeltkontroll ved flere tilfeller ved flere avdelinger. Narkotikaregnskapet viser at beholdningen er talt opp og kontrollert mot bokført beholdning. Også her er det eksempler på manglende dobbeltkontroll.

Alle hyller og skuffer er tydelig merket og rutiner for legemiddelhandtering er tilgjengelig på medisinerommet. Revisor har observert at legemidler for innebrukere oppbevares i egne kurver merket med navn, eller i hyller merket med navn. Det samme gjelder for utebrukere i de tilfellene hjemmesykepleien oppbevarer medisiner på vegne av disse.

Revisor spurte samtlige avdelingsledere og fagsykepleier om det var en praksis for å låne medisin mellom brukere, alle svarte at de kjenner til at dette har skjedd. Ingen hadde kjennskap til at det har vært tyveri av legemidler. Avvik i narkotikaregnskap skal meldes i kvalitetssystemet.

I oppstartsmøtet kom det frem at narkotikaregnskapet rapporteres kvartalsvis. Videre informeres det om at kommunen har hatt tilfeller hvor det er glemt å føre opp rett dosering (uttak) i narkotikaregnskapet, men dette har de alltid klart å korrigere. Kommunen har ikke hatt mistanke om misbruk eller tyveri.

Videre pekes det på at kommunen opplever at rekruttering, sykefravær og ferieavvikling noen ganger gjør legemiddelhåndteringen utfordrende, og at man må tenke alternativt når vaktlistene settes opp for å sikre at alle tjenestedene innfrir kvalifikasjonskravene.

Ved en avdeling hvor det hadde vært tilsyn gjennom Sykehus Apotekene i Midt-Norge (2022) fant tilsynet at føring av pasientbundet medisin, kassasjon fra lager/dosett/pasientbunden medisin, og kontrolltelling ikke alltid gjennomføres etter lokale prosedyrer og forskrifter. Videre fant de at det gjennomføres kvartalsvis kontroll, men det er ikke utarbeidet egne prosedyrer for dette.

2.3.4 Brukermedvirkning

Kommunen har i henhold til lov og forskrift plikt til å gjøre bruk av pasienters, brukers og pårørendes erfaringer i utførelsen og utvikling av tjenestene. I tillegg har brukere rett til å medvirke i valg og utforming av tjenestetilbudet. Revisor har lagt til grunn, som beskrevet i kapittel en, at kommunen planlegger og tilbyr tjenester som er tilpasset brukerens behov og ønsker. Samtidig justerer og vurderer kommunen tiltak og hjelp basert på tilbakemeldinger fra brukerne og deres pårørende. Det er også lagt vekt på at kommunen sikrer at brukere og deres pårørende blir informert om tjenestene som tilbys, og gis muligheten til å komme med tilbakemeldinger. Kommunen skal også sikre at ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig opplæring og kompetanse innen brukermedvirkning.

Revisor har i intervju etterspurt brukerundersøkelser. Alle informantene fortalte at det er mange år siden dette ble gjennomført i kommunen.

Avdelingslederne forteller at brukerne finner informasjon om kommunens tjenester på kommunens hjemmeside. Når det kommer til involvering av bruker og pårørende forteller samtlige avdelingsledere og fagsykepleier at de alltid oppmuntrer bruker til å involvere pårørende i kartleggingsprosessen. De legger også vekt på brukerens ønsker og preferanser når de fatter et vedtak.

Når kommunen har fattet vedtak om tildeling av tjenester gjennom hjemmesykepleien skal det opprettes en primær og sekundærkontakt. Primærkontaktens oppgave er å sørge for at tjenestebehovet vurderes minimum to ganger i året og at brukeren gis anledning til å komme med synspunkter på de tjenester som gis. Ved journalgjennomgang fant revisor at det var oppnevnt primær/sekundær kontakt i 23 journaler. I 15 journaler var det ikke oppnevnt primær/sekundærkontakt, se figur 5.

Avdelingslederne og fagsykepleierne forteller at de som regel mottar tilbakemeldinger fra brukere/pårørende muntlig, gjennom e-post eller gjennom telefon. En av avdelingsleder

forteller at de noen ganger får informasjon om misnøye gjennom sosiale medier eller innlegg i lokalavisa.

Ansatte forteller at de prøver å justere tjenestene de tilbyr når de mottar tilbakemeldinger fra bruker/pårørende. Noen ganger er det ikke praktisk mulig å etterkomme ønskene, dette kan blant annet gjelde tidspunktet når en bruker får tilsyn. Avdelingslederne forteller at det går mye tid til bilkjøring og at de må legge opp kjøreruta slik at de både har nok ansatte og at de sikrer at alle brukerne mottar de tjenestene de har krav på.

I situasjoner hvor de opplever at bruker ønsker å ta avgjørelser angående egen helse som går imot det som er anbefalt, er avdelingslederne og fagsykepleierne enige om at så lenge det ikke er snakk om en bruker uten samtykkekompetanse, så må de også kunne akseptere at bruker har lov å ta egne avgjørelser. Om de er redd for brukers helse vil fastlege og brukerkontoret bli kontaktet for videre oppfølging av saken.

Flere avdelingsledere refererer til at de tilbyr kurs gjennom veiledern.no når det kommer til å øke kompetansen innen brukermedvirkning og hvordan dette ser ut i praksis. Det refereres også til at ansatte i stor grad har dette som tema i egen utdanning. Det kommer frem i intervju at dette ikke nødvendigvis gjelder assistenter og tilkallingsvikarer.

I intervju med representant fra bruker- og pårørende utvalget ble det fortalt at pårørende har forum hvor de kan bli hørt, men at de ikke alltid opplever at det er ønsket at de skal være involvert i ulike arbeidsprosesser. De pårørende må være litt «frempå» for å bli hørt.

Virksomhetsleder og avdelingsleder bekrefter at kommunen mottar lite klager på vedtak om hjemmetjenester. På Namsos kommune sine hjemmesider opplyses det om klageadgang, klagefrist, hvor klagen skal sendes og saksbehandlingen.

2.3.5 Aktivitetstilbud

Informasjon om dagtilbud finnes på Namsos kommune sine hjemmesider. Her fremgår det at tjenesten tildeles innbyggere som trenger sosial omgang med andre eller har behov for aktivisering, eller har pårørende som har behov for avlastning på dagtid. Om en bruker innfrir kravene vil det fattes vedtak om dagtilbud ved et av flere lokasjoner. Det er Brukerkontoret som er ansvarlig for å fatte vedtak om dagtilbud for brukere.

I oppstartsmøtet kom det fram at det nylig er opprettet et demenskor i kommunen. Kommunen har videre en avtale med MN Vekst når det gjelder dagtilbud til demente, og kjøper tjenester fra «inn på tunet-gård». Det er også dagaktivitetstilbud på Namsos bo – og velferdssenter og flere ideelle organisasjoner gjennomfører ulike aktiviteter på de forskjellige tjenestestedene. Hvilke aktiviteter som gjennomføres varierer mellom tjenestestedene. Enkelte

dagaktivitetstilbud er også åpne for andre brukere. I sone Vestre Havn er det etablert et uformelt tilbud der eldre som bor hjemme møtes noen dager i uken.

Avdelingslederne opplever at de har et aktivitetstilbud, men at man alltid kan bli bedre og kontinuerlig etterstrebe at man har et variert tilbud som kan være attraktivt for flere grupper.

2.4 Vurdering

2.4.1 Søknad og tildeling av hjemmesykepleie

Revisor mener kommunen har innfridd kravet om å legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse og omsorgstjenester. Videre vurderer revisor at kommunen utreder/kartlegger hjelpebehovet og fattet vedtak om tildeling av hjelp i hjemmet.

Innbyggerne finner oppdatert informasjon om kommunens tilbud for hjemmesykepleie på kommunens hjemmesider. Her ligger også nødvendig kontaktinformasjon til brukerkontoret og hvordan de kan gå frem for å søke om tjenester. Ved mottatt søknad fra nye brukere gjennomføres det kartlegging i samarbeid med brukerkontoret, tjenestestedet og innsatsteamet. Eksisterende brukere følges opp av hjemmesykepleien og eventuelle endringer i behovet hos bruker blir meldt inn til Brukerkontoret. Etter endt kartlegging eller endringer i behovet fattes det vedtak som dokumenteres og oversendes bruker på sikker måte, og brukerne blir informert om klageadgang på enkeltvedtaket.

2.4.2 Ernæring

Revisor vurderer at kommunen ikke har en systematisk oppfølging av ernæring i hjemmesykepleie.

Stikkprøvene i journalene viser en stor variasjon i hvorvidt kommunen gjennomfører en risikovurdering for underernæring innen 2 uker etter oppstart med hjemmesykepleien, om de utarbeider en individuell ernæringsplan i risiko for underernæring, og om det gjennomføres månedlige risikovurderinger for brukere som ikke er i risiko for underernæring.

Nasjonale anbefalinger og kommunens egne rutiner og prosedyrer beskriver hvordan man skal følge opp ernæringsstatus hos nye og eksisterende brukere, hvor blant annet jevnlig veiing er et av tiltakene. Ved at dette ikke gjennomføres på en systematisk måte, øker sannsynligheten for at man ikke oppdager eventuelle avvik hos brukerne, og dermed kommer for sent i gang med tiltak for å korrigere skjevutviklingen.

Avdelingsleder og fagsykepleier informerer også om at de følger opp ernæringsstatus hos innebrukere, men at de opplever det mer utfordrende å følge opp utebrukere. Dette er i

samsvar med revisor sin vurdering om at arbeidet innen ernæring ikke er i tråd med nasjonale anbefalinger og kommunens egne rutiner og prosedyrer.

2.4.3 Legemiddelhåndtering

Revisor vurderer at kommunen sikrer at alle legemidler oppbevares i låsbart skap eller rom. Revisor mener også at kommunen har et system for kassering av legemidler der legemidler håndteres som risikoavfall. Alle medisinrom har elektronisk tilgangsstyring gjennom kortavlesning og kode. Avdelingsleder administrerer tilganger og har også tilgang på informasjon om hvem som har vært inne på medisinrommet og til hvilken tid. Alle avdelingene har rutiner for kassering av legemidler. Revisor observerte merkede kasser og beholdere for kassasjon ved alle avdelingene. Det er likevel verdt å merke at tilsyn gjennom sykehusapotekene fant avvik i interne rutiner for kassasjon, og at det på observasjonsdagen stod medisin fremme som skulle kasseres.

Revisor vurderer at kommunen sikrer renhold av medisinrom og at det er tilgjengelig håndvask på medisinrommene. Ved alle avdelingene ble det utført ukentlig vask av gulv og benker, dette kom frem både gjennom intervju og avdelingens egne rutiner på medisinrommene.

Revisor har ikke fått tilsendt rutiner eller prosedyrer som omfatter vask av dosetter. Avdelingsledere og fagsykepleier ga ulike svar på hvorvidt det ble gjennomført. Mangel på slike rutiner og jevnlig rengjøring av dosetter øker risiko for forurensing/kontaminasjon i legemiddelhåndteringen. Revisor vurderer derfor at rutinen for behovsbasert vask av dosetter ikke etterleves fullt ut.

Informanter opplyste om at de opplevde å ha tilstrekkelig plass til at to utfører arbeid samtidig. Observasjon av medisinopplegg ved en avdeling og observasjon av selve medisinrommet forsterker dette. Revisor vurderer at medisinrommene ved alle avdelingene er store nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.

Ved stikkprøvegjennomgang fant revisor flere tilfeller ved flere avdelinger hvor det ikke var gjennomført dobbeltkontroll. Når det gjelder opplegg av medisin betyr kvalifisert personell, ansatte med sykepleier/vernepleier kompetanse og ansatte uten formell kompetansen, men som har fått nødvendig opplæring for å utføre oppgaven. Kontroll må gjennomføres av personell med tilstrekkelig formell kompetanse. Videre informerer avdelingsleder og fagsykepleier ved flere avdelinger om at de har vansker med å frigjøre to kvalifiserte personell på samme tid. Dette fører til at medisin legges opp på et tidspunkt og kontrolleres på et senere

tidspunkt. Det var også ulike praksis for hvordan dosettene ble merket. Revisor vurderer at kommunen har svakheter når det gjelder dobbeltkontroll av medisin.

Alle avdelingene hadde narkotikaregnskap for avdelingen og pr. bruker. Selv om revisor vurderer at kommunen fører narkotikaregnskap for A- preparater og har oversikt over B-preparater, var det også her tilfeller med avvik ved dobbeltkontroll.

2.4.4 Brukermedvirkning

Revisor vurderer at kommunen planlegger, justerer og vurderer tiltak og hjelp basert på tilbakemeldinger fra brukerne og deres pårørende. Revisor vurderer også at kommunen sikrer at brukerne og deres pårørende blir informert og får muligheten til å gi tilbakemelding på tjenester som tilbys. Videre vurderer revisor at kommunen sikrer at ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig opplæring og kompetanse til å jobbe med brukermedvirkning.

Avdelingsledere gir tilbud om kurs i brukermedvirkning til sine ansatte, som øker sannsynligheten for at ansatte i hjemmesykepleien har kompetanse til å jobbe med brukermedvirkning.

2.4.5 Aktivitetstilbud

Revisor vurderer at kommunen har aktivitetstilbud innen helse- og omsorgstjenesten som er i samsvar med regelverket.

3 SYSTEM FOR LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Har Namsos kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmesykepleien?

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

Risikovurdering

- Kommunen skal etablere et system for internkontroll som sikrer at risikovurderinger utføres og tiltak iverksettes for å forebygge og begrense risiko for skade og svikt i hjemmesykepleien.

Avvikshåndtering

- Kommunen bør ha rutiner for registrering av avvik i hjemmesykepleien
- Kommunen bør ha et system for å følge opp registrerte avvik

Bemanning og kompetanse

- Kommunen bør ha oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring
- Kommunen bør ha en oppdatert kompetanseplan og strategi for rekruttering av ønsket kompetanse

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg en.

3.3 Funn

I dette kapitlet presenteres data om hjemmesykepleiens arbeid med risikovurderinger, avvikshåndtering, bemanning og kompetanse.

3.3.1 Risikovurdering

På oppstartsmøtet informerte virksomhetsleder og kommunalsjef om at kommunen var i startfasen med å utarbeide en helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) for kommunen. De informerte også om at det er tertial og årlig rapportering om risikoområder i sektoren.

Avdelingslederne bekrefter dette inntrykket ved at flertallet svarer at de ikke er kjent med at det er gjennomført en helhetlig ROS for hjemmesykepleien. Revisor har ikke mottatt en helhetlig ROS for sektoren. Revisor har fått tilsendt en ROS-analyse om vold og trusler ved én avdeling og vurdering av psykososialt arbeidsmiljø ved en annen avdeling.

3.3.2 Avvikshåndtering

Namsos kommune har nylig innført et nytt system for systemavvik. Virksomhetsleder og kommunalsjef helse og velferd forteller at det er gjennomført opplæring med alle ansatte i kvalitetssystemet. Alle ansatte har tilgang til å registrere avvik i app enten ved bruk av mobil, nettbrett eller PC. Det er mulig å ta ut rapporter som viser trender i meldte avvik. Rutiner for avviksmelding finnes i kvalitetssystemet.

Våre informanter bekrefter at det meldes avvik i avvikssystemet. Nå det registreres et systemavvik blir avviket sendt til avdelingsleder med frist for håndtering. Om avviket ikke blir håndtert innen fristen, sendes det automatisk et ledd høyere opp i organisasjonen.

Avdelingslederne forteller at de er ansvarlig for å følge opp og lukke avvik. Ved én avdeling er ansvaret for å følge opp og lukke avvik delegert til en fagsykepleier. Ikke alle er kjent med hvorvidt kommunen har en plan for når og hvordan avvikene skal undersøkes, analyseres og håndteres.

Individavvik gjelder bruker, og registreres i Profil. Dette kan være avvik relatert til helsesituasjon. Systemavvik registreres i Kvalitetssystemet. Det hender også at avvik registreres i begge systemene. Eksempel på når avvik skal registreres både i Profil og i Kvalitetssystemet er dersom; tilsyn avlyses på grunn av mangel på personell og lignende tilfeller.

Alle ansatte oppfordres til å melde avvik. De fleste avdelingslederne opplever at det er lik praksis i sektoren for avviksregistrering, men dette gjelder ikke alle. Avdelingslederne som mener det er ulik praksis, peker på at for å registrere individavvik i Profil må man kjenne brukeren for å vite om noe avviker fra kvalitetsindikatorerne. Videre er det ikke alltid slik at assistenter og tilkallingsvikarer har like god kunnskap om hva som kvalifiserer som avvik og når det skal registreres.

3.3.3 Bemanning og kompetanse

Avdelingslederne forteller at de mangler sykepleiere og vernepleier, noe som kan være utfordrende for tjenesten. Fire tjenestesteder har periodevis hatt bemanning gjennom bemanningsbyrå inne i vakante sykepleierstillinger. Det opplyses videre om et høyt arbeidspress og at avdelingsledere opplever å bruke mye tid på å finne vikarer og annet

administrativt arbeid som går ut over andre oppgaver. Fagsykepleierne opplever også at de har mange oppgaver og at de ikke har nok tid til å jobbe så godt med fagutvikling som de ønsker. Som en av de største utfordringene nevnes rekruttering, og at det er en skjev fordeling hvor man har sykepleiere i kommunen.

Virksomhetsleder og kommunalsjef helse og velferd forteller at kommunen jobber for at hjemmesykepleien skal jobbe mer helhetlig og samarbeide på tvers av tjenestestedene. Det er også fokus på oppgaveoverføring mellom tjenestestedene og mellom de ulike profesjonene, slik at de har tilgjengelige sykepleiere/vernepleier for de oppgavene som krever slik kompetanse. Det fortelles at det er behov for å gjøre endringer i hvordan yrkeskompetansen fordeles innen området helse og velferd i kommunen. Det har vært utfordrende å etablere en god kultur for endringsarbeidet. Det er videre vedtatt at kommunen skal rekruttere personell i hele stillinger. Dette er utfordrende, da de opplever å konkurrere med sykehuset som kan tilby høyere grunnlønn.

Kommunen har utarbeidet en kompetansestrategi (Kompetansestrategi 2020-2023). Strategien omfatter blant annet en kompetanseanalyse, kompetansebeholdning og kompetansebehov. Videre inneholder strategien tiltaksplan i forhold til rekruttering. Ifølge kommunens høringssvar skal det enkelte tjenestested foreta en kompetansekartlegging på eget område. Ikke alle ansatte er kjent med hvorvidt kommunen har oppdatert kompetanseplan og/eller rekrutteringsstrategi.

Ansatte opplyser at de har mulighet til å gjennomføre kurs, også elektroniske, i arbeidstiden.

3.4 Vurdering

3.4.1 Risikovurdering

Ros-analyse er ikke gjennomført for hjemmesykepleien. Ros-analyse er internkontroll som sikrer at risikovurderinger utføres og tiltak iverksettes for å forebygge og begrense risiko for skade og svikt i tjenesten. Revisor vurderer at dette er en svakhet.

Kommunen mottar tertial- og årlige rapporter innen utvalgte områder i hjemmesykepleien, men dette er ikke omfattende nok til å sikre at kommunen avdekker alle områder for risiko og evaluerer og forbedrer kvaliteten og sikkerheten i hjemmesykepleien.

Mangelen på ROS-analyser øker sannsynligheten for svikt eller mangler på etterlevelseskrav i virksomheten.

3.4.2 Avvikshåndtering

Revisor vurderer at kommunen har rutiner for registrering og oppfølging av avvik i hjemmesykepleien.

Kommunen har gjennomført opplæring med alle ansatte i registrering og håndtering av avvik i kvalitetssystemet. De fleste avdelingslederne opplever at det er lik praksis i avdelingen når det kommer til avvik. De som mener at det er noe ulik praksis, henviser til at assistenter/vikarer ikke nødvendigvis har mottatt opplæring i kvalitetssystemet. Det informeres også om at for å registrere avvik i Profil må man kjenne brukeren, for å kunne vurdere om noe avviker fra brukerens kvalitetsindikatorer. Dette kan være svært sårbart ved bruk av tilkallingsvikarer og assistenter uten tilstrekkelig opplæring eller kjennskap til brukerne.

3.4.3 Bemanning og kompetanse

Revisor vurderer at kommunen har tilstrekkelig oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring.

Revisor vurderer også at kommunen har utarbeidet en overordnet kompetanseplan gjennom Kompetansestrategien 2020-2023. Det er imidlertid uheldig at denne ikke fullt ut er kjent i organisasjonen.

4 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til kommunedirektøren i Namsos kommune 10.07.2023. På grunn av ferieavvikling informerte revisor om planlagt tidspunkt for oversendelsen i epost 24.05.2023. Revisor mottok høringssvaret datert 10.08.2023 som ligger vedlagt rapporten.

Revisor har justert følgende:

- Endret antall kommunalsjefer fra syv til fem
- Endret benevnelsen Namdalseid helsetun til Namdalseid hjemmetjeneste
- Inkludert en fotnote som beskriver at hjemmetjenestene på Jøa er organisert under institusjonstjenestene med base på Fosnes sykeheim
- Beskrevet at søknadsskjema om hjemmetjenester også er tilgjengelig som utskriftsvennlig versjon på kommunens hjemmeside
- Supplert kap. 2.3.3 med informasjon om at kommunen har en rutine for behovsvask av dosetter
- Tydeliggjort kravet om kompetanse ved opplegg og kontroll av medisiner
- Endret antall tjenestesteder som har benyttet seg av bemanning gjennom bemanningsbyrå fra ett til fire
- Supplert kap. 3.3.3 med informasjon om at kommunen har en kompetansestrategi, dette har ført til endring i revisors vurdering i kap. 3.4.3.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har revisor undersøkt om Namsos kommune leverer hjemmesykepleie i tråd med regelverket og om kommunen har et forsvarlig system for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten. Revisors sin overordnede konklusjon er at Namsos kommune på de fleste områder tilfredsstillende nasjonale lovkrav og interne rutiner, men at det finnes svakheter.

Revisor har valgt ut fem områder for å undersøke om kommunen leverer tjenester i hjemmesykepleie i tråd med regelverket.

Kommunen tilfredsstillende lovkrav innen søknad og tildeling av hjemmesykepleie, aktivitetstilbud og brukermedvirkning. Innen ernæring finner revisor at kommunen ikke innfrir nasjonale anbefalinger og egne interne rutiner for ernæringsarbeid. Revisor konkluder også med at kommunen oppfylder regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering tilfredsstillende med enkelte unntak.

Videre har revisor undersøkt om Namsos kommune har et tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i hjemmesykepleien. Revisor vurderer at kommunen har et tilfredsstillende system for avvikshåndtering. Ansatte og ledelse informerer om at de har mottatt opplæring og innføring i registrering, håndtering og oppfølging av avvik. Informantene opplever også en lik praksis i tjenesten for å melde avvik.

Revisor finner derimot at kommunen har svakheter når det gjelder tilfredsstillende system for internkontroll ved at de ikke har utarbeidet en ROS-analyse for tjenesten. Dette øker sannsynligheten for at kommunen ikke har tilstrekkelig oversikt over regeletterlevelsen i sektoren, som igjen kan lede til alvorlige avvik og brudd i tjenesten. Revisor vurderer videre at kommunen har tilfredsstillende oversikt over kompetanse og behov for opplæring innen hjemmesykepleie. Dette underbygges ved at kommunen har en kompetansestrategi.

5.2 Anbefalinger

Kommunedirektøren, eller den som kommunedirektøren oppnevner, anbefales:

- Å sikre god praksis i hjemmesykepleien for oppfølging av ernæringsmessig risiko hos inne- og utebrukere.
- Å sikre at legemiddelhåndteringen fullt ut tilfredsstillende nasjonale lovkrav
- Å jevnlig gjennomføre og evaluere overordnet ROS-analyse for hjemmesykepleien
- Å sørge for at Kompetansestrategien 2020-2023 er kjent i sektoren

KILDER

Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

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

Helse og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse og omsorgsdepartementet (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Helse og omsorgsdepartementet (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Helsedirektoratet (2016) *Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Hentet fra:

[Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten)

Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2008) Rundskriv IS 7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften. Hentet fra:

[Rapportmal \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/is-7-2015-legemiddelhandteringsforskriften)

Helsedirektoratet (2021) *Nasjonal faglig retningslinje, Forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>

Justis og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

Interne dokumenter

- Namsos kommune: <https://namsos.kommune.no/>
- Temaplan «Helse og omsorgstjenester 2021-2024»
- Mini Nutritional Assessment: Veileder for utfylling av skjema for ernæringsvurdering
- Mini Nutritional Assessment: Ernæringskartlegging
- Rutine: Ansvarsfordeling – oppfølging og ernæringsarbeid
- Veileder: Ernæringsoppfølging til hjemmeboende i hjemmetjenesten
- Informasjonsbrosjyre: Tjenestebeskrivelse helse og velferd
- Kartlegging: Standardisert samtaleguide
- Sykehusapotekene i Midt-Norge «Internrevisjon legemiddelhåndtering Namsos kommune 2022»

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

Søknad og tildeling

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

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

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a fjerde ledd at kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Det fremkommer videre av forvaltningsloven § 11 (veiledningsplikten) at kommunen plikter å informere og veilede i kommunens tilbud av helse- og omsorgstjenester. Dette skal sikre at innbyggerne kan nyttiggjøre seg av kommunale tjenester og samtidig ivareta deres rett på kommunale tjenester.

Når er hjelpebehov blir kjent, enten gjennom søknad eller melding om hjelpebehov skal kommunen foreta saksbehandling. Etter forvaltningsloven § 17 skal kommunen sikre at saken er så godt opplyst som mulig før det fattes et enkeltvedtak. Kommunen må derfor sikre at de har tilstrekkelige opplysninger for at saken kan avgjøres på faglig forsvarlig måte. Pasient og brukere har videre rett på et tilbud som er basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering (pasient og brukerrettighetsloven § 2 – 1 a andre ledd).

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.

Utledelede revisjonskriterier:

- Kommunen skal legge til rette for at innbyggere kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Kommunen skal utrede/kartlegge hjelpebehovet
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av hjemmesykepleie

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)
- Forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2001)

Det følger av kvalitetsforskriften for pleie- omsorgstjenestene §1, at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for den enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at pasienter og brukere av pleie- og omsorgstjenestene får innfridd blant annet fysiologiske behov, som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3).

Nasjonal retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (2001) refererer til at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester. Risikovurderingen skal gjentas med en gitt frekvens eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Personer i risiko for underernæring skal kartlegges og det skal utarbeides en individuell ernæringsplan med formål å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring. Risikovurderingen skal gjennomføres innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet. For personer som ikke er i risiko skal risikovurderingen gjentas månedlig ved brukere av hjemmesykepleien (nasjonal retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, 2001).

Utledelede revisjonskriterier:

- Kommunen bør gjennomføre en risikovurdering for underernæring innen 2 uker etter oppstart med hjelp i hjemmet.

- Kommunen bør utarbeide en individuell ernæringsplan for brukere i risiko for underernæring
- Kommunen bør gjennomføre månedlig risikovurderinger for brukere som ikke er i risiko for underernæring

Legemiddelhåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier når det kommer til legemiddelhåndtering.

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

Oppbevaring av medikamenter /medisinrom

Lov 04.12.1992 nr. 132 om legemidler mv. (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. Ettersom 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 medisinerrommet, samt at uvedkommende ikke får tilgang til legemiddellageret skal døren til medisinerrommet alltid holdes låst. (...) rommet bør ikke være et gjennomgangsrom med flere dører

Når det gjelder temperatur kommer det frem av veilederen at det er viktig at medisiner 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 medisinerrommet

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 medisinerrom* står det følgende i punkt 4.5 om lagringsplass: *For å sikre optimalt renhold bør det ikke oppbevares esker eller utstyr på gulvet på medisinerrommet.*

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

Utlede kriterier

- Legemiddel skal oppbevares i låsbart skap eller rom
- Kommunen skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall
- Kommunen skal sikre renhold av medisinerrommet og håndvask bør være tilgjengelig
- Dosetter bør rengjøres ukentlig
- Medisinerrommet skal være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisineropplegg

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.

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.

Utlede kriterier

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

Håndtering av A- og B preparater

Det står følgende i forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd, 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 påpekes 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 (kravet omfatter ikke A-preparater i multidoser). 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 medisinerom 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

- Kommunen skal føre legemiddelregnskap for A – preparater
- Kommunen skal ha oversikt over beholdningen av B-preparater

Brukermedvirkning

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Sosialdepartementet, 2003)

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

- Kommunen skal planlegge og tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov og ønsker
- Kommunen skal justere og vurdere tiltak og hjelp basert på tilbakemeldinger fra brukere og deres pårørende
- Kommunen skal sikre at brukere og deres pårørende blir informert om og får muligheten til å gi tilbakemeldinger på tjenestene som tilbys
- Kommunen skal sikre at ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig opplæring og kompetanse til å jobbe med brukermedvirkning

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 pårørende.

Utlede kriterier

- Kommunen skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Risikovurdering

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- 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 § 6 d 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:

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 inntreffe ofte
- Identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre
- Forebygge svikt eller uønskede hendelser

Videre i forskriftens § 6 e 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

- Kommunen skal etablere et system for internkontroll som sikrer at risikovurderinger utføres og tiltak iverksettes for å forebygge og begrense risiko for skade og svikt i hjemmesykepleien.

Avvikshåndtering

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende 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 stilles det krav til virksomhetens planlegging og gjennomføring av kvalitetsforbedringsarbeidet. Ifølge denne bestemmelsen skal virksomheten utvikle en plan for kvalitetsforbedring som tar hensyn til nasjonale faglige retningslinjer, lovkrav og brukermedvirkning. I § 6 d heter det at virksomheten plikter å ha en *oversikt over hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring på kvalitet i tjenestene og pasient- og brukersikkerheten.*

Denne plikten 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

- Kommunen bør ha rutiner for registrering av avvik i hjemmesykepleien
- Kommunen bør ha et system for å følge opp registrerte avvik

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)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har som formål å sikre at kommunen har god ledelse og tilfredsstillende kvalitet på sine tjenester. I § 3 fastsetter forskriften at kommunen skal ha ledelse og styringssystemer som sikrer kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Videre plikter kommunen gjennom § 6 å ha en kompetent og tilstrekkelig bemanning, og videre sikre at

ansatte har tilstrekkelig opplæring og faglig oppdatering. Det kommer også fram av § 7 at kommunen skal *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres* (§ 7a). Videre skal kommunen *sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem* (§ 7b).

Utlede kriterier

- Kommunen bør ha oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring
- Kommunen bør ha en oppdatert rekrutteringsplan og strategi for rekruttering av ønsket kompetanse

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR



Namsos kommune
Nåavmesjenjaelmien tjielte
 Hjemmetjenester

REVISJON MIDT NORGE SA AVD
 NAMSOS
 Søren R Thornæs veg 10
 7800 NAMSOS

Vår referanse	Deres referanse	Saksbehandler	Tlf. saksbehandler	Dato
2023/6595-2		Anne Johanne Lajord	95147712	31.07.2023

Tilbakemelding på høringsutkast forvaltningsrevisjon - Kvalitet i hjemmesykepleie

Denne forvaltningsrevisjonen er et omfattende arbeid innenfor et stort og komplekst fagområde, og det er krevende å sikre at all nødvendig informasjon og fakta som er av betydning for vurderingene blir opplyst om i de møtepunktene som avholdes. Det er derfor fint at kommunen gjennom denne høringen får mulighet til å gi supplerende informasjon og at vi også kan tilkjenne vårt syn på innholdet. Nedenfor vil kommunen derfor komme med synspunkter og vurderinger på innholdet i den mottatte foreløpige rapporten som vil kunne bidra til å belyse noen områder ytterligere.

Kap. 1.1 Bestilling

I dette kapittelet skrives det at temaet er i samsvar med revisors risiko og vesentlighetsvurdering (2019) for området helse- og omsorg i Namsos kommune. Vi mener her det er riktig å påpeke og å hensynte at Namsos kommune ble en ny kommune 01.01.2020. Selv om revisor har avgrenset forvaltningsrevisjonen til å ikke ta hensyn til før/etter kommunesammenslåing, er det slik at sammenligningsgrunnlaget det vises til ikke er reelt sett opp mot dagens Namsos kommune. Og det er slik at alt av rutiner og retningslinjer i de gamle kommunene Namsos, Fosnes og Namdalseid ikke lenger er gyldige, så alt må utarbeides på nytt og implementeres i ny kommune.

E-post: postmottak@namsos.kommune.no
 Tlf: 74 21 71 00
 Internett: namsos.kommune.no

Postadresse:
 Stavarvegen 2
 7856 Jøa

Besøksadresse:
 Stavarvegen 2

Kontonr: 4212.31.87436
 Kontonr skatt: 7855.05.17034
 Org.nr: 942 875 967

Siden kommunesammenslåingen har fagområdet jobbet mye med rutiner og retningslinjer. Dette har vært krevende, også med tanke på at like etter kommunesammenslåingen gikk vi inn i to år med pandemihåndtering. Sommeren 2022 tok Namsos kommune i bruk nytt kvalitetssystem «Netpower» der det kontinuerlig jobbes med å få på plass reviderte og nye rutiner man ser behov for. I tillegg er dette med å gjøre kjent og etterleve gjeldende rutiner i organisasjonen sammenfallende med å arbeide med organisasjonskultur på tjenestestedene. Dette er tidkrevende arbeid, men like fullt et svært viktig arbeid, nettopp for å sikre at hjemmetjenestene i denne sammenhengen leveres i tråd med gjeldende regelverk, med fokus på kvalitet og overholdelse av forskrifter og lovkrav.

I samme kapittel skrives følgende: «Revisor viser til at utdaterte planverk underbygger denne vurderingen og at store mangler/avvik i tjenesten vil kunne få alvorlige konsekvenser».

Utdaterte planverk - dette kjenner vi oss ikke igjen i. Viser her til kommunal planstrategi [planstrategi-2020-vedtatt.pdf \(namsos.kommune.no\)](https://namsos.kommune.no/planstrategi-2020-vedtatt.pdf). Her er det vedtatt at helse og velferd skal utarbeide to temaplaner i inneværende periode. Dette er Helse og omsorgstjenester 2021 – 2024 [helse-og-omsorgstjenester-2021-2024.PDF \(namsos.kommune.no\)](https://namsos.kommune.no/helse-og-omsorgstjenester-2021-2024.pdf) og Helhetlig demensomsorg 2021 – 2024 [helhetlig-demensomsorg-2021-2024.PDF \(namsos.kommune.no\)](https://namsos.kommune.no/helhetlig-demensomsorg-2021-2024.pdf). I tillegg også plan for helsemessig og sosial beredskap, som ble vedtatt i 2020. Disse er utarbeidet og vedtatt.

I en ny kommune vil det ikke være mulig fra oppstart av å ha nye planer innenfor alle områder, dette er et arbeid som må gjøres over tid. Det er med bakgrunn i det at kommunestyre har vedtatt en planstrategi og prioritert de planene som i første periode skal utarbeides for helse og velferd.

Kap. 1.5 Bakgrunn

Her beskrives organiseringen av kommunen og de ulike ledelsesnivåene. I denne beskrivelsen mangler virksomhetsledernivået. Slik det står beskrevet i rapporten ser det ut som avdelingsledernivået er plassert direkte under kommunalsjef helse og velferd, som da ikke er en riktig beskrivelse.

Det skrives også at den administrative ledelsen består av syv kommunalsjefer. Riktig antall her er 5 stykker, viser til oppdatert organisasjonskart som ligger på kommunens hjemmeside.

I samme kapittel er områdene for hjemmetjenestene også beskrevet. Her er det behov for å korrigere at det heter Namdalseid hjemmetjeneste, samt at det bør

skrives at hjemmetjenesten på Jøa er organisert under institusjonstjenesten med base på Fosnes sykeheim.

I siste avsnitt i samme kapittel skrives det at det i kommunestyre ble fattet vedtak om å redusere 22 plasser innen heldøgns- pleie og videre styrke hjemmetjenestene og dagtilbudet for demente. Det savnes at det ikke her vises til at dette vedtaket henger sammen med helse- og velferd sitt retningsvalg, og at dette er ledd i omstillingsprosessen for å sikre kvalitet og bæreevne innenfor sektoren.

2.3.1 Søknad og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Det er ikke nevnt i kapitlet at det ligger en utskriftsvennlig versjon av søknadsskjemaet på hjemmesiden, dette kan skrives ut og leveres manuelt. Dette vil for mange være til god hjelp heller enn å sende søknaden elektronisk med innlogging via ID- porten.

2.3.2 Ernæring

Ernæring har vært et fokusområde i kommunen over mange år, både i ny kommune og i de tre gamle kommunene før kommunesammenslåingen. Rutinene som ligger i kvalitetssystemet er gode og i tråd med nasjonale anbefalinger, men det erkjennes at det er utfordrende å få disse implementert ute på tjenesteområdene. Dette bidrar til at arbeidet ikke blir fulgt opp i tråd med kommunens rutiner og dermed blir ikke arbeidet utført med tilstrekkelig systematikk. Uavhengig av konklusjonene i denne rapporten, er det allerede planlagt møtepunkt med alle avdelinger i tjenesteområdet fra midten av august, der tema er status ernæringsarbeid, fremdrift og ros – analyse. Dette med bakgrunn i at vi fortløpende ønsker å etablere kulturer på tjenesteområdene for kontinuerlig forbedring. Samtidig vurderes det nye arbeidsprosesser parallelt med behov for strukturelle endringer for å få innarbeidet gjeldende rutiner. Dette for at vi er opptatt av å sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko hos våre brukere, og for å sikre oppfyllelse av lovkrav og nasjonale anbefalinger.

2.3.3 Legemiddelhåndtering

I Legemiddelhåndteringsforskriften (Rundskriv IS 7/2015) er det presisert at dersom virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, *skal* det utpekes en faglig rådgiver med en slik utdanning. Dette for å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse om legemiddelhåndtering i virksomheten. Med bakgrunn i dette har Namsos kommune avtale med farmasøytisk avdeling på Sykehuset Namsos om rådgiving innenfor dette fagområdet. Farmasøytisk avdeling har utarbeidet en kvalitetshåndbok med bakgrunn i krav i

gjeldende lover og forskrifter. Kvalitetshåndboka inneholde de prosedyrene som regelverket krever av skriftlig dokumentasjon, og den er utarbeidet på bakgrunn av avdelingens over 20 år med tilsynsvirksomhet i fylket. Håndboka inneholder overordnede prosedyrer innen legemiddelbehandling/håndtering samt at den spesifiserer områder der det er krav om/forventet at en deltjeneste har egne lokale prosedyrer. Sykehusapoteket har i samarbeid med kommunen årlig internrevisjon slik at hele boka blir gjennomgått over en viss tidsperiode. Farmasøytisk avdeling er blitt konsultert når det gjelder de vurderingene som revisjonen har gjort i denne rapporten.

Det benyttes ved alle tjenestested først og fremst multidose i medikamenthåndteringen. Dosetter benyttes ved behovsmedisin, kurer og kortvarige behandlinger som det ikke er hensiktsmessig eller mulig å få inn i multidosen, da multidoser utleveres for 14 dager. Medikamenter som av ulike årsaker ikke kan pakkes i multidose legges også i egen dosett. Brukere med behov for egne dosetter anskaffer disse selv. Når det gjelder rutine for renhold av medisindosetter har kommunen slik som det riktig beskrives, ikke en skriftlig rutine for dette. Dette har ikke vært vurdert som nødvendig fra våre rådgivere ved farmasøytisk avdeling, og den praksisen vi har der dosettene behøvs-vaskes er det som anbefales og vurderes å være tilfredsstillende. Det er liten fare for at det skal skje forurensing/kontaminasjon forårsaket av ulike medisiner så lenge samme bruker får sine privateide dosetter med sin egen medisin i. Når det gjelder merknaden om manglende rutine for rengjøring av dosetter er vurderingen at skriftlige rutiner må prioriteres på de områder som det er størst fare for skade og uheldige konsekvenser, og dette vurderes ikke å være et slikt område. Slik situasjonen er med knapphet på kompetanse vurderes det dessuten ikke som hensiktsmessig og riktig bruk av denne å rutinemessige vaske alle dosetter. Det er andre nødvendige og prioriterte oppgaver denne kompetansen heller må brukes til. I forskningsartikkelen som ble publisert i Tidsskriftet Sykepleien i 2018, og som anbefalingen om rutinemessig vask av dosetter er hentet fra, beskrives det et prosjekt der man har utledet konsensusbaserte standarder for beste praksis i legemiddelhåndtering. Hjemmetjenesten ønsker selvfølgelig å ha en best mulig praksis på alle områder, men må til enhver tid vurdere hvilke sikkerhetsprosedyrer som er nødvendig for å oppfylle lovkrav og inneha en god kvalitet. I 2018 var tilgangen på sykepleiekompetanse en helt annen enn hva som er tilfelle i 2023. Anbefalingen i forskningsartikkelen er at ukentlige rutiner bør omfatte vask av dosetter. For hjemmeboende med egne dosetter som bare inneholder brukerens egen medisin er kommunens praksis med behovsvask funnet tilfredsstillende fra rådgiver og fra kommunens side vurderes det å være riktig å ikke bruke ansatte

som innehar kompetanse med stor knapphet på, til faste oppgaver som vil ha få/ingen konsekvenser om oppgaven ikke blir utført ukentlig. Kommunen fastholder derfor på at behovsvask av medisindosetter skal være tilfredsstillende.

I lovverket er det tydeliggjort at ved tjenestested som tar hånd om pasientens totale medisinerings, skal arbeidet organiseres slik at personell med best formell kompetanse får et særskilt ansvar for å følge opp pasientens medisinerings både praktisk og i forhold til effekt/ bivirkninger.

Men med unntak av *ordinasjon*, er oppgaver i legemiddelhåndtering *ikke* bundet til profesjon / formell utdanning. Hvilket personell som benyttes til hvilke oppgaver er avhengig av oppgavens omfang og art og hva som vil være forsvarlig.

I en enhet vil det være u hensiktsmessig å velge personale som ikke har underliggende formell kompetanse til *omfattende oppgaver* fordi opplæring vil bli svært ressurskrevende. Men det kan være aktuelt å tildele *enkler oppgaver* til personell med mindre formell kompetanse. Fylling av ukedosetter defineres som en slik enklere oppgave forutsatt at kontroll gjennomføres av personell med tilstrekkelig formell kompetanse. Opplegging og dobbeltkontroll er dermed to ulike arbeidsprosesser, og kan løses av ulike profesjoner.

Dette er begrunnelsen for at det i vår rutine ikke står at det kun er ansatte med sykepleie- eller vernepleiekompetanse som skal utføre oppgaven med fylling av dosetter. Praksis er nok at det i all hovedsak er disse to profesjonene som utfører oppgaven. Men vi har på ett tjenestested apotekete kniker som har utført oppgaven med opplegging, og det er altså ingen ting i veien for å løse denne oppgaven ved bruk av personale som ikke fullt ut har tilstrekkelig formell kompetanse. Leder må i slike tilfeller selvfølgelig sikre nødvendig opplæring og at utføring av oppgaven skjer etter klare prosedyrer og under løpende kontroll. Og det må sikres som nevnt ovenfor at kontroll gjennomføres av personell med tilstrekkelig formell kompetanse.

I rapporten står det at «Utdanningene vernepleier og sykepleier anses å inneha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. I Malvik kommunes rutiner for medisinhandtering er ansvaret for opplegg og dobbeltkontroll lagt til sykepleiere og vernepleiere».

At Malvik kommune har valgt en slik løsning er ikke ensbetydende med at det ikke er muligheter innenfor lovverket til å håndtere dette annerledes.

Når det gjelder dette med dobbeltkontroll så står det videre i rapporten «*at det ofte er vanskelig å finne tid for at to sykepleiere/vernepleiere kan være til stede til samme tid*».

Det er i Forskrift om Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp ingen krav om at dobbeltkontrollen skal gjøres samtidig som dosetten legges opp, jf definisjon hentet fra forskriften: *Dobbeltkontroll*: 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. En automatisert elektronisk kontroll kan benyttes dersom den er likeverdig med en manuell kontroll.

Slik driftssituasjonen og kompetansetilgangen er, skjer det relativt ofte, spesielt ved enkelte tjenestested, at det ikke mer enn en ansatt på jobb som innehar formalkompetanse som sykepleier/ vernepleier. Det er derfor ikke til enhver tid praktisk gjennomførbart at dosettene blir kontrollert på samme vakt som de legges opp. Men dette har tjenestestedene en god praksis for, og det som er viktig er at det foretas dobbeltkontroll, ikke at dette skal skje umiddelbart etter opplegging.

Dette betyr videre at dobbeltkontroll og regnskap for uttak av A- og B preparater heller ikke blir gjort samtidig som når dosetten legges opp, men utføres og registreres som en del av dobbeltkontrollen av dosetten.

Det kan nok skje at kontrolltelling av ulike årsaker ikke blir gjennomført eller at uttak blir avglemt å føre opp. Men dette blir alltid undersøkt med en gang det blir oppdaget og vi har ikke hatt tilfeller der det ikke har vært mulig å finne tilbake til uttaket. Regnskapet blir da umiddelbart korrigert.

Kommunen har ingen innmeldte avvik eller bekymringer rundt manglende vanedannende medisiner i beholdningen.

Det er videre i rapporten anført at det ikke er utarbeidet egen prosedyre for kvartalsvis kontroll. Denne er nå utarbeidet og lagt ut på kvalitetssystemet.

En annen faktor når det gjelder dobbeltkontroll er at det ofte er hensiktsmessig å foreta kontroll av dosetter *så nært utdelingstidspunktet som mulig*, da det i tiden mellom opplegg og utlevering kan bli foretatt endringer i brukerens medisiner. Dosettopplegging skjer vanligvis en gang pr uke, og det kan da gå flere dager mellom at dosetten legges opp og til den blir utlevert til bruker. Blir dosetten kontrollert tettest mulig opp mot utleveringstidspunktet sikres en helhetlig dobbeltkontroll når kontrollen blir foretatt like før utlevering.

Det står i rapporten at revisor ved stikkprøvekontroll fant flere tilfeller ved flere avdelinger hvor det ikke var gjennomført dobbeltkontroll. Det står ingenting om dette omhandler dosetter som allerede er utdelt, eller om det gjelder dosetter som skal utleveres fram i tid. Dersom det siste er tilfellet kan mulig årsak til dette være at dobbeltkontrollen gjennomføres så nært utleveringstidspunktet som mulig.

I rapporten er det videre dokumentert at det ved ett tjenestested ofte oppleves at kontrollen er mangelfull på grunn av bemanningssituasjonen.

Denne opplysningen har kommunen undersøkt nærmere gjennom kontakt med avd leder på aktuelt tjenestested, samt med sykepleier som ble intervjuet som en del av revisjonen. Ingen av disse kjenner seg igjen i dette med at dosetter ikke blir kontrollert. Det blir alltid foretatt dobbeltkontroll også ved dette tjenestestedet. Her må det ha blitt en misforståelse i forbindelse med at det har blitt sagt at dobbeltkontrollen sjelden skjer samtidig som oppleggingen. Dette er også kommentert i referatet som avd leder fikk til godkjenning. Dobbeltkontroll blir alltid utført før dosetten blir utlevert til bruker.

Videre i rapporten står det at *«hjemmetjenesten bør føre oversikt over den mengde legemidler i gruppe A som håndteres for pasienten»*.

En presisering rundt dette er at dette kravet ikke omfatter A- preparater i multidose. Rådgiver ved farmasøytisk avdeling har vært i kontakt med Statsforvalteren om hvordan de tolket regelverket rundt føring av narkotikaregnskap ved bruk av multidose, da dette er noe vagt beskrevet i lovverk, og gir dermed rom for tolkning.

Tilbakemeldingen derfra er at det ved bruk av multidose ikke er behov for føring av tradisjonelt narkotikaregnskap, da systemene rundt multidose er vurdert som gode nok til å ha kontroll på innkjøp og forbruk.

Om ønskelig kan brevet fra Statsforvalteren oversendes.

2.3.4 Brukermedvirkning

Når det gjelder brukerundersøkelser er dette et område som står på planen for gjennomføring, da dette foreløpig ikke er gjennomført i ny kommune.

3.3.1/3.4.1

I rapporten står det at «revisor vurderer at kommunen ikke har etablert et system for internkontroll.» Når det gjelder utarbeidelse av risiko- og sårbarhetsvurderinger er dette et område som vi ikke har fått prioritert og jobbet nok med siden kommunesammenslåingen. Til tross for det mener vi at systemet for internkontroll langt på vei er etablert, men det er elementer og enkeltområder i dette som ikke er tilstrekkelig på plass. Uavhengig av rapporten som nå foreligger er vi kjent med forbedringene som må gjøres, og det har derfor vært jobbet noe med dette de siste månedene. Det er nå blant annet utarbeidet en veileder for internkontroll i helse- og velferd. Den innebærer en modenhetsanalyse som skal danne grunnlag for videre arbeid med nødvendige rutiner og prosedyrer, analysen skal videre avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik, samt at det skal gjøres vurderinger i forhold til ROS analyse. Området er allerede satt opp som tema i kommunalsjefens ledergruppe etter

ferieavviklingen i midten av august, og planen er å ha dette som tema i et av de første møtene for alle ledere i helse- og velferd på tidlighøsten. Dette for å få igangsatt arbeidet med implementering og tydeliggjort arbeidet med systematisk styring i helse og velferd. Kommunens nye kvalitetssystem har også en egen ROS modul. Denne har vi så vidt begynt å gjøre oss kjent med, og denne vil være et godt hjelpemiddel i arbeidet som skal gjøres fremover.

Det er ellers slik at hjemmesykepleien er en del av kommunen og følger de ordinære rapporteringslinjer som gjelder for alle tjenesteområder.

3.3.3 Bemanning og kompetanse

Det står i rapporten at det er ett tjenestested som har vikarer gjennom bemanningsbyrå. Det riktige antallet er at det er fire tjenestesteder som periodevis har hatt bemanning fra bemanningsbyrå siden i vår, dette med bakgrunn i rekrutteringsutfordringer og manglende kompetanse.

Det påpekes i rapporten at kommunen ikke har tilstrekkelig oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring. Det enkelte tjenestested skal årlig foreta en kompetansekartlegging på eget område for å vurdere om det er behov for å få økt/tilført kompetanse innenfor konkrete fagområder. Dette henger også sammen med at tjenestestedet skal ha en oversikt over heltid/ ufrivillig deltid. Både bemanningsplanen som er grunnlag for turnus/arbeidsplan og stillingsoversikten viser dessuten ansattes kompetanse og hvilke kompetanse det er vurdert å være behov for.

Avdelingslederne har hver høst en dialog med sine partsgrupper og ansatte rundt dette, og melder inn til virksomhetsleder hvilken kompetanse som det er behov for å skaffe. Innmeldte behov fra alle tjenesteder blir da vurdert og prioritert og danner grunnlag for søknad om kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd til Statsforvalteren, nettopp for å kunne gi ansatte tilskudd til grunn- videre- og etterutdanninger. Dette er en ordning som kommunen har benyttet seg av både i ny kommune og også i de tidligere tre kommunene.

Det er utarbeidet et årshjul for dette arbeidet, som vedlegges.

I rapporten kan det se ut som om revisor ikke er blitt gjort kjent med overordnet kompetanseplan. Vi beklager at denne ikke er utsendt sammen med de andre dokumentene. Denne har kommunen på plass og dokumentet legges med som vedlegg, Kompetansestrategi 2020-2023. Strategien omfatter blant annet en kompetanseanalyse, kompetansebeholdning og kompetansebehov, i tillegg til en tiltaksplan ift. rekruttering. Tiltak på dette området jobbes det kontinuerlig med på fagområdet i samarbeid med personal og organisasjon, og det har siden tidlig

i 2022 vært avholdt jevnlig møtepunkt der mulige tiltak har vært diskutert og iverksatt.

Når det gjelder rekruttering av kompetanse erkjenner fagområdet utfordringene som ligger her, og en egen rekrutteringsstrategi for hjemmetjenesten kunne selvsagt vært utarbeidet. Det vi imidlertid ser er at en slik plan veldig fort blir utdatert. Dette underbygges også av NOU 2023:4 [NOU 2023: 4 – Tid for handling](#). Der har helsekommisjonen gitt en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovet for personell og kompetanse frem mot 2040, i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. NOU`en beskriver en virkelighet der tjenestene og lederne bør innstille seg på at de ikke kan få tilgang på så mange sysselsatte med riktig utdanning og kompetanse som de ønsker, og en viktig jobb er da å finne strategier for å håndtere dette. Det vi ønsker å påpeke er at en rekrutteringsstrategi som beskriver utdanning og kompetanseutvikling alene for å løse utfordringene knyttet til rekruttering, bemanning og tilstrekkelig kompetanse, ikke er nok. Her må det parallelt jobbes med organisering, arbeidsforhold og arbeidstid, prioritering og reduksjon av overbehandling, digitalisering og teknologisk utvikling samt oppgavedeling. Det vil også være svært viktig at kommunen benytter nødvendig knapphetskompetanse på en gjennomtenkt og god måte slik at det gjøres gode prioriteringer. Denne nødvendige kompetansen må først og fremst benyttes i arbeidsprosesser og oppgaver der kompetansen er høyt påkrevet og der risikoen for skade og svikt er størst og har de alvorligste følgene for brukerne.

Med bakgrunn i vurderingene over mener kommunen at man langt på vei har oppfylt revisjonskriteriene om å ha oversikt over ansattes kompetansebehov og behov for opplæring. I tillegg har kommunen en overordnet kompetansestrategi. Hjemmetjenesten er i gang med et arbeid for å avklare organiseringen av fagområdet videre med de endringene som er vedtatt. I den forbindelse må det gjøres en ny vurdering av hvilken kompetanse det vil være behov for videre og hvordan denne kompetansen best kan brukes på tvers av tjenesteområdene for å sikre kvaliteten helhetlig sett i tjenesten.

Oppsummering:

- Vi mener at det i dette arbeidet ikke er hensyntatt at Namsos kommune ble en ny kommune i 2020, og det vises i rapporten til risiko- og vesentlighetsvurderingen utført i gamle Namsos kommune i 2019. Det vises også til utdaterte planverk i den gamle kommunen. Det er det

sittende kommunestyre som vedtar en fireårig planstrategi og som prioriterer hvilke planer som skal utarbeides i kommunen i løpet av kommunestyreperioden. Nye Namsos kommune sin planstrategi gjelder for perioden 2020 til 2024. Som ny kommune har kommunen ingen utdaterte planverk, men det er en del planer som foreløpig ikke er utarbeidet. Dette er naturlig i en kommunesammenslåingssituasjon, og også noe som Statsforvalteren er klar over og har godkjent. Kommunen må også utarbeide nye rutiner på alle områder. Det har vært ulik praksis og håndtering i de tre tidligere kommunene, og den nye kommunen må legge sine rutiner og prosedyrer.

- Helse og velferd har noen utfordringer med å få etablert en god kultur for systematisk jobbing etter faglige retningslinjer. Våren 2023 ble det med utgangspunkt i dette søkt om midler til et prosjekt «Kultur for god faglig ernæringsomsorg», som det dessverre ikke ble funnet midler til. Kommunen er kjent med utfordringene vi har som ligger i å få etablert en god kultur for å jobbe etter faglige retningslinjer på ernæringsområdet. Det er utarbeidet gode prosedyrer i tråd med nasjonale anbefalinger, og det vurderes fortløpende nødvendige tiltak for å forbedre praksis, som i dag ikke er god nok.
- Det konkluderes i rapporten med at kommunen bryter regelverkets krav til forsvarlig legemiddelhåndtering på flere områder. I tråd med opplysninger og vurderinger beskrevet i høringen har kommunen et noe mer nyansert syn på oppfyllelsen av lovkravene innenfor dette området enn hva som er revisors vurderinger. Det er i denne sammenhengen viktig at revisjonen er klar over at det verken foreligger krav til profesjon hos ansatte som legger opp medisiner i dosett, eller krav til når dobbeltkontroll skal skje. Samtidig legger kommunen ikke skjul på at det skjer at ansatte glemmer å skrive opp uttak A- og B- preparater eller dokumentere at kontroll er utført. At det likevel er god kontroll på dette kommer til syne gjennom god praksis på å sjekke opp/ kontrollere uttak når det oppdages feilføringer/ mangler, og dette er prioriterte oppgaver som alltid blir utført før dosettene utleveres til brukerne. Det er ingen tvil om at rekrutteringsutfordringer og mindre tilgang på kompetent personell skaper utfordringer i driftssituasjonen. Vi er derfor nødt til å tenke nytt i forhold til hvordan vi benytter kompetansen, og vi må også ta i bruk andre samarbeidsmåter enn hva vi tidligere har gjort. Dette for å sikre oppfyllelse av lovkrav.

Rutiner for rengjøring/ ukentlig vask av dosetter, og vurderinger rundt behovet for dette har vi også kommentert.

At det ved revisjonsbesøk på tjenestested er blitt funnet medisin som står fremme med begrunnelse i at det skulle kasseres, er selvfølgelig ikke i tråd med kravene til forsvarlig medikamenthåndtering.

- Kommunen er klar over den mangelfulle utarbeidelsen av ROS for tjenesten. Dette er et område vi foreløpig ikke har hatt mulighet til å prioritere, men det foreligger nå konkrete planer for å komme i gang med dette arbeidet etter ferien. Utover det mener vi at vi har etablert og satt rammene for et system for internkontroll, men det mangler foreløpig noen elementer i dette for at det skal være fullstendig.
- Det skrives i rapporten at kommunen ikke har en tilfredsstillende oversikt over kompetanse og behov for opplæring innen hjemmesykepleie, begrunnet i manglende kompetanseplan og rekrutteringsstrategi. Kommunen har en overordnet kompetansestrategi. I tillegg jobbes det strukturert etter årshjul i kompetanseplanlegging når det gjelder å vurdere behov og planlegge kompetansehevende tiltak. Rekruttering, ferieavvikling og sykefravær gjør kompetansesituasjonen innenfor tjenesteområdet utfordrende. Det jobbes derfor med oppgavedeling og alternativ tenking rundt hvordan oppgaver skal løses. Det er nødvendig å være bevisst på hvordan kompetansen brukes og at den brukes på riktig måte til riktige oppgaver. Gode prioriteringer er avgjørende for å sikre forsvarlighet og overholdelse av lovkrav. Fagområdet er klar over at vi både nå og i framtida må greie å løse oppgavene med mindre fagkompetanse enn hva vi har vært vant til. Helsepersonellkommissjonens rapport «Tid for handling» (NOU 2023:4) både påpeker og underbygger dette i sin rapport.
- Begrunnet gjennom faktaopplysninger og vurderinger flere steder i høringssvaret er vi ikke enige i de konklusjonene som er gjort av revisor i kap 5.1.

Namsos kommune har et stort søkelys på kvalitet-, utvikling- og forbedringsarbeid, og vi tilstreber å jobbe systematisk for å sikre at vi leverer tjenester i tråd med regelverk og nasjonale føringer. anbefalinger fra revisjonsarbeidet vil kunne være til god hjelp for oss i prioriteringene videre, og vi vil takke for et godt samarbeid gjennom prosessen.

Oppgi vårt referansenummer når du tar kontakt med oss.

*Hilsen
Anne Johanne Lajord
Virksomhetsleder*

*Gørhill Skogseth Andreassen
Kommunalsjef helse og velferd*

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.

Interne kopimottakere

Jostein Grimstad

Kommunedirektør

VEDLEGG 3 – SKALA FOR KRITIKK

Revisjon Midt-Norge benytter i denne rapporten følgende begreper for kritikk:

Tilfredsstillende	Kritikkverdig	Alvorlig	Svært alvorlig
-------------------	---------------	----------	-----------------------

Svært alvorlig: Forhold der konsekvensene er svært alvorlige for samfunnet eller berørte innbyggere, for eksempel fare for liv eller helse, eller økonomiske mislighold i kommunen.

Tilfredsstillende	Kritikkverdig	Alvorlig	Svært alvorlig
-------------------	---------------	-----------------	----------------

Alvorlig: Forhold der konsekvenser er betydelige for samfunnet eller berørte innbyggere, for eksempel saksbehandlingsfeil som rammer innbyggerne negativt i større omfang, eller i strid med demokratiske prinsipper.

Tilfredsstillende	Kritikkverdig	Alvorlig	Svært alvorlig
-------------------	----------------------	----------	----------------

Kritikkverdig: Forhold der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske eller personlige konsekvenser for enkeltpersoner, manglende måloppnåelse, eller overtredelse av regelverk.

Tilfredsstillende	Kritikkverdig	Alvorlig	Svært alvorlig
--------------------------	---------------	----------	----------------

Tilfredsstillende: Forhold som er uten mangler, eller som inneholder eventuelle mangler av mindre betydning for samfunnet eller berørte innbyggere.



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no

