

ELDRESOMSORG

Orkland kommune

Forvaltningsrevisjon



2024

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Orkland kommunes kontrollutvalg i perioden april 2023 til mai 2024.

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

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

Trondheim, 7. mai 2024

Marie Husøy Sæther

Oppdragsansvarlig revisor

Marit Ingunn Holmvik

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Orkland kommune. Vi har undersøkt tema eldreomsorg.

Første problemstilling dreier seg om system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjoner som tilbyr eldreomsorg. Vår konklusjon er at Orkland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene.

Vår vurdering er at det gjøres et systematisk arbeid med internkontroll, på overordnet nivå i kommunen og ved de enkelte enhetene. System og rutiner som skal sikre at den enkelte pasient/beboer blir ivaretatt, er imidlertid ikke fullt ut samordnet på tvers av enhetene. Følgelig, mangler et system for å sikre tjenestetilbud av lik kvalitet i hele kommunen. Det er videre stor forskjell i bemanning og kompetanse ved de ulike enhetene, som også virker inn på kvalitet i tjenesten på tvers av tjenestesteder. Kommunen arbeider strategisk for å legge til rette for lik kvalitet i tjenestene ved kommunens tjenestesteder.

Andre problemstilling handler om kvalitet i helse- og omsorgstjenester til eldre ved institusjon. Vår konklusjon er at Orkland kommune sikrer et helse- og omsorgstilbud i tråd med regelverk og faglige anbefalinger ved sine institusjoner.

Det er imidlertid funnet enkelte avvik innen legemiddelhåndtering. Dette gjelder renhold av medisinerom, og praksis for kassering av legemidler og lån av legemidler mellom beboere ved enkelte enheter.

Revisor har følgende anbefalinger til kommunen:

- Å drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
- Å finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling.....	7
1.2 Problemstillinger.....	7
1.3 Metode	9
1.4 Uttalelse om rapport	12
1.5 Eldreomsorg ved institusjon i Orkland kommune	12
2 System for ledelse og kvalitetsforbedring	15
2.1 Problemstilling	15
2.2 Internkontroll.....	16
2.2.1 Revisjonskriterier	16
2.2.2 Funn	16
2.2.3 Vurderinger	19
2.3 Bemanning og kompetanse	20
2.3.1 Revisjonskriterier	20
2.3.2 Funn	20
Bemanning og kompetanse.....	20
2.3.3 Vurdering	22
3 Helse- og omsorgstjenester på institusjon	24
3.1 Problemstilling	24
3.2 Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester	24
3.2.1 Revisjonskriterier	24
3.2.2 Funn	25
3.2.3 Vurderinger	27
3.3 Bruker- og pårørendemedvirkning	28
3.3.1 Revisjonskriterier	28
3.3.2 Funn	28
3.3.3 Vurderinger	30
3.4 Aktivitetstilbud	30
3.4.1 Revisjonskriterier	30
3.4.2 Funn	30
3.4.3 Vurderinger	31
3.5 Ernæring	31
3.5.1 Revisjonskriterier	31
3.5.2 Funn	31
3.5.3 Vurderinger	32
3.6 Legemiddelhåndtering	33
3.6.1 Revisjonskriterier	33
3.6.2 Funn	33

3.6.3	Vurdering	36
4	Konklusjon og anbefalinger	39
	Kilder	40
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	42
	Vedlegg 2 – Uttalelse	53

Figurer og tabeller

Figur 1.	Organisasjonskart Helse- og mestringstjenesten, Orkland kommune	12
Tabell 1.	KOSTRA-tall for Orkland kommune 2020-2023	14

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Orkland kommune vedtok i sak 3/23 den 28. februar 2023 å bestille en forvaltningsrevisjon med tema eldreomsorg. Bestillingen er i samsvar med plan for forvaltningsrevisjon for 2020-2024. I planen er eldreomsorg listet som aktuelt for forvaltningsrevisjon med bakgrunn i at Orkland kommune i 2020 ble opprettet som følge av kommunesammenslåing. Institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester til eldre i Orkland kommune tilbys ved fire tjenestesteder som før 2020 lå i fire separate kommuner. Ulik kultur og ulike retningslinjer for driften ved de fire stedene kan by på utfordringer når tjenesten samordnes i den nye kommunen.

Med bakgrunn i dette, står følgende innspill fra kontrollutvalget i bestillingen: «Er det ulikheter når det gjelder bemanning på sykehjemmene (institusjonene), antall personer, kompetanse og spesialkompetanse? Hva med trivselen hos beboere/pårørende og ansatte?»

Prosjektplan i tråd med bestillingen ble presentert for kontrollutvalget i møte den 16. mai 2023. Kontrollutvalget vedtok i sak 14/23 prosjektplanen. I protokollen er det notert at kontrollutvalget ønsker at revisjonen skal vurdere om det kan være hensiktsmessig å sende ut pårørendeundersøkelse, brukerundersøkelse og ansattundersøkelse i forbindelse med prosjektet.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

- 1. Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?**
- 2. Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?**

Det er gjort endringer i ordlyden til problemstillingene siden prosjektplan ble vedtatt. Dette er kun språklige og ikke innholdsmessige endringer.

Presiseringer og avgrensninger

Problemstillingene besvares ved å se nærmere på utvalgte områder:

1. System for ledelse og kvalitetsforbedring
 - Internkontroll, herunder
 - Kvalitetssystem og prosedyrer
 - Risikovurdering
 - Avvikshåndtering
 - Bemanning og kompetanse

2. Helse- og omsorgstilbud ved institusjon
 - Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
 - Bruker- og pårørendemedvirkning
 - Aktivitetstilbud
 - Ernæring
 - Legemiddelhåndtering

Punktet om kvalitetssystem og prosedyrer, som underpunkt til internkontroll, ble lagt til underveis i prosjektet. Dette er ikke drøftet med kontrollutvalget, da vi anså dette som en endring i hvordan vi ville strukturere rapporten, og ikke en endring i det innholdsmessige.

Punktene om ernæring og legemiddelhåndtering ble lagt til etter at prosjektplanen ble vedtatt. Dette ble avklart med kontrollutvalgets leder. Tilleggene ble gjort med tanke på å skape et bredere grunnlag for vurderingene i rapporten.

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til ledelse og kvalitetsarbeid og tjenestetilbud ved kommunens fire tjenestesteder som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg, og ikke helse- og omsorgstjenester utenfor disse. Ingen av de fire stedene er rene institusjoner. Beboere som har vedtak om institusjonsplass, bor delvis side om side med beboere med vedtak om heldøgns omsorg (HDO-plass). Store deler av helse- og omsorgstjenestene til beboerne ved enhetene er likt uavhengig av hvilket vedtak som ligger til grunn for type plass. Noen av funnene i rapporten vil dermed også gjelde for beboere med HDO-plass, selv om datainnsamlingen og vurderingene er gjort med nevnte avgrensning.

I *Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024* er kjøkkendrift ved institusjonene nevnt som mulig tema innenfor området eldreomsorg. I prosjektplanen er det presisert at revisjonen ikke vil favne dette temaet. Tema er likevel i noen grad berørt i at ernæring er med som underpunkt til første problemstilling.

Videre er det fra kontrollutvalgets side ytret ønske om at revisor vurderer om det er hensiktsmessig å sende ut pårørendeundersøkelse, brukerundersøkelse og ansattundersøkelse som del av forvaltningsrevisjonen. I vedtatt prosjektplan er prosjektet avgrenset til ikke å omfatte å gjennomføre slike undersøkelser. Denne vurderingen er gjort på bakgrunn av at kommunen selv regelmessig gjennomfører slike undersøkelser. Resultatene fra disse vil brukes som del av faktagrunnlaget i rapporten.

I prosjektplanen står det at revisor vil be om innsyn i avvikssystemet. I arbeidet med rapporten har vi ikke prioritert å gjennomgå meldte avvik. Etter vår vurdering, har vi fått tilstrekkelig informasjon om temaet fra intervju.

Flere av tjenestestedene har nybygde lokaler. Hamnahaugen helse- og omsorgssenter har nye lokaler, som står delvis ubrukt grunnet for knapp bemanning til å kunne drifte forsvarlig med fullt antall senger. Meldal helsetun er under utbygging. Helsetunet har flyttet inn i første byggetrinn, mens byggetrinn 2 ikke er fullt ferdigstilt. Flere pasientrom, storkjøkken, dagsenter og medisinerom står omtrent ferdige, men er ikke tatt i bruk per april 2024. De ubenyttede delene av bygningene fører med seg noen driftskostnader. Samtidig opplever kommunen at det mangler kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Flere av de vi har intervjuet har fortalt om dette. Dette har ikke vært tema i denne revisjonen, og rapporten er derfor avgrenset til ikke å omtale dette.

De siste årene har Orkland kommune arbeidet med å utrede fremtidig tjenestestruktur i kommunen. Dette arbeidet er begrunnet i blant annet kommunesammenslåing og demografiske endringer i befolkningen. Utredningen omhandler også kommunal eldreomsorg, og flere vi har snakket med har ytret seg om dette. Dette temaet er ikke del av denne revisjonen, og vil derfor ikke bli drøftet i denne rapporten.

1.3 Metode

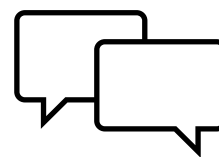
Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs¹ standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Orkland kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

¹ [RSK 001 \(nkrf.no\)](https://www.nkrf.no)

Intervju

Forvaltningsrevisjonen begynte med et oppstartsmøte med kommunalsjef for området helse og mestring og de tre enhetslederne med ansvar for tjenestestedene med institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen. Oppstartsmøtet ble holdt digitalt.



Revisjonen har besøkt alle de fire institusjonene i kommunen. Ved besøkene ble det gjennomført individuelle intervju med hver av enhetslederne og gruppeintervju med 3-6 representanter for de ansatte ved hver av institusjonene. Gruppene var satt sammen av tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere og representerte både sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere.

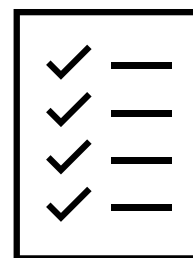
Intervju med leder for tildelingskontoret er gjennomført digitalt.

Det er skrevet referat fra alle intervju og møter, som alle er godkjent av intervjuobjektene. Noen av intervjuobjektene har også besvart oppfølgingsspørsmål per e-post eller telefon i etterkant av intervjuene.

Dokumentgjennomgang

Følgende dokumentasjon er gjennomgått:

- Kvalitetsmelding for Helse- og mestringstjenestene (2022 og 2023)
- ROS-analyse Hjemmetjenesten og institusjon, Orkland kommune (2023)
- Resultater fra brukerundersøkelse besvart av beboere og pårørende ved de fire enhetene med institusjonsplasser (2022)
- Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte i anledning tjenesteutredning, Helse og mestring (2023)
- Temaplan «Kompetanse og heltid», Orkland kommune
- Virksomhetsplaner for de fire enhetene
- Rutiner for ernæring og legemidelhåndtering
- Søknadsskjema «Søknad om helse- og omsorgstjenester», Orkland kommune
- Tildelingskontorets maler for vedtak
- Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester Orkland kommune, del om sykehjem/institusjon/HDO-bolig
- Kartleggings skjema (IPLOS)
- Skjema «Første vurderingsbesøk i hjemmet eller på institusjon»



Observasjon

Ved besøk ved enhetene fikk vi en omvisning av avdelingsleder eller sykepleier. Som del av omvisningen ble det gjennomført observasjoner av medisinerrom og medisintraller. Sykepleier ved enheten var til stede i rommet. Ved to av fire enheter observerte vi opplegg av medikamenter. Observasjonene ble loggført i skjema, hvor relevante punkt var definert på forhånd. Observasjonene ble gjort av to fra revisjonen.



Omvisningen inkluderte kjøkken ved tre av enhetene og lokaler til dagsenter/aktiviteter ved to av enhetene. Ved Meldal helsetun er verken kjøkken eller dagsenter tatt i bruk per april 2024.

Vurdering av metode

Vi vurderer at disse metodene for innsamling av informasjon til sammen gir et relevant og pålitelig faktagrunnlag som bakgrunn for vurderingene i rapporten. De ulike metodene har hver sine styrker og utfyller hverandre. Metodikken har også noen svakheter.

Gjennomgang av dokumentasjon gir anledning til å undersøke kommunens systematiske arbeid med helse- og omsorgstilbudet, og med ledelse og kvalitetsforbedring. Informasjon fra intervju supplerer dette inntrykket med intervjuobjektens subjektive oppfattelse av hvordan dette fungerer i praksis.

Noen av intervjuene har vært gjennomført som gruppeintervju. Gruppeintervju kan være fordelaktig fordi intervjuobjektene da har anledning til å drøfte tema seg imellom, som kan lede til nye refleksjoner. Samtidig vil dynamikken preges av gruppens sammensetning, og enkeltstemmer kan være dominerende. I intervju med noen ansattgrupper har avdelingsleder vært til stede. Man kan tenke seg at det kan ha innvirkning på medarbeidernes utsagn. Vi kan ikke utelukke at gruppesammensetningen har påvirket informasjonen vi har fått i intervju.

Observasjon har gitt oss mulighet til selv å danne oss et inntrykk av lokalene og observere praksis, som supplement til intervjuobjektens beskrivelser av hvordan medikamenthåndtering skjer ved enhetene.

Som del av dokumentgjennomgang har vi sett på tildelingskontorets vedtaksmaler. Det er en svakhet at faktiske vedtak ikke er gjennomgått, da dette ville gitt et grunnlag for å si noe om kommunens praksis i arbeidet med vedtak. Videre, er det uten å se på faktiske vedtak ikke mulig å si noe om saksbehandlingstid i kommunen eller om kommunen sender ut foreløpig svar ved forsinkelser i behandling av søknader.

1.4 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren i Orkland kommune for uttalelse den 22. april 2024. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar den 6. mai 2024. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2). I uttalelsen blir det opplyst om en faktafeil, som er korrigert i den endelige versjonen av rapporten. Rapportens vurderinger og konklusjoner er ikke endret.

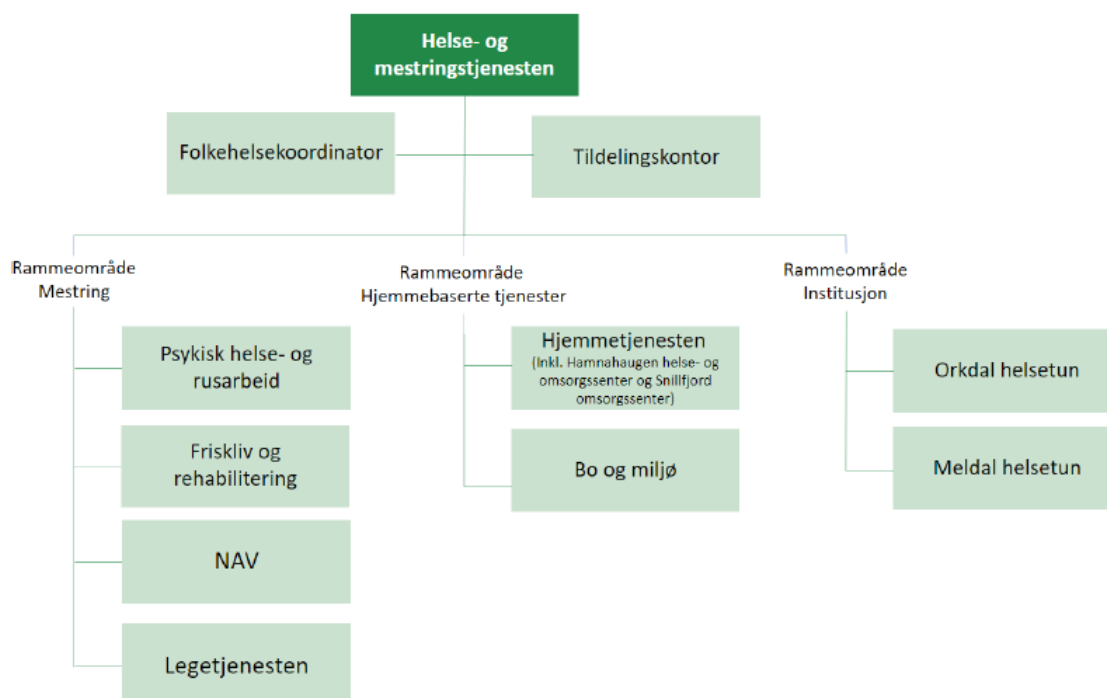
1.5 Eldreomsorg ved institusjon i Orkland kommune

Organisering

Orkland kommune ble etablert 1. januar 2020 ved sammenslåing av Orkdal, Meldal, Agdenes og deler av Snillfjord kommune. Etter kommunesammenslåing har Orkland kommune fire tjenestesteder med heldøgns pleie- og omsorgstjenester og institusjonsplasser:

- Orkdal helsetun (tidligere Orkdal kommune)
- Meldal helsetun (tidligere Meldal kommune)
- Hamnaugan helse- og omsorgssenter (tidligere Agdenes kommune)
- Snillfjord omsorgssenter (tidligere Snillfjord kommune)

Figur 1. Organisasjonskart Helse- og mestringstjenesten, Orkland kommune



Kilde: Handlingsplan 2023-2026 med budsjett 2023, Orkland kommune

Kommunedirektør er øverste administrative leder i kommunen. Institusjonene er organisert under kommunalsjefområdet *Helse og mestring*. Orkdal helsetun og Meldal helsetun ligger under rammeområde *Institusjon* og er egne enheter med respektive enhetsledere.

Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Snillfjord omsorgssenter er organisert under *Hjemmetjenesten*, og har samme enhetsleder.

Organisasjonskartet antyder at kommunen har samlet alle beboere med vedtak om institusjonsplass ved to tjenestesteder. I realiteten er det både brukere med vedtak om institusjonsplass og med vedtak om heldøgns omsorgsbolig (HDO-plass) ved alle de fire tjenestestedene. Tjenestestedene varierer i størrelse og i andelen beboere som har vedtak om institusjonsplass. Ingen av stedene er rene institusjoner.

I det videre i rapporten brukes begrepet *enhet* om de fire tjenestestedene som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg i Orkland kommune. Ifølge organisasjonskartet over, er det kun helsetunene som organisatorisk er selvstendige enheter. Bruken av begrepet *enhet* er dermed utvidet til å favne bredere i det følgende, av hensyn til lesbarhet.

Kommunalsjef helse og mestring forteller i intervju at det er et uttalt mål i kommunen å ha lik kvalitet på alle enhetene. For å nå dette målet jobber kommunen etter nettverksmodeller. Enhetslederne og kommunalsjef møtes ukentlig. I disse møtene drøftes strategiske og dagsaktuelle tema for å komme frem til felles praksis. Ulikheter i størrelse, fagområder og tilgang på kvalifisert arbeidskraft fører til at det per i dag er ulik kvalitet i tilbudet mellom enhetene. Fra overordnet nivå, er kommunedirektør opptatt av å sørge for at internkontrollen er på plass.

I intervju ved Meldal helsetun i mars 2024, forteller enhetsleder at et utvalg nå er nedsatt på kommunalt nivå, som del av arbeidet med å sikre likhet på tvers av institusjonene i kommunen.

Begrepsforklaring

Brukere av hjemmetjenester er definert som brukere bosatt i egne hjem, kommunal bolig eller omsorgsbolig og som mottar hjelp til praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie, herunder de brukere som har det som kalles HDO-plasser i denne rapporten.

Institusjonsbeboere defineres som beboere i institusjon.

Det samme skillet mellom institusjonsbeboere og brukere av hjemmetjenester (herunder HDO-plasser) gjøres i KOSTRA.

Vi viser til veiledende tildelingskriterier for tilbud om helse og omsorgstjenester i kommunen, omtalt i kapittel om tildeling av tjenester, for nærmere beskrivelse.

Statistikk

Tabell 1. KOSTRA-tall for Orkland kommune 2020-2023

Variabel	2020	2021	2022	2023
Sykehjem kommunale plasser, Orkland kommune, antall	184	167	152	139
Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold, %	14,5	12,9	11,1	10,5
Brukere av hjemmetjeneste, antall	732	710	680	730
Brukere av institusjonstjenester, antall	193	181	166	150

Kilde: www.ssb.no KOSTRA-tabeller 13232, 12209, 12003

KOSTRA-tall viser at antallet plasser på sykehjem (institusjon), andelen innbyggere over 80 år med institusjonsopphold, og brukere av institusjonstjenester i Orkland kommune har gått ned siden 2020. Antall brukere av hjemmetjeneste gikk ned i perioden 2020-2022, for så å øke i 2023.

2 SYSTEM FOR LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapitlet beskriver vi utvalgte områder og krav til systematisk forbedringsarbeid innen eldreomsorg ved institusjon i kommunen.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

- **Har Orkland kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene?**

Problemstillingen besvares gjennom to hovedpunkt: internkontroll og bemanning og kompetanse. Internkontroll omfatter her kvalitetssystem og prosedyrer, risikovurdering og avvikshåndtering.

- Internkontroll, herunder
 - Kvalitetssystem og prosedyrer
 - Risikovurdering
 - Avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse

Under punktet om internkontroll vil vi undersøke rutine ved kommunens enheter som tilbyr institusjonsbasert eldreomsorg og ikke på overordnet nivå i kommunen. Dette var tema i en egen forvaltningsrevisjon fra 2023².

I det følgende, presenteres revisjonskriterier, funn og vurderinger i egne delkapitler for hvert av de to underpunktene: internkontroll og bemanning og kompetanse. Revisjonskriterier er utvalgte krav og forventninger til kommunen og kommunale helse- og omsorgstjenester. Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1. Kriteriene er utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene og Orkland kommunes temaplan «Kompetanse og heltid».

² www.revisjonmidtnorge.no/prosjekter

2.2 Internkontroll

2.2.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for tema internkontroll:

- Kommunen skal ha et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte beboer ved institusjonene blir ivaretatt.
- Ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.
- Ledelsen ved institusjonene skal planlegge hvordan risiko kan minimeres.
- Ledelsen ved enhetene skal ha oversikt over avvik ved institusjonene, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

2.2.2 Funn

Det utarbeides årlig «Kvalitetsmelding for helse- og mestringstjenestene».

Kvalitetsmeldingen viser kommunens systematiske arbeid med å kartlegge status og hvordan det jobbes for å sikre god kvalitet i tjenestene. Rapporten er kommunedirektørens vurdering av kvaliteten på tjenestene kommunisert til ansatte, innbyggere og politisk nivå. Meldingen er ment som virkemiddel for å sikre et felles utgangspunkt for videre arbeid med kvalitet i tjenestene i kommunen.

Vi har fått tilsendt kvalitetsmeldingene for 2022 og 2023 for gjennomgang.

Kvalitetsmeldingene viser først til resultater fra brukerundersøkelsene fra 2022. Deretter følger egne avsnitt for utvalgte nøkkelpunkter som kompetanse og rekruttering, heltidskultur, avviksmeldinger, ernæringskartlegging, tannhelse, primærkontakt for beboere, og kontakt med pårørende. Avsnittene inneholder først en situasjonsbeskrivelse av de ulike punktene, som følges av en kort vurdering. Kvalitetsmeldingen viser til egne virksomhetsplaner for enhetene som ledd i å følge opp det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring på overordnet nivå, ved de enkelte tjenestestedene.

Kvalitetssystem og prosedyrer

Ifølge fagleder ved Orkland helsetun, ble kvalitetssystemet Compilo innført i 2020, ved opprettelsen av nye Orkland kommune. Som del av innføringen av systemet innen helse og mestring ble det satt ned en Compilo-gruppe med representanter fra alle enhetene som yter tjenester innen eldreomsorg.

Compilo-gruppen hadde, og har fremdeles, ansvar for arbeidet med å samle prosedyrer fra de fire kommunene til én felles prosedyrebank som skal gjelde for alle tjenestestedene. Tanken med opprettelsen av Compilo-gruppen i 2020 var å legge til rette for lik praksis og

like prosedyrer ved alle tjenestestedene i kommunen. Det har vært særlig fokus på å få på plass felles ernæringsprosedyre og legemiddelprosedyre. Alle prosedyrer fra de fire enhetene er samlet i Compilo og tilgjengelig for alle ansatte, men det er disse to områdene som er gjeldende som felles.

Representanter fra alle enhetene var invitert til å delta i Compilo-gruppen, men deltakelse i arbeidet ble i varierende grad prioritert ved de ulike enhetene. En konsekvens av dette, var at det var usikkerhet rundt om de felles prosedyrene ble fulgt alle tjenesteder, noe som kunne være uheldig. I tillegg kan fagmiljøet gå glipp av nyttige innspill fra andre enheter. I dag er alle enhetene delaktige i arbeidet.

En av deltakerne i gruppen har hele sin stilling til arbeidet med kvalitetssystemet, og er den som sammenfatter og legger ut det aller meste av dokumentasjon på Compilo. Prosedyrenes innhold drøftes i Compilo-gruppen.

Prosedyrene skal revideres minimum en gang i året. Det kommer da melding med varsel fra Compilo til forfatter av prosedyrene. Det meste av arbeidet med oppdatering gjøres fortløpende. Dersom det er 12 måneder siden siste oppdatering, får forfatter varsel om å gå inn og se på og godkjenne prosedyren for et nytt år. Når det skjer endringer i felles prosedyrer, varsles alle enhetene via deres representant i Compilo-gruppen, som deler til sine arbeidssteder. Intervjuede fra flere av enhetene forteller at det er deres inntrykk at de ansatte vet hvor de finner prosedyrer og holder seg oppdatert på endringer.

Risikovurdering

Orkland kommune utarbeider egne risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) for hjemmetjenesten og institusjon. ROS-analysen er sist oppdatert i november 2023. Vi har fått tilsendt analysen for gjennomgang. «Risiko- og sårbarhetsanalyse inkludert plan for tiltak» er sammenfattet i et regneark. Det er egne kolonner for «hva du frykter skal skje», tiltak for å forhindre at situasjonen oppstår, rutiner for hvordan situasjonen skal håndteres, og fordeling av ansvar. I analysen er det drøftet er bredt utvalg scenarier av ulik art, som skade hos pasient, smitteutbrudd, vold og trusler, tyveri fra medisinerrom, svikt i utstyr, og brudd på taushetsplikt og GDPR³. Regnearket inkluderer en logg for arbeidet med analysen og endringer som er gjort. Loggen viser jevnlig arbeid med ROS-analysen siden 2020. I oppstartsmøtet forteller kommunalsjef og enhetslederne at det er stor likhet mellom de fire institusjonene når det gjelder risikobilde. De mener videre at ROS-analysen favner bredt.

³ GDPR er EU's personvernforordning

Utfordringer med å få rekruttert nødvendig kompetanse til alle enhetene (se også avsnitt om bemanning og kompetanse), er drøftet blant enhetslederne som en risiko. Det har ført til tilpasninger, som at noen enheter ikke tar imot beboere med mer avanserte medisinske behov. Tildelingskontoret har oversikt over hvilke enheter som kan ta imot beboere med behov for medisinsk oppfølging, og tar hensyn til det i tildelingen.

Ansattgruppene forteller i intervju hvordan de reflekterer over risiko i det daglige arbeidet. De fleste trekker frem fallulykker som risiko blant beboerne. Feil medikament utdelt eller avglemt medikament nevnes også som noe de frykter skal skje, men de ytres samtidig at det er sjelden dette hender. Beboerne får i økende grad medisin som multidose, som tiltak for å redusere feilmedisinering. Noen av de ansatte trekker imidlertid frem multidose som noe som kan føre til avvik i medisinering. Ikke alle medikament inkluderes i multidosen, og dersom det må leveres ut både i multidose og fra dosett, er det økt risiko for at dosetten kan bli avglemt.

Avvikshåndtering

Kommunen har system for avviksmelding. Ansatte nevner Compilo når de blir spurt om dette.

Alle enhetslederne og ansattgruppene forteller at meldte avvik drøftes avdelingsvis, og lukkes ved felles gjennomgang. Dette skjer omtrent månedlig. Enhetslederne møtes i eget forum og går igjennom avvikene som er meldt ved deres enheter. Enhetslederne tar dette med seg videre i arbeidet med kvalitetsmeldingen for tjenesten (se eget avsnitt om kvalitetsmeldingen). En av enhetslederne forteller at de foregående år har jobbet aktivt med avviksmelding i kollegiet, for å enes om hva som bør meldes og oppfordre til å melde avvik oftere. Dette har ført til bedring i praksis. Enhetslederne forteller at oversikten over avvik som meldes viser at de fleste bruker avviksmelding aktivt, ved alle enhetene.

Mange av de vi har intervjuet forteller at det etter deres oppfatning er en god kultur for avviksmelding ved enhetene. Gjennomgangen i plenum oppleves positiv og utviklende for miljøet ved avdelingene. Dette er de ansatte stort sett samstemte i. Noen av de intervjuede ytrer imidlertid også at en del av de ansatte opplever at *systemene* for avviksmelding utgjør en terskel for å melde inn. Mange er usikre på hvordan de skal gå frem, og det tar for mye tid å logge seg inn i riktig system. Ansattgrupper ved to av enhetene trekker frem dette som en betydelig begrensning i avviksmeldingen. De forteller at dette gjelder selve fremgangsmåten for å melde, og ikke en frykt for å melde fra om feil som har skjedd.

2.2.3 Vurderinger

Kommunen har et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som skal sikre at den enkelte pasient blir ivaretatt.

Det er revisors vurdering at Orkland kommune har et kvalitetssystem med prosedyrer, men at dette per i dag ikke fullt ut er egnet til å sikre lik kvalitet i tjenestene på tvers av enheter. Det er satt i gang et arbeid for å lage en felles prosedyrebank. Så langt er det felles prosedyrer for ernæring og legemiddelhåndtering. Ikke alle enheter har vært delaktige i arbeidet med et felles kvalitetssystem. Per i dag deltar alle institusjonene i arbeidet.

Ledelsen ved institusjonene har oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.

Ledelsen ved institusjonene planlegger hvordan risiko kan minimeres.

Revisor vurderer at enhetslederne har god oversikt over risiko ved tjenestestedene. ROS-analysen viser et systematisk arbeid på ledernivå. Intervju med ansatte tyder på at det gjøres fortløpende risikovurderinger i det daglige ved avdelingene. Identifiserte risikoer har ført til tiltak.

Ledelsen ved enhetene har oversikt over avvik ved institusjonene, og anvender dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

Det er revisors vurdering at enhetslederne har oversikt over meldte avvik ved sine tjenestesteder og at dette anvendes i kvalitetsarbeid ved enhetene og i arbeidet med å utvikle tjenestene på kommunenivå. Avvik drøftes både i lederforum og avdelingsvis. Informasjon fra intervju tyder på at ansatte opplever ulik terskel for å melde avvik. Dette er i stor grad begrunnet i at systemene for noen oppleves tungvint i bruk.

2.3 Bemanning og kompetanse

2.3.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for tema bemanning og kompetanse:

- Kommunen/ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, herunder: kommunen skal ha utarbeidet kompetanseplan.
- Kommunen skal satse på heltidskultur.

2.3.2 Funn

Bemanning og kompetanse

Bemanning og kompetanse er tema som drøftes i strategiske dokument for helse- og mestringstjenestene, som Kvalitetsmeldingen, Tjenestegjennomgang helse og mestring, temaplan «Kompetanse og rekruttering» og virksomhetsplanene. Dokumentasjonen viser at kommunen har oversikt over bemanningen og kompetansen ved de ulike enhetene og tjenestestedene slik status er i dag. Videre er utfordringsbildet kommunen vil stå overfor fremover drøftet, med de behov kommunen ser vil komme for å rekruttere nødvendig kompetanse og flere ansatte. Utfordringsbildet er sammensatt av forventede demografiske endringer i kommunen de neste årene og tilgangen på kompetanse.

Status og utfordringer innen bemanning og kompetanse i kommunen er sammenfattet i kommunens temaplan «Kompetanse og heltid». Her vises det til prognoser for endringer i befolkningssammensetning i årene fremover og kommunesammenslåing i 2020 som viktige årsaker til at det i Orkland kommune er behov for å avpasse bemanningen og sørge for å utvikle riktig kompetanse. Det drøftes hvordan kommunen kan gjøre seg attraktiv for å tiltrekke seg og beholde kompetanse. Nevnte tiltak rettet mot sykepleiere er stipendordning til utdanning, innføring av fagstiger (også rettet mot vernepleiere) og videreutvikling av lønns- og karrieremessige ordninger.

Kommunalsjef helse og mestring forteller i intervju at det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig sykepleierkompetanse til kommunen, særlig ved de minste enhetene. Det er krevende å få til et stort nok fagmiljø, som videre kan ivareta faglig forsvarlighet for de som bor i institusjon. Størrelsen på fagmiljøet er av betydning for å sikre kvalitet og faglig videreutvikling. Det er ikke bare antall hender som har noe å si for den kvaliteten man yter til de som bor på institusjon i dag. Det er stort sett veldig syke pasienter som krever god fagkunnskap, for eksempel for raskt å kunne fange opp forverring i helsetilstand. Et større fagmiljø har også noe å si for opplevelsen av trygghet og mulighet for faglig utvikling for den

enkelte ansatte. I små miljøer er det vanskelig å opprettholde kompetansen, og det er få kolleger en kan reflektere med over egen praksis, noe som er viktig for læring.

Pleiefaktoren⁴ er svært ulik ved de fire enhetene i kommunen med institusjonsbasert eldreomsorg. Det er få sykepleiere ved de minste institusjonene i kommunen, men bemanningen per plass er likevel høyere der enn ved større institusjoner. Tilgjengelig kompetanse legger føringer for hvilke typer beboere som kan tildeles plass ved de ulike tjenestestedene.

Flere av de ansatte og enhetslederne forteller at knapphet på noen typer kompetanse medfører at enkelte oppgaver må utføres av yrkesgrupper som ikke har den formelle kompetansen som kreves. Helsefagarbeidere utfører noen oppgaver som ligger til sykepleierne. Slik **oppgaveglidning**⁵ forankres da i ledelsen ved enhetene, ifølge ansatte. Ved Snillfjord omsorgssenter utføres deler av arbeidet med medikamenter av helsefagarbeidere, på grunn av knapphet på sykepleiere. Enkelte helsefagarbeidere har her adgang til medisinerrom og utfører dobbeltkontroll av opplegg i dosett. Disse har, ifølge ledere ved enheten, medisinkurs. Flere av helsefagarbeiderne vi har intervjuet forteller at oppgaveglidning byr på utfordringer de setter pris på.

Orkland kommune gjennomførte en spørreundersøkelse til ansatte innen området helse og mestring i 2023. Vi har gjennomgått resultatene. Ett av spørsmålene etterspør hvor mange timer i en gjennomsnittlig arbeidsuke som går med til oppgaver som ikke trenger vedkommendes fagkompetanse. 40% av respondentene har svart mellom 6 og 15 timer. Undersøkelsen er besvart av ansatte innen hele området, ikke kun ved enhetene med institusjonsplasser.

Enhetsledere og kommunalsjef forteller at det jobbes med å finne gode måter å utnytte den kompetansen som finnes på en god måte, slik som ved oppgaveglidning. Enhetslederene ved Orkdal og Meldal helsetun forteller videre at de i samarbeid med NAV i kommunen skal i gang med et prosjekt hvor personer som står utenfor arbeidsmarkedet skal gis engasjement med helsetunene. Disse skal avlaste helsefagarbeidere og sykepleiere i oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse.

Vi har fått tilsendt og gjennomgått virksomhetsplaner for Orkdal helsetun, Meldal helsetun og hjemmetjenesten, herunder Hamnaugen omsorgssenter og Snillfjord helse- og

⁴ Antall årsverk delt på antall beboere.

⁵ Oppgaveglidning betegner det fenomenet hvor oppgaver tradisjonelt utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen helsepersonellgruppe. www.legeforeningen.no

omsorgssenter. I virksomhetsplanene for de enkelte enhetene er det lagt en plan for opplæring gjennom fagdager og kurs for det neste året (2024) (kompetanseplan).

Enhetsledere og ansattgrupper har uttalt seg om mulighet for kurs og videreutdanning for ansatte. De fleste sier at de synes det legges til rette for kompetanseutvikling. E-læringskurs tilbys digitalt gjennom QUDOS. Noen ansatte forteller at de får mulighet til å avspasere kurstimen i etterkant. Som del av virksomhetsplanene, gjennomføres det flere fagdager gjennom året. En ansattgruppe forteller at fagdage «legges i turnus», slik at alle får delta uavhengig av vaktturnus. Flere ansattgrupper sier at de er svært fornøyd med opplegget på fagdage.

Orkland kommunes temaplan «Kompetanse og heltid» refererer til at det i kommunens arbeidsgiverpolitikk står at «hele og faste stillinger er et grunnprinsipp og skal følges opp med tiltak for fremmer heltidskultur.» Målsettinger i planen er videre gjengitt i kvalitetsmeldingen og virksomhetsplanene.

Kvalitetsmelding for helse- og mestringstjenestene skriver at det tilstrebes hele stillinger for ansatte, men at det behøves rekrutteringsstillinger og helgestillinger for at turnuser skal gå opp. Videre står det at alle enhetene relevant i denne revisjonen, har hatt reduksjon i antall ansatte med ufrivillig deltid fra 2022 til 2023. Statistikken i meldingen viser at gjennomsnittlig stillingsprosent⁶ for de aktuelle enhetene ligger rundt 80%. I intervju forteller ansattgruppene at det er deres inntrykk at de som ønsker heltidsstillinger stort sett får tilbud om det, men at det er flere som av ulike grunner ønsker å jobbe deltid.

2.3.3 Vurdering

Kommunen og ledelsen ved institusjonene har oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Kommunen har utarbeidet kompetanseplan.

Kommunen satser på heltidskultur.

Det er revisors vurdering at kommunen og enhetslederne har oversikt over kompetanse blant ansatte ved institusjonene, og hvor det er mangel på visse typer fagkompetanse. Strategiske dokumenter for helse- og mestringstjenesten viser at kommunens og enhetenes ledelse har oversikt over status og at det arbeides systematisk og langsiktig med å løse utfordringene

⁶ U/rekrutteringsstillinger og ansatte som pga. helse jobber deltid.

med å rekruttere nødvendig kompetanse. Det jobbes aktivt med å utnytte personalressursene kommunen har på best mulig måte, gjennom oppgaveglidning og samarbeid med NAV.

Kommunen har en overordnet plan for «Kompetanse og heltid». Kompetanseplaner for hver av enhetene er sammenfattet i virksomhetsplanene. Det legges til rette for at ansatte kan få faglig påfyll gjennom e-læringskurs og fagdager, som holdes regelmessig ved alle enhetene.

Det er vår vurdering at kommunen satser på heltidskultur i henhold til egne planer. Kommunen arbeider med å tilby heltidsstillinger innen helse- og mestringstjenestene. Imidlertid ønsker ikke alle ansatte ansettelse i full stilling.

3 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER PÅ INSTITUSJON

I dette kapittelet beskriver vi Orkland kommunes arbeid med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstilbudet til beboere på institusjon i kommunen.

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

Sikrer Orkland kommune at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger?

Problemstillingen besvares gjennom følgende fem underpunkter:

- Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester
- Bruker- og pårørendemedvirkning
- Aktivitetstilbud
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering

I det følgende, presenteres revisjonskriterier, funn og vurderinger i egne delkapitler for hvert av underpunktene. Revisjonskriterier er utvalgte krav og forventninger til kommunen og kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse er forankret i blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, og utdypet i nasjonale faglige retningslinjer og forskrifter. Utledningen av kriteriene finnes i vedlegg 1.

3.2 Kartlegging av tjenestebehov og tildeling av tjenester

3.2.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Kommunen skal ha egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.
- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal sikre at søkernes hjelpebehov utredes/kartlegges.
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Vedtaket skal være i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

3.2.2 Funn

Ved gjennomgang av Lovdata sin oversikt over lokale forskrifter i Orkland kommune kan ikke revisor se at kommunen har utarbeidet egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem – langtidsopphold. På kommunens hjemmeside⁷, under Sykehjem- langtidsopphold, refereres det til kriterier/vilkår; «Kommunen skal ha en egen forskrift med kriteriene for tildeling av plass på sykehjem.»

Kommunen har veiledende **tildelingskriterier**⁸ som sier noe om hvem som skal tildeles ulike helse- og omsorgstjenester. Kriteriene ble vedtatt av kommunestyret i 2020 og sist revidert i 2021. Revisjonen har gjennomgått kriteriene som gjelder for vedtak om plass ved institusjon. Dette er vedtak om habilitering/rehabilitering, utredning/behandlingsopphold, tidsbegrenset opphold, og langtidsopphold. Punkt 2.3.1 i veiledende tildelingskriterier omhandler langtidsopphold og inneholder henvisning til lover og forskrifter spesifikt for institusjonsbeboere. Kriteriene er for øvrig generelle retningslinjer, som brukes som utgangspunkt for individuelle vurderinger av vedtak. Under hver type vedtak er det vist til ansvarlig enhet eller avdeling. Videre er tjenestebeskrivelse, formål, målgruppe og lovgrunnlag spesifisert. Kriterier for gitte typer vedtak er listet punktvis. Merknader med informasjon om forhold som lokasjon, betaling og forbehold om nødvendig kompetanse er inkludert til slutt.

Enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester fattes av tildelingskontoret, ifølge leder ved kontoret.

På Orkland kommunes hjemmesider, under Tildelingskontoret, ligger det informasjon om hvordan innbyggerne i kommunen kan søke om helse- og omsorgstjenester. Nettsiden har lenke til elektronisk skjema med innlogging via ID-porten, og i utskriftsvennlig versjon for utfylling på papir. Tildelingskontoret har også dette papirskjemaet tilgjengelig i skranken, hvor søker kan få bistand fra kontoret til å fylle ut skjemaet.

Leder ved tildelingskontoret forteller i intervju at det hender søkere tar kontakt via servicetorget på rådhuset, men kandidater til institusjonsplass er ofte ikke friske nok til det. Henvendelser kan også komme via telefon. Henvendelser kommer ofte via samarbeidspartnere med kjennskap til søker, som hjemmetjenesten eller fastlege, dersom disse observerer fall i funksjonsnivå eller helsetilstand hos pasienten. Tildelingskontoret oppfordrer søker eller slike samarbeidspartnere til å fylle ut søknadsskjemaet, for å sikre at

⁷ <https://www.orkland.kommune.no/sykehjem-langtidsopphold.507036.29t15d53.tct.html>

⁸ Sist revidert i kommunestyresaksak 38/21.

alle relevante opplysninger kommer med. Kommunen vil helst ha informasjonen via dette skjemaet. Tildelingskontoret samarbeider også med demenskoordinator i kommunen, som bidrar i kartlegging ved demensdiagnose.

Det holdes fortløpende dialog mellom tildelingskontoret og de fire enhetene med institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen om beboere som allerede har vedtak om tjenester ved en av disse stedene. Tildelingskontoret og hver av enhetslederne har også faste ukentlige samarbeidsmøter. Ved endring i helsetilstand hos korttidspasienter eller pasienter på avlastning, hvor det vurderes å være behov for endring i vedtak til langtids plass, drøftes dette i disse møtene. Ledig kapasitet ved enhetene synliggjøres også for tildelingskontoret i systemet Geric⁹.

Første gangs **kartlegging av tjenestebehov**, dvs. ved nye søkere, gjøres av tildelingskontoret, ifølge kontorets leder. Informasjon om nye søkere innhentes som oftest ved hjemmebesøk. Saksbehandlere reiser ut i hjemmet og møter søker og pårørende. Ved overførsel av pasienter fra sykehus til institusjon, drar saksbehandler til sykehuset i forkant av overføring til kommunen. Kartlegging gjøres etter IPLOS-skjema¹⁰ og registreres inn i pasientjournalssystemet Geric. Søker vurderes, og de kommer fram til en score som plottes inn i systemet. Det er saksbehandler fra tildelingskontoret som fyller ut IPLOS-skjema, med innspill fra andre instanser fra helsevesenet.

Vi har fått tilsendt og gjennomgått «Skjema for første vurderingsbesøk i hjemmet/på institusjon» og «Kartleggings skjema IPLOS». Skjema for første vurdering inneholder rubrikker til sammenfatting av personalia, kontakinformasjon til pårørende, verge og fastlege, informasjon om boforhold og tidligere sykdommer. Det er videre listet åtte typer «instrumentelle daglige aktiviteter», som innkjøp, matlaging, hushold og håndtering av økonomi, med alternativ for i hvilken grad søkeren mestrer ulike oppgaver innenfor disse på egen hånd til avkryssing. Liknende vurderingsskjema ligger ved for «personnære aktiviteter i dagliglivet», som hygiene, påkledning og fysisk bevegelse. Siste side i heftet inneholder skjema for observasjon av sikkerhet i hjemmet og bruk av helsetjenester i Orkdal kommune. Det meste av informasjon om søker registreres ved avkryssing, men med fritekstfelt tilgjengelig.

⁹ Elektronisk pasientjournalssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester.

¹⁰ Vurderingsverktøyet IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) brukes i kommunene for å gjøre en funksjonsvurdering av brukere. www.kompetansebroen.no <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

IPLOS-skjema består av en liste med variabler knyttet til funksjon og daglige aktiviteter, som personlig hygiene, hukommelse, evne til sosial deltakelse og kommunikasjon og fysisk helse, hvor søkers evner scores fra 1 til 6. Skjema fylles ut ved avkryssing.

Om saksbehandling skjer i tråd med forvaltningslovens regler er undersøkt ved gjennomgang av tildelingskontorets maler for vedtak. Vi har sett på tre vedtaksmaler: Mal for vedtak om avlastning ved institusjon, mal for vedtak om korttidsopphold – utredning/behandling, og mal for vedtak om langtidsplass i institusjon.

Vi har ikke gjennomgått noen faktiske vedtak, med den følge at saksbehandlingstid i kommunen dermed ikke har vært gjenstand for undersøkelsen.

Forvaltningslovens regler for enkeltvedtak (se vedlegg 1 til rapporten):

- Det skal fattes enkeltvedtak om tilbud ved institusjon, vedtaket skal være skriftlig
- Vedtaket skal være grunngitt og begrunnelsen skal inneholde
 - henvisning til reglene vedtaket bygger på (lovhjemmel)
 - oppsummering av de faktiske forhold som er relevant for vedtaket
 - hovedhensynene som har vært avgjørende i vurderingen
- Vedtaket skal inneholde informasjon om klagerettigheter og innsynsrettigheter

En gjennomgang av overnevnte vedtaksmaler viser at alle disse punktene er del av malene.

Tildelingskontoret har også mal for foreløpig svar for tilfeller hvor behandling av søknad må utsettes.

3.2.3 Vurderinger

Kommunen har ikke egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.

Kommunen legger til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.

Kommunen sikrer at søkerens hjelpebehov utredes/kartlegges.

Kommunen fatter vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Rutiner og maler sikrer at vedtaket er i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

Revisor vurderer at dokumentet kalt veiledende tildelingskriterier ikke tilfredsstillende kravene til egen lokal forskrift i juridisk forstand. I praksis fungerer veiledende tildelingskriterier etter hensikten.

Revisors vurdering er at kommunen legger til rette for at innbyggerne i kommunen kan søke om helse- og omsorgstjenester. Søknadsskjema er gjort tilgjengelig på kommunens nettsider og fysisk ved kommunens servicetorg og tildelingskontor. Tildelingskontoret bistår søker i fylle ut skjema ved behov.

Revisor vurderer at tildelingskontoret har rutiner som sørger for at søkeres hjelpebehov blir kartlagt på en systematisk måte. Saksbehandlere ved kontoret reiser ut til hjemmet eller sykehus for å møte søker og pårørende til første kartlegging. Revisjonen vurderer tildelingskontorets skjema til bruk i første gangs kartlegging til å være velegnet til å sammenfatte viktig informasjon om søkers hjelpebehov. Det samme gjelder IPLOS-skjemaet. Begge skjema kan fylles ut raskt og uten å måtte produsere egen tekst. Utredning av hjelpebehov skjer også i samarbeid med andre helseinstanser med kjennskap til søkers helsetilstand, som fastlege, hjemmetjeneste eller institusjoner.

Tildelingskontoret fatter vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Mal for vedtak om ulike former for helse- og omsorgstjenester ved institusjon er satt opp på en slik måte at kravene i forvaltningsloven ivaretas.

3.3 Bruker- og pårørendemedvirkning

3.3.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Tjenestetilbudet ved institusjon skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.
- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvende dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

3.3.2 Funn

Enhetene har prosedyrer eller skjema for inkomstsamtale og pårørendesamtale. Disse er ikke felles for institusjonene, men utarbeidet for hver enkelt enhet.

Enhetslederne og ansattgruppene ved de fire institusjonene forteller at det gjennomføres inkomstsamtale med beboer og pårørende ved ankomst til institusjon. I samtalen samles informasjon for å tilpasse tilbudet ved institusjonen til brukers ønsker, behov og preferanser. Etter kartlegging dokumenteres informasjonen i systemet Gericca, som utgangspunkt for tilpassede tiltak for den enkelte beboer. Det gjennomføres ernæringskartlegging ved

inntkomst (se kapittel om ernæring). Enhetene mottar også informasjon fra første gangs kartlegging fra tildelingskontoret.

Alle beboere skal tildeles en primærkontakt ved inntkomst, som skal ivareta kontakten mellom institusjonen og pårørende. Ansattgruppene forteller at mye av kontakten med pårørende skjer i det daglige i forbindelse med besøk til beboere. I tillegg kommer faste kontaktpunkter med primærkontakten. I rapporten «Kvalitetsmelding for helse og mestring 2023» berettes det at nært alle har tildelt primærkontakt ved enhetene i Snillfjord, Orkdal og Meldal. Ved Hamnahaugen omsorgssenter er andelen mellom 30-40%. I kvalitetsmeldingen forklares det med at det ved Hamnahaugen ikke har vært satt godt nok i system på grunn av fravær, stor utskifting av pasienter ved enkelte avdelinger og stor andel assistenter. Dette er ifølge kvalitetsmeldingen satt i et mye bedre system fra 2024.

I oppstartsmøtet forteller kommunalsjef at kommunen gjennomfører egne bruker- og pårørendeundersøkelser for institusjon og hjemmetjenesten annen hvert år. Det er noe variasjon i svarprosent mellom enhetene, men kommunalsjef anslår den til samlet å ligge på 37%. Det er i stor grad pårørende som har besvart undersøkelsen, på egne vegne av eller sammen med beboer. Kommunalsjef forteller at hovedtyngden av respondentene sier at de er veldig fornøyd med tilbudet. Enhetene bruker resultatene fra undersøkelsen i arbeidet med å sette opp tiltak i virksomhetsplanene og utvikle tjenestene.

Revisjonen har fått tilsendt og gjennomgått resultatene fra brukerundersøkelse innen eldreomsorg i Orkland fra 2022. Gjennomgangen bekrefter utsagnene fra oppstartsmøtet om at mange er fornøyd med tjenestetilbudet. Informasjonsutveksling fra institusjon til pårørende er et punkt som kan bli bedre.

Enhetsledere forteller at det som respons på etterspørsel etter bedre informasjon til pårørende, blir sendt ut pårørendebrev fra noen av institusjonene per epost fire ganger i året. Videre, er ansatte bevisst på å gjøre synlig informasjon om hva som skjer ved enhetene ved å legge frem skriftlig informasjon eller notere på tavle på beboeres rom.

I oppstartsmøtet fortelles det at det tidligere har vært samarbeidsutvalg ved institusjonene, men erfaringen har vært at disse ikke har fungert som ønsket. Det vil bli fremmet forslag til politisk nivå om å etablere et brukerutvalg i kommunen med bredere representasjon enn hva det har vært i samarbeidsutvalgene. I intervju ved Meldal helsetun i mars 2024, forteller enhetsleder at et samarbeidsutvalg på kommunalt nivå er nedsatt.

3.3.3 Vurderinger

Tjenestetilbudet ved institusjon utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.

Kommunen innhenter og vurderer erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvender dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

Etter revisors vurdering gjøres det et systematisk arbeid med å kartlegge beboeres behov og ønsker ved innkomst, med tanke på å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte. Beboerne får oppnevnt en primærkontakt, som ivaretar regelmessig kommunikasjon mellom institusjonen, og beboer og pårørende. Enhetene har rutiner for å sikre løpende kontakt med pårørende. Kommunen gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser annen hvert år. Resultatene brukes i arbeid med kvalitetsutvikling ved enhetene. Det skal etableres et brukerutvalg i kommunen.

Brukerundersøkelsene besvares i stor grad av eller i samarbeid med pårørende. Dette kan ha innvirkning på resultatene. Pårørendes tilbakemeldinger gjenspeiler ikke nødvendigvis brukers perspektiv. Revisors inntrykk er at enhetsledere og ansatte reflekterer over dette i den daglige kontakten med brukere og pårørende, og vurderer derfor at det er sannsynlig at dette også blir tatt hensyn til i arbeidet med resultatene av undersøkelsene.

3.4 Aktivitetstilbud

3.4.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriet utledet for dette temaet:

- Kommunen skal sikre at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

3.4.2 Funn

Enhetene har planer for aktiviteter og arrangement som skal holdes ved stedet de nærmeste månedene. Planene henger synlig i fellesareal.

Ansattgruppene og enhetslederne har uttalt seg om aktivitetstilbudet til beboerne ved deres enheter. Alle tjenestestedene tilbyr aktiviteter til sine beboere, eksemplifisert ved musikalske innslag, strikkekafe og andakt. Orkdal og Meldal helsetun har avsatt egne personalressurser til arbeidet med aktiviteter for beboere. Ansatte forsøker å legge til rette for aktivitet i det daglige. Mye av aktivitetstilbudet initieres av frivillige i bygdene eller den lokale menigheten.

Ansatte og ledere peker på at mange av beboerne er svake og ved dårlig helse. Mange ytrer selv at de ikke orker å delta på det som arrangeres. De som er friske nok og ønsker, får bistand til å delta på det som skjer. Ved Orkdal helsetun er aktiviteter i dagsenteret for hjemmeboende også åpent for beboerne. Storstue for arrangement og dagsenter ved Meldal helsetun vil åpne når byggetrinn 2 står ferdig.

Noen ansatte forteller at pårørende har forventninger om at «deres» beboere skal delta på mye og etterspør et rikere aktivitetstilbud. Dette vises også i bruker- og pårørendeundersøkelsen. I slike tilfeller må det avklares at det er beboers eget ønske å holde seg i ro. De fleste pårørende har forståelse for dette, ifølge ansatte.

3.4.3 Vurderinger

Kommunen sikrer at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

Pårørende etterspør et rikere aktivitetstilbud til «sine» beboere. Mange av beboerne ved institusjonene er svake og ønsker selv å være i ro fremfor å delta på aktiviteter. Det er derfor revisors vurdering at dagens tilbud dekker beboernes ønsker og behov.

3.5 Ernæring

3.5.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

- Institusjonene skal ha rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.
- Institusjonene skal tilby tilpasset hjelp ved måltider.

3.5.2 Funn

Orkland kommune har utarbeidet et sett med prosedyrer for ernæring felles for alle institusjonene. Dette er tilgjengelig for ansatte i Compilo.

Ifølge de ansatte blir ernæringsmessig risiko kartlagt ved inntak, og videre månedlig. Kommunen bruker verktøyet MST¹¹. Beboerne blir veid ved ankomst og hver 1-3 måneder. De ansatte forteller at det ikke brukes tvang i forbindelse med veiing, men at det er sjelden beboerne motsetter seg å bli veid. Ved fare for ernæringsmessig risiko, settes det i verk tiltak for å følge opp beboer nærmere. Dette er egen prosedyre. Som del av inntakssamtalen kartlegges beboernes ønskekost, allergier og ernæringsmessige behov.

De ansatte ved alle fire institusjonene forteller at det er deres inntrykk at beboerne er svært fornøyd med maten. Hvordan matservering og bespising foregår, avhenger av beboernes funksjonsnivå. Ved avdelingene legges det til rette for de beboerne som kan og ønsker, sitter ved bordet og spiser sammen. Beboere som trenger hjelp, får bistand fra ansatte. Dette kan foregå på beboers rom ved ønske om eller behov for skjerming, eller ved at ansatt sitter til bords med flere og hjelper de som trenger det.

De ansatte forteller at det er variasjon i kosten og at kjøkkenet tar hensyn til beboernes allergier og ønsker som meldes inn. Meny gjøres kjent ved enhetene og beboerne for en uke av gangen. Dette skjer ved oppslag på avdelingens kjøkken og stuer.

Det er storkjøkkenet ved Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Orkdal helsetun. Storkjøkkenet ved Meldal helsetun står snart ferdig, som del av byggetrinn 2. Per i dag, benyttes kjøkkenet ved det gamle rådhuset i Meldal. Dette fungerer ifølge de ansatte ved enheten godt.

3.5.3 Vurderinger

Institusjonene har rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.

Institusjonene tilbyr tilpasset hjelp ved måltider.

Det er revisors vurdering at institusjonene har rutiner som sikrer riktig ernæring for sine beboere. Det følges med på vekt og settes i verk tiltak ved fare for ernæringsmessig risiko. Det er rutiner for å kartlegge beboeres ønsker og behov innen kost. Ansatte legger til rette for å skape en sosial arena rundt måltidet for beboere som ønsker det, og tilbyr tilpasset hjelp til å spise.

¹¹ [For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST \(Malnutrition Screening Tool\) - Helsedirektoratet](#)

3.6 Legemiddelhåndtering

3.6.1 Revisjonskriterier

Under gjengis revisjonskriteriene utledet for dette temaet:

Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.
- Det bør være regelmessig renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Håndvask bør være tilgjengelig.
- Medisinrommet bør være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det bør være tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

Opplegg og utdeling

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

Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Det skal føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk ved institusjonene.

3.6.2 Funn

I forbindelse med besøk til institusjonene ble det gjort observasjoner av medisinrom og medisintraller ved alle fire enhetene, og opplegg av medikament i dosetter ved to av enhetene. Det ble på forhånd utarbeidet observasjonsskjema, på bakgrunn av revisjonskriteriene utledet for tema legemiddelhåndtering.

Orkland kommune har skriftlige rutiner for legemiddelhåndtering som er felles som alle institusjonene. Dette er tilgjengelig for ansatte i Compilo.

Medisinrommene inneholdt legemidler tilhørende institusjon og beboere med HDO-plass. HDO-beboerne har egne beholdninger av medikamenter. Vi har sett på beholdningen tilhørende institusjon, og ikke beboerne med HDO-plass.

Ved oppstartmøte og i intervju med enhetslederne ble det fortalt at det årlig gjennomføres farmasøytisk tilsyn med enhetene utført av sykehusapotekene. To enheter er gjenstand for tilsyn hvert år.

Medikamentregnskap over A-preparater sendes regelmessig inn til sykehusapotekene for gjennomgang. Revisjonen har derfor ikke gjennomgått regnskapene i detalj, men kun registrert at de føres og signeres.

Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom

Ved alle enhetene oppbevares medisiner på eget rom, bak dør med adgangskontroll med kortlås. Ved noen enheter har flere enn kvalifisert personell adgang (se avsnitt om dobbeltkontroll). Ved en av enhetene dette gjelder, var det usikkerhet blant de vi snakket med om hvilke ansatte som hadde adgang. Alle vindu i medisinrommene var lukket på observasjonsdagene.

Alle medisintrallene som ble observert var låst med nøkkel. Ingen medikamenter eller medisinlister var tilgjengelig for uvedkommende.

Ved alle institusjonene er det tilgjengelig forseglede bokser for kassering av medisiner. Ved en av enhetene fortelles det at uåpnede hele medisinesker kastes i en åpen kasse. Kassen er ikke forseglet, men står bak låst dør. Ved noen av de observerte medisintrallene er det egne bokser for avfall, hvor det er teoretisk mulig for uvedkommende å fiske opp medikamenter dersom de er kastet der. Vi fikk fortalt at det kunne forekomme kassering av enkeltpiller der.

Rutinene for renhold av medisinrom varierer mellom institusjonene. Ved to av enhetene skjer renhold ukentlig og renholder låses inn av sykepleier, som observerer mens renholder er i rommet. Ved en enhet er det ansatte selv som står for renholdet. Ved den siste enheten fortelles det at det ikke er rutiner for renhold av medisinrom, og at det derfor sjelden utføres. Ved alle enhetene er det stort sett ansatte med adgang til rommet som utfører vask av bord og benker.

Det er lite systematisk praksis når det gjelder vask av dosetter. Dosetter blir prioritert vasket ved synlig behov og etter antibiotikakurer, men sjelden rutinemessig hver uke. Dette er inntrykket fra alle enhetene. Mange beboere har multidose¹², og bruker i mindre grad dosett.

Håndvask er tilgjengelig på alle medisinrom, bortsett fra ved Meldal helsetun. Ved Meldal helsetun benyttes i dag en skrivestue som provisorisk medisinrom. Dette rommet mangler håndvask. Dette vil være på plass når medisinrom ved byggetrinn 2 står ferdig. Flere av de ansatte vi snakket med under observasjonene (ved flere enheter) forteller at de ikke har rutine for håndvask mellom opplegg til pasienter. Medisinopplegg skjer ifølge en sykepleier til stede ved observasjon ofte ved bruk av skje.

Alle medisinrommene er store nok til at flere ansatte kan utføre medisinopplegg samtidig. Medisinrommene var ryddige på observasjonsdagen.

Rommene er tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon. Ved en av enhetene fortelles det at kjøleskap til oppbevaring av medikament som skal stå kjølig er plassert i et annet rom enn medisinrommet, hvor det på observasjonsdagen var åpen dør. Medikamentene i dette kjøleskapet var salver. Ifølge sykepleier til stede, var dette å anse som liten risiko.

Revisor observerte temperatur i kjøleskapene til å være 4, 6, 7 og 8 grader. Romtemperatur på observasjonsdagene var omtrent 22 grader ved tre av rommene, og 17 grader ved det fjerde. Observasjonene ble gjort i februar og mars. Orkdal helsetun består av eldre bygningsmasse. Sykepleier til stede på observasjonsdagen fortalte at det sommers tid kunne bli svært varmt i rommet, men at dette først og fremst var til ubehag for personalet og ikke påvirket medikamentene. Revisor finner ikke at rutiner for sjekk av temperatur er del av rutinene for legemiddelhåndtering.

Ved en av institusjonene observerte vi at medikamenter som har tilhørt avdød beboer var overført til institusjonens beholdning. Esken var plassert i hylle i medisinrom, og ført inn i loggboken over beholdningen av medikament ved enheten. Dette ble bekreftet av sykepleier til stede.

¹² En multidose er en forseglet pose med legemidler som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Hver pose er merket med hvilke legemidler den inneholder, brukerens navn, dato og tidspunkt for inntak. Multidoseposene utleveres fra apotek og kommer som en remse eller rull med poser. www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene

Opplegg og utdeling

Opplegg i dosett utføres av kvalifisert personell (sykepleiere) ved alle institusjonene. Det utføres dobbelkontroll av dosettene, som signeres. I tilfeller hvor det er få sykepleiere tilsatt ved enheten, utføres dobbelkontroll noen ganger av helsefagarbeider/hjelpepleier. I slike tilfeller, har vedkommende medisinkurs. Dette gjelder ved Hamnahaugen helse- og omsorgssenter og Snillfjord omsorgssenter. Ved utlevering, kontrolleres medikamenter mot medisinlister en tredje gang. Dette er rutine ved alle enhetene.

Ved en enhet fortelles det at det forekommer at det lånes medisin mellom beboere med HDO-plass (som har egen medikamentbeholdning) og institusjon. Dette i nødsfall og til pasientens beste.

Håndtering av A- og B-preparater¹³

A-preparat oppbevares ved alle enhetene i egne skap eller hyller, bak låst dør. Alle enhetene fører narkotikaregnskap over A-preparat. Regnskapene oppdateres og signeres hver gang det leveres ut medisin. Enhetene sender inn regnskap av A-preparat til gjennomgang av sykehusapotekene jevnlig og flere ganger i året. Ved to enheter føres regnskap over B-preparat på samme måte som det gjøres for A-preparat. De to øvrige enhetene har oversikt over beholdning og bruk av B-preparater i egen perm. Oversikt over B-preparat sendes ikke inn til kontroll ved sykehusapotekene.

3.6.3 Vurdering

Oppbevaring av legemidler og krav til medisinrom

- Legemidler oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene har i hovedsak et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall. Avvik har forekommet.
- Det er ikke regelmessig renhold av medisinrommene ved alle institusjonene.
- Det er ikke rutiner for å rengjøre dosetter ukentlig.
- Håndvask er per april 2024 ikke tilgjengelig på medisinrom ved alle enhetene.
- Medisinrommene er store nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det er tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

¹³ A-preparat er sterkt vanedannende medisiner. B-preparat er vanedannende medisiner.

Revisors vurdering er at oppbevaring av legemidler stort sett og ved de fleste institusjonene skjer i henhold til faglige anbefalinger. Krav til medisinrom er i det store og hele er oppfylt. De mangler som er funnet relateres til rutiner for renhold og håndvask, samt observert praksis for kassering av legemidler. Ved én av enhetene, virket det å mangle oversikt over hvem som har tilgang til medisinrommet og medikament i kjøleskap, ble oppbevart i rom med åpen dør.

Det ble ved én institusjon observert at medikament fra avdød beboer var ført inn i beholdningen av legemidler ved institusjonen. Medisiner til avdøde beboere er omtalt i et eldre rundskriv til legemiddelhandteringsforskriften ¹⁴. Der står det følgende:

«Av hensyn til sikker bruk av legemidler skal reseptpliktige legemidler ikke utleveres til annen person enn den de er ordinert og rekvirert til. Pårørende eller arvinger skal ikke få disse legemidlene utlevert når de har vært forvaltet og oppbevart av helsetjenesten. Slike personlige legemidler kasseres på forsvarlig måte, og dette dokumenteres. Reseptfrie legemidler kan i utgangspunktet leveres til pårørende/arvinger, men helsepersonell bør gi råd om kassasjon.»

Det er ikke arverett på legemidler og pårørende eller arvinger skal derfor ikke få legemidler utlevert om en beboer dør. Reseptpliktige legemidler til avdød beboer må kasseres.

Opplegg og utdeling

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

Dobbeltkontroll ble i noen tilfeller gjort av helsefagarbeider og ikke sykepleier. I de tilfellene, var det krav til medisinkurs for vedkommende.

Under intervju ved en enhet, ble det fortalt at det forekommer at det lånes medikamenter mellom beboere med HDO-plass og institusjon. Det følger av legemiddelhandteringsforskriften § 7 andre ledd at istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient.

¹⁴ Rundskriv IS9/2008 Legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater oppbevares forsvarlig.
- Det føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene har oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat sammenholdes med bruk ved institusjonene.

Revisors vurdering er at håndtering av A- og B-preparater er i henhold til gjeldende regelverk og faglige anbefalinger.

4 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt Orkland kommunes system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene. Vi konkluderer med at Orkland kommune har tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene.

Vår vurdering er at det gjøres et systematisk arbeid med internkontroll, på overordnet nivå i kommunen og ved de enkelte enhetene. System og rutiner som skal sikre at den enkelte pasient/beboer blir ivaretatt, er imidlertid ikke fullt ut samordnet på tvers av enhetene.

Følgelig, mangler et system for å sikre tjenestetilbud av lik kvalitet i hele kommunen. Det er videre stor forskjell i bemanning og kompetanse ved de ulike enhetene, som også virker inn på kvalitet i tjenesten på tvers av tjenestesteder. Vi ser at administrativ ledelse i kommunen og enhetsledere innen helse og mestring arbeider strategisk for å legge til rette for lik kvalitet i tjenestene ved kommunens tjenestesteder. Vår vurdering er at noe gjenstår før dette er på plass.

Vi har videre undersøkt om Orkland kommune sikrer at helse- og omsorgstilbudet til beboere med vedtak om institusjonsplass er i tråd med regelverket og faglige anbefalinger. Vi konkluderer med at Orkland kommune sikrer et helse- og omsorgstilbud i tråd med regelverk og faglige anbefalinger ved sine institusjoner.

Det er imidlertid funnet noen avvik innen legemiddelhåndtering som bør bemerkes. Dette gjelder renhold av medisinerom, og praksis for kassering av legemidler og lån av legemidler mellom beboere ved enkelte enheter.

Anbefalinger

På bakgrunn av vurderingene i rapporten har revisjonen følgende anbefalinger til kommunen:

- Å drøfte praksis for kassasjon og lån av medisiner i forbindelse med neste farmasøytiske tilsyn.
- Å finne en ordning for avviksmelding ved institusjonene som oppleves brukervennlig, og/eller tilby opplæring i bruk av system for de som trenger veiledning i dette.

KILDER

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forvaltningsloven
- Legemiddeloven
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Veiledere og rundskriv

- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften
- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)

Web-sider

[RSK 001 \(nkrf.no\)](#)

www.orkland.kommune.no

www.ssb.no

www.revisjonmidtnorge.no/prosjekter

www.kompetansebroen.no

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene

www.legeforeningen.no

Interne dokumenter Orkland kommune

- Kvalitetsmelding for Helse- og mestringstjenestene (2022 og 2023)
- ROS-analyse Hjemmetjenesten og institusjon, Orkland kommune (2023)
- Resultater fra brukerundersøkelse besvart av beboere og pårørende ved de fire enhetene med institusjonsplasser (2022)
- Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte i anledning tjenesteutredning, Helse og mestring (2023)
- Temaplan «Kompetanse og heltid», Orkland kommune
- Virksomhetsplaner for de fire enhetene
- Rutiner for ernæring og legemidelhåndtering
- Søknadsskjema «Søknad om helse- og omsorgstjenester», Orkland kommune
- Tildelingskontorets maler for vedtak
- Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester Orkland kommune, del om sykehjem/institusjon/HDO-bolig
- Kartleggings skjema (IPLOS)
- Skjema «Første vurderingsbesøk i hjemmet eller på institusjon»

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:

Kilder:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forvaltningsloven
- Legemiddeloven
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016)
- Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften
- Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinerom, norske sykehusfarmasøytters forening (2020)
- Temaplan «kompetanse og heltid», Orkland kommune
- www.orkland.kommune.no

System for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjon

Problemstillingen om system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjon deles inn i undertema. Revisjonskriteriene utledes og presenteres for hvert av disse temaene.

Internkontroll

Kvalitetssystem og prosedyrer

Bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten har som formål å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.» (§ 1)

Videre, står det i § 3 at «den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.»

Et slikt styringssystem er ifølge forskriften § 4 et system «som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.»

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier at

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

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

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov.»

Utlede kriterium:

- Kommunen skal ha et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte beboer ved institusjonene blir ivaretatt.

Risikovurderinger

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

Videre i forskriften § 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 utdyper 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:

- Ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av regelverk.
- Ledelsen ved institusjonene skal planlegge hvordan risiko kan minimeres.

Avvikshåndtering

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

Dette kravet betinger at virksomheten har et system for å melde inn avvik og at det er lagt til rette for at ansatte kan melde avvik. Veileder til forskriften utdyper dette slik:

«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.

En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.»

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 e står at plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å «gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at liknende forhold kan forebygges.» Veileder til denne forskriften utdyper at «øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser.»

Utleddet kriterium:

- Ledelsen ved enhetene skal ha oversikt over avvik ved institusjonene, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

Bemanning og kompetanse

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

Videre skriver forskriften i § 7 b at kommunen plikter å «sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant

regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.» Veileder til forskriften sier at «det er øverste leders ansvar å sørge for at det er etablert et system for å sikre nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeiderne.»

Fra Orkland kommunes arbeidsgiverpolitikk: «Hele og faste stillinger er et grunnprinsipp og skal følges opp med tiltak som fremmer heltidskultur.»

Utlede kriterier:

- Kommunen/ledelsen ved institusjonene skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, herunder: kommunen skal ha utarbeidet kompetanseplan.
- Kommunen skal satse på heltidskultur.

Helse- og omsorgstjenester på institusjon

Problemstillingen om helse- og omsorgstjenester på institusjon deles inn i fem undertema. Revisjonskriteriene utledes og presenteres for hvert av disse temaene.

Kartlegging og tildeling av tjenester

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

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

I henhold til § 3- 2 andre ledd skal kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

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

Når et hjelpebehov blir kjent, enten gjennom søknad eller melding om hjelpebehov, så må kommunen foreta saksbehandling. For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8 (herunder sykehjem/institusjon) gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Etter forvaltningsloven § 17 har kommunen en plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunen må derfor sikre at de har tilstrekkelige opplysninger for at saken kan avgjøres på faglig forsvarlig måte.

Forvaltningslovens regler for enkeltvedtak er beskrevet i forvaltningsloven kapittel V: Et enkeltvedtak skal være skriftlig (§ 23) og grunngitt (§ 24). I begrunnelsen skal det vises til de regler vedtaket bygger på og de faktiske forhold som ligger til grunn (§ 25). Det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage, samt retten (etter § 18, jfr. § 19) til å se sakens dokumenter (§ 27).

På kommunens hjemmeside¹⁵, under Sykehjem- langtidsopphold, refereres det til kriterier/vilkår for tildeling av sykehjemsplass; «Kommunen skal ha en egen forskrift med kriteriene for tildeling av plass på sykehjem.»

Utlede kriterier:

- Kommunen skal ha egen forskrift for tildeling av plass på sykehjem-langtidsopphold.
- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal sikre at søkernes hjelpebehov utredes/kartlegges.
- Kommunen skal fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester ved institusjon. Vedtaket skal være i tråd med forvaltningslovens regler for enkeltvedtak.

Bruker- og pårørendemedvirkning

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» (herunder sykehjem/ institusjon).

¹⁵ <https://www.orkland.kommune.no/sykehjem-langtidsopphold.507036.29t15d53.tct.html>

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd (tredje kulepunkt), sier følgende:

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

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

Fra dette kravet utleder vi at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene presiserer kommunens plikter når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. I § 7e står det at den som har ansvar for virksomheten skal «sørge for å gjøre bruk av erfaringer av pasienter, brukere og pårørende». 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.

Utlede kriterier:

- Tjenestetilbudet ved institusjon skal utformes i samarbeid med beboer og/eller pårørende.
- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra pasienter, beboere, brukere og pårørende og anvende dette i arbeidet med utvikling av tjenestene.

Aktivitetstilbud

Etter kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester § 3 skal kommunen utarbeide prosedyrer for å sikre at brukere får tilfredsstillende grunnleggende behov, herunder

- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Fra dette kravet utleder vi at kommunen skal sikre at sykehjemsbeboeren for dekt sine sosiale behov.

Utlede kriterium:

- Kommunen skal sikre at institusjonsbeboere får dekt sine sosiale behov i form av varierte og tilpassede aktiviteter.

Ernæring

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier at kommunen skal «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.»

Hva som kan forstås som grunnleggende behov, er eksemplifisert i punktliste i paragrafens andre ledd. To punkt viser til ernæring:

- «fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise»

Fra kravet om utarbeidelse av skriftlig nedfelte prosedyrer, utleder vi at institusjonen skal sikre at disse behovene dekkes.

Utlede kriterier:

- Institusjonene skal ha rutiner som sikrer tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i mat for sine beboere.
- Institusjonene skal tilby tilpasset hjelp ved måltider.

Legemiddelhåndtering (oppbevaring, opplegg og utdeling, håndtering av A- og B-preparater)

Oppbevaring

Legemiddeloven § 29 sier at «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 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».

Videre: «For å sikre ro i arbeidet på medisinrommet, samt at uvedkommende ikke får tilgang til legemiddellageret skal døren til medisinrommet alltid holdes låst. (...) rommet bør ikke være et gjennomgangsrom med flere dører.»

Når det gjelder temperatur kommer det frem av veilederen at det er viktig at medisin oppbevares i romtemperatur, med unntak av noen legemidler som skal oppbevares kjølig (i kjøleskap). Det står følgende: «Legemidler skal normalt oppbevares ved temperatur 15-25 grader celsius. Av hensyn til arbeidsmiljø anbefales imidlertid temperatur på 20-23 på medisinrommet.»

Det bør videre finnes en vask tilgjengelig for å opprettholde håndhygiene: «Det bør være håndvask tilgjengelig med vegghengt såpedispenser, papirhåndklær, spritdispenser og hanskestativ tilgjengelig i rommet.»

I kommentarene til legemiddelhåndteringsforskriften § 8 Avfallshåndtering står det følgende: «Legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og utstyr som er brukt skal håndteres i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering.» Dette betyr at kommunen må ha system for kassering av legemidler, og utføre dette i praksis.

I Norske Sykehusfarmasøytters Forening veileder *Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom* står det følgende i punkt 4.5 om lagringsplass: «For å sikre optimalt renhold bør det ikke oppbevares esker eller utstyr på gulvet på medisinrommet.» Ifølge «Konsensusbaserte standarder for beste praksis i legemiddelhåndtering tabell 2» utgitt av Sykepleien bør ukentlige rutiner på medisinrommet omfatte vask av dosetter.

Opplegg og utdeling

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 sier følgende om krav til istandgjøring og utdeling av legemiddel: «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.»

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, herunder 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.

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.»

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. Det skal være oversikt over beholdningen av B-preparater ved sykehjemmene eller avdelingene. Beholdningen skal sammenholdes med faktisk bruk.

Utlede kriterier:

Oppbevaring av legemidler og krav til medisinerom

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha et system for kassering av legemidler som håndterer legemidlene som risikoavfall.

- Det bør være regelmessig renhold av medisinrommet.
- Dosetter bør rengjøres ukentlig.
- Håndvask bør være tilgjengelig.
- Medisinrommet bør være stort nok til at to ansatte har plass til å utføre medisinopplegg.
- Det bør være tilrettelagt for at medisiner kan oppbevares ved anbefalt temperatur og skjermet for direkte sollys, ved for eksempel tilgang til kjøleskap, solskjerming, termometer og god ventilasjon.

Opplegg og utdeling

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

Håndtering av A- og B-preparater

- A-preparater skal oppbevares forsvarlig.
- Det skal føres narkotikaregnskap for A-preparater ved institusjonene.
- Institusjonene skal ha oversikt over mottak og uttak av B-preparat.
- Beholdningen av B-preparat skal sammenholdes med bruk ved institusjonene.

VEDLEGG 2 – UTTALELSE

Hei,

Revisjonsrapporten gir et godt innblikk i hvordan internkontrollen i tjenesten påvirker kvalitet på leveransen. Rapporten peker på konkrete områder for forbedring og gjenspeiler godt det inntrykk vi har av denne tjenesten. Det beskrives derimot i liten grad eksplisitt hvilke institusjoner der hvor kvalitet og forsvarlighet er utfordret.

I rapporten er det beskrevet at det er kun ved Meldal helsetun at det er avsatt ressurser til aktivtør. Det er også avsatt ressurser til aktivtør på Orkdal helsetun. Ressursen er knyttet til dagsenteret, men de har også aktiviteter for "husets" beboere.

Med hilsen

Kristin Wangen
Kommunedirektør

Orkland kommune - www.orkland.kommune.no
Telefon: 934 92 315 - Sentralbord: 72 46 73 00
E-post: kristin.wangen@orkland.kommune.no



**ORKLAND
KOMMUNE**

*E-post til/fra kommunen er offentlig. Bevaringsverdig e-post arkiveres og blir synlig på [postlista](#).
Orkland kommune tar ansvar for en bærekraftig utvikling. Vi er sertifisert etter ordningen [miljøfyrtårn](#).*



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no