

Hjemmetjenesten

Melhus kommune

Forvaltningsrevisjon



1 FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Melhus kommunes kontrollutvalg i perioden juni - november 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, 21.11.24

Tor Arne Stubbe

Oppdragsansvarlig revisor

Trine Holter

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Melhus kommune bestilte 25. april (sak 17/24) en forvaltningsrevisjon knyttet hjemmetjenesten. Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

- 1. Hvilke saksbehandlingsrutiner har kommunen for vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og i hvilken grad er disse rutinene tilfredsstillende?*
 - Søknadssystem
 - Kartlegging/ kartleggingsverktøy
 - Vurderingskriterium for tildeling
 - Dokumentasjon
 - Enkeltvedtak
 - Evaluering
- 2. Hvordan sikrer kommunen tilstrekkelig kvalitet i sine hjemmetjenester?*
 - Brukermedvirkning
 - Ernæring
 - Korrekt legemiddelhåndtering
 - Kompetanseplan og kompetansekartlegging

Revisor har basert vurderingene i rapporten på et bredt datamateriale bestående av skriftlig dokumentasjon, intervju med ansatte, gjennomgang av tilfeldig utvalgte journaler og observasjon på medisinrom.

Revisor konkluderer på den første problemstillingen at Melhus kommune i all hovedsak har etablert gode saksbehandlingsrutiner for vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester og at disse i stor grad er tilfredsstillende og i tråd med utvalgte krav og målsettinger. Kommunen er aktive i informasjonsarbeidet om hvilke tjenester som fins, søknadene finnes både som fysiske og digitale skjema. Alle får tilbud om hjelp til å fylle ut søknadskjema.

Alle førstegangssøkere får tjenestebehov kartlagt ved hjelp av et felles kartleggingsverktøy. Bruker av hjemmetjenester skal re-kartlegges to ganger i året, men dette ser ut til ikke rutinemessig å bli gjennomført. Søknad om hjemmetjenester blir behandlet ut fra en standardmal og det blir fattet enkeltvedtak for alle søknadene. Tjenestetilbudet blir gjennom den daglige kontakten regelmessig evaluert, og i en del tilfelle justert, av hjemmetjenesten. I andre tilfeller vil informasjon fra lege, spesialisthelsetjenesten eller pårørende kunne føre til tilpasning av tilbud.

Revisor fant at det i noen tilfeller mangler i dokumentasjon på grunnlaget for det tjenestetilbudet som blir gitt til enkelte pasienter. Det er også et etterslep når det gjelder å oppdatere vedtak når tjenestetilbudet blir endra som følge av re-kartlegging av behov.

Revisor konkluderer på den andre problemstillingen at Melhus kommune til dels sikrer tilstrekkelig kvalitet i sine hjemmetjenester. Kommunen gjennomfører på overordnet nivå rutinemessige brukerundersøkelser hvert annet år, men det er vanskelig å se hvordan informasjonen fra disse blir brukt.

Journalgjennomgang viser at det ikke blir gjennomført rutinemessige samtaler med pårørende, men informasjon fra intervjuene tyder på at hjemmetjenesten er sterke på direktekommunikasjon med brukerne i hverdagen.

Hjemmetjenesten har ingen praksis for å veie alle brukere, men brukere som har vektendring som varer over tid, blir rutinemessig veid. Brukerne av hjemmetjenesten får aktiv veiledning når det gjelder ernæring, kosthold og livsstil.

Alle sonene oppbevarer medikamentene i låste rom og det er alltid kvalifisert personell som gjennomfører medikamenthåndteringen. Revisor fant flere avvik på signering for kontroll av medikamenter. Ingen av sonene hadde et fullstendig regnskap over beholdningen av A-preparat eller en fullstendig oversikt over B-preparat. Ved samtlige soner finnes depotlager med medisin som ikke blir returnert til apotek.

Hjemmetjenesten i Melhus kommune har en fullstendig kompetanseoversikt over de ansatte og de ansatte blir i stor grad tilbudt kompetansehevende kurs. I noen tilfeller blir ansatte tilbudt etter- og videreutdanning. Kommunen gir enkeltansatte tilbud om finansiering av utdanning mot at den ansatte forplikter seg til å arbeide ved kommunen en viss periode i etterkant.

Anbefalinger

Revisor anbefaler at Melhus kommune følger opp følgende punkter:

- Sørge for at all re-kartlegging blir dokumentert i journal
- Sørge for at vedtak blir oppdatert i tråd med dette er reelle tjenestetilbudet bruker har
- Fokuserer aktivt på brukermedvirkning både på overordnet- og individnivå
- Etablerer rutiner for pårørendesamtaler.
- Etablerer rutiner for registrering av primærkontakt.
- Utarbeide rutiner for arbeid med fokus på ernæringsarbeid.
- Heve kompetanse på fagområdet ernæring.
- Utarbeide felles kommuneinterne rutiner for arbeidet med medikamenthåndtering

Et utkast til rapport ble sendt rådmannen til uttalelse. Rådmannens uttalelse ligger som vedlegg 2. Endringer som er gjort som følge av uttalelsen, er omtalt i kapittel 1.6.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag	4
INNHALDSFORTEGNELSE	6
1. Innledning	7
1.1. Bestilling	7
1.2. Problemstillinger	7
1.3. Avgrensing	8
1.4. Hjemmetjenesten i Melhus kommune	8
1.5. Metode	10
1.6. Uttalelse om rapport	13
2. TILDELING AV TJENESTER FRA HJEMMETJENESTEN	15
2.1. Problemstilling	15
2.2. Revisjonskriterier	15
2.3. Data	15
2.3.1. Søknadsprosess	15
2.3.2. Kartlegging	17
2.3.3. Vedtak og evaluering av vedtak	18
2.4. Konklusjon	19
2.5. Anbefalinger	19
3. KVALITET I HJEMMETJENESTEN	20
3.1. Problemstilling	20
3.2. Revisjonskriterier	20
3.3. Data	21
3.3.1. Kommunikasjon mellom brukere, pårørende og tjenesteyter	21
3.3.2. Ernæring	22
3.3.3. Legemiddelhåndtering	24
3.3.4. Kompetanseplan og –kartlegging	29
3.4. Konklusjon	31
3.5. Anbefaling	31
Kilder	32
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	34
Vedlegg 2 – Uttalelse	43

1. INNLEDNING

1.1. Bestilling

Kontrollutvalget (KU) i Melhus kommune har bestilt forvaltningsrevisjon med tema hjemmetjeneste. Bestillingen er gjort med bakgrunn i Plan for forvaltningsrevisjon 2019-2023. Revisjon Midt-Norge presenterte i KU-møte 25. april (sak 17/24) en prosjektplan med to alternative problemstillinger for revisjonen. KU vedtok en problemstilling som ser på de formelle sidene ved tjenesten som blir gitt av hjemmetjenesten. Brukermedvirkning er lagt inn som del av problemstillingen.

Revisjonsrapporten ser på handlingsforløpet fra søknad om helse- og omsorgstjenester blir levert, saksbehandlet og vedtak om tildeling av tjenester blir gjort av helse- og velferdskontoret. Revisjonen ser også på om tildelte tjenester tilfredsstillende krav til kvalitet basert på standard som ligger i lov- og regelverk. Brukerperspektivet ble etter diskusjon i møtet tatt inn i problemstillingen.

1.2. Problemstillinger

Revisor har undersøkt følgende to problemstillinger i rapporten:

Hvilke saksbehandlingsrutiner har kommunen for vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og i hvilken grad er disse rutinene tilfredsstillende?

- Søknadssystem
- Kartlegging/ kartleggingsverktøy
- Vurderingskriterium for tildeling
- Dokumentasjon
- Enkeltvedtak
- Evaluering

Hvordan sikrer kommunen tilstrekkelig kvalitet i sine hjemmetjenester?

- Brukermedvirkning
- Ernæring
- Korrekt legemiddelhåndtering
- Kompetanseplan og kompetansekartlegging

1.3. Avgrensning

Revisjonen vil se på tilbudet for alle aldersgrupper som får tjenester fra hjemmetjenesten, ikke bare de eldre brukerne. Bestillinga fra kontrollutvalget er avgrensa til å se på tjenester gitt til brukere som bor i sine private hjem og ser ikke på tjenester gitt til beboere i omsorgsbolig eller bofellesskap. Revisor har ikke vært på besøk hjemme hos brukere. Rapporten ser ikke på øvrige helse- og omsorgstjenester i Melhus kommune.

Revisor har ikke sett på det konkrete innholdet i vedtak eller om tjenestene blir gitt i tråd med vedtak. Et av vurderingskriteriene er at kommunen skal ha narkotikaregnskap. Revisor har ikke gått inn og sett på konkret på regnskapene, det er kun gjort en vurdering av om regnskap finnes. Vi går under problemstillingen om kompetansekartlegging og kompetanseplan ikke inn på spørsmål som kompetansemangel eller rekruttering i kommunen.

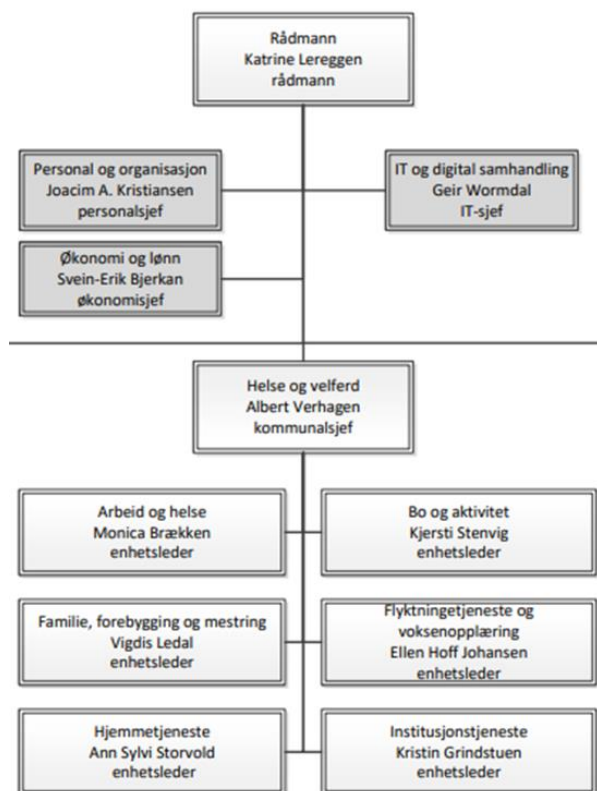
Melhus kommune innførte det elektroniske journalsystemet Helseplattformen våren 2024. Det er brukt store økonomiske og personalmessige ressurser på opplæring og implementering. Revisjonen ble gjennomført i implementeringsperioden. Innføring av nytt journalsystem preger arbeidshverdagen og Helseplattformen ble nevnt i alle intervjuene. Det ligger ikke i bestillingen fra KU å se på journalsystemet spesielt og det blir derfor ikke tematisert som et separat punkt i analysen.

1.4. Hjemmetjenesten i Melhus kommune

Melhus kommune har i de siste årene hatt uvanlig stor økning i brukere av omsorgstjenester, både sett i forhold til lignende kommuner, nabokommuner og landsgjennomsnitt. Det er i dag 523 brukere som mottar tjenester fra hjemmetjenesten. Kommunen har i flere år jobbet med prosjektet «Hundre år i eget hjem»¹. Målet har vært å bygge ut og å organisere tjenesten på en måte som gjør at innbyggerne kan få tjenester i hjemmet, i omsorgsleilighet eller i bofellesskap i stedet for å flytte til institusjon.

Hjemmetjenesten er i organisasjonskartet plassert under ansvarsområdet til kommunalsjef helse og velferd. Tjenesten er delt i tre geografiske soner og har base på helse- og omsorgssentrene. Det er ansatt avdelingsleder ved hver sone.

¹ [Hundre år i eget hjem - Melhus kommune](#)



Figur 1. Organisasjonskart med oversikt over helse og velferd (kilde [Hjem - Melhus kommune](#))

Leder av hjemmetjenesten forteller at det er i overkant av 700 personer som mottar hjemmetjenester i Melhus kommune. Brukerne er spredt over hele kommunen og hjemmetjenesten er derfor inndelt i tre soner. Nedre Melhus har 267 hjemmeboende brukere, Horg/Flå har 121 og Hølonda har 60 brukere. Nedre Melhus, Horg og Hølonda har alltid hatt en egen sone for hjemmetjenesten. Hølonda hadde tidligere institusjonstjenester, men er nå en hjemmetjeneste med både hjemmeboende brukere og pasienter som bor i bofellesskap. Bofellesskapet faller ikke inn under tradisjonell sykehjemsdrift. Tjenestebehovet varierer innenfor brukergruppa.

Kommunen etablerte sommeren 2024 et prøveprosjekt med to ambulante sykepleierteam som kan gi tjenester på natt i hele Melhus kommune. Teamet består av 5 stillinger. Det ene teamet ambulerer i distriktene og det andre er stedlig på Buen helse- og omsorgssenter. Avdelingslederne hadde tidligere ansvar for søknadshandlingen. Melhus kommune opprettet i 2017 et sentralt helse- og velferdskontor (HVK) som behandler og tildeler alle helse-, velferds- og omsorgstjenester i kommunen. Ved å sentralisere behandling av søknad om tildeling av tjenester, er målet å sikre at alle kommunens innbyggere får lik tilgang på de ulike tjenestene. Det er også et mål å sikre at bruker aktivt kan bidra til å bestemme innhold og utforming av tjenestene.

HVK er tverrfaglig sammensatt. Her jobber blant annet sykepleier, fysio- og ergoterapeut, sosionom og barnehagelærer. Kontoret består av innsats- og hukommelsesteam, team for barn og unge i alderen 0- 26 år og voksteam fra 26 år og oppover. I tillegg er kommunens barnekoordinator og e-meldingsansvarlig i Helseplattformen ansatt ved HVK. Kundemottaket har ansvar for kontakt ut mot innbyggere. Innsatsteam arrangerer forebyggende møter og HVK er aktive i bruk av kommunens hjemmeside. Alle ansatte skal kunne saksbehandle alle typer søknader.

1.5. Metode

Vi har brukt ulike metoder for å samle inn data til denne forvaltningsrevisjonen.

Intervju

Rådmann, kommunalsjef helse og velferd og leder av hjemmetjenesten deltok i et digitalt oppstartsmøte. Formålet med oppstartsmøte er både å gi informasjon om prosjektet, avklare spørsmål og faktorer som er med på å legge rammene for prosjektet og å gjøre avklaringer om hva revisor trenger av praktisk bistand i prosjektet. Leder av hjemmetjenesten (HTJ) ble i møtet utpekt som kontaktperson og har bistått med praktisk tilrettelegging av prosjektet.

Totalt ble 12 personer intervjuet. Leder av hjemmetjenesten, avdelingslederne ved de tre sonene, leder av helse- og velferdskontoret (HVK) og saksbehandler ved HVK ble intervjuet. I tillegg ble fagansvarlig sykepleier, sykepleier med spesielt ansvar for medisinerom samt plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og medlemmer fra Fagforbundet (FF) og Norsk sykepleierforbund (NSF) intervjuet. Vi snakket også med noen plassverneombud.

Vi har et bredt intervjumateriale med informanter som har ulike oppgaver og ulike funksjoner i driften av hjemmetjenesten og det totale materialet gir revisor mulighet til å belyse problemstillingene fra flere ulike synsvinkler. Alle disse intervjuene ble gjennomført fysisk. Informantene har, i noen tilfeller med korreksjoner, godkjent referatene og det er disse versjonene som ligg til grunn for analysen.

Brukerundersøkelser

Melhus kommune gjennomfører brukerundersøkelser hvert annet år. Det ble på grunn av pandemien ikke gjennomført brukerundersøkelse i 2021. Revisor har fått tilsendt en kvantitativ undersøkelse gjort 2019 og 2023. Spørreskjema er hentet fra Bedre Kommune og blir brukt nasjonalt. Skjema inneholder både spørsmål om hvilke tjenester bruker får og hvordan de opplever at tjenestene fungerer i forhold til deres behov. Brukerundersøkelser kan være verdifulle både for å få innblikk i brukers perspektiv og for å sikre brukermedvirkning. Svarprosent på undersøkelsene ligger på 10-15 prosent.

Dokumentgjennomgang

Det ligger en større mengde skriftlig dokumentasjon til grunn for analysen. I tillegg til interne retningslinjer og saksbehandlingsrutiner for hjemmetjenesten, har vi sett på bl.a. retningslinjer for tildeling av tjenester, kartleggingsverktøy og strategisk kompetansekartlegging for Melhus kommune. Dette er sentrale styringsdokument for kommunen og inneholder informasjon over hvilke tjenester kommunen skal gi, hvordan de skal bli gitt og til en viss grad også i hvilket omfang tjenestene skal bli gitt. Dokumentene vil til en viss grad også inneholde føringer lagt fra politisk hold. En fullstendig oversikt over den skriftlige dokumentasjonen ligger i kildeliste.

Observasjon

Revisor har besøkt alle de tre sonene og gjort observasjon på medisinerrommet i forbindelse med legemiddelhåndtering. Målet med observasjon er å se hvordan arbeidet blir strukturert og organisert i det daglige og gir mulighet til å få bekreftet eller avkreftet informasjon innhentet fra andre kilder. Observasjonen var avtalt i forkant for å sikre at det var noen til stede på medisinerrommet. Besøket avtalt i forkant kan gi en fare for at rom kan bli ryddet og organisert på en annen måte enn det det egentlig er i arbeidshverdagen. Revisor har imidlertid ingen grunn til å tro at dette hadde skjedd i dette tilfellet. Det var to revisorer til stede under observasjonen og det ble gjort notater opp mot kontrollpunkt definert i forkant besøket. Det ble i tillegg tatt bilder og gjennomført samtaler med de ansatte som var til stede.

Journalgjennomgang

Det ble gjort stikkprøver av totalt 16 tilfeldig valgte journaler fra hjemmeboende pasienter. Revisor ba om å få se journaler til pasienter fra alle sonene som har aktive tjenester utover for

eksempel trygghetsalarm eller ren medikamentadministrasjon. Det ble ikke lagt føringer på aldersspredning og pasientgruppen som er representert i utvalget er fra omtrent 50 år og eldre. Det gjør at journaler for yngre pasienter ikke ble inkludert. Dataen fra journalgjennomgangen representerer uansett et så lite utvalg at det ikke er mulig å generalisere funnene og vår vurdering er at denne mangelen likevel ikke svekker datamaterialet totalt sett.

Under gjennomgangen kontrollerte revisor på seks ulike punkt som må være oppfylt for å møte krav om kvalitet til god helsehjelp i lov, forskrift og anbefalinger. Nedre Melhus har flest brukere av hjemmetjenesten og det ble derfor gjennomgått flest journaler fra denne sonen. En ansatt tok opp journalene slik at revisor kunne føre systematiske notater i henhold til kontrollskjema og gjøre avklaringer undervegs. Utvalget av journaler er ikke stort nok til å kunne generalisere, men gir supplerende opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte informasjon gitt i intervju.

Vurdering av metode

Kommunen gjennomfører brukerundersøkelser, men skjemaet er utformet på en måte som gjør dataen vanskelig å tolke. Det er også liten svarprosent. Resultatene fra undersøkelsen er derfor ikke tatt inn som en sentral del i analysen.

Det finnes ingen brukerutvalg for hjemmeboende og revisor kan ikke se at det er noe omfattende nettverkssamarbeid på brukermedvirkningssiden. Å rekruttere informanter fra bruker- eller interesseorganisasjoner er både tids- og ressurskrevende. Revisor har vurdert det som usikkert om ytterligere datainnsamling vil gi nok ny og relevant informasjon til at det lar seg forsvare innenfor den begrensede ressursrammen prosjektet har. Pleier og bruker blir godt kjente med hverandre både i pleiesituasjonen og gjennom hverdags samtalen. Vår vurdering er at brukerperspektivet blir godt ivaretatt med eksisterende intervjudata og funn fra journalgjennomgangen.

Revisjonen i Melhus ble gjennomført samtidig som innføring av og opplæring i Helseplattformen. Flere informanter sa at perioden med innføring av det nye journalsystemet har preget arbeidshverdagen og at revisjonen derfor ikke ble gjort i en normalsituasjon. Det er vanskelig å si i hvor stor grad dette vil prege informasjonen som kommer fram i intervjuene og om datamaterialet hadde sett annerledes ut om revisjonen ble gjort på et senere tidspunkt.

Analysen er basert på den kunnskapen og informasjonen revisor hadde tilgjengelig på det tidspunktet rapporten ble ferdigstilt. Det ble ansatt fagansvarlige sykepleiere ved to av sonene i tiden rundt datainnsamlingen, dette kan gi endringer i måten arbeidet blir organisert på. Det ble fortalt at det er planlagt å utarbeide felles rutiner for medikamenthåndtering i alle tre sonene og kommunefarmasøyt skal tilbake til operativ stilling.

Det er undervegs i analysearbeidet gjort noen avklaringer med enhets- og avdelingsledere. Revisor vurderer at datamaterialet totalt sett gir et bredt og godt grunnlag for å belyse problemstillingene som ligger i bestillingen fra kontrollutvalget.

1.6. Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til rådmannen for uttalelse 13.11. 2024. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 19.11.2024. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

De fleste kommentarene er språklig korrektur og rydding i begrepsbruk. Disse er rettet opp. I tillegg er det gjort avklaringer og tydeliggjøringer av noen punkt i teksten. Ingen av disse endrer konklusjoner eller anbefalinger.

Det står i uttalelsen at:

s.11, under vurdering av metode: *"Kommunen har ikke etablert et aktivt samarbeid med frivillige organisasjoner som Røde Kors, eldreråd eller demensforeningen."* Dette er vel feilinformasjon. Hukommelsesteam samarbeider eksempelvis med demensforeningen om demensvennlig samfunn og pårørendeskole, og kommunen har skrevet samarbeidsavtale med Røde Kors om besøksvenn. Demensforeningen har tiltaket aktivitetsvenn. Eldrerådet er vel aktivt?

Kommunen hadde i forkant av revisjonen signert avtale om besøksvenn med Røde kors og det er et samarbeid med demensforeningen, men revisor kan ikke se at det er etablert noe større nettverk innenfor brukermedvirkning. Konklusjonen blir stående uendret.

Det står i uttalelsen at:

Tjenesten kjenner seg ikke helt igjen at det er lite fokus på ernæring. Men ser forbedringspotensialet i bruk av kartleggingsskjema i HP. Sonene har et nært samarbeid med institusjonens kjøkken, institusjonskokker ved alle tre soner.

Det er lagt inn i analysen en setning om forbedringspotensialet i bruken av flytskjema for ernæring i Helseplattformen. Det tette samarbeidet mellom hjemmetjenesten og kommunens institusjonskjøkken er tydeliggjort. Analysen i bolken om ernæring er ellers basert på informasjon fra intervju og funn fra journalgjennomgangen. Konklusjonen blir stående uendret.

Det står i uttalelsen at:

Avdelingen (Horg) kjenner seg ikke igjen i revisjonens vurdering på at signering av kontroll av multidose og dobbelt signatur for kontroll av dosetter er mangelfull. Ser forbedringspotensialet med elektronisk signering.

Sonene har ulik praksis når det kommer til medikamentkontroll og en sone har flere avvik enn de andre. Revisor har valgt å presentere funn sett under ett og ikke kommentere funn for den enkelte sonen separat. Teksten er derfor ikke endret på dette punktet.

2. TILDELING AV TJENESTER FRA HJEMMETJENESTEN

2.1. Problemstilling

Har kommunen saksbehandlingsrutiner for vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, og i hvilken grad er disse rutinene tilfredsstillende?

- Søknadssystem
- Kartlegging og dokumentasjon av kartlegging
- Vurderingskriterium for tildeling
- Enkeltvedtak
- Evaluering

2.2. Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er basert på krav i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) og nasjonale faglige retningslinjer. Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpetiltak til den enkelte søker skal kartlegges
- Kommunen skal fatte skriftlige vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester
- Tjenestetilbudet skal regelmessig bli evaluert og eventuelt justert ved endret behov hos bruker

Utleddning av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

2.3. Data

Dette kapitlet ser på gangen fra bruker leverer søknad om å få hjemmetjenester, prosessen med behandling av søknaden og frem til helse og velferdskontoret har fattet endelig vedtak.

2.3.1. Søknadsprosess

Både innbyggerne, pårørende og lege kan sende inn søknad om tjenester fra hjemmetjenesten til helse- og velferdskontoret. Det kan også bli opprettet søknad med bakgrunn i

bekymringsmeldinger. I tilfeller der hjemmetjenesten kjenner søker fra før, kan de melde om de ser at det er behov for å styrke eller legge til flere tjenester.

Det kan bli søkt om tjenester enten ved muntlig henvendelse til HVK, ved hjelp av fysiske skjema eller gjennom digital søknad. Ved muntlig henvendelse kan HVK hjelpe søker med å fylle ut skjema. Disse søknadene blir skriftliggjort og registrert på samme måte som digitale søknader. Det digitale søknadsskjema for helse-, velferds- og omsorgstjenester ligger på hjemmesiden til Melhus kommune. Søker må logge inn i skjema ved hjelp av bankID. Skjema inneholder spørsmål om personopplysninger, boforhold, helseopplysninger og søkers egen beskrivelse av hjelpebehov.

HVK utvidet åpnings- og telefontid under pandemien for å gjøre tjenestene mer tilgjengelig for innbyggerne. Det ble også satset aktivt på å gi informasjon ved hjelp av hjemmesidene til kommunen. Ved å skrive «helse og velferd» i søkefeltet, får man opp alle de ulike tjenestene som ligger under dette tjenesteområdet. Informasjon om helse- og velferdskontoret kommer opp som egen fane, hjemmetjenesten ligger under fanen «Tjenester i hjemmet». En avdelingsleder sa at enkelte innbyggere mener at et sentralt søknadskontor som ligger i en annen del av kommunen blir fjernt fra deres hverdag og at de opplever at deres interesser ikke blir ivarettatt på samme måte som da avdelingslederne gjorde saksbehandlingen. I noen tilfeller hjelper hjemmetjenesten søker med å komme i kontakt med HVK.

Revisor har fått tilsendt interne retningslinjer og saksbehandlingsregler sånn blir brukt av helse- og velferdskontoret. Dokumentet inneholder en fullstendig gjennomgang av rutiner for mottak av søknad, prioriteringsnøkkel for tildeling, kartleggingsprosedyrer, rutiner for bruk av kartleggingsverktøyet IPLOS, beskrivelse av vedtakspraksis, utsendelse av skriftlige enkeltvedtak og rutiner for saksbehandling av klager på enkeltvedtak.

De ansatte ved HVK forteller at de bruker mye tid på veiledning både av søkere og pårørende. Søker skal ha mulighet til å uttale seg om hvordan de vurderer sin situasjon og sine behov. Pårørende skal også bli hørt.

Revisors vurdering

Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester

Revisor vurderer kriteriet om å legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester som oppfylt. Vurderingen er gjort med bakgrunn i at kommunen har samlet fagmiljøet ved et kontor der all søknadsbehandling på dette tjenesteområdet blir gjort etter

samme mal, alle innbyggerne får identisk informasjon og alle får samme tilbud om hjelp til å fylle ut søknaden.

2.3.2. Kartlegging

Det skal alltid gjennomføres kartleggingsbesøk til nye og ukjente søkere. Det er innsatsteam og/eller hukommelsesteam som ofte gjennomfører disse besøkene. I enkelte tilfeller blir det vurdert som mer hensiktsmessig at innsats- eller hukommelsesteamet tar oppdraget. I tilfeller der det er snakk om enkle tiltak, som for eksempel tildeling av trygghetsalarm, blir det ikke alltid gjennomført noen større kartleggingsundersøkelser. I tilfeller der pasienten har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten eller St. Olav i forkant av at søknaden blir sendt, er det ofte allerede gjort kartlegging av søkers behov. Disse blir tatt inn som del av grunnlag for vurdering av søknaden.

IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) er et verktøy for å gjøre funksjonsvurdering av pasienten. Det er dette verktøyet det blir vist til når informantene snakker om kartlegging av søker. Her blir det gjort en vurdering av pasientens fysiske og kognitive funksjonsnivå. Det blir også sett på personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og gjort en vurdering av grad av behov for bistand og helsehjelp. Kommunen har et eget skjema som blir brukt i kartleggingen. Dette skjemaet inneholder alle sjekkpunktene fra IPLOS.

Tjenestebehov for alle tjenestemottakere skal vurderes minst en gang per år. Det skal da rutinemessig bli sendt statusrapport til HVK. Statusrapporten er som regel basert på hjemmetjenestens vurderinger, men også primærlege og spesialisthelsetjenesten gir vurderinger. Statusrapporten skal være kvalitetssikret av avdelingsleder i den sonen vedkommende tilhører.

Med ett enkelte unntak, viste journalgjennomgangen at det lå kartlegging til grunn for vedtak. Manglene i denne ene journalen, blir av informanten forklart med at det er vanskelig å gjennomføre kartleggingen på grunn av utfordringer i dialog med bruker.

Revisors vurdering

Hjelpebehov til den enkelte søker skal kartlegges

Revisor vurderer at kriteriet om kartlegging av den enkelte søkers hjelpebehov er oppfylt. Vurderingen er gjort med bakgrunnen i at førstegangssøkere alltid får hjemmebesøk der det blir gjort kartlegging av funksjonsnivå og helsetilstand. For kjente pasienter, kan

hjemmetjenesten gjennom hverdagsobservasjoner bidra med informasjon som blir brukt for å vurdere brukers hjelpebehov.

2.3.3. Vedtak og evaluering av vedtak

Revisor har fått tilsendt et omfattende dokument som punkt for punkt beskriver prosessen fra søker kontakter HVK for å levere søknad og fram til det blir fattet endelig vedtak. Vedtaket skal være basert på søknad, og eventuell annen dokumentasjon. Det blir gjennom vurderingsmøter ved HVK som fatter endelig vedtak om tildeling eller avslag på søknaden. Vedtak blir formulert i tråd med mål som inneholder en rekke formalkrav. Det skal for eksempel bli opplyst om klageadgang og tidsfrister. Alle journalene som ble gjennomgått inneholdt informasjon om dette. Vedtakene informerer om hvilke tjenester som er innvilget. Formuleringene i vedtakene er relativt generelle. Her blir det beskrevet hvilke tjenester som er innvilget, hvor ofte og et tentativt overslag på tid, uten at tjenesten er for detaljert beskrevet. Det er hjemmetjenesten som utformer det tjenestetilbudet innenfor de rammene vedtaket legger.

Om det blir observert funksjonsfall eller positiv endring, skal det bli gjort re-kartlegging. I noen tilfeller blir dette gjort av lege eller spesialisthelsetjenesten, for eksempel når det skal gjøres vurdering av tjenestemottakers samtykkekompetanse. I andre tilfeller kan re-kartleggingen bli gjort av hjemmetjenesten eller HVK. Det er vanlig praksis at hjemmetjeneste, innenfor visse grenser, kan justere tjenestetilbudet uten at HVK blir informert. Hjemmetjenesten gjør under besøk hos bruker kontinuerlige kartlegging og tilpasning av tjenestene. Eventuelle endringer blir ført i pasientens journal, men vil ofte ikke være formelt dokumentert som en re-kartlegging i form av skjema eller lignende.

I 1/4 av journalene viste det seg at det blir brukt mer tid hjemme hos pasienten enn det som ligger i tidsestimatet i vedtaket. Mange av vedtakene ligger tilbake i tid. Mangel på dokumentert re-kartlegging og formelle vedtak gjør at det reelle tilbudet ikke kommer fram i statistikk. Revisor har ikke gått inn i journaler for å se om vedkommende bruker får alle de tjenestene som ligger i vedtak og kan derfor ikke verifisere dette. Informanten sier at dette kan bety at pasienter i mange tilfeller får flere, ikke færre, tjenester enn det som ligger i opprinnelig vedtak og at det rent prinsipielt bør bli gjort en gjennomgang for å oppdatere slik at det er samsvar mellom vedtak og reelt tilbud.

Revisors vurdering

Tildelte tjenestene skal regelmessig bli evaluert og kommunen skal fatte skriftlige, oppdaterte vedtak

Revisor vurderer kriteriet om regelmessig evaluering som oppfylt. Revisor vurderer kriteriet om å fatte oppdaterte, skriftlige vedtak som delvis oppfylt. Vurderingen er gjort med bakgrunn i at hjemmetjenesten kontinuerlig gjør vurdering av tjenestemottakers hjelpebehov, at det foretas justeringer i hjelpen som ytes, og at det i majoriteten av journalene er samsvar mellom vedtak og tidsbruk til tjenesteyting. Kommunen har et forbedringspotensial knyttet til dokumentasjon av utført re-kartlegging og eventuelle justeringer i vedtak om helse- og omsorgstjenester.

2.4. Konklusjon

Melhus kommune har etablert gode rutiner og system for prosessen rundt søknad om tjenester fra hjemmetjenesten. Kompetansemiljøet er samlet ved helse- og velferdskontoret, og søknadene blir behandlet av tverrfaglige team. Det blir ved hjelp av et felles skjema gjort grundig kartlegging av behov til alle førstegangssøkere. Hjemmetjenesten gjør fortløpende vurderinger av vedkommendes behov og justerer til en viss grad tjenestene der de ser behovsendringer. Noen av disse justeringene blir gjort uten at HVK blir informert. Denne praksisen fører til at det i enkelte tilfeller mangler dokumentert re-kartlegging av behov, og at noen av vedtakene ikke er oppdaterte i forhold til det tilbudet bruker faktisk har.

2.5. Anbefalinger

Rådmann anbefales å:

- Sørge for at all re-kartlegging blir dokumentert i journal
- Sørge for at vedtak blir oppdatert i tråd med dette er reelle tjenestetilbudet bruker har

3. KVALITET I HJEMMETJENESTEN

3.1. Problemstilling

Sikrer kommunen tilstrekkelig kvalitet i sine hjemmetjenester?

- Brukermedvirkning
- Ernæring
- Korrekt legemiddelhandtering
- Kompetanseplan og kompetansekartlegging

3.2. Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er basert på krav i helse -og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) og nasjonale faglige retningslinjer. Følgende revisjonskriterium er utledet for denne problemstillinga:

- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra tjenestemottaker, pårørende og tjenesteytere
- Det skal bli gitt veiledning og tett faglig oppfølging for pasienter med ernæringsproblematikk
- Medisinrommet skal ha mulighet for temperaturkontroll og avtrekk
- Legemiddelhåndteringa skal utføres av kvalifisert personell
- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom der kun sertifisert personell har tilgang
- Det skal signeres for kontroll av legemidler
- Kommunen skal føre legemiddelregnskap for A- og B-preparater
- All restmedisin skal returneres til apotek
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- Kommunen skal tilby kompetanseheving

3.3. Data

3.3.1. Kommunikasjon mellom tjenestemottaker, pårørende og tjenesteyter

Brukermedvirkning blir av informantene definert som pasientens mulighet til å påvirke utforming og innhold i det tilbudet de skal få. De skal også få muligheten til å evaluere det tilbudet de blir gitt.

Melhus gjennomfører brukerundersøkelser hvert annet år og revisor har gjennomgått undersøkelsene fra 2019 og 2023. Brukerne kan selv fylle ut skjema eller få hjelp fra pårørende. De kan også få bistand fra ansatte ved en annen sone. 10-15 prosent av tjenestemottaker har svart og skjemaet inneholder relativt få spørsmål. Tendensen er at de som har svart, jevnt over er fornøyde med de tjenestene de får fra hjemmetjenesten.

De fleste ansatte som ble intervjuet, sa de visste at det ble gjennomført brukerundersøkelser, men at de ikke kunne huske at de hadde fått presentert resultatene i for eksempel personalmøter. Både ledere og de ansatte sa de var usikre på hvordan undersøkelsene blir brukt. Mange av informantene ytret at det ville vært nyttig informasjon å få og at det kan være et fint verktøy til å utvikle tjenesten til å bli enda bedre.

Kommunen har ikke etablert brukerråd for hjemmeboende pasienter og det er heller ikke etablert noe samarbeid mellom kommune og interesseorganisasjon eller pårørende. Kommunen har dermed på overordnet nivå ikke noen formell og direkte kommunikasjon mellom tjenesteyter og mottaker av tjenestene.

Hjemmetjenesten i Melhus har ingen fast rutine for å gjennomføre årlige møter mellom tjenesteyter, tjenestemottaker eller pårørende. I mange tilfeller tar pårørende initiativ til samtale med hjemmetjenesten. Kun en av de 16 gjennomgåtte journalene inneholder informasjon om gjennomført pårørendesamtale. Det blir stadig flere unge brukere og brukere med utenlandsk bakgrunn. Disse har ofte samarbeidsmøter som er dokumentert i journal. Flere av avdelingslederne sier de arbeider med å få rutiner for pårørendesamtaler på plass.

På individuelt nivå er hverdagskommunikasjonen en viktig del av brukermedvirkningen. De ansatte understreker at om tjenestemottaker og pleier kjenner hverandre vil det både gi pasienten trygghet og det vil legge et bedre grunnlag for å kunne gi gode helsetjenester. Gjennom samtaler med pasienten og evt. også de pårørende vil pleierne få mye informasjon om hvordan bruker har det, hvilke behov de har og om det er noe de ønsker å endre på. Eksempel på innspill kan være når på dagen ønsker å få besøk av hjemmetjenesten, at de ikke ønsker at pleiere av motsatt kjønn skal gjennomføre for eksempel intimstell eller hvilke matvaner de har.

Alle brukere skal få tildelt primær- og sekundærkontakt. Primærkontakten er helsefagarbeider og sekundærkontakt er enten syke- eller vernepleier. Navn på kontaktpersonene skal bli registrert i pasientens journal. Journalgjennomgangen viser at bare en av sonene har registrert denne informasjonen. En av de ansatte sa hun visste at pasientene i hjemmetjenesten i all hovedsak har fått oppnevnt primærkontakt og sa hun var overrasket over at denne informasjonen ikke er journalført. Flere ansatte sa at tidspress og begrensede ressurser gjør at de ansatte må prioritere mellom de ulike arbeidsoppgavene og at ajourføring av denne typen informasjon ofte blir nedprioriterte.

Revisors vurdering

Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra tjenestemottaker, pårørende og tjenesteytere

Revisor vurderer at kriteriet om innhenting av brukererfaringer på overordnet nivå til en viss grad er oppfylt. Vurderingen er basert på at Melhus gjennomfører regelmessige brukerundersøkelser. Kommunen har imidlertid et forbedringspotensial når det gjelder bruk av resultat fra disse undersøkelsene. Kommunen har også et forbedringspotensial når det gjelder å etablere nettverk med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Dette vil være et forum der både brukererfaringer og innspill i forhold til organisering og innhold i tjenestene vil komme fram.

Revisor vurderer at kriteriet om innhenting av brukererfaringer på individnivå til en viss grad er oppfylt. Vurderingen er basert på at kommunen har praksis for tett og godt samarbeid mellom pleier fra hjemmesykepleien og tjenestemottaker. Melhus har et stort forbedringspotensial når det gjelder å gjennomføre pårørendesamtaler. Det samme gjelder å etablere rutiner for å journalføre navn på primærkontakt.

3.3.2. Ernæring

Ifølge retningslinjer fra Helsedirektoratet skal alle pasienter vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstjenester. Ifølge leder ved HVK er det ikke noe krav til veiing i forbindelse med førstegangskartlegging. Journalgjennomgangen viste at under halvparten av pasientene hadde informasjon om vekt registrert i journal. En av informantene forteller at det rutinemessig skal gjøres IPLOS-kartlegging av alle brukere to ganger i året, men at kartleggingen på grunn av høyt arbeidspress og knappe ressurser i forbindelse med innføring av nytt journalsystem, ikke har blitt gjennomført i 2024.

Helseplattformen inneholder flytskjema for ernæringskartlegging. Flere av de vi intervjuet sa at dette var et viktig verktøy og at det burde bli brukt mer aktivt enn det gjør per i dag.

De ansatte vil i den daglige pleien å registrere eventuell vektendring, for eksempel om klær ikke passer eller at mye mat blir kastet. I de tilfellene der de ser endring over tid, blir pasienten alltid veid. For pasienter der vektendring er et vedvarende problem, blir regelmessig veiing lagt inn som en fast tjeneste. Flere av informantene sier at referansevekt vil gjøre gi raskere oppfølging på problemstillinger knyttet opp mot ernæring.

Kommunen kan kun gi veiledning, ikke bruke tvang i forhold til spørsmål om ernæring. Om vektproblematikken er vedvarende, blir det satt inn tiltak. Veiledning til pasient og pårørende om grep de kan gjøre for å sikre et sunt og godt kosthold er sentralt. Dette kan være tips om innkjøp av mat, hva som er ernæringsrikt og hvordan de best kan legge til rette for at bruker får i seg nok næring. Institusjonskukkene har god kompetanse på ernæring og maten som blir produsert ved storkjøkkenet er i tråd med nasjonale ernæring- og kostholdsråd. Det er mulig å bestille hjemlevering av både tørrmat og middag fra storkjøkkenet. Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og storkjøkkenet framstår som godt og fleksibelt.

I tilfeller der hjemmetjenesten ser at pasienten ikke har mat i hjemmet, kan de hente mat på storkjøkkenet for å dekke det akutte behovet. Om hjemmetjenesten har tid og ressurser, kan de sitte med pasienten ved måltidet og på den måten få mulighet til å vurdere om pasienten får i seg nok mat. Dette er imidlertid et prioriteringsspørsmål og de ansatte forteller at de som oftest ikke har tid til å sette seg ned. Lege er ofte inne i diskusjonen og kan foreskrive resept på ernæringsdrikke.

Ingen av informantene er kjent med at det finnes egen rutine eller prosedyre for ernæring i hjemmetjenesten og samtlige sier at hjemmetjenesten generelt har vært for dårlig på tematikken ernæring. Også ledelsen i hjemmetjenesten medgir at ernæring for hjemmeboende brukere er et område som ikke har hatt stort fokus. De opplever at ansatte varsler dersom det er bekymringer knyttet til enkeltbrukere, men sier at den systematiske tilnærmingen kunne nok vært bedre.

I de mer alvorlige sakene, skal det bli utarbeidet ernæringsplaner. Journalgjennomgangen viste at dette er kun i begrenset grad blir gjort. Dette blir bekreftet i intervju. Ingen visste sikkert om noen i kommunen hadde formell spesialkompetanse på feltet, men at enkelte ansatte hadde kompetanse gjennom lang erfaring og at en av sonene er bedre på ernæringsarbeid enn de to andre.

Flere understreket at det er ønskelig med kursing fra apotek eller ernæringsfysiolog. Dette vil være nyttig både fordi de mangler kompetanse på området og at det vil gi de ansatte større

grad av trygghet i det arbeidet de gjør. Det har i forbindelse med ansettelsesprosesser vært diskutert å rekruttere personell med denne kompetansen.

Revisors vurdering

Det skal bli gitt veiledning og tett faglig oppfølging for pasienter med ernæringsproblematikk

Revisor vurderer at kriteriet om veiledning for pasienter med ernæringsproblematikk er oppfylt. Vurderingen er basert på at kommunen har som rutine å veie pasienter ved vektendring, hjemmetjenesten sørger for at brukeren har mat i hjemmet og pasient og pårørende får konkrete råd og tips om hvilken mat som er næringsrik og god.

Revisor vurderer at kriteriet med tett faglig oppfølging av pasienter med ernæringsproblematikk i liten grad er oppfylt. Vurderingen er basert på at kommunen mangler rutiner for ernæringsrettet oppfølgingsarbeid og det er i liten grad gjort aktive forsøk på å rekruttere spesialkompetanse eller sette inn ressurser for å heve intern kompetanse.

3.3.3. Legemiddelhåndtering

Mange tjenestemottakere kan administrere medisinen uten hjelp fra hjemmetjenesten. I de tilfellene der de trenger hjelp, må vedkommende gi skriftlig samtykke til at hjemmetjenesten administrerer medisinen. Hjemmeboende brukere finansierer medisinen selv. De fleste får utlevert medisinen i en såkalt multidose. Multidose er en forpakning levert fra apotek med all fast foreskrevet medisin pasienten trenger i en toukers periode. Nedre Melhus har etter særavtale med apotek ferieforpakninger som inneholder medikament for åtte uker. Horg og Hølonda har levering annenhver uke hele året.

For pasienter der det varierer hvilke medikament de skal ha eller medikamentene ikke kan bli lagt i multidose, blir disse lagt i dosett. I den senere tid har Melhus også tatt i bruk medisindispensere hjemme hos brukere som kan administrere medisinen selv.

Alle medisinrommene hadde adgangsbegrensning til rommene med kortlås og det er kun sertifisert personell som har tilgang til rommet. To av sonene oppbevarte både A- og B-preparater i låste skap, mens den siste ikke hadde et slikt skap. Felles for alle sonene er at medisinen til de hjemmeboende brukerne ligger i den enkelte pasients kurv. Her ligger både A- og B-preparat. Kurvene står i åpne hyller og det er ingen fysiske hindringer mellom rom og medisinkurvene.

Revisors vurdering

Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt. Vurderingen er basert på at alle medisinrommene er låste og at det er et begrenset antall personer som har nøkkelkort med aktivert tilgang til rommet.

Alle sonene har installert ventilasjon i tak, men flere av informantene sa at den ikke fungerte godt nok og at ledelsen var varslet om det. Ved to av sonene er det vinduer som lar seg åpne slik at man kan regulere temperatur og få inn luft. Medisinrommene ligger i andre etasje og det er ikke mulig å komme inn i lokalene denne veien. To av rommene har innvendig solskjerming. På et av rommene er det i tillegg øverste del filmet for å begrense soloppvarming. På dager med sol justeres temperaturen ved å åpne vindu og å sette inn aircondition. Den siste sonen har ikke vindu i medisinrommet. Her blir temperatur justert ved å ha opp døra til gangen. Dette skjer bare i korte perioder mens det er personale til stede på rommet.

Her står aircondition stasjonært på i rommet. Bare en av sonene har avtrekk over den delen av arbeidsbenken der det blir blandet medisin. Medisinkurvene til pasientene ligger i åpne hyller og vil bli påvirket av temperaturen i rommet.

Revisors vurdering

Det skal være ventilasjon og mulighet for temperaturstyring i medisinrom

Revisor vurderer at kriteriet om god ventilasjon og mulighet for temperaturstyring er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at samtlige medisinrom hadde ventilasjon installert, men kommunen har et forbedringspunkt for å gjøre disse mer effektive gjennom å sikre sirkulasjon i luften. Kommunen bør også sette inn tiltak for å skjerme rommene bedre for soloppvarming.

Alle vi intervjuet sa at medikamenthåndtering i hjemmetjenesten blir gjort av kvalifisert personell, altså av syke- eller vernepleier. Ved alle tre sonene var det en ansatt som hadde spesielt ansvar for medisinrommet. Alle helsefagarbeidere og assistenter er pålagt å ta kurs for å være kvalifisert til å kunne dele ut medisin når de er hjemme hos pasientene.

Informantene sa at de opplevde det som en trygghet at det var noen som hadde medikamenthåndtering som sin hovedoppgave. Dette sikrer at de i større grad har rutiner og

system for oppgaven og at vedkommende har spesiell kompetanse på området. Samtidig kan det gjøre medisin håndteringen mer sårbar om vedkommende er borte. Flere av de vi intervjuet understreket at skriftlige rutiner bør være på plass.

Den største utfordringen med medikamenthåndtering er i forbindelse med akutt fravær og mange vikarer i forbindelse med ferieavvikling. Sonene prioriterer da å pakke medisin slik at de ansatte i ferieperioden kan ta fra et depot med ferdigpakket beholdning. I forpakningen som blir levert ut i ferieperioden ligger medikament for to uker, ikke bare en uke slik som det vanligvis blir gjort.

Revisors vurdering

Legemiddelhåndtering skal utføres av kvalifisert personell

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at turnus blir lagt opp slik at det alltid er kvalifisert personell på de dagene der medikamenthåndteringen skal bli gjort og at alt personell som skal levere ut medisin, har gjennomført medikamentkurs. Ambulant team kan gjøre opplegg av medikament eller kontroll når de har ressurser. Dette bidrar til fleksibilitet i tilfeller der det mangler kvalifisert personell.

Multidose skal bli kontrollert av syke- eller vernepleier. Det er da den første dagen i forpakningen som blir kontrollert og det skal signeres i elektronisk journal for fullført kontroll.

Når det gjelder dosetter, skal en person legge medisinen i dosetten og signere for arbeidet før en annen kontrollerer innhold i dosett opp mot medisinoversikten som ligger i journalsystemet. Begge signaturene skal ligge i den elektroniske journalen. Om opplegg i og kontroll av dosett skjer samtidig, avhenger av om det er syke- eller vernepleier på vakt og når disse har kapasitet. Det kan også være at ambulant sykepleieteam gjennomfører kontrollen når de er til stede og har tid til det.

Journalgjennomgangen ble foretatt i midten av september og revisor fant at over halvparten av journalene fra den ene sonen hadde mangelfull signering på kontroll av multidose og to tilfeller av avvik i dobbeltsignering på dosett. Ved de to andre sonene var det dobbeltsignert i tråd med instruks.

En forklaring på avvik i signering kan være at tjenestemottaker ikke har fått tilsendt ny forsyning etter at vedkommende fikk dobbel forpakning tilsendt før ferien. En nærmere gjennomgang av

de journalene der vi fant avvikene, viste imidlertid at flere av disse hadde fått utlevert en ny dose uten at signering var gjort.

En annen forklaring er at kontroll er signert bare på papir, ikke i den elektroniske journalen.. Revisor så under observasjon at en av sonene hadde mange fysiske lister som del av administrering av medikamenthåndteringen. Bl.a. ble det ført et «kontrollregnskap» på papir. Den som la opp medikamentene i dosett gjorde signeringen direkte i den elektroniske journalen. Den som kontrollerte dosettene signerte fortløpende på papir og gikk i etterkant inn for å signere i den elektroniske

Om kontrollen blir avbrutt fordi vedkommende må ta andre arbeidsoppgaver underveis, må signering i den elektroniske journalen. bli gjort etterpå. I noen tilfeller blir etterslepet utsatt og av og til glemt. Det ble under observasjon på medisinerrommet fortalt av dem ansatte at praksis med signering på papir skal opphøre 1. november og at all signering videre skal skje direkte i den elektroniske journalen samtidig som opplegg i dosett og kontroll av denne blir gjort. Revisor gjorde observasjonen i oktober og har ikke kontrollert om praksisen er endret.

Revisors vurdering

Det skal signeres for kontroll av legemidler

Revisor vurderer at kriteriet om signering for kontroll av medikament ikke er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at det i flere tilfeller mangler både signatur for kontroll av multidose og dobbelt signatur for kontroll av innhold i dosett. Kommunen har et forbedringspotensiale når det gjelder å etablere kultur for at signering alltid skal skje ved kontroll og å avskaffe praksis med at det blir signert for kontroll på papir, ikke direkte i den elektroniske journalen.

Det skilles mellom A- og B-preparat. A-preparat er vanedannende narkotiske stoffer, som for eksempel morfin. B-preparat er andre sterkt vanedannende legemidler, for eksempel sovemedisin eller smertestillende tabletter. Det skal føres regnskap over alle A-preparat og det skal finnes en oversikt over beholdningen av B-preparat.

Hele beholdningen med A- og B-preparatene for den enkelte pasient, ligger i en pose i kurven til brukeren. I posen ligger også et skjema med regnskap for tabletter som blir lagt til og tatt ut av kurven. Her blir det notert hver gang noe blir tatt ut av eller lagt inn i posen. I tillegg har den ene sonen en fysisk mappe for hver pasient som inneholder regnskap over preparatene. Det fins ifølge de ansatte ikke et slik regnskap i pasientjournalen som ligger i den elektroniske journalen..

Ingen av sonene hadde en fullstendig oversikt over totalbeholdningen for A- og B-preparat på Medisinrommet ut over innsyn i forskriving fra lege og det regnskapet som ligger i den enkelte pasients kurv. Revisor har ikke gjort noen gjennomgang av regnskapet.

Revisors vurdering

Kommunen skal føre legemiddelregnskap for alle A- og B-preparater

Revisor vurderer at kriteriet om å føre legemiddelregnskap for A- og B-preparat ikke er oppfylt. Vurderingen er basert på at ingen av sonene har et oppdatert regnskap over beholdningen av A- preparat og ikke har noen totaloversikt over B-preparater som finnes på medisinrommet. Det finnes heller ingen oversikt over hva som blir tatt inn og ut av rommet.

A- og B-preparat blir regelmessig returnert til apotek. Disse blir sammen med et regnskap lagt i en plastkasse som blir plombert før kassen blir sendt tilbake til apotek for kassering. Det varierte mellom sonene hvor ofte det ble sendt til kassering. Medikament som ikke er A- eller B-preparat, blir lagt i en pappkasse. Denne blir tapet igjen før retur til apotek. Det finnes plomberte bokser for brukte sprøytespisser og ampuller. Også disse blir returnert til apotek.

All medisin til hjemmeboende tjenestemottakere er pasientens personlige eiendom. Ved alle sonene fant revisor en restbeholdning med f.eks. antibiotika eller blodfortynnende medikament. En sone ble tidligere drevet som sykehjem. Noen av medikamentene fra institusjonstiden hadde blitt lagt til side i stedet for å bli returnert til apotek. Her fant revisor både A- og B-preparat, men i mindre beholdning. Disse ble oppbevart i skap med kode sammen med en oversikt over medikamentene.

Legemidlene i restbeholdningen kommer ellers fra pasienter som ikke lenger bruker medikamentet på grunn av nedtrapping, at de ikke lenger har medikamentet forskrevet fra lege eller at bruker har gått bort. Ingen av sonene hadde en nøyaktig, skriftlig oversikt over hva som ligger i restskapet.

Medikamentene fra restbeholdningen blir gitt til pasienter som f.eks. trenger oppstart på behandling på kort varsel i helg eller til pasienter som kommer hjem fra sykehus uten å ha med seg medisin. Ved en sone hadde hjemmetjenesten avtale med legekantoret om at de kan sette i gang kur for pasienter med medikament tatt fra restlageret for å unngå forsinkelse på oppstart om de ikke har mulighet for å ta ut resept fra apotek umiddelbart. Alle informantene sier

ordningen med å ha restlager er en praktisk ordning, men at det rent prinsipielt er problematisk.

I flere av intervjuene blir det fortalt at det i spesielle situasjoner blir lånt fra andre pasienters medisinbeholdning, men at dette er det noe som skjer helt unntaksvis. Det lånte medikamentet blir umiddelbart erstattet når den andre pasienten har fått sin levering. Informantene understreket at dette er både prinsipielt og etisk er problematisk. Geografisk avstand til apotek eller at pasienter blir utskrevet fra St. Olav uten å ha med seg medisin, gjør likevel at denne løsningen i enkelttilfeller blir valgt.

Revisors vurdering

All restmedisin skal returneres til apotek

Det er revisors vurdering at kriteriet om at all restmedisin skal returneres til apotek ikke er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at alle sonene, i stedet for å sende det til kassering på apotek, regelmessig la til side medisiner som ble til overs etter at pasienten som hadde fått de foreskrevet ikke lenger skulle bruke den. Ingen av sonende hadde et fullstendig regnskap over beholdningen i restlageret.

3.3.4. Kompetanseplan og –kartlegging

Arbeidsgiver har ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten ansvar for å ivareta kompetanseutviklingen. I dette ligger at kommunen har ansvar for å kartlegge de ansattes kompetanse og analysere kommunens kompetansebehov framover. Revisor har fått tilsendt en overordnet strategisk kompetansekartlegging for hjemmetjenesten som ble vedtatt av administrasjonsutvalget i 2022. Planen er utformet etter kommunens omstillingsprosjekt med å gi flere tjenester i hjemmet og på denne måten utsette flytting til institusjon. Dokumentet gir en oversikt over de satsingsområdene og -målene kommunen har for kompetanseutvikling. Blant kommunens satsingsmål er innføring av Helseplattform, videreutdanning og kompetanseheving for både sykepleiere og helsefagarbeidere og økt bruk av praksiskandidater, studenter og elever.

Revisor har fått tilsendt dokument med kompetansekartlegging fra hver enkelt av de tre sonene. Disse inneholder navn på ansatt, utdanning, oversikt over videreutdanning og kursing samt hvilke ansvarsområder de har. De oversendte filene er datert med årstall 2023

og revisor vet ikke når sist den ble oppdatert. Både avdelings- og enhetsleder fortalte at kompetanseplanen alltid blir sjekket i sammenheng med rekruttering for å se hvilket kompetansebehov organisasjonen har fremover.

Revisors vurdering

Arbeidsgiver skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at alle sonene hadde oversikt over kompetanse i personalgruppen og at denne har blitt oppdatert i nyere tid.

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.. Kommunen gir i noen tilfeller finansiering av etter- og videreutdanning mot at den ansatte forplikter seg til å jobbe videre i kommunen for en viss periode etter fullført utdanning. Ved flere av sonene har helsefagarbeidere tatt sykepleier- eller vernepleierutdanning på deltid. Bemanningssituasjonen gjør imidlertid det kan være vanskelig å prioritere kompetanseheving. Både avdelings- og enhetsleder forteller at investeringen i kompetanseheving ikke gir spesielt god uttelling for kommunen fordi mange forsvinner etter å ha gjort unna pliktarbeidet.

Kommunen gir digitale kurs som strekker seg over noen timer. Dette kan være både på nye tema og oppfriskningskurs, for eksempel på medikamenthåndtering. Flere av informantene forteller at de savner større satsing på kursing, oppfriskning eller ferdighetstrening for å holde kunnskapen oppdatert. Flere fortalte at det er en god kultur for kunnskapsoverføring internt. Målet er at ingen skal komme på vakt og være utrygge på hvordan de skal utføre oppgaver.

Revisors vurdering

Kommunen skal tilby de ansatte kompetanseheving

Revisor vurderer at kriteriet er oppfylt. Bakgrunnen for vurderingen er at det blir gitt tilbud om å ta kurs og viss grad også etter- og videreutdanning. I noen tilfeller blir det også som del av rekruttering av spesialkompetanse gitt tilbud om finansiering.

3.4. Konklusjon

Melhus kommune sikrer til dels tilstrekkelig kvalitet i sine hjemmetjenester. Kommunen gjennomfører rutinemessige brukerundersøkelser hvert annet år, men det er vanskelig å se hvor aktivt Informasjonen fra disse blir brukt. Kommunen har ikke etablert noe nettverk med bruker-, pårørende- eller interesseorganisasjoner eller rutinemessige samtaler med pårørende, men er sterke på direktekommunikasjon med tjenestemottakerne i hverdagen.

Brukere der det blir registrert vektendring blir rutinemessig veid og får aktiv veiledning når det gjelder ernæring, kosthold og livsstil. Kommunen har ingen spesialkompetanse på området, men konfererer med primærlege ved behov.

Alle medisinerom har ventilasjon og det er i stor grad mulighet til å regulere temperatur gjennom å åpne vinduer eller dør. Medikamentene oppbevares i låste rom og det er alltid kvalifisert personell som gjennomfører medikamenthåndteringen. Revisor fant flere avvik på signering for kontroll av medikamenter. Sonene manglet regnskap over beholdningen av A-preparat og oversikt over B-preparat. Samtlige soner har et depot med medisin som ikke er returnert til apotek.

Hjemmetjenesten i Melhus kommune har utarbeidet kompetanseoversikt for alle de ansatte og de ansatte blir i stor grad tilbudt kompetansehevende kurs. Noen får også tilbud om etter- og videreutdanning. I enkelte tilfeller blir utdanningen finansiert av kommunen mot at den ansatte forplikter seg til å arbeide ved kommunen en viss periode i etterkant.

3.5. Anbefaling

Rådmannen anbefales å:

- Fokuserer aktivt på brukermedvirkning både på overordnet- og individnivå
- Etablerer rutiner for pårørendesamtaler.
- Etablerer rutiner for registrering av primærkontakt.
- Utarbeide rutiner for arbeid med fokus på ernæringsarbeid.
- Heve kompetanse på fagområdet ernæring.
- Utarbeide felles kommuneinterne rutiner for arbeidet med medikamenthåndtering

KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient> og bruker.

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Norge: lovdata.no. Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse> og omsorg.

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

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

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

Justis- og beredskapsdepartementet (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Norge. Available at: [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\) - Lovdata](#)

Helsedirektoratet (2013): *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* [Forebygging og behandling av underernæring - Helsedirektoratet](#)

Følgende skriftlig dokumentasjon fra Melhus kommune er gjennomgått:

- Interne retningslinjer og saksbehandlingsrutiner for hjemmetjenesten
- Vurderingsmoment for tildeling av tjenester fra hjemmetjenesten
- Søknadsskjema for hjemmetjeneste parentes lenke til hjemmesiden
- Kartleggings skjema IPLOS
- Budsjett for Melhus kommune 2022
- Budsjett for Melhus kommune 2023
- Økonomi og handlingsplan for Melhus kommune 2022- 2025
- Økonomi og handlingsplan for Melhus kommune 2023- 202
- Strategisk kompetansekartlegging i Melhus kommune (vedtatt i administrasjonsutvalg 2021)
- Vedtaksmal, HVK
- 16 tilfeldige utvalgte pasientjournaler

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Søknad og tildeling

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

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

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

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

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

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

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

Utlede kriterier:

- Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne kan søke om helse- og omsorgstjenester
- Hjelpetbehov til den enkelte søker skal kartlegges
- Kommunen skal fatte skriftlige vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester
- Tjenestetilbudet skal regelmessig bli evaluert og eventuelt justert ved endret behov hos bruker

Brukermedvirkning

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

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

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene presiserer kommunens plikter når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene. I § 8 d. heter det at plikten til å evaluere innebærer å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.

Dette betyr at kommunen på overordnet nivå må innhente og vurdere erfaringer fra de nevnte gruppene i sitt arbeid med utvikling av tjenestene. Kommunens plikter gjelder det løpende og systematiske arbeidet ledelse og kvalitetsforbedring. Det kan derfor forventes at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende innhentes og vurderes jevnlig.

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

Utlede kriterier:

- Kommunen skal innhente og vurdere erfaringer fra brukere, pårørende og tjenesteytere

Ernæring

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

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2013)

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

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. Med det menes bl.a.:

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- ***fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat***
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*

- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt i 2010 og sist endret i 2013, og er utgitt av Helsedirektoratet. Retningslinjene har blant annet følgende anbefalinger:

- *Dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud*
- *Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg*
- *For å vurdere ernæringsmessig risiko anbefales MNA og MUST. NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ.*
- *Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke osv.) regelmessig*
- *Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.*
- *Helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten*
- *Oppfølging av ernæringsstatus er en del av behandlingsansvaret. Ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen*
- *Dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasienten/bruker overføres til et annet omsorgsledd*
- *Helseforetakene og kommunene skal bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring.*

Utlede kriterier:

- Det skal bli gitt veiledning og tett faglig oppfølging for pasienter med ernæringsproblematikk

Legemiddelhåndtering

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

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

Oppbevaring av medikamenter /medisinrom

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

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

Legemiddelforskriftens § 6 har en tilsvarende bestemmelse:

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

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

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

I veilederen står følgende om selve lokalet:

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

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

I kommentarene til Legemiddelhandteringsforskriften §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.

Utlede kriterier:

- Legemidler skal oppbevares i låsbart skap eller rom der kun sertifisert personell har tilgang
- Medisinrommet skal ha mulighet for temperaturkontroll og avtrekk
- All restmedisin skal returneres til apotek

Opplegg og utdeling av medikamenter

Forskrift om legemiddelhandtering § 7 sier følgende om krav til istandgjøring og utdeling:

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhandteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan få alvorlige følger for pasienten. I Læringsnotat fra meldeordningen IS-2774, «Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil», skriver Helsedirektoratet følgende:

Manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil hvis den utføres riktig og etter felles standarder.

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

Kommentarene til legemiddelforskriften definerer dobbeltkontroll slik:

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

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

Utlede kriterier:

- Legemiddelhåndteringa skal utføres av kvalifisert personell
- Det skal signeres for kontroll av legemidler

Håndtering av A- og B-preparater

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

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

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

Virksomheten skal:

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

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

Rundskriv IS-7/2015 til legemiddelhåndteringsforskriften har kommentarer til § 9. Om kontroll med legemidler i reseptgruppe A påpeker følgende:

Virksomheten har plikt til å dokumentere mottak og bruk av legemidler i reseptgruppe A. God regnskapspraksis vil, for eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat,

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

Om håndtering av A-preparater i hjemmetjenesten står følgende:

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

Om B-preparater står det følgende i rundskrivet:

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

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

Utlede kriterier

- Kommunen skal føre legemiddelregnskap for A- og B-preparater

Bemanning og kompetanse

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

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

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6f heter det at virksomheten i sin planlegging skal:

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

Det stilles særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Blant annet skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovenskrav, må øverste leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring. Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

Utlede kriterier:

- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- Kommunen skal tilby kompetanseheving

VEDLEGG 2 – UTTALELSE

Kommentarer til høringsutkast Forvaltningsrevisjon av Hjemmetjenesten Melhus kommune:

Pkt. 1.4:

s. 8. Nedre Melhus og Horg har alltid hatt en egen sone for hjemmetjeneste» korrigerer «Nedre Melhus, Horg og Hølonde har alltid hatt en egen sone for hjemmetjeneste».

s. 8. Sykepleierteam» endres til «Sykepleieteam»

Nederst på s. 8 står det: *"ved å sentralisere behandling av søknad om tildeling av tjenester, er målet å sikre at alle får lik tilgang på de ulike tjenestene"*. Forslag til omformulering: *"ved å sentralisere behandling av søknad om tjenester, er målet å sikre at alle kommunens innbyggere får lik tilgang på de ulike tjenestene"*.

s. 9, øverst: *"HVK er en tverrfaglig sammensatt tjeneste."* Forslag til omformulering: *"HVK er tverrfaglig sammensatt."*

s.9, øverst: *"Kontoret er sammensatt av..."* foreslås endret til *"kontoret består av..."*

s.9, øverst: der det nevnes at barnekoordinator er ansatt ved HVK, bør det også nevnes at e-meldingsansvarlig i HP er ansatt ved HVK.

Pkt. 1.5

s.11, under vurdering av metode: *"Kommunen har ikke etablert et aktivt samarbeid med frivillige organisasjoner som Røde Kors, eldreråd eller demensforeningen."* Dette er vel feilinformasjon. Hukommelsesteam samarbeider eksempelvis med demensforeningen om demensvennlig samfunn og pårørendeskole, og kommunen har skrevet samarbeidsavtale med Røde Kors om besøksvenn. Demensforeningen har tiltaket aktivtetsvenn. Eldrerådet er vel aktivt?

Pkt. 2.3.1

s.14. Søknadsprosess: "bruker" sende inn søknad? Er man bruker før man har søkt? Bør bruke benevnelse "innbygger".

Pkt. 2.3.2

s.15. Kartlegging: her står det at det er stort sett saksbehandler ved HVK som gjennomfører den første kartleggingen. Jeg har i min korrigerende av referat fra intervju, opplyst at det er innsatsteam/Hukommelsesteam som ofte gjennomfører første kartlegging.

Ved flere anledninger i avsnitt 2.3.2 og 2.3.3 brukes benevnelsen bruker. Foreslår at dette endres til innbygger/ evt tjenestemottaker.

Pkt. 2.3.3

s.16. 3.linje: "Det er beslutningstid ved HVK.." Her skal det stå beslutningsteam? Vi har ikke et slikt team ved HVK, men jeg informerte i intervjuet om at vi har vurderingsmøter/plassmøter/teammøter hvor vi sammen fatter avgjørelser. Kan det være dette det siktes til her?

s.16. 2.avsnitt: "*Eventuelle endringer blir ført i pasientens journal, men vil ofte ikke være formelt dokumentert som en rekartlegging i form av*"? I form av hva? Fullføre setningen..?

Pkt. 3.2.1

s.14. Søknadsprosess, er det ikke nevnt at søknader kan leveres fysisk/pr post.

s. 14. står det at en enhetsleder sa at "*enkelte innbyggere mener at et sentralt søknadskontor....*". Her er riktig benevnelse av «avdelingsleder».

Pkt. 2.3.2

S. 15. Kartlegging: her står det at det i tilfeller hvor det er snakk om enkle tiltak som f.eks trygghetsalarm, blir det ikke gjennomført noen større kartleggingssamtaler. Dette samsvarer ikke med informasjonen som ble gitt i intervju.

Pkt. 3.3.1

Øverst s. 20. Det er oppgitt at «primærkontakt er sykepleier/vernepleier og helsefag er sekundærkontakt». Det skal være motsatt «primærkontakt er helsefag og sekundærkontakt sykepleier/vernepleier».

Øverst s. 24. Feriepakkingen av MD er 8 uker i sone nedre Melhus, som er en særavtale sonen har med apoteket de 4 siste årene. Horg og Hølonda har levering hver 14 dag gjennom hele året.

Pkt. 3.3.2

Tjenesten kjenner seg ikke helt igjen at det er lite fokus på ernæring. Men ser forbedringspotensialet i bruk av kartleggingsskjema i HP. Sonene har et nært samarbeid med institusjonens kjøkken, institusjonskokker ved alle tre soner.

Pkt. 3.3.3

Avdelingen (Horg) kjenner seg ikke igjen i revisjonens vurdering på at signering av kontroll av multidose og dobbelt signatur for kontroll av dosetter er mangelfull. Ser forbedringspotensialet med elektronisk signering.

Pkt. 3.3.4

Øverst s. 28. «en enhetsleder fortalte...». Skal være «avdelingsleder».

Litt lengere ned s. 28. «Flere enhetsledere forteller at investering i kompetanseheving ikke gir...». Skal være «avdelingsleder».



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

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