

# Forvaltningsrevisjon av hjemmetjenesten - kommunedirektørens oppfølging

---

**Behandles i utvalg**

Kontrollutvalget i Ørland kommune

**Møtedato**

28.04.2023

**Saknr**

14/23

**Saksbehandler** Torbjørn Berglann**Arkivkode** FE-216, TI-&58**Arkivsaknr** 21/241 - 15

---

**Forslag til vedtak**

1. Kontrollutvalget tar redegjørelsen fra kommunedirektøren til orientering.
2. Kontrollutvalget ber om å bli orientert om resultatene fra det farmasøytiske tilsynet.

**Vedlegg**

Kommunedirektørens oppfølging

**Behandling:**

Leder for hjemmetjenesten orienterte om hvilke tiltak kommunen har satt i verk for å følge opp forvaltningsrevisjonen av hjemmetjenesten. Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

1. Kontrollutvalget tar redegjørelsen fra kommunedirektøren til orientering.
2. Kontrollutvalget ber om å bli orientert om resultatene fra det farmasøytiske tilsynet.

**Saksopplysninger**

Kontrollutvalgets forvaltningsrevisjon av hjemmetjenesten ble behandlet i kommunestyret 22.09.2022, sak KST 22/131. Kontrollutvalgets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Forslaget lød:

1. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å:
  - a. umiddelbart gjennomføre et fullt farmasøytisk tilsyn i hjemmetjenesten, og sikre at legemiddelhåndteringen tilfredsstiller nasjonale retningslinjer
  - b. sikre god praksis for oppfølging av ernæringsmessig risiko hos hjemmeboende brukere
  - c. styrke det systematiske arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll) i hjemmetjenesten.
2. Kommunedirektøren bes rapportere skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 31.03.2023.

Kommunedirektøren sendte sin rapportering (vedlagt) til sekretariatet innen fristen. Det går fram at kommunedirektøren har satt i verk disse tiltakene:

Vedtaket punkt a. legemiddelhåndtering:

- Vindu på medisinrom sone Brekstad er byttet.
- Ingen legemidler som skal kasseres blir oppbevart til senere bruk.
- Renhold har innført sjekklister for å kvittere når renhold gjennomføres. Håndvasker på medisinrommene blir ikke montert på grunn av høy kostnad og at rommene er ikke tilrettelagt for dette.
- Begge medisinrommene har nå medisinkjøleskap og skal få styring av temperatur.
- Merking av medisindosetter: Satt i verk tiltak for å få så mange av brukerne som mulig over på annet system samt bedre merking av dosettene.
- Revisor fant at "det foreligger usikkerhet knyttet til føring av legemiddelregnskap for hjemmeboende pasienter/brukere." Kommunedirektøren mener at dette er feil, og

skulle vært fjernet i endelig rapport. Farmasøytisk tilsyn er bestilt men ikke gjennomført på grunn av manglende kapasitet.

Vedtaket punkt b. ernæring:

- Hjemmetjenesten har gjeninnført primær- og sekundærkontakter for pasientene.
- Kommunen har tatt i bruk Helseplattformen, med et standardisert kartleggings skjema av ernæringsstatus.

Vedtaket punkt c. internkontroll:

- Kommunen vil gjennomføre brukerundersøkelser.
- LTV-grupper har fått ansvar for å gå gjennom avvikene. Kommunen jobber ellers med internkontroll i hele organisasjonen.
- Kompetanse: Det jobbes med rekruttering av riktig kompetanse i hele sektoren. Kommunen har årsturnusavtale og planelegger ellers aktiviteten ut fra nødvendig kompetanse.

Sekretariatet viser ellers til kommunedirektørens redegjørelse for mer detaljert informasjon. Kommunedirektøren vil delta i møtet og orientere.

### **Vurdering**

Kommunedirektøren har etter sekretariatets vurdering fulgt opp kommunestyrets. Sekretariatet konstaterer at det er en uenighet mellom revisor og administrasjonen om legemiddelregnskapet. Kontrollutvalget kan ikke ta stilling til diskusjonen. Utvalget bør underrettes om resultatene fra det farmasøytiske tilsynet før det avslutter sin oppfølging av vedtaket.

## PLAN PÅ LUKKING AV AVVIK FRA RAPPORT «Kvalitet i hjemmetjenestene Ørland kommune»

### Ernæring (2.4.2)

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

Lukking av avvik: Hjemmetjenesten har fra 12.11.22 gått tilbake til primær- og sekundær roller. Alle pasienter har en primærsykepleier og en sekundærkontakt som er helsefagarbeider. Med nytt fagprogram, Helseplattformen, er det standardisert kartleggingsskjema av ernæringsstatus i HP som skal brukes til alle pasienter. Kartleggingsskjemaet vil fylles ut ved oppstart av tjenesten og revurderes etter fastlagte rutiner. Tjenesteutøvere er avhengig av at pasienten som skal veies samtykker. Det er erfaringsvis flere pasienter som ikke ønsker dette. Det vil ikke gjennomføres veiing av pasienten ved helhetlig kartlegging.

### Legemiddelhåndtering (2.4.3)

Avvik: «Revisor vurderer at kommunen ikke har sikret legemidler mot innbrudd/uautorisert tilgang.»

Lukking av avvik:

Vindu på medisinrom sone Brekstad er byttet. Det er nå enklere å få lukket vinduet.

Avvik: «Revisor vurderer at kommunen har lagt til rette for kassering av legemidler (retur til apotek). Det vurderes derimot som alvorlig at legemidler som skulle vært kassert, blir oppbevart til senere bruk eller bruk for andre pasienter/brukere.»

Lukking av avvik: Ingen legemidler som skal kasseres blir oppbevart til senere bruk. For å sikre at dette blir ivaretatt også framover har en sykepleier mer ansvar på medisinrom og ansvar for å kvittere på dette x1/mnd. Sykepleier har hatt ansvaret fra 1.1.23.

Avvik: «Revisor vurderer at rutiner for vask av arbeidsbenker praktiseres, men at kommunen ikke har et systematisk renhold av medisinrommene inklusiv medisinskap. I tillegg er det økt risiko for

forurensing/kontaminasjon i legemiddelhåndteringen ved at det ikke er lagt til rette for håndvask og vask av dosetter.»

Lukking av avvik: Renhold har innført sjekklister for å kvittere når renhold gjennomføres. Hyppighet på renhold er uforandret. Håndvasker på medisinrommene vil ikke monteres. Det vil ha for stor kostnad og rommene er ikke tilrettelagt for plassering av vasker. Det er bestilt private dosetter til pasienter som har dosett. Disse vil oppbevares i kurv med pasienten sitt navn mellom opplegging. Slik at dosettene kun brukes til en pasient. Dosettene vaskes ved behov på vaktrommene, slik som i dag.

Avvik: «Revisor vurderer at medisinrommene ikke tilfredsstillende krav til temperaturkontroll, og at kun det ene medisinrommet har mulighet for å oppbevare medisin ved kjøletemperatur.»

Lukking av avvik: Det er investert i kjøleskap på medisinrom på Brekstad. Begge medisinrommene har nå medisinkjøleskap. Medisinrom og medisinkjøleskap ved alle enheter er kartlagt sammen med enheten eiendom. Det er skissert hvordan temperaturkontroll og rapporter ved disse kan inngå i kommunens system. Det er innhentet pris fra leverandør, og dette er nå bestilt.

Avvik: «Revisor er usikker på om merking av dosetter med hensyn til navn på legemiddel, virkestoff, styrke på legemiddel og dosering er tilfredsstillende ved den ene avdelingen. Dette knytter seg da til hvilken praksis man har for utdeling av medisin, kontroll og signering. Dersom dette ivaretas av ansatte i hjemmesykepleien, så vil praksisen trolig være godkjent. Om praksisen innbefatter selvadministrering av dosetter, så vil praksis for merking ikke være tilfredsstillende.»

Lukking av avvik: Har prosess for å lukke dette avviket. Er i gang med en gjennomgang i sone Bjugn, hvor dette avviket var, med å få flest mulig av pasientene som har dosett over på multidose. De som av en grunn må ha dosett, vil fortløpende få merket dosettene i henhold til krav.

Avvik: «Hjemmetjenesten fører narkotikaregnskap for A-preparater. Begge avdelinger har skjema pr pasient/bruker for beholdning av A-preparater. Det føres inn i skjema ved mottak fra apotek, og det registreres uttak ved istandgjøring/opplegg av medisiner. Ved den ene avdelingen er det kun registrert inn/ut med hensyn til smertepaster. Kravet er at dette skal føres for alle A-preparater. Stikkprøver viser at det i noen tilfeller mangler dobbelt signatur ihht skjema. På denne bakgrunnen vurderer revisor at det foreligger usikkerhet knyttet til føring av legemiddelregnskap for hjemmeboende pasienter/brukere. Revisor har ikke informasjon om at hjemmetjenesten har rutiner eller praksis for å føre oversikt over beholdningen av B-preparater. Revisor vurderer hjemmetjenesten ikke oppfyller forskriftskrav til kontroll med B-preparater.»

Lukking av avvik: Det medfører ikke riktighet at det kun er smertepaster som er ført som A-preparat i sone Brekstad, slik som det fremkommer av rapport. Dette ble påpekt i uttalelse til foreløpig rapport, men ikke tatt bort. Det ble bedt om at revisjon måtte ta en grundig gjennomgang av A-regnskapene. Da tilsyn ble gjennomført var det ingen pasienter i sonen som hadde A-preparat utenom plaster og i multidose. Så avviket lukkes ikke da det ikke er noe avvik. Kan ikke finne at forskriftskrav til kontroll med B-preparater ikke oppfylles. Det er ikke et krav om å føre B-regnskap. Det er bestilt fullt farmasøytisk tilsyn. Det er ikke avklart dato for denne gjennomføringen. Har dialog med dem som

skal utføre tilsynet og de har ikke kunnet utføre tilsynet på grunn av mangel på personell med riktig kompetanse. Vil bli utført så snart apoteket har mulighet.

#### Brukermedvirkning (2.4.4)

Avvik: «Revisor vurderer at kommunen ikke har innhentet eller vurdert erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende for å utvikle hjemmetjenestene. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser eller aggregert brukererfaringer i hjemmetjenesten, som gir informasjon som er egnet til å utvikle tjenestetilbudet. Revisor vurderer at kommunen har en praksis for å utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasient eller bruker. Denne vurderingen er basert på kartleggingssamtaler ved søknad, og at alle pasienter/brukere har oppnevnt primærkontakter med jevnlig dialog. Det er noe usikkerhet knyttet til omorganisering av primærkontaktansvaret. Organisering i team kan i tilfeller føre til et mer utydelig ansvar.»

Lukking av avvik: Gjennom revurderinger og bruker- og pårørendekontakt som dokumenteres, får vi mange erfaringer som er med på å forme tjenestetilbudet til pasientene. Vi har etter evaluering av å gå over til fagteam funnet at det ikke er hensiktsmessig, har derfor fra 12.11.22 gått tilbake til primær- og sekundærkontakt roller. Fagteam vil mer fungere som refleksjonsarena framover, med fokus på tverrfaglighet. Brukerundersøkelser initieres av kommunen og vil gjennomføres etter plan.

#### Avvikshåndtering (3.3.2)

Vurdering: «Revisor vurderer det som en svakhet at meldte avvik ikke inngår i hjemmetjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring»

Tiltak: LTV gruppene sine oppgaver er nylig gjennomgått sammen med NAV arbeidslivssenter. De vil framover ha en representant inn i LTV gruppene for å kvalitetssikre at gruppene fungerer ut fra intensjon. Avviksgjennomgang vil være en viktig rolle gruppene har.

De viktigste styringsdokumentene for Ørland kommune er nå på plass og internkontrollen blir med det formalisert. Systemer for risikovurdering, avvik og avviksbehandling er også på plass, og det jobbes med tiltak for implementering i hele organisasjonen.

#### 3.3.3 (Bemanning og kompetanse)

Vurdering: «Revisor vurderer at hjemmetjenesten ikke har oppdatert oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring. Basert på informasjon framkommet i ROS-analyse og i intervju, så har ikke hjemmetjenesten oppdatert informasjon som grunnlag for planlegging av aktivitet i

tjenesten og iverksetting av kvalitetsforbedrende tiltak. Revisor vurderer det som skjerpende at det i tillegg er synliggjort betydelige utfordringer knyttet til bemanning og riktig kompetanse i tjenesten.»

Tiltak: Det jobbes i alle enheter innenfor Helse og familie med rekruttering av riktig kompetanse. I arbeidsplan på personalstyringssystemet GAT ser man kompetanse og hvilke stillinger som står vakant. I tillegg har vi i årsturnusavtale bemanningsplan. Aktivitet planlegges ut fra hvilken kompetanse som er påkrevd, og disse oppgavene legges til egne arbeidslister på Helseplattformen.