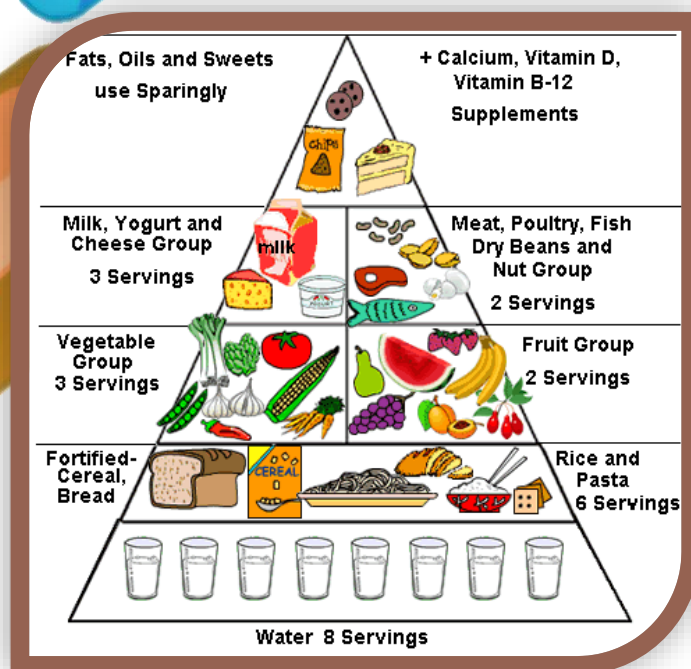


Medisinering og ernæring

Innen hjemmebaserte tjenester

Sande Kommune



Forvaltningsrevisjon august 2019

Buskerud Kommunerevisjon IKS

Postadresse: Postboks 4197, 3005 DRAMMEN
Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen
Telefon: 409 10 200
e-post: post@bkr.no
URL-adresse: www.bkr.no

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
Sak 5/19 den
22.1.2019 og
revidert plan fra
møte 20.5.19, sak
13/19.

Problemstillinger

1. Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema revisjonen omfatter?
- Revisjonen omfattet pasientgrupper i hjemmebasert omsorg og tar for seg legemiddeladministrasjon og ernæring.

Dokumentasjonsinnhenting

Vi har i dette prosjektet benyttet følgende metoder for dokumentasjonsinnhenting:

- Samtaler/møter med ledelse hjemmebaserte tjenester
- Gjennomgang av skriftlige rutiner på området
- Gjennomgang av noen pasientjournaler i samarbeid med ledere hjemmebasert omsorg
- Sett på oppbyggingen av områdes databaserte kvalitetssystem (EQS)

Rådmann har hatt et utkast av rapporten til uttalelse. Uttalelsen datert 26.08.2019 er vedlagt denne rapporten.

Svar på problemstillingen:

BKR skulle i denne gjennomgangen vurdere: *hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema revisjonen omfatter.*

Revisjonen omfattet områdene ernæring og legemiddeladministrasjon/medisinering innenfor kommunens hjemmetjenester.

Vi har i kapitlene 4, 5 og 6 ut fra tre utledede revisjonskriterier/områder gjennomgått problemstillingen. Ut fra denne gjennomgangen har vi konkludert opp mot problemstillingen med følgende:

Kommunen har etter vår vurdering, ut fra vår noe begrensede gjennomgang, svakheter knyttet til å avdekke, rette opp og forebygge svakheter opp mot lovverket innen kommunens tjenesteproduksjon når det gjelder hjemmebasert omsorg. En mangler et fungerende helhetlig system for internkontroll og kvalitetsutvikling på området. Av de spesifikke områdene vi har sett på gjelder dette etter vår vurdering særlig området ernæring. Dokumentasjon og praksis synes bedre innenfor område legemiddeladministrasjon/medisinering.

Anbefalinger

Ut fra vår gjennomgang anbefaler BKR at kommunen/ny kommune vurderer de svakheter som er påpekt i denne gjennomgangen og at disse blir vurdert opp mot nye rutiner og praksis for organiseringen i den nye sammenslåtte kommunen for området hjemmetjenester.



Innhold

<i>Sammendrag</i>	1
<i>Innhold</i>	2
1. Innledning	3
1.1. Bakgrunn for prosjektet	3
1.2. Formål og problemstillinger	3
1.3. Oppbygging av rapporten	3
1.4. Avgrensning av undersøkelsen.....	3
1.5. Definisjoner	3
1.6. Organisering og bruk av datasystemer i hjemmetjenesten	4
2. Metode	4
3. Kilder til revisjonskriterier.....	5
4. Hjemmetjenesten internkontroll	5
4.1. Utleddning av revisjonskriterier internkontroll.....	5
4.2. Hjemmetjenestens internkontroll.....	6
4.3. Vurdering.....	7
5. Ernæring.....	8
5.1. Utleddning av revisjonskriterier ernæring	8
5.2. Rutiner og praksis rundt ernæringsstatus.....	10
5.3. Vurdering.....	11
6. Rutiner og praksis rundt legemiddeladministrasjon.....	11
6.1. Utleddning av revisjonskriterier	11
6.2. Rutinene og praksis rundt legemiddeladministrasjon	13
6.3. Vurdering.....	15
7. Konklusjon.....	15
8. Anbefaling.....	16
<i>Referanser</i>	16
<i>Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann datert 26.08.2019</i>	17
<i>Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon</i>	18



1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Sande kommune vedtok i sitt møte den 22.1.2019, sak 5/19, at Buskerud Kommunerevisjon IKS (BKR) skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av områdene ernæring og medisinering (multifarmasi) innen kommunens hjemmebaserte tjenester. Prosjektet er bestilt på bakgrunn av områder valgt ut i vedtatt plan for forvaltningsrevisjon og overordnet analyse for perioden 2015 – 2019.

På grunn av budsjettssituasjon vedtok kontrollutvalget i Sande kommune i møte 20/5-19, sak 13/19 en endret og forenklet gjennomgang.

1.2. Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen var å vurdere om hjemmebasert omsorg i kommunen ivaretar krav til internkontroll og kvalitetsutvikling innen ernæring og legemiddeladministrasjon.

Problemstilling:

Hvilke tiltak har virksomheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema revisjonen omfatter?

1.3. Oppbygging av rapporten

Rapporten er bygd opp ut fra problemstillingen og områdene ernæring og legemiddeladministrasjon. De tre første kapitlene beskriver prosjektet og avgrensninger, metodebruk og kilder til revisjonskriteriene. Kapitlene 4, 5 og 6 tar for seg problemstillingen. Den har vi delt i tre, en generell del om internkontroll på området og to spesifikke kapitler som omhandler henholdsvis ernæring og legemiddeladministrasjon. I kapittel 7 konkluderer vi ut fra gjennomgangen opp mot problemstillingen. I kapittel 8 fremmer vi anbefaling ut fra våre funn fra gjennomgangen.

1.4. Avgrensning av undersøkelsen

Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som faller inn under den problemstillingen som fremgår av kapittel 1.2. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede definerte områdene eller temaene.

Vår gjennomgang av området er noe begrenset i omfang og detaljering ut fra at budsjettet ble vesentlig redusert under selve gjennomføringen av prosjektet. Dette påvirker i noen grad hvor sikkert vi kan uttale oss opp mot våre funn ut fra gjennomgangen av enkeltsaker og begrenset variasjon i metode for dokumentasjonsinnhenting. Det som imidlertid styrker våre funn er at ledelsen ved kvalitetssikringsprosesser av vår gjennomgang samsvarer med deres oppfatning.

1.5. Definisjoner

Multifarmasi:

Betydningen av å holde medisinlister oppdatert og være seg bevisst farer som interaksjoner, bivirkninger og forbigående indikasjon for behandlingen. (Norske legeförening).



Interaksjon (legemidler)

Med legemiddelinteraksjon menes det at virkningen av ett legemiddel påvirkes av et annet legemiddel. Det betyr at når en pasient bruker et medikament, kan virkningen av dette forandres når pasienten begynner å bruke et annet legemiddel i tillegg.

Denne endringen i virkning er vanligvis uønsket. Et eksempel på uheldig legemiddelinteraksjon er den mellom p-piller og enkelte medikamenter som brukes mot epilepsi. Epilepsimidlet kan føre til at nedbrytingen av p-pillene i kroppen blir så raskt at prevensjonseffekten blir dårligere. Legemiddelinteraksjon vil i slike tilfeller kunne føre til uønsket graviditet.

Interaksjonen mellom to legemidler kan også være en annen effekt enn de to midlene har hver for seg. (Wikipedia 10.11.2017)

1.6. Organisering og bruk av datasystemer i hjemmetjenesten

Hjemmebasert tjeneste er organisert under helse og velferd og inndelt i to enheter. Dette er hjemmesykepleie ute og hjemmesykepleie inne i boliger, samt hjemmehjelp ute og inne. Disse enhetene er ledet av hver sin leder, med virksomhetsleder for Helse- omsorgsektoren som nærmeste leder. Kommunesammenslåingen har og vil påvirke organiseringen av tjenestene. Det fremgår av samtaler med dagens ledelse at det har vært hyppige lederskifter på området de siste årene og dette mener en har påvirket utvikling av rutiner og systemer som gjennomgås i denne forvaltningsrevisjonen. Kommunen har en egen enhet som utreder og fatter vedtak om tjenester. Dette er Tjenestekontoret.

Hjemmetjenesten i kommunen bruker Gerica som elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system. Systemet inneholder funksjoner for saksbehandling og oppfølging av pasienter slik som journaler, tiltak og obligatoriske brukerinformasjon for kartlegging og tjenesterapportering.

Som internkontroll system benytter de kvalitetssystemet Extend Quality System (EQS) som er et datasystem for kvalitets- og virksomhetsstyring. Systemet inneholder funksjoner for lagring av rutiner og avviksbehandling.

2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt, jfr. RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon. Utdrag fra RSK 001 ligger i vedlegg 2.

Gjennomgangen baserer seg på innsamlet dokumentasjon. Vi har i dette prosjektet benyttet følgende metoder for dokumentasjonsinnhenting.

Metode for dokumentinnsamling:

- Samtaler og dialog med ledelse innen Helse og velferd i kommunen
- Gjennomgang av skriftlige rutiner på området
- Gjennomgang av pasientjournaler i samarbeid med ledelsen for hjemmebasert omsorg
- Sett på oppbyggingen områdes databaserte kvalitetssystem (EQS)

Vi har valgt disse metodene for dokumentasjonsinnhenting fordi vi mener disse er hensiktsmessige ut fra problemstillingen vi skal besvare.

Det er foretatt en begrenset gjennomgang ut fra redusert budsjett for prosjektet. I alt ble fem tilfeldige pasientjournaler gjennomgått med fokus på dokumentasjon opp mot legemiddeladministrasjon og ernæring. Disse ble tilfeldig valgt ut fra fremlagt liste over personer med vedtak om hjemmesykepleie våren 2019. Gjennomgangen av journaler er foretatt i samarbeid med ledere i hjemmebasert omsorg.

Vi presiserer at det opp mot problemstillingen bare ses på områder som er fastsatt ved utledede revisjonskriterier. Våre vurderinger og konklusjoner gjelder derfor for disse avgrensede områdene.



Vi mener at det er samlet inn tilstrekkelig dokumentasjon til å belyse problemstillingen og revisjonskriteriene. Rådmann har hatt et utkast av rapporten til uttalelse. Uttalelsen datert 26.08.2019 er vedlagt denne rapporten.

3. Kilder til revisjonskriterier

Kilder revisjonskriterier:

- LOV-2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1992-09-25-107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)
- FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- FOR-2003-06-27-792 - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- FOR 2008-03-03 nr 320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- IS-1183 – Hvordan holde orden i eget hus (Internkontroll i sosial- og helsetjenesten fra 2004)
- Veileder om legemiddelgjennomganger (IS 1998 fra 2012)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS 1580 fra 2013)

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelser danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas samt konklusjoner som trekkes. De danner også grunnlaget for å kunne dokumentere styrker og svakheter.

Revisjonskriterier vi har utledet fra kildene over er nærmere beskrevet i kapittel 4.1, 5.1 og kapittel 6.1. Vi har valgt noen områder (revisjonskriterier) vi mener er vesentlige for å oppfylle krav på området ut fra problemstillingen vi skal besvare. Det vil si at vår gjennomgang omfatter noen vesentlige krav som er gjeldende for området håndtering av legemidler og ernæring. Det er disse vi konkludere opp mot.

4. Hjemmetjenesten internkontroll

Kapittel 4 er delt inn i tre underkapitler. Kapittel 4.1 beskriver utledning av revisjonskriterium opp mot problemstillingen og området internkontroll innen områdene ernæring og medisinering. Kapittel 4.2 beskriver rutiner og praksis ut fra vår gjennomgang og mottatt dokumentasjon fra kommunen. Vår vurdering opp mot utledet revisjonskriterium fremgår av kapittel 4.3.

4.1. Utledning av revisjonskriterier internkontroll

Nedenfor følger utdrag av lovverket og andre kilder vi har brukt til å utlede revisjonskriterier for området internkontroll der det vi spesielt har vektlagt i utledningen er markert med kursivert/understreket tekst:

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 1-3a1.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting nevner spesifikt krav til internkontroll på ivaretagelse områdene ernæring og medisinske behandling. Disse kravene er mer omtalt i kapittel 5.1 og 6.1.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller konkrete krav til internkontroll og kvalitetsarbeid. Blant annet fremkommer følgende av forskrift:

Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha utarbeidet internkontroll på områder ut fra en risiko og vesentlighetsvurdering.

4.2. Hjemmetjenestens internkontroll

Kommunen har et internkontroll/kvalitetsutviklingssystem. Dette er EQS, se beskrivelse av det i kapittel 1.6. Dette er systemet kommunen bruker for å dokumentere rutiner og melde avvik.

Det ikke fremlagt rutiner som viser hvordan systemet skal brukes for å melde avvik og bruk av dette i kvalitetsutviklingen av tjenester. Vi fikk ved en demonstrasjon/innsyn se hvordan en kunne registrerte avvik i systemet.

Det er heller ikke fremlagt helhetlige risikoanalyser for området. Vi har fått fremlagt risikoanalyser innenfor HMS området som i begrenset grad er relevant for kommunens tjenesteproduksjon opp mot ivaretagelse av tjenestekvalitet for brukere.

I epost fra virksomhetsleder den 25.6.2019 rundt spørsmål om mål, risikoanalyser og avvik svarer vedkommende følgende:

Det stemmer, vi har ikke systematiske risikoanalyser opp mot tjenesteproduksjon. I nytt årshjul er det satt opp månedlige møter som «Kvalitetsforum» hvor avvik blir gjennomgått og nødvendige tiltak blir utredet og besluttet.



Vi har ikke noen virksomhetsplan med klare mål for ernæring og legemiddelhåndtering. Det finnes ingen Helse og omsorgsplan i kommunen heller som kunne være overordnet en virksomhetsplan.

Det er fremlagt referater fra to møter i kvalitetsforum som bekrefter jobbing med internkontroll og utvikling av tjenestekvalitet.

Informasjon innsamlet ved gjennomgang av EQS med ledelsen for hjemmebaserte tjenester den 11.6. 2019.

Ved gjennomgang av EQS med ledelsen for hjemmebaserte tjenester fikk vi forståelsen av et EQS er bygd med en avvikstype. For å få oversikt over avvikstyper slik som innenfor ernæring og legemiddeladministrasjon tar en ut og sorterer ut fra beskrivelser i tekst. Gjennomgangen viste også at lenker til eksterne dokumenter/prosedyrer i flere tilfeller var foreldet og ikke fungerte.

Gjennomgangen bekreftet også at rutiner vi hadde fått utskrift av var flere år gamle og overskredet planlagt revideringsdato med flere år.

Det er utarbeidet en serviceerklæring hjemmesykepleien i kommunen. Denne omfatter ikke praktisk bistand (hjemmetjenester). Den tar for seg områdene ernæring og medisinering og beskriver tjenesteutførelse på områdene ernæring og legemiddelhåndtering opp mot bruker av hjemmesykepleien i kommunen. Følgende fremgår av denne:

Serviceerklæring hjemmesykepleie.

Alle som får tildelt tjenesten får oppnevnt en journalansvarlig sykepleier/primærkontakt, som har et spesielt ansvar for oppfølging av deg og din journal. Disse har ansvar for å utarbeide og vedlikeholde en personlig tiltaksplan. Tiltaksplanen inneholder informasjon om deg og beskriver hvilke tiltak du mottar og i hvilke tidsrom disse skal utføres.

2. Ernæring

- *Smøre mat, oppvarming av mat, assistere i måltidet, tilrettelegge for måltider, observere.*
- *Oppfølging av dietter.*
- *Administrere ernæring via sonde.*
- *Unntaksvis ordner vi med bestilling av mat, eller er til stede når du spiser.*
- *Tilrettelegge for at du kan ivareta ditt behov for væske og ernæring.*
- *Følge opp ernæringsstatus og vekt.*
- *Opprydding etter måltid, dersom vi bistår i måltidet. Du bør ha en oppvaskmaskin.*

3. Medikamenthåndtering

- *For pasienter som har behov for oppfølging og administrering av legemidler forutsettes tilknytning til systemet med multidoser. Utlevering av multidose skjer hver 14. dag.*
- *Medisiner som ikke kan pakkes i multidose doseres i ukedosett en gang per uke.*
- *Administrere medisiner foreskrevet av lege, f.eks. inhalasjoner, injeksjoner, smertepumpe, øyedråper og intravenøs væskebehandling til pasienter som ikke klarer å ivareta dette selv.*
- *Oppbevaring av medisiner hos hjemmetjenesten, når en faglig vurdering tilsier at de ikke kan oppbevares i hjemmet, i tråd med avtale om legemiddelhåndtering.*
- *Bestilling av resepter og multidose/medisiner fra fastlege og apotek.*

Mer om rutiner på områdene fremgår av kapittel 5 og 6.

4.3. Vurdering

Det fremgår ut fra vår gjennomgang at hjemmetjenesten har noen relevante rutiner på området. Men det er et forbedringspotensial ut fra vår vurdering.

Vi vurderer ut fra fremlagt dokumentasjon, at en i begrenset grad dokumenterer den overordnet systemtankegangen for internkontroll av tjenesteproduksjonen. Slik som systematisk å indentifisere områder med fare for at avvik, måle utvikling på disse over tid og eventuelt iverksette tiltak for å korrigeringer om en identifiserer behov for dette. Denne vurderingen baserer vi på dagens noe uoversiktlige beskrivelser av

tjenesteproduksjon for hjemmetjenesten, manglende mål/satsningsområder, oppbygging av dagens avvikssystem, manglende risikovurderinger og forbyggende tiltak ut fra vurderte risikoområder og til dels gamle og ikke oppdaterte rutiner.

Det som er positivt er at en i 2019 har opprette et kvalitetsforum som jobber med utvikling av området, og det er dokumentert at de har hatt to møter per juni 2019.

Som det er beskrevet i kapittel 1.6 pågår det en kommunesammenslåingsprosess og området har hatt flere lederskifter. Vi ser at dette kan ha påvirket utviklingen av området siste år, slik dagens ledelse mener det har.

5. Ernæring

Kapittel 5 er delt inn i tre underkapitler. Kapittel 5.1 beskriver utledning av revisjonskriterium opp mot problemstillingen og området ernæring. Kapittel 5.2 beskriver rutiner og praksis ut fra vår gjennomgang og mottatt dokumentasjon fra kommunen. Vår vurdering opp mot utledet revisjonskriterium fremgår av kapittel 5.3.

5.1. Utledning av revisjonskriterier ernæring

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommune- og sosialtjenesteloven får dekket sine grunnleggende behov.

Kommunen er i forskriften pålagt plikter når det gjelder gjennomføringen av pleie- og omsorgstjenestene. For å løse de oppgavene som fremgår av forskriften skal kommunen etter § 3 utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer. Med grunnleggende behov menes også fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet når det gjelder mat. Under er tekst fra forskriften gjengitt:

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

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 tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

-fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat

Det er utarbeidet egne retningslinjer for området ernæring. Av denne fremgår det:

IS 1580- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

For å styrke ernæringsarbeidet i og utenfor helseinstitusjonene er det viktig med kompetanse, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling. Ved å implementere fire enkle tiltak vil mye være vunnet:

1. Å vurdere ernæringsmessig risiko
2. Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
3. Å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise
4. Å viderefremme dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

(punkt 4 mest aktuelt for hjemmetjenester, men også ved innleggelse fra sykehjem til sykehus)

Primærhelsetjenesten

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 (B). NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ.

Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke o.s.v.) regelmessig.

Utfyllende kommentarer til rundskriv:

Helsedirektoratets retningslinjer IS-1580 anfører som generell anbefaling at dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Ifølge retningslinjene skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller vedtak om tildeling av hjemmesykepleie, og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

For å kunne vurdere personers ernæringsmessige risiko må det være foretatt en kartlegging av deres ernæringsstatus. Kartleggingen må være av en slik art at den kan identifisere dem som er i ernæringsmessig risiko eller har ulike grader av underernæring. Kommunen må sikre at kartlegging av ernæringsstatus og vurderinger av ernæringsmessig risiko foretas på en systematisk måte i hjemmetjenesten. Tjenesten må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig for ansatte å gjennomføre dette.

Pasienter/brukere som blir vurdert til å være i ernæringsmessig risiko eller er underernært, må følges opp med adekvate tiltak.

I hjemmetjenesten legges det til grunn at pasienter som tildeles hjemmesykepleie skal bli vurdert i forhold til ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten. Vurdering kan skje som del av utredningen før vedtaket om hjemmesykepleie fattes eller i forbindelse med iverksetting av vedtaket. Det må imidlertid være ordninger som sikrer (ansvar, kompetanse, oppfølging mv) at vurderingene som hovedregel gjennomføres.

Også for pasienter som starter med hjemmesykepleie vil det kunne være situasjoner der vurdering av ernæringsmessig risiko kan unnlates. Dette gjelder for eksempel pasienter som skal ha kortvarige tjenester etter benbrudd eller avgrensede tjenester som injeksjoner der pasientene for øvrig er funksjonsfriske.

Som hovedregel skal vurdering av ernæringsmessig risiko fortsette i den tiden pasienten mottar hjemmesykepleie. Det legges til grunn at kommunen har systemer som sikrer at vurderinger foretas jevnlig.

Brukere av hjemmetjenester i form av praktisk bistand vil kunne være aktuell målgruppe for vurdering av ernæringsmessig risiko. Som tidligere nevnt er kommunene ulikt organisert og kan ha ulik praksis for hvilke tjenester de gir etter sosialtjenesteloven eller helse- og omsorgsloven og det kan derfor være vanskelig å trekke et skarpt skille. Særlig for kommuner som har valgt å gi flere pleie- og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven, for eksempel hjelp til personlig hygiene, er det viktig at det er ordninger som sikrer at kommunen fanger opp brukerne som har behov for en ernæringsmessig vurdering og sørger for at vurderingen blir gjort av kvalifisert personale på lik linje med pasienter som mottar hjemmesykepleie. Om det skal foretas vurdering av ernæringsmessig risiko i forbindelse med oppstart av tjenestene og hvorvidt vurderinger skal foretas også på senere tidspunkter, må bygge på en individuell vurdering av brukers/pasients behov, og ikke bare etter hvilket lovverk tjenestene gis etter.

Personell som gir tjenester etter sosialtjenesteloven kan ha svært ulik grad av kompetanse og dermed muligheter for å vurdere ulike situasjoner og hendelser hos brukerne. Ansatte uten fagutdanning, inkludert de som står for utkjøring av ferdig tilberedt mat og som ikke selv kan gjøre faglige vurderinger av brukernes behov, må vite hvilke rutiner som gjelder internt for å melde fra om situasjoner som kan gi bekymring for ernæringsstatus. Dette for å sikre at kvalifisert personell får beskjed og kan håndtere situasjonen videre, herunder foreta den nødvendige kartlegging og vurdering av ernæringsstatus på basis av denne kartleggingen.



På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- *Kommunen skal ha rutiner for å dokumentere, rette opp og forebygge feilernæring hos brukere/pasienter i hjemmetjenesten.*

5.2. Rutiner og praksis rundt ernæringsstatus

Kommunen har en rutine for ernæring som er dokumentert i EQS. Hvilke deler kommunes organisasjon denne gjelder for fremgår ikke direkte av rutinen. Dette fremgår imidlertid i selve EQS systemet under informasjonsfane til rutinen. Lenker til deler av eksterne dokumenter i rutinen virker ikke ut fra en test i EQS

Nedenfor er deler av rutinen gjengitt (andre skrifttyper enn originalen), personnavn anonymisert av BKR:

Pasient, ernæring

Dokument administrator: NN Gyldig fra: 27.02.2013 Revisjon: 1.1

Godkjent av: YY Revisjonsfrist: 21.01.2015 ID: 2324

Frist for revisjon av dette dokumentet er passert.

FORMÅL

God ernæringspraksis og grunnlag for vurdering av ernæringsmessig risiko hos tjenestemottaker.

ORGANISERING, ANSVAR OG MYNDIGHET

Journalansvarlig har ansvar for at det gjøres en kartlegging av ernæringsstatus på de pasientene man har ansvar for. Samt at ny vurdering utføres i tråd med retningslinjer nedenfor.

I møte den 4.7.2019 for kvalitetssikring av utkast rapport fra vår gjennomgang, opplyser virksomhetsleder for Sandetun, Pleie og rehabilitering at rutinen nå er revidert.

I tillegg til de krav som fremgår av rutinen over vises til serviceerklæringen gjengitt i kapittel fire.

Dokumentasjon fra gjennomgang av brukers journaler rundt ernæringsstatus.

Ut fra gjennomgang av fem tilfeldige brukers journaler for området ernæring var det tre av de fem brukerne som hadde vedtak rundt tiltak på ernæring. For dem med tiltak var det ikke dokumentert og argumentert om hvorfor disse hadde tiltak om ernæring hverken i journal eller vedtak (utarbeidet av Tjenestekontoret). For en bruker fremgikk det at det var brukt en faglig metode for kartlegging av ernæring, men selve kartleggingen fantes ikke i journal. Det fantes heller ikke dokumentasjon på slik kartlegginger fra fastleger i journal.

Ut fra epostdialog med ledelsen opplyses det at ernæringsstatus normalt bare tas opp i møter med fastlegene der bruker allerede har et påvist ernæringsproblem. For de to som ikke hadde vedtak om tiltak var det heller ikke dokumentasjon vedrørende at ernæringsstatus var vurdert. Gjennomgang viste dokumentasjon om veiinger av brukere. Det fremgår ikke at denne informasjon ble systematisk vurdert. Det var eksempel på variasjon i vekt på 10 kilo i løpet av et par måneder, uten at en årsak til dette var dokumentert vurdert. Det var heller ikke beskrevet hvorfor veiinger ikke ble gjort med den hyppighet som tiltaket på området beskrev.

Det fremkom også av gjennomgang at journalsystemet har egne journaler for ernæring. Dette er ikke tatt i bruk innen hjemmetjenesten. Dette vurderes av ledelsen, at om dette tas i bruk, kan det gi bedre og enklere oversikt for styring av ernæringsområdet opp mot tiltak og dokumentasjon.

Søk på tekst rundt ernæringsavvik fra EQS viser at det er meldt 14 avvik på området fra 2017 og frem til april 2019.



5.3. Vurdering

Kommunen har rutiner på området når det gjelder ernæring. Vi mener disse bare i noen grad følges ut fra fremlagt dokumentasjon. Blant annet sørger ikke journalansvarlig for tilstrekkelig dokumentasjon på områder, jf egen rutine hvor deler er gjengitt i kapittel 5.2. Dagens rutiner og dokumenterte praksis sikrer ikke etter vår vurdering tilstrekkelig ivaretagelse ernæringsområdet og mulighet for systematisk avdekking av den enkelte brukers mulige sviktende ernæringsstatus. Det er vår mening ut fra vår gjennomgang en fare for at antall avvik på området er større en de 14 som er dokumentert på området siste år.

Ut fra vår gjennomgang ser vi utfordringer rundt utveksling av dokumentasjon med fastlegene og Tjenestekontoret om hva de har gjort opp mot kartlegging av brukers ernæringsstatus og vurdering av denne.

6. Rutiner og praksis rundt legemiddeladministrasjon

Kapittel 6 er delt inn i tre underkapitler. Kapittel 5.1 beskriver utledning av revisjonskriterium opp mot problemstillingen og området legemiddelhåndtering. Kapittel 6.2 beskriver rutiner og praksis med bakgrunn i vår gjennomgang og mottatt dokumentasjon fra kommunen. Vår vurdering opp mot utledet revisjonskriterium fremgår av kapittel 6.3.

6.1. Utledning av revisjonskriterier

Nedenfor følger utdrag av lovverket og andre kilder vi har brukt til å utlede revisjonskriterier for området legemiddelhåndtering der forhold vi spesielt har vektlagt i utledningen er markert med kursivert/understreket tekst:

Av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting fremgår det at bruker av pleie og omsorg skal sikres:

-nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand

I legemiddelhåndteringsforskriftens § 3 defineres «virksomhetsleder» som den som har det overordnede ansvaret for helsehjelpen som ytes i virksomheten.

Virksomhetsledere, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, har et lederansvar som er i samsvar med de prinsipper og synspunkter som ble gjort gjeldende i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv av 28. mai 2013.

Virksomhetsleder kan delegere oppgaver og beslutningsmyndighet til andre medarbeidere i virksomheten. Leder beholder imidlertid full instruksjonsmyndighet for de delegerte oppgavene og beholder ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Slik delegering forutsetter at den som tildeles oppgaven har nødvendig kompetanse og får den oppfølging som er nødvendig for at oppgaven skal bli utført på en faglig forsvarlig måte.

Virksomhetens eier har ansvar for å ansette virksomhetsleder med nødvendige kvalifikasjoner. Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt¹, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning. Dette kravet er gitt for å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse om legemiddelhåndtering i virksomheten. Den faglige rådgiveren skal delta i utvikling, vedlikehold og evaluering av et system for internkontroll.

¹Provisorfarmasøyt er en femårig mastergrad i farmasi. Den gir bred naturvitenskapelig og helsefaglig kompetanse. Utdanningen gir inngående kunnskap om hvordan legemidler lages, hvordan de virker på kroppen og hvordan legemidler brukes til å forebygge og behandle sykdom (kilde: utdanning.no).



Internkontroll er et ledelsesverktøy, et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige driften. Hensikten med internkontroll i helse- og omsorgstjenesten er å oppnå kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Internkontroll består av de aktiviteter som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen, der forsvarlighetskravet står helt sentralt. Dette gjelder derfor også på legemiddelhåndteringsområdet. Virksomhetsleder skal legge til rette for at helsepersonellet i virksomheten kan medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes i dette arbeidet. Arbeidstakerne på sin side har medvirkningsplikt.

Virksomhetsleder må skaffe seg kunnskap om risikofaktorer og om risikonivået i virksomheten.

Det er i legemiddelhåndteringsforskriftens § 4, sjette ledd bestemt at virksomhetsleder skal sørge for at rutiner og prosedyrer i virksomhetens internkontrollsystem skal bygge på gjennomførte risiko- og sårbarhetsvurderinger.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Det samme følger av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8.

Virksomhetsleder skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens internkontrollsystem. I dette ligger at virksomhetsleder skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver på faglig forsvarlig måte. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning.

Virksomheten skal ha prosedyrer for kvalitetssikring av pasientenes legemiddellister ved innleggelse og utskrivning, samt forflytning internt i virksomheten. Ved utskrivning skal det i epikrise/utskrivningsnotat gis en begrunnelse for de endringer som er gjort i pasientens legemiddelbehandling.

Legemiddelhåndteringsforskriftens § 7 gir mer detaljerte regler om hvordan legemidler skal istandgjøres og utdeles. Bestemmelsen i § 7, første ledd, er en presisering av hva som skal til for å oppfylle forskriftens formål, nemlig å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering, jf. forskriftens § 1.

Virksomheten skal ha rutiner som sikrer at den enkelte pasient får de legemidler pasienten skal ha, i riktig dose, til riktig tid, på riktig måte og med nødvendig informasjon. Dette skal dokumenteres i pasientens journal.

Det enkelte helsepersonellet som arbeider med legemiddelhåndtering har også et personlig og selvstendig ansvar for at pasienten får riktig legemiddel, jf. kravet til faglig forsvarlighet i helsepersonellovens § 4.

Når et legemiddel er istandgjort skal det, etter legemiddelhåndteringsforskriftens § 7, tredje ledd, merkes på en slik måte at pasienten som skal tilføres legemidlet er entydig identifisert og med en entydig beskrivelse av hvilket legemiddel det er. Formålet med dette er å sikre at legemidlet gis til rett pasient, og at den som skal tilføre legemidlet til pasienten kan forsikre seg om at det er rett legemiddel til denne pasienten.

Et grunnleggende forsvarlighetsprinsipp er at den som har ansvar for å dele ut legemidler har dokumentasjon som sikrer kontroll på at det utdeles riktig legemiddel til riktig pasient.

For å sikre riktig medisinering stilles det krav til systematisk vurdering av pasienter over tid ut fra gitte kriterier. Det kan være slik som legemiddelgjennomganger. Nedenfor gjengis deler av veileder for dette.

Legemiddelgjennomganger:

IS 1998 -Veileder om legemiddelgjennomganger

I en legemiddelgjennomgang skal det vurderes om legemidlene som gis pasienten er hensiktsmessige og at den totale legemiddelforskrivningen er best mulig. Begrensning av antall legemidler må også vurderes, selv om hvert enkelt legemiddel i seg selv er indisert.



Avvik fra god legemiddelbehandling kan være:

- Legemidler gitt på feil indikasjon
- Legemidler gitt i feil dose/styrke/formulering
- Uheldige kombinasjoner av legemidler
- Legemidler gitt uten evaluering av effekt og bivirkningsrisiko
- Praktisk feilbruk
- Feil/uhensiktsmessige legemidler
- For mange eller for få legemidler

Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. En gjennomgang i tverrfaglige team er ment å støtte opp under legens ordinasjon. Med tverrfaglig oppfølging gis mulighet for en bredere gjennomgang av pasientens legemiddelbehandling. Legen er ansvarlig for den endelige beslutningen om den videre behandlingen for pasienten.

En legemiddelgjennomgang bør vurderes:

...ved betydelige endringer i pasientens helsetilstand

...når pasienten får stilt en ny diagnose eller forskrevet flere legemidler

...ved innleggelse/utskrivning fra sykehus/sykehjem

...ved bytte mellom ulike omsorgsnivå

...for beboere i institusjon og for mottagere av hjemmesykepleie med vedtak om bistand til legemiddelhåndtering

...for pasienter på fastlegeliste med økt risiko for legemiddelrelaterte problemer

...ved fornying av vedtak for pasienter som er under tvungen legemiddelbehandling, slik som LAR-behandling

...ved innføring av multidosepakkelegemidler

...når fastlegen anser det som nødvendig ut fra en medisinsk vurdering, og for pasienter som bruker fire legemidler eller mer

På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha rutiner for å dokumentere, rette opp og forebygge feilmedisinering hos brukere/pasienter i hjemmetjenesten.

6.2. Rutinene og praksis rundt legemiddeladministrasjon

Kommunen har en hoved-rutine for legemiddeladministrasjon som er dokumentert i EQS. Denne gjelder for større deler av kommunen enn hjemmetjenestene. Lenker til deler av eksterne dokumenter i rutiner virker ikke ut fra en test. Under er deler av rutinen gjengitt (andre skrifttyper enn originalen), personnavn anonymisert av BKR:

Legemiddeladministrasjon

Dokument administrator: NN Gyldig fra: 05.06.2013 Revisjon: 1.3

Godkjent av: XX, YY Revisjonsfrist: 05.06.2015 ID: 1553

Frist for revisjon av dette dokumentet er passert.

FORMÅL

Sikre legemiddelforsyning i samsvar med lover og forskrifter.



ORGANISERING, ANSVAR OG MYNDIGHET

Virksomhetsleder har administrativt ansvar for innkjøp, rekvirering, transport, oppbevaring, tilvirkning, utdeling, tilsyn og kontroll av legemidler på sykehjemmet.

Virksomhetsleder har administrativt ansvar for transport, oppbevaring, tilvirkning, utdeling, tilsyn og kontroll av legemidler i hjemmetjenesten.

Kommunelege og sykehjemslege er virksomhetsleders faglige rådgivere i legemiddelhåndteringsspørsmål.

Medisinansvarlige sykepleiere har ansvar for legemiddel lageret og den daglige virksomhet vedrørende legemidler. Det er to medisinansvarlige på sykehjemmet og to i hjemmesykepleien.

Sykehjemslegen har medisinsk faglig ansvar for innkjøp, rekvirering, transport, oppbevaring, tilvirkning, utdeling, tilsyn og kontroll av legemidler på sykehjemmet.

Den enkelte fastlege har medisinsk faglig ansvar for rekvirering, utdeling, tilsyn og kontroll av legemidler til den enkelte pasient i hjemmesykepleien.

Beboere på sykehjem som ønsker andre legemidler ut over den medisinsk faglige standard som tilbys, f.eks naturmedisiner eller homøopatiske midler, må betale dette selv.

Tjenestemottakere i hjemmesykepleien må betale alle legemidler selv.

Tjenestemottakere som har helsefaglig behov for tjenester som omfatter

legemiddeladministrasjon meldes inn i multidosesystemet. Sande kommune betaler gebyrene, pasienter i hjemmesykepleien betaler legemidlene, pasienter på sykehjem får alt dekket.

I møte for kvalitetssikring av utkast rapport fra vår gjennomgang den 4.7.2019 opplyser virksomhetsleder for Sandetun, Pleie og rehabilitering at det er påbegynt en revidering av rutinen beskrevet over.

Det er fremlagt underrutiner til hoved-rutinen angående legemiddeladministrasjon. Disse er ikke beskrevet her, da de i mindre grad er relevante for denne gjennomgangen. I tillegg gjelder Serviceerklæringen som er beskrevet i kapittel 4.

Som det fremkommer av rutiner over bruker en multidosesystemet som hjelp til legemiddeladministrasjon for brukere med vedtak om legemiddeladministrasjon. Fra store medisinsk leksikon på nett fremkommer følgende beskrivelse: *En multidose er en forseglet pose som inneholder legemidlene som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Hver pose er merket med hvilke legemidler den inneholder, brukerens navn, dato og tidspunkt for inntak. Multidoseposene utleveres som regel fra apotek og kommer som en remse med poser. Antall poser i hver remse kan variere når det gjelder antall legemidler, doseringer og dager.*

Av samtaler med ledelse hjemmetjenesten fremkommer det at hvor medisin oppbevares der det er vedtak om legemiddeladministrasjon avhenger av bruker og hvilke utfordringer denne har med egen administrering. Ved inntak av medisin observerer personell denne og kwitterer for dette i kommunes journalsystem.

Karlegging rundt brukere ut fra dokumentasjon i journalsystem

Den 11.06.2019 hadde vi gjennomgang av journaler ved fem tilfeldig valgte brukere i kommunens hjemmetjenester.



Alle journaler inneholdt dokumentasjon om brukers legemiddelbruk. Når det gjelder gjennomsnittlig antall legemidler brukerne gikk på var dette henholdsvis 9 faste og 3 ved behov. Det var en variasjon fra 5 til 15 faste og 1 til 7 ved behov. Det var fylt ut i journalsystemet at alle hadde hatt legemiddelgjennomganger slik det er anbefalt med bruk av så mange legemidler. Det var to som var fra første kvartal i 2018 og tre fra i år.

Utover opplysningen om foretatt legemiddelgjennomgang ved at det i journalsystemet var avkrysset for dette, var det kun for en av brukerne mer utfyllende dokumentasjon. Her var det dokumentert hvem som hadde gjort denne og det var dokumentasjon på resultatet av selve gjennomgangen. Dette gjaldt endring av tidspunkt på døgnet for inntak av medisinen.

Når det gjelder brukeres inntak av legemidlene viser journaler at dette dokumenteres systematisk. Dersom legemidlene tas som forskrevet, er det en standard dokumentasjon i journalsystem. Om dette ikke skjer skal det meldes avvik. Vi så ikke eksempler på dette ved sjekk på noen datoer i journaler til de brukerne vi så på.

Det er fremlagt ca. 650 avvik innen legemiddelhåndtering ut fra søk i EQS på 2017, 2018 og første del av 2019.

Ledelsen av hjemmetjenesten opplyser at en har månedlige møter med fastleger hvor blant annet brukes legemiddelbruk tas opp.

Vi har fått fremlagt at fylkesmannen har en klagesak under behandling på dette området og det er en annen sak hvor det er bedt om dokumentasjon uten at det foreløpig er blitt en konkret klagebehandling i denne saken. Klagesaken var ikke avklart per mai 2016.

6.3. Vurdering

Vår vurdering er at hjemmetjenesten på området legemiddeladministrasjon/medisinering ut fra vår begrensede gjennomgang stort sett har tilfredsstillende rutiner og praksis. Unntak fra dette er manglende revidering av rutiner ut fra egne satte frister og systematisk læring av avvik, som en nå nylig har påbegynt arbeid med. Det er også noen svakheter rundt dokumentasjon. Særlig gjelder dette legemiddelgjennomganger. Sett opp mot antall legemidler brukerne vi valgte ut for gjennomgang står på, mener vi det er viktig med en god dokumentasjon og regelmessige legemiddelgjennomganger. Dette er noe som fordel kan tas opp i samarbeidsmøter med kommunens fastleger, som har det formelle ansvaret for pasientgruppen.

Vi har ikke indikasjon på at det er en vesentlig underrapportering av avvik på området ut fra vår gjennomgang.

7. Konklusjon

BKR skulle i denne gjennomgangen vurdere om: *hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema revisjonen omfatter?*

Revisjonen omfattet områdene ernæring og legemiddeladministrasjon/medisinering innenfor kommunens hjemmetjenester.

Vi har i kapitlene 4, 5 og 6 ut fra tre utledede revisjonskriterier/områder gjennomgått problemstillingen. Ut fra denne gjennomgangen har vi konkludert opp mot problemstillingen med følgende:

Kommunen har etter vår vurdering, ut fra vår noe begrensede gjennomgang, svakheter knyttet til å avdekke, rette opp og forebygge svakheter opp mot lovverket innen kommunens tjenesteproduksjon når det gjelder hjemmebasert omsorg. En mangler et fungerende helhetlig system for internkontroll og kvalitetsutvikling på området. Av de spesifikke områdene vi har sett på gjelder dette etter vår vurdering særlig området ernæring. Dokumentasjon og praksis synes bedre innenfor område legemiddeladministrasjon/medisinering.



8. Anbefaling

Ut fra vår gjennomgang anbefaler BKR at kommunen/ny kommune vurderer de svakheter som er påpekt i denne gjennomgangen og at disse blir vurdert opp mot nye rutiner og praksis for organiseringen i den nye sammenslåtte kommunen for området hjemmetjenester.

Drammen, den 27. august 2019.

Torkild Halvorsen
leder forvaltningsrevisjon



Gjermund Røren
forvaltningsrevisor

Referanser

- LOV-2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-1992-09-25-107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)
- FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- FOR-2003-06-27-792 - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- FOR 2008-03-03 nr 320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- IS-1183 – Hvordan holde orden i eget hus (Internkontroll i sosial- og helsetjenesten fra 2004)
- Veileder om legemiddelgjennomganger (IS 1998 fra 2012)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS 1580 fra 2013)
- Kommunens egne rutiner



Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann datert 26.08.2019

Fra: Olav Roger Grande <Olav.Roger.Grande@sande-ve.kommune.no>

Sendt: mandag 26. august 2019 14.18

Til: Torkild Halvorsen <torhal@bkr.no>

Emne: Re: VS: Rapport til uttalelse

Jeg viser til oversendt rapportutkast.

Rapporten viser at det er rom for forbedringer innen de områder revisjonen omfatter. Jeg støtter konklusjon og anbefalinger.

Rapporten vil være et viktig supplement i arbeidet i ny kommune med kvalitetssikring av de områder revisjonen har undersøkt.

Vennlig hilsen

Olav Grande



Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

Standard for forvaltningsrevisjon² ble fastsatt av styre i NKRF (Norges kommunerevisorers forening)

1. februar 2011. Standarden gjelder som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjonsprosjekter. Den består av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon.

Standarden er bygget opp med 47 punkter hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav.

Punkt	Innhold
1-5	Innledning
6-9	Krav til revisor
10-11	Bestilling
12-17	Revisjonsdialogen
18-19	Prosjektplan
20-21	Problemstilling(er)
22-25	Revisjonskriterier

Punkt	Innhold
26-30	Metode og data
31-33	Vurderinger og konklusjoner
34	Anbefalinger
35-41	Prosjektrapport
42-44	Dokumentasjon
45-47	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner, og kontrollutvalget skal påse at det årlig blir gjennomført forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides plan for forvaltningsrevisjon basert på en overordnet analyse, og denne skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Krav til revisor:

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor må oppfylle gitte kvalifikasjonskrav. Denne må også sørge for at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevant metodikk, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler.

Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver. Dersom revisor benytter arbeid utført av andre, skal revisor sikre at kravene til uavhengighet og objektivitet er oppfylt også for disse.

Bestilling:

Forvaltningsrevisjonen må gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling. Revisor må vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre, om revisor er faglig uavhengig, og dersom det er nødvendig må bestillingen avklares med kontrollutvalget.

Revisjonsdialogen:

Så tidlig som mulig i prosjektet – og senest før datainnsamlingen starter – skal revisor sende oppstartsbrev til administrasjonssjefen. Det bør også avholdes oppstartsmøte med administrasjonssjefen og reviderte enheter hvor det redegjøres for prosjektet og planlagt gjennomføring.

Hvis det underveis i prosjektet oppstår behov for å endre prosjektets problemstilling(er) eller annet som har vesentlig betydning i forhold til bestillingen, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som framgår av rapporten, og høringsvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

² http://www.nkrf.no/filarkiv/File/Diverse_pdf-er/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_110201.pdf

Prosjektplan, problemstillinger og revisjonskriterier:

Det skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hvert prosjekt, med problemstilling(er).

Med utgangspunkt i bestillingen fra kontrollutvalget må revisor operasjonalisere problemstillingen(e) slik at de blir tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares.

Med utgangspunkt i problemstillingen(e) skal det etableres revisjonskriterier, som skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for forvaltningsrevisjonsobjektet innenfor den aktuelle tidsperioden.

Metode og data:

Revisor må gjennom valg av metode sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) i forhold til problemstillingene, og datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Det må innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Ved bruk av intervjuer skal som hovedregel data verifiseres.

Data som inneholder personopplysninger, må behandles i tråd med lovkrav.

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor må analysere de innsamlede dataene i forhold til revisjonskriteriene og vurdere om praksis eller tilstand er i tråd med kriteriene. Vurderinger må være objektive og logiske. Revisor skal konkludere i forhold til problemstillingene ved å se vurderingene av data opp mot revisjonskriteriene. Dersom det avdekkes vesentlige avvik skal disse komme tydelig frem i forvaltningsrevisjonsrapporten.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men bør gis der dette er hensiktsmessig. Anbefalinger må aldri formuleres som pålegg til administrasjonen, og det bør utvises varsomhet med å foreslå detaljerte løsninger.

Prosjektrapporten:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt. Rapporten bør utformes så leservennlig som mulig.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Praksis eller tilstand innen det reviderte området må beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt.

Dokumentasjon (revisjonsbevis) skal oppbevares i tråd med lovkrav.

Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, for å sikre nødvendig faglig og metodisk kvalitet i undersøkelse og rapport, samt at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Revisjonsenheten må dokumentere at det er system for kvalitetskontroll.

