



# Helse- og omsorgstjenesten

**Forvaltningsrevisjonsrapport**  
Frogn kommune

November 2018

[www.kpmg.no](http://www.kpmg.no)

# Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Frogn kommune i juni 2018 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

## Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2-5 besvarer vi problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Her blir revisjonskriterier, fakta og vurderinger presentert. I kapittel 6 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 7 er rådmannens uttalelse til rapporten tatt inn.

Vi vil takke Frogn kommune for god hjelp i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

# Sammendrag

Formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad kvaliteten på tjenestene innen helse- og omsorgstjenesten er i tråd med krav og målsettinger på området.

Under er våre konklusjoner og anbefalinger.

## Problemstilling 1/Saksbehandling i tråd med regelverk og vedtak

Frogn kommune har en egen forskrift som legger føringer for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og føring av venteliste. Forskriften er etter vår vurdering i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven. Basert på intervjudata vurderer vi at saksbehandlerne i kommunen praktiserer tildeling og føring av venteliste i tråd med den lokale forskriften.

Frogn kommune har per i dag ikke skrevne rutiner for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet, men har interne samarbeidsformer og en godt innarbeidet praksis. Respondentene peker på at det kan være fordelaktig med en egen prosedyre for iverksetting av tjenester. Revisjonen vurderer at Frogn kommune bør utarbeide en egen prosedyre for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet.

Fra casegjennomgangen ser vi at det er krav i den interne prosedyren ikke følges i alle vedtakene. Et av disse kravene er at bruker i vedtaket skal informeres om retten til å vite hvilke personopplysninger som søknadskontoret har lagret om søkeren. Dette kravet blir det ikke informert om med unntak av i sak 1. Samtidig skal vedtaket ifølge prosedyren angi et mål for tildeling av tjenesten. Dette handler om hva en ønsker å oppnå med tildeling av tjenesten. Sak 1 og 2 angir mål for tildeling av tjeneste. Det blir imidlertid ikke formulert mål for tildeling av tjenesten i sak 3-5.

Videre vurderer vi at de fem vedtakene vi har undersøkt er bygd opp på forskjellige måter, men i det vesentlige har likt hovedinnhold. At vedtakene er bygd opp på forskjellige måter kan indikere at søknadskontoret ikke har en mal for hvordan vedtakene skal utformes. Revisjonen vurderer at felles mal verktøy for utforming av vedtak hos søknadskontoret, på tvers av tjenester, vil være nyttig for å sikre at kommunens rutiner og regler blir praktisert likt i kommunen. En felles mal vil for eksempel sikre at alle vedtak informerer om retten til å vite hvilke personopplysninger som søknadskontoret har lagret om søkeren.

Videre vurderer vi, etter en gjennomgang av vedtakene og tilhørende journaler, at utført tjeneste samsvarer med vedtak. Vi observerer imidlertid at det i sak 2 heter at pasient takket nei til seniorkontakt, men i brukerjournalen heter det at vedkommende har takket ja.

## Problemstilling 2/Medisinhåndtering

For Ullerud helsebygg og avdelingen B2 er det berettiget å tro at innføringen av elektronisk medisinkabinett og medisintralle vil føre til økt pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndteringen. Tiltaket vil på lang vei sikre at riktig pasient får riktig legemiddel, til riktig tid, i riktig dose og på riktig måte. Elektronisk medisinkabinett og medisintraller fører også til at all dokumentasjon i legemiddelhåndteringsprosessen er elektronisk og sporbar til enhver tid. Dette vurderer revisor vil kunne bidra til å redusere avvik knyttet til dobbelsignering ved utdeling av legemidler, og det vil også bidra til bedre kontroll på legemidler og effektivisering i for eksempel bestilling av legemidler. Videre vil bruk av denne velferdsteknologien medføre endring av arbeidsprosesser og rutiner, og i den forbindelse anser vi det som bra at Ullerud Helsebygg har gjennomført en risikoanalyse på området og utarbeidet en egen prosedyre i Compilo for bruk av medisinkabinettet.

Videre vurderer vi at avdeling B2 og helsebygget for øvrig har en god meldekultur og avvikskultur. Dette gjenspeiler seg i hyppigheten i avviksføringen på institusjonen. Vi anser det som bra at Ullerud Helsebygg ikke har en streng tolkning av hva et avvik er, men at ansatte skal melde avvik hvis noe som kan være et avvik oppstår. Vi anser det som motsigende at prosedyren for istandgjøring av legemidler sier at feil i legging av dosett som oppdages ved dobbeltkontroll ikke skal rapporteres som et avvik, og revisjon stiller spørsmålsteget ved hvorfor slike feil ikke skal anses som avvik. Til tross for dette er vår overordnede vurdering at det er en god meldekultur og avvikskultur på avdelingen B2.

Revisjonen vurderer at hjemmetjenesten sone 1 generelt har gode rutiner og prosedyrer for håndtering og lagring av legemidler. Vi vil spesielt påpeke at det er god praksis at restbeholdningen av A- og B-preparater kontrolleres hver natt. Dette er utover det legemiddelforskriften krever, og slik praksis vil kunne bidra til økt kontroll av A- og B-preparater. Vi vurderer også at det er bra at hjemmetjenesten overholder rundskrivet til legemiddelforskriften og fører regnskap for hver pasients bruk av A-preparater.

Til tross for at legemiddelhåndteringen er satt i system viser intervjudata at hjemmetjenesten opplever avviksmeldinger knyttet til feilmedisinering. Vi vurderer at årsaken til at slike avvik oppstår er sammensatt og ikke utelukkende skyldes kompetanse, bemanning eller ressurser, men momentene hjemmetjenesten selv fremhever viser at bemanning og ressurser i stor grad innvirker på avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Vi vurderer at hjemmetjenesten bør gjennomgå om en til enhver tid har et forsvarlig antall ansatte per bruker slik at bemanning og ressurser ikke går på bekostning av kvaliteten i legemiddelhåndteringen. Kommunen bør også sikre at ansatte i hjemmetjenesten får tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgaver knyttet til legemiddelhåndtering slik at risikoen for feilmedisinering reduseres.

Videre vurderer vi at hjemmetjenesten sone 1 har en god meldekultur og avvikskultur. Hjemmetjenesten kan vise til at alle ansatte med behov for oppfriskningskurs i avviksføring fikk tilbud om dette i august 2018. Dette vurderer revisjonen som et bra tiltak som sikrer at alle ansatte har kompetanse i avviksføring. Videre sikrer hjemmetjenesten at alle ansatte fører avvik ved at vikarer som ikke har tilgang til kvalitetssystemet fyller ut avviksskjema som igjen blir registrert digitalt av avdelingsleder eller fagsykepleier. Vår samlede vurdering er at hjemmetjenesten sone 1 er opptatt av at det skal meldes avvik som et viktig ledd i kvalitet- og forbedringsarbeidet, slik at brukerne sikres tjenester av høy kvalitet.

### **Problemstilling 3/System og rutiner for brukermedvirkning**

Alle brukere har en lovfestet rettighet til å medvirke i deres tjenestetilbud, og tjenesten har en plikt til å involvere brukere i sentrale spørsmål slik som behandling og tjenestetilbud. Vår samlede vurdering er at kommunen har utarbeidet skriftlige nedfellede prosedyrer og etablert praksis som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov gjennom brukermedvirkning.

Alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerende helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Frogn kommune sikrer etterlevelse av dette lovkravet ved å ha en prosedyre for individuell plan i kvalitetssystemet. Videre har kommunen praksis for at brukerens koordinator aktivt deltar i plan- og utarbeidelsesprosessen. Kommunen har utarbeidet en egen håndbok for koordinatorene hvor deres ansvarsområde og oppgaver står nedfelt. Dette vurderer vi et tiltak som bidrar til å sikre lik praksis blant koordinatorene til fordel for brukerne.

Både Ullerud Helsebygg og hjemmetjenesten har etablert praksis som skal sikre brukermedvirkning i tjenestetilbudet til brukeren. Innkomtsamtaler, statusamtaler, brukerråd, primærgrupper og primærkontakt er alle tiltak og praksis som revisjonen vurderer bidrar til økt brukermedvirkning.

Vår overordnede vurdering er at Frogn kommune har gode prosedyrer og praksis for å etterleve krav om å sikre brukermedvirkning for brukere som ønsker det.

#### **Problemstilling 4/Bemanning, rekrutering og kompetanseutvikling**

Undersøkelsen viser at det er utarbeidet en strategisk kompetanseplan for Frogn kommune. Denne gjelder for hele kommunen, inkludert helse- og omsorgstjenestene. Videre har Ullerud Helsebygg utarbeidet en egen strategisk kompetanseplan for 2018 som viser til konkrete styrker og svakheter innenfor kompetanse og rekrutering innenfor institusjonspleien. Vi kan ikke se at hjemmetjenesten har utarbeidet en kompetanseplan. Målrettede kompetanseplaner kan bidra til å synliggjøre tjenesten sitt behov for kompetanse nå og i fremtiden, og på denne måten være et grunnlag for å gjøre fortløpende og systematiske vurderinger på hvilke tiltak som bør settes i verk for å imøtekomme kompetansebehovet til tjenesten. Vi vurderer at hjemmetjenesten bør utarbeide en egen kompetanseplan.

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell om å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Hvis helsepersonellet skal kunne gi forsvarlig pleie og omsorg til de pleietrengende eldre, må sykehjemmene og hjemmetjenesten ha en viss pleiebemanning. Undersøkelsen viser at det er flere helsefagarbeidere enn sykepleiere på avdeling B2 på Ullerud Helsebygg.

I hjemmetjenesten opplyses det om at en er bekymret for at antall ansatte ikke utvikler seg i tråd med antall brukere. Videre opplyses det at hvis hjemmetjenesten har for mange brukere i forhold til antall ansatte kan feilmedisinering bli et resultat. Den strategiske kompetanseplanen i Frogn kommune tar høyde for demografiutviklingen og at det blir flere pleietrengende i kommunen i årene framover. Vi ser også at hjemmetjenesten kontinuerlig gjør en helhetsvurdering med tanke på drift, bemanning og forsvarlighet. Revisjonen vil understreke viktigheten av at kommunen jevnlig gjennomfører en systematisk vurdering av om bemanningen i hjemmetjenesten er tilstrekkelig i dag, og om kommunen har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å møte bemanningsbehovet i fremtiden.

Søknadskontoret har tre ansatte som fatter vedtak om tildeling av tjenester i kommunen. Respondentene peker på at dette kanskje ikke er tilstrekkelig bemanning for å sikre kvalitet i søknadsbehandlingen. Revisjonen stiller spørsmålsteget ved om tre saksbehandlere er tilstrekkelig bemanning for å sikre forsvarlig søknadsbehandling.

Undersøkelsen viser også at pleie- og omsorgstjenesten har et tilbud om kurs, videre- og etterutdanning. Tjenestene har flere fagsamlinger og kompetansehevingsområder som fremheves av undervisningsoversikten på Ullerud Helsebygg og årshjulet for kompetanseheving i hjemmetjenesten. Vi vurderer at tjenestene legger til rette for kompetanseheving for sine ansatte.

Vi vurderer at Frogn kommune i likhet med andre kommuner opplever utfordringer knyttet til rekrutering av sykepleiere. Undersøkelsen viser at både Ullerud Helsebygg har bemannet alle sykepleierstillinger til tross for det som oppgis å være noe lave søkertall på stillingene. Revisjonen vurderer at kommunen har gjennomført systematiske kartlegginger av rekrutteringsbehovet og utfordringer knyttet til rekrutering og har i lys av dette også innført tiltak for å gjøre kommunen mer konkurransedyktig, for eksempel økning i grunnlønnen for sykepleiere. Vår samlede vurdering er at Frogn kommune har jobbet systematisk med rekrutering innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Våre anbefalinger er at Frogn kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør sikre at ansatte i hjemmetjenesten får tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgaver knyttet til legemiddelhåndtering slik at risikoen for feilmedisinering reduseres.
2. Hjemmetjenesten bør utarbeide en kompetanseplan som bidrar til å synliggjøre tjenestens kompetansebehov nå og i fremtiden.
3. Frogn kommune bør etablere en egen prosedyre for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet.
4. Kommunen bør vurdere å utforme og bruke et eget felles mal verktøy for utforming av vedtak på tvers av tjenester for å sikre at vedtak fattes i tråd med interne prosedyrer.

# Innhold

<b>1. Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Metode	2
<b>2. Saksbehandling i samsvar med regelverk og gjeldende vedtak</b>	<b>5</b>
2.1 Revisjonskriterier	5
2.2 Fakta	5
2.3 Vurderinger	8
<b>3. Legemiddelhåndtering</b>	<b>9</b>
3.1 Revisjonskriterier	9
3.2 Fakta	9
3.3 Vurderinger	13
<b>4. Brukermedvirkning</b>	<b>15</b>
4.1 Revisjonskriterier	15
4.2 Fakta	15
4.3 Vurderinger	17
<b>5. Bemanning, rekruttering og kompetanseutvikling</b>	<b>18</b>
5.1 Revisjonskriterier	18
5.2 Fakta	18
5.3 Vurderinger	22
<b>6. Anbefalinger</b>	<b>23</b>
<b>7. Uttalelse fra rådmannen</b>	<b>24</b>
<b>Vedlegg 1 Dokumentliste</b>	<b>25</b>
<b>Vedlegg 2 Revisjonskriterier</b>	<b>28</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og formål

Sekretariatet på vegne av kontrollutvalget i Frogn kommune vedtok 21.06.2018 å tildele KPMG oppdraget med å gjennomføre en forvaltningsrevisjon rettet mot helse og omsorg.

Formålet med forvaltningsrevisjonen vil være å undersøke i hvilken grad kvaliteten på tjenestene innen helse- og omsorgstjenesten er i tråd med krav og målsetninger på området. Det er et formål å foreslå forbedringstiltak, dersom det avdekkes mangler og forbedringsområder.

I samsvar med tilbudsforespørselen vil vi avgrense forvaltningsrevisjonen innenfor helse og omsorg til å omfatte hjemmebaserte tjenester og sykehjemstjenesten. Etter innspill fra kontrollutvalget, fokuserer revisjonen på langtidsavdelingen B2 på Ullerud Helsebygg og hjemmetjenesten sone 1 i Frogn kommune.

## 1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad saksbehandles og iverksettes tjenester innen helse og omsorg i samsvar med regelverk og gjeldende vedtak?
  - a) Samsvarer utført tjeneste med tildeling og vedtak?
2. I hvilken grad skjer medisin håndtering i tråd med gjeldende regelverk og kommunenes rutiner?
  - a) Overvåkning av risiko og håndtering av avvik
3. I hvilken grad har kommunen etablert system og rutiner for å sikre brukermedvirkning i arbeidet?
4. I hvilken grad sikrer kommunen en forsvarlig bemanning, rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten?



## 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) med offentlige veiledere
- ✓ Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester med offentlig veiledere
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- ✓ Stortingsmeldinger
- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomhet og helsepersonell som yter helsehjelp
- ✓ Rundskriv fra helsedirektoratet, IS-2015-7, om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- ✓ Kommunale vedtak og retningslinjer

Relevante revisjonskriterier for de konkrete problemstillingene fremgår i delkapitlene tilhørende problemstillingen og er redegjort for i sin helhet i vedlegg 2.

## 1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.<sup>1</sup>

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og analyse
- ✓ Intervjuer
- ✓ Observasjoner
- ✓ Stikkprøvekontroll/caseanalyse

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er inntatt i vedlegg 1.

Det er gjennomført intervjuer med 7 personer fra kommunen:

- ✓ Avdelingsleder rehabilitering og koordinering
- ✓ Avdelingsleder hjemmetjenesten sone 1

---

<sup>1</sup> Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

- ✓ Teamkoordinator hjemmetjenesten sone 1
- ✓ Enhetsleder Ullerud Helsebygg
- ✓ Avdelingsleder avdeling B2
- ✓ Fagsykepleier avdeling B1
- ✓ Avdelingsleder avdeling B1

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget personer er basert på forventet informasjonsverdi, personens erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Etter oppfordring fra enhetslederen på Ullerud Helsebygg, ble avdelingsleder på avdeling B1 intervjuet for å gi ytterligere informasjon i forhold til problemstillingene. Dette skyldes at avdelingsleder på avdeling B2 var nyansatt og under opplæring da revisjonen ble gjennomført. Dette gjelder også fagsykepleier på avdeling B1, da rutinene for medisinbehandling er lik på alle avdelinger på Ullerud Helsebygg. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

For å besvare problemstilling 1 har vi tatt utgangspunkt i Frogn kommune sine rutiner for saksbehandling og iverksetting av tjenester, og vurdert hvorvidt disse samsvarer med gjeldende regelverk. Videre har vi valgt ut 5 enkelt tildelinger/vedtak, som vi henviser til som sak 1-5, og vurdert om disse er gjort i samsvar med gjeldende regelverk og kommunens egne rutiner. For å belyse hvorvidt den utførte tjenesten samsvarer med tildeling/vedtak har vi innhentet journaldokumentasjon for de aktuelle tildelingene/vedtakene, og vi har vurdert om tjenesten samsvarer med tildeling/vedtak. Utvelgelsen av tildelinger/vedtak ble gjort i samråd med kontrollutvalget.

For å besvare den andre problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten i Frogn kommune. For å besvare denne problemstillingen har vi vurdert om kommunens retningslinjer for medisinbehandling samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens etterlevelse av gjeldende rutiner og regelverk. Vi har valgt ut en enhet innenfor hjemmetjenesten og en sykehjemsavdeling for å vurdere kommunens etterlevelse og praksis. Hjemmetjenesten i kommunen er delt i to geografiske soner. I samråd med kommunen har vi valgt å se på sone 1 fordi denne er størst og omfatter ca. 30 årsverk. På Ullerud helsebygg ble langtidsavdelingen B2 valgt fordi den består av langtidsplasser og fem rullerende plasser. For å undersøke etterlevelse og praksis har vi gjennomført kontroll av avdelingens system for dokumentasjon knyttet til legemiddelbehandling, kontroll av legemiddelregnskap i reseptgruppe A og B, kontroll av medisinrom, innhentet informasjon om oppfølging av legemiddelavvik, og gjennomført intervjuer med ansatte.

For å besvare den tredje problemstillingen har vi hentet inn Frogn kommune sine rutiner for brukermedvirkning innenfor helse og omsorg for å vurdere om disse fremstår som hensiktsmessig for å sikre brukermedvirkning. Videre har vi vurdert hvordan enkelte enheter innenfor hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten rent faktisk sørger for og sikrer brukermedvirkning. Vi har gjennomført dokumentanalyser og intervju for å besvare denne problemstillingen.

Den fjerde problemstillingen omhandler hvorvidt kommunen sikrer en forsvarlig bemanning, rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten. For å vurdere denne problemstillingen har vi hatt særlig fokus på om det til enhver tid foreligger en faglig forsvarlig bemanning, i tillegg til planverket for rekruttering og kompetanseutvikling. For å besvare denne problemstillingen har vi gjennomført intervju med ansatte i ulike funksjoner ute i tjenestene.

Datainnsamlingen ble avsluttet 13.11.2018.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 16.11.2018 med høringsfrist den 23.11.2018.



## 2. Saksbehandling i samsvar med regelverk og gjeldende vedtak

I dette kapitlet svarer vi på problemstilling 1. " I hvilken grad saksbehandles og iverksettes tjenester innen helse og omsorg i samsvar med regelverk og gjeldende vedtak?"

a) Samsvarer utført tjeneste med tildeling/vedtak?

### 2.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier som er brukt er redegjort for i vedlegg 2. Sentrale revisjonskriterier for denne problemstillingen er utledet fra:

- ✓ Forskrift om tildeling av sykehjemsplasser og tilsvarende bolig, Frogn kommune, Akershus
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven

### 2.2 Fakta

#### 2.2.1 Saksbehandling og iverksetting av tjenester innen helse og omsorg

I Frogn kommune finnes det en prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester. Formålet med prosedyren er å sikre at alle personer som oppholder seg i kommunen får oppfylt retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Prosedyren gjelder for alle saksbehandlere ved søknadskontoret for helse- og omsorgstjenester, og kommer til anvendelse ved behandling av søknader om kommunens helse- og omsorgstjenester.

I denne prosedyren heter det at saksbehandleren skal følge gjeldende lovverk og forskrifter, samt den vedtatte prosedyren. En sentral oppgave saksbehandleren har, er å innhente tilstrekkelige opplysninger slik at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. Intervjudata viser at de som behandler søknader har fokus på fatte vedtak som treffer brukerens behov. I intervju oppgis det at saksbehandlerne tar seg tid til å kartlegge pasientens behandlingsbehov. Dette gjøres primært i samråd med den aktuelle brukeren for å sikre at søknaden avgjøres på faglig forsvarlig grunnlag.

Frogn kommune har per i dag ikke eksplisitte skrevne rutiner for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet, men har interne samarbeidsformer og godt innarbeidet praksis. Når et vedtak er fattet om hjemmesykepleie, eller andre hjemmetjenester, kontakter saksbehandler teamkoordinatorene i hjemmetjenesten som sørger for at vedtaket kommer inn på hjemmetjenestens arbeidslister. Saksbehandlere og teamkoordinatorene i hjemmetjenesten har også jevnlig møter for gjennomgang av brukerne og revurdering av tjenester.

Når det gjelder iverksetting av vedtak om sykehjemsplass så er praksis at saksbehandler gir beskjed til avdelingen når vedtak er fattet. Ved langtidsopphold har saksbehandler tett dialog med avdelingen i forkant av vedtaket, og de er informert om hvem og når bruker skal komme til avdelingen. Ved tildeling av korttidsopphold gis det beskjed til avdelingen, samt at saksbehandlere, avdelingen og hjemmetjenesten har fast ukentlig samarbeidsmøte hver tirsdag for gjennomgang og oppfølging av tjenesten. Dette skal sikre gode overganger mellom sykehjem og hjem.

## 2.2.2 Rutiner og praksis for føring av venteliste

I "forskrift om tildeling av sykehjemsplass og tilsvarende bolig i Frogn kommune" § 5 heter det at pasienter og brukere som har fått vedtak om at kriterier for langtidsplass er oppfylt, men som ved forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av tilbud om langtidsplasser, føres på venteliste.

Videre nevner § 5 hvordan kommunen skal følge opp pasienter og brukere som er oppført på venteliste. Bokstav c og d i samme bestemmelse sier at søknadskontoret til enhver tid skal ha oversikt over de pasientene som står på ventelisten, og fortløpende vurdere hvem som har størst behov for tildeling av langtidsplass når slik plass blir ledig. Bestemmelsen sier også uttrykkelig at hvor lang tid den enkelte pasient eller bruker har stått på venteliste ikke har avgjørende betydning for hvem som får tildelt plass.

I intervju ble det bekreftet at de tre ansatte på søknadskontoret i samråd gjør en fortløpende vurdering av hvem på ventelisten som har størst behov for sykehjemsplass. Vurderingen gjøres på bakgrunn av en faglig skjønnsmessig vurdering på bakgrunn av en behovs- og forsvarlighetsvurdering.

Når det gjelder ventelisten for sykehjemsplasser i Frogn kommune oppgis den til å ha vært relativt lang, og per oktober 2018 var det 11 personer på ventelisten. Av disse 11 var det 6 personer som allerede hadde sykehjemsplass i en annen kommune, men som ønsket seg til Ullerud Helsebygg i Frogn kommune. I intervju oppgis det at personer med sykehjemsplass i andre kommuner blir nedprioritert ved tildeling av institusjonsplass.

## 2.2.3 Case

For å vurdere samsvaret mellom vedtak av helse og omsorgstjenester og kommunale rutiner i Frogn kommune har vi foretatt en casegjennomgang av fem vedtak som vi har vurdert opp mot kommunens rutiner.<sup>2</sup> Casegjennomgangen er summert opp i tabellen under.

---

<sup>2</sup> "kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem" og "prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester".

Tjeneste	Sak 1	Sak 2	Sak 3	Sak 4	Sak 5
	Sykehjemsplass langtidsopphold	Sykehjemsplass korttid	Hjemmetjeneste	Hjemmetjeneste	Hjemmetjeneste
<b>Kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem:</b>					
Brukermedvirkning	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
Tverrfaglig utredning	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
Søkers behov for medisinsk behandling/sykepleie må være av så omfattende karakter at det er behov for heldøgns pleie og omsorg i institusjon	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
Andre aktuelle hjelpetiltak må være vurdert som utilstrekkelig	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
Hjelpebehovet må være vurdert som nødvendig på ubestemt tid	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
Søker må ha levert søknad om langtidsopphold	JA	I/A	I/A	I/A	I/A
<b>Prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester</b>					
Melding om vedtak	JA	JA	JA	JA	JA
Vedtaket skal gjengi de faktiske forhold som vedtaket bygger på	JA	JA	JA	JA	JA
Vedtaket skal begrunnes	JA	JA	JA	JA	JA
Kontrollerer hjemmel opp mot regelverket	JA	JA	JA	JA	JA
Mål for tjeneste	JA	JA	NEI	NEI	NEI
Vedtak skal forklare hva som er innvilget/avslått	JA	JA	JA	JA	JA
Hvilke helsetjenester vedtaket gir	JA	JA	JA	JA	JA
Klageadgang	JA	JA	JA	JA	JA
Klagefrist	JA	JA	JA	JA	JA
Klageinstans	JA	JA	JA	JA	JA
Fremgangsmåte ved klage	JA	JA	JA	JA	JA
Innsynsrett	JA	JA	JA	JA	JA
Retten til å vite hvilke personopplysninger som kommunen har lagret for søker	JA	NEI	NEI	NEI	NEI
Det skal opplyses om at vedtak kan endres grunnet endret behov	JA	JA	JA	JA	JA

Tabell 1: Oversikt over samsvar mellom vedtak av helse- og omsorgstjenester og kommunale rutiner i Frogn kommune.

## 2.3 Vurderinger

### Tildeling av langtidsopphold i sykehjem og føring av venteliste:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a pålegger kommunen å gi en forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem. Videre heter det i fjerde ledd at kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold.

Frogn kommune har en egen forskrift som legger føringer for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og føring av venteliste. Forskriften er etter vår vurdering i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven. Basert på intervjudata vurderer vi at saksbehandlerne i kommunen praktiserer tildeling og føring av venteliste i tråd med den lokale forskriften.

Frogn kommune har per i dag ikke skrevne rutiner for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet, men har interne samarbeidsformer og en godt innarbeidet praksis. Respondentene peker på at det kan være fordelaktig med en egen prosedyre for iverksetting av tjenester. Revisjonen vurderer at Frogn kommune bør utarbeide en egen prosedyre for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet.

### Case:

For å vurdere samsvaret mellom vedtak av helse- og omsorgstjenester og kommunale rutiner i Frogn kommune har vi foretatt en casegjennomgang av fem vedtak som vi har vurdert opp mot kommunens rutiner "kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem" og "prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester".

En av de fem sakene gjelder langtidsopphold i sykehjem. Det er bare dette vedtaket som kan vurderes opp mot rutinen "kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem". Casegjennomgangen viser at vedtaket er i tråd med rutinen. Vedtaket er basert på søknad fra bruker, der bruker har medvirket i utformingen av vedtaket. Vedtaket er også basert på tverrfaglig utredning fra søknadskontoret, fastlege og spesialisthelsetjeneste.

"Prosedyre for saksbehandling av helse og omsorgstjenester" gjelder for alle sakene. Vi vurderer at vedtakene er delvis fattet i samsvar med rutinen. Vedtakene innfrir alle krav til informering om klagemuligheter. Vedtakene blir også begrunnet, og i begrunnelsen viser vedtaket til hjemmelen og de faktiske forhold vedtaket bygger på. Samtidig er det noen krav i prosedyren som ikke følges i alle vedtakene. Et av disse kravene er at bruker i vedtaket skal informeres om retten til å vite hvilke personopplysninger som søknadskontoret har lagret om søkeren. Dette kravet blir det ikke informert om med unntak av i sak 1. Samtidig skal vedtaket ifølge prosedyren angi et mål for tildeling av tjenesten. Dette handler om hva en ønsker å oppnå med tildeling av tjenesten. Sak 1 og 2 angir mål for tildeling av tjeneste. I midlertid blir det ikke formulert mål for tildeling av tjeneste i sak 3-5.

Videre vurderer vi at de fem vedtakene vi har undersøkt er bygd opp på forskjellige måter, men i det vesentlige har likt hovedinnhold. At vedtakene er bygd opp på forskjellige måter kan indikere at søknadskontoret ikke har en mal for hvordan vedtakene skal utformes. Revisjonen vurderer at felles mal verktøy for utforming av vedtak hos søknadskontoret, på tvers av tjenester, vil være nyttig for å sikre at kommunens rutiner og regler blir praktisert likt i kommunen. En felles mal vil for eksempel sikre at alle vedtak informerer om retten til å vite hvilke personopplysninger som søknadskontoret har lagret om søkeren.

Videre vurderer vi, etter en gjennomgang av vedtakene og tilhørende journaler, at utført tjeneste samsvarer med vedtak. Vi observerer imidlertid at det i sak 2 heter det at pasient takket nei til seniorekontakt, men i brukerjournalen heter det at vedkommende har takket ja.

## 3. Legemiddelhåndtering

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 2. " I hvilken grad skjer legemiddelhåndtering i tråd med gjeldende regelverk og kommunens rutiner?

a) Overvåkning av risiko og håndtering av avvik

### 3.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier som er brukt er redegjort for i vedlegg 2. Sentrale revisjonskriterier for denne problemstillingen er utledet fra:

- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- ✓ Rundskriv fra helsedirektoratet, IS-2015-7.

### 3.2 Fakta

#### 3.2.1 Retningslinjene til Frogn kommune:

##### Hjemmesykepleien sone 1:

##### Istandgjøring og utdeling av legemidler:

I prosedyren for legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien heter det at enhetsleder i hjemmesykepleien har det overordnede ansvaret for legemiddelhåndtering. Avdelingslederne i sone 1 og 2 har det videre ansvaret for at prosedyren kjøres kjent og følges av de ansatte. Videre har hver enkelt autoriserte sykepleier et selvstendig ansvar for å følge prosedyren om legemiddelhåndtering.

Hjemmesykepleien praktiserer at helsefagarbeidere som har bestått eksamen i legemiddelkurs og intern opplæring kan dele ut legemidler som er istandgjort av sykepleiere. Sykepleiere i hjemmetjenesten er kvalifisert til å dele ut legemidler i kraft av sin utdanning. I fagsystemet Gericca lages det en tiltaksplan for hver pasient som skal sikre at hver enkelt bruker får riktig legemiddel til riktig tid. Vedkommende som deler ut legemidler skal sjekke preparat, dose og navn på pasient for å sikre at riktig legemiddel deles ut til riktig bruker. I intervju fremheves det at dette bidrar til sikker legemiddelhåndtering. I intervju påpekes det også at bruk av multidose er et tiltak som skal sikre at bruker får riktig legemiddel til riktig tid fordi multidosen er merket med klokkeslett for utdeling.

I prosedyren heter det at brukere primært skal tilbys medisintil levering i multidose<sup>3</sup>. Dersom det av ulike årsaker ikke er hensiktsmessig med multidose, legges legemidlene i dosett. Sykepleier har eventuelt ansvaret for å legge legemidlene i dosett, og dette gjøres ukentlig. Dosetten legges til kontroll før den

<sup>3</sup> Multidose er ferdigpakke doseringsposer som bestilles ferdig fra apoteket. Hver dose inneholder flere ulike tablett som er pakket i en pose merket med navn og styrke, samt antall av alle tablettene. Videre er posene merket med pasientdata, ukedag, dato, og klokkeslett dosen skal tas. Posene henger sammen i lange remser.



blir levert til bruker. En annen sykepleier signerer for lagt og kontrollert dosett i et eget skjema. Skjema ligger bak medisinalisten i egen perm. Dosetten merkes med brukers navn og fødselsdato.

Hjemmetjenesten oppbevarer A- og B preparater i et låsbart skap på medisinalrommet. Tjenesten fører identisk regnskap for A- og B preparater. I hjemmetjenesten er det etablert praksis at nattevakten teller over og kontrollerer restmengde hver natt. Denne praksisen er nedfelt i en egen rutine. Revisjonen observerte narkotikaregnskapet og at det dobbelt signeres for hvert uttak og mottak, samt at restbeholdning kontrolleres hver natt. Vi gjennomførte også en test av et A-preparat opp mot restmengden i narkotikaregnskapet. Narkotikaregnskapet stemte for dette preparatet.

### Medisinalrom:

I hjemmetjenesten er det kun sykepleiere som har tilgang til medisinalrommet. Døren er låst med elektronisk kodelås, og i prosedyren for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten heter det at koden endres to ganger pr. år. Legemiddelrommet har arbeidsbenker og arbeidsområder fordelt mellom hjemmetjenesten sone 1 og 2. To sykepleiere fra hver sone har ansvar for sonens sin del av legemiddelrommet.

Legemiddelrommet har store rene flater for istandgjøring av legemidler og dosett. Legemiddelrommet har også et lukket avtrekksystem for istandgjøring av antibiotika.

Respondentene kunne fortelle at renholdspersonalet vasker gulv, men at det alltid er en sykepleier som observerer ved vask av legemiddelrommet.

### Avviksføring:

Hjemmetjenesten har en egen prosedyre for avviksføring. I prosedyren heter det at enhetslederen for hjemmebaserte tjenester har det overordnede ansvaret for avviksføring. Avdelingslederen har det videre ansvaret for å gjøre prosedyren kjent for ansatte, og at den følges. Avdelingsleder er også ansvarlig for at alle ansatte får opplæring i å melde avvik. Øvrige ansatte har selv ansvar for å lære seg å melde avvik. Avvik skal meldes av den som oppdager avviket. Hvis avviket omhandler feilmedisinering skal ansvarshavende sykepleier kontaktes. Ansvarshavende sykepleier gjør så en konkret vurdering av om lege må kontaktes.

I primærgruppepermen for hjemmebaserte tjenester heter det at et avvik er et brudd på kvalitetskrav i lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner. Videre påpeker primærgruppepermen at hvis en ansatt er i tvil om en hendelse er et avvik, så skal vedkommende skrive en avviksmelding. I permen heter det at et meldt avvik skal sees på som et bidrag til kvalitetssikring.

Intervjudata viser at avdelingsleder for sone 1 ønsker en god meldekultur på avdelingen, og at ansatte oppmuntres til å føre avvik. Det oppgis at alle ansatte skal føre avvik i Compilo. Unntaket er vikarer som ikke har tilgang til systemet. Det er etablert praksis at vikarer skal føre avvik på et eget avviksskjema i papirformat. Skjemaet gis så til avdelingsleder eller fagsykepleier som fører avviket inn i Compilo på vegne av vikaren.

Alle respondentene på avdelingen oppgir at ikke alle ansatte har like god teknisk kompetanse på å føre avvik i Compilo. Hjemmetjenesten har et årshjul som sier at avviksføring er et tema i august 2018. I forbindelse med dette fikk alle ansatte tilbud om oppfriskningskurs i avviksføring i Compilo.

Respondentene oppgir at avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering er knyttet til utdeling av feil mengde medisin, medisin gitt til feil tid eller gitt til feil person. Årsaken til feilmedisinering oppgis å være sammensatte, og kan skyldes økt bruk av vikarer, høyt arbeidstempo/tidspress, mange nyansatte og for liten tid til opplæring på medisinalrom. Misforståelser mellom ulike behandlere, for eksempel at sykepleiere ikke får nok tid til å lese utskrivningsrapporten fra sykehjem og sykehus på grunn av for mange arbeidsoppgaver, samt at ansatte ikke er grundige nok når de oppdaterer seg på journal og e-

link<sup>4</sup>, oppgis også som årsaker til at det oppstår avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering. Intervjudata viser også at en økning i antall brukere med mer komplekst sykdomsbilde og eventuelt underbemanning kan bidra til feilmedisinering.

### Risikovurderinger:

Risikovurderinger i hjemmetjenesten utføres fortløpende av avdelingslederne, samt at avdelingslederne i samråd en gang i måneden gjennomgår vurderingene på et tverrfaglig ledermøte. På det tverrfaglige ledermøtet gjennomgås de ulike risikovurderingene og problemstillingene på ulike avdelinger, og lederne oppjusterer eventuelt nedjusterer konsekvens og sannsynlighet på de ulike områdene. På ledermøtene fordeles også ansvar, tidsfrister og beskrivelser av tiltak mellom lederne i hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten har gjennomført risikovurderinger (ROS-analyser) på bemanning, tjenestebiler, sykefravær, medikamenthåndtering, kompetanse og vold og trusler. Skjema for risikovurderinger ligger på et eget område som er tilgangsstyrt hvor i hovedsak lederne har tilgang. Hjemmetjenesten oppgir at de ansatte skal involveres mer i dette arbeidet på sikt. Hjemmetjenesten påpeker også at selv om ansatte ikke involveres i stor grad i dette arbeidet, har en fått risikovurderinger på dagsorden, arbeidet er satt i system og gjennomføres på faste tidspunkt.

## Ullerud sykehjem, langtidsavdeling B2

### Istandgjøring og utdeling av legemidler:

I prosedyren for utdeling av legemidler heter det at de aller fleste oppgaver innen legemiddelhåndtering er i utgangspunktet sykepleier-/vernepleieroppgaver, men enhetsleder kan bestemme at hjelpepleier/omsorgsarbeider/vikarer kan gjennomføre enkelte oppgaver. Forutsetningen er da at vedkommende har gjennomført kurs og eksamen i legemiddelhåndtering og praktisk opplæring på arbeidsplassen, for å sikre forsvarlig gjennomføring. Helsefagarbeidere med fullført kurs og gjennomført opplæring kan dele ut legemidler, og A- og B preparater som er ferdig dosert i dosett eller multidose, men ikke i sprøyteform. Sykepleier og/eller vernepleier kontrollerer dosering før dosettene/multidosene gjøres tilgjengelig for helsefagarbeiderne. Intervjudata viser at flertallet av ansatte på avdelingen B2 er helsefagarbeidere, og 16 av 22 helsefagarbeidere har bestått eksamen i legemiddelhåndtering.

Langtidsavdelingene på sykehjemmet benytter seg av multidose og dosetter. Ved utdeling av multidose heter det i prosedyren at den som deler ut legemidlet skal rive av den aktuelle posen fra remsen, sjekke pasientnavn, dato og klokkeslett. Videre skal innholdet i posen sjekkes mot ordinasjonskortet. Dosettene gjøres i stand på en fast ukedag, og merkes med pasientens navn og fødselsdato.

I prosedyren heter det at kun sykepleiere kan gjøre i stand dosett. Dette gjøres ved å kontrollere legemidler opp mot medisinkortet til brukeren i Gerica. Sykepleier kvitterer så for istandgjort dosett. Før medisint levering kvitterer en annen sykepleier for utført kontroll av brukeren sin dosett. Ved eventuelle feil ved kontroll av dosett skal feilen rettes opp og det skal gis en tilbakemelding til den som gjorde i stand dosetten. I prosedyren heter det konkret at feil som avdekkes ved kontroll ikke skal meldes som avvik.

På langtidsavdelingen brukes medisintraller. I prosedyren for utdeling av legemidler heter det at denne trallen skal trilles dit pasientene er. Trallen skal ikke inn på pasientens rom, men skal stå igjen ute på gangen når man går inn til pasienten. Trallen skal alltid låses når den forlates. Frogn kommune er i en prosess knyttet til at Ullerud Helsebygg skal ta i bruk elektroniske medisintraller. Trallene er kjøpt inn og skal tas i bruk i november 2018. Formålet med å ta i bruk elektroniske medisintraller er økt kvalitet og pasientsikkerhet i legemiddelhåndteringen, herunder at riktig pasient får riktig legemiddel, til riktig tid, i riktig dose, og på riktig måte. Elektroniske medisintraller bidrar til en lukket legemiddelsløyfe der all

<sup>4</sup> Data som overføres elektronisk fra for eksempel sykehjem eller sykehus.

håndtering av legemidler registreres og dokumenteres elektronisk. Elektroniske legemiddel traller kan også gi digital beslutningsstøtte i utdelingsprosessen for eksempel ved å kreve at to sykepleiere må logge seg inn på systemet før trallen elektronisk åpner skuffen med det aktuelle A-preparatet.

### **Medisinrom:**

Legemidler oppbevares i all hovedsak i det elektroniske medisinkabinettet på medisinerrommet. Ullerud Helsebygg har en egen prosedyre for bruk av det elektroniske medisinkabinettet i Compilo. Det elektroniske medisinkabinettet er et system som skal bidra til at rett pasient får rett medisin i rett dose til rett tid ved rett administrasjonsform. Systemet lagrer hvem som henter ut hva slags medisin i hvilke mengder, når, og til hvilken pasient. Systemet kan holde oversikt over totalforbruk, gjenværende beholdning og medikamentenes holdbarhet. Systemet fungerer slik at det ikke er mulig å ta ut andre legemidler enn det legen har ordinert. Revisjonen fikk en demonstrasjon i hvordan legemiddelkabinettet fungerer i praksis. Vi ba også sykepleieren om å sjekke at beholdning av et spesifikt A-preparat stemte med narkotikaregnskapet. Vi observerte at systemet krevde at to sykepleiere signerte seg inn for at sykepleieren kunne få tilgang til A-preparatet. Vi observerte også at det spesifikke antall piller stemte med narkotikaregnskapet.

Proseduren for legemiddelrommet sier ingenting om hvem som har tilgang til rommet. Praksisen på avdelingen og helsebygget generelt er at kun sykepleiere eller vernepleiere har tilgang til medisinerrommet. Intervjudata viser at vaskepersonell har adgang til medisinerrommet når de skal vaske gulvet, men i slike tilfeller er praksis at alltid en sykepleier observerer vaskepersonalet slik at de aldri er alene på medisinerrommet.

Vi kunne observere at legemiddelrommet har rene flater for istandgjøring av legemidler, og avdelingen bruker et lukket system ved istandgjøring av antibiotika.

### **Avviksføring:**

Ullerud Helsebygg har en egen prosedyre for avviksføring. I denne prosedyren heter det at enhetslederen ved helsebygget har det overordnende ansvaret for avviksføring. Avdelingsledere har det videre ansvaret for at prosedyren er kjent og at den følges av alle ansatte. Avdelingsledere er også ansvarlig for at alle ansatte får opplæring i å melde avvik. Øvrige ansatte har ansvar for å lære seg å melde avvik.

I prosedyren heter det at feil i legemiddelhåndtering skal rapporteres til ansvarlig sykepleier umiddelbart av vedkommende som oppdager feilen. Den som oppdager feilen skal registrere feilen som et avvik i avvikssystemet Compilo. Avviket skal så lukkes av avdelingsleder.

Intervjudata viser at enhets- og avdelingsledere oppmuntrer ansatte til å melde avvik. Avdelingen har ikke en klar definisjon på hva et avvik er. Dette er bevisst for å unngå misforståelser knyttet til definisjonen av et avvik. Praksisen på avdelingen er at alt som kan være et avvik skal meldes i Compilo. Deretter tar avdelingslederne ansvar for å vurdere om det som meldes faktisk er et avvik. Respondentene kunne fortelle at dette er en bevisst strategi for å bedre meldekulturen på avdelingen og helsebygget.

Avvikene som meldes på avdelingen B2 er ofte knyttet til manglende signering ved utdeling av legemidler. Respondentene forteller at feil og avvik knyttet til legemiddelhåndtering oppstår fordi sykepleieren som deler ut legemidlet blir forstyrret av en kollega eller en pasient under håndteringen. Respondentene påpeker at feil knyttet til håndtering av legemidler, vil reduseres når den elektroniske medisintrallen tas i bruk fordi den registrerer og dokumenterer all håndtering digitalt.

## Risikovurderinger:

Hver avdeling, inkludert avdelingen B2, gjennomfører risikovurderinger knyttet til legemiddelhåndtering. Risikovurderingene tas opp og vurderes på ledermøter og avdelingsmøter. Nylig ble det gjennomført risikoanalyser på utarbeidelse av opplæringsystem og implementering av de nye elektroniske medisintrallene.

### 3.3 Vurderinger

For Ullerud helsebygg og avdelingen B2 er det berettiget å tro at innføringen av elektronisk medisinkabinett og medisintralle vil føre til økt pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndteringen. Tiltaket vil på lang vei sikre at riktig pasient får riktig legemiddel, til riktig tid, i riktig dose og på riktig måte. Elektronisk medisinkabinett og medisintraller fører også til at all dokumentasjon i legemiddelhåndteringsprosessen er elektronisk og sporbar til enhver tid. Dette vurderer revisor vil kunne bidra til å redusere avvik knyttet til dobbelsignering ved utdeling av legemidler, og det vil også bidra til bedre kontroll på legemidler og effektivisering i for eksempel bestilling av legemidler. Videre vil bruk av denne velferdsteknologien medføre endring av arbeidsprosesser og rutiner, og i den forbindelse anser vi det som bra at Ullerud Helsebygg har gjennomført en risikoanalyse på området og utarbeidet en egen prosedyre i Compilo for bruk av medisinkabinettet.

Selv om elektroniske medisinkabinett og medisintraller i stor grad bidrar til økt pasientsikkerhet er det fremdeles viktig at de som håndterer legemidler har riktig og god kompetanse. Vi vurderer at avdeling B2 og helsebygget generelt sikrer dette ved at sykepleiere/vernepleiere og kun helsefagarbeidere med godkjent medikamentkurs og grunnopplæring kan dele ut legemidler som er istandgjort og dobbelkontrollert av to sykepleiere/vernepleiere.

Videre vurderer vi at avdeling B2 og helsebygget for øvrig har en god meldekultur og avvikskultur. Dette gjenspeiler seg i hyppigheten i avviksføringen på institusjonen. Vi anser det som bra at Ullerud Helsebygg ikke har en streng tolkning av hva et avvik er, men at ansatte skal melde avvik hvis noe som kan være et avvik oppstår. Vi anser det som motsigende at prosedyren for istandgjøring av legemidler sier at feil i legging av dosett som oppdages ved dobbeltkontroll ikke skal rapporteres som et avvik, og revisjon stiller spørsmålstegn ved hvorfor slike feil ikke skal anses som avvik. Til tross for dette er vår overordnede vurdering at det er en god meldekultur og avvikskultur på langtidsavdelingen B2.

Revisjonen vurderer at hjemmetjenesten sone 1 har generelt gode rutiner og prosedyrer for istandgjøring av legemidler. Vi vurderer at hjemmetjenesten oppbevarer legemidler forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende i tråd med egne rutiner og gjeldende regelverk. Videre tilstreber hjemmetjenesten å bruke multidose som allerede er kontrollert og merket fra apotek, men i den grad det brukes dosett blir denne merket med pasientens navn og fødselsdato i tråd med egne rutiner og gjeldende regelverk.

Vi vil spesielt påpeke at det er god praksis at restbeholdningen av A og B-preparater kontrolleres hver natt. Dette er utover det legemiddelforskriften krever, og slik praksis vil kunne bidra til økt kontroll av A- og B-preparater. Vi vurderer også at det er bra at hjemmetjenesten overholder rundskrivet til legemiddelforskriften og fører regnskap for hver pasients bruk av A-preparater.

Videre vurderer vi at hjemmetjenesten sone 1 har en god meldekultur og avvikskultur. Hjemmetjenesten kan vise til at alle ansatte med behov for oppfriskningskurs i hvordan man fører avvik fikk tilbud om dette i august 2018. Dette vurderer revisjonen som et bra tiltak som sikrer at alle ansatte har kompetanse i avviksføring. Videre sikrer hjemmetjenesten at alle ansatte fører avvik ved at vikarer som ikke har tilgang til kvalitetssystemet fyller ut avviksskjema som igjen blir registrert digitalt av avdelingsleder eller fagsykepleier. Vår samlede vurdering er at hjemmetjenesten sone 1 er opptatt av at det skal meldes avvik som et viktig ledd i kvalitet- og forbedringsarbeidet, slik at brukerne sikres tjenester av høy kvalitet.

Til tross for at legemiddelhåndteringen er satt i system viser intervjudata at hjemmetjenesten opplever avviksmeldinger knyttet til feilmedisinering. Tidspress, for mange brukere per ansatt, feil i administreringen av legemidler og utskifting av personal er alle momenter som hjemmetjenesten selv fremhever kan føre til feilmedisinering og avvik i legemiddelhåndteringsprosessen. Hjemmetjenesten fremhever videre at en økning i antall brukere fører til et større arbeidspress da bemanningen styres av budsjettet og ikke av antall brukere.

Vi vurderer at årsaken til at slike avvik oppstår er sammensatt og ikke utelukkende skyldes kompetanse, bemanning eller ressurser, men momentene hjemmetjenesten selv fremhever viser at bemanning og ressurser i stor grad innvirker på avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Vi vurderer at hjemmetjenesten bør gjennomgå om en til enhver tid har et forsvarlig antall ansatte per bruker slik at bemanning og ressurser ikke går på bekostning av kvaliteten i legemiddelhåndteringen. Kommunen bør også sikre at ansatte i hjemmetjenesten får tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgaver knyttet til legemiddelhåndtering slik at risikoen for feilmedisinering reduseres.

## 4. Brukermedvirkning

I dette kapittelet svarer vi på problemstilling 3. " I hvilken grad har kommunen etablert system og rutiner for å sikre brukermedvirkning i arbeidet? "

### 4.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier som er brukt er redegjort for i vedlegg 2. Sentrale revisjonskriterier for denne problemstillingen er utledet fra:

- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3:
- ✓ Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1

### 4.2 Fakta

#### Bukerråd på helsebygget:

Hensikten med brukerrådet er at kvaliteten på tjenesten vil bli bedre om de utvikles i et samspill mellom beboere, pårørende, de ansatte og ledelsen ved sykehjemmene. Videre er brukerrådet et verktøy for å ivareta brukermedvirkning for beboere og deres pårørende. På brukerrådsmøtene kan enhetsledere få innspill på saker som angår drift av for eksempel sykehjemmet. I en beskrivelse av brukerrådet vi har mottatt fra Frogn kommune heter det at rådene fra brukerrådet skal tillegges vekt.

I brukerrådet tas det opp tema som gjelder tjenestetilbudet ved sykehjemmene. Brukerrådet kan for eksempel gi råd og bidra til utvikling av årsplanen, disponering av ressurser, brukerundersøkelser, rutiner som har betydning for pasientgruppen og den generelle kvaliteten på tjenesten. Brukerrådet består av 7-10 medlemmer inkludert virksomhetsleder. Det er virksomhetslederen som er ansvarlig for innkalling til møtene. En avdelingsleder skal sørge for å planlegge møtene i samarbeid med enhetsleder, sende møteinnkallinger og skrive referat.

Intervjudata viser at det er et ønske fra helsebygget sin side å ha et brukerråd, og ledelsen jobber aktivt med å opprettholde brukerrådet til tross for at det er vanskelig å rekruttere brukere og pårørende til å delta i rådet. Vansker knyttet til rekruttering til brukerrådet skyldes at det ikke er alle brukerne som er kognitivt i stand til å delta, og at det er stor utskiftning i rådet som skyldes dødsfall blant brukerne.

#### Statussamtale for brukere på helsebygget:

På helseinstitusjoner i Frogn kommune gjennomføres det statussamtale med pasienter. Kommunen har utarbeidet en egen mal for innkalling til statusamtaler. Formålet med statusamtalen er at helseinstitusjonen skal bli bedre kjent med brukeren, kartlegge hva som er viktig for pasienten i forhold til bosituasjon og verdier, hva brukeren tenker om fremtiden og livets slutfase og hvordan brukeren opplever å bo på helsebygget. Disse samtalene er frivillige for brukerne. Statusamtalen gjennomføres med pasient, primærlegepleier, primærkontakt, lege og avdelingsleder om ønskelig fra bruker sin side. Hvis brukeren ikke er i stand til å delta, gjennomføres samtalen med pårørende hvis bruker ønsker det.

### **Primærkontakt på helsebygget:**

Ullerud Helsebygg har en egen prosedyre for primærkontakter på helsebygget. Målet med rutinen er å sikre et best mulig samarbeid mellom avdeling, beboer og pårørende. Når en ny beboer flytter inn på avdelingen skal primærkontakten opprette kontakt med beboer og pårørende. Formålet med dette er å skape samhandling, trygghet og innhente nødvendige opplysninger om pasienten. Primærkontakten har ansvar for å ha spesiell god kontakt med bruker og deres pårørende så lenge oppholdet varer.

Primærkontakten har et ansvar for en rekke aktiviteter knyttet til brukeren, blant annet ansvar for å gjennomføre inkomstsamtale med bruker og eventuelt pårørende. Inkomstsamtalen gjennomføres innen 14 dager etter inkomst. Kommunen har utarbeidet en egen mal for hva som skal drøftes under inkomstsamtalen. Formålet med samtalen er å kartlegge behov, sykdomsbilde, boforhold og generelle ønsker fra brukeren. Inkomstsamtalen er omfattende og går i detalj på for eksempel hvor ofte brukeren ønsker å dusje, hva vedkommende liker/ikke liker å spise, ønske om frisør, hobbyer, sosiale forhold, brukermedvirkning, smerteproblematikk og søvnvaner. Gjennomført, eventuelt ikke gjennomført inkomstsamtale, dokumenteres i fagsystemet Gericia.

### **Primærkontakt og primærgrupper i hjemmetjenesten:**

Alle brukerne i hjemmetjenesten er tildelt en primærgruppe. Brukerne fordeles i primærgrupper basert på deres geografiske bosted. Det er i alt seks primærgrupper i hjemmetjenesten, og i hver gruppe er det en sykepleier og flere hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Hensikten med å organisere brukere og ansatte i primærgrupper er for at brukerne skal ha færre personer å forholde seg til i hjemmetjenesten. Primærgruppene skal også bidra til helhetlig oppfølging og en rød tråd i samarbeidet mellom hjemmetjenesten og brukeren. Primærgruppene skal også sikre brukermedvirkning ved at organiseringen sørger for tjenesten leveres på brukernes premisser. Det oppgis i intervju at denne måten å organisere tjenestetilbudet også skal sikre at hjemmesykepleien er i stand til å møte eldrebølgen i Frogn kommune på en god måte.

Hver bruker i hjemmetjenesten har en primærkontakt. Primærkontakten er enten sykepleieren eller hjelpepleier/helsefagarbeider i brukerens primærgruppe. Primærkontakten har ansvar for en rekke oppgaver, herunder knyttet til bidra at brukerens informasjon og dokumentasjon er oppdatert, bidra ved endringer i behov og tjenestetilbud, og bidra ved behov og i samråd med bruker. I primærgruppepermen i hjemmetjenesten er arbeidsoppgavene til primærkontakten listet opp.

### **Individuell plan, koordinator og ansvarsgruppemøter:**

Frogn kommune har en egen prosedyre for individuell plan som skal sikre at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan. Prosedyren sier at det er kommunens koordinerende enhet som har ansvar for arbeidet med individuell plan. Det er søknadskontoret for helse- og omsorgstjenester som har funksjonen som koordinerende enhet i Frogn kommune. Denne enheten har en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteyter.

Det er bruker som bestemmer hva som skal stå i den individuelle planen. Koordinator skal bidra til at bruker klarer å sette ord på hva som er viktig. I planen skal det tydelig fremgå hvordan bruker, pårørende/nettverk og aktuelle tjenester skal samhandle for å nå brukerens mål. Planen gir dermed en oversikt over tiltak og ansvar.

Fagkoordinator i Koordinerende enhet behandler søknaden gjennom en samtale med brukeren for å kartlegge behov. Deretter fattes vedtak om individuell plan. Det skal bare utarbeides én individuell plan for hver bruker. Det kan i tillegg være behov for mer detaljerte delplaner som individuell opplæringsplan (IOP), behandlingsplaner, aktivitetsplaner osv. Disse inngår som en del av den individuelle planen. Den individuelle planen er overordnet og gir en helhetlig oversikt. Den individuelle planen må oppdateres og

evalueres kontinuerlig, og det er koordinators ansvar at dette blir gjort. Evalueringen skal bl.a. vise måloppnåelse og brukers opplevelse av prosessen, samt endring av mål og tiltak.

Koordinatorrollen innebærer å tilrettelegge og motivere for at innbyggeren kan mestre hverdagen og ta ansvar for eget liv. Koordinator er innbyggerens kontaktperson i kommunen, og har som oppgave å bidra til nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator skal kjenne godt til brukerens mål, ressurser og behov, og motivere bruker til å ta en aktiv rolle i planprosessen. Koordinator velges på bakgrunn av brukers ønske, samt hvilken tjeneste som er mest involvert og det er hensiktsmessig at har koordinatorrollen. Det stilles ingen spesielle kompetansekrav til koordinatoren. I komplekse saker kan det være aktuelt å oppnevne to koordinatore som utfører oppgaven sammen. Alle koordinatorene får fast grunnopplæring en gang i året. Kommunen har utarbeidet en håndbok for koordinatore i Frogn kommune hvor koordinators ansvar og oppgaver er beskrevet. I håndboken er det også en henvisning til Frogn kommunes prosedyre og mal for individuell plan, samt skjema for samtykkeerklæring og andre verktøy koordinator trenger for å utføre sine oppgaver.

Lovverket som regulerer individuell plan pålegger også tjenesteyterne en plikt til å samarbeide om utarbeidelse og oppfølging av planen. I den forbindelse har Frogn kommune etablert ansvarsgrupper. Ansvarsgruppen består av brukeren, pårørende/nettverk og aktuelle tjenester som inngår i planen. Koordinator hjelper til med å etablere ansvarsgruppen, men det er bruker som bestemmer hvem som skal delta. Koordinator har ansvar for å invitere til møter i ansvarsgruppen. Formålet med møtene er i første omgang å utarbeide den individuelle planen, og videre oppfølging, evaluering og revidering av planen. Koordinator skal sammen med bruker avklare hvem som skal delta på ansvarsgruppemøter. Intervjudata viser at ansatte er bevisst på å ikke invitere flere deltakere enn nødvendig på disse møtene fordi de har fått tilbakemelding på at store møter kan virke overveldende for brukeren.

## 4.3 Vurderinger

Alle brukere har en lovfestet rettighet til å medvirke i deres tjenestetilbud, og tjenesten har en plikt til å involvere brukere i sentrale spørsmål slik som behandling og tjenestetilbud. Vår samlede vurdering er at kommunen har utarbeidet skriftlige nedfelte prosedyrer og etablert praksis som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov gjennom brukermedvirkning.

Alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerende helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Frogn kommune sikrer etterlevelse av dette lovkravet ved å ha en prosedyre for individuell plan i kvalitetssystemet. Videre har kommunen praksis for at brukerens koordinator aktivt deltar i plan- og utarbeidelsesprosessen. Kommunen har utarbeidet en egen håndbok for koordinatorene hvor deres ansvarsområde og oppgaver står nedfelt. Dette vurderer vi et tiltak som bidrar til å sikre lik praksis blant koordinatorene til fordel for brukerne.

Både Ullerud Helsebygg og hjemmetjenesten har etablert praksis som skal sikre brukermedvirkning i tjenestetilbudet til brukeren. Innkomtsamtaler, statusamtaler, brukerråd, primærgrupper og primærkontakt er alle tiltak og praksis som revisjonen vurderer bidrar til økt brukermedvirkning.

Vår overordnede vurdering er at Frogn kommune har tilstrekkelige prosedyrer og praksis for å etterleve krav om å sikre brukermedvirkning for brukere som ønsker det.



# 5. Bemanning, rekruttering og kompetanseutvikling

I dette kapitlet svarer vi på problemstilling 4. " I hvilken grad sikrer kommunen en forsvarlig bemanning, rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren?"

## 5.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier som er brukt er redegjort for i vedlegg 2. Sentrale revisjonskriterier for denne problemstillingen er utledet fra:

- ✓ Helsepersonelloven

## 5.2 Fakta

### Bemanning:

På avdelingen B2 på Ullerud Helsebygg er det 22 helsefagarbeidere/hjelpepleiere med fast stilling. Av disse er det 16 som har gjennomført og bestått eksamen i legemiddelhåndtering. Avdelingen har fire sykepleiere i 100% stilling, en i 50% stilling og en fagsykepleier i 100% stilling. Bemanning på dagtid på hverdager er ni pleiere hvorav alltid minimum en er sykepleier. Bemanning på kveldstid er alltid syv pleiere hvorav alltid minimum en er sykepleier.

På søknadskontoret er det tre ansatte. Bemanningen består av to sykepleiere og en fysioterapeut. Intervjudata viser at de ansatte på søknadskontoret har lang erfaring, men i intervju ble det fremhevet at det kan være behov for flere saksbehandlere fordi lav bemanning kan gå på bekostning av kvaliteten på blant annet vedtakene som fattes av avdelingen.

### Rekruttering:

I arbeidsgiverstrategien for 2018-2022 heter det at Frogn kommune har, i likhet med de andre kommunene i Follo, opplevd at det er stadig vanskeligere å rekruttere sykepleiere, inkludert avdelingsledere, til ledige stillinger både på sykehjemmene og i hjemmebaserte tjenester. Strategien viser til at tall og innhentet materiell fra blant annet Norsk Sykepleierforbund og KS viser at dette er et nasjonalt problem og at kampen om å rekruttere sykepleiere forsetter også i årene som kommer. Intervjudata viser at ansatte på helsebygget er klar over utfordringene, men samtidig har avdelingene søkere til alle sykepleierstillinger – og alle sykepleierstillingene på helsebygget per høsten 2018 er bemannet. Flere respondenter påpeker også at det nye helsebygget fungerer som et trekkplaster for å rekruttere sykepleiere på grunn av nye fasiliteter og bruk av velferdsteknologi.

I hjemmetjenesten er også problemet kjent, og intervjudata viser at hjemmetjenesten mener at det er en utfordring for kommunen å rekruttere nye sykepleiere til hjemmesykepleien. Både på helsebygget og i hjemmetjenesten blir demografi, manglende tilflytting til kommunen og lavere lønn sammenlignet med nabokommunen fremhevet som momenter som kan gjøre rekruttering utfordrende. I hjemmetjenesten

opplyses det om at en ikke har klart å besette alle stillingene, og at hjemmetjenesten benytter vikarbyrå for å bemanne vakante- og vikarstillinger.

På oppdrag fra rådmannsgruppen ble det nedsatt en arbeidsgruppe våren 2016 som kartla sykepleiesituasjonen, vurderte turnover blant sykepleiere i Frogn, innhentet opplysninger fra nabokommuner om sykepleiedekning, arbeidsvilkår/turnus og lønnsbetingelser, gjennomført en SWOT analyse og vurdert tiltak gjennom nettverksarbeid. Hensikten med arbeidet var å finne faktorer som kan gi Frogn kommune muligheter til å rekruttere nødvendig sykepleiefaglig kompetanse i årene framover. Tiltakene er beskrevet i notatet som ble lagt fram i rådmannsgruppen. Et av tiltakene som ble innført var en økning i grunnlønnen til sykepleierne slik at lønnen ble konkurransedyktig sammenlignet med nabokommunene til Frogn.

### **Kompetanse:**

Frogn kommune har utarbeidet en strategisk kompetanseplan for 2018-2022. Planen gjelder for hele kommunen og beskriver mål, virkemidler og rammer på overordnet nivå. Kompetanseplanen inneholder en beskrivelse av satsing i forhold til kommunens egne krav, og viser til at enhetslederne i kommunen har ansvar for kompetanseplaner i egne enheter. Enhetens ansvar innebærer å gjennomføre kompetanseutviklingstiltak og evaluere disse opp mot Frogn kommunes mål.

I avdelingen koordinering og rehabilitering er det utarbeidet en egen prosedyre for kompetanseutvikling som ligger i Compilo. Formålet med prosedyren er å sikre forsvarlig kompetanseutvikling for den enkelte medarbeider og avdelingen som helhet. Av tiltak/aktiviteter som beskrives i prosedyren står en egen kompetansegruppe sentralt. Kompetansegruppen består av avdelingsleder, tillitsvalgt, fagkoordinator rehabilitering, prosjektkoordinator koordinerende enhet og IP, to fagutviklingssykepleiere i hjemmetjenesten og fysioterapeut i innsatsteamet. Kompetansegruppen har ansvar for strategiske kompetanseutviklende tiltak, utarbeidelse av årshjul, kartlegging av kompetanseskapital og interessefelt, fordeling av kurs forespørsler og rapportere til ledergruppen i enheten. Kompetansegruppen møtes en gang i måneden. Andre tiltak/aktiviteter som fremgår av prosedyren er enhetssamling to ganger i året, kompetansetime i de ulike faggruppene 1 gang i måneden, avsatt tid til kompetanseutvikling på avdelingsmøte en gang i måneden, fagdag/seminar for barneteamet en gang i året og kompetansemappe på fellesområde(server). Avdelingen kan også vise til en oversikt over kompetansehevede tiltak og en kompetanse- og interessekartlegging.

I hjemmetjenesten har fagsykepleierne ansvar for gjennomføring av fagdager hver 12. uke som skal sikre kompetanseheving blant alle ansatte i hjemmetjenesten. Videre har hjemmetjenesten utarbeidet et årshjul som viser fokusområder for kompetanseheving hver måned.

På Ullerud Helsebygg har en utarbeidet en strategisk kompetanseplan for 2018. I denne kompetanseplanen fremheves det at rekruttering av kvalifiserte sykepleiere er en utfordring, og at viktigheten av å rekruttere kvalifiserte sykepleiere er viktig fordi de som får innvilget et langtidsopphold på helsebygget har mer komplekse sykdomstilfeller enn tidligere. For å løse denne utfordringen peker kompetanseplanen på at institusjonspleien må fokusere på innovasjon, læringsarenaer, incentivmetodikk og kulturendring. Videre viser kompetanseplanen til en SWOT-analyse og en GAP-analyse som identifiserer styrker og svakheter innenfor kompetanseutvikling, og tiltak for å utbedre utfordringer innen kompetanse og kompetanseutvikling.

Gap-analyse<sup>5</sup>:

Nå	Tiltak	Ønsket situasjon
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanskelig å få tak i folk</li> <li>- Variabelt men høyt kompetansenivå</li> <li>- «Jeg er fornøyd med det jeg kan» holdning</li> <li>- Få søkere på sykepleierstillinger</li> <li>- For lav andel stillinger er sykepleiere</li> <li>- Tatt i bruk ny teknologi i hverdagene</li> <li>- «Kunnskapsbanken» er oppstykket, bruker mye tid på å finne kompetanse/svar, lav delingskultur</li> <li>- En «what`s in it for me» kultur – forventning om mer lønn for mer kompetanse</li> <li>- Fagsykepleierteamet har akkurat kommet i gang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lukket legemiddelsløyfe med digitale medisintraller</li> <li>-Endre oss til å bli en lærende organisasjon, med fokus på kompetanse og kultur for læring..</li> <li>-Få en «jeg vil» kultur</li> <li>-«Benchmarke» sykepleierlønn</li> <li>-omgjøre riktig andel stillinger til sykepleierstillinger</li> <li>-Lage læringsportal med obligatoriske sertifiseringer, samt frivillige kurs.</li> <li>- Sette av tid, og gi rom for læring</li> <li>-Innføre stille rapport</li> <li>-Hva er fremtidens sykepleierrolle?</li> <li>-Hvilke roller utgjør fremtidens helsebygg, og hvordan skal vi få best mulig effekt?</li> <li>-Lage egen helsefagarbeiderutdanning lokalt</li> <li>-Tilby lærlinger fast jobb etter endt lærlingetid</li> <li>-Bedre samarbeidet med hjemmebaserte tjenester, for å lære mer om våre fremtidige beboere</li> <li>-Alternative oppholdsformer hos oss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lettere å rekruttere</li> <li>-Høyere faglig nivå inne alle geriatriske områder</li> <li>-Flere sykepleiere</li> <li>-Bedre opplæringssystemer</li> <li>-Samarbeid på tvers i kommunen, med spesielt fokus på HR/Personal/Lønn</li> <li>-Lærende organisasjon</li> <li>-Ansatte som <u>ønsker</u> høyere kompetanse</li> <li>-Incentivbasert kompetansesystem, hvor det er godt samsvar mellom kompetanse og lønn</li> <li>-Et krav til kompetansenivå</li> <li>-Større handlingsrom og tid til kompetanseheving og sertifisering</li> <li>-Fortsette innovasjon, og ta i bruk teknologiske løsninger</li> <li>-Kunnskap og læring er lett tilgjengelig for alle, på deres premisser og arena.</li> <li>-Bruke sykepleierne best mulig</li> </ul>

<sup>5</sup> Strategisk kompetanseplan 2018 for Ullerud Helsebygg

SWOT-analyse<sup>6</sup>:

<p><b>STYRKER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helt nytt bygg, med masse innovasjon</li> <li>• Fagsykepleiere på plass</li> <li>• Fullsatte sykepleierstillinger</li> <li>• Høyt utdanningsnivå</li> <li>• Interne opplæringsystemer</li> <li>• Fagutviklingssystemer, helsefagarbeider</li> <li>• Høy digitalisering</li> <li>• Fokus på heltid</li> <li>• Kontinuerlige kurs/læringsarenaer</li> <li>• Lav turnover</li> <li>• God kontinuitet i staben</li> <li>• Langt unna nærmeste sykehus</li> </ul>	<p><b>SVAKHETER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangler verktøy/systemer for å koordinere og kartlegge kompetansenivå</li> <li>• Høyere kompetanse enn behovet?</li> <li>• Klarer ikke å utnytte all kompetanse ideelt</li> <li>• Fagsykepleiernes organisering og metodikk</li> <li>• For friske beboere opptar plasser til de som faktisk trenger det, i mangel på omsorgsboliger</li> <li>• Lavere lønnsnivå enn nabokommunene, bidrar til at vi ikke får de beste til oss</li> <li>• Organisasjonsutviklingen tar tid</li> <li>• Høy vikarbruk gir lavere kvalitet</li> <li>• Lite fagmiljø i Frogn, både eksternt og internt. (eks Ski/Ås)</li> <li>• Høy snittalder på helsefagarbeidere</li> <li>• Språklige utfordringer</li> </ul>
<p><b>MULIGHETER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lande fagsykepleierrollen</li> <li>• Forventet høyere kompetanse</li> <li>• Få på plass et system for kompetansekartlegging og utvikling</li> <li>• Tidlig kartlegging avdekker fremtidige behov, forebygging?</li> <li>• Frivillighet, voksende andel og økt fokus samfunnsmessig</li> <li>• Hvordan gjøre geriatri spennende?</li> <li>• Økt fokus på skjevheten i demografien</li> <li>• Endre organisering</li> <li>• Mange endringsvillige medarbeidere i organisasjonen</li> <li>• Finne riktig organisasjonsform; teknokratisk/organisk/lærende</li> <li>• Øke språkkompetansen, alle i arbeid!</li> <li>• Legge til rette for økt autorisasjonsandel for sykepleiere utenfor EU/EØS</li> <li>• Legge til rette for helsefagarbeider lokalt</li> </ul>	<p><b>TRUSLER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endret pleiebehov/ sykere beboere</li> <li>• Sykehusene sender sykere pasienter hjem for tidlig</li> <li>• Krav til fulltidsbemanning øker på grunn av endret sykdomsbilde</li> <li>• Alderen stiger, større behov for avansert geriatrisk sykepleie</li> <li>• Flere psykiatriske tilfeller</li> <li>• Stor demografisk endring</li> <li>• Lav innbyggervest i kommunen, for få unge</li> <li>• Presset boligmarked, for dyrt å etablere seg for nyutdannede i kommunen</li> <li>• Utflytting av unge til nabokommuner, gamle flytter inn i stedet.</li> <li>• Geriatri er for mange nyutdannede det minst spennende fagområdet</li> <li>• Stort ansvar og større press på sykepleiere som har kompetansen</li> <li>• Økt press på kommuneøkonomien</li> <li>• Økt forventningspress fra alle kanter</li> <li>• Fritt sykehjemvalg, barna flytter foreldrene sine nærmere hjemme</li> </ul>

<sup>6</sup> Strategisk kompetanseplan 2018 for Ullerud Helsebygg

## 5.3 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det er utarbeidet en strategisk kompetanseplan for Frogn kommune. Denne gjelder for hele kommunen, inkludert helse- og omsorgstjenestene. Videre har Ullerud Helsebygg utarbeidet en egen strategisk kompetanseplan for 2018 som viser til konkrete styrker og svakheter innenfor kompetanse og rekruttering innenfor institusjonspleien. Vi kan ikke se at hjemmetjenesten har utarbeidet en kompetanseplan. Målrettede kompetanseplaner kan bidra til å synliggjøre tjenesten sitt behov for kompetanse nå og i fremtiden, og på denne måten være et grunnlag for å gjøre fortløpende og systematiske vurderinger på hvilke tiltak som bør settes i verk for å imøtekomme kompetansebehovet til tjenesten. Vi vurderer at hjemmetjenesten bør utarbeide en egen kompetanseplan.

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell om å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Hvis helsepersonellet skal kunne gi forsvarlig pleie og omsorg til de pleietrengende eldre, må sykehjemmene og hjemmetjenesten ha en viss pleiebemanning. Undersøkelsen viser at det er flere helsefagarbeidere enn sykepleiere på avdeling B2 på Ullerud Helsebygg.

I hjemmetjenesten opplyses det om at en er bekymret for at antall ansatte ikke utvikler seg i tråd med antall brukere. Videre opplyses det at hvis hjemmetjenesten har for mange brukere i forhold til ansatte samtidig kan feilmedisinering bli et resultat. Den strategiske kompetanseplanen i Frogn kommune tar høyde for demografiutviklingen og at det blir flere pleietrengende i kommunen i årene framover. Vi ser også at hjemmetjenesten kontinuerlig gjør en helhetsvurdering med tanke på drift, bemanning og forsvarlighet. Revisjonen vil understreke viktigheten av at kommunen jevnlig gjennomfører en systematisk vurdering av om bemanningen i hjemmetjenesten er tilstrekkelig i dag, og om kommunen har iverksatt tilstrekkelig tiltak for å møte bemanningsbehovet i fremtiden.

Søknadskontoret har tre ansatte som fatter vedtak om tildeling av tjenester i kommunen. Respondentene peker på at dette kanskje ikke er tilstrekkelig bemanning for å sikre kvalitet i søknadsbehandlingen. Revisjonen stiller spørsmålsteget ved om tre saksbehandlere er tilstrekkelig bemanning for å sikre forsvarlig søknadsbehandling.

Undersøkelsen viser også at pleie- og omsorgstjenesten har et tilbud om kurs, videre- og etterutdanning. Tjenestene har flere fagsamlinger og kompetansehevingsområder som fremheves av undervisningsoversikten på Ullerud Helsebygg og årshjulet for kompetanseheving i hjemmetjenesten. Vi vurderer at tjenestene legger til rette for kompetanseheving for sine ansatte.

Vi vurderer at Frogn kommune i likhet med andre kommuner opplever utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere. Undersøkelsen viser at Ullerud Helsebygg har bemannet alle sykepleierstillingene til tross for det som oppgis å være noe lave søkertall på stillingene. Revisjonen vurderer at kommunen har gjennomført systematiske kartlegginger av rekrutteringsbehovet og utfordringer knyttet til rekruttering og har i lys av dette også innført tiltak for å gjøre kommunen mer konkurransedyktig, for eksempel økning i grunnlønnen for sykepleiere. Vår samlede vurdering er at Frogn kommune har jobbet systematisk med rekruttering innenfor helse- og omsorgstjenestene.

## 6. Anbefalinger

KPMG vil her komme med anbefalinger på områdene der det i forvaltningsrevisjonen er funnet avvik eller forbedringspotensial.

Anbefalingene er formulert på bakgrunn av vurderingene, og peker på områder hvor kommunen etter vår vurdering i første omgang bør prioritere å sikre at kvaliteten på tjenestene innen helse- og omsorgstjenesten er i tråd med krav og målsetninger på området.

Våre anbefalinger er at Frogn kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør sikre at ansatte i hjemmetjenesten får tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgaver knyttet til legemiddelhåndtering slik at risikoen for feilmedisinering reduseres.
2. Hjemmetjenesten bør utarbeide en kompetanseplan som bidrar til å synliggjøre tjenestens kompetansebehov nå og i fremtiden.
3. Frogn kommune bør etablere en egen prosedyre for iverksetting av tjenester etter at vedtak er fattet.
4. Kommunen bør vurdere å utforme og bruke et eget felles mal verktøy for utforming av vedtak på tvers av tjenester for å sikre at vedtak fattes i tråd med interne prosedyrer.

# 7. Uttalelse fra rådmannen

## 1. Uttalelse til rapporten

- Rådmannen slutter seg til anbefalingene i rapporten og har allerede gjort noen endringer i tråd med anbefalingene.

# Vedlegg 1 Dokumentliste

## Overordnede dokument:

- ✓ Arbeidsgiverstrategi Frogn kommune 2018-2022
- ✓ Strategisk kompetanseplan i Frogn kommune
- ✓ Strategisk kompetanseplan 2018 – Ullerud Helsebygg

## Rutiner og prosedyrer:

- ✓ Mal søknad om helse og omsorgstjenester Frogn kommune
- ✓ Mal opplysninger ved inntøkt
- ✓ Rutine for håndtering av tverrfaglig epikrise fra Nevrorehab, Ahus
- ✓ Rutine trygghetsalarm
- ✓ Rutine barn med omfattende behov for medisinsk oppfølging ved utskrivelse fra sykehus til kommunen
- ✓ Rutine barn som pårørende
- ✓ Rutine primærkontakt - arbeidsoppgaver
- ✓ Prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester
- ✓ Prosedyre for klagesaksbehandling for helse og omsorgstjenester
- ✓ Prosedyre individuell plan og koordinator
- ✓ Samtykkeerklæring tverrfaglig samhandling og individuell plan (IP)
- ✓ Forskrift 11.12.2017 om tildeling av sykehjemsplass og tilsvarende bolig i Frogn kommune
- ✓ Årshjul Ullerud Helsebygg – Forenklet
- ✓ Årshjul fokusområder kompetanse hjemmetjenesten
- ✓ Sjekkliste for årskontroll
- ✓ Sjekkliste for innskriving på langtid / rullerende pasient
- ✓ Håndbok for koordinatører i Frogn kommune

## Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten:

- ✓ Prosedyre legemidler og avvik
- ✓ Prosedyre legemiddelhåndtering
- ✓ Prosedyre istandgjøring av legemidler
- ✓ Prosedyre feilmedisinering

## Legemiddelhåndtering Ullerud helsehus:

- ✓ Rutine legemiddelhåndtering Medisinrom Ullerud helsebygg bygg A
- ✓ Risikoanalyse medisinbehandling ved Enhet Ullerud Helsebygg August 2018
- ✓ Risikoanalyse legemiddelhåndtering avdeling A5 2018
- ✓ Risikoanalyse legemiddelhåndtering avdeling B3 2018
- ✓ Risikoanalyse legemiddelhåndtering Ullerud bofellesskap 2018
- ✓ Risikoanalyse legemiddelhåndtering avdeling B1



- ✓ Risikoanalyse legemiddelhåndtering avdeling B2
- ✓ Risikoanalyse medisinrom bygg A
- ✓ Risikoanalyse medisinrom bygg B 2018
- ✓ Risikoanalyse tilberedelse av antibiotika

#### Brukermedvirkning:

- ✓ Prosedyre for brukermedvirkning
- ✓ Velkomstbrosjyre Ullerud Helsebygg
- ✓ Infoskriv velkommen til somatisk langtidsavdeling B2
- ✓ Primærperm hjemmebaserte tjenester Frogn kommune
- ✓ Mal invitasjon til statusamtale
- ✓ Brukerråd på sykehjemmene i Frogn kommune
- ✓ Inkomstsamtale mal
- ✓ Bruker- og pårørendeundersøkelser
- ✓ Mal første vurderingssamtale av innsatsteamet Frogn kommune
- ✓ Hva er viktig for deg? Livssirkel

#### Kompetanseutvikling og rekruttering:

- ✓ Prosedyre for kompetanseutvikling i avdeling Koordinering og Rehabilitering
- ✓ Mandat demensomsorgens ABC
- ✓ Deltakere ABC-gruppene i Frogn kommune 2018-2019
- ✓ Påmeldinger til ABC-gruppene i Frogn kommune 2018-2019
- ✓ Plan for ABC tilbud Follo
- ✓ Velkommen til Enhetssamling (kompetansetiltak)
- ✓ Fagdokument Ullerud helsebygg
- ✓ Faggrupper foreløpig planlagt
- ✓ Informasjonsskriv nyansatte Enhet Ullerud Helsebygg
- ✓ Internundervisning i Enhet Helse, Omsorg og Koordinering
- ✓ Oversikt over dagens kompetanseutviklende tiltak i avdeling Koordinering og Rehabilitering
- ✓ Medarbeiderundersøkelse Helse, Omsorg og Koordinering
- ✓ Sjekkliste for nyansatte i Hjemmetjenesten
- ✓ Sjekkliste for opplæring av nyansatte i Enhet Ullerud Helsebygg
- ✓ Sjekkliste ved opplæring av nye sykepleiere Ullerud Helsebygg
- ✓ Sjekkliste for opplæring av nyansatt avdelingsleder i Pleie- og Omsorg Frogn kommune
- ✓ Oppsummering kompetanse og interessekartlegging i avdeling Koordinering og Rehabilitering
- ✓ Kompetanse- og interesse kartlegging i avdeling Koordinering og Rehabilitering
- ✓ Revidert bemanning på Ullerud Helsebygg, 1. mai 2018
- ✓ ROS-analyse arbeidsmiljø
- ✓ ROS-analyse kompetanse og rekruttering
- ✓ Stillingsbeskrivelse for fagutviklingssykepleier
- ✓ Undervisningsoversikt 2018

✓ Videreutdanning, UHB 2018

# Vedlegg 2 Revisjonskriterier

## **Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)**

### **§ 24. (når enkeltvedtak skal grunngis).**

Enkeltvedtak skal grunngis. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med at vedtaket treffes.

### **§ 25.(begrunnelsens innhold).**

I begrunnelsen skal vises til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.

I begrunnelsen skal dessuten nevnes de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er en henvisning til den tidligere framstilling tilstrekkelig. I tilfelle skal det i underretningen til parten vedlegges kopi av framstillingen.

De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn, bør nevnes. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil i alminnelighet en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig

## **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven)**

### **§ 3-2 a.Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester**

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

[Kongen gir forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold.]

Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt. Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd.

## **Forskrift om tildeling av sykehjemsplass og tilsvarende bolig, Frogn Kommune, Akershus.**

### **§ 5. Oppfølging av pasienter og brukere på venteliste**

Pasienter og brukere som har fått vedtak om at kriteriene for langtidsplass er oppfylt jf. § 4, men som ved forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av tilbud om langtidsplass, føres på venteliste.

c) Søknadskontoret skal til enhver tid ha oversikt over de pasienter som står på ventelisten og fortløpende vurderer hvem som har størst behov for tildeling av langtidsplass når slik plass blir ledig.

d) Så snart langtidsplass blir ledig, skal søknadskontoret fatte vedtak om tildeling av plass til den som til enhver tid har størst behov for å få tildelt plassen. Hvor lang tid den enkelte pasient eller bruker har stått på ventelisten har ikke avgjørende betydning for hvem som skal få tildelt plass (...)

## **Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp og Rundskriv fra helsedirektoratet, IS-2015-7**

### **§ 3. Definisjoner**

b) Virksomhetsleder: den som har det overordnende ansvaret for helsehjelpen som ytes i den enkelte virksomhet.

#### **Til bokstav b:**

I rundskrivet om ledelse i sykehus er det presisert at det i hver organisatorisk enhet i helsevesenet skal være en leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Ut i fra dette rundskrivet må virksomhetsleder forstås som den som er den øverste lederen i hver institusjonene

### **§ 4. Virksomhetsleders ansvar**

Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.

Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres.

#### **Til annet ledd:**

I rundskrivet fra Helsedirektoratet heter det at denne faglige rådgiveren skal bidra til å gi virksomhetsleder et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder helsefaglig, herunder legemiddelfaglige spørsmål.

#### **Til tredje ledd:**

For tredje ledd følger det av IS-2015-7 at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens internkontrollsystem. I dette ligger det at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell ved virksomheten har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer å gi alle medarbeidere tilstrekkelig opplæring og videre- og etterutdanning. Tildeling av oppgaver innenfor legemiddelhåndtering må skje etter en konkret vurdering av kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Vurderingen av kompetansen skal vurderes individuelt på bakgrunn av oppgavens art og de formelle og reelle kvalifikasjonene slik som helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning, opplæring og yrkeserfaring. Vurderingen skal dokumenteres.

Virksomhetsleder kan bestemme at noen bare skal gis enkeltstående oppgaver, mens andre skal ha bredere oppgaver innen legemiddelhåndtering. Helsepersonell som har oppgaver i legemiddelhåndteringsprosessen forventes å ha faglig kompetanse og erfaring på følgende områder: Legemidlenes virkning og virkemåte, holdbarhet og oppbevaring, ulike legemiddelformer, byttbare legemidler, interaksjoner, bivirkninger, legemiddelregning, kunnskap om dosering, aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetninger, dokumentasjon, avvikshåndtering. Når det gjelder utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient, kan virksomhetsleder, så langt det anses faglig forsvarlig også benytte helsepersonell som ikke fullt ut innehar kompetanse som eksemplifisert foran. Dette gjelder ikke intravenøse injeksjoner og infusjoner.

#### **§ 5a. Legemiddelgjennomgang i sykehjem**

Legemiddelgjennomgang skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem.

Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling.

Legemiddelgjennomgang utføres av leger, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

#### **§ 7. 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.

Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordineringsgjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordineringsgjort gjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordineringsgjort er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Prosedyren skal være fastsatt av virksomhetsleder, og utarbeidet i samråd med helsepersonell med rekvireringsrett til pasient.

Et istandgjort legemiddel skal på forpakningen eller beholderen være merket med opplysninger om pasientens identitet og legemidlets navn og virkestoff, samt styrke, dose og andre opplysninger som er nødvendig for en sikker håndtering.

Det kan byttes mellom byttbare legemidler. Virksomheten skal i internkontrollsystemet ha prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler, herunder hvilken kompetanse den som skal utføre byttene skal ha.

#### **Til tredje ledd:**

Når et legemiddel er istandgjort skal det merkes på en slik måte at pasienten som skal tilføres legemidlet er entydig identifisert, og med en entydig beskrivelse av hvilket legemiddel det er. Den som deler ut legemidler bør ha dokumentasjon som sikrer kontroll på at det utdeles riktig legemiddel til riktig pasient. Følgende merking anses som et minimumskrav: Pasientens identitet, legemidlets navn og virkestoff, styrke på legemidlet, dose, legemiddel til injeksjon skal merkes med administrasjonsmåte.

Dersom institusjonen er konsekvent i sin ordineringspraksis, gjennom at det enten ordineres på virkestoff eller på preparatnavn, er det ikke nødvendig å merke med både preparatnavn og virkestoff.

Merking kan sløyfes hvis dersom legemidlet under istandgjøring og utdeling er innenfor en persons håndtering og ikke blir lagt eller plassert i en mellomagrings situasjon, slik som tralle, på benk eller lignende.

Merking av pasientens navn kan sløyfes for identifiserbare legemidler (endose/multidose) som tas ut av skuff eller beholder for den enkelte pasient og deles ut umiddelbart. I slike tilfeller skal utdelingen kontrolleres mot kurven eller annen oppdatert informasjon.

De som deler legemidler ut fra dosett, må ha tilgang til oppdatert dokumentasjon som utdelingen kan kontrolleres opp mot eks. Kurve/medisinkardeks/medisinkort.

I rundskrevet fra helsedirektoratet heter det at dosettene må alltid merkes med pasientens navn og fødselsdato.

#### **Til fjerde ledd:**

Legemiddelverkets bytteliste er et godt utgangspunkt for å utarbeide prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte av legemidler i virksomheten. Prosedyren bør for øvrig beskrive hvem som kan beslutte bytte og hvordan byttet skal gjennomføres i praksis, samt krav til både formell og real kompetanse hos den som utfører byttet. Dobbelkontroll bør gjennomføres. Hvilket legemiddel som gis til pasienten etter et bytte skal dokumenteres i pasientjournalen.

Videre heter det i rundskrevet fra Helsedirektoratet at helsepersonell bør ha kunnskap om byttbare legemidler.

### **§ 8. Tilberedning av legemidler**

Tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler som er utformet og dimensjonert slik at risikoen for sammenblanding av produkter, for krysskontaminasjon og annen forurensning av produktene unngås. Tilberedning av legemidler kan unntaksvis foretas andre steder når det anses faglig forsvarlig.

Virksomhetsleders ansvar for å foreta sårbarhets- og risikovurdering som grunnlag for å sikre faglig forsvarlig tilberedning fremgår av § 4 sjette ledd. Hygieneinstruksjoner, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal være tilpasset art og omfang av tilberedningen og er en del av virksomhetens internkontrollsystem.

#### **Til første og annet ledd:**

I IS-2015-7 heter det at *egne lokaler* er rom som er velegnet til å gjennomføre tilberedning uforstyrret og på en hygienisk måte, med tilstrekkelig stor og rengjort arbeidsflate. Videre skal hygieneinstruksjoner, arbeidsmetodikk og dokumentasjon være tilpasset art og omfang av tilberedning, og skal være en del av virksomhetens internkontrollsystem. En risiko- og sårbarhetsvurdering skal også være en del av virksomhetens internkontrollsystem. Gjennomførte risikovurderinger skal dokumenteres. Formålet med denne risiko- og sårbarhetsvurderingen er å sikre faglig forsvarlig tilberedning. Rundskrivet stiller ikke krav til metodikk brukt ved denne risiko- og sårbarhetsvurderingen, men metoden bør være egnet som beslutningsgrunnlag for å avgjøre om en type tilberedning kan finne sted i virksomheten. Risikoelementer som bør vurderes er arbeidsflyt, renhold, ventilasjon og mikrobiologiske forhold i rommet, ferdigheter i legemiddelregning, opplæring i- og forståelse av aseptisk arbeidsteknikk og dokumentasjon. For å avgjøre om virksomheten kan tilberede legemidler selv må det også vurderes om internkontrollsystemet dekker det som er grunnleggende for aktiviteten. Internkontrollsystemet bør ha prosedyrer på følgende områder:

- Prosedyrer for renhold. Prosedyrer for tilberedning, inkludert blandekort. Prosedyrer for aseptisk arbeidsteknikk. Krav til kompetanse hos de som skal tilberede. Prosedyre for opplæring inkludert opplæring i legemiddelregning. Prosedyre for kontroll og bruk av utstyr. Beskrivelse av tilberedningsrom. Dokumentasjon.

#### **§ 9. Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B**

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.

#### **Til bokstav a:**

Det følger av IS-2015-7 at virksomheten plikter til å dokumentere mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A. God regnskapspraksis vil, for eksempel, være at ett skjema føres for hvert preparat, styrke, legemiddelform, pakningsstørrelse. Mengden som mottas fra apotek skal uten ubegrunnet opphold føres inn i regnskapet, og hver del mengde som tas ut, skal uten ubegrunnet opphold, føres ut av regnskapet. Det skal noteres pasientens navn, dato, og mengde. Det skal summeres hva som er restmengde, 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. Regnskapet for A-preparater skal til enhver tid være oppdatert, og kunne fremlegges for myndighetene. Videre heter det i rundskrivet at legemidler i reseptgruppe A skal oppbevares adskilt fra andre legemidler, slik at de er enkle å identifisere, og regnskapsplikten enkelt kan overholdes.

## **Til bokstav b:**

For B-preparater stiller ikke legemiddelhåndteringsforskriften like strenge krav. 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 i gruppe B kan vurderes ut fra antall.

**§ 4, fjerde ledd: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten § 3, herunder:**

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

## **Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.**

### **§ 1. Formål**

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel

### **§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene**

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 tilfredsstilt 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.

## **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)**

### **§ 3-2 a. Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester**

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

### **§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven**

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven her.

### **§ 4. Forsvarlighet**

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.





## **Kontakt oss**

### **Ole Willy Fundingsrud**

#### **Direktør**

**T** +47 40 63 96 92

**E** [ole.willy.fundingsrud@kpmg.no](mailto:ole.willy.fundingsrud@kpmg.no)

### **Håkon Lindberg**

#### **Associate**

**T** +47 47 28 25 16

**E** [hakon.lindberg@kpmg.no](mailto:hakon.lindberg@kpmg.no)

[kpmg.no](http://kpmg.no)

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.