

Legemiddelhåndtering og ernæringsarbeid

Ringerike kommune

«Ja, hun spiser kanskje godt, men
spiser hun *riktig mat?*»

- ansatt i Ringerike kommune

Forvaltningsrevisjon

Juni 2019

Buskerud Kommunerevisjon IKS

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

Sammendrag

Buskerud Kommunerevisjon IKS har på oppdrag fra kontrollutvalget gjennomført forvaltningsrevisjon av Ringerike kommunes arbeid med legemiddelhåndtering og ernæring i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Vårt mandat har vært å undersøke hvilke tiltak kommunen har, om tiltakene etterleves i praksis og eventuelt korrigeres og om tiltakene er tilstrekkelige til å sikre at lovgivningen overholdes.

Våre vurderinger og konklusjoner er basert på blant annet innhenting av en rekke dokumenter fra administrasjonen (retningslinjer, prosedyrebeskrivelser, håndbøker m.m.), opplysninger hentet fra Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer og spørreundersøkelse til enhetsledere. Vi har besøkt ett sykehjem og en avdeling i hjemmetjenesten. Ved utvelgelsen la vi vekt på å sikre spredning; by og land, stor og liten tjeneste m.m. Ved begge avdelinger gjorde vi stikkprøvegjennomgang av tjenestemottakernes journaler, og vi hadde samtaler med ledelse og ansatte.

BKR's vurderinger kan sammenfattes slik:

For både legemiddelhåndtering og ernæringsarbeidet har administrasjonen sentralt fastsatt klare retningslinjer og prosedyrer for *hva* som skal *gjøres*, *hvordan* det skal *gjøres*, *hvem* som har ansvaret for det og *hvem* som har ansvaret for å *kontrollere* at det blir gjort.

Også andre elementer gjør at det ligger godt til rette for å utøve systematisk styring og internkontroll: Det er blant annet etablert kvalitetsutvalg, det eksisterer fagnettverk innenfor ernæringsarbeid, kommunen har et godt utviklet elektronisk kvalitetssystem (med mulighet til å melde avvik) og det er satt i gang arbeid med såkalt hendelsesbasert analyse for å lære av uønskede hendelser. Administrasjonen arbeider med å lage nye kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgssektoren, som skal være klare høsten 2019. På legemiddelsiden samarbeides det med tilsynsfarmasøyt.

Våre undersøkelser viser likevel at de mål og metoder administrasjonen selv har satt opp gjennom retningslinjer og prosedyrer, foreløpig ikke etterleves i praksis i tilstrekkelig grad.

Dette gjelder først og fremst ernæringsarbeidet. I de tjenesteytende avdelingene BKR har besøkt er det dels variasjoner i om gjeldende prosedyrer er kjent, dels *er* de for så vidt kjent, men uten at de foreløpig er tatt i bruk. Med andre ord sikres ikke at den enkeltes ernæringsstatus kartlegges og følges opp på den måten administrasjonen selv har tatt sikte på. Særlig i hjemmetjenesten økes risikoen for at den enkeltes behov for ernæringstiltak kan overses, når avdelingen har mange tjenestemottakere, mange ansatte, mange besøk i hjemmet, stor turn-over og høy vikarbruk. Tall fra Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer gir grunn til uro for at få tjenestemottakere (kommunen sett under ett) har fått kartlagt sin ernæringsstatus, selv om det er grunn til å tro at det er underrapportering fra kommunen her. BKR oppfatter det slik de tjenesteytende avdelingene et godt stykke på vei er klar over hvor de har forbedringspotensial.

Også innenfor legemiddelhåndtering er det forbedringspunkter, men de anser vi som mindre, avdelingene er kjent med dem, og det er dessuten en fast ekstern kontroll gjennom tilsynsfarmasøyt.

Vi vil være varsomme med å generalisere fra observasjoner ved ett sykehjem og en avdeling i hjemmetjenesten. BKR sier ikke at våre observasjoner gjelder alle avdelinger i sektoren. Men vi ser at administrasjonen så langt ikke har lyktes i *følge med på* og deretter *sikre* at fastsatte målsetninger og metoder i prosedyrer fullt ut er tatt i bruk i de avdelingene vi har besøkt, særlig når det gjelder ernæringsarbeidet. I seg selv kan det tyde på at også andre avdelinger har de samme eller andre svakheter. Flere andre forhold tyder på det samme, blant annet at enhetsledere – lederne mellom rådmannsnivået og avdelingslederne – månedlig skal kontrollere hvor mange tjenestemottakere som har fått kartlagt ernæringsstatus, men det gjør de ikke i tilstrekkelig grad.

BKR's konklusjon er at:

- De tiltakene som er etablert følges ikke i tilstrekkelig grad opp i praksis. Dette gjelder særlig innenfor ernæringsarbeidet. Tiltakene innenfor legemiddelhåndtering bærer etter vår vurdering preg av å ha virket i flere år og dermed ha blitt bedre implementert i den daglige driften i sektoren, og av det mer

løpende samarbeidet med tilsynsfarmasøyten. Men også her finnes forbedringspunkter, som tjenestene selv er klar over.

- Tiltakene er for så vidt, så langt BKR kan bedømme, velegnet til å sikre både overholdelse av lovgivningen på området, og til å drive et godt og kontinuerlig kvalitetsarbeid.
- Men det krever at administrasjonen setter større trykk på at tiltakene faktisk brukes på den måten administrasjonen selv har bestemt at man skal bruke dem. Dette er et ledelsesansvar, fra toppen og nedover.

Vi **anbefaler** kommunen å følge sterkere med på at alle ledd i organisasjonen – rådmannsnivået, enhetsledere, avdelingsledere, medarbeiderne – faktisk gjør det retningslinjer og prosedyrer *allerede* fastsetter at disse leddene skal gjøre.

Kort oppsummert er det ikke rutinebeskrivelsene eller ansvarsfordelingen i seg selv det er noe galt med, utfordringen er at det som står der ikke blir etterlevd i tilstrekkelig grad – på flere nivåer i organisasjonen.

Mer utfyllende sammenfatning kan leses i rapportens kapittel 6.

Utkast til rapport har blitt sendt til rådmannen. Rådmannens uttalelse som følger som vedlegg.

Innhold

<i>Sammendrag</i>	1
<i>Innhold</i>	3
1. Innledning.....	5
1.1. Bakgrunn, formål og problemstillinger.....	5
1.2. Avgrensning av undersøkelsen	5
1.3. Om helse- og omsorgssektoren i Ringerike	5
2. Metode og revisjonskriterier	6
2.1. Metodevalg.....	6
2.2. Revisjonskriterier	7
3. Kunnskapsgrunnlag, et utdrag	8
3.1. Statens helsetilsyn 2011	8
3.2. Riksrevisjonen 2018.....	8
3.3. Nasjonale retningslinjer m.m.	9
4. Legemiddelhåndtering	10
4.1. Om administrasjonens styring av området	10
<i>Retningslinjer for legemiddelhåndtering</i>	10
<i>Kvalitetsutvalget</i>	11
<i>Tilsynsfarmasøyt</i>	12
<i>Hendelsesbasert analyse</i>	13
<i>Kvalitetssystemet, avviksmeldinger legemidler</i>	14
<i>Tilbakemeldingsordningen på nett</i>	14
<i>Arbeid med kvalitetsindikatorer</i>	15
4.2. Legemiddelhåndtering i institusjon	15
<i>Opplysninger fra virksomhetsbesøk</i>	15
4.3. Legemiddelhåndtering i hjemmebaserte tjenester	16
<i>Opplysninger fra virksomhetsbesøk</i>	16
5. Ernæringsarbeid	17
5.1. Om administrasjonens styring av området	17
<i>Prosedyrer</i>	17
<i>Opplysninger fra nasjonale kvalitetsindikatorer</i>	18
<i>Ernæringsnettverket</i>	19
<i>Spørreundersøkelse til enhetsledere</i>	20

<i>Annet</i>	21
5.2. Ernæringsarbeid i institusjon	21
<i>Opplysninger fra virksomhetsbesøk</i>	21
5.3. Ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester	21
<i>Opplysninger fra virksomhetsbesøk</i>	21
6. Oppsummering og konklusjon	23
<i>Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmannen datert 4. juni 2019</i>	26
<i>Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon</i>	28
<i>Vedlegg 3 – Revisjonskriterier</i>	30

1. Innledning

1.1. Bakgrunn, formål og problemstillinger

Kontrollutvalget i Ringerike kommune gjorde 28. september 2018 vedtak om gjennomføring av forvaltningsrevisjon av kommunens arbeid innenfor områdene legemiddelhåndtering og ernæring.

Følgende problemstillinger ble vedtatt:

1. Hvilke tiltak har virksamheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor medisiner og ernæring?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

1.2. Avgrensning av undersøkelsen

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

BKR har ikke engasjert ekstern fagkompetanse innen legemiddelhåndtering eller ernæringsarbeid. Dette innebærer blant annet at BKR ved gjennomgang av journaler for pasienter ikke har overprøvd faglige vurderinger innenfor legemiddelhåndtering og ernæringsarbeid. Derimot har vi vurdert hvilke systemer kommunen har etablert for å ivareta dette arbeidet.

1.3. Om helse- og omsorgssektoren i Ringerike

På rådmannsnivå er kommunalsjef for helse og omsorg øverste ansvarlig. Under kommunalsjefen er det et enhetsledernivå, og deretter et avdelingsledernivå.

- Ringerike kommune har 6 institusjoner spredt over hele kommunen:¹
 - o Nes omsorgssenter (sykehjem)
 - o Tyribo omsorgssenter (sykehjem)
 - o Sokna omsorgssenter (sykehjem)
 - o Hønefoss omsorgssenter (sykehjem, tre avdelinger)
 - o Hvelven omsorgssenter (sykehjem)
 - o Austjord behandlingssenter (korttidsavdeling, rehabilitering, hospice)
- Hjemmetjenestene, som yter hjemmesykepleie, er lokalisert slik:²
 - o Hønefoss, avdeling Vest (Heradsbygda og Sentrum): Follumveien
 - o Hønefoss, avdeling Øst (Hov og Haug): Hønefoss sykehjem.
 - o Lokale avdelinger: Hallingby, Nes, Tyribo og Sokna.

I tillegg kommer tilrettelagte boliger for ulike grupper av tjenestemottakere.³

Institusjoner og hjemmetjenesteavdelinger er i noen tilfeller samlokalisert.

¹ <https://www.ringerike.kommune.no/innhold/helse/tjenester-i-institusjon/vare-institusjoner/>

² <https://www.ringerike.kommune.no/innhold/helse/tjenester-i-hjemmet/hjemmesykepleie/>

³ <https://www.ringerike.kommune.no/innhold/helse/bolig/tilrettelagte-boliger/>

2. Metode og revisjonskriterier

2.1. Metodevalg

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på "RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"⁴ som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Med gyldige data (validitet) menes at det skal være samsvar mellom problemstillingene og revisjonskriteriene for undersøkelsen, og de data som er samlet inn. Vi mener at data i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene ved at vi har relevant og tilstrekkelig informasjon. Gyldighet er sikret gjennom kombinasjon av faktafunn fra dokumentanalyse, gjennomgang av saksdokumenter, samt muntlig informasjon fra kommunen.

Med pålitelige data (reliabilitet) mener vi at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. For å sikre at data er pålitelige, er det nødvendig å vurdere eventuelle feilkilder.

Dokumentanalyse: Kommunens kontaktperson har på vår forespørsel framskaffet en rekke dokumenter: Organisasjonskart, retningslinjer for legemiddelhåndtering, opplysninger om tilsynsfarmasøytens arbeid, prosedyrebeskrivelser for ernæringsarbeid, opplysninger om kvalitetsutvalget (funksjonsbeskrivelse, årshjul, referater), opplysninger om kommunens arbeid med hendelsesbasert analyse, kommuneoverlegens frokostmøter med fastlegene og kommunens arbeid med nye kvalitetsindikatorer. Vi har dessuten fått resultater fra siste brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser.

BKR har gjennomgått og analysert disse dokumentene som ledd i forvaltningsrevisjonen.

Kartlegging av aktuelle avdelinger: BKR sendte gjennom kontaktperson i administrasjonen ut kartleggings skjemaer til avdelingslederne for alle hjemmetjenestedistriktene, samt et utvalg institusjonsavdelinger, til sammen 16 avdelinger. Kartleggingen omfattet ikke hele helse- og omsorgssektoren i kommunen, blant annet ble Austjord behandlingssenter og tjenester til mennesker med funksjonshemming holdt utenfor.

Summert har de kartlagte avdelingene om lag 550 ansatte og nær 1 500 tjenestemottakere.

Avdelingslederne ble bedt om å fylle inn og returnere kartleggings skjemaet, som spurte om blant annet antall ansatte, årsverk, ansattdemografi (fordeling av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte), sykefravær, turn-over (antall nye faste ansatte siste to år), avviksmeldinger innenfor legemiddelhåndtering og ernæring, kurs- og kompetansetiltak m.m.

Vi benyttet kartleggingen til å plukke ut innen hvilke avdelinger vi ville innhente data.

Virksomhetsbesøk: BKR har besøkt sykehjemmet på Nes og hjemmetjenesten i Hønefoss, sone Øst. Disse avdelingene ble valgt ut for fange opp både institusjonstjenesten og hjemmetjenesten, en liten tjeneste og en stor tjeneste, by og land, avdelinger med høy og lav turn-over m.m.

Sykehjemmet på Nes har 27 ansatte, om lag 16 årsverk og 17 beboere. Avdelingen har relativt lav turn-over.

Hjemmetjenesten i Hønefoss, sone Øst, har 59 ansatte, om lag 50 årsverk og om lag 400 tjenestemottakere. Avdelingen har relativt høy turn-over.

Vi besøkte begge avdelingene over to dager. På Nes hadde vi samtaler med leder og til sammen fem ansatte. I hjemmetjenesten hadde vi samtale med to ledere og en sykepleier. Begge steder hadde BKR fått egen tilgang til fagsystemet Gerica, slik at vi kunne gjøre egne søk i tjenestemottakernes journaler, etter å ha fått forklart hvor de relevante opplysningene skal være lagret.

Besøkene ble avsluttet med samtaler med leder der vi orienterte om våre foreløpige observasjoner.

⁴ Vedlegg 2

Annet: BKR har hatt løpende kommunikasjon med kommunens kontaktperson, som har gitt god hjelp med både praktiske opplysninger og sørget for at administrasjonen har besvart enkelte spørsmål fra oss.

Vi har også sendt ut en kortfattet, nettbasert spørreundersøkelse (Questback) til enhetsledere.

Vi vurderer at informasjonen vi har innhentet er relevant, pålitelig og gyldig og finner at dette er tilfredsstillende. BKR's vurdering er at metodebruk og kildetilfang i denne forvaltningsrevisjonen har gitt tilstrekkelig grunnlag til å gi svar på problemstillingene som kontrollutvalget har vedtatt.

2.2. Revisjonskriterier

Revisjonskriterier – som begrep – er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere en virksomhets drift, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

Lovkrav er en sentral kilde for revisjonskriterier.

Andre kilder er dokumenter som gir uttrykk for hva som regnes for god praksis på området.

De konkrete, utledede revisjonskriteriene går fram innledningsvis i kapitlene 4 og 5. Utledningen ligger i vedlegg 3.

3. Kunnskapsgrunnlag, et utdrag

3.1. Statens helsetilsyn 2011

Helsetilsynet publiserte i 2011 samlerapport etter landsomfattende tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre; *Krevende oppgaver med svak styring*.⁵ Tilsynet hadde tatt for seg flere temaer: Ivaretagelse av eldre med demenssykdom, legemiddelhåndtering, underernæring, rehabilitering i sykehjem, saksbehandling av søknader om avlastning og uanmeldt tilsyn med låste dører i sykehjem. Helsetilsynets samlerapport var en oppsummering av tilsyn med landets kommuner.

For ernæringsarbeid (se rapporten kapittel 5) pekte Helsetilsynet blant annet på:

- De fleste kommuner mangler en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernærings situasjonen hos nye brukere. Mange kommuner hadde heller ikke beskrevet eller avklart hvordan det videre arbeidet med ernæring skulle gjøres. Uten klare rutiner, overlates mye til tilfeldighetene og den enkelte ansatte.
- Få kommuner hadde systematiske tiltak for å sikre de ansattes kompetanse om ernæringsarbeid. Ikke alle vurderte risiko systematisk, eller lærte av egne feil. Dokumentasjonen var ofte mangelfull eller fragmentert.

For legemiddelhåndtering (se rapporten kapittel 4) pekte Helsetilsynet blant annet på:

- I mange kommuner var det uklarerhet om lederansvar og svakheter ved opplæringen innen legemiddelhåndtering.
- Det var mangel på prosedyrer og journalføring for å sikre god praksis.
- Ledelsen fulgte ikke godt nok med på hva som kunne gå galt i legemiddelhåndteringen.
- Samarbeidet med fastlegene var i liten grad dokumentert.

3.2. Riksrevisjonen 2018

*Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*⁶, publisert i 2018, var bredt anlagt. Undersøkelsen så på en lang rekke forhold, både på kommunal og statlig side.

For ernæringsarbeid i kommunene (se rapporten side 70) pekte Riksrevisjonen blant annet på at

- Analyse av tilsyn gjennomført av fylkesmennene i 2016-2018, tydet på at kommunenes tiltak innen ernæringsarbeid fortsatt preges av variasjon, manglende systematikk, uklar ansvarsfordeling og liten grad av individuell brukertilpasning.
- Tilsynsrapporter fra 2016-2018 tyder videre på at ansatte i kommunene gjennomgående har for liten kompetanse innen ernæringsarbeid, og at området gjennomgående får lite oppmerksomhet fra ledelsen.

For legemiddelhåndtering i kommunene (se rapporten side 72) pekte Riksrevisjonen blant annet på

- Legemiddelbruk og legemiddelhåndtering har vært tema i 14 tilsynsrapporter siden 2016. Analyse av disse viser svakheter i både institusjoner og hjemmebaserte tjenester. Flere kommuner mangler systemer og kontrollrutiner for å sikre at pasientene får riktig legemiddel, i rett dose, til rett tid.

5

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf

⁶ Dokument 3:5 (2018-2019) <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

(footnote continued)

Ledelsen i kommunen sørger ikke alltid for at det er gjennomført risikoanalyser og satt i verk tiltak for å rette opp kjente feil, for eksempel mangelfull journalføring.

Som leseren ser, indikerer Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 at mange av Helsetilsynets funn i 2010 fortsatt gjør seg gjeldende i norske kommuner.

3.3. Nasjonale retningslinjer m.m.

Helsedirektoratet har publisert en lang rekke veiledere, retningslinjer og rundskriv.⁷ For så vidt gjelder ernæringsarbeid og legemiddelhåndtering i kommunene eksisterer (blant annet):

- IS-1998 *Veileder om legemiddelgjennomganger*
- IS-7 2015 *Legemiddelhåndteringsforskriften*
- IS-2775 Læringsnotat *Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil*
- IS-2523 Læringsnotat *Tilberedning av legemidler til barn*
- Nasjonale faglige råd *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*
- Nasjonal faglig retningslinje *Underernæring*

Gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet⁸ har kommunene tilgang på virkemidler innen en rekke innsatsområder. Blant disse er *Riktig legemiddelbruk i sykehjem*, *Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten* og *Forebygging av underernæring*.

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/produkter>

⁸ <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

4. Legemiddelhåndtering

Problemstillingene for forvaltningsrevisjonen er:

1. Hvilke tiltak har virksomheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor medisiner og ernæring?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

Dette kapitlet omhandler legemiddelhåndtering. Revisjonskriterier når det gjelder legemiddelhåndtering er:

- Kommunen skal ha et systematisk styringssystem og internkontroll for helse og omsorgstjenesten
- Det skal foreligge internkontroll for medisiner
- Individrettede tiltak skal iverksettes, følges opp, evalueres og korrigeres og være tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering

Nedenfor omtales de opplysningene BKR har innhentet og vurdert. Oppsummering gjøres i kapittel 6.

4.1. Om administrasjonens styring av området

Retningslinjer for legemiddelhåndtering

Administrasjonen har utarbeidet retningslinjer for legemiddelhåndtering i Ringerike kommune.

Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Ringerike kommune

Gjelder i hjemmetjeneste og institusjon (Hjemmetjenesten, herunder bolig, bofellesskap, dagavdeling og ambulering, samt BPA dersom det innebærer legemiddelhåndtering)

Revidert Juni - 2018

Innholdsfortegnelse:

Del 1. GENERELL DEL

- 1.1 Ansvar og formål i legemiddelhåndteringen
- 1.2 Legemiddelhåndteringsprosessen og definisjoner
- 1.3 Kompetansekrav og opplæring i legemiddelhåndtering
- 1.4 Risikovurdering av legemiddelhåndteringen
- 1.5 Forbedringsarbeid i legemiddelhåndteringen
- 1.6 Skriftlig avtale om medisinbehandling for hjemmeboende.
- 1.7 Arkivering av dokumentasjon

Del 2. REKVIRERING, MOTTAK OG OPPBEVARING AV LEGEMIDLER

- 2.1 Innkjøp og rekvirering av legemidler til institusjon
- 2.2 Oppbevaring av legemidler i institusjon
- 2.3 Regnskap A- og B i institusjon
- 2.4 Rekvirering og mottak av legemidler i hjemmetjenesten
- 2.5 Oppbevaring av legemidler i hjemmetjenesten
- 2.6 Regnskap A- og B i hjemmetjenesten
- 2.7 Låse og nøkkelrutiner, bytte av koder på medisinlager
- 2.8 Mistanke om svinn i medikamentbeholdning i medisinrom
- 2.9 Rengjøring og hygiene på medisinrom
- 2.10 HMS i legemiddelhåndteringen
- 2.11 Kassasjon og destruksjon av legemidler

Del 3. ORDINASJON, I STANDGJØRING OG UTDELING AV LEGEMIDLER

- 3.1 Legemiddelplanlegging og legemiddelsamstemming

Retningslinjene gjelder hele kommunen, i den forstand at de skal brukes uten lokale tilpasninger.

Retningslinjene ble sist revidert i juni 2018. Forrige oppdatering var i 2011.

Utsnittet til venstre er tatt inn til illustrasjon.

BKR har merket seg at retningslinjene (blant annet) definerer:

- At kommunen har alt ansvar for legemiddelhåndtering for beboere på sykehjem. For hjemmeboende kan det inngås avtale som innebærer at vedkommende selv har ansvar.
- Ansvarsfordeling mellom kommunalsjef, kommuneoverlege, fastlege, sykehjemslege, enhetsleder og avdelingsleder og tilsynsfarmasøyt.
- Hvem (sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, ufaglærte, studenter) som kan få bemyndigelse til å gi legemidler.
- Kompetansekrav til de respektive ansattgruppene.
- At hver virksomhet minst årlig skal gjøre en risikovurdering av egen legemiddelhåndtering.

Retningslinjene beskriver deretter en lang rekke prosesser knyttet til legemiddelhåndtering, blant annet:

- Innkjøp, rekvirering, oppbevaring, regnskapsføring m.m. av legemidler, samt låserutiner og prosedyre ved mistanke om svinn i medikamentbeholdning i medisinerom.
- HMS-tiltak ved visse typer legemidler.
- Utførlige beskrivelser av ordinasjon, istandgjøring og utdeling av legemidler, herunder krav om dobbeltkontroll.
- Generisk bytte av legemidler.
- Krav til dokumentasjon av utdeling av legemidler til pasient.
- Observasjon etter at legemidler er gitt, med liste over noen kjente risikolegemidler.
- Legemiddelgjennomgang.

BKR's vurdering er at *Retningslinjer for legemiddelhåndtering* er et godt dokument, egnet til å bidra til lik og sikker legemiddelhåndtering i kommunens ulike enheter og avdelinger. Vi understreker at vi ikke har gjort rene fagfarmasøytiske vurderinger av om de enkelte elementer i retningslinjene er optimalt utformet.

Vi kommer i kapittel 4.2 og 4.3 tilbake til avdelingenes kjennskap til og bruk av retningslinjene for legemiddelhåndtering.

Kvalitetsutvalget

Kvalitetsutvalget er kommunens strategiske og overordnede utvalg for kvalitetsarbeid i helse og omsorg, et rådgivende organ for kommunalsjef helse og omsorg som har beslutningsmyndighet, og skal bidra til kontinuerlig forbedring.⁹ Utvalget er sammensatt av kommunalsjef helse og omsorg, kommuneoverlege, fem enhetsledere, hovedtillitsvalgt, juridisk rådgiver, kvalitetsrådgiver, kompetanserådgiver og representant fra sektor barn og unge. Utvalget møtes månedlig, bortsett fra i juli måned.

Kvalitetsutvalgets oppgaver er definert slik:

«Kontrollere at vi gjør som vi sier at skal gjøre»

Utføre kontroll av gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer i sektoren i henhold til lovkrav om faglig forsvarlige tjenester

- Vurdere sektoren på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende
- Bidra til å etablere styringssystemet; styringsdata og kvalitetsindikatorer
- Gjennomgå avvikshåndtering og hendelser på overordnet nivå

«Korrigere vår virksomhet i tråd med erfaringer og nye føringer».

- Bidra til erfaringslæring gjennom metoden hendelsesbasert analyse
- Prioritere områder for forbedring og gi innstilling til ledergruppen i sektoren
- Gi innstilling til sektoren på prioritering av tiltak der forbedrings- og utviklingsområder identifiseres
- Etablere nye systemer og struktur ved endring i lovverket og sentrale føringer

⁹ Dette går fram av *Funksjonsbeskrivelse for kvalitetsutvalget i helse og omsorg*.

BKR har fått tilgang til kvalitetsutvalgets møterefoterater fra 2017 og 2018, henholdsvis 10 og 11 møter.

Fra møtene i 2017 nevner BKR at temaet legemiddelhåndtering i ulike varianter var tema i flere møter. Blant annet ble det i januar 2017 drøftet at endringer i lovverket knyttet til legemiddelhåndtering gjorde det nødvendig med endringer i kommunens retningslinjer. I samme møte ble tilsynsfarmasøytens årsrapport for 2016 gjennomgått.

Fra møtene i 2018 nevner BKR at temaet legemiddelhåndtering, også her i ulike varianter, var på agendaen i flere møter. I kvalitetsutvalgets møte i mars 2018 ble det orientert om tilsynsfarmasøytens årsrapport for 2018.

Tilsynsfarmasøyt

Kommunen har samarbeid med Sykehusapoteket Drammen (avdeling for tilsyn og rådgivning) som tilsynsfarmasøyt. BKR har fått tilgang til tilsynsfarmasøytens aktivitetsplaner for 2017 og 2018. Planen for 2017 ble fastsatt 25. januar 2017 i samarbeid med kommunens kvalitetsutvalg, og planla:

- Rådgivning, blant annet knyttet til revidering av kommunens *Retningslinjer for legemiddelhåndtering*.
- Bidrag til implementering og opplæring knyttet til de nye retningslinjene.
- Legemiddelrevisjoner ved alle enheter, basert på egenkontroll ved enhetene og innsending av egenkontrollskjema.
- Mer inngående legemiddelrevisjoner ved tre avdelinger.

Aktivitetsplanen for 2018 inneholdt:

- Diverse rådgivning.
- Kontroll av årsoppgjør av narkotika ved alle institusjoner.
- Oppfølging av legemiddelrevisjoner, der noen av de planlagte i 2017 hadde blitt utsatt til 2018.

BKR har også fått tilgang til tilsynsfarmasøytens årsrapporter for 2017 og 2018. Årsrapporten for 2017 er datert 25. januar 2018, og nevner blant annet:

- Kontroll av narkotikaoppgjør, med omtale av hver institusjon enkeltvis.
- Rådgivning i forbindelse med *Retningslinjer for legemiddelhåndtering*
- «Månedstrypp fra tilsynsfarmasøyten» - informasjon
- Særskilt om gjennomført risikovurdering for Austjord behandlingssenter
- Opplæring i legemiddelhåndtering sammen med en enhetsleder. Til sammen var det 112 sykepleiere/ vernepleiere og 151 helsefagarbeidere som deltok.
- Internrevisjoner legemiddelhåndtering: Revisjoner planlagt til høsten 2017 ble utsatt til første halvår 2018 på grunn av større behov for opplæring enn først forutsatt.
- Omtale av avdelingene egenkontroll, med innsending av egenkontrollskjemaer. 21 av 26 avdelinger hadde svart.

Årsrapporten for 2018 er datert 11. januar 2019, og nevner blant annet:

- Kontroll av narkotikaoppgjør, med omtale av hver institusjon enkeltvis.
- Opplysning om at tilsynsfarmasøytene ikke hadde deltatt i lokale risikovurderinger i kommunen i 2018.
- Opplysning om at opplæring i 2018 var avtalt til å kun være «Månedstrypp fra tilsynsfarmasøyten».
- Utførlig omtale av gjennomførte legemiddelrevisjoner i avdelingene. For enkelte avdelinger er det oppsummert hvilke avvik og anmerkninger som ble avdekket.
- Avdelingenes egenrapportering.

BKR ser det slik at planene og årsrapporten gir ryddig og oversiktlig informasjon om hvordan tilsynsfarmasøyten er involvert i kommunens kontroll- og forbedringsarbeid med legemidler.

BKR nevner særskilt at tilsynsfarmasøyten i årsrapporten for 2018 for to av hjemmetjenesteavdelingene påpekte mange (7 hver) avvik og forbedringsområder (henholdsvis 3 og 4), og at tilsynsfarmasøyten til dette bemerket at «*avvikene kan ha betydning for pasientsikkerheten*».

Begge avdelinger hadde sendt inn plan for lukking av avvikene. Begge avdelingene blir fulgt opp med ny legemiddelrevisjon med samme tema i 2019.

BKR anbefaler kommunen å følge særskilt med på dette.

Hendelsesbasert analyse

Ringerike kommune har etablert en ordning med såkalt hendelsesbasert analyse. Dette er en ordning der alvorlige hendelser i helse- og omsorgssektoren kan gjennomgås med bistand fra utenfor den aktuelle avdelingen. Hensikten er å lære av hendelsen.

BKR har fått tilgang til *Slik gjør vi det hos oss* – håndbok for hendelser, 2. utgave fra mai 2017, som inneholder prosessbeskrivelser for hvordan arbeidet skal gjøres. BKR ser at sentrale spørsmål er *hva hendte?, hvorfor hendte det? og hvordan forhindre gjentakelse?*

Dette er ikke innrettet bare mot legemiddelhåndtering, men av erfaring vet man at mange uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren er knyttet til nettopp legemiddelhåndtering, og derfor nevner BKR dette her.

BKR nevner at kvalitetsutvalget har blitt orientert om utfallet av gjennomført hendelsesbasert analyse. Orientering tilbake til kvalitetsutvalget i desember 2018 var følgende:

«Tidligere i høst ble det gjennomført en hendelsesbasert analyse i hjemmesykepleien [...] etter en uheldig hendelse med en pasient. Enhetsleder kontaktet [kommuneoverlegen] og en gjennomgang ble gjennomført sammen med de ansatte. I etterkant har tidslinje og hendelsesgjennomgangen blitt sendt til de ansatte for gjennomlesning, slik at man sikrer at alle ansatte er enig i hendelsesgjennomgangen (tidslinje ligger vedlagt).

Analysen fant flere forbedringspunkter som:

Journalføring

Samhandling med fastlegen

Oppdaterte medisinlister

Pro Act og målinger

Vurdering av pasienten

Effekten av medisinene har ikke blitt vurdert

Konklusjon av analysen var at de ansatte var gode med omsorgen, men hadde utfordringer med det medisinske faglige og målinger.»

BKR mener at ordningen med hendelsesbasert analyse er en hensiktsmessig måte å sikre både struktur og ressurser til å gjennomgå alvorlige hendelser i kommunen, med tanke på læring for fremtiden.

Samtidig ligger det i ordningens natur at den krever så mye ressurser at den bare kan favne ganske få uønskede hendelser. Og vi peker på at den en av de store gevinstene ved å jobbe på en slik måte ligger i å spre kunnskapen også til andre avdelinger enn den avdelingen der hendelsen skjedde, og her er det nok fortsatt rom for å hente ut større effekter.

Kvalitetssystemet, avviksmeldinger legemidler

Ringerike kommune innførte et nytt, elektronisk kvalitetssystem. Her ligger blant annet prosedyrebeskrivelser, og det er mulig å melde avvik i tjenestutførelsen i systemet. Det er mulig å melde avvik via telefon.

BKR har i denne forvaltningsrevisjonen ikke gjort nærmere vurderinger av selve bruken av kvalitetssystemet.

Men vi nevner noen observasjoner fra vår kartlegging av avdelingene (se kapittel 2.1):

- De 16 kartlagte avdelingene hadde til sammen 1179 avviksmeldinger i 2018. Systemet blir altså brukt. Av disse 1179 avviksmeldingene gjaldt 355 legemiddelhåndtering, dvs. om lag 30 prosent.
- Det er relativt store forskjeller mellom avdelingene: For å bruke antall *avviksmelding pr. tjenestemottaker* som én illustrasjon, er det ene ytterpunktet 7,4 meldinger pr. tjenestemottaker på ett år, mens 0,1 meldinger er det andre ytterpunktet. Gjennomsnittet er 0,8.
- Det er også forskjeller mellom avdelingene på hvor stor andel av meldte avvik som kommer fra legemiddelhåndtering. Snittet er som alt nevnt om lag 30 prosent. Ytterpunktene er 70 prosent og 3,7 prosent.

Disse tallene må leses med forsiktighet. Avdelingene er ulike i størrelse, og små variasjoner i absolutte tall gir for enkelte avdelinger relativt store utslag prosentmessig. Noen organisatoriske forhold spiller også inn; for eksempel får én institusjonsavdeling registrert alle avvik fra nattevaktene for hele institusjonen registrert på seg.

Men uansett gir tallene indikasjoner på variasjoner mellom avdelingene på hvor godt kvalitetssystemet er tatt i bruk, trolig også indikasjoner på variasjoner i kulturen for å melde avvik.

BKR nevner at administrasjonen rapporterer til arbeidsmiljøutvalget om avviksstatistikk og kvalitetsarbeid, se for eksempel sak 3/19 i møte 21. februar 2019 og sak 15/19 (første kvartalsrapport) i møte 11. april 2019.

Av disse rapportene går det fram at legemiddelhåndtering og vold/ trusler på arbeidsplassen som er de største avvikskategoriene.

Tilbakemeldingsordningen på nett

I ethvert arbeid med kvalitetsforbedring er informasjon fra brukerne av tjenestene viktig. BKR ser at Ringerike kommunes nettsider har en ordning der du kan sende tilbakemeldinger til administrasjonen:¹⁰

Tilbakemeldinger

Vi er opptatt av å yte gode tjenester og drive kontinuerlig forbedring av kvaliteten i tjenestene. Ønsker du å gi en tilbakemelding, oppfordrer vi deg til å benytte kommunens tilbakemeldingsskjema. Du kan også kontakte servicetorget.

Daglige tilbakemeldinger om samhandling kan gjerne gjøres direkte til den tjenesteyteren du har kontakt med.

Tilbakemeldingsskjema for helsetjenester

Du kan også finne skjemaet i papirform ved inngangen til de store institusjonene eller på Servicetorget.

I forbindelse med vår kartlegging av avdelingene i institusjon og hjemmebasert omsorg¹¹, spurte vi avdelingslederne om de hadde fått tilbakemeldinger gjennom denne kanalen.

¹⁰ <https://www.ringerike.kommune.no/innhold/helse/tjenester-i-institusjon/sykehjemsplass/>

¹¹ Se kapittel 2.1.

Ingen avdelingsledere meldte tilbake at de hadde fått det. To avdelinger meldte at de har en fysisk postkasse der tilbakemeldinger kan leveres, der de hadde fått henholdsvis syv og fem tilbakemeldinger siste to år. Noen opplyste at de hadde fått direkte henvendelser på telefon og epost.

BKR mener at dette tyder på at den nettbaserte ordningen er lite kjent. For ordens skyld legger vi til at ordningen ikke er rettet spesielt inn mot verken legemiddelhåndtering eller ernæringsarbeid.

Arbeid med kvalitetsindikatorer

BKR har fått opplyst at administrasjonen for tiden arbeider med å lage nye indikatorer for kvaliteten på tjenestene i helse og omsorg.

Blant annet kan vi trekke fram fra referatet Kvalitetsutvalgets møte mars 2018:

«Det blir påpekt at kvalitetsutvalget mangler styringsdata og at indikatorsystemet ikke er på plass. Vi må ha en integrert modell som gjør at alle avdelinger har eierskap til innholdet i kvalitetsutvalget. Vi trenger et bedre rapporteringssystem på kvalitetsdata. Når har man besluttende myndighet og når har man rådgivende myndighet? Dette bør avklares slik at det er klart for alle parter. Det er ønske fra noen at overordnede kvalitetsprosjekter blir behandlet i kvalitetsutvalget.

Det er ønskelig at vi bruker mer tid på ny beskrivelse og gjennomfører et møte med de vi ønsker innspill fra. Beskrivelsen som blir presentert i dag er for lang, denne bør være kortere. Hvilken nytteeffekt skal vi ha av utvalget? Det bør ha et klart mandat.

Det bør utarbeides et års hjul for kvalitetsutvalget for å få oversikt over faste gjøremål gjennom året. Eks: Rutine for at farmasøyten kommer på møte en gang i året.»

Under arbeidet med forvaltningsrevisjonen har BKR fått opplyst fra administrasjonen at nye kvalitetsindikatorer for helse og omsorg skal være på plass høsten 2019.

4.2. Legemiddelhåndtering i institusjon

Opplysninger fra virksomhetsbesøk

Fra BKR's besøk i en institusjon nevner vi:

- Innholdet i *Retningslinjer for legemiddelhåndtering* er godt kjent.
- Sykehjemslege går visitt hver torsdag, og oppdaterer da beboernes legemiddellister ved behov. BKR fikk framvist oppdaterte legemiddellister.
- Kun sykepleiere og fagarbeidere med bemyndigelse gir legemidler, ingen ufaglærte.
- BKR stikkprøvegjennomgang av journalføring i fagsystemet Gerica av at legemidler er gitt, avdekket ikke avvik. Det vil si at journalføringen er tilfredsstillende.
- Men det foreligger ikke en skriftlig risiko- og sårbarhetsvurdering, slik kommunens retningslinjer forutsetter.

I tillegg nevner vi at tilsynsfarmasøytens årsrapport for 2018 opplyser at avdelingene på Nes, både hjemmebasert og institusjon, hadde jobbet bra med forbedring og at de gamle avvikene i stor grad var lukket.

4.3. Legemiddelhåndtering i hjemmebaserte tjenester

Opplysninger fra virksomhetsbesøk

Fra BKR's besøk i en avdeling i hjemmetjenesten nevner vi:

- Innholdet i *Retningslinjer for legemiddelhåndtering* er godt kjent.
- BKR stikkprøvegjennomgang av journalføring i fagsystemet Gericia av at legemidler er gitt, avdekket ikke avvik. Det vil si at journalføringen er tilfredsstillende.
- Merk likevel at ledelsen opplyser at avdelingen har forbedringspotensial når det gjelder å journalføre om legemidler er gitt fra multidose eller fra dosett.
- Den klare tendensen er at journalføring etter besøk hos tjenestemottakere skjer løpende gjennom arbeidsdagen (via telefon med nødvendig programvare), framfor at journalføring skjer ved arbeidsdagens slutt.
- I tilfeller der hjemmeboende tjenestemottakere selv skal ta hånd om legemidlene, er det inngått skriftlige avtaler om det, som er samlet i en perm. Dette er i samsvar med kravet i *Retningslinjer for legemiddelhåndtering*.
- Samhandling med fastleger skjer elektronisk (e-Link), som har funksjoner for at kommunen kan purre opp eller melde avvik dersom fastlegen ikke gir tidsnok svar. (For hjemmeboende tjenestemottakere er det fastlegen som har ansvaret for legemiddellisten m.m.)
- Det er etablert ordninger for å sørge for informasjonsflyt mellom avtroppende og påtroppende vakt.
- Opplæring innen legemiddelhåndtering skjer via nettbasert e-læringskurs, der kommunen betaler lisens pr. deltaker. Ledelsen opplyser at avdelingen ikke har nok lisenser. Det medfører at pr. nå må helsefagarbeidere prioriteres, og sykepleiere må vente.
- Ledelsen opplyser at avdelingen systematisk bryter med det interne kravet om at ufaglærte ikke skal gi legemidler til flere enn 7 tjenestemottakere. Ufaglærte gir legemidler til flere. Problemet er meldt oppover i administrasjonen.
- Det foreligger ikke en skriftlig risiko- og sårbarhetsvurdering, slik kommunens retningslinjer forutsetter.

BKR bemerker at spørsmålet om ufaglærte kan gi legemidler til flere enn 7 tjenestemottakere ble drøftet i Kvalitetsutvalget i møte 24. januar 2018, der saken ble besluttet overført til enhetsledergruppa. Det går fram av referat fra Kvalitetsutvalgets møte 19. september 2018 at enhetslederne besluttet å gå bort fra denne regelen.

5. Ernæringsarbeid

Problemstillingene for forvaltningsrevisjonen er:

1. Hvilke tiltak har virksomheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor medisiner og ernæring?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

Dette kapitlet omhandler ernæringsarbeid. Revisjonskriterier når det gjelder ernæringsarbeid er:

- Kommunen skal ha et systematisk styringssystem og internkontroll for helse og omsorgstjenesten
- Det skal utarbeides internkontroll for ernæring
- Individrettede tiltak skal iverksettes, følges opp, evalueres og korrigeres og være tilstrekkelig til å sikre en forsvarlig og lovlig ernæringsmessig situasjon

Nedenfor omtales de opplysningene BKR har innhentet og vurdert. Oppsummering gjøres i kapittel 6.

5.1. Om administrasjonens styring av området

Prosedyrer

Ringerike kommunes prosedyre for kartlegging av ernæringsstatus ble fastsatt høsten 2017.

Prosedyre for kartlegging av ernæringsstatus	
<p>Formål Identifisere risiko for underernæring for mottakere av hjemmesykepleie og/eller beboere på sykehjem.</p> <p>Grunnlag Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten</p> <p>Beskrivelse Ved innleggelse i sykehjem og/eller oppstart av hjemmesykepleie skal alle pasienter kartlegges ved å bruke kartleggingsverktøyet «Ernæringsjournalen» og veiledning til utfylling av denne (Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, side 48-49).</p> <p>Dokumentasjon av kartleggingen Gerica:</p>	
Hva	Hvordan
Registrering i Lab modul	Vekt og høyde skal dokumenteres i labmodulen – KMI/BMI bergenes da automatisk.
Tiltaket «Ernæringsjournalen» opprettes under situasjonen væske og ernæring.	Kartleggingen journalføres her ved å klikke inn «ernæringsjournal» fra tekstbanken. Bruk hjelpeteksten og fyll ut. Det er vesentlig med en god utfylling av sykepleievurderingen sett opp mot alle kartleggingsfunn, gjerne i samarbeid med lege.
Beskrivelse av situasjonen væske og ernæring	Det skal som minimum stå vekt, høyde og KMI/BMI. I tillegg skal det angis om pasienten er vurdert til en av disse tre ernæringsstatusene: God ernæringsstatus Risiko for underernæring Alvorlig underernæring I tillegg må det fremkomme i situasjonsbeskrivelsen andre forhold som har betydning for ernæring, for eksempel om pasienten har diabetes, svelgevansker, PEG, spesialkost etc.
→ Ved risiko for eller avdekket underernæring	Det skal utarbeides en ernæringsplan – se prosedyre for utarbeidelse av ernæringsplan.
→ Ved god ernæringsstatus skal pasienten veies hver måned	Veing skal opprettes som eget tiltak, og det skal beskrives når vekten tas, hvordan (eks før frokost, uten klær, på sittevekt) og hvem som har ansvar for gjennomføring. Videre må det stå i prosedyren at vekt skal dokumenteres i labmodulen ved hver veing.
IPLOS-fanen på	Det skal oppdateres at det er kartlagt ernæringsstatus, om det er

Prosedyren er tilgjengelig gjennom kommunens elektroniske kvalitetssystem.

Utsnittet er inntatt til illustrasjon, og hele prosedyrebeskrivelsen vises ikke.

Det eksisterer også en prosedyre for utarbeidelse av ernæringsplan, med tilsvarende struktur og utforming.

Prosedyren fastsetter hvordan Ringerike kommune skal jobbe med kartlegging av ernæringsstatus.

BKR har merket seg at prosedyren:

- Gjelder både mottakere av hjemmesykepleie og beboere på sykehjem.
- Ved innleggelse i sykehjem og/eller oppstart av hjemmesykepleie skal alle pasienter kartlegges ved å bruke kartleggingsverktøyet «Ernæringsjournalen» og veiledning til utfylling av denne. Dette viser til Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.
- Det skal som minimum registreres vekt, høyde og kroppsmasseindeks.
- Det skal dessuten registreres om pasienten er vurdert å ha 1) god ernæringsstatus, 2) risiko for underernæring eller 3) alvorlig underernæring.
- I tillegg skal det registreres om pasienten har diabetes, svelgevansker eller andre forhold av betydning.
- Ved risiko for eller avdekket underernæring skal det utarbeides ernæringsplan.
- Ved god ernæringsstatus skal pasienten veies hver måned.

Videre fastsetter prosedyren at:

- Avdelingsleder har ansvar for at prosedyren gjennomføres.
- Kvalitetsmålet er at alle beboere i sykehjem og mottakere av hjemmesykepleie skal ha kartlagt ernæringsstatus.
- Enhetsledere skal ta ut månedlige rapporter fra fagsystemet Gerica på om ernæringsstatus er kartlagt.

Slik BKR ser det, er prosedyren et godt utgangspunkt for arbeidet med å sikre at arbeidet med kartlegging av ernæringsstatus gjøres på en faglig forsvarlig måte. Prosedyren fastsetter tydelig hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, hvem som har ansvaret, hva som er målet m.m.

Vi kommer nedenfor i kapittel 5.2 og 5.3 tilbake hvordan prosedyren er i bruk ute i avdelingene. Og i underkapitlet *Spørreundersøkelse til enhetsledere* nevner vi undersøkelse av enhetsledernes forhold til prosedyren.

Opplysninger fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke kvalitetsindikatorer for både primær- og spesialisthelsetjenesten.¹² Her samles det inn data, slik at det kan gjøres sammenligninger på tvers av kommuner. For ernæringsarbeid eksisterer følgende indikatorer:

- Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- Oppfølging av ernæring hos beboende

Begge disse indikatorene gir opplysninger om andel og antall tjenestemottakere over 67 år som:

- Har fått kartlagt sin ernæringsstatus siste 12 måneder
- Mangler rapportering siste 12 måneder på om ernæringsstatus er kartlagt
- Har fått kartlagt ernæringsstatus og har risiko for underernæring
- Har risiko for underernæring og fått ernæringsplan

Tallene for Ringerike kommune for 2017 og snittet for landet har BKR sammenfattet slik:

¹² <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer>

	Institusjon			Hjemmebasert		
	Antall	Andel	Snitt landet	Antall	Andel	Snitt landet
Kartlagt siste 12 måneder	38	26 %	43 %	22	3 %	14 %
Mangler rapportering	107	74 %	52 %	738	97 %	75 %
Risiko for underernæring	8	21 %	36 %	11	50 %	28 %
Har ernæringsplan	-	-	73 %	6	55 %	50 %

Disse tallene gir isolert sett grunn til uro, slik BKR ser det.

Det store flertall mangler rapportering på om ernæringsstatus i det hele er kartlagt. De som er rapportert som kartlagt er i antall få, sammenlignet med antall tjenestemottakere totalt. Andelsmessig er ikke tallene for risiko for underernæring og har ernæringsplan urovekkende. Men det er fordi andelen beregnes av de som faktisk er kartlagt, og det er få.

BKR understreker at dette er 2017-tall. De registrerer eldre (67 år og eldre), og ikke de som er yngre. Vi nevner også at tallene for kommunene i Buskerud spriker mye, som kan indikere både variasjoner i tjenesteytingen, og variasjoner i hvordan tjenesteytingen registreres i fagsystemet. Dette er også understreket fra Helsedirektoratets side.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har BKR spurt administrasjonen om tallene er gjenkjennbare.

Bakgrunnen for spørsmålet er at Helsedirektoratets tall bygger på maskinell rapportering fra kommunale databaser, der vi av erfaring vet at man kan mistenke feilkilder i det som blir manuelt lagt inn i databasen. Både ved ernæringsstatus for noen pasienter rent faktisk har blitt kartlagt, men at dette ikke er registrert på riktig måte i fagsystemet. Og ved at er registrert at ernæringsstatus kartlagt, men at dette er rent faktisk er utført ufullstendig.

Administrasjonen har svart, skriftlig:

«Tallene til IPLOS er gjenkjennbare for kommunen. Vi vet likevel at vi har noe underrapportering på flere tall på grunn av flere forhold innad i kommunen. Kommunen har de siste årene hatt utskiftning av flere avdelingsledere, noe som bidrar til at det kan ta tid før en ny leder er godt etablert i sin stilling og mestrer å følge opp alle områder som bl. annet rapporteringer i Gerica. Det jobbes kontinuerlig for å gi disse opplæring innen disse feltene. Kommunen har også hatt fokus på opplæring av ansatte i Gerica, men vet at det fremdeles er mange som har mangelfull opplæring. Vi har tidligere hatt en ansatt i 100 % stilling som har arbeidet med opplæring, denne stillingen er per d.d ubesatt. Manglende kompetanse i Gerica er en direkte årsak til underrapportering av disse tallene.»

BKR konstaterer at administrasjonen mener det er behov for å styrke kompetansen i bruken av fagsystemet.

Ernæringsnettverket

I tillegg til at det er fastsatt prosedyrer for arbeidet med ernæringsstatus og ernæringsplaner, eksisterer det et ernæringsnettverk i kommunen, etablert i 2017.

Nettverket ledes av kommunens kvalitetsrådgiver innen helse- og omsorg. De ulike tjenestestedene (avdelingene) deltar med en ansatt inn i ernæringsnettverket. Tanken er at kontaktpersonene skal ta med seg kunnskapen fra ernæringsnettverket tilbake til sin avdeling.

BKR understreker at dette ikke endrer ansvarsforholdene i den enkelte avdeling; det er fortsatt avdelingsleder som er ansvarlig for tjenesteytingens kvalitet.

Etter samtaler med de ansatte i avdelingene (se kapittel 5.2 og 5.3) har BKR inntrykk av at de ansatte er godt fornøyd med ernæringsnettverket i seg selv.

Samtidig har BKR fått opplyst i samtaler at det ikke er ukjent at det er vanskelig å spre kunnskap fra et fagnettverk ut i daglig drift i de enkelte tjenestene. Dette gjelder ikke bare ernæringsnettverket, men også

andre fagnettverk. Problemet ligger ikke – slik BKR har fått opplyst det – *ikke* hos verken lederen av nettverket eller deltakerne i det. Problemet ligger muligens heller i selve modellen. BKR drøfter ikke her nærmere hvor langt dette er representative synspunkter for hele eller større deler av helse- og omsorgssektoren i Ringerike kommune. Men vi nevner det, fordi både administrasjonen og folkevalgte bør være oppmerksomme på at tjenestene selv ikke alltid opplever den effekten av fagnettverkene som de ønsker.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har administrasjonen opplyst følgende til BKR, skriftlig:

«Nettverk i ernæring ble etablert høsten 2017. Nettverket har arbeidet med å kartlegge ernæringsstatus og etablere ernæringsplan for pasientene i Gerica. Nettverket har møte fire ganger i året, der utfordringer koblet til ernæring blir diskutert. Det har tatt lang tid med opplæring av aktuelle prosedyrer og registrering av Gerica, dette er et kontinuerlig arbeid vi fortsetter med i 2019. Mange nettverksdeltakere har fremdeles ikke fått opplæring i disse prosedyrene, da noen deltakere er nye eller har hatt utfordringer med å stille på opplæring. Manglende kompetanse på prosedyrene og i Gerica er en direkte årsak til at mange pasienter ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus eller etablering av ernæringsplan.»

BKR konstaterer at administrasjonen selv gir uttrykk for prosedyrene for ernæringsarbeidet foreløpig ikke er tilstrekkelig iverksatt ute i tjenestene.

Spørreundersøkelse til enhetsledere

Ringerike kommune har et elektronisk kvalitetssystem. Her kan medarbeiderne, blant annet, melde avvik. Da BKR kartla de aktuelle avdelingene i helse- og omsorgssektoren¹³, spurte vi avdelingslederne om blant annet meldte avvik i 2018 – samlet, for legemiddelhåndtering og for ernæring.

Etter gjennomgang av avdelingsledernes svar på kartleggingskjemaet, ser vi at ernæring ikke er en egen kategori der det er mulig å sende avviksmeldinger i kommunens elektroniske kvalitetssystem. BKR legger til grunn at det er *mulig* å sende avvik som gjelder ernæringsarbeid, men det må registreres som «annet» e.l. Dette kan tenkes å redusere antall avviksmeldinger som blir sendt. Og det er vanskelig for ledere å følge utviklingen over tid, fordi meldingene må sorteres manuelt, ikke maskinelt.

Alternativet er å ha andre mekanismer som sikrer at noen har ansvar for å følge med på tjenesteytingen, og sørge for at disse mekanismene brukes.

Proseduren for kartlegging av ernæringsstatus *har* for så vidt en slik mekanisme innebygget, ved at enhetslederne – lederne mellom avdelingslederne og rådmannsnivået – månedlig skal ta ut rapporter fra fagsystemet Gerica som viser hvor mange som har fått kartlagt sin ernæringsstatus ved de enkelte avdelingene.

Av denne grunn har BKR sendt ut en kortfattet, nettbasert spørreundersøkelse til enhetslederne. Vi spurte blant annet om de månedlig tar ut slike rapporter, i samsvar med prosedyrebeskrivelsen. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til seks enhetsledere sent i arbeidet med forvaltningsrevisjonen, og i det rapporten ble ferdigstilt, hadde fire enhetsledere svart.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at:

- Alle enhetslederne kjenner kommunens ernæringsprosedyrer
- Én enhetsleder tar ut rapporter fra fagsystemet som viser om ernæringsstatus for beboere/ tjenestemottakere er kartlagt, men gjør det sjeldnere enn månedlig. Tre enhetsledere tar ikke ut slike rapporter. Kravet er som nevnt at enhetslederne skal kontrollere dette månedlig.
- To enhetsledere gjør stikkprøver. To gjør det ikke.

¹³ Se kapittel 2.1 om dette.

- Enhetslederne opplyser ernæringsarbeidet følges opp ved at ernæring er tema med avdelingsledere, at avdelingene har deltakere i ernæringsnettverket m.m.

BKR konstaterer at kontrollmekanismen som ligger i at enhetsledere månedlig skal ta ut rapporter over kartlagt ernæringsstatus i praksis ikke er i bruk, i alle fall ikke i tilstrekkelig grad.

Annet

Vi har i kapittel 4.1 omtalt flere forhold som ikke bare gjelder legemiddelhåndtering; kvalitetsutvalget, hendelsesbasert analyse, tilbakemeldingsordningen på nett og arbeidet med nye kvalitetsindikatorer. Alt dette er elementer i kommunens overordnede kvalitetsarbeid, og dermed også på ernæringsområdet.

Vi viser til omtalen i kapittel 4.1, og gjentar ikke dette her.

5.2. Ernæringsarbeid i institusjon

Opplysninger fra virksomhetsbesøk

Vi har i kapittel 5.1, underkapitlet *Prosedyrer*, omtalt kommunens prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og utarbeidelse av ernæringsplan.

Fra BKR's besøk i et sykehjem nevner vi:

- I samtaler kom det fram at det er variasjoner i om kommunens prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og utarbeidelse av ernæringsplan var kjent blant de ansatte, også blant sykepleiere.
- Ledelsen var ikke kjent med prosedyrene.
- Det var ikke samsvar med mellom formelt ansvar og reelt ansvar i arbeidsfordelingen mellom sykepleiere.
- Journalgjennomgang viste at vekt og høyde og kroppsmasseindeks registreres. Men det dokumenteres ikke eksplisitt vurdering av om beboeren har god ernæringsstatus, risiko for underernæring eller alvorlig underernæring, slik prosedyren forutsetter.
- Noen ganger, men ikke alltid, blir det kartlagt om pasienten har diabetes, svelgvansker eller andre konkrete forhold av betydning for ernæringsstatus.
- Journalføringen etter måltider er ikke alltid tilstrekkelig konkret. For eksempel gir journalføring av «*spist godt til begge måltider*» ikke tilstrekkelig konkret informasjon, verken om mengde eller næringsstoffer.
- I samtaler opplyste de ansatte at beboerne veies månedlig. Ved BKR's gjennomgang av beboernes journaler i fagsystemet var det få beboere som var registrert med månedlige veiinger. For flere kunne det ta flere måneder mellom hver registrert veiing.

BKR nevner at det er tale om en relativt liten institusjon. Det er få beboere, og arbeidsstokken er stabil.

5.3. Ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester

Opplysninger fra virksomhetsbesøk

Vi har i kapittel 5.1, underkapitlet *Prosedyrer*, omtalt kommunens prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og utarbeidelse av ernæringsplan.

Fra BKR's besøk i en avdeling i hjemmetjenesten nevner vi:

- Ledelsen opplyser at prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og utarbeidelse av ernæringsplan ikke er i aktiv bruk i avdelingen. Foreløpig har avdelingen vært under press på grunn av omorganiseringprosesser m.m., og iverksettelse av prosedyrene har ikke blitt prioritert.
- Dette innebærer at tjenestemottakerne ikke kartlegges for ernæringsstatus ved oppstart av hjemmesykepleie.

- Ledelsen opplyser at de ansatte følger med på de hjemmeboende tjenestemottakerne på sine besøk i hjemmet, og gir tilbakemelding til ledelsen dersom situasjonen krever tiltak.
- Det journalføres gjennomgående lite om ernæringsstatus i fagsystemet Geric. Mange mottakere av hjemmebaserte tjenester er ikke veid, i alle fall er det ikke registrert at de er veid. Uten registrering i fagsystemet er det i praksis ikke mulig å følge vektutvikling over tid. Av de som er veid, har få fått beregnet kroppsmasseindeks.
- Avdelingen har ikke systematiserte, kompetansehevende tiltak innen ernæringsarbeid, utover deltakelse i kommunens ernæringsnettverk. Ledelsen opplyser at det er krevende å spre kunnskap fra nettverket i ut den daglige tjenesteytingen.

BKR understreker at ledelsen åpent erkjenner forbedringspunktene i egen avdeling når det gjelder ernæringsarbeidet.

BKR har ingen grunn til å trekke i tvil de ansattes vilje til å følge med på *hele* pasienten i sine besøk i hjemmet, herunder ernæringsstatus. Men det er tale om en stor avdeling, med mange ansatte, mange brukere, mange besøk i hjemmet, høy turnover og mye vikarbruk.¹⁴ I tillegg er mange besøk i hjemmet relativt korte, rundt 5 minutter i forbindelse med legemiddelhåndtering.¹⁵

Summen av disse forholdene øker risikoen for at det for tjenestemottakere kan overses at det er nødvendig å sette inn tiltak rettet mot ernæringsstatus.

¹⁴ Se kapittel 2.1 om dette.

¹⁵ Dette går fram av BKR's egen journalgjennomgang.

6. Oppsummering og konklusjon

Vi har sett at revisjonskriteriene er som følger (her sammenstilt i tre punkter):¹⁶

- Kommunen skal ha et systematisk styringssystem og internkontroll for helse og omsorgstjenesten
- Det skal foreligge internkontroll for medisiner og ernæringsarbeid
- Individrettede tiltak skal iverksettes, følges opp, evalueres og korrigeres og være tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering, og forsvarlig ernærings situasjon

BKR's oppsummering av hovedpunktene når det gjelder legemiddelhåndtering er:

- Administrasjonen sentralt har gjennom *Retningslinjer for legemiddelhåndtering* satt opp målsetninger og metoder for legemiddelhåndtering, og ansvar er klart fordelt. Det elektroniske kvalitetssystemet brukes – mer enn noe annet – til å melde avvik innenfor legemiddelhåndtering. Sammen med det etablerte kvalitetsutvalget og ordningen med hendelsesbasert analyse, ligger det godt til rette for å utøve systematisk styring og internkontroll.
- Fullt ut implementert er retningslinjene likevel ikke. Vi ser at lokale risikovurderinger ikke utføres, noe som også har blitt påpekt av tilsynsfarmasøyten.
- Samtidig peker vi på at kvalitetsutvalget selv har ment at det (generelt) ikke har gode nok styringsdata, som har resultert i det pågående arbeidet med nye kvalitetsindikatorer, som skal være ferdigstilt høsten 2019.
- Vi oppfatter det slik at avdelingene opplever samarbeidet med tilsynsfarmasøyten som nyttig.
- Vi mener at kommunen bør følge særlig med på de avdelinger der tilsynsfarmasøyten eksplisitt sier at pasientsikkerheten kan være truet.
- I sykehjemmet vi besøkte var det, etter vår vurdering, en klar og riktig oppfatning av hvordan retningslinjene er å forstå. Vi hadde ikke bemerkninger etter vår stikkprøvegjennomgang av journalføring. Sykehjemslege gjennomgår beboernes legemiddellister på legevisitt hver torsdag. Tilsynsfarmasøytens årsrapport for 2018 viser at avdelingen har arbeidet godt med å rette på tidligere påpekte avvik.
- Også i avdelingen i hjemmetjenesten tyder samtaler og stikkprøver i journaler klart på at retningslinjene er kjent og forstått. Samtidig opplyser ledelsen om noen utfordringer og forbedringspunkter ledelsen har, stikkord her er journalføring, bemyndigelse av ufaglærte og lisenser til e-kurs.

BKR's oppsummering av hovedpunktene når det gjelder ernæringsarbeidet er:

- Administrasjonen sentralt har satt mål for hvordan ernæringsarbeidet skal gjøres, herunder hvilke metoder som skal brukes, når det skal gjøres, hvem som har ansvar for gjennomføring og hvem som har ansvar for å kontrollere at arbeidet gjøres i samsvar med fastsatte prosedyrer. Sett i sammenheng med kommunens elektroniske kvalitetssystem og det etablerte kvalitetsutvalget, ligger det også her godt til rette for å kunne utøve systematisk styring og internkontroll.
- BKR's undersøkelser viser likevel at kontrollelementet i dette ikke fungerer slik kommunen selv har satt seg som mål om; spørreundersøkelse blant enhetsledere viser at for få kontrollerer månedlig om beboere/ tjenestemottakere har fått kartlegging (og eventuelt ernæringsplan) i samsvar med kommunens mål for området. Da får ikke enhetsledere og den kommunale toppledelsen foranledning til å prioritere ernæringsarbeidet.
- Tall fra Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer gir grunn til uro for at få tjenestemottakere har fått kartlagt sin ernæringsstatus, selv om det er grunn til å tro at det er underrapportering fra kommunen i disse spørsmålene.
- Det eksisterer et ernæringsnettverk i kommunen, som våre opplysninger tyder på oppleves som nyttig, men det er krevende å ta med seg kunnskapen fra nettverket ut i den daglige driften i avdelingene.

¹⁶ Se innledningen på kapittel 4 og 5, samt vedlegg 3.

- I sykehjemmet vi besøkte var det variasjoner i om gjeldende prosedyrer var kjent. Beboernes høyde og vekt ble registrert, men ikke journalført ofte nok, og i noen andre spørsmål avvek faktisk praksis fra kommunens prosedyre. Journalføring etter måltid var ikke alltid konkret nok.
- Avdelingen i hjemmetjenesten forteller åpent at gjeldende prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og utarbeidelse av ernæringsplan ikke følges. Det journalføres lite om ernæringsstatus og vekt for tjenestemottakerne. Avdelingen har mange ansatte, mange tjenestemottakere og flere andre faktorer som øker risikoen for at det kan overses at det er nødvendig med tiltak rettet mot tjenestemottakeres ernæringsstatus.

Noen ord om generalisering: BKR har besøkt én institusjonsavdeling og én avdeling i hjemmetjenesten. Vi har gjort funn av forbedringspunkter i begge. Men vi vil være varsomme med å generalisere fra observasjonene i disse avdelingene, til å hevde at situasjonen er den samme i de øvrige institusjonsavdelingene og avdelingene i hjemmetjenestene. Og når vi trekker fram disse to konkrete avdelingene, er hensikten ikke først å fremst å rette søkelyset mot de ansatte der.

Det vi derimot kan slå fast, er at administrasjonen så langt ikke har lyktes i *følge med på* og deretter *sikre* at fastsatte målsetninger og metoder i prosedyrer fullt ut er tatt i bruk i de avdelingene vi har besøkt, særlig når det gjelder ernæringsarbeidet.

Det er i seg selv en indikasjon på at også andre avdelinger i sektoren kan ha de samme, eller andre, forbedringspunkter som BKR har observert. Dette indikeres også av det administrasjonen har opplyst til BKR om manglende kompetanse innenfor bruk av fagsystemet. Dette er generelle uttalelser, som ikke knytter seg til de to avdelingene BKR har besøkt. I samme retning drar dessuten opplysningene fra de nasjonale kvalitetsindikatorene, og enhetsledernes svar på BKR's spørreundersøkelse.

For å avslutte med å vende tilbake til problemstillingene 2 og 3¹⁷ for forvaltningsrevisjonen, se kapittel 1.1, medfører BKR's undersøkelser og vurderinger at:

- De tiltakene som er etablert følges ikke i tilstrekkelig grad opp i praksis. Dette gjelder særlig innenfor ernæringsarbeidet. Tiltakene innenfor legemiddelhåndtering bærer etter vår vurdering preg av å ha virket i flere år og dermed ha blitt bedre implementert i den daglige driften i sektoren, og av det løpende samarbeidet med tilsynsfarmasøyten. Men også her finnes forbedringspunkter, som tjenestene selv er klar over.
- Tiltakene er for så vidt, så langt BKR kan bedømme, velegnet til å sikre både overholdelse av lovgivningen på området, og til å drive et godt og kontinuerlig kvalitetsarbeid.
- Men det krever at administrasjonen setter større trykk på at tiltakene faktisk brukes på den måten administrasjonen selv har bestemt at man skal bruke dem. Dette er et ledelsesansvar, fra toppen og nedover.

I tillegg til de større observasjonene knyttet til ernæringsarbeidet, omtaler rapporten noen enkeltheter BKR mener kommunen bør se nærmere på; manglende lokale risikovurderinger for legemiddelhåndtering, at nettsidens tilbakemeldingsfunksjon ikke brukes, at ernæring ikke er en egen kategori å melde avvik på i kvalitetssystemet, muligheten for å spre funn fra tilsynsfarmasøyten på tvers av avdelinger og enheter, at kommunen bør følge særskilt med på avdelinger der tilsynsfarmasøyten eksplisitt orienterer om avvik som kan ha betydning for pasientsikkerheten m.m.

BKR har blitt stående ved å ikke formulere dette som separate anbefalinger til kommunen.

Det vi derimot **anbefaler** kommunen er å følge sterkere med på at alle ledd i organisasjonen – rådmannsnivået, enhetsledere, avdelingsledere, medarbeiderne – faktisk gjør det retningslinjer og prosedyrer *allerede* fastsetter at disse leddene skal gjøre. Da vil ledelsen, som en start, få et bedre overblikk over hvor i tjenesten det svikter mest. Dermed kan det gjøres en vurdering av årsakene; om det skyldes manglende kompetanse, ressursproblemer eller annet. Og da kan tiltak målrettes.

¹⁷ Problemstilling 1 er etter sin ordlyd en deskriptiv omtale av kommunens eksisterende tiltak. Dette er gitt løpende omtale i kapittel 4 og 5.

Kort oppsummert er det ikke rutinebeskrivelsene eller ansvarsfordelingen i seg selv det er noe galt med, utfordringen er det som står der ikke blir etterlevd i tilstrekkelig grad – på flere nivåer i organisasjonen.

Et utkast til rapport har blitt oversendt rådmannen til uttalelse. Rådmannens uttalelse i brev av 4. juni 2019 er vedlagt rapporten.

Drammen, juni 2019

Torkild Halvorsen
Leder forvaltningsrevisjon

Gisle Skaaden
Forvaltningsrevisor

Heidi Gros
Forvaltningsrevisor

Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmannen datert 4. juni 2019

Svar - Forvaltningsrevisjon - utkast til rapport til uttalelse - utsatt offentlighet

Det vises til gjennomført forvaltningsrevisjon i legemiddelhåndtering og ernæring våren 2019. I forbindelse med revisjonen ønsker kommunen å sette økt trykk på opplæring, implementering, internkontroll, undervisning og risikovurdering for å forbedre punktene tilsynet avdekket. Ringerike kommune ønsker å komme med følgende uttalelse til rapporten:

Kommentarer til ernæringsarbeid i institusjon/hjemmetjeneste:

- Det er opprettet egne tiltak for avvik på ernæring i hjemmetjenesten og i institusjon. Disse tiltakene er: Avvik mangelfull kartlegging av ernæringsstatus og avvik mangelfull oppfølging av tiltak og ernæringsplan. Avviket underernæring/vekttap som medfører sykehusinnleggelse er opprettet fra tidligere. Manglende journalføring har en egen kategori.
- Det er nylig laget ny sjekklister for kartleggingssamtale og et internt arbeidsdokument for primærkontakter i hjemmetjenesten. Oppfølging på områder som legemidler og ernæring på hver enkelt pasient er en del av dette. Prosedyren skal være et samarbeid mellom hjemmetjenesten, tildelingskontoret og psykisk helse og rus, slik at kommunen sikrer at alle avdelinger kartlegger pasientene likt. Prosedyren er fremdeles under arbeid, men ligger vedlagt.
- Parallelt med tilsynet har det blitt gjennomført opplæring i ernæringskartlegging og besøk fra nettverkskoordinator i ernæring i totalt 5 av 11 enheter. Målet er å gi tilpasset opplæring til ressurspersoner, sykepleiere og ledere for å øke kompetansen og bedre implementering av aktuelle prosedyrer.
- I mai 2019 har hjemmetjenesten vest gjennomført internopplæring i underernæring og ernæring til ulike sykdomsgrupper med sykehjemslege Christian Skari. Den samme opplæringen planlegges også for andre avdelinger.
- I forbindelse med tilsynet ble det tatt ut målinger for å måle antall kartlegginger av ernæringsstatus, risikovurderinger og etablering av ernæringsplan der dette var aktuelt. Disse målingene vil bli fulgt opp gjennom året, slik at kommunen kan se om iverksatte tiltak har hatt effekt i form av økt antall kartlegginger og målinger.

Kommentarer til legemiddelhåndtering i institusjon/hjemmetjeneste:

- Det siste året har det blitt gjennomført kurs for ledere i risikovurdering. Kommunen jobber i 2019 fremdeles med opplæring og et felles risikoverktøy som skal benyttes av alle ledere. Det er planlagt opplæring for ledere i risikovurdering, der legemiddelhåndtering ligger som et av temaene under pasientsikkerhet. - Det arbeides kontinuerlig for å lukke avvik fra tilsynsfarmasøyter gjennom revisjoner, kurs, opplæring via e-læring, rådgivning og oppfølging av de avdelingene som har fått avvik. Oppfølgingen skjer gjennom lederstøtte i lederteam, oppfølging i kvalitetsutvalg og etter hvert egne internrevisjoner. Det deles årlig ut lisenser for e-læringskurs i legemiddelhåndtering til alle avdelinger.
- Det vil bli gjennomført obligatorisk opplæring i ernæring og legemiddelhåndtering for alle ansatte med sykehjemslege og andre aktuelle ressurspersoner.

Kommentarer til internkontroll:

Per i dag har kommunen internrevisjon for legemidler og for tjenester til funksjonshemmede. Det arbeides nå med å lage en prosedyre for gjennomføring av internkontroll til de resterende tjenestene utenfor disse områdene. Dette vil organiseres gjennom utvelgelse av tema og enhet i kvalitetsutvalget. Gjennomføringen vil gjøres fra avdeling merkantil og analyse med støtte fra forvaltning. Målet med internrevisjonene er å sikre at våre prosedyrer og aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de krav lovverket og interne prosedyrer har satt. Dette er nødvendig for å ha god oversikt over egen tjeneste og kunne analysere årsaker til at tjenestene svikter på punkter som f.eks. opplæring og implementering av prosedyrer.

Kommentarer på andre tilbakemeldinger i tilsynet:

- Det jobbes kontinuerlig med oppdatering av kommunens hjemmeside der det er nedsatt egne redaksjoner innenfor hver sektor. Sektor helse jobber med å forbedre søkefunksjoner og brukervennligheten på egne sider slik at det skal være enkelt å finne aktuell informasjon.
- I løpet av 2019 har 9 rådgivere og koordinatorene startet på kompetanseprogram i kontinuerlig forbedring i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester(USHT). Gjennom prosjektarbeid er det ønskelig å få god kunnskap i kontinuerlig forbedring, slik at kommunen kan lage maler og verktøy for prosjektarbeid, implementering og oppfølging av prosjekter. Implementering av nye prosedyrer og prosjekter er en kjent utfordring for organisasjonen. Administrasjonen vil i større grad etterspørre plan for implementering når nye rutiner og metoder skal innføres.
- Per i dag er det ansatt to personer med systemansvar i Gerica. I tillegg til dette er det etablert et system med superbrukere rundt på alle avdelinger, som skal være behjelpelig med Gerica opplæring i egen avdeling. Det jobbes systematisk for å gi jevnlig opplæring i Gerica og kurs til alle nytilsatte.

Med hilsen
Tore Isaksen
Rådmann

Taran Helene Juvet
Saksbehandler

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten underskrift

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

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

Standard for forvaltningsrevisjon¹⁸ ble fastsatt av styre i NKRF (Norges kommunerevisorers forening)

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

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

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

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

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

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

Krav til revisor:

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

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

Bestilling:

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

Revisjonsdialogen:

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

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

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

¹⁸ http://www.nkrf.no/filarkiv/File/Diverse_pdf-er/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_110201.pdf

Prosjektplan, problemstillinger og revisjonskriterier:

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

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

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

Metode og data:

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

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

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

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

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

Prosjektrapporten:

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

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

Dokumentasjon:

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

Dokumentasjon (revisjonsbevis) skal oppbevares i tråd med lovkrav.

Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

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

Revisjonsenheten må dokumentere at det er system for kvalitetskontroll.

Vedlegg 3 – Revisjonskriterier

Kilder til revisjonskriterier

- LOV-2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-1992-09-25-107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- L02.07.1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- L18.12.2009 nr. 131 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Helsepersonelloven §§ 16, 40 og journalforskriften § 8
- F28.10.2016 nr. 1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
- F27.06.2003 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- F23.11.1983 nr 1779 Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- F21.12.2000 nr 1385 Forskrift om pasientjournal
- IS-2620 Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste.

Utleddning av revisjonskriterier og revisjonskriterier

Internkontroll

I helse og omsorgstjenesteloven § 3-1, 3. ledd er det sagt at kommunen har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenesten er i samsvar med lov. Bestemmelsen stiller grunnleggende krav til styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunen må vurdere behovet for tjenester, personell og kompetanse og legge planer for hvordan behov skal møtes, personell rekrutteres og kvalitet utvikles. Plikten til å gjennomføre forstås som en plikt til å organisere og gjennomføre i tråd med vedtatte planer og å tilby helse- og omsorgstjenestene slik at de dekker befolkningens behov og er forsvarlige. Kommunen har videre en plikt til å evaluere sin virksomhet og en plikt til å korrigere virksomheten dersom den ikke er forsvarlig eller ikke er tilstrekkelig (Prop. 91 L (2010-2011) s. 140-141).

Videre sier § 4-2 i helse og omsorgstjenesteloven at enhver som yter tjenester etter loven skal sørge for at tjenesten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet. Bestemmelsen pålegger kommunen å drive systematisk kvalitetsforbedring og arbeide systematisk for pasient- og brukersikkerhet.

I Helsetilsynsloven § 3 er det sagt at «enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Det er utarbeidet forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriftens formål er å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er det sagt at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, det vil si øverste leder, også har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Med styringssystem menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Det fremkommer av veilederen at oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver. Legemiddelhåndtering er ett eksempel på et område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser.

I følge veilederen er det øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

Øverste leder må også sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges.¹⁹

Virksomheten må foreta en systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, vil også avdekke noen forbedringsområder.

Oppfølging av risiko bør skje som en kontinuerlig prosess der virksomheten jobber systematisk med å planlegge, gjennomføre, evaluere og følge opp med risikoreduserende tiltak.²⁰

Ernæring

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

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

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

I hjemmetjenesten legges det til grunn at pasienter som tildeles hjemmesykepleie skal bli vurdert i forhold til ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten. Vurdering kan skje som del av utredningen før vedtaket om hjemmesykepleie fattes eller i forbindelse med iverksetting av vedtaket. Det må imidlertid være ordninger som sikrer (ansvar, kompetanse, oppfølging mv) at vurderingene som hovedregel gjennomføres, jf. kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften § 4. Vurderingen må dokumenteres i pasientens journal.

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

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

¹⁹ Det som er sagt ovenfor er hentet fra Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

²⁰ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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

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

Medisinering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

På bakgrunn av dette har vi utledet følgende revisjonskriterier

- Kommunen skal ha et systematisk styringssystem og internkontroll for helse og omsorgstjenesten
- Det skal utarbeides internkontroll for ernæring
- Det skal foreligge internkontroll for medisinerings
- Individrettede tiltak skal iverksettes, følges opp, evalueres og korrigeres og være tilstrekkelig til å sikre en forsvarlig og lovlig ernæringsmessig situasjon
- Individrettede tiltak skal iverksettes, følges opp, evalueres og korrigeres og være tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering