

Internkontroll i pleie og omsorg

Leka kommune
Forvaltningsrevisjon

2026



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Leka kommunes kontrollutvalg i perioden september 2025 til mai 2026.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på www.revisjonmidt norge.no.

Steinkjer, 05.05.2026

Tor Arne Stubbe

Oppdragsansvarlig revisor

Grethe Gilstad

Prosjektmedarbeider

Rim Revisjon
Midt-Norge

Bidrar til forbedring

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Leka kommune. Vi undersøker internkontroll i pleie og omsorgstjenesten.

Leka kommune har ikke etablert og tatt i bruk et system for ledelse og kvalitetsforbedring som fullt ut oppfyller sentrale lovkrav. Kommunen har tatt i bruk kvalitetssystemet Compilo og delegert ansvar for internkontroll, men systemet er i begrenset grad utviklet og brukt som et helhetlig styringsverktøy.

Leka kommune har ikke gjennomført systematiske risikovurderinger (ROS) for helse- og omsorgstjenestene, og det foreligger ikke beredskapsplaner eller planlagte tiltak basert på identifisert risiko på tjenestenivå. Risiko håndteres i hovedsak reaktivt gjennom enkelthendelser og løpende dialog. Samtidig viser funnene at ansatte og ledelse har god kjennskap til praktiske risikoområder i hverdagen, og at konkrete tiltak iverksettes når behov oppstår.

Leka kommune har delvis etablert et system for avvikshåndtering. Kommunen har tekniske løsninger som legger til rette for at avvik meldes og følges opp i enkeltsaker, men mangler skriftlige rutiner og systematisk bruk av avvik til læring og forbedring på systemnivå. Samtidig viser gjennomgangen at avvik i praksis ofte håndteres i den daglige driften.

Leka kommune bruker i begrenset grad klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende systematisk i internkontroll og kvalitetsforbedring. Kommunen har likevel etablert praksiser som legger til rette for løpende dialog, blant annet gjennom inkomstsamtaler, primær- og sekundærkontakt og tett kontakt med pårørende. Dette bidrar til at brukererfaringer i stor grad fanges opp og håndteres i praksis, selv om de i liten grad dokumenteres og brukes på systemnivå.

Legemiddelhåndteringen ved institusjon og i hjemmetjenesten er i hovedsak i tråd med sentrale lovkrav. Observasjon og dokumentasjon viser forsvarlig oppbevaring, håndtering og kontroll av legemidler, inkludert A- og B-preparater. Samtidig viser avviksmaterialet at praksisen er sårbar, særlig knyttet til dokumentasjon og etterlevelse, og at det er behov for fortsatt oppfølging for å sikre stabil og varig etterlevelse av regelverket.

Leka kommune er en liten kommune med begrensede administrative ressurser. Selv om flere formelle krav til systematikk, dokumentasjon og struktur ikke er fullt ut oppfylt, viser gjennomgangen at for eksempel legemiddelhåndtering kan fungerer godt i praksis i helse- og omsorgstjenestene. Få ledelsesnivåer og korte beslutningslinjer gir nærhet mellom ledelse og drift, men innebærer også sårbarhet når systemer og rutiner i liten grad er formaliserte. Vurderingene og anbefalingene i denne forvaltningsrevisjonen må ses i lys av denne konteksten.

Revisor anbefaler at Leka kommune:

- sikrer forankring for betydning av god internkontroll hos ledelsen og frigjør kapasitet til arbeid med internkontroll
- tar kvalitetssystemet i aktiv bruk som et helhetlig styringsverktøy, herunder til planlegging, gjennomføring, evaluering og oppfølging av tjenestene
- etablerer faste strukturer for oppfølging og rapportering som sikrer at internkontrollen følges opp i praksis
- gjennomfører systematiske risikovurderinger, og bruker disse som grunnlag for prioritering av tiltak og beredskap
- etablerer tjenestetilpassede rutiner og prosedyrer på områder med størst risiko, og sikrer at disse er kjent og brukes i praksis
- sikrer at avvik og erfaringer fra brukere og pårørende brukes til læring og forbedring

INNHALDSFORTEGNELSE

Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse.....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Internkontroll i helse og omsorg.....	9
1.4 Metode.....	10
1.5 Kommunens organisering og helsetilbud.....	12
1.6 Uttalelse om rapport.....	16
2 Styringssystemer.....	18
2.1 Revisjonskriterier.....	18
2.2 Funn og vurderinger.....	18
2.2.1 System for ledelse og kvalitetsforbedring.....	18
2.2.2 Skriftlige prosedyrer og rutiner.....	19
2.2.3 Implementering og bruk ved institusjonene.....	20
2.2.4 Evaluering og korrigerings.....	21
3 Risikovurderinger.....	22
3.1 Revisjonskriterier.....	22
3.2 Funn og vurderinger.....	22
3.2.1 Overordnet ROS-analyse Leka kommune.....	22
3.2.2 ROS-analyse helse og omsorg.....	23
3.2.3 Plan om helsemessig- og sosial beredskap.....	24
3.2.4 Tiltak på bakgrunn av identifisert risiko.....	25
4 Avvikshåndtering.....	26
4.1 Revisjonskriterier.....	26
4.2 Funn og vurderinger.....	26
4.2.1 System for melding av avvik.....	26
4.2.2 Oversikt over meldte avvik.....	27
4.2.3 Oppfølging av avvik.....	29
4.2.4 Læring og forbedring.....	33
5 Brukermedvirkning.....	35
5.1 Revisjonskriterier.....	35
5.2 Funn og vurderinger.....	35
5.2.1 Innhenting av klager og erfaringer.....	35
5.2.2 Klager og erfaringer som en del av evaluering.....	36
5.2.3 Bruker klager og erfaringer til forbedring og oppfølging.....	37

6	LEGEMIDDELHÅNDTERING.....	39
6.1	Revisjonskriterier	39
6.2	Funn og vurderinger.....	39
6.2.1	Oppbevaring av legemidler.....	39
6.2.2	Opplegg og utdeling	40
6.2.3	Håndtering av A- og B-preparater.....	41
7	Konklusjoner og anbefalinger.....	44
7.1	Problemstilling	44
7.2	Konklusjon	44
7.3	Anbefalinger	45
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	46
	Vedlegg 2 – Uttalelse.....	52

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Leka kommune bestilte den 02.04.2025 (sak 01/25) en forvaltningsrevisjon.

Det ble fremmet slikt omforent forslag til vedtak:

1) Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon av internkontrollen i helse- og omsorg

2) Kontrollutvalget gir følgende innspill til prosjektplanen:

- Risikovurdering og analyse
- Brukermedvirkning, systemer, dialog, klager
- Dokumentasjon og etterprøvbarehet
- Kommunedirektørens skriftlige innspill gitt i møtet, følger som vedlegg

3) Revisjonen bes utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets møte den 27.05.25

Kommunedirektøren sine innspill knyttet seg til ansvar og organisering, rutiner og prosedyrer, risikovurdering, opplæring og kompetanse, brukermidvirkning, avvikshåndtering og forbedring, dokumentasjon og etterprøvbarehet og tilsyn og egenkontroll.

Prosjektet har følgende avgrensninger:

Kontrollutvalget ba ikke uttrykkelig om at revisor skulle se på bemanning, kompetanse og kvalifikasjoner til de ansatte. For å se hvordan internkontroll ble ivaretatt i praksis, så revisor på legemiddelhandtering ved observasjon. Revisor har hatt søkelys på internkontroll knyttet til både institusjon og hjemmebaserte tjenester. Det var videre planlagt et landsomfattende tilsyn knyttet til eldreomsorg, som Leka kommunen skulle være en del av. Tilsynet var avgrenset til hjemmeboende over 75 år som hadde langvarig behov for helsehjelp i hjemmet i form av hjemmesykepleie. Revisjon har ikke sett på tematikk som Statsforvalteren i brev av 24.01.2025 varslet at de ville se på.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstilling vil bli besvart i rapporten:

- Har Leka kommune internkontroll i helse- og omsorgstjenesten som avdekker, retter opp og forebygger brudd på regelverket?

Herunder vil det være aktuelt å se på følgende:

- Risikovurderinger
- Styringssystem, rutiner, prosedyrer
- Avvik – melding, oppfølging
- Legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning

Disse punktene vil være tema for kapitlene 2-6, før revisor svarer på problemstillingen i kapittel 7.

1.3 Internkontroll i helse og omsorg

Kommunen har et ansvar for helse- og omsorgstjenester og skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift jf bestemmelsens tredje ledd.

Det er en nær sammenheng mellom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften) og forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Forskriftene skal medvirke til at tjenester etter sosial og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig god måte.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene av 2016 er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring: Planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Forskriften omhandler blant annet plikt til:

- å ha styringssystem og dokumentasjon, jf forskriftens § 5
- å planlegge virksomhetens aktiviteter, jf forskriftens § 6
- å gjennomføre virksomhetens aktiviteter, jf forskriftens § 7
- å evaluere virksomhetens aktiviteter, jf forskriftens § 8
- å korrigere virksomhetens aktiviteter, jf forskriftens § 9

Kommuner som yter helse- og omsorgstjenester, er forpliktet til å respektere og sikre menneskerettighetene til tjenestemottakerne. Dette følger både av Grunnloven § 92 og av internasjonale konvensjoner som Norge er bundet av. Menneskerettighetene setter rammer for hvordan tjenester skal planlegges, ytes og følges opp, og utgjør dermed en viktig del av det rettslige grunnlaget for god internkontroll.

Kommunens internkontroll skal sikre at tjenestene oppfyller lovpålagte krav og menneskerettslige forpliktelser. For å ivareta menneskerettighetene må internkontrollen blant annet inkludere vurderinger av risiko for brudd på grunnleggende rettigheter, som ved utilstrekkelig helsehjelp, manglende medvirkning, eller bruk av tvang uten lovhjemmel.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Leka kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

For å svare på problemstillingen er det benyttet en kombinasjon av metoder som har som formål å gi innsikt i styringssystemer, rutiner og dokumentasjon, og i hvordan disse fungerer i praksis. Av hensyn til både ressurser og leveringstid ble metodikken avgrenset til dokumentgjennomgang, intervju og besøk/observasjon.

Intervju

Revisor gjennomførte et oppstartsmøte med kontaktperson og kommunedirektør. Det ble gjennomført intervju med øvrige ansatte i ledelsen, verneombud, tillitsvalgte, leder for brukerråd og sykepleier. Formålet var å få bedre innsikt i hvordan internkontrollen praktiseres i hverdagen og om ansatte hadde kjennskap til og etterlevde rutinene. Det var blant annet et tema i intervjuene om ansatte kjente til hvordan avvik meldes og hvordan dette håndteres i praksis. Referatene ble oversendt for gjennomgang og godkjent før de ble benyttet som datagrunnlag til rapporten.

Dokumentgjennomgang

Revisor ba om lesetilgang i kommunens kvalitetssystem Compilo og Digipro Helse. I tillegg har kommunen oversendt etterspurte dokumenter.

Følgende dokumentasjon ble etterspurt og gjennomgått:

- Overordnede styrings- og planverk
 - Organisasjonskart
 - Delegasjonsreglement, særlig innen helse
 - Beskrivelse av internkontrollsystem
 - Eventuelle kvalitetsmeldinger innen helse (Har ikke mottatt)
 - Virksomhets/handlingsplaner (Har ikke mottatt)
 - Årsrapporter

- ROS-analyser
 - Overordnede i kommunen
 - I helsetjenesten(Har ikke mottatt)
 - Eventuelle risikovurderinger/handlingsplaner(Har ikke mottatt)
 - Helsemessig beredskapsplan(Har ikke mottatt)
- Avvikshåndtering
 - Rutiner (Har ikke mottatt)
 - Oversikt avvik 2024
 - Andre dokumenter knyttet til avvikshåndtering(Har ikke mottatt)
- Brukermedvirkning
 - Rutiner/maler/sjekklistor, herunder
 - Inkomstsamtale
 - Kartlegging
 - IPLOS-mal
 - Pårørende samtaler(Har ikke mottatt)
 - Bruker/pasient samtaler(Har ikke mottatt)
 - Primær/sekundærkontakt
 - Evaluering av tiltak/tjenester(Har ikke mottatt)
 - Vedtak
 - Klagebehandling(Har ikke mottatt)
 - Bruker/pårørendeundersøkelser(Har ikke mottatt)
 - Brukerråd og eldreråd
 - Kontaktinformasjon til leder
- Legemiddelhåndtering
 - Rutiner/maler/sjekklistor
 - Avvik fra 2024 knyttet til legemiddelhåndtering
 - Eksempel på regnskap for legemidler i gruppe A og B

Gjennomgangen ble preget av at Leka i liten grad har styringsdokumenter.

Observasjon

Revisor besøkte Leka den 14.04.26 for å få innblikk i hvordan internkontrollsystemene etterleves i daglig drift, herunder hvordan dokumentasjon, avvikshåndtering og brukermedvirkning ivaretas. Ved besøk ble det observert om og hvordan internkontroll i Leka

bidrar til legemiddelhåndtering i tråd med lovkrav. Det ble hensyntatt brukernes verdighet og personvern ved gjennomføring av besøk og observasjon. Gjennomføring av besøk og observasjon skjedde i samråd og samarbeid med revidert enhet.

Ved besøk ved enhetene fikk vi en omvisning av Leka sykestue, hvor det blant annet er et felles legemiddelrom for både institusjon og hjemmetjeneste. Sykepleier ved enheten var til stede. Observasjonene ble loggført i skjema, hvor relevante punkt var definert på forhånd. Observasjonene ble gjort av to fra revisjonen.

Vurdering av metode

Vi vurderer at disse metodene for innsamling av informasjon til sammen har gitt et relevant og pålitelig faktagrunnlag som bakgrunn for vurderingene i rapporten. De ulike metodene har hver sine styrker og utfyller hverandre. Dokumentgjennomgang er preget av at det finnes lite styringsdokumenter. Det ble ikke etterspurt arbeidsavtaler, stillingsinstruksjoner eller lederavtaler, slik at det er ukjent for revisor om disse dokumentene delegerer ansvar fra kommunedirektør. Observasjon har gitt oss mulighet til selv å danne oss et inntrykk av lokalene og observere praksis, som supplement til intervjuobjektens beskrivelser av hvordan medikamenthåndtering skjer ved enhetene. Revisor gjennomførte intervju med søkelys på legemiddelhåndtering før det ble gjennomført observasjon. Dette kan ha påvirket observasjon uten at det er grunnlag for å konkludere med at det har gjort det. Datagrunnlaget knyttet til brukermedvirkning er noe mer begrenset. Leder for brukerrådet hadde nylig tiltrådt, og opplysningene må derfor forstås i lys av dette.

1.5 Kommunens organisering og helsetilbud

Kommunens organisering innenfor helse- og omsorgsområdet beskrives på følgende måte i Handlings- og økonomiplan for 2025-2028:

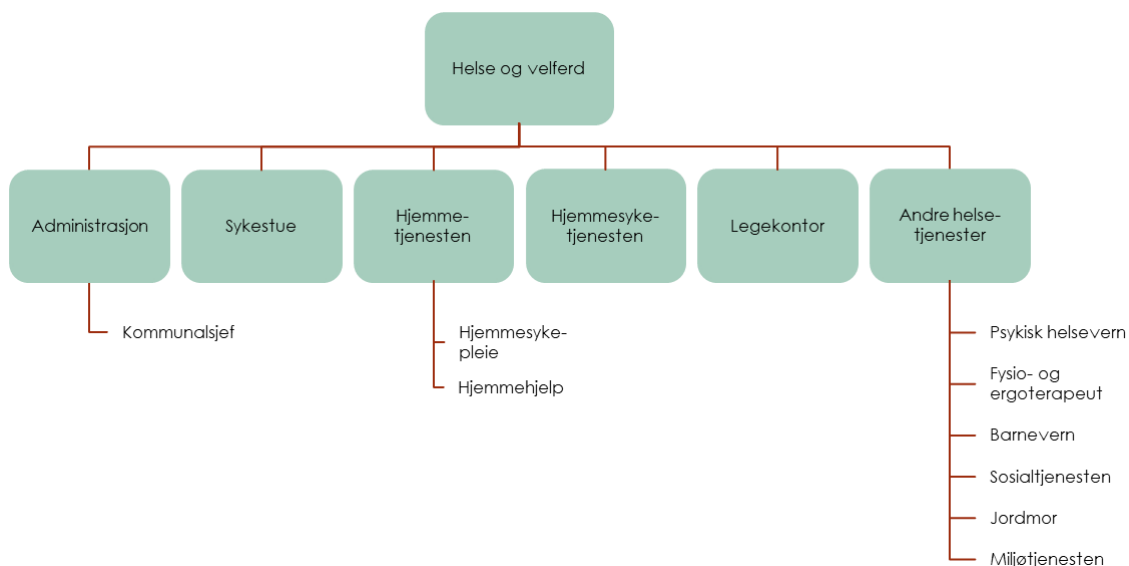
Helse og velferd er organisert med kommunalsjef som øverste leder som har ansvaret for alle helsetjenesten i kommunen. Helse og velferd skal ivareta velferdsoppgavene nå og i fremtiden med høy trivselsfaktor og kvalitet. Verdien trygghet, trivsel og kvalitet skal ligge til grunn i all aktivitet. Helse og velferd er kommunens største virksomhetsområde. Sektoren er i befatning med kommunens innbyggere hver eneste dag i et såkalt "24/7/365-løp". Virksomhetsområdet ønsker å ha et sterkt fokus på kvalitet på tjenestene som leveres til helsetrengende og ellers til innbyggere som trenger omsorgstjenester i kommunen. Det skal oppleves trygt og godt for brukerne å møte sektorens medarbeidere og det skal oppleves trygt for de som skal yte tjenestene.

Sykestuen og hjemmetjenesten har blitt ledet av enhetsleder. Enhetsleder sa opp sin stilling f.o.m 31.09.24. Nærmeste leder er nå Kommunalsjefen som har personalansvaret og koordinatorene som har ansvaret for den daglige driften. Det er ansatt en fagsykepleier som skal ha ansvar for faget. Det vil i januar bli lyst ut etter avdelingsleder. Målet er at avdelingsleder skal være operativ fra mai måned.

Legkontoret, helsesykepleier, psykiatritjenesten, miljøtjenesten (kjøper tjenester av Ecura), ergoterapi, fysioterapi og brukerkontoret ledes av kommunalsjefen. Fysioterapitjenesten er privat og ergoterapitjenesten kjøpes via Namdal rehabiliteringssenter. Det kjøpes tjenester fra Nærøysund kommune for å ivareta NAV, barnevern og jordmortjenesten. Det ble i 2023 besluttet at psykiatritjenesten skulle økes fra 50% til 100%. Det har ikke blitt ansatt noen i 100% stilling. Den personen som besittet stillingen i 50% sa opp sin stilling våren 24 og stillingen er derfor ubesatt. Fra januar 2020 ble det lovbestemt at alle kommuner skal ha tilgang på psykolog. Vi kjøper pr. i dag denne tjenesten fra Nærmestring. Det er også Nærmestring som og betjener rus/ psykiatritjenesten i kommunen. Planen er å få stilling som psykiatrisk sykehelse besatt i 50% stilling fra 01.07.25, og med egen kommunepsykolog en dag i måneden. Psykologstillingen skal i hovedsak ha fokus på veiledning av andre helsepersonell, men også ha noen individuelle samtaler med tanke på henvisninger o.l.

At det ble ansatt økonomileder i februar har vært til stor hjelp for tjenesten for arbeidet med budsjett for 2025. Alle med budsjettansvar har jobbet godt og har blitt godt kjent med sitt budsjett.

Figur 1. Organisasjonskart



Kilde: Handlings- og økonomiplan 2025-2028

Organisasjonen er endret, og barnevern er flyttet fra helse og velferd til skole og oppvekst.

Verktøy for internkontroll

Leka kommune har tatt i bruk Compilo, som er et internkontroll-verktøy. Hensikten er at Compilo skal bidra til å sikre kontroll, endring, utvikling og læring for en bedre kvalitet i alle ledd i organisasjonen. Det kommer frem av 2. tertialrapport fra 2024 at det har vært utskiftninger i ledelsen. I 2. tertialrapport fra 2023 ble bemanningssituasjonen beskrevet som kritisk i helsesektoren. Det fremkommer videre at det har vært utfordringer knyttet til bemanning og det vises til følgende i Handlings- og økonomiplan for 2025-2028: *«Helse og velferd har utfordringer med å skaffe kvalifiserte ansatte og har en del ufaglærte vikarer. Det er mangel på sykepleiere og det brukes en del bakvakter, da det er lovpålagt å ha en ansvarlig sykepleier på hver vakt. Dette genererer en del overtid og merbelastning på sykepleierne.»*

Leka sykestue

Figur 2. Bilde av Leka sykestue



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Bygget ligger sentralt plassert på Leka. Det er 15 plasser, og alle beboerne har enerom med egen dusj og toalett. Målgruppen er blant annet personer som trenger oppfølging etter sykehusopphold, tett medisinsk oppfølging, rehabilitering, avlastning, lindrende behandling eller hjelp til daglige gjøremål. Sykestua har eget kjøkken og vaskeri, og lege og fysioterapeut holder til i nabobygget. Bygget bærer både innvendig og utvendig preg av å være et eldre bygg.

Figur 3. Bilder som viser tilstand i deler av bygget



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Planene om et helt nytt bygg for Leka sykestue/helsetun ble stanset våren 2024. Det er uklart når utbedring eller renovering av bygget vil skje, men det arbeides med dette.

Interiøret bærer også preg av at de ansatte tilstreber å lage gode rammer for beboerne.

Figur 4. Bilder av interiør



1.6 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 29.04.2026. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar 29.04.2026. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Det er foretatt noen mindre endringer som følge av kommunedirektøren sin uttalelse.

- Kommunedirektør har etterspurt hva som menes med planlagte tiltak i sammendraget. Med planlagte tiltak menes i denne sammenheng forebyggende og skadebegrensende tiltak som er identifisert, besluttet og dokumentert på bakgrunn av systematiske risiko- og sårbarhetsanalyser på tjenestenivå.
- Det er foretatt en presisering knyttet til organisasjonskart basert på opplysninger i uttalelsen fra kommunedirektør om at barnevern er flyttet til skole og oppvekst.
- Det ble etterspurt hvorfor det var bilder av interiøret på sykestua. Bakgrunnen for dette var at revisor ønsket å nyansere inntrykket ved at det kom frem at det arbeides aktivt for å skape et hyggelig bomiljø på sykestua.
- Under punkt 2.2.1 er det lagt til følgende fra kommunedirektørens uttalelse: «Kommunedirektøren kan se alle avvik i Compilo og dersom disse ikke håndteres av leder, går avvik videre til kommunedirektøren. Ledere rapporterer hver måned til kommunaldirektøren vedr. økonomi. Her kan dette utvikles med oppfølging av avvik.» Revisor har valgt å sette inn uttalelsen i punkt 4.2.3 om oppfølging av avvik. Uttalelsen har ikke endret revisors vurderinger.

- Det er under punkt 2.2.1 kommentert på at revisor har skrevet at leder er involvert i mange problemstillinger og oppgaver. Bakgrunnen for at dette er skrevet, selv om det er en selvfølge, er at det foreligger krav til at revisor må beskrive data for å kunne benytte dette i vurderingene. Revisor ønsket å synliggjøre at omfanget av leders oppgaver kan påvirke muligheten for systematisk arbeid på et overordnet nivå.
- Under punkt 2.2.4 er det kommentert under revisors vurdering på at det burde presiseres at Leka ikke har et tilstrekkelig system. Revisor er enig i dette og har endret vurderingen i tråd med dette, uten at konklusjonen er endret.

2 STYRINGSSYSTEMER

Dette kapittelet omhandler Leka kommunes styringssystemer i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å belyse om kommunen har etablert og tatt i bruk et system for ledelse og kvalitetsforbedring ved institusjonene i tråd med sentrale lovkrav. Kapittelet er en del av revisjonens overordnede vurdering av om kommunens internkontroll bidrar til å avdekke, rette opp og forebygge brudd på regelverket

2.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Kommunen skal ha etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- Systemet skal være dokumentert gjennom skriftlige prosedyrer og rutiner.
- Systemet skal være implementert og brukt ved institusjonene.
- Kommunen skal følge opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigeringsprosedyrer.

Utledningen av revisjonskriterier finnes i vedlegg 1.

2.2 Funn og vurderinger

2.2.1 System for ledelse og kvalitetsforbedring

Funn

Leka kommune har tatt i bruk kvalitetssystemet Compilo for hele virksomheten, inkludert helse- og omsorgstjenestene. Systemet ble innført i 2024. I intervjuene opplyses det at Compilo i hovedsak benyttes til melding av avvik, og at det i liten grad er tatt i bruk som et overordnet styringsverktøy for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten. Dette kommer frem i intervjuer både med ledelse og ansatte. De har tilgang til Digipro Helse hvor det ligger generelle rutiner og prosedyrer for helsetjenester.

Det kommer videre frem i flere intervjuer at arbeidet med internkontroll og kvalitetsforbedring i liten grad har vært tema i faste strukturer i organisasjonen. Det er ikke etablert faste møtearenaer eller systematisk dialog der internkontroll, risiko, rutiner eller kvalitetsforbedring

gjennomgås. Dette opplyses i flere intervjuer. Det er heller ikke faste strukturer for rapportering til kommunedirektør.

Intervjuene viser også at ansvars- og rollefordelingen knyttet til internkontroll mellom kommunedirektørnivå og tjenestenivå ikke er tydelig og systematisert. Oppfølging av avvik og utfordringer beskrives i hovedsak å skje gjennom direkte dialog, uten fast struktur for rapportering eller ledelsens gjennomgang.

Revisor har hatt tilgang til kommunens delegeringsoversikt. Dokumentasjonen viser at Leka kommune har et delegasjonssystem. Det kommer frem at kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for internkontroll, jf. kommuneloven § 25-1. Videre fremgår det at det innenfor helse- og omsorgsområdet er delegert myndighet og oppgaver til leder for helse og velferd. Det beskrives i intervju at leder er involvert i mange problemstillinger og oppgaver.

Revisors vurdering

Leka kommune har ikke etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Delegasjon av myndighet og ansvar er et sentralt virkemiddel for å sikre systematisk styring og internkontroll. Det forhold at ansvar innen helse og omsorgsområdet er delegert til leder for helse og velferd, vurderes isolert sett å være hensiktsmessig for å legge til rette for operativ ledelse og oppfølging på tjenestenivå. Samtidig forutsetter slik delegasjon at ansvar og myndighet følges opp gjennom tydelige krav, rapporteringslinjer og strukturer som sikrer at internkontroll og kvalitetsforbedring faktisk gjennomføres i praksis. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring forutsetter at kommunen har etablert et helhetlig system for styring og kvalitetsforbedring som brukes aktivt i ledelsen av tjenestene. Selv om et kvalitetssystem er innført, vurderes det at kommunen ikke har etablert og tatt i bruk systemet. Samlet sett fremstår det for revisor som at omfanget av leders oppgaver kan påvirke muligheten for systematisk arbeid på et overordnet nivå.

Kriteriet vurderes ikke oppfylt.

2.2.2 Skriftlige prosedyrer og rutiner

Det kommer frem i flere intervjuer at mange av rutinene som benyttes i helse- og omsorgstjenestene er generelle prosedyrer hentet fra eksterne verktøy. (Digipro Helse) Det opplyses at det i liten grad er utarbeidet kommunespesifikke eller tjenestespesifikke rutiner og prosedyrer for helse- og omsorgstjenestene. Dette kommer frem i flere intervjuer. Revisor har

fått tilsendt en rutine utarbeidet av ansatte i helsetjenesten underveis i revisjonen. Videre beskrives det i flere intervjuer at praksis i stor grad er basert på erfaring, løpende dialog og lokale tilpasninger.

Revisors vurdering

Leka kommune har i liten grad tilpassede, skriftlige prosedyrer og rutiner

Kravet om dokumentasjon gjennom skriftlige prosedyrer og rutiner er et sentralt element i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. På bakgrunn av funnene vurderes det at Leka kommune i begrenset grad har dokumentert systemet for ledelse og kvalitetsforbedring gjennom kommunespesifikke og tjenestetilpassede rutiner og prosedyrer. Mangelen på skriftliggjøring innebærer at systemet i liten grad legger til rette for ensartet praksis og etterprøvable styring.

Kriteriet vurderes ikke oppfylt.

2.2.3 Implementering og bruk ved institusjonene

Det kommer frem i flere intervjuer at kvalitetssystemet Compilo er kjent i organisasjonen, men at systemet i hovedsak benyttes til avviksmelding. Det opplyses at Compilo i liten grad brukt som støtte i det daglige arbeidet knyttet til rutiner og faglige prosesser, og brukes i begrenset grad i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det benyttes generelle rutiner i Digipro Helse.

Videre opplyses det i intervjuer at opplæring i bruk av systemene har vært begrenset, og at det er ulik grad av trygghet blant ansatte i bruken av Compilo. Det ble under observasjon gitt uttrykk for at de gjerne skulle ha hatt en ny runde med opplæring av compilo.

Revisors vurdering

System for kvalitetssikring er delvis implementert og brukt ved institusjonene.

For at systemet for ledelse og kvalitetsforbedring skal fungere etter hensikten, må det være implementert og brukt i praksis ved institusjonene. På bakgrunn av funnene vurderes det at systemet i begrenset grad er implementert som et aktivt verktøy i det daglige arbeidet ved institusjonene. Bruken fremstår som avgrenset til enkelte elementer, særlig avviksmelding, og ikke som et helhetlig styrings- og forbedringssystem.

Kriteriet vurderes som delvis oppfylt.

2.2.4 Evaluering og korrigerings

Det kommer frem i intervjuer at det ikke er etablert faste strukturer for ledelsens gjennomgang av internkontroll og kvalitetsarbeid. Det opplyses at evaluering av rutiner, avvik, risiko og forbedringstiltak i hovedsak skjer i tilknytning til enkeltsaker og uten systematisk dokumentasjon.

Videre fremgår det at avvik i hovedsak følges opp enkeltvis, og at det i liten grad gjennomføres systematiske vurderinger av om tiltak virker etter hensikten eller om det er behov for korrigerings på systemnivå. Dette kommer frem i flere intervjuer. Det fremkommer videre i intervju at avvik ikke rapporteres til kommunedirektørnivå på en systematisk måte.

Revisors vurdering

Kommunen følger ikke opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigerings

Forskriften forutsetter at ledelsen følger opp styringssystemet gjennom systematisk evaluering og korrigerings. På bakgrunn av funnene vurderes det at ledelsen i begrenset grad følger opp om systemet for ledelse og kvalitetsforbedring fungerer etter hensikten. Dette må forstås i lys av at Leka kommune heller har ikke etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring. Når faste strukturer for evaluering og dokumentert korrigerings mangler, er styringsløyfen (planlegge–gjennomføre–evaluere–korrigere) ikke lukket slik forskriften forutsetter.

Kriteriet vurderes derfor som ikke oppfylt.

3 RISIKOVURDERINGER

Dette kapittelet omhandler risikovurderinger som del av Leka kommunes internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å belyse om kommunen har identifisert risiko og sårbarhet på området, og om det er planlagt tiltak og beredskap for å redusere identifisert risiko. Kapittelet inngår i revisjonens samlede vurdering av om internkontrollen bidrar til å avdekke, rette opp og forebygge brudd på regelverket.

3.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Kommunen skal ha gjennomført overordnet ROS-analyse
- Kommunen skal ha gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg
- Kommunen skal utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene
- Kommunen skal ha planlagt forebyggende og skadebegrensende tiltak på bakgrunn av identifisert risiko

Utleddning av kriterier finnes i vedlegg 1.

3.2 Funn og vurderinger

3.2.1 Overordnet ROS-analyse Leka kommune

Revisor har fått oversendt en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse for kommunen, datert 2024. Den helhetlige ROS-analysen er vedtatt av kommunestyret i 2024 og dekker kommunens samlede ansvarsområde, herunder risiko knyttet til liv og helse, ytre miljø og samfunnsstabilitet. Analysen beskriver formål, lovgrunnlag, metodikk, organisering og ansvar, samt identifiserer uønskede hendelser med tilhørende vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

Den helhetlige ROS-analysen inneholder en oversikt over uønskede hendelser som vurderes å ha høy risiko for kommunen, blant annet brann i institusjonsbygg, svikt i vanntilførsel, bortfall av elektronisk kommunikasjon, ekstremvær og langvarig stengt veiforbindelse. For disse hendelsene er det utarbeidet en tiltaksplan med forebyggende og skadebegrensende tiltak.

Analysen legger til grunn et tverrsektorielt perspektiv og omfatter både kommunens rolle som tjenesteyter, planmyndighet og lokal samordner.

Det kommer frem i ROS-analysen at arbeidet med rullering og revisjon er gjennomført som følge av avvik avdekket ved Statsforvalterens tilsyn i 2022, og at analysen er ment å være et styringsgrunnlag for kommunens videre arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Det er også beskrevet at planen skal revideres hvert fjerde år, og ved endringer i risiko- og sårbarhetsbildet.

I intervjuene opplyses det at kommunen har gjennomført en helhetlig ROS-analyse på overordnet nivå, og at denne danner grunnlag for kommunens beredskapsarbeid. Samtidig fremkommer det i intervjuene at innholdet i den overordnede ROS-analysen i begrenset grad er kjent i helse- og omsorgstjenestene, og at analysen i liten grad brukes aktivt i det daglige arbeidet i tjenestene.

Revisors vurdering

Leka har utarbeidet en overordnet ROS-analyse for kommunen

Kommunen har utarbeidet og politisk vedtatt en helhetlig ROS-analyse som gir en samlet oversikt over uønskede hendelser, risiko og sårbarhet i kommunen, i tråd med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt og helseberedskapslovgivningen. Samtidig viser intervjuene at den overordnede ROS-analysen i begrenset grad er operasjonalisert og kjent i deler av organisasjonen, herunder helse- og omsorgstjenestene.

Kriteriet vurderes oppfylt.

3.2.2 ROS-analyse helse og omsorg

Dokumentgjennomgang av kommunens delegeringsoversikt viser at ansvaret etter helseberedskapsloven § 2-2 er delegert til leder for helse og velferd. Bestemmelsen gir hjemmel for forskrift som stiller krav om at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser innen helse- og omsorgstjenestene. Delegasjonen innebærer at leder for helse og velferd har ansvar for å sørge for at det gjennomføres ROS-analyser på tjenestenivå.

Det fremkommer i intervju med leder for helse og velferd at det ikke er gjennomført ROS-analyse for helse- og omsorgstjenestene. Det opplyses at det heller ikke er utarbeidet egen beredskapsplan for helse og omsorg, og at det ikke har vært arbeidet systematisk med risikovurderinger i tjenesten.

Dette bekreftes i flere andre intervjuer, som opplyser at de ikke har kjennskap til at det gjennomføres systematiske risikovurderinger eller ROS-analyser innen helse- og omsorgstjenestene. Flere gir uttrykk for at risiko i hovedsak håndteres gjennom enkelthendelser, erfaring og løpende dialog, og ikke gjennom dokumenterte og helhetlige risikovurderinger.

Revisors vurdering

Kommunen har ikke gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg

Kravet om å gjennomføre ROS-analyse for helse- og omsorgstjenestene følger av helseberedskapsloven § 2-2 med tilhørende forskrift. Fraværet av systematisk og dokumentert ROS-arbeid på tjenestenivå innebærer at risiko knyttet til blant annet bemanning, kompetanse, legemiddelhåndtering, samhandling og tjenestekontinuitet ikke er helhetlig kartlagt og vurdert. Dette vurderes å svekke kommunens grunnlag for planlegging og iverksetting av forebyggende og skadebegrensende tiltak innen helse- og omsorgstjenestene, og innebærer at kommunen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for helseberedskap og internkontroll på dette området.

Kriteriet vurderes ikke oppfylt.

3.2.3 Plan om helsemessig- og sosial beredskap

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at det ikke er utarbeidet en egen beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene. Det opplyses videre at det heller ikke er gjennomført systematisk arbeid med beredskap på tjenestenivå, og at dette er et område det. Informantene gir uttrykk for at de ikke har kjennskap til egne beredskapsplaner for tjenesten.

Revisors vurdering

Kommunen har ikke utarbeidet en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene

Det foreligger ikke en tjenestespesifikk beredskapsplan.

Kriteriet vurderes ikke oppfylt.

3.2.4 Tiltak på bakgrunn av identifisert risiko

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at det ikke er arbeidet systematisk med risikovurderinger, og at det ikke er planlagt eller dokumentert forebyggende eller skadebegrensende tiltak på bakgrunn av identifisert risiko i helse- og omsorgstjenestene. Leder opplyser at det ikke finnes noe skriftlig knyttet til dette, og at risiko i hovedsak håndteres fortløpende i driften. Dette støttes av andre intervjuer, som opplyser at de ikke har kjennskap til planlagte forebyggende eller skadebegrensende tiltak som bygger på helhetlige risikovurderinger. Risiko omtales i hovedsak i forbindelse med enkelthendelser, praktiske utfordringer eller bekymringer i hverdagen. Intervjuer med ansatte viser tilsvarende at tiltak i hovedsak iverksettes reaktivt, for eksempel etter avvik eller uønskede hendelser, og at det ikke er kjent at slike tiltak inngår i en samlet plan for forebygging eller risikoreduksjon basert på identifisert risiko. Ved observasjon fremkommer det at det er foretatt en rekke tiltak innen legemiddelhåndtering basert på hendelser og risikovurderinger.

Revisors vurderinger

Det er funn som tyder på at kommunen gjennomfører tiltak på bakgrunn av konkret risiko, men dette er ikke basert på et systematisk arbeid.

Kravet om å planlegge forebyggende og skadebegrensende tiltak på bakgrunn av identifisert risiko følger av helseberedskapslovgivningen og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Når det ikke er gjennomført systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenestene, og det samtidig opplyses at det ikke finnes skriftlig planverk for forebyggende eller skadebegrensende tiltak, vurderes kommunens arbeid på dette området som lite strukturert og i hovedsak reaktivt. Tiltak som iverksettes fremstår som enkeltstående og hendelsesstyrte, og ikke som del av en planlagt og helhetlig tilnærming til risikohåndtering.

Kriteriet vurderes delvis oppfylt.

4 AVVIKSHÅNTERING

Dette kapitlet omhandler Leka kommunes avvikshåndtering innen helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å belyse om kommunens praksis for melding, oppfølging og bruk av avvik er i tråd med kravene til internkontroll. Kapitlet inngår i revisjonens samlede vurdering av om internkontrollen bidrar til å avdekke, rette opp og forebygge brudd på regelverket

4.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Kommunen skal sørge for system for melding av avvik
- Kommunen skal ha oversikt over meldte avvik
- Kommunen skal sørge for rutiner for oppfølging av avvik
- Kommunen skal sørge for at erfaringer fra avviksoppfølgingen skal brukes til læring og forbedring

Utleddning av kriterier finnes i vedlegg 1.

4.2 Funn og vurderinger

4.2.1 System for melding av avvik

Dokumentgjennomgang viser at Leka kommune har tatt i bruk kvalitetssystemet Compilo, som blant annet inneholder modul for melding av avvik.

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at avvik i helse- og omsorgstjenestene meldes i Compilo, og at leder mottar varsel når avvik blir meldt. Samtidig opplyses det at det ikke er utarbeidet egne skriftlige rutiner som beskriver hva som skal meldes som avvik, hvordan avvik skal meldes, eller hvordan avvikssystemet skal brukes i tjenesten. Kommunen har ikke rutiner for oppfølging av avvik. I samme intervju fremkommer det at opplæring i bruk av Compilo og avviksmodulen har vært begrenset, og at systemet oppleves som vanskelig å manøvrere. Det opplyses at kommunen er i en tidlig fase av bruken av systemet. I intervju kommer det frem at ansatte benytter Compilo til å melde avvik. Det opplyses at det ikke finnes lokale retningslinjer eller prosedyrer for avvikshåndtering, og er usikker på om alle ansatte har

fått tilstrekkelig opplæring i bruk av systemet. Det fremkommer i intervju at pasientavvik meldes i elektronisk pasientjournal (Profil), mens HMS-avvik meldes i Compilo. Det opplyses i intervju at avvikssystemene er kjent blant ansatte, men at det ikke er etablert faste strukturer for systematisk gjennomgang av avvik på tjenestenivå. Intervju med ansatte viser at de kjenner til hvordan avvik kan meldes i Profil og Compilo, men at de ikke er kjent med skriftlige rutiner for avvikshåndtering. Det opplyses også at tilbakemelding på meldte avvik varierer, og at oppfølging i liten grad er systematisert.

Avviksoversikt i Compilo for 2024 og 2025 viser at det ble meldt langt flere avvik i 2024 (150 avvik) enn i 2025 (62 avvik). I intervju har det fremkommet at enkelte er usikker på om alle har fått opplæring, og at det kan være nødvendig med en oppfriskning i bruken av Compilo.

Revisors vurdering

Kommunen har et system for avviksmelding, men mangler rutiner for melding av avvik

På bakgrunn av dokumentasjon og intervjuer vurderes det at Leka kommune delvis har lagt til rette for avviksmelding, gjennom å ta i bruk elektroniske systemer for melding av avvik. Samtidig viser funnene at det ikke er etablert skriftlige og tjenestespesifikke rutiner som tydeliggjør hva som skal meldes som avvik, hvordan avvik skal meldes, og hvordan avvikssystemet skal brukes i helse- og omsorgstjenestene. Videre fremstår opplæring, oppfølging og systematisk bruk av avviksmeldinger som ufullstendig. Stor nedgang i antall avvik kan indikere at det er behov for ny opplæring. Når rutiner for avviksmelding i hovedsak er basert på kjennskap til systemene, og ikke på dokumenterte og felles retningslinjer, vurderes det at ledelsen ikke i tilstrekkelig grad har sørget for rutiner for melding av avvik som oppfyller kravene til systematisk internkontroll og kvalitetsforbedring.

Kriterier vurderes delvis oppfylt.

4.2.2 Oversikt over meldte avvik

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at meldte avvik i helse- og omsorgstjenestene går til henne, og at hun mottar varsel når avvik registreres i systemet. Leder gir uttrykk for at hun har løpende oversikt over hvilke avvik som er meldt i tjenesten.

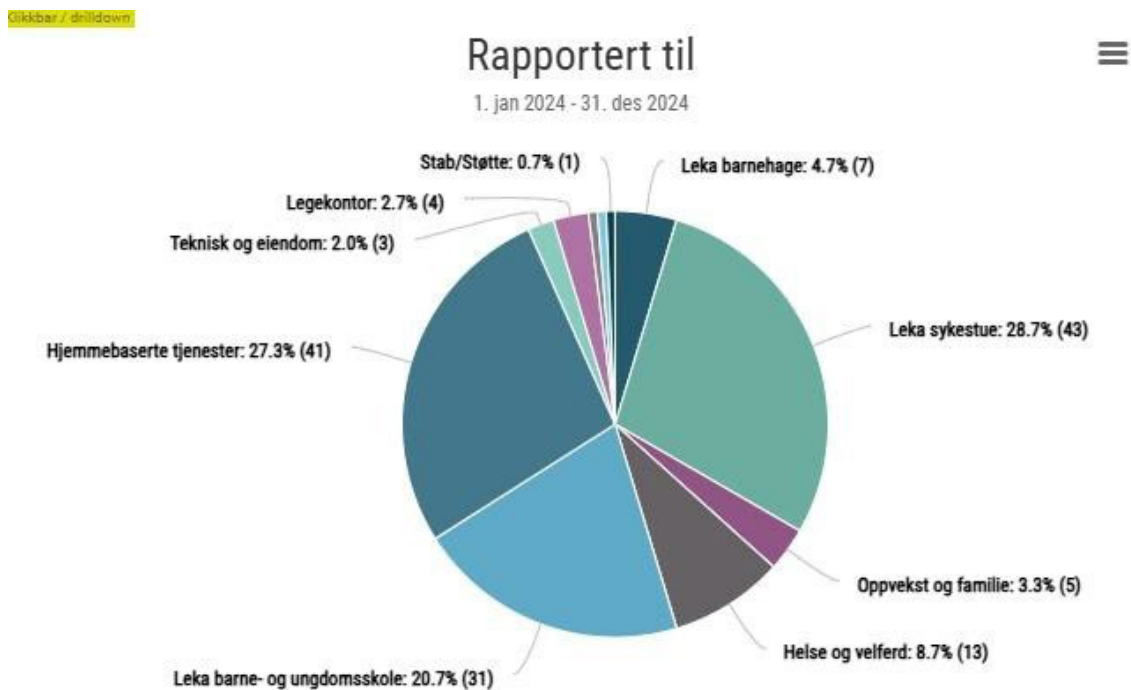
Intervju viser at HMS-avvik meldt i Compilo går direkte til leder, og at pasientavvik meldt i Profil er tilgjengelige i journalsystemet.

Samtidig fremkommer det i intervjuer at de ikke har kjennskap til at det foreligger en samlet oversikt over meldte avvik for helse- og omsorgstjenestene som helhet. Informantene gir uttrykk for at de har oversikt over enkeltavvik de selv har meldt eller er involvert i, men ikke over avvik samlet sett.

Oversikten over meldte avvik for 2024 viser at det er rapportert et 150 avvik innen helse- og omsorgstjenestene. Avviksoversikten i Compilo for 2024 viser at det er registrert avvik i flere enheter innen helse- og omsorgstjenestene, herunder blant annet Leka sykestue, hjemmebaserte tjenester og helse og velferd. Oversikten gir tallmessig informasjon om hvor mange avvik som er rapportert til de ulike enhetene i perioden, og viser at kommunen har tilgang til en samlet oversikt over meldte avvik. Avviksoversikten gir også tilgang til enkeltavvik med opplysninger om blant annet rapporteringsenhet, alvorlighetsgrad og status.

Nedenfor følger en oversikt over fordelingen av avvik mellom de ulike tjenesteområdene i Leka.

Figur 5. Oversikt over fordeling av avvik i 2024



Revisors vurdering

Kommunen har oversikt over meldte avvik

Kravet om å ha oversikt over meldte avvik innebærer at kommunen skal ha tilgang til informasjon om hvilke avvik som er meldt i virksomheten. På bakgrunn av avviksoversikten og intervjuene vurderes det at Leka kommune har etablert en teknisk oversikt over meldte avvik, ved at avvik registreres i elektroniske systemer og kan hentes ut både som aggregerte

oversikter og som enkeltavvik. Samtidig viser intervjuene at oversikten i hovedsak er knyttet til systemtilgang og kjennskap på ledernivå, og i mindre grad fremstår som en samlet oversikt som er kjent eller tilgjengelig på tvers av tjenestenivåene.

Kriterier vurderes oppfylt.

4.2.3 Oppfølging av avvik

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at hun mottar varsel når avvik meldes i systemet, og at hun følger opp avvikene fortløpende. Leder opplyser at hun undersøker hva avviket gjelder, tar kontakt med involverte og noterer hva som må gjøres for å rette opp forholdet. Det fremkommer samtidig at det ikke er etablert faste strukturer eller systematisk gjennomgang av meldte avvik, og at oppfølging i hovedsak skjer fra sak til sak.

Videre opplyser leder at hun ikke har fast rapportering eller gjennomgang av meldte avvik sammen med kommunedirektør eller på overordnet nivå, og at oppfølging av avvik i hovedsak håndteres på tjenestenivå. Ved alvorlige avvik kontaktes kommunedirektøren direkte via telefon. Det beskrives i intervju at kommunedirektøren har tilgang på alle avvik med kommentarer fra de forskjellige ledernivåene og verneombud. Utfordringer i tjenesten er nok kjent, da det er korte kommunikasjonslinjer, men det er ingen systematisk rapportering i fht avvik på HMS og kvalitet. Det vises til uttalelse fra kommunedirektør hvor det kom frem følgende: *Kommunedirektøren kan se alle avvik i Compilo og dersom disse ikke håndteres av leder, går avvik videre til kommunedirektøren. Ledere rapporterer hver måned til kommunedirektøren vedr. økonomi. Her kan dette utvikles med oppfølging av avvik.*

I intervju fremkommer det at ansatte i liten grad får tilbakemelding på hvordan avvik følges opp på systemnivå. Det opplyses at den enkelte som har meldt avvik kan få tilbakemelding fra leder, men at avvik sjelden gjennomgås samlet eller brukes i plenum for å gi oversikt over hva som er meldt og hvordan dette er håndtert.

Det fremkommer i intervju at meldte avvik kan tas opp i personalgrupper, og at enkelte avvik følges opp gjennom dialog og drøfting. Samtidig opplyses det i intervju at det ikke er etablert faste rutiner eller møtestrukturer for systematisk oppfølging av avvik, og at bruk av avviksdata i hovedsak er uformell.

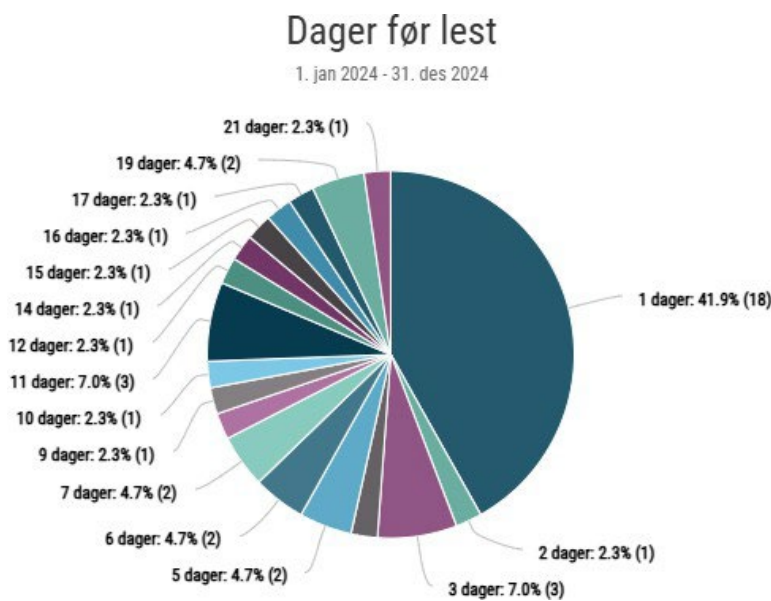
Intervju med ansatte viser at de kjenner til at avvik meldes og at enkelte avvik følges opp, men at oppfølging og tilbakemelding varierer. Enkelte ansatte opplyser at de ikke har fått tilbakemelding på avvik de har meldt.

Avviksoversikten viser at meldte avvik i hovedsak er registrert med status «lukket». Oversikten gir imidlertid ikke informasjon om hvordan oppfølgingen er gjennomført, hvilke tiltak som er iverksatt eller om oppfølgingen skjer etter faste rutiner. Videre viser oversiktene fra 2024-2025 variasjon i saksbehandlingstid, målt som «dager før lukking», fra rask lukking (1–3 dager) til enkeltsaker med lang lukketid (opptil 440 dager). Tilsvarende viser «dager før lest» at de fleste avvik blir lest raskt, men med enkelte avvik som først er lest etter betydelig tid.

Avvik fra Leka sykestue

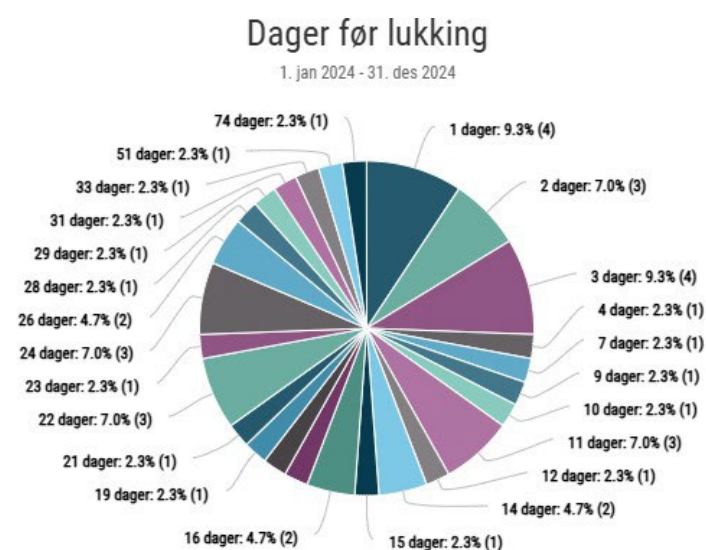
Det kommer frem av figuren nedenfor at over 40% av avvikene leses innen første dag.(2024) I 2025 leses i underkant av 50% første dag. Over 25 % av vedtakene leses etter mellom 10 og 21 dager i 2024, mens det er 8 % av vedtakene som leses etter dag 9 i 2025.

Figur 6. Oversikt over antall dager før avvik leses 2024



Ca halvparten av avvikene lukkes innen 15 dager både i 2024 og i 2025, og resterende lukkes mellom 16 og 74 dager i 2024. I 2025 ble 2 avvik lukket etter 265 og 393 dager.

Figur 7. Oversikt over antall dager før lukking 2024



Avvikene til Leka sykestue er totalt 43 i 2024. Ved nærmere gjennomgang av avvikene knyttet til Leka sykestue for 2024 kommer det frem at ca 16 % er av høy alvorlighetsgrad. De alvorlige avvikene ble først lukket mellom 10 og 23 dager. Ett alvorlig avvik ble først lest etter 15 dager, mens et annet alvorlig avvik ble lest etter 12 dager. Det presiseres fra revisor at dette er hentet ut ifra Compilo, slik at revisor ikke har kjennskap til om ledelsen har fått kunnskap om avviket på annen måte.

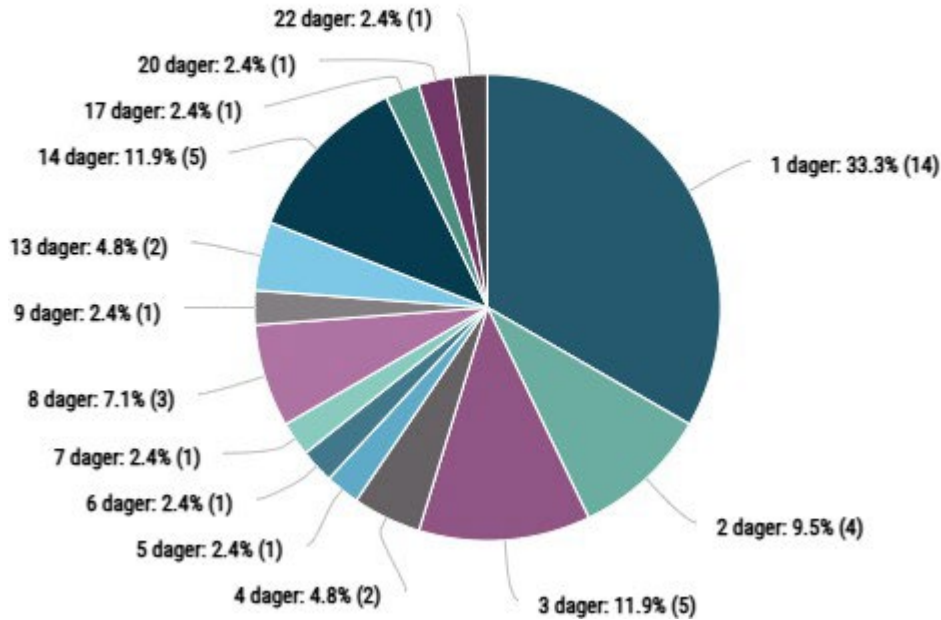
Avvik knyttet til hjemmetjenesten

Det kommer frem av figuren nedenfor at over 30 % av avvikene leses innen første dag i 2024. Over 20 % av vedtakene leses mellom 9 og 20 dager i 2024.

Figur 8. Oversikt over antall dager før avvik leses 2024

Dager før lest

1. jan 2024 - 31. des 2024

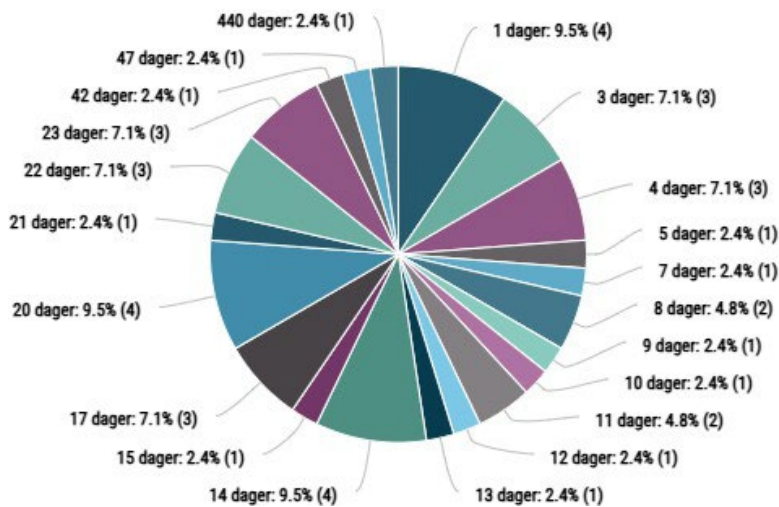


Figuren nedenfor viser at ca halvparten av avvikene lukkes innen 13-14 dager, og resterende lukkes mellom 14 og 440 dager.

Figur 9. Oversikt over antall dager før lukking 2024

Dager før lukking

1. jan 2024 - 31. des 2024



Avvikene til hjemmebaserte tjenester er totalt 42 i 2024, mens det bare er rapportert 13 avvik fra hjemmebaserte tjenester i 2025. Ved nærmere gjennomgang av avvikene knyttet til hjemmebaserte tjenester for 2024 fremkommer det at ca 12 % er av høy alvorlighetsgrad. Et av disse alvorlige avvikene ble først lukket etter 440 dager, og et annet alvorlig avvik ble lukket etter 47 dager.

Revisors vurdering

Kommunen har praksis for oppfølging av enkeltavvik, men mangler en systematisk og overordnet oppfølging av avvik.

På bakgrunn av intervjuene vurderes det at Leka kommune har praksis for oppfølging av enkeltavvik, ved at leder følger opp meldte avvik fortløpende og sørger for at forhold blir håndtert. Funn fra oversikt i Compilo tyder på at rutinene som beskrives i intervju ikke alltid etterleves i praksis.

Samtidig viser funnene at oppfølgingen i hovedsak er knyttet til det enkelte avvik, og at det ikke er etablert faste, dokumenterte rutiner for hvordan avvik skal følges opp på en systematisk måte. Når oppfølging i liten grad skjer gjennom definerte strukturer, faste gjennomganger eller forutsigbare prosesser, vurderes det at kommunen ikke fullt ut oppfyller kriteriet om å ha rutiner for oppfølging av avvik.

Kriterier vurderes delvis oppfylt.

4.2.4 Læring og forbedring

I intervju med leder for helse og velferd fremkommer det at enkelte avvik tas opp i personalgrupper når det vurderes som fare for gjentakelse. Leder opplyser samtidig at det ikke er etablert faste strukturer eller systematikk for å bruke avvik samlet til læring og forbedring i tjenesten. Oppfølging og eventuell læring skjer i hovedsak knyttet til den enkelte hendelsen og de involverte.

Intervju viser at ansatte sjelden eller aldri får tilbakemelding på hvordan meldte avvik brukes systematisk i forbedringsarbeidet. Intervjuobjekt opplyser at den som melder avvik kan få individuell tilbakemelding, men at avvik i liten grad gjennomgås samlet i plenum for å skape felles læring. Intervju viser at enkelte avvik kan tas opp i personalgrupper og drøftes, men at dette skjer uten faste rutiner eller planlagte arenaer. I et annet intervju opplyses det at det er gitt signaler om at det «skal komme mer struktur» knyttet til dette med avvik. Intervju med

ansatte viser at de opplever ulik grad av tilbakemelding etter meldte avvik. Enkelte ansatte opplyser at de ikke har kjennskap til at erfaringer fra avvik brukes systematisk til forbedring av rutiner eller praksis.

Revisors vurdering

Kommunen bruker i begrenset grad erfaringer til læring og forbedring knyttet til konkrete avvik, og dette gjøres ikke systematisk

Kravet om å bruke erfaringer fra avviksoppfølgingen til læring og forbedring forutsetter at avvik ses i sammenheng og brukes aktivt som grunnlag for endring av praksis, rutiner eller organisering. På bakgrunn av intervjuene vurderes det at Leka kommune i begrenset grad bruker erfaringer fra avvik systematisk til læring og forbedring. Selv om enkelte avvik drøftes i personalgrupper, fremstår dette som situasjons- og hendelsesbasert, og ikke som del av en strukturert og planlagt forbedringsprosess.

Kriterier vurderes delvis oppfylt.

5 BRUKERMEDVIRKNING

Dette kapitlet omhandler brukermedvirkning som del av Leka kommunes internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å belyse om kommunen bruker klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i arbeidet med internkontroll. Kapitlet inngår i revisjonens samlede vurdering av om internkontrollen bidrar til å avdekke, rette opp og forebygge brudd på regelverket.

5.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Kommunen skal sørge for at klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet.
- Kommunen skal gjennomgå og vurdere klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten.
- Kommunen skal bruke klager og erfaringer i arbeidet med internkontroll og kvalitetsforbedring.

. Utleddning av kriterier finnes i vedlegg 1.

5.2 Funn og vurderinger

5.2.1 Innhenting av klager og erfaringer

Leka kommune har ikke gjennomført brukerundersøkelser i helse- og omsorgstjenestene på mange år. Videre fremkommer det i intervju at det ikke finnes etablerte rutiner for klagebehandling, og at klager i hovedsak håndteres muntlig og situasjonsbasert. Klager blir ofte håndtert ved at forholdet rettes opp der og da, uten at klagen registreres eller dokumenteres.

Samtidig viser intervjuene at kommunen har praksiser som legger til rette for løpende dialog med brukere og pårørende:

- Det gjennomføres innkomstsamtale ved oppstart av tjenester, der brukerens behov, ønsker og situasjon kartlegges. (Rutine i Digipro Helse)
- Alle brukere har oppnevnt primærkontakt og sekundærkontakt, som fungerer som faste kontaktpersoner for bruker og pårørende. (Rutine i Digipro Helse)

- Det er jevnlig kontakt med pårørende, blant annet ved endringer i tjenestebehov og gjennom årlige samtaler.

Kommunen har et eget råd for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, som gir brukere og interessegrupper mulighet til å gi innspill på overordnet nivå.

Intervju med leder for bruker- og pårørendeutvalget viser at det normalt avholdes møter to ganger i halvåret (med mulighet for ekstra møter ved behov). Kommunesekretær deltar fast, og kommunedirektør deltar av og til.

Informanten opplyser at utvalget ikke får henvendelser direkte fra brukere eller pårørende, men at utvalget «plukker opp saker fra hverdagen» og tar disse opp i utvalget.

Informanten opplyser videre at utvalget i liten grad får informasjon om «tilstanden i tjenesten». Utvalget har etterspurt informasjon om tilstand ved sykestuen, men fikk ikke dette og opplyser at det ble begrunnet med taushetsplikt.

Revisors vurdering

Kommunen sørger delvis for at klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet.

Ordninger som inkomstsamtale, primærkontakt og løpende pårørendekontakt bidrar til at erfaringer og tilbakemeldinger kan komme frem i det daglige. Samtidig innebærer fravær av brukerundersøkelser og rutiner for klagebehandling at innhenting i liten grad er systematisk og dokumentert. Når bruker- og pårørendeutvalget i liten grad mottar systematisk informasjon om klager, tilsyn, avvik eller status i tjenestene, reduseres også muligheten for at erfaringer og tilbakemeldinger fanges opp og sammenstilles på systemnivå gjennom etablerte medvirkningsarenaer. Samlet sett fremkommer det at erfaringer og tilbakemeldinger i stor grad innhentes gjennom uformell og løpende dialog, og i mindre grad gjennom systematiske og dokumenterte metoder.

Kriteriet er delvis oppfylt.

5.2.2 Klager og erfaringer som en del av evaluering

Intervjuene viser at klager og tilbakemeldinger i hovedsak vurderes enkeltvis og situasjonsbasert. Når klager kommer frem, vurderes disse i tilknytning til den konkrete hendelsen eller brukeren, og tiltak iverksettes der det anses nødvendig. Intervjuobjektene gir

ikke uttrykk for at klager eller erfaringer inngår i faste evalueringer, rapportering eller gjennomganger på tjeneste- eller sektornivå.

Leder for bruker- og pårørendeutvalget opplyser at utvalget ikke involveres i saker som berører internkontroll, tilsyn, avvik eller alvorlige hendelser, og at dette ikke har skjedd siden han begynte i oktober 2025. Informanten opplyser også at utvalget ikke får jevnlig orienteringer eller rapporter om status og utfordringer i helse- og omsorgstjenesten (for eksempel brukerundersøkelser, klager, tilsynsrapporter eller avvik). Informanten opplyser videre at det ikke informeres om avvik i møtene, og at utvalget heller ikke blir informert om saker som eventuelt har vært behandlet hos Statsforvalteren.

Revisors vurdering

Kommunen vurderer ikke klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten.

Å vurdere klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten forutsetter at slike tilbakemeldinger løftes fra enkeltsaker til et mer samlet nivå. Når klager og erfaringer i hovedsak håndteres isolert og ikke inngår i systematiske evalueringer av tjenestene, mangler kommunen et viktig grunnlag for å vurdere kvalitet, risiko og forbedringsbehov i virksomheten.

Kriteriet er ikke oppfylt.

5.2.3 Bruker klager og erfaringer til forbedring og oppfølging

Intervjuene viser at klager og erfaringer fra brukere og pårørende i enkeltsaker fører til justeringer i praksis for den enkelte bruker eller situasjon. Dette skjer gjennom dialog mellom ansatte, leder, bruker og pårørende. Samtidig fremkommer det at erfaringer fra klager i liten grad dokumenteres, sammenstilles eller brukes systematisk i arbeidet med internkontroll og kvalitetsforbedring. Det er ikke etablert rutiner eller strukturer som sikrer at erfaringer fra klager brukes som grunnlag for endringer i rutiner, praksis eller organisering.

Revisors vurdering

Kommunen bruker ikke klager og erfaringer i arbeidet med internkontroll, men dette benyttes til kvalitetsforbedring i hverdagen.

Kravet om å bruke klager og erfaringer i internkontroll og kvalitetsforbedring forutsetter at slike tilbakemeldinger brukes aktivt og systematisk som grunnlag for forbedring. Når klager og erfaringer i hovedsak håndteres fra sak til sak og ikke inngår i et strukturert forbedringsarbeid,

Internkontroll i pleie og omsorg

bidrar de i begrenset grad til læring, utvikling og styrking av internkontrollen i helse- og omsorgstjenestene. Revisor ønsker likevel å presisere at man legger til grunn at klager og erfaringer danner grunnlag for endringer og kvalitetsforbedringer i tjenesten for den enkelte bruker.

Kriteriet er delvis oppfylt.

6 LEGEMIDDELHÅNDBTERING

Dette kapittelet omhandler legemiddelhåndtering ved institusjon og i hjemmetjenestene i Leka kommune. Formålet er å belyse om legemiddelhåndteringen er i tråd med sentrale lovkrav. Legemiddelhåndtering brukes i denne sammenhengen som et eksempel på hvordan internkontrollen fungerer i tjenestene. Gjennomgangen kan gi indikasjoner på i hvilken grad etablerte rutiner etterleves, og om praksis er systematisk og forankret i styring og oppfølging. Funnene i kapittelet må ses i sammenheng med de øvrige delene av undersøkelsen.

6.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og kommunen skal ha et system for forsvarlig kassering av legemidler.
- Istandgjøring og utdeling av legemidler skal skje faglig forsvarlig og av personell med tilstrekkelig kompetanse.
- Kommunen skal ha systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B.

6.2 Funn og vurderinger

6.2.1 Oppbevaring av legemidler

Legemidler til både tjenester og institusjonsbaserte tjenester oppbevares i et felles rom på Leka sykestue. Det er opplyst at det gjennomføres årlige farmasøytiske tilsyn.

Gjennomgang av avviksregistreringer for 2024 viser hendelser knyttet til oppbevaring og tilgang til legemidler. Det er blant annet meldt avvik med høy alvorlighetsgrad der medisinerrom har stått åpent og ulåst ved Leka sykestue. Slike hendelser er registrert ved to anledninger i 2024. Avviksgjennomgangen viser også hendelser der legemidler har vært feilplassert eller ikke håndtert korrekt, for eksempel multidoser som er lagt «til sides», eller medisiner som er funnet liggende tilgjengelig i pasientens hjem uten at de er gitt.

Det fremkommer i intervju at kommunen benytter generelle prosedyrer for legemiddelhåndtering (Digipro Helse), og at disse ikke er tilpasset lokale forhold. Ved

observasjon den 14.04.2026 fremkom det at det var utarbeidet en egen tilpasset rutine for legemiddelhåndtering. Denne ble ettersendt til revisor.

Det kommer frem i intervju at det er meldt avvik knyttet til medisinrom og oppbevaringsforhold, men at slike avvik ikke alltid blir rettet opp raskt.

Observasjon av legemiddelrommet viser at legemidler på observasjonstidspunktet oppbevares i låsbart medisinrom og i låsbare skap, og at rommet er sikret mot tilgang for uvedkommende. Det ble ikke observert ulåst medisinrom eller ulåste skap under besøket.

Videre viser observasjonen at det foreligger rutiner for kassering av legemidler, og at disse er kjent i tjenesten. Kasserte legemidler håndteres som risikoavfall og kastes i gule dunker som hentes av eksternt firma. A- og B-preparater returneres i henhold til gjeldende krav.

Revisors vurdering

Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og kommunen har et system for forsvarlig kassering av legemidler.

På bakgrunn av funnene vurderes det at kommunen har forsvarlige fysiske løsninger for oppbevaring og kassering av legemidler, og at praksis på observasjonstidspunktet er i tråd med revisjonskriteriet.

Samlet sett vurderes kriteriet oppfylt.

6.2.2 Opplegg og utdeling

Det benyttes generelle rutiner/prosedyrer fra Digipro Helse. Det er nylig utviklet en egen rutine for multidose.

Avviksregistreringene for 2024 viser flere hendelser der pasienter ikke har fått foreskrevne legemidler, både i hjemmebaserte tjenester og ved Leka sykestue. Flere av disse gjelder gjentakende problemstillinger knyttet til multidose og dosett. Det er også registrert avvik som gjelder feilmedisinering, for eksempel at pasient har fått feil type insulin, eller at legemidler har blitt byttet om. I enkelte tilfeller er feil oppdaget av pårørende, og videre håndtert gjennom kontakt med lege eller legevakt..

I flere intervjuer fremkommer det at legemiddelhåndtering oppleves som et risikoområde, blant annet på grunn av bemanningssituasjon, turnover og andel ufaglærte ansatte. Det kommer frem at istandgjøring i større grad er samlet ved sykestua, noe som beskrives som et forbedringstiltak, men at det fortsatt er utfordringer knyttet til etterlevelse og dokumentasjon.

I intervju fremkommer det at utdeling i praksis utføres av personell med legemiddelkurs eller sykepleiere. Observasjon viser at istandgjøring og utdeling av legemidler utføres av kvalifisert personell, herunder sykepleiere og personell med dokumentert legemiddelkurs. Ansvar og rollefordeling fremstår som tydelig avklart.

I intervju forekommer det at det kan skje manglende kvittering, mangelfull dokumentasjon og feil i gjennomføring. Observasjon underbygger at det forekommer manglende signering eller kvittering i enkelte tilfeller. Dette fanges opp ved at ansatte minner hverandre på mangler, blant annet ved bruk av gul lapp.

Videre viser observasjonen at det er etablert praksis som skal sikre riktig legemiddel, dose, tidspunkt og pasient. Utdeling skjer med kontroll mot ordinasjon og legemiddelliste, identitet og legemiddel kontrolleres systematisk, og utdeling dokumenteres og kvitteres i journal eller tilsvarende system. Praksisen fremstår som kjent og i hovedsak konsekvent blant ansatte.

Revisors vurdering

Leka har et forsvarlig system for istandgjøring og utdeling av legemidler

På bakgrunn av funnene vurderes det at kommunen har ordninger for istandgjøring og utdeling av legemidler. Gjentakende avvik knyttet til ikke gitt medisin, multidose/dosett og feilmedisinering viser likevel at utdeling ikke alltid skjer faglig forsvarlig. Bemannings- og kompetanseutfordringer, kombinert med manglende systematikk i dokumentasjon og kontroll, øker risikoen for svikt. På bakgrunn av funnene vurderes det at kommunen har etablert ordninger for faglig forsvarlig istandgjøring og utdeling av legemidler, og at praksis observert under revisjonsbesøket i hovedsak er i tråd med revisjonskriteriet.

Kriteriet vurderes derfor som oppfylt.

6.2.3 Håndtering av A- og B-preparater

Det benyttes generelle rutiner fra Digipro Helse. Et eksempel på dette er regnskap for A og B preparater.

Avvikslisten for 2024 inneholder flere hendelser som gjelder medikamenthåndtering, blant annet feilmedisinering, manglende administrering av smertestillende plaster (morfin), og manglende dokumentasjon/kvittering for gitt insulin.

Internkontroll i pleie og omsorg

Observasjon viser at legemidler i reseptgruppe A og B oppbevares fysisk adskilt. A-preparater oppbevares i eget låst skap, mens B-preparater oppbevares på noe ulik måte. Oppbevaringen er sikret mot tilgang for uvedkommende og gir kontroll med hvem som har tilgang.

Figur 10. Bilde av låst skap til oppbevaring av legemidler i reseptgruppe A



Videre viser observasjonen at det føres regnskap i papirutgave per pasient, og at mottak og uttak av A-preparater dokumenteres løpende og sporbar. Det foreligger også oversikt over mottak og uttak av B-preparater. Det ble fremvist protokoll på at det gjennomføres systematiske kontroller av beholdning av A- og B-preparater én gang per måned. Mottatt mengde sammenholdes med faktisk bruk, og det er etablert praksis for håndtering av eventuelle differanser eller svinn.

Dersom beholdningen ikke stemmer, opplyses det ved observasjon at avvik som regel lar seg forklare.

Kommunen har systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B.

På bakgrunn av funnene vurderes det at kommunen har etablert systemer for oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B, og at praksis observert under revisjonsbesøket er i tråd med revisjonskriteriet.

Kriteriet vurderes derfor som oppfylt.

7 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

7.1 Problemstilling

Har Leka kommune internkontroll i helse- og omsorgstjenesten som avdekker, retter opp og forebygger brudd på regelverket?

Revisor har sett følgende:

- Risikovurderinger
- Styringssystem, rutiner, prosedyrer
- Avvik – melding, oppfølging
- Brukermedvirkning
- Legemiddelhåndtering

7.2 Konklusjon

Revisor konkluderer med at Leka kommune ikke har etablert en internkontroll i helse- og omsorgstjenestene som i tilstrekkelig grad avdekker, retter opp og forebygger brudd på regelverket.

Kommunen har enkelte grunnleggende elementer av internkontroll på plass, blant annet kvalitetssystem, overordnet risikovurdering og delegasjon av ansvar. Samtidig er internkontrollen i helse og omsorg i begrenset grad systematisert, dokumentert og brukt som et aktivt styrings- og forbedringsverktøy.

Det er særlig svakheter knyttet til planlegging og forebygging. Kommunen har i liten grad gjennomført risikovurderinger på tjenestenivå eller etablert planer og tiltak basert på identifisert risiko. Videre brukes avvik, klager og erfaringer i begrenset grad samlet til å evaluere tjenestene og til systematisk forbedring.

Oppfølging og forbedring skjer i hovedsak i enkeltsaker og gjennom løpende dialog, og internkontrollen fremstår i stor grad som personavhengig. Mangelen på faste strukturer og systematisk oppfølging gjør tjenestene sårbare og gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å sikre kvalitet over tid.

Samtidig viser gjennomgangen at enkelte områder, som legemiddelhåndtering, i hovedsak fungerer forsvarlig i praksis. Dette tyder på at kvalitet i noen grad ivaretas gjennom erfaring og nærhet mellom ledelse og drift, men uten at dette er tilstrekkelig forankret i systematisk styring og forbedringsarbeid.

7.3 Anbefalinger

Revisor anbefaler at Leka kommune:

- sikrer forankring for betydning av god internkontroll hos ledelsen og frigjør kapasitet til arbeid med internkontroll
- tar kvalitetssystemet i aktiv bruk som et helhetlig styringsverktøy, herunder til planlegging, gjennomføring, evaluering og oppfølging av tjenestene
- etablerer faste strukturer for oppfølging og rapportering som sikrer at internkontrollen følges opp i praksis
- gjennomfører systematiske risikovurderinger, og bruker disse som grunnlag for prioritering av tiltak og beredskap
- etablerer tjenestetilpassede rutiner og prosedyrer på områder med størst risiko, og sikrer at disse er kjent og brukes i praksis
- sikrer at avvik og erfaringer fra brukere og pårørende brukes til læring og forbedring

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

Styringssystemer

Kvalitetsforskriftens § 3 vektlegger at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som kommer frem i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstillir brukernes grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten har som formål å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleveres.» (§ 1)

Videre, står det i § 3 i samme forskrift at «den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.»

Et slikt styringssystem er ifølge forskriften § 4 et system «som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.»

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3 første og andre ledd sier at

«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.»

Kommuneloven § 25-1 pålegger kommunedirektøren å sørge for betryggende internkontroll, herunder nødvendige rutiner og systemer for å sikre etterlevelse av lov- og forskriftskrav.

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltema:

- Kommunen skal ha etablert et system for ledelse og kvalitetsforbedring i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- Systemet skal være dokumentert gjennom skriftlige prosedyrer og rutiner.
- Systemet skal være implementert og brukt ved institusjonene.
- Kommunen skal følge opp om systemet fungerer etter hensikten gjennom evaluering og korrigerings.

Risikovurderinger

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv etter lov om helsemessig og sosial beredskap (§ 2-2) pålegger kommunene i §3 å skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger ved å utarbeide en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS). Ifølge andre ledd i samme bestemmelse skal avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak.

Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med §4 til §9, herunder planforutsetninger, krav om operativ ledelse og informasjonsberedskap, krav til samordning av beredskapsplaner, krav om kompetanse, opplæring og øvelser, forsyningssikkerhet, plikt til å sørge for beredskapslager av personlig utstyr og registrering av personell.

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) skal sørge for at helsevesenet har de rettighetene de trenger for å verne befolkningens liv og helse under kriser og krig. Loven gir helsevesenet både rettigheter og plikter. Loven pålegger bla kommunene å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlig for og kommunene skal utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3.

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 d skal kommunen skaffe oversikt risiko for svikt/mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Avdekket risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak, § 7 c Dette innebærer at kommunen må ha vurdert og planlagt hvilke tiltak som skal redusere identifisert risiko og sårbarhet.

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltemaet:

- Kommunen skal ha gjennomført overordnet ROS-analyse
- Kommunen skal ha gjennomført ROS-analyse for helse og omsorg
- Kommunen skal utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene
- Kommunen skal ha planlagt forebyggende og skadebegrensende tiltak på bakgrunn av identifisert risiko

Avvikshåndtering

Kvalitetsforskriftens § 3 vektlegger at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som kommer frem i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstillende brukernes grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6 punkt g) skal kommunen ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§7 punkt c pålegger virksomheten å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 8 omhandler plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter og omfatter blant annet gjennomgang av avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges. I § 9 omhandler plikt til å korrigere virksomhetens aktiviteter for å forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltemaet:

- Kommunen skal sørge for rutiner system for melding av avvik
- Kommunen skal ha oversikt over meldte avvik
- Kommunen skal sørge for rutiner for oppfølging av avvik
- Kommunen skal sørge for at erfaringer fra avviksoppfølgingen skal brukes til læring og forbedring

Brukermedvirkning

Klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal være en del av kommunens systematiske arbeid med internkontroll, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav e skal ledelsen sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i gjennomføringen av virksomhetens aktiviteter. Dette tilsier at kommunen må ha ordninger som gjør det mulig å fange opp slike erfaringer, herunder klager og andre tilbakemeldinger om hvordan tjenestene oppleves og hva som eventuelt bør forbedres. Videre fremgår det av § 6e at kommunen skal ha oversikt over brukererfaringer som del av plikten til å planlegge.

Videre følger det av forskriften § 8 bokstav d at virksomheten skal evaluere sine aktiviteter blant annet på bakgrunn av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Klager og erfaringer er derfor ikke bare informasjon som skal mottas, men også informasjon som skal gjennomgås og vurderes som del av evalueringen av virksomheten. Dette innebærer at kommunen må ha en praksis for å samle inn, vurdere og bruke slike innspill som del av sin løpende styring og oppfølging av tjenestene.

Forskriftens krav om korrigerende og forbedring innebærer videre at informasjon fra klager og erfaringer må inngå i virksomhetens arbeid med internkontroll og kvalitetsforbedring. Når klager og erfaringer avdekker svikt, risiko eller forbedringsbehov, må kommunen bruke denne informasjonen i arbeidet med å forbedre praksis, rutiner og tjenestekvalitet. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 understøtter at brukermedvirkning er et grunnleggende prinsipp i helse- og omsorgstjenestene. Bestemmelsen tydeliggjør at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er relevante for kvaliteten i tjenestene. I denne revisjonen brukes bestemmelsen først og fremst som et bakteppe for å forstå hvorfor erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er relevante i kommunens internkontroll og forbedringsarbeid.

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltemaet:

- Kommunen skal sørge for at klager og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet.
- Kommunen skal gjennomgå og vurdere klager og erfaringer som del av evalueringen av virksomheten.
- Kommunen skal bruke klager og erfaringer i arbeidet med internkontroll og kvalitetsforbedring.

Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering i kommunale helse- og omsorgstjenester må skje i tråd med krav til forsvarlighet, kontroll og sikker oppbevaring. På bakgrunn av problemstillingen er det særlig relevant å utlede kriterier knyttet til oppbevaring av legemidler, istandgjøring og utdeling av legemidler, samt håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Når det gjelder oppbevaring av legemidler, følger det av legemiddeloven § 29 at den som har legemidler i sin besittelse plikter å oppbevare dem forsvarlig. Tilsvarende følger det av legemiddelforskriften § 6 at legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Disse bestemmelsene tilsier at kommunen må sørge for oppbevaring som ivaretar både sikkerhet og kontroll, slik at legemidler ikke kommer på avveie eller håndteres av uvedkommende. Videre viser kommentarene til legemiddelhåndteringsforskriften § 8 om avfallshåndtering at legemidler som må kasseres skal håndteres som risikoavfall og i henhold til virksomhetens prosedyre for avfallshåndtering. Dette tilsier at kommunen må ha et system for kassering av legemidler, og at dette systemet må følges i praksis.

Når det gjelder istandgjøring og utdeling av legemidler, følger det av forskrift om legemiddelhåndtering § 7 at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Bestemmelsen stiller krav til at legemiddelhåndteringen organiseres og gjennomføres på en måte som reduserer risikoen for feil. Videre følger det av forskrift om legemiddelhåndtering § 8 at tilbereding av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte, herunder at helsepersonellet må ha tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. Dette tilsier at kommunen må sørge for at istandgjøring og utdeling av legemidler utføres av personell med nødvendig kompetanse, og at legemiddelhåndteringen skjer på en faglig forsvarlig måte.

Når det gjelder håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B, følger det av forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sjette ledd bokstav d at virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, herunder at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B. Videre følger det av forskrift om legemiddelhåndtering § 9 at

virksomheten skal dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler. Dokumentasjonen skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst fem år. For legemidler i reseptgruppe B skal virksomheten ha oversikt over alle mottak og uttak, og mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå. Disse bestemmelsene tilsier at kommunen må ha systemer som sikrer løpende kontroll, dokumentasjon og oversikt over A- og B-preparater.

På denne bakgrunn kan det utledes kriterier om at legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, at kommunen skal ha system for kassering av legemidler som risikoavfall, at istandgjøring og utdeling av legemidler skal skje faglig forsvarlig og av personell med tilstrekkelig kompetanse, og at kommunen skal ha nødvendige systemer for kontroll, dokumentasjon og oppfølging av A- og B-preparater.

Følgende revisjonskriterier er utledet for dette deltemaet:

- Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og kommunen skal ha et system for forsvarlig kassering av legemidler.
- Istandgjøring og utdeling av legemidler skal skje faglig forsvarlig og av personell med tilstrekkelig kompetanse.
- Kommunen skal ha systemer som sikrer forsvarlig oppbevaring, dokumentasjon, oversikt og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B.

VEDLEGG 2 – UTTALELSE

Hei

Har gjennomgått rapporten sammen med leder for helse og velferd i dag. Vi er i stor grad enige i beskrivelsene, selv om det er noen nyanser. Det må tas utgangspunkt i at Jenny er ny i tjenesten og ikke hadde full oversikt på alle områder ved undersøkelsestidspunktet.

I vedlagte dokument har jeg kommentert opp noen uthevinger, som dere gjerne kan se på eller endre.

Ut over dette er det ikke andre kommentarer til innholdet.

Med vennlig hilsen

Camilla Maria Vågan
Kommunedirektør
Leka kommune

Epost: camilla.vagan@leka.kommune.no

Telefon: 97 15 82 50





Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

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