



[Tilsyn](#) / [Tilsynsrapporter](#) / [Trøndelag](#) / 2019

TILSYNSRAPPORT

Rapport fra tilsyn med tjenesten til eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester - Selbu kommune

Tidsrom for tilsynet:

25.06.2019

Fylkesmannen i Trøndelag

08.08.2019

Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
- 4.3. Styringssystemet
5. Fylkesmannens konklusjon
6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Selbu kommune og besøkte i den forbindelse Selbu sykehjem fra 29.4.2019 til 30.4.2019. Tilsynet var avgrenset til andre etasje på sykeheimen. Vi undersøkte om Selbu kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester. Fylkesmannen hadde følgende fokusområder for tilsynet:

- Om beboerne får dekket sine grunnleggende behov
- Om beboerne får tilstrekkelig medisinsk oppfølging, herunder tannhelse
- Om det legges til rette for brukermedvirkning.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Fylkesmannen.

Tilsynet avdekket følgende lovbrudd:

1. Selbu kommune har ikke sikret at infeksjonskontrollprogrammet er implementert og kjent blant de ansatte ved Selbu sykehjem.

Hjemmel: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.6.2005 nr. 610) § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd.

2. Selbu kommune har ikke sikret at Selbu sykehjem har rutiner som i tilstrekkelig grad ivaretar pasientenes grunnleggende behov innenfor områdene ernæring, rehabilitering og tannstell.

Hjemmel: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (av 27.6.2003 nr. 792) § 3, andre ledd,) forskrift om verdig eldreomsorg («Verdighetsgarantien» av 12.11.2010 nr. 1426), § 3 forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (av 16.12.2011, nr. 1256) § 5.

Fylkesmannen har bemerkninger til kommunens styringssystem med tanke på dårlig avvikskultur og at rutinene ikke er enhetlige og oppdaterte. Fylkesmannens vurdering er at ovennevnte mangler ved styringssystemet ved Selbu sykehjem innebærer en risiko for at svikt i tjenesteytingen ikke avdekkes og dermed at forbedringstiltak ikke iverksettes. Imidlertid finner ikke Fylkesmannen holdepunkter for at denne risikoen er av en slik størrelse at det kvalifiserer til brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, slik sykehjemsdriften er beskrevet per i dag.

Foreløpig rapport ble oversendt Selbu kommune v/virksomhetsleder Håvard Stavrum Larsen 15.5.2019. Selbu kommune har gitt tilbakemelding i e-post av 10.6.2019. Rapporten er delvis korrigert i henhold til tilbakemeldingen. Endelig rapport beskriver de samlede observasjoner og funn fra tilsynet, samt forventninger om kommunens oppfølging av lovbruddet.

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Dette tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Vi undersøkte om Selbu kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester. Fylkesmannen hadde følgende fokusområder for tilsynet:

- Om beboerne får dekket sine grunnleggende behov.

- Om beboerne får tilstrekkelig medisinsk oppfølging, herunder tannhelse.
- Om det legges til rette for brukermedvirkning.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Formålet er å undersøke om virksomheten gjennom sitt styringssystem sikrer at lovens krav blir fulgt. Det betyr at ikke enhver lovstridig hendelse som eventuelt avdekkes under tilsynet vil medføre et lovbrudd på virksomhetsnivå. Det sentrale er om virksomheten har rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin praksis, slik at virksomheten unngår hendelser som er i strid med lovens krav. Revisjonen omfattet i dette tilfellet undersøkelse om:

- Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter.
- Tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres.
- Tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes.

Fylkesmannen presiserer at denne rapporten beskriver de faktiske forhold som er avdekket under revisjonen, og den gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

2.1. Forsvarlighetskravet

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1*. I lovens § 3-2 er det listet opp hvilke tjenester kommunen skal tilby. Etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a* er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Sammenholdt med *helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1* innebærer retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Eldre mennesker med vedtak om heldøgns tjenester utgjør ingen homogen gruppe, og bistand fra kommunehelsetjenesten skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser. Kommunene står fritt til å velge mellom ulike tjenester/tiltak og omfang av tjenester/tiltak, forutsatt at tilbudet av helse- og omsorgstjenester er forsvarlig gitt den enkeltes behov.

2.2. Internkontrollsystem

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette følger av *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd*. Internkontrollplikten er nærmere utdypet i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (av 28.10.2016 nr.*

1250). Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er rettslig forpliktet til å sørge for at det etableres og gjennomføres slik systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med nevnte forskrift, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Dette følger av forskriftens § 3.

Alle institusjoner som omfattes av *forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (av 16.12.2011 nr. 1254) § 1 bokstav d og e*, plikter å ha et infeksjonskontrollprogram. Dette følger av *forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.06.2005 nr. 610) § 2-1*. Et infeksjonskontrollprogram er en plan som omhandler alle nødvendige tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår i institusjoner og for håndtering og oppfølging av infeksjoner, inkludert større utbrudd. Alle nødvendige smitteverntiltak ved institusjonen skal være skriftlig nedfelt i infeksjonskontrollprogrammet. Programmet skal være en del av institusjonens internkontrollsystem og er bygd opp av to hoveddeler: Infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåking. Infeksjonskontrollprogrammet skal angi hvem som har det faglige og organisatoriske ansvaret for de tiltak programmet omfatter.

2.3. Grunnleggende behov

Kvalitetsforskriften (av 27.06.2003 nr. 792) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får dekket sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften inneholder både bestemmelser om krav til styring og bestemmelser som gir føringer for innhold i tjenestene. Blant annet fremgår det i forskriften hva som menes med grunnleggende behov. Her inngår følgende:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp til av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte tilpassede aktiviteter

Forskrift om en verdig eldreomsorg § 3 («Verdighetsgarantien» av 12.11.2010 nr. 1426) nevner også at det skal legges til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold, adgang til å komme seg ut, nødvendig hjelp til personlig hygiene, lindrende behandling og en verdig død, og å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 (av 16.12.2011, nr. 1256) sier at kommunen har plikt til å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og at tjenestene skal gis uavhengig av pasientens boform (§ 5). Formålet med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten er «at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (§ 3 tredje ledd).

2.4. Medisinsk behandling

I sykehjem inngår medisinsk undersøkelse og behandling som en del av tjenestetilbudet, jf. *forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie («sykehjemsforskriften» av 14.11.1988 nr. 932) § 3-2 bokstav b*. For å sikre beboere nødvendig helsehjelp fra lege må det være rutiner for rapportering mellom sykehjemslegen og øvrig sykehjemspersonell og tilgang til tilstrekkelige legetjenester, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd, helsepersonelloven § 16, sykehjemsforskriften § 3-2 bokstav b og kvalitetsforskriften § 3*.

2.5. Brukermedvirkning

Etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første og annet ledd* har pasient og bruker rett til å medvirke både ved utforming og ved utøvelse av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de skal gis mulighet til å bidra i planlegging, utforming, utøving og evaluering av sine tjenester.

Informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne ha en reell medvirkningsmulighet og for å kunne ta stilling til om en ønsker å motta hjelp. Pasienter skal etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd* gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere er etter sjuende ledd i samme bestemmelse, gitt rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Brukermedvirkning innebærer en egenaktivitet som forutsetter at pasient og bruker har visse ferdigheter til å utøve selvbestemmelse. Kommunen må derfor legge til rette for at eldre personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester får tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning slik at den enkelte kan bidra ut fra sine ferdigheter, både i saksbehandlingsprosesser og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Videre følger det av *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10* at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen skal sikre brukermedvirkning på systemnivå og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utforming av det samlede helse- og omsorgstilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

3.1. Beskrivelse av virksomheten

Selbu kommune er organisert med tre ledernivå. Rådmannen er øverste administrative leder. Sektorsjef har ansvar for området helse og sosial, som er inndelt i fire tjenesteområder med hver sin tjenesteleder.

Tjenesteområdet institusjon og nattpatrulje består av BRA-avdelingen, enhet for demente, langtidsavdelingen og nattpatruljen. Fra 1. januar 2019 ble det opprettet stilling som fagkoordinator på tjenesteområdet institusjon og nattpatrulje. Fagkoordinator utgjør sammen med tjenesteleder ledelsen av tjenesteområdet.

Selbu sykehjem har 49 plasser hvorav 25 på langtidsavdelingen. Tre av plassene leies av Stjørdal kommune. På langtidsavdelingen er det 15 plasser på sørfløya og 10 plasser på nordfløya. Hver fløy har stue og postkjøkken. I tillegg har sykehjemmet et kjøkken hvor de faste måltidene lages. Pasientene på langtidsavdelingen har tilgang til terrasse. Alle pasienter på langtidsavdelingen har mulighet for enerom. Alle rom har delt bad på gangen. Nytt sykehjem er under bygging og tas i bruk september 2020.

Sykehjemslege og fysioterapeut er organisert under tjenesteområdet helse, aktivitet og service.

Selbu kommune har interkommunalt samarbeid i Værnesregionen om samfunnsmedisinsk enhet, herunder funksjonen som kommuneoverlege, DMS med kommunale øyeblikkelig hjelp-senger og intermedisærplasser, legevakt, forvaltningskontor og IT-avdeling.

Tilsynet har fått beskrevet grunnbemanningen i hver avdeling. I ukedagene skal det på dagvakt være 7 ansatte, men 8 på tirsdager som er visittdag. På aftenvakt skal det være 4 ansatte. På natt 5 ansatte for hele tjenesteområdet, noe som gjelder 7 dager i uken.

På helg skal det være 6 ansatte på dagvakt og 4 ansatte på aftenvakt. Det skal være minst en sykepleier tilgjengelig på hver vakt, noen ganger som bakvakt. Ved fravær leies det inn vikar. Ved fravær av sykepleier gjøres en vurdering av om vikar trenger å være sykepleier.

Sykefraværet ved langtidsavdelingen var 10,5 % i 2018 og 20 % i første kvartal 2019. Bedriftshelsetjenesten bistår kommunen i arbeidet med reduksjon av sykefravær. Kommunen er også med i «NED-prosjektet» i et samarbeid med KS og NAV. Det er satt i verk rullering av ansatte fra BRA-avdelingen og langtidsavdelingen, hvor de går 6 uker på hver avdeling.

Selbu kommune deltar i prosjekt med statlig finansiering i omsorgssektoren (SiO).

KOSTRA-tall fra 2017 viser at i Selbu koster en institusjonsplass kr. 2951, mot kr. 3470 i KOSTRA-gruppen. I Selbu er det registrert at hver beboer har 0,59 legetimer per uke, mot 0,44 timer for KOSTRA-gruppen.

Ved Selbu sykehjem er det tilsatt 2 sykehjemsleger, en i hver etasje, med til sammen 40 % stilling. Fysioterapi og ergoterapi fås ved henvisning til fysioterapi- og ergoterapitjenesten.

3.2. Systematisk styring/ansvarsplassering

Tjenesteledere og rådgivere møter sektorsjef en gang i uka til sektorens ledermøte. I 2019 ble det opprettet et kvalitetsutvalg. Utvalget skal møtes månedlig. Ifølge referat fra første møte 19.2.19 er formålet å følge opp avvik på en mer systematisk måte for å sikre læring av avvik og forebygge at de gjentar seg. Sykehjemmet har personalmøter hver måned. Nattvaktene har eget personalmøte. Sykehjemmet har både sykepleiermøter og egne møter for helsefagarbeidere. Det arrangeres pårørendemøter 2 ganger i året. Tjenesteledere og koordinatorene for institusjon, hjemmetjeneste og forvaltningskontor deltar på statusmøter for sektoren mandag og fredag. Tirsdag avholdes inntaksmøte hvor også sektorsjef og fysioterapeut deltar. Det avholdes etisk refleksjon en gang per uke. Nattevaktene har eget refleksjonsmøte. Kommuneoverlege har møter i Selbu en dag per måned. Sektorsjef deltar i fagråd helse i Værnesregionen en gang per måned.

Referat fra personalmøter på sykeheimen legges på Teams. Det gjennomføres muntlig rapport ved hvert vaktskifte.

Kommunens kvalitetssystem ligger på intranettet Innsida som er felles plattform for Værnesregionen. Her meldes avvik. Det oppgis av ansatte å være lett å melde avvik, men komplisert å finne rutiner. For øvrig fremgår at det er arbeid på gang med utvikling av det felles kvalitetssystemet i Værnesregionen. Som et midlertidig tiltak er det laget en løsning på sektorens side på intranettet for å gjøre oppdaterte rutiner mer tilgjengelig. Sykehjemmet har også valgt å skrive ut visse utvalgte rutiner. Fagprosedyrer finnes i VAR healthcare. Mange av rutinene knyttet opp til Værnesregionen på Innsida ble sist revidert i 2013 og 2014. Andre rutiner med layout for Selbu kommune er gjennomgående godkjent i 2018. 22 ulike rutiner for legemiddelhåndtering med Værnesregion-utforming er gjort gjeldende for Selbu sykehjem. Disse er fra 2012/2013. Det finnes også en uferdig og ikke godkjent retningslinje for legemiddelhåndtering, som blant annet omtaler multidose, som skal erstatte de gamle rutinene.

Det er ikke utarbeidet stillings/funksjonsbeskrivelser for noen funksjoner ved sykehjemmet.

Ved tilsynet fremgår at kommuneoverlege har funksjon som faglig rådgiver for legemiddelhåndteringen på sykeheimen. Kommuneoverlege deltar i kvalitetsutvalget, har vært involvert ved utbrudd av noro-virus, har bidratt med råd om organisering av sykehjemslegefunksjonen, gitt råd ved prosjektering av nytt sykehjemsbygg, utført internrevisjon og vurdert nye prosedyrer.

Ved tilsynet fremkommer at sykehjemslegens tid benyttes til direkte pasientrettet arbeid. Sykehjemslegen har ikke vært benyttet som rådgiver på systemnivå av ledelsen for sykehjemmet.

Fysioterapeut har ikke vært involvert i arbeidet med prosedyrer ved enheten.

Ifølge prosedyre skal pasientrelaterte avvik meldes i kvalitetssystemet på Innsida, samt dokumenteres i Profil, men avviksregistreringen (at man haker av for avvik) i Profil skal ikke benyttes. Det oppgis ved tilsynet varierende praksis for bruk av avviksmodulen i Profil. Fra 1.1.19 til 1.3.19 ble det for tjenesteområdet institusjon og nattpatrolje meldt 13 avvik, derav 4 som omhandler langtidssjeldningen. Ingen avvik gjelder fall eller legemidler. Det oppgis at de ansatte vet hva som skal meldes som avvik, og at det er lett å melde i

kvalitetssystemet. Ledelsen har oppfordret til økt meldefrekvens. Ved noen avvik etterspørres utdyping av avviket fra de ansatte. Når avvik er lukket autogenerated en e-post til melder. Avvik tas månedlig opp i kvalitetsutvalget. Det er oppgitt at alvorlige avvik umiddelbart rapporteres til sektorsjef.

Årsmelding for sektor helse og sosial inngår i kommunens årsmelding med vedlagt ledelsens gjennomgang. Det utarbeides også årlig en virksomhetsplan for sektoren basert på en virksomhetsgjennomgang.

Det er gjennomført ROS-analyse knyttet til vold og trusler ved sykehjemmet, men ikke knyttet til tjenesteutøvelse. Dette er i ledelsens gjennomgang beskrevet som en mangel.

3.3. Kompetanse

Det oppgis at sykehjemmet de siste årene har fått stadig mer behandlingstrengende beboere. Sykehjemmet har ikke en kompetanse- og rekrutteringsplan. Hvilket behov sykehjemmet har for kompetanse vurderes fortløpende ved hver ny utlysning. KOSTRA-tall fra 2018 viser at andel brukerrettede årsverk med helseutdanning er 79,6 % mot 73,1 % for KOSTRA-gruppen.

Det oppgis at det er sykepleierkompetanse tilgjengelig på alle vakter, i verste fall som bakvakt. Sykehjemmet har et system med primærgrupper med 2-3 ansatte i hver gruppe, hvorav en ansatt er sykepleier. Inkomstsamtale, IPLOS-kartlegging og ernæringscreening skal gjennomføres av primærkontakt.

Sykehjemmet har sykepleiere med videreutdanning innen palliasjon, kreftomsorg, akuttmedisinsk eldreomsorg og geriatri. En ansatt er under utdanning i lungesykepleie. Nytilsatte skal ha minst to opplæringsvakter, men behovet vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det skal benyttes introduksjonsprogram/sjekkliste for opplæring av nytilsatte. Det ble gjennomført kurs i førstehjelp i 2018. Flere ansatte har gjennomført Demensomsorgens ABC. Tidligere praksis med internundervisning som korte bolker, er fra 2018 endret til fagdager 1-2 dager per år. Ansatte har i noen grad deltatt på eksterne kurs.

3.4. Grunnleggende behov

Pårørende tilbys å delta ved inkomstsamtale sammen med primærkontakt, fagkoordinator og lege. Utfylt livshistorieskjema gjennomgås. Det finnes mal for inkomstsvurdering med sjekkliste.

Ifølge rutinen skal ernæringsstatus kartlegges ved inkomst, og deretter månedlig. Kartlegging skal gjøres ved at KMI regnes ut, klinisk vurdering med tanke på ernæringsstatus gjennomføres og risiko for underernæring graderes. I praksis registreres på langtidsavdelingen kun vekt og ønsker for kost, samt behov for spesialkost. Ifølge journalgjennomgang veies pasientene hver 2.-3. måned, men også sjeldnere. Det tas årlige blodprøver i forbindelse med årskontroll av lege. Tilsynet viser at praksis for kartlegging av ernæringsstatus ikke er i tråd med rutinen.

Ved inkomst skal funksjonsnivå kartlegges ved IPLOS. Journalgjennomgang viser IPLOS-kartlegging 2-3 ganger i året.

Pasientene får stå opp og legge seg når de ønsker. Det oppgis at beboere kan avvike fra oppsatte

måltidstidspunkt. Kjøkkenet kan levere tilpasset/næringstett kost. Det kan serveres alternativ til oppsatt middagsrett.

Tannpleier vurderer beboernes tannstatus én gang i året. Det skrives rapport som skal scannes inn i Profil. Tannlege tilser beboerne ved behov. Det oppgis at kontakt med tannhelsepersonell skal journalføres under egen tiltaksfane i Profil. Dette gjenfinnes ikke ved journalgjennomgang. Det oppgis at tenner pusses om kvelden, men ofte ikke om morgenen. I journalen er det lite spor av fokus på munn/tannstell.

Det finnes en aktivitetsgruppe som består av sykehjemmets egne ansatte. Denne gruppen koordinerer fellesaktiviteter og eksterne bidrag, herunder Pårørendeforeningen som arrangerer sosiale sammenkomster, barnehagen kommer på besøk, elever fra videregående skole kommer på livsgledebesøk og Frivillighetssentralen har turgruppe hver onsdag. Vedrørende sistnevnte så opplyses det at kapasiteten varierer. Tilsynet viser at det er lite tilrettelegging for gjennomføring av individuelt tilpasset aktivitet.

Rutine for inntakskartlegging («Mal for inntakstrutiner Selbu sykehjem») beskriver at det skal gjøres IPLOS-kartlegging. Det er ikke definert et behov for vurdering av fallrisiko eller at det skal vurderes om pasienten har behov for rehabiliteringstiltak. Inntakskartlegging skal gjøres av en i primærgruppen. Denne kan være sykepleier eller helsefagarbeider.

Det oppgis at fysioterapeut benyttes lite for pasienter på langtidsavdelingen. Det er ikke definert forventet tidsbruk på denne avdelingen. Det har vært noe involvering ved oppfølging av brudd, hjerneslag og ved behov for hjelpemidler i ergoterapeutens fravær. Ergoterapeut benyttes ved behov for hjelpemidler. Fysioterapeut deltar på inntaksmøte, men er ikke involvert i mottak av nye beboere på langtidsavdelingen. Fysioterapeut har ingen faste møter med sykehjemslege på langtidsavdelingen. For pasientene utarbeides det i liten grad treningsopplegg som de ansatte skal bistå med. Det legges til rette for at pasienter kan smøre mat selv, men for øvrig viser tilsynet varierende fokus på selvhjelpenhet i ADL-aktiviteter som verktøy for å bevare funksjon.

I terminalfasen leies det inn fastvakt ved behov. Det vurderes konkret av lege hva den enkelte beboer trenger av lindrende medisinsk behandling. Det finnes et «lindrende skrin» med medikamenter for palliativ behandling. I 2018 ble det gjennomført et prosjekt knyttet til palliativ behandling, og i den forbindelse utarbeidet prosedyrer.

3.5. Medisinsk behandling

Sykehjemslege kan kontaktes alle hverdager i kontortiden. I noen grad gjøres sykebesøk også utenfor visittid. Ellers og ved behov for øyeblikkelig hjelp utenfor visittid kontaktes legevakt.

Ved årskontroll tas rutineblodprøver. Ved journalgjennomgang finnes løpende dokumentasjon av undersøkelse og vurdering ved lege, inkludert gjennomført årskontroll. Tilsynet viser at vurdering av behandling med legemidler gjøres løpende og at dette dokumenteres i journalen. Dato for siste årlige systematiske legemiddelgjennomgang skal føres i IPLOS. I journalnotatet fra årskontrollen gjenfinnes ikke opplysninger om legemiddelgjennomgangen.

Det finnes et infeksjonskontrollprogram, men tilsynet viser at dette ikke er implementert. Sykehjemmet deltar i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse.

3.6. Legemiddelhåndtering

Multidose er innført og kommunen har fra starten hatt rutine for dobbeltkontroll ved mottak fra NMD. Det har vært funnet feil i leveranser. Det er ikke kjent at pasienter ved langtidsavdelingen har vært rammet. Det finnes rutiner som beskriver systemet for legemiddelhåndtering. Nettkurs i legemiddelhåndtering kreves for alle som skal administrere legemidler, også sykepleiere. Det finnes låsbart medisinrom med låsbart skap for legemidler i reseptgruppe A. Kommuneoverlegen er faglig rådgiver for legemiddelhåndteringen.

3.7. Journalføring

Kommunen benytter Profil som journalsystem på sykehjemmet. Tjenesteleder er journalansvarlig. Det oppgis at det tas stikkprøver av kvalitet på journalføring, og at det gis tilbakemelding til den enkelte ansatte. Medisinkortet blir skrevet ut på papir i tilfelle nedetid i EPJ. Det finnes rutiner for journalføring ved nedetid, men det er ulik oppfatning blant de ansatte om hvordan dette skal gjøres. Det oppgis for øvrig å være lite nedetid. Det er gjennomført et arbeid for hvordan tiltaksfaner i Profil skal benyttes, og dette er skriftliggjort. Ved journalgjennomgang finnes at dette foreløpig ikke etterleves. Ifølge rutine skal sammenfatning oppdateres månedlig. Ved journalgjennomgang finnes at dette ikke gjennomføres med forventet hyppighet, til dels kun årlig. Journalføringen har preg av å være beskrivelser av utførte tiltak, aktiviteter og hendelser, og med lite bruk av oppsummerende og evaluerende notater for funksjon og tjenestebehov. Oppdatert funksjonsvurdering ved IPLOS er i hovedsak kun tallfestet. Det er lite bruk av utdypende beskrivelser med tekst.

Det finnes system for elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (e-meldinger). Det oppgis at sykepleiere på vakt følger med på om det kommer nye meldinger. Epikrise fra legevakt og spesialisthelsetjenesten for pasienter på langtidsavdelingen sendes elektronisk til sykehjemmet og havner i Profil.

3.8. Brukermedvirkning

Det finnes et råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne i Selbu kommune, samt en pårørendeforening på sykehjemmet. Sykehjemmet har faste møter med pårørende to ganger i året. Det ble gjennomført brukerundersøkelse i 2018. Inkomstsamtaler gjennomføres med pasient og/eller pårørende. Det benyttes skjema for livshistoriekartlegging. Journalgjennomgang viser at samhandling med pårørende dokumenteres.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

4.1. Infeksjonskontrollprogram

Det er i Selbu kommune utarbeidet et infeksjonskontrollprogram. Tilsynet viser imidlertid at dette ikke er kjent og implementert i driften av sykehjemmet. Dette er ikke i tråd med forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten.

4.2. Grunnleggende behov

4.2.1. Ernæring

Det fremgår av nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) at «*Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg*».

Selbu kommune har skriftlige rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Tilsynet viser imidlertid at disse ikke følges i praksis. Fylkesmannen vurderer at det ved sykehjemmet ikke gjøres tilstrekkelige undersøkelser og vurderinger egnet for å avdekke behov for ernæringstiltak. Det er også grunn til å minne om at endringer i vekt kan indikere utvikling av behandlingskrevende sykdom.

4.2.2. Bevare og gjenvinne funksjon

Fylkesmannens vurdering er at Selbu kommune mangler nødvendig systematikk for å fange opp behov for tiltak for å bevare og gjenvinne funksjon, også knyttet til kartlegging av fallrisiko og oppfølging etter fall. Dermed sikres ikke pasientene at rehabiliteringstiltak igangsettes når dette er nødvendig. Det oppgis at det ikke er vanlig at det utarbeides treningsopplegg for beboerne på avdelingen. Tilsynet viser at det ikke er lagt til rette for at den enkelte får gjennomført en individuelt tilpasset aktivitet.

4.2.3. Tannstell

Det fremgår av rutiner, intervjuer og journalgjennomgang at beboerne får pusset tenner på kvelden, men ikke på morgenen. Det er bare de beboerne som klarer det selv, eller de som ber om hjelp til det, som får pusset tenner på morgenen. Dette vurderer Fylkesmannen ikke er i tråd med retten til å få ivare tatt munnhygiene.

4.3. Styringssystemet

Rutinene som finnes er ikke enhetlige og oppdaterte. Noe av årsaken som oppgis er at styringssystemet er under revidering. Det er utarbeidet nye rutiner i legemiddelhåndtering som skal erstatte de gamle, men disse er ikke godkjente. Dette gir mangelfull oversikt for de ansatte over hvilke rutiner som finnes, hvorvidt de fremdeles er aktuelle og i nødvendig grad oppdaterte.

Et fungerende avvikssystem er avgjørende for å kunne evaluere virksomhetens aktiviteter, ved å fremme læring og for å unngå at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Ved Selbu sykehjem meldes det få avvik på Innsida. Dette innebærer at ledelsen går glipp av et godt kunnskapsgrunnlag for forbedringsarbeid. Det oppgis at ansatte vet hva de skal melde som avvik, og at ledelsen har oppfordret til at det meldes flere avvik. Å ha en god avvikskultur er likevel et ledelsesansvar.

Dårlig avvikskultur og ikke enhetlige og oppdaterte rutiner utgjør en klar brist i forutsetningene for å kunne planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 d) og g), 7 c), 8 e) og 9.

Fylkesmannens vurdering er at ovennevnte mangler ved styringssystemet ved Selbu sykehjem innebærer risiko for at svikt i tjenesteytingen ikke avdekkes og dermed at forbedringstiltak ikke iverksettes. Imidlertid finner ikke Fylkesmannen holdepunkter for at denne risikoen er av en slik størrelse at det kvalifiserer til brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, slik sykehjemsdriften er beskrevet per i dag.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Tilsynet avdekket følgende lovbrudd:

1. Selbu kommune har ikke sikret at infeksjonskontrollprogrammet er implementert og kjent blant de ansatte ved Selbu sykehjem.

Hjemmel: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.06.2005 nr. 610) § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd

2. Selbu kommune har ikke sikret at Selbu sykehjem har rutiner som i tilstrekkelig grad ivaretar pasientenes grunnleggende behov innenfor områdene ernæring, rehabilitering og tannstell.

Hjemmel: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (av 27.06.2003 nr. 792) § 3, andre ledd,) forskrift om verdig eldreomsorg § 3 («Verdighetsgarantien» av 12.11.2010 nr. 1426), forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (av 16.12.2011, nr. 1256) § 5.

6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen forutsetter at Selbu kommune bringer forholdene påpekt i tilsynet i orden. Tilsynet vil ikke avsluttes før Fylkesmannen er tilstrekkelig sikker på at kommunens ledelse har rettet lovbruddet og har lagt til rette for at tjenestene fremover vil kunne ytes i samsvar med aktuelle lov- og forskriftskrav. Fylkesmannen ber Selbu kommune om å oversende følgende:

- En vurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet
- En plan med nødvendige tiltak for å rette lovbruddet. Planen skal minimum inneholde en beskrivelse av:
 - hvilke tiltak som skal gjennomføres for å rette lovbrudd
 - hvordan ledelsen vil følge med på samt kontrollere at tiltakene iverksettes
 - hvordan ledelsen vil gjennomgå/kontrollere om tiltakene har virket som planlagt etter at de har

vært virksomme en tid

- kommunens egne frister for å sikre fremdrift

Frist for å svare Fylkesmannen i Trøndelag settes til 20.august 2019.

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild (e.f.)
stedfortredende fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Ida Østhus Eiriksson
seniorrådgiver/jurist
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg 1 Gjennomføring av tilsynet *Ikke publisert her*

HVEM SVARER PÅ HVA?

LEDIGE STILLINGER

PERSONVERN – INFORMASJONSKAPSLER

HISTORISK ARKIV

OFFENTLEGHEIT OG INNSYN

Språk Norsk

FØLG OSS

FÅ BESKJED NÅR VI PUBLISERER

Daglig

Ukentlig

Månedlig

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse: Møllergata 24, Oslo

Telefon (+47) 21 52 99 00

postmottak@helsetilsynet.no

Org. nr. 974 761 394