



Flatanger kommune v/rådmannen
Lauvsneshaugen 25
7770 FLATANGER

Vår dato: 22.10.2018
Vår ref.: 2018/11257

Deres dato: _____
Deres ref.: _____

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

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Flatanger kommune og besøkte i den forbindelse Flatanger pleie- og omsorgstun den 18. og 19. september 2018. Vi undersøkte om Flatanger 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. Følgende lovbrudd ble avdekket under tilsynet:

1. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke et infeksjonskontrollprogram.
Hjemmel: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.06.2005 nr. 610) § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.
2. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke utpekt en medisinskfaglig rådgiver på systemnivå.
Hjemmel: Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 annet ledd.
3. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke sikret at pasientjournal inneholder relevante og nødvendige opplysninger.
Hjemmel: Helsepersonelloven § 39 annet ledd jf. § 40 første ledd, jf. § 16.
4. Flatanger pleie- og omsorgstun sikrer ikke systematisk kartlegging av ernæringsstatus.

Hjemmel: Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580).

Foreløpig rapport ble oversendt Flatanger kommune v/rådmannen 5.oktober 2018. Flatanger kommune har gitt tilbakemelding i e-post av 18.oktober 2018. Rapporten er korrigert i henhold til tilbakemeldingen.

Vedlagt følger endelig rapport. Rapporten beskriver de samlede observasjoner og funn fra tilsynet.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	4
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	4
2.1 Forsvarlighetskravet	4
2.2 Internkontrollsystem.....	4
2.3 Grunnleggende behov.....	5
2.4 Medisinsk behandling.....	5
2.5 Brukermedvirkning	5
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
3.1 Beskrivelse av virksomheten.....	6
3.2 Systematisk styring og ansvarsplassering	7
3.3 Kompetanse.....	8
3.4 Grunnleggende behov.....	9
3.5 Medisinsk behandling.....	10
3.6 Legemiddelhåndtering.....	10
3.7 Journalføring/dokumentasjon.....	10
3.8 Brukermedvirkning	11
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	11
5. Fylkesmannens konklusjon	13
6. Oppfølging av lovbruddet	14
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	

1. Tilsynets tema og omfang

Dette tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. 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 helse- og omsorgstjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2. Tilsynsmyndigheten har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og helsepersonelloven § 30 hjemmel for å bli forelagt de opplysninger tilsynet finner nødvendig, selv om opplysningene er underlagt taushetsplikt.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsarbeider. 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. 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 i valget 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 («internkontrollforskriften» 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.

2.3 Grunnleggende behov

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten («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 ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

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 pasienten 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 pasienter og brukere 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 samme bestemmelse sjuende ledd, 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

Flatanger kommune er organisert etter en tre-nivåmodell. Pleie- og omsorgstjenesten omfatter Pleie- og omsorgstunet og Hjemmebasert Omsorg. Sykehjemmet tilbyr tre oppholdskategorier; rehabilitering (2 plasser), skjermet (5 plasser) og ordinære langtidsplasser (12 plasser). Sykehjemmet er for tiden under ombygging, noe bygningsmassen bærer preg av. Grunnet ombyggingen er beboerne nå blandet, idet man har måttet ta i bruk de rommene som har vært ledige. Unntaket gjelder for syv langtidsplasser som er lokalisert i samme korridor. Før ombyggingen var sykehjemmet dimensjonert for 21 sykehjemsplasser, og etter ombyggingen er det planlagt dimensjonert for 20 sykehjemsplasser.

Det beskrives et varierende antall beboere og at det ikke er venteliste for langtidsplass.

I forkant av ombyggingen var det gjennomført risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Det oppgis imidlertid at ombyggingen har påvirket driften i mindre grad enn forventet.

Det foreligger ingen bemanningsplan for sykehjemmet. Imidlertid får tilsynet oppgitt at det i stillingsannonser er oppgitt en bemanningsnorm på 3 sykepleiere på dag og 2 på aften. I praksis oppgis personelldekningen å ha vært fra 1-3 færre enn normen, og

sykepleiedekningen har i perioder vært 1 til 2 færre enn turnusen har lagt opp til. Det har variert om det leies inn vikar ved fravær. Det gjøres en faglig vurdering av om det er behov for vikar, men det har vært tilfeller med færre på vakt enn forutsatt grunnet personellmangel.

I helse- og omsorgsetaten for 2017 var sykefraværet i Flatanger kommune på 14,2 prosent, hvorav det meste var langtidsfravær.

Fysioterapistillingen har vært økt fra 30 prosent stilling til 100 prosent stilling fra høsten 2017. Stillingen dekker alle kommunale fysioterapioppgaver. Fysioterapeut er til stede på sykehjemmet to halve dager i uka. Det er ikke definert fordeling mellom tidsbruk for henholdsvis korttids- og langtidspasienter, og i praksis blir det meste av tiden brukt på korttidspasienter.

Det ble i 2009 gjort vedtak om økt stilling for sykehjemslege. Dette er imidlertid ikke iverksatt. KOSTRA-tall for 2017 viser at det er 0,19 legetimer per uke per beboer i sykehjemmet. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen er 0,39.

Flatanger kommune har for tiden ingen kommuneoverlege. Det er ifølge e-post datert 17.09.2018 tilbudt stilling til ny kommuneoverlege med tiltredelse senest om tre måneder. Forskjellige kommunelegeoppgaver er ut fra nevnte e-post midlertidig fordelt til ulike leger, men det er ikke avklart hvem som er medisinskfaglig rådgiver på systemnivå på sykehjemmet. Det oppgis under intervju at tidligere kommuneoverlege heller ikke hadde arbeidsoppgaver som kunne tilsvare at han fungerte som medisinskfaglig rådgiver på systemnivå på sykehjemmet.

KOSTRA-tall fra 2017 viser at Flatanger kommune bruker 42,9 prosent av det samlede budsjettet til omsorgstjenester, Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen er 34,1 prosent. Det oppgis plan om å redusere budsjettpost «HA3 helse, omsorg mv.» fra 39,5 mill. i 2018 til 38,9 mill. i 2021 (målt i 2018-kroner).

Det er per i dag ikke plan om kommunesammenslåing. Midtre Namdal samkommune avvikles 01.01.2020.

3.2 Systematisk styring og ansvars plassering

I Flatanger kommune avholdes det møte i rådmannens ledergruppe hver uke, hvor etatslederne rapporterer til rådmannen. Det avholdes fagledermøter, det vil si møter mellom helse- og omsorgssjef og avdelingsledere, minimum hver 14. dag. I tillegg avholdes det koordineringsmøter/inntaksmøter hver 14. dag, der faglederne og institusjonslederne for henholdsvis Pleie- og omsorgstunet og Hjemmebasert Omsorg er til stede.

Det er laget plan for å avholde avdelingsmøter og personalmøter fire ganger per år. Hittil har imidlertid disse kun vært avholdt sporadisk. Det avholdes onsdagsmøter hver uke for ansatte som er på jobb, der faglige problemstillinger er tema. I tillegg gjennomføres det muntlig rapport ved vaktskifte.

Ved sykehjemmet er det opprettet en 20 prosent stilling som fagsykepleier. Det er utarbeidet en stillingsbeskrivelse med tittelen «fagansvarlig sykepleier institusjon».

Det er i tillegg fremlagt stillingsbeskrivelse for avdelingssykepleier, sykepleier, hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider, samt arbeidsavtaler for hjelpepleier, aktivitetsleder og vikariat avdelingssykepleier. Det er ikke fremlagt stillingsbeskrivelse for fysioterapeut og sykehjemslege.

Flatanger kommune har kvalitetssystemet på intranettet. Ved sykehjemmet finnes i tillegg prosedyrer i perm. Fagprosedyrer finnes også elektronisk i VAR Healthcare. Legemiddelprosedyrer står i egen perm, hvorav noen er generelle og noen er tilpasset lokale forhold (på rosa ark). Legemiddelprosedyrene er utformet i samarbeid med farmasøyt.

Prosedyrene har gjennomgående ikke oppgitt frist for revidering og flere er fra 2011-2013. Det oppgis at revidering skjer sporadisk. Nye rutiner legges tilgjengelig for personalet på vaktrommet, med vedlagt kvitteringsliste som skal signeres når rutinen er lest. Sykehjemslege og fysioterapeut er ikke involvert i arbeidet med å utarbeide prosedyrer ved sykehjemmet.

Det finnes en prosedyre for kartlegging av fallrisiko med tilhørende registreringsskjema. Skjemaet ble benyttet under prosjektperiode fra 2016 til 2018, men er ikke lenger i bruk. Fall dokumenteres i løpende journal i Profil.

Tilsynet har mottatt 13 innmeldte avvik for perioden 13.01 til 06.08.2018. Av disse er det 9 pasientrelaterte avvik, herav 7 medikamentavvik. I intern prosedyre står det at pasientrelaterte avvik skal meldes i Profil, men avviksmoduleen i Profil er ikke tatt i bruk. Avvik meldes på papirskjema som leveres til avdelingssykepleier. Avdelingssykepleier lager samleliste over avvik. Det oppgis imidlertid at det ikke gis tilbakemelding til melder eller at avvik tas opp som tema på møter. Det fremkommer ikke at avvik benyttes som styringsverktøy for tjenesteutvikling. Unntak gjelder for medikamenthåndtering, der avvikene blant annet førte til at man iverksatte kurs for ansatte i medikamenthåndtering i regi av farmasøyt våren 2018.

3.3 Kompetanse

Andel faglærte innen pleie og omsorg i Flatanger kommune var i 2017 på 74,5 prosent. Det er utarbeidet en liste over ønsket kompetanse/kurs, med overskriften «kompetanseplan». Listen beskriver imidlertid ikke hva som finnes av kompetanse ved sykehjemmet, hva man oppfatter av fremtidig behov for kompetanse, eller hvordan behovet for kompetanse skal dekkes. Det oppgis at det nylig er utlyst stillinger, men at det er utfordringer knyttet til å få kvalifiserte søkere.

Det oppgis at vikarbyrå brukes kontinuerlig, og at flere av vikarene er godt kjent med lokale forhold ved sykehjemmet. Det oppgis videre at det er tilgjengelig sykepleiekompetanse på alle vakter, men det er et ønske om at gjeldende turnusplan blir revidert.

To sykepleiere ved sykehjemmet har videreutdanning i geriatri og én sykepleier har videreutdanning i diabetes. Kommunen ønsker videreutdanning av ansatte, men per i dag er det ingen som er i et utdanningsløp.

Det gjennomføres ikke systematisk internundervisning, men det oppgis at dette gjøres ved behov. F.eks. dersom det flytter inn en beboer med konkrete behov. Flere

ansatte ved sykehjemmet har gjennomført «Demensomsorgens ABC» i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Habiliteringstjenesten og geriater har også vært og holdt internundervisning. I tillegg gjennomføres HLR-undervisning hvert andre år med instruktør fra ambulansetjenesten.

Det er praksis for at nytilsatte og vikarer får to opplæringsvakter (én på dag og én på aften). Det er utarbeidet et skjema for opplæring av nytilsatte. I tillegg er det planlagt å utarbeide en introduksjonsperm, men arbeidet med denne er ikke påbegynt.

3.4 Grunnleggende behov

Alle beboerne ved sykehjemmet har enerom som har tilknyttet eget bad med toalett og dusj. Det oppnevnes primærkontakt for alle beboerne. Primærkontakt er enten sykepleier eller hjelpepleier. Innkomstsamtale gjennomføres av primærkontakt, og det er rutine for at pårørende deltar. Her blir beboers behov og interesser kartlagt.

Fysioterapeut og lege deltar ikke ved innkommst vurderingen, men lege gjennomfører samtale ved første visitt etter innkommst. Det er rutine for at sykehjemslege kartlegger blant annet samtykkekompetanse og registrerer skjema for eventuell status som HLR-minus i forbindelse med denne samtalen. Fysioterapeut er tilgjengelig på avdelingen to halve dager i uken (tirsdag og fredag), og følger opp pasienter som er henvist. Det legges opp treningsopplegg av fysioterapeut, og det er erfaring for at de ansatte legger til rette for at treningsopplegget blir fulgt som anvist.

Fysioterapibehandling gjennomføres enten på pasientens eget rom eller i gangen. Det er sykepleier som er ansvarlig for rekvirering av hjelpemidler til beboerne.

Det oppgis at beboerne får anledning til å stå opp og legge seg når de selv ønsker det. Det beskrives en bevissthet blant de ansatte om viktigheten av selvhjelpenhet i stell, og det beskrives at det er rom for å legge til rette for dette.

Det legges i stor grad til rette for aktiviteter ut over det som omhandler basale behov, både i gruppe og individuelt. Det er tilsatt aktivitetsleder ved sykehjemmet i 78 prosent stilling.

Ernæringsstatus kartlegges ikke systematisk ved innkommst. Ernæringsbehov følges opp ved undervekt. Kommunens retningslinjer er at vekt skal dokumenteres hver annen måned, men journalgjennomgang viser at dette gjennomføres i varierende grad. Sykehjemmet har eget kjøkken. Det legges til rette for at man kan avvike fra oppsatt måltidstidspunkt. Det er erkjent et ønske om at tidspunkt for middag flyttes til senere på dagen, men dette er ikke iverksatt. Per i dag blir middag servert ca. kl. 1230. Det beskrives at de beboere som har behov for assistanse ved måltid får dette, og at dette er noe de ansatte har tid til å gjennomføre.

Tannstell og tiltak for munnhygiene gjennomføres i større grad på kveld enn ved morgenstell. Tann-/munnstell om morgenen gjennomføres hvis pasienten selv tar initiativ til det. Tannstell gjennomføres også etter middag ved behov. Tannpleier vurderer beboernes tannstatus én gang i året og henviser til tannlege ved behov.

Det finnes ikke skriftlige rutiner for lindrende behandling i terminal fase, men det oppgis at det kan settes inn økte ressurser i form av fastvakt og at lege er tilgjengelig ved livets slutfase.

3.5 Medisinsk behandling

Det er tilsatt sykehjemslege som er tilstede ved sykehjemmet en halv dag per uke (tirsdager). I tillegg kan sykehjemslege kontaktes innenfor kontortid, men også ellers ved spesielle behov på kveld/helg. Utenom kontortid benyttes legevakt i Namsos. Ved behov for undersøkelse transporteres beboerne til Namsos med ambulanse (ca. 1 times kjøring). Det er stasjonert ambulanse i Flatanger.

Årskontroller gjennomføres. Samtykkekompetanse vurderes av sykehjemslege ved innkomst, og vurderingen dokumenteres i papirjournal. Det beskrives en høy bevissthet blant ansatte om at helsehjelp ikke skal gjennomføres mot pasientens vilje uten at det foreligger tvangsvedtak. Det er for tiden ingen beboere som har vedtak om bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Ved behov for avanserte behandlingsprosedyrer gis opplæring fra spesialisthelsetjenesten. Sykehjemmet deltar i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse. Det finnes ikke et infeksjonskontrollprogram ved sykehjemmet.

3.6 Legemiddelhåndtering

Rutiner for legemiddelhåndtering finnes i egen perm med tittelen «Kvalitetshåndbok legemiddelhåndtering».

Farmasøyt tilknyttet sykehuset Namsos fungerer som rådgiver for legemiddelhåndtering på systemnivå. Farmasøyt gjennomgår legemiddellister og sykepleier formidler videre til sykehjemslege som vurderer behov for endring i beboernes legemiddellister. Journalgjennomgang viser imidlertid ikke dokumentert praksis for systematisk legemiddelgjennomgang ved lege for den enkelte beboer.

Endringer i legemiddelbehandling foretatt av sykehus/legevakt påføres legemiddelkort av sykepleier.

Det finnes låsbart medisinrom som er felles med Åpen Omsorg. Det finnes låsbart skap for A-preparater. Fagsykepleier og avdelingssykepleier har ansvaret for narkotikaregnskapet.

Det er fremlagt liste over ansatte som har bestått opplæring i legemiddelhåndtering, og som har delegering for legemiddelhåndtering. Det er imidlertid ikke satt noen frist for fornying av delegeringene.

3.7 Journalføring/dokumentasjon

Kommunen benytter Profil som journalsystem på sykehjemmet. Avdelingssykepleier er journalansvarlig på systemnivå. Det gjennomføres imidlertid ikke kontroll av kvaliteten på journalinnhold. Av prosedyre for primærkontakt fremgår at sykepleier på gruppen er ansvarlig for at pasientens journal er oppdatert.

Det oppgis i intervju at journal føres ved endringer eller spesielle hendelser. Det varierer mellom de ansatte hvorvidt det dokumenteres i journal. At årskontroller er gjennomført dokumenteres av sykepleier, men det gjenfinnes i liten grad dokumentasjon i legejournal. Legevisitter dokumenteres av sykepleier, men det

varierer om lege selv skriver eget notat. Det oppgis at det tidligere ikke har vært laget egen fane/kategori i Profil for journalføring av legekonsultasjoner.

Journalgjennomgang viser at dokumentasjon hovedsakelig er beskrivende, og i liten grad vurderende og/eller oppsummerende. Sammenfatning i journal er kun delvis dekkende for å beskrive pasientens tilstand og funksjonsnivå. Det gjenfinnes ved journalgjennomgang at det gjennomføres IPLOS-vurderinger. Det er beskrevet i sykehjemmets interne rutiner at dette skal gjennomføres ved innkomst, ved fall i funksjonsnivå, og ellers to ganger årlig. Beskrivelsene av funksjonsnivå er imidlertid i liten grad utdypet med tekst i journal, ut over de tallverdier/score som fremgår av IPLOS-vurderingen.

Fysioterapeut dokumenterer i Profil, men har ikke tilgang til PLO-meldingssystemet. Det finnes system for elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (e-meldinger). Epikrise fra legevakt og spesialisthelsetjenesten sendes både til fastlege og til sykehjemmet.

Det finnes papirjournal med papirepikriser, ambulansejournal, vurdering av samtykkekompetanse og skjema med status for HLR-minus. Det fremgår imidlertid ikke av elektronisk journal at det eksisterer en papirjournal og hvilken dokumentasjon papirjournalen inneholder.

3.8 Brukermedvirkning

Det finnes en pårørendeforening og et eldreråd i Flatanger kommune.

Det gjennomføres inntakssamtaler med bruker og pårørende til stede. Det beskrives at det har vært lite klager fra pårørende som mottas direkte til kommunen.

Ut over dette er kommunens praksis for å legge til rette for brukermedvirkning i det daglige beskrevet nærmere under punkt 3.4 «grunnleggende behov».

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helse- og omsorgstjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre forsvarlige tjenester til beboere med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fastslår virksomhetens plikt til å iverksette tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd både ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesten. Forskriftens § 3 gir den som har det overordnede ansvaret for virksomheten plikt til å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne medvirker til dette.

Kravet både til omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon, er forholdsmessig. Forskriftens krav i §§ 6 til 9 er likevel minimumskrav som er felles for alle styringssystemer. Ved Flatanger pleie- og omsorgstun er det ikke utarbeidet en bemanningsplan som beskriver en eventuell diskrepans mellom dagens bemanning og det reelle behovet. Det er heller ikke praksis for at dagens avvikssystem benyttes som ledd i å avdekke udekte behov i virksomheten. Dette utgjør en betydelig brist i forutsetningene for å kunne planlegge virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 6. Videre er det slik at virksomhetens rutiner og prosedyrer finnes på til sammen tre steder (intranett, perm

og VAR Healthcare). De interne rutineene er ikke utarbeidet i samråd med medisinskfaglig rådgiver. Unntaket er rutineene for legemiddelhåndtering hvor farmasøyt har vært faglig rådgiver. Videre er det slik at revideringen av rutineene ikke er satt i system. Dette gjør at ledelsen ikke vil ha like god oversikt over hvorvidt virksomhetens aktiviteter gjennomføres slik man har bestemt. Dette vanskeliggjør en overholdelse av forskriftens § 7. Et fungerende avvikssystem er også avgjørende for å kunne evaluere virksomhetens aktiviteter, ved å fremme læring og å unngå at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Avvikssystemet ved Flatanger pleie- og omsorgstun er ikke blitt benyttet systematisk på denne måten, ut over det som gjelder legemiddelhåndtering. Dette vanskeliggjør overholdelse av forskriftens § 8. Og ovennevnte mangler i styringssystemet ved Flatanger pleie- og omsorgstun vanskeliggjør også muligheten for virksomheten til å korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 9, da man ikke har etablert gode nok verktøy for å avdekke eventuelle uforsvarlige og lovstridige forhold i egen virksomhet. Fylkesmannens vurdering er at ovennevnte mangler ved styringssystemet ved Flatanger pleie- og omsorgstun innebærer en risiko for at svikt 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. Det er da vektlagt virksomhetens størrelse, de kjente risikoforhold og at tilsynet ikke har avdekket noe større omfang av svikt i selve tjenestene til de enkelte beboerne. Særlig er det da lagt vekt på hvordan de grunnleggende behov samlet sett er dekket for de enkelte.

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 helseinstitusjoner og for håndtering og oppfølging av utbrudd av infeksjoner. 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. Ved Flatanger pleie- og omsorgstun er det ikke utarbeidet et infeksjonskontrollprogram, noe som vurderes å være brudd på nevnte forskrift.

Kravet til forsvarlighet innebærer at kommunen må ha visse styringssystemer på plass som sikrer en forsvarlig utøvelse av tjenesten. Blant annet er det et krav etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 annet ledd at kommunen skal ha tilknyttet en medisinskfaglig rådgiver på systemnivå. Ved Flatanger pleie- og omsorgstun er det sykehjemslegen som har det medisinske ansvaret for den enkelte sykehjemsbeboer. Det er likevel ikke praksis for at sykehjemslegen deltar i utarbeidelsen av interne rutiner/prosedyrer for legemiddelhåndtering, og heller ikke i det generelle arbeidet med internkontroll. Tilsynet har funnet at det ved Flatanger pleie- og omsorgstun ikke er definert hvem som skal ha rollen som medisinskfaglig rådgiver på systemnivå. På tidspunktet for tilsynet hadde kommunen ingen kommuneoverlege, og i planen for vikarierende funksjoner inntil ny kommuneoverlege var på plass (jf. e-post av 17.09.2018), var det ikke angitt hvordan medisinskfaglig rådgivning for sykehjemmet

skulle ivaretas. Dagens praksis vurderes derfor ikke å være i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 annet ledd.

Dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester har til formål å sikre at helse- og omsorgstjenester som ytes er forsvarlige. Journalen må gi en oppdatert oversikt over hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak. Ansatte som kun yter personlig assistanse er unntatt fra journalføringsplikten. Kommunen må likevel sørge for at omsorgstjenester dokumenteres i den utstrekning som er nødvendig for å sikre at tjenestene er forsvarlige. Journalføring er også en viktig måte for kommunen å kontrollere hvilke tjenester brukere faktisk har mottatt. I løpende tjenesteyting hvor det settes mål for tjenester og utarbeides planer, forutsettes det at iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger blir dokumentert. Dette slik at tjenesten har et grunnlag for å evaluere og for å kunne beslutte eventuelle endringer, samt for å kunne rapportere til ledelsen. Tilsynet finner ved journalgjennomgang og gjennom intervju at praksis for journalføring ved Flatanger pleie- og omsorgstun er mangelfull i lys av ovennevnte krav. Dette vurderes å være brudd på helsepersonelloven § 39 annet ledd jf. § 40 første ledd, jf. § 16.

Kravet til at helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal være forsvarlige, innebærer også en sikring av at nasjonale faglige retningslinjer følges. Slike retningslinjer vil danne kjernen i den rettslige standarden om faglig forsvarlighet. I alminnelighet må virksomheten kunne begrunne eventuelle fravikelser fra faglige retningslinjer. Helsedirektoratet har utgitt nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580), som beskriver hva som vil være god faglig praksis på dette området. Direktoratets retningslinjer anfører som generell anbefaling at dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. I følge retningslinjene skal alle beboere i sykehjem/institusjon vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Retningslinjene omtaler flere ulike kartleggingsverktøy som anbefales benyttet ved vurderinger av ernæringsrisiko. For å kunne vurdere personers ernæringsmessige risiko må det være foretatt en kartlegging av deres ernæringsstatus. Kartleggingen må være av en slik art at den kan identifisere dem som er i ernæringsmessig risiko eller har ulike grader av underernæring. Kommunen må sikre at kartlegging av ernæringsstatus og vurderinger av ernæringsmessig risiko foretas på en systematisk måte i sykehjem. Tjenestene må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig for ansatte å gjennomføre dette. Fylkesmannen finner at slik systematisk kartlegging av ernæringsstatus ikke gjennomføres ved Flatanger pleie- og omsorgstun, og at det heller ikke er oppgitt noen begrunnelse for hvorfor de nasjonale faglige retningslinjene fravikes på dette punkt. Tilsynet har ikke funnet holdepunkter for dårlig ernæringsstatus hos beboerne ved Flatanger pleie- og omsorgstun. Likevel vil det være brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at ovennevnte nasjonale faglige retningslinjer ikke følges.

5. Fylkesmannens konklusjon

Fylkesmannen i Trøndelag konkluderer med lovbrudd innen følgende områder:

1. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke et infeksjonskontrollprogram.
Hjemmel: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (av 17.06.2005 nr. 610) § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

2. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke utpekt en medisinskfaglig rådgiver på systemnivå.
Hjemmel: Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 annet ledd.
3. Flatanger pleie- og omsorgstun har ikke sikret at pasientjournal inneholder relevante og nødvendige opplysninger.
Hjemmel: Helsepersonelloven § 39 annet ledd jf. § 40 første ledd, jf. § 16.
4. Flatanger pleie- og omsorgstun sikrer ikke systematisk kartlegging av ernæringsstatus.
Hjemmel: Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580).

6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen forutsetter at Flatanger 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 Flatanger 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 **30.november 2018**.

Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Trude Søreng
revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

1 Vedlegg til endelig rapport, Flatanger kommune