

Helsetilsynet / Tilsyn / Tilsynsrapporter / Trøndelag / 2019

TILSYNSRAPPORT

Tilsyn med tjenesten til eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester i 11 kommuner i perioden 2016–2019

Fylkesmannen i Trøndelag

28.11.2019

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1. Innledning

2. Bakgrunn

3. Lovgrunnlag

4. Gjennomføring

5. Funn

Sammendrag

Denne rapporten beskriver hovedtrekkene fra tilsyn med tjenester til eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester i 10 kommuner i perioden 2016-2019.

Ikke alle sykehjem hadde rutiner som dekket alle grunnleggende behov. Særlig var det mangelfullt når det kom til systematisk kartlegging av ernæringstilstand og fallrisiko. Gjennomgående fikk beboerne som hadde egne tenner, pusset dem i

mindre grad på morgenen enn om kvelden. Det var lite bruk av fysioterapeut, da ressursene til rehabilitering ble prioritert til korttids- og rehabiliteringsavdelingene på bekostning av avdelinger for langtidsplasser. Aktiviteter ble oftest tilbudt i grupper og ikke som individuelt tilpasset aktivitet. Flere sykehjem holdt til i gamle lokaler, noe som gav ulike utfordringer.

Sykehjemslegen benyttet hovedsakelig tiden sin til oppfølging av den enkelte beboer, og var som oftest lite involvert i driften av sykehjemmet for øvrig.

Det fantes brukerråd i de fleste kommuner. Noen kommuner gjennomførte pårørendeundersøkelser. Pårørende ble ellers involvert i pårørendeforeninger, og ved inntakssamtaler med pleier og pasient. I journalgjennomgangen så vi at det ofte var dokumentert dialog med pårørende om dagligdagse forhold. Beboerne selv fikk i det daglige god mulighet til å medvirke i stell, måltider og annen praktisk bistand.

Ved fire av sykehjemmene kom vi frem til at kravet til forsvarlighet var brutt. Dette på bakgrunn av en helhetsvurdering av funnene. Konkret gjaldt dette mangelfull kompetanse, mangelfulle rutiner for dekking av grunnleggende behov, mangelfull internkontroll og manglende systematisk kartlegging av ernæringsstatus.

Fylkesmannen møtte i alle kommunene ansatte med stort ønske om å yte det beste for eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Vi så imidlertid at det kan være vanskelig å rekruttere sykepleiere i distriktene. Sykehjemslege og fysioterapeut ble sjelden benyttet til annet enn å behandle enkeltbeboere. Det var lite tverrfaglig samarbeid blant de ulike yrkesgruppene som var involvert, sett bort i fra sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter og ved samhandlingen mellom sykepleier og sykehjemslege på visitten.

Det var ved de fleste sykehjem lite avklart eller helt uavklart hvem som hadde rollen som medisinsk faglig rådgiver på systemnivå, og som nevnt var ikke sykehjemslegen på en systematisk måte benyttet involvert på systemnivå. Gjennomgående var infeksjonskontrollprogrammet helt manglende eller mangelfullt implementert.

Ved noen sykehjem ble det meldt mange avvik, ved andre færre enn man forventer. Flere steder hvor det ble meldt mange avvik, ble de ikke benyttet til forbedringsarbeid. Flest avvik gjaldt legemiddelhåndtering.

Rutinene ble ofte oppgitt å være vanskelig tilgjengelige og uoversiktlige. Ofte var de heller ikke oppdaterte. Flere sykehjem hadde både elektronisk journal og papirjournal for den enkelte bruker, og dermed ikke et helhetlig journalsystem. Vi fant også at strukturen med bruk av ulike faner i journalsystemene ofte var uoversiktlige.

1. Innledning

Fylkesmannen i Trøndelag har som en del av sine egeninitierte tilsyn i 2016-2019 gjennomført tilsyn med helse- og omsorgstjenesten for eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester i 10 kommuner. Tilsynene ble gjennomført som systemrevisjon. Vi undersøkte om kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester. 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.

2. Bakgrunn

Fylkesmannen i Trøndelag mottar hyppig klager på tjenestene til beboere på sykehjem. Klagen er nesten uten unntak fremmet av pårørende. Tema som går igjen i anførselene er mangelfullt legetilsyn, lite rehabiliterings- og aktivitetstilbud, at beboere må vente lenge på hjelp, dårlig kompetanse hos de ansatte, ernæring og for lite bistand ved måltid, feilmedisinering, lite oppfølging etter fall og mangelfull bistand til personlig hygiene.

Fylkesmannen vet at mange kommuner har presset økonomi og strever med rekruttering av helsepersonell. En del kommuner har hatt omstillingsprosesser i helse- og omsorgstjenestene og noen kommuner har vedtatt sammenslåing. Dette kan gi konsekvenser for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester.

Beboere på sykehjem i dag har dårligere funksjon, mer komplisert og sammensatt sykdomsbilde og mer kompliserte behandlingsopplegg enn før. Dette medfører økt behov for kompetanse og ferdigheter hos de ansatte.

Fremover vil det bli et økende antall eldre med behov for helse- og omsorgstjenester. Det er også en klar forventning om at oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Samlet betyr dette at kommunene må gjøre opp status og ruste seg for fremtidige behov.

3. Lovgrunnlag

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 andre ledd. 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 tilsynene.

3.1. 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.

3.2. Internkontroll

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.

3.3. 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 i frisk luft, 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).

3.4. 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*.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 andre ledd sier at «*Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen*». I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 heter det at «*kommunelegen bør gi råd knyttet til planlegging og styring av kommunens samlede legeressurser og gi råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen samt kommunal forvaltning for øvrig. Videre vil kommunelegen kunne bidra til utvikling av systemer og rutiner for samhandling og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.*» Videre fremgår at: «*... også andre kommunale oppgaver som krever medisinsk kompetanse kan naturlig legges til kommunelegen...*».

Fylkesmannen legger til grunn at enhver tjeneste med innhold av medisinskfaglig karakter - herunder drift av sykehjem- gir behov for medisinskfaglig rådgivning på et systemnivå som er tilstrekkelig pasientnært til at det kan påvirke pasientens faktiske tjenester. Rådgivningen må være tilgjengelig for ledelsen lokalt ved enheten, og det må i praksis være bruk av rådgivningsfunksjonen.

3.5. 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 omsorgstjenestetilbudet. Herunder skal virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

4. Gjennomføring

Tilsynene gikk over to dager og ble gjennomført som systemrevisjon. Dag én startet med informasjonsmøte, før befaring på sykehjemmet, journalgjennomgang og intervjuer med ansatte og ledelse. Dag to ble det etter de siste intervjuene avholdt et oppsummerende møte.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte i perioden høsten 2015 til høsten 2017 et prosjekt med «styrket involvering av pasienter, beboere og pårørende i tilsyn». I forberedelse og gjennomføring av fem av tilsynene deltok derfor «erfaringsmedarbeidere». Disse intervjuet brukere, og var ellers fullverdige medlemmer av tilsynsteamet. For øvrig ble brukerrådsrepresentanter intervjuet i noen tilsyn, mens andre steder ble kun ansatte spurt om hvordan det legges til rette for brukerinvolvering.

Rapportene fra alle tilsynene er tilgjengelige på www.helsetilsynet.no. Det presiseres at Statens helsetilsyn i 2018 besluttet at funn som indikerer lovbrudd skal benevnes som «lovbrudd», og ikke «avvik/merknad» som ble benyttet tidligere.

5. Funn

Her presenteres de funnene som vi etter alle tilsynene mener representerer hovedtrekkene i det vi fant. Det kan oppfattes negativt, så vi vil presisere at vi også fant mye god tjenesteyting, og at vi snakket med mange ansatte med stort ønske om å yte gode tjenester til beboerne. Funnene representerer heller ikke alle sider ved driften av sykehjemmene, da vi konsentrerte oss om temaene som tilsynet var definert å skulle omhandle. Det er likevel vår vurdering at tilsynets tema dekket de viktigste deler av driften og de tjenestene som forventes gitt på sykehjem.

Først presenteres funnene knyttet til tilsynets tre hovedtema: om beboerne får dekket sine grunnleggende behov, medisinsk oppfølging og brukermidvirkning. Deretter presenteres andre funn knyttet til forsvarlighetskravet og myndighetskrav knyttet til internkontroll og systematisk styring og ledelse.

5.1. Grunnleggende behov

5.1.1. Ernæring

I en del kommuner fantes rutiner for kartlegging av ernæringstilstand. Imidlertid var det gjennomgående lite systematisk oppfølging av temaet. Det var lite spor av oppmerksomhet på ernæringsbehov ved innkomst, utover kartlegging av ønskekost,

dia-kost og lignende. Videre varierte det hvor ofte beboerne ble veid, og hvorvidt beboernes BMI (Body Mass Index) ble utregnet, men gjennomgående ble vekt tatt sjeldnere enn anbefalt i nasjonale retningslinjer [1]. Det ble lagt til rette for måltid utenfor faste tidspunkt, og beboerne fikk ved behov hjelp ved måltidet.

5.1.2. Munnhygiene

Gjennomgående ble beboernes tenner pusset i mindre grad på morgnen enn om kvelden. Alle hadde regelmessig tilsyn av tannpleier. Beboerne ble henvist til tannlege ved behov.

5.1.3. Medvirkning

Som oftest fikk beboerne stå opp og legge seg når de ville. Som hovedregel ble hjelp tilbudt raskt nok når beboer gav signal med alarm eller på annen måte uttrykte behov for bistand.

5.1.4. Fall

Det var ikke vanlig med systematisk kartlegging av fallrisiko og behov for sikrings- eller treningstiltak ved innkomst. Det varierte om fall ble definert som et avvik og dermed skulle meldes i avvikssystemet. Noen steder var dette avhengig av årsaken til fallet, om fallet skyldtes ytre årsak som f.eks. at beboer snublet i en ledning (skulle meldes), eller forhold hos beboer, eksempelvis blodtrykksfall (skulle ikke meldes som avvik).

5.1.5. Bevare og gjenvinne funksjon

Det var lite bruk av fysioterapeut, da ressursene til rehabilitering ble prioritert til korttids- og rehabiliteringsavdelingene på bekostning av avdelinger for langtidsplasser. Det var også ulikt hvorvidt lokalene var egnet for trening. Aktiviteter ble oftest tilbudt i grupper og ikke som individuelt tilpasset aktivitet. I noen kommuner var det ansatt aktivitør, andre ikke. Å ha aktivitør så ut til å ha positiv effekt for aktivitetstilbudet. I de fleste kommuner ble livshistorie og interesser kartlagt ved innkomst, men det varierte om informasjonen ble benyttet til å tilrettelegge for individuelt tilpasset aktivitet.

5.1.6. Bygningsmassen

Flere sykehjem holdt til i gamle lokaler, som ikke holder dagens standard. Dette gav utfordringer: delte bad, bad på gangen og derfor behov for forflytning gjennom fellesareal til dusj og toalett, og trange rom som vanskeliggjorde bruk av hjelpemidler. Det ble nevnt at det var mer krevende å opprettholde god hygiene, for eksempel på gamle bad. Flere sykehjem var under oppgradering, eller det var planlagt flytting til nye lokaler.

5.2. Medisinsk oppfølging

De fleste sykehjem hadde en sykehjemslege tilknyttet. Tiden ble benyttet til visitt og oppfølging av de enkelte beboere. Sykehjemslegen var oftest lite involvert i drift. I den ene kommunen var de fleste av sykehjems plassene omgjort til omsorgsboliger med døgkontinuerlige tjenester. For beboerne der var det den enkelte beboers fastlege

som fulgte dem opp medisinsk. Denne organiseringen hadde også konsekvenser for betaling for legemidler og egenandeler til lege og fysioterapeut. Videre var det for disse beboerne ikke lovlig å fatte vedtak om tilbakeholdelse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

5.3. Brukermedvirkning

Det var vanlig å ha brukerråd, men varierte hvor aktivt det ble brukt av ledelsen på sykehjemmet. I tillegg var det i flere kommuner pårørende forening som blant annet bidro med sosiale aktiviteter. Noen kommuner gjennomførte pårørendeundersøkelser. I det daglige ble beboerne gitt god mulighet til å medvirke ved gjennomføring av stell, måltider og annen praktisk bistand.

Pårørende hadde ved de fleste sykehjemmene tilbud om å delta på inntakssamtale med primærkontakt og lege. I journal så vi at det ofte var dialog med pårørende om dagligdagse ting.

5.4. Forsvarlighet og internkontroll

5.4.1. Forsvarlighet

Brudd på forsvarlighetskravet ble funnet ved fire sykehjem. Hvorvidt forsvarlighetskravet var brutt berodde på en samlet vurdering av tilstanden ved sykehjemmet. Det som konkret lå til grunn for at det i disse tilfellene ble funnet at terskelen for brudd på forsvarlighetskravet var overskredet var følgende:

Sykehjem 1

- mangel på forsvarlig kompetanse
- mangelfulle rutiner for dekning av grunnleggende behov
- mangelfull internkontroll
- uforsvarlig saksbehandling ved tildeling av tjenester
- manglende implementering av infeksjonskontrollprogrammet

Sykehjem 2

- manglende systematisk kartlegging av ernæringsstatus

Sykehjem 3

- manglende styring og kontroll, som innebærer betydelig risiko for at svikt ikke avdekkes og forbedringstiltak ikke iverksettes
- mangelfulle rutiner for dekning av grunnleggende behov

Sykehjem 4

- manglende styring og kontroll, som innebærer betydelig risiko for at svikt ikke avdekkes og forbedringstiltak ikke iverksettes
- mangelfulle rutiner for dekning av grunnleggende behov

5.4.2. Kompetanse

Rekruttering av sykepleiere er vanskeligere i distriktene. Det var noe bruk av vikarbyrå. Det fantes i liten grad kompetanseplaner som sa noe om fremtidig behov for kompetanse med tanke på naturlig avgang og endret demografi. Lege og fysioterapeut gav lite bidrag til enhetene på annet nivå enn ved å behandle enkeltbeboere. De bidro blant annet ikke inn i internundervisning, fagdager, sykepleiemøter, personalmøter. Ut ifra dette viste tilsynet at det ble jobbet lite tverrfaglig, og at de ulike faggruppers kompetanse utnyttet for lite.

5.4.3. Medisinskfaglig rådgiver på systemnivå

Tilsynet viste at det var lite avklart, eller uavklart hvem som var medisinskfaglig rådgiver på systemnivå. Dette gjaldt i de aller fleste kommuner vi besøkte. Vi så ellers at det var lite involvering av sykehjemslege på systemnivå.

5.4.4. Infeksjonskontrollprogram

Gjennomgående var infeksjonskontrollprogrammet helt manglende, eller i de tilfellene det fantes var det mangelfullt implementert.

5.4.5. utfordringer med internkontroll

Avvik

Det varierte veldig fra kommune til kommune hvor mange avvik som ble meldt. I enkelte kommuner fant vi dårlig meldekultur. I andre kommuner, hvor det ble meldt svært mange avvik, fant vi at de ikke ble benyttet til forbedringsarbeid. Det ble meldt klart flest avvik på legemiddelhåndtering, men det var også en del avvik på fall og beboere som var urolige eller utagerende. Det ble ellers i liten grad meldt avvik ved tjeneste eller aktivitet som ikke ble utført som planlagt.

Rutiner

Rutinene ble ofte oppgitt å være vanskelig tilgjengelige og uoversiktlige. Tilsynet fant også at de ofte ikke var oppdaterte.

Journalssystem

Ved flere sykehjem fant vi at det ikke var et helhetlig journalssystem. Mange hadde papirjournaler som ennå ikke var scannet inn i det elektroniske journalsystemet. Vi fant også at strukturen i journalsystemene ofte var uoversiktlig. Det var stor variasjon mellom sykehjemmene og enkeltansatte hvordan Gericca/Profil brukes. Det var ikke definert hvordan journalsystemet skal brukes «hos oss».

[1] IS-1580 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring