

TILSYNSRAPPORT

Rapport fra tilsyn med tjenesten til eldre med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, Indre Fosen kommune Leksvik sykehjem 2023

Tidsrom for tilsynsbesøket:

13.06.23 - 14.06.23

Statsforvalteren i Trøndelag

11.09.2023

Innholdsfortegnelse

Forord

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Konklusjon
6. Oppfølging

Forord

Statsforvalteren i Trøndelag gjennomførte tilsyn med Indre Fosen kommune, og besøkte i den forbindelse Leksvik sykehjem 13. og 14. juni 2023. Tilsynet hadde hovedfokus på tjenestetilbudet ved avdeling B, men også avvik ved andre avdelinger og opplysninger om tjenestene der har

vært vektlagt i den helhetlige vurderingen av tjenestene ved sykehjemmet. Vi undersøkte om Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns tjenester.

Statsforvalteren 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.

Statsforvalteren konkluderer med følgende:

Indre Fosen kommune har ikke sørget for utarbeidelse av et infeksjonskontrollprogram for Leksvik sykehjem. Et infeksjonskontrollprogram kan bidra til å forebygge og håndtere infeksjoner hos pasienter ved sykehjemmet på en enhetlig og systematisk måte. At dette mangler innebærer risiko for at forebyggende tiltak ikke iverksettes, at utbrudd av infeksjoner ikke blir korrekt håndtert i sykehjemmet, og at den enkelte pasient får infeksjoner. **Hjemmel:** Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd.

08.09.2023

Ida Brenne Østhus
revisjonsleder

Frode Engtrø
assisterende fylkeslege

Kari Mette Skrove
seniorrådgiver

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 Indre Fosen kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester til eldre med vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester. Statsforvalteren 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

Statsforvalteren 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

Statsforvalteren 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 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 den kommunale helse- og omsorgstjenesten 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. 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.

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. Kompetansebehovet ved planlegging av tjenesteyting, utarbeiding av prosedyrer og behandling av avvik vil variere og avhenger av tema og problemstilling. For flere viktige områder må det legges til grunn at det er nødvendig med tilgjengelig medisinskfaglig rådgivning.

2.2.1. Infeksjonskontrollprogram

Alle institusjoner som omfattes av forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

- 1 bokstav d og e, plikter å ha et infeksjonskontrollprogram. Dette følger av forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 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.

2.4. Grunnleggende behov

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene («Kvalitetsforskriften») 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
- dekking av 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 («Verdighetsgarantien») § 3 nevner 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 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. 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).

2.5. 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») § 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 og kvalitetsforskriften § 3. Det skal utpekes en faglig rådgiver for legemiddelhåndteringen dersom virksomhetsleder ikke er lege eller provisorfarmasøyt. Dette fremgår av forskrift om legemiddelhåndtering § 2 andre ledd.

2.6. 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 åttende 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

Rissa og Leksvik ble sammenslått til Indre Fosen kommune 01.01.18. Kommunen har tre ledernivåer (kommunedirektør med kommunalsjef, enhetsleder og virksomhetsleder). Leksvik sykehjem tilhører Enhet omsorg, som igjen ligger under Sektor helse og omsorg. Leksvik sykehjem består av tre avdelinger, A, B og kjøkken. Avdelingene har en

fagleder hver. Sykehjemmet har 40 plasser. Avdeling B har 16 plasser for beboere med langtidsvedtak. Avdeling B er inndelt i to grupper, gruppe 4 og 5. Avdeling B ligger i et bygg fra 1994.

Tilsynslege, fysioterapeut og ergoterapeut er organisert under Enhet helse og familie.

Sykehjemmet har eget kjøkken som leverer middag og påsmurt brødmat. Mat legges opp og klargjøres på avdelingskjøkken. Det legges til rette for at beboerne kan smøre brødmat selv. Ernæringsfysiolog er tilstede en gang per måned, og er ellers tilgjengelig ved behov. Alle beboere har enerom med eget bad inne på rommet.

Bemanningen på avdeling B:

- dagvakt hverdag 6 ansatte
- kveldsvakt hverdag 2 Pluss kortvakt.
- nattvakt: to ansatte på hele sykehjemmet.
- dagvakt helg 5 ansatte
- kveldsvakt helg 2 Pluss kortvakt.
- minst en sykepleier på hver vakt.

Ufaglærte stuevakter er til stede hver dag mellom 1730-2030. Ved fravær for sykepleier benyttes sykepleier fra hjemmesykepleien eller bakvakt. Sykehjemmet har en aktivitør i 60 % stilling.

Aktivitør bistår blant annet også ved måltid.

Det leies inn vikar ved fravær, men det er ikke alltid mulig med samme fagkompetanse. Det totale sykefraværet ved sykehjemmet har gått litt opp i 2022 til 10,24 % fra 7,29 i 2021.

KOSTRA-tall fra 2022 viser at Indre Fosen kommune bruker 4492 kr per oppholdsdøgn i institusjon. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo er 4760 kr. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 11 er 4762 kr. For Indre Fosen i 2020: 3706 kr og 2021: 4541 kr.

KOSTRA-tall for 2022 viser 0,39 legetimer per uke per beboer i sykehjem i Indre Fosen kommune. Disse tallene er imidlertid rapportert feil, og lege har avsatt en hel dag til arbeid ved sykehjemmet. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo: 0,64 timer. KOSTRA-gruppe 11: 0,73 timer. For ti-

den er LIS1-lege tilsynslege ved sykehjemmet, og kan også tilkalles utenfor visittid. Utenfor arbeidstid benyttes legevakt. LIS1-legen har veileder på legekantoret som kan spørres om kliniske problemstillinger.

Fra sykehjemmet sendes ved behov henvisning til fysioterapeut og ergoterapeut.

3.2. Systematisk styring/ansvarsplassering

Møtestruktur:

- Personal/avdelingsmøte x 4 per år. Oftest for en avdeling av Nattevakter og aktivitør deltar. Tema: avvik, nye rutiner, aktuelle driftstema.
- Sykepleiermøter x 2 per år
- Gruppemøter x 4 per år
- Fysioterapeut og tilsynslege innkalles ikke på faste fellesmøter
- Pårørendemøte x 1 per år
- Enhetsleder har møte med virksomhetslederne i enhet omsorg x 1 per dag.
- Kommunalsjef har møte med enhetsledere ukentlig.

Referat fra møter på sykeheimen blir hengt opp på tavla og settes i perm på vaktrommet.

Det gjennomføres muntlig rapport ved vaktskifte. Arbeidsoppgavene i avdeling B symboliseres med farger - rød, grønn, blå og hvit. Hver farge representerer hver sine bestemte arbeidsoppgaver. Det opplyses i intervju at systemet følges.

Avvik meldes i Compilo som er tredje avvikssystem etter kommunesammenslåingen. Skriftlige prosedyrer finnes på intranett (Sharepoint), på Teams og i perm. Hovedsakelig er det permen som benyttes. Prosedyrene finnes i mange utforminger og med ulike headinger. Det fremgår ikke om, og i så fall hvem som har godkjent prosedyren. Et flertall prosedyrer var udatert og usignert. Tilsynet har fått tilsendt 13 rutiner for legemiddelhåndtering for Leksvik sykehjem. I tillegg finnes flere som beskriver administrering av legemidler.

Kommuneoverlegefunksjonen er delt i tre, med egen KOL for eldre, herunder sykehjem. Denne har funksjon som faglig rådgiver for legemiddelhåndteringen på sykehjemmet. I sammenslått kommune har KOL vært lite brukt som medisinskfaglig rådgiver på systemnivå på sykehjemmet.

Det finnes arbeidsbeskrivelse for tilsynslegen, "Sykehjemslegearbeid – prosedyre innhold". Arbeidet skal ifølge denne omfatte

- klinisk pasientrettet arbeid, herunder gjennomføring av årskontroll og legemiddelgjennomgang
- kontakt med pårørende,
- deltagelse i internopplæring,
- styringsmessige oppgaver herunder delta i utvikling og gjennomføring av internkontroll og kvalitetssystemer, utvikling av nødvendige prosedyrer for å sikre medisinskfaglige Sykehjemmets ledelse har ansvar for å organisere dette arbeidet.
- smittevernarbeid.

Ved tilsynet fremkommer at tilsynslegens tid benyttes til direkte pasientrettet arbeid, samt pårørendekontakt.

Kommuneoverlege for eldre har vært rådspurt om prosedyre for forordning av legemidler, samt behandling av UVI, og prosedyre ved dødsfall. For øvrig har kommuneoverlegen ikke blitt involvert fra sykehjemmet ved medisinskfaglige problemstillinger på systemnivå.

Avvik meldes i Compilo. I hele 2022 ble det meldt 29 avvik på Leksvik sykehjem. Det ble meldt 9 avvik i perioden januar-mars 2023.

- Ingen av disse var relatert til fall
- 8 avvik gjelder legemiddelhåndtering

Antall meldte avvik ved sykehjemmet oppgis å være blant de lavere for de ulike virksomhetene i enhet omsorg. Det fremgår at de ansatte er usikre på hva som skal meldes som avvik. For noen oppleves det komplisert å melde avvik i Compilo. I avdelingsmøter er det tatt opp at det meldes for lite avvik. I henhold til rutine skal leder føre alle henvendelser om avvik som ikke er meldt i avvikssystemet inn i Compilo. Leder kontakter melder for utdyping av avviket. Melder kan følge avviksbehandlingen i Compilo. Pasientrelaterte avvik tas opp på avdelingsmøter. Avvik i oppsummert form er tema i lederlinjen opp til kommunalsjef. Kommuneoverlegens kompetanse benyttes ikke ved gjennomgang av meldte avvik.

I tidligere Leksvik kommune var det kvalitetsutvalg. Kommuneoverlegen deltok.

Indre Fosen kommune har gjennomført internrevisjon som viste mangler ved den helhetlige virksomhetsstyringen i kommunen. Herunder tema som: ansvars- og myndighetsforhold, helhetlig system for risikovurdering, tilgjengelighet av rutiner og prosedyrer og at det ikke er ensartet bruk av avvikssystemet, samt ulik forståelse av hva et avvik er.

Det er gjennomført ROS-analyse av driften ved sykehjemmet for temaene pasienter, ansatte, og bygning. En stor andel av punktene er vurdert å inntreffe ofte eller svært ofte, og ha alvorlig eller svært alvorlig konsekvens.

Det er utarbeidet årsmelding for Leksvik sykehjem for 2022, og skrevet en virksomhetsplan for 2023.

Det oppgis at evaluering av drift skjer løpende i ledermøter og ved dialog mellom ledere. I tillegg er det nå igangsatt en områdegjennomgang som svar på internrevisjonsrapporten, hvor man ser på organiseringen av fellestjenester. Det er for sykehjemmet plan om å lage virksomhetsplan basert på «ledelsens gjennomgang», slik at det blir integrasjon mellom gjennomgangen og plan for drift fremover i tid.

3.3. Kompetanse

Det oppgis at sykehjemmet de siste årene har fått stadig mer behandlingstrengende beboere. Behov for kompetanse vurderes fortløpende ved utlysning av nye stillinger, ut fra hvilken faggruppe det er behov for å rekruttere, men dette er ikke forankret i en overordnet kompetanse-

og bemanningsplan. Det oppgis at det er krevende å rekruttere helsepersonell. Det oppgis at det er sykepleierkompetanse tilgjengelig på alle vakter. Det er ikke innleie fra vikarbyrå.

Ved avanserte behandlingsprosedyrer gis opplæring fra spesialisthelsetjenesten som supplement til kollegaveiledning. Det er lav terskel for å ringe for veiledning fra sykehuset.

Det er et system med primær- og sekundærkontakt. Primærkontakt er sykepleier, sekundærkontakt helsefagarbeider/hjelpepleier. Innkomstsamtale og inntaksvurdering av nye beboere gjennomføres av primærkontakt og fagleder. Det oppgis å være språkutfordringer som kan gi misforståelser i samhandlingen mellom ansatte og beboere og mellom ansatte.

Sykehjemmet har noen ansatte med videreutdanning, innen kreftsykepleie, operasjonssykepleie, psykiatri og akuttbehandling av eldre. Mange ansatte har gjennomført eller er i gang med demensomsorgens ABC. Det har også vært NOKLUS-kurs og ProAct-kurs (NEWS). Nytilsatte skal ha minst tre opplæringsvakter. Det benyttes sjekkliste for opplæring av nytilsatte. Det har vært kurs

i HLR for alle ansatte. Det meste av tid til opplæring har nå vært brukt til Helseplattformen. Det er ingen fast plan for internundervisning. De ansatte opplever en positiv holdning til deltagelse på kurs. Det er en økende andel ufaglærte assistenter.

3.4. Grunnleggende behov

Ved inntakssamtale:

- tilbys pårørende å delta
- skal det kartlegges interesser og livshistorie.
- skal det tas vekt, og kartlegges Kartlegging av ernæringsrisiko gjøres i løpet av få uker etter inntakst.
- skal funksjonsnivå kartlegges og tiltaksplan utarbeides. IPLOS gjøres etter få uker. Journalgjennomgang viser jevnlig IPLOS-kartlegging hver 3. måned.
- Det er bevissthet rundt risiko for fall, men det gjøres ikke systematisk kartlegging av alle nye beboere. Fallforebyggende tiltak iverksettes ved erkjent risiko.

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. Det oppgis at det gis assistanse ved måltid.

Tannpleier var sist ved sykehjemmet høsten 2021. Det oppgis at tannpleier tidligere tilså hver enkelt beboer årlig. Henvisning til tannlege ved behov. Det oppgis at tenner pusses oftest om kvelden, og ofte ikke om morgenen for beboere med behov for bistand. Pussing av tenner er ikke definert som oppgave i Helseplattformen på sykehjemmet, men er beskrevet i tiltaksplan for beboere med behov for bistand.

Beboerne får tilbud om aktiviteter i gruppe og som individuelt tilpasset aktivitet. En stor gruppe frivillige bidrar i betydelig grad. Beboere som kan være med på tur ute får tilbud om dette. Avdeling B mangler veranda/altan, som kan brukes av øvrige beboere.

Når pasienter er i terminal fase oppgis det at det leies inn fastvakt ved behov. Det vurderes konkret av lege hva den enkelte beboer trenger av lindrende medisinsk behandling.

Ved behov for vurdering/oppfølging fra fysioterapeut sendes henvisning. Det oppgis at det finnes et elektronisk meldingssystem. Det er få henvisninger til fysioterapeut for beboere med langtidsvedtak ved avdeling B, ca. fire i året ved for eksempel kontrakturer og rask funksjonssvikt. Fysioterapeut har ingen faste møter med sykehjemslege. For noen beboere utarbeides det treningsopplegg som de ansatte skal bistå med. Det oppgis at dette gjennomføres. Fokus på selvhjelpenhet varierer mellom de ansatte.

Det er bevissthet om bruk av tillitsskapende tiltak og at tvang krever vedtak. Det har tidligere vært vedtak om bruk av tvang.

3.5. Medisinsk behandling

Tilsynslege har avsatt en arbeidsdag i uken på sykehjemmet, og kan kontaktes alle hverdager i kontortiden. Ellers benyttes legevakt. Ved behov for legeundersøkelse utenfor åpningstiden ved det lokale legekantoret, benyttes oftest ambulanse som transportform for legeundersøkelse ved legevakt i Rissa i stedet for sykebesøk til beboer på sykehjemmet. Årskontroll med legemiddelgjennomgang gjennomføres.

Det finnes ikke et infeksjonskontrollprogram. Sykehjemmet deltar i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse.

3.6. Legemiddelhåndtering

Det er mottatt 13 prosedyrer for legemiddelhåndtering. Alle er revidert i mars og april 2023, men ingen har fått formell godkjenning med datert signatur. Det finnes låsbart medisinskap i ulåst medisinerom. Det er rutiner for narkotikaregnskap. Fagleder er ansvarlig for gjennomføring av kvartalsregnskap. Nettkurs i legemiddelhåndtering kreves for helsefagarbeidere/hjelpepleiere som skal administrere legemidler. Sykepleiere skal ha oppfriskningskurs hvert tredje år.

Assistenter kan få delegering avgrenset til øyedråper og laksantia. Faglig ansvarlig for legemiddelhåndtering er kommuneoverlegen.

3.7. Journalføring

Kommunen har fra 12.11.22 benyttet Helseplattformen som journalsystem på sykehjemmet. Hele Profil er migrert over til Helseplattformen. Kun siste notat med sammenfatning ligger på forsiden, resten ligger lenger bak. Virksomhetsleder er journalansvarlig. Det er ikke et system for kontroll av kvalitet på journalføring, men det er plan om å innføre dette.

På avdeling B tas legemiddelkortet ut til bruk ved medisinpukk til dosett. Dette gir også backup i tilfelle nedetid. Ved nedetid skal notater skrives på papir. De ansatte forteller at det er krevende å lære å bruke Helseplattformen, samt å raskt få oversikt over pasientene. Rutinen er journalføring for alle pasienter på hver vakt. I hovedsak som avkrysning av oppgaver. I tillegg skrives noe tekst som beskrivelser av utførte tiltak, aktiviteter, og hendelser. Journalføring viser gjennomføring av funksjonsvurdering som IPLOS-kartlegging, at pasienter veies månedlig, at pasientstatus

beskrives for ulike funksjonsområder og at legejournal brukes. Funksjonen "fallrisiko" i Helseplattformen er ikke tatt i bruk enda. Det er for øvrig lite bruk av oppsummerende og evaluerende notater for funksjon og tjenestebehov.

Det finnes system for elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (e-meldinger). Melding om utskrivningsklare pasienter behandles ved forvaltningstjenesten på dagtid hverdager, ellers på KAD-avdeling i Rissa utenfor vanlig arbeidstid. Sykepleier på vakt ved Leksvik sykehjem har ansvar for å følge opp elektroniske meldinger. Epikrise fra legevakt og spesialisthelsetjenesten sendes elektronisk til sykehjemmet.

3.8. Brukermedvirkning

Brukerråd finnes ikke på sykehjemmet, men kommunens eldreråd benyttes på overordnet nivå. Det har ikke vært brukerundersøkelse de siste årene, men det planlegges gjennomført. Innkomstsamtaler gjennomføres med pasient og/eller pårørende. Det brukes livshistoriekartlegging. Journalgjennomgang viser at det foregår samarbeid med pårørende. Nærmeste pårørende dokumenteres i journalen.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

4.1. Fall

Forskrift om habilitering og rehabilitering sier følgende: «Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3».

Ved Leksvik sykehjem gjøres det ikke en systematisk kartlegging av fallrisiko for alle nye beboere. Dette kan medføre at risiko for fall ikke blir oppdaget, og at nødvendige rehabiliteringstjenester for å forebygge fall ikke igangsettes.

Det er sagt i intervjuer at fall skal registreres som avvik. Det er ikke meldt avvik om fall i perioden det er innhentet avvik for. Intervjuer bekrefter også at det sannsynligvis ikke har vært fall i denne perioden. Det oppgis også at ordningen med stuevakter innebærer at pasienter som ellers ville forsøkt å reise seg, nå holder seg i ro fordi det er noen til stede. Dette tiltaket kan ha hindret fall. Det oppgis også at fysioterapeut av og til utarbeider treningsopplegg for pasientene på avdelingen, og at dette blir gjennomført.

Statsforvalteren vurderer at det er bevissthet rundt risiko for fall, og at fallforebyggende tiltak iverksettes ved erkjent risiko. Det er også satt i verk tiltak for å forebygge fall.

4.2. Tannpuss

Kvalitetsforskriften § 3 stiller krav om at kommunen har rutiner for å sikre at pasienter får nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. God praksis for munnhygiene er at pasienter med egne tenner får tilbud om bistand til pussing to ganger om dagen, morgen og kveld. Det

fremgår av rutiner, intervjuer og journalgjennomgang at pasienter med behov for bistand i hovedsak får pusset tenner på kvelden, men ikke på morgenen.

4.3. Internkontroll

4.3.1. Avvik

En godt innarbeidet kultur for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser, er en forutsetning for å avdekke og forebygge svikt i tjenesteytingen. Å analysere hva som er årsak til slike hendelser vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge svikt i fremtiden. Det å bruke avvikssystemet slik vil også gi virksomhetens ledelse oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller det faktisk har oppstått svikt.

Ved Leksvik sykeheim meldes det få avvik i Compilo. Dette innebærer at ledelsen får et utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for forbedringsarbeid. Det oppgis at ansatte er usikre på hva de skal melde som avvik. Å sikre en god avvikskultur er et ledelsesansvar. Det er derfor ledelsen som skal sikre at de ansatte vet hva som skal meldes som avvik.

En svak avvikskultur kan utgjøre en brist i forutsetningene for å kunne planlegge, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 d) og g) og 8 e).

Få meldte avvik vanskeliggjør også muligheten for virksomheten til å korrigere virksomhetens aktiviteter som nevnt i forskriftens § 9, da man ikke har etablert en god nok praksis for å avdekke eventuelle uforsvarlige og lovstridige forhold i egen virksomhet.

4.3.2. Prosedyrer

Prosedyrene som finnes er ikke enhetlige, og de fleste mangler formell godkjenning. Revidering og godkjenning av prosedyrene er ikke satt i system. Virksomhetens prosedyrer finnes på til sammen tre steder (intranett, perm og Teams). Dette gir mangelfull oversikt over hvilke rutiner som finnes, hvorvidt de fremdeles er aktuelle og i nødvendig grad oppdaterte. De fleste interne rutineene med medisinskfaglig innhold er ikke utarbeidet i samråd med medisinskfaglig rådgiver. Disse forholdene vanskeliggjør en overholdelse av forskriftens § 7.

4.3.3. Infeksjonskontrollprogram

Det er i Indre Fosen kommune ikke utarbeidet et infeksjonskontrollprogram for Leksvik sykehjem. Dette er et krav. Et infeksjonskontrollprogram kan bidra til å forebygge og håndtere infeksjoner på en enhetlig og systematisk måte. At dette mangler innebærer risiko for at infeksjoner ikke blir korrekt håndtert på sykehjemmet, og da at den enkelte pasient blir påført infeksjoner. Dette er brudd på forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 2-1.

4.3.4. Medisinskfaglig rådgiver

Det er diskrepans mellom arbeidsbeskrivelsen om "sykehjemslegearbeid" som er forelagt tilsynet, og hva tilsynslegen faktisk benyttes til, og det blir sagt i intervjuer at kommuneoverlegen skal benyttes som medisinskfaglig rådgiver på systemnivå. Kommuneoverlegen har rolle som faglig rådgiver for legemiddelhåndtering, og har vært benyttet til utarbeidelse av noen prosedy-

rer, men ellers har verken kommuneoverlege eller tilsynslege vært benyttet for å kunne gi nødvendige kompetansebidrag til arbeidet med internkontrollen og som lederstøtte med medisinsk-faglig rådgivning ved sykehjemmet.

Dette betyr at plassering av ansvar for medisinskfaglig rådgivning på systemnivå ved Leksvik sykehjem fremstår som uavklart.

De uavklarte ansvarsforholdene knyttet til bruk av nødvendig kompetanse, fører til at sykehjemets behov for medisinskfaglig rådgivning på systemnivå i praksis ikke er dekket. Selv om kommunen har kommuneoverlege, har tilsynet vist at det på sykehjemmet ikke er tilgjengelig nødvendig medisinskfaglig kompetanse for rådgivning på systemnivå. Statsforvalteren vurderer at dette innebærer risiko for svikt, og vi anbefaler derfor kommunen å sikre dette.

4.3.5. Samlet vurdering av internkontrollen

At det mangler et infeksjonskontrollprogram og at det ikke er sikret at sykehjemmet tydelig har definert ansvar og rolleavklaring for medisinskfaglig rådgiver på systemnivå innebærer brudd på lov og forskrift.

Statsforvalterens vurdering er at øvrige mangler ved styringssystemet ved Leksvik sykehjem innebærer en risiko for at svikt ikke avdekkes og dermed at forbedringstiltak ikke iverksettes. Imidlertid finner ikke Statsforvalteren holdepunkter for at denne risikoen er av en slik størrelse at det kvalifiserer til brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, slik sykehjemdriften er beskrevet per i dag. Det er da vektlagt virksomhetens størrelse, de kjente risikoforhold og at tilsynet ikke har avdekket noen større svikt i selve tjenestene til de enkelte pasientene. Særlig er det da lagt vekt på hvordan de grunnleggende behov samlet sett er dekket for de enkelte, herunder at det er stort fokus på aktivitet, innhold i dagen og medbestemmelse knyttet til døgnrytme og måltider.

5. Konklusjon

Indre Fosen kommune har ikke sørget for utarbeidelse av et infeksjonskontrollprogram for Leksvik sykehjem. Et infeksjonskontrollprogram kan bidra til å forebygge og håndtere infeksjoner hos pasienter ved sykehjemmet på en enhetlig og systematisk måte. At dette mangler innebærer risiko for at forebyggende tiltak ikke iverksettes, at utbrudd av infeksjoner ikke blir korrekt håndtert i sykehjemmet, og at den enkelte pasient får infeksjoner. **Hjemmel:** Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 2-1, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd.

6. Oppfølging

Statsforvalteren forutsetter at Indre Fosen kommune bringer forholdene påpekt i tilsynet i orden. Tilsynet vil ikke avsluttes før Statsforvalteren er tilstrekkelig sikker på at kommunens ledelse har rettet lovbruddene og har lagt til rette for at tjenestene fremover vil kunne ytes i samsvar med aktuelle lov- og forskriftskrav. Statsforvalteren ber Indre Fosen kommune om å utarbeide et infeksjonskontrollprogram, og en plan for implementering. Planen skal minimum inneholde en beskrivelse av:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres for å integrere infeksjonskontrollprogrammet i driften av sykehjemmet, herunder hvordan det skal gjøres kjent for de Planen må ha tidsfrister.
- Hvordan ledelsen vil følge med på at infeksjonskontrollprogrammet er hensiktsmessig og brukes aktivt.
- Hvordan ledelsen vil kontrollere at infeksjonskontrollprogrammet gir effekt.

Frist for å oversende infeksjonskontrollprogrammet og plan for implementering settes til 15.12.23.