



Verran kommune v/rådmannen
Liaveien 1
7790 MALM

Vår dato: 15.11.2018
Vår ref.: 2018/11257

Deres dato: Deres ref.:

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

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Verran kommune og besøkte i den forbindelse Verran Sykeheim den 4. og 5. september 2018. Vi undersøkte om Verran 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 brukarmedvirkning.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Fylkesmannen. Følgende lovbrudd ble avdekket under tilsynet:

1. *Verran Sykeheim 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. *Verran Sykeheim har ikke utpekt en faglig rådgiver for legemiddelhåndtering.*
Hjemmel: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (av 03.04.2008 nr. 320) § 4 annet ledd.

Foreløpig rapport ble oversendt Verran kommune v/rådmannen 5.oktober 2018. Verran kommune har ikke kommet med innsigelser på denne.

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

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang.....	3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	3
2.1 Forsvarlighetskravet	3
2.2 Internkontrollsystem.....	3
2.3 Grunnleggende behov.....	4
2.4 Medisinsk behandling.....	4
2.5 Brukermedvirkning	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
3.1 Beskrivelse av virksomheten.....	5
3.2 Systematisk styring og ansvars plassering	6
3.3 Kompetanse.....	7
3.4 Grunnleggende behov.....	7
3.5 Medisinsk behandling.....	8
3.6 Legemiddelhåndtering.....	9
3.7 Journalføring/dokumentasjon.....	9
3.8 Brukermedvirkning	9
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	10
5. Fylkesmannens konklusjon.....	11
6. Oppfølging av lovbruddet.....	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....	12

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 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 unødige 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, 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, utøvelse 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

Verran kommune er organisert etter en tre-nivåmodell, med rådmann og omsorgssjef som øverste nivå, deretter driftsleder og avdelingsleder. Verran kommune er i sammenslåingsprosess med Steinkjer kommune. Sammenslåing er planlagt 01.01.2020.

Verran Sjukeheim er organisert under Enhet for omsorgstjenester. Sykehjemmet er oppdelt i to avdelinger: rød og blå. Beboere med vedtak om langtidsopphold bor hovedsakelig på rød avdeling, men noen bor også på blå avdeling. Beboere med demens bor i bofellesskapet Bratreit.

I 2014 gjennomførte kommunen prosjekt «Omstilling helse», hvor den overordnede strategien var å vri ressursene fra behandling til forebygging innen eldreomsorgen. Et av styringsmålene i den forbindelse var å justere ned antallet sykehjemsplasser fra 32 i 2014 til 20 plasser per 01.01.2015, og videre ned til 16 plasser fra 01.09.2015. Underveis er målsetningen moderert. Det er beskrevet at behovet stort sett har ligget over 20 plasser. I tidsrommet mai til september 2018 har antallet beboere vært mellom 24 og 26. Bemanningen på tidspunktet for tilsynet er beskrevet å være dimensjonert for 20 beboere.

Fra 2017 til 2018 skulle kostnadene i enhet for omsorgstjenester reduseres med 3,0-3,5 mill. kr. Det skulle innføres tiltak som redusert bemanning, ikke innleie ved fravær og økt krav til effektiv drift. Antall legetimer per beboer per uke er redusert fra 0,6 timer i 2016 til 0,3 timer i 2017. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen er 0,4 timer.

I 2017 var langtidssykefraværet for enheten mellom 15 og 22 prosent. I 2018 var langtidssykefraværet gått ned til mellom 10 og 12 prosent for sykehjemmet. Det har vært betydelig utskiftning av ledere det siste året, og ifølge årsmeldingen fra 2017 var 3 av 4 ledere ved enheten nye.

KOSTRA-tall fra 2017 viser at Verran kommune bruker 34,6 prosent av budsjettet inne pleie og omsorg til institusjon. Dette er lavere enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen, som er på 45,2 prosent.

3.2 Systematisk styring og ansvars plassering

Det avholdes ukentlige avdelingsledermøter i Verran kommune. Omsorgssjef avholder ledermøter med driftsledere (enhetsledere) hver andre uke. Videre er det beskrevet at det skal avholdes avdelingsmøter, men at dette ikke har blitt praktisert den senere tid. Det samme gjelder for nattevaktsmøter, hvor det siste ble avholdt i januar. Det beskrives at det avholdes muntlig rapport ved vaktskifte, og at dette hovedsakelig er den arenaen hvor de ansatte har mulighet til å drøfte faglige problemstillinger.

Verran kommune benytter EQS som kvalitetssystem, både som plattform for interne prosedyrer/rutiner samt som system for avvikshåndtering.

Av intervju fremkommer at EQS i liten grad blir brukt av de ansatte. Sykehjemslegen og fysioterapeut som er tilknyttet sykehjemmet har ikke vært involvert i arbeidet med prosedyrer. Disse benytter heller ikke EQS.

Av de prosedyrer som er fremlagt for tilsynet, er det en stor andel som ikke er revidert innen oppgitt frist. I tillegg fremkommer det gjennom intervju at prosedyrene i liten grad brukes. De er til dels også overlappende – blant annet er det fremlagt 24 prosedyrer som omhandler legemiddelhåndtering. Det er fremholdt at disse gjelder for henholdsvis sykehjemmet, Bratreit og hjemmesykepleien, og at det vil være behov for til dels samme prosedyrer for samme emner, men gjeldende for de forskjellige tre enhetene. Fylkesmannen finner imidlertid at alle 24 prosedyrer har ulike navn og at de omhandler forskjellige tema. For noen står det spesifikt at de gjelder for pleierne på sykehjemmet. De øvrige står det at gjelder for «alle arbeidstakere», «alle sykepleiere/vernepleiere» eller «alle pleiere». Fylkesmannen kan ut fra dette ikke se at de er angitt å gjelde spesifikt for kun én enhet.

Avvik kan meldes både i EQS og i Profil, dvs. via pasientjournalen. Det beskrives at avvikssystemet i EQS i liten grad blir brukt. Tilsynet har mottatt 7 innmeldte avvik i EQS for tremånedersperioden april til juni. I Profil er det registrert 16 avvik i løpet av de tre siste måneder. De ansatte beskriver at EQS oppleves som tungvint i bruk. Videre er det beskrevet at det er uklart i hvilke system ulike typer avvik skal meldes. Det er oppgitt at beboerrelaterte avvik skal meldes i Profil, men avvik som Fylkesmannen har mottatt viser at også beboeravvik meldes i EQS. Det beskrives

videre at det i liten grad gis tilbakemelding til melder, og at avvik ikke følges opp og lukkes.

3.3 Kompetanse

Andel faglærte innen pleie og omsorg i Verran kommune var i 2017 på 81,3 prosent. Fylkesmannen får beskrevet at det oppleves å være en underdekning på bemanning, særlig når det gjelder sykepleiedekningen, i forhold til belegget på sykehjemmet. Det finnes imidlertid ingen oversikt over størrelsen på avviket fra bemanningsplan for sykepleiedekningen. Det er heller ikke utarbeidet noen kompetanseplan for virksomheten.

Det er iverksatt kompenserende tiltak for å sikre at det er tilgjengelig sykepleier på vakt. Blant annet ved forskyvning av vakter, bruk av sykepleier på tvers av avdelinger og bruk av bakvakt. Ved ferie har ansvarsvakter for sykepleiere vært dekket ved innleie av medisinstudenter fra vikarbyrå. Det oppgis å ha vært utfordringer knyttet til språk og kompetanse, noe som også tidligere har vært et problem med andre vikarer.

Det gjennomføres opplæring av nytilsatte og vikarer, og det er utarbeidet sjekkliste for dette.

Det beskrives utfordringer knyttet til å få kvalifiserte søkere til stillinger ved sykehjemmet. Det ble vist til at det på tidspunktet for tilsynsbesøket var lyst ut tre 100 prosent sykepleierstillinger, og at det kun har vært én kvalifisert søker ved fristens utløp.

Ved sykehjemmet er det tilsatt én sykepleier som har videreutdanning innen geriatri, én innen diabetes og én innen palliasjon. I tillegg er en sykepleier i gang med videreutdanning i palliasjon. Det gjennomføres imidlertid ikke systematisk internundervisning, og de ansatte deltar i liten grad på eksterne kurs.

Sykehjemslege er spesialist i indremedisin og er tilgjengelig i samme bygg innenfor kontortiden. Kommuneoverlege har tidligere vært benyttet som medisinskfaglig rådgiver for tjenesteutvikling i kommunen, men benyttes i liten grad nå.

Tilsynet fikk fremlagt stillingsbeskrivelse for avdelingsleder, offentlig godkjent sykepleier/vernepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider og pleieassistent/pleiemedarbeider. Det er ikke fremlagt stillingsbeskrivelse for fysioterapeut og sykehjemslege.

Det er opprettet en 40 prosent stilling som fagsykepleier. Funksjonsbeskrivelse for rollen er imidlertid ikke fremlagt for tilsynet.

3.4 Grunnleggende behov

Alle beboerne ved sykehjemmet har enerom. I tillegg er det to ektefellerom ved sykehjemmet. Alle rommene har bad, men ikke alle har dusj på badet. Beboerne som ikke har dusj i tilknytning til sitt rom, må benytte felles bad med dusj. Det beskrives en høy bevissthet blant de ansatte omkring viktigheten av å ivareta beboers integritet i forbindelse med forflytning fra rom til felles bad.

Det utpekes en primærkontakt for hver enkelt beboer, som blant annet har ansvaret for å kartlegge beboers behov og interesser ved innkomst. Det beskrives at de ansatte har bevissthet om viktigheten av selvhjulpenhet i stell, men at det samtidig er noe man burde lagt enda bedre til rette for. Videre beskrives praksis for at beboerne får anledning til å stå opp og legge seg når de selv ønsker det.

Fysioterapeut er tilgjengelig i avdelingen hver dag. Det er imidlertid ikke definert i stillingen hvor mye av tiden som skal brukes på henholdsvis korttids- og langtidsbeboere. Fysioterapeut er ansvarlig for å bestille hjelpemidler. For noen hjelpemidler, for eksempel rullestol, kan det være opptil 3 måneders leveringstid. Andre hjelpemidler har imidlertid kortere leveringstid.

Treningsrom ligger plassert i umiddelbar nærhet til fellesarealet og er beskrevet som velfungerende. Fysioterapeut utarbeider et treningsopplegg til den enkelte, som skal følges opp av pleiepersonalet. Det beskrives imidlertid at det kan variere hvorvidt treningsopplegget følges opp. Det kan både skyldes at det ikke er tid, men noen ganger kan det også skyldes at beboer ikke er motivert.

Ernæringsstatus kartlegges ved bruk av kartleggingsverktøyet MNA (Mini Nutritional Assessment). Sykehjemmet har rutiner for veiing hver måned, og oftere ved behov. Sykehjemmet har eget kjøkken, og alternativ middag kan lages hvis det gis beskjed på forhånd. Kjøkkenet har mulighet for å tilberede næringstett kost. Det legges også til rette for at beboerne kan avvike fra oppsatt måltidstidspunkt. Assistanse gis ved måltid.

Det er utarbeidet tann-/munnstillekort for alle beboere. Kortet henger på badet til hver enkelt beboer. Tannstell og tiltak for munnhygiene gjennomføres i større grad på kveld enn ved morgenstellet. Tannklinikken er i samme bygg som sykehjemmet. Det beskrives god tilgang til tannhelsetjeneste ved behov, men det gjennomføres ikke faste kontroller.

Det finnes ikke skriftlige rutiner for lindrende behandling i terminal fase, men det oppgis at sykehjemslege legger plan tilpasset den enkelte.

3.5 Medisinsk behandling

Det er tilsatt sykehjemslege som er tilgjengelig i samme bygg innenfor kontortid. Sykehjemslege har fast visitt på onsdager og fredager. Utenom kontortid benyttes legevakt på Steinkjer. Ved behov for undersøkelse transporteres beboerne dit i ambulanse. Den er stasjonert i Verran kommune.

Kommuneoverlegen har utarbeidet kommunens smittevernplan. Det finnes imidlertid ikke et infeksjonskontrollprogram for sykehjemmet.

Sykehjemmet deltar i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse.

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av risiko for fall. Det er heller ikke fremlagt skriftlige prosedyrer hva gjelder dette.

Det er på tidspunktet for tilsynsbesøket én beboer som har vedtak om bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Det beskrives en bevissthet blant

de ansatte om bruk av tvang, både når det gjelder tilbakeholdelse (låste dører) og medisiner.

3.6 Legemiddelhåndtering

Det er ikke utpekt en medisinskfaglig rådgiver for legemiddelhåndtering på systemnivå. Tilsynet er forelagt 24 rutiner/prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse er ikke utarbeidet i samråd med lege.

Sykehjemmet har et låsbart medisinerrom med låsbart skap. Fagsykepleier har ansvaret for narkotikaregnskapet. Legemiddelgjennomgang for den enkelte beboer gjennomføres i forbindelse med årskontrollen.

Multidose benyttes i liten grad for beboere på langtidsavdelingen. Dette fordi det har vært opptil 6 uker ventetid på korrekt pakket multidose etter endringer.

Det finnes prosedyre for oversendelse av legemiddelliste i forbindelse med sykehusinnleggelse. Det beskrives praksis for at denne prosedyren følges.

3.7 Journalføring/dokumentasjon

Kommunen benytter Profil som journalsystem på sykehjemmet. Primærkontakt er journalansvarlig for den enkelte beboer. Det er imidlertid ikke utpekt journalansvarlig på systemnivå, for ivaretagelse av kvaliteten på innholdet i journalen.

Fylkesmannen finner ut fra stikkprøver fra journal at sammenfatninger oppdateres jevnlig, og at det gjenfinnes løpende notater. Det fremstår imidlertid å være mangelfull systematikk for bruk av faner/kategorier i journalen, og det fremstår å være lite ensartet praksis for hva som dokumenteres hvor. Dette gjør det vanskelig å gjenfinne raskt det man trenger av opplysninger om beboeren.

Det har vært en del nedetid på elektronisk pasientjournal. Det beskrives rutiner for at man i disse tilfellene dokumenterer på papirskjema, og at hver enkelt ansatt har ansvaret for å føre dette inn elektronisk i etterkant.

Det finnes system for elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten ved bruk av e-meldinger. Epikrise fra legevakt sendes til fastlegen, hvis legevakt har registrert hvem dette er. Fastlege kan sende PLO-melding videre til sykehjemmet. Ut over dette formidles beskjeder muntlig fra legevakt tilbake til sykehjemmet. Sykehjemslegen dokumenterer i sitt journalsystem på legekontoret (System X), og sender kopi av legenotatet via PLO slik at dette legges inn i Profil.

3.8 Brukermedvirkning

Det finnes ikke et brukerråd i kommunen som medvirker i utformingen av tjenestene på systemnivå. Det finnes imidlertid en pårørendeforening som man automatisk blir medlem av dersom man har pårørende ved sykehjemmet.

Det beskrives praksis for at pårørende deltar sammen med bruker (beboer) under innkomstsamtale. Eventuelle klager fra pårørende meldes videre til leder.

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.

En godt innarbeidet kultur og system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge svikt i tjenesteytelsen. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Det å bruke avvikssystemet på denne måten vil også være en måte for virksomhetens ledelse å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av forsvarlighet i tjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Ved Verran Sjukeheim er det for det første beskrevet uklare retningslinjer/praksis for hvilke avvik som skal meldes hvor. Det beskrives for det andre at det er tungvint å melde avvik i EQS. For det tredje gis det ikke tilbakemelding til melder om hvordan avviket er fulgt opp. Og for det fjerde fremkommer det ikke hvordan ledelsen bruker avvikene i arbeidet med forbedring av tjenestene og i arbeidet med å ha oversikt over om praksis er i overensstemmelse med gjeldende myndighetskrav. Det er Fylkesmannens vurdering at ovennevnte mangler ved avvikssystemet innebærer en risiko for at svikt i tjenesten ikke avdekkes og at forbedringstiltak dermed 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 omfatter 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 Verran Sjukeheim er det ikke utarbeidet et infeksjonskontrollprogram, noe som vurderes å være brudd på nevnte forskrift.

Det er virksomhetens eier som har ansvar for å ansette virksomhetsleder med nødvendige kvalifikasjoner. Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller

provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning. Dette følger av legemiddelhåndteringsforskriften § 4 annet ledd. Dette kravet er gitt for å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse om legemiddelhåndtering i virksomheten. Den faglige rådgiveren skal delta i utvikling, vedlikehold og evaluering av et system for internkontroll. Ved Verran Sjukeheim 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 systemet for internkontroll på dette området. Dagens praksis vurderes derfor ikke å være i samsvar med legemiddelhåndteringsforskriften § 4 annet ledd.

5. Fylkesmannens konklusjon

Fylkesmannen i Trøndelag konkluderer med lovbrudd innen følgende områder:

1. *Verran Sykeheim 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. *Verran Sykeheim har ikke utpekt en faglig rådgiver for legemiddelhåndtering.*
Hjemmel: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (av 03.04.2008 nr. 320) § 4 annet ledd.

6. Oppfølging av lovbruddet

Fylkesmannen forutsetter at Verran 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 Verran 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 **21.desember 2018**.

Med hilsen

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

Trude Søreng
seniorrådgiver
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

Vedlegg

1 Vedlegg - gjennomføring av tilsynet