



ARENDAL KOMMUNE

Postboks 123
4891 GRIMSTAD

Saksbehandler, innvalgstelefon

Heidi Danielsen Liane, 37 01 75 79

Endelig rapport etter tilsyn med Arendal kommunes helse- og omsorgstjenester til beboere ved Plankemyra Bo- og Omsorgssenter

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Arendal kommunes helse- og omsorgstjenester, og besøkte i den forbindelse Plankemyra bo- og omsorgssenter fra 20.06.2022 til 21.06.2022.

Tilsynet ble gjennomført etter at Statsforvalteren mottok bekymringsmelding om kritikkverdige forhold fra ansatte ved langtidsavdelingen, Langtid 2. Statsforvalteren hadde også mottatt klagesaker på fallrisikovurdering - og fallforebygging, klage på rutine for behandlingsavklaring på pasientene, og på medisinsk behandling og oppfølging fra andre avdelinger ved Plankemyra bo- og omsorgssenter.

Statsforvalteren fant grunn til å undersøke sykehjemmets rutiner på disse områdene, samt rutiner for systematisk styring og internkontroll, og undersøkte derfor forholdene på en av langtidsavdelingene. Vi undersøkte om Plankemyra bo- og omsorgssenter, gjennom styring og ledelse, sørger for at beboere på langtidsavdelingene får gode og trygge tjenester, som blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav.

Hovedkonklusjon etter gjennomføring av tilsynet er brudd på følgende områder:

- Legemiddelgjennomgang, behandlingsavklaring, brukerstatus og årskontroll, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5 a
- Kartlegging av fallrisiko og fallforebygging jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1
- Samtykkevurdering, bruk av tvang og makt helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1
- Journalføring, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og pasientjournalforskriften



1. Tilsynets tema og omfang

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

I tilsynet har vi undersøkt om Arendal kommune legger til rette for og følger opp at beboere på sykehjemmet mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

På bakgrunn av meldingen til Statsforvalteren og innhold i klagen, ble det innhentet informasjon fra ledelsen om tema som berørte varselet og klagen. Klagesakene ble behandlet som separate saker, men vi tok inn tematikken i tilsynsgrunnlaget. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon og vi har i tilsynet undersøkt om kommunen gjennom systematisk styring sikrer at beboere og tjenestemottakere får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Det ble etter gjennomgang av dokumentasjonen holdt et formøte med ledelsen hvor vi konkretiserte videre tema for tilsynet. Under tilsynet undersøkte vi:

- Systematisk styring og internkontroll, herunder avvikshåndtering
- Kompetanse og bemanning
- Oppfølging av pasientene
 - Rutiner for behandlingsavklaring, brukerstatus og årskontroll
 - Legemiddelgjennomgang
 - Ernæringskartlegging
 - Kartlegging av fallrisiko og fallforebygging
 - Samtykkevurdering, vedtak på kapittel 4A og 4-6a i pasient- og brukerrettighetsloven

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.

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.

Vi gir først en oversikt over lovbestemmelsene som blir lagt til grunn i tilsynet, før vi går nærmere inn på inn i enkelte bestemmelser.



- Helsetilsynsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. §§ 4-1 og 4-2
- Helsepersonelloven § 16
- Helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. journalforskriften §§ 4 og 6
- Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 og kap. 4A
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Sykehjemsforskriften
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Forskrift om en verdig eldreomsorg
- Forskrift om pasientjournal

Forsvarlighetskravet

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 4 stiller krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

Forsvarlighetskravet følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

«Helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at

- a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d) tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

Virksomheten må sørge for at helsepersonell har nødvendige kvalifikasjoner for den oppgaven de er tildelt, og at det er tilstrekkelig fagkompetanse og bemanning for å sikre forsvarlig helsehjelp, jf. beskrivelsen av virksomhetens krav til systematisk styring og kvalitetsforbedring.

Det er et grunnleggende krav til helse og omsorgstjenestene at de tjenestene som ytes er forsvarlige. Dette kravet stilles både til helsepersonellens utøvelse av helsehjelpen og til virksomheten.

Krav om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at kravene er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenne normer i samfunnet for øvrig. Nasjonale faglige retningslinjer, rundskriv og faglige veiledere gir uttrykk for faglig god praksis. Selv om retningslinjene ikke er rettslig bindende, vil de være normerende og retningsgivende for hva som til vanlig regnes som god faglig praksis.

Aktuelle områder for tilsynet

Helse- og omsorgstjenestene skal etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 ha et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte pasient får ivaretatt sine grunnleggende behov.



Systematisk styring og kvalitetsforbedring

Alle virksomheter som yter helsehjelp, skal sørge for at helselovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Kommunen plikter å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-2.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd lyder:

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Kravene til dette arbeidet er utdypet i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene §§ 6-9, jf. § 5. Formålet med denne plikten er å sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen.

For å sikre en forsvarlig virksomhetsstyring må virksomheten gjøre en vurdering av hvilke områder av pasientbehandlingen det er fare for mangler eller svikt ved helsehjelpen, og det må iverksettes tiltak for å motvirke dette. Dette kan for eksempel gjøres ved å utarbeide skriftlige prosedyrer og ved å sørge for tilstrekkelig opplæring, klar ansvarsfordeling og legge til rette for samhandling.

Virksomheten må også sørge for at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å utføre den oppgaven de er blitt tildelt. For å sikre forsvarlige helsetjenester må ledelsen følge opp at tiltakene fungerer og at de er tilstrekkelige.

Basert på kravene overfor forventes det blant annet at:

- Ledelsen sørger for at fordeling av ansvar og oppgaver er avklart
- Ledelsen sørger for innarbeidede rutiner for:
 - Medisinsk oppfølging av beboerne, behandlingsavklaring, brukerstatus og årskontroll
 - Legemiddelgjennomgang
 - Ernæringskartlegging
 - Kartlegging av fallfare og fallforebygging
 - Samtykkevurdering
 - Journalføring
- Ledelsen følger med på at rutinene fungerer og blir fulgt, og gjør nødvendig korrigerende tiltak når det blir meldt om feil, mangler eller uønskede hendelser.
- Ledelsen har oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt, behov for kvalitetsforbedring eller mangel på etterlevelse av lovkrav, behandling av avvik og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 5 heter det at «virksomhetens styringssystem skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig»

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §3.



Kompetanse og bemanning

Krav til internkontroll sees i sammenheng med tjenestene som ytes pasienten, og de krav til virksomheten som følger av helselovgivningen.

Sykehjemsforskriften § 2-1 sier at:

Boform etter denne forskrift skal gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste.

§ 3-2 i sykehjemsforskriften beskriver at:

Boformen skal ha tilknyttet:

- a) En administrativ leder
- b) En lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen
- c) En offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvar for sykepleien
- d) Det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand

Oppfølging av pasientene

Oppfølging fra lege

I sykehjem inngår medisinsk undersøkelse og behandling som en del av tjenestetilbudet, jf. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie («sykehjemsforskriften»). Det vises til forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9. En lege skal være oppnevnt som en medisinsk faglig rådgiver, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5. I en institusjon med ulike faggrupper er det viktig med klare ansvarsforhold og gode rutiner.

For å sikre pasienten nødvendig helsehjelp må det være tilgang til tilstrekkelige legetjenester, og det må være rutiner for rapportering mellom sykehjemslegen og øvrig personell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd, helsepersonelloven § 16, sykehjemsforskriften § 3-2 bokstav b og forskriften om kvalitet og ledelse § 3. Over tid vil pasienter ved sykehjem ofte få en endring i helsetilstanden. Det er viktig med god kommunikasjon og rutiner mellom de ulike faggrupper som sikrer at pasienten får en helhetlig oppfølging.

Behandlingsavklaring, herunder årskontroll

Alle sykehjem bør ha en oppdatert behandlingsstatus for hver enkelt beboer, journalført i pasientjournalen. Ved alvorlig demenssykdom og fravær eller redusert samtykkekompetanse av annen årsak, vil legen vanligvis gjøre vurderingen sammen med de pårørende. Dette handler om avklaring om akuttinnleggelse på sykehus, behandling med antibiotika ved infeksjon, lindringsmedisiner og HLR status. Det finnes flere validerte verktøy som gir veiledning for samtale om ønsker for livets slutfase. Dette er knyttet opp til vurdering av samtykkekompetanse og involvering av pårørende.



Legemiddelgjennomgang

Det følger av forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5a andre og tredje ledd:

Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

Formålet med legemiddelgjennomgang er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder om legemiddelgjennomganger (IS-1998) Det finnes flere validerte beslutningsverktøy som kan brukes ved legemiddelgjennomgang hos eldre, som beskrevet i veilederen.

Ernæringskartlegging

God og riktig mat er grunnleggende for god helse- og livskvalitet gjennom hele livet. God og riktig mat hele livet, er regjeringens ernæringsstrategi som skal bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og til eldre som mottar hjemmetjenester, i tråd med målene i Meld. St. 15 (2018-2019) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

Videre kommer det frem i strategien at det er behov for mer oppmerksomhet, kompetanse og systematikk i mat- og ernæringsoppfølgingen, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset mat- og ernæringstilbud. Ernæringsstrategien skal legge til rette for systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. Målet med god ernæringspraksis er at pasienter og brukere får vurdert sin ernæringsstatus slik at de som er i risiko fanges opp og får tilpassede tiltak, for å forebygge feil- og underernæring og sykdom som følge av dette.

Forskrift om kvalitet i helse og omsorgssektoren skal bidra til å sikre at pasientenes grunnleggende behov blir ivaretatt, herunder å sikre at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke gjennom variert kosthold, og bistand under måltidene dersom det er behov for det. Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer for å sikre at tjenestemottakeren får de tjenestene de har behov for og krav på i samsvar med kvalitetsforskriften §3.

Fallrisikovurdering og fallforebygging

Fall er hyppig årsak til at eldre mennesker skader seg både i og utenfor helseinstitusjoner. Pasienter med demensdiagnose og uro er overrepresentert i statistikk over fallulykker og har høy fallrisiko. Pasienter i sykehjem er i risikozonen, da de ofte har sammensatte helseproblemer. Kartlegging av fallfare og forebygging av fall inngår i pasientsikkerhetsprogrammet- I trygge hender 24/7.

Forebyggende tiltak etter pasientsikkerhetsprogrammet kan blant annet omfatte legemiddelgjennomgang, huskeliste for pasientrom, vurdering av fastvakt og tidlig og trygg mobilisering. Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som sikrer at pasientenes grunnleggende behov blir ivaretatt, jfr. kvalitetsforskriften § 3.

Samtykkevurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 sier at helsehjelp kun kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.



For at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd sier at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter.

Den som yter helsehjelp, avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

Samtykke, eller mangel på sådan, må grundig vurderes og dokumenteres og vil være avgjørende for utøvelse av helsehjelpen. Kommunen skal gjennom sitt styringssystem ha rutiner og prosedyrer for at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert.

Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å fatte vedtak om varsling- og lokaliseringsteknologi jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a eller vedtak om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, må kommunen ha rutiner for at tillitsskapende tiltak blir prøvd og dokumentert. Kommunen må sikre forståelse for rutiner, kompetanse til å vurdere om pasienten yter motstand og om helsehjelp må ytes med tvang, og særlig sikre at det ikke utøves uhjemlet tvang.

Forsvarlig journalføring

Virksomheter som yter helse og omsorgstjenester skal sørge for at journalsystemet er forsvarlig. Dette følger av helse og omsorgstjenesteloven § 5-10. De nærmere krav til innholdet i journalen følger av helsepersonelloven §§ 39 og § 40 samt pasientjournalforskriften.

Hver enkelt pasient skal ha en, samlet journal, og journalføringer skal gjøres fortløpende. Virksomheten plikter å gjøre helsepersonell i stand til å overholde journalføringsplikten. Journalen skal ivareta ansattes behov for nødvendige opplysninger om pasientens helsetilstand, bistandsbehov og hva den ansatte skal følge med på. I tillegg skal journalen fungere som et verktøy for å følge med på pasientens utvikling over tid.

Formålet med å føre journal er å sikre opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også til formål å gi tilsynsmyndighetene innsyn i helsehjelpen som er gitt.

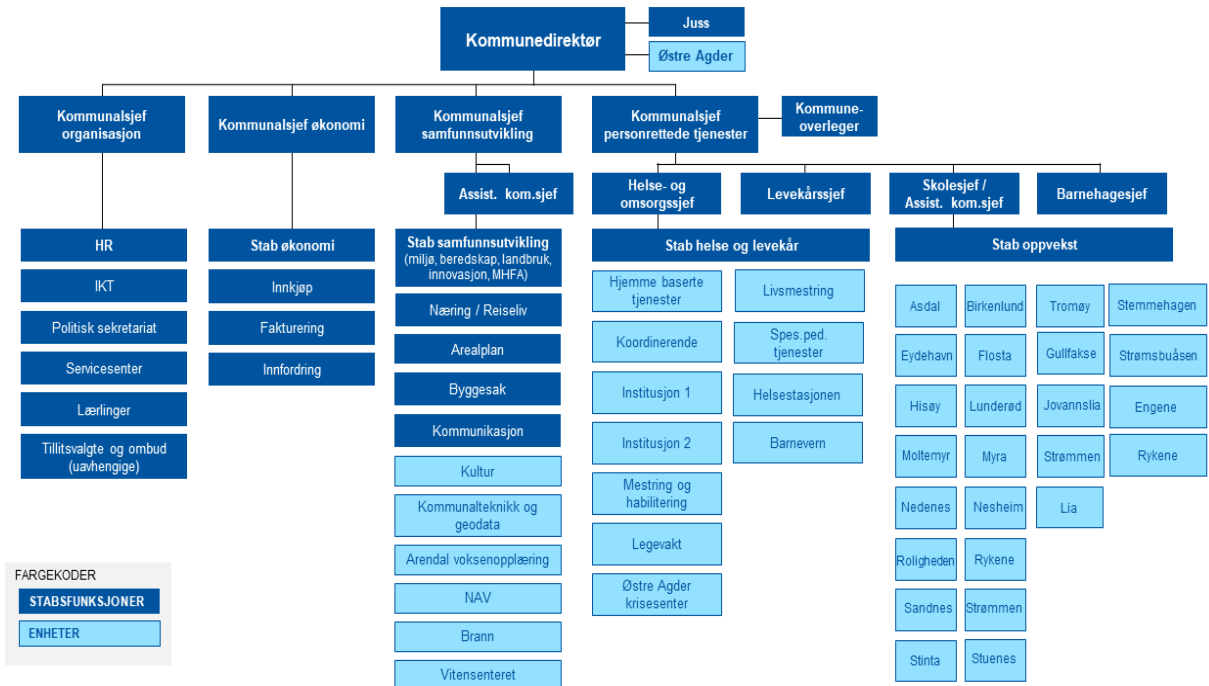
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

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.



Organisering

Arendal kommune hadde pr 1. kvartal 2022 45 571 innbyggere. Kommunen er organisert med kommunedirektør som øverste leder og med fire enheter.



Enheten personrettede tjenester ledes av kommunalsjef. Helse- og omsorgsenheten er organisert under personrettede tjenester og ledes av helse- og omsorgssjef. Denne enheten består igjen av åtte enheter innen helse og omsorg som hver ledes av enhetsledere pr enhet. Plankemyra er organisert under enheten «Institusjon 1», sammen med fem andre sykehjem/bokollektiv, kjøkken, kafe og middagslevering, samt kommunens vaskerier og renhold på omsorgsbygg.

Plankemyra bo- og omsorgssenter er lokalisert sentrumsnært i Arendal og består av ni avdelinger, 42 omsorgsboliger og hjemmesykepleiebase. Avdeling for psykisk helse for voksne har lokaler i bygget.

Sykehjemmet har fem langtidsavdelinger, to skjermede avdelinger og en forsterket avdeling. Det er en lindrende avdeling med korttidsplasser og en av langtidsavdelingene har tre korttidsplasser. Det er totalt 67 senger på huset. Det er to avdelingsledere på huset med ansvar for institusjonstjenestene.

Noen avdelinger har to fløyer, slik at en avdeling har to grupper. Dette er tilfellet for avdelingen vi har ført tilsyn med, der Langtid 2 befinner seg i 3. etasje, regnes som en avdeling, bestående av to grupper.

Det er kjøkken, kafé og vaskeri på huset.

Tildeling av plass på Plankemyra gjøres av kommunens tjenestekontor etter søknad om tjenester.



Systematisk styring og kvalitetsforbedring, herunder avvikshåndtering

Arbeidsfordeling

Det er ansatt sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på Plankemyra. Enhetsleder opplyser at alle faste stillinger er fagarbeidere, eller tett på å ta fagbrev. Arendal har i sin kompetanseplan et mål om å ha bemanningsfaktor på 0,7.

På Plankemyra, Langtid 2, er en somatisk avdeling bestående av to grupper. Statsforvalteren har fått tilsendt bemanningsplan som viser at det skal være fire personer på dagvakt og fire personer på kveldsvakt i avdelingen. Det er fire på vakt totalt i avdelingen, men fordeles med to personer på hver gruppe. En dag i uka er det fem på dagvakt på grunn av legevisitt.

Det er en person på nattevakt som har ansvar for Langtid 2 med sine to grupper, i tillegg til Ternefløyen som er en somatisk avdeling i samme etasje. Det er totalt fire nattevakter på jobb om natta, slik at tre personer er fordelt på resten av avdelingene.

Vaktplanen ligger tilgjengelig på avdelingen hvor det står hvem som har vakt på avdelingen. Når det ikke er sykepleier i vaktplan, så står det skrevet manuelt hvem som har bakvakt. Vaktplan for sykepleier på vakt er registrert på en annen avdeling, da det ikke er fast sykepleier i 3. etasje. Den som skal ha nattevakt og være stasjonær i 3. etasje, står nedtegnet på vaktplanen.

Tidligvakten, som starter 07:15 om morgenen, fordeler en dagsplan - arbeidsfordeling, som er gjeldene for dag og kveld, på bakgrunn av vaktplanen. Her er det beskrevet hvem som skal være på hvilken gruppe, hvem som er sykepleieansvarlig, hvem som har ansvar for medisinutdeling og hvilket rom den ansatte har ansvar for denne dagen. Her er også praktiske oppgaver fordelt, livsgledetiltak fordeles, sjekklister for om alle pasientene er på plass i avdeling gjennom døgnet og sjekklister for om alarmmatter er påkoblet. Dette fylles ut og er gjeldende for hele dagen. Når det gjelder rapport, så foregår denne med muntlig overføring, og oppslag i fagsystemet ved behov – se møtearenaer.

Innleie av vakter

Det er avdelingsleder som har ansvar for tilstrekkelig bemanning. Avdelingsleder behandler også søknader om permisjon, avspasering og ferier, samt løser situasjoner med akutt fravær. Det er ansatt en person i 40 % stilling som støttefunksjon til avdelingsleder knyttet til bemanning. Arendal kommune har en bemanningsenhet hvor man kan melde inn vikarbehov. Bemanningsenheten er felles for hele kommunen og har en base med vikarer. Det gis opplæring på den enkelte avdeling, slik at når man bestiller vakt fra bemanningsenheten til Langtid 2, så skal man få vikar som har hatt opplæring på denne avdelingen. I tillegg har merkantil ressursperson en egen vikarliste som hun kan kontakte ved ledige vakter. Når det ikke er mulig å skaffe vakter, kontaktes avdelingsleder. Beordring går alltid via avdelingsleder.

Primærkontakt

Alle beboere skal ha primærkontakt. Avdelingsleder har det overordnede ansvaret for at primærkontaktordningen fungerer. Helsefagarbeidere og faste vikarer i over 50 % stilling eller mer kan være primærkontakt, ingen sykepleiere er primærkontakt på Langtid 2. Det er ifølge kommunens rutine også sekundærkontakt som hjelper primærkontakt med oppgaver og tar over når primærkontakt er borte. Hovedoppgaven er å være kontaktperson for beboeren og ordne



praktiske oppgaver. Rutinen beskriver også at primærkontakt har et ansvar knyttet til dokumentasjon, som er nærmere beskrevet under journalføring og journalansvarlig.

Journalføring

Arendal kommune bruker journalsystemet Gerica, som er bygd opp av ulike moduler. Det er et system for saksbehandling, tjenestetildeling og fullverdig pasientjournal for tjenestene. Det finnes også mulighet for interaksjon med andre registre og kommunikasjon via elektroniske meldinger.

Tiltaksplanen kan man bygge opp, ut fra pasientens behov for tiltak, og man kan føre fortløpende journal direkte på tiltak eller i egen journalliste. Det er også en funksjon som heter brukerstatus, hvor man får en rask oppdatering og overordnet status på beboer, dersom oppdatert informasjon er registrert. Det er ulike predefinerte tekstbanker som kan flettes inn i journalene for å sikre at nødvendige felter blir nedtegnet. Samtykkevurdering, sjekklister etter utskrivning fra sykehus, ernæringskartlegging og fallfarevurdering er eksempler på dette.

Legemodul er legejournalen som legene anvender. Denne er tilknyttet journaltyper «til legevisitt» og «etter legevisitt» som omtalt under. Her skriver de ansatte hva som skal opp på visitt, og konklusjonen skrives i journaltype «etter visitt».

Det kan opprettes egne journaltyper for flere faggrupper, noe som bl.a. er gjort for nattevaktene, som har opplyst å dokumentere i egen journal.

Vi har systematisk gjennomgått journalene for å undersøke hvordan fokusområder følges opp. Fokusområdene er behandlingsavklaring, legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging, fallrisikovurdering, fallforebygging og samtykkevurdering. Funn etter journalgranskning beskrives nærmere under kapittel om medisinsk oppfølging.

Journalansvarlig

Kommunen har egen rutine for journalansvarlig på institusjon. Rutinen beskriver hva som ligger i dette ansvaret, hva som skal dokumenteres og hvordan det skal utføres. Rutinen beskriver at journalansvaret er delt mellom sykepleierne som er ansatt etter stillingsstørrelse og at ansvaret ofte følger primæransvar og tjenesteansvarlig. Avdelingsleder skal ta stikkprøver en gang pr halvår for å kontrollere at alle retningslinjer er fulgt.

Det er opplyst i intervjuene at det er primærkontakt som fører tiltaksplan for pasientene. Det er helsefagarbeidere i over 50% stilling som er primærkontakter. Primærkontakt har ansvar for å evaluere tiltaksplan en gang pr måned. Dette skal gjøres sammen med sykepleier. Utenom dette skal det skrives endringer ved behov. Det skal gis innspill til og eventuelt utføres IPLOS registrering og det skal evalueres og oppdateres livsgledekalendar hver 4. uke. Sykepleier er ansvarlig for pasientgjennomgangen.

Møtearenaer

Det gjennomføres personalmøter hver 6. uke. Avdelingsleder organiserer møtene, det er noe fast agenda og deretter innkomne saker. Det vektlegges fra ledelsen at dette er en arena for refleksjon.

Det skal være pasientgjennomgang en gang i måneden, hyppigere ved behov. Det er sykepleierne som har ansvar for å organisere møtene, innkalling og innhold. Avdelingsleder opplyser å delta ofte på disse møtene. Det vises til at det ikke er systematisk pasientgjennomgang, men at man kan diskutere pasienter på gruppemøte med pasientgjennomgang.



Rapporter foregår i vaktskifte og er for det meste muntlige overføringer. Muntlig rapport kan gjøre personell oppmerksom på at de må logge inn i fagsystemet for å lese seg opp, men dette gjøres ikke konsekvent i rapporten. Det kan være liten tid til rapport fra nattevakt, pasientene trenger hjelp fra 05 tiden, og vaktene overlapper ikke med dagvakt på alle avdelingene. Det kan derfor bli en muntlig overføring til en ansatt på en annen avdeling, som igjen tar en muntlig overføring til den som kommer tidlig på Langtid 2. Nattevaktene dokumenterer ikke i tiltaksplan, men har egen nattevaktjournal.

Det er regelmessige ledermøte med enhetsleder og avdelingsledere i institusjonstjenestene. Her er det arena for ulike temaer knyttet til pasient eller personell. På møtene gjennomføres det jevnlig etisk refleksjon.

På Plankemyra bo- og omsorgssenter finnes det et HMS-utvalg som har møte en gang pr måned. Her deltar tillitsvalgte, representanter for de ansatte, verneombud og ledelsen.

Kompetanse og bemanning

Arendal kommune skriver i sin virksomhetsplan at det satses på heltidskultur. Det innebærer et mål om at 50% av de ansatte skal ha en 100 % stilling, og at gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 75% på hver avdeling.

Arendal kommune har utviklet fagutviklingsnettverk hvor det skal være en fagkoordinator i 20% stilling på hver avdeling. Plankemyra bo- og omsorgssenter er Livsgledesertifisert, noe som trekkes fram av ledelsen som en del av internkontrollsystemet, da det innebærer jevnlig sertifiseringer.

Opplæring

Arendal kommune har et e-læringsprogram for ansatte om organisasjonen, brannrutiner, beredskap og smittevern. Det er seks obligatoriske kurs. Det er utarbeidet en sjekklister for nyansatte på Plankemyra. Det er en omfattende liste hvor den nyansatte skal signere på å ha gjennomgått en rutine/opplæring, og at den som er opplæringsansvarlig signerer at informasjon/opplæring på det aktuelle er gitt. Den opplæringsansvarlige er alltid en ansatt med erfaring fra avdelingen. Videre finnes det en nyansattperm som inneholder områder den nyansatte må sette seg inn i. Sjekklister for nyansatte er en del av denne.

Den ansatte får informasjon om hvor vedkommende kan hente informasjon. Det finnes bl.a. prosedyrer i kvalitetshåndboka som er felles for Arendal kommune.

Den nyansatte skal ha en oppfølgingssamtale etter 3 og 6 måneder. 6 måneders samtale tar utgangspunkt i referatet fra 3 måneders samtalen.

Sykepleiedekning

Det er to sykepleiere i 100 % stilling som er tilknyttet Langtid 2, fordelt på hver sin gruppe i avdelingen. Det betyr at det ikke alltid er sykepleier på vakt på de to gruppene, men at de skal overlape hverandre. Er det sykepleier på en av gruppene skal denne ha sykepleieansvaret for begge gruppene. Om det ikke er sykepleier på noen av gruppene, så er det den tredje avdelingen i etasjen som har sykepleieansvaret. Om det er fravær av sykepleier i hele etasjen, er det en sykepleier på huset/ eller annen etasje, som har ansvaret, og vedkommende går da på toppen og har ikke andre pleieoppgaver.



Det er også en sykepleier fra bemanningsenheten som er tilknyttet Langtid 2.

På natt er det alltid en sykepleier på vakt, av og til to, øvrig personell på natt er helsefagarbeidere. Det er faste nattevakter tilknyttet Langtid 2, men ikke sykepleier. Sykepleier på natt har faste runder på alle langtidssavdelingene, og kan i tillegg tilkalles fra stasjonær nattevakt i 3. etasje.

Det er laget ukeplan for avdelingen hvor de ansatte kan finne hvem som er vakthavende sykepleier når det ikke er sykepleier på noen av gruppene. Her er det markert hvem som har ansvaret på den aktuelle vakten.

Oversikt sykepleierdekning i ukeplan/vaktplan i perioden fra 04.04.2022 til 02.05.2022

	Man 04.04	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn
Dag	x		x	X	x		
Kveld			x	L1;L2,L3			

Påske	Man 11.04	Tirs	Ons	Påske	Påske	Påske	Påske
Dag	L1,L2,L3	x	x		x		
Kveld		x		x			

	Påske 18.04.	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn
Dag	L1,L2,L3	X	XX	X		syk	
Kveld	X		X	X	syk		syk

	Man 25.04.2022	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn
Dag	syk			syk	x	L2, L3	L2, L3
Kveld			syk		L1.L2,L3	X	L1, L2, L3

GRØNN: Sykepleier i vaktplan/hjemmel i avdeling på vakt

GUL: Sykepleier på Langtid 2 er **bakvakt for andre avdelinger på huset.**

RØD: Bakvakt fra annen avdeling. **Ikke sykepleier i vaktplan**

Legedekning

Det er tre leger på Plankemyra som deler på ansvaret. Det er lege 1,5 dag på lindrende avdeling. Resten av legetidsbruk er fordelt på totalt to dager /uke. Legene er tilgjengelig på telefon frem til kl. 15, deretter må legevakt tilkalles. Legene er organisert under koordinerende enhet og på avdeling for KØH, og har dermed en annen leder enn leder på Plankemyra. Faglig er legene organisert under kommunelegen. Det har vært en periode med mye legevikarer som har gått utover årskontroll osv.

Sykefravær

Sykefravær på Langtid 2 for 2021 er på egenmeldt fravær 3,69% og ved sykemeldt fravær 13,8 %



Avvikshåndtering

Arendal kommune har system for elektronisk avvikssystem. Den som melder avvik, skal få tilbakemelding direkte fra sin nærmeste leder. Det er kun den som har sendt avviket som kan lese tilbakemeldingen. Kommunen viser i saken at de ønsker en åpenhetskultur og vurderer avvik som en del av kommunens kvalitetsarbeid. Ansatte får opplæring om avvik og det står på opplæringsplanen i sjekklisten for nyansatte enhet institusjon. Innholdet i opplæringen kjenner vi ikke til, men vi har fått oversendt elektronisk flytskjema for avvikshåndtering. Flytskjema beskriver på hvilket nivå i organisasjonen avviket skal behandles. Det er også en beskrivelse av hva som betegner et avvik eller uønsket hendelse, ulike typer avvik, og leders ansvar i avvikshåndteringen.

Oppfølging av pasientene

Vi har sett på 8 pasientjournaler. Vi mener vi ser utfordringsbilde og tendenser ved disse åtte, slik at det er dekkende for tilsynet. Det ble gjort en kvantitativ vurdering ved telling i journal, synliggjort ved å sette resultat inn i en tabell med fargekoder. Rødt er fravær i journal, gult betyr mangelfull registrering og grønt betyr gjennomført etter prosedyre og retningslinjer. Hvite felter i tabellene betyr at registrering ikke har vært relevant for pasienten, eks. at pasienten ikke har vært på avdeling et helt år og derfor ikke har hatt årskontroll.

Behandlingsavklaring, brukerstatus og årskontroll

	id 51730	id 38001	id 300	id 17844	id 41476	id 44371	id 39022	id 26207
Årskontroll								
Undersøkelse (lab og vitale verdier, obj somatisk us)								
Vurdering av utvikling								
HLR								
Samtykkekompetanse								
Behandlingsavklaring - pårørendeinvolvering								
JA; dokumentasjon i journal								

Fra journalgjennomgang:

- Behandlingsavklaring inkl. pårørendeinvolvering var hos ingen av pasientene dokumentert i forbindelse med årskontroll, men var hos 2 av 8 pasienter dokumentert på annet tidspunkt/sted i journal.
- Brukerstatus var registrert ved 4 av 8 pasienter, men noteringen var dessverre bare datert hos en enkelt pasient og ikke ajourført. Vi fant brukerstatuser på pasientene som var svært gamle og laget på andre avdelinger før innleggelse på Langtid2, og derfor usikker relevans.
- Det har vært gjennomført årskontroller hos 6 av 8 pasienter (en pasient hadde vært på avdelingen under ett år og den siste pasient hadde ikke hatt årskontroll).
- Årskontrollene inneholdt en somatisk undersøkelse inklusive laboratorieprøver og vitale verdier.
- De inneholdt også en vurdering av pasientens utvikling/funksjonsnivå.
- Informasjon om HLR status og samtykkekompetanse var bare dokumentert i forbindelse med årskontroll hos 1 av 8 pasienter.



- Årskontrollene inneholdt en oppdatert medisinliste, men ikke en systematisk legemiddelgjennomgang.

Fra intervjuene:

- Innkomst gjøres som årskontroll.
- Årskontroll inneholder utvikling, ernæringsstatus, lab, pårørendesamtale mm.
- Sykepleier identifiserer hvem som er i behov for og setter opp til årskontroll.
- Behandlingsavklaring bør gjøres ved innkomst. Involvering av pårørende slik at pårørende skal høres, men ikke få ansvaret. Leger fanger opp endring underveis og da behov for ny avklaring.

Gjennomføring av årskontroll, fra virksomhetens rutine (vedlegg 13 i tilsendt dokumentasjon):

- Somatisk undersøkelse og vurdering av funksjonsnivå. Bruk av aktuelle test så som mms, cornell, smertekartlegging, atferds registrering etc.
- Gjennomgang av pasientens utvikling og aktuelle problemstillinger.
- Legemiddelgjennomgang
- Vurdere endringer i samtykkekompetanse og behandlingsavklaring.
- Dersom prosedyren ikke blir fulgt er det et avvik og skal meldes etter gjeldende bestemmelser

Oppfølging før og etter visitt – samarbeid om oppfølging av pasientene.

Det er primærkontakt som har ansvar for å føre tiltaksplan for pasientene, men det skal gjøres i samarbeid med sykepleier. Tiltaksplanen er den strukturelle planen for oppfølging av pasientene, og beskriver pasientens funksjonsnivå og tilhørende tiltak. Det er sykepleier som skal delta på visitt og innkalle til pasientgjennomgang.

Fra intervjuene får vi følgende uttalelser om oppfølging av pasientene og om samarbeid i avdelingen

Legevisitt/pasientgjennomganger (info primært fra intervju):

- Sykepleier er ikke primærkontakt for pasienter.
- Primærkontakten kan si ifra til sykepleier som setter opp til legevisitt. Alle kan sette opp til legevisitt.
- Ikke systematisk pasientgjennomgang.
- Kan diskutere pasienter på gruppemøte med pasientgjennomgang.
- Forteller at møte har blitt avlyst og at vedk. ikke har møtt – usikkert hvor ofte det er gjennomført – kom ikke frem i intervjuet.
- Har ikke medvirket på legevisitt, inntrykket er at de bare diskuterer pasienter som har vært innlagt.
- Får beskjed etter legevisitt om hva som skal gjøres.
- Ikke opplevd å være med på pasientgjennomgang.
- Sykepleier usikker på hvem som har ansvar for pasientgjennomgang.
- Pasienter kan tas opp på gruppemøter. Men det har vært dårlig oppmøte.



Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang	id 51730	id 38001	id 300	id 17844	id 41476	id 44371	id 39022	id 26207
Gjort v innkomst?								
Gjort minst x 1 pr år?								
Brukes det verktøy/rutine? Start-stopp?								
Interaksjonsanalyse?								
Hvor mange medisiner bruker pasienten?	7 f, 4 vb	9f, 3vb	3f, 3vb	14f, 11vb	7f, 3 vb	9f, 5vb	11f, 6vb	6f, 4vb
Kritisk vurdering av indikasjon, nytteverdi, etterlevelse og aktuelle/potensielle bivirkninger for hvert eneste medikament								
Samstemming - eks ved innleggelse e.l.								

Fra journalgjennomgang har vi funnet:

- Det var kun gjort en systematisk legemiddelgjennomgang hos 1 av 8 pasienter ved innkomst. Denne pasienten var overført fra kommunal øyeblikkelig hjelp, og legemiddelgjennomgangen var gjennomført der.
- Ingen av pasientene hadde hatt systematisk legemiddelgjennomgang ved årskontroll.
- Journalgjennomgangen viste at flere pasienter stod på et stort antall faste medikamenter, i tillegg til medikamenter ved behov, tallene vises i tabellen.
- Vi fant ikke at det brukes egne beslutningsstøtteverktøy i forbindelse med systematisk legemiddelgjennomgang og interaksjonsanalyse var ikke gjort ved noen av pasientene.
- Det var ikke gjort en egen kritisk vurdering av indikasjon, nytteverdi, etterlevelse og aktuelle/mulige bivirkninger for noen av pasientene med unntak av en pasient, hvor dette var gjort av spesialist ved alderspsykiatrisk avdeling SSHF, og dokumentert i pasientens journal.

Fra intervjuene:

- Det blir ikke skrevet om interaksjonsanalyse, eks at det er gjennomført. Kun dersom det er påvist interaksjon.
- Ikke bruk av verktøy for beslutningsstøtte.
- Hyppighet er ved årskontroll og ved endring – gjøres fortløpende.
- Institusjonen har jobbet med å identifisere risikoområde for høyt bruk av psykofarmaka. Det viste seg at det var flere pasienter som var vurdert til faktisk å være i behov av slike medikamenter. Sykehjemmet var opptatt av å anerkjenne at sykehjemspasienten har behov for og rett til behandling. Det er komplekse pasienter som kan føre til behandling med mange medikamenter hvis det er indikasjon for det.
- Virksomheten har ingen egen rutine eller prosedyre for systematisk legemiddelgjennomgang.



Ernæringskartlegging

Ernæringskartlegging MUST sjekklister	id 51730	id 38001	id 300	id 17844	id 41476	id 44371	id 39022	id 26207
Vektkontroll ved innkost								
Vektkontroll ved årskontroll								
Tiltak i tiltaksplan								
Revurderingsdato - hver 6. uke								
Journal knyttet til tiltak								

I fagsystemet er det lagt til rette for bruk av sjekklister for ernæringskartlegging og oppfølging ved ernæringsmessig risiko. Det er MUST skjema, Mini Underernæring Screenings verktøy, som er scannet inn som sjekklister.

Fra journalgjennomgang for åtte pasienter finner vi at det finnes vektkurver på alle pasientene. To av åtte pasienter har hatt vektkontroll ved innkost, fire har hatt ved årskontroll. Vi finner tiltak i tiltaksplan for fem pasienter, en pasient har ernæringskartlegging i journal. Det er registrert revurderingsdato for vekt etter seks uker hos seks av pasientene, mens to har ikke ny dato. Seks av åtte pasienter har journaler knyttet til tiltak.

Fall og fallforebygging

Fall og fallforebygging - sjekklister	id 51730	id 38001	id 300	id 17844	id 41476	id 44371	id 39022	id 26207
Vurdering av risiko for fall - validerte verktøy/sjekklister								
Tiltak i tiltaksplan								
Sammenheng i journal								
Vurdert i årskontroll								

Det er laget prosedyrer for å opprette situasjon og tiltak på fall og fallforebygging i fagsystemet Gerica. Her er det også mulig å legge inn tekstbank og sjekklister for fallforebygging og tilhørende tiltak med tekstmal, «oppfølging og tiltak etter fall»

Ingen av pasientene har hatt vurdering av risiko for fall, til tross for diagnoser og medisinbruk som kan indikere risiko. Hos fire av pasientene er det registrert risiko ved fallfare ved innkost, eller de har hatt et fall. Det er ikke gjort en systematisk kartlegging om risiko for fall selv om fallfare er dokumentert. En av pasientene er sengeliggende og har naturlig nok ikke samme behov for vurdering av fallforebygging som øvrige pasienter.

Tiltak i tiltaksplan er ikke registrert eller har ikke sammenheng med risiko. Det er anført at en pasient bruker rullator, en pasient bruker prekestol, multimorbid pasient med mange diagnoser som kan påvirke gangfunksjon er ikke vurdert med fallrisiko, det er heller ikke sammenheng med forebyggende tiltak etter pasientsikkerhetsprogrammet.



Ingen av pasientene har fått vurdert fallfare og fallforebygging ved årskontroll. Det har vært gjennomført årskontroller ved 6 av 8 pasienter (en pasient hadde vært på avdelingen under ett år og den siste pasient hadde ikke hatt årskontroll).

Samtykkevurdering

Vurdering av samtykkekompetanse	id 51730	id 38001	id 300	id 17844	id 41476	id 44371	id 39022	id 26207
Vurdering av samtykkekompetanse								
Samtale med pårørende om samtykkevurdering								
Vurdering av tillitskapende tiltak								
Vurdering av tvang - kap 4A vedtak								
Har bruker velferdsteknologi?								
Ja, vedtak på 4-6a?								
Tiltaksplan legemiddel								
Tiltaksplan personlig stell								

Kommunen har prosedyrer for vurdering av samtykkekompetanse og det er oppført som et vurderingsområde ved årskontroll. Det er sjekklister i fagsystemet som kan brukes som mal ved vurderingen. Den hentes fra tekstbank og flettes i journal. Videre skal det dokumenteres med tiltaksplan om resultat og eventuelt behov for tillitskapende tiltak dersom ikke pasienten vurderes som samtykkekompetent.

I journalgjennomgang finner vi at seks av åtte pasienter har notat i journal at samtykkevurdering er vurdert, Noen har fått limt inn en tom tekstbank, noe som betyr at det ikke foreligger vurdering selv om det ser slik ut i journaloversikten. Andre har fått limt inn tekstbank, men bare deler er utfyllt, slik at den er svært mangelfull. En pasient har fått vurderingen kopiert fra årskontroll. En pasient har et legenotat med en setning om at «pasienten er ikke samtykkekompetent» uten videre vurdering. Det er feil på dato og ufullstendig registrering. Det er ingen av vurderingene som står til godkjent i forholdet til innholdet i i sjekklisten.

To pasienter har hatt pårørendesamtaler i forbindelse med samtykkevurdering, men skjema og registrering er likevel feil i henhold til sjekklisten.

Det er ingen pasienter som har vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 om samtykke til helsehjelp. Det gjelder både kap 4A, helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp, eller § 4-6-a, om bruk av varsling- og sporingsteknologi for pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen.

Vi finner elementer i journal som kan indikere uhjemlet tvang. Medisiner knuses i syltetøy for tre pasienter, beskrivelse av en pasient som ikke vil ta medisiner, men *gjør det når vi sier han skal*. På tiltak om personlig stell finner vi i journal at en pasient er utfordrende å dusje. «*Vedkommende er redd, og det er utfordrende å få vedkommende til å samarbeide.*» En pasient beskrives med utfordrende atferd og må skjermes på rommet. Til legevisitt er det beskrevet at pasienten har uro, truende atferd, medpasienter blir redde, vil ikke ta medisiner, prater med seg selv, vil ikke ha stell eller tannstell. Det er ikke beskrevet tillitskapende tiltak, eller vurdering av motstand. En pasient beskrives å ha belte i stolen. I vurdering av fall er det i intervju opplyst at det er sykepleiere som vurderer behov for matte. I vår journalgjennomgang teller vi en pasient med alarmmatte, men på intervju er det opplyst at det



er tre pasienter med alarmmatte. Dette er naturlig å se i sammenheng med om pasienten ikke er samtykkekompetent, for da vil det kunne være aktuelt med vedtak på tiltaket.

Fra intervju er det uenighet i at samtykkevurdering skal tas, da dette er ferskvare, dvs. at status kan endre seg raskt. Avdelingen opererer ikke med vurdering «delvis samtykkekompetent». Farv, (Forstå/Anerkjenne/Resonere/Valg), brukes i samtale og skal journalføres. Pårørende informeres, men er ikke involvert i beslutningen. Det ble uttalt at det nok er for lite kap. 4A-vedtak.

Fra intervju uttaler pleiere at de kan ha tillitsskapende tiltak når pasientene er urolige. Dette gir ro og trygghet. Det er ikke strukturerte tiltak i journal, men går på muntlig erfaringsdeling mellom de ansatte om hva som hjelper den enkelte pasient. Det opplyses i intervju at det er tre pasienter med alarmmatte i avdeling, men det er usikkert om samtykkevurdering er gjort og er også usikker på vedtak. Det stemmer med funn i journal hvor det hverken er samtykkevurdering eller vedtak på flere av pasientene.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Systematisk styring og kvalitetsforbedring, herunder avvikshåndtering

Kompetanse og bemanning

Organisering av arbeidet i avdelingen

I gjennomgang av arbeidsplanen ser vi at denne ikke er regelmessig utfylt, det mangler registrering av enkelte dager og det er ofte utfylt kun på en gruppe. Intervjuene avdekker manglende tilhørighet ved at de ansatte ikke opplever de to gruppene som en avdeling. Under intervjuet ble det sagt at fordelingen kan være kime til konflikter og uenighet, men at det tross alt er mindre konfliktnivå nå enn før arbeidsplanen ble innført. Det er tidligvakt som fordeler arbeidsplanen, slik at det ansvaret fordeles på den som kommer først på dagvakt. Det er i dag ingen involvering fra leder ved arbeidsfordeling.

Vikarer fra bemanningsenheten har ulik leder enn de fast ansatte på avdelingen, og det er uttalt at det kan være vanskelig å ta opp konflikter. Det samme gjelder når det er bakvakt fra andre avdelinger. Varselet fra ansatte beskrev et konfliktnivå som også handlet om fordeling av arbeidsoppgaver og at ansatte ikke forsto sine arbeidsoppgaver. Vi har sett både på vaktplan og arbeidsplan og vår vurdering er at man må være godt kjent i systemet for å forstå og lese denne. Det er en sårbarhet over ordningen, og det fremstår som uoversiktlig. Ved å ta en tydeligere rolle i arbeidsfordelingen, vil det være en mulighet for ledelsen å sørge for at oppgaver og ansvarsforhold er tydeligere avklart.

Det er en utfordring med lav ledertetthet. Det er to avdelingsledere på hele institusjonen. Det er mange ansatte å følge opp for å sørge for at rutiner og retningslinjer blir fulgt. Ledelsen har et ansvar for at rutiner følges opp, at det er systemer for forsvarlige tjenester, og at ansvar og oppgavefordeling er tydelig kommunisert. Det har ikke vært gjennomført medarbeidersamtale med de ansatte, her mister man et mulighetsrom for oppfølging.



Det er rutiner for opplæring, men det kan fremstå som noe tilfeldig. Opplæringen er basert på likemannsopplæring, hvor man blir lært opp av erfaren kollega. Det er laget sjekklister der den som gir opplæring og mottar opplæring signerer på at det er gjort. Det beskrives ikke hva det innebærer at den nyansatte og ansatte har signert på sjekklisten. Er rutinen gjennomgått og sikret at den ansatte har forstått det, eller er det en visning til hvor prosedyren finnes. Sjekklisten er en kvantitativ oppramsing av prosedyrer og rutiner.

I samtale med ansatte kommer det frem at prosedyrer og sjekklister for opplæring ikke er kjent. Mange av elevene som kommer i praksis har med egne lister, og disse blir brukt i opplæring. Ansatte som mener å ha hatt god og omfattende opplæring, og har hatt oppfølgingssamtale med leder, kjenner ikke til sjekklister for opplæring. I samtale fremgår det at en del av rutinene og ansvarsforhold er ukjent for de ansatte, og at ansvaret til sykepleiere ikke er godt nok kommunisert.

Det er utstrakt bruk av bakvakter for å dekke inn manglende sykepleiervakter. I intervju blir det vektlagt at nye sykepleiere læres opp av sykepleiere som ikke arbeider på Langtid 2, men på andre avdelinger på huset. Det er derfor vanskelig å komme inn i systemet på avdelingen. Fra intervju er det uttalt:

«Sykepleiere gjør tingene ganske forskjellig»

I samtale med de ansatte fremgår det at sykepleiere ikke er primærkontakt. Primærkontakt skal føre tiltaksplan og evaluere denne sammen med sykepleiere. Primærkontakt skal gi innspill til IPLOS eller utføre IPLOS sammen med sykepleiere. Sykepleiere tar alt av sykepleieroppgaver, det uttales mye av oppgavene består av retting av dosett osv. Alle kan skrive til legevisitt, men det er sykepleiere som skal delta på visitten. I samtale med ansatte fremstår det som uklare ansvarsforhold om hvem som kaller inn, og hvem som deltar i pasientgjennomgang, og sykepleiere i avdelingen har hverken deltatt på legevisitt eller pasientgjennomgang.

Vi stiller spørsmål hvordan kan man holde oversikt over pasientenes behov når det ikke gjennomføres regelmessige pasientgjennomganger. Hvordan sikre kontinuitet i pleie- og omsorg når oppgavene er så fragmentert. Hvordan kan en holde oversikt når sykepleierdekningen er så liten i forhold til sykepleierens ansvarsområde.

Når man ser det i sammenheng med den reelle sykepleierdekningen på vaktplan, så vurderer vi at det er en sårbarhet i oppfølgingen av pasienter på Langtid 2, noe også journalgjennomgangen bekrefter.

Avvik og avvikshåndtering

I forbindelse med tilsynet har Statsforvalteren fått kopi av et betydelig antall avviksmeldinger. Aust- Agder Revisjon gjennomførte en revisjon i Arendal kommune i 2020¹ og undersøkte om enhetene i pleie og omsorg har rutiner som legger til rette for at ansatte melder avvik og om de ansatte opplever at innmeldte avvik følges opp. I tillegg ble det undersøkt om ansatte og ledere i enhetene opplever at det er rom for å ytre seg om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

I revisjonsrapporten vises det blant annet til at Arendal kommune har et tilfredsstillende grunnlag når det kommer til skriftlige rutiner. De skriver at arbeidet med avvik i avdelingene og enhetene fremstår som tilfredsstillende. Der er imidlertid tilbakemeldinger fra ansatte gjennom spørreundersøkelsen som gir indikasjoner på at ansatte ikke opplever dette arbeidet som tilfredsstillende. Revisjonen viser til at det er synliggjort forbedringsområder for kommunen når det

¹ <https://ariks.no/rapporter/>



kommer til arbeidet med å sikre en tilfredsstillende kultur og kjennskap blant ansatte når det kommer til avvikshåndtering. Det fremgår av spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en del av revisjonen at ansatte lar være å melde avvik som følge av manglende tid, manglende oppfølging og en opplevelse av at avvik ikke blir tatt på alvor.

I revisjonsrapporten anbefales det at Arendal kommune ved implementering av nytt avvikssystem vurderer en hensiktsmessig form for opplæring, som sikrer at alle ansatte får en opplevelse av tilstrekkelig kompetanse for å melde avvik. Videre anbefales det at kommunen vurderer eksisterende former for dialog og evaluering mellom leder og ansatte, for i større grad å sikre at alle ansatte opplever at avvik følges tilstrekkelig opp.

Under intervjuene blir det opplyst at det jobbes med avvik på avdelingsmøtene, men den enkelte medarbeider kan oppleve at de ikke får tilbakemelding på avvik eller at de får tilbakemeldingen sent.

Medisinsk oppfølging av beboerne

Vår vurdering av den medisinske oppfølgingen beboere får, henger sammen med sårbarhetspunktene vi har pekt på ved organisering av arbeidet. Det er mye informasjon som gis i muntlige overføringer, det er ikke oppdaterte brukerstatus, det er ikke systematiske rutiner for årskontroll, behandlingsavklaring eller legemiddelgjennomgang. Sykepleierne er tillagt et stort ansvar ved at de skal ha pasientgjennomgang, følge opp tiltaksplan og IPLOS, holde oversikt på pasientene, holde oversikt på hva som skal til visitt og oppfølging etter visitt. Bemanningsoversikten viser at det i realiteten ikke er særlig kontinuitet i sykepleierdekningen, og at det ofte støttes opp med bakvakter fra andre avdelinger. Det vises til vanskeligheter med legedekningen i perioder som har medført manglende årskontroll osv. Samtidig fremkommer det at en del rutiner som legemiddelgjennomgang, behandlingsavklaring og vurdering av samtykke er mangelfulle.

Årskontrollene har i stor grad blitt gjennomført, men innholdet er mangelfullt. Stort sett fravær av legemiddelgjennomgang, behandlingsavklaring inkl. pårørendeinvolvering, vurdering av samtykkekompetanse og HLR status. Dette er ikke i tråd med god klinisk praksis. Videre har kommunen selv utarbeidet en rutine for årskontroll som da ikke følges. Fra avvikene vi har mottatt fra kommunen, er det ingen avvik som gjelder at årskontrollen ikke er gjennomført etter prosedyre.

Ved gjennomgang i journalene fant vi at gjennomføring av legemiddelgjennomgang var svært mangelfull. Dette gjelder både når gjennomgangene skal gjøres og det faglige dokumenterte/journalførte innholdet i disse. Legemiddel gjennomgang blir ikke sett i sammenheng med pasientens totale situasjon, herunder andre risikofaktorer, som ernæring og fall, og det bidrar til en manglende helhetlig oppfølging. Dette gjør at vi vurderer at praksis ved legemiddelgjennomgang ikke er i tråd med god klinisk praksis, følger ikke nasjonal veileder og oppfyller ikke lovens krav om systematisk legemiddelgjennomgang.

Vi finner at det er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. og forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5 a.

Ernæring

Måltidene inntas på fellesareal for hver gruppe, det er to gruppekjøkken med spiseplass på avdelingen.

Ved gjennomgang av journaler fant vi at det stort sett var sammenheng mellom tiltak i tiltaksplan og journaler som er knyttet til tiltakene. Det er mangelfullt med vektkontroll med innkomst, men dette



følges opp ved årskontroller. Det var dokumentert oppfølging på ernæring og ernæringsstatus, men det er ikke systematisk registrert på alle i journal. Avdelingen hadde en tavle på vaktrommet der det ble påminnet om oppdatering av ernæringsstatus, noe som kan være mulig årsak til at oppfølgingen var mer systematisk og mer dokumentert enn andre områder vi har undersøkt. Avdelingsleder uttalte at avdelingen fulgte ernæringsstatus til pasientene godt opp og forventet ikke avvik her. Vi vurderer at Arendal kommune følger opp pasientenes behov for ernæring med strukturert og regelmessig screening. Dette er innenfor forsvarlig praksis.

Risikovurdering for fall og fallforebygging

Under intervju blir det uttalt at alle pasientene har fallfare, og det vises til at det gjøres vurdering av funksjonsnivå, spise/drikke, ADL, NEWS fallfare, undervisning, medikamenter, blodprøver og vitamin D. Vi finner ikke dette igjen i systematisk fallrisikovurdering og tiltak for oppfølging. Vurderinger må være synlige slik at øvrige helsepersonell kan følge opp med tiltak. Her opplyses det også at det er sykepleiere som vurderer behov for matter ved seng - varslings teknologi

Vi stilte spørsmål om hvordan fallfare og tiltak knyttet til dette ble vurdert. Hovedbudskap i svarene var at helsefagarbeidere rapporterer til sykepleier, sykepleiere rapporterer til visitt. Det sies lite om hvilke tiltak de tar stilling til.

«har et punkt på fall i Geric. Sier man må være obs på det videre. Av og til følges det systematisk opp, mest på de som ikke faller så ofte, ikke opplevd at det har blitt tatt opp fallfare på pasientgjennomgang. Settes opp på legevisitt av og til»

Ledelsen må legge til rette og følge opp at tjenestene er i tråd med gjeldende regelverk, noe som innebærer at ledelsen må ha kunnskap om tjenestekvalitet og områder med risiko for svikt. Selv om det ligger prosedyrer i fagsystemet, så er der ikke strukturert oppfølging av pasientene knyttet til fall og fallforebygging. Det fremkommer heller ikke at det sees i sammenheng med andre risikofaktorer, som medisinerbruk, mobilisering, bruk av hjelpemidler, diagnoser, ernæringsstatus osv. Pasienter med demensdiagnose eller som har uro er overrepresentert i statistikk om fallulykker. Hos disse vil det derfor være svært viktig å gjøre grundig vurdering av risikoen og sette i verk forebyggende tiltak.

Kommunen har nylig hatt en tilsynssak om oppfølging av pasient etter fall på Plankemyra. I tilbakemelding fra Statsforvalteren til kommunen i denne saken, vises det til at vi gjennom denne systemrevisjonen, ser på kommunens rutiner for dette. Den aktuelle saken viste at det fortsatt var bekymringsfull oppfølging av rutinen for fallrisikokartlegging og tiltak for oppfølging av pasienter med fallrisiko. Denne bekymringen er forsterket gjennom dette tilsynet og viser store mangler knyttet til strukturert oppfølging og faglig vurdering av pasienten. Det er også mangelfull journalføring da det ikke finnes strukturerte tiltak i pasientjournalen.

Vi vurderer at pasientene ikke følges opp med tiltak mot fall og fallforebygging i tråd med god praksis, og at dette derfor utgjør brudd på forsvarlighetskravet § 4-1, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene §§ 6-9.

Samtykkevurdering, bruk av tvang og makt

Ved gjennomgang av journaler fant vi at innholdet i samtykkevurderingene var mangelfulle og at kvaliteten på vurderingene ikke var god. Kommunen har verktøy som kan hjelpe de ansatte med å



gjøre denne vurderingen, som sjekklister til utfylling i journalsystemet, men disse var i varierende grad brukt.

Kommunen skal gjennom sitt styringssystem ha rutiner og prosedyrer for at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert. Det informerte samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3 og 4 krever frivillighet samt adekvat informasjon fra helsepersonell om tilstanden, utrednings- og behandlingsalternativer. Det skal baseres på pasientens forståelse, og det må være åpenbart at pasienten ikke forstår hva samtykke innebærer for at en skal konkludere med at pasienten ikke er samtykkekompetent.²

Dette gir stort rom for skjønn, og mangel på samtykkekompetanse er ikke nødvendigvis permanent, og derfor må det ligge til rette systemer som sørger for kontinuerlig vurdering av pasientens samtykke. Om det er gitt at pasienten ikke vil gjenvinne samtykkekompetanse på enkelte områder, kan det likevel være andre områder som pasienten fortsatt har samtykke på.

Her finner vi brudd på helse- og omsorgstjenesteloven. §§ 4-1 og 4-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, da det mangler strukturert samtykkevurdering av pasientene.

Etter gjennomgang av journalene stiller vi spørsmål om det kan være bruk av uhjemlet tvang som det ikke er fattet vedtak på etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og §4-6a.

Journalføring

Det fremgår av det ovennevnte at gjennomgangen av journalene viste at det at det var mangelfull journalføring på flere områder. Manglene får direkte konsekvens for samhandling mellom helsepersonell, strukturert oppfølging og faglige vurderinger av pasientene. Kontroll av de ansattes journalføring har ikke vært gjennomført i henhold til egne rutiner. Dokumentasjonen har ikke vært omfattende nok til at vi kunne danne oss et tilstrekkelig bilde av hva som er gjort av observasjoner av pasienten og hva som har vært planlagt. Dette er brudd på plikten til å føre relevante og nødvendig opplysninger i pasientjournalene.

Vi finner at det er brudd helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, helsepersonelloven §§ 39 og 40 samt forskrift om pasientjournal.

5. Statsforvalterens konklusjon

Konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Vi finner brudd på følgende områder:

- Legemiddelgjennomgang, behandlingsavklaring, brukerstatus og årskontroll, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5 a
- Kartlegging av fallfare og fallforebygging jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

² <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=rRxvApDn>



- Samtykkevurdering, bruk av tvang og makt helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1
- Journalføring jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og forskrift om pasientjournal

6. Oppfølging av påpekt lovbrudd

Statsforvalteren finner at det foreligger svikt i å anvende eksisterende rutiner og manglende internkontroll for å sikre forsvarlige tjenester ved Plankemyra bo- og omsorgssenter i Arendal kommune.

Statsforvalteren i Agder ber Arendal kommune om å:

Gjøre en egen vurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet, basert på kommunens kjennskap til egen virksomhet.

Vi ber videre om at kommunen utarbeider en plan for å rette lovbruddene. En slik plan vil normalt inneholde:

- Tiltak som må iverksettes for å rette lovbruddene
- Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltakene er iverksatt
- Hvordan ledelsen vil følge med på om tiltakene har virket som planlagt, etter at de har fått virket en stund.
- Virksomhetens egne frister for å sikre fremdrift

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Seniorrådgiver , Stein Jøssang, Statsforvalteren i Agder, revisor
- Ass. fylkeslege , Kathrine Pedersen, Statsforvalteren i Agder, revisor
- Seniorrådgiver, Heidi Danielsen Liane, Statsforvalteren i Agder, revisjonsleder

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege

Heidi Danielsen Liane
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Statsforvalteren mottok et varselbrev fra ansatte på Plankemyra bo og omsorgssenter om kritikkverdige forhold. Vi hadde samtidig flere tilsynssaker fra samme omsorgssenter.

Varsel om tilsynet ble sendt 02.12.2021. Vi innhentet dokumentasjon fra kommunen. Etter gjennomgang av dokumentasjonen ble det avtalt et formøte 20.05.2022.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 20.05.2022.

Befaring ble gjennomført 20.06.2022 og 21.06.2022. Tema for befaringsen: Journalgjennomgang og intervju med ansatte og ledelse.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Plankemyra Bo- og Omsorgssenter i Arendal kommune, og innledet med et kort informasjonsmøte 20.06.2022. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 26.08.2022.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Strategisk kompetanseplan Helse- og levekår 2019-2022 Arendal kommune
- Virksomhetsplan - utdrag som handler om institusjon, fravær og HMS
- Avvikshåndtering HMS og kvalitet - Flytskjema
- Avvik i perioden fra 01.07.2021 til 31.12.2021
- Innholdsfortegnelse på nyansattperm
- Arendal kommunes rutine for Primærkontakt - Sekundærkontakt Plankemyra BOS.
- Sjekkliste evalueringssamtale nyansatt etter 3 måneder/ 6 måneder.
- Sjekkliste for nyansatt enhet institusjon.
- Sjekkliste for inntak for beboer
- Bemanningsplan og vaktplan for Langtid 2 i perioden fra 04.04.2022 til 25.04.2022
- Rutinen for journalansvarlig på institusjon
- Rutine for årskontroll
- Prosedyre for ernæringskartlegging og ernæringsplan
- Prosedyre for å vurdere fallrisiko og tiltak i fagsystemet Gerica
- Arbeidsfordelingsplan - Dagsplan Langtid 2

Det ble valgt 8 journaler etter følgende kriterier:

- Pasient som hadde vært lenge i avdelingen
- Pasienter som nylig hadde flyttet til avdelingen
- Pasienter fra begge gruppene



I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Svein Elgvin	Enhetsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jan Ståle Holst	Tilsynslege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mette F Jobsen	Nattsykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elisabeth Tibell	Hjelpepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katrine Narvesen	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silje Vrålstad	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kani Kameran	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monica Lund	Helsefagarbeider/merkantil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kristian Lindaas	Avdelingsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nina Evensen Smith	Helse- og omsorgssjef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Christina Thorell	Avdelingsleder	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bente Grythe	Fagkoordinator	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pål Koren Pedersen	Seniorrådgiver	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>