



Arendal kommune

Postboks 123
4891 GRIMSTAD

Saksbehandler, innvalgstelefon

Lasse Svenstrup Andersen, 37 01 75 28

Tilsynsrapport Arendal kommune - Solhaug bo- og omsorgssenter

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Arendal kommune og besøkte i den forbindelse Solhaug bo- og omsorgssenter 26. til 27.11.2018. Vi undersøkte om Arendal kommune sørger for at tjenester til beboerne blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at beboerne ved sykehjemmet får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført etter initiativ fra Fylkesmannen i Agder. Det hadde i de senere 2-3 år kommet en del bekymringsmeldinger om beboerne fikk tjenester på riktig «omsorgsnivå», og klager relatert til faglig forsvarlighet som gjaldt Solhaug og de som bodde der. Solhaug var tidligere organisert som et aldershjem. I 2017 ble driftsformen for bygget omgjort til sykehjemsdrift.

Institusjonen Solhaug ble åpnet i 1977. Selv om det pågår oppussing, gir byggets strukturer og arealer vanskelige forhold for de ansatte, og for brukere med omfattende omsorgsbehov. Dette gjelder både til pleieformål og ivaretagelse av demente.

Fylkesmannen i Agder konkluderer med følgende lovbrudd:

1. Det er ikke oppnevnt medisinskfaglig rådgiver for legemiddelhåndtering.

Dette er et brudd på kravet til medisinskfaglig rådgiver som fremgår av legemiddelforskriften § 4, annet ledd.

2. Det er ikke rutiner for samarbeid og bruk av legevakt, og dette fører til usikkerhet og mangelfull dokumentasjon ved kontakt med legevakt.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige legetjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.



3. Kommunen sørger ikke for systematisk kartlegging og oppfølging av ernæring for pasientene ved sykehjemmet. Det er mangler ved dokumentasjonen på noe av det som er gjennomført. Spisesituasjonen er ikke tilrettelagt godt nok.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige legetjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd. Jf forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) § 3 b) om «tilpasset hjelp», og sykehjemsforskriften § 3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

4. Brukermedvirkning og pårørendearbeid gjøres ikke systematisk, og det mangler dokumentasjon på noe av det som er gjort.

Systemnivå: Det er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7e.

Individnivå: pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 til 3-3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

5. Det fattes ikke vedtak om disponering av kontantytelser, og det mangler dokumentasjon på samtykkevurderinger for pasientene ved sykehjemmet.

Det er et brudd på forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten § 3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

6. Sykehjemmet mangler et system for fortløpende revurderinger av plasstildeling ved Solhaug. Ved progredierende sykdom eller skader, vil sykehjemmet ikke være egnet for de mest pleietrengende pasientene.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige tjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-1: se særlig annet ledd, 2. pkt.: «Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter.» Se forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6b.



Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	4
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	11
5. Fylkesmannens konklusjon	13
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd	14
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	15



1. Tilsynets tema og omfang

Dette tilsynet ble gjennomført som en planlagt systemrevisjon. En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, gjennomgang av resultatdokumentasjon (journaler, vedtak mv.), samt gjennom intervjuer med brukere eller deres representanter, og ansatte. Det gjøres også andre undersøkelser ved befaring.

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 virksomheten har systematisk og planlagt:

- styring av virksomhetens aktiviteter (herunder avvikshåndtering)
- tildeling av plasser gjennom søknad, utredning og vedtak
- arbeid for å yte forsvarlige helse og omsorgstjenester, herunder medisinsk faglig tilsyn (riktig omsorgsnivå)
- samarbeid med annen helsetjeneste (fastlege/sykehus mv.)
- arbeid for ernæring (systematisk nivå og individuell oppfølging)
- disponering av kontantytelser for beboerne
- oppholdsbetaling for beboerne
- brukervedvirkning for beboerne og pårørende (individnivå og systemnivå)

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

2.1 Plikt til systematisk styring og kontroll:

Kommunens ansvar for systematisk styring og kontroll går ut på å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Hensikten er å påse at tjenesten som ytes fortløpende i hverdagen er i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen. Dersom feil eller mangler oppstår skal dette fanges opp, slik at virksomheten kan iverksette tiltak og justere praksis. Dette er et lederansvar. Det vises til 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). Ledelsesansvaret er et overordnet ansvar, og innebærer også at medarbeiderne i virksomheten får anledning til å medvirke, og at virksomheten evner å lære av feil, jf forskriftens § 3.

Ledelse og systematisk styring (internkontroll) skal vurderes etter virksomhetens behov. Det er ikke et selvstendig krav som gir grunnlag for å konkludere med lovbrudd isolert sett. Krav til internkontroll skal ses i sammenheng med tjenestene som ytes til pasienten, og de krav til virksomheten som følger av den øvrige helselovgivningen.

2.2. Tildeling av plass:

Ved søknad og tildeling av plasser skal saken utredes tilstrekkelig før det fattes vedtak.

Forvaltningsloven Kapittel IV har regler om hvordan dette skal skje. Disse prosessuelle reglene skal sikre pasientenes rettigheter, og føre til en trygg og transparent saksbehandling. Det skal fattes vedtak i henhold til forvaltningslovens Kap V.

2.3 Forsvarlig 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 personell, og tilgang til tilstrekkelige legetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd, helsepersonelloven § 16, sykehjemsforskriften § 3-2 bokstav b og kvalitetsforskriften § 3.

2.4 Samarbeid med andre deler av helsetjenesten:

Helsetjenesten består av mange ulike aktører på forskjellig nivå, og samarbeid med andre er avgjørende for et helhetlig tilbud. I mange tilfeller er det livsnødvendig, for eksempel ved kommunikasjon med sykehuset etter innleggelse. Kommunehelsetjenesteloven § 4-1 jf § 6-1 gir uttrykk for at samarbeid er en del av forsvarlighetskravet. (IK forskrift e og f).

2.5 Ernæring:

Spørsmål om ernæring inngår som en del av forsvarlighetskravet. Det er gitt egne veiledere fra Helsedirektoratet som utdypet forsvarlighetskravet og gir anvisning på en del forhold som enten bør ivaretas eller skal ivaretas. Ernæring skal ivaretas både systematisk og individuelt.

2.6 Oppholdsbetaling:

Det skal fattes vedtak om oppholdsbetaling fortløpende, jf. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

2.7 Disponering av kontantytelser i sykehjem:

Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten bestemmer at det skal fattes vedtak om disponering av kontantytelser dersom beboer mangler samtykkekompetanse og verge samtykker til dette. Det er ikke et krav hvis det er oppnevnt en verge med mandat til å råde over midlene. Disse reglene skal sikre at pengene kommer beboerne til nytte ved behov mens de er på sykehjemmet, for eksempel ved utgifter til klær, frisør, fotpleie, gaver, personlige ting mv. Ordningen vil også være en sikkerhet for de ansatte i forhold til evt. beskyldninger om stjeling.

2.8 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et gode i seg selv for pasientene og pårørende, samtidig som at det vil styrke kvaliteten og bedre treffsikkerheten i tjenestene. Pasient og brukerrettighetsloven fastslår at brukermedvirkning er en lovbeskyttet rettighet, jf § 3-1. 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.

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

3.1 Systematisk styring og kontroll

Arendal kommune har fem kommunalsjefer. Enhetsleder for institusjonen sorterer under kommunalsjef for Helse og levekår, som igjen rapporterer til Rådmannen. Det styres etter faste styringssystem der lederne rapporterer på tre måle-parametere: økonomi, fag og personal.

Det finnes et eget Tjenestekontor som er uavhengig av de ulike utførerne av tjenestene i kommunen. Tjenestekontoret utreder og tildeler tjenester i kommunen sentralt. Den finnes en del rutiner og prosedyrer som både er lokale for Solhaug, og som gjelder hele kommunen. Disse følges i varierende grad.

Kommunen har et eget elektronisk avvikssystem der avvik registres og behandles fortløpende. Ikke alle skriver avvik når de skal. Det gis ikke alltid tilbakemeldinger til de som skriver avvik. Kommunen er i gang med en gjennomgang av avvikssystemet og rapporteringssystemer, og ønsker å forbedre dette for å sikre at feil og mangler fanges opp og rettes.

3.2 Tildeling

Tildeling av plasser skjer gjennom søknad eller melding fra hjemmetjenesten. Det er laget et eget flytskjema for dette som viser kartleggingsprosessen. Pårørende er med når Tjenestekontoret foretar besøk i hjemmet og kartlegger funksjonsnivået. Dette gjøres planmessig i alle saker. Klager på tildeling behandles fortløpende ved tjenestekontoret. Det klages sjeldent på avslag på tildeling av fast plass ved institusjon, og det er meget få klager som går videre til Fylkesmannen etter klage og avslag.

Tjenestekontoret har mottatt noen klager som ikke går på tildeling av plass, og de er sendt videre til enhetsleder for institusjonen i Arendal kommune.

Solhaug bo- og omsorgssenter er et sykehjem som består av to avdelinger: korttids- og langtidsavdeling. Disse er spredd på tre etasjer, og korttidsavdelingen holder til i syvende etasje (dvs. tredje etasje i forhold til inngangspartiet). Det er 18 pasienter på korttids-, og 30 pasienter på langtidsavdelingen. (I tillegg er det i samme bygg 28 omsorgsleiligheter, men disse tilhører ikke sykehjemsdelen.) Det finnes også lagerrom spredt i etasjene i bygget.

Legetjenesten er ikke lagt i styringslinje under enhetsleder institusjon, men rapporterer til kommunelegen.

De som vurderes til å ha rett til sykehjem blir tildelt plass ved et egnet sykehjem i kommunen. Det fattes raskt vedtak om dette, vedtakene tilfredsstiller forvaltningslovens krav. Det betyr at pasienter som i utgangspunktet er i behov av omfattende stell og pleie ikke skal til Solhaug. Det skyldes at det er en del bygningstekniske ting som begrenser muligheten for pleie. Det gjelder for eksempel dører som ikke er brede nok til sykehussenger, og da må syke pasienter bæres gjennom døråpningen i stedet for å bli trillet i seng. Eller det gjelder små bad på 2,7 kvadratmeter, som ikke gir plass til heis, rullestol, flere hjelpere mv. Kommunen prioriterer derfor de pasientene med best fysisk funksjon på Solhaug.

Det er ikke regelmessige møter mellom Tjenestekontoret og Solhaug, slik det er på enkelte andre steder som tar imot korttidspasienter.



Dersom pasienter ved Solhaug under oppholdet blir tungt pleietrengende, skal de vurderes for omplassering til et annet sykehjem. Det kan bli motstand fra pårørende på dette, og man ønsker i en del tilfeller ikke å flytte pasienter på slutten av livet. Det kan i enkelte tilfeller føre til at pasienter med tungt pleiebehov likevel forblir på Solhaug.

Kommunen har en egen venteliste, jf. lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplasser i Arendal kommune. Ventelistene administreres av leder for tjenestekontoret, som ukentlig rapporterer til kommunalsjef. Det er god orden på dette. Oversikt i 2018 (UKE 1 til 24) viser varierende tall, men likevel tydelige tendenser: Det var i dette tidsrommet fra 21 til 34 pasienter som til enhver tid var på venteliste fordi de fylte kravene til langtidsplass og var innvilget dette gjennom vedtak. Av disse var til enhver tid 12 til 24 pasienter ivaretatt på korttidsavdelinger. Pasienter som var ivaretatt enten i sitt opprinnelige hjem eller i omsorgsbolig, var til enhver tid et antall fra 3 til 11.

Det oppgis at det er få av de på venteliste for fast plass på sykehjem som er ivaretatt hjemme i sitt opprinnelig hjem (ikke omsorgsbolig). I den uken tilsynet foregikk, var det bare to pasienter som bodde hjemme i opprinnelig bolig/hjem, og som stod på venteliste for fast plass på institusjon.

Dersom det ikke kan gis sykehjemsplass umiddelbart, kan det i henhold til den lokale forskriften om rett til langtidsopphold i sykehjem gis plass i det kommunen kaller «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester på ubestemt tid». Det oppgis likevel at kommunen pr i dag ikke har slike plasser. Det som skjer i praksis, er at pasientene blir ivaretatt i hjemmet eller på korttidsavdeling. Korttidsavdeling er ikke ment å skulle være «venteplasser» og når de brukes som dette vil de blokkere for andre, for eksempel de som skal på «avlastningsopphold», «rehabiliteringsopphold» eller pasienter som er i behov av regelmessige korttidsopphold for å kunne fortsette med å bo i sitt opprinnelig hjem.

3.3 Forsvarlige helse og omsorgstjenester

Leder ved Solhaug har driftsansvar både for korttids- og langtidsavdelingen, og rapporterer direkte til enhetsleder for institusjoner. Avdelingen er den største i sitt slag i kommunen, og den eneste der både korttids- og langtidsplasser sorterer under en felles avdelingsleder.

Det er ikke egne avdelingssykepleiere ved Solhaug. Ansvar for daglig drift fordeles rullerende, slik at det alltid er en ansvarlig sykepleier på dag, kveld og natt. Ansvarlig sykepleier skal følge med på E-link, slik at meldinger fra sykehus kan følges opp av lege/sykepleier på Solhaug (blodtrykk, CRP, blodprøver mv.).

Fagansvar er fordelt til ressurssykepleiere. Disse skal ivareta ulike typer fagansvar som de får tildelt, for eksempel «lindrende behandling», «ernæring» eller «trykksår» mv.

Ved planlegging av turnus tas det hensyn til ansattes kompetanse, slik at de får dekket hver vakt med nødvendig sykepleierkompetanse og annet.

Det er egen lege henholdsvis for korttidsavdeling og langtidsavdeling. De to avdelingene driftes i utgangspunktet meget forskjellig, da det til dels er to ulike type pasientgrupper som kommer til de to avdelingene. (På korttidsavdelingen er det til enhver tid pasienter som er tildelt sykehjemsplass, og som venter på fast plass.) Langtidsavdelingen har hatt mindre stabil legeordning de siste månedene, og har derfor brukt vikarer. Ved ankomst på langtidsavdeling gjør både legen og sykepleieren omfattende inkomstnotater og gjennomganger, bla av medikamentbruk. Det er egne



skjema for sykepleier inntakstnotat, mens det for legen er utarbeidet generelle rutine for hvilke oppgaver og gjøremål sykehjemslegen har på langtidsavdelingen.

Det er ikke utarbeidet rutine for korttidsavdelingen. Det lages pleieplaner. I inntaksten inngår det pårørendesamtaler, og man følger «Livsglede» som skal sikre at hver pasient får en individuell og tilrettelagt hverdag med et positivt og tilpasset innhold. Inntakstamtaler skal dokumenteres i journal, men det skjer ikke alltid.

Korttidsavdelingen har en del pasienter inne til avklaring og vurdering. På denne avdelingen har pasientene et noe mer intensivt forløp, da pasientene skal ut igjen innen kort tid, enten til eget hjem/omsorgsbolig, eller videre til en tilpasset langtidsplass.

Det finnes en egen rutine for legemiddelhåndtering, og legemidler deles bare ut av de som har medisinsk kurs og som er kvalifisert. Ved planlegging av turnus ser man på hvem som har legemiddelkurs og kompetanse til å utføre oppgaver i forbindelse med administrering og utdeling av legemidler. Det skrives avvik på medikamentfeil. Det er ikke oppnevnt en medisinfaglig rådgiver for å støtte opp om virksomhetsleders ansvar, dette er et krav i forskriften.

3.4 Samarbeide med annen helsetjeneste

Det er egne rutiner for samarbeid med sykehuset, tannpleiere, fysioterapi, apotek, ergoterapi, hjemmesykepleien, mv. Tannpleier kommer to ganger årlig eller etter behov. Ansatte sjekker jevnlig munnhuleproblematikk. Tannpleierne har sine egne journalnotater.

«E-link» skal ivareta kommunikasjonen med sykehuset ved inn- og utskrivninger. Både lege og ressurspsykepleier følger med på dette, men det er ikke klare rutiner på dette, og dette kan glippe for en del pasienter. Det opplyses om at det vil bli utarbeidet rutiner for å sikre at man fanger opp meldinger daglig. Korttidsavdelingen samhandler med fastleger jevnlig og opplever ikke problemer med dette.

Det er ikke utarbeidet rutiner for samhandling med legevakt. Det kan føre til usikkerhet om når legevakt skal kontaktes, og kommunikasjonen med sykehjemslegen kan bli dårlig i etterkant av legevaktkontakt.

3.5 Ernæring

Det er egne rutiner for ernæringskartlegging og oppfølging, bla et eget kartleggingsverktøy kalt «MUST» (Malnutrition Universal Screening Test). Veiing og oppfølging av ernæring skal dokumenteres i journal, det kan bla. tas ut grafer/kurver fra «lab-status» i journalsystemet «Geric», som viser utviklingen over tid.

Veiing skjer enten sittende på spesiallaget «stolvekt», eller stående på vanlig badevekt. Stolvekten virker ikke alltid, bla. var det tilfelle ved vår befaring under tilsynet. Stolvekten er komplisert å bruke for noen, av og til er det feil med elektronikken/batteriet. Vekten har ikke fast plassering, og kan derfor være vanskelig å finne. Det fremgår ikke av journaldokumentasjonen om det er benyttet «stolvekt» eller badevekt (stående veiing).

Ved måltider skal personalet følge med og tilrettelegge, jf egne rutiner. Ved befaring kunne vi se at det ikke ble gjort, flere opplyser at det er ulikt praksis omkring måltidene og i en del tilfeller følges ikke pasientene slik som forutsatt. Det fører til forvirring og uro, og at matsituasjonen ikke blir bra nok bestandig. Fylkesmannen kunne under tilsynet observere dette ved befaring. Ved behov skal



beboerne få tilrettelagt kosten etter forskjellige vurderinger. For eksempel hva de kan spise, om de trenger økt inntak av mat og får mer av det de liker, eller at det følges med på matinntak, væske mv.

Det ble også opplyst at middagen ble servert på samme tid som det var vaktskifte. Dette ble beskrevet til å skape en stresset situasjon hvor de ansattes behov for å bli ferdige kunne gå på bekostning av brukernes behov for hjelp og matro.

Gjennomgang av 10 journaler ved langtidsavdelingen viste følgende dokumentasjon i journalen:

Observasjon/ dokumentasjon i journalen	Antall
Gjøres trykksårprofilakse v/ behov, dokumentert i journal: ja*	3:10
Trykksårprofilakse er ikke dokumentert i journal*	5:10
Trykksårprofilakse <u>ikke aktuelt</u> , men det er dokumentert i journal*	2:10
<i>* Merknad: Trykksårprofilakse ikke aktuelt for alle pasienter, og resultatet her er at det i 5 av 10 tilfeller er dokumentert i journal (ja/nei) og det vurderes som tilstrekkelig.</i>	
Fysioterapi / ergoterapeut kontaktet**	5:10
Fysioterapi / ergoterapeut ikke omtalt i journalen**	5:10
<i>**Merknad: Fysioterapi er ikke aktuelt for alle. Det vurderes som tilstrekkelig at man i 5 av 10 saker har gjort en vurdering av dette.</i>	
Tiltaksplan (alle pasienter <u>skal ha</u>)	10:10
Alle har oppdaterte IPLOS-registeringer	10:10
Veiing:	
Veid hver måned jf kravet de siste 6 mnd.?	2:10
Veid 2:6 mulige måneder	3:10
Veid 4:6 mulige måneder	3:10
Veid 6:6 mulige måneder	2:10
Tannhelse 2 x årlig	10:10
Legemiddelgjennomgang ved inntak dok	6:10
Legemiddelgjennomgang årlig dok	5:10
Legemiddelgjennomgang ikke dok. systematisk	6:10
Årskontroll dok	6:10
Årskontroll ikke systematisk dokumentert	5:10
Ernæringsstatus er <u>ikke</u> dok. vurdert etter rutinen	8:10
Samtykke med behandling er ikke dokumentert	4:10
Samtykke økonomi er ikke dokumentert	5:10
Samtykke daglig funksjon ikke dokumentert	5:10
Pårørendesamtale ved inntak ikke dokumentert	3:10
Pårørendesamtale ved årskontroll er ikke dokumentert	0:4 ***
<i>***Merknad: (ikke alle 10 journalene var aktuelle pga. inntakdato, ett år er ikke gått for 4 av pasientene.)</i>	



Gjennomgang av 5 journaler for korttidspasientene: tilfredsstillende dokumentasjon

Observasjon/ dokumentasjon i journalen	Antall
Avklart intensjon med korttidsoppholdet	5:5
Samtale med pårørende ved oppstart	5:5
Legemiddel- gjennomgang	5:5
IPLOS utfylt/oppdatert	5:5
Ernæringsstatus vurdert etter rutinen	5:5
Samtykkevurderinger som gjelder: økonomisk, medisinsk behandling, daglig funksjon.	5:5

3.6 Disponering av kontantytelser

Solhaug har rutiner for oppbevaring av «verdisaker og kontantytelser» (datert 28.09.2018). Det legges opp til at familie/verge ordner med kontantbeløp. Det er ikke fattet noen vedtak om disponering av beboernes kontantytelser ved Solhaug. Ansatte kan hjelpe til med å oppbevare penger og betale ved besøk hos foterapeut, frisør mv.

Fylkesmannen har ikke mottatt noen kopier av vedtak om disponering av kontantytelser fra Solhaug, slik forskriften om disponering av kontantytelser sier. Fylkesmannen mottar slike kopier fra kun ett sykehjem i kommunen. Det finnes en rutine for hvordan kommunen skal ivareta beboernes kontantytelser, men denne er ikke kjent ved institusjonen og den er ikke i bruk i kommune unntatt ved det ene sykehjemmet.

3.7. Oppholdsbetaling

Vedtak om oppholdsbetaling fattes fortløpende med skriftlig vedtak til beboer/pårørende.

3.8 Brukermedvirkning på individnivå og systemnivå

Det er oppnevnt et eget Pårørende-råd som skal arbeide på systemnivå. Sykehjemmet er «Livsgledesertifisert», og legger vekt på aktiviteter og hyggelig samvær med og mellom beboerne. Pårørenderådet har her en rolle i de halvårlige samlinger med kaffe og vafler. Det finnes en egen «Prosedyre for brukermedvirkning i enhet institusjon» (ikke datert, godkjent av tidligere enhetsleder).

Tjenestene skal tilrettelegges i samråd med pasienten. Samarbeid med pårørende er også en del av «Livsgledekriteriet» datert 10.04.2018. Her omtales også «Pårørenderådet».

Noen beboere vil være forhindret fra deltakelse i sosialt samvær fordi sengene ikke kan trilles gjennom døråpninger som er for trange.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

4.1 Systematisk styring og kontroll

Helse- og omsorgstjenestelovgivningen setter krav til systematisk styring og internkontroll for sikre forsvarlige tjenester til beboere med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Det skal iverksettes nødvendige tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Forskriftens § 3 sier at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, har plikt til å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av



virksomhetens aktiviteter. Ledelsesansvaret er et overordnet ansvar. Medarbeiderne i virksomheten skal ha anledning til å medvirke, og brukernes erfaringer skal brukes aktivt. Hensikten er at virksomheten skal lære av feil, jf forskriftens § 3. Det er ikke fremlagt risikovurderinger for å identifisere fare svikt, jf forskriftens § 6 e).

Det er ikke alle ansatte som skriver avvik når de skal, dette kan skyldes både ulik praksis og ulik oppfatning av hva/når/hvorfor det skal skrives avvik. Det gjelder mange ansatte i ulike stillinger, og det er varierende hvilken opplæring de har mottatt. Det er ikke alltid det gis tilbakemeldinger til de som skriver avvik. Dette kan skyldes tekniske problemer eller vanskeligheter med å gjenfinne svar. Det er også slik at mange ikke kjente forskjellen på avvik knyttet opp mot hendelser rundt brukerne, og hendelser knyttet til de ansatte, såkalt HMS-avvik.

Kommunen er klar over problemet på generelt grunnlag og vil gjennomgå og se på hele avvikssystemet på nytt. Kommunen er også i gang med å se på ulike måter å trekke ut informasjon ved å bearbeide avvik på. Dette vil kunne styrke læringspotensialet, for eksempel ved å se å sammenhenger/årsakssammenhenger for eksempel ved fallulykker. Mangel på kompetanse kan også være medvirkende, og på Solhaug har de ingen helhetlig oversikt over kompetansebehovet til de ansatte.

For langtidspasientene er det tydelig at rutinene ikke følges opp ved veiing/ernæring, legemiddelgjennomgang, pårørendesamtaler og vurdering av samtykkekompetansen. Det registreres avvik for fall, og det skjer relativt ofte. Fallulykker kan ha sammenheng med det åpenbare: at pasientene er gamle, svake eller forvirrede. Slik uønskede hendelser kan også ses i sammenheng med andre forhold, for eksempel de fysiske utfordringene man har med det bygningstekniske ved institusjonen.

4.2 Tildeling av plass

Tildeling ved førstegangssøknad skjer etter systematisk og faglig forsvarlig, jf. forvaltningsloven Kap IV og V, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 c). Pasientene får vedtak om plass etter behov fortløpende. Men de må i noen tilfelle vente på fysisk tildeling av plassen, da det ikke er ledig kapasitet og det opereres med ventelister.

Dersom pasienter ved Solhaug under oppholdet blir tungt pleietrengende, skal det vurderes om de skal tildeles plass på et annet sykehjem med bedre fasiliteter for tungt pleietrengende pasienter. Det kan bli motstand fra pårørende mot en slik omplasser (ny tildeling) ut fra individuelle behov, og man ønsker i en del tilfeller ikke å flytte pasienter på slutten av livet da belastningen i seg selv er for stor. Det kan i enkelte tilfeller føre til at pasienter med tungt pleiebehov likevel forblir på Solhaug.

Pasientene på venteliste blir i enkelte tilfeller ivaretatt i hjemmet, men hovedsakelig skjer dette ved at de får plass på en korttidsavdeling. Korttidsavdeling er ikke ment å skulle være «venteplasser» og når de brukes som dette vil de blokkere for andre, for eksempel de som skal på «avlastningsopphold», «rehabiliteringsopphold» eller pasienter som er i behov av regelmessige korttidsopphold for å kunne fortsette med å bo i sitt opprinnelig hjem.

4.3 Forsvarlige helse og omsorgstjenester

Medisinskfaglig rådgiver er ikke oppnevnt for legemiddelhåndtering. Forskrift om legemiddelhåndtering § 4 sier at det skal være oppnevnt en medisinskfaglig rådgiver.

Som nevnt under tildeling pkt. 4.2, så vil det fra tid til annen skje at sykehjemmet må flytte pasienter til andre og mer egnede sykehjem. Dette gjøres også i en noen tilfeller. I enkelte tilfeller blir



pasienten av ulike årsaker likevel ikke flyttet. Resultatet er at det blir både tidkrevende og vanskelig å ivareta pasientens behov, for eksempel med små bad og dører som ikke er vide nok til å trille senger gjennom. Dette er ikke faglig forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Tidkrevende pasienter vil periodevis ta ressurser fra andre gjøremål ved et sykehjem, som stell og pleie av mindre krevende pasienter. På Solhaug vil stell og pleie av de tungt pleietrengende pasientene ta ytterligere tid. Badene er små og det ikke er plass til to hjelpere eller tekniske hjelpemidler, og da må i en del tilfeller stell og vask skje i sengen, noe som gjør at disse gjøremålene kan ta inntil 1 1/2 time å utføre, mens man vanligvis kunne klart seg med 20-25 minutter. Det er et brudd på forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-1. Første ledd pålegger kommunen å ta «*nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne.*» Det er også et brudd på forskrift om en verdig eldreomsorg, § 3 a), som skal sikre at kommunen systematisk legger til rette for individuelle tilpasninger for sine pasienter på sykehjem.

4.4 Samarbeide med annen helsetjeneste

Samarbeidet med sykehuset og fastlegene går bra. Det er ingen rutine for kontakt med legevakt. Hvilke opplysninger som nedtegnes i journal varierer. Dette er sårbart da sykehjemslegen ikke får epikriser, og mangel på relevant informasjon kan føre til usikkerhet. Dette er ikke faglig forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

4.5 Ernæring

Tiltak rundt ernæring følges ikke opp systematisk, og det en manglende dokumentasjon på en del av det som gjøres for den enkelte av pårørendesamtaler, samtykkevurdering, årskontroller mv. Utstyr som stolvekten virker ikke alltid, ansatte vet ikke hvor vekten er og andre kan ikke bruke vekten. Rutinene rundt ernæring er omfattende, og det er tydelig at det er vanskelig å følge opp så detaljerte krav fortløpende. Det skrives ikke avvik som gjelder oppfølging av vekt/bruk av vekt osv. Dette er ikke faglig forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

4.6 Disponering av kontantytelser

Det fattes ikke vedtak om disponering av kontantytelser, og man har ikke oversikt over samtykkekompetansen eller vergemålsoppnevningen for pasientene. Dette er et brudd på forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten § 4.

4.7. Oppholdsbetaling

Vedtak om oppholdsbetaling fattes fortløpende med skriftlig vedtak til beboer/pårørende, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.8 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning fungerer ikke på systematisk nivå når det gjelder driften og tjenester til beboerne. Brukermedvirkningen skjer ved representasjon fra pårørende. Det er ikke jevnlig møter med saker på systemnivå. Det rapporteres om at egne forhold kan tas opp med leder, og at det ved en anledning ble stelt og ryddet i inngangspartiet. Brukerrådet ble ellers brukt til felles hygge-arrangementer osv.

På individnivå skal det foretas samtaler med hver enkelt pasient og pårørende, dette skal dokumenteres i journal. Det kommer frem at noe av dette skjer gjennom «Livsgledekriteriet», men dette føres ikke i journal og Fylkesmannen har ikke sett disse.



Pasient og brukerrettighetsloven fastslår at brukermedvirkning er en lovbeskyttet rettighet, jf. §§ 3-1 og 3-2. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 at kommunen skal arbeide med systematisk brukermedvirkning og forskrift om internkontroll.

Når enkelte pasienter i perioder er avskåret fra samvær med andre fordi sengen ikke kan trilles gjennom døråpningen, vi brukerne være avskåret fra en del egne valg i forbindelse med sosialt samvær og kontakt med andre, og være forhindret fra deltakelse på arrangementer.

5. Fylkesmannens konklusjon

1. Det er ikke oppnevnt medisinskfaglig rådgiver for legemiddelhåndtering.

Dette er et brudd på kravet til medisinskfaglig rådgiver som fremgår av legemiddelforskriften § 4, annet ledd.

2. Det er ikke rutiner for samarbeid og bruk av legevakt, og dette fører til usikkerhet og mangelfull dokumentasjon ved kontakt med legevakt.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige legetjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

3. Kommunen sørger ikke for systematisk kartlegging og oppfølging av ernæring for pasientene ved sykehjemmet. Det er mangler ved dokumentasjonen på noe av det som er gjennomført. Spisesituasjonen er ikke tilrettelagt godt nok.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige legetjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd. Jf forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) § 3 b) om «tilpasset hjelp», og sykehjemsforskriften § 3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

4. Brukermedvirkning og pårørendearbeid gjøres ikke systematisk, og det mangler dokumentasjon på noe av det som er gjort.

Systemnivå: Det er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7e.

Individnivå: pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 til 3-3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

5. Det fattes ikke vedtak om disponering av kontantytelser, og det mangler dokumentasjon på samtykkevurderinger for pasientene ved sykehjemmet.



Det er et brudd på forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten § 3. Kravet til dokumentasjon fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

6. Sykehjemmet mangler et system for fortløpende revurderinger av plasstilldeling ved Solhaug. Ved progredierende sykdom eller skader, vil sykehjemmet ikke være egnet for de mest pleietrengende pasientene.

Dette er et brudd på kravet til forsvarlige tjenester som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, jf § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-1: se særlig annet ledd, 2. pkt.: «Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter.» Se forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6b.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Fylkesmannen ber Arendal kommune utarbeide en plan for å rette lovbruddet innen 09.03.2019.

Planen må inneholde:

- forslag til tiltak som skal iverksettes for å rette lovbruddet
- hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere de foreslåtte tiltakene
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund
- Kommunens egne frister for å sikre framdrift

Fylkesmannen vil følge opp dette i dialog med kommunen, og deretter vurdere å avslutte tilsynet.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen (e.f)
fylkeslege

Lasse Svenstrup Andersen
seniorrådgiver

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.
Saksbehandler: Lasse Svenstrup Andersen, tlf: 37 01 75 28



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 21.08.2018.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 31.08.2018.

Befaring ble gjennomført 31.08.2018, og under selve tilsynsbesøket 26.-27.11.2018. Tema for befaringen var bryggets beskaffenhet, daglig drift og rutiner/prosedyrer, samt hvordan sykehjemmet var innrettet for å møte beboernes behov.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Solhaug- bo og omsorgssenter, og innledet med et kort informasjonsmøte 26.11.2018. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 29.11.2018. To representanter for pårørende ble intervjuet under tilsynet.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Tilsynet fikk oversendt 83 vedlegg og mottok også noen dokumenter under tilsynet. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet, og her nevnes hovedkategoriene:

- Rutiner for søknad, utredning, tildeling av sykehjemsplass mv.
- Lokal forskrift om tildeling av plass i sykehjem med kommentarer
- Rutiner for praktisering av ventelister for langtidsplass i Arendal kommune
- Rutiner for medisinsk oppfølging av lege ved sykehjem
- Pleieplaner og aktivitetsplaner mv. (eks «min historie, aktivitetskalender osv.)
- Innkomstmappe, inntakssamtale, 1.gangs kartlegging
- Beskrivelse av Livsgledesykehjem, min historie mv
- Rutine for informasjon, signering verdisaker mv.
- Rutine for informasjon, signering verdisaker, tørvask, navnelapper mv.
- Rutiner for ernæring, vekt (MUST, ernæringstrappen mv.)
- Oversikt over ernæring for 3 x pasienter
- Rutiner og beskrivelse for samarbeid med andre i helsetjenesten
- Rutiner og beskrivelse for kontantytelser
- Rutiner og beskrivelse for oppholdsbetaling
- Rutiner og beskrivelse for oppholdsbetaling
- Vedtak for 5 x pasienter: tildeling av langtidsplass
- Vedtak for 5 x pasienter: tildeling av korttidsplass
- Vedtak for 3 x pasienter: oppholdsbetaling korttidsplass
- Vedtak for 3 x pasienter: oppholdsbetaling langtidsplass
- Ventelister for langtidsplass 2018 januar - august
- Ventelister for korttidsplass 2018 juni - august
- Planer for aktiviteter ved sykehjemmet (konserter/arrangement mv.)
- Planer for aktiviteter ved sykehjemmet
- Sertifisering Livsgledesykehjem
- Beskrivelse av Bruker/pårørenderådet
- Oversikt over avvik: fall
- Oversikt over avvik: april – sept. 2018, eksempler
- Stillingsbeskrivelser
- Oversikt over ansatte og dagsplaner, beboere”



- Oversikt pårørende
- Årshjul HMS, kvalitet og personal Solhaug
- Døgnrytmeplan Solhaug mv.
- Smitte, hygienerutiner
- Branninstruks
- Opplæring assistenter
- Rutine for primærkontaktrollen
- Sjekkliste nyansatte, sykepleier, vikarer taushetserklæring mv.
- Bruksanvisning hygienehåndboka
- Arbeidsreglement
- Avfallssortering
- Brosjyre Solhaug

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
Elin Sjaavaag	Hjelpepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tya Monstad	Livsgledeansvarlig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Svein Elgvin	enhetsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Siv Tamlag	Avdelingsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helene Rakeie	Kommuneoverlege	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anna Haaland	sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tara-Ann Hansen	Helsefagarbeider	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elin Dal Mikalsen	Saksbeh. tjenestekontor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jon Mikael Attestog	sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anne Elisabeth Skodde	hjelpepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nina Lunderød Øverbø	sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anne-Marit Storaker	Lege, korttidsavdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Åse H. Risdal Oftebro	spesialsykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Torill Skår	kommunalsjef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wenche Forsberg	Saksbeh. tjenestekontor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Debora Dias de Oliveira	Lege, vikar langstidsavd.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tanja Sollie	Assistent	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elisabeth Myrslo-Kønig	sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bwinja Buhendwa Safari	hjelpepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reshsad Zahid	Sykepleier (natt)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åse Kristin Verngård	Omsorgsarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lene Haugen	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

To representanter for brukere ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

En uavhengig brukerrepresentant fikk opplæring i tilsynsmetoden, underskrev taushetsplikt og deltok i tilsynsteamet på lik linje med Fylkesmannens ansatte.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- ass. fylkeslege, Aase Aamland, Fylkesmannen i Agder, revisor
- seniorrådgiver, Egil Nordlie, Fylkesmannen i Agder, revisor
- Kari-Mette Kihle Jomaas, brukerrepresentant for eldre, revisor
- seniorrådgiver, Lasse S. Andersen, Fylkesmannen i Agder, revisjonsleder