

TILSYNSRAPPORT

Rapport systemrevisjon med Lyngdal helsehus – Hjemmeboende eldre 2023

Tidsrom for tilsynsbesøket:

30.-31.10.2023

Statsforvalteren i Agder

24.06.2024

Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det avdekt lovbrudd. Kontakt etaten som har utført tilsynet for status på avviket.

Innholdsfortegnelse

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

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

1. Tilsynets tema og omfang

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

I tilsynet har vi undersøkt om Lyngdal kommune legger til rette for og følger opp at beboere med demensdiagnose, i omsorgsbolig, mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunnen for tilsynet var flere klagesaker som gikk på oppfølging og organisering av tjenestene ved Lyngdal helsehus. Klagesakene ble behandlet som separate saker, men vi tok inn tematikken i tilsynsgrunnlaget da vi ser dette som områder for risiko uavhengig av tjenestested. Lyngdal helsehus består av mange ulike tjenester, både institusjonstjenester og hjemmetjenester.

Tilsynet er avgrenset til å undersøke hvordan pasienter med demensdiagnose følges opp i omsorgsbolig og hvordan arbeidet er organisert.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon og vi har undersøkt om kommunen gjennom systematisk styring sikrer at tjenestemottakerne får ivaretatt sine grunnleggende behov. Under tilsynet undersøkte vi:

- Systematisk styring og internkontroll, herunder avvikshåndtering
- Bemanning og kompetanse
- Oppfølging av pasienten ved:
 - Fallrisikovurdering og fallforebygging
 - Ernæringskartlegging
 - Legemiddelhåndtering
 - Samtykkevurdering
 - Bruk av velferdsteknologi

Lyngdal kommune hadde per 2020 et innbyggertall på 10365 personer. Det var på samme tidspunkt 182 personer med demens i Lyngdal. Tallene er hentet fra demenskartet.no som er en framskrivning av befolkningsutviklingen i Norge. Prognoser viser at andelen personer som vil få demensdiagnose fremover er kraftig økende på landsbasis, herunder i Lyngdal, og derfor har vi ønsket å sette fokus på denne pasientgruppen i tilsynet. Av 64 beboere i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus var det bare ni personer som hadde demensdiagnosen.

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 virksomhetens praksis er i samsvar med gjeldende regler i lov og forskrift. Formålet med tilsyn er å styrke sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten, og befolkningens tillit til helsetjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1.

Følgende regelverk er lagt til grunn for tilsynet:

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.(helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Legemiddelhåndteringsforskriften)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift om pasientjournal

2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og systematisk styring

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd plikter kommunen å drive systematisk styring for å sikre at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav satt i lov og forskrift.

Styringssystemet er hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres og tilpasses virksomhetens størrelse mv, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 4 og 5. Det nærmere innholdet i styringssystemet er definert i forskriftens §§ 6-9. Kravene gjelder på alle ledelsesnivå.

Systematisk styring er en kontinuerlig prosess som blant annet innebærer å sørge for at virksomheten har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på aktuelle fagfelt, at virksomheten har rutiner og tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse, at virksomheten har oversikt over risikoområder, at virksomheten vurderer om gjennomføring av oppgaver etterlever krav i lovgivningen, at virksomheten bruker uheldige hendelser og erfaringer fra pasienter og pårørende i sitt forbedringsarbeid og sørger for korrigerende forbedringstiltak ved behov.

Kommunen plikter samtidig å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og bruker-sikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Virksomhetens ansvar for å drive systematisk styring og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

2.2 Forsvarlighetskravet

Det er et grunnleggende krav til helse- og omsorgstjenesten at den omsorg og helsehjelp som ytes er faglig forsvarlig. Dette innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Ved klargjøring av innholdet i forsvarlighetskravet må det tas utgangspunkt i hva som kan forventes av virksomheter og helsepersonell i aktuelle situasjon, og krav i lovverket må utdypes med gjeldende anerkjent fagkunnskap og samfunnsmessige normer. Rundskriv, veiledere og nasjonale faglige retningslinjer vil de være normerende og retningsgivende for hva som regnes som god, faglig praksis, selv om de i seg selv ikke er rettslig bindende. Hva som kan anses som god faglig praksis på området kan derfor endres i tråd med fagutvikling, endringer i verdioppfatninger og situasjonen for øvrig. Vurdering av hva som er god faglig praksis er videre utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

I forsvarlighetskravet ligger det også krav om at arbeid i virksomheten organiseres slik at personell er i stand til å overholde lovpålagte plikter. I dette ligger det blant annet krav om at kommunen skal sikre at personell nødvendig kompetanse på fag, rutiner mv. samt at arbeidet er organi-

sert slik at det er mulig for personell å yte forsvarlig helse- og omsorgshjelp. Det er kommunens ansvar at det er tilrettelagt for samarbeid/samhandling når annen kompetanse er nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet.

Forsvarlighetskravet gjelder både enkeltstående tjenester og kommunens samlede tjenestetilbud. Bestemmelsen setter krav til koordinering og samarbeid internt og med andre etater og mellom nivåer.

2.3 God praksis i oppfølgingen av personer med demens opp imot tilsynstema

Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinje om demens¹ (heretter kalt retningslinjen) gir veiledning på hva som vil være god praksis for oppfølging av personer med Demens. Veilederen beskriver demens på følgende måte:

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Symptomene må ha oppstått på grunn av en spesifikk hjernesykdom eller hjerneskade og de må være kroniske. I de fleste tilfeller er de progredierende, det vil si at symptomene blir mer og mer uttalte.

Personer med demens er en spesielt sårbar gruppe, og anbefalingene gitt i denne retningslinjen forutsetter at basale behov er møtt, slik som ernæring, tannstell og hygiene, eliminasjon (urin/avføring), hjelp til å korrigere syns-/hørselssvekkelse, søvn, opplevelse av trygghet med mer.

Retningslinjen fremhever at demenssykdom medfører redusert evne til å ivareta egen helse og egne rettigheter. Disse pasientene er særlig sårbare for feil og mangler ved tjenesteytingen og er særlig avhengige av at helsepersonell tar et helhetlig ansvar for behandling og oppfølging².

Retningslinjen gir anbefalinger om at personer med kognitiv svikt og mistanke om demens skal gis tilbud om demensutredning og oppfølging etter at en demensdiagnose er satt. Tiltak og aktivitet som iverksettes, skal være tilpasset personenes interesser, behov og ressurser, og justeres på bakgrunn av endringer som følge av demensutviklingen. Dette for å sikre et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud jf. kvalitetsforskriften.

Regjeringens Demensplan 2025 har som mål at personer med demens skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med tjenestene. Dette fordrer at tjenestetilbudet tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, og at involverte aktører samhandler til den enkeltes beste.

2.3.1 Oppfølging fra lege:

Ifølge Regjeringens demensplan er målet med demensomsorg å gi pasienten en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste. Dette forutsetter tverrfaglig samarbeid og god informasjonsflyt mellom tjenestene. Oppfølging fra lege er en naturlig del av dette.

Beboere i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus anses som hjemmeboende og skal følges opp av fastlege.

Retningslinjen anbefaler at pasienter med mistenkt kognitiv svikt tilbys en standardisert, basal demensutredning. Kartleggingen ved mistanke, samt ved oppfølging, er omfattende og bør derfor gjennomføres tverrfaglig. I dette ligger det også føringer på hva som bør følges opp, i samarbeid med kommunen og pårørende.

Ifølge retningslinjen bør det være oppfølging fra fastlege hver 6.-12. måned.

God praksis for pasienter med demens bosatt i omsorgsbolig er at kommunen avklarer pasientens behov for bistand og at det etableres samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmesykepleien.

Etter fastlegeforskriften § 8 er det kommunen som har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med fastlegene, og kommunen skal sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

2.3.2 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 med demenssykdom er i risikozonen, da de ofte har sammensatte helseproblemer. Kartlegging av fallfare og forebygging av fall inngår i pasientsikkerhetsprogrammet- I trygge hender 24/7. Helsedirektoratet har beskrevet fall og fallforebygging som en sentral oppgave som må inngå som en del av de fleste styringssystemer, og at det vil kunne være brudd på forsvarlighetskravet å ikke arbeide med fall og fallforebygging for virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester til eldre³.

Helsedirektoratet har også utarbeidet nytt nasjonal faglig råd, *Forebygging av fall hos eldre*⁴, som også gjelder hjemmeboende eldre.

2.3.3 Ernæringskartlegging og forebygging av ernæringsmessig risiko

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 blant 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 ernæringsstilbud. 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. Pasienter med demenssykdom er særlig utsatt for feilernæring.

Etter kvalitetsforskriften skal personer som mottar pleie- og omsorgstjenester få ivarettatt sine grunnleggende behov, herunder dekning av fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke). Tilbudet skal videre være tilrettelagt for personer med demens. For å oppnå dette skal

kommunen blant annet utarbeide skriftlige prosedyrer jf. forskriften § 3 annet ledd.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje *Forebygging og behandling av underernæring*⁵ angir hva som er regnes som god faglig praksis og er helt sentral ved vurderingen av hva som er faglig forsvarlig tjeneste.

Etter retningslinjen skal kommunen sikre at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet, herunder omsorgsbolig. For personer som har hjemmesykepleie og ikke er i risiko, skal risikovurdering gjøres månedlig. For personer som mottar andre helsetjenester i hjemmet skal risikovurdering gjøres minimum hver sjette måned.

Unntak fra retningslinjen skal dokumenteres i samsvar med pasientjournalforskriften § 6 bokstav g. Helsedirektoratet har lagt til grunn at det finnes flere verktøy for vurdering av risiko, herunder MUST, *Malnutrition Universal Screening Tool*, som brukes ved Lyngdal helsehus.

2.3.4 Legemiddelhåndtering

For pasienter som ikke selv har ansvar for å håndtere sine legemidler eller som har inngått avtale om legemiddelhåndtering, regulerer legemiddelhåndteringsforskriften krav som må oppfylles for at legemiddelhåndteringen skal være forsvarlig.

Forskriften setter krav til oppbevaring, istandgjøring og utdeling av legemidler. Kravene i legemiddelforskriften er utdypet og tydeliggjort i Helsedirektoratets rundskriv IS-7/2015. Av rundskrivet gis blant annet følgende utdyping:

Regelmessig observasjon av pasient er en forutsetning for forsvarlig behandling av pasienten. Med observasjon i denne sammenheng, menes både vurdering av pasientens tilstand før administrering av legemiddel, samt observasjon av eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger på gitt legemiddel. Med observasjon menes også å gi tilbakemeldinger på eventuell manglende effekt, for eksempel manglende effekt av en antibiotikakur.

Av pasientjournalforskriften § 6 bokstav e fremgår det videre at følgende skal journalføres:

Opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling. Opplysningene skal inneholde navn på legemidlet, virkestoff, styrke, mengde, dosering, indikasjon eller bruksområde og tidspunkt for når legemidlet er gitt. Opplysningene skal også omfatte en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (pasientens legemiddeliste) etter § 9.

Etter kvalitetsforskriften § 3 skal kommunen utarbeide skriftlige rutiner for å sikre at pasienter får tilfredsstillende grunnleggende behov. For at legemiddelhåndtering og oppfølging skal være forsvarlig, er pasienten avhengig av at det er et godt samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegen, jf. også ovenfor om oppfølging fra lege. Selv om fastlegen har ansvaret for legemiddelbehandlingen for sine pasienter, har kommunen ansvar for å sikre samarbeidet mellom tjenestene og fastlegene, jf. fastlegeforskriften § 8.

I Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd *Legemiddelsamtemming og legemiddelgjennomgang*⁶ fremgår det at kommunen bør ha rutiner som beskriver samarbeidet og fordeling av ansvar/oppgaver. Det er videre fremholdt at slik tverrfaglig samarbeid er særlig hensiktsmessig

for pasienter som har vedtak om legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten og beboere i omsorgsbolig.

Pasienter med demensdiagnose trenger særlig oppfølging ved medikamenthåndtering. Det er ikke gitt at pasienten kan kommunisere bivirkninger eller andre forhold som påvirker effekten av legemidler. Det krever derfor kompetanse hos den som deler ut medisinen og har ansvar for at medisinen blir gitt. Nasjonal faglig retningslinje om Demens⁷ beskriver også tydelig hvilke medikamenter som er anbefalt og hvilke man bør unngå når pasienten har demens. Samarbeid mellom fastlegen og øvrig helsepersonell bør derfor være etablert for å sikre riktig legemiddelbruk.

2.3.5 Samtykkevurdering:

Utgangspunktet er at helsehjelp bare kan gis etter pasientens samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av «senil demens (...) åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

Samtykkekompetanse må vurderes konkret for den helsehjelpen som skal gis og i den konkrete situasjonen. Det er ikke rettskrav på at personer med demens skal ha en vurdering av sitt samtykke, men når personer mottar tjenester, er det viktig for tjenesteyter å gjøre en vurdering om pasienten forstår informasjonen som blir gitt, og hva det betyr å motta tjenestene. Disse vurderingene må gjøres fortløpende, da demens er en progredierende sykdom, og samtykkekompetansen kan endre seg over tid. Involvering av pårørende er også viktig da de ofte kan bidra med informasjon om pasienten, dersom ikke vedkommende kan uttrykke seg selv, jf. også pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 4-6 annet ledd. Dette er en viktig rettsikkerhetsgaranti for pasientene, at det gjøres en konkret, helsefaglig vurdering knyttet til samtykke, når vedkommende skal motta helsehjelp.

Ved manglende samtykke må det foreligge et annet rettslig grunnlag for å gi helsehjelp. Dersom pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen kan helsehjelp hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Dersom pasienten motsetter seg må helsehjelp vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Kommunen skal gjennom sitt styringssystem ha prosedyrer og rutiner for at pasientens samtykkevurdering blir vurdert.

2.3.6 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Velferdsteknologi⁸ er ikke definert som en egen helse- og omsorgstjeneste, men er et verktøy/hjelpemiddel i tjenesten. Utgangspunktet er at pasienten selv samtykker til bruk av ulike velferdsteknologi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Dette forutsetter at samtykket er informert og at pasienten forstår hva teknologien innebærer. Inngripende velferdsteknologi som døralarm, geofence og GPS stiller særlige krav til informert samtykke. Dette fordi slike typer varsling og lokaliseringsteknologi sender informasjon til en tredjepart om pasientens handling/bevegelse eller situasjon og uten av pasienten selv initierer det.

For pasienter som mangler samtykkekompetanse skal det fattes vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

Når man vurderer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må tjenesten gjøre en konkret helsefaglig vurdering av hvorvidt personen innehar samtykkekompetanse. God praksis vil være at man gjør en samtykkevurdering spesifikt knyttet til aktuell form for teknologi for å sikre at pasienten forstår hva det innebærer. Slike samtykkevurderinger bør journalføres, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. pasientjournalforskriften § 6. Ved manglende samtykkekompetanse skal det journalføres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd.

Dersom pasienten gjør motstand må bruk av velferdsteknologi vurderes etter lovens § 4A-4 tredje ledd, jf. kapittel 4A.

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, samt de funn vi har gjort ved gjennomføring av tilsynet.

3.1 Metode og informanter

Vi har mottatt dokumenter fra Lyngdal kommune om hvordan tjenesten er organisert, samt utdrag av prosedyrer og rutiner i avdelingen.

Vi har undersøkt oppfølging til ni pasienter ved Lyngdal helsehus, som bor i omsorgsbolig og som har diagnosen demens. Vi har, sammen med en ansatt i kommunen (en «superbruker»), gått gjennom pasientenes journal, hvor vi har hatt en kvantitativ undersøkelse av pasientens journal. Det vil si at vi har ikke tatt stilling til vurderingene i journal, men sett på hva som er dokumentert på de områdene vi har undersøkt.

Vi har gjennomført intervjuer med ansatte og ledere ved helsehuset. Vi har også hatt samtale med to fastleger for å få innsikt i hvordan pasienter med demenssykdom følges opp og hva slags samarbeid og samhandling det er med omsorgstjenesten for oppfølging av denne pasientgruppen. Vi har ikke ført tilsyn med fastlegene, men bruker informasjonen til å danne oss et helhetsbilde.

Vi har hatt samtale med to beboere og deres pårørende. Disse intervjuene blir ikke gjengitt da det er virksomheten som har valgt ut informanter og tilrettelagt for samtalen, og vi kan derfor ikke sikre anonymitet. Vi bruker likevel informasjonen som et helhetsinntrykk sammen med intervjuer fra de ansatte og ledelsen om hvordan tjenestene er organisert. Vi fikk også besøke beboerne i deres bolig, slik at vi fikk sett hvordan omsorgsboligene er utformet.

Avdeling for helse- og velferd i Lyngdal har ansvar for institusjon og hjemmetjenester, og har lokasjoner på Lyngdal helsehus og Byremo. Dette tilsynet er avgrenset til hjemmetjenesten ved Lyngdal helsehus som betjener pasientene med demensdiagnose i omsorgsbolig.

Lyngdal helsehus rommer institusjonstjenester og hjemmetjenester. På Lyngdal helsehus er det 40 langtidsplasser i institusjon og ti korttidsplasser, inklusive kommunal øyeblikkelig hjelp.

På Lyngdal helsehus er det 64 omsorgsboliger som er tilknyttet hjemmetjenesten. Omsorgsboligene er delt inn i åtte fløyer, med åtte omsorgsboliger i hver fløy. Det er fem fløyer i tredje etasje og tre fløyer i fjerde etasje. Hjemmetjenestene ved helsehuset består av to avdelinger, med hver sin avdelingsleder.

Det er felles natt-tjeneste for institusjon og hjemmetjeneste, som også har egen avdelingsleder. Ansatte som jobber natt i hjemmesykepleien jobber langvakter på 12,5 timer, mens ansatte som jobber natt inne ved institusjonen, jobber 9 timers vakter.

De to avdelingene i hjemmetjenestene er delt med hver sitt geografiske ansvar. Avdeling 1 har ansvar for 4 fløyer og avdeling 2 har ansvar for 2 fløyer. Avdeling 2 har fagkoordinator.

Det er også merkantile stillinger hvor den ene er tilknyttet hjemmetjenesten, som bistår til å dekke inn ledige vakter. Dette er en felles ressurs for begge avdelingene. Det er også en midlertidig ekstra stilling for å bistå avdelingslederne med turnusarbeid.

Omsorgsbolig tildeles ved søknad om tjeneste. Det gjøres en individuell vurdering av den enkelte søker. Det er en egen avdeling for tjenestetildeling. Det er tverrfaglig tildeling ved at avdelingsledere har møte med tjenestekontoret for tildeling av tjenester. Omsorgsboligene er et av de høyeste omsorgsnivåene i kommunen, nivå under institusjonstjenester. Det er egen rutine for tildeling av tjenester og om samarbeid i tildelingsprosessen. Omsorgsboligene omfattes ikke av kommunens forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Omsorgsboligene består av ett rom med tilhørende bad. Det er ikke separat soverom eller kjøkkenmulighet.

Det er tilgang på aktiviteter ved Lyngdal helsehus. Det meste drives i regi av frivillighet, og det er ulike aktiviteter gjennom uken. Beboere følges til aktiviteter ved behov, vanligvis av frivillige som har arrangementet på den aktuelle dagen. Det er ikke faste rutiner for hvem som skal følges eller hentes, men basert på kjennskap til beboerne. Enkelte beboere blir også bistått av pårørende.

Det er tilknyttet tannlegekontor til helsehuset, med tilrettelagt tilgang. Det er også andre service-tjenester som frisør og fotpleie. Hjerteklinikken har kontor på Lyngdal helsehus, hvor pasientene henvises via fastlegen på lik linje med andre i befolkningen.

Dagsenter for personer med demens er lokalisert på helsehuset. Beboere som har omsorgsbolig, kan delta på dagtilbud på lik linje med andre personer med demenssykdom i kommunen. Beboere mister ikke plassen etter at de har fått omsorgsbolig, men personer som bor i egen bolig utenfor helsehuset prioriteres, og det er åpnet opp for at beboere på helsehuset derfor kan få færre dager, dersom det er stort behov for dagtilbud. Dette har foreløpig ikke vært aktuelt, og alle som har ønsket dagplass har fått innvilget dette.

Tre av de ni pasientene dagtilbud. De øvrige seks hadde fått tilbud om dagtilbud, men takket nei.

3.2 Styring og ledelse for pasientsikkerhet og kvalitet

3.2.1 Bemanning og kompetanse:

Det har vært en stor omorganisering i tjenestene de siste årene, med nedbemanning av 15 årsverk og kutt i budsjettene. Det har tidvis vært opptil 30 % fravær i tjenesten og kommunen fikk ikke søkere til ledige stillinger. Dette kom samtidig med kutt i tjenestene fra sykehus og påfølgende økning i tjenestene. Nå opplyser ledelsen at trenden er snudd, de har god dekning med sykepleiere, og får søkere til stillinger.

Hjemmesykepleien har base på Lyngdal helsehus. Det er egne arbeidslister for pasienter som bor inne på Lyngdal helsehus, men fordeling av arbeidet er ikke knyttet til de ansattes kompetanse. Det vil si at personer med demens som gruppe ikke får noen annerledes oppfølging enn andre beboere.

Ved fravær er det ofte at sykepleier må ta liste utenfor helsehuset og assistenter uten medisin-kurs og førerkort får «innelistene». Det medfører at det blir stor grad av vikarbruk inne for å følge opp pasientene i helsehuset, samtidig som assistenter og vikarer får et større ansvar for å følge opp og identifisere når noe skal følges opp. Det opplyses at de skal varsle sykepleier ved behov for å måle NEWS⁹ etc. Det fremheves i intervjuene som sårbart at assistenter ikke har kompetanse til å starte NEWS. Det vises også til at det kan være språkutfordringer i oppfølgingen av pasientene.

Avdelingsleder beskriver at mange av pasientene inne på helsehuset har et stort hjelpebehov og er svært syke, slik at det er behov for kompetanse og kontinuitet i oppfølgingen av disse pasientene. Kommunen satser på internundervisning og simulering, men dette er relativt nylig startet opp. Det er flere områder som skal være tema for undervisning fremover. Intervjuene med ansatte og ledere viser til at det er behov for økt kompetanse på enkelt områder, men også hvordan dette sees i sammenheng. De har internundervisning på ernæring og medikamenthåndtering, og ønsker også undervisning om demens fremover. Fra intervjuene peker det seg ut at svært få kjenner til hvordan man vurderer samtykkekompetanse og betydningen dette har for tjenestene, og at risikoområder ikke sees i sammenheng, som fall og medikamentbruk.

3.2.2 Arbeidslister

Det er to arbeidslister med oppdrag i hjemmetjenestene inne på Lyngdal helsehus, øvrig bemanning er ute hos hjemmeboende i kommunen. Det er ingen av beboerne vi undersøkte som har tjenester på natt. Når nattevakten drar ut av huset, er nattevakt for institusjonstjenester bakvakt for omsorgsboligene. Arbeidslistene lages primært av avdelingsleder og noen dedikerte personer. Alle ansatte kan arbeide etter de ulike listene, det vil også si at alle ansatte kan gå på liste med tiltak/oppdrag for demenspasienter.

Det lages faste arbeidslister, egne lister til beboere i omsorgsbolig («inneliste»). Det finnes ikke egne lister for pasienter med demenssykdom. Disse pasientene følges heller ikke opp med faste besøk av et fåtall hjelpere, men etter den som får listen den dagen. Primærkontakt og sekundærkontakt kan altså ha arbeidslister hvor deres primærpasienter ikke er på deres liste, noe som bekreftes i intervjuene. Videre fremkommer at det ikke nødvendigvis er pleiere med kompetanse i demensomsorg som tilser pasientene med demens.

Ledelsen opplyser at alle pasientene med tjenester har primærkontakt og sekundærkontakt og at det er plikt for disse å gå inn i journal hver 3. uke. Sykepleier er primærkontakt og helsefagarbeidere/hjelpepleiere er sekundærkontakt. Disse skal samarbeide om den enkelte pasient. Det er egen prosedyre i Compilo om oppgaver og ansvar for primærkontakt og sekundærkontakt.

I intervju med leder opplyses det om at man tilstreber å ha sykepleier på inneliste for å sikre god nok oppfølging, da mange har store behov og omfattende sykdom. Det vises også til at helsefagarbeidere må dokumentere godt og rapportere videre, for å sikre oppfølging. Det jobbes med å øke sykepleiedekningen, men dette er ikke igangsatt.

I intervjuene fremgår det at det er høyt arbeidspress for å rekke over listen. Det er ikke «rom» for annet enn det som står oppført på listen. Dersom en beboer f.eks. blir syk/krever ekstra oppfølging vil dette kunne føre til at man ikke rekker gjennom listen på vakten sin.

Fra intervju har vi fått opplyst at ved fravær blir det ofte forskyvning av personell, og ofte blir det vikarer som går til pasientene i omsorgsbolig. Det er ofte assistenter uten fagkompetanse og medisinkurs som tar listene inne, når de andre må kjøre ut. Dette fordi personell i institusjonsdelen anses som «bakvakt».

Ved intervju med ledelsen opplyses det at det skal være rom for ekstra oppfølging og fagutvikling på et visst tidspunkt på vakten. Dette fremkommer imidlertid ikke av intervju med de ansatte.

3.2.3 Demenskoordinator

Kommunen har nylig ansatt demenskoordinator i 50 % stilling. Det er store forventninger til hennes arbeid. Hun har planlagt samtaler med noen av pasientene og skal delta i samarbeidsmøter på legekontor. Det er forventning om deltagelse i tildelingsmøter ved behov, veiledning, kursing, personalmøter, i tillegg til utredning og koordinering mm. Hun skal være en fellesressurs for hele kommunen. Kommunen har ikke etablert tiltakspakke demens eller personsentrert demensomsorg.

3.2.4 Fagsystemet

VISMA Omsorg Profil er kommunens dokumentasjonssystem – EPJ.

Hjemmesykepleien bruker arbeidsplanleggeren «Arbeidsliste» (min ukeplan) ved fordeling av arbeidsoppgaver til de ansatte. De ansatte får opp sin arbeidsliste på håndholdt enhet. Arbeidslisten hukes så av etter hvert som oppdragene er utført. Det er mulig å skrive utfyllende rapport på tiltak og det er mulig å endre tiltak på pasienten. Det er også mulig å bytte besøk innbyrdes på listene. Det er et omfattende program som gir tilgang til postjournal, pasientjournal, tiltaksplan og arbeidsliste og er en komplett pasientjournal. Det er elektronisk meldingsutveksling med foretak og fastlege.

Noen funksjonaliteter er kun tilgjengelig på stasjonær pc, og ikke på håndholdt enhet, som elektroniske dialogmeldinger og indikasjonsregister. De håndholdte enhetene kan ikke vise kurver (f.eks vekt) og gir heller ikke en fullstendig oversikt av medisiner (f.eks. indikasjon)

Vi hadde gjennomgang av superbruker, og det krever kompetanse og erfaring for å finne frem i dette systemet. Det finnes prosedyrer for Profil i Compilo.

3.2.5 Avvik

Det finnes et avvikssystem i Compilo. Det er prosedyrer for å bruke systemet. De ansatte er kjent med rutinen for avvik, og skriver avvik, og opplever å få tilbakemelding på avvik. Ledelsen bruker avvik i kvalitetsforbedringsarbeid, og har dette oppe på ledermøter. Vi har fått tilsendt avvik og

tar ikke dette med videre i tilsynet. Alle vi har intervjuet bekrefter å ha sendt avvik og fått oppfølging av nærmeste leder for å lukke avviket.

3.3 Oppfølging av pasientene

3.3.1 Samhandling med legetjenesten;

Beboere i omsorgsbolig følges opp av fastlege. Ved innhenting av dokumentasjon er det opplyst at samarbeid med fastlegene er som for andre hjemmeboende, med timeavtale. Av innsendt dokumentasjon fremgår det at fagkoordinator har faste samarbeidsmøter med hver enkelt fastlege ved Lyngdal legesenter. Tjenesten ønsker samarbeidsmøter hver sjette uke. Det er på møtene gjennomgang av pasientens legemiddel liste og behandling. Møtet er ved Lyngdal legesenter på fastlegens kontor, hvor lege da har tilgang til eget journalsystem. Hjemmetjenesten kommuniserer med fastlegene gjennom elektroniske meldinger.

I tilsynet fant vi imidlertid at det ikke var noe rutinemessige møtepunkter mellom tjenesten og fastlegene. Legen følger opp med egen plan og utredning for pasienter med demenssykdom, og det er ikke samarbeid med hjemmesykepleien om dette. Hjemmesykepleien har ikke en systematisk oversikt over legeoppfølging til pasientene. Mange av pasientene og pårørende organiserer dette selv. Det forelå heller ikke noe systematikk i meldingsutveksling mellom lege og hjemmesykepleien etter gjennomført legebesøk.

Fra intervju med fastlegene opplyses det at fastlegene ikke har oversikt over hvilke av sine listepasienter som har demensdiagnose og som er bosatt i omsorgsbolig. Men det beskrives at de forsøker å tilse pasienter på listen hvert halvår/hver tredje måned alt etter fungering, når de er kjent med at pasienten har demensdiagnose.

Det fremgår av intervjuer at det tidligere har vært faste møter mellom fastlegene og hjemmesykepleien, men at det har falt litt ut siste tiden. Demenskoordinator har planer om å opprette kontakt og hukommelsesteamet har nylig vært på besøk hos fastlegene for å informere om tjenestene. Enhetsleder har også vært hos fastlegene for å gi informasjon om tjenestene, men foreløpig er det ikke systematikk på samarbeidet.

Det fremstår som noe tilfeldig om hjemmesykepleien tar kontakt med fastlegene med spørsmål om kognitiv svikt hos felles pasienter. Det beskrives likevel tilfeller hvor hjemmesykepleien har kontaktet fastlegen og formidlet et behov for hjemmebesøk hos pasienten.

Det beskrives at hjemmesykepleien er behjelpelige og på tilbudssiden når det gjelder oppgaver som skal utføres etter legebesøk, når noe skal endres, følges opp, mv, men at det kan være utfordringer når fastlegene trenger informasjon fra hjemmesykepleien, og at de heller forsøke å innhente informasjon selv, fra pårørende mv.

Det er heller ingen tilbakemelding fra fastlegene om at pasienter har vært til undersøkelse, da legene ikke alltid er kjent med om pasienten har tjenester. I tilfeller hvor det er kjent, brukes dialogmeldinger for å utveksle informasjon etter legebesøk, men dette er ikke rutinemessig.

3.3.2 Fallrisikovurdering og fallforebygging

Kommunen har rutine for fallrisikovurdering og fallforebygging, Den finnes i Compilo men også som sjekklister i kommunens journalsystem. Ifølge rutinen skal risikovurdering gjøres av hjemmeboende over 65 år, ved nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelig synshemming skal det gjøres innen en måned.

Skjema som brukes er et samleskjema for fallrisikovurdering, ernæringskartlegging og sårvurdering, og det kan fremstå som noe uoversiktlig når man ikke kjenner systemet. Samtidig må man vite hvordan man skal gjenfinne informasjonen i fagsystemet. Skjema kommer heller ikke opp på håndholdt enhet.

I journalen fant vi:

- 8 av 9 pasienter hadde delvis kartlegging etter rutinen, men deler av skjema var ikke utfyllt
- 1 av 8 pasienter var vurdert til å ha fallrisiko. Denne pasienten hadde tiltak i tiltaksplan
- Det manglet klinisk vurdering ut fra totalbildet på alle pasientene, flere hadde diagnoser som i seg selv gir fallfare, inkludert demens og polyfarmasi
- Hos 8 av pasientene var det uttalt polyfarmasi som ikke ble tatt med i vurderingen

Fra intervjuene med ansatte ble det opplyst at skjema fylles ut, men det fremkom ikke at dette ble sett i sammenheng med en klinisk vurdering. Skjema har to egne punkter der man kan registrere dette. Basert på intervjuene har det vært lite fokus på fallrisikovurdering i tjenesten, men det har vært noe økt fokus siste måneden. Intervjuene viser til at oppmerksomhet knyttet til fall handler om fysiske forhold i omgivelsene mv, og lite om pasientens helhetssituasjon.

Avdelingsledelsen opplyser å ha planer for økt fagutvikling på dette feltet.

3.3.3 Ernæringskartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko

Kommunen har en rutine for vurdering av ernæringsmessig risiko. Ifølge rutinen skal «screening av ernæringsstatus» gjøres av hjemmeboende pasienter innen første måneden etter vedtak om tjeneste. Ansvar er lagt til primærkontakten.

For å kartlegge risikokategori skal det fylles ut skjema *Ernæring, fall og trykksår – risikovurdering*. Skjemaet baser seg på screeningsverktøyet MUST. I rutinen/MUST angis trinn for vurderingen, herunder at BMI-score skal fastslås. Det angis at alle målinger skal dokumenteres i Profil under tiltak «vekt» og under «målinger».

Uavhengig av grad av risiko skal screeningen gjentas månedlig for hjemmesykepleie. Dersom kartlegging viser forhøyet risiko, skal det utarbeides en ernæringsplan og denne skal kontrolleres jevnlig.

Utfylling av skjema etter rutinen følges ikke opp i praksis. Det finnes en fane i fagsystemet som heter målinger. Her kan man få opp kurver for målinger, men det betinger at målinger blir utført. Man er avhengig av stasjonær PC for å slå opp på målinger, da det ikke kommer opp på den håndholdte enheten. Det må legges inn som eget tiltak for å bli synlig. Hverken skjema eller målinger kommer opp i arbeidslista.

Det er ikke dokumentert noe om pasientenes oralhelse. Det finnes tilrettelagt en tannlegeklinikk på Lyngdal helsehus, men det er ukjent hvem som får oppfølging der, eller hvilken tannlege som disponerer rommet.

I intervjuene beskrives ulike rutiner for å følge opp ernæring og vekt. Vekt kan registreres som tiltak og komme opp på arbeidslisten, eller skrives på tavlen – ofte av den som sist utførte veiing. Ny dato for vekt settes opp når veiing er utført, men det foregår et parallellsystem med å ha tiltak om veiing på arbeidslisten.

Det er ikke gjort risikovurdering i forhold til ernæring knyttet til pasientens totale situasjon. Ingen av pasientene hadde vektnedgang, men det var lite systematikk på veiingen, det var heller ingen individuell vurdering av den enkeltes behov på dette området, og tiltak var ikke tilpasset.

Journalgjennomgang viste følgende om tema:

- Ingen av pasientene hadde systematisk MUST-registrering
- 1 av 9 ble veid månedlig, i samsvar med rutinen
- 8 av 9 hadde blitt veid, men det kunne gå flere måneder mellom hver veiing. 1 av disse hadde ikke blitt veid på ett år.
- 1 pasient hadde tiltak om ukentlig veiing på grunn av medikamentbruk, men dette var ikke fulgt opp, og hadde heller ikke plan for videre behandling.
- For 1 pasient var det journalført gjentagende funn av gammel mat i kjøleskap. Det ble iverksatt tiltak med tilsyn ved måltider og fokus på drikke.
- Alle pasienten vi undersøkte hadde tiltak om å bli fulgt til måltid. Inntak av mat, matlyst og andre forhold er imidlertid ikke dokumentert

Fra intervjuene opplyser de ansatte at de følger med på om pasienten har spist opp maten når de spiser på rommet, vurderer tiltak fortløpende, smører brødmat og følger med på vektkurve.

Ledelsen opplyser at det er ansatt ernæringskontakt som er i gang med prosjekt om ernæring. Ernæring er også aktuelt for internundervisning. Fra intervju med kommunalsjef opplyses det at ledergruppen var bedre på å etterspørre fag i større grad tidligere, herunder ernæring. Tidligere hadde kommunen faggrupper på ernæring, men opplyser at fag har fått lide under pandemi og økonomiske problemer.

3.3.4 Legemiddelhåndtering

Kommunen har rutiner for legemiddelhåndtering og for opplæring av de ansatte. Vi har avgrenset tilsynet til å gjelde utdeling av medikamenter til pasient og vurderingene knyttet til dette, inkludert samarbeid med fastlegen i denne sammenheng.

Ved gjennomgang i journal ser vi at de fleste av pasientene bruker svært mange medisiner, både fast og ved behov. Tabellen viser medikamentbruk, der 8 av 9 pasienter bruker mange medisiner:

Medikamentbruk

Medikamenter Faste/ved behov	11/0	8/0	10/3	9/3	-	10/2	10/4	16/7	13/6
---	------	-----	------	-----	---	------	------	------	------

Det skrives avvik Compilo og de fleste avvik knytter seg i hovedsak til medikamenthåndtering:

- Pasient har glemt å ta medisin
- Pasient har åpnet multidoserull og medisiner har falt ut av posen
- Feildosering

Om selve utdelingen var det ansatte som opplevde at de ikke hadde god nok opplæring og det ble gitt uttalelser som at legene hadde ansvar for medisiner og at de bare skulle dele ut og ikke så det som sin oppgave å stille spørsmål om medisinbruken.

Ved journalgjennomgang så vi på rutiner og regelmessighet ved samstemming. Samstemming:

- 7 av 8 pasienter hadde notert dato for samstemming i journal, men det forelå ikke journalnotat
- 1 av 8 hadde fått gjennomført en systematisk legemiddelgjennomgang i samarbeid med lege, inkl. interaksjoner
- Alle 8 pasientene hadde mangelfull indikasjonsbeskrivelse, hos 5 pasienter var det ingen indikasjon.
- Indikasjon var ikke synlig på håndholdt enhet, men det kan gjøres oppslag på stasjonær enhet.
- Det forelå ikke rutiner for rutinemessig legemiddelgjennomgang, mangel på samarbeid om pasienten mellom tjenesten og fastlege.

En av pasientene som sto på 10 medisiner hadde ikke dokumentert oppfølging hos fastlege siden 2016 og 2019. Enten har pasienten ikke hatt legetilsyn på flere år, eller så er det ikke dokumentert i journal. Dette kunne ikke gjenfinnes i journal og kunne heller ikke besvares ved journalgranskning.

- 5 av 9 pasienter hadde dokumentert konsultasjon hos fastlegen de siste 6 månedene
- 2 pasienter hadde dokumentert sett sin fastlege siste året
- 2 pasienter hadde ikke hatt dokumentert kontakt med fastlegen på over ett år.

3.3.5 Samtykkevurdering

Kommunen har rutiner for vurdering av samtykkekompetanse som er beskrevet i Compilo, men rutinen er ikke fulgt for noen av pasientene. I intervju kommer det frem at ansatte gjør sine vurderinger av samtykke på bakgrunn av sin kjennskap til pasientene.

Det er ikke journalført hvordan man har kommet frem til disse konklusjonene om samtykkekompetanse eller hvilken betydning det vil ha for pasientene.

Oppsummering av funn

- Ingen av pasientene hadde fått samtykkevurdering etter rutinen.
- Alle pasientene var antatt å ha samtykkekompetanse – ut fra personalets personlige kjennskap til pasientene.
- 6 av 10 hadde epikrise fra spesialisthelsetjenesten hvor det var gjort en demensutredning, men ikke spesifikk på samtykkekompetanse. Flere av disse epikrisene var over året gammelt og var ikke revurdert.
- 1 av 6 hadde hatt vurdering av fastlege siste året.
- Fra intervjuene fremkommer det at personale mener det er fastlegens ansvar å vurdere samtykkekompetanse og de støttet seg også på spesialisthelsetjenestens demensutredninger.
- Ansatte har liten kjennskap til kommunens rutine knyttet til samtykkevurdering.
- Fra intervjuene får vi svar at det har vært lite fokus på samtykkevurdering, lite opplæring, ingen rutiner for oppfølging, lite samarbeid med fastlegen.
- Det var ikke gjennomført samtaler med pårørende om tema.
- Fastlegene viser til sin oppfølging av personer med demens, men hadde ikke oversikt over hvilke av pasientene som bodde på helsehuset.
- Ingen fast rutine for samarbeidsmøter der pasientene har demenssykdom.
- Det forelå ingen konkret samtykkevurdering opp mot bruken av varsling- og lokaliseringsteknologi.

Funn i journal viser at flere av pasientene har betydelig problemer med korttidsminne, mangler rutiner rundt ADL og trenger tett oppfølging. Dette sees ikke i sammenheng med vurdering av kognitiv funksjon, og herav samtykke til helsehjelp.

Flere av pasientene hadde varsling- og lokaliseringsteknologi, hvor pasientene hadde signert for å samtykke til tiltaket. Ingen hadde vedtak da de var vurdert til å ha samtykkekompetanse.

Fra intervjuene er det opplyst at de ansatte kjente på manglende kunnskap for å gjennomføre samtykkevurdering. Ledelsen bekrefter at dette er behov for økt kompetanse på dette området.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

4.1 Ledelse og kvalitetsforbedring:

Ledelsen mener det skal være god tid på listene på ettermiddagen, men det samsvarer ikke med opplevelse de ansatte har og andre funn i tilsynet. Arbeidslistene lages ut fra daglig behov og ressursituasjon, dette uavhengig av hvem som er primær- og sekundærkontakt. Primærkontakten har ifølge kommunens prosedyrer omfattende oppgaver for å følge opp pasienten. Dette gjennomføres ikke. Det er ikke systematiske /planlagte møter med pårørende/pasient og primærkontakt. Ved fravær er det ofte assistenter og vikarer som må ta «inne-listene» på helsehuset.

Det er ikke satt av tid til pasientgjennomganger/tavlemøter. Ansatte opplever tidspress med tette lister hvor det ikke er rom for å gjøre vurderinger utover oppgavene som ligger på listen. Dette gir en risiko for mangler i den faglige i oppfølgingen/kontinuiteten av den enkelte pasient.

Det er manglende struktur og systematikk i samarbeidet med andre tjenester, eksempelvis fastlegetjenesten. Dette er en risikofaktor for pasientens helhetlige oppfølging.

Ledelsen gir selv uttrykk for at fagutvikling har blitt nedprioritert de siste årene, både på grunn av pandemi og dårlig økonomi. Det beskrives at det skal bli mer fokus på fag i tiden fremover, herunder obligatorisk internopplæring i form av fagdager og simulering på ulike områder. Kommunen har videre ansatt demenskoordinator som jobber med å igangsette systematisk oppfølging av pasientgruppen og planlegger for etablering av hukommelsesteam. Vi ser positivt på at kommunen har påstartet arbeidet og at det vil bli flere involvert i dette.

Funn i tilsynet viser at ledelsen ikke har sikret at ansatte har tilstrekkelig kunnskap/kompetanse knyttet til oppfølging av personer med demens. Dette bekreftes av de ansatte ved intervjuene ved at de ikke opplever at de har fått tilstrekkelig tilbud om kurs og videreutdanning. Dette bekreftes også ved inndeling av arbeidsoppgaver hvor verdien av primærfunksjonen ikke blir fulgt opp i praksis.

Helhetsperspektivet som er nødvendig ved oppfølging av demens, kan vi ikke se er til stede.

Kommunen har et avvikssystem som blir brukt. Alle ansatte bekrefter rutine og avvik følges opp av ledelsen. Avvik tas opp i kvalitetsgruppa og ansatte som melder får tilbakemelding og opplever at avvik følges opp og tas tak i. Alvorlige avvik blir også løftet på kommuneledelsesnivå.

Vi har ikke vurdert omfang av avvik i dette tilsynet, annet enn at ledelse og ansatte bekrefter at rutinen er kjent og anvendt.

Vi har sett at de fleste avvik handler om medikamenthåndtering og svært lite om andre forhold. Når vi ser dette i sammenheng med øvrige funn, så er vi usikre på om graden av avvik speiler utfordringsbildet og at det er forhold og faktiske avvik som ikke fanges opp.

Ledelsen har ikke organisert arbeidet på en måte som sikrer helhetlig og kontinuerlig oppfølging. Kommunen har mange rutiner på plass, men ledelsen har ikke sørget for at rutine blir fulgt, og flere rutiner er i liten grad implementert i praksis.

4.2 Oppfølging av pasientene

4.2.1 Samhandling med lege

Beboere i omsorgsbolig følges opp av fastlege. Vi fører ikke tilsyn med fastlegetjenesten, men vi ser på den helhetlige helseoppfølgingen til pasienter med demens, hvor legeoppfølging er en nødvendig del. Kommunen har ikke etablert rutiner for samarbeid i tråd med fastlegeforskriften § 8.

Fastlegene har ikke fullstendig oversikt over hvilke av sine listepasienter som har demensdiagnose eller som er bosatt i omsorgsbolig. Hjemmesykepleien hadde heller ikke fullstendig oversikt over når det enkelte pasient hadde vært hos legen sist. Det var heller ikke informasjon i jour-

nal som tilsa at hjemmesykepleien avklarte med pasient/pårørende i hvilken grad vedkommende pasient ønsket/hadde behov for bistand til å organisere/følge opp legebesøk. Vi kunne heller ikke se at det var systematikk i at informasjon om pasientenes tilstand og sykdomsutvikling ble videreformidlet til fastlegene. Det var heller ikke rutiner for at fastleger ga tilbakemelding hvis det ikke var noe konkret som hjemmesykepleien skulle følge opp.

Når verken fastlegene eller hjemmesykepleien har oversikt over pasientene og det er manglende samhandling/informasjonsutveksling vurderer vi at dette medfører en risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og at tjenesten blir fragmentert.

Manglende systematikk i samhandlingen gjør at vi vurderer at kommunen ikke sikrer at pasienter med demensdiagnose i omsorgsbolig får tilstrekkelig medisinsk oppfølging fra lege.

4.2.2 Fallrisikovurdering og fallforebygging

Kommunen har rutiner for fallrisikovurdering, men disse følges ikke i praksis. Det fremstår som noe uoversiktlig at flere kartleggingsskjema er slått sammen slik at ernæring, fallrisiko og sårbehandling registreres i samme skjema. Dette kan bidra til at risikoområder ikke blir identifisert og fulgt opp.

Funn viser at flere skjemaer ikke var fullstendig utfylt og det er mangler klinisk vurdering av pasientens helhetssituasjon, herunder medisinbruk og diagnoser. Videre kan ikke skjema for risikovurderingen leses på den håndholdte enheten som de ansatte har med seg.

Ved fallrisikovurdering fremgår det at tjenesten fokuserer hovedsakelig på de fysiske omgivelsene i pasientens bolig. Dette er viktige, men ikke tilstrekkelige momenter i en risikovurdering for fall.

Tjenesten synes å ha lite fokus på helhetlige helsemessige forhold av betydning, herunder medisinbruk. Tjenestens fallrisikovurdering hensyntar ikke vesentlig momenter og det er dermed risiko for at vurderingene baseres på mangelfullt grunnlag.

4.2.3 Ernæringskartlegging og forebygging av ernæringsmessig risiko

Kommunen har rutine for vurdering av ernæringsmessig risiko og bruker MUST som verktøy.

Ingen av de undersøkte pasientene hadde systematisk MUST-registering, og veiingen av pasientene fremsto generelt som lite systematisk. Det kunne gå flere måneder uten at pasientene ble veid eller vurdert, og en pasient som hadde tiltak på ukentlig veiing ble ikke fulgt opp.

Av rutinen fremgår blant annet at «observasjon i forhold tenner, munn mv.» skal gjennomføres og at dette skal dokumenteres. Det er imidlertid ingen nærmere rutine for hva som skal ligge i vurderingen av munnhygiene/tannhelse eller hvordan den skal gjennomføres. Dette følger heller ikke av kartleggingstrinn i MUST. Ved journalgjennomgangen kom det frem at det ikke var dokumentert noe om pasientenes oralhelse. Fravær av fokus på tannhelse vurderes å være i strid med god praksis for vurdering av ernæringsmessig risiko.

Det er ikke systematikk i oppfølging av ernæring/vekt eller dokumentasjon av tiltak knyttet til dette. Det journalføres på tiltak, i egen kurve under «målinger» og på tavle. Tiltak kan dukke opp på tavle og på arbeidslisten. Denne mangelen på struktur er en risiko for oppfølgingen av

ernæring/vekt.

Det gjøres likevel mye bra, de ansatte følger med på pasientenes matinntak og iverksetter tiltak. Ingen av pasientene var vurdert å være i ernæringsmessig risiko og ingen hadde vektnedgang. Dette viser at det gjøres løpende vurderinger i praksis og at problemer knyttet til ernæring fanges opp.

Problemet er vel heller at vurderingene ikke finnes igjen i journal.

4.2.4 Legemiddelhåndtering

Journalgjennomgangen viste at de fleste pasientene bruker svært mange legemidler, og det var gjennomgående mangelfull indikasjon/beskrivelse av legemidlene. Opplysninger om indikasjon var heller ikke mulig å få opp på håndholdt enhet som de ansatte bruker i sitt arbeid. Vi vurderer at dette øker risikoen for feil i legemiddelhåndteringen og risiko for at viktig informasjon om effekt og/eller legemiddelbivirkninger ikke identifiseres. Dette gir også fare for at nødvendig tilbagemelding ikke blir videreformidlet til fastlegen.

Dato for legemiddelsamtstemming var satt i samtlige journaler. Det fremkom imidlertid ikke av journalen hva samstemmingen innbar, hvem som har gjennomført den eller om den har ført til korrigeringer.

Legemiddelhåndtering er et risikoområde på generelt grunnlag, noe som også underbygges av at de fleste avviksmeldingene omhandler legemidler.

Som nevnt ovenfor er det manglende systematisk samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmetjenesten. Dette innebærer risiko når det gjelder oppfølging, herunder ved mangel på legemiddelgjennomgang og diskusjon rundt pasientens situasjon. Bruk av legemidler synes ikke å være sett i sammenheng med pasientens totalsituasjon, herunder risikofaktorer som ernæring og fall, og demenssykdom i seg selv.

4.2.5 Samtykkevurdering

Kommunen har prosedyrer for vurdering av samtykkekompetanse. Samtykkevurderinger etter rutinen gjøres i liten grad hos pasientene med demens. Alle pasientene i gruppen var vurdert å være samtykkekompetente utfra ansattes kjennskap til pasientene.

Omsorgsbolig er et av de høyeste omsorgsnivå. Dette i sammenheng med at pasientene har en demensdiagnose gjør at ansatte må være særlig bevisst på deres forståelse og i hvilken grad de kan gi et informert samtykke.

Ved endring i tjenestebehov, redusert funksjon eller tildeling av teknologi hos denne pasientgruppen bør medføre at kommunen gjør en samtykkevurdering og dokumenterer dette i tråd med god journalføringspraksis, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. pasientjournalforskriften § 6.

Dokumentasjon knyttet til helsehjelp og vurderinger knyttet til pasientens situasjon og funksjon skal sikre en helhetlig helsehjelp. Mangel på dokumentasjon gjør at vurderingene ikke er etterprøvbare og det er vanskelig for andre og følge opp helsehjelpen og utvikling i pasientens helsetilstand.

Det fremkommer av intervju med de ansatte at de ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse knyttet til samtykkevurderinger og i realiteten utføres det ikke.

4.2.5.1 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Flere av pasientene i vår undersøkelse har varsling og lokaliseringsteknologi i bruk. Dette anses som inngripende teknologi, som skjerper krav til samtykke og hvor det må fattes vedtak om bruk dersom vedkommende ikke er samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

Ved journalgjennomgang kan vi ikke se at det har blitt gjort en vurdering av pasientenes samtykkekompetanse opp mot de aktuelle tjenestene de mottok, heller ikke varslings- og lokaliseringsteknologi. Alle pasientene var ansett samtykkekompetente og hadde ikke vedtak på bruk.

Statsforvalteren vurderer at når en pasient har behov for slik inngripende teknologi er det i seg selv en grunn til å sette spørsmålstegn ved vedkommendes forståelse og samtykkekompetanse. Det at pasienten ikke yter motstand og takker ja til bruk av teknologi er ikke det samme som at vedkommende er samtykkekompetent. Ved bruk av slik inngripende teknologi er det særlig viktig at samtykkekompetansen blir vurdert etter objektive kriterier i tråd med rutinen og at dette journalføres. Dette fordi at mangler ved samtykkekompetansen medfører at bruk må hjemles i vedtak etter § 4-6a.

Når samtykkevurdering ikke gjøres stiller vi spørsmål ved hvorvidt bruk av slik teknologi iverksettes med tilstrekkelig hjemmel og vi er usikre på om pasientens rettssikkerhet blir tilstrekkelig ivaretatt.

5. Statsforvalterens konklusjon

Demensdiagnosen påvirker områder som krever tett oppfølging, inkludert grunnleggende fysiologiske behov, vurdering av somatiske, psykiske og kognitive funksjoner. Derfor er den helhetlige oppfølgingen sentral for å sikre at pasienter med demens blir ivaretatt på en forsvarlig måte.

Vi ser at kommunen har gode intensjoner og har laget rutiner som skal ivareta områdene for tilsynet, men dette er ikke godt nok implementert i det praktiske arbeidet. På flere områder følges ikke pasientene opp i samsvar med god praksis, og på enkelte områder er avviket fra god praksis så stort at det representerer brudd på forsvarlighetskravet. Vi viser til følgende:

- Ledelsen har ikke sørget for tilstrekkelig kompetanse hos de ansatte for å sikre helhetlig oppfølging av personer med demens.
- Ledelsen har ikke sørget for et systematisk samarbeid mellom fastlegetjenesten og hjemmesykepleien. Dette medfører en risiko for at pasientene ikke får tilstrekkelig medisinsk oppfølging fra lege.
- Ledelsen har ikke sørget for at det gjøres tilstrekkelige fallrisikovurderinger og oppfølging av risiko for den enkelte pasient. Dette gir risiko for at fallrisiko ikke følges opp og at unødvendige fall kan skje.
- Ledelsen har ikke sørget for at oralhelse følges opp Dette innebærer en risiko for at pasienter har tannproblematikk/smerter som ikke følges opp.
- Ledelsen har ikke sørget for at det gjøres systematisk ernæringskartlegging. Dette innebærer en risiko for feilernæring og uønsket endring i vekt.

- Ledelsen har ikke sørget for at legemiddelhåndtering skjer i samsvar med god praksis. Dette gir risiko for feilmedisinering og at bivirkninger og effekt av legemidler ikke følges opp.
- Ledelsen sørger ikke for at det gjøres samtykkevurderinger i tråd med god praksis. Dette innebærer en risiko for at inngripende velferdsteknologi iverksettes uten tilstrekkelig hjemmel og er en fare for pasientenes rettssikkerhet.

Totaliteten innebærer at tjenesten er fragmentert slik at pasientene dermed ikke får en helhetlig og koordinert oppfølging. Fragmenterte tjenester øker risikoen for behandlingsfeil, dårligere pasientforløp, raskere fallering i funksjonsnivå samt redusert livskvalitet. Dette vil i mange tilfeller også medføre økt pårørendebelastning.

Vi vurderer at ledelsen ikke har arbeidet systematisk med kvalitetsarbeid for å sikre at beboere med demens får den helhetlige oppfølgingen som de har krav på. Det sikres ikke nok ressurser til at det kan gjøres nødvendige pasientgjennomgang med helhetlig fokus på den enkelte pasient eller at ansatte har tilstrekkelig kompetanse på demens. Kommunen har heller ikke sørget for at det er etablert tilstrekkelig samarbeid mellom tjenesten og fastlegene.

Når det er flere områder som ikke følges opp i samsvar med god praksis vurderer vi at Lyngdal helsehus drives med for høy risiko for svikt og at totaliteten innebærer et brudd på helsetilsynsloven § 5, helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 og på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

6. Oppfølging av lovbrudd

Lyngdal kommune har en plikt til å følge opp lovbruddene påpekt i tilsynet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9. Oppfølgingsarbeidet skal bidra til forbedring i virksomheten. Dette er en del av kommunens plikt til å drive kvalitetsarbeid og sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, 4-1 og 4-2.

Statsforvalteren finner at det foreligger svikt i den helhetlige oppfølgingen som sikrer at pasienter med demens blir ivaretatt på en forsvarlig måte, ved manglede rutiner, mangelfull bruk av eksisterende rutiner i praksis og ved at det mangler et systematisk tverrfaglig samarbeid for oppfølging av pasientene.

Statsforvalteren i Agder ber Lyngdal kommune om å:

- Gjøre en egenvurdering 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 og å hindre videre påpekt risiko for pasientene
 - 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

Vi ber om at skriftlig tilbakemelding på disse punktene sendes oss innen 23.08.2024.

I tilsyn når Statsforvalteren finner lovbrudd, er policyen at vi ikke skal avslutte tilsynet før vi ser at det skjer endring i kommunens praksis. For å få dokumentert en slik endring ber vi om at kommunen selv gjennomfører en journalgjennomgang for pasienter med demensdiagnose bostatt i omsorgsbolig på Lyngdal helsehus. I gjennomgangen bør det tas utgangspunkt i vurderingene i vår rapport og følgende bør undersøkes:

- Det gjøres helhetlige og forsvarlige fallrisikovurderinger og det gis en oppfølging av risiko for den enkelte pasient.
- Det gjøres regelmessig vurdering av pasientenes funksjonsnivå som sikrer helhetlig oppfølging, ved eksempelvis tverrfaglige møter, bruk av sjekklister eller pasientgjennomgang
- Det gjøres vurderinger og tiltak knyttet til oralhelse
- Det er systematikk i oppfølging av vekt/ernæring
- Legemiddelhåndtering følges opp med samstemming og indikasjonsoversikt
- Det gjøres samtykkevurderinger i tråd med god praksis og opp mot bruk av velferdsteknologi

Det bes om at gjennomgangen gjennomføres i november/desember 2024 og at redegjørelse for resultat/funn sendes Statsforvalteren innen 01.01.2025.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

Seniorrådgiver Andrea Cecilie Solheim Klokkehaug, revisor
Ass. Fylkeslege Helene Rakeie, revisor
Seksjonsleder Heidi Danielsen Liane, revisjonsleder

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Heidi Danielsen Liane
seksjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsyn ble sendt 24.08.2024, og det ble innhentet dokumentasjon fra kommunen. Etter gjennomgang av dokumentasjonen ble det holdt et formøte den 09.10.2023 og et oppfølgingsmøte den 16.10.2023.

Selve tilsynet ble gjennomført den 30. og 31. oktober. Det ble holdt digitalt sluttmøte den 01.12.2023. En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt i etterkant etter forespørsel. Vi har fått tilsendt og gjennomgått følgende rutiner fra Lyngdal kommune.

Vedlegg:

- Organisasjonskart helse og velferd 2023
- Informasjonsbrosjyre Hjemmetjeneste v1
- HJT 1 Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- HJT 2 Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- Natt Bemanningsplan, turnus og ukeplan
- Tildelingsprosessen - samarbeid
- Behandling av søknader innen helse og omsorgstjenester
- Interne rutiner - saksbehandling
- Rutine - evaluering
- Endring på arbeidslister (mobil omsorg)
- Generere arbeidslister-automatisk fordeling i personellmodulen
- Knytte arbeidsliste til ansatte og fordele oppdrag
- Midlertidig opphør av tjeneste
- Utskrift av arbeidslister (mobil omsorg)
- Ikke brukerbaserte tjenester på arbeidsliste
- Rutine for samarbeidsmøte med bruker og pårørende
- Primærkontakt
- Sekundærkontakt
- Rutine - tiltaksplan i profil
- Rutine - basal demensutredning
- Rutine - tiltakspakke demens
- Sjekkliste - tiltakspakke demens
- Ansvar for legemiddelhåndtering
- Prosedyre for helsepersonell som skal delta i legemiddelhåndtering - subkutane injeksjoner insulin
- Prosedyre for helsepersonell som skal delta i legemiddelhåndteringen
- Skjema A og B preparater Hjemmetjenesten
- Retur-til-destruksjonBruksanvisning_Apotek_1
- Avtale om hjelp til legemiddelhåndtering
- Oppgavebeskrivelse for medisinsansvarlig
- Trygghetskoffert hjemmetjenesten
- Rutine for istandgjøring og utdeling fra dosett og multidoserull
- Avtale om hjelp til legemiddelhåndtering
- Dobbelkontroll legemidler
- Legemiddelhåndtering adgangskontroll
- Registrering av medisiner
- Veiledning Apotek 1 Hvordan bestille retur til destruksjon av legemidler
- Rutine for samhandling med Apotek 1
- Fall Risikovurdering, forebygging og oppfølging av fall
- Ernæring - rutine for risikovurdering
- Ernæring-fall-sar-risikoskjema
- Vurdering av samtykkekompetanse - overordne rutine
- Brukerveiledning vurdering av samtykkekompetanse
- MAL-Sjekkliste for introduksjon av nyansatte
- Rutine - Introduksjon for nyansatte
- Opplæring nyansatte i hjemmetjenesten
- Opplæringstrinn i hjemmetjenesten
- 2023 Årshjul Virksomhet for institusjon og hjemmetjeneste
- Rutine fagtavle hjemmetjenesten

- MTU Informasjonshefte fagdager 2023
- HMS Brosjyre v5
- Kvalitetsråd og kvalitetsgruppe beskrivelse i virksomhet institusjon og hjemmetjeneste
- Sjekkliste for møte i Kvalitetsgruppe på INST og HJT
- Avvik Hjt 1
- Avvik Hjt 2
- 2023 Helhetlig styring og internkontroll i Lyngdal kommune

Vi har besøkt to beboere og hatt samtale med deres pårørende. Vi har også snakket med to fastleger.

Vi har gjennomgått ni pasientjournaler hvor vi har sett etter tendenser, sjekklister og tegn på sammenhengende oppfølging fra tjenestene til pasientene.

Vi intervjuet tre ledere, demensrådgiver og fem ansatte i hjemmesykepleien.

Ikke publisert her

1 Demens - Helsedirektoratet

2 Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinje om demens s. 189

3 Nasjonal faglig råd, Fallforebygging hos eldre, kapittel 2

4 Nasjonalt faglig råd, Fallforebygging hos eldre - Helsedirektoratet, kapittel 5

5 Forebygging og behandling av underernæring - Helsedirektoratet

6 Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang - Helsedirektoratet

7 Nasjonalfaglig retningslinje om demens, kapittel 14-17

8 Velferdsteknologien ABC KS

9 National Early Warning Score