



Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

Helse- og sosialavdelingen

Loppa kommune
v/ rådmann Marion Høgmo
Parkveien 1/3
9550 ØKSFJORD

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2018/7827

Dato
22.11.2018

Rapport fra tilsyn med Loppa kommune

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder ble i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet av 03.09.2018 oppnevnt som settefylkesmann til å behandle anmodning om tilsyn med Loppa kommune. Bakgrunnen for anmodningen var forhold ved sykehjemmet knyttet til legemiddelhåndtering og manglende influensavaksinerings, og mangler ved styring og ledelse i kommunen. Det fremgikk at sykehjemmet og hjemmetjenesten i kommunen har vært samordnet, med felles ledelse og sykepleierressurser, og samme vaktrom og medikamentrom i sykehjemslokalene.

Fylkesmannen gjennomførte derfor tilsyn ved sykehjemmet og med legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten, og besøkte i den forbindelse Øksfjord sykehjem den 29.10.2018. Vi undersøkte om kommunen gjennom styring og ledelse sørger for at tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift slik at svikt forebygges og at pasientene får trygge og gode tjenester.

Fylkesmannens konklusjon:

Loppa kommune sikrer ikke forsvarlige tjenester ved Øksfjord sykehjem. I hjemmetjenesten sikres ikke forsvarlig legemiddelhåndtering. Ledelsen sikrer ikke at gjeldende rutiner følges, og at løpende tjenesteyting dokumenteres i tråd med journalforskriften.

Dette er brudd på: Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, forskrift om medikamenthåndtering §§ 3, 5 og 7, helse- og omsorgstjenesteloven 5-10 jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. § forskrift om pasientjournal §§ 5, 7 og 8, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6, 7, 8 og 9.

Fylkesmannen finner at mangler ved ledelsens styring og kontroll av egen virksomhet medfører **uakseptabel risiko** for at pasienter ikke får riktige tjenester til rett tid.

Legemiddelhåndtering er et område med kjent risiko for svikt, og det er viktig at kommunen har systemer som forebygger og fanger opp avvik i den løpende tjenesteytingen slik at det sikres gode og trygge tjenester.

Vi ber om at kommunen innen én måned legger frem en tidfestet plan med oversikt over korrigerende tiltak som vil bli iverksatt for å rette lovbrudd som ble avdekket under tilsynet.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	4
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	7
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	12
5. Fylkesmannens konklusjon	15

1. Tilsynets tema og omfang

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

På bakgrunn av opplysninger mottatt i forkant av tilsynet ønsket Fylkesmannen å undersøke om kommunen gjennom styring og ledelse har organisert tjenestene slik at det sikres forsvarlige tjenester ved Øksfjord sykehjem. Sykehjems- og hjemmetjenestene har vært samordnet med felles ledelse, sykepleierressurser, vaktrom og medikamentrom, og legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten har derfor også vært omfattet av tilsynet.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen sikrer tilstrekkelig kompetanse og opplæring hos ansatte, om det er utarbeidet rutiner for influensavaksinering, legemiddelhåndtering og dokumentasjon, og om det føres kontroll med at rutinene etterleves i praksis. Videre har Fylkesmannen undersøkt om det er tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom ansatte og de to deltjenestene, og om overordnet ledelse følger opp om nødvendig samhandling fungerer på tvers av deltjenestene. Tilsynet har undersøkt om det er etablert avvikssystem og rutiner for avviksregistrering, og om det sikres at svikt og risiko for svikt fanges opp og brukes systematisk i det interne kvalitetsforbedringsarbeidet.

For å kartlegge kommunens praksis har Fylkesmannen gått gjennom deler av journalene til 24 pasienter. Journalgjennomgangen omfattet løpende journalnotater i Profil, beskjedbøker, elektronisk legejournal og elektroniske dialogmeldinger sendt via HelseNett. Det ble også gjennomført befarings- og intervjuer med 9 ansatte, herunder leger, sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjemmet og kommunal ledelse.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fremgår at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle ansvaret skal kommunen etter § 3-2 nr. 6 blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og sykehjemsplass.

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard for hvordan arbeidet skal organiseres og gjennomføres, og setter en nedre grense for hva som kan aksepteres før det må anses å foreligge svikt. Kravet bestemmes ut fra hva som til enhver tid er å anse som god praksis ut fra anerkjent kunnskap, faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, mv.

Krav til ledelse, organisering og styring er et viktig element i kommunens ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester. Kommunens ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes innhold er i tråd med krav i lov og forskrift. Kravet til systematisk styring er utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Forskriften beskriver hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten innebærer, jf. forskriften § 7 – § 10. Av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 fremgår at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 plikt til å legge til rette for samhandling mellom de ulike tjenesteytere innad i kommunen, og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Helsepersonell har etter helsepersonelloven §§ 39 og 40 plikt til å føre journal, og av forskrift om pasientjournal § 5 fremgår at det som hovedregel skal anvendes en samlet journal for den enkelte pasient. Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal. Av journalforskriften § 7 fremgår det at journalen skal føres fortløpende, og etter § 8 skal den inneholde relevante og nødvendige opplysninger, blant annet når og hvordan helsehjelp er gitt. Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 ansvar for å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp skal bidra til å sikre god og riktig legemiddelhåndtering. Av forskriften § 3 fremgår at virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, herunder:

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.
- c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.
- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Forskriften § 5 a slår fast at virksomheten skal sørge for systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

Forskrift om legemiddelhåndtering § 7 setter krav til istandgjøring og utdeling. Av første og andre ledd fremgår at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordinering gjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordinering er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

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.

Loppa kommune ligger ved havet vest i Finnmark. Kommunen har litt i underkant av 1000 innbyggere, hvorav halvparten bor i kommunesenteret Øksfjord. De resterende bor i mindre samfunn rundt LoppHAVET, som er både transportvei og næringsgrunnlag.

Under rådmannen ligger blant annet Driftsavdelingen, Økonomiavdelingen og Sentraladministrasjonen, hvor kommuneplanarbeidet er forankret. Enhetene Helse- og omsorg og Oppvekst og Kultur er organisert direkte under rådmannen, med helse- og omsorgsleder som øverste leder for enheten som yter helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Øksfjord sykehjem, legestasjonen og helsestasjonen er lokalisert i samme bygg, hvor også hjemmetjenesten har base. Kommunen har tre kommuneleger i henholdsvis 60 %, 60 % og 100 % stilling, samt en turnuslege. En av kommunelegene er oppnevnt som kommuneoverlege, og en av legene er tilknyttet sykehjemmet som tilsynslege.

Sykehjemmet og hjemmebasert omsorg i kommunen har over lengre tid hatt felles ledelse, hvor det de siste tre årene har vært stor utskiftning, og også perioder uten ledelse. Loppa kommune har store utfordringer med rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere, og har iverksatt en rekke tiltak og tilbud for å rekruttere og beholde ansatte med nødvendig kompetanse. Det har også vært utfordringer knyttet til arbeidsmiljø.

Høsten 2018 ble det besluttet å forsøke en annen organisering med delt ledelse for denne delen av tjenestene. Fra 08.10.2018 ble det iverksatt ny ordning med fagansvarlig leder for sykehjemmet, fagansvarlig leder for hjemmetjenesten, og en administrativt ansvarlig leder som er felles for sykehjemmet og hjemmetjenesten. Dette for å redusere sårbarheten ved fravær og styrke tjenesten med et lederteam. Ved sykehjemmet er det senere besluttet at to sykepleiere sammen skal ha det faglige ansvaret i en prøveperiode ut året. Det ble ved tilsynsbesøket lagt frem en helt fersk oversikt over de fagansvarliges ansvar og oppgaver. Sykehjems- og hjemmetjenestene er samordnet med felles sykepleierressurser, vaktrom og medikamentrom.

Kommunen opplyser at man for å redusere totalbelastningen for ledere og ansatte, og for å ivareta tjenestetilbudet på en bedre måte, har redusert antallet sykehjemsplasser og ser på muligheten for å skille ut hjemmetjenesten fra sykehjemsdriften.

Øksfjord sykehjem har i utgangspunktet hatt 18 plasser, 5 på skjermet enhet, 1 til avlastning, 1 korttid, 1 habilitering/rehabilitering, 9 langtidsplasser, og en ØHD-plass (sykestua) som er midlertidig stengt. Bemanningen er tilpasset dette antallet, men sykehjemmet har på det meste hatt 26 inneliggende pasienter. Det ble i desember 2017 satt inntaksstopp så langt det var mulig innenfor de krav som stilles til lovpålagte og forsvarlige tjenester. For å sikre tjenestetildeling på riktig nivå ble det opprettet tildelingsteam for behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, herunder søknader om sykehjemsplass og hjemmetjenester.

Bemanning/kompetanse og opplæring

- Av kommunens redegjørelse fremgår at det har vært problemer knyttet til rekruttering, og at man en periode har benyttet seg av utenlandske vikarer fra vikarbyrå. Det fremgår at ansatte har opplevd språkutfordringer knyttet til dette i den løpende tjenesteytingen.
- Ansatte opplyser at bemanningssituasjonen i perioder har vært utfordrende, med sykepleierstudenter, faste ansatte i ferie, sykefravær og nyansatte sykepleiere fra bemanningsbyrå. Det fremgår at det ofte kun er en sykepleier på vakt, som dekker både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Av utarbeidet beskrivelse av ansvar og oppgaver som påhviler sykepleier med ansvarsvakt fremgår at vedkommende har ansvar for et vidt spekter av oppgaver.
- Av intervjuer fremgår at det har vært hyppige utskiftninger i ledelsen ved sykehjemmet/hjemmetjenesten, og at ansatte har opplevd **utydelig ansvars- og oppgavefordeling i forbindelse med dette.**
- Det er nylig utarbeidet oppgavebeskrivelser for fagansvarlige sykepleiere etter ønske fra ansatte, hvor ansvaret som tilligger denne rollen er tydeligere definert.
- Av intervjuer fremgår at opplæringen av ansatte i nye stillinger og nytilsatte i tjenesten har vært varierende. Kommunen har sjekkliste for opplæring til nytilsatte sykepleiere og vikarer som nylig er revidert, **men det fremgår ikke at det er gjennomført opplæring i henhold til denne.**

- Det er per 05.11.2018 også utarbeidet oversikt over ukentlige/månedlige rutiner for sykepleiere, men fremgår ikke at ledelsen har sikret at rutinene etterleves i praksis, og hvem som skal kontrollere dette.
- Det foreligger kompetanseplan for perioden 2010 – 2014, men ingen oppdatert samlet oversikt over kompetanse og kompetansebehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det er gode legeressurser i kommunen, med to samfunnsmedisinere / allmenmedisinere og en indremedisiner med spesiell kompetanse innen palliativ medisin. I tillegg har kommunen LIS 1 (turnuslege).

Legemiddelhåndtering

- Av intervjuer med ansatte fremgår at det har vært en rekke tilfeller hvor leges forordning knyttet til medisinsk behandling ikke har blitt fulgt opp av helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten, noe som har medført manglende trygghet for at forordninger oppfattes og effektueres i kritiske situasjoner. Dette bekreftes ved journalgjennomgang.
- Det fremgår av intervjuer at flere opplever at det er uklart hvem som har ansvaret når det gjelder bestilling av medikamenter, oksygen og nødvendig utstyr, og at det har vært flere tilfeller hvor det har vært tomt for medikamenter og oksygen og feil på utstyr. Det opplyses at tilgang til Aponett har vært et problem, men at dette ble løst i begynnelsen av november 2018.
- Det fremgår at previsitter gjennomføres én dag ukentlig, for tiden på legestasjonen i etasjen over sykehjemmet. Det fremgår av intervjuer at ansatte opplever visitten som oppstykket, da legen ofte også har satt opp timer med andre pasienter. Det er sykepleiere som har ansvar for legevisitter, og som sørger for dokumentasjon av alle legevisitter i Profil i etterkant. I intervjuer opplever flere ansatte at det er sårbart at legen ikke bruker Profil, både med tanke på rekvirering, behov for ajourføring og tilgang til sykepleienotater. Journalgjennomgang viser stort sprik i hva som er notert av lege i legejournal og av sykepleier i Profil knyttet til visitt.
- Det fremgår av tilsendte dokumenter at enkelte sykepleiere har opplevd dårlig kommunikasjon og samarbeid med legestasjonen og legevakt. Det har nylig blitt avholdt samarbeidsmøte med legevakten (03.10.2018), og det føres kvitteringsskjema i egen bok for bruk av legevakt for å dokumentere volum på henvendelsene. Ved gjennomsyn synes

denne sporadisk brukt. Det opplyses i intervjuer at det tilstrebes god dialog mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og legetjenesten gjennom elektroniske dialogmeldinger og møter ved behov.

- Det er laget opplæringsplan for medikamenthåndtering, med 12 timers grunnkurs og sekstimers oppfølgingskurs hvert andre år.
- Det ble den 30.08.2018 holdt undervisning i legemiddelgjennomgang for sykepleiere ved Øksfjord sykehjem.
- Av intervjuer fremgår at det har variert om dosering og bekreftelse på gitt medisin er dokumentert i Profil, skriftlig i egen bok på medisintralle eller begge deler. Av nye rutiner fremgår at det kun skal kvitteres i Profil slik at dette registreres elektronisk. Av referat fra sykepleiermøte 08.10.2018 fremgår at det vil bli gitt opplæring slik at alle gjør dette riktig.
- Kommunen har utarbeidet rutiner for legemiddelhåndtering ved sykehjemmet og i hjemmesykepleien, herunder ordinasjon, dobbeltkontroll i forbindelse med istandgjøring, kontroll ved utdeling og dokumentasjon. På tilsynstidspunktet hadde kun tre ansatte i hjemmetjenesten kvittert på skjema for leserbekreftelse, og kvitteringsskjema for sykehjemmet kunne ikke fremlegges. I etterkant av tilsynsbesøket har Fylkesmannen fått ettersendt kvitteringsskjemaer som viser at ytterligere tre ansatte fra hjemmetjenesten har lest prosedyrene etter tilsynsbesøket. Av ettersendt kvitteringsskjema for sykehjemmet fremgår at 23 ansatte har kvittert for å ha lest prosedyrene på tidspunktet for det stedlige tilsynet, og at 2 har lest dem etterpå.
- Kommunen har rutiner for delegering av myndighet med hensyn til legemiddelhåndtering. Av oversikt over ansatte med delegert myndighet oppdatert per 24.08.2018 som ble fremlagt på tilsynstidspunktet fremgikk at delegasjonen var utløpt for 14 av 35 ansatte.
- Kommunen bruker QM+ som elektronisk avvikssystem, men det fremgår av intervjuer og journalgjennomgang at feil knyttet til medikamenthåndtering og manglende oppfølging av legeforordninger ikke nødvendigvis avvikregistreres.
- Gjennomgang av siste års avviksmeldinger viser at flere avvik beskrevet i legejournal og Profil ikke er registrert i QM+. Det fremgår at flere mangler tilgang og opplæring, og at blant annet legene ikke melder avvik her.
- Ansatte som har meldt avvik opplever at de får tilbakemelding fra ledelsen, og det er bestemt at avvik skal tas opp på faste fagmøter for å bidra til systematisk kvalitetsforbedring. Gjennomgang av registrerte avvik viser at det er iverksatt ulike former

for korrigerende tiltak for å forebygge tilsvarende hendelser, men avviksmeldingene og behandlingen av disse går imidlertid ikke alltid dypt nok til at bakenforliggende risikofaktorer identifiseres.

- Kommunen har egne skjemaer for risikovurdering innenfor ulike temaer på området legemiddelhåndtering, som ligger som vedlegg til prosedyrene for legemiddelhåndtering. Det ble gjennomført risikovurdering i desember 2016, hvor det ble identifisert risiko blant annet knyttet til oppfølging av ordinering og manglende etterlevelse av prosedyrer. Det er definert noen forslag til utbedringstiltak, uten at det er konkretisert hvem som skulle være ansvarlig for gjennomføring/oppfølging eller frist for dette. Fylkesmannen har også fått ettersendt ROS-analyse for 2018, hvor blant annet det å følge leges forordning er definert som et utbedringstiltak.
- Kommunen har de siste tre årene hatt 4 farmasøytiske tilsyn, hvor det har blitt avdekket flere mangler. To av tilsynene er gjennomført i 2018, det siste 19.06.2018. Av rapporten fra sistnevnte tilsyn fremgår at det ble avdekket avvik ved stikkprøvekontroll av holdbarhetsdatoer og mangler ved gjennomgang av dokumentasjon på temperaturkontroll i legemiddellager. Det ble også funnet legemiddel oppbevart ved feil romtemperatur. Når det gjelder ordinering av legemidler ble 10 medisinkort/legemiddellister kontrollert, 7 av disse manglet legesignatur. Videre ble det avdekket manglende dokumentasjon på utdelte legemidler, og påpekt at dokumentasjon utføres i to forskjellige systemer (noen ansatte registrerte i papirskjema og noen i Profil).
- Befaring under Fylkesmannens tilsyn viste at kontrollskjemaene heller ikke var komplett utfylt for perioden etter det farmasøytiske tilsynet. Praksis med dokumentasjon av gitt medisin i to systemer ble bekreftet, til tross for at det av rutiner fremgår at dokumentasjon skal skje elektronisk i Profil. Det er ikke iverksatt tiltak mellom tilsynene som har hatt tilstrekkelig korrigerende effekt.
- Av intervjuer fremgår at flere opplever ajourføring av medikamentlister som et særlig risikoområde, og at det er uklart for ansatte hvem som har overordnet ansvar og kan konfereres når det gjelder føring av medikamentlister. Det varierer om ansatte ville gå til fagansvarlig, administrativt ansvarlig eller kommuneoverlegen.
- Sykehjemmet har tidligere hatt rutine for gjennomføring av årskontroll for beboere på sykehjemmet den måneden beboer har bursdag, men av intervjuer fremgår at dette har blitt forsinket med opptil seks måneder og nå gjennomføres mer tilfeldig.

Særlig om influensavaksinerings

- Av opplysningene som lå til grunn for tilsynet fremgikk det at det første kvartal 2018 døde 10 pasienter ved Øksfjord sykehjem, og at flere av disse hadde symptomer som helt eller delvis kunne assosieres med influensa. Det fremgikk videre at influensavaksiner var bestilt høsten 2017, men at disse ikke var blitt administrert til alle som skulle ha det.
- Gjennomgang av legejournal viste at 3 av 10 dødsfall kunne relateres til influensa, men det er usikkert om gitt vaksine ville gitt et annet resultat.
- Det er utarbeidet informasjonsskriv til pårørende med tilbud om vaksinerings for beboere ved Øksfjord sykehjem, og rutine for influensavaksinerings. Av rutinen fremgår at avdelingsleder i begynnelsen av september skal ta ansvar for å kartlegge hvem som skal ha vaksine, og at det skal tas opp med tilsynslege på visitt i slutten av september at vaksine skal bestilles og hvem som skal ha. Det vises til at det er anbefalt fra Folkehelseinstituttet at vaksinen tas mellom oktober og november. Etter rutinen skal det registreres i Profil at pasient er tilbudt vaksine, om de skal ha, og når de har fått den.
- Elektronisk journalgjennomgang i Profil viser at kun 5 av de 10 pasientene som døde hadde fått vaksinen, hvorav én vaksine ble gitt 27.10.2017 og de fire andre først 08.01.2018. Det er ikke dokumentert at pasientene som ikke fikk vaksine hadde fått tilbud og takket nei. Det fremgår at influensavaksinasjon skal ha vært tema på legevisitter for pasientene, og at dette mulig ble ført i en egen legevisittbok som ble makulert ved årsskiftet.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Kommunen har utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering i tråd med forskrift om legemiddelhåndtering § 3, herunder prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Av intervjuer fremgår imidlertid at ledelsen ikke sikrer at rutinene etterleves i praksis. Dette gjelder både for selve utførelsen av de ulike prosedyrene, og dokumentasjonen av den løpende tjenesteytingen. Helsepersonell har journalføringsplikt etter helsepersonelloven §§ 39 og 40, og virksomheten skal etter § 16 legge til rette for at ansatte blir i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter. Av forskrift om pasientjournal § 7 fremgår at det som hovedregel skal føres en løpende, samlet journal, noe det også er lagt føringer for i interne

rutiner. Likevel dokumenteres det både i flere ulike papirskjemaer/bøker og Profil, noe som øker risikoen for svikt knyttet til administrering av legemidler og svekker pasientsikkerheten. I tillegg til at journalføringen er svært fragmentert fremgår det også at beskjedbøker med pasientopplysninger av relevans for tilsynet er makulert ved årsskiftet eller ikke kan gjenfinnes.

Dette anses som et brudd på helse- og omsorgstjenestelovens krav til forsvarlige journalsystemer, jf. § 5-10.

Av kommunens skriftlige prosedyrer fremgår hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering, og kommunen har rutiner for delegering av myndighet med hensyn til legemiddelhåndtering til helsepersonell som ikke er utdannede sykepleiere. Oversikt fremlagt på tilsynstidspunktet viste imidlertid at mange av delegasjonene var utløpt, og det fremgikk ikke at disse var fornyet. Kommunen skal sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering, og det fremgår at det er laget opplæringsplan for medikamenthåndtering med 12 timers grunnkurs og 6 timers oppfølgingskurs hvert andre år. Kommunen har grunnet rekrutteringsproblemer og sykefravær benyttet seg av utenlandske vikarer, og det er spesielt viktig at det sikres at vikarer som ikke har tatt del i den ordinære opplæringen også får grundig innføring i kommunens rutiner og organisering, herunder ansvars- og oppgavefordeling.

Sykehjemmet har hatt rutine for årskontroll for beboere med langtidsopphold. Dette skulle etter rutinen gjennomføres den måneden pasienten har bursdag, og utføres av tilsynslege i samarbeid med helsepersonell fra sykehjemmet. Det fremgår imidlertid at planlagt årskontroll ved flere anledninger har blitt opptil seks måneder forsinket og nå gjennomføres mer tilfeldig.

Av forskrift om legemiddelhåndtering § 7 fremgår at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Videre skal utdeling av legemidler som hovedregel skje på grunnlag av ordinering gjort til enkeltpasient. Det fremgår av intervjuer og dokumentgjennomgang at det har vært en rekke avvik knyttet til feil i legemiddelhåndteringen og mangelfull oppfølging av ordinering fra lege. Dette utgjør brudd på forskriften § 7 og skulle etter kommunens rutiner vært registrert som avvik i kommunens elektroniske avvikssystem. Av journalgjennomgang og intervjuer fremgår

imidlertid at dette ikke gjøres rutinemessig, blant annet av legene. På denne måten sikres det ikke at svikt fanges opp slik at det kan iverksettes forebyggende tiltak for å hindre gjentakelse.

Kommunen har utarbeidet grunnleggende prosedyrer på området for tilsynet, og har i forbindelse med tilsynet også revidert og utarbeidet flere prosedyrer som skal bidra til å sikre forsvarlige tjenester til brukere av hjemmetjenesten og beboere ved sykehjemmet. Kommunen har imidlertid manglet systemer som sikrer etterlevelse av rutinene, og har også i perioder vært uten stedlig ledelse som kan kontrollere om gjeldende rutiner følges i praksis. Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav a fremgår at ledelsen skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten, og av bokstav c fremgår at ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer og rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Plikten til å evaluere virksomhetens oppgaver innebærer blant annet å kontrollere at oppgaver og tiltak gjennomføres, jf. forskriften § 8 bokstav a.

Rekrutteringsutfordringer og sykefravær er forhold som kommunen ikke alltid kan råde over. Ansvar for forsvarlige tjenester påhviler like fullt kommunen som virksomhet, og kommunen har iverksatt en rekke rekrutteringstiltak og bruk av vikarbyrå for å avhjelpe situasjonen. Det er i slike tilfeller spesielt viktig at det sikres opplæring, gode rutiner og kontroll av egen virksomhet. Dersom manglende norskkunnskaper gir økt risiko for svikt må ledelsen vurdere om det bør iverksettes «barrierer» som kan forebygge dette, f.eks. norskkurs eller kontrasignering/dobbeltkontroll. Kommunen opplyser at alle som ikke har norsk som førstespråk høsten 2017 fikk tilbud om ekstra norskopplæring, og kommunen må også sikre deltakelse ved behov.

Det fremgår av intervjuer at ansatte opplever å ha fått oppgaver uten tilstrekkelig opplæring og tilgang til veiledning eller stedlig ledelse. Det fremgår også at endrede ansvarsforhold ikke alltid er tydelig formidlet ut til de ansatte. Når enkelte ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i tillegg har opplevd samarbeidsproblemer med legetjenesten og synes det er vanskelig å spørre om råd, øker risikoen for svikt. Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav d fremgår at ledelsen skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten. Av samme

bestemmelse bokstav e fremgår at ledelsen skal planlegge hvordan risiko kan minimaliseres, og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Risiko og avvik knyttet til ordinerer er kjent både gjennom intern risikovurdering, farmasøytiske tilsyn og avviksmeldinger, ut at det er iverksatt tiltak som har hatt tilstrekkelig korrigerende effekt.

Av intervjuer fremgår tydelig at alle ansatte ønsker best mulige tjenester for pasientene. Ledelsen må sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker i planleggingen og gjennomføringen av tjenestene slik at den samlede kunnskap utnyttes, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav d. Gjennom involvering av ansatte bør man kunne enes om hvilke rutiner som best ivaretar pasientsikkerheten og skal gjelde slik at ansatte har en felles forståelse av dette. Til sist er det viktig at kommunen legger til rette for gode samarbeidsfora mellom ulike deltjenester innad i kommunen der dette er nødvendig for å tilby riktige og gode tjenester.

Oppsummert:

Tilsynet har vist mangelfull styring og ledelse av tjenestene. Det følges ikke med på at tjenestene fungerer som forutsatt og er tilstrekkelige for å gi et forsvarlig tilbud. Det ble avdekket alvorlig svikt i en sak, og i flere saker mindre alvorlig svikt. Når det gjelder dødsfall som direkte kan relateres til influensa er det usikkert om utfallet ville blitt et annet dersom pasientene hadde fått vaksine. Vaksinen gir som kjent ikke 100 % beskyttelse, og pasienter som har sterkt svekket helse vil også ha dårligere effekt av slik vaksine enn andre. Manglende styring og internkontroll gir imidlertid en uakseptabel stor risiko for svikt i tjenestene til den enkelte, og bidrar ikke til god utnyttelse av kommunens ressurser. Mangelen på styring gjør at det blir personavhengig om tjenestene fungerer som forutsatt, og det sikres ikke at tjenestene til enhver tid er forsvarlige.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:

Loppa kommune sikrer ikke forsvarlig tjenester ved Øksfjord sykehjem. I hjemmetjenesten sikres ikke forsvarlig legemiddelhåndtering. Ledelsen sikrer ikke at gjeldende rutiner følges, og at løpende tjenesteyting dokumenteres i tråd med journalforskriften.

Dette er brudd på: Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, forskrift om medikamenthåndtering §§ 3, 5 og 7, helse- og omsorgstjenesteloven 5-10 jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. § forskrift om pasientjournal §§ 5, 7 og 8, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6, 7, 8 og 9.

Fylkesmannen finner at mangler ved ledelsens styring og kontroll av egen virksomhet medfører risiko for at pasienter ikke får riktige tjenester til rett tid. Legemiddelhåndtering er et særlig viktig område med kjent risiko for svikt, og det er viktig at kommunen har systemer som forebygger og fanger opp avvik i den løpende tjenesteytingen slik at det sikres gode og trygge tjenester.

Vi ber om at kommunen sender oss en tidfestet plan med oversikt over hvilke tiltak som vil bli iverksatt for å rette lovbrudd som er avdekket under tilsynet. Planen bør være så konkret som mulig, og inneholde følgende elementer:

- Tiltak som settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund
- Virksomhetens egne frister for å sikre fremdrift med konkret ansvarsfordeling

Vi ber om at planen sendes oss innen 20. desember 2018.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen
fylkeslege

Hanna H. Nilsen
seniorrådgiver

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.
Saksbehandler: Hanna Nilsen, tlf: 37 01 75 83

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Kopi med vedlegg:
Statens helsetilsyn, postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
Fylkesmannen i Finnmark, Statens hus, Damsveien 1, 9815 Vadso

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 27.09.2018.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført elektronisk 18.10.2018.

Befaring ble gjennomført 29.10.2018. Tema for befaringen var tilgjengelige rutiner for ansatte og kontroll av diverse sjekklister, blant annet på medikamentrom.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Øksfjord sykehjem, hvor også hjemmetjenesten har base. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 13.11.2018.

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

- Administrativt organisasjonskart Loppa kommune
- Bemanningsplan og turnus for sykehjemmet og hjemmetjenesten
- Sykefraværstatistikk for perioden 01.01.2016 – 22.10.2018
- Tjenesteavtale nr. 4 inngått mellom Finnmarkssykehuset og Loppa kommune med vedlegg «Utdypning av innhold i driftsplan for øyeblikkelig hjelp døgnopphold»
- Referater fra sykepleiermøter og avdelingsmøter
- Oversikt over ansatte med delegert myndighet mht legemiddelhåndtering
- Mal for avtale om legemiddelhåndtering
- Kvitteringsskjema for gjennomført oppfølgingskurs og delegering
- Prosedyrer for legemiddelhåndtering for sykehjemmet og hjemmetjenesten i Loppa kommune versjon 5-2018, herunder:
 - Kvitteringsskjema for lest prosedyre
 - Skjema «Oversikt over ansatte med legemiddelhåndteringsoppgaver»
 - Skjema «Liste over personale med tilgang til legemiddellagre»
 - Sjekkliste for «Praktisk opplæring på arbeidsplass»
 - Skjemaer for risikovurdering av legemiddelhåndtering (ROS-analyser)

- Skjema for delegering av myndighet til å administrere legemidler
- Skjema for delegering av myndighet til å administrere insulin til enkeltbrukere
- Skjema for kontroll og dokumentasjon av temperatur i legemiddellager (uke og måned)
- Sjekkliste for nyansatte - opplæringsprogram
- Bekreftelse på gjennomført undervisning i legemiddelgjennomgang 30.08.2018
- Kopi av kursbevis for ansatte med e-læringskurs i kapillær blodprøvetaking
- Skjema for kontroll av renhold og holdbarhetsdato i legemiddellageret, narkotikaregnskap m.m. 2018 ved Øksfjord sykehjem
- Rutine vedrørende dosettlegging/multidosemottak datert 10.12.2017
- Oversikt over ukentlige/månedlige rutiner for sykepleiere oppdatert 19.09.2018
- Stillingsbeskrivelse for fagansvarlig på sykehjemmet datert 19.10.2018
- Stillingsbeskrivelse for fagansvarlig i hjemmetjenesten datert 29.10.2018
- Udatert rutine for blodprøvetaking ved årskontroll av beboere på Øksfjord sykehjem
- Forslag til formalkrav og kvalitetskrav til å gjenåpne sykestueplassen ved Øksfjord sykehjem
- Kompetanseplan for Loppa kommune 2010 – 2014
- Permisjonsreglement for Loppa kommune, siste revidert vedtatt 06.09.2018
- Statistikkrapport over avvik for perioden 01.01.2018 – 31.10.2018

Etter det stedlige tilsynet har Fylkesmannen fått tilsendt:

- Sjekkliste for opplæring av nytilsatte sykepleiere og vikar revidert 05.11.2018
- Beskrivelse av «Ansvar og oppgaver til ansvarsvakt – sykepleier» revidert 05.11.2018
- Rutine for avviksregistrering datert 05.11.2018
- Kvitteringsskjema for dokumentasjon av innlevert legemiddel til apotek
- Oppdatert kvitteringsskjema for ansatte for lest «Prosedyre for legemiddelhåndtering ved Øksfjord sykehjem»
- Oppdatert kvitteringsskjema for ansatte for lest «Prosedyre for legemiddelhåndtering for Loppa hjemmetjeneste»
- Kopi av ROS-analyse fra 2016 og 2018

For å kartlegge kommunens praksis har Fylkesmannen gått gjennom journalene til 24 pasienter. Journalgjennomgangen omfattet løpende journalnotater i Profil, elektronisk legejournal og elektroniske dialogmeldinger sendt via HelseNett. Det ble også gjennomført befarings- og intervjuer med 9 ansatte, herunder leger, sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjemmet og kommunal ledelse slik det fremgår av tabellen under:

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

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Marion Høgmo	Rådmann	☒	☒
Vera Meyer	Helse- og omsorgsleder	☒	☐
Olav Gunnar Ballo	Kommuneoverlege	☒	☒
Sabine Bader	Tilsynslege	☒	☐
Paul Olav Røsbø	Stedfortredende kommuneoverlege	☐	☒
Solgunn Hansen	Adm. leder sykehjem og hjemmetjeneste	☒	☒
Karin Jahr	Fagansvarlig sykepleier sykehjem	☒	☒
Ingvild Eriksen	Fagansvarlig sykepleier hjemmetjenesten	☒	☒
Janne Karlsen	Fagansvarlig sykepleier hjemmetjenesten	☒	☒
Ann Lawas	Sykepleier fra 18.10.18 og tidl. helsefagarbeider sykehjem og hjemmetjenesten	☒	☐

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen, Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder
- Jurist Hanna H. Nilsen, Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder

