



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Postboks 4710 Sluppen, 7468 Trondheim
Sentralbord: 73 19 90 00, Telefaks 73 19 91 01
Besøksadresse: E. C. Dahls g. 10

Saksbehandler
Ingrid Karin Hegvold
Sosial- og helseavdelingen

Innvalgstelefon
73 19 93 11

Vår dato
13.09.2017
Deres dato

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2017/4321-736.2
Deres ref.

Orkdal kommune
Rådmannen
Postboks 83
7301 ORKANGER

Vurdering av mulig pliktbrudd - Orkdal kommune, Orkdal helsehus

På bakgrunn av oppslag i avisa Sør-Trøndelag lørdag 10. juni 2017, og med hjemmel i helsetilsynsloven § 2 besluttet Fylkesmannen i Sør-Trøndelag å åpne tilsynssak. Artikkelen «Varsko fra skjermet avdeling» viste til at de ansatte ved skjermet avdeling hadde sendt bekymringsmelding hvor det ble pekt på mange kritikkverdige forhold. Videre fremkommer det at det er meldt flere avvik som er klassifisert som «meget alvorlig», samt at det beskrives at flere beboere er blitt skadet som følge av vold fra andre beboere. Orkdal helsetun hadde opprinnelig en avdeling med 8+8 plasser tilrettelagt for demente benevnt som 4.1-posten. I 2016 ble også 1-posten omgjort til en avdeling for demente og det er ansatte ved 1-posten som har sendt bekymringsmelding som sto omtalt i media. På bakgrunn av innhentet informasjon, stedlig tilsyn og opplysninger fra pårørende omfatter tilsynet begge dementavdelingene.

Til grunn for vår vurdering ligger:

- Artikkel i avisa Sør-Trøndelag lørdag 10. juni 2017
- Kopi av brev fra ansatte til kommunalsjefen, datert 31. mai 2017
- Kopi av e- post fra kommunalsjefen til de ansatte, datert 2. juni 2017
- Brev fra ansatte til fylkeslege Jan Vaage, datert 22. juni 2017
- Tilsyn ved Orkdal helsetun gjennomført 28. juni 2016
- Kopi av avviksmeldinger for 1-posten og 4.1-posten0,
- Brev fra Orkdal kommune, datert 13. juli 2017 med beskrivelse av de skjermede avdelingene ved Orkdal helsetun, vedlagt:
 - Evaluering av omorganiseringen
 - Plan veiledning psykisk helse
 - Turnus- og bemanningsplan med fagkompetanse post 1 og 4.1
 - Prosedyre overgrep på pasient
 - Diverse referat fra gruppemøte på 1-posten
 - Bekymringsmelding fra pårørende
 - E-post fra ansatte på 1-posten og svar fra kommunalsjef K. Wangen.
- Gjennomgang av en beboerjournal.

Beskrivelse av Orkdal helsetun, dementavdelingene

Orkdal helsetun er et stort sykehjem med plass til 106 beboere. Enheten er delt inn i 5 avdelinger. Alle avdelingene har en (1) person på vakt om natten, men i tillegg er det en helsefagarbeider og en sykepleier som kan tilkalles der det er behov.

Orkdal helsetun hadde opprinnelig en avdeling tilrettelagt for demente – 4.1-posten. På grunn av uro ved flere av sengepostene ble det besluttet å opprette en ekstra skjermet avdeling. I mai 2016 ble derfor 1-posten omgjort til en avdeling for demente.

4.1-posten er den opprinnelige demensavdelingen. Den er utformet som en hestesko med plass for 8 beboere på hver side, til sammen 16 beboere. De beboerne som er fysisk velfungerende, men med uro og utagering tilbys plass ved denne avdelingen. Avdelingen har beboerrom med eget bad/wc, i tillegg er det oppholdsrom og kjøkken. Avdelingen har utgang til egen inngjerdet hage. Det er 14 årsverk knyttet til avdelingen – fire (4) personer på vakt dag/kveld og en (1) på natt, men det kan tilkalles ekstra hjelp (2 personer som hele sykehjemmet har tilgang til).

1-posten er formet som en lang gang med 60 – 70 dører. To beboere deler bad/wc. Det er i tillegg oppholdsrom og kjøkken. Denne avdelingen ble tatt i bruk for demente våren 2016. Tilbud på 1-posten gis til de beboerne med størst hjelpebehov i stell og pleie. Det er 15 årsverk knyttet til avdelingen – fire (4) personer på vakt dag + avdelingsleder, fire (4) på kveld og en (1) på natt, men det kan tilkalles ekstra hjelp (2 personer som hele sykehjemmet har tilgang til). Denne avdelingen har ingen egen utgang til skjermet uteareal.

Bakgrunn for saken

Ad 1-posten

I en artikkel i avisa Sør-Trøndelag lørdag 10. juni 2017 kom det frem at ansatte ved 1-posten på Orkdal helsetun hadde sendt et brev til kommunalsjef K. Wangen hvor de peker på flere kritikkverdige forhold ved 1-posten. I brev av 31.mai 2017 trekker ansatte frem følgende forhold som bekymringsfulle:

- Noen av låsene på vinduer er fjernet for å hindre beboere å komme seg ut gjennom vinduene. Dette fører til at beboerne ikke får frisk luft
- Det er ingen velferdsteknologi/armbånd som fungerer som lås på dører. Dette medfører at alle har tilgang til alle rom til alle døgnets tider. Det beskrives at dette medfører lite privatliv, at beboere kan forsyne seg med hva de vil fra andres rom og gjøre sitt fornødende på andres rom, hvilket fører til sterk misnøye, mye bitterhet og flere sammenstøt mellom beboere.
- Det er ikke mulig å åpne verandadør, da dette kan medføre at beboere stikker av.
- Det er 15 beboere på posten, hvilket er for mange på en tilrettelagt avdeling og det er ikke etablert kriterier for skjermet enhet.

Kommunalsjefen har besvart ansattes bekymring i e-post av 2. juli 2017 og skriver at hun er klar over at 1-posten ikke er optimal for denne pasientgruppen, men at avdelingen, da det ble behov for flere plasser til beboere som trengte skjerming, ble ansett som best egnet alle andre hensyn tatt i betraktning. Til bekymringspunktene skriver kommunalsjefen følgende:

- Dersom sikringen av vinduene ikke er hensiktsmessig eller for dårlig, må man se på dette slik at de kan settes i luftstilling.
- Vedrørende dørsensorteknologi så venter en på at leverandør skal komme med et oppsett på system. Det er purret på å få dette på plass. Det bemerkes at dette må gjennomføres ved begge dementavdelingene og er en stor investering

- Frivillige er forespurt for å hjelpe til med tiltak for å sikre uteområdet og at man venter på dette.
- Kommunalsjefen er usikker på om det skal etableres kriterier for skjermet enhet, da oppholdet i en slik avdeling kan være aktuelt for andre pasientgrupper enn de med demens.

Ad 4.1-posten

På bakgrunn av oppslag i media kom det frem at det også ved 4.1-posten var mye uro og flere episoder med vold mellom medpasienter og mot pleiepersonell.

Tilsyn 28. juni 2017

Tilsynsbesøket ble gjennomført med intervju med ansatte og ledelse ved Orkdal helsetun, befaring ved 1-posten og 4.1-posten og avsluttende samtale med kommunalsjefen for helse og omsorg, rådmann og ordfører i Orkdal kommune.

Oppsummering etter besøket

Både 1-posten og 4.1-posten har bygningsmessige mangler.

1-posten har for mange dører som gjør det vanskelig å orientere seg og det er liten mulighet for turer ut. Å dele bad og wc gir store utfordringer hygienisk. Vinduer som ikke kan åpnes gir liten mulighet for frisk luft/utlufting. Det er en stor gruppe beboere ved avdelingen og konklusjonen er at denne avdelingen ikke egner seg for demente.

4.1-posten, som skal være tilpasset beboere med utfordrende adferd har ikke skjermingsmuligheter.

Sansehagen var lite tilgjengelig grunnet at gjerdet var for lavt. Dette var det gjort tiltak for og man ventet bare på at arbeidet skulle iverksettes.

Både skriftlig og muntlig informasjon viser at det er manglende kompetanse i grunnbemanning, samt at det også ved innleie av personell er mangelfull tilgjengelig kompetanse. På dagtid vil ofte avdelingsleder være eneste sykepleier på post og nødvendig deltakelse i daglig pleie vil ofte måtte prioriteres foran ledelsesoppgaver. På kveldstid er avdelingene stort sett avhengig av sykepleier/helsefagarbeider på huset, men personalet har en opplevelse av at ressurser på huset er lite tilgjengelig for demensavdelingene. Da tilsynsbesøket fant sted fikk vi opplyst at det over en periode var forsterket bemanning på 4.1-posten pga stor uro mellom beboere. Alle ansatte har fått tilbud om «Demensens ABC», men det kom frem at ikke alle klarer å følge opp hele kurspakken grunnet travelhet i avdelingene. Orkdal helsetun er i ferd med å slutføre arbeidet med kompetanseplan. Det beskrives at det er ønskelig at ansatte søker videreutdanning. Kommunen bruker kompetansemidlene fra Kompetanseplan 2020, men det er få ansatte som søker.

På grunn av overforbruk er det gjennomført en analyse som viste at Orkdal helsetun hadde for mange ansatte. Det er gjennomført en prosess for å redusere antall stillinger i tråd med stipulert pleiebehov. Det er imidlertid uklart om det er tatt stilling til de utfordringene som utforming av 1 posten gir.

Det siste året har vært utfordrende ledelsesmessig ved at det har vært interimsoverordninger fra sommeren 2016 til mai 2017. Redusert tilgang på enhetsleder har gitt informasjonsmangel nedover i organisasjonen.

Som ved planlagt tilsyn i april 2017 ser vi også ved dette tilsynsbesøket at det er en gjennomgående mangel på rutiner og prosedyrer, samt at det mangler et

overordnet system for å ivareta internkontrollen. Kulturen for å skrive avvik fremstår som god, men det er uklart om aggregerte data brukes til kvalitetsforbedring.

Under intervju kom det frem at hendelsen i 2016, som det var referert til i media, oppsto på grunn av samtidighetskonflikt. Ved gjennomgang av avviksmeldinger ser vi at en lignende hendelse fant sted i mai i år. Det gikk lang tid før tilsyn av sykepleier.

Alle brukere som legges inn på helsetunet er kartlagt for demens. De fleste på demenspostene har fått demensdiagnose. Alle er nå kartlagt med hensyn til samtykkekompetanse. ADL vurdering blir ikke systematisk fulgt opp. Det har vært store mangler i håndtering av 4A. Nå er det gjort vedtak på alle. Ikke alle innsendt. Vedtakene blir gjort først og fremst fordi det er nødvendig med låste dører og ikke nødvendigvis fordi den enkelte beboer hadde hatt behov for vedtak.

Under tilsynsbesøket fikk vi overlevert alle avvik i for perioden august 2016 til medio juni 2017 fra både 1-posten og 4.1-posten.

Avvik	Medikamentfeil	Fall	Uro - Utagerende beboer - Aggresjon mellom beboere	Personneltmangel/ kompetanse	Beboer forsøt å «stikke av»	Annet	Sum
1-posten	14	11	82	29	23	25	184
4.1-posten	5	5	114	12	5	16	157

Evaluering fra Orkdal kommune – oversendt i brev av 13.07.2017 (etter tilsynsbesøket)

Informasjon og kommunikasjon:

I forbindelse med omorganiseringen ble det gjennomført flere møter med personalet både i grupper og allmøter, samt informasjonsmøte med pårørende. Ledelsen ser at alle ansatte burde fått referat fra møtene for å få fortløpende informasjon. Det ble ikke gjennomført RoS-analyse, hvilket de i ettertid ser burde vært gjort.

Kompetanse:

Ledelsen vurderer at de har en lav andel med 3-årig høyskoleutdanning.

Alle ansatte på skjermet enhet er i gang med demensomsorgens ABC.

Det er gjennomført sikkerhetskurs 4. mai og skal gjennomføres på nytt etter sommeren.

Strategisk kompetanseplan er under ferdigstilling – vedtas politisk høsten 2017.

Med bakgrunn i denne skal det utarbeides avdelingsvise kompetanse- og handlingsplaner for hver avdeling. Gruppe for etisk refleksjon er under reetablering.

Tvang og makt:

Det er ikke gjennomført opplæring i pasient- og brukerrettighetslovens § 4 A og kunnskapen om dette var varierende. Systematisk arbeid på dette området har vært mangelfull. Kommunen har bedt om bistand fra fylkesmannen i opplæring.

Fysiske forhold:

Lokalene ved 4.1-posten oppfattes som hensiktsmessige for brukergruppen. Ved etablering av skjermet enhet på 1-posten var man klar over at denne avdelingen ikke var optimal for brukergruppen. Tiltak for å bedre forholdene er kartlagt. Noen av tiltakene har vist seg ikke å være gode nok og man vil se på dette på nytt. Utredning og planlegging av dørsensortechnologi ble startet høsten 2016. Dette fordi det er en utfordring at beboerne går inn på andre beboeres rom. Det er behov for mulighet til utgang til skjermet område fra 1-posten, samt et høyere gjerde for å hindre at pasienter stikker av. Dette er under arbeid. Det har vært gjort flere utredninger for å dele 1-posten i to. Det er også nedsatt en arbeidsgruppe. Siste halve året har det vært behov for ytterligere skjerming av enkelte beboere. Det arbeides med å se på muligheter for dette.

I redegjørelsen beskrives at arbeidet med å samle prosedyrer og legge disse inn i nytt system. Dette vil bli gjennomført høsten 2017.

Rettslig grunnlag for vurderingen:

Det er et grunnleggende krav til helse- og omsorgstjenesten at de helse- og omsorgstjenestene kommunen yter skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet i kommunale helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd lyder:

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

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

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd første punktum fremgår det at kommunen plikter å *"planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift"*.

Det grunnleggende kravet om forsvarlighet forutsettes dermed ivaretatt gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Styringskravene fremgår også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Lov om helsepersonell § 16 om organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester lyder slik: «*Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*».

I kravet til forsvarlig organisering av tjenesten etter helsepersonelloven § 16, ligger blant annet at virksomhetens eier og ledelse må gjøre organisatoriske og styringsmessige tiltak som gjør det mulig for det enkelte helsepersonell å utføre sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte.

Det vises videre til:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester
- Forskrift om en verdig eldreomsorg

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016 nr. 1250 (internkontrollforskriften) stiller krav til virksomhetens styring, kontroll og kontinuerlige forbedringsarbeid av tjenesten. Virksomheten skal etablere tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes på en systematisk måte. Dokumentasjon på styringssystemet skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Et velfungerende system for egenkontroll er derfor et godt hjelpemiddel for å sikre at brukerne får den helsehjelpen de har behov for, på rett sted til rett tid.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester av 27. juni 2003 nr. 792 (kvalitetsforskriften) og internkontrollforskriften supplerer hverandre i stor grad. Mens internkontrollforskriften retter søkelyset mot den enkelte virksomhets egne systemer, retter kvalitetsforskriften søkelyset mot brukerne av pleie- og omsorgstjenestene.

Kvalitetsforskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Den enkelte virksomhet skal ha egne systemer som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, utføres, organiseres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer.

Verdighetsgarantiforskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivarettatt. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, kan ikke oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sin vurdering

Fylkesmannen har vurdert om Orkdal kommune, gjennom sin styring, har sikret beboerne forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen bygger sine vurderinger på de opplysninger som fremkom under tilsynsbesøket, den dokumentasjon som da forelå, befaring og de samtaler som fant sted under besøket.

I Nasjonal faglig retningslinje om demens fremgår det at «kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester, får tilpassede fysiske omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudet skal ivareta behovet for trygghet og i størst mulig grad autonomi og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter».

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vurderer at demenspostene ved Orkdal helsetun ikke oppfyller kravene til tilpassede fysiske omgivelser. Vi begrunner dette med følgende forhold:

- 1-posten:
 - er en lang korridor med over 60 dører. Dørene var også dårlig merket.
 - To og to beboere må dele toalett, hvilket gir utfordringer hygienisk. Det har medført flere episoder hvor beboere ikke har funnet frem til toalettet. Konsekvensen har vært at beboere har «gjort ifra seg» på beboerrom.
 - Åpne-/lukkemekanismer på vinduene er fjernet grunnet flere forsøk på å ta seg ut gjennom vindusåpningene. Vinduer som ikke kan åpnes gir liten mulighet for frisk luft/utlufting.
 - Det er ikke skjermingsmuligheter for beboere med utfordrende adferd.
- 4.1-posten:
 - Er i større grad tilrettelagt for demente, men det er ikke skjermingsmuligheter for beboere med utfordrende adferd. Dette har gitt grunnlag for flere avvikshendelser.
- Sansehagen var lite tilgjengelig grunnet at gjerdet var for lavt. Dette hadde ført til flere rømmningsforsøk.
- Sansehagen var lite tilgjengelig for beboerne på 1-posten.

På bakgrunn av informasjon gjennom dokumentasjon, intervjuer og kommunens egen evaluering vurderer Fylkesmannen i Sør-Trøndelag at bemanningen ved demensenheten ikke har vært forsvarlig. Dette begrunnes i følgende forhold:

- Mangelfull dekning av helsepersonell med treårig høgskoleutdanning.
- Innleide sykepleier har i flere tilfeller hatt mangelfulle språkkunnskaper. Dette har medført stor usikkerhet for øvrig personale om hvorvidt spørsmål som blir tatt opp og rutiner blir forstått.
- På kveldstid er avdelingene stort sett avhengig av sykepleier/helsefagarbeider på huset, men personalet har en opplevelse av at ressurser på huset er lite tilgjengelig for demensavdelingene. Det kan ta lang tid før tilsyn av sykepleier.
- Alle ansatte har fått tilbud om «Demensens ABC», men det kom frem at ikke alle klarer å følge opp hele kurspakken grunnet travelhet i avdelingene.
- Under intervju kom det frem at hendelsen i 2016, som det var referert til i media, oppsto på grunn av samtidighetskonflikt. Ved gjennomgang av avviksmeldinger så vi at en lignende hendelse fant sted i mai i år.
- Det er meldt flere avvik på mangel på personell og at dette har utløst svikt i tjenesten.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vurderer at de fysiske forholdene og de utfordringer med tilstrekkelig bemanning/kompetanse som ble avdekket, samlet utgjør at Orkdal helsetun ikke sikrer at beboere ved demenspostene får forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. kvalitetsforskriften og verdighetsgarantiforskriften.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte i april 2017 et planlagt tilsyn ved Orkdal helsetun. Det ble da avdekket en gjennomgående mangel på rutiner og prosedyrer, samt at det manglet et overordnet system for å ivareta internkontrollen. Dette var også situasjonen ved dette tilsynsbesøket. Kulturen for å skrive avvik fremstår som god, men det er uklart om aggregerte data brukes til kvalitetsforbedring.

Under tilsynet ble vi gjort kjent med at det har vært store mangler i håndtering av saker etter pasient og brukerrettighetsloven kap 4A, men at det nå er skrevet vedtak på alle beboerne ved demenspostene. Vedtakene er først og fremst gjort fordi det er nødvendig med låste dører og ikke nødvendigvis fordi den enkelte beboer hadde hatt behov for vedtak. Under tilsynsbesøket ble det påpekt at dette ikke var en riktig forståelse av reglene i pasient og brukerrettighetsloven kap 4 A. Det er gjort avtale med fylkesmannen om gjennomføring av opplæring på dette området.

Vi er kjent med at det siste året har vært utfordrende ledelsesmessig ved at det har vært interimsordninger fra sommeren 2016 til mai 2017. Redusert tilgang på enhetsleder har gitt informasjonsmangel nedover i organisasjonen. Etter at ny ledelse kom på plass er det iverksatt tiltak for å bedre situasjonen ved Orkdal helsetun. Dette gjelder både i forhold til avvik som ble påpekt ved tilsynet i april 2017 og dette aktuelle tilsynet ved demenspostene. Bl.a. er vi kjent med at det;

- over en periode (mai/juni) var forsterket bemanning på 4.1-posten pga stor uro mellom beboere.
- Orkdal helsetun er i ferd med å slutføre arbeidet med kompetanseplan
- Etter dette tilsynet er det også gjort forbedringer med gjerdet rundt sansehagen.

Konklusjon

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vurderer at Orkdal kommune har brutt helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1 tredje ledd ved at den ikke har sikret en forsvarlig tjeneste for beboere ved de to dementenhetene ved Orkdal helsetun.

Vi ber om en tilbakemelding på status og effekt av iverksatte tiltak, samt en plan for videre arbeid for å sikre at tjenesten blir i samsvar med myndighetskravene. Vi ber om at tilbakemeldingen sendes oss innen 1. november 2017.

Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege

Ingrid Karin Hegvold
seniorrådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.