

REGELVERKTILSYNRETTIGHETER OG KLAGERPUBLIKASJONER

[Om oss](#)[Kontakt oss](#)[Presse](#)

Du er her:

[Helsetilsynet](#) [Tilsyn](#) [Tilsynsrapporter](#) [Innlandet 2021](#)

TILSYNSRAPPORT

PrintSøk på siden

Rapport fra tilsyn med Ringebu kommune – sikring av forsvarlig ernæring og munnhygiene ved Linåkertunet 2021

Tidsrom for tilsynsbesøket:

20.05.2021, 26.05.2021 – 27.05.2021

Statsforvalteren i Innlandet 25.10.2021

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 påpekte lovbrudd](#)
- [Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet](#)

Åpne innholdsfortegnelse

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Ringebu kommune og besøkte i den forbindelse Linåkertunet for journalgjennomgang torsdag 20.05.2021. Tilsynet for øvrig ble gjennomført digitalt fra 26.05.2021 til 27.05.2021. Vi undersøkte om kommunen sørger for å sikre at forsvarlig ernæring og munnhygiene i sykehjem blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at beboerne får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av årets planlagte tilsyn initiert av Statsforvalteren.

Statsforvalterens konklusjon

- Ringebu kommune har ikke systemer som sikrer gode nok vurderinger og oppfølging av pasienter som er i ernæringsmessig risiko, og dette medfører risiko for svikt.
- Ringebu kommunen har ikke systemer som sikrer at pasienter/beboere får forsvarlig oppfølging av sin munnhygiene.

Dette er brudd på:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. 3-2 første ledd nr. 6 c, §§ 4-1, 4-2
- Helsepersonelloven 16
- Helsepersonelloven 40 jf. journalforskriften §§ 4 og 6
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om en verdig eldreomsorg
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Statsforvalteren ber Ringebu kommune om å gjøre en egen vurdering av hvilke forhold som har medført de påpekte lovbruddene. **Frist 1.desember 2021.**

Vi ber om en plan hvor følgende spesifiseres:

- Tiltak som settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på å 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

1. Tilsynets tema og omfang

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

Statsforvalteren har undersøkt om kommunen har et styringssystem og en praksis som sikrer at beboere ved Linåkertunet blir vurdert for ernæringsmessig risiko. Herunder om pasienter i ernæringsmessig risiko blir kartlagt og fulgt opp med tiltak, og om tiltakene systematisk blir vurdert og dokumentert. Tilsynet har undersøkt om kommunen har gjort en risikovurdering på området, om organisering og plassering av ansvar og myndighet for de ulike oppgavene innen ernæring er tydelig plassert og kjent for alle ansatte. Videre har tilsynet undersøkt om kommunen vurderer og sikrer at helsepersonell til enhver tid har nødvendig kompetanse på området, om kommunen har rutiner og prosedyrer, og om disse blir fulgt.

Tilsynet har også undersøkt om kommunens ledelse følger opp om rutiner/prosedyrer blir fulgt, om det meldes avvik på området og om avvik benyttes i kvalitetsforbedrende arbeid.

Videre har tilsynet undersøkt om kommunen dokumenterer i tråd med lovgivningen på området, det vil si om vurdering, kartlegging og oppfølging blir dokumentert i journal. Vi har også undersøkt om virksomhetens ledelse følger med på den praksis som følges og om relevant og nødvendig informasjon blir dokumentert.

Når det gjelder munnhygiene har Statsforvalteren undersøkt om kommunen har rutiner og praksis som sikrer at beboerne får vurdering og oppfølging av munnhygiene/munnhelse når de har behov for det. Vi har også sett på om kommunen sikret kompetanse på området.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Lover

Helsetilsynsloven

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol)

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl)

Helsepersonelloven (hpl)

Forvaltningsloven (fvl)

Pasientjournalloven

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Forskrift om lovbestemt sykepleiertjeneste i kommunene

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd.

Innholdet i denne plikten er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem.

Styringssystemet er summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriften §§ 6–9.

Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriften § 5. Tilsvarende gjelder for hvordan kommunen skal dokumentere styringsaktivitetene.

Kravene til ledelse og kvalitetsforbedring må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

2.2 Ernæring

Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til å sikre at pasientenes grunnleggende behov blir ivaretatt, herunder å sikre at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke gjennom et variert kosthold, og bistand under måltidene dersom det er behov for det. Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer for å sikre at tjenestemottakerne får de tjenestene de har behov for og krav på i henhold til kvalitetsforskriften § 3. Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 en nasjonal faglig retningslinje om forebygging og behandling av underernæring, IS-1580, som angir hva som er god praksis på dette området. I henhold til retningslinjene skal alle som mottar hjemmetjeneste screenes og kartlegges for ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten. Ved screening og kartlegging er det anbefalt å bruke egne kartleggingsverktøy, og resultatet av kartleggingen skal vurderes av kvalifisert helsepersonell. Pasienter som er underernærte, eller i risiko for å bli det, må følges opp med en plan med individuelt tilpassede tiltak. Sykehjemslegen bør involveres i dette arbeidet.

2.3 Dokumentasjon

Kommune skal sørge for forsvarlige dokumentasjons- og informasjonssystemer jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. Videre følger det av helsepersonelloven § 39 at helsepersonell har plikt til å dokumentere helsehjelpen. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger.

Pasientjournalforskriften gir utdypende opplysninger om kravet til innholdet i journalen, blant annet at nedtegning skal skje uten ugrunnet opphold, og gi en oppdatert oversikt over observasjoner, vurderinger og tiltak.

2.4 Forsvarlige tjenester

Med utgangspunkt i kravene nevnt over, forventes følgende av tjenestene for at de skal være forsvarlige:

- Ledelsen sørger for at ansvar, oppgaver og myndighet er avklart, og at ansatte har nødvendig kompetanse
- Ledelsen sørger for å implementere rutiner
- Ledelsen følger med på om rutiner blir fulgt, og setter i verk tiltak dersom det bli meldt om feil, mangler eller uønskede hendelser
- Ledelsen har oversikt over områdene i virksomheten hvor det er risiko for svikt,
- Ledelsen følger med på og behandler avvik, og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og

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.

3.1 Organisering av tjenestene

I tilsynet har vi sett på tjenestene ved Linåkertunet bo og rehabilitering, men det er Ringebu kommune som er tilsynsobjektet. Ringebu kommune er ansvarlig for at krav i lov og forskrift, samt andre myndighetskrav oppfylles, og for å ha rutiner for å skaffe seg oversikt slik at helsetjenestene som ytes i kommunen er forsvarlige. Før tilsynet fikk vi tilsendt en beskrivelse av organiseringen av Linåkertunet og en beskrivelse av praksis. Vi fikk skriftlige rutiner for det reviderte området.

Ringebu kommune ligger i Gudbrandsdalen og har ca. 4425 innbyggere. Kommunen er organisert med en kommunedirektør og to kommunalsjefer, hvorav en er ansvarlig for helse og omsorg. Under tjenesteenhet for Helse og omsorg ligger Linåkertunet, hjemmetjenester og helse og mestring med hver sine tjenesteledere. Linåkertunet er inndelt i to avdelinger; Linåkertunet korttidsavdeling og

Linåkertunet heldøgns tjenester (HDT). De to avdelingene har hver sin leder. Det er i tillegg fagansvarlige på avdelingene.

Korttidsavdelingen har inntil 12 plasser og har 11.63 årsverk. Korttidsavdelingen har plasser for rehabilitering, korttidsplass, vurderingsplass og avlastning. Linåkertunet heldøgns tjenester (HDT) har til sammen 32 plasser. Det er ca. 29 årsverk på denne avdelingen. De 32 plassene i HDT er fordelt på fire grupper med åtte pasienter i hver gruppe. En av gruppene (1-1) er langtidsplasser (vederlagsberegnet), mens de andre 24 plassene er definert som heldøgns omsorg hvor beboerne betaler husleie på rommet. Det er fast bemanning på alle fire gruppene. Det er ikke en skjermet avdeling på Linåkertunet.

Det skilles ikke mellom plassene i avdeling 1-1 og de andre plassene som er definert som heldøgns omsorgsbolig. Avdelingene i HDT, unntatt avd. 1-1, er ikke definert som en helseinstitusjon. Tilsynet er derfor rettet mot både helseinstitusjon og heldøgns omsorgsbolig, som ikke er definert som helseinstitusjon.

Linåkertunet har en 100 % fast sykehjemslege som er ansvarlig for alle avdelingene på Linåkertunet. Videre er det et samarbeid med de andre sykehjemmene i regionen Lillehammer, Gausdal og Øyer, slik at sykehjemslegene vikarierer for hverandre i ferier og ved fravær. Det er en felles bakvaktordning på kvelden og i helgene.

Linåkertunet har eget kjøkken som produserer mat til alle beboere og til hjemmeboende i Fåvang. De har i dag 5,20 årsverk. På tilsynstidspunktet lagde kjøkkenet lunsj til avdelingene 3 dager i uka, men de var inne i en omstillingsprosess med sikte på at kjøkkenet skal lage lunsj hver dag. De har lange tradisjoner for å lage all mat fra bunnen av.

Møter

Avdelingene har felles rapport hver morgen med fordeling av oppgaver/pasienter. Av faste, ukentlige møter kan nevnes samarbeidsmøte mellom tjenesteleder, avdelingslederne på korttidsavdelingen og HDT og fagansvarlig kjøkken. Sekretær deltar på starten av møtet for å koordinere uken.

Fagansvarlig kjøkken har også månedlige møter med en representant fra hver gruppe ved HDT og korttidsavdelingen. Tema for møtene er tilbakemelding og kommunikasjon mellom kjøkken og avdeling. Personalmøter har det blitt lite av pga. Covid-19. Det har istedenfor blitt sendt ut skriftlig informasjon med lesebekreftelse på at det er lest.

På korttidsavdelingen har de ukentlig tverrfaglige møter med ergoterapeut, fysioterapeut, avdelingsleder og sykehjemslege til stede. Formålet er gjennomgang av inneliggende pasienter, med koordinering av målsamtaler, samarbeidsmøter og oppfølging under oppholdet. Tavlemøter er tatt i bruk som et ledd i kvalitetsforbedringsarbeidet. Gjennomgangen dokumenteres i journal.

Tildeling av plasser på korttidsavdelingen og HDT foregår ukentlig med deltakelse fra tjenesteledere, avdelingsledere fra korttids, HDT, hjemmetjeneste og tildeling.

Gruppemøter avholdes på HDT ca. en gang i mnd. Legevisitt gjennomføres på korttids mandag og tirsdag, og på HDT tirsdag og onsdag.

Ledermøte mellom de tre tjenestelederne i Helse- og omsorg og kommunalsjef gjennomføres hver 14. dag.

Tilsynsteamet har besøkt Linåkertunet og gjennomgått 12 pasientjournaler. Tilsynet for øvrig ble gjennomført på Teams og det ble foretatt samtaler/intervjuer med 9 ansatte ved Linåkertunet samt kommunalsjefen.

Generelle bemerkninger

Linåkertunet har dyktige og engasjerte ansatte, som gir god omsorg til pasientene. Det er stabil bemanning. Rapporter fra brukerundersøkelser om måltider og om mat og ernæring fra hhv. 2020 og 2021 viser fornøyde beboere.

3.2. Kompetanse og personell

Strategisk kompetanseplan 2021-2024 for helse- og omsorgstjenesten ble administrativt godkjent den 01.12.2020. Det framgår at det på Linåkertunet kreves døgkontinuerlig tilgang på sykepleierkompetanse, og at det er ønskelig med flere høyskoleutdannede, spesielt inn mot geriatri og demens. Flere sykepleiere og helsefagarbeidere har relevant etter- og videreutdanning. På Linåkertunet har 49 % av personellgruppen yrkesfaglig utdanning, 25 % har høyskoleutdanning og 26 % er assistenter uten formell kompetanse.

For å sikre systematisk gjennomgang av sentrale tema har Helse og omsorg et felles kompetanseårshjul. Ernæring er tema i mars måned, sammen med tidlig innsats og egenmestring/hverdagsmestring.

Linåkertunet har utarbeidet en opplæringsplan basert på e-læringskurs som de ansatte skal ta på veilederen.no. Dette har blitt utviklet siden Covid 19-pandemien gjorde at det ikke var mulig å samle mange ansatte om gangen med tanke på opplæring. E-roms-prosjektet, som skulle ruller ut i 2020, måtte utsettes på grunn av Covid 19. På tilsynstidspunktet er Linåkertunet i en oppstartsfase, og skjermene skal nå være montert på alle pasientrom. Ved innføring av E-rom vil det bli gjennomført en kompetansekartlegging, og det vil bli gitt opplæring i dokumentasjon og hvordan skrive gode tiltaksplaner.

Ansatte har tatt e-læringskurs om forebygging og behandling av underernæring på veilederen.no. Lederne følger med at de ansatte har gjennomført kurs, og ernæring er satt opp som fokusområde i mars, i henhold til kompetanseårshjul.

Vi har fått opplyst at avdelingene pleier å ha faglunsjer og internundervisning, men at det har blitt lite av dette under Covid-19.

3.3 Ernæring

3.3.1 Rutiner/prosedyrer og praksis

Kommunen har skriftlige rutiner for screening og oppfølging av pasienter for vurdering av ernæringsmessig risiko. Avdelingsleder har ansvaret for å gjøre prosedyren kjent. I samtaler med de ansatte kom det frem at de er kjent med de skriftlige rutinene på tilsynsområdet når det gjelder ernæring. Det er klart for ledere og ansatte hvem som har ansvar for at ernæringscreening blir gjennomført og fulgt opp. Rutinene involverer sykehjemslegen som skal ha beskjed i journal «til legevisitt» når ernæringskartlegging er gjennomført.

Det finnes rutiner for at det skal tas regelmessig vekt en gang pr. mnd.

Selv om det foreligger rutiner, og ernæringscreening foretas rutinemessig, har tilsynet avdekket at den systematiske oppfølgingen for å forebygge og behandle underernæring hos beboerne er mangelfull.

Den interne prosedyren om å ta vekt en gang i mnd. følges ikke. Det tas rutinemessig vekt ca. hver tredje måned, men det knyttes ikke individuelle vurderinger til målingene.

I intervjuer har vi hørt at avdelingene har et godt samarbeid med kjøkkenet for å få tilpasset kost/ernæring til beboerne. Både avdelingsledelsen og ansatte har faste møter med kjøkkenet.

3.3.2 Ledelsens oppfølging

ROS-analyse

I forkant av tilsynet gjennomførte Linåkertunet en risiko- og sårbarhetsanalyse innen temaene ernæring og tannhelse. Deltakere var tjenesteleder, avdelingsledere, fagansvarlige, fagleder kjøkken, fagkoordinator, helsefagarbeider og systemadministrator for Compilo. Tiltak er i hovedsak rutiner, sjekklister og opplæring.

Avvik

Under intervjuene kom det fram at de ansatte er flinke til å melde avvik når de tenker at det er aktuelt, men at dette i hovedsak dreier seg om medisinalavvik. Det er lite fokus på hva som kan være avvik innen ernæring eller tannhelse, og det er ikke meldt avvik på disse områdene. Avvik meldes i Compilo og følges opp av avdelingsleder. De har en frist på 14 dager før saken løftes videre til tjenesteleder.

Gjennom tilsynet har vi sett at det til tross for gjennomført kurs og fokus på ernæring, så mangler praktisk opplæring og en felles kultur og forståelse for hvordan dette skal gjennomføres og dokumenteres. Ledelsen sikrer ikke at rutiner/prosedyrer for oppfølging av ernærings situasjonen i tjenesten blir fulgt.

3.3.3 Dokumentasjon/journalgjennomgang

Ved journalgjennomgang fant tilsynet at det var gjennomført ernæringskartlegging i 11 av 12 gjennomgåtte journaler. I den siste hadde brukeren takket nei til ernæringskartlegging. I 6 av 11 journaler var pasienten vurdert til å være i ernæringsmessig risiko. Tilsynet fant at vekt ofte

dokumenteres i henhold til etablert praksis som synes å være ca. hver 3. måned. Dette er ikke i tråd med prosedyren som sier at vekt skal tas en gang pr. måned.

Tiltak, oppfølging, effekt og vurderinger av ernæringskartlegging og vekt er mangelfullt dokumentert. Tilsynet fant at kaloriinntak er beregnet ved kostregistrering, men at det ikke er vurdert opp mot utregnet behov. Vi så i flere journaler at det er dokumentert hva beboeren har spist, men at vurdering av om dette er tilstrekkelig manglet. Dette medfører at tiltaksplanene blir mangelfulle. I intervjuer kom det fram at personalet følger med, og at det er mulig å få mat mellom måltidene dersom beboerne har spist lite. Men dette er ikke dokumentert. Kommunen har en plan for hvordan det skal dokumenteres på området, men det har i liten grad blitt fulgt opp.

Endelig fant tilsynet at kommunen ikke har en samlet journal. Drikkelister og kostlister legges i papirjournal og samles i permer. Det framgår ikke av Gerica at det eksisterer tilleggsjournaler. Det kom heller ikke fram at det var en enhetlig praksis med å skanne disse dokumentene inn i elektronisk journal.

Under intervjuer fikk vi opplyst at avdelingslederne og tjenestelederne prøver å ta systematiske stikkprøver i journaler for å følge med på hva som blir dokumentert.

3.4 Munnhygiene

Det foreligger en samarbeidsrutine mellom tannhelsetjenesten (Lillehammer tannhelse avd. Fåvang) og Linåkertunet. Samarbeidet innebærer bl.a. tilsyn fra tannhelsetjenesten en gang i året samt veiledning og undervisning fra tannhelsetjenesten etter behov. Tannlegetime på Fåvang kan bestilles ved behov. Tannlegen har hatt kurs med de ansatte.

Det følger av samarbeidsrutinen at Linåkertunet har ansvaret for å hjelpe beboere som ikke klarer det daglige renhold av tenner og munn selv. De ansatte forteller at de kartlegger om beboerne har egne tenner og om de pusser selv. De har gjerne dialog med de pårørende om dette.

Det opplyses at sykehjemslegen sjekker munnhelse ved innkomst. Det er gjennomført ROS-analyse på området.

Tannpuss morgen og kveld inngår i det daglige stellet og de daglige vurderingene som gjøres, men dette dokumenteres i liten grad. Det kommer fram i intervjuer at de ansatte prøver å følge med på om det er rødt i munnen eller hvite flekker e.l., men det er ingen prosedyrer på opplæring av personalet eller kompetansekartlegging på området. Det er uklart hvordan beboerne får sin munnhelse vurdert og ivaretatt.

Ansatte er ikke kjent med om virksomheten har skriftlige rutiner for oppfølging av munnhygiene. Tilsynet kan heller ikke se at det foreligger rutiner som beskriver hvordan munnhelse skal ivaretas ut over at det foreligger samarbeidsavtale med tannhelsetjenesten. I intervjuer kom det fram at de ansatte bistår med tannpuss, men kommunen sikrer ikke at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap

om oppfølging av munnhygiene. Tiltak skal skrives i tiltaksplan. Tiltak beskrives i hovedsak som hjelp med tannpuss, men vurdering mangler.

Det meldes ikke avvik på området og det er ikke fokus på hva som kan være avvik innenfor tema munnhelse.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

4.1 Ernæring

4.1.1 Rutiner/prosedyrer og praksis

Det er tilsynets vurdering at kommunen har planlagt hvordan forebygging og behandling av ernæring skal følges opp gjennom skriftlige prosedyrer. De skal følge tiltakene for underernæring slik de står beskrevet i «Rutinedokument for ernæringskartlegging Sør-Gudbrandsdal». Oppgaver og ansvar er klart definert. Kommunen har også utarbeidet en ROS analyse, noe som bidrar til at de ulike deloppgavene blir systematisert. Dette vil kunne redusere faren for svikt.

Resultatene fra journalgjennomgangen viser at ernæringskartlegging er gjennomført ved innkomst hos alle som har ønsket det. Det er imidlertid lite dokumentert hvordan resultatene av kartleggingen følges opp og vurderes/evalueres i det videre. Det knyttes ikke vurderinger til vekt, og det dokumenteres ikke i journalen hvordan risiko for underernæring forebygges. Kommunen sikrer følgelig ikke at oppfølgingen av pasientenes ernærings situasjon gjennomføres som planlagt. Dette medfører risiko for svikt.

Det er ikke meldt avvik på området og det har ikke blitt snakket om hva som kan være avvik. Når avvik heller ikke blir etterspurt, mister ledelsen et viktig verktøy for å følge med på kvaliteten i tjenesten. Det er ledelsens plikt å følge med på at praksis er forsvarlig og iht. utarbeidede prosedyrer.

4.1.2 Generelt om dokumentasjon

Tilsynet viser at det er mangelfull dokumentasjon når det gjelder ernæring. Når det gjelder praksis med å kvittere på tjeneste utført er det en forutsetning at det ligger en god status og funksjonsbeskrivelse av pasienten som grunnlag. Det er ikke tilstrekkelig med kun tiltak, det må være tydelig hva som er «normalt» for pasienten. Dokumentasjon er først og fremst viktig for å ivareta pasientsikkerheten gjennom at observasjoner og vurderinger blir nedtegnet slik at annet helsepersonell senere kan følge opp. Kommunen må sørge for en jevnlig oppdatering av pasientens situasjon slik at det er mulig å følge utviklingen i et pasientforløp.

Ringebu kommune sikrer ikke at det blir foretatt systematisk vurdering av kartlagt ernæringsstatus, eller oppfølging av tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter ved Linåkertunet.

4.2 Munnhelse

Tilsynet har funnet at det ikke foreligger prosedyrer for hvordan personalet skal sørge for god munnhelse hos beboerne, ut over den foreliggende samarbeidsavtalen med tannhelsetjenesten. Tiltak formuleres ofte som hjelp med tannpuss, og dette inngår i det daglige stellet. Status og vurderinger dokumenteres i liten grad. Det er lite opplæring på området, men det kom fram på intervju at tannlegen hadde holdt kurs for de ansatte.

Det meldes ikke avvik på området, og det er ikke fokus på hva som kan være avvik. Tilsynet kan ikke se at kommunen har systemer som sikrer at beboernes munnhelse ivaretas på en forsvarlig måte.

5. Statsforvalterens konklusjon

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

- Ringebu kommune har ikke systemer som sikrer gode nok vurderinger og oppfølging av pasienter som er i ernæringsmessig risiko, og dette medfører risiko for svikt
- Ringebu kommunen har ikke systemer som sikrer at beboere får forsvarlig oppfølging av sin munnhygiene

Dette er brudd på:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 jf. 3-2 første ledd nr. 6 c, §§ 4-1, 4-2
- Helsepersonelloven 16
- Helsepersonelloven 40 jf. pasientjournalforskriften §§ 4 og 6
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om en verdig eldreomsorg
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har ikke et styringssystem som avklarer myndighets – og ansvarsforhold mellom ledernivåene i hjemmetjenesten. Dette medfører en stor risiko for svikt i styring av tjenesten både når det gjelder planlegging, gjennomføring, kontrollering og evaluering. Styringssystemet sørger heller ikke for at kommunen har oversikt over de ansattes kompetanse på de undersøkte områdene. Mangel på prosedyrer, risikovurderinger og avviksmeldinger innen de reviderte områdene medfører at kommunen ikke har de nødvendige verktøyene for å kunne følge med på og å kontrollere om tjenesten gjennomføres i tråd med det som er planlagt. En konsekvens av dette igjen, er at tjenesten heller ikke blir evaluert, og at pasientene ikke får forsvarlig oppfølging når det gjelder legemiddelbruk og ernærings situasjon herunder munnhygiene.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivarettatt.

Fylkesmannen ber Ringebu kommune om å:

- gjøre en egen vurdering av hvilke forhold som har medført de påpekte

Vi ber om en plan hvor følgende spesifiseres:

- Tiltak som settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på å 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

Frist: 1. desember 2021

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

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)
avdelingsdirektør/fylkeslege

Åse Kongsvold
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:
1 Gjennomføring av tilsynet

Kopi til:
Statens helsetilsyn

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok. Varsel om tilsynet ble sendt 23.03.2021.

Journalgjennomgang ved Linåkertunet ble gjennomført 20.05.2021.

Tilsynet ble gjennomført på Teams, og innledet med et kort informasjonsmøte 26.05.2021. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 27.05.2021.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått da vi besøkte Linåkertunet i forbindelse med journalgjennomgang. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Organisasjonskart m/vedlegg
- Stillingsbeskrivelser
- Liste over ledere og ansatte
- Delegasjonsreglement
- Møteplan ved Linåkertunet
- Oversikt over kommunikasjon, beskjedbøker mv.
- Kompetanseplan
- Opplæringsplan m/vedlegg
- Prosedyrer nyansatt
- Prosedyrer og rutiner tannhelse
- Prosedyrer ernæring korttidsavdeling
- Prosedyrer ernæring HDT
- ROS analyse ernæring og munnhelse, m/vedlegg
- Oversikt over kvalitets- og avvikssystem
- Prosedyre vedrørende avvik
- Rapport over meldte avvik i perioden 01.11.20 – 15.04.21
- Kvalitets- og utviklingsplan
- Kvalitets- og utviklingsrapport 2020
- Brukerundersøkelse måltider 2020

- Brukerundersøkelse mat og ernæring 2021

Det ble valgt 12 journaler etter følgende kriterier:

- Inneliggende pasienter/beboere
- 3 av 6 pasientjournaler på korttidsavdelingen
- 9 pasientjournaler fordelt på tre enheter ved HDT

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

Ikke publisert her

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Assisterende fylkeslege Bente Bjørnhaug, revisor
- Seniorrådgiver/sykepleier Irene Imingen, revisor
- Seniorrådgiver/sykepleier Gro Fallingen, revisor
- Seniorrådgiver/jurist Ingrid Renolen, revisjonsleder