



LARVIK KOMMUNE
Postboks 2020
3255 LARVIK

Saksbehandler, innvalgstelefon
Marit Kullerud, 33372301

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Avgjørelse av tilsynssak – Furuheim sykehjem – [REDACTED]

Statsforvalteren viser varsel om tilsynssak i brev av 31.01.2023. Saken ble opprettet etter anmodning fra Larvik kommune ved kommunaldirektør Gro Herheim. I tilsynssaken har vi vurdert helsehjelpen til [REDACTED] på Furuheim sykehjem og kommunens styring av tjenestene.

Konklusjon

Larvik kommune har ikke sikret forsvarlig styring av tjenestene ved Furuheim sykehjem. Statsforvalteren konkluderer med at dette representerer brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 c og d, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9.

Videre finner vi at mangelfull dokumentasjon av administrerte legemidler i pasientjournalen utgjør et brudd på helsepersonelloven § 16 jf. §§ 39 og 40 og pasientjournalforskriften §§ 4 til 6, og 12.

Sakens dokumenter

1. Brev med tilsynsanmodning fra Larvik kommune til Statsforvalteren, mottatt 25.01.2023
2. Varsel om tilsyn og innhenting av opplysninger fra Statsforvalteren til Larvik kommune, datert 31.01.2023
3. Uttalelse og dokumentasjon fra Larvik kommune til Statsforvalteren, mottatt 28.02.2023
4. Orientering om tilsyn og oversendelse av kommunens uttalelse m.m. fra Statsforvalteren til [REDACTED]
5. [REDACTED] til Statsforvalteren, mottatt 20.04.2023
6. Oversendelse av pårørendes kommentarer fra Statsforvalteren til Larvik kommune, datert 24.04.2023
7. Tilsvaret på pårørendes kommentarer fra Larvik kommune til Statsforvalteren, mottatt 12.05.2023
8. Oversendelse av kommunens tilsvaret fra Statsforvalteren til [REDACTED] datert 30.05.2023

Bakgrunn for tilsynssaken

I tilsynsanmodning fra Larvik kommune ble det vist til NRK-dokumentaren Brennpunkt («Omsorg bak lukkede dører») som ble publisert 25.01.2023. I dokumentaren ble forhold ved Furuheim



sykehjem fremstilt; det ble vist intervjuer med flere pårørende og ansatte, samt opptak som var gjort med skjult kamera. Kommunen skrev at de ønsket en tilsynssak for å få en ekstern part til å vurdere forhold som ble vist i dokumentaren.

NRK filmet med skjult kamera inne på ett pasientrom, hele døgnet i tre uker, og i dokumentaren ble det vist filmklipp fra denne perioden. Det er helsehjelpen til denne pasienten Statsforvalteren har vurdert i tilsynssaken.

Det fremkom i dokumentaren at pasientens pårørende opplevde behandlingen og pleien hun fikk ved sykehjemmet som uverdige. De mente hun spiste lite, ofte fikk dårlig stell og ikke fikk riktige medisiner. Ifølge dokumentaren uttalte de pårørende at de «etter utallige klager på behandling av sin mor, så seg nødt til å gå videre med saken ettersom de så at uansett hva de sa, så ble det ikke bedring på pleien moren fikk.» Pårørende hadde ikke klaget på helsehjelpen til Statsforvalteren, og den første henvendelsen med anmodning om tilsyn kom fra Larvik kommune, som tidligere nevnt.

Dokumentaren tematiserte at pasienten lå lenge i sengen sammenhengende gjennom døgnet, og at det kunne gå så mye som 17-24 timer mellom hver gang hun fikk skiftet bleie. Et klipp viser pasienten med en svært tung bleie på vei til wc med hjelp av en ansatt.

Pasienten ble blant annet fremstilt liggende i sengen med sengehest oppe, og det ble reist spørsmål om hvorvidt hun ønsket det selv eller ikke.

Det ble også sagt i dokumentaren at man kan se ut fra opptakene at pasienten kan være urolig, og «at flere ganger vil hun ikke gjøre det pleierne vil». Et klipp viste pasienten som ble ført mot sengen av to pleiere.

Statsforvalteren besluttet å se nærmere på helsehjelpen som pasienten mottok ved sykehjemmet i et avgrenset tidsrom. Vi har ikke bedt NRK om innsyn i opptak som ble gjort med skjult kamera i vår saksbehandling, men har innhentet pasientens journal og uttalelse fra sykehjemmet. Vi informerte pasientens pårørende om tilsynssaken og gav pårørende anledning til å kommentere sykehjemmets uttalelse eller gi oss andre opplysninger dersom de ønsket.

Hvorvidt filmingen – og publiseringen av den – var lovlig, overlater vi til andre instanser å vurdere.

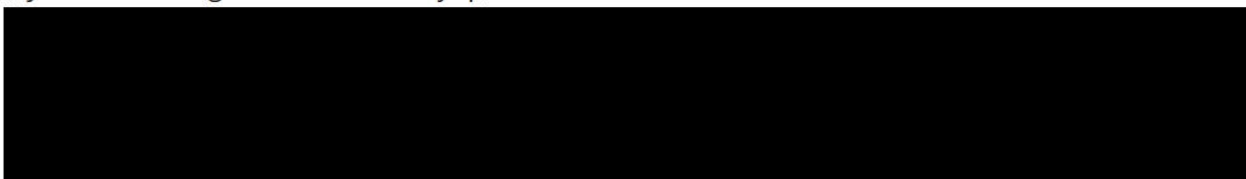
Avgrensning av tilsynssaken

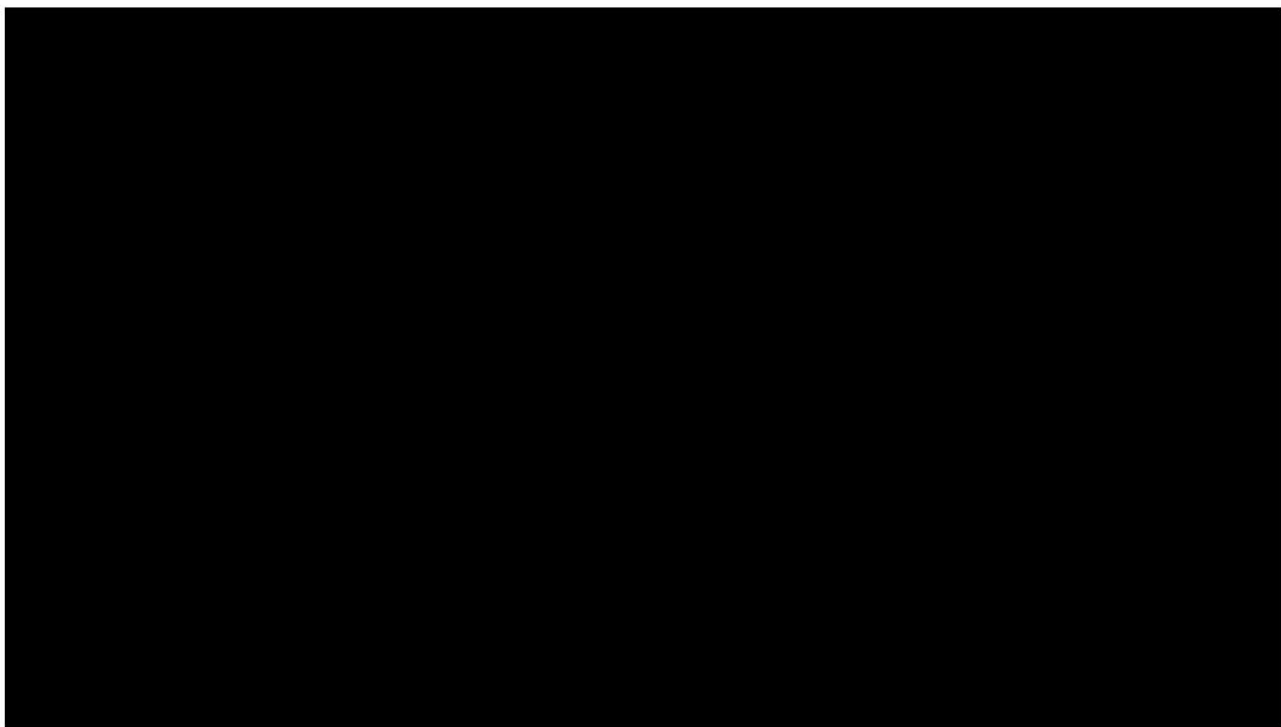
Statsforvalteren har valgt å avgrense tilsynssaken til å gjelde helsehjelpen som ble gitt til pasienten i tidsrommet 15.04.2022 – 15.07.2022. Etter at vi åpnet saken informerte Larvik kommune oss om at pasienten flyttet til et annet sykehjem i kommunen den 30.06.2022. Vi har kun vurdert helsehjelpen hun mottok ved Furuheim sykehjem.

Saksfremstilling

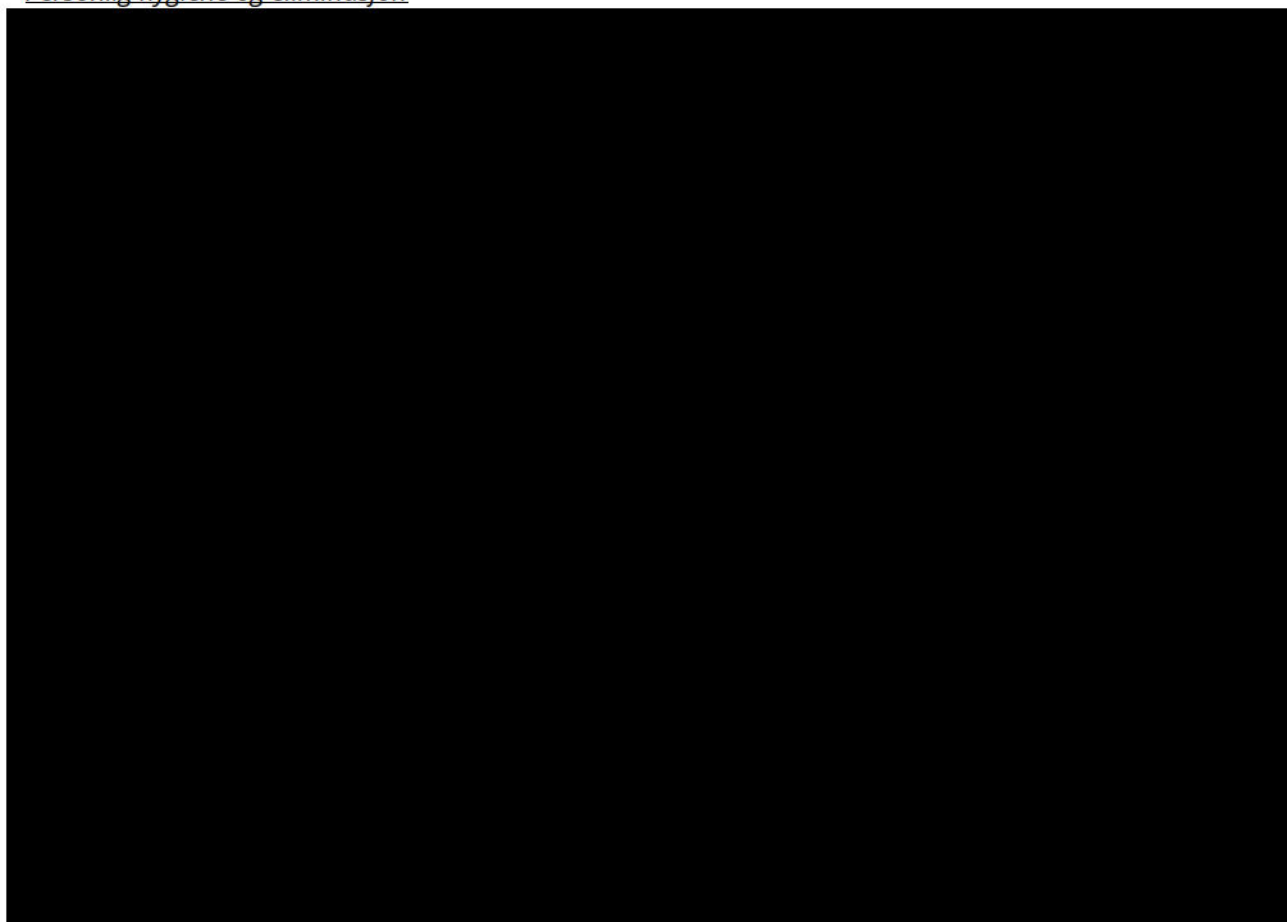
I det følgende gis en fremstilling av de forholdene vi mener er sentrale for tilsynssaken, slik det fremgår av pasientjournalen og annen innsendt dokumentasjon fra sykehjemmet.

Sykdomsbilde og behov for helsehjelp



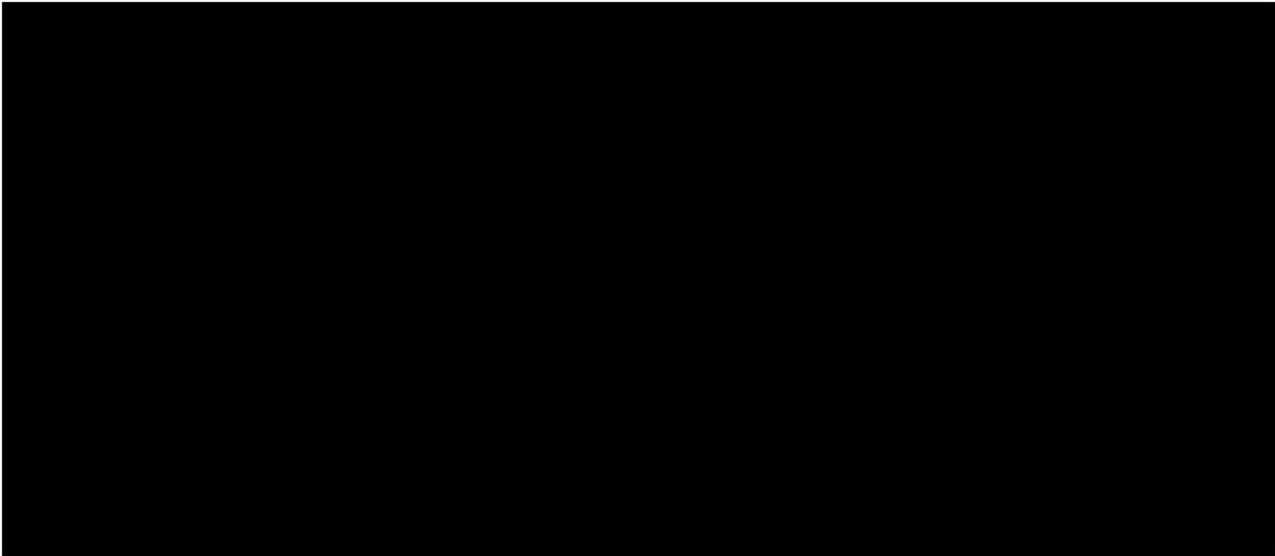


Helsehjelp i tilsynsperioden
Personlig hygiene og eliminasjon

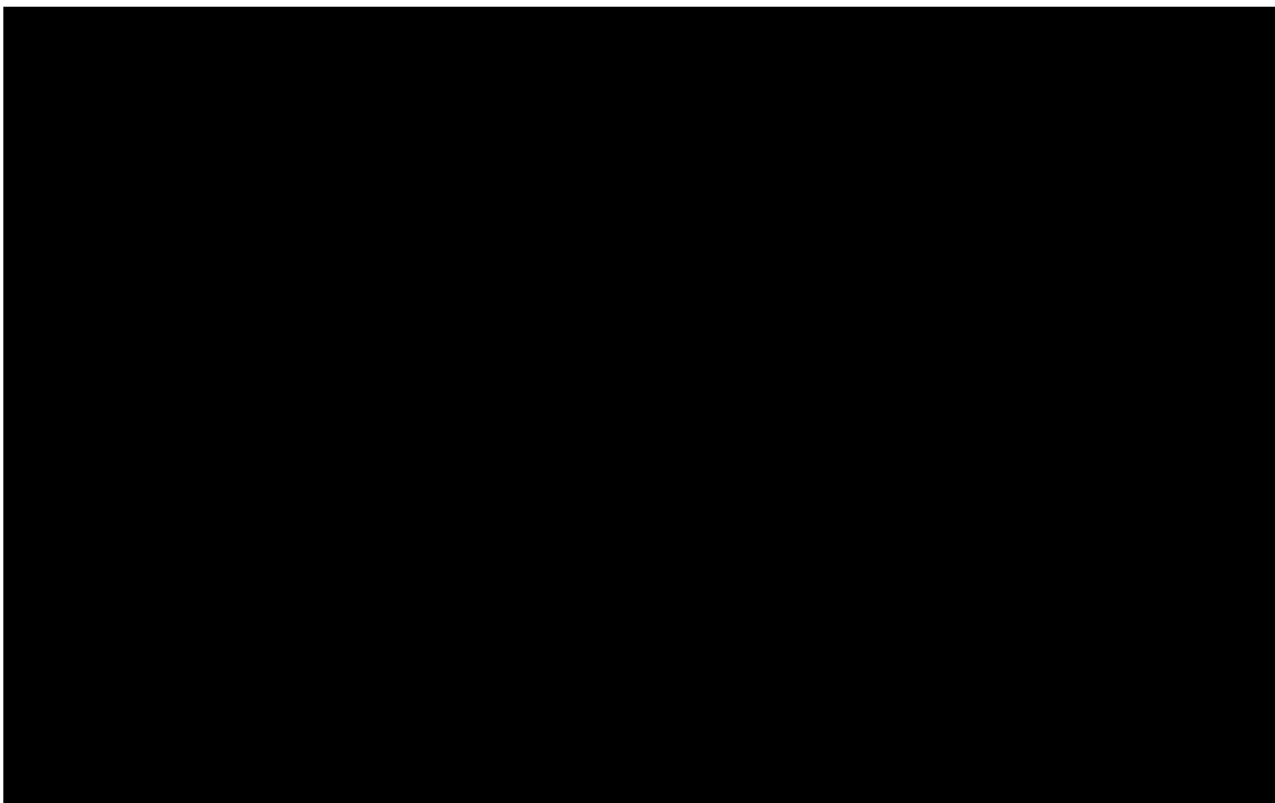


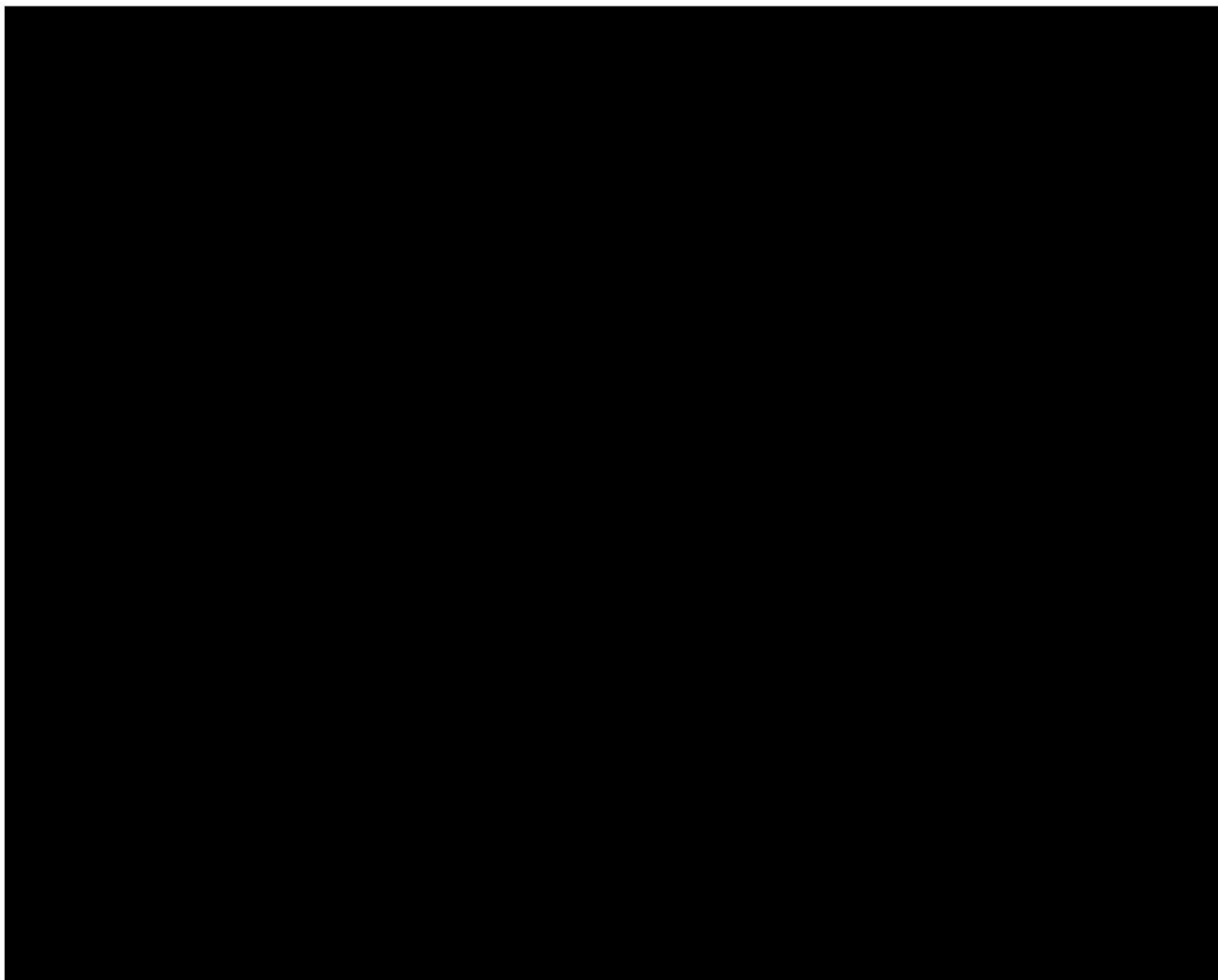


Ernæring

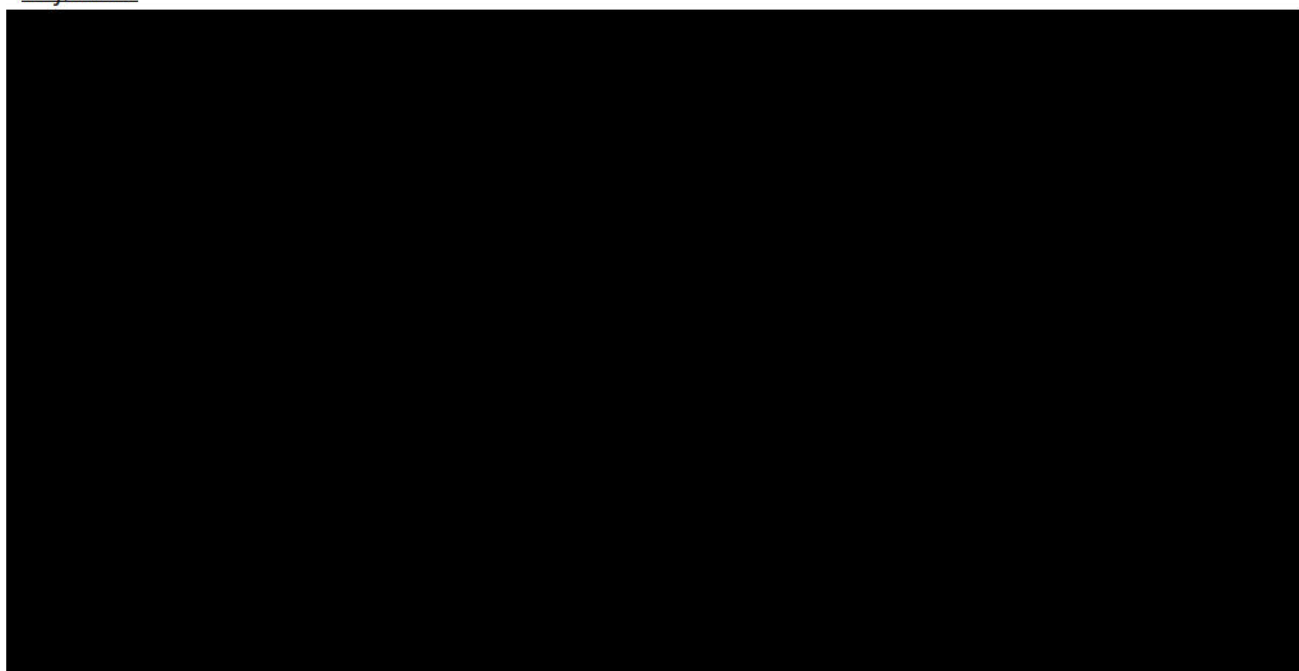


Medisiner

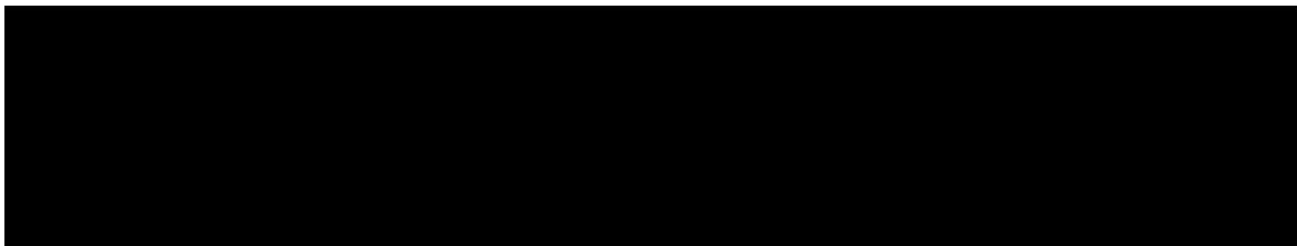




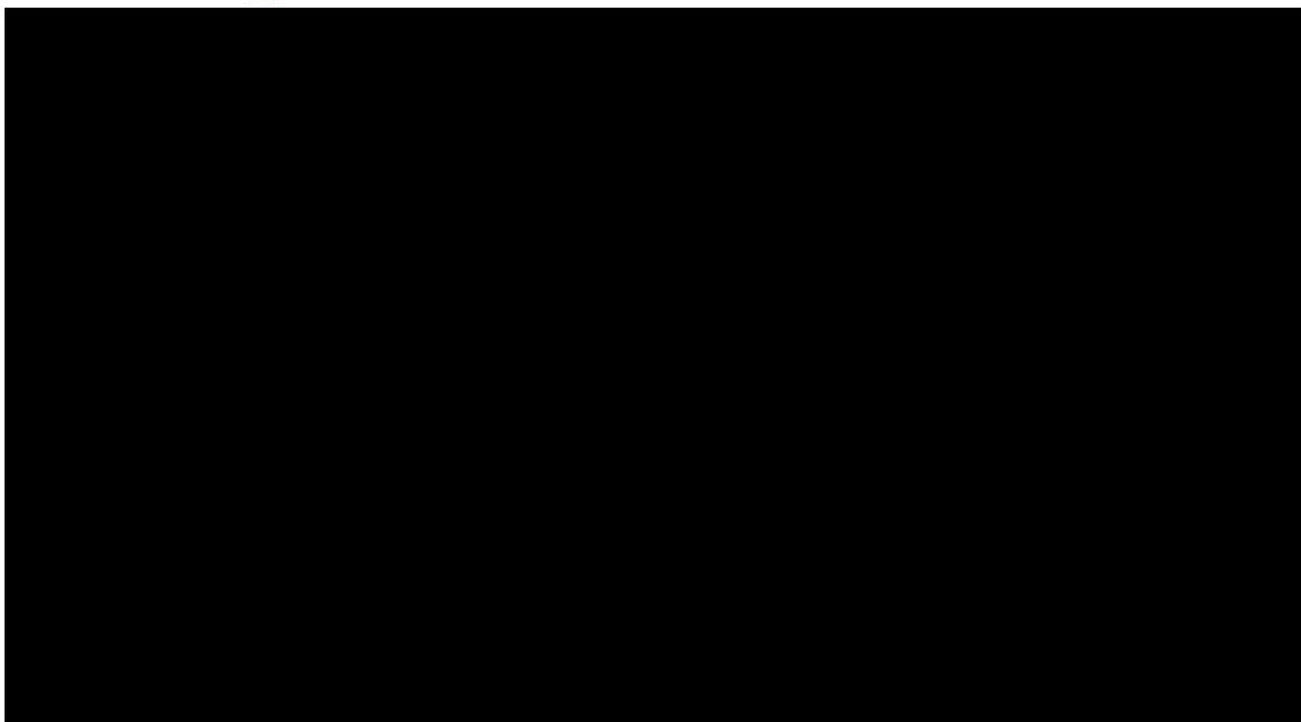
Miljøtiltak



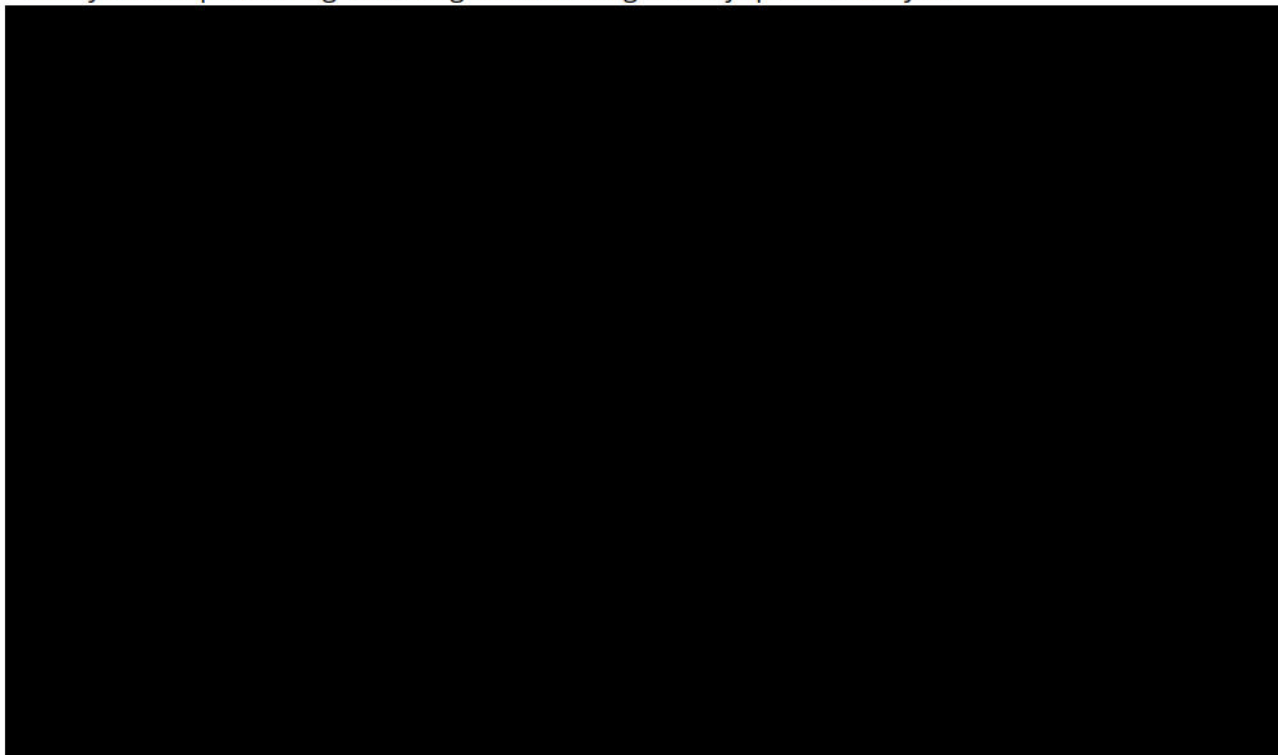
Legetilsyn

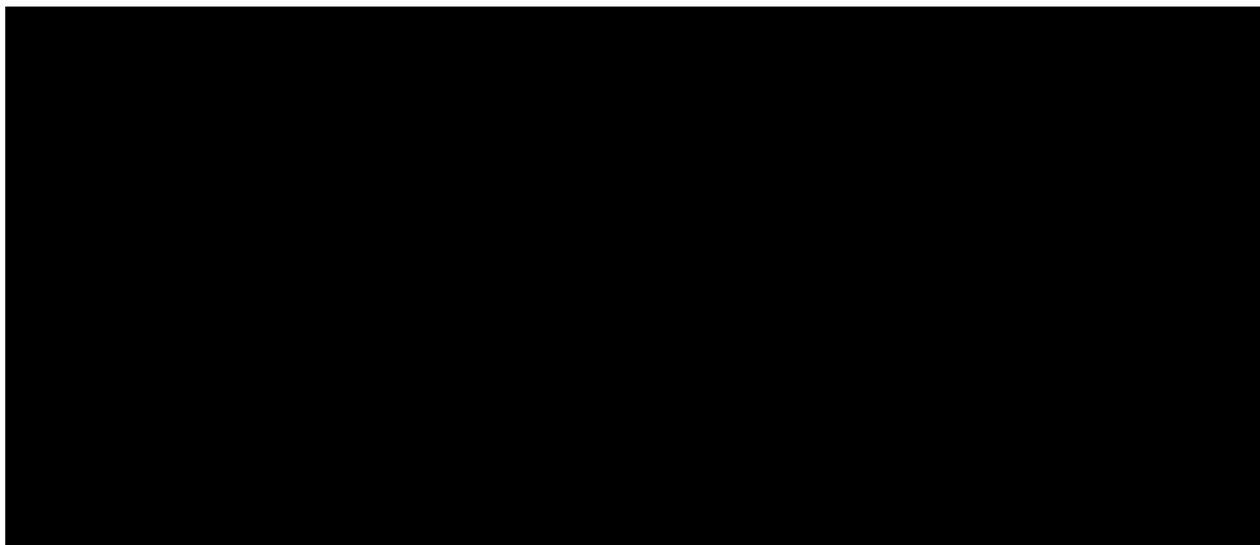


Pårørendeinvolvering/pårørendes rolle

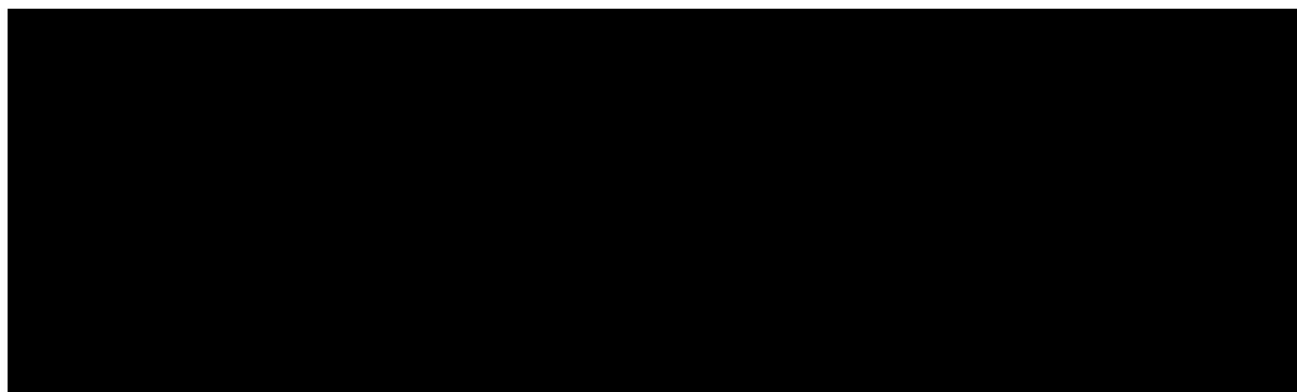
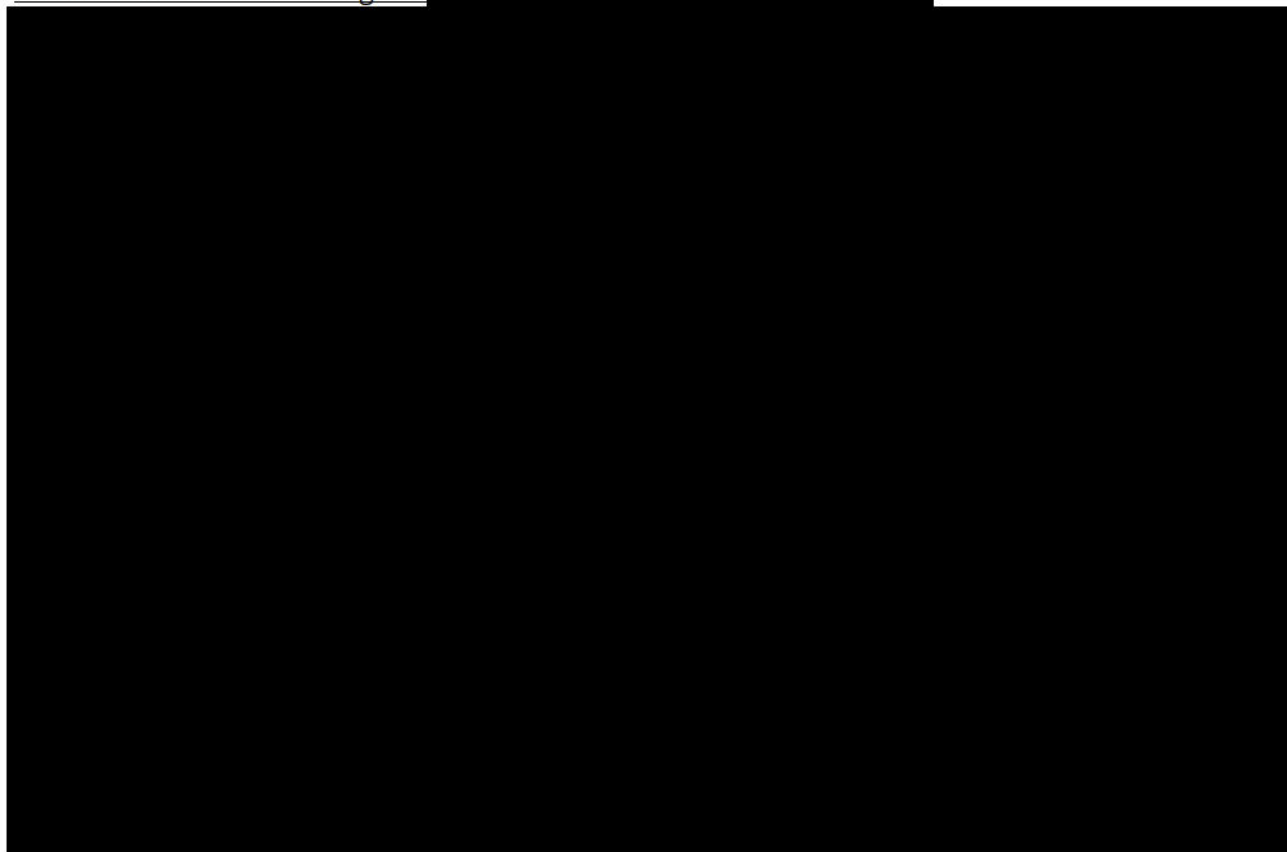


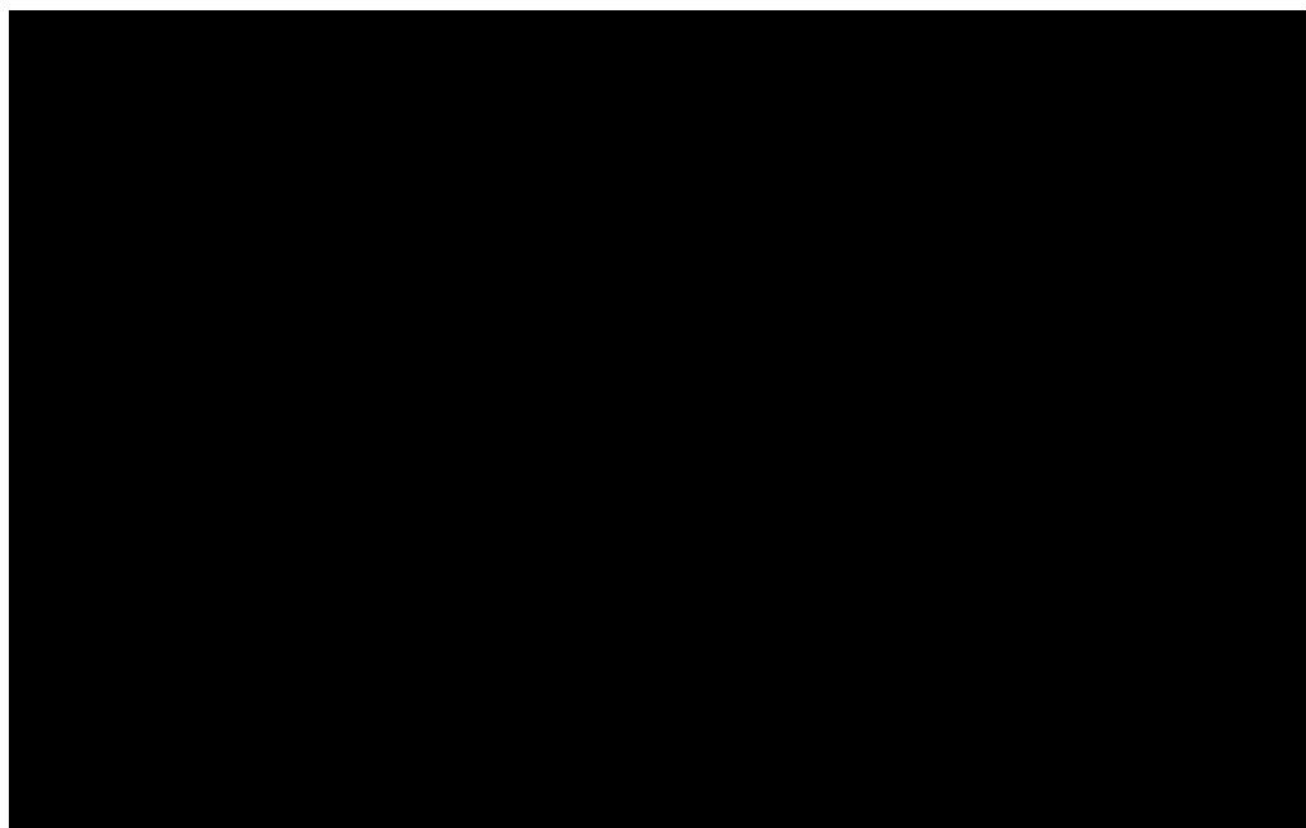
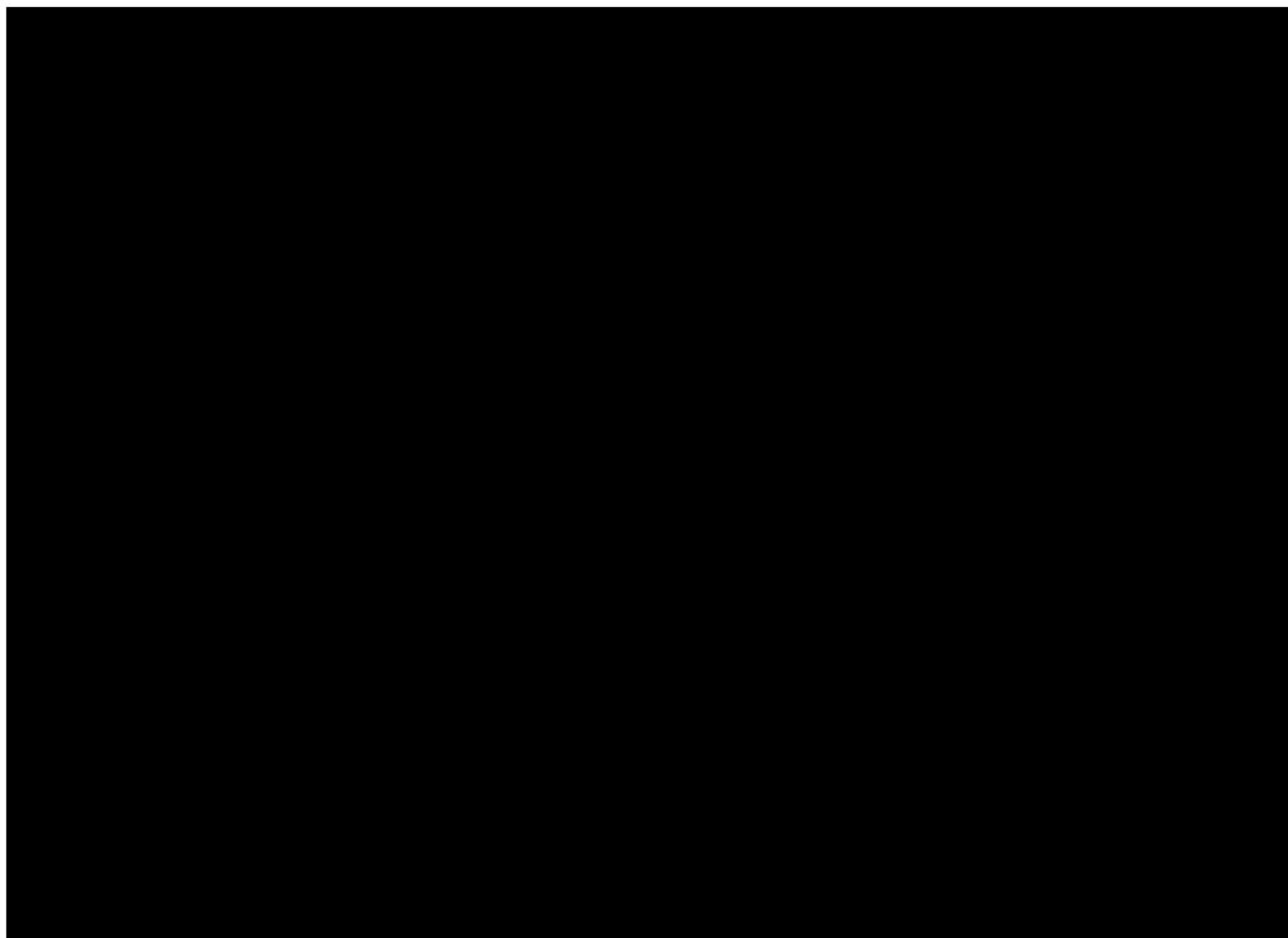
Samtykkekompetanse og vurdering av nødvendig helsehjelp uten samtykke

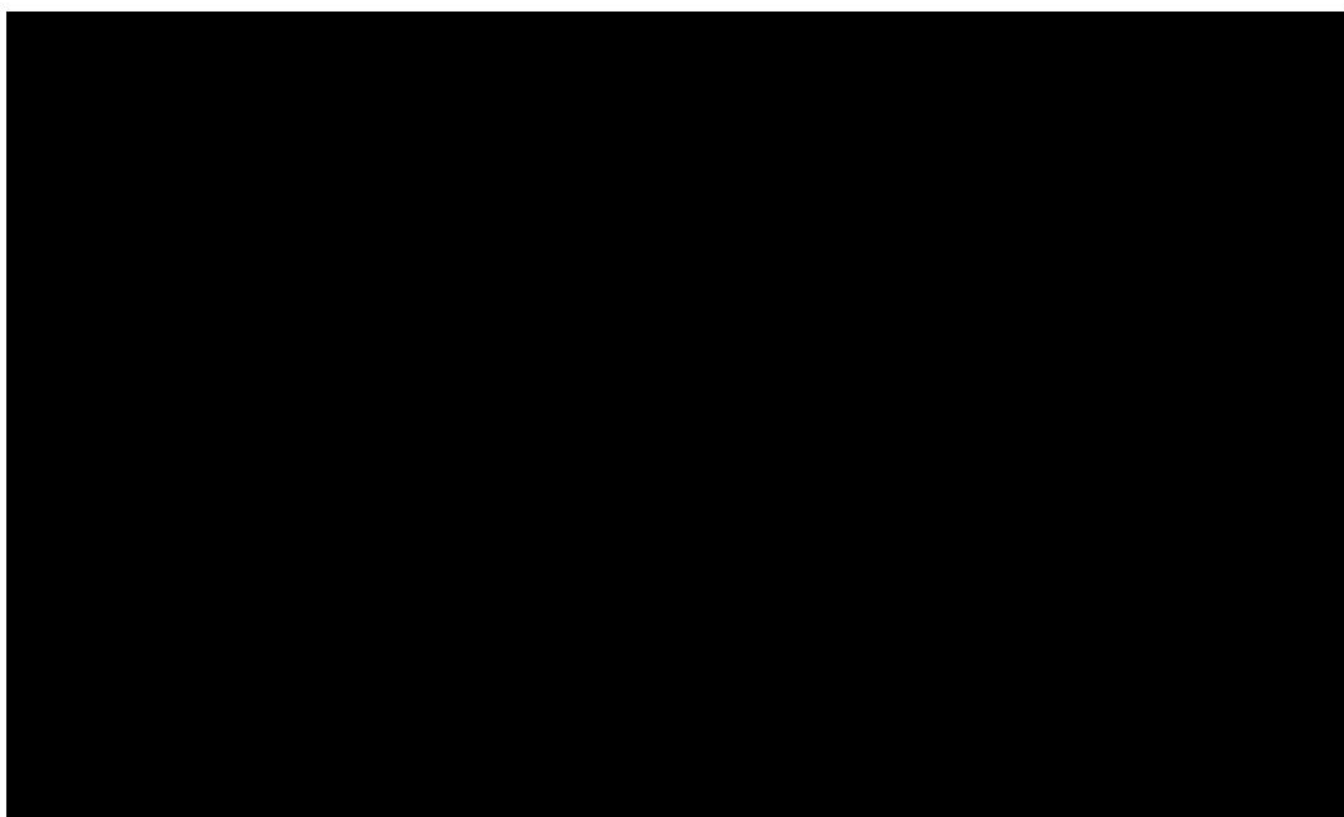
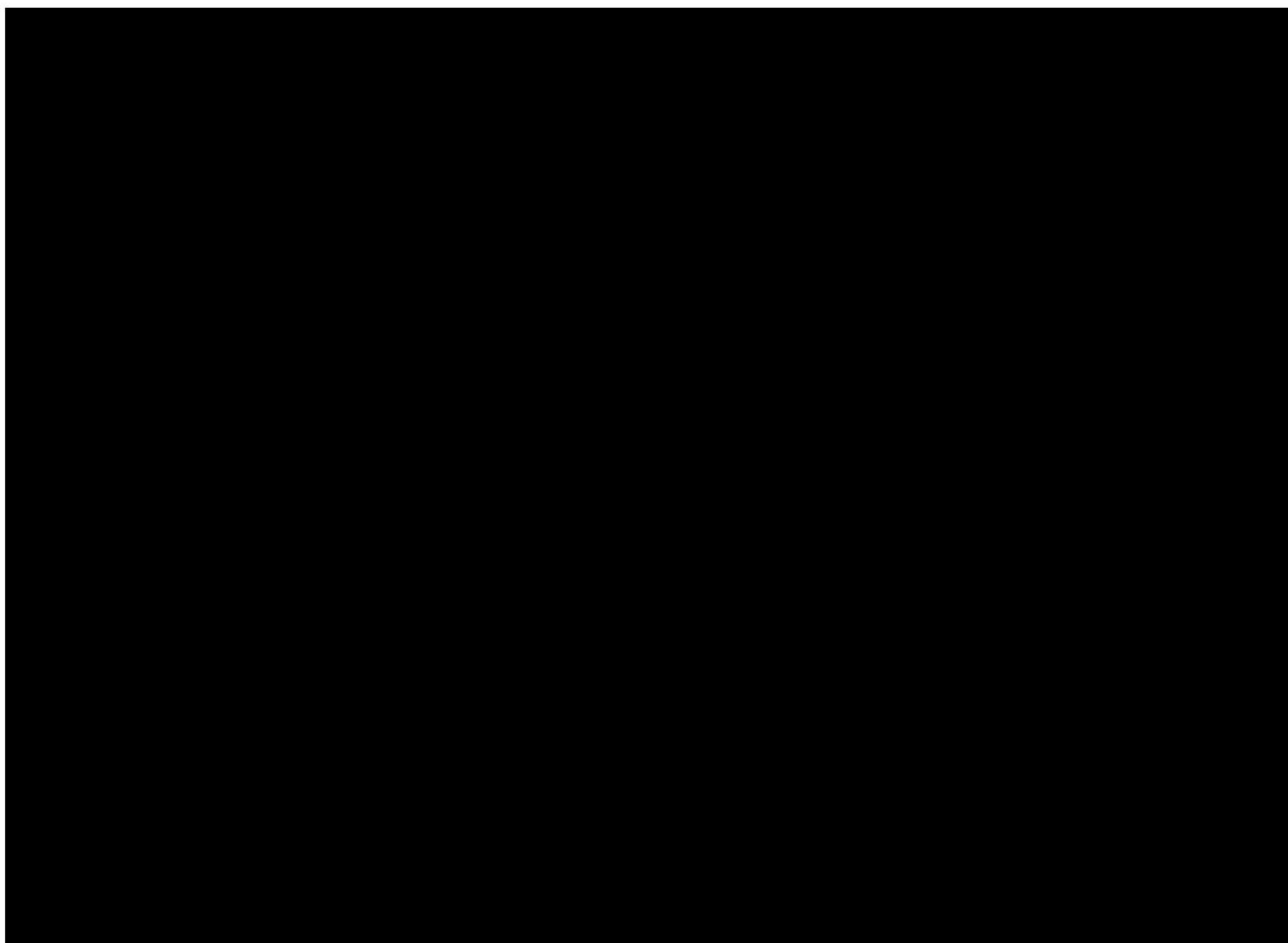


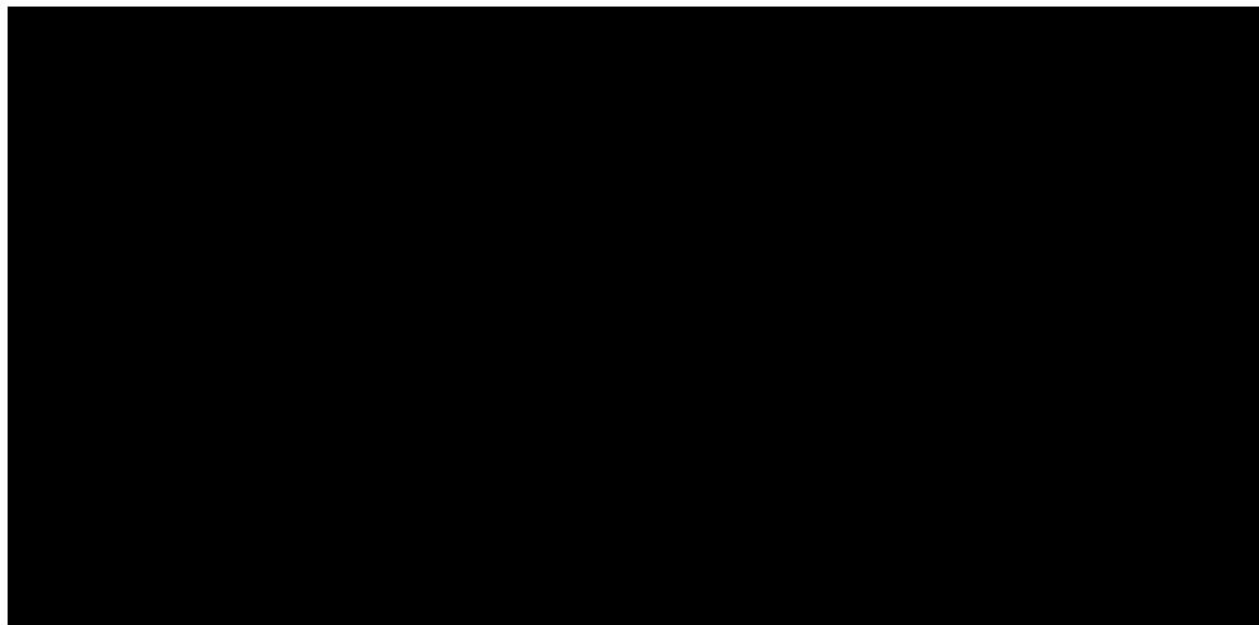


Kommunens uttalelse v/rådgiver

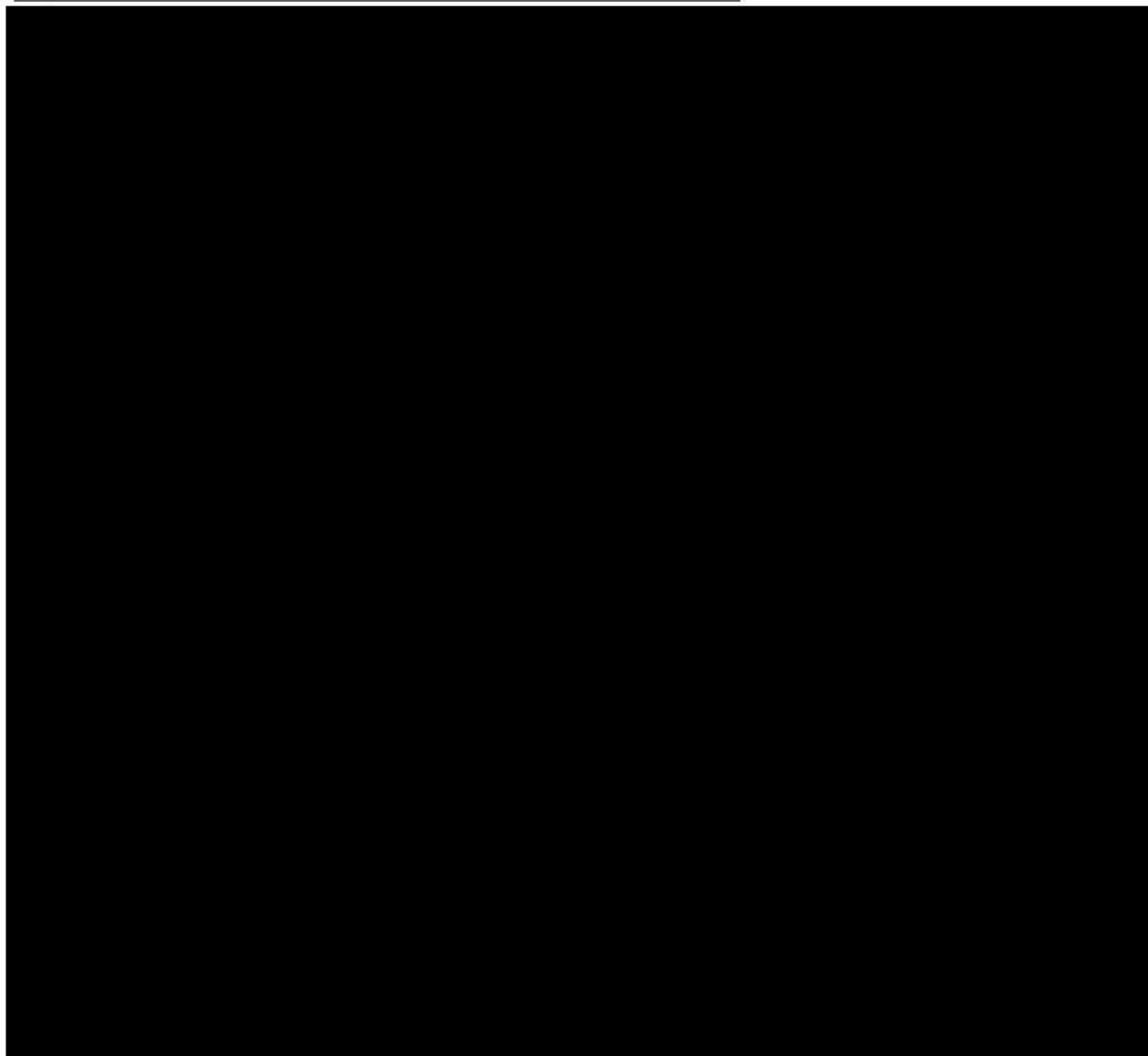








Pårørendes kommentarer til kommunens uttalelse av 20.04.2023





Kommunens tilsvar til pårørendes kommentarer av 30.05.2023

Kommunen skriver i sitt tilsvar at de tar pårørendes kommentarer med seg i sitt videre forbedringsarbeid og at de utover dette avventer Statsforvalterens konklusjon i tilsynssaken.

Statsforvalterens rolle i tilsynssaken

Etter helsetilsynsloven § 4 annet ledd, skal Statsforvalteren blant annet føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester i fylket. Som tilsynsmyndighet behandler Statsforvalteren også anmodninger om tilsyn etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Statsforvalterens vurdering

Vi mener det sentrale vurderingstemaet i denne tilsynssaken er hvorvidt Furuheim sykehjem har gitt gode og forsvarlige helsetjenester til pasienten i det angitte tidsrommet. Dette vil vurderes opp mot gjeldende helselovgivning.

Fra helse- og omsorgstjenesteloven siteres det:

§ 3-1 første og andre avsnitt. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

§ 3-4 første avsnitt. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester etter loven her.

§ 4-1 første avsnitt. Forsvarlighet

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.*

§ 4-2 første avsnitt. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



§ 4-2a om informasjon

Kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens og brukers nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Kommunen eller andre som yter tjenester etter loven her, har plikt til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter og brukere, eller den som opptrer på vegne av pasienten eller brukeren. Bestemmelsen gjelder også henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker eller fra nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse.

Henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet skal besvares på egnet måte og oppfylle krav til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

Fra pasient- og brukerrettighetsloven siteres det:

§ 3-1 Pasientens eller brukers rett til medvirkning

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

(...)

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

§ 3-3 første avsnitt. Informasjon til pasientens eller brukers nærmeste pårørende

Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukers nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukers helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelpen §4A-2 første ledd. Virkeområde
Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen.

§ 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a. en unnløstelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og*
- b. helsehjelpen anses nødvendig, og*
- c. tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.*

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Fra helsepersonelloven siteres det:

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.



Fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten siteres det:

§ 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b. innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c. ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d. ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e. planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f. ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g. ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b. sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
- c. utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
- e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.*

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b. vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*



- c. evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
- d. vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e. gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f. minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.*
- c. forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Forsvarlighet

Forsvarlighet er en rettslig standard. Innholdet i forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven i form av faglige retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utvikling av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger i samfunnet.

Ved den konkrete vurderingen av om virksomheten har gitt forsvarlig helsehjelp, tar Statsforvalteren utgangspunkt i den generelle beskrivelsen av hva som forventes/hva som er anerkjent som god praksis. Det legges blant annet vekt på gjeldende retningslinjer innenfor fagfeltet. Dersom helsehjelpen skiller seg fra god praksis er den ikke automatisk å betegne som uforsvarlig. Det foreligger et visst slingringsmonn fra god praksis før tjenesteutøvelsen juridisk sett blir å betrakte som uforsvarlig. Når grensen mellom det forsvarlige og uforsvarlige skal trekkes, tas det altså utgangspunkt i en rettslig norm og det utøves tilsvarende skjønn basert på hva det er rimelig og ikke rimelig å akseptere av faglige avvik fra det gode. Kravet om faglig forsvarlighet er en minstestandard. Dersom helsehjelpen blir vurdert å ligge under minstestandard, blir den ansett som uforsvarlig.

Helsepersonell har i henhold til helsepersonelloven et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. helsepersonelloven § 4. Plikten til faglig forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikten virksomheten har til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Normgivende for vår vurdering er Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje om demens. Når det skal gis kommunale helsetjenester til personer med demens, skal det gis personsentrert omsorg til den enkelte pasient basert på pasientens individuelle behov, ønsker og vaner. Det kreves kompetanse om demenssykdom og om personsentrert omsorg; og det er vesentlig at virksomheter



legger til rette for at de ansatte er i stand til å utføre tjenester med vekt på respekt, verdighet og fokus på pasientens livshistorie, livssyn og åndelig og kulturell identitet. Ledelsen i en virksomhet plikter å gi nødvendig opplæring og å utvikle kompetanse hos de ansatte, sørge for systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene og videre drive tydelig ledelse og støtte av ansatte i utøvelsen av personsentrert omsorg og behandling.

Sentralt i den personsentrerte omsorgen er miljørettede tiltak og aktivitet, som møter den enkeltes behov og ønsker. Eksempler på aktiviteter kan være sosialt samvær, sang og musikk, erindringsterapi sansestimulering, kontakt med natur og nærmiljø.

Pasienter som har alvorlig grad av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) har omfattende behov for oppfølging i helsetjenesten. APSD eller nevropsykiatriske symptomer kan omfatte mange ulike symptomer med ulike årsaker som krever ulik behandlingstilnærming. Man deler inn APSD i fire hovedtyper:

- Atferdssymptomer (agresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd)
- Psykotiske symptomer (hallusinasjoner og vrangforestillinger)
- Affektive symptomer (depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati)
- Vegetative symptomer (endringer i appetitt og søvn)

Miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg skal være førstevalg også ved forekomst av APSD. Det vil imidlertid være en del tilfeller der slike tiltak ikke er tilstrekkelige. Alvorlighetsgrad av APSD vil kunne variere fra kun lett ubehag for pasient og/eller omgivelser, til å oppleves svært belastende og kunne sette pasient og/eller omgivelser i fare. Når slike symptomer skaper betydelig lidelsestrykk hos pasient eller utløser situasjoner der pasient er til fare for seg selv, gir det grunnlag for å vurdere legemidler som en del av behandlingen. Dette gjelder i praksis særlig ved psykotiske symptomer, agresjon, depresjon og søvnforstyrrelser.

Retningslinjen fastslår at pårørende til personer med demens skal få tilrettelagt informasjon og oppfølging, og det skal sikres at pårørende får medvirke i avgjørelser om helsehjelp når pasienten selv ikke har samtykkekompetanse.

Når det gjelder helsehjelp med tvang overfor personer som ikke innehar samtykkekompetanse, er reglene for dette nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Formålet med reglene er at pasienter skal få nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt forebygge og begrense bruk av tvang. Pasientens selvbestemmelsesrett er sentral, og helsehjelpen skal tilrettelegges for å ivareta pasientens integritet. Når en pasient viser motstand mot helsehjelp som gis må det gjøres en formell vurdering av om hen innehar samtykkekompetanse. Dersom vedkommende ikke har det, må tillitsskapende tiltak forsøkes i størst mulig grad før man eventuelt fatter vedtak om helsehjelp mot tvang. Vilkårene for slik bruk av tvang er at helsehjelpen anses å være nødvendig og at tvangstiltaket står i forhold til behovet for hjelpen. Hjelpen må ansees som den klart beste løsningen for pasienten i den aktuelle situasjonen.

Fikk pasienten gode og forsvarlige helsetjenester ved Furuheim sykehjem i tilsynsperioden?

Tilsynssaken ble startet etter anmodning fra Larvik kommune, som ønsket en ekstern vurdering av forhold på Furuheim sykehjem etter dokumentaren «Omsorg bak lukkede dører» på NRK.

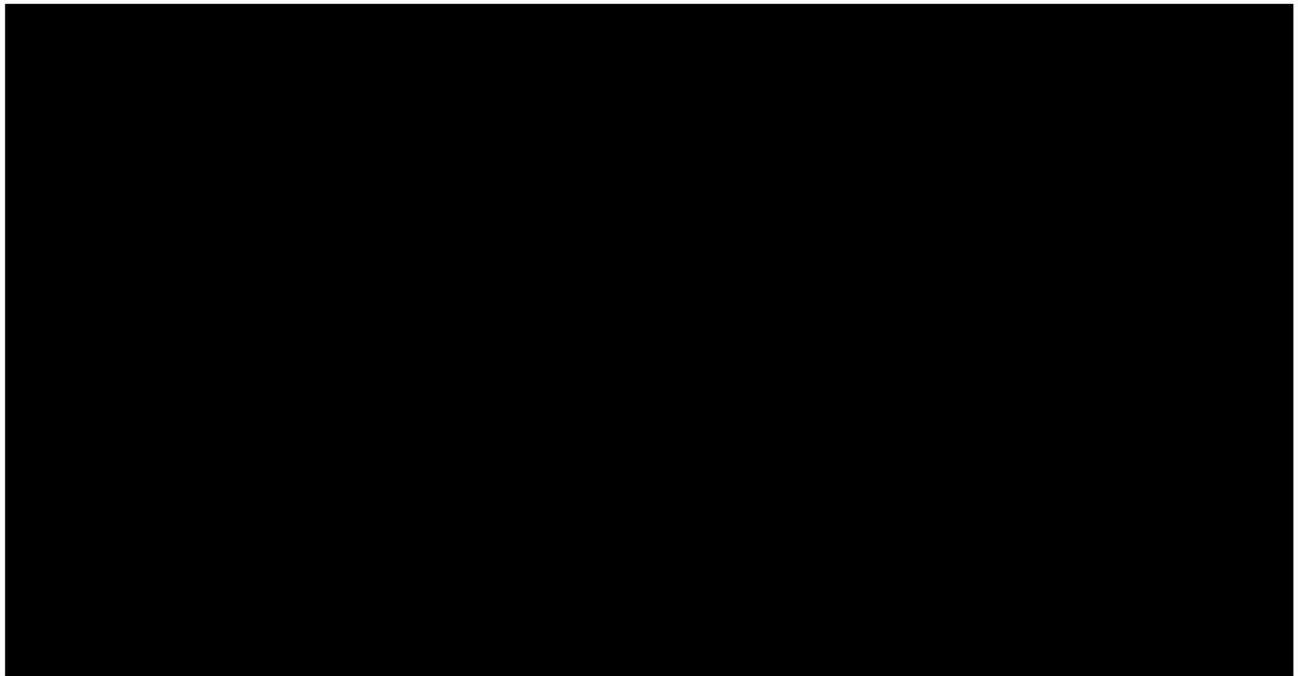
Statsforvalteren har vurdert helsehjelpen til én pasient ved sykehjemmet, i en periode på to og en halv måned. [REDACTED]



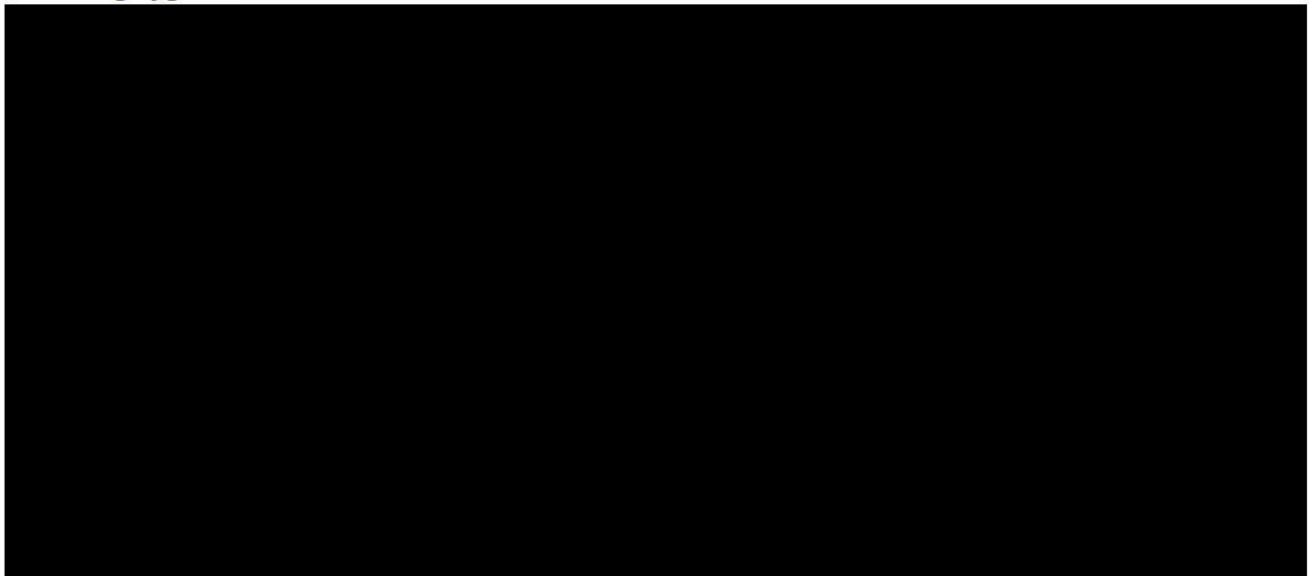
Pasientens pårørende uttrykte bekymring for flere aspekter ved helsehjelpen som ble gitt ved sykehjemmet.

I sin uttalelse skrev kommunen om de tiltak og faglige begrunnelser som lå til grunn for den oppfølgingen pasienten hadde mottatt i tilsynsperioden. De uttalte at kommunens egne retningslinjer om samtykkevurdering ikke var fulgt i tilsynsperioden, og at det derfor heller ikke var gjort vurderinger knyttet til bruk av tvang.

Både forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Nasjonalfaglig retningslinje om demens pålegger ledelsen å legge til rette for at de ansatte er i stand til å gi demensomsorg i tråd med anbefalingene om personsentrert omsorg, og også at virksomheten arbeider systematisk for at tjenestene bli evaluert og forbedret fortløpende. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gir virksomheter hjemmel til å gi nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.



Personlig hygiene





[Redacted]

Munnstell

[Redacted]

Medisiner og

[Redacted]

Personsentret omsorg

[Redacted]

Oppsummering



Det fremgår ikke av journalen om de som arbeidet med pasienten hadde noen kjennskap til reglene om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Kommunen skriver selv at dette var en mangel og at de nå har satt i gang opplæring av de ansatte med kurs.

Statsforvalteren har ikke grunnlag for å si at behandlingen av pasienten i seg selv var uforsvarlig. Men det at det ikke forelå planer for hvordan hver enkelt ansatt skulle forholde seg når pasienten viste motstand, samt at ledelsen ikke hadde sikret at de ansatte hadde kompetanse og kunnskap om disse lovkravene, mener vi utgjør et brudd på i helse- og omsorgstjenesteloven og på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vi mener også at en slik praksis utgjør en risiko for fremtidig pasientsikkerhet, dersom den ikke endres.

Konklusjon

Larvik kommune har ikke sikret forsvarlig styring av tjenestene ved Furuheim sykehjem. Statsforvalteren konkluderer med at dette representerer brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 c og d, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9.

Kommunen avdekket selv at det manglet dokumentasjon i pasientjournalen av gitte legemidler for en periode på over en måned, ved at signeringsskjemaer der det fremgår hvilke medikamenter som er gitt – og når, ikke var scannet inn i elektronisk pasientjournal. Ettersom disse opplysningene ikke fremgår av kvitterte tiltak i pasientjournalen, finner vi at dette er brudd på helsepersonelloven § 16 jf. §§ 39 og 40 og pasientjournalforskriften §§ 4 til 6, og 12.

Avsluttende bemerkninger

Kommunen har satt i gang tiltak for at de ansatte ved sykehjemmet skal få økt sin kompetanse når det gjelder samtykkevurdering og helsehjelp med tvangsvedtak. I tillegg har kommunen opplyst til Statsforvalteren at intern systemrevisjon av de forhold som kom frem i Brennpunkt-dokumentaren ble igangsatt i mars 2023. Statsforvalteren ber om å få oversendt kopi av rapport fra denne revisjonen når den foreligger.

Vi forventer at kommunen i det videre lager planer for å følge med på om de tiltak som iverksettes for å bedre kunnskap og kompetanse har ønsket effekt, og at dere evaluerer og korrigerer egne planer i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.



Statsforvalterens avgjørelse er ikke et enkeltvedtak og kan ikke påklages etter forvaltningslovens bestemmelser.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)
fylkeslege

Linda Endrestad
fagsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

