



Sunnfjord kommune
Postboks 338
6802 FØRDE
Att.kommunalsjef Kirstin Bruland

Saksbehandlar, innvalstelefon
Anne Eli Wangen, 5764 3165

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Orientering om avslutning av tilsynssak - Førde omsorgssenter

Vi syner til tidlegare korrespondanse i saka, seinast til brev med vedlegg frå Sunnfjord kommune 01.07.2025 og til e-post med vedlegg 02.07.2025.

Saka gjeld meldingar om kritikkverdige tilhøve og uforsvarleg verksemd ved Førde omsorgssenter.

Vi har med heimel i helsetilsynslova § 4 ført tilsyn med Førde omsorgssenter, Sunnfjord kommune.

Vi sende saka til Sunnfjord kommune 06.02.2024 for oppfølging med tilbakemelding til Statsforvaltaren. Leiinga ved Førde omsorgssenter har følgd opp saka over tid og sendt fleire tilbakemeldingar til Statsforvaltaren der de har gjort greie for forbetningsarbeidet, med seinaste tilbakemelding 01.07.2025 og 02.07.2025. Saka er tilstrekkeleg opplyst, jf. forvaltingslova § 17.

Kort om saka

Statsforvaltaren mottok 21.11.2023 varsel frå tilsette ved Førde omsorgssenter om svikt og uforsvarleg verksemd ved langtidsavdelinga på omsorgssenteret. Dei tilsette var uroa for tryggleiken til pasientane. Dei tilsette varsla om mellom anna svikt og manglar ved avviksregistrering, journalføring, pasientfall som ikkje vart registrert eller rapportert vidare, feilmedisinering, medisinske situasjonar som ikkje var oppdaterte, mangelfull informasjon og ein uforsvarleg bemannings-situasjon. Ut frå opplysningane som gjekk fram meinte vi at det var best at kommunen sjølv handsama saka som ledd i arbeidet med å gjere tenestene betre, og vi bad også om at tilsette vart tekne med i dette arbeidet. Vi sende brev om dette til kommunen 06.02.2024. Vi fekk tilbakemelding frå kommunen i brev 22.02.2024 og 26.02.2024.

Pasient og brukarombodet var også uroa for tilhøva og pasienttryggleiken ved Førde omsorgssenter, og bad i brev 08.02.2024 Statsforvaltaren om å følgje opp saka.

Den 28.02.2024 mottok vi nytt varsel frå tilsette ved Førde omsorgssenter om kritikkverdige tilhøve, uforsvarleg verksemd og uro knytt til pasienttryggleiken. Vi meinte det var best at kommunen også følgde opp dette varselet som del av forbetningsarbeidet.



I brev 12.03.2024 bad vi kommunen om å gå gjennom nye varsel, følge saka vidare opp og gje oss tilbakemelding om arbeidet. Vi bad også om eit møte med leiinga ved Førde omsorgssenter for å kunne gje ytterlegare informasjon om sakshandsaminga.

Den 08.04.2024 hadde vi møte med kommuneleiinga om saka. Kommunalsjef omsorg, ny kommuneoverlege, tilsynslege på Førde omsorgssenter, einingsleiarane på institusjonen og fagutviklingssjukepleiar deltok i møtet. I møtet fekk de høve til å gjere greie for gjennomgangen dykkar av saka, forbetningsarbeidet så langt og de kunne stille spørsmål. Vi tilrådde at tilsette vart tekne med i forbetningsarbeidet.

Vi fekk tilbakemelding frå tenesta 14.05.2024. Leiinga hadde identifisert at saka handla om pasientbehandling, pasienttryggleik, god praksis, opplæringsplan og helsepersonell sitt sjølvstendige ansvar for å følge regelverk og avtaleverk. Det vart gjort greie for ulike forbetringstiltak som var sett i verk og som var planlagt å setje i verk. Det handla mellom anna om system og rutinar knytt til ernæring, legemiddelhandtering, fall, bruk av tvang og makt, oppfølging av pårørande, dokumentasjon i journal, opplæring av tilsette, språkopplæring, kompetansesituasjonen, avvikssystem og melding av avvik, leiing og forbetningsarbeid.

Av det vi kunne sjå hadde leiinga teke saka på alvor og hatt ein tverrfagleg og grundig gjennomgang av varsla frå dei tilsette. Slik vi vurderte det, var mange av forbetringstiltaka som vart gjort greie for på planleggingsstadiet. Vi vurderte også at det var mange forbetningsområde og tiltaka handla både om struktur og prosessar i organisasjonen.

Framdriftsplan for forbetningsarbeidet

Ut frå opplysningane som gjekk fram bad vi 11.06.2024 om at kommuneleiinga følgde saka vidare opp. Vi bad om at det vart utarbeidd ein framdriftsplan med tidfesting av forbetningsarbeidet med tilbakemelding til oss innan 01.08.2024. Framdriftsplanen skulle omhandle kva tiltak de ville prioritere å gjennomføre, tidspunkt for gjennomføring av tiltaka, kven som var ansvarleg for å følge med på og følge opp at dei planlagde tiltaka vart gjennomført, tidspunkt for kontroll og evaluering av om tiltaka fungerte slik som planlagt og på kva måte de ville følge med på og kontrollere at tiltaka fungerte slik som planlagt. I tillegg bad vi om opplysningar om eventuelle målepunkt de ville bruke i arbeidet.

Den 10.07.2024 mottok vi ny tilbakemelding frå kommunen. Ifølgje framdriftsplanen for forbetningsarbeidet skulle mykje av arbeidet og mange av tiltaka verte gjennomført og implementert i løpet av hausten 2024. Vi vurderte også at framdriftsplanen mangla opplysningar om korleis og på kva måte de ville følge med på at det skjedde endring og forbetring med dei tiltaka de gjorde greie for, og om kva målepunkt de ville bruke for å kontrollere dette. Det gjekk heller ikkje fram tidspunkt for evaluering av alle tiltaka de hadde gjennomført eller hadde planar om å gjennomføre for å finne ut om tiltaka hadde bidrege til den forbetringa de venta.

Vi vurderte ut frå dette at vi ville følge verksemda noko lenger og bad i brev 14.08.2024 om at leiinga innan 01.11.2024 sende oss ny status for forbetningsarbeidet. Vi bad om at de hadde spesiell merksemd på:

- korleis de følgjer med på, kontrollerer og sikrar at forbetringstiltaka knytt til undervisning og opplæring fører til forbetring når det gjeld kompetansen i og språkkunnskap til personellgruppa
- korleis de med ny organisering og endra oppgåvedeling følgjer med på, kontrollerer og sikrar at de har nok personell med rett kompetanse på alle vakter



- korleis de følgjer med på, kontrollerer og sikrar tiltak for å unngå hendingar og redusere avvik knytt til utagering i pasientgruppa, fall og feil i administrasjon av legemiddel

Vi bad også om at de innan 01.02.2025 evaluerte forbetningsarbeidet de hadde gjennomført, om planlagde og gjennomførte tiltak de gjorde greie for i framdriftsplanen verka slik de hadde tenkt eller om de måtte gjere endringar. Vi bad om kopi av resultatet av denne evalueringa.

I brev 31.10.2024 fekk vi tilbakemelding om status for forbetningsarbeidet. På grunnlag av denne tilbakemeldinga bad vi 17.11.2024 verksemda på nytt om å evaluere forbetningsarbeidet og sende oss kopi av resultat av evalueringa innan 01.02.2025. Vi bad om at de i evalueringsrapporten spesielt gjorde greie for kva målepunkt de hadde brukt for å følgje med på at det faktisk skjer forbetring knytt til pasienttryggleiken når det gjeld falluhell, feilmedisinering og feil i administrasjon av legemiddel, utagering i pasientgruppa, dokumentasjon og journalføring, nødvendig norskkunnskap i personalgruppa og nok personell med nødvendig kompetanse på alle vakter. Vi bad også om at resultatet av målingane gjekk fram og korleis leiinga vurderte dette.

Nytt møte med Statsforvaltaren

Kommunen sende oss ny tilbakemelding 28.01.2025. Den 25.02.2025 bad kommuneleiinga om møte med Statsforvaltaren om saka, og vi hadde nytt møte 13.03.2025. I møtet med Statsforvaltaren gjekk vi mellom anna gjennom forventningane Statsforvaltaren hadde til det vidare forbetningsarbeidet.

På grunnlag av dokumentasjonen og opplysningane som var kome fram i saka bad vi i brev 25.03.2025 verksemda på nytt om å rapportere og dokumentere framdrifta i forbetningsarbeidet med frist 30.06.2025. Leiinga har etter dette rapportert til Statsforvaltaren om korleis de har jobba vidare med å sikre kvalitet og pasienttryggleiken i tenesta, med siste tilbakemelding 01.07.2025 og 02.07.2025.

Tilbakemeldingane frå kommunen

I tilbakemeldingane frå kommunen har det mellom anna gått fram at einingsleiarar, kommuneoverlege, sjukeheimslege, HTV, kommunalsjef og rådgjevar for fagutvikling og personale har samarbeidd om gjennomgang og oppfølging av saka. De har endra leiarstruktur og tilsett ny einingsleiar som har jobba systematisk for å få oversikt over utfordringar og moglegheiter. De jobbar med endra organisering og oppgåvedeling. De har utarbeidd ny bemanningsplan og turnus for å få betre fordeling av fagkompetanse. De har også teke i bruk ny avviksmodul og gjeve opplæring i bruken av denne.

De har identifisert at saka handlar mellom anna om pasientbehandling, pasienttryggleik, opplæringsplan og helsepersonell sitt sjølvstendige ansvar for å følgje regelverk og avtaleverk. De har også gjort greie for at de har utfordringar med arbeidsmiljøet ved Førde omsorgssenter. For at de skal lykkast med forbetningsarbeidet er de avhengig av eit godt arbeidsmiljø, motiverte tilsette og psykologisk tryggleik blant tilsette. Ifølgje tilbakemeldinga dykkar har de sett i verk tiltak for å styrke arbeidsmiljøet og trygge tilsette.

De har gjort greie for ulike forbetringstiltak som de har sett i verk og tiltak som de har planlagt å setje i verk. Dette gjeld mellom anna system og rutinar knytt til ernæring, legemiddelhandtering, fall, bruk av tvang og makt, oppfølging av pårørande, dokumentasjon i journal, opplæring av tilsette, språkopplæring, kompetansesituasjonen, avviksystem og melding av avvik, leiing og forbetningsarbeid. De har utarbeidd framdriftsplan for forbetningsarbeidet der også ansvarlege for gjennomføring av tiltaka er identifiserte, og der det går fram korleis de systematisk vil kontrollere,



følgje opp og evaluere om forbetringstiltaka har effekt og verkar slik dei skal. De meiner det er viktigare med gode målepunkt enn tidspunkt for evaluering. Evalueringa hjå dykk skjer fortløpande.

I følgje tilbakemeldinga dykkar har einingsleiar det overordna ansvaret for at rutineendringar vert gjennomført og fungerer, og for å følgje opp dei som har fått oppgåver knytt til dette. Einingsleiar har hovudansvar for at endring skjer i praksis. Einingsleiar fordeler oppgåver og ansvar knytt til ulike forbetringstiltak.

De seier at leiinga jobbar kontinuerleg med forbetring av tenestene og at de brukar forbetringsmodellen i alt forbetringsarbeid. De meiner også at de ser resultat av forbetringsarbeidet som er gjennomført ved Førde omsorgssenter, og at endringsarbeidet er eit kontinuerleg arbeid som krev stort fokus frå både leiarane og alle tilsette.

Rettsleg grunnlag

Helsetenesta har plikt til å gjennomføre eit kontinuerleg og systemretta forbetringsarbeid, under dette følgje opp alvorlege uønskte hendingar med sikte på læring, jf. helse- og omsorgstenestelova § 4-2 og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. I forskrifta § 3 står det at leiinga har det overordna ansvaret for etablering av eit kvalitetssystem og systematisk styring av verksemda, der føremålet er å sikre forsvarlege tenester, pasienttryggleik og tenestenes kvalitet. I dette ligg at verksemda vert planlagd, gjennomført, evaluert og korrigert, jf. forskrifta §§ 6-9.

Vår vurdering

Vi har vurdert om Førde omsorgssenter har følgd opp hendinga i samsvar med gjeldande krav til forbetringsarbeidet. I dette ligg at vi i denne saka ikkje har vurdert om helsehjelpa var forsvarleg, men om tenesta har nytta hendinga til å identifisere område med risiko for svikt og sett i verk relevante tiltak for å førebygge risikoen for at tilsvarande kan skje i framtida. Vi har også lagt vekt på om verksemda har ein plan for å evaluere og eventuelt korrigere tiltaka.

Av tilbakemeldingane følgjer det at tenesta har gått gjennom hendinga og identifisert forbetringsområde med aktuell læringsverdi, har sett i verk relevante tiltak og har planlagt fleire tiltak. Slik vi skjønar det er saka brukt til læring på tvers, den er mellom anna brukt til opplæring, meir språkopplæring og styrking av fagkompetanse. Den har ført til endring og betre styring av arbeidsmåtar og prosessar, mellom anna knytt til oppfølging av fallrisiko og førebygging av fall, utagering, administrasjon av legemiddel og legemiddelbehandling. Det er gjort organisatoriske endringar, ansvar og oppgåvedeling er meir tydeleggjort.

Det går vidare fram kven som har ansvar for å følge med på og følge opp at dei planlagde forbetringstiltaka vert gjennomførte og evaluerte. Det kjem ikkje klart fram om leiinga vil evaluere om tiltaka gir ein varig og positiv effekt i verksemda, og heller ikkje om leiinga vil korrigere dersom det er nødvendig.

Vi vurderer likevel at forbetringsarbeidet samla sett er tilstrekkeleg til å ivareta pasienttryggleik og kvalitet i tenesta, i tråd med helse- og omsorgstenestelova § 4-2 og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Vi legg til grunn at leiinga sjølv følgjer opp arbeidet med evaluering og eventuell korrigerings av aktuelle tiltak.

Konklusjon

Sunnfjord kommune, Førde omsorgssenter har gått gjennom hendinga med sikte på å førebygge risikoen for at tilsvarande skjer igjen, i samsvar med gjeldande lovkrav. Vi ventar at leiinga held fram



det systematiske arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik. Vi finn ikkje at det er behov for ytterlegare tiltak frå vår side, og avsluttar med dette tilsynet med Førde omsorgssenter.

Med helsing

Linda Svori
seksjonsleiar / assisterande fylkeslege

Anne Eli Wangen
seniorrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent