



Stavanger kommune
Postboks 8001
4068 Stavanger

Kontakt saksbehandler
Sissel Kjøde, 51 56 88 60

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Rapport fra tilsyn med Stavanger kommune sitt arbeid med å forebygge og følge opp vold og overgrep mot beboere i sykehjem.

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Stavanger kommune og besøkte i den forbindelse Lervig sykehjem fra 22.09.2022 til 23.09.2022. Vi undersøkte om Stavanger kommune gjennom sitt styringssystem sikrer at det jobbes med forebygging og oppfølging av vold og overgrep mot beboere i sykehjem.

Tilsynet ble gjennomført ved Lervig sykehjem.

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

Statsforvalterens konklusjon:

Kommunen sikrer ikke i tilstrekkelig grad at det jobbes med forebygging og oppfølging av vold og overgrep mot beboere i sykehjem.

Dette er lovbrudd på:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a
- Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6-9

Statsforvalteren sendte utkast til rapport til kommunen for gjennomlesing og eventuelle kommentarer/innsigelser til faktagrunnlaget den 05.10.2022. Vi mottok kommunen sine tilbakemeldinger den 21.10.2022. Vi har tilført faktaopplysninger i kapittel 3, men har ikke mottatt tilbakemeldinger som endrer vår vurdering og konklusjon.

For oppfølging av lovbrudd vises det til kapittel 6. «Oppfølging av påpekte lovbrudd»



Innhold

Rapport fra tilsyn med Stavanger kommune sitt arbeid med å forebygge og følge opp vold og overgrep mot beboere i sykehjem.	1
1. Tilsynets tema og omfang	2
• Hvordan kommunen jobber for å forebygge vold og overgrep	2
• Hvordan kommunen forstår vold og overgrep	2
• Hvordan kommunen følger opp hendelser som gjelder vold og overgrep	2
Tilsynet gjaldt:	2
Tilsynet gjaldt ikke:	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	5
Kommunens organisering	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	10
5. Statsforvalterens konklusjon	11
6. Oppfølging av påpekt lovbrudd	11

1. Tilsynets tema og omfang

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

Vi har undersøkt om Stavanger kommune gjennom systematisk styring sikrer at det jobbes med forebygging og oppfølging av vold og overgrep mot beboere i sykehjem. Vi har ikke undersøkt forekomst av vold og overgrep mot beboere i kommune.

Tilsynet undersøkte:

- Hvordan kommunen jobber for å forebygge vold og overgrep
- Hvordan kommunen forstår vold og overgrep
- Hvordan kommunen følger opp hendelser som gjelder vold og overgrep

Tilsynet gjaldt:

- Beboere i sykehjem med langtidsopphold, dvs. beboere som har fått vedtak om sykehjemsplass etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
- Vold og overgrep fra pleieansatte mot beboere i sykehjem
- Vold og overgrep mellom beboere i sykehjem

Tilsynet gjaldt ikke:

- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A
- Situasjoner der man handler ut fra nødrett eller nødverge



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.

Vi har lagt til grunn følgende regelverk:

- Helsetilsynsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Vi vil i det følgende gi en oversikt over hvilke krav regelverket stiller til virksomheten, som har særskilt betydning for temaene vi har ført tilsyn med.

Forsvarlighetskravet

Det er et grunnleggende krav til helse- og omsorgstjenesten at de tjenestene som ytes er forsvarlige. Dette kravet stilles til både helsepersonells utøvelse av helsehjelpen og til virksomheten.

Virksomheten skal også legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Denne plikten følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang.

Helsepersonelloven § 4 regulerer helsepersonells plikt til å gi omsorgsfull hjelp. Det stilles krav til hvordan helsepersonell skal opptre og kommunisere overfor pasient og pårørende.

Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a.

Kommunen har derfor et ansvar for å sørge for at tjenestene har nødvendig kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep, kjennskap til relevant regelverk samt forsvarlig organisering.

Kommunens plikt til systematisk styring 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. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Disse styringskravene må ses i sammenheng med



internkontrollplikten etter helsetilsynsloven § 5. De 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. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2.

Innholdet i styringskravene 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. forskriftens §§ 6-9. Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5.

I dette tilsynet har vi hatt fokus på følgende styringskrav:

Kommunen har oversikt over områder innenfor vold og overgrep mot beboere i sykehjem hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av lov og forskriftskrav, jf. § 6d

Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. For å kunne vurdere risiko må kommunen ha kunnskap om hvilke krav som gjelder. Det er ikke et krav at vurderingen av risiko skal bygge på en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse, men kommunen skal likevel ha vurdert om det er lokale forhold som tilsier risiko og sårbarhet. Dette kan for eksempel være knyttet til organisering av tjenestene, bemanningssituasjon, prosesser som samarbeid og informasjonsutveksling. Vurderingen kan bygge på tilbakemeldinger om praksis fra ansatte, pasienter og pårørende eller kommunens egen kontroll. Hensikten med en risikovurdering er at kommunen skal få et grunnlag for å velge tiltak som vil redusere risiko.

Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, jf. §§ 6a og 7a

Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. I sykehjem gjør det seg særlig gjeldende, da det ofte er flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient og de har ulik kompetanse. Tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet gjelder på alle nivåer og omfatter derfor både overordnede styringslinjer og ansvars- og oppgavefordeling på de ulike tjenestestedene. Slik ansvar- og oppgavefordeling kan for eksempel være tydeliggjort i organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, rutiner og samarbeidsavtaler mv., som er gjort kjent for de ansatte.

Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b.

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger kommunen kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten trenger og hvilken kompetanse de ansatte har. Kommunen har et ansvar for at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Hvilke opplærings- og veiledningstiltak som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kompetanse til det enkelte helsepersonell, vil være avhengig av den enkeltes ansvar, oppgaver og fagbakgrunn.

Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d.

For å forebygge vold og overgrep er det behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til



pasienten. Samarbeid og informasjonsutveksling er også nødvendig for at helsepersonell har tilstrekkelig med informasjon om pasienten til å gjøre forsvarlige helsefaglige vurderinger.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak følges i praksis, fungerer etter sin hensikt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9.

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de fungerer etter sin hensikt. Kommunens kontroll kan for eksempel skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende, ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner. Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker mangler, skal kommunen iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Publikasjon fra Helsedirektoratet som er aktuell for dette tilsynet

Helsedirektoratet ble i endelig tildelingsbrev Statsbudsjett 2020 kap. 740 gitt i oppdrag å kartlegge voldshendelser i sykehjem og få oversikt over kommuner som jobber godt med avvikshåndtering. På grunn av koronapandemien og kunnskap fra forskningsprosjekt ved NTNU om vold blant eldre i sykehjem, ble oppdraget omformulert til:

«Statsforvalterne skal kartlegge og rapportere eksempler fra kommuner som jobber godt med å forebygge og følge opp vold og overgrep i sykehjem, og hvordan disse kommunene jobber».

Helsedirektoratet svarte ut oppdraget med rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2021: *«Vold, overgrep og forsømmelser i norske sykehjem- om omfang og pågående forebyggende arbeid».* Rapporten består av en rapportdel med kunnskap innhentet fra forskningsprosjektet fra NTNU om vold blant eldre i sykehjem, en rapportdel med eksempler innhentet av statsforvalterne fra kommuner som jobber godt med å forebygge voldshendelser blant eldre i sykehjem og en avsluttende del med Helsedirektoratets innspill til videre arbeid.

I rapportens del 2 går det frem at samtlige statsforvaltere har rapportert inn eksempler fra kommuner. I rapporteringene kommer det frem at det er behov for å jobbe både konkret med opplæring i bruk av verktøy og metoder, ha regelmessig oppmerksomhet på vold og overgrep og ha systemer for å fange opp hendelser med vold og overgrep og systematisk oppfølging av slike hendelser. Helsedirektoratet uttaler at et hovedinntrykk fra rapporteringen til statsforvalterne er at kommunene i sitt arbeid med vold og overgrep i sykehjem har stort fokus på personalet. Helsedirektoratet ser behov for at det videre arbeidet med å forebygge vold, overgrep og forsømmelser blant eldre i sykehjem retter mer fokus på den som mottar sykehjemstjenester.

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.

Kommunens organisering

Stavanger kommune har ca. 145 000 innbyggere. Kommunen er organisert i fem tjenesteområder. Kommunedirektør er øverste administrative leder i kommunen. De fem tjenesteområdene ledes av direktør. Tjenesteområdet Helse og velferd består av seks avdelinger der sykehjem hører inn under avdeling Helse og omsorg. Helse og omsorg ledes av kommunalsjef og vedkommende er nærmeste overordnet til virksomhetsleder ved sykehjem.



Lervig sykehjem åpnet i 2018 og er satt sammen av fire tidligere sykehjem. Sykehjemmet er et av de største i kommunen og har 105 langtidsplasser og 18 korttidsplasser. Beboerne er fordelt på 15 grupper i totalt fem avdelinger. Lervig sykehjem ledes av virksomhetsleder og nestleder, sammen med en avdelingssykepleier i hver avdeling. I avdelingene jobber sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og servicemedarbeidere/renholdere. Sykehjemsleger er til stede hver dag i uken. Det er totalt ca. 350 ansatte på sykehjemmet.

Rapporteringslinjer og møtestruktur

Det er utarbeidet en oversikt over møtestruktur i Helse og velferd der sykehjem inngår og en oversikt over møtevirksomhet ved Lervig sykehjem.

Når det gjelder møtestruktur i Helse og velferd, så har direktøren månedlig møte med kommunalsjefer og samtlige virksomhetsledere i Helse og velferd. Videre har kommunalsjef faste ledermøter og driftssamtaler med virksomhetslederne for sykehjem månedlig. Det er også månedlige nettverksmøter for virksomhetslederne og kommunalsjef. I tillegg er det fortløpende møter ved behov eksempelvis særskilte problemstillinger eller særlig krevende pasientsaker. Her møter direktør, kommunalsjef og virksomhetslederne.

Lervig sykehjem har et kvalitetsutvalg som består av virksomhetsleder, sykehjemsleger, avdelingsledere og tillitsvalgt fra NSF. Tema her kan være avvik fra CosDoc, klager på tjenesten og revisjon av rutiner og prosedyrer. Videre har sykehjemmet et HMS-utvalg som møtes fire ganger per år. Hovedoppgaver er utarbeidelse av Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), HMS-plan for virksomheten og oppfølging av alvorlige og gjentakende HMS-avvik.

Ved Lervig sykehjem er det personalmøter med avdelingsleder og personal 2-3 ganger per halvår. Tema for disse møtene er personal, rutiner og kvalitet på tjenesten, beboere og drift. Det opplyses i intervju at grunnet pandemi så har det ikke vært avholdt personalmøter med like hyppig frekvens som 2-3 ganger per halvår, men at det er planlagt personalmøte denne høsten. Annenhver uke er det ledermøter med avdelingsledere, virksomhetsleder og nestleder. Det blir tatt opp drift, økonomi, rutiner, prosedyrer, kvalitet på tjenesten, fag med mer. Videre møtes virksomhetsledere ved kommunale sykehjem en gang per måned.

Beslutningsmyndighet

I styringsdokumentene fremkommer ansvaret og fullmaktene som er delegert fra kommunedirektør til direktør for Helse og velferd, videre til kommunalsjef for Helse og omsorg og deretter til virksomhetsleder ved Lervig sykehjem. Informasjon fra intervju sammenfaller med den styrende dokumentasjonen.

Det foreligger funksjonsbeskrivelser for nestleder, avdelingssykepleier, sykepleier 1, vernepleier, sykepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider, pleiemedarbeider og konsulent/merkantil. Her fremgår organisatorisk plassering, stillingens ansvar- og hovedoppgaver, evalueringskriterier og felles bestemmelser.

Styringssystem

Kvalitetsportalen TQM er kommunens kvalitetsportal. Her ligger kommunen sitt avviks- og varslingsystem «Si ifra» og kommunen sin kvalitetshåndbok. I 2022 ble de overordnede rutineene i Helse og velferd overført fra kvalitetshåndboken QLM til dokumentmodulen i Stavanger kommune kvalitetsportal TQM. Her finner de ansatte alle overordnede rutiner, retningslinjer og sjekklister som



gjelder for virksomheten. Virksomhetene fikk rett før sommeren 2022 opplæring i å legge inn virksomhetens interne rutiner. Kvalitetssystemet inngår i nyansattopplæringen.

Helse og velferd har to kvalitetsutvalg på to nivåer: kvalitetsutvalg Helse og velferd på overordnet nivå, og egne kvalitetsutvalg i hver av virksomhetene i Helse og velferd. Begge kvalitetsutvalgene har som oppgave å initiere og fremme systematisk styring. Kvalitetsutvalg 1 ledes av direktøren og Kvalitetsutvalg 2 ledes av virksomhetsleder. Begge kvalitetsutvalgene har oppgaver som gjelder forbedringsprosjekter, avvik, aktuelle hendelser, klager, handlingsplaner, årsrapporter og gjennomgang av virksomhetens forbedringsarbeid. Kvalitetsutvalg 2 rapporterer til kvalitetsutvalg 1.

Både på direktørnivå og virksomhetsledernivå blir det årlig gjort en gjennomgang av styringssystemet. Dokumentasjon viser at direktøren har utarbeidet en veileder med sjekklister som virksomheten kan bruke ved gjennomgangen av styringssystemet. Sjekklisten inneholder tema som brukerkvalitet, medarbeidertilfredshet/arbeidsglede, økonomi, bygg og utstyr og andre saker. Det finnes en egen prosedyre som beskriver gjennomgang av styringssystemet på virksomhetsledernivå.

Direktøren utarbeider hvert år en årsrapport som redegjør for forbedrings- og kvalitetsarbeid i Helse og velferd. I rapporten fra 2021 er det blant annet beskrevet hvilke saker som er behandlet, oversikt over avvik, oppfølging av brukerundersøkelser, pårørendesamarbeid i alders- og sykehjem, årlig rapportering fra virksomhetenes kvalitetsutvalg og eksempler på forbedringstiltak som er gjennomført i virksomhetene i 2021.

Risikovurderinger

Lervig sykehjem har utarbeidet en ROS-analyse i juni 2022. Skade på beboer er definert som en uønsket hendelse og vold er beskrevet som en mulig årsak der beboer får en fysisk eller psykisk skade inne på sykehjemmet. Analysen har en oversikt som angir forebyggende tiltak, konsekvens og konsekvensreducerende tiltak. I samme ROS-analyse er kriminelle handlinger angitt som en uønsket hendelse ved at en ansatt eller beboer blir utsatt for en kriminell handling, eksempelvis tyveri, vold og trusler om vold.

Det er også utført en ROS-analyse for vold og trusler ved Lervig sykehjem i mai 2020. Her ble det identifisert fire mulige uønskede hendelser, alle knyttet til pleier som blir utsatt for vold og/eller trusler på dag, aften eller natt.

Avvikssystem

Stavanger kommune har et system for å melde avvik, «Si i fra» der avvik som gjelder HMS og informasjonssikkerhet skal føres. I tillegg skal virksomheter i Helse og velferd føre brukerrettede avvik i CosDoc. Ansatte skal her melde avvik som har eller kunne ha fått konsekvenser for pasient/bruker. Helse og velferd har skriftlige rutiner for hva som skal meldes som avvik og den videre oppfølgingen av meldte avvik.

Det opplyses i intervju at ansatte er kjent med avvikssystemene «Si ifra» og CosDOc, og de vet hvilke avvik som skal meldes hvor. Flere opplyser at de har meldt avvik som gjelder fall og medikamenthåndtering. I CosDoc er det en egen fane som heter «Trussel/vold mot pasient» og denne kjenner de fleste til. Ingen har meldt avvik som gjelder vold og overgrep fra ansatt mot pasient. Alle som ble intervjuet er kjent med hvem som har ansvar for å behandle avvikene. Ikke alle ansatte har opplevd å få tilbakemelding på meldte avvik. Dersom det blir iverksatt korrigerende tiltak som følge av avvik, blir det meddelt i rapportmøter, via e-post eller personalmøter.



Oversikt over meldte avvik i form av vold/trussel mot beboer i alle sykehjem i kommunen, viser at det ble meldt 48 avvik i 2020 og 45 avvik i 2021. Frem til august 2022 er det meldt 23 avvik. Under tilsynsbesøket ble det fremlagt avviksmeldinger fra Lervig sykehjem som gjelder trussel/vold mot beboer. Flere av avvikene handler om at beboere ble reddet da en medboer hadde en alvorlig utageringssituasjon i avdelingen. I andre tilfeller dreier det seg om beboer som har blitt slått eller dyttet av aggressiv medboer, eller der beboer har blitt reddet/følt ubehag etter at medboer har vært verbalt truende.

Bruker- og pårørendeundersøkelser

Helse og velferd har våren 2022 gjennomført en kartlegging av pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet ved alders- og sykehjem i kommunen. Utvalget bestod av 753 brukere med en svarprosent på 56.

Resultatet fra alle brukerundersøkelser gjennomgås i kvalitetsutvalg helse og velferd. Virksomhetene utarbeider en tiltaksplan med bakgrunn i resultatene og etter en periode blir tiltakene evaluert av virksomheten.

Trygg- fri fra vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, 2022-2025

Kommunen har hatt handlingsplaner mot vold siden 2004. «Trygg- fri fra vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, 2022-2025» er en ny handlingsplan med fem satsingsområder for å forebygge og håndtere vold og overgrep i nære relasjoner. Handlingsplanen har vært sendt på høring til samarbeidspartnere, fagforeninger og lag og organisasjoner. Samtidig har alle virksomhetsledere i Helse og velferd blitt invitert av direktøren til å gi innspill til planen. Handlingsplanen er et sentralt verktøy for å sikre likeverdige og mer sammenhengende tjenester til voldsutsatte.

I handlingsplanen er begrepet «nære relasjoner» definert som: «Voldsutsatt og voldsutøver er betydningsfulle i hverandres liv og har følelsesmessige bånd til hverandre»¹. Direktør for Helse og velferd opplyser i brev til Statsforvalteren den 31.08.2022 at definisjonen etter omstendighetene også kan omfatte vold og overgrep mot sykehjemsbeboere fra ansatte eller medboere. Ledelsen opplyser i intervju at handlingsplanen er et viktig tiltak i arbeidet med å forebygge vold og følge opp vold og overgrep i sykehjem.

Handlingsplanen ble vedtatt av Stavanger kommunestyret den 05.09.2022. I intervju ble det opplyst at arbeidet med implementeringen har startet nå.

Samtaler med pårørende

Tilsynet har gjennomført telefonsamtaler med åtte pårørende. Pårørende fikk på forhånd tilsendt brev med invitasjon til samtale. Det ble gitt en kort presentasjon av tilsynet og at vi ønsket å høre om de som pårørende har noen erfaringer som gjelder vold og overgrep mot beboere fra pleieansatte eller andre beboere.

Ingen som tilsynet snakket med har observert, blitt fortalt eller gjort kjent med at sine nærmeste har vært utsatt for vold og overgrep ved Lervig sykehjem. Pårørende uttaler at manglende kompetanse og en stressende hverdag kan være risikofaktorer for at det kan utøves vold og overgrep. Noen har observert at det ikke alltid er personale på stuen og tenker at dette utgjør en risiko for at det kan skje vold mellom beboere som ikke blir fanget opp.

¹ Trygg - fri fra vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2022-2025



Gjennomgående er pårørende godt fornøyd med alt og alle. Det nevnes her positiv energi, god dialog og imøtekomende ansatte. Flere ansatte har opplyst at det er en travel hverdag, men de fleste pårørende oppfatter at pleieansatte har god tid til beboerne.

Kommunen sin forebygging, forståelse og oppfølging av vold og overgrep mot beboere i sykehjem

Kommunen har flere ROS-analyser, HMS-plan, rutiner og prosedyrer som gjelder vold, trusler og overgrep mot beboere og ansatte. I retningslinjen «Opplæringsplan for forebygging av vold og trusler» er alle ansatte målgruppe for «Generell innføring i fare for utagering, vold og trusler hos personer med kognitiv svikt» og «Internt kurs i forebygging, håndtering og oppfølging av vold». Ressursperson og verneombud er målgruppe for eksternt kurs i TAM (Terapeutisk aggresjonsmestring). Enkelte ansatte opplyser at de har deltatt på kurs som gjelder utagerende pasienter. I rutine for opplæringsplan i LØP Kompetansemodul er det opplyst at ansatte kan melde seg på kurs som gjelder vold og trusler i KS kursbasen. Ansatte opplyser i intervju at de ikke er kjent med dette tilbudet.

Lervig sykehjem har utarbeidet en kompetanseplan for 2022 der fokusområder fra 2021 som demens, VIPS og utvikling av godt arbeidsmiljø videreføres i 2022 grunnet manglende fokus i 2021 som følge av pandemien. Det fremgår i intervju at flere har fått veiledning fra Blidensol sykehjem når det gjelder håndtering av eksempelvis utagering. Videre ble det opplyst at i en avdeling er det gitt opplæring i og iverksatt VIPS og TAM.

Kommunen har utarbeidet flere dokumenter som beskriver hva som forventes av den ansatte når det kommer til atferd og etikk i sitt arbeid. Det nevnes her arbeidsreglement, etisk standard for ansatte og folkevalgte og etikkveileder. Pleieansatte opplyser i intervju at de ikke kjenner til om det finnes skriftlige rutiner som gjelder vold og overgrep fra ansatte mot beboere eller mellom beboere, eller at temaet er formalisert i møtестruktur. I oversikt over møtестruktur ved Lervig sykehjem fremgår det at det gjennomføres etisk refleksjon i avdelingene 1-2 ganger per måned. Pleieansatte uttaler at dette ikke gjennomføres systematisk 1- 2 ganger per måned. Flere ansatte uttaler at etter hendelser der det har vært utagering mellom beboere, så blir det tatt opp i mer uformelle fora som rapport og/eller samtale med avdelingsleder, og at dette kan anses for å være etisk refleksjon.

Flere opplyser at begrepene vold og overgrep er noe som forbindes med alvorlig fysisk vold, som eksempel slag. Andre beskriver forskjeller i alvorlighetsgrad og at psykisk vold kan være kjefting, heve stemmen, isolering, latterliggjøring og nedsettende prat. Det opplyses også at det kan være utfordrende å vite hvor skillet mellom uakseptabel atferd og vold og overgrep går. Flere ønsker derfor rutiner på dette området. Videre påpekes det i intervju at det er kulturforskjeller både blant ansatte og beboere, og at dette kan utgjøre en forskjell på hvordan man behandler og snakker til hverandre.

Få ansatte opplyser at de har observert vold og overgrep fra ansatte mot beboere. Noen har observert at beboere har blitt snakket hardt eller nedlatende til av en ansatt. Dette har blitt løst ved at en går inn i situasjonen ved å ta over for den ansatte som har snakket hardt eller nedlatende til pasienten.

Flere som ble intervjuet ga eksempler på hva de mente var vold og overgrep mellom beboere, blant annet beboer som slår en annen beboer, kjefting og skriking ved bordet og forsøk på å dra i rullatoren til andre beboere. Flere fortalte at etter hendelser der det har vært utagering mellom



beboere, så har ansatte gitt beskjed til ledelsen om at det har vært behov for mer ressurser/personal for å kunne løse arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte. Dette har i enkelte tilfeller medført endringer i bemanningsstruktur, både på lengre og kortere sikt. Ansatte opplyser at revidering av PRB (Problem ressurs behov) i CosDoc er et tiltak som kan bli iverksatt i etterkant av en hendelse mellom beboere, eller som et forebyggende tiltak på bakgrunn av kjennskap til pasienten. Dette er noe som også går frem av rutinen «Forslag til tiltak i Cosdoc for beboere som utøver trusler og vold». Dersom det er kjent at det kan oppstå bråk mellom beboere, så anga flere at et forebyggende tiltak kan være at de ikke blir plassert ved samme bord under måltidene.

De fleste synes det er vanskelig å vite hva som skal meldes som avvik når det gjelder vold og overgrep mot beboere. Flere opplyser at dersom de observerer kjefting eller lignende fra en kollega, så vil de ta det opp med vedkommende eller melde fra muntlig til avdelingsleder. De ansatte opplyser at dersom det oppstår situasjoner med utagering mellom beboerne, så blir dette journalført og noen ganger meldt som avvik i CosDoc.

Ledelsen bekrefter at det ikke er meldt avvik som gjelder vold og overgrep fra ansatte mot beboer. Flere anga at det kan forklares med at det er vanskelig å vite hvor grensen går og det forhold å skrive avvik som involverer dem selv.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Helselovgivningen stiller krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres ved behov. Beboere på sykehjem skal motta forsvarlige og omsorgsfulle tjenester. Dette stiller krav til organisering, systematikk, fremdrift i arbeidet, oppfølging og samhandling ved utføring av de ulike oppgavene. Ledelsen har et overordnet ansvar for å følge med på om tjenestene er forsvarlige og i tråd med helselovgivningen og om styringssystemet er egnet til å ivareta dette.

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a. Kommunen har derfor et ansvar for å sørge for at tjenestene har nødvendig kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep, kjennskap til relevant regelverk samt forsvarlig organisering.

Ut fra opplysninger vi har mottatt, så vurderer vi at kommunen har identifisert og vurdert at det er risiko for at beboere på sykehjem kan være utsatt for vold og overgrep. Hovedfokuset synes å være at det kan forekomme vold og overgrep fra beboere mot ansatte og mellom beboere. Det er få styringsdokumenter som direkte/spesifikt omhandler vold og overgrep fra ansatte mot beboere. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2022-2025 er vedtatt, men er ikke implementert og kan på tidspunktet for tilsyn derfor ikke tas med i vurderingen av om kommunen jobber systematisk med dette temaet.

Kommunen har gjennom opplæringsplan og kompetanseplan angitt ulike kurs/veiledning/opplæring som gjelder vold og overgrep. Ikke alle ansatte kjenner til disse kompetansehevende tilbudene. Imidlertid opplyser flere at de har fått veiledning ved behov og noen har fått kurs. Vi vurderer dermed at kommunen legger til rette for kompetansehevende tiltak.



Det vurderes at ansatte har etablert en praksis som viser en felles forståelse når det kommer til vold og overgrep mellom beboere. Imidlertid er det ikke noen felles forståelse når det gjelder vold og overgrep fra ansatte mot beboere. Flere etterlyser rutiner og retningslinjer på dette området, for å få klarhet i hva som skal betegnes som vold og overgrep og alvorlighetsgrad.

Kommunen har skriftlige rutiner for avvikshåndtering og ansatte kjenner systemene for å melde avvik. Meldte avvik blir gjennomgått, evaluert og det blir iverksatt korrigerende tiltak ved behov. Når det gjelder vold og overgrep mot beboere, er det ikke klart for alle hva som skal meldes som avvik. Sammenholdt med manglende felles forståelse av hva som er vold og overgrep, så mener vi at det utgjør en risiko for at tilfeller av vold og overgrep mot beboere ikke blir registrert som avvik. Manglende registrering av avvik medfører manglende oversikt for kommunen og vanskeliggjør muligheten til å innføre gode tiltak for å forebygge lignende hendelser.

Vi vurderer at få styringsdokumenter rundt temaet det føres tilsyn med og manglende felles forståelse for begrepene vold og overgrep hos de ansatte utgjør en risiko for pasientsikkerheten.

5. Statsforvalterens konklusjon

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

Statsforvalterens konklusjon:

Kommunen sikrer ikke i tilstrekkelig grad at det jobbes med forebygging og oppfølging av vold og overgrep mot beboere i sykehjem.

Dette er lovbrudd på:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a
- Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6-9

6. Oppfølging av påpekt 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 ivaretatt.

Statsforvalteren ber Stavanger kommune om å legge en plan for hvordan lovbruddet vil bli rettet. Vi ber om at planen vil inneholde følgende elementer:

- Tiltak som skal iverksettes for å rette lovbrudd
- Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltak blir iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om iverksatte tiltak fører til forventet endring
- Frister for evaluering av om tiltakene fungerer som planlagt, og om tiltakene har ført til at kommunens praksis er i samsvar med regelverket

Vi ber om å få en tilbakemelding på det etterspurte innen 16.01.2023.



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

Med hilsen

Andres Neset (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Sissel Kjøde
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 04.07.2022.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 07.09.2022.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Lervig sykehjem 22. - 23.09.2022. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 27.09.2022.

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:

- Organisasjonskart Stavanger kommune
- Stillingsbeskrivelser for Lervig sykehjem
- Oversikt over ansatte ved Lervig sykehjem
- Kompetanseplan 2022 for Lervig sykehjem
- Rutine for bruk av opplæringsplan i LØP Kompetansemodul
- Velkommen til Lervig sykehjem, Informasjon og opplæring til nyansatte
- Sjekklistor for opplæring
- Delegasjonsreglement for Stavanger kommune
- Delegering av myndighet i Stavanger kommune
- Oversikt over møtestruktur i Helse og velferd hvor sykehjem inngår
- Møtevirksomhet Lervig sykehjem
- Rutine avvik i egen virksomhet
- Melderutiner helse og velferd
- Rutine - Varsling om alvorlig hendelse til Statens helsetilsyn
- Rutine - Alvorlige hendelser Lervig sykehjem
- Trygg - fri fra vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, 2022-2025
- Beredskapsplan Lervig sykehjem
- Rutine - Saksbehandling ved alvorlige hendelser/avik i.f.t. beboer ved Lervig sykehjem
- Rutine - Faktorer i en risikovurdering for vold/trusler mot ansatte ved Lervig sykehjem
- Rutine - Opplæringsplan for forebygging av vold og trusler



- Rutine – Forebygging av vold og trusler på Lervig sykehjem
- Rutine – Forslag til tiltak i Cosdoc for beboere som utøver trusler og vold
- Rutine – Dokumentasjon i pasientjournal CosDoc
- Rutine – Sjekkliste dokumentasjon
- Rutine – Brukersamtale i alders- og sykehjem
- Rutine – Pårørendesamarbeid i sykehjem – langtidsavdeling
- Rutine – Styringssystem Lervig sykehjem
- Rutine - Årshjul kvalitet og HMS Lervig sykehjem
- Rutine – Innkomstrutiner ny pasient Lervig sykehjem
- ROS Lervig sykehjem
- Risiko- og sårbarhetsanalyse for vold og trusler ved Lervig sykehjem
- Pårørendeundersøkelse – Kartlegging av pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet ved alders- og sykehjem. Rapport, Stavanger, juni 2022
- Organisering av kvalitetsutvalgene i Helse og velferd
- Årsrapport 2021- Kvalitetsutvalg helse og velferd
- Protokoll – Arbeidsreglement i Stavanger kommune pr. 01.01.2020
- Etisk standard for ansatte og folkevalgte
- Etikkveileder
- Sjekkliste – Årlig gjennomgang av styringssystemet – veileder
- HMS-plan Lervig sykehjem 2022
- Avvik som gjelder trusler/vold mot pasient

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

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siren K. Vigrestad	Seniorrådgiver stab	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ragnhild Øvrebø	Jurist stab	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gabriela Tuffedal	Spesialrådgiver stab	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vigdis By	Kommunikasjonsrådgiver	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eli Karin Fosse	Direktør Helse og velferd	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helge Dragsund	Kommunalsjef Helse og omsorg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ann Helen Aune	Virksomhetsleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ragnhild Torkelsen	Nestleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bergljot Kvernenes	Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Heidi R. Tørresdal	Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hilde Ellingsen	Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Silje-Therese J. Jørgensen	Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
May Irene J. Skjæveland	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monika Musial	Sykepleier 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Joanna Wojcik	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Siri Horsrud	Helsefagarbeider	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Malin Wærdahl	Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gunn Malene S. Johansen	Lege	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:



- Ass. fylkeslege, Andrea Ørnes Brodahl, Statsforvalteren i Rogaland, revisor
- Ass. fylkeslege, Kaisa Earl Haugland, Statsforvalteren i Rogaland, revisor
- Seniorrådgiver, Sissel Kjøde, Statsforvalteren i Rogaland, revisjonsleder

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO