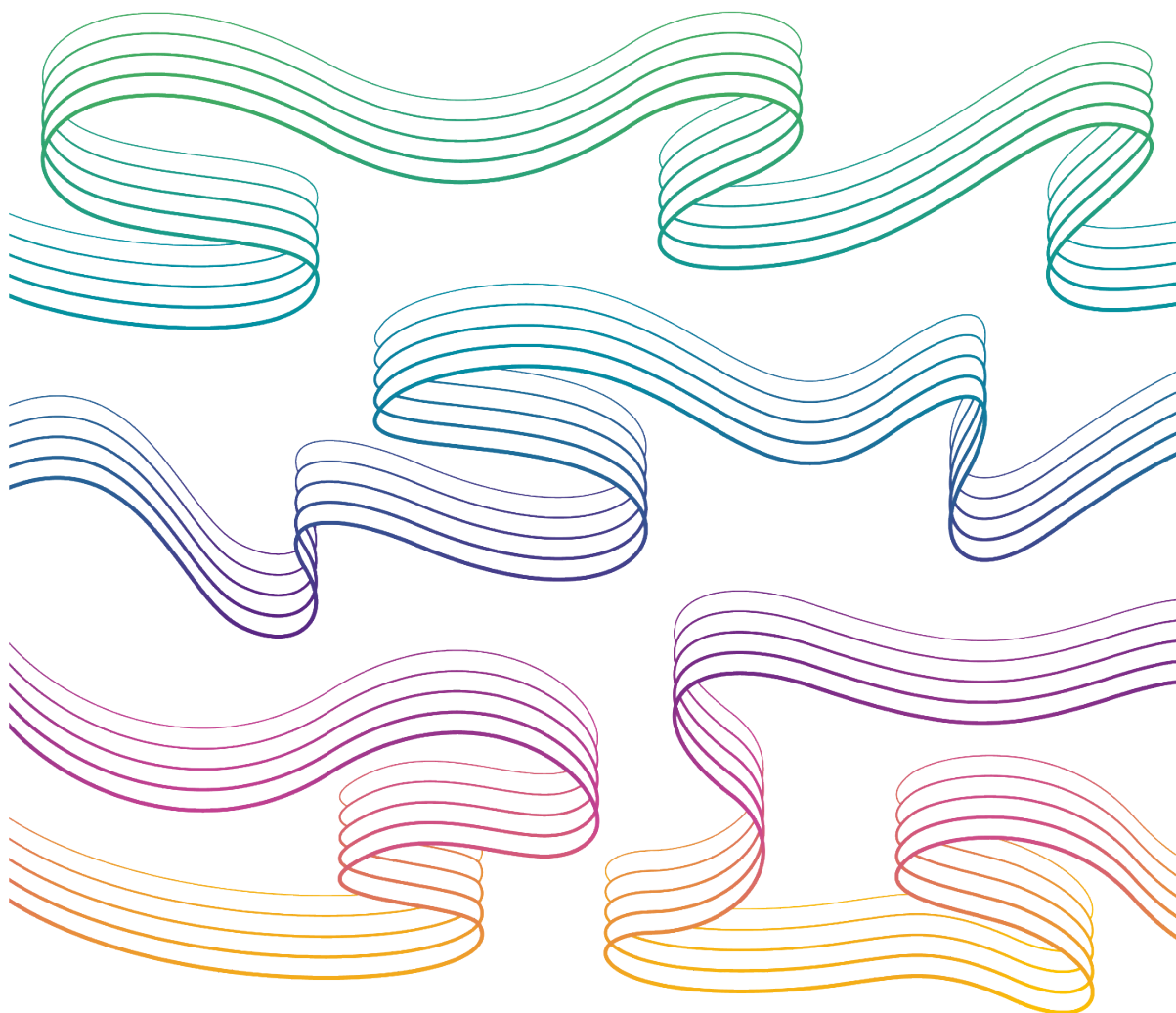




**Kárašjoga gielda**  
**Karasjok kommune**

Sámi váibmosuotna - gilli, gos kultuvrrat deaivvadit  
Den samiske pulsåren - bygda der kulturer møtes



## **Rapport uønsket hendelse på omsorgsboligen 03.01.25**

## **Innhold**

1.0 Hendelse.....	2
2.0 Oppdrag.....	2
3.0 Sammendrag .....	2
3.1 hendelsesforløp .....	2
3.2 Ble gjeldende rutiner fulgt.....	3
3.3 Ble bruken av velferdsteknologi brukt etter hensikten .....	3
3.4 Bemanning.....	4
4.0 Lovgrunnlag .....	4
4.1 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	4
4.2 Pasient og brukerrettighetsloven .....	5
4.3 Helsepersonell loven .....	7
5.0 TILTAK.....	9
5.1 kriseledelsens vurderinger.....	16

## 1.0 Hendelse

Natt til 3.januar oppdaget nattevakten ved bemannet omsorgsbolig Hus 1, at en dement beboer var forsvunnet fra sin leilighet. Nattevakten fant beboeren utenfor omsorgsbolig Hus 2. Den ansatte ringte 113, og ble veiledet til å starte med hjerte lunge redning på stedet. Det var -34 grader ute den natten. Beboeren ble erklært død når lege og ambulanse kom til stede.

## 2.0 Oppdrag

Kommunedirektør ga oppdrag til helsefaglig rådgiver og fagansvarlig miljøterapeut, om å kartlegge hendelsen.

Følgende punkter skulle beskrives kort:

- Utrede hendelsesforløpet- hva skjedde- kunne hendelsen vært unngått
- Se på rutiner, hvilke rutiner gjelder og ble disse fulgt
- Se på bruken av velferdsteknologi, blir det brukt etter hensikten
- Se på bemanningssituasjonen

Det ble gjennomført:

- Intervju av involverte ansatte
- Undersøkelser av varslingssystem herunder sengematte, døralarmer med magnetlåssystem sammen med ergoterapeut og vaktmester
- Gjennomgang av prosedyrer og rutiner, saksbehandlingen/tildelingsvedtak og journal.

## 3.0 Sammendrag

### 3.1 hendelsesforløp

Nattevakten startet på jobb kl. 22.15, og fikk rapport fra aftenvakten. Aftenvakten har ikke norsk eller samisk som hovedspråk og kan være vanskelig å forstå. Nattevakten forstod ikke alt som ble formidlet av aftenvakten, og leste derfor gjennom journalnotat. Beboere på Hus 1 hadde vært urolig på aftenvakt.

Ved første tilsynsrunde kl. 23.00 sov alle beboerne.

Klokken 01.45 gikk det alarm i en leilighet på hus 1. Beboeren sov da nattevakten kom til leiligheten. Nattevakten gjennomførte tilsynsrunde to i totiden, og alle beboere sov.

Mellom tilsynsrundene oppholdt nattevakta seg på vaktrommet som ligger i enden av korridor mellom Hus 1 og Hus 2.

Nattevakten startet tilsynsrunde nummer tre i Hus 2 litt før klokken fire. Da nattevakten gjennomførte tilsynsrunde 3 litt over klokken fire, oppdaget nattevakten at en beboer ikke var i sin leilighet. Nattevakten sjekket alle leilighetene i Hus 1 på nytt, men beboeren var ikke der. Nattevakten gikk til Hus 2, og sjekket leiligheter og dører, men beboeren var ikke der heller. Nattevakten sjekket på nytt beboers leilighet, verandadør var låst. Det var ingen spor i snøen utenfor leiligheten til beboeren.

Nattevakten sjekket igjen leiligheter på Hus1 og oppdaget spor i snøen utenfor en annen beboers leilighet. Verandadøren var ikke låst. Nattevakten fulgte sporene og fant beboeren på bakken utenfor Hus 2.

Nattevakten ringte 113 og var i kontakt med AMK på mobilen i 17 min. De veiledet nattevakten i hjerte lunge redning. Da ambulansene og legen kom, ble pasienten erklært død.

### **3.2 Ble gjeldende rutiner fulgt**

Det skal være samarbeid mellom nattevakt i omsorgsbolig og nattevakt i hjemmesykepleien. Det finnes rutiner for nattevaktene. Rutinene tilsier at dører, inkludert verandadører og vinduer skal sjekkes ved vaktskifte. Det skal sjekkes at alarmene på dørene er aktivert.

De ansatte forteller at magnetlås på ytterdør ikke virker. De har hatt utfordringer med dette siden desember. De forteller at de har gitt muntlig beskjed om dette til leder og snakket med hverandre. Ingen har rapporter avvik i Compilo eller Famac.

Nattevakt var delvis kjent med rutiner og hadde fått noe opplæring.

I pasientjournal systemet Geric, står det bruksanvisning for sengemattealarm. Den er ikke kjent for alle ansatte.

Nattevakt har fått opplæring i å sjekke at vinduer er lukket slik at det ikke blir kaldt på rommet. Dette ble gjort på første tilsynsrunder.

Nattevakten har ikke fått opplæring i å sjekke om magnetlåsene ved dører virker og at alarmer er aktivert. Nattevakten har hørt at magnetlåsene kan slutte å virke. Nattevakten er kjent med rutiner om å melde fra til vaktmester.

Det ble ikke sagt noe i vaktskifte om magnetlås som ikke virker. Det er ikke dokumentert i Compilo at magnetlås eller alarm ikke virket. Aftenvakten har ikke dokumentert sjekk av sengemattealarmen. Det ble ikke formidlet noe om sengemattealarmen ved vaktskifte.

Nattevakten er kjent med at hjemmesykepleien kan kontaktes ved behov for hjelp. Nattevakten sendte en melding til hjemmesykepleien i tretiden på natten for å få vite når de hadde neste tilsyn.

### **3.3 Ble bruken av velferdsteknologi brukt etter hensikten**

Beboeren hadde en sengemattealarm som koples til når beboeren legger seg. Det er ikke dokumentert at aftenvakten koplet til alarmen.

Det er ikke dokumentert opplæring av alle ansatte i bruk av sengemattealarm.

Ved sjekk av sengemattealarmen etter hendelsen, viser lys på alarmen at den ikke var aktivert.

Nattevakt så at sengemattealarmen var koplet til i veggen, og gikk ut fra at den fungerte, og sjekket ikke lyssignalene på den.

### 3.4 Bemanning

Det var totalt 9 beboere i omsorgsboliger Hus 1 og 2 natt til 3.januar.

Natt til 3.januar var det i tillegg til nattevakt omsorgsbolig og nattevakt hjemmesykepleien, og en lærling i helsefag sammen med nattevakt i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien hadde 14 tilsyn i løpet av vekten, der noen tilsyn er i starten på vekten, de hjelper tjenestemottakere med kveldstell. Det er faste tilsynsrunder mellom klokken ett og klokken to på natten, og mellom klokken fire og fem. På morgenen hjelper de tjenestemottakere som våkner tidlig og vil stå opp.

Det var ingen utrykninger på Trygghetsalarm denne natten

## 4.0 Lovgrunnlag

Helse- og omsorgstjenestene reguleres av flere lover. De sentrale lovene er helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonell loven. Nedenfor er noen utdrag fra disse lovverk som er relevant for hendelsen.

### 4.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven er en norsk lov om som skal sikre gode helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Loven er en pliktlov som pålegger kommunene å kunne tilby innbyggerne bestemte helse- og omsorgstjenester. I tillegg til å pålegge kommunene å tilby bestemte tjenester, stiller loven krav om blant annet tjenestenes forsvarlighet og kvalitet, undervisning av helsepersonell og plikt til å samarbeide med regionale helseforetak.

§ 3-1 Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§3-2a *jfr pasient og brukerrettighetsloven § 2-1e* Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

### § 4-1.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.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

##### **§ 4-2 a. 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 brukerens 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 opptre 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.

#### **4.2 Pasient og brukerrettighetsloven**

Pasient- og brukerrettighetsloven er en norsk lov som gir pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Formålet med loven er blant annet å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven har også som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, samt bidra til å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

##### **§ 1-1.Formål**

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

### **§ 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. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

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

### **§ 3-3. informasjon**

Dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, har pasientens eller brukers nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde til og med sjette ledd, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette.

*§ 3-2 4.-6.ledd*

*Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter § 7-4.*

*Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.*

*Dersom skade eller komplikasjon som nevnt i femte ledd er svært alvorlig, skal pasienten eller brukeren gis tilbud om møte med helse- og omsorgstjenesten så snart som mulig etter hendelsen, og senest ti dager etter hendelsen. Slike møter skal ha til formål å gi pasienten eller brukeren informasjon etter fjerde og femte ledd og svar på spørsmål knyttet til hendelsen og den videre oppfølgingen av denne. Ved dødsfall som følge av alvorlig hendelse, skal nærmeste pårørende tilbys tilsvarende møte.*

### **§ 4-6 a. Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi**

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker.

Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukers interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet, og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha

gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.

#### **§ 7-4. Anmodning om tilsyn**

Pasienten, brukeren, eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av. Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse.

Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11 og gi pålegg til virksomhet etter helsetilsynsloven § 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

### **4.3 Helsepersonell loven**

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

#### **§ 3 definisjoner**

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49,
2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.

Tredje ledd: Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

#### **§ 4.Forsvarlighet**

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

#### **§ 5.Bruk av medhjelpere**

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.



Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.

#### **§ 10. Informasjon til pasienter m.v.**

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

#### **§ 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.

#### **§ 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere**

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.

#### **§ 32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

#### **§ 39. Plikt til å føre journal**

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

#### **§ 40. Krav til journalens innhold m.m.**

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

## 5.0 TILTAK

Hva	TILTAK	Iverksatte tiltak	kommentarer
<p>Nattevakt i omsorgsbolig oppholdt seg på personalrom mellom tilsynsrunder.</p> <p>Nattevakt hadde derfor ikke oversikt over om beboere gikk ut og inn av leiligheter.</p> <p>Nattevakt hjemmesykepleien oppholdt seg ikke i Hus 2 mellom tilsynsrunder. De hadde derfor ikke oversikt over beboerne mellom tilsynsrunderne.</p> <p>Det var ikke samarbeid mellom nattevaktene.</p> <p>Det er ikke dokumentert hvilke vurderinger som er gjort, eller om oppgaver er utført i henhold til interne prosedyrer, rutiner og lovverk</p> <p>Omsorgsboliger Hus 1 er utformet slik at helsepersonell lett</p>	<p>Personalet skal være godt kjent med hvor nattevakt skal oppholde seg.</p> <p>Personalet skal være godt kjent med hvorfor oppgaver skal utføres, og prosedyrer skal følges</p> <p>Personalet skal kunne gjennomføre og dokumentere faglige vurderinger dersom døralarmer og dørlåser ikke fungerer.</p> <p>Eksisterende alarmsystemer må testes og opplæring i bruk til personalet gjennomføres.</p> <p>Personalet skal dokumentere og iverksette tiltak for å sikre beboerne</p> <p>Nattevaktene skal praktisere og gjennomføre rutiner for samarbeid om natt</p>	<p>Enhetsleder har iverksatt rutiner for sjekk av dører og alarmer, og utarbeidet en sjekkliste med avkrysning for utført på avdelingen.</p> <p>Enhetsleder har hatt gjennomgang av hvilke alarmer som er aktivert og hva som ikke fungerer av dører og vinduer ved hvert vaktskifte, og avtalt jevnlig sjekk av bygg og dører fra vaktmestere(FDV)</p> <p>Enhetsleder har fulgt opp med personalet hvor nattevakt skal oppholde seg.</p> <p>Enhetsleder har fulgt opp personalet ifht dokumentasjon, journalføring i gerica.</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere i helse- og omsorg skal sikre at opplæring og informasjon om rutiner og prosedyrer følges av ansatte. Følges opp på tjenesteområdet øtet april.</p> <p>Helsepersonell skal ha oversikt over demente beboere som ikke kan ivareta seg selv.</p> <p>Helsepersonell skal vurdere tiltak som iverksettes ut fra situasjonen</p> <p>Arbeidsgiver er ansvarlig for utforming av lokaler, tilrettelegging for å utføre arbeid, Herunder ha varslingsystemer som fungerer. Tilrettelegge for velferdsteknologi som alarmer</p>

<p>kan ha oversikt over beboere fra fellesareal. Inngang til leiligheter er vendt mot fellesareal.</p>	<p>Personell på nattevakt skal samarbeide om tilsynsrunder og ved alarm, og oppholde seg i fellesareal på Hus 1 og Hus 2 for å ha oversikt over beboerne.</p> <p>Husregler for lås av dører på fellesareal skal utarbeides</p>		<p>Jfr. Helsepersonell loven §4, §16 Helse og omsorgstjenesteloven § 4-1</p>
<p>Det er ikke dokumentert opplæring av helsepersonell uten autorisasjon/ufaglærte som utfører helse og omsorgsoppgaver</p> <p>Det er ikke dokumentert hva det gis opplæring i eller hvem som har gitt opplæringen.</p>	<p>Alle ansatte skal gjøre seg kjent med beboerne. Det skal være opplæringsvakter på minimum 3 dager.</p> <p>Alle ansatte skal kunne samtale med pårørende, og videreformidle informasjon fra pårørende.</p> <p>Det skal utnevnes en til to pasient/bruker ansvarlig som skal sørge for aktiv brukermedvirkning. I samarbeid med pårørende og beboer utarbeide tiltaksplaner for daglig aktivitet og tiltak for situasjoner som kan oppstå i sykdomsfaser.</p> <p>Arbeidsgiver skal gi opplæring og sikre at helsepersonell uten autorisasjon og medhjelpere er i stand til å utføre</p>	<p>Enhetsleder gjennomfører internopplæring med tema, blant annet demensomsorg på personalmøter</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere i helse og omsorg skal følge opp og sikre at tiltakene følges opp. Følges opp på tjenesteområdet i april.</p> <p>De fleste ansatte er helsefagarbeidere eller lærlinger i helsefagarbeid.</p> <p>Helsepersonell med autorisasjon og fagbrev har i form av utdanning kunnskap om hvordan oppgaver skal utøves.</p> <p>Hver den som utfører pleie- og omsorgstjenester regnes som helsepersonell</p> <p>Helsepersonell skal utøve pleie-omsorgsoppgaver på en</p>

	<p>arbeidsoppgavene i henhold til lovverk.</p> <p>Helsepersonell med autorisasjon skal bidra til å gi nødvendig opplæring til kolleger</p> <p>Alle ansatte skal gjennomføre temabasert digital opplæring</p> <p>Ansvar; enhetsledere, avdelingsledere og fagansvarlige.</p>		<p>omsorgsfull, respektfull og forsvarlig måte.</p> <p>Være kjent med beboerne Aktive tiltaksplaner</p> <p>Helsepersonell loven <i>§3, §5 bruk av medhjelpere</i></p> <p><i>Hol § 3-1 og § 4-1</i></p>
<p>Pårørende gir tilbakemelding på at de ikke blir hørt.</p> <p>Det er ikke rutiner for faste møter med pårørende.</p>	<p>Det skal være pasient/brukeransvarlige som skal ha faste samtaler/møter med pårørende.</p> <p>Helsepersonell skal i samarbeid med pasient/bruker jevnlig oppdatere tiltaksplaner for hver enkelt beboer. Spesielt ved endringer i atferd. Tiltak skal dokumenteres og iverksettes når beboere vandrer, og/eller ved utagerende atferd</p> <p>Endringer i beboeres/pasienters dagsform skal formidles ved vaktskifte</p>	<p>Enhetsleder har iverksatt variabel bemanning i henhold til beboers helsetilstand gjøres.</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere i helse- og omsorg skal ivareta brukermedvirkning og samarbeid med pårørende</p> <p>I felleskap skal enhetsledere, avdelingsledere og fagledere lage prosedyrer og rutiner for brukermedvirkning og oppfølging av pårørende. Følges opp på tjenesteområdet i april.</p> <p><i>Helsepersonell skal innhente informasjon fra pårørende for å bli kjent med beboeren. Helsepersonell skal anvende faglig</i></p>

			<p>kompetanse og erfaring fra pårørende i utøvelse av omsorg, pleie og i arbeid med tiltaksplaner. Jfr. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1;</p>
<p>Informasjon og oppfølging av pårørende etter hendelsen</p> <p>Pårørende har ikke fått tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter og hvilke instanser de kan kontakte</p>	<p>Det må være klare retningslinjer på kontakt med pårørende etter uønskede hendelser</p>	<p>Enhetsleder hadde noe kontakt med pårørende den 3.januar etter hendelsen.</p> <p>Kommunedirektør og assisterende kommunedirektør hadde møte 6.januar med helsefagligrådgiver og enhetsleder. Helsefagligrådgiver forsøkte å komme i kontakt med pårørende via telefon, men lyktes ikke.</p> <p>Kommunedirektør satte kriseledelse 14.januar.</p> <p>Ass.kommunedirektør hadde kontakt med de etterlatte pr. telefon og mail.</p> <p>Ass.kommunedirektør har hatt en fysisk samtale med en av pårørende.</p>	<p>Enhetsledere i helse- og omsorg skal sørge for opplæring av personalet, og ta i bruk maler for uønskede hendelser;</p> <p><a href="https://www.itrygg.ehender24-7.no/ivaretakelse">https://www.itrygg.ehender24-7.no/ivaretakelse</a></p> <p>Følges opp på tjenesteområde møtet i april.</p> <p>Informasjon til pårørende skal gjøres umiddelbart etter hendelser, og dersom det skjer tragedier bør flere samtaler tilbys, og det bør være rutine på å ta kontakt med pårørende etter en tid for å høre hvordan det går.</p> <p><i>Pasient og brukerrettighetsloven § 3-3 jfr.</i></p>

			<i>Helse og omsorgstjeneste loven § 4-2 a</i>
<p>Eksisterende prosedyrer ble ikke fulgt.</p> <p>Det er ikke dokumentert hvilke vurderinger som er gjort for best mulig ivaretagelse av beboerne.</p>	<p>Gjennomgang av eksisterende prosedyrer med alle ansatte.</p> <p>Sikre at alle kjenner til rutinene og hvor de kan finne de.</p> <p>Sjekkliste for hver vakt på gjennomgått prosedyrer.</p>	<p>Enhetsleder har oppdatert prosedyrer for nattevakt, og informert ansatte.</p>	<p>Enhetsledere skal sikre at prosedyrer eksisterer og følges.</p> <p>Helsepersonell skal sikre oversikt over beboerne på natt da noen kan våkne og vandre.</p> <p>Sikre at gjeldene prosedyrer blir fulgt.</p> <p>Følges opp på tjenesteområdet øtet i april.</p> <p>Helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 forsvarlighet § 4-2 kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet</p>
<p>Det er etter hendelsen lite refleksjon rundt hvordan personell kan ivareta beboerne best mulig for å forhindre uønskede hendelser.</p>	<p>Det skal iverksettes refleksjonsgrupper i personalmøtet der alle kan tenke over handlingsvalg i ulike situasjoner.</p> <p>Eksempel; <i>Hva gjør man når temperaturen ute kan medføre fare for pasienter.</i></p> <p>Det skal gjennomføres samtaler med ansatte om hva som forventes av den enkelte på vakt, hvilket handlingsrom de har, og hvilket ansvar den enkelte</p>	<p>Helsefagligrådgiver og Samtale med nattevakt.</p> <p>Enhetsleder har hatt gjennomgang av hendelsen i personalgruppen.</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere skal gjennom opplæring, personalmøter, kursing og ved ansettelser sikre at kommunen har Kompetente, reflekterte, og Ansvarlige medarbeidere.</p> <p>Risiko og sikkerhetsvurdering og Internkontroll skal gjennomføres.</p> <p>Helsepersonelloven</p>

	<p>har for beboerne og for å samhandle med hverandre.</p> <p>ROS analyse og tiltak Medarbeiderskap og ansvar oppfølging fra NAV</p>		<p>§4.forsvarlighet § 32.Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten</p> <p>§39,40 journalføring</p>
<p>Fleksibel bemanning når beboere trenger mer oppfølging</p> <p>Nattevakt kontaktet ikke hjemmesykepleien for bistand</p>	<p>Beboernes helsetilstand skal følges opp og bemanning skal vurderes i forhold til beboernes helsetilstand.</p> <p>Beboere med demens skal kartlegges spesifikt i fht tilstander som eks. angst da dette ofte forårsaker uro i kroppen, hvileløs vandring, frustrasjoner, sinne og utagerende atferd.</p> <p>Det skal være skriftlig vurdering om beboere er i behov av en til en oppfølging i perioder.</p>	<p>Enhetsleder har iverksatt fleksibel bemanning.</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere sørger for at det lages rutiner og gis opplæring i hvordan vurderinger utføres og hva som tilsier økt bemanning i perioder.</p> <p>Jfr. Helsepersonell loven §4, §16 Helse og omsorgstjenesteloven § 4-1</p>
<p>Nattevakten hadde ikke nok kompetanse om demens til å iverksette rette tiltak.</p>	<p>Fast tema på personalmøter Sikre ansatte med videreutdanning innen demens Sikre spesialkompetanse på demens. Vikarer og ufaglærte skal ha internopplæring og vite hvor de skal henvende seg når de står i dilemma</p>	<p>Enhetsleder har iverksatt internopplæring på personalmøter</p>	<p>Enhetsledere og avdelingsledere skal oppdatere kompetanseoversikt.</p> <p>Arbeidsgiver må sikre rett kompetanse til å utføre arbeidsoppgaver</p>

	og er usikker i handlingsvalg.		
<p>Det er ikke dokumentert ved aftenvakt at sengemattealarm ble aktivert</p> <p>Den var ikke aktivert ved sjekk etter hendelsen</p>	<p>Kommunen skal ha velferdsteknologi som tiltak og tjeneste</p> <p>De ansatte skal oppdateres/kurseres i hva som finnes av velferdsteknologi, og hvordan ta i bruk de ulike løsningene</p> <p>Det skal være rutiner for jevnlig testing og evaluering av velferdsteknologi som anvendes, og en ansvarlig for at dette gjøres</p>	<p>Velferdsteknologi anvendes opplæring gies i henhold til den velferdsteknologien som brukes</p> <p>Sjekkliste på funksjon</p>	<p>Aktiv bruk av velferdsteknologi</p> <p><i>Pasient og brukerrettighetsloven § 4-6a</i></p>
<p>Ingen har meldt avvik i compilo</p> <p>Hendelsen ble ikke meldt til enhetsleder og ikke til kommunens øverste ledelse</p>	<p>Ansatte skal ha systematisk opplæring i avvikssystemet Compilo</p> <p>Alle ansatte skal ha tilgang til Compilo og kunne bruke Compilo på vakt.</p> <p>Det skal være felles forståelse for hva avvik er og hvorfor man melder avvik</p> <p>Utarbeide enkel beskrivelse av hvordan en skriver inn avvik i Compilo</p> <p>Rutiner for varsling av alvorlige hendelser</p>	<p>Kommunen har avvikssystem som skal brukes.</p> <p>Enhetsleder har informert alle ansatte om bruk av avvikssystemet Compilo og hvorfor dette skal brukes.</p> <p>Alle er pålagt å skrive avvik</p>	<p>Enhetsledere skal sikre at alle ansatte skal melde avvik. Tema for internkontroll.</p> <p>Helsepersonell er pliktig til å melde avvik jfr. pasient og brukerrettighetsloven, og helsepersonell loven</p> <p><i>§ 32 opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten</i></p>



<p>Alle er ikke kjent med Famac bygg driftssystem</p> <p>Ansatte henvender seg muntlig til vaktmesterne</p>	<p>Sikre at alle i enheten vet hvor de skal melde avvik som skal til Famac</p> <p>Vaktmestrene må si fra til ansatte om at de skal melde i Famac</p> <p>fast ansatte skal ha tilgang til å melde i Famac.</p> <p>Systematisk opplæring Alle må kjenne til Famac og hvordan det brukes</p>	<p>Enhetsleder har sørget for at alle verneombud og brannvernkontakt har brukertilgang</p>	<p>Enhetsledere sikre at alle ansatte vet hvilke prosedyrer og rutiner som gjelder for melding av avvik i Famac, og hvordan hastemeldinger skal formidles.</p> <p>Enhetsledere skal sikre opplæring i Famac til ansatte, og ved nyansettelser.</p> <p>Teknisk enhet skal motta henvendelser i Famac. Tiltak iverksettes.</p>
---	---	--	--

## 5.1 kriseledelsens vurderinger

### Gjeldende rutiner ble ikke fulgt.

Nattevakten i omsorgsbolig natt til 3.januar var kjent med alle rutiner og prosedyrer. Hjemmesykepleien oppholdt seg ikke på Hus 2 mellom tilsynsrunder natt til 3.januar.

### Velferdsteknologi ble ikke sjekket og hensikten med den ikke ble nyttiggjort

Det er manglende dokumentasjon på opplæring i prosedyrer for nattevakter. Det mangler sjekklister for om døralarmer og om bruk av sengemattealarm er gjort i henhold til rutiner.

Dersom sengemattealarmen hadde vært aktivert ville nattevakten hørt alarmen når beboeren gikk ut av sengen. Dersom døralarmer hadde vært aktivert ville nattevakt blitt varslet at beboer gikk ut.

### Bemanningen samhandlet ikke

Det stor sannsynlighet for at nattevakten hadde hatt oversikt over beboerne dersom nattevakten hadde oppholdt seg i Hus 1, og nattevakt ved hjemmesykepleien hadde oppholdt seg i Hus 2 mellom tilsynsrunder.

### **Ivaretagelse av pårørende**

Pårørende ble kontaktet. De fikk ikke tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter og hvilke instanser de kan kontakte. Kommunen skal ha klare retningslinjer for hvem fra kommunens som kontakter pårørende raskt etter hendelser, selv om pårørende blir ivaretatt av annet helsepersonell.

### **Videre intern oppfølging**

Hendelsesforløpet og avvikene skal gjennomgås i enheten med de ansatte, og i Tjenesteområdemøtet til helse- og omsorg der enhetsledere møtes. Tema settes på møteplanene i april.

Plan for lukking av avvik lages i samarbeid med avdelingene i Helse- og omsorg innen 30.juni. Ny enhetsleder pleie og omsorg starter i jobb 1.juni, og ny avdelingsleder i hjemmesykepleien starter 16.juni disse skal involveres i arbeidet. Ansvarlig for å sikre oppfølging; assisterende kommunedirektør.

Internkontroll må planlegges og gjennomføres i enhetene til høsten/vinteren 2025 da er ny organisering etablert. Kommunedirektørens stab er ansvarlig for gjennomføring.