



Arendal kommune

Postboks 123
4891 GRIMSTAD

Saksbehandler, innvalgstelefon

Lasse Svenstrup Andersen, 37 01 75 28

U.off. jf.offl. § 13, jf. fvl. § 13

Tilsynssak: Arendal kommune - Margarethestiftelsen

Fylkesmannen i Agder mottok den 04.09.18 varselbrev fra ansatte ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. Brevet var datert 28.08.18 og de ansatte var ikke navngitt i brevet.

Med hjemmel i lov 30.03.1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. fører Fylkesmannen tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Tilsynet innebærer å undersøke om helsetjenesten og helsepersonell handler innenfor de krav som følger av lover og forskrifter, herunder om virksomheten utøves i samsvar med god praksis.

Fylkesmannen opprettet tilsynssak på bakgrunn av henvendelsen fra ansatte, samt anmodning fra Arendal kommune datert 11.10.2018, mottatt 16.10.2018. Det er innhentet redegjørelse fra kommunen og to pasient journaler.

Sakens dokumenter

1. Brev fra ansatte til Fylkesmannen datert 28.08.2018, mottatt 04.09.2018.
2. Brev fra Fylkesmannen til Arendal kommune om tilsynssak datert 12.10.2018
3. Anmodning fra Arendal kommune om å opprette tilsynssak, brev datert 11.10.2018, mottatt 16.10.2018.
4. Svar fra Arendal kommune med journal for pasient (I), datert 18.10.2018
5. Svar fra Arendal kommune med journal for pasient (II), datert 18.10.2018
Svar fra Arendal kommune (rapport varsel) datert 18.10.2018
6. E-post fra Fylkesmannen om utsatt svarfrist, datert 05.11.2018
7. Tilbakemelding om tverrfaglig møte fra Arendal kommune, datert 07.11.2018
8. Brev fra Fylkesmannen til Arendal kommune, datert 13.11.2018
9. Redegjørelse fra Arendal kommune datert 19.11.2018, mottatt 22.11.2018
10. Redegjørelse fra Arendal kommune datert 06.12.2018, mottatt 13.12.2018
11. Brev til kommunen (faktagrunnlag til gjennomsyn), 25.02.2019
12. Kommentarer fra Arendal kommune ang. faktagrunnlaget, datert 04.03.2019



Saksforholdet slik det fremgår av sakens dokumenter

Omsorgsboligene og Margarethestiftelsen hjemmesykepleie.

De som omtales som pasienter og brukere i denne saken er bosatt i det vi betegner som «eget hjem». Dvs. at de har fått tildelt en omsorgsbolig som de leier av kommunen. Bakgrunnen for tildelingen er at de har spesielle hjelpebehov. Beboerne i omsorgsboliger er sin alminnelighet ikke vurdert til å fylle kriteriene for tildeling av sykehjemsplass. Kommunen skriver en utfyllende kommentar i brev av 04.03.2019:

Beboere ved omsorgsboliger i Arendal kommune har fått tildelt plass ut ifra deres omsorgsbehov, men i enkelte tilfeller er det et tilbud i påvente av langtids plass på institusjon, da et tjenestetilbud i eget hjem ikke anses å ikke være godt nok. Enkelte av beboerne som bor i omsorgsboliger i Arendal kommune har vært tilbudt plass på høyere omsorgsnivå (sykehjem), men har avvist dette, etter eget ønske.

Tjenestene som ytes til beboerne i omsorgsboligene utmåles individuelt, og det fattes enkeltvedtak ut fra individuelle hjelpebehov. For å oppfylle disse individuelle hjelpebehovene, har kommunen organisert en egen avdeling av hjemmesykepleien som kalles Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. Organiseringen av tilbudet og hver enkelt beboers rettigheter, får avgjørende betydning ved vurdering av om Arendal kommune driver Margarethestiftelsen hjemmesykepleie på en forsvarlig måte.

Ansattes anførsler i anonymt varselbrev

I det anonyme brevet ble det fremsatt en del påstander, bla:

- «Under sommeren 2018 ble det utstedt ordre fra ledelsen om at man ikke skulle leie inn ekstra ved sykefravær.» Det fremheves at dette i praksis var en nedbemanning som ble gjennomført uten «demokratisk politisk behandling». Varslerne mener bruken av konsultentselskapet PwC var feil.
- Det vises videre til den «svært høye andelen sykehjemspasienter ved Margarethestiftelsen».
- Det sies at bemanningen er for lav. Pasientene får ikke nødvendig stell og pleie.
- Det har skjedd mange avvik, bla mangel på sårstell og fallulykker. Det nevnes to pasienter som har falt. For den ene beboeren var fallet foranledning til at vedkommende døde.
- Det hevdes at det er mangel på faglig koordinering.

Kommunens anførsler

Kommunen har i brev av 11.10.2018 på eget initiativ redegjort for situasjonen til de to brukerne/pasientene som var nevnt (fallulykker).

- Pasient (I)

Kommunen har undersøkt forholdene rundt fallulykken (■■■■ 18), de skriver:

Kommunikasjon med ledelsen samt de ansattes egne handlinger vedrørende fastvakt: Der fremkommer stor uenighet mellom de ansatte og ledelsen om der var formidlet at der skulle være fastvakt eller ei på pasienten natt ■■■■ hvorpå ■■■■ falt ut av sengen. Lederen sier at han hadde formidlet at der skulle være fastvakt. Enkelte ansatte mener denne beskjeden ble gitt, andre ikke.

Kommunen har utdypet dette i sitt brev av 04.03.2019. Kommunikasjonen har vært utydelig og her har det sviktet. Kommunen og skriver at det fremkom opplysninger i etterkant om at oppdraget om



fastvakt skulle vært forankret i journalsystemet og videre i inn i de lokale «arbeidslister» som viser fordelingen av arbeidsoppgavene. Kommunene skriver:

Nattevaktbøker er kalenderbøker hvor en skriver beskjed til nattevakten, det at bruker skulle ha fastvakt stod ikke der, og det stod heller ikke i Gerica.

Kommunen mener videre i sin redegjørelse at samarbeidet med fastlegen ikke har vært godt nok i perioden mellom [REDACTED].18. Fastlegen hadde ikke anledning til å foreta sykebesøk, og det var også satt inn vikar for fastlegen. Kommunen vil selv kontakte fastlege for å følge opp denne siden av saken dersom Fylkesmannen ikke «sier seg uenig». (Fylkesmannen har ikke sagt seg uenig i dette.)

Kommunen har i sin gjennomgang funnet ut at pleierne ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie må forholde seg til 28 ulike fastleger og mener at dette er et høyt antall og vil se på om det er behov for å knytte til seg en egen legetjeneste som kan fungere som «fastlege» for beboerne i omsorgsboligene.

Kommunens egne undersøkelser kan ikke konkludere med at fallulykken var den «direkte foranledningen til pasientens død» jf varslerbrevet fra 28.08.18. Kommunen skriver videre at det var svært beklagelig at pasienten falt, men likevel flere årsaker til at pasienten døde. Kommunen kan derfor «ikke bekrefte eller avkrefte denne påstanden».

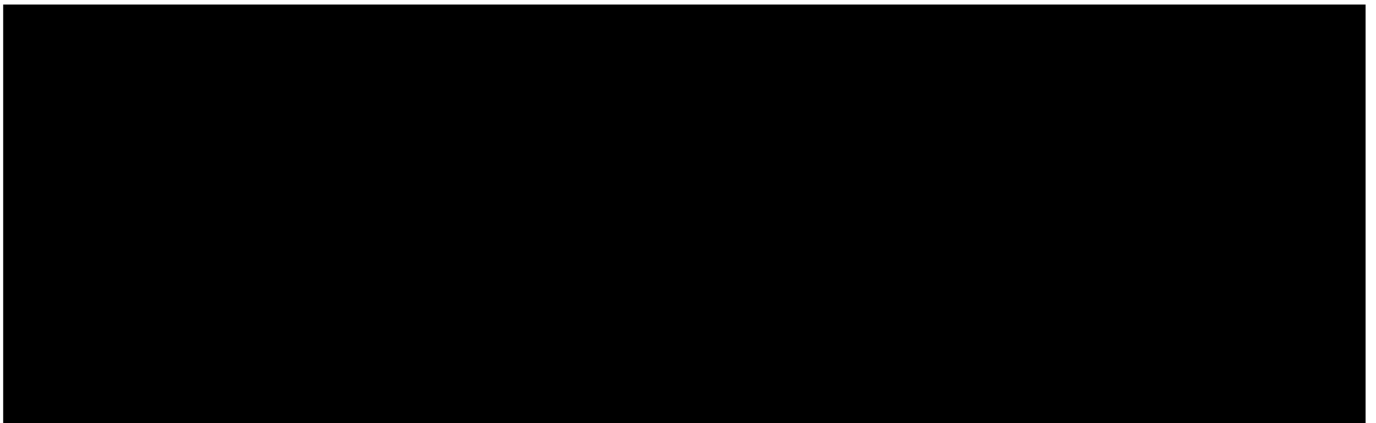
Kommunen ba Fylkesmannen vurdere om det kan være ansatte som har brutt sine plikter som helsepersonell i forbindelse med manglende oppfølging av fastvakt [REDACTED] 18.

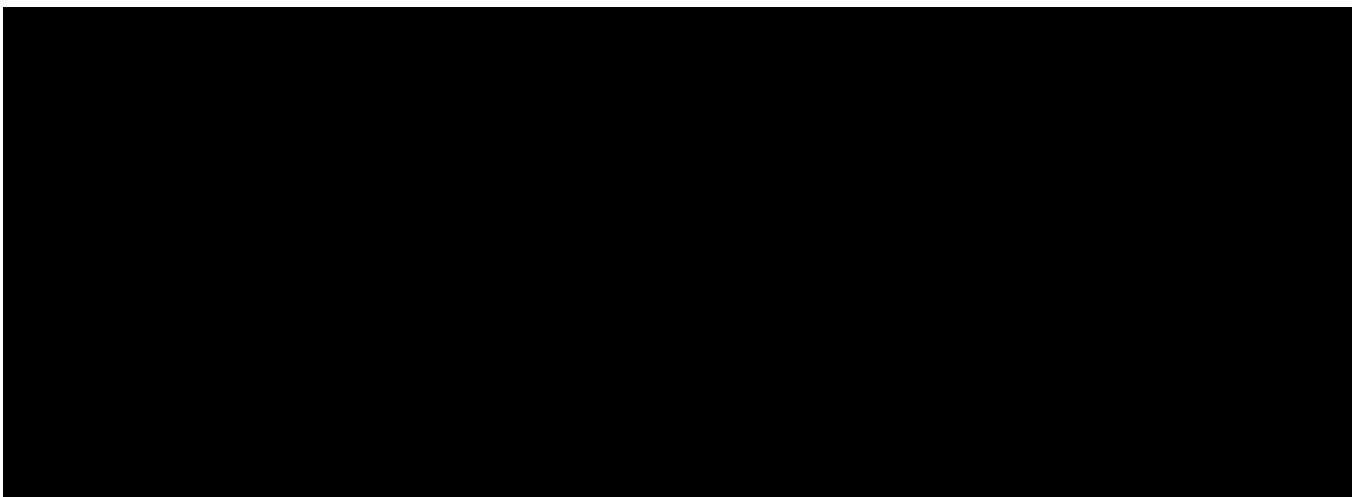
Pasientjournalen

Journalen dokumenter at pasienten over lang tid har vært meget syk og «multimorbid». [REDACTED]

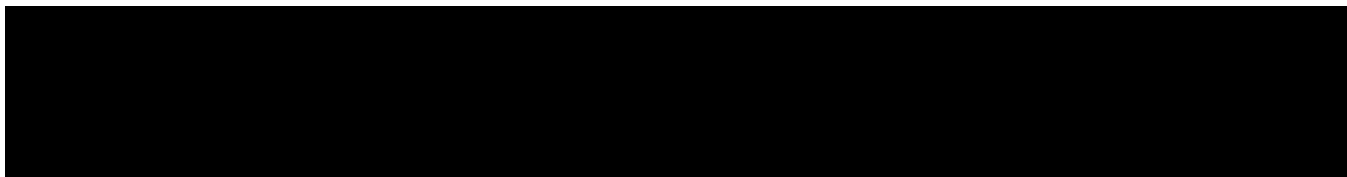
[REDACTED] Det er flere steder dokumentert at pasienten ønsket å være hjemme i sin egen omsorgsleilighet.

Journalnotat [REDACTED] med en oppsummering av situasjonen etter et besøk hos pasienten:

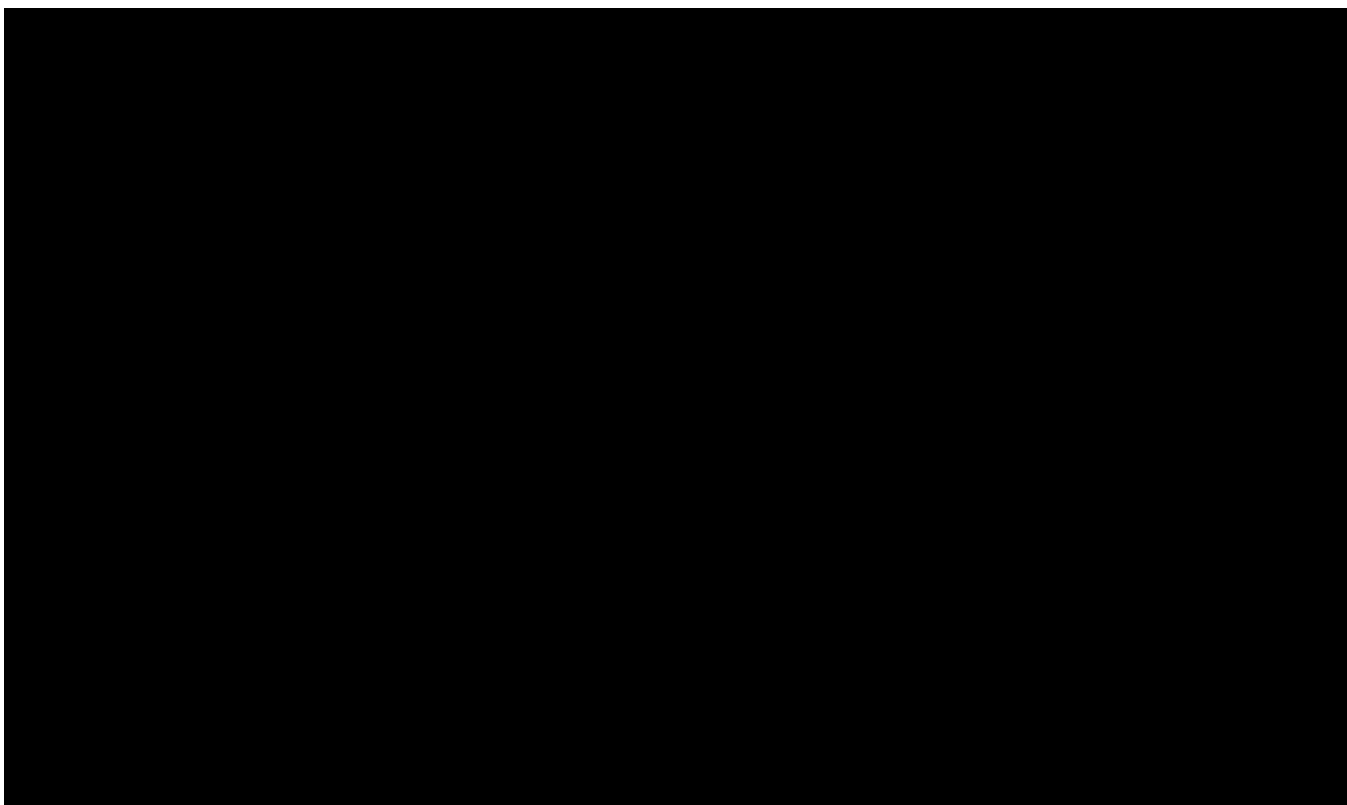




Videre samme dag noteres det «Rapport fra sykehuset»:



Journal [redacted]:



Journalen viser at pasienten hadde fastvakt ved behov flere ganger. Det var fastvakt ca. kl. 21 og kl. 23 den [redacted] 18. Senere er det dokumentert flere tilsyn, men ikke fastvakt om natten [redacted] 18. Kl. 02:45 ble pasienten funnet etter fall [redacted]. Bruker fikk så tilsyn og hadde fastvakt da [redacted] ble hentet av ambulanse noe før kl. 19.00 påfølgende dag.



Pasienten er på sykehuset inntil [REDACTED] 18, [REDACTED] beskrives som «døende» og svært dårlig, og dør [REDACTED] 18.

Journalen dokumentere videre at pårørende ved flere anledninger ikke vært fornøyd med situasjon, bla at pasienten var lovet fastvakt uten at dette ble fulgt opp den [REDACTED] 18. Journalnotat bla. [REDACTED] 18 viser at pårørende ikke var fornøyde, de to siste notatene var de svært misfornøyd med at det ikke var satt inn fastvakt som lovet.

- Pasient (II)

Kommunen skriver om fallulykken til denne pasienten:

Tjenestekontoret hadde tett dialog med pårørende, bruker, fastlege, samt pleierne på MS. Det ble også gjort et vurderingsbesøk av tjenestekontoret sammen med fagkoordinator. Fysioterapeutene hadde også kartlagt behovet for hjelpemidler. Tilbakemeldingen fra tjenestekontoret var at denne saken hadde ordnet seg på en god måte og at bruker, pårørende samt fastlegen var tilfreds med det endelige tiltaket i etterkant av fallet.

Etter gjennomgang av saken fremstår det altså som at pasientens behov er ivaretatt, og at pasientens egne ønsker er respektert (...)»

Kommunen ville likevel ta saken opp på et tverrfaglig nivå for å undersøke om pasienten fikk den nødvendige oppfølgingen over tid. Kommuneoverlegen har i et senere notat av 06.12.18 oppsummert situasjonen etter møte med ansvarlig fagkoordinator ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie, representant fra tjenestekontoret (de fatter vedtak og tildeler hjemmesykepleietjenester i Arendal kommune), samt fastlegen til pasienten og to nære pårørende til pasienten:

«Det er tett oppfølging med fastlege og tjenestekontoret også. Dette fremstår som forsvarlig, og alle parter inkludert pasienten virker tilfreds med dette.»

Pasientjournalen

Pasienten hadde et fall [REDACTED] 18, og ble innlagt på sykehuset i Arendal. Etter dette fikk pasienten hjemmesykepleie fra Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. Den [REDACTED] 18 var det et møte med [REDACTED] som begge var bekymret for [REDACTED]

[REDACTED] . Den [REDACTED] .18 er det tverrfaglig møte der pårørende deltar, alle er tilfreds med at pasienten ivaretas.



Kommunens interne oppfølging:

I oversendelse datert 18.01.2018 ligger det også en udatert rapport fra rådmannen/kommunen der saken gjennomgås. Rapporten sier at det sommeren 2018 «*var mange avvik*», og ikke avvik blir meldt i systemet. Det ble i etterkant av varselet gjennomført 8 intervjuer av til dels tilfeldig utplukkede ansatte, samt enkelte andre etter innspill fra Fagforbundet. Kommuneoverlege Rakeie deltok, og Hovedverneombudet var med som observatør ved to anledninger. Kommunen skriver at «*Flertallet bekrefter i stor grad det som fremgår i varslingsbrevet.*» Ikke alle var enige i at det er «*fare for liv og helse*». Kommunen peker på manglende kompetanse, samt problemer med organisering og fordeling av arbeidsoppgaver som årsaker til problemene. Det pekes på at driftsformen er mer likt et sykehjem enn hjemmesykepleie i egne hjem. Kommunen skriver:

Det kommer også tydelig frem at der er stor uoverensstemmelse mellom tjenester som skal ytes på stiftelsen etter vedtak fra tjenestekontoret kontra det som faktisk ytes, da slik at det ytes mer enn det som fremgår av vedtak.

Rådmannen tar det overordnede ansvaret i rapporten, og konkluderer med at kommunens egne varslingsrutiner ikke ble fulgt. Rapportene sier at dette viser mangel på et «*trygt arbeidsmiljø*». Rådmannen sier at han heller ikke har klart «*å forankre budsjettarbeidet tilstrekkelig i ansattegruppen*», og viser til at det er satt av ressurser til styrking av bemanningen i 2019. Informasjonen i e-poster om merforbruk har blitt misforstått, og rådmannen tar ansvar for at han «*ikke i tilstrekkelig grad har kvalitetssikret kommunikasjonen knyttet til tiltakene for å stoppe merforbruket*».

Videre redegjøres det for at hvem som faktisk er lokal ledelse, har vært oppfattet forskjellig av ansatte. Videre at avdelingslederen har hatt for mange oppgaver (i perioder har hatt ansvar for å lede opptil tre avdelinger). Rådmannen vil også forbedre eller fornye kvalitetssystemet (avvikssystemet). Det pekes avslutningsvis på at øverste ledelse i kommunen i for liten grad har tatt hensyn til tilbakemeldinger fra avdelingslederne og hovedtillitsvalgte. Rådmannen uttaler at:

«arbeidsoppgavene for lederne på ulike nivå er blitt for mange og for krevende sett i forhold til både tiden som er til rådighet og opplæringen som er gitt.»

Kommunen har i svarbrev til Fylkesmannen datert 19.11.2018 redegjort for kommunens oppfølging, dette på bakgrunn av Fylkesmannens brev med spørsmål datert 12.10.18.

Arendal kommune skriver at varslings-saken er behandlet etter kommunens egne retningslinjer. I samarbeid med Fagforbundet er det plukket ut åtte ansatte som har vært intervjuet, samt samtaler med avdelingsleder og fagkoordinator ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie.

1. Kommunen skriver i sitt brev av 04.03.2019 at ikke alle tiltakene er resultat av varselssaken, men at en del av dette er resultat av «ordinære årshjulprosesser» der mange tiltak inngår. I brevet listes det opp ulike tiltak som foreslås (stikkordsmessig gjengitt) a) til y):
 - a) Bemanningsøkning i henhold til Handlingsplan 2019-2023 (+ 3,1 millioner kr.) Forslaget skal behandles i bystyret 29.11.18.
 - b) Sparetiltak ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie videreføres ikke, bla skal det leies inn flere vikarer.
 - c) Det ble planlagt en gjennomgang av tjenestebehov for alle beboere ved omsorgsboligene som serves av Margarethestiftelsen hjemmesykepleie.
 - d) Forbedring av systemet for avviksmeldinger (januar 2019).



- e) Endring av avviksbehandling: habilitetsregler og rutine for videresending av avvik som ikke kan lukkes på avdelingsledernivå.
- f) Det skal vurderes å opprette et «kvalitetsutvalg på enhetsnivå», i tillegg til de lokale HMS- og kvalitetsutvalg i løpet av 2019.
- g) Lederspennet for avdelingsledere i hjemmesykepleien reduseres: det er ansatt tre nye avdelingsledere.
- h) Kommunen skal tydeliggjøre sine egne «lederprinsipper» i løpet av 2019.
- i) Stillingen som «fagkoordinator» skal evalueres og endres.
- j) Nye tildelings- og serviceerklæringer skal foreslås (Bystyresak 11.12.18).
- k) Ny beregning av den arbeidsinnsats som kreves for å utføre ulike tjenester, dette skal i større grad gjøres «skjønnsbasert» innenfor «blokker/kategorier».
- l) Økt kontinuitet og tilstedeværelse gjennom ny driftsmodell (jf pkt. k) over).
- m) Evaluering av samarbeidsrutinene mellom Tjenestekontoret og Hjemmebaserte tjenester.
- n) Alle pasientene har fått tildelt tjenesteansvarlig sykepleier og primærkontakt, samt noen nye rutiner. Kommunen skriver: *«Det er nå gjennomført at tjenesteansvarlig sykepleiere skal bruke en dag hver fjerde uke til å gjennomgå tjenester og tiltaksplaner for de brukerne de har ansvar for sammen med aktuelle ansatte. Disse dagene skal avsluttes med et gruppemøte hvor også fagkoordinator skal delta slik at pasienter med endrede behov systematisk blir fulgt opp med tilpassing av tjenester og vedtak og tatt opp med saksbehandler ved tjenestekontoret. Det skal alltid vurderes å ta i bruk «Tiltakspakke demens» til pasienter med demens.»*
- o) Ny rutine for pasientgjennomgang.
- p) Risikovurderinger skal inn i kommunens årshjul.
- q) Nye rutener for tilkalling av fastlege til syke pasienter.
- r) Nye rutiner for pårørende kontakt.
- s) Bedre farmasøytisk tilsyn.
- t) Bedre opplæring av ansatte (tiltaksplaner, journaldokumentasjon mv.)
- u) Beskjed-modulen i kommunens journalsystem skal tas i bruk.
- v) Det vurderes å ansette ny lege i 100 % stilling som kan serve beboerne i omsorgsboligene.
- w) Kommunen vurderer å utvide dagaktivitetssenteret til 7 dager i uka.
- x) Kommunen vurderer å tilby matservering i felles-stuer for de ønsker dette.
- y) Det vurderes bygningsmessige endringer for å utvide felles-stue eventuelt med kjøkken.

2. Avviksmeldinger

Kommunen vurderer at det er underrapportering av avvik, og at tidspress er medvirkende som årsak. Det oppleves også som tungvint å melde avvik. I perioden [redacted] 18 var det totalt 148 avvik. Kommunen skriver selv:

En gjennomgang av avvik siste halvår viser at andelen feilkategoriserte avvik er høyt. Et eksempel på dette er avvik knyttet til medisiner. Dette viser også behovet for å forsterke arbeidet med opplæring av medarbeidere i å skrive avvik og å kategorisere avviket korrekt.

Tilbakemeldinger fra ansatte om mangelfulle tilbakemeldinger og konsekvenser av innmeldte avvik viser at det også er behov for å forbedre avvikshåndteringen. Det vises for øvrig til tiltak under punkt 1, særlig d, e og f.

3. Vikarer ved sykdom?



PwC ble leid inn fordi kommunen hadde en presset økonomi. Avdelingsledere var med å utarbeide bemanningsplaner. Det ble sendt ut følgende e-post fra enhetsleder av hjemmebaserte tjenester datert 21.06.18:

«Rådmannen har etter møte med Formannskapet gitt beskjed om at enhetene ikke skal bruke penger utover budsjett fra nå av og ut året. Dvs. at enhetens merforbruk etter 6 måneder ikke må øke, men heller reduseres om dette er mulig.

Enhetens tiltak for å klare dette er at det ved fravær skal reduseres med en arbeidsliste med mindre dette er uforvarlig og til fare for liv og helse. Evt. unntak fra nedbemanning skal forankres hos leder, i helgen hos ansvarlig sykepleier. I tillegg til at det fortløpende skal gjøres en forsvarlighetsvurdering må det på forhånd være laget en prioriteringsliste på hvilke oppgaver eller tjenester som kan utsettes eller avlyses.

Med bakgrunn i denne listen må det være en konkret plan for hvordan en arbeidsliste kan fordeles. Leder må sørge for god informasjon og forankring blant ansatte før iverksetting. Ansatte må melde avvik på vanlig måte og ved svært alvorlige avvik, særlige utfordringer eller problemstillinger snarest melde og ta dette opp med nærmeste leder.»

E-posten fra enhetsleder ble videresendt til ansatte ved Margarethestiftelsen 22.06.18 med følgende tekst fra avdelingsleder:

«Se epost under fra enhetsleder. Jeg har også informert også muntlig om dette på Margarethestiftelsen og Bjorbekk. Vi må ha en prosess på hvordan vi skal løse og omfordele en liste ved fravær uten at det går ut over forsvarlig drift. Det er uheldig at dette kommer rett før sommeren, men vi må forholde oss til de instruksjoner som gis. Jeg kommer til å innkalle en gruppe medarbeidere fra hvert sted neste uke for å begynne å jobbe med dette.»

Det ble definert en grunnbemanning på 10 pleiere på dagvakt i ukedagene, 9 pleiere på dagvakt i helger og 6 pleiere på kveldsvakt, og det førte til at arbeidslistene ble omfordelt ved fravær på kort varsel. Det innbar at bemanning ble redusert i forhold til vanlig oppsett av vakter, men ikke i helgene.

Kommunen sier at de har gått bort fra dette og viser til punktene a), b) og d) til h) som er gjengitt ovenfor.

4. Journalopplysninger for pasientene (I) og (II) er oversendt.
5. Kommunens kommentarer til fallulykkene er besvart i brev av 12.10.2018.
6. Kommunens skriver at i samarbeid med PwC fant man ut at Arendal kommune innvilger noe mindre utmålte tjenester pr innbygger enn sammenliknbare kommuner, samtidig som kommunen har store problemer med å dekke inn økonomien. Fylkesmannen tolker kommunens uttalelse slik at det var hensyn til den økonomiske styringen som gjorde at man hadde dette samarbeidet med PwC.
7. Prioriteringer og forsvarlige tjenester

Kommunen redegjør for at det som følge av omfordeling av arbeidslistene, (færre pleiere skulle utføre oppgavene i visse situasjoner) forutsatte prioriteringer. Det viktigste var da «mat, drikke og



medisiner», men «*morgenstell, dusj og sårstell*» kunne utsettes «*til et seinere tidspunkt*». Kommunen innrømmer at dette ble vanskelig å følge opp og skriver i sin redegjørelse:

Alle pasienter med vedtak på hjelp til stell, skal få hjelp til det. En dusj kan til nød utsettes, men i sommer skjedde dette for ofte og det var ikke et godt nok system for å sikre at det ikke gikk for lang tid før pasientene det gjaldt fikk nytt tilbud om dusj. Når det gjelder dobesøk, så er det noen pasienter som har tilkalt hjelp til wc-besøk via trygghetsalarmen og responstiden her har i enkelte tilfeller vært for lang fordi pleierne var opptatt med andre oppgaver.

Selv om det var utarbeidet en plan for hvordan arbeidslistene skulle omfordeles, vurderer vi at drøftinger og beskjeder omkring prioriteringer ble for uklare eller ikke nådd fram til alle. I situasjoner med lavere bemanning, kan dette ha medført at noen nødvendige oppgaver og tjenester ble utsatt for lenge eller prioritert bort. Ledelsen ser prosessen i forkant av endringen med å skulle omfordele en liste ved Margarethestiftelsen burde ha vært bedre. Det burde også ha vært laget bedre systemer for å sikre at oppgaver og eventuelle tjenester som ble utsatt likevel ble utført innen rimelig tid.

Det vises for øvrig til punkt 3 og punkt 1, særlig a, b og d — g, samt k — o.

8. Personer med demens og nødvendig tilsyn

Kommunen redegjør for det tilbudet som er til de med demens. De kartlegges og vurderes fortløpende, og det er ulike aktiviteter og også en «miljøvert» som lager arrangementer. Kommunen mener pårørendes forventninger er større enn det alminnelige tilbudet kommunen kan gi:

Det oppstår ofte et gap mellom pasientens behov og deres forventninger, også fra pårørende.

Kommuner sier dette om tilbudet i helger og på kveld:

Tilbudet om stimulering/sosial kontakt til personer med demens på kveld og helg er begrenset. Hjemmesykepleien arrangerer og tilbyr felleskaffe hver ettermiddag. Ut over dette er det tilbud om tilsyn etter behov.

Som det orienteres om under punkt 1 ovenfor er det nå satt i gang et arbeid som skal vurdere alternative måter å organisere tjenesten på, for bedre å kunne ivareta også denne pasientgruppen. Hvis pasientene ikke kan sikres et forsvarlig tilbud i omsorgsbolig skal høyere omsorgsnivå alltid vurderes.

Det vises i denne sammenhengen også til orienteringen om tiltak under punkt 1, særlig j — o, r og w — x.

Rettslig grunnlag

Av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 § 4-1 fremgår at:

“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”.*



Kravet til faglig forsvarlighet er en rettslig standard for hvordan arbeidet skal organiseres og utføres. Kravet legger ikke til grunn en ideell norm men bygger på hva som kan forventes i den konkrete situasjonen. Kjernen i forsvarlighetskravet er at det handles i samsvar med det som er faglig godt, og i noen situasjoner opp mot det som er optimalt. Det er imidlertid rom for avvik fra «god praksis» og optimal behandling før en tjeneste anses som uforsvarlig.

For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring, evt. helsehjelp i hjemmet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a og b.

Det vises til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Forskriften pålegger kommunen å systematisk planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (§§ 6-9). Ansvaret ligger på rådmannen:

§ 3. Ansvaret for styringssystem

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Journalssystemer og journalføring

Det står i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 at det i virksomheten skal være etablert forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Krav om plikt til å føre journal og om innhold i denne finnes i helsepersonelloven §§ 39 og 40 og i forskrift 21.12.2000 om pasientjournal.

Helsepersonelloven § 40 første ledd første punktum, lyder:

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.

Kravet er utdypet i forskriftens § 8.

Informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 flg har bestemmelser om rett til informasjon. Om informasjon til pasientens nærmeste pårørende står det i lovens § 3-3:

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

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 10 plikt til å gi informasjon til den som har krav på dette etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Kommunen har en plikt til å legge til rette for at helsepersonellet oppfyller sin informasjonsplikt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav c.

Fylkesmannens vurdering



Det sentrale vurderingstemaet for Fylkesmannen er om pasientene (I) og (II) har fått et forsvarlig tilbud av Arendal kommune i situasjonen rundt fall-hendelsene.

Fylkesmannen vil også vurdere kommunens systemer for å ivareta en forsvarlig pasientsikkerhet i sin alminnelighet.

Fylkesmannen vil ikke vurdere enkelte helsepersonells rolle i tilfellet pasient (I), da pasientsikkerheten er kommunens ansvar. Det er mange uklårheter rundt organiseringen av tjenestene i denne situasjonen, for eksempel hvilke beskjeder som er gitt eller burde vært gitt.

Videre overlater Fylkesmannen det til kommunen å følge opp samarbeidet med fastlegen i den saken.

- Pasient (I):

Fylkesmannen må ta stilling til hvilket faktum som skal legges til grunn, også når det er uklårheter i dokumentasjon og sprikende forklaringer. I slike sammenhenger legges det mye vekt på løpende journaldokumentasjon. Dersom det mangler viktig journaldokumentasjon kan dette svekke andre forklaringer/antakelser. Fylkesmannen skal legge det faktum til grunn som er overveiende sannsynlig, dvs. det faktum som er mer enn 50 % sannsynlig.

Fylkesmannen legger stor vekt på kommunens egen vurdering av faktum når vi skal ta stilling til hva som skjedde den [REDACTED].18. Det er på det rene at det ble gitt uklare beskjeder og dokumentasjonen rundt hva som ble bestemt og fulgt opp om fastvakt. Det er overveiende sannsynlig at det var meningen at det skulle etableres fastvakt, men dette ble ikke fulgt opp gjennom natten. Vi legger også til grunn at pårørende var lovet fastvakt. Det er et ledelsesansvar at viktige beslutninger som angår pasientsikkerheten, blir fulgt opp.

Dersom det hadde vært satt inn fastvakt natt til [REDACTED] 18, ville mest sannsynlig ikke dette fallet ha skjedd. Pasienten ville da hatt et annet sykdomsforløp. Det er grunn til å tro at skaden etter fallet kan ha medvirket til å fremskynde dødstidspunktet. Samtidig må det også nevnes at pasienten var «multimorbid», dvs. at [REDACTED] hadde flere livstruende sykdommer og var i en dårlig forfatning. Det er derfor ikke grunnlag for å si at fallet var den direkte årsak til at [REDACTED] døde.

Pårørende har flere ganger gitt uttrykk for utrygghet og misnøye, og kommunen har ikke fulgt opp samarbeidet med pårørende på en god og forsvarlig måte. Pårørende er en ressurs for pasientene i vanskelig situasjoner og livsfaser, og det er viktig å sørge for at disse også ivaretas på en god måte slik at deres innspill og ønsker inngår som del av helhetsvurderingen av pasientens behandlingsopplegg.

Fylkesmannen har vært i kontakt på telefon med de pårørende.

Oppfølgingen av pasienten har vært langvarig og komplisert. Det har til tider vært satt inn store ressurser og innsats for å gi pasienten helsehjelp. Fylkesmannen konkluderer med at pasienten ikke fikk forsvarlig pleie- og omsorg natt til [REDACTED].18 da [REDACTED] falt og skadet seg alvorlig.

Fylkesmannen fikk oversendt vedtak for pasienten 04.03.2019. Vedtakene viser at kartleggingen av behov og utmåling av tjenestene fra Tjenestekontoret har vært tilstrekkelig opplyste, og vedtakene ivaretar de formelle kravene til vedtak.



Konklusjonen er at det foreligger brudd på helselovgivningen ved fallhendelsen for pasient (I).

- Pasient (II):

Pasientens hjelpebehov har vært omfattende, men gjelder også [REDACTED] som ikke er en del av pleie- og omsorgsansvaret for kommunen direkte. Pasientens egne ønsker er førende, og det er frivillig å motta pleie- og omsorgstjenester. Det har vært dialog med pårørende som er godt dokumentert, og både pårørende og kommunen er enige om at pasienten etter hvert er godt og forsvarlig ivaretatt.

Fylkesmannen fikk oversendt vedtak også for denne pasienten 04.03.2019. Vedtakene viser at kartleggingen av behov og utmåling av tjenestene fra Tjenestekontoret har vært tilstrekkelig opplyste, og vedtakene ivaretar de formelle kravene til vedtak.

Det foreligger ikke brudd på helselovgivningen ved fallhendelsen for pasient (II)

- Pasientsikkerheten:

Pasientsikkerhet er i denne sammenhengen både å sørge for at man har systemer for å unngå ulykker og feil, og at det sørges for at de tjenester som det er fattet vedtak om blir gjennomført.

Å iverksette tiltak for å styre økonomien er en rådmanns plikt på alle områder, også for driften av hjemmesykepleien. Fylkesmannen har ingen bemerkninger til at kommunen ønsker å bruke eksterne rådgivere, og hvordan dette gjøres må bli opp til kommunens ledelse å ta stilling til.

Ledelse er nødvendig for få struktur og system, og lokale ledere må følges opp i det kommunale systemet. Rådmannsnivået må sørge for å etterspørre resultater som viser om tjenestene fungerer. Lederoppfølgingen har ikke vært god nok. Det har ikke vært en tydelig nok struktur til at alle ansatte i tjenesten har kunnet oppfatte *hvem* som er leder og har ansvaret i Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. Skillet mellom avdelingsleders ansvar og fagkoordinators ansvar har vært uklart.

Formidling og fordeling av arbeidsoppgavene har ikke vært godt nok organisert og fulgt opp i Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. Journalsystemet har ikke blitt brukt på en måte som dokumenterer og formidler oppdragene tydelig nok, og organiseringen av «arbeidslister» har ikke fungert tilstrekkelig. Dette fører til manglende faglig kvalitetssikring.

Vedtakene og kartleggingen fra Tjenestekontoret er gjennomgående godt dokumentet i de saken vi har gått gjennom. Det er ikke noe som tyder på systematisk svikt på dette området.

Fylkesmannens slår fast at det ikke er en bestemt bemanningsnorm for hjemmesykepleien generelt etter ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie. *Kravet til de tjenestene* i hjemmesykepleien er at de skal være *faglig forsvarlige*, og tjenestene skal ytes *i samsvar med de vedtak* som er fattet. Skjer det vesentlige endringer i brukernes hjelpebehov ved sykdom eller skade, eller det utvikles endringer over tid som innvirker vesentlig på hjelpebehovet, så skal det fattes nye vedtak og settes inn ressurser for å iverksette tjenestene. I praksis vil det likevel være slik at for å dekke tjenestene som skal ytes til beboerne ved Margarethestiftelsen, så må Margarethestiftelsen hjemmesykepleie ha en grunnbemanning tilpasset arbeidsoppgavene.



Det fremkommer tydelig i kommunens redegjørelse at man ikke har klart å opprettholde en forsvarlig bemanning i Margarethestiftelsen hjemmesykepleie for å ivareta de løpende oppgavene som det er fattet vedtak om. Dette kan bero på mistolkninger og uklare beskjeder, og Fylkesmannen vil igjen peke på at dette er et overordnet ledelsesansvar å sørge for at hjemmesykepleie og andre tjenester i hjemmet blir på en slik måte at tjenestene er forsvarlige.

Kommunen selv stiller spørsmål ved organiseringen av hjelpetilbudet gjennom tildeling av omsorgsboliger ved Margarethestiftelsen. Kommunen peker på at det kan gi beboerne og pårørende et inntrykk mer av et sykehjem enn en hjemmebasert tjeneste, noe som Fylkesmannen er enig i. Dette er uheldig.

Kommunen sier selv at «kvalitetssystemet» ikke har kunnet fange opp mangler i tjenestene og styringen, og avvikssystemet er en del av dette. Det er skrevet en rekke avvik på tidspress og at pleierne ikke får utført sine arbeidsoppgaver. Her nevnes noen eksempler:

Aviksmelding [REDACTED].17: «*Det skal være fire sykepleiere på dagtid. Vi var to stykker frem til kl. 13-15.*» Det var ikke noe forslag til å rette dette, avdelingsleder har notert: «*Men hvorfor er så mange syke på denne arbeidsplassen.*» Siste tiltak var: «*Vil bli tatt med i evalueringen for å sikre forsvarlig drift.*»

To dager senere, [REDACTED].17) ble det skrevet nytt avvik: «*Jeg var alene sykepleier på kveldsvakt, det var flere dårlige brukere som hadde behov for tilsyn og oppfølging (...)*» Forslag til å rette dette var følgende fra avdelingsleder: «*Sørge for at det er 2 sykepleiere på kveldsvakt.*» Siste tiltak var: «*Skal tas med i evalueringen av turnusen.*»

Avvik [REDACTED].17: «*Veldig mye å gjøre på listene. Brukerne får ikke all den hjelpen de trenger.*» Siste tiltak fra avdelingsleder var å sette jobbing med arbeidslister i system. Den [REDACTED].17 blir det skrevet nytt avvik på arbeidslister og organiseringen av arbeidet. Ansatte fortsetter med å skrive like avvik fortløpende, uten at det er mulig å finne spor av konkrete tiltak for å rette på disse forholdene før den [REDACTED].2017, der siste tiltak på aviksmelding om for få på jobb er at sykepleierdekningen drøftes med enhetsleder. Avvik på tidspress og at ansatte ikke klarer å utføre oppdragene på «arbeidslistene», fortsetter. Den [REDACTED].2018 er det registrert en omfattende bekymringsmelding på vegne av flere brukere, der det ble stått at brukerne ikke får sine tjenester oppfylt etter vedtak, og at det raskt bør holdes et møte for å finne en løsning. Kort tid etter dette ble det anonyme varselet inngitt til Fylkesmannen.

Kommunen skriver at det er sannsynlig med underrapportering av avvik i organisasjonen. Fylkesmannens erfaring er at avvikssystemer og håndteringen av uønskede hendelser internt er et *risiko-område* i helse- og omsorgstjenesten. Oversikten over avvik viser at det er meldt mange avvik uten at disse er fulgt opp med konkrete tiltak, eller meldt videre opp i systemet. De aller fleste avvik virker som de er behandlet og stoppet opp i internkontrollsystemet på avdelingsledernivå. Fylkesmannen vil understreke at det er et ledelsesansvar oppover å etterspørre avvikshåndtering og resultatene av dette, noe også rådmannen bekrefter.

Når ansatte gang på gang melder avvik over tid uten at ledelsen gjør noe aktivt for å rette på forholdene, så svekker det naturligvis motivasjonen til å skrive avvik som forventet. Generelt bør kommunen fokusere på å håndtere de avvik som kommer inn, og deretter gjøre tiltak for eventuelt å få de ansatte til å melde avvik oftere.

Det vises til Veileder IS-2620 side 17:



Gode avviks- og meldesystemer kjennetegnes av at hensikten er læring og forbedring. Formålet er ikke bare å lukke det enkelte avvik, men å sikre at det samme ikke skjer igjen noen andre steder i virksomheten.

Et avvikssystem vil være *ett av flere verktøy* som ledelsen kan bruke for fange opp feil og gjøre forbedringstiltak. Brukerundersøkelser eller egne stikk-prøver kan være andre eksempler.

Oppsummert om varselet:

Både kommunens egen gjennomgang og Fylkesmannens tilsynsgjennomgang kan konkludere med at varselet har tatt opp alvorlige ting som har ført til lovbrudd, og som kommunen må rette opp i.

Kommunen har gått grundig og kritisk gjennom saken og foreslått og allerede gjennomført ulike tiltak. En del av disse tiltakene er resultat av kommunens ordinære styringsaktiviteter som går frem av «årshjulet» mv.

Konklusjon

Pasient (I): fall

Dette er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (forsvarlighetskravet) og § 5-10 (dokumentasjonsplikten), samt kravet til samarbeid og informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3

Pasient (II): fall

Fylkesmannen kan ikke se at den oppfølging som er gjort er uforsvarlig og det foreligger ikke brudd på helselovgivningen for denne pasienten. Pårørende er ivaretatt på en god måte og det har blitt etablert et godt samarbeid med utveksling av informasjon.

Pasientsikkerheten for beboerne ved Margarethe stiftelsen: generelt

Det foreligger brudd på forsvarlighetskravet ved driften av ved Margarethestiftelsen hjemmesykepleie, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunen sikrer ikke at brukerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester utmålt og tildelt gjennom vedtak, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a og b.

Videre oppfølging:

Det skal avholdes et dialogmøte mellom Fylkesmannen og Arendal kommune 01.04.2019. Det er naturlig at kommunen muntlig redegjør for status i saken. Det vises til at kommunen på eget initiativ både har foreslått og redegjort for en rekke tiltak.

Fylkesmannen ber også kommunen om skriftlig å redegjøre for de ulike tiltak i sakens anledning. Vi ber spesielt om en oversikt eller sammenfatning av gjennomgangen av alle vedtak for beboerne ved Margarethestiftelsen, jf. kommunens brev datert 19.11.2018 pkt. 1 c). Fristen er innen 01.05.2019.

Fylkesmannen vil følge opp saken med et tilsynsbesøk på Margarethestiftelsen hjemmesykepleie i juni 2019. Vi vil møte noen ansatte og stedlig ledelse, samt møte representanter på rådmannsnivå innen området Helse og levekår. Detaljer om dette kommer i eget brev.



Med hilsen

Anne Sofie Syvertsen (e.f.)
fylkeslege

Lasse Svenstrup Andersen
seniorrådgiver
Helse- og sosialavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent