



Orkdal kommune
Postboks 83
7301 ORKANGER

Vår dato: 27.09.2018
Vår ref.: 2018/4078

Deres dato: _____
Deres ref.: _____

U.off.: Offl. § 13, jf. Hotjl § 12 1.ledd

Avgjørelse i tilsynssak - Orkdal helsetun - pasient [REDACTED]

Fylkesmannen i Trøndelag har behandlet tilsynssak mot Orkdal kommune, Orkdal helsetun vedrørende tjenestetilbudet til pasient [REDACTED] etter klage fra pasientens pårørende.

Hjemmel for behandlingen av saken er helsetilsynsloven §§ 2 og 3, samt pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Konklusjon

Fylkesmannen i Trøndelag har funnet at det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og pasient- og brukerrettighetsloven 4A-3.

Fylkesmannen finner at Orkdal kommune, i forbindelse med utlevering av opplysninger til journalist, skulle ha gjort ytterligere sladding for å ivareta taushetsplikten, jf. forvaltningsloven § 13.

Begrunnelsen følger nedenfor.

Saksgang

Følgende dokumentasjon er lagt til grunn for vurderingen:

1. klage fra pasientens pårørende, datert 12.01.18
2. referat fra pårørendemøte [REDACTED].2018
3. brev fra Orkdal kommune datert 28.02.2018, vedlagt etterspurt dokumentasjon
4. uttalelse fra pårørende, datert 04.04.2018
5. brev fra Orkdal kommune datert 15.06.2018, med vedlegg
6. uttalelse fra pårørende, datert 19.08.2018.

Saken er tilstrekkelig opplyst jf. fvl. § 17.

Fylkesmannen har lagt følgende faktum til grunn

[REDACTED] fikk vedtak om tidsbegrenset opphold første gang fra [REDACTED].2017. [REDACTED] ble innlagt ved St. Olavs hospital, Alderspsykiatrisk avdeling [REDACTED].2017. Under oppholdet der ble [REDACTED] etter

forverring med [REDACTED]. Oppholdet ved [REDACTED] ga ikke forventet bedring og pårørende tok [REDACTED] hjem og fikk noe bistand fra kommunen. Det ble fattet nytt vedtak om tidsbegrenset opphold fra [REDACTED] 2017, men [REDACTED] kom til avdelingen [REDACTED] 2017. [REDACTED] fikk vedtak om langtidsopphold fra [REDACTED] 2017.

Innholdet i klagen og redegjørelsen fra kommunen er kjent og det refereres derfor kort fra tilsendt dokumentasjon.

Pårørende beskriver at de har opplevd gjentatte feilmedisineringer ved Orkdal Helsetun og det beskrives flere eksempler på dette. Feilene omfatter både feil ved opplegging av legemidler i dosett, ikke kontroll/for dårlig kontroll av dosett, feil ved beslutning om seponering av legemidler og at den som gir ut medikamentene ikke har sjekket om det er samsvar mellom dosett og legemiddellisten. Videre beskrives en mangelfull oppfølging ved utprøving av nye medikamenter.

Det beskrives at beboeren har [REDACTED] etter at [REDACTED] kom til Orkdal helsetun, samt at [REDACTED] gjentatte ganger har hatt [REDACTED]. Pårørende har etterspurt om det ikke skulle følges opp med videre undersøkelser av [REDACTED], som anbefalt av legevakt, men fått til svar at det ikke er nødvendig. De etterlyser hvem har ansvar for at [REDACTED] følges opp i forhold til [REDACTED].

Videre beskrives at slik som avdelingen/helsetunet er organisert i dag, er det nesten stikk i strid med de råd som gis for oppfølging av demente. Det er mye uro og aggresjon mellom beboerne og pårørende skriver at de ikke kan se at det er gjort noen endringer på avdelingen for å ta bort/minske risikoen for utagerende adferd. Deres opplevelse er at det er for få ansatte på jobb til å kunne håndtere de utfordringer beboerne har på en forsvarlig måte. De opplever at de ansatte gjør så godt de kan, men at det blir stort sett å holde på med "brannslukking" og lite tid til aktiviteter, omsorg og trygghet som denne gruppen trenger mest av alt. De har også etterlyst merking av dører med navn og bilde av beboerne slik at de kanskje kan kjenne igjen sin egen dør. Det oppleves også at beboere går ut og inn av rommene til hverandre, bruker hverandres bad, går inn i hverandres skap osv. Dette skaper mye redsel/utrygghet både på dag og natt.

Pårørende beskriver også en manglende brukermedvirkning. De har ved flere anledninger etterlyst informasjon fra helsetunet, men foruten månedsplaner har de ikke mottatt noe som helst. Disse månedsplanene er også stort sett fylt av aktiviteter for de "friskeste" beboerne, det er sjelden at [REDACTED] kan være med på disse aktivitetene. De har flere ganger etterspurt aktiviteter på [REDACTED] tilpasset denne gruppen, men på 9 måneder har det ikke vært noen aktiviteter der. De er kjent med at det er et brukerutvalg på helsetunet, men har ikke mottatt noe skriftlig informasjon om dette, og heller ikke saklister/innkallinger eller referat fra møter.

I forbindelse med flere hendelser ba pårørende [REDACTED] 2017 om å få utskrift av sin [REDACTED] journal og de opplevde at denne var mangelfull. Det vises til at tid, og hvem som er på vakt er avgjørende for hva som skrives i journalen, samt at viktige beskjeder ikke kom frem.

I redegjørelsen fra Orkdal kommune står at det arbeides med å få på plass strukturer og systemer, slik at beboerne og deres pårørende skal være sikre på at det tilbys forsvarlige tjenester. Kommunen kjenner seg ikke igjen i at det ikke skjer noe ved Orkdal helsetun, men kan ha forståelse for at pårørende synes det ikke går fort nok.

Når det gjelder avvik på legemiddelhåndtering er det utarbeidet nye rutiner for å sikre at det ikke skal skje igjen. Dette er også tatt opp på sykepleiermøte.

Av journalen fremgår at det ble observert første gang [redacted].2017 at beboeren hadde en [redacted] [redacted] ble tilsett av legevakten samme kveld og det skal ha blitt vurdert å være behov for videre radiologisk undersøkelse. Problemstillingen ble fulgt opp med legeundersøkelse [redacted].2017. Legen mente dette ikke var noe å bekymre seg over og at det kunne komme av [redacted] i kroppen. [redacted] ble senere igjen undersøkt [redacted].2017 og det beskrives i journalen at det ikke var tegn til [redacted]

I journalnotat fra [redacted].2017 fremgår at det tidligere er observert [redacted] og at de tidligere har tatt utgangspunkt i at dette er [redacted]. Det skrives videre: «Med tanke på [redacted] og at en opplever at pas spiser relativt godt, rekvireres det blodprøver og [redacted]. [redacted].17». Det ble sendt inn prøve på [redacted] [redacted].2018 og svar som er kommet på E-meldinger, datert [redacted].2017 og [redacted].2017, er negativt. Svar på blodprøver viser verdier innenfor referanseintervall.

I journalen går det også frem at beboeren er [redacted].2017 ([redacted]), [redacted].2017 [redacted] [redacted].2017 [redacted] [redacted].2018 [redacted] og [redacted].2018 [redacted]). I journal beskrives [redacted] og når beboeren [redacted]

Kommunen skriver at beboeren har en [redacted]. Ved siden av kognitiv svikt kan sykdommen gi [redacted]. Ledsagende kan også være adferdsendringer. Samlet kan dette gi betydelige utfordringer funksjonsmessig for den som er rammet, samt at det kan være krevende å gi tilstrekkelig medisinsk oppfølging. Det er ofte ikke lett å finne legemiddelbehandling som godt nok demper symptomer og tegn ved sykdommen. Det kan videre være behov for omfattende tiltak med [redacted] og oppfølging i avdelingen. Kommunene skriver at beboeren, fra [redacted] flyttet inn på [redacted], har hatt 1 til1- bemanning, for å ivareta [redacted] på en god måte og gi [redacted] forsvarlige tjenester. Videre står at det er utarbeidet tiltaksplan i samarbeid med pårørende. Aktivitet inngår som en del av tjenesten.

Av redegjørelsen fremgår at avdelingen ble [redacted] slik at beboeren nå [redacted]. Dette for at beboeren skulle [redacted] enda bedre. Videre at det ble montert elektriske dørlåser og at det ble kjøpt inn nettbrett og kommunikasjonsverktøyet «Min Memoria» for å bidra til kommunikasjon med pårørende og som et verktøy ved samtaler med den enkelte beboer. Det ble utarbeidet ny turnus som for å sikre bedre fordeling av fagkompetanse. Det er også i den forbindelse etablert kjernegrupper slik at en skal begrense antall personale som har ansvar for beboerne. Nye prosedyrer for primærkontakt er utarbeidet og er under implementering.

Avdelingsleder har hatt tett dialog med pårørende, både gjennom møter og utveksling av e-poster, hvor de har svart ut spørsmål fra pårørende. Det skal ha vært tett dialog med ansatte om hvordan det er i avdelingen. Det er gjennomført opplæring

og ulike kurs ved avdelingen. I tillegg har Orkdal helsetun ansatt fagutviklings- sykepleier og ny vernepleier på dementavdelingen.

I kommentar til kommunens redegjørelse skriver pårørende at de er enige i at mye er svart opp i møter og e-post, samt at det er utarbeidet prosedyrer, men de savner handling og samsvar mellom praksis og prosedyrer. De kommenterer at det til tross for nye rutiner for legemiddelhåndtering fortsatt skjer feil på medisiner og beskriver eksempler på dette.

Pårørende beskriver videre at beskjeder ikke når frem. Her nevnes at det i 2018 tok fem dager fra det første gang ble gitt beskjed om [REDAKTERT] samt at det [REDAKTERT] før det ble tatt [REDAKTERT]. En sykepleier hadde også uttalt at [REDAKTERT] uansett ikke ble sendt til dyrking før tirsdag på grunn av [REDAKTERT].

Pårørende er delvis enig i kommunens beskrivelse av at beboeren har hatt 1:1-bemanning, men at dette ikke gjelder for kveld/natt. De bemerker at det i journalen ikke fremgår at beboeren flere ganger i døgnet har andre beboere som kommer inn til [REDAKTERT] og gjør [REDAKTERT] redd/utrygg. Videre at det ikke fremkommer om det er gjort vurderinger av om dette kan være med å påvirke når [REDAKTERT] oppleves sint, redd, utagerende, samt ingen vurderinger om hvordan man kan forebygge og håndtere dette med miljøterapi osv. De beskriver videre at beboeren en natt hadde et fall. Pårørende måtte selv ta beboeren med til undersøkelse ved legevakten. Legevakt konkluderer med sannsynlig tilkommet [REDAKTERT] samt mulig [REDAKTERT]. Pårørende har forståelse for at man ikke kan forebygge/hindre alle fall, men pårørende forstår ikke at kommunen kan si at det var forsvarlig bemanning på avdelinga denne natten.

Pårørende beskriver at de opplever ikke å ha medvirkning - de vil bidra, og har bedt om å bli ringt etter om de kan være med f.eks. å roe beboeren. De beskriver at de ved å lese journalen ser at det er brukt tvang uten at dette er tatt opp eller gjort vedtak om. Vedrørende tidspunkt for når beboeren kom til Orkdal helsetun, vil pårørende presisere at beboeren ikke kom fra [REDAKTERT] men at [REDAKTERT] hadde bodd hjemme hos [REDAKTERT]. [REDAKTERT] fikk plass på Orkdal helsetun 8 dager senere.

Pårørende kommenterer også kommunens håndtering av lokalavisas ønske om innsyn i saken. Pårørende har gått gjennom det kommunen har sendt til avisa, og reagerer både på den informasjonen som gis og prosessen rundt dette.

I tilsvaret til pårørendes kommentar skriver Orkdal kommune at de episodene som var nevnt i forbindelse med bruk av tvang er å regne som uhjemlet bruk av tvang. Kommunen innrømmer at de ansatte har benyttet tvang i disse situasjonene og at det ikke er akseptabelt. Videre vises til at det i 2017 er gjennomført opplæring i regelverket og at kommunen vil følge opp ansatte som ikke har fulgt lovverket samt gi ytterligere opplæring.

Vedrørende spørsmål om brudd på taushetsplikten i forbindelse med innsynskrav fra journalist, skriver kommunen at de har behandlet innsynskravet på bakgrunn av offentleglovas bestemmelser. De skriver at Orkdal kommune har her, etter beste evne, unntatt de opplysningene som vurderes som personlige opplysninger i forhold

til taushetsplikten samt personlige kjennetegn som kjønn, familierelasjoner m.m. samt gjort en vurdering av informasjon i den samlede fremstillingen.

Angående påståtte avvik i medikamenthåndtering skriver kommunen at det jobbes kontinuerlig med å unngå avvik på medikamenthåndtering og det vises til at avvik gjennomgås og rutiner endres. I tillegg jobber kommunen med nye rutiner for opplæring for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering.

I tilsvar, datert 19.8.2018 kommenterer pårørende at deres oppfatning er at kommunen i sitt svar ikke har unntatt de opplysninger som vurderes som personlige. Både kjønn, diagnose, medisin og hvilke avdelinger ■■■ har vært innlagt på gis det opplysninger om i det som oversendes journalisten. De er kjent med medias krav på innsyn, og har ikke forsøkt å hindre dette, men er opptatt av at opplysninger som oppfattes som personlige ikke skal komme ut til media.

Pårørendes bekymringer, i tillegg til beboerens sykdom/diagnose, er om ■■■ får et godt nok omsorgstilbud, og hvordan dagene ■■■ på Orkdal Helsetun egentlig er. Til tross for at det jobbes kontinuerlig med rutiner rundt medikamenthåndtering, vises det til svikt, senest ■■■ Pårørende skriver at ■■■ selv kan glemme at ■■■ har fått medisin, og si at ■■■ ikke har fått selv om ■■■ har fått, og ■■■ er altså helt prisgitt at dette systemet fungerer 100 %. Videre viser de til at dette kreves for forsvarlig legemiddelhåndtering. De forstår at feil kan skje, og at det er menneskelig å feile, men de forstår ikke omfanget av dette, og at det skjer igjen og igjen.

Fylkesmannen har vurdert saken etter følgende regelverk

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1:

«Helse- og omsorgstjenester som 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.»*

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som betyr at innholdet må utfylles av medisinskfaglige normer. Normen for hva som er forsvarlig pasientbehandling vil bero både på faglige retningslinjer innenfor det aktuelle medisinske området der slike finnes, og hva som i fagmiljøet anses å være god klinisk praksis. Når man skal vurdere om helsehjelpen har vært forsvarlig i en konkret sak må man sammenholde hendelsesforløpet i den aktuelle saken med hva som er anerkjent som god praksis. Jo større avvik som påvises mellom hendelsesforløpet og god praksis, jo mer taler det for at helsehjelpen ikke har vært forsvarlig i rettslig forstand. Dette betyr at ikke ethvert avvik fra god praksis medfører at behandlingen har vært uforsvarlig. Avviket må være relativt klart eller det må ved flere avvik være slik at de samlet sett vurderes å medføre uforsvarlighet.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3

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

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

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

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

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1

«Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 209.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.»

Forvaltningsloven § 13

«Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- 1)noens personlige forhold

Forskrifter:

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten

Verdighetsgarantiforskriften

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Fylkesmannens vurdering

Det sentrale vurderingstemaet er om de tjenestene beboeren har mottatt har vært forsvarlige, samt om taushetsplikten er overholdt i forbindelse med innsynskravet fra media. Vurderingen vil bli delt inn i ulike tema. Fylkesmannen har i hovedsak holdt vurderingen til de konkrete forhold som gjelder beboeren, men samtidig er kvaliteten på tjenestene til den enkelte noe som må sees i sammenheng med det systemet som er etablert ved helsetunet.

Medisinsk oppfølging:

Saken viser flere avvik fra god praksis hva angår oppfølging av beboerens tilstand;

Flere alvorlige legemiddellavvik, manglende oppfølging av symptomer på

██████████, mangelfull oppfølging av ██████████ og etter fall. Feil ved

legemiddelbehandlingen og uoppdaget [redacted] kan gi økt forvirring og derved også øke risikoen for fall. Store endringer i [redacted] kan også ha betydning ved vurdering av indikasjon for legemidler/dose, men først og fremst er det viktig å erkjenne [redacted] som tegn på [redacted] eller underliggende sykdom.

Det kan være vanskelig å skille mellom hva som har sin årsak i demenssykdommen og hva som eventuelt skyldes tilkommet somatisk tilstand. I den situasjon som beboeren er i ([redacted]), med manglende mulighet til tydelig å uttrykke smerter, ubehag mv., kan [redacted] vise dette ved eksempelvis frykt og utagering. Det er derfor nødvendig med et kompetent personell og personell som kjenner beboerne godt for å sikre nødvendig kvalitet på oppfølgingen.

Av tilsendt dokumentasjon ser vi at legemiddelhåndtering har vært et gjentakende tema og at det har vært problematisk å sikre at [redacted] har fått de legemidler [redacted] skulle ha. Endring i medikamenter og dosering er beskrevet i tilsendt dokumentasjon, hvor det også fremgår at dette dels er tatt opp med spesialisthelsetjenesten. Kommunen har gjort tiltak for å forhindre avvik ved utbedring av rutiner og opplæring, men av saken fremgår det at feilene gjentar seg. Fra tidligere tilsyn med Orkdal kommune er vi kjent med at det i noen grad skrives avvik ved svikt, men ut fra dokumentasjonen er det grunn til å tro at legemiddellavvik har forekommet hyppigere enn avviksmeldingene har vist. Av tilsendte legemiddellavvik kan det se ut til at det for siste del av perioden har vært hyppigere bruk av avvikssystemet. Det fremgår ikke av dokumentasjonen i denne saken at kommunen ved analyse og tiltak har greid å oppnå nødvendig bedring av sikkerheten i legemiddelbehandlingen. Dette på tross av endring av rutiner og opplæring. Svikt i legemiddelhåndteringen gir en risiko for at beboerne kan bli utsatt for helseisiko. Fylkesmannen vurderer at svikt i legemiddelhåndteringen til beboeren saken omhandler ikke er i samsvar med kravene til faglig forsvarlig virksomhet. Årsakene synes å være mangelfull presisjon i informasjonsflyten, svikt i dokumentasjon av gitte legemidler, samt mangelfull etterlevelse av sykehjemmets rutiner for å kvalitetssikre at rett legemiddel gis til rett tid.

Anførselen om manglende oppfølging av symptomer på mulig [redacted] er ikke svart ut av kommunen. Vi legger derfor til grunn at pårørende har gitt beskjed til personalet om konkrete symptomer, uten at det ble tatt tak i. God praksis tilsier at det burde vært tatt [redacted] da symptomene med [redacted] vedvarte. Videre vil [redacted] gi svar på om beboeren har [redacted]. For noen pasienter kan [redacted] også gi symptomer og tegn som kan blandes sammen med forverring av demenssykdom og dette skjerper behovet for å utelukke behandlingstrengende infeksjon. Ved positivt funn på [redacted] er det behov for å ta kontakt med sykehjemslege/legevakt, slik at det kan avklares om det er indikasjon for behandling. At det tar fem døgn før [redacted] undersøkes er ikke i samsvar med god praksis.

Pårørende har klaget over at beboeren ikke ble fulgt opp for [redacted]. Fylkesmannen viser til veileder fra Helsedirektoratet [redacted] fra 2010 hvor det bl.a. fremgår:

- Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for [redacted] risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg

Av tilsendt dokumentasjon gjenfinnes skjema for blodprøver og [REDACTED] som viser at [REDACTED] er tatt fem ganger fra første opphold [REDACTED].2017. Ut over [REDACTED] og tilfeller der beboeren ikke har hatt [REDACTED], gjenfinnes det ikke tydelig dokumentasjon på at [REDACTED] er problematisert eller tiltak iverksatt før på [REDACTED].2017. Fra [REDACTED] til [REDACTED].2017 gikk [REDACTED] men uten at [REDACTED] ble intensivert og heller ikke i det minste fulgt opp månedlig. Frem til [REDACTED].2017 hadde beboeren fra [REDACTED] en samlet [REDACTED] og først da ble det gjort videre undersøkelse med formål å avklare eventuell underliggende årsak. Avviket fra god praksis, slik det fremgår av retningslinjen, er av en slik størrelse at oppfølgingen av [REDACTED] [REDACTED] ikke er i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet.

I noen journalnotater er det beskrevet falltendens og det fremgår at et brannslukkingsapparat er polstret for å hindre skade ved fall. Pårørendes klage påpeker at det ikke ble gjort tiltak for videre undersøkelser ved fallet natt til [REDACTED], men uttalt at om det var [REDACTED] var det «lite å gjøre» bortsett fra smertelindring. Pårørende tok selv med beboeren til legevakt hvor det ble påvist [REDACTED] [REDACTED]. Journalnotat fra ansatt [REDACTED].2017 beskriver funn som kan ha kommet etter fall. Det beskrives at [REDACTED] ikke reagerte med smerter ved trykk og står heller ikke om sykehjemslege eller legevakt ble kontaktet for konsultasjon og videre undersøkelse. Det fremgår ikke klart av journalen om [REDACTED] hadde symptomer eller tegn som skulle medført behov for rask legekontakt. Derimot skulle den erkjente falltendensen medført tydeligere vurderinger av hvor stor risikoen for fall var, hvilke tiltak som var vurdert som nødvendige og om det var behov for mer inngripende tiltak og tettere observasjon enn [REDACTED] hadde, spesielt på rommet om natten. Vurderingen kunne blitt at videre tiltak ikke var indisert, men Fylkesmannen savner i journalen en tydeligere dokumentasjon av drøfting av risiko og tiltaksbehov. Slik det fremgår av den dokumentasjon som er tilgjengelig har ikke oppfølgingen vært i tråd med god praksis.

I klagen beskrives at beboeren fikk en [REDACTED] [REDACTED] og pårørende klager over mangelfull oppfølging av dette. I journalen fremgår at beboeren først ble undersøkt av legevakt og deretter av sykehjemslege og at det ble konkludert med at dette ikke var noe å bekymre seg over og at det kunne komme av [REDACTED] i kroppen. Ved undersøkelsen i november ble det ikke påvist noen [REDACTED]. Det ble også tatt prøver uten funn. Fylkesmannen vurderer at beboeren her er fulgt opp i samsvar med god praksis.

Bemanning i tråd med vedtak

Av tilsendt dokumentasjon går det frem at beboeren skulle ha 1:1- oppfølging. I praksis har dette vært på dagtid. I en vanlig avdeling, hvor beboere vanligvis sover gjennom store deler av natten, vil behovet for antall personell på natt vanligvis være mindre. I denne avdelingen, hvor det er mange demente som kan være desorienterte, må det imidlertid særskilt vurderes behov for tilstedeværelse på natten. I denne saken fremgår det av journal at beboeren ofte var urolig på natt og vandret mye. Det fremgår av brevet fra pårørende at beboerne på avdelingen ofte gikk inn på feil rom. Dette førte til mye engstelse hos [REDACTED] og skal ha økt uro og utagering. Pårørende var ofte hos [REDACTED] om kveldene, samt at de ofte skal ha vært sammen med [REDACTED] til [REDACTED] sovnet. I redegjørelsen fra kommunen er det vedlagt en prosedyre, datert [REDACTED].2018, for hvordan nattevakt skal forholde seg til beboeren.

Her fremgår det at pleier bør være i nærheten også om natten, samt tiltak ved uro. I brevet fra pårørende, datert [REDACTED].2018, fremgår at det likevel fremdeles er utfordrende på natt. De beskriver at «*de to nattvaktene løper/driver med "brannslukking"*». I videre redegjørelser fra kommunen fremkommer det ikke om det er gjort vurdering av om beboeren bør ha 1:1 også på natt. At beboere går inn på hverandres rom kan gi en betydelig belastning for den besøkte med ledsagende utrygghet og uro. Å ikke få være i fred på eget rom kan oppleves som krenkelse av integritet. Det er en klar svikt at kommunen ved systematisk styring og struktur ikke har iverksatt tiltak som effektivt forhindrer slike uønskede besøk. Også for beboere som er besøkende kan slike hendelser være belastende fordi de blamerer seg selv og opptrer på en måte de skulle vært forhindret fra.

Fylkesmannen vurderer at personer med demens har stort behov for stabilitet i bemanningen. Bruk av ufaglærte, vikarer og personale som ikke har gode nok ferdigheter i norsk språk, kan gjøre det vanskelig å gi en helhetlig behandling og omsorg for denne pasientgruppen. Særlig med utfordringer som hos [REDACTED] med frykt, utrygghet og utagering, er kravene til kompetanse og stabilitet høye. Det synes ikke klart av dokumentasjonen at nødvendig stabilitet av ansatte og nødvendig kjennskap om [REDACTED] hos de alle ansatte har vært sikret. Det tydeligste eksemplet på dette er natt til nyttårsaften. Kommunen har redegjort for tiltak for å bedre forholdene ved ny turnus og etablering av kjernegrupper. Vi vurderer at kommunen her har iverksatt tiltak som kan bidra til å gi beboeren trygghet også om natten, men at det ikke synes entydig avklart hvor tett observasjon som er nødvendig om natten, inkludert om det er indisert med inngripende tiltak for annet enn å forhindre utgang fra helsetunet.

I saken fremkommer det også klage på journalføringen og at det er stor variasjon i hvor godt det dokumenteres. Forhold som kan ha betydning for kvaliteten på journalføringen er bemanning, kompetanse, hvorvidt personalet er kjent og språkutfordringer. Det er kommunen som er ansvarlig for å sette en standard for hva som skal dokumenteres og gjennom oppfølging sikre at journalføringen er i samsvar med regelverket. Fylkesmannens overordnede vurdering av journalføringen er at det synes tilfredsstillende dokumentert hvilken samhandling det har vært med pårørende. Videre er det hyppige løpende journalnotater. Det savnes imidlertid tydeligere bruk av sammenfatninger og oppsummeringer samt evalueringer av om det er behov for endring i tjenesteytingen. Det store antall journalnotater vil for nye lesere av journalen gjøre det krevende å raskt skaffe seg en god oversikt over brukerens tilstand og særlige behov.

Tvang uten vedtak

Av tilsendt dokumentasjon fremgår at det har vært benyttet tvang og makt i forbindelse med stell/omsorg for beboeren. Kommunen beskriver opplæring i regelverket og at de har iverksatt særskilte tiltak i forhold til de ansatte som var på vakt da dette skjedde. Bruken av tvang og makt skal vurderes særskilt og det skal fattes vedtak. Uhjemlet bruk av makt og tvang er et lovbrudd. Vi ber om at kommunen følger opp sine rutiner for å sikre at personalet nå har kunnskap om regelverket og endrer praksis.

Anonymisering ved innsynskrav fra journalist

Pårørende har klaget på kommunens utlevering av opplysninger i forbindelse med innsynskrav fra lokalavisen. Kommunen mener de har fulgt gjeldende retningslinjer. Utgangspunktet er at alle offentlige saksdokumenter er åpne for innsyn, jf. offentleglova § 3. Unntak fra dette må ha lovhjemmel. Kommunen må forholde seg til forvaltningsloven, som sier at kommunen plikter å hindre at andre får kjennskap til «noens personlige forhold».

Intensjonen i lovverket er å hindre at andre får kjennskap til taushetsbelagte opplysninger. Hva som vil være gjenkjennbart av personlige forhold vil variere med størrelsen på stedet. Det vil være mer gjennomslukt på mindre steder enn i store byer. Dette kan innebære behov for mer sladding jo mindre stedet er.

Fylkesmannen har ikke sett det utleverte dokumentet, men pårørende har reagert på mangelfull anonymisering. Ut fra det pårørende skriver i sin uttalelse [redacted] 2018 om hvilke opplysninger som fremgikk, vurderer Fylkesmannen at det skulle ha vært gjort ytterligere sladding. Det vil ut fra opplysningene om kjønn, diagnose, legemiddelbruk og avdelingstilhørighet være for høy risiko for at beboeren kan identifiseres. Vi er kjent med at pårørende kontaktet journalisten og at det på bakgrunn av dette ikke ble noe oppslag i lokalavisen. Imidlertid innebærer utleveringen av opplysninger til journalisten alene at det foreligger brudd på taushetsplikten. Det er videre åpenbart at det å gi journalisten innsyn kan medføre en mulighet for at det vil skrives en avisartikkel. Vår vurdering er at dersom artikkelen hadde blitt publisert og utenforstående hadde gjenkjent beboeren etter å ha lest oppslaget i lokalavisa, ville opplysninger om personlige forhold vært ute i offentligheten. Dette sammen med at journalisten selv fikk innsyn i personlige opplysninger innebærer at Orkdal kommune har brutt taushetsplikten, jf. forvaltningsloven § 13.

Bruker-/pårørendemedvirkning

Krav om bruker/pårørendemedvirkning er lovpålagt, og kommunen er ansvarlig for at det er etablert et system som gjør at det fungerer i praksis. Kommunen må selv finne ut hvordan det praktisk skal løses. Når det kommer tilbakemelding om at systemet ikke fungerer skal det tas opp og vurderes hva som er årsaken samt gjøres tiltak for forbedring. I dokumentasjonen fremgår at det har vært både muntlig og skriftlig dialog mellom pårørende og Orkdal helsetun. Det er ikke grunn til å mene at pårørende ikke er gitt muligheten til å fremme sitt syn på tjenesteytingen. Det ser likevel ut til at det, på tross av omfattende dialog, ikke har lyktes å komme frem til en felles forståelse av beboerens behov og en tydelig avklaring av hva som kan forventes av tjenesteyting. Vurdert utenfra ser det ut til at dette dels kan forklares med at mangler ved tjenesteytingen ikke har vært korrigert av kommunen, mer enn at det har vært svikt i muligheten til medvirkning.

Samlet konkluderer Fylkesmannen med at det har vært uforsvarlig tjenesteyting. Dette er en samlet vurdering hvor størst vekt legges på svikt i oppfølgingen av [redacted], avvikene i legemiddelhåndteringen samt at det ikke har vært mulig å forhindre uønskede besøk på beboerrom. Avvik fra god praksis når det gjelder oppfølging av falltendens og undersøkelse av symptomer på [redacted] styrker konklusjonen. Det har videre vært mangelfull etterlevelse av plikten til vern om personidentifiserende opplysninger da journalist ba om innsyn. Selv om det ved innsyn i hovedsak er offentleglova som gir normen er det for helsepersonell og helse-

