



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Helse-Troms

Harstad kommune

Rådmannen

9479 HARSTAD

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.
§ 5a jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF:

2008/36 I MNY

DATO. / DATE:

18. november 2008

**Avslutning av tilsynssak - brudd på
kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3,
pasientrettighetsloven § 5-1, jf. helsepersonelloven § 41, og
internkontrollforskriften**

Sammendrag og konklusjon

På bakgrunn av klage over behandlingen pasient [redacted] fikk på Olavsgården sykehjem har Statens helsetilsyn vurdert om Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – gjennom sin internkontroll/styringssystem sikret at pasientene fikk forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp.

Vi har konkludert med at kommunen

- ikke hadde gode nok rutiner for å utarbeide pleieplan
- ikke på en systematisk måte hadde kontrollert om prosedyren for "Primærsykepleie i sykehjem" ble fulgt
- manglet nødvendige prosedyrer, rutiner eller lignende for sårstell, og at de manglet rutiner for systematisk overvåking av internkontrollen på dette området
- ikke iverksatte gode nok tiltak for å forhindre fall, og ikke systematisk fulgte opp avvikene som ble registrert
- manglet nødvendige prosedyrer, rutiner eller lignende for å håndtere konflikter mellom pasienter/pårørende og ansatte
- i stillingsinstrukser og prosedyrer ikke klart hadde formulert hvem som hadde journalføringsansvar for pasienten
- manglet rutiner for systematisk kontroll av journalføringssystemet
- manglet entydige rutiner for å håndtere krav om utlevering av journal

Kommunens brudd på internkontrollplikten har medvirket til flere alvorlige overtredelser av helselovgivningen. Harstad kommune – Olavsgården sykehjem - har i forbindelse med tilsynssaken igangsatt tiltak for å utbedre manglene ved sitt styringssystem. Helsetilsynet i Troms vil følge opp om dette arbeidet gir de ønskede forbedringer, men det påhviler virksomheten et ansvar for til enhver tid å analysere

risikoområder og finne tiltak for å forhindre svikt. Et sentralt punkt i internkontrollen er å etablere kontrollordninger for å sjekke at ordningene faktisk fungerer etter hensikten.

Saksbehandlingsprosessen

Saksbehandlingen har tatt lang tid og ventetiden på en avgjørelse har vært en belastning for de involverte. Vi beklager dette.

Statens helsetilsyn mottok 8. januar 2007 klage fra [redacted] over behandlingen [redacted] (heretter omtalt som pasienten) fikk på Olavsgården sykehjem og over Helsetilsynet i Troms' vurdering av saken. [redacted] klagde på vegne av pasientens datter, [redacted] (heretter omtalt som datter/datteren). Datteren var hjelpeverge for sin mor som døde på sykehjemmet den 14. juni 2005.

Datteren ba den 2. desember 2005 Helsetilsynet i Troms vurdere om det var gjort feil i forbindelse med morens død. Helsetilsynet i Troms åpnet tilsynssak mot sykehjemmet og tilsynslege Erikstad, men konkluderte i brev henholdsvis 7. april og 26. mai 2005 med at de ikke fant overtreddelse av helselovgivningen. Saken ble derfor avsluttet.

Helsetilsynet i fylkets avgjørelser i saker etter helsepersonelloven § 55 er ikke enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Pasienter som klager anses derfor ikke som part i saken, og har ikke klagerett på tilsynsmyndighetenes avgjørelser. Statens helsetilsyn kan imidlertid, som overordnet forvaltningsorgan, vurdere om Helsetilsynet i fylkets saksbehandling har vært i tråd med forvaltningslovens bestemmelser og god forvaltningsskikk, eller om det er gjort åpenbare feil ved vurderingen av saken.

På bakgrunn av henvendelse fra datteren og [redacted] i januar 2007, og nye opplysninger i saken, ba Statens helsetilsyn i brev 14. mars 2007 Helsetilsynet i Troms om å få oversendt dokumentene i saken.

Statens helsetilsyn fant etter gjennomgang av saken, flere forhold som begrunnet at saken burde vurderes på nytt. Det gjaldt både den pleie og omsorg som pasienten generelt fikk ved Olavsgården sykehjem, og enkelte forhold ved sykepleier [redacted] utøvelse av sykepleieryrket overfor pasienten. Vi orienterte derfor [redacted] i brev 18. februar 2008 om at vi ville vurdere å gi henne en advarsel etter helsepersonelloven § 56.

Likeledes ba vi i brev 28. februar 2008 Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – om ytterlig dokumentasjon og svar på en rekke spørsmål. Harstad kommune besvarte henvendelsen ved brev med vedlegg 8. april 2008.

Sykepleier [redacted] fikk ved Statens helsetilsyns vedtak 4. juli 2008 advarsel for brudd på helsepersonellovens §§ 4, 10, 39 og 40. Konkret gjaldt dette bl.a. manglende kontroll og oppfølging av ernæring, væske og eliminasjon, kommunikasjon med pasienten og pårørende, brudd på kravet til journalføring og informasjon. Vi viser for øvrig til vedlagte vedtak om advarsel til [redacted].

Statens helsetilsyn ønsket på bakgrunn av tilsynssaken med [redacted], og saken forøvrig, å vurdere om Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – gjennom sin internkontroll/styringssystem la til rette for at pasientene får forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp. Vi ba derfor i brev 18. februar 2008 Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – redegjøre for dette, og for hvilke faglige og styringsmessige utfordringer som er knyttet til tilrettelegging for at pasientene får forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp. Videre ba vi om en rekke dokumenter/ beskrivelser som dokumentasjon på dette.

Vi har mottatt følgende dokumenter:

- organisasjonskart for Olavsgården sykehjem
- fra Harstad kommunes kvalitetssystem:
 - Systemdokument om ansvar og myndighetsområde for enhetsleder, den enkelte medarbeider, kvalitetsrådgiver og faglige rådgivere
 - Systemdokument om dokumentasjon
 - Avviksprosedyre
- avvik 2005
- fra Harstad kommunes fellesprosedyrer:
 - Ledelsens gjennomgang av kvalitetssystemet og internkontrollsystemer
 - Klageprosedyre
 - Intern kvalitetsrevisjon
- rapport fra intern kvalitetsrevisjon av Olavsgården sykehjem 6. november 2007 med avvik/observasjonsrapport
- fra Harstad kommune, felles stillingsbeskrivelser:
 - Stillingsbeskrivelse for avdelingssykepleier
 - Stillingsbeskrivelse for sykepleier
- fra Harstad kommune, prosedyrer:
 - Primærsykepleie i sykehjem
 - Inntak i skjerma enhet for personer med demens
 - Ik-mat
 - Terminal pleie og rutiner ved dødsfall
 - Informasjonsplikt og rett til innsyn
- Håndbok for informasjonssikkerhet for ledere
- intern prosedyre for Olavsgården sykehjem
 - legevisitt
 - forebygging av fall
- brukerundersøkelser 2003 – 2005
- medarbeiderundersøkelse 2004
- fra Harstad kommune, felles regelverk:
 - Rundskriv og veiledere for pleie- og omsorg, hyperkoblinger til Lovdata
 - Forskrifter for pleie- og omsorg, hyperkobling til Lovdata
- fra Harstad kommune, internkontrollsystem HMS: lover og forskrifter for HMS
- overordnet kompetanseutviklingsplan for Harstad kommune 2003- 2006
- kopi av brev til Sivilombudsmannen – personalsaker [redacted]
- korrespondanse med/referater fra møter med [redacted]
- pleieplan for [redacted] 4. etg. avd Sør
- opplæringsplan for Olavsgården sykehjem 2007

Sykehjemslege Erikstad

Når det gjelder tilsynssaken mot sykehjemslege Erikstad har vi ikke funnet åpenbare feil ved Helsetilsynet i Troms sin vurdering, og vi har derfor ikke gjenopptatt tilsynssaken mot ham.

Helsetilsynet i Troms har i forbindelse med avslutning av tilsynssaken mot Erikstad uttalt at "både tilsynslegen og Olavsgården sykehjem bør gjennomgå sine prosedyrer for kommunikasjon med pasientenes pårørende." Videre er det påpekt at det tok alt for lang tid før pårørende fikk utlevert journaler etter avdøde, noe som fra sykehjemmet ble begrunnet med at Erikstad ikke var tilstede og at faksen ikke fungerte. Vi slutter oss til Helsetilsynet i Troms sin uttalelse. Når det gjelder utlevering av journal vil dette bli behandlet som et eget punkt knyttet til kommunens internkontrollansvar.

Saksforholdet, rettslig grunnlag og Statens helsetilsyns vurdering

Pasienten fikk plass ved Olavsgården sykehjem på skjermet enhet (1. etasje), den 18. april 2002. På grunn av tiltakende pleiebehov ble hun overflyttet til pleieavdeling, 4. etasje, avdeling syd, i juni 2004. Hun ble tiltakende sløv og hjelpeløs.

Pasienten hadde

Pasienten var gjentatte ganger innlagt på Hålogalandssykehuset Harstad HF for komplikasjoner knyttet til sine grunnlidelser,

Det fremgår av sakens dokumenter at datteren gjennom flere år hadde vært misfornøyd med den behandling, pleie og omsorg moren fikk ved Olavsgården sykehjem. Hun var spesielt misfornøyd med den måten behandlet og snakket til moren på var både avdelingssykepleier og primærkontakt for pasienten. Datteren skal gjentatte ganger ha klaget over disse forholdene til sykehjemmet, både skriftlig og muntlig. Hun skal også ha klagt til kommuneoverlegen over forholdene. Klagene rettet seg konkret mot manglende ernæring- og væsketilførsel, eliminasjon, fallskader, forebygging og stell av decubitus og andre sår. Det foreligger også klage over manglende medisinsk behandling, og at det tok lang tid å få innsyn i morens journal når hun ba om det.

Ansvarsforhold

Sykehjem er underlagt den kommunale helsetjenesten, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Kommunen har derfor det overordnede ansvar, og skal påse at helsehjelpen som ytes er forsvarlig. Kommunen v/rådmannen er derfor adressat for dette brevet, selv om innhenting av informasjon hovedsakelig har skjedd gjennom kontakt med tidligere og nåværende styrer ved Olavsgården sykehjem.

Forsvarlighet

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ikke en eksplisitt bestemmelse om at de helsetjenestene kommunen tilbyr skal være forsvarlige slik som vi finner i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Men kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 a, 2-1 og 6-3 gir rettslige argumenter for å stille et generelt krav om forsvarlighet. Videre følger det av helsepersonelloven § 16 at: "*Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.*" Et krav om forsvarlighet kan også utledes fra alminnelige retsprinsipper og en analogi fra lov om spesialisthelsetjenester § 2-2.

I sommer avsluttet vi tilsynssaken mot sykepleier [redacted]. Vi konkluderte med at pasienten hadde fått uforsvarlig pleie og omsorg, og at [redacted] hadde mye av ansvaret for dette. Hun fikk derfor en administrativ reaksjon i form av en advarsel.

I dette brevet tar vi for oss de områdene hvor vi mener at kommunen ikke har styrt og organisert virksomheten slik at pasienten kunne få forsvarlig helsehjelp. For å slippe store gjentakelser av forsvarlighetsvurderinger knyttet til ulike sider av behandlingen av pasienten henviser vi til vedtaket om advarsel til [redacted], og har under de enkelte avsnitt under kun vist til kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jf § 1-3a.

Internkontroll/kvalitetsstyringssystem

I tillegg til ansvaret virksomhetene har etter helsepersonelloven § 16 har kommunen etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) ansvar for å "planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift."

Kommunens plikt til å ha internkontroll følger av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3, og lyder:

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

Innholdet i internkontrollen er nærmere definert i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 2002-12-20 nr 1731. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2003.

Internkontrollforskriften § 4 lyder:

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) *beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal*

- klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
 - c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
 - d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
 - e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
 - f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
 - g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
 - h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Generelle krav knyttet til internkontroll er beskrevet i IS-1183 "Hvordan holde orden i eget hus – internkontroll i sosial- og helsetjenesten."

Statens helsetilsyn fører tilsyn med at de kommunale helsetjenestene er forsvarlig, herunder at kommunen tilrettelegger for forsvarlig tjeneste.

Statens helsetilsyn har på bakgrunn av tilsynssaken mot [redacted], tilsendt dokumentasjon fra Olavsgården sykehjem og saken for øvrig, vurdert om internkontrollsystemet ved Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – ivaretok kravene i internkontrollforskriften § 4.

Konkret har vi vurdert om Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – hadde etablert tilstrekkelig internkontroll for å forebygge svikt på følgende områder:

1. definering av mål for pleie og behandling, og for dokumentasjon og oppfølging av dette
2. forebygging av fall
3. håndtering av konflikter mellom pårørende, pasienter og personale
4. ivaretagelse av kravet til journalføring
5. ivaretagelse av kravet om innsyn i journal

Dernest har vi vurdert om brudd på internkontrollforskriften medvirket til at pasienten fikk uforsvarlig behandling og mangelfull omsorg, eller om etterlevelse av internkontrollplikten kunne ha forhindret brudd på helselovgivningen.

Vi har for hvert av punktene ovenfor spesielt vurdert om Olavsgården sykehjem hadde etablert nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen. Likeledes har vi vurdert om ledelsen ved Olavsgården sykehjem foretok systematisk overvåking og gjennomgang for å sikre at internkontrollen på ovennevnte områder virket som forutsatt og bidro til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

1. Mål og dokumentasjon av pleie og behandling

Vi har under dette punktet vurdert tre forhold:

- pleieplan – mål og ansvar
- ernæring og eliminasjon
- sårstell

1.1 Pleieplan – mål og ansvar

Statens helsetilsyn ba i brev 18. februar 2008 Olavsgården sykehjem redegjøre for:

- hvilke mål de hadde for behandling og pleie av pasienten
- hvem som hadde ansvar for å utarbeide pleieplan
- hvem som hadde ansvar for at den ble fulgt, og for å evaluere og justere den i tråd med pasientens endrede behov

Mål for behandling og pleie

I brev 8. april 2008 beskriver Olavsgården sykehjem en generell og relativ omfattende målsetting som gjelder alle pasienter. (Overordna målsetting ifølge driftsplan)

"Målsetting: Vi ønsker å gi et godt faglig tilbud til våre pasienter, høy trivsel og trygghets faktor for pasienter og pårørende. Dette skal gjøres gjennom å gi god pleie og omsorg, styrke det forebyggende arbeid og arbeide for å bevare de funksjoner hvert enkelt individ har. Vi skal styrke samarbeidet med de pårørende og forsterke innsatsen som går på informasjon og samhandling. Kompetanse i arbeidsgruppa er et grunnlag for god kvalitet på tjenesten og det er noe vi ønsker å prioritere innenfor vår økonomiske ramme. God kommunikasjon og samhandling i alle ledd, dette gjelder pasienter, pårørende, ledelsen, tillitsvalgte, verneombud og pleiepersonell. Vi jobber bevisst opp mot pårørende, frivillige organisasjoner, kulturbærende organisasjoner og samfunnet for øvrig."

I tillegg skriver dere følgende:

"Mål i pleieplan:

Sikre god og helhetlig pleie gjennom fokus på de individuelle behov og tiltak i forhold til dette. Vedlegger pleieplan."

Dette siterte målet i pleieplanen tolker vi som et konkret mål for pleie og behandling av pasienten, siden målformuleringen etterfølges av en opplysning om at pleieplanen vedlegges. Dette målet er imidlertid ikke nevnt i pasientens pleieplan.

Den vedlagte pleieplanen er håndskrevet og udatert. Den er ikke oppdatert i tråd med endringer i pasientens behov. Det står for eksempel at hun prater, går med følge og sitter i egen stol når hun spiser. Det var ikke den reelle situasjonen de siste månedene pasienten levde. Da var hun helt sengeliggende og ble matet i sengen.

Pleieplanen inneholder hovedpunktene: "emosjonelt, fysisk, eliminasjon, personlig hygiene." Når det gjelder hennes fysiske tilstand og behov står det for eksempel at hun kan gå korte avstander i prekestol med følge, at hun lett siger ned i rullestolen og at hun må snus om natten. Det er nevnt at hun ikke må forlates uten sengehest eller bord foran (forebygging av fall). Hennes behov for ernæring er nevnt med beskrivelse av hva hun klarer selv (spise brødmat) og hva hun trenger hjelp til (drikke og middag), og

det er en henvisning til kostplan som vi ikke har fått. Det er nevnt at hun av og til har blemmer i baken og nedre korsrygg, men pleieplanen sier ingen ting om liggesår og ødemer.

Pleieplanen er etter vårt syn lite systematisk og skiller i liten grad mellom mål, ressurser/behov og tiltak. Mål/tiltak er ikke tematisk beskrevet. Når pleieplanen i tillegg ikke er oppdatert i forhold til pasientens utvikling, er den svært mangelfull og har redusert verdi som styringsverktøy for å sikre god pleie og behandling.

Journalen skal vise om pleieplanen følges og eventuelle fortløpende justeringer av den som følge av pasientens endrede situasjon. Det henvises imidlertid i svært liten grad til pleieplanen i eksempelvis kardex, som er en del av journalen, og det som står i journalen er mangelfullt og virker tilfeldig. Eksempelvis ble ikke iverksetting og seponering av tiltak mot dehydrering, som måling av drikke, oppdatert og gjenspeilet i pleieplanen.

Statens helsetilsyn legger til grunn at dokumentasjon i form av pleieplaner og fortløpende rapporter skal sikre kontinuitet og kvalitet i den sykepleien og behandlingen pasienten mottar. I tillegg er dokumentasjon et verktøy for overføring av kunnskap mellom personalet internt og mellom samarbeidspartnere. Erfaring og undersøkelser har vist at dokumentasjon fra den daglige pleieplanen ofte nedprioriteres i en travel hverdag (Mor 2005, Hofseth og Norvoll 2003). Dette arbeidet er tidkrevende, men dokumentasjonsplikten medfører at det ikke kan velges bort.

Ansvar for å utarbeide en oppdatert pleieplan og sørge for at den ble fulgt
Olavsgården sykehjem hadde etablert en "Prosedyre for primærsykepleie", først utgitt 1. juli 2003. Den beskriver primærsykepleiers/-kontaktens oppgaver i 16 punkter. I brev av 8. april 2008 skriver Olavsgården sykehjem at [redacted], som primærsykepleier, hadde ansvar for å utarbeide en pleieplan for pasienten, og for at den ble etterlevd og justert i tråd med pasientens skiftende behov. Styrer hadde et overordnet ansvar for at prosedyrene ble fulgt. Dette fremkommer også av "Prosedyre for primærsykepleie".

[redacted] ivaretok ikke sitt ansvar for å utarbeide en god og oppdatert pleieplan for pasienten. Det er også klart at styrer ikke kan ha ivaretatt sitt overordnede ansvar for at prosedyrene for pleieplaner ble fulgt.

I tillegg til styrers overordnede ansvar er det vanlig at en avdelingssykepleier har ansvar for at etablerte prosedyrer følges i sin avdeling. I dette tilfellet var primærsykepleier og avdelingssykepleier en og samme person. Et viktig kontrollledd manglet derfor, noe som krevde ekstra kontroll fra ledelsesnivåene over. Dette kontrollbehovet ble ikke identifisert og ivaretatt av ledelsen ved Olavsgården sykehjem, til tross for gjentatte klager fra datter, personalet og andre pasienter på [redacted].

Konklusjon

Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – hadde ikke etablert nødvendige tiltak for å sikre at det ble utarbeidet en pleieplan med fokus på pasientens individuelle behov og tiltak i forhold til behovene.

Sykehjemmet hadde en prosedyre for "Primærsykepleie i sykehjem" som ivaretok flere elementer som inngår i en pleieplan. Prosedyren ble ikke fulgt. Ledelsen var ikke kjent med dette og foretok heller ingen systematisk kontroll for å sikre at prosedyren fungerte som forutsatt, og at den bidro til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Dette er brudd på internkontrollforskriften § 4. Den mangelfulle styringen av virksomheten var medvirkende til at pasienten fikk uforsvarlig pleie. Dette er et brudd på kravet til forsvarlig virksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jf. § 1-3a. Vi viser for øvrig til vedlagte vedtak om advarsel til [redacted]

1.2 Ernæring og eliminasjon

Pasientens journal viser at hun gjentatte ganger var innlagt på Hålogalandssykehuset Harstad HF på grunn av [redacted]. Pasienten hadde stort væsketap [redacted]. I epikriser i forbindelse med utskrivning fra sykehuset ble viktigheten av rikelig væsketilførsel påpekt. Det var derfor behov for en spesiell oppfølging av hennes ernæringsstatus.

Pasientens journal problematiserer ikke pasientens store væsketap, og mangler systematiske tiltak for å følge med på om hun fikk adekvat ernæring/næringstilførsel, kontrollert for væsketap [redacted]. Dessuten mangler journalen beskrivelse av, og fokus på, næringsverdien i hva hun fikk å spise og drikke.

Drikkelister ble ført med ujevne mellomrom. Det fremgår ikke av journalen når det ble besluttet å registrere væskeinntaket og hvorfor, heller ikke når tiltaket ble seponert og begrunnelsen for det. Annen dokumentasjon av næringsinntak i journalen er i form av fortløpende notater om at pasienten har spist og drukket lite eller bra, uten konkretisering av hva og hvor mye/lite.

Etter Statens helsetilsyn vurdering er det ikke tilstrekkelig bare å registrere væskemengde i antall ml, og om hun spiste "mye" eller "lite" uten å relatere det til næringsinnhold og væsketap. Dette er et markant avvik fra hva kommunen oppgir som mål i pleieplanen om å "sikre god og helhetlig pleie gjennom fokus på individuelle behov".

I hovedsak mangler journalen opplysninger om væsketap gjennom [redacted] bortsett fra urin en kort periode. Vi er oppmerksom på at pasienten [redacted] diuresen derfor var vanskelig å måle. En kunne imidlertid i perioder systematisk registrere hvor ofte det ble [redacted]

Kommunen opplyser at det er primærsykepleiers ansvar å definere og kontrollere pasientens ernæringsbehov/-balanse, og rapportere avvik fra definerte behov til tilsynslegen. Videre skriver kommunen at styrer har ansvar for at prosedyrene følges. Dette fremkommer også av kommunens prosedyre for "Primærsykepleie i sykehjem."

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at Harstads kommunes prosedyre for "Primærsykepleie for sykehjem" ikke ble fulgt overfor pasienten, og at ledelsen ikke hadde rutiner for å

avdekke dette. Dette er etter vår vurdering brudd på internkontrollforskriften § 4.

Statens helsetilsyn finner at manglende kontroll og oppfølging av pasientens ernæringsstatus og eliminasjon medvirkende til at pasienten fikk uforsvarlig pleie. Den mangelfulle styringen av virksomheten er et brudd på kravet til forsvarlig virksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jf. § 1-3a. Vi viser for øvrig til vedlagte vedtak om advarsel til [redacted]

1.3 Sårstell

Journalen viser at pasienten særlig det siste leveåret var plaget med sår og rød hud [redacted]

[redacted] noe datteren har dokumentert ved foto. Datteren klagde flere ganger over at sårene ikke ble skikkelig stelt. Obduksjonsrapporten beskriver også flere sår og arrdannelse på pasientens kropp. I tilsynssaken mot [redacted] fant vi imidlertid ikke holdepunkter for å si at pasientens liggesår skyldtes uforsvarlig stell og pleie.

Pasientens pleieplan inneholder ingen mål og tiltak vedrørende sårstell, med unntak av at det omtales at hun av og til får [redacted]

[redacted]. Dokumentasjonen i journalen av sårstell virker mangelfull og usystematisk uten klare føringer, eksempelvis: "Vi er fri for plaster 10 x 10 og har heller ikke mange 15 x 20. Prøve å skifte annen hver dag hvis det går.". (For nærmere beskrivelse se vedlagte vedtak om advarsel til [redacted]).

En pasient med sårproblemer bør ha en observasjonsplan ("sårplan") i journalen, der vurderingen ved hvert sårstell skrives ned. Det er viktig å vurdere og dokumentere utviklingen av såret fra dag til dag og å oppdatere "sårplanen" for eksempel med nye tiltak. Såret bør stelles av så få personer som mulig. (Almås – Klinisk sykepleie). Vi vil også bemerke at nødvendig utstyr, som f. eks bandasjer og plaster, må være tilgjengelig.

Olavsgården sykehjem skriver i brev 8. april 2008 at dere ikke kan forklare hvorfor journalen ikke inneholder mål for, og beskrivelse av, sårstell. Pasienten hadde en prosedyre for sårstell initiert av spesialisthelsetjenesten. Dette fremkommer imidlertid ikke av journalen. Videre skriver dere at dere ikke jobber etter generelle sårprosedyrer, men at hver enkelt pasient får utarbeidet en egen prosedyre ut fra type sår, størrelse og lokalisering. Statens helsetilsyn har ingen merknader til det siste, utover at prosedyre for stell/behandling av sår, bør utarbeides i samarbeid med behandlende lege og bygge på anerkjente hygieniske og andre medisinske prinsipper, og på erfaringskunnskap. Plan/prosedyre for sårstell må reflekteres i pasientens generelle pleieplan med spesifisering av mål og tiltak.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – manglet nødvendig individuell prosedyre eller andre tiltak for stell av pasientens sår. Ledelsen foretok heller ingen systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen på dette området for å sikre at den fungerte som forutsatt. Dette representerer et brudd på internkontrollforskriften.

2. Forebygging av fall (avvikshåndtering)

Det fremgår av saken at pasienten falt og skadet seg på Olavsgården sykehjem 14 ganger. Hun pådro seg flere bruddskader som hun måtte behandles for ved Hålogalandssykehuset Harstad HF. Hun pådro seg også fallskader mens hun var innlagt på sykehuset. Det er ikke registrert fall i journalen etter at hun flyttet til 4. etasje Nord.

Av journalnotat 28. august 2002 fremgår det at dr. Hætta ved Sama legekontor, etter at pasienten hadde pådratt seg et ribbensbrudd, mente at dersom hun falt en gang til, måtte binding vurderes. Det fremgår ikke av journalen om binding eller andre forebyggende tiltak ble iverksatt for å forhindre fall. I pleieplanen er det nevnt at hun ikke måtte forlates i sengen uten sengehest eller bord foran, men dette er ikke datert.

På vårt spørsmål om hvilke tiltak som ble iverksatt overfor pasienten for å redusere risikoen for fall, redegjør kommunen i brev 8. april 2008 generelt for utfordringer knyttet til fall i sykehjem og tiltak som er satt i verk. Når det gjelder tiltak overfor pasienten konkret, nevnes det at hun fikk rullestol og at tvangstiltak i form av belte i lenestol ble vurdert, men at dette var lite ønskelig. Vurdering av bruk av belte og etiske avveininger knyttet til dette, er etter det vi kan se ikke dokumentert i journalen.

Erfaringer og undersøkelser viser at fall er et utbredt problem i sykehjem. Konsekvensen av fall kan være store både for den enkelte pasient og for samfunnet. Det er derfor viktig å etablere rutiner for å forebygge fall. Viktige tiltak i det forebyggende arbeidet er å oppdage pasienter som har risiko for å falle, spesifikke risikofaktorer for fall, og å sette i gang fallforebyggende tiltak og følge opp om disse virker.

Vi har etter forespørsel fått tilsendt alle avviksmeldinger ved Olavsgården sykehjem for 2005. Av disse gjelder 82 fall. Fallfrekvensen ved de ulike avdelinger er svært ulik og er fordelt slik:

- 1. etasje nord 64
- 1. etasje sør 9
- 4. etasje nord 4
- 4. etasje sør 4

Ett avviksskjema mangler spesifisering av avdeling.

Antall avvik på grunn av fall synes stort. Dessuten er fallfrekvensen svært ulik på de fire avdelingene. Forklaringene på dette kan være mange og selvforklarende, som pasientgrunnlag og fysiske forhold. Mottatte dokumenter gir ingen forklaring på dette. Antall avviksmeldinger kan også være et tegn på at sykehjemmet har en god, men varierende meldekultur. En god meldekultur er en forutsetning for kontinuerlig kvalitetsforbedring, men det betinger at man analyserer årsakene til avvikene, setter i verk korrigerende tiltak relatert til dette og sjekker om tiltakene har gitt forventet resultat.

Vi kan ikke lese av avviksmeldingene at dette er blitt gjort. Et stort flertall av avviksskjemaene mangler årsaksanalyse og forslag til forbedring. I rubrikken for behandling/forslag til forbedringer står det oftest kun "registrert". I enkelte tilfeller er det notert at vedkommende pasient bruker hockeytruse for å unngå skade, videre beskrivelse av fallet og håndteringen av skader som pasienten har pådratt seg under

fallet. Analyse av hva som var årsaken til at pasienten falt er kun unntaksvis gjort. I rubrikkene for korrigering og verifisering mangler det konsekvent opplysninger. Forebyggende tiltak nevnes i liten utstrekning.

Vi har ikke mottatt noen dokumenter eller beskrivelse som viser om ledelsen ved Olavsgården sykehjem har foretatt en systematisk overvåking og gjennomgang av disse avviksmeldingene for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring tjenesten i virksomheten.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – i 2005 ikke hadde etablert nødvendige prosedyrer, rutiner, instruksjoner eller andre tiltak for å forebygge at pasientene falt og skadet seg, noe som representerer et brudd internkontrollforskriften § 4.

Ledelsen foretok heller ikke en systematisk overvåking og gjennomgang av avviksmeldingene på dette området for å bruke disse som et verktøy for å forbygge fall. Dette representerer etter vårt syn et brudd på interkontrollforskriften.

Den mangelfulle styringen av virksomheten var medvirkende til at pasienten fikk uforsvarlig pleie og er derfor også et brudd på kravet til forsvarlig virksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jf. § 1-3a.

Vi har imidlertid merket oss at Harstad kommune nå har en prosedyre, som første gang ble utgitt 1. juni 2007, for fallforebyggende tiltak. Den bestemmer bl.a. at forebyggende tiltak skal registreres, og at det skal gjøres en evaluering av om disse har gitt reduksjon i antall fall og gitt færre skader på pasienter.

3. Håndtering av konflikter mellom ansatte og pårørende ved Olavsgården sykehjem

Det utviklet seg over tid en konflikt mellom datteren og sykepleier [redacted]. Datteren reagerte på måten [redacted] snakket til moren på, og hvordan hun ble behandlet som pårørende, når hun tok opp forhold vedrørende moren.

Ifølge politianmeldelsen datert 16. juni 2006 var disse episodene den direkte foranledningen til at datteren den 14. juni 2005 plasserte en MP3-spiller i nattbordskuffet til sin mor da [redacted] hadde vakt. Se vedlagte vedtak om advarsel til [redacted].

Vi ba i brev 18. februar 2008 Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – redegjøre for hvilke tiltak som ble etablert for å løse det høye konfliktnivået mellom datteren og [redacted]. Vi ba dere også redegjøre for hvordan Olavsgården sykehjem sørget for at pasientens primærkontakt ivaretok punkt 8 i kommunens "Prosedyre for primærsykepleie i sykehjem", som gjalt fra 1. september 2005 og lyder:

"Primærsykepleier og/eller Primærkontakten skal ha kontakt med pårørende minst en gang pr. måned, eller etter nærmere avtale (for eksempel ukentlig den første tiden). Samtale med informasjon i henhold til samtykke fra pasienten (Pasientrettighetsloven § 3-3 og § 3-1 og eventuelt § 3-2)."

Dere skriver i brev 8. april 2008 at det var nødvendig å bytte primærsykepleier for pasienten mens hun var i 1. etasje, men at dere ikke kjenner til om bytte av primærkontakt ble vurdert etter at pasienten flyttet til 4. etasje. Dere innser at bytte av primærkontakt kunne ha dempet konflikten mellom datteren og [REDACTED]

Det opplyses at daværende enhetsleder, Astri Nermo, hadde flere møter med datteren vedrørende tilbudet til hennes mor, uten at dette er konkretisert eller dokumentert på noen måte. Møtene er heller ikke gjengitt i pasientens journal.

På vårt spørsmål om referater fra eventuelle møter med pasientens datter, har kommunen gitt oss dokumentasjon som etter det vi kan se ikke gjelder konflikten mellom datteren og [redacted] direkte.

I brev 8. april 2008 skriver dere følgende:

"Det foreligger ikke dokumentasjon i [redacted] journal vedrørende det vi omtaler som pårørendesamtale. Dette er mangelfullt. Vi skal minimum ha to dokumenterte pårørendesamtaler hvert år rundt hver pasient. I mange tilfeller dreier det seg om flere. Det avhenger helt av pasientens situasjon og utvikling, sykdomstilstand og behandling. Forandring i behov, tilstand, medisinsk behandling, sykdomsutvikling og andre relevante forhold kan kreve at vi må ha langt oftere pårørendesamtaler. Vi har ingen mulighet for å sikre at kvaliteten på dette området er ivarettatt om disse opplysningene ikke foreligger i journal.

Kontakten med pårørende til [redacted] var jevn og til tider daglig. Løpende avtaler som kan forandres fra dag til dag blir da dokumentert i kardex, og foreligger da ikke som dokumentasjon under pårørendesamtale. Dette har ofte sin årsak i disponering av tid. Vi har dessverre ikke alltid tid i en hektisk arbeidsdag til å legge inn all ønskelig dokumentasjon på rett område. Altså som en pårørendesamtale. I dag dokumenterer vi elektronisk, og kun på avvik. Dette forutsetter at pleieplan til enhver tid er oppdatert på alle områder."

Statens helsetilsyn har stor forståelse for at ikke alle detaljer av prioriteringshensyn kan dokumenteres, men forhold av betydning for pleie og omsorg av pasienten skal dokumenteres i pasientens journal. Det er heller ikke avgjørende i hvilken form det dokumenteres, men at det dokumenteres. Kardex er en del av pasientens journal. Vi kan heller ikke se at konflikten mellom datteren og [REDACTED] er dokumentert i kardex. Kardexen inneholder flere notater om at datteren har vært der, hva hun mener og ønsker, men lite eller ingenting om hvordan Olavsgården sykehjem har forholdt seg til hennes klager og synspunkter.

[REDACTED]

[redacted] var den personen som personalet fant det vanskelig å samarbeide med. Det foreligger ikke referat fra disse intervjuene. I tillegg hadde [redacted] hatt kommunikasjons- og samarbeidsproblemer med beboere og pårørende. [redacted]

Det fremgår ikke av saken om ledelsen tok tak i disse samarbeids- og kommunikasjonsproblemene som [redacted] hadde med ansatte i avdelingen, beboere og pårørende. Enkelte avviksmeldinger fra 2005 kan tyde på at dette ikke ble gjort på en adekvat måte.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – ikke hadde nødvendige tiltak for å håndtere konflikter mellom pårørende/pasient og ansatte. Dette er etter vårt syn et brudd på interkontrollforskriften § 4.

Harstad kommunes prosedyre for "Primærsykepleie i sykehjem", inneholdt bestemmelser om pårørendekontakt, men ledelsen kontrollerte ikke på en systematisk måte om prosedyren ble fulgt. Dette er et brudd på interkontrollforskriften § 4.

Den mangelfulle styringen av virksomheten medvirket til at pasienten fikk uforsvarlig pleie og behandling, jf kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jf. § 1-3 a.

Pliktbruddet fikk spesielt store konsekvenser fordi [redacted] både var avdelings- og primærsykepleier. Det første kontrollstedet for om prosedyrene ble fulgt, dvs at avdelingssykepleier sjekker om primærsykepleier følger etablerte prosedyrer, manglet. Denne dobbeltrollen til [redacted] medførte også at det ble vanskeligere for de andre ansatte, for beboere og pårørende å ta opp uønskende forhold.

4. Journalføring

Vi har i vedtaket til [redacted] konkludert med at det ikke ble ført korrekt journal når det gjelder hvor hyppig pasienten ble tilsett og hvilket tidspunkt pasienten døde. I tillegg til dette har vi påpekt at det manglet dokumentasjon av årlige samtaler med pårørende, hvis dette ble gjort. Det manglet også en samlet beskrivelse av pasientens individuelle behov og tiltak for å dekke disse, herunder væske og ernæringsoppfølging, beskrivelse av sårstell og tiltak mot liggesår. Statens helsetilsyn fant journalføringen så mangelfull at det forelå brudd på journalføringsplikten i helsepersonelloven §§ 39 og 40 med tilhørende forskrifter.

Journalføringsplikten er først og fremst begrunnet i hensynet til å sikre kontinuitet og kvalitet på helsetjenesten samt i å gi tilsynsmyndigheten og andre offentlige instanser mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. Journalen skal fungere som helsepersonellens hukommelse og arbeidsverktøy samt være grunnlag for at pasient ved innsyn skal kunne gjøre seg kjent med forhold som gjelder ham/henne selv. Nøyaktig dokumentasjon av helsehjelpen som blir gitt er grunnleggende for at annet helsepersonell skal kunne forstå hva som er gjort, slik at disse blir i stand til å kunne vurdere det behandlingsmessige forløpet korrekt.

Journalansvarlig

I helsepersonelloven § 39 annet ledd står det at det "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."

I journalforskriften § 6 er det utdypet at det i journalen skal fremgå hvem som er journalansvarlig. Vi kan ikke direkte se av journalen hvem som var utpekt som journalansvarlig. Dette er en mangel ved journalen og et brudd på helsepersonelloven § 39 og journalforskriften § 6. Styrer Astri Nermo opplyste i brev av 16. mars 2006 til Helsetilsynet i Troms at tilsynslegen har journalansvaret. Det er ikke vedlagt stillingsinstruks for tilsynslegen slik vi har bedt om, men det er vedlagt en intern prosedyre for legevisitt. Det fremgår ikke av denne at tilsynslegen er journalansvarlig.

Sykepleierens ansvar

Det følger av stillingsbeskrivelse for sykepleier punkt 13 at sykepleieren har ansvar for å sørge for at all sykepleiedokumentasjon er oppdatert. "Sykepleiedokumentasjon" er ikke nærmere definert, men vi legger til grunn at det er den delen av pasientens journal som sykepleier kan og skal ha ansvar for. Sykepleiedokumentasjon er derfor en vesentlig del av pasientens journal.

Primærsykepleierens ansvar

I kommunens prosedyre for "Primærsykepleie i sykehjem" fremgår det at primærsykepleieren har ansvar for å utfylle pasientopplysningsskjema (pkt 4), dokumentere avtale om brukermedvirkning og kontakt med pårørende i journal (pkt 6 og 8) og at det utarbeides pleieplan (pkt 9). Disse dokumentene er sentrale i pasientjournalen.

Kommunens stillingsinstrukser og prosedyrer mangler klare bestemmelser om hvem som har ansvaret for journalføring og hva dette ansvaret innebærer. Kommunens stillingsinstrukser og prosedyrer, sammenholdt med den manglende journalføringen som denne saken viser, tyder på at kommunen ikke hadde sikret en god rutine for hvordan pleiepersonalet skulle nedtegne relevante og nødvendige observasjoner.

Vi har ikke mottatt noen dokumenter eller beskrivelse som viser om ledelsen ved Olavsgården sykehjem har foretatt en systematisk overvåking og gjennomgang av journalsystemet for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Konklusjon

Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – hadde ikke gjennom kommunens stillingsinstrukser og prosedyrer klart nok formulert hvem som hadde ansvaret for journalføring og hvem som var journalansvarlig. De kontrollerte heller ikke på en systematisk måte at journalføringssystemet fungerte.

Dette er etter vår vurdering et brudd på internkontrollforskriften § 4.

Den mangelfulle styringen av virksomheten førte til at pasientens journal manglet viktige opplysninger, opplysninger som var nødvendige for å gi pasienten forsvarlig behandling og pleie, jf. helsepersonelloven §§ 39, 40 og pasientjournalforskriften.

Vi registrerer at Harstad kommune i brev av 8. april 2008 sier at de nå har igangsatt følgende tiltak: "Bedring av dokumentasjonspraksis. Fokus på pleieplaner og innhold,

samt oppdatering og mål. Bevisstgjøring av sykepleiernes ansvar for også å følge opp i forhold til tilsynslegens dokumentasjon. Avklaring og dokumentasjon i forhold til etisk/moralske spørsmål rundt pasienten og dens situasjon. "

5. Innsyn i journal

Statens helsetilsyn skal vurdere om sykehjemmet hadde nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å ivareta kravet om innsyn i journal (og evt forespørsler om fotografering).

Pasientrettighetsloven § 5-1, jf. helsepersonelloven § 41, regulerer pårørendes rett til innsyn i journal. Bestemmelsene er nærmere utdypet i pasientjournalforskriften §§ 11 og 12 (For 2000-12-21 nr 1385).

Virksomhetens plikter fremgår av pasientjournalforskriften § 4:

Virksomhet hvor det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem. Systemet må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov, blant annet regler om:

- a. innsyn i journal, jf. helsepersonelloven § 41 og pasientrettighetsloven § 5-1,*
- b. tilgang til og utlevering av journal, jf. helsepersonelloven § 25 og § 45 samt pasientrettighetsloven § 5-3,*

Pasientens datter klaget over at sykehjemmet brukte veldig lang tid på å utlevere pasientens journal og opplysninger om moren til henne (ca 2-3 måneder).

Ifølge brev 21. september 2005 fra advokat Edvardsen fremgår det at pasientens datter/hans klient rett etter pasientens bortgang i juni 2005 ba om å få morens journal utlevert. Først etter tre purringer på faks fra advokaten ble journalen utlevert i to runder den 7. og 21. september 2005. Advokat Edvardsen sier han har fått bekreftet at hans fakser kom igjennom.

Videre klaget datteren over at hun ikke fikk se morens liggesår, og at personalet ikke ville ta bilder av disse for henne. I journalen 15. juni 2005 er det ført at det må gis en skriftlig begrunnelse for å få ta bilde, og at pasienten må skrive under på at hun løser personalet fra taushetsplikten.

Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – ved styrer Astri Nermo, kommenterte disse forholdene i brev av 16. mars 2006 til Helsetilsynet i Troms. Hun opplyste at det er tilsynslegen som er journalansvarlig og som skal spørres før journalen utleveres. Kommunen mener de ble kontaktet av datteren i begynnelsen av september pr telefon og at hennes henvendelser pr faks ikke ble oppfanget fordi det var noe galt med faksen. Kommunen sier at de ikke har prosedyrer for fotografering, men at det ikke er noen som blir nektet å ta bilder.

Pasientrettighetsloven og pasientjournalforskriften gir ikke regler for frist for utlevering av journal. Avhengig av hvor stor en journal er og om den finnes elektronisk eller i papirkopi, vil utleveringstiden naturlig nok variere. Journaler er opptegnelser av personopplysninger, og det følger av personopplysningsloven at henvendelser om innsyn skal behandles uten ugrunnet opphold og senest innen 30

dager fra den dagen henvendelsen kom inn. Dette er også gjengitt i Harstad kommunes prosedyre om "Informasjonsplikt og rett til innsyn". Svar på krav om utlevering av journal etter pasientrettighetsloven vil være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Reglene for god forvaltningsskikk må følges. I dette ligger plikten til å informere om når svar kan ventes dersom ikke journalen kan utleveres uten ugrunnet opphold. Det har vært noe uklart nøyaktig hvilken dag datteren ba om journalen første gang, men det legges til grunn at det var kort tid etter at pasienten døde i juni 2005 og ikke i september slik sykehjemmet mener å huske. Helsetilsynet i Troms har slått fast at det gikk alt for lang tid fra datteren henvendte seg til sykehjemmet og til hun fikk utlevert journalen. Dette slutter vi oss til.

Statens helsetilsyn ba kommunen om kopi av prosedyre for/beskrivelse av håndtering av krav om innsyn i journal. Kommunen har i brev av 8. april 2008 vedlagt kopi av Harstad kommunes prosedyre om "Informasjonsplikt og rett til innsyn", gjeldende fra 1. november 2004 samt "Håndbok for informasjonssikkerhet for ledere".

I "Informasjonsplikt og rett til innsyn" står det at enhetsleder skal svare på spørsmål om innsyn eller andre rettigheter etter personopplysningsloven. Hvem som skal svare på spørsmål om innsyn i journal etter pasientrettighetsloven er ikke omtalt. "Håndbok for informasjonssikkerhet for ledere" omhandler ikke innsyn og utlevering av journal. Etter det vi kan se er begge disse dokumentene uegnet som styringsverktøy i forhold til spørsmål knyttet til journalinnsyn/utlevering.

Som det er nevnt i punkt 4 over skal det i helseinstitusjoner utpekes en person til å ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Lov og forskrift fastsetter ikke eksplisitt hvem som skal ha ansvar for å ta stilling til forespørsler om innsyn. I merknadene til forskrift om pasientjournal er det imidlertid uttalt at journalansvaret også innebærer å ta stilling til spørsmål om innsyn i og utlevering av journal.

Konklusjon

Kommunen - Olavsgården sykehjem - har ikke klart nok formulerte prosedyrer og stillingsinstrukser i forhold til ansvaret for håndtering av innsynsbegjæringer og krav om utlevering av journal. Dette er et brudd på internkontrollforskriften § 4.

Den mangelfulle styringen av virksomheten kan ha medvirket til at pasientens pårørende ikke fikk utlevert journalen i rett tid jf. pasientrettighetsloven § 5-1, jf. helsepersonelloven § 41 og pasientjournalforskriften §§ 11 og 12.

Avsluttende kommentar

I vårt brev av 18. februar 2008 til Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – konkluderte vi med at oppfølgingen av pasienten over tid var uforsvarlig. Vi konkluderte med at [redacted] måtte bære en stor del av ansvaret for dette. Hun fikk derfor advarsel for uforsvarlig virksomhet. Etter vår vurdering har imidlertid den påpekte svikten ved store deler av styringssystemene ved Olavsgården sykehjem vært medvirkende til at pasienten fikk uforsvarlig behandling. Ledelsens manglende fokus på styringssystemet førte til at uforsvarlig behandling av pasienten ikke ble avdekket og korrigert på et tidligere tidspunkt. Dette er meget alvorlig og kritikkverdig.

Ut fra en erkjennelse av forholdet mellom vedkommende helsepersonells selvstendige ansvar for å gi forsvarlig behandling, pleie og omsorg og ledelsens ansvar for å legge forholdene til rette for forsvarlig virksomhet, ba vi Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – redegjøre for hvordan de gjennom sitt styringssystem/internkontroll sikrer at pasientene får forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp, og hvilke faglige og styringsmessige utfordringer som er knyttet til dette. Videre ba vi om en rekke dokumenter/beskrivelser som dokumentasjon på dette.

Det fremgår av Harstad kommune – Olavsgården sykehjems – redegjørelse og tilsendte dokumenter at kommunen nå har mange elementer i et styringssystem på plass. Skal styringssystemet fungere etter hensikten forutsetter det imidlertid at alle følger prosedyrene og stillingsbeskrivelsene, og utfører arbeidsoppgavene i tråd med disse. Ledelsen må foreta en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Noe Harstad kommune – Olavsgården sykehjems – selv påpeker.

Et viktig ledd i kontinuerlig kvalitetsforbedring er avvikshåndtering. Avviksmeldingene for 2005 kan tyde på at Olavsgården sykehjem har en god, men varierende meldekultur, noe som er av stor betydning for å bedre kvaliteten på tjenestene i sykehjemmet. Men det er ikke tilstrekkelig å bare registrere avvik. Avvikene må analyseres med hensyn til årsak og konsekvens. Det må iverksettes korrigerende tiltak som må evalueres med hensyn til om de har hatt ønsket effekt. I motsatt fall vil avvikene gjenta seg, noe som avvikene for 2005 ved Olavsgården sykehjem viser. Der er det mange repeterende avvik spesielt på fall og på vold/uønsket atferd.

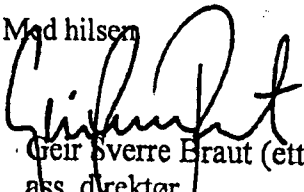
Når det gjelder avvik fra mål og tiltak knyttet til pleieplanene er det spesielt viktig å se på hvilke rutiner som er etablert for å holde pleieplanene à jour i forhold til pasientenes situasjon.

Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – har ansvar for å sikre forsvarlig legetjeneste ved sykehjemmet. Kommunen må sammen med sykehjemmets ledelse avklare i hvilket omfang sykehjemslegen og/eller kommunelegen skal bidra til utvikling av medisinskfaglige prosedyrer og gjennomføring av andre institusjonsrettede oppgaver som behøves for en forsvarlig behandling av pasientene.

Vi ber om at Harstad kommune – Olavsgården sykehjem – gir Helsetilsynet i Troms en redegjørelse for hvordan de påpekte brudd på helselovgivningen er rettet eller en plan for hvordan de vil rette opp forholdene.

Vi legger til grunn at Helsetilsynet i Troms følger dette opp.

Med hilsen


Geir Sverre Braut (etter fullmakt)
ass. direktør


Lisa Husby Sande
seniorrådgiver

Vedlegg: Kopi av Statens helsetilsyns vedtak av 4. juli 2008

Kopi til:

Helsetilsynet i Troms



Juridisk saksbehandler: Lisa Husby Sande, tlf. 21 52 99 16
Helsefaglig saksbehandler: Marit Nygaard, tlf. 21 52 99 24