Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i oppfølgingen av pasient med diabetessykdom ved hjemmetjenesten
i [redacted] kommune
Saksnummer: [redacted]

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

[redacted]v/Kommunedirektøren
[redacted]

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

DERES REF: / YOUR REF:	VÅR REF: / OUR REF:	DATO: / DATE:
[redacted]	[redacted]	3 . mai 2021

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) viser til varsel fra [redacted] kommune og etterfølgende stedlig tilsyn [redacted]. Forholdet gjelder den helsehjelpen [redacted], født [redacted] - død [redacted], fikk fra kommunens helse- og omsorgstjeneste i perioden [redacted].

Helsetilsynet har undersøkt om kommunen har tilrettelagt sine tjenester slik at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og om pasienten i saken fikk forsvarlig helsehjelp. Vi har hatt særlig fokus på temaene oppstart, endringer og utførelse av helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Helsetilsynet ber om at den endelige rapporten gjøres kjent og tilgjengelig for ledelsen og helsepersonellet som vi hadde samtaler med. Vi viser i den sammenheng til våre forventninger til kommunens videre oppfølging avslutningsvis i rapporten.

Vi ber også om at virksomheten informerer pårørende fortløpende om hvilke tiltak som er, og vil bli iverksatt for å redusere fremtidig risiko på området.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health Supervision
Org. nr.: 974 761 394

Postadresse / *Postal address:*
Pb. 231 Skøyen,
0213 Oslo, Norway
Besøksadresse / *Street address*:
Møllergata 24

Fakturaadresse / *Invoice address*:
Statens helsetilsyn
Fakturamottak DFØ
Pb 4746, 7468 Trondheim
EHF-format - adresse 974761394

Tlf. / *Tel.*: (+47) 21 52 99 00
E-post / *E-mail*:
postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Dersom det er ønske eller behov for at Helsetilsynet presenterer rapporten for [redacted] kommune i et videomøte, ber vi om å få tilbakemelding om det, slik at vi kan avtale et slikt møte,

Med hilsen

[redacted]
direktør

[redacted]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi:
[redacted]
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
[redacted]

Juridisk saksbehandler: [redacted]

Innhold

Sammendrag 6

1 Tilsynets tema og avgrensning 7

2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer 7

2.1 Forsvarlig helsehjelp 8

2.2 Pasienter, brukere og pårørendes rett til informasjon og medvirkning 10

2.3 Vedtak om helse- og omsorgstjenester i hjemmet 10

2.4 Journal- og informasjonssystemer 10

2.5 Faglig normering – krav og forventninger til virksomhet og helsepersonell 10

3 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis 15

3.1 Organisering 15

3.2 Prosedyrer og rutiner 16

3.3 Praksis – hvordan tjenestene vanligvis utføres 16

3.4 Kommunens arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet 19

4 Hendelsesforløpet og helsehjelpen 20

4.1 Om pasienten 20

4.2 Oppstart av hjemmetjenester i [redacted] 20

4.3 Utførelse av hjemmetjenester til pasienten 20

4.4 Endring i tjenestetilbudet i [redacted] 21

4.5 Endring i tjenestetilbudet i [redacted] på bakgrunn av koronasituasjonen 21

4.6 Oppfølgingen av pasienten i perioden [redacted] 22

4.7 Tilbakemelding fra pårørende 22

4.8 Tilbakemelding fra virksomheten etter det stedlige tilsynet 22

5 Hendelses- og årsaksanalyse 23

5.1 Hendelsesanalyse 23

5.2 Årsaksanalyse 24

6 Helsetilsynets vurderinger 25

6.1 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar tjenester i hjemmet? 25

6.2 Ga [redacted] kommune pasienten forsvarlig helsehjelp? 28

6.3 Har [redacted] kommune iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt i oppfølgingen av pasienter/brukere med sammensatte behov? 31

7 Andre forhold – involvering av pårørende 32

8 Konklusjoner 32

9 Forventninger til virksomheten og frist for tilbakemelding 33

10 Referanser 34

Vedlegg – Saksbehandlingsprosessen 35

Sammendrag

Hendelsen handler om et uventet dødsfall hos en pasient i [redacted], med diabetes mellitus type 1, som mottok hjemmetjenester fra kommunen. Pasienten skulle ha besøk av hjemmetjenesten morgen og kveld for å følge opp diabetesbehandlingen. Tjenestetilbudet ble redusert etter to måneder til kun å gjelde besøk om kvelden. Ett år senere, i forbindelse med koronasituasjonen i [redacted], ble tjenestetilbudet ytterligere redusert til telefonkontakt med helsepersonell på kveldstid. To måneder etter siste reduksjon i tjenestetilbudet ble pasienten funnet bevisstløs i sitt hjem av pårørende, og hadde da livstruende lavt blodsukker. Pasienten ble bragt til sykehus og døde. Det viste seg, i ettertid, at hjemmetjenesten ikke hadde hatt kontakt med pasienten på tre døgn. Hjemmetjenesten hadde forsøkt å ringe pasienten, men oppnådde ikke kontakt.

Ved stedlig tilsyn fant Helsetilsynet at kommunen ikke hadde foretatt en helhetlig vurdering av pasientens behov. Det var ikke lagt planer for hvordan pasienten skulle følges opp, eller hvordan hjemmetjenesten skulle samarbeide med andre instanser for å gi pasienten helsehjelp. Hjemmetjenesten hadde redusert oppfølgingen av pasientens diabetesbehandling, uten å involvere fastlege eller spesialisthelsetjeneste.

Da koronasituasjonen oppsto, besluttet hjemmetjenesten at daglige hjemmebesøk skulle erstattes med en telefon til pasienten, til tross for at det over telefon ikke var mulig å kontrollere at diabetesbehandlingen ble utført korrekt. Kommunen hadde ikke rutiner for hva som skulle gjøres hvis pasienten ikke tok telefonen, og det var opp til den enkelte helsepersonell hva de skulle foreta seg når de ikke oppnådde kontakt.

Det fremkom under tilsynet at kommunen ikke hadde sørget for tilstrekkelige rutiner og etablerte arbeidsmåter for hvordan pasienter/brukere som mottok hjemmetjenester skulle følges opp. Kommunen sikret ikke at viktige beskjeder og informasjon om pasientene/brukerne ble overført mellom helsepersonell. Helsehjelpen ble i stor grad gjennomført ut fra hva det enkelte helsepersonell vurderte som riktig der og da, uten at de hadde retningslinjer å støtte seg til, eller kollegaer eller ledere å diskutere med.

Kommunen hadde hatt en lignende hendelse [redacted], som gjaldt manglende oppfølging etter at en bruker hadde utløst trygghetsalarmen på natten. I [redacted]. Hendelsen, og statsforvalterens avgjørelse i den påfølgende tilsynssaken som konkluderte med uforsvarlig virksomhet, har vært ukjent for store deler av hjemmetjenesten og for den øverste ledelsen i kommunen.

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke hadde sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar hjemmetjenester. Vi har også kommet til at kommunen ikke ga den aktuelle pasienten forsvarlig helsehjelp.

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune i etterkant av hendelsen har arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og har iverksatt tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen.

1 Tilsynets tema og avgrensning

Helsetilsynet mottok [redacted] varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [redacted] HF og [redacted] kommune. Varselet gjaldt helsehjelpen [redacted], født [redacted] - død [redacted], fikk fra [redacted] kommunes helse- og omsorgstjeneste.

Saken omhandler helsehjelpen og oppfølgingen kommunen ga pasienten. Han hadde diabetes mellitus type 1 og ble innlagt i sykehus med livstruende hypoglykemi og døde. Hjemmetjenesten hadde dagen før, og samme dag som innleggelsen, ikke oppnådd kontakt med pasienten per telefon. Dette ble ikke fulgt opp nærmere. Det viste seg at pasienten hadde fått en forverret helsetilstand med behov for hjelp. Han ble funnet bevisstløs i sitt hjem av pårørende.

På bakgrunn av hendelsen som ble varslet, gjennomførte Helsetilsynet stedlig tilsyn i helse- og omsorgstjenesten i [redacted] kommune. Formålet med å gjennomføre stedlig tilsyn var å opplyse saken gjennom samtaler med involvert helsepersonell, ledere og pårørende, i tillegg til innhenting av skriftlig dokumentasjon.

I denne rapporten oppsummerer vi funn og vurderinger etter det stedlige tilsynet i kommunen. Helsetilsynet har vurdert om kommunen i forkant av denne hendelsen hadde tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar tjenester i hjemmet, og om den aktuelle pasienten fikk forsvarlig helsehjelp fra kommunen. Vi har hatt særlig fokus på temaene oppstart av tjenester i hjemmet, endringer av et tidligere vedtatt tjenestetilbud, og utførelse av tjenester i hjemmet. Her har vi blant annet sett på hvordan kommunen sikret forsvarlige tjenester til pasienten da det ble innført endringer på bakgrunn av koronasituasjonen, og hvordan kommunen sikret forsvarlig utførelse av tjenester i hjemmet ved samhandling og samarbeid mellom deltjenester i kommunen, med spesialisthelsetjenesten, og internt i hjemmetjenesten. Vi har til slutt vurdert om kommunen har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for lignende hendelser.

Vurdering av spesialisthelsetjenestens oppfølging av den aktuelle pasienten, og deres særskilte veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, omfattes ikke av tilsynet. Vurdering av om pasienten skulle hatt individuell plan omfattes ikke av tilsynet.

Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i vedlegg nr. 1.

2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, og skal i saker som gjelder varsel om alvorlig hendelse foreta stedlig tilsyn dersom dette anses nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Dette fremgår av helsetilsynsloven § 6 andre ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a.

I det følgende presenteres først det aktuelle lovgrunnlaget for våre vurderinger. Deretter følger en beskrivelse av normer for god praksis og styring på de aktuelle områdene som er relevante for denne saken.

Relevante lovbestemmelser følger også som vedlegg til rapporten.

2.1 Forsvarlig helsehjelp

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om virksomheten er organisert og styres slik at pasienter i tilsvarende situasjoner er sikret forsvarlig helsehjelp. I dette ligger også et krav til at virksomheten er organisert på en slik måte at helsepersonellet som yter helsehjelpen blir i stand til å overholde lovpålagte plikter.

2.1.1 Krav til kommunen

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester som følger av HOL § 4-1.

Når tjenestetilbudet i en kommune planlegges og organiseres, må det tas hensyn til kompetanse og ressurser i kommunen. Både faglige og etiske vurderinger må ligge til grunn for hvordan tjenestene utføres og vedlikeholdes. Kommunen har plikt til å sørge for forsvarlige helsetjenester som imøtekommer dagens behov, samtidig som det må tas høyde for varierende behov og fremtidige behov. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenestetilbudet til den enkelte blir helhetlig og koordinert. Det er ikke tilstrekkelig at de enkelte tjenestene er forsvarlige, også tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig.

Kommunen er etter HOL § 3-4 pålagt en plikt til å legge til rette for samarbeid. Dette gjelder samarbeid mellom deltjenestene i kommunen, mellom kommune og andre tjenesteytere, og med fylkeskommune, helseforetak og stat. Dette skal bidra til at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige.

2.1.2 Nærmere om kravene til forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder for virksomheter som yter helsehjelp og for det enkelte helsepersonell, jf. HOL § 4-1, helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer en plikt for helsepersonellet til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Virksomheten har samtidig en plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. HOL § 4-1c.

Forsvarlighetskravet tar utgangspunkt i hva som kan forventes av virksomheter og helsepersonell i det enkelte og konkrete tilfellet. Det betyr at lovverket må utdypes og konkretiseres ut fra gjeldende anerkjent fagkunnskap og samfunnets normer. Hva som kan anses som god faglig praksis kan endre seg i tråd med fagutvikling, endringer i verdioppfatninger og situasjonen forøvrig. Å definere hva som er god faglig praksis er nødvendig for å kunne si hvor grensen mot det uforsvarlige går.

2.1.3 Virksomhetens plikt til forsvarlig organisering, ledelse og systematisk styring

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette gjelder organisering, planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomhetens aktiviteter. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Det innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves. Kravet gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for helsetjenesten som ytes i kommunen.

Etter HOL § 4-2 pålegges enhver som yter helsetjenester til å arbeide systematisk med arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Denne plikten understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5, ved at det stilles krav om at virksomheter skal etablere et internkontrollsystem, og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6-9. Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter, og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir ivaretatt i hele virksomheten. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasient- og brukersikkerhet.

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Dette er en kontinuerlig prosess som innebærer å kartlegge risiko- og forbedringsområder, identifisere årsaker og iverksette effektive tiltak. Tiltakene skal testes ut og justeres til resultatet blir som ønsket. Virksomheten må videre forsikre seg om at tiltakene er kjent, forstått og at de blir etterlevd i praksis. Virksomheten skal på denne måten evaluere sine aktiviteter, slik at man lærer av gode og dårlige erfaringer. Virksomheten må på samme måte gjennomgå alvorlige hendelser for å redusere risiko for at tilsvarende skal skje igjen.

2.1.4 Krav til helsepersonell

Helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

Helsepersonell skal etter helsepersonelloven § 4 utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Ved vurderingen av om helsehjelpen har vært forsvarlig, skal det tas utgangspunkt i hva som er god praksis for tilsvarende forhold. Det som står sentralt er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Det må tas utgangspunkt i helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og hvilke rammer og betingelser som er satt av ledelsen. Vurderingen av helsepersonellets handlinger må videre skje med bakgrunn i opplysninger om hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike klart fra god praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Yrkesutøvelsen må på denne måten tilpasses etter faglige kvalifikasjoner, slik at man ikke påtar seg andre arbeidsoppgaver enn det kvalifikasjonene tilsier.

Helsepersonells plikt til å yte omsorgsfull hjelp

Kravet om at hjelpen skal være omsorgsfull er basert på prinsippet om at pasienten/brukeren skal behandles med respekt, og bli ivaretatt som et helt menneske med forventninger, følelser, spørsmål og usikkerhet. Det stilles krav til hvordan helsepersonell skal opptre og kommunisere overfor pasient/bruker og pårørende, og til at pasientene/brukerne gis bestemte ytelser. Det kan anses uforsvarlig å unnlate å vise omsorg, slik at kravet om omsorgsfull hjelp har selvstendig betydning.

Et minimumskrav til omsorg vil være at pasienten/brukeren får dekket basale behov som ernæring, søvn og hygiene. Hvilke krav som kan stilles til omsorg utover dette vil variere etter hvilken type helsehjelp som gis. Pasienter/brukere som mottar hjemmetjenester vil for

eksempel kunne kreve omsorg i form av nødvendig hjelp både til konkrete basalbehov og til trivsel. Dette innebærer at helsehjelpen må tilpasses den enkelte pasient/bruker ut fra hans/hennes forutsetning, behov og ønsker, og være preget av innlevelse, omtanke og vennlighet. Her, som under forsvarlighetskravet, vil forventninger om omsorg ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, samt de verdier vi legger til grunn, være veiledende momenter for den lovbestemte omsorgsplikten.

2.2 Pasienter, brukere og pårørendes rett til informasjon og medvirkning

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og har rett til informasjon om helsetjenesten. Dette gjelder også i forbindelse med alvorlige hendelser. Det er virksomhetens ansvar å sikre reell mulighet til medvirkning, og at nødvendig og tilpasset informasjon gis. Dersom pasienten/brukeren er påført alvorlig skade eller komplikasjoner, skal det gis tilbud om et møte med helsetjenesten senest ti dager etter den alvorlige hendelsen. Pasienter/brukere som har vært involvert i en alvorlig hendelse skal ha informasjon som er relevant for å belyse og forstå saken. Pasienter/brukere skal også ha informasjon om de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av den alvorlige hendelsen.

Pasientens/brukerens nærmeste pårørende kan ha rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og rett til informasjon om helsetjenesten som ytes. Dette beror på om pasienten/brukeren selv samtykker til det, eller andre forhold tilsier det. Pårørende må da få informasjon om helsetilstanden som er nødvendig for å kunne ivareta pasienten/brukeren. Nærmeste pårørende har også rett til informasjon om hva som skjedde ved alvorlige hendelser, og om hva virksomheten eventuelt har iverksatt av tiltak for at det samme ikke skal skje igjen.

Bestemmelser som belyser rettighetene til medvirkning og informasjon, til pasienter/brukere og pårørende i kommunen, fremkommer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og HOL § 4-2 a.

2.3 Vedtak om helse- og omsorgstjenester i hjemmet

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 at det skal fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment å vare lengre enn to uker. Helse- og omsorgstjenester i hjemmet omfattes av dette.

2.4 Journal- og informasjonssystemer

Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomhetene er forsvarlige, jf. HOL § 5-10. Det skal tas hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av journal- og informasjonssystemer. Pasientopplysninger skal være tilgjengelige for rett person til rett tid, og sensitive opplysninger skal ha nødvendig beskyttelse. Det forutsettes at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og samarbeid om utvikling av journal- og informasjonssystemer.

2.5 Faglig normering – krav og forventninger til virksomhet og helsepersonell

Faglige normeringer beskriver hvordan aktuelle tjenester skal utføres slik at tjenestene blir forsvarlige, og angir hva som er god praksis på et område. For å få til god og trygg praksis må ledelsen sørge for at kravene etterleves.

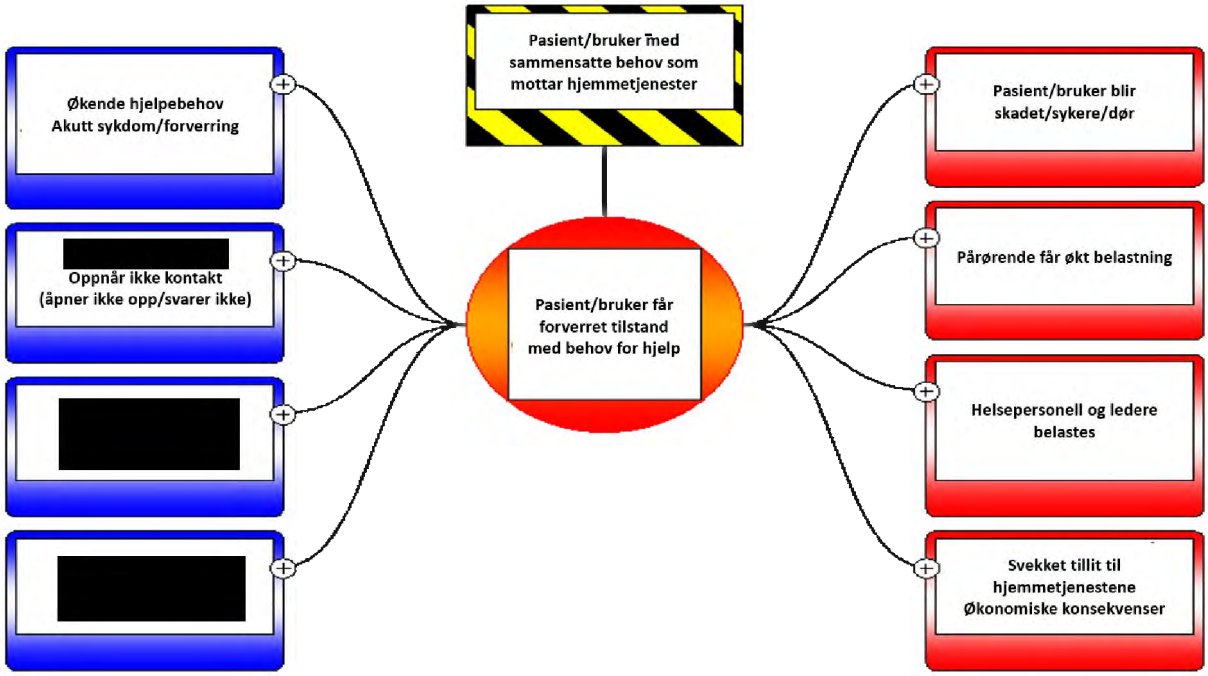
Nedenfor følger normer for god praksis og god styring på de aktuelle områdene som er relevante for denne saken.

2.5.1 Krav til virksomheten angående risikostyring

Ledelse og styring av virksomheten medfører plikt til å ha oversikt over risikofaktorer, og å sette inn risikoreduserende- og skadeforebyggende tiltak der risiko er kjent. Virksomhetens ledelse må derfor løpende identifisere områder der det er risiko for svikt, og innrette risikoreduserende tiltak for å sikre forsvarlige tjenester. Dette gjelder tiltak både for å redusere risiko for at svikt skal skje, men også skadeforebyggende tiltak for å redusere konsekvenser av svikt som kan skje.

Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og iverksette de tiltakene som viser seg å være effektive. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, type aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Identifikasjon av risikoområder, og utvikling og implementering av risikoreduserende- og skadeforebyggende tiltak, er avhengig av at virksomheten har fungerende kvalitetssystemer.

I hjemmetjenestene er det til enhver tid pasienter/brukere med sammensatte behov, og som kan risikere å få en forverret tilstand hvor de har behov for ytterligere hjelp. Ledelsen må ha oversikt over forhold som kan øke risiko for forverret tilstand, og de bør ha tenkt hvilke konsekvenser det kan få hvis pasienters/brukeres tilstand blir forverret uten at det fanges opp. Nedenfor har vi laget en figur som er ment å illustrere aktuelle risikoer og mulige konsekvenser av at forverret tilstand ikke fanges opp:



Figur: Risikoområder som kan øke risiko for at pasient/bruker for forverret tilstand med behov for hjelp (til venstre), og noen konsekvenser dette kan få (til høyre).

Figuren viser til venstre risikoområder som kan bidra til at det oppstår en situasjon der en pasient/bruker får forverret tilstand med behov for hjelp. Til høyre i figuren vises noen konsekvenser det kan få hvis pasientens/brukerens behov for hjelp ikke fanges opp og håndteres.

Når virksomheten har identifisert risikoområder, må de utvikle og iverksette tiltak som reduserer risikoen for at pasient/bruker får forverret tilstand, såkalte risikoreduserende tiltak. Virksomheten må også utvikle og iverksettes tiltak som kan forebygge eller begrense skade og alvorlig utfall hvis pasientens/brukerens tilstand skulle forverre seg, såkalte skadeforebyggende tiltak.

2.5.2 Krav ved oppstart av tjenester i hjemmet

Når det skal startes opp med tjenester i hjemmet, må det først fattes vedtak om tildeling av tjenester. Det må sikres at vedtak om tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon om den enkeltes ønsker, behov og situasjon. Pasienten/brukeren skal få informasjon om at vedkommende har rett til å klage på vedtaket (1).

Det kan oppstå situasjoner hvor et hjelpebehov må dekkes umiddelbart. I slike tilfeller må kommunen først starte opp med å gi tjenester, og etterpå sette i gang kartlegging og utforming av vedtak (1).

For å vurdere og synliggjøre behov for tjenester, er det er god praksis å benytte aktuelle kartleggingsverktøy for utredning av funksjonsnivå og helsetilstand (1, 2, 3). For å kartlegge funksjonsnivå, er det som regel nødvendig å foreta hjemmebesøk for å vurdere pasientens/brukerens fungering i hjemlige omgivelser. Hvis pasienten/brukeren har sammensatte behov, er det viktigere med grundigere kartlegginger enn hvis pasienten/brukeren kun har enklere behov som skal dekkes (1).

Ansatte i spesialisthelsetjenesten observerer som regel pasientene/brukerne i institusjonsmiljø, og ikke i deres daglige og hjemlige miljø. Når initiativet til tjenester i hjemmet kommer fra andre enn kommunale instanser, er det derfor ekstra viktig at kommunen foretar nødvendig kartlegging gjennom hjemmebesøk, for å kunne vurdere pasienten/brukeren i det miljøet hvor tjenestene skal utøves og ha effekt. Det er i de fleste tilfeller kommunens helse- og omsorgstjeneste som har best kompetanse på å vurdere pasienters/brukeres behov for kommunale tjenester. Det kan være lokale forhold som gjør det utfordrende å gjennomføre tiltakene spesialisthelsetjenesten har foreslått. Ved behov må kommunen melde slike eventuelle utfordringer tilbake til involvert spesialisthelsetjeneste (3).

Hvis en pasient/bruker også får oppfølging og behandling fra andre enn hjemmetjenesten, som for eksempel fastlege og spesialisthelsetjeneste, må det samarbeides slik at det sikres at tjenestetilbudet blir trygt, enhetlig og koordinert. Plan for samarbeid, med avklaring av hvem som har ansvar for å gjøre hva og til hvilken tid, er særlig viktig hvis pasienten/brukeren har sammensatte behov for tjenester (2).

Det er god praksis å kartlegge og vurdere om det foreligger forhøyet risiko for at uønskede hendelser kan inntreffe for pasienten/brukeren (2). Ved forhøyet risiko må det vurderes å sette inn risikoreduserende tiltak. I tillegg er det god praksis å vurdere om det er skadeforebyggende tiltak som kan settes inn, altså tiltak som kan redusere risiko for skade hvis hendelsen inntreffer. En trygghetsalarm, til pasienter/brukere som er i risiko for å kunne trenge akutt behov for hjelp, er eksempel på et slikt tiltak.

Velferdsteknologi og hjelpemidler, som for eksempel trygghetsalarm og fallsensor, kan understøtte og forsterke pasienters/brukeres trygghet og selvstendighet (1). Aktuell teknologi og hjelpemidler bør derfor vurderes som tiltak ved oppstart av tjenester i hjemmet.

Etter at det er fattet vedtak om tjenester i hjemmet, er det god praksis å utarbeide en detaljert tiltaksplan eller pleieplan i samarbeid med pasienten/brukeren og eventuelt pårørende. Planen bør angi hvilke og hvordan tiltak skal utføres, hvordan tiltak skal evalueres, og hvordan det skal samarbeides med pasienten/brukeren og pårørende (3, 4).

2.5.3 Krav ved endring av tjenester i hjemmet

Et vedtak om helse- og omsorgstjenester er bindende for kommunen. Helsepersonell som jobber med pasienten/brukeren i det daglige, må kontinuerlig vurdere om tjenestene det er fattet vedtak om er tilpasset pasientens/brukerens behov (1). I tillegg er det god praksis å ha rutiner for jevnlig å evaluere pasientens/brukerens funksjonsnivå. Det er god praksis å innhente informasjon om pasientens/brukerens tilstand ved hjelp av kartleggingsverktøy, både regelmessig og hvis det er endring hos pasienten/brukeren (1, 2, 5). Eventuelle endringer bør rapporteres til samarbeidende helsepersonell (2, 5), jf. helsepersonelloven § 4, 2. ledd. Hvis det ikke benyttes kartleggingsverktøy, er det særlig viktig å drøfte observasjoner med annet helsepersonell.

Ved behov for større og eventuelt mer varige endringer i utøvelse av tjenester, skal vedtaket vurderes på nytt og endres. Ved at det fattes nytt vedtak om endring i tjenestetilbudet får pasienten/brukeren klageadgang på endringen. Ved nytt vedtak, på bakgrunn av endrede behov, gjelder de samme krav for vurderinger som når tjenester innvilges for første gang. Det innebærer at kommunen må sørge for nødvendig samarbeid mellom hjemmetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste når det gjelder vurdering, planlegging og iverksetting av endringer i tjenestetilbudet, for å sikre at endringene er individuelt tilpasset, koordinerte og forsvarlige (1).

Mindre, og eventuelt midlertidige, endringer i utøvelse av tjenestene behøver ikke endring i vedtak. Det ligger innenfor helsepersonellets ansvarsområde for yrkesutøvelse å kunne avgjøre hvilke endringer som er så store at det tilsier at nytt vedtak må vurderes. Det ligger også innenfor helsepersonellets ansvarsområde for yrkesutøvelse å ved behov kunne justere tjenestene ut fra pasientens/brukerens naturlige variasjon i behov fra dag til dag. Vedtak om tjenester må derfor være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet (1). Tjenesteutøvende helsepersonell må være bevisst på grensene for egen kompetanse, og ved behov søke kvalifisert hjelp til aktuelle vurderinger.

Behandling av diabetes mellitus type 1 er avhengig av et godt samarbeid mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten (6). Leger og annet helsepersonell må være både veiledere og behandlere. Helsepersonell må finne frem til riktig individuell behandling i samspill med pasienten/brukeren. All behandling må tilrettelegges og tilpasses individuelt ut fra pasientens/brukerens tilstand, forutsetninger og ønsker. Legen er hovedansvarlig for tilretteleggingen, og beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient/bruker må foretas av lege. Eventuelt kan behandlingsendring foretas av pasienten/brukeren selv eller annet helsepersonell i samråd med behandlingsansvarlig lege (7).

I mars 2020, da koronasituasjonen oppsto, måtte kommunene planlegge hvordan de i ulike faser av pandemien skulle kunne yte nødvendige helsetjenester samtidig som deler av helsepersonellet kunne risikere å bli satt i karantene (8). Når det skal prioriteres og vurderes hvilke tjenester som kan endres eller reduseres, skal kravet om forsvarlig helsehjelp ligge til grunn for vurderingene. Det er god praksis å foreta en konkret vurdering av risiko knyttet til

endring i tjenester som kan føre til uønsket sykdomsutvikling, opp mot risikoen for å bli smittet. Ved prioriteringer i en krisesituasjon er det god praksis å være særlig oppmerksom på sårbare grupper som kan være spesielt utsatt for negative konsekvenser av redusert kapasitet i tjenestene, som for eksempel aleneboende med nedsatt kognitiv funksjon og nedsatt evne til å etterspørre hjelp (9). Dokumentasjon og korrekt formidling av vesentlige pasient- og brukeropplysninger er særlig viktig når det gjøres endringer og når situasjonen er uoversiktlig.

2.5.4 Krav til utførelse av tjenester i hjemmet

Krav til tilrettelegging ut fra pasientens/brukerens behov

Kommunen har plikt til å sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkelte pasients/brukers behov. I følge HOL § 4-1a og § 4-1b må derfor tjenester gis på det tidspunktet hvor det er nødvendig i forhold til pasientens/brukerens sykdomsforløp og oppfølgingsbehov, uavhengig av tidspunkt på døgnet. Kommunen plikter også å sikre at den enkelte pasient/bruker får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Det betyr, blant annet, at tjenestetilbudet må tilpasses pasienten/brukeren slik at han/hun kan delta i for eksempel arbeidsliv og fritidsaktiviteter (2).

Krav til samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste

I de tilfellene der pasienter/brukere blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten for videreføring av behandling og oppfølging i kommunen, stilles det krav til begge virksomheter for å klargjøre premissene for videre oppfølging, jf. HOL §§ 6-1 og 6-2. nr. 5. Når pasienter/brukere skrives ut, er det spesielt viktig å sørge for god dokumentasjon og veiledning til de som skal overta oppfølgingen av behandlingen. I følge helsepersonelloven § 45 a har spesialisthelsetjenesten plikt til å sende epikrise, og ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal de gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten nødvendige råd, veiledning og informasjon.

Tilsvarende har kommunen selv et ansvar for å tilrettelegge sine tjenester på en måte som gjør dem i stand til å overta oppfølgingen av pasientene/brukerne på en måte som sikrer forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. HOL § 4-1c. Det er virksomhetens ansvar å sørge for at helsepersonell har nødvendig kompetanse i det aktuelle fagfeltet, slik at pasientene/brukerne får et helhetlig og verdig tjenestetilbud, jf. HOL § 4-1.
I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har også det enkelte helsepersonell en selvstendig plikt til å samarbeide og samhandle med spesialisthelsetjenesten dersom pasientens/brukerens behov tilsier det, jf. helsepersonelloven § 4, 2.ledd.

Krav til dokumentasjon og samhandling i kommunens helse- og omsorgstjeneste

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og øvrige aktører i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også legge til rette for samhandling internt mellom helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (2). Det enkelte helsepersonell har en selvstendig plikt til å samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell i kommunen dersom pasientens/brukerens behov tilsier det.

Kommunen har plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene på tjenestestedene er forsvarlige, jf. HOL § 5-10. Det enkelte helsepersonell har videre et selvstendig ansvar for å journalføre alle relevante og nødvendige opplysninger, jf. helsepersonelloven § 39, jf. § 40.

Oppfølgingen av tjenester til hjemmeboende pasienter/brukere overføres fra hjemmetjenestens helsepersonell på èn vakt til helsepersonellet som kommer på neste vakt. Det må derfor sikres at oppdatert pasient- og brukerinformasjon til enhver tid er tilgjengelig

for helsepersonellet som er på vakt, og at tilstander som må følges opp formidles til ansvarlige på neste aktuelle vakt. Å ha en tydelig og kjent praksis for dokumentasjon av opplysninger, og for å gjøre opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som skal yte helsehjelp, er nødvendig for å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter/brukere (2), jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

I hjemmetjenestene jobber helsepersonellet som oftest alene, og det stilles større krav til selvstendighet enn når man jobber ved helseinstitusjoner hvor annet helsepersonell til enhver tid er fysisk tilgjengelig. Det bør tas høyde for at enkelte forhold, og problemstillinger ved pasienter/brukere, må kunne diskuteres og vurderes sammen med annet helsepersonell, i tillegg til at det dokumenteres skriftlig i journal. Det er derfor nødvendig å tilrettelegge for møter hvor saker kan drøftes muntlig mellom medarbeidere og eventuelt ledere (2, 10, 11).

3 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis

I dette kapitelet beskriver vi rammebetingelser og forhold ved kommunens organisering og styring ved oppfølging av pasienter/brukere med sammensatte behov. Med prosedyrer mener vi skriftlige godkjente retningslinjer. Med rutiner mener vi hvordan virksomheten har besluttet at praksis skal være. Praksis er hvordan arbeidet faktisk blir utført.

3.1 Organisering

[redacted] kommune har ca. [redacted] innbyggere, med kommunedirektøren som øverste administrative leder. Under kommunedirektøren er kommunalsjef for Helse og omsorg, som blant annet er leder for legetjenesten i kommunen, tildelingskontoret og hjemmetjenestene.

3.1.1 Tildelingskontoret og koordinerende enhet

Tildelingskontoret i kommunen vurderer behov for, og fatter vedtak om, blant annet hjemmetjenester og sykehjemsplass. Ved tildelingskontoret jobber èn sykepleier og èn vernepleier. Tildelingskontoret har også funksjon som koordinerende enhet med ansvar for individuell plan for innbyggere med behov for dette.

3.1.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten i [redacted] kommune er inndelt i to distrikt med hver sin avdelingsleder. Hjemmetjenesten er organisert med primærsykepleiesystem. Det innebærer at hver pasient/bruker har èn primærsykepleier og èn sekundærhelsefagarbeider (tidligere tittel: hjelpepleier), som har hovedansvar for oppfølging av pasienten/brukeren.

Under tilsynet kom det frem at hjemmetjenesten i distriktet hvor pasienten i saken tilhørte, ikke utførte planlagte helse- og omsorgstjenester på nattestid eller tidlig på morgenen. Nattevakten var en hvilende vakt, og helsepersonellet på nattevakt sov hjemme med en vakttelefon. Hvis pasienter/brukere trengte akutt bistand på natten, eller tidlig på morgenen, måtte de selv ringe til vakttelefonen.

Det fremkom under tilsynet at det var mulighet for å leie inn eksterne nattevakttjenester hvis det for eksempel var pasienter/brukere med kreftsykdom i en palliativ fase som hadde behov for hjemmetjenester på natt. Slik innleie av eksterne nattevakttjenester var en praksis for å løse ekstraordinære behov hos enkeltpasienter/enkeltbrukere for avgrensede perioder. Det ble opplyst på det stedlige tilsynet at nattevaktordningen skulle legges om fra 1. september 2020, slik at det etter dette tidspunktet ble en aktiv nattevakttjeneste i hele kommunen med mulighet til å utføre planlagte helse- og omsorgstjenester på nattestid.

3.1.3 Omorganisering og endring av ansvarsområder

Tidligere hadde hjemmetjenesten en leder med ansvar for turnus og daglig personaloppfølging, i tillegg til faglig ansvar. Etter en omorganisering i 2018 ble også økonomiansvar og personalansvar delegert til lederen. Med flere administrative oppgaver på avdelingsleder ble det mindre kapasitet til utøvelse av faglig ledelse.

På det stedlige tilsynet uttrykte kommunedirektøren at han hadde sett at fagutviklingen var blitt skadelidende ved omorganiseringen. Også i samtalene med utøvende helsepersonell og deres leder ble det uttrykt at oppfølgingen av helsepersonellets fagutøvelse hadde blitt svekket, ettersom hele lederressursen gikk med til personal- og økonomistyring.

3.2 Prosedyrer og rutiner

[redacted] kommune hadde tre skriftlige prosedyrer som omhandlet saksbehandling og vurderinger knyttet til oppstart, gjennomføring og endring av tjenester i hjemmet.

I «Prosedyre for [redacted], fremgår det at saksbehandler ved tildelingskontoret skal innhente opplysninger om søker av helse- og omsorgstjenester, og skal drøfte saken med aktuelt tjenestested før det eventuelt innvilges tjenester. Det er angitt at tildelingskontoret har ansvar for at det innhentes opplysninger, og at kartlegging av funksjonsnivå gjøres, men det kan utføres av fagperson i hjemmetjenesten etter avtale med tildelingskontoret. Vedtaket fra tildelingskontoret er utgangspunkt for hjemmetjenestens iverksettelse av tiltak, og hjemmetjenesten skal dokumentere gjennom tiltaksplan og/eller journal at tjenesten er iverksatt. Endring i brukerens situasjon, som krever vurdering av vedtak, skal meldes til tildelingskontoret. Prosedyren mangler skriftlig godkjenning.

I prosedyren «[redacted]» ([redacted]), er det angitt at tildelingskontoret har ansvar for å innhente tilstrekkelig informasjon om pasienten/brukeren, men at hjemmetjenesten og tildelingskontoret kan avtale at hjemmetjenesten foretar første besøk. Tjenesteområdene forplikter seg til å utføre tiltakene i tråd med aktive vedtak og standard for tjenesten, mens faglig skjønn og kvaliteten i utførelsen av tjenesten er utførers ansvar. Endring i brukerens situasjon, som krever vurdering av vedtak, skal meldes til tildelingskontoret. Det er angitt at det skal rapporteres avvik hvis føringene i prosedyren ikke følges. Prosedyren mangler skriftlig godkjenning.

I «Prosedyre [redacted], er det angitt rutine for formidling av viktig informasjon mellom tildelingskontoret og tjenesteområdene. Prosedyren skal synliggjøre at tildelingskontoret og tjenesteområdene er gjensidig forpliktet til å sikre konstruktivt samarbeid. I prosedyren angis at hjemmetjenesten først skal skrive sin vurdering av endringen, og at tildelingskontoret innhenter flere opplysninger dersom det er nødvendig for å vurdere saken. Prosedyren mangler skriftlig godkjenning.

3.3 Praksis – hvordan tjenestene vanligvis utføres

3.3.1 Oppstart av tjenester i hjemmet

Under tilsynet kom det frem at tildelingskontoret pleide å vurdere behov for tjenester i hjemmet ut fra tilgjengelig informasjon i søknaden om hjemmetjenester. I etterkant av hjemmetjenestens første besøk hos en ny pasient/bruker var det kontakt mellom tildelingskontor og hjemmetjeneste, hvor tildelingskontoret vurderte om det var behov for at tildelingskontoret gjennomførte et eget vurderingsbesøk i hjemmet.

Under tilsynet kom det frem at når anmodning om hjemmetjenester kom fra spesialisthelsetjenesten, pleide tildelingskontoret vanligvis å fatte vedtak i tråd med spesialisthelsetjenestens anbefalinger. Anmodning om hjemmetjenester fra spesialisthelsetjenesten kom ved epikrise direkte til tildelingskontoret. Det var ikke etablert praksis for samarbeid med fastlegen når tildelingskontoret mottok anmodning fra spesialisthelsetjenesten, og kopi av vedtak om hjemmetjenester ble ikke sendt til fastlegen.

Det fremkom under tilsynet at det var vanlig å skrive i vedtak at det var et mål at pasienten/brukeren skulle bli selvstendig ved å lære å mestre utfordringen som det var fattet vedtak om hjelp til.

Ved oppstart av tjenester i hjemmet var det ikke vanlig å ta opp med pasientene/brukerne hvordan hjemmetjenesten skulle forholde seg hvis de kom til tomt hus, og hvis de ikke oppnådde kontakt.

3.3.2 Endringer i tjenestetilbudet

Under tilsynet kom det frem at det var varierende praksis for om hjemmetjenesten meldte fra til tildelingskontoret ved behov for å vurdere endringer i vedtak. Det var vanlig at helsepersonellet i hjemmetjenesten selv vurderte og endret tjenester, dersom det var aktuelt å redusere tjenestetilbudet. Tildelingskontoret ble da ikke informert. Det var også etablert praksis at det enkelte helsepersonell selv vurderte og besluttet endringer i tjenester, uten at annet helsepersonell eller leder var involvert i vurderinger og beslutninger. Det fremkom at det i stort omfang ble foretatt reduksjon i tjenestetilbudet hos pasienter/brukere, uten at tildelingskontoret fikk beskjed. Det ble derfor ikke gjort endringer i vedtak selv om tjenestene ble vesentlig endret. Det vanlige var å gi beskjed til tildelingskontoret kun når det var behov for økt omfang av tjenester.

Det ble opplyst at hjemmetjenesten benyttet kartleggingsverktøyet Iplos for å kartlegge funksjonsnivå hos brukerne minimum to ganger i året. Hjemmetjenesten hadde tatt i bruk ProACT for å tidlig oppdage og sette inn tiltak ved forverret tilstand, men det var ikke en etablert enhetlig praksis for når ProACT skulle benyttes.

3.3.3 Endring i tjenestetilbudet på grunn av koronasituasjonen

[redacted] kommune har opplyst at hjemmetjenesten 13. mars 2020 gjorde endringer i tjenestetilbudet på bakgrunn av koronasituasjonen. Det var på dette tidspunktet flere ansatte i karantene, og det ble vurdert hvordan kommunen kunne drifte tjenestene uten innleie av eksterne vikarer.

Da avdelingslederen skulle vurdere og beslutte hvilke tjenester som skulle endres, involverte hun to helsefagarbeidere som var tilgjengelige på jobb den dagen. Pasient- og brukerlistene ble gjennomgått for å vurdere hvilke pasienter/brukere som var i risikogrupper for å bli alvorlig syke med covid-19. Det ble videre gjort vurderinger for hvordan pasientene/brukerne kunne beskyttes mot smitte gjennom tiltak som å redusere totalt antall besøk pr. døgn, og ved å endre noen tjenester fra hjemmebesøk til ringetilsyn i form av telefonkontakt.

Etter at beslutningene om endringer i tjenestetilbudet var tatt, ringte helsefagarbeiderne til de ulike pasientene/brukerne for å informere om endringene. I de fleste av pasient-/brukerjournalene ble endringene dokumentert.

3.3.4 Utførelse av tjenester i hjemmet

Utførelse av tjenester i hjemmet

Det var ikke en omforent praksis for hva helsepersonell skulle gjøre hvis pasienter/brukere ikke var hjemme, eller hvis de ikke oppnådde kontakt på telefon. Hvert enkelt helsepersonell vurderte om, og hvordan, de skulle følge opp pasienter/brukere når de ikke fikk kontakt.

Dokumentasjon og samhandling i hjemmetjenesten

De ansatte i hjemmetjenesten hadde via mobile vakttelefoner tilgang til elektronisk journal som kunne leses og dokumenteres i når de var hjemme hos pasientene/brukerne.

Det var etablert praksis for bruk av «stille rapport» fremfor muntlig rapport mellom vaktlagene, slik at helsepersonellet som kom på vakt måtte lese i journalene for å få informasjon om pasientene/brukerne de skulle følge opp på vakten.

Det var ikke etablert en enhetlig praksis for når helsepersonellet var tilstede på hjemmetjenestens kontor. Enkelte var alltid innom kontoret ved vaktens slutt. Kveldsvakter som skulle over i hvilende nattevakt kunne dra rett hjem fra siste pasient/bruker ved kveldsvaktens slutt, uten å være innom kontoret. Lederen tok for gitt at alle ansatte i hjemmetjenesten til enhver tid innhentet den oppdaterte journalinformasjon som var nødvendig for yrkesutøvelsen.

Det var få møtepunkter mellom helsepersonellet, og de som var på samme vakt kunne starte på ulike tidspunkt. Det var felles møte hver morgen.

Det fremkom under tilsynet at det var ulik praksis og ulike løsninger for hvordan forhold rundt pasientene/brukerne, som burde følges opp, ble formidlet fra en vakt til neste vakt. Informasjon om en pasient/bruker kunne skrives inn i pasient-/brukerjournalen, men ville da ikke bli lest før neste vakt hvor det var planlagt at pasienten/brukeren skulle motta hjemmetjenester. Praksis for informasjonsutveksling innebar at hvis en pasient/bruker kun hadde tjenester på kveldstid, kunne informasjon i journalen fra en kveldsvakt risikere å ikke bli lest før neste kveldsvakt. Hvis det var forhold som krevde oppfølging allerede på kommende dagvakt, var det ulik praksis for hvordan dette ble kommunisert og løst.

Det var etablert praksis for at praktiske beskjeder, som for eksempel drosjebestilling, kunne noteres ned i en kalenderbok på kontoret. Enkelte medarbeidere pleide å sette en gul lapp inni kalenderboken for å formidle til dagvaktene at de måtte gå inn i en pasient-/brukerjournal for å lese viktig informasjon. Disse måtene å formidle informasjon videre på fungerte kun for helsepersonellet som alltid var innom kontoret ved vaktens slutt.

For helsepersonellet som reiste rett hjem etter siste pasient/bruker, fantes det ikke omforente rutiner for hvordan de skulle få gitt beskjeder videre til neste vakt. Det var praksis for selv å huske å ta opp problemstillinger rundt pasienter/brukere hvis helsepersonellet skulle ha dagvakt neste dag, men hvis vedkommende ikke hadde dagvakt neste dag, var ikke dette en løsning som fungerte.

Samhandling med andre tjenesteytere

Under tilsynet kom det frem at samhandling innad i kommunen, mellom fastlegetjenesten og hjemmetjenesten, foregikk i form av faste møter en gang per uke. Det ble i tillegg sendt elektroniske meldinger om pasienter/brukere, samt at det ved behov var telefonkontakt mellom legekontoret og hjemmetjenesten.

Det fremkom under tilsynet at hjemmetjenesten av og til kontaktet spesialisthelsetjenesten for å drøfte problemstillinger knyttet til pasienter/brukere. Det ble også opplyst at hjemmetjenesten ba om opplæring fra spesialisthelsetjenesten ved behov.

3.4 Kommunens arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Under tilsynet fremkom det at flere av helsepersonellet i hjemmetjenesten hadde meldt avvik. Avvikene ble av og til tatt opp og diskutert på møter, men det forekom også at det ikke hendte noe mer etter at et avvik var meldt.

Det fremkom under tilsynet at flere av helsepersonellet i hjemmetjenesten hadde sett og vurdert at endring i tjenestene til pasienten i saken, medførte større sårbarhet og økt risiko for svikt i helsehjelpen. Likevel hadde de ikke sagt fra om sin bekymring. Det var ikke rapportmøter mellom vaktlagene, og det var få møtepunkter som var tilrettelagt for at helsepersonellet kunne ta opp slike forhold.

Flere påpekte at det den siste tiden hadde blitt mindre ressurser til fagledelse, og satte dette i sammenheng med at avdelingslederen hadde fått flere administrative oppgaver. Flere uttrykte at de savnet fagledelse og faglig støtte i det daglige arbeidet.

Under tilsynet kom det frem at ledelsen i [redacted] kommune benyttet risiko- og sårbarhetsanalyser som styringsverktøy, eksempelvis i forbindelse med omlegging av nattevaktturnusen.

Det fremkom under tilsynet at enkelte i kommunens ledelse hadde kjennskap til hvilke temaer som det var meldt flest avvik innenfor. Hvis avvik ikke ble behandlet og lukket på laveste nivå, ble de sendt opp i lederlinjen, noe som ga øverste leder innsikt i noen av avvikene som ble meldt. Kommunens ledelse hadde kunnskap om at det var ulike kulturer for avviksrapportering i de ulike tjenesteområdene i kommunen. Ledelsen ønsket at det skulle meldes flere avvik fra hjemmetjenesten.

[redacted] kommune har vært klar over at de har hatt mangler i sitt interne kvalitetssystem. Årsaken til dette ble beskrevet som sammensatte og flere, med vekt på strukturendringer i selve organisasjonen med forskyvning av arbeidsoppgaver. Det ble sagt at det også har vært utfordringer knyttet til det elektroniske kvalitetssystemet for prosedyrer og avvik, herunder utfordringer med å ta systemet effektivt i bruk, mangelfull opplæring, og manglende ressurser til å holde systemet oppdatert.

I [redacted] var det en lignende hendelse i kommunens andre distrikt for hjemmetjenester, som statsforvalteren fulgte opp. Her hadde en bruker utløst trygghetsalarmen på nattestid, og den ansatte som ringte til brukeren fikk ikke svar. Først påfølgende dag reiste noen fra hjemmetjenesten hjem til brukeren, som da ble funnet død. Virksomheten fulgte straks opp hendelsen og forbedret rutiner for nattevaktene som omhandlet alarmhåndtering. I brev av [redacted] til kommunen skrev statsforvalteren blant annet at de *«forutsetter at vurderingene i denne saken gjøres kjent i virksomheten og brukes til intern læring»*. Under det stedlige tilsynet kom det frem at saken fra [redacted] var ukjent for kommunens øverste ledelse og for hjemmetjenesten i distriktet hvor pasienten i saken fra [redacted] ble fulgt opp. Hendelsen fra [redacted] hadde kun blitt tatt opp i den delen av tjenesten som var berørt.

I ettertid har kommunen sett at de kan lære av svikt som skjer i andre deler av tjenesten, og derfor har kommunen utarbeidet rutiner og avtalt faste møter som skal sørge for at det læres av avvik på tvers av tjenesteområdene.

4 Hendelsesforløpet og helsehjelpen

4.1 Om pasienten

[redacted]

4.2 Oppstart av hjemmetjenester i [redacted]

[redacted]

4.3 Utførelse av hjemmetjenester til pasienten

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

4.4 Endring i tjenestetilbudet i [redacted]

[redacted]

4.5 Endring i tjenestetilbudet i [redacted] på bakgrunn av koronasituasjonen

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

4.6 Oppfølgingen av pasienten i perioden [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

4.7 Tilbakemelding fra pårørende

[redacted] Pårørende har fortalt at [redacted] ikke ble involvert da kommunen foretok endringer i tjenestetilbudet.

Hjemmetjenesten har i ettertid sterkt beklaget hendelsen, og har flere ganger tilbudt pårørende et møte. Pårørende har takket nei til dette, fordi [redacted] ikke lenger har tillit til de som yter tjenestene.

4.8 Tilbakemelding fra virksomheten etter det stedlige tilsynet

Helsetilsynet har mottatt en redegjørelse av [redacted] fra [redacted] kommune om hvilke tiltak som er iverksatt og planlagt. Virksomhetens tilbakemelding på den foreløpige rapporten er gitt i brev av [redacted]

[redacted] kommune har etter hendelsen arbeidet fortløpende med flere tiltak knyttet til temaene tilsynssaken har reist, og har oversendt egen plan for oppfølgingen, sist datert [redacted] Det er blant annet oppdatert og utarbeidet nye prosedyrer/rutiner på følgende områder:

- Arbeidsrutine vedrørende melde avvik [redacted]
- Brukermanual besvare trygghetsalarm [redacted]
- Rutine tildeling av trygghetsalarm ([redacted]
- Rutine for mottak av trygghetsalarm ([redacted]

- Rutine for saksbehandling av ordinære søknader om helse og omsorgstjeneste [redacted]
- Rutine ved nye søknader om helse og omsorgstjenester på kveld og lørdag/søndag [redacted]
- Samarbeidsrutine mellom TDK og tjenesteområdene [redacted]
- Rutine for informasjonsutveksling ved endring av vedtak ([redacted]
- Rutine for tildeling av trygghetsalarm [redacted]
- Bruk av huskelapp i profil ([redacted]

Oppdaterte og nye rutiner innebærer blant annet at tildelingskontoret skal dra på vurderingsbesøk ved søknad om hjemmetjenester, uavhengig av kompleksiteten i saken.

Etter hendelsen med pasienten i [redacted] har [redacted] kommune utarbeidet skriftlig prosedyre som beskriver hva helsepersonell skal gjøre når de ikke oppnår kontakt med en pasient/bruker som skal ha hjemmetjenester.

Det er planlagt for utlysning av en fag- og kvalitetsarbeider [redacted], som skal arbeide med kvalitets- og utviklingsarbeid. Denne funksjonen skal særlig følge med på opplæringsbehovet og bidra til å sikre at det blir arbeidet med rutinebeskrivelser.

Kommunen har utarbeidet flere stillingsbeskrivelser for helsepersonellgruppene sykepleier, fagarbeider og pleiemedarbeider. Dette skal bidra til å sikre faglig støtte og klare ansvarslinjer i hjemmetjenesten.

På flere av områdene det arbeides med, er det opprettet arbeidsgrupper i form av trepartsmøter på tvers av de to distriktene for hjemmetjenester. Det er faste månedlige møter.

Fra 1. september 2020 er det innført rutiner som skal sikre bedre informasjonsutveksling om pasienter/brukere og overlapping mellom vaktene. Det er opplyst at nattvaktordningen er lagt om slik at det nå er aktiv nattevakttjeneste i hele kommunen, med mulighet til å utføre planlagte helse- og omsorgstjenester på nattestid.

Det er opplyst at hendelsen fra [redacted] som medførte tilsynsmessig oppfølging av statsforvalteren, har blitt fulgt opp av kommunaldirektøren og gjennomgått i trepartsmøte [redacted]

Det ble opplyst på det stedlige tilsynet at nattevaktordningen skulle legges om fra 1. september 2020, slik at det etter dette tidspunktet ble en aktiv nattevakttjeneste i hele kommunen med mulighet til å utføre planlagte helse- og omsorgstjenester på nattestid.

5 Hendelses- og årsaksanalyse

I dette kapitelet beskriver vi mulige sammenhenger mellom den alvorlige hendelsen og rammebetingelser/organisatoriske forhold.

5.1 Hendelsesanalyse

For den alvorlige hendelsen legger Helsetilsynet følgende til grunn:

- [redacted]

[redacted]

- Da spesialisthelsetjenesten anmodet kommunen om at pasienten skulle få hjemmetjenester, dro ikke kommunens tildelingskontor på hjemmebesøk for å foreta en helhetlig vurdering av pasientens funksjonsnivå og behov for tjenester.
- Det ble ikke vurdert om pasienten hadde behov for hjelpemidler, som for eksempel trygghetsalarm for å kunne tilkalle hjelp ved behov.
- [redacted]
- Ved oppstart av hjemmetjenester ble det ikke lagt planer for hjemmetjenestens oppfølging av pasienten og evaluering av iverksatte tiltak.
- Det ble ikke lagt planer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegen, og hjemmetjenesten hadde etter oppstart av tjenester [redacted] og frem til [redacted] én telefonkontakt med spesialisthelsetjenesten angående pasienten.
- Det ble ikke avklart og dokumentert hvordan hjemmetjenesten skulle forholde seg hvis pasienten ikke var hjemme når de kom til ham, og det utviklet seg en tilfeldig praksis for hva helsepersonellet foretok seg hvis de ikke fikk tak i pasienten.
- Hjemmetjenesten utførte ikke planlagte tjenester så tidlig på morgenen som pasientens behov tilsa. [redacted] ble oppfattet dithen at pasienten selv mestret oppfølgingen av diabetessykdommen, og at pasienten ønsket å være selvstendig. Derfor ble det besluttet at hjemmetjenesten ikke lenger skulle komme til pasienten på morgenen. Hjemmetjenesten besluttet dette uten å konferere med fastlegen eller med involvert spesialisthelsetjeneste.
- Da koronasituasjonen oppsto ble tjenestene til pasienten redusert til «ringetilsyn». Det ble ikke vurdert om de som besluttet endringen hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientens behov. Hjemmetjenesten besluttet dette uten å konferere med fastlegen eller med involvert spesialisthelsetjeneste. Reduksjonen i tjenesten ble ikke risikovurdert, og det ble ikke lagt plan for evaluering av hvordan endringen virket på pasientoppfølgingen.
- Det ble ikke avklart og dokumentert hvordan hjemmetjenesten skulle forholde seg hvis pasienten ikke svarte på telefon, og det utviklet seg en tilfeldig praksis for hva helsepersonellet foretok seg hvis de ikke fikk tak i ham.

5.2 Årsaksanalyse

Når spesialisthelsetjenesten anmodet kommunen om at pasienter/brukere skulle få hjemmetjenester, var det ofte kommunen innvilget tjenestene uten at kommunen selv foretok hjemmebesøk med helhetlig vurdering av pasientens/brukerens behov for tjenester og hjelpemidler. Denne praksisen i kommunen var medvirkende årsak til at det ikke ble foretatt en helhetlig vurdering av behovene til pasienten i saken.

I vedtak var det vanlig å sette inn som målsetting at pasienten/brukeren etter hvert skulle bli selvhjulpen. Å ha en slik formulert målsetting kunne være en medvirkende årsak til at det ikke i tilstrekkelig grad ble fanget opp at pasienten kunne ha et mer langvarig behov for veiledning [redacted] og oppfølging av diabetesbehandlingen.

I strid med kommunens skriftlige prosedyrer for samarbeid mellom hjemmetjenesten og tildelingskontoret, var det vanlig og kjent praksis at helsepersonell i hjemmetjenesten selv besluttet eventuelle endringer i tjenestene uten å informere annen involvert helsetjeneste. Dette kunne pågå fordi kommunens overordnede ledelse unnlot å styre praksis etter de

prosedyrene som var bestemt. At det hadde etablert seg en praksis som var i strid med kommunens skriftlige prosedyrer på området, var årsak til at tjenestene til pasienten ble endret uten involvering av andre instanser.

I hjemmetjenesten var det uklart for de ansatte hva som var forventet at de skulle gjøre i ulike situasjoner, og det var få skriftlige prosedyrer eller etablerte rutiner å støtte seg til på grunn av at kommunens kvalitetssystem/prosedyreverk var mangelfullt. Fordi det den senere tid hadde blitt mindre ressurser til faglig ledelse, savnet de ansatte i hjemmetjenesten daglig faglig støtte. Det hadde utviklet seg en praksis hvor det var opp til hver enkelt ansatt hvordan de løste ulike arbeidsoppgaver og utfordringer som oppsto, og hvordan dokumentasjonsplikten ble etterlevet. Manglende prosedyrer og tilfeldig praksis bidro til at helsepersonellet ikke hadde klart for seg hva de skulle gjøre når de ikke fikk tak i pasienten i saken.

[redacted] kommune benyttet enkelte risikoreduserende tiltak, som for eksempel kartleggingsverktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. For enkelte pasienter/brukere ble det satt inn skadeforebyggende tiltak, som for eksempel trygghetsalarm for å kunne tilkalle hjelp ved forverret tilstand. Samtidig jobbet ikke [redacted] kommune systematisk med å få oversikt over risikoområder, og det var ikke rutiner for bruk av risikoreduserende og skadeforebyggende tiltak. En mulig årsak til dette var at overordnet ledelse i kommunen ikke hadde tilstrekkelig fokus på risikoområder i tjenesteutøvelsen, og at fokus på pasient- og brukersikkerhet ikke var en integrert del av styring og ledelse av tjenestene. Derfor ble det heller ikke benyttet risiko- og sårbarhetsanalyser i alle saker der det var relevant, som for eksempel i forbindelse med endring av tjenestetilbud til pasienter/brukere da koronasituasjonen oppsto.

6 Helsetilsynets vurderinger

Denne saken omhandler oppfølgingen av en pasient som hadde store utfordringer med å håndtere sin diabetes mellitus type 1. Helsetilsynet har vurdert om [redacted] kommune hadde sikret at pasienter/brukere med sammensatte behov fikk forsvarlige hjemmetjenester, og om kommunen ga den aktuelle pasienten forsvarlig helsehjelp. Vi har videre vurdert om [redacted] kommune, på bakgrunn av denne og tidligere hendelse, har iverksatt relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt.

Helsetilsynet har kommet frem til at det sentrale i saken er kommunens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn til å opprette tilsynssak mot helsepersonell som har vært involvert i saken. Våre vurderinger av helsepersonellets handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av helsehjelpen pasienten fikk.

Nedenfor følger våre vurderinger. For hvert vurderingstema har vi i kapittel 2 beskrevet hva som er kravene til god praksis og virksomhetsstyring for de ulike områdene, med utgangspunkt i regelverket og etablerte forventninger til god praksis på fagområdet.

6.1 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar tjenester i hjemmet?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar hjemmetjenester.

Det foreligger brudd på følgende bestemmelser:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 4-2
- helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10, jf. § 4-1

- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Nedenfor følger våre begrunnelser.

6.1.1 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp ved oppstart av tjenester i hjemmet?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune sin tilrettelegging for nødvendig utredning, vurdering og planlegging av tiltak ved oppstart av tjenester i hjemmet, ikke var i tråd med god praksis. Avviket vurderes imidlertid ikke som så stort at det er uforsvarlig.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- [redacted] kommune hadde gjennom skriftlige prosedyrer avklart oppgave- og ansvarsforholdene for hva som skal gjøres når det vurderes og fattes vedtak om tjenester i hjemmet. Prosedyrene var ikke skriftlig signert som godkjent, og flere var ikke datert. Prosedyrene omhandlet ikke samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten, noe som kan bidra til at nødvendige opplysninger ikke blir innhentet i forkant av at vedtak fattes.
- I vedtakene var det vanlig å sette som målsetting at pasientene/brukerne skulle bli selvstendig og mestre utfordringen som var grunnlaget for vedtaket. Det er viktig å forsikre seg om at målsettinger i vedtak er realistiske og tilpasset den konkrete pasienten/brukeren. Det må unngås at det generelt settes mål om egenmestring. Dette gjelder særlig på områder der egenmestring ikke er rett målsetting fordi pasienten/brukeren trenger tett og langvarig oppfølging, og der mangelfull helsehjelp kan få alvorlige konsekvenser for pasienten/brukeren.
- Når spesialisthelsetjenesten anmodet kommunen om at pasienter/brukere skulle få hjemmetjenester, var det ofte kommunen innvilget tjenestene uten at kommunen selv foretok hjemmebesøk med helhetlig vurdering av pasientens/brukerens behov for tjenester og hjelpemidler. Hvis tildelingskontoret, eller andre med tilsvarende fagkompetanse, alltid hadde gjennomført vurderingsbesøk i hjemmet og hatt samtale med pasientene/brukerne, hadde det i større grad blitt sikret en bedre og mer helhetlig forståelse av pasientenes/brukernes tjenestebehov.

6.1.2 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp ved behov for endringer av tjenester i hjemmet?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke sikret forsvarlig utredning og vurdering av tiltak ved endring av tjenester i hjemmet.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Kommunen hadde skriftlige prosedyrer som angir oppgave- og ansvarsforhold for helsepersonell som fatter vedtak om å endre tjenester, og for de som utøver tjenester og observerer pasientens/brukerens behov. Det er god praksis at kommunen legger opp til at helsepersonellet som jobber nært pasientene/brukerne utøver faglig skjønn, både i utøvelse av tjenester og når det vurderes behov for å endre vedtak. Hvis det skal vurderes å endre vedtak, legger prosedyrene opp til at pasientene/brukerne skal bli vurdert av både hjemmetjenesten og tildelingskontoret, som har spisskompetanse på helhetlige vurderinger.
- Den etablerte praksisen med ikke å følge kommunens skriftlige prosedyrer for endringer av vedtak, og dermed redusere tjenestetilbudet uten å involvere tildelingskontoret, gjorde at det ikke ble sikret en helhetlig vurdering av pasientene/brukerne og deres behov for tjenester. En slik praksis fratar også pasienten/brukeren muligheten til å benytte sin lovbestemte rett til å klage på nytt

vedtak. Det var kjent for kommunens ledelse at helsepersonellet ikke følger de skriftlige prosedyrene for endring av tjenester i hjemmet når det er aktuelt å redusere tjenestetilbudet.

- Det var risikofylt med en etablert praksis hvor det enkelte helsepersonell alene vurderte og iverksatte endringer i tjenester uten at det ble benyttet kartleggingsverktøy for å objektivt kvalitetssikre de vurderinger av observasjoner som ble gjort. At det samtidig var etablert praksis å ikke drøfte saken med annet helsepersonell eller med leder, økte risikoen for svikt.
- Hjemmetjenesten reduserte tjenester som omhandler medisinsk observasjon og behandling, uten at det var rutiner for nødvendig samarbeid med behandlingsansvarlig lege.

6.1.3 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp ved endring av tjenester i hjemmet grunnet koronasituasjonen?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke sikret forsvarlig utredning og vurdering av tiltak ved endring av tjenester i hjemmet grunnet koronasituasjonen.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Helsetilsynet legger til grunn at det var nødvendig for kommunen å raskt gjøre om på tjenestetilbudet da koronasituasjonen oppsto. I prosessen med å gjøre nødvendige endringer, måtte ledelsen benytte seg av tilgjengelige ressurser i kommunen. Avdelingslederen i hjemmetjenesten hadde overordnet kunnskap om tjenestene i sitt distrikt, og fikk ansvar for å organisere hjemmetjenestene under koronasituasjonen.
- Tildelingskontoret har oversikt over de ulike helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet, og har kompetanse på å prioritere ressurser ut fra vurdering av pasienters/brukeres behov for ulike tjenester. Likevel var ikke tildelingskontoret delaktig i å prioritere og vurdere endringer i tjenester under koronasituasjonen. Det burde vært tilrettelagt for at tildelingskontoret, med kompetanse på å prioritere ressurser ut fra vurdering av pasienters/brukeres behov for ulike tjenester, kunne være delaktig i de prioriteringene som ble gjort i forbindelse med koronasituasjonen.
- For å sikre nødvendig ivaretakelse av pasient- og brukersikkerheten, burde det blitt sikret involvering av helsepersonellet som hadde særlig god kunnskap om enkeltpasienter-/brukere. Det burde også vært sikret at lege ble involvert når det var aktuelt å gjøre endringer i medisinsk oppfølging av pasienter/brukere.
- Hjemmetjenesten foretok ikke en konkret vurdering av risikoen for at endret tjenestetilbud kunne føre til uønsket sykdomsutvikling og forverring av tilstand hos pasientene/brukerne, opp mot risikoen for å bli smittet.
- Det ble ikke sikret at vesentlige pasient- og brukeropplysninger, om endringer i tjenester, ble dokumentert i journalen for alle pasientene/brukerne.

6.1.4 Sikret [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp ved utførelse av tjenester i hjemmet?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune samlet sett ikke sikret forsvarlig helsehjelp ved utførelse av tjenester i hjemmet. Kommunen sikret heller ikke ved sine rutiner at pasient- og brukeropplysninger var tilgjengelige for rett person til rett tid.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Hjemmetjenesten hadde ikke prosedyrer, rutiner eller en etablert enhetlig praksis for hva de skal gjøre når de ikke oppnår kontakt med pasienter/brukere. Det var ulikt hvordan helsepersonellet løste situasjonen når de ikke oppnådde kontakt med

pasienter/brukere. Helsetilsynet mener det representerer en stor risiko at det var etablert en tilfeldig praksis for hvordan helsepersonell skal følge opp og forsikre seg om at pasienter/brukere er i god behold, særlig for pasienter/brukere der mangelfull oppfølging kan få alvorlige konsekvenser.

- Helsetilsynet har merket seg at nattevaktordningen skulle legges om fra 1. september 2020, slik at det blir aktiv nattevakttjeneste med mulighet til å utføre planlagte helse- og omsorgstjenester, også på nattestid, i hele kommunen. Før dette tidspunktet hadde ikke kommunen i tilstrekkelig grad tilpasset organisering av nattevakttjenestene til hva slags behov for tjenester den enkelte pasient/bruker hadde gjennom døgnet.
- Hjemmetjenesten var ikke organisert med muntlige rapporter eller møtepunkter i overlappingen mellom de ulike vaktene. Det var samtidig ikke skriftlige rapporteringssystem og rutiner som sikrer at viktige beskjeder om bruker- og pasientoppfølging blir overført fra en vakt til neste vakt, og det var mangelfull bevissthet rundt det å kvalitetssikre informasjonsutveksling.

6.2 Ga [redacted] kommune pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp ved oppfølgingen av pasientens diabetes mellitus type 1.

Det foreligger brudd på følgende bestemmelser:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1
- helsepersonelloven § 16, jf. samme lov § 4

Nedenfor følger våre begrunnelser.

6.2.1 Ga [redacted] kommune pasienten forsvarlig helsehjelp ved oppstart av tjenester i hjemmet?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune samlet sett ikke ga pasienten forsvarlig utredning, vurdering og planlegging av tiltak ved oppstart av tjenester i hjemmet i [redacted].

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Ved oppstart av tjenester i hjemmet ble det ikke gjennomført vurderingsbesøk med helhetlig kartlegging hjemme hos pasienten. Hvis tildelingskontoret, eller andre med tilsvarende fagkompetanse, hadde gjennomført vurderingsbesøk i hjemmet og hatt samtale med pasienten, kunne dette gitt en bedre og mer helhetlig forståelse av pasientens tjenestebehov.
- [redacted]
- Hjemmetjenester ble startet uten at det ble utarbeidet nødvendige planer for oppfølgingen. [redacted] Dette medførte en ikke omforent praksis for oppfølging av pasienten, preget av de ulike helsepersonells egne vurderinger. Det

ble heller ikke avklart og lagt planer for samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

- Ved oppstart av hjemmetjenester ble det ikke diskutert med pasienten, eller nedfelt i journalen, hvordan hjemmetjenesten skulle forholde seg dersom de ikke fikk tak i ham.
- Det ble ikke dokumentert hvordan pårørende eventuelt skulle involveres ut fra pasientens ønske.
- Pasienten var, [redacted] i fare for å få akutt forverrelse av diabetes, som i verste fall kunne være livstruende. Til tross for dette ble det ikke vurdert tiltak, som for eksempel trygghetsalarm, for at pasienten enkelt skulle kunne tilkalle hjelp i akutte situasjoner.

6.2.2 Ga [redacted] kommune pasienten forsvarlig helsehjelp ved endring av hjemmetjenester i [redacted]?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga pasienten forsvarlig utredning, vurdering og planlegging av tiltak ved endringer av tjenester i hjemmet i [redacted].

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Hovedbegrunnelsen for at hjemmetjenesten sluttet å reise hjem til pasienten på morgenen var at pasienten våknet tidlig på morgenen, før hjemmetjenestens dagvakt var klar til å reise på hjemmebesøk til ham. Istedenfor å tilpasse tjenestetilbudet til pasientens behov, sluttet hjemmetjenesten å utføre nødvendig helsehjelp tidlig på morgenen fordi morgenbesøk til pasienten ikke passet inn i organiseringen av nattevakter og dagvakter. [redacted] kommune sikret derfor ikke at tjenestetilbudet var tilpasset pasientens behov for tjenester, uavhengig av tidspunkt på døgnet.
- Endringen ble gjennomført på bakgrunn av vurdering utført av èn enkelt sykepleier, uten rutiner og verktøy å støtte seg til, og uten at det ble sørget for nødvendig drøfting med annet helsepersonell. Hjemmetjenesten hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot at opphør av morgenbesøkene innebar redusert oppfølging av pasienten, med påfølgende økt risiko for at forverring av pasientens diabetes ikke ble oppdaget i tide. Å unnlate morgenbesøkene betydde at spesialisthelsetjenestens råd om oppfølging av pasienten ikke ble fulgt. Helsetilsynet mener at hjemmetjenesten gikk ut over sitt kompetanseområde da de gjennomførte vesentlige endringer i oppfølgingen av pasientens diabetesbehandling, uten å involvere hverken fastlegen eller spesialisthelsetjenesten som hadde behandlingsansvaret for pasienten.
- Hjemmetjenesten oppfylte ikke kravet om tilstrekkelig informasjonsutveksling da hverken tildelingskontoret, fastlege eller spesialisthelsetjenesten ble informert om vesentlige endringer i tjenestene til pasienten.
- Det ble ikke fattet nytt vedtak om de vesentlige endringene i tjenestetilbudet til pasienten.

6.2.3 Ga [redacted] kommune pasienten forsvarlig helsehjelp ved endring av hjemmetjenester grunnet koronasituasjonen i [redacted]

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga pasienten forsvarlig utredning, vurdering og planlegging av tiltak ved endringer av tjenester i hjemmet i forbindelse med koronasituasjonen i [redacted].

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Voksne med diabetes har større risiko for å bli alvorlig syke av covid-19. Det var derfor god praksis at hjemmetjenesten vurderte om det var tiltak som kunne redusere

risiko for at pasienten ble smittet. Det å unnlate å besøke pasienten, og i stedet kun kontakte ham telefonisk, innebar på den annen side en betydelig reduksjon i hjemmetjenestens mulighet for å avdekke uønsket sykdomsutvikling når det gjaldt diabetes. Over telefon kunne hjemmetjenesten ikke påse at blodsukkermåling og insulinadministrasjon ble utført korrekt. Hjemmetjenesten hadde heller ingen mulighet til å kontrollere om pasientens opplysninger over telefon var korrekte. Det å kun ha kontakt med pasienten over telefon begrenset også muligheten til å følge med på, og gi nødvendig veiledning, [redacted]

- Helsetilsynet mener at hjemmetjenesten gikk ut over sitt kompetanseområde da de gjennomførte vesentlige endringer i oppfølgingen av pasientens diabetesbehandling, uten å konferere med behandlingsansvarlig lege.
- Hverken fastlegen eller spesialisthelsetjenesten, som hadde behandlingsansvaret for pasienten, ble informert om endringene som var foretatt.
- Endringen i tjenestetilbudet, og vurderingene som ble gjort, ble ikke dokumentert i pasientens journal. Det ble heller ikke vurdert, eller nedfelt i journalen, hvordan hjemmetjenesten skulle forholde seg dersom de ikke fikk tak i pasienten på telefon.
- Helsetilsynet kan ikke se at hjemmetjenesten foretok en konkret vurdering av risikoen for uønsket sykdomsutvikling og forverring av diabetes, opp mot risikoen for å bli smittet.
- Helsetilsynet vurderer at hjemmetjenesten i sine prioriteringer ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til at [redacted], og at han [redacted] som hjemmetjenesten burde vært særlig oppmerksom på.

6.2.4 Ga [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp ved sin utførelse av hjemmetjenester til pasienten?

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune samlet sett ikke ga forsvarlig helsehjelp ved sin utførelse av hjemmetjenester til pasienten i perioden fra [redacted] til og med [redacted]

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Hjemmetjenesten mottok ikke epikriser fra spesialisthelsetjenestens [redacted] hvor pasienten fortløpende ble fulgt opp. Fastlegen mottok epikriser [redacted], men videreformidlet ikke epikrisene til hjemmetjenesten. Fastlegen var ukjent med at hjemmetjenesten ikke mottok de samme epikrisene som ham. Selv om hjemmetjenesten hadde ansvar for tiltak rettet mot den daglige oppfølgingen av pasientens diabetes, etterspurte de ikke epikrisene fra hverken [redacted] eller fastlegen. Hjemmetjenesten hadde derfor begrenset tilgang til oppdatert informasjon om pasientens helseforhold. At hjemmetjenesten i svært liten grad kommuniserte og samhandlet med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, etter at det ble startet opp med hjemmetjenester i [redacted] mener Helsetilsynet kunne utgjøre en fare for pasientsikkerheten.
- Det var ikke etablert planer, prosedyrer, rutiner eller enhetlig praksis for hvordan helsepersonellet skulle utøve tjenestene til pasienten, eller for hvordan de skulle samarbeide med fastlegen og diabetespoliklinikken.
- Det var ulikt hvordan helsepersonellet løste situasjonen når de ikke oppnådde kontakt med pasienten. Enkelte opptrådte i samsvar med god praksis ved å på ulike måter finne ut av om pasienten var i god behold. Andre ganger undersøkte ikke helsepersonellet nærmere om pasienten var i god behold. Tatt i betraktning at pasienten flere ganger tidligere [redacted]

på grunn av alvorlig forverring av diabetes, var det nødvendig å undersøke om pasienten var i god behold, og om blodsukkerverdier var målt og insulin var administrert. Det bør være kjent for hjemmetjenesten at alvorlig forverring av diabetes blant annet kan føre til at man svekkes så kraftig at man settes ut av stand til å svare når andre forsøker å ta kontakt. [redacted]

- Det hadde over tid blitt etablert en tilfeldig praksis for hva helsepersonell skulle gjøre når de ikke fikk tak i pasienten. Helsepersonellets vurderinger og handlinger [redacted] og [redacted] gjenspeiler manglende rutiner for oppfølging av pasienter de ikke får tak i. Det gjenspeiler også en manglende forståelse hos helsepersonellet for nødvendigheten av en daglig oppfølging av diabetessykdommen hos denne pasienten.

6.3 Har [redacted] kommune iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt i oppfølgingen av pasienter/brukere med sammensatte behov?

Helsetilsynet vil vurdere om [redacted] kommune, på bakgrunn av aktuelle og en tidligere alvorlig hendelse, har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt i oppfølgingen av pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar tjenester i hjemmet.

Vi vil først vurdere kommunenes oppfølging av en alvorlig hendelse i [redacted] Deretter har vi vurdert kommunens oppfølging av den aktuelle hendelsen, som dette tilsynet gjelder.

6.3.1 Kommunens oppfølging av tidligere hendelse fra [redacted]

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune, ved sin oppfølging av en alvorlig hendelse i [redacted], ikke i tilstrekkelig grad iverksatte tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt. Hendelsen ble ikke fulgt opp i tråd med kravet om å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Det foreligger brudd på:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

For at det skal læres av alvorlige hendelser, må både ledere og ansatte ha kunnskap om hendelsen og årsaksforholdene. At hendelsen fra [redacted] ikke var kjent, hverken for kommunenes øverste ledelse eller for hjemmetjenesten i det andre distriktet i kommunen, viser at hendelsen ikke i tilstrekkelig grad har blitt benyttet til læring og kvalitetsforbedring i virksomheten. Videre viser det at kommunen ikke hadde et styringssystem som sikret at informasjon om alvorlige hendelser når frem til ansvarlig ledelse, og til øvrige i kommunen, som statsforvalterens tilbakemelding var ment for.

Vi har merket oss at den tidligere saken har vært gjennomgått på tvers av de ulike tjenestene i virksomheten etter at det stedlige tilsynet fant sted, og at nye rutiner er etablert.

6.3.2 Kommunens oppfølging av den aktuelle hendelsen fra [redacted]

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune har iverksatt/er i gang med å iverksette tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen, i tråd med kravene gitt i HOL § 4-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

[redacted] kommune har erkjent at de har mangler i sitt interne rutineverk, og at det har vært mangelfull opplæring i det elektroniske kvalitetssystemet. Ved det stedlige tilsynet ble det av ledelsen uttrykt bekymring for at hjemmetjenesten hadde for lite ressurser til faglig ledelse og kvalitetsarbeid. [redacted] kommune har identifisert at manglende ressurser til arbeid med fag og kvalitetsforbedring er et sårbart område i kommunen, og som kan medføre økt risiko for uforsvarlig helsehjelp til enkeltpasienter. Helsetilsynet vurderer at kommunen har iverksatt tiltak for å styrke arbeidet med fag og kvalitetsforbedring.

Helsetilsynet har merket seg kommunens oppfølging av den aktuelle hendelsen, og at det blant annet er utarbeidet skriftlig prosedyre som beskriver hva som skal gjøres når man ikke oppnår kontakt med en pasient/bruker. Vi har også merket oss at det er etablert arbeidsgrupper på tvers av tjenesteområdene, som skal bidra til kvalitetsforbedring i virksomheten. Helsetilsynet vurderer at kommunen har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt i oppfølgingen av pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar tjenester i hjemmet.

7 Andre forhold – involvering av pårørende

Involvering av pårørende ved oppstart, endring og utførelse av hjemmetjenester kan sikre god kartlegging av pasientens/brukerens behov, og bidra til trygge og gode tjenester for pasienten/brukeren. Det er viktig at de som yter helsehjelp undersøker om andre enn pasienten/brukeren kan gi informasjon som kan være nyttig ved fastsettelse og utførelse av de hjemmetjenestene som gis.

Virksomheten skal ha rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant/støtte for pasienten/brukeren, eller om pårørende er berørt og har egne behov for støtte. Rammer for dialog og ivaretagelse av pårørende i en akuttsituasjon, og etter en alvorlig hendelse, er virksomhetens ansvar.

Pårørende har i denne saken reagert på at [redacted] ikke ble kontaktet umiddelbart da hjemmetjenesten ikke fikk kontakt med pasienten. [redacted] har også reagert på at [redacted] ikke ble informert om at det ble foretatt endringer i tjenestetilbudet i [redacted]. Helsetilsynet ber kommunen merke seg pårørendes tilbakemelding. Helsetilsynet ber om at kommunen sikrer at det etableres rutiner for at pårørende informeres og involveres i tilstrekkelig grad, dersom de har rett på slik informasjon. Dette omfatter også pårørendes rett til informasjon i forbindelse med alvorlige hendelser.

8 Konklusjoner

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottok hjemmetjenester, og at det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 4-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp, og at det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16, jf. samme lov § 4.

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune i etterkant av hendelsen har arbeidet med kvalitetsforbedring, og har iverksatt tiltak for å redusere risikoen for at lignende

hendelser skjer igjen, i tråd med kravene gitt i HOL § 4-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet har også vurdert [redacted] kommunes oppfølging av en tidligere hendelse fra [redacted] og kommet til at kommunen den gang ikke gjennomførte tilstrekkelige tiltak for å redusere fremtidig risiko for svikt. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

9 Forventninger til virksomheten og frist for tilbakemelding

Helsetilsynet ber om at:

- Endelig rapport blir gjort kjent for alle de involverte og de vi hadde samtaler med.
- De ansvarlige for virksomheten går gjennom rapporten og redegjør for hvordan kommunen vil følge med på at tiltakene er kjent, forstått og blir fulgt, og at det bidrar til nødvendig og varig endring av praksis.
- Helsetilsynet ber om tilbakemelding innen seks – 6 – uker, og at Statsforvalteren i [redacted] og pårørende får en kopi av svaret til Helsetilsynet. Vi vil ut fra dette vurdere behov for videre oppfølging av kommunen.

Dersom det er ønske eller behov for at Helsetilsynet presenterer rapporten for [redacted] kommune i et videomøte, ber vi om å få tilbakemelding om det, slik at vi kan avtale et slikt møte.

10 Referanser

1: Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Veileder IS-2442. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven

2: Nasjonal veileder. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov

3: Nasjonal veileder. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

4: Nasjonal veileder. Pårørendeveileder. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

5: Nasjonale faglige råd. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Helsedirektoratet (2020).
https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand

6: Nasjonal faglig retningslinje. Diabetes. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes

7: Handlingsplan. Nasjonal diabetesplan 2017-2021. Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/

8: Nasjonale faglige råd. Pandemiplanlegging. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging

9: Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester (covid-19). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsrad-til-sykehjem-og-hjemmebaserte-tjenester-covid-19

10: Berg, E. - Språket forhekser. Sykepleien, 2012, nr. 3, s. 64-65.
https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/830972.gen-ext.pdf

11: Veileder. Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten – en veileder. Sosial- og helsedirektoratet (2006).

Vedlegg – Saksbehandlingsprosessen

Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhentingen og gjennomføringen av tilsynet.

- Helsetilsynet mottok [redacted]varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [redacted] kommune. Hendelsen ble også varslet til Helsetilsynet fra [redacted] HF [redacted]
- Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn i [redacted] kommune [redacted]. Vi hadde også digitale samtaler med helsepersonell fra [redacted]HF og [redacted] kommune [redacted]. Vi har mottatt informasjon fra enkelte av de involverte helsepersonell i [redacted] kommune i etterkant av det stedlige tilsynet.
- Helsetilsynet har innhentet styrende dokumenter og pasientjournal fra [redacted] kommune, [redacted]HF, [redacted]HF, [redacted]
- Helsetilsynet gjennomførte en samtale med pårørende [redacted]
- Helsetilsynet utarbeidet en foreløpig rapport [redacted]. Den foreløpige rapporten ble sendt til [redacted] kommune, med kopi til pårørende. Virksomheten ble bedt om å uttale seg til den foreløpige rapporten. Pårørende fikk også anledning til å uttale seg til rapporten og har tidligere fått tilsendt saksdokumenter.
- Helsetilsynet har mottatt en redegjørelse av [redacted] fra [redacted] kommune om hvilke tiltak som er iverksatt og planlagt. Virksomhetens tilbakemelding på den foreløpige rapporten mv. er gitt i brev av [redacted]. Pårørende ga tilbakemelding på rapporten i brev av [redacted]
- Tilbakemeldinger fra [redacted] kommune og pårørende er gjennomgått av Helsetilsynet og innarbeidet i endelig rapport av dags dato.