

## RESUMÉ AF RAPPORT UDARBEJDET FOR ALBERTSLUND KOMMUNE

### **Advokatundersøgelse af omstændighederne omkring en borgers død**

## 1. BAGGRUND

---

Elmann advokatpartnerselskab har den 26. august 2020 afleveret sin rapport om omstændighederne omkring en borgers død i kommunen. Rapporten er udarbejdet af Elmann advokatpartnerselskab som led i en uvildig, ekstern advokatundersøgelse.

Undersøgelsen har taget afsæt i følgende kommissorium fra Kommunalbestyrelsen:

*"... en ekstern advokatundersøgelse af omstændighederne omkring borgerens død, da der er opstået tvivl om, hvorvidt der er begået fejl og/eller der er tale om mere principielle problemer med tilrettelæggelsen af arbejdsgangene.*

*Derfor undersøges forløbet omkring overflytning fra tidligere bosted til rehabiliteringsafdelingen samt forløbet på Albertshøj (red. Rehabiliteringsenheden), herunder hvem, der har truffet hvilke beslutninger og på hvilket grundlag. Undersøgelsen skal forholde sig til de modstridende oplysninger, der er kommet frem, de spørgsmål familien har rejst samt afklare, om lovgivningen på området og kommunens interne procedure er overholdt. Undersøgelsen skal også afklare, om kommunalbestyrelse og fagudvalg er blevet behørigt og rettidigt orienteret om sagen. Endeligt skal undersøgelsen afklare, om kommunen i sin håndtering af sagen har givet familien de oplysninger, de har ret til..."*

## 2. RESUMÉ

---

Undersøgelsen fokuserede oprindeligt alene på de få uger i slutningen af 2018, hvor borgeren blev overflyttet fra et midlertidigt botilbud til Rehabiliteringsenheden i Albertslunds Kommune. På baggrund af sagens akter, blev det imidlertid besluttet at udvide undersøgelsens omfang til at starte i foråret 2018, med det formål at give et samlet og retvisende billede af borgerens forhold, sådan at dødsfaldet kunne behandles og afklares i den rette kontekst.

Borgeren blev i foråret 2018 visiteret til et privat midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107. Indtil da havde han igennem en længere periode boet på et forsorgshjem under Region Hovedstaden.

Midlertidige botilbud er karakteriseret ved at være ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har behov for ophold i en periode, men med henblik på, at den omhandlede borger på sigt skal flytte i egen bolig, eller i et mindre omfattende tilbud.

I modsætning til midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107 står varige botilbud efter samme lovs § 108. Sådanne tilbud er karakteriseret ved at være boformer, der er egnet til længerevarende ophold til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Under borgerens ophold på § 107 botilbuddet, blev der henover sommeren 2018 fra det private botilbud gentagne gange meldt om en tiltagende svækkelse i borgerens almentilstand i form af væsentlige somatiske sygdomstegn. Dette blev der ikke umiddelbart reageret på fra kommunens side.

Det private botilbud rykkede internt og uden Albertslund Kommunes samtykke borgeren til et varigt § 108 botilbud på en anden geografisk lokation. Dette tilbud havde døgnbemanding og et mere intensivt tilsyn.

Imidlertid var der ved den interne flytning reelt tale om, at der blev truffet en ny afgørelse efter serviceloven, uden at det private botilbud lovligt havde mulighed herfor. Ved flytningen blev de forvaltningsretlige regler for sagsoplysning, partshøring mv., som gælder i afgørelsessager på det sociale område, således ikke iagttaget eller fulgt for borgeren. Da der i korrespondancen fra det private bosted var indikationer på, at bostedet agtede at flytte borgeren internt, burde kommunen tidligere have reageret herpå for at afværge, at der de facto blev truffet en forvaltningsretlig afgørelse, uden fornøden hjemmel dertil.

Borgerens sagsbehandlers reaktion på den rapporterede udvikling om borgerens almentilstand blev - i stedet for en yderligere afklaring af borgerens reelle tilstand - at søge at finde et nyt § 107 midlertidigt botilbud til borgeren. Dette indebar et brud på sagsoplysningsprincippet.

Ved afdækningen af, hvorvidt borgeren med sine somatiske udfordringer passede ind i det nye tilbuds målgruppe blev der begået væsentlige sagsbehandlingsfejl, da det nye botilbud blev tilsendt en forældet vurdering af borgeren fra foråret 2018, inden placeringen på det foregående botilbud. Det nye botilbud fandt på baggrund af det forældede oplysningsgrundlag, at borgeren passede ind i målgruppen. Borgeren flyttede ind på det nye botilbud primo november 2018. Der blev ikke udarbejdet en egentlig afgørelse til borgeren med klagemulighed, og borgeren blev ikke partshørt mv. Grundlæggende forvaltningsretlige regler blev således tilsidesat af kommunen i forløbet. [REDACTED] og en ny sagsbehandler blev på dette tidspunkt tilknyttet borgeren.

Allerede kort tid efter borgerens indflytning på det nye midlertidige botilbud, kom de første meldinger til kommunen om borgerens udfordringer. Sådanne meldinger tog til i intensitet og antal frem mod december 2018. Botilbuddet meddelte blandt andet, at borgeren havde behov for en mere intensiv bemanning og var faldtruet. Borgeren var indlagt på hospital og sygehus ad flere omgange, hvor han modtog behandling for forskellige somatiske lidelser.

Kommunen reagerede ikke umiddelbart med at undersøge borgerens forhold nærmere, med henblik på en afklaring af indstilling til et mere intensivt tilbud. Herved blev det socialretlige hurtighedsprincip tilsidesat.

Efter flere meldinger og møder og på baggrund af kommunens passivitet meddelte det nye bosted til sidst via advokat, at borgeren ville blive sat på gaden fredag den 21. december kl. 12, hvis ikke kommunen havde fundet et nyt og mere passende sted til borgeren inden da.

Derved opstod således et akut behov for en placering af borgeren.

Resultatet af processen blev, at borgeren endte med midlertidigt at blive anbragt på kommunens Rehabiliteringsenhed med henblik på at afklare og fremskaffe et varigt tilbud til borgeren i starten af 2019. Der var enighed imellem alle involverede parter om, at denne anbringelse var midlertidig indtil en egnet plads kunne findes. Som udgangspunkt var Rehabiliteringsenheden ikke det rigtige sted at anbringe borgeren, idet stedet ikke, trods tilførsel af ressourcer til en fast aftenvagt til borgeren, havde borgere med denne type væsentlige somatiske udfordringer og problematikker inden for målgruppen.

Det er i forløbet blevet klarlagt, at der er uoverensstemmelser i forklaringerne omkring, hvorvidt og hvilke oplysninger om borgeren og hans behov for meget jævnlige sygeplejefagligt tilsyn og støtte, der mundtligt blev videregivet fra det sidste midlertidige bosted til borgerens sagsbehandler, ved sagsbehandlerens afhentning af borgerens medicin på bostedet den 21. december 2018.

På baggrund af de observationer personalet på Rehabiliteringsenheden gjorde sig, blev det, af Rehabiliteringsenhedens leder, den 27. december besluttet at fjerne den faste aftenvagt til borgeren.

Samme dag var personale og beboere fra borgerens seneste bosted på besøg hos borgeren på Rehabiliteringsenheden. Personalet fra bostedet mindede i den forbindelse personalet på Rehabiliteringsenheden om, at borgeren samme dag skulle have sin [REDACTED]. Denne var overleveret til Rehabiliteringsenheden af borgerens sagsbehandler i forbindelse med indflytningen.

Det fremgår af journalnotater fra Rehabiliteringsenhedens personale, at der var udfordringer med borgerens medicin. Det fremgår således både, at personalet mente, at borgerens medicin havde været fejl doseret fra det tidligere bosted, og at personalet forsøgte at kontakte borgerens egen læge omkring [REDACTED].

Der er i forløbet afdækket uoverensstemmelser mellem det i journalsystemet anførte, og forklaring fra borgerens praktiserende læge om, på hvilke tidspunkter og om hvilke forhold han er blevet kontaktet telefonisk vedrørende borgeren. Disse modstridende oplysninger af sundheds- og lægefaglig karakter medfører, at undersøgelsen anbefaler, at Styrelsens for patientsikkerhed inddrages i forhold til at afdække alle forhold vedrørende borgerens medicinering og medicinhåndteringen på Rehabiliteringsenheden.

I perioden frem mod nytår fremgår det af notater fra journalsystemet udarbejdet af personalet på Rehabiliteringsenheden, at borgeren blev tiltagende omtåget, momentvis ukontaktbar og med øget faldtendens og katatoniske træk. Det til trods, ændredes omfanget og jævnligheden af tilsynet med borgeren ikke. Der var således fortsat kun én nattevagt til alle borgere på Rehabiliteringsenheden.

Undersøgelsen bemærker, at flere af de symptomer der udvises af borgeren, er kendte bivirkninger ved behandling med [REDACTED] borgeren har været ordineret. Undersøgelsen anbefaler, at dette forhold inkluderes og behandles i den foreslåede undersøgelse af Styrelsen for patientsikkerhed.

Der er i forbindelse med undersøgelsen afdækket væsentlige uoverensstemmelser mellem de forklaringer som nattevagten, der var på arbejde den nat borgeren afgik ved døden, har forklaret til henholdsvis politiet på dødsdagen, og til de undersøgende advokater i forbindelse med undersøgelsen. Dette angår diskrepans i beskrivelsen af borgerens observerede tilstand ved midnatstid, samt omfanget og indholdet af tilsynsrunder i løbet af natten. Den konkrete SOSU-assistent har siden opsagt sin stilling på Rehabiliteringsenheden. Undersøgelsen konkluderer, at såfremt medarbejderen fortsat var ansat [REDACTED].

Det blev indledningsvis i forbindelse med obduktionen konstateret, at den hjertesvækkede borger var død af et akut hjertesvigt under ophold på den mørklagte rygeterrasse. Borgeren havde efter det observerede ligget død i nogen tid, inden han blev fundet. Borgeren blev beskrevet som "meget kold" da han blev fundet, hvorfor der er tale om en tidsperiode på timer snarere end minutter.

I forbindelse med undersøgelsens afdækning af forløbet og sammenholdelse af oplysninger og billeder fra politiet og obduktionsrapporten sammenholdt med andre oplysninger om borgerens tilstand, er det imidlertid blevet afdækket, at borgeren med al sandsynlighed ikke døde af et akut hjertesvigt, men derimod er faldet forover på terrassen, har pådraget sig mindre skader på knæ og i ansigt, har fået vendt sig rundt på ryggen, men ude af stand til at komme op eller tilkalde hjælp, og på et tidspunkt herefter er afgået ved døden som følge af hjertesvigt. Borgeren er dog som sådan ikke død af kulde.

Denne udlægning, som er blevet til på baggrund af sammenholdelse af oplysningerne i sagen, er forelagt og tiltrådt af vicesstatsobducenten fra retsmedicinsk institut som det mest sandsynlige hændelsesforløb, i lyset af de observationer, der blev gjort ved obduktionen.

Undersøgelsen konkluderer derfor, at borgeren har været i live i et tidsrum efter sit fald, og at et mere jævnligt og intenst tilsyn med borgeren, sandsynligvis kunne have forhindret borgerens død.

Undersøgelsen har endvidere tilsigtet at afklare, hvorvidt kommunens politiske niveau i form af Social- og sundhedsudvalget er blevet tilstrækkeligt orienteret om hændelsesforløbet i den redegørelse om sagen, der var udarbejdet af forvaltningen. Undersøgelsen konkluderer, at der er blevet videregivet de oplysninger om dødsfaldet som var til stede på tidspunktet, om end redegørelsen ikke omfatter de væsentlige sagsbehandlingsfejl, der er sket i borgerens sag frem til placeringen på Rehabiliteringsenheden.

Endelig har undersøgelsen belyst deltagernes handlinger og undladelser på det møde, der blev holdt mellem ansatte fra kommunen og familien til den afdøde borger i marts 2019, herunder afslag på mundtlig overlevering af oplysninger om borgerens død under henvisning til tavshedspligt. Dertil er kommunens delvise afslag på familiens aktindsigtsanmodninger i den afdøde borgers sag behandlet.

Undersøgelsen konkluderer her, at familien på mødet i marts 2019 burde være givet oplysninger om borgerens sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, idet der deltog en autoriseret sygeplejerske omfattet af sundhedslovens regler. Undersøgelsen konkluderer endvidere, at de delvise afslag på aktindsigt i borgerens socialsag, der gives til familien, er korrekte i juridisk forstand om end meroffentlighed burde overvejes i videre omfang.

Rapporten anbefaler på baggrund af undersøgelsen, at der iværksættes et uddannelsesforløb for kommunens sagsbehandlere i forvaltningslovens, servicelovens og retssikkerhedslovens bestemmelser om, hvordan en sagsbehandling skal gennemføres for at sikre at borgeren får det rette tilbud, idet undersøgelsen har afdækket betydelige fejl i kommunens sagsbehandling i denne forbindelse.

Spørgsmålet bliver herefter, om forhold i Albertslund Kommunes sagsbehandling kunne have forebygget den midlertidige anbringelse af borgeren på Rehabiliteringsenheden, og derfor potentielt kunne have forebygget borgerens død.

Det er rapportens konklusion, at det er sandsynligt, at en korrekt sagsbehandling kunne have forebygget den akutte anbringelse af borgeren på Rehabiliteringsenheden.

Spørgsmålet er herefter om de fejl som afdækkes medfører, at der bør iværksættes ansættelsesretlige reaktioner overfor ansatte – såvel tidligere ansvarlige som nuværende ansatte.

Rapporten konkluderer at der er grundlag herfor, og anbefaler at der indledes en proces om personalemæssige reaktioner [REDACTED].

Spørgsmålet er derudover om der kan iværksættes foranstaltninger til at forebygge en tilsvarende sag fremover. Rapporten anviser veje hertil.