

Veileder for landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester

Internserien 1/2020

Saksbehandler: Hege Kristin Millerud og Wenche Skjær
Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen, 3. februar 2020

Ansvarlig avdeling: Avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester
Saksnummer: 2019/1181

Målgruppe: Fylkesmannen

Veiledningsmaterialet som er utarbeidet for de landsomfattende tilsynene oppdateres ikke. Senere lovendringer, endringer i normerende produkter og faglig utvikling på området er derfor ikke innarbeidet. Dersom statsforvalterne ønsker å bruke veiledningsmaterialet til å gjennomføre egeninitierte tilsyn, må statsforvalterne oppdatere og bearbeide veiledningsmaterialet.

I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett publiseres et utvalg utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Dokumentet kan inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

1	Presentasjon av tilsynet	4
1.1	Tilsynets tema og innretning.....	4
1.2	Bakgrunnen for tilsynet	5
1.3	Begreper som benyttes i veilederen	6
2	Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	7
2.1	Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring	8
2.1.1	<i>Kommunen har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av lov og forskriftskrav, jf. § 6d.....</i>	<i>8</i>
2.1.2	<i>Kommunen har tydelig fordelt ansvar, oppgaver og myndighet, jf. §§ 6a og 7a.....</i>	<i>8</i>
2.1.3	<i>Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b</i>	<i>9</i>
2.1.4	<i>Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d 9</i>	
2.1.5	<i>Kommunen følger med på at iverksatte tiltak følges i praksis, fungerer etter sin hensikt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9</i>	<i>10</i>
2.2	Kravene som stilles til helse- og omsorgstjenesten.....	11
2.2.1	<i>Nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.....</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A</i>	<i>11</i>
2.2.3	<i>Samtykkevurderinger.....</i>	<i>11</i>
2.2.4	<i>Motstand mot helsehjelp.....</i>	<i>11</i>
2.2.5	<i>Tillitskapende tiltak</i>	<i>12</i>
2.2.6	<i>Helsefaglige vurderinger.....</i>	<i>12</i>
2.2.7	<i>Evaluering av tvungen helsehjelp.....</i>	<i>12</i>
2.2.8	<i>Dokumentasjon.....</i>	<i>12</i>
3	Undersøkellesområdene.....	12
3.1	Om fylkesmannens undersøkelse og bedømmelse.....	13
3.2	Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp.....	13
3.3	Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak	16
3.4	Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.....	19
3.4.1	<i>Samtykkekompetanse</i>	<i>19</i>
3.4.2	<i>Ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang</i>	<i>21</i>
3.5	Kommunen sikrer at tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden	24
4	Tilsynsaktivitetene	25
4.1	Informasjon til alle kommuner om tema for landsomfattende tilsyn 2020	25
4.2	Systemrevisjon.....	26
4.3	Egenvurdering.....	27

4.4	Nærmere om samlingene som skal gjennomføres for utvalgte kommuner	27
5	Planlegging	28
5.1	Tilsynslag	28
5.2	Forventet tidsbruk og krav til aktivitetsvolum	28
5.3	Valg av kommuner	29
5.4	Intervjuer av ledere og ansatte.....	29
6	Rapporter	30
6.1	Tilsynsrapport	30
6.2	Nasjonal oppsummeringsrapport	30
	Vedlegg.....	30

Vedlegg lagt til 18. juni 2020 Praktisk informasjon om gjennomføringen av tilsynet som følge av pandemien

1 Presentasjon av tilsynet

1.1 Tilsynets tema og innretning

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester 2020 gjelder undersøkelser av kommunenes praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

I dette tilsynet er det lagt opp til flere aktiviteter:

- Alle kommunene i fylket blir varslet om tema for landsomfattende tilsyn i 2020, og veilederen for tilsynet skal legges ved varselet.
- Fylkesmannen gjennomfører systemrevisjon i et utvalg kommuner.
- I tilknytning til én systemrevisjon velger fylkesmannen ut noen kommuner som foretar en vurdering av egen praksis på området (egenvurdering)¹.
- For kombinasjonen systemrevisjon og egenvurderinger blir det gjennomført samling med de utvalgte kommunene før og etter gjennomføring av systemrevisjonen og egenvurderingene.
- Fylkesmannen følger opp lovbrudd avdekket gjennom systemrevisjon eller egenvurdering på vanlig måte.

Gjennom tilsynet skal fylkesmannen undersøke om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Undersøkelsene omfatter om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Fylkesmannen skal gjennomføre tilsynet som systemrevisjon² og undersøkelsene er derfor rettet mot kommunens virksomhetsansvar og ikke det enkelte helsepersonell.

Pasienter

Tilsynet gjelder pasienter og brukere over 16 år (heretter omtalt som pasienter). Reglene om tvungen helsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A gjelder uavhengig av pasientens diagnose, så lenge hjelpen som skal ytes er somatisk helsehjelp og pasienten mangler samtykkekompetanse. Enkelte diagnoser kan imidlertid påvirke evnen til å ta beslutninger i spørsmål om helsehjelp. Bestemmelsene i kapittel 4 A er av den grunn særlig aktuelle for enkelte pasienter med for eksempel demenssykdom, psykisk utviklingshemming, psykisk lidelse eller ervervet hjerneskade. Selv om diagnosene i seg selv ikke automatisk medfører at pasientene mangler samtykkekompetanse, må likevel helsepersonell være ekstra oppmerksomme når det ytes helsehjelp til pasienter med kognitiv nedsettelse og de motsetter seg helsehjelpen.

¹ For Fylkesmannen i Oslo og Viken skal en slik kombinasjon gjøres i tilknytning til to systemrevisjoner.

² Veileder for tilsyn gjennomført som systemrevisjon, Internserien 4/2018

Tilsvarende må helsepersonell være oppmerksomme overfor pasienter som ikke har en spesifikk diagnose, men som på grunn av helsesvikt med ulike funksjonstap bør få vurdert om motstand mot helsehjelp skal vurderes etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Helsehjelp

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A er avgrenset til å gjelde somatisk helsehjelp. Tilsynet omfatter all helsehjelp slik det er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

Unntak gjelder tvungen helsehjelp som har pleie- og omsorgsformål som gis til personer med utviklingshemming. Slike tjenester omfattes av særreglene om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemming i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9³.

Tilsynet omfatter ikke helsehjelp som gis som øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7. Videre faller tiltak som gjennomføres for å beskytte andre pasienter eller personell utenfor tilsynet.

Sykehjemsplass og helsetjenester i hjemmet

Veilederen er utformet slik at den kan benyttes for å undersøke tvungen helsehjelp både der det ytes helsetjenester i hjemmet og på sykehjem. Fylkesmannen avgjør selv hvor tilsynet skal gjennomføres.

Tilsynet med tvungen helsehjelp i sykehjem gjelder alle former for opphold, langtidsopphold, korttidsopphold og avlastningsopphold, det vil si pasienter som har fått vedtak om sykehjemsplass etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, og der pårørende har fått vedtak om avlastningstiltak i form av sykehjemsopphold, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6.

Hjemmebaserte tjenester kan omfatte helsetjenester som kommunen yter i omsorgsboliger, bofelleskap og i pasientens «opprinnelige» bolig, der pasienten er tildelt helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a.

1.2 Bakgrunnen for tilsynet

Tvungen somatisk helsehjelp er et særlig risikoområde fordi konsekvensene av de vurderinger og avgjørelser som tas, har stor betydning for pasientene.

I utgangspunktet skal helsehjelp kun ytes etter samtykke fra pasienten for å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse til den konkrete helsehjelpen, har derimot ikke pasienten forutsetninger for å velge selv. Det å respektere motstand fra pasienten kan da føre til at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp, selv om helsehjelpen er i tråd med pasientens egne interesser. Motsatt, vil det å ikke respektere motstanden medføre en fare for at helsehjelpen gjennomføres med tvang, uten at dette verken er i tråd med pasientens interesser eller at vilkårene for tvungen helsehjelp er vurdert.

Pasient- og brukerrettighetsloven i kapittel 4 A regulerer når helsepersonell har adgang til å gjennomføre somatisk helsehjelp med tvang. Formålet med bestemmelsene er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. For å

³ Helsedirektoratet, rundskriv Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, IS-2015-10, kapittel 1.2.5.

oppnå disse formålene er det stilt særskilte vilkår for når tvungen helsehjelp kan gjennomføres og det er stilt strenge krav til saksbehandlingen.

De vurderinger som helsepersonell må ta om pasienten motsetter seg helsehjelpen, av om samtykkekompetanse mangler og om vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt, innebærer ofte både faglige og etiske utfordringer. Pasientens situasjon kan være kompleks, samtidig som konklusjonene kan ha store konsekvenser for pasienten. Det er av vesentlig betydning for pasientens rettssikkerhet at vurderingene bygger på et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag og opp mot vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

For å unngå alvorlige konsekvenser for pasientene og for å sikre at praktiseringen ikke blir tilfeldig og personavhengig, må kommunen både legge til rette for og følge opp at praktisering av tvungen helsehjelp er i tråd med lovkravene. Det er imidlertid avdekket, både gjennom evalueringen av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A⁴ og fra fylkesmannens erfaringer fra tilsyn og saksbehandling at mange virksomheter, inkludert kommunene, har utfordringer med å få implementert pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A i sine helsetjenester. Det har i tilsyn blant annet blitt avdekket lav kunnskap om reguleringen av tvungen helsehjelp, uklar fordeling av oppgaver og ansvar, personavhengig og tilfeldig praksis, manglende rutiner, eller at utarbeidede rutiner ikke var gjort kjent for de ansatte. Videre at kommuner ikke har fulgt med på om praktiseringen har vært i tråd med regelverket. Svikt på området har dermed ikke blitt avdekket, slik at den har fått pågå uten å ha blitt korrigert.

Det følger av tall fra NESTOR⁵ at Fylkesmannen i 2018 behandlet 4351 vedtak om tvungen helsehjelp. Hovedvekten av vedtakene kommer fra kommunens helse- og omsorgstjenester. Det er få pasienter eller pårørende som klager på slike vedtak. I 2018 ble kun 13 vedtak påklaget.

Tilsynsmyndigheten har som målsetting at dette landsomfattende tilsynet vil bidra til at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen gjennomføres i tråd med vilkårene der frivillighet ikke oppnås. Ved å kombinere tilsynsaktiviteter med samlinger for veiledning og oppfølging er det videre en målsetting å bidra til økt kunnskap og erfaring om forbedringsarbeid, samt legge til rette for samarbeid mellom kommuner på området.

1.3 Begreper som benyttes i veilederen

Helsehjelp

Helsehjelpen er avgrenset til å gjelde tvungen *somatisk* helsehjelp. I veilederens omtale av helsehjelp er det derfor somatisk helsehjelp det siktes til.

Helsepersonell og involvert helsepersonell

Tilsynet omfatter tjenester som ytes av både autorisert personell og personell uten autorisasjon som yter helsehjelp, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første og tredje ledd. Slik «helsepersonell» er benyttet i veilederen, omfatter det derfor alt personell, både personell med helsefaglig bakgrunn og ufaglært personell.

Involvert helsepersonell brukes i veilederen som en samlebetegnelse på helsepersonell som yter helsehjelp til pasientene og den som er ansvarlig for helsehjelpen. Dersom det er flere nivåer

⁴ Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Oxford Research AS, desember 2013.

⁵ NESTOR er et registrerings- og styringssystem av tilsyn og rettighetssaker for fylkesmennene og Statens helsetilsyn.

mellom helsepersonellet som yter helsehjelpen og den som er ansvarlig for helsehjelpen, omfattes også disse.

Ansvarlig for helsehjelpen

Ansvarlig for helsehjelpen etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A er den som har besluttet og iverksatt helsehjelpen. Et slikt ansvar omfatter også ansvaret for å vurdere om vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt og ansvaret for å fatte vedtak om tvungen helsehjelp.

Tvungen helsehjelp vil ofte omfatte medisinskfaglige vurderinger, og det vil da være pasientens fastlege eller sykehjemslege som er ansvarlig for helsehjelpen. En sykepleier vil være ansvarlig for helsehjelpen der helsehjelpen ligger innenfor sykepleiefaglig ansvarsområde. Annet helsepersonell vil også kunne være ansvarlig for helsehjelpen, for eksempel vernepleier med ansvar for helsehjelp til personer med psykisk utviklingshemming. Ansvar for helsehjelpen avhenger av helsepersonellens kompetanseområde. Kommunen kan også ha utpekt helsepersonell med særskilt ansvar på området tvungen somatisk helsehjelp.

Overordnet faglig ansvarlig

Overordnet faglig ansvarlig brukes om den kommunen har utpekt til å ha slikt ansvar, og er den i kommunen som skal ha kopi av vedtak om tvungen helsehjelp. Hvem som er overordnet faglig ansvarlig kan følge de ordinære ansvarslinjene for tjenesten, men dette ansvaret kan også være lagt til utpekt personell som kommunelege eller sykehjemslege. Det sentrale er at det er tydelig for helsepersonellet hvem som har denne funksjonen. Den som er overordnet faglig ansvarlig bør ha helsefaglig kompetanse, da det er forutsatt at overordnet faglig ansvarlig skal ha en viss kontroll med praktiseringen av tvungen helsehjelp⁶.

Rutiner

Med rutiner menes den praksisen kommunen har besluttet skal gjelde på området tvungen helsehjelp. Kommunen skal ha vurdert om det er behov for å utarbeide skriftlige rutiner, som prosedyrer, sjekklister, maler eller lignende for å sikre omforent praksis i tråd med lovens krav. Jo flere helsepersonell som yter helsehjelp og jo flere nyansatte og/eller vikarer, jo større er behovet for at rutinene er skriftliggjorte.

2 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 andre ledd. For dette skal fylkesmannen undersøke om kommunen oppfyller krav i:

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)

Helsepersonelloven (hpl.)

Forvaltningsloven (fvl.)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

⁶ Ot.prp. nr. 64 (2005–2006), kapittel 4.6.6.10

2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Innholdet i denne plikten er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem. Styringssystemet er summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriftens §§ 6–9. Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5. Tilsvarende gjelder for om kommunen skal dokumentere styringsaktivitetene.

Kravene til ledelse og kvalitetsforbedring må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

I dette tilsynet skal fylkesmannen ha fokus på følgende styringsaktiviteter:

2.1.1 *Kommunen har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av lov og forskriftskrav, jf. § 6d*

Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. For å kunne vurdere risiko må kommunen ha kunnskap om hvilke krav som gjelder. Tvungen helsehjelp er å anse som et risikoområde og kommunens vurdering av risiko bør blant annet inneholde vurderinger av om det i helsetjenesten er risiko for at:

- kravet om å unngå og redusere bruk av tvang ikke blir oppfylt
- tvungen helsehjelp blir gjennomført uten at det er gjort helsefaglige vurderinger av om vilkårene er oppfylt
- nødvendig helsehjelp ikke blir gitt, selv der vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt
- tvungen helsehjelp ikke blir evaluert i gjennomføringsperioden

Det er ikke et krav at vurderingen av risiko skal bygge på en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse, men kommunen skal likevel ha vurdert om det er lokale forhold som tilsier risiko og sårbarhet. Dette kan for eksempel være knyttet til organisering av tjenestene, bemanningssituasjon, prosesser som samarbeid og informasjonsutveksling. Vurderingen kan bygge på tilbakemeldinger om praksis fra ansatte, pasienter og pårørende eller kommunens egen kontroll. Hensikten med en risikovurdering er at kommunen skal få et grunnlag for å velge tiltak som vil redusere risiko.

2.1.2 *Kommunen har tydelig fordelt ansvar, oppgaver og myndighet, jf. §§ 6a og 7a*

Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. På området tvungen helsehjelp gjør dette seg særlig gjeldende, da det ofte er flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient og de har ulik kompetanse. Tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet gjelder på alle nivåer og omfatter derfor både overordnede styringslinjer og ansvars- og oppgavefordeling på de ulike tjenestestedene. Slik ansvar- og oppgavefordeling kan for eksempel være tydeliggjort i organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, rutiner og samarbeidsavtaler mv., som er gjort kjent for de ansatte.

2.1.3 Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger kommunen kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten trenger og hvilken kompetanse de ansatte har. Kommunen har et ansvar for at helsepersonell har nødvendighet kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve krav i pbrl. kapittel 4 A og for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Hvilke opplærings- og veiledningstiltak som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kompetanse til det enkelte helsepersonell, vil være avhengig av den enkeltes ansvar, oppgaver og fagbakgrunn.

Tvungen helsehjelp henger sammen med grunnleggende prinsipper for hva som er å anse som forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Opplæring og veiledning om tvungen helsehjelp må derfor omfatte kunnskap om at all helsehjelp i utgangspunktet bygger på frivillighet og selvbestemmelse fra pasientene. For å legge til rette for å unngå bruk av tvang, skal kommunen sikre at alt helsepersonell har kunnskap om hvordan motstand kan fanges opp, og at de har kunnskap om ulike tiltak som kan bidra til at pasienten frivillig tar imot helsehjelpen.

Videre må helsepersonellet ha kunnskap om at det er særskilte vilkår for når helsehjelpen kan gjennomføres med tvang. De må vite at det ikke er opp til den enkelte å avgjøre dette, da slike vurderinger og avgjørelser skal tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen. For at opplæring og veiledning om tvungen helsehjelp skal ha tilstrekkelig effekt, må helsepersonellet få kunnskap om hvem de skal rapportere og informere opplysninger til, jf. kravet om en tydelig organisering av helsetjenesten. Da ansvarlig for helsehjelpen har særskilt myndighet og oppgaver etter pbrl. kapittel 4 A, må kommunen sikre at ansvarlig for helsehjelpen har kunnskap til å kunne vurdere samtykkekompetanse, vurdere om vilkår for om tvungen helsehjelp er oppfylt og til å kunne evaluere tvungen helsehjelp i gjennomføringsperioden.

Eksempler på kompetansetiltak er opplæring om tvungen helsehjelp ved nyansettelser og at opplæringen blir gitt til både ansatte med helsefaglig bakgrunn og ufaglærte, fast ansatte og vikarer, og til de med store og små stillingsbrøker. Andre kompetansetiltak kan være at erfarne helsepersonell gir veiledning til de med mindre erfaring og til ufaglærte. Kommunen må videre sikre at kunnskap om tvungen helsehjelp holdes ved like ved at dette for eksempel er tema på møter på avdelings-/enhetsnivå, fagmøter, internopplæring, kurs mv.

Kommunen må følge med på om opplæringstiltak blir gjennomført, ha oversikt over hvem som har deltatt og følge med på om tiltakene har effekt ved at de gjenspeiles i praksis.

2.1.4 Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er et område hvor det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til pasienten. Samarbeid og informasjonsutveksling er også nødvendig for at helsepersonell har tilstrekkelig med informasjon om pasienten til å gjøre forsvarlige helsefaglige vurderinger.

Kommunen skal ha vurdert hvilke faglige og administrative rutiner, instruksjoner og avtaler som er nødvendige for å sikre omforent praksis, samarbeid og informasjonsveksling på området tvungen helsehjelp.

Relevante og nødvendige opplysninger for helsehjelpen skal føres fortløpende i pasientens journal, og det skal som hovedregel være én samlet journal for pasienten, jf. hpl. § 40⁷ og pasientjournalforskriften § 10 andre ledd. Dersom det finnes både papirbaserte og elektroniske journaler for en pasient, må det i begge journalene fremgå at det finnes ytterligere en journal, henholdsvis papirbasert og elektronisk. På området tvungen helsehjelp er det flere avgjørelser som tas av både ansvarlig for helsehjelpen og andre, blant annet om samtykkekompetanse, plan for utprøving av tillitskapende tiltak, vurderinger og vedtak om tvungen helsehjelp og lignende. Ulike journalsystemer vil ha ulike løsninger for hvor det er naturlig å føre slike opplysninger, og kommunen må benytte de mulighetene journalsystemet har for at opplysninger av særlig viktighet er lett tilgjengelig. Det er derfor nødvendig at kommunen har rutiner for hvor i journalen slike opplysninger skal føres og finnes, slik at helsepersonellet raskt kan få tilgang til opplysningene.

I tillegg til at opplysninger føres i journal, vil det være behov for at helsepersonell kan rapportere og utveksle informasjon med hverandre for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i tjenestetilbudet til pasienten, og for å sikre at ansvarlig for helsehjelpen har tilstrekkelig informasjonsgrunnlag når det er behov for å ta raske avgjørelser. Kommunen må derfor sikre at det er tydelig for helsepersonell hvilke opplysninger som skal rapporteres, hvem som skal ha informasjonen og på hvilken måte informasjonsutvekslingen skal foregå.

Behov for å kunne utveksle informasjon henger sammen med behovet for å kunne samarbeide om helsehjelpen til pasienten. Kommunen skal legge til rette for samarbeid, både mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen. Det er et generelt krav om samarbeid i hol. § 3-4, og samarbeid om helsehjelpen er særlig viktig på området tvungen helsehjelp.

For hjemmeboende pasienter vil ofte den som er ansvarlig for helsehjelpen være pasientens fastlege. Fastlegene er som regel selvstendig næringsdrivende, og kommunen kan derfor i begrenset grad styre fastlegens praksis. Kommunen har imidlertid et ansvar for legge til rette for samarbeid med fastlegen, jf. hol. § 3-4 og forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8. Et slikt samarbeid må omfatte situasjoner der fastlegen er ansvarlig for helsehjelp som kommunens helse- og omsorgstjeneste skal gjennomføre og inkludere området tvungen helsehjelp. Tilretteleggingen kan omfatte rutiner for når helsetjenesten skal ta kontakt og på hvilken måte kontakten skal skje. Eksempler på andre tiltak er samarbeidsavtaler, deltagelse i samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter eller lignende.

Rutiner, instruksjoner og avtaler som er vurdert som nødvendige, skal være utarbeidet og gjort kjent for de ansatte.

2.1.5 Kommunen følger med på at iverksatte tiltak følges i praksis, fungerer etter sin hensikt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de fungerer etter sin hensikt. Kommunens kontroll kan for eksempel skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende, ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner.

⁷ Helsedirektoratet, Rundskriv IS-2018-8 Helsepersonelloven med kommentarer

Kommunen skal ha utpekt helsepersonell til å være overordnet faglig ansvarlig for tvungen somatisk helsehjelp. Den/de som er utpekt til å ha denne funksjonen, skal motta kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er fattet i kommunen, og får gjennom vedtakene viktig, samlet informasjon om praktisering av tvungen helsehjelp. Kommunen skal benytte denne informasjonen i sin egen vurdering og kontroll av praksis.

Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker mangler, skal kommunen iverksette nødvendige forbedringstiltak.

2.2 Kravene som stilles til helse- og omsorgstjenesten

I lovgivningen er det stilt en rekke krav til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal gjennom sin styring og ledelse sikre at disse kravene blir oppfylt. Nedenfor er en oversikt over de kravene som inngår i undersøkelsene:

2.2.1 Nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Pasienter har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pbrl. § 2-1a andre ledd, og § 2-1 e. Det er kun nødvendig helsehjelp som det er aktuelt å gjennomføre med tvang etter etter pbrl. kapittel 4 A, jf. § 4A-3 andre ledd bokstav b. Kommunen har en tilsvarende plikt til å gi slik hjelp etter hol. § 3-1, og aktuelt for dette tilsynet er helsehjelp i hjemmet og opphold på sykehjem, jf. hol. §§ 3-1 og 3-2 nr. 6 bokstav c og § 3-2a.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang. Det å gjennomføre helsehjelpen med tvang uten at det vurdert om vilkårene for tvungen helsehjelp er til stede, er ikke å anse som forsvarlig helsehjelp.

2.2.2 Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A skal komme til anvendelse, er det enkelte forutsetninger som må være oppfylt. Helsehjelpen må være somatisk, pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen. Der forutsetningene er oppfylt, er det en rekke vilkår som må være oppfylt før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlingen.

2.2.3 Samtykkevurderinger

Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensene av å nekte helsehjelpen skal den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen vurdere om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte være den samme som skal gjøre de helsefaglige vurderingene etter pbrl. kapittel 4 A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

2.2.4 Motstand mot helsehjelp

Pasienter kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måter. Helsehjelp som gjennomføres selv om pasienten motsetter seg den, er å anse som tvungen helsehjelp. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell hjemmel til å ta avgjørelser om helsehjelpen etter særskilte kriterier.

2.2.5 Tillitskapende tiltak

Tillitskapende tiltak er tiltak som blir satt i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Det er et vilkår at tillitskapende tiltak er forsøkt før helsehjelpen gjennomføres med tvang, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

2.2.6 Helsefaglige vurderinger

Ansvarlig for helsehjelpen skal gjøre helsefaglige vurderinger av om vilkårene i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylt. Disse vurderingene omfatter om helsehjelpen er nødvendig, noe som innebærer at det omhandler helsehjelp som pasienten har rett på etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Videre skal det vurderes om det planlagte tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og at tvungen helsehjelp etter en helhetlig vurdering fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom tiltaket er å anse som et alvorlig inngrep for pasienten, som for eksempel tiltak som innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler eller tvungen innleggelse og tilbakehold på sykehjem, skal ansvarlig for helsehjelpen samrå seg med annet kvalifisert personell, jf. § 4A-5 andre ledd. Så langt det er mulig skal helsepersonell innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før avgjørelsen om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A-5 fjerde ledd.

2.2.7 Evaluering av tvungen helsehjelp

Tvungen helsehjelp skal etter § 4A-4 fjerde ledd evalueres fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er oppfylt. Det skal i evalueringen legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ha ønsket virkning, eller ha uforutsette negative virkninger.

2.2.8 Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i henhold til de krav som stilles til journalens innhold, jf. hpl § 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal er blant annet å sikre forsvarlig oppfølging av pasienten og ivareta pasientsikkerheten. Kommunens plikt til å legge til rette for journalføringen er beskrevet i punkt 2.1.4. Opplysninger knyttet til temaene i dette tilsynet er å anse som relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Slike opplysninger skal etter hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 4–8 dokumenteres i pasientens journal.

3 Undersøkellesområdene

Gjennom tilsynet skal fylkesmannen undersøke om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen får nødvendig helsehjelp, og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Undersøkelsene omfatter om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at:

1. pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp
2. motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak
3. pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang
4. tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Undersøkellesområdene inngår i en naturlig prosess fra motstand mot helsehjelp blir fanget opp og til en konklusjon om at helsehjelpen skal eller ikke skal gjennomføres med tvang. Innenfor hvert undersøkelsesområde er det avgrensede prosesser.

Fylkesmannen må gjøre nødvendige tilpasninger av undersøkelsene avhengig av hvilket tjenesteområde som er valgt (sykehjem eller hjemmebaserte tjenester).

3.1 Om fylkesmannens undersøkelse og bedømmelse

De styringsaktivitetene som er gjennomgått i kapittel 2.1 er gjennomgående for alle undersøkelsesområdene. Dette innebærer at de styringsdokumentene som kommunen har utarbeidet for ledelse og kvalitetsforbedring både kan være generelle, slik at de dekker alle undersøkelsesområdene, eller være avgrenset til ulike temaer innenfor tvungen helsehjelp. Eksempler på dokumenter som ofte er gjennomgående er oversikt over risiko og sårbarhet og rutiner for samarbeid mellom helsepersonell. Eksempel på styringsdokument som ofte er mer avgrenset er rutine for vurdering av samtykkekompetanse. Informasjon fra styringsdokumentene skal følges opp i intervjuene og ses opp mot resultatdokumenter som journaler, vedtak om tvungen helsehjelp, avgjørelser om samtykkekompetanse og evalueringsrapporter i forbindelse med gjennomføring av tvungen helsehjelp.

Erfaringer fra tilsyn har vist at relevante opplysninger om helsehjelpen enkelte ganger blir dokumentert andre steder enn i pasientens journal. Dette kan være bøker og permer på vaktrommet, vaktplaner, tiltaksplaner mv. Fylkesmannen bør derfor etterspørre om det blir benyttet slike alternative steder å dokumentere. Slik dokumentasjon er ikke i henhold til krav til journalføringen. Formålet med å finne disse opplysningene er imidlertid ikke å avdekke brudd på krav til journalføringen, men å få opplysninger om kommunens praksis på området tvungen helsehjelp. Vi anbefaler derfor at faktum om mangler i journalføring blir brukt for å understøtte eventuelle brudd på krav tilknyttet undersøkelsesområdene, og ikke til å utforme egne lovbrudd om journalføringen.

Fylkesmannen bør videre unngå å formulere lovbrudd knyttet til manglende oppfyllelse av en konkret styringsaktivitet. Vi anbefaler at faktum om manglende styring benyttes for å understøtte lovbrudd knyttet til undersøkelsesområdene.

For hvert undersøkelsesområde er det angitt hva som skal til for å sikre god praksis og for å oppfylle kravene. Avslutningsvis på hvert område er det anført påstander om kommunens ledelse og kvalitetsarbeid (boksene). Svarene på de ulike påstandene skal vurderes samlet før fylkesmannen konkluderer, inkludert avgjør hvordan et eventuelt lovbrudd skal formuleres.

3.2 Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp

Undersøkelsestemaet

Temaet for dette undersøkelsesområdet er om kommunen sikrer at helsepersonellet fanger opp at pasienter motsetter seg helsehjelpen. Det inngår også i undersøkelsene om kommunen sikrer at avdekket motstand blir videreformidlet til involvert helsepersonell.

Alt involvert helsepersonell må være klar over at all helsehjelp i utgangspunktet skal være frivillig, men at det kan være situasjoner hvor motstand mot helsehjelp må løses ved bruk av tvang.

God praksis i den daglige ytelsen av helse- og omsorgstjenester, både på sykehjem og i hjemmetjenesten, er å tilrettelegge hjelpen individuelt ut fra pasientens behov og ønsker. Det krever

at helsepersonellet har anledning til å bli godt kjent med pasienten. I noen situasjoner vil helsepersonell møte pasienter som gir uttrykk for at de ikke ønsker å ta imot helsehjelpen. Det vil ikke nødvendigvis si at de ikke ønsker hjelpen, men de kan ønske at hjelpen blir gitt på en annen måte, på et annet tidspunkt el. Pasienten kan f.eks. være vant med å ta medisiner sine etter å ha spist frokost, og kan protestere hvis de blir bedt om å ta dem før de har spist. Slike situasjoner kan løses ved enkel tilrettelegging om helsepersonell kjenner pasienten og skjønner hvorfor han/hun protesterer mot hjelpen.

For en del av disse pasientene vil det også ofte være nødvendig med alminnelig motivasjonsarbeid, berolige og trygge pasienten, og bruke nok tid mv., for å få gjennomført helsehjelpen. Variasjon i dagsformen kan også medføre at pasienten kun vegrer seg mot helsehjelpen enkelte ganger, men senere mottar den uten protester. Slik motstand vil derfor ikke nødvendigvis bety at helsepersonell skal iverksette tiltak etter pbrl. kapittel 4 A. Det som blir avgjørende for når slike tiltak må settes i gang, vil være omfang og varighet av motstand, videre at motstanden ikke kan overkommes med ordinær tilrettelegging. Det vil også ha stor betydning om helsehjelpen pasienten motsetter seg er kritisk og må bli gjennomført uten utsettelse. I denne sammenhengen har kunnskap om pasientens ønsker stor betydning for vurderingen av om pasienten faktisk yter motstand.

Fylkesmannen må ut fra informasjon fra ulike kilder vurdere om virksomheten har satt sine ansatte i stand til å fange opp reell motstand og at informasjon om dette blir informert til rette vedkommende. Det kan være situasjoner hvor motstand får pågå for lenge uten at det blir fulgt opp. F.eks. kan det flere ganger være rapportert at en pasient ikke vil ha kveldsmedisinene sine og at helsepersonellet respekterer dette. Det blir ikke brukt tvang, men det blir heller ikke rapportert og tatt opp med fastlege/sykehjemslege for å vurdere nødvendigheten av legemidlet.

Pasienter kan vise motstand på ulike måter. Motstand kan komme til uttrykk klart verbalt eller fysisk, eller på måter som ikke er så lett å fange opp, for eksempel ansiktsuttrykk, ved å prøve å unngå helsehjelpen på ulike måter (snakke om andre tema, begynne med andre aktiviteter) eller bortforklare behovet for hjelp («jeg har dusjet i dag»). Det kan kreve god kjennskap til pasienten for å fange opp motstanden. Kommunen må være oppmerksom på at reduserte språkkunnskaper, f.eks. redusert norskkunnskap hos helsepersonellet, eller at pasienten har et annet morsmål enn norsk, kan være en medvirkende årsak til at motstand ikke blir oppdaget. Kommunen må videre være oppmerksom på at helsepersonell kan ha ulik forståelse av hva som er å anse som tvang, grunnet kulturbakgrunn eller andre årsaker. Dette er forhold som kan medføre ekstra tiltak for å unngå at tvang gjennomføres uten at vilkårene i pbrl. kapittel 4 A er oppfylt.

Motstand mot helsehjelp krever oppfølging og avklaring med hensyn til om motstanden skal aksepteres, om helsepersonellet skal forsøke med tillitskapende tiltak for å få pasienten til å ta imot helsehjelpen frivillig, eller om det eventuelt er behov for å vurdere bruk av tvang i gjennomføringen, jf. undersøkelsesområdene 3.3 og 3.4. Det er derfor viktig at helsepersonell både fanger opp motstand og har kunnskap om hvorfor det er viktig.

Helsepersonells forutsetninger for å kunne tolke om pasienten viser motstand, vil avhenge både av generell kunnskap om ulike uttrykksformer, hvor godt de kjenner pasienten og om de har nødvendig informasjon om pasientens uttrykksform. For å få avklart hva pasienten uttrykker, kan det være behov for å hente informasjon fra pasientens pårørende eller personell som har ytt tjenester til pasienten tidligere og som kjenner pasienten godt.

Risikoen for å misforstå pasientens atferd er særlig stor der pasienten er ny for kommunens helse- og omsorgstjeneste og, for pasienter i hjemmetjenesten, der hjelpen ytes av og til og ofte av kort

varighet og av ulike helsepersonell. Jo mindre kontinuitet i tjenesten, jo større vil risikoen for å ikke fange opp motstand være. Tilsvarende vil det være en risiko for at motstand ikke blir fanget opp hos pasienter som har fått endret uttrykksform og kommunikasjon, som følge av funksjonsfall eller andre endringer i sin helsesituasjon. Det øker også risikoen for at pasientens ønsker blir feiltolket dersom helsepersonellet kun baserer seg på egne observasjoner for å ta stilling til om motstand foreligger.

Det er viktig at opplysninger om motstand blir kjent for både annet helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten og den som er ansvarlig for helsehjelpen. Usikkerhet om hvem som skal ha slik informasjon og når den skal gis, kan medføre en risiko for at helsepersonell med behov for informasjon om motstand ikke får den, eller at det tar lang tid før informasjonen når frem.

Det at pasienten motsetter seg helsehjelpen er en nødvendig og relevant opplysning som skal dokumenteres i pasientens journal. Dokumentasjon av motstand vil sammen med annen informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell bidra til at motstanden blir gjort kjent, og til at motstanden kan følges opp med nødvendige vurderinger og tiltak, jf. undersøkelsesområdene 3.3 og 3.4.

Ved journalgjennomgangen bør fylkesmannen se etter opplysninger som beskriver eller kan tyde på at pasienter har motsatt seg helsehjelp. Det kan være dokumentert motstand som kommer tydelig til uttrykk, men det kan også være observasjoner som er mer uklare og vanskeligere å tolke, men som tyder på at helsepersonell har utfordringer med å gjennomføre helsehjelpen. Dette kan være opplysninger om at legemidler blir knust i mat eller drikke, pasienter som rister i sengehesten eller ofte går til utgangs- eller hagedør og vil ut. Videre kan det fremkomme opplysninger som «pasienten ville ikke dusje i dag, men var fornøyd etterpå» eller «vi måtte være to for å få lagt pasienten i kveld». Fylkesmannen bør videre se etter opplysninger om det er pasienter som får mye beroligende legemidler og/eller psykofarmaka fast eller ved behov, om det blir brukt fysiske bevegelseshindringer, som bord plassert foran stol, eller at uro har blitt drøftet med lege. Slike opplysninger betyr ikke nødvendigvis at det foreligger motstand mot helsehjelp eller at tvang blir benyttet, men de er indikasjoner som bør følges opp videre i intervju.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp

Kommunens kompetansetiltak gir helsepersonell kunnskap om at helsehjelp som utgangspunkt ikke kan gjennomføres med tvang, slik at helsepersonell kan sette motstand mot helsehjelp i sammenheng med tvungen helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A. Kompetansetiltakene gir videre helsepersonell kunnskap om at pasienter kan ha ulike kommunikasjonsformer og kunnskap om hvordan helsepersonellet kan gjenkjenne motstand. Kompetansetiltak om å fange opp motstand blir gitt til alt helsepersonell.

Kommunen har tydeliggjort at alt helsepersonell må fortløpende følge med på om pasienter yter motstand og de er kjent med når informasjon om motstand skal videreformidles og til hvem. Rutiner for informasjonsutveksling omfatter når ansvarlig for helsehjelpen skal bli informert og hvem som har ansvar for å gi denne informasjonen. Videre må det inngå i rutinene hvordan motstand skal følges opp, jf. undersøkelsesområdene 3.3. og 3.4.

Kommunen legger til rette for at vurdering og avgjørelser om motstand bygger på god kjennskap til og informasjon om pasienten.

Kommunen har rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling med pasientens pårørende og annet helsepersonell som kjenner pasienten godt når det er nødvendig for å få avklart om pasienten motsetter seg hjelpen, samt for å kunne følge opp mostanden på en hensiktsmessig måte, jf. undersøkelsesområde 3.3 og 3.4.

Kommunen har rutiner for dokumentasjon av motstand i pasientens journal.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak har tilstrekkelig effekt og at de følges i praksis.

Der kommunen har avdekket mangler, er det iverksatt korrigerende tiltak.

3.3 Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak

Undersøkelsestemaet

Temaet for dette undersøkelsesområdet er om kommunen sikrer at helsepersonell følger opp motstand ved å iverksette systematiske tiltak for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Dette omtales i pbrl. kapittel 4 A som tillitskapende tiltak. Formålet med slike tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang i gjennomføring av helsehjelp. Før tvungen helsehjelp kan gjennomføres, er det et vilkår at tillitskapende tiltak skal være forsøkt først, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd. Dette er et strengt vilkår som bare kan fravikes når det er åpenbart formålsløst.

Det er mange former for tillitskapende tiltak⁸. Det er bare hvordan kommunen legger til rette for konkret oppfølging av pasienters motstand som skal undersøkes i dette tilsynet, ikke om det er de rette tillitskapende tiltakene som blir benyttet for den enkelte pasient. Tillitskapende tiltak kan også omfatte generelle forebyggingstiltak som tilrettelegging av det fysiske miljøet, men dette faller utenfor tilsynet.

Helsepersonell vil ofte møte motstand med å forsøke ulike tiltak, som for eksempel å motivere pasienten til å ta imot helsehjelpen, informere om viktigheten av helsehjelpen, gjennomføre den på en annen måte eller på et annet tidspunkt. Om motstanden fortsetter og det blir vurdert at den ikke kan respekteres, må tillitskapende tiltak bli satt i verk og fulgt opp på en systematisk måte. Med dette menes at helsepersonell med riktig kompetanse ut fra tiltakene det gjelder og som kjenner pasienten, vurderer hvilket tillitskapende tiltak som skal forsøkes og på hvilken måte det skal gjennomføres.

God faglig praksis ved utprøving av tillitskapende tiltak er at ett og ett tiltak blir prøvd ut om gangen i én definert situasjon hvor pasienten motsetter seg helsehjelp. Alle som skal yte den aktuelle helsehjelpen må få informasjon og nødvendig opplæring i hva tiltaket går ut på, hvordan det skal gjennomføres og hva som skal observeres og rapporteres. Alle som yter helsehjelp til pasienten må følge det tillitskapende tiltaket som er bestemt og dokumentere om tiltaket førte til at

⁸ Kravet om å unngå bruk av tvang må videre ses i sammenheng med reglene om rett til medvirkning og informasjon i pbrl. kapittel 3. For nærmere informasjon om tillitskapende tiltak, se Helsedirektoratets rundskriv IS-2015-08, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til § 4 A-3 første ledd.

pasienten tok imot helsehjelpen eller ikke. Virkningen av tiltakene må følges tett og fortløpende bli evaluert.

Om ett tiltak ikke fører frem og pasienten fremdelse motsetter seg helsehjelpen, må det bli vurdert om nytt tiltak skal prøves eller om situasjonen tilsier at helsehjelpen må vurderes opp mot vilkårene for tvungen helsehjelp. Hvor lenge og hvor mange tillitskapende tiltak som skal bli prøvd, vil avhenge av hvor viktig helsehjelpen er. Noe helsehjelp er av så kritisk karakter, for eksempel viktige legemidler, at utprøving av tillitskapende tiltak ikke kan pågå særlig lenge. Ved annen helsehjelp, som for eksempel personlig hygiene, kan det være rom for å prøve ut tiltak i et noe lengre tidsrom før tvang vurderes. Fylkesmannen må vurdere, ut fra informasjon inhentet fra flere kilder, om praksisen ved virksomheten er slik at valg av tillitskapende tiltak blir gjort etter en faglig vurdering, blir fulgt av alle som yter den aktuelle helsehjelpen og at tiltakene blir fulgt tett opp og vurdert fortløpende.

Dersom tillitskapende tiltak ikke blir gjennomført systematisk, kan oppfølgingen bli tilfeldig og personavhengig, og målet om å yte helsehjelpen uten motstand kan bli vanskeligere å nå. Det kan også medføre at pasienten blir utsatt for unødige tiltak eller at utprøvsperioden blir lang og belastende. Resultatet kan bli at helsehjelp gjennomføres med tvang, selv om mer målrettede tiltak kunne ha resultert i frivillighet. En slik oppfølging av motstand er verken i henhold til kravet om å unngå tvang eller til kravet om forsvarlige helsetjenester i hol. § 4-1.

En viktig del av en systematisk oppfølging av tillitskapende tiltak, er at det er tydelig for involvert helsepersonell hvordan informasjon skal formidles og til hvem. Det er særlig viktig å ha rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling med ansvarlig for helsehjelpen. Ansvarlig for helsehjelpen må gjøre helsefaglige vurderinger av hvilke konsekvenser det har for pasienten om helsehjelp unnlates og i så fall hvor lenge det er forsvarlig at helsehjelp ikke blir gitt. Videre er det ansvarlig for helsehjelpen som må vurdere om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang dersom arbeidet med å oppnå frivillighet ikke fører fram, jf. punkt 3.4⁹.

Helsepersonells forutsetninger for å kunne oppnå at pasienter mottar helsehjelpen frivillig, vil avhenge både av generell kunnskap om hvilke tiltak som kan være aktuelle for å oppnå frivillighet, hvor godt de kjenner pasienten og om de har nødvendig informasjon om hvorfor pasienten motsetter seg helsehjelpen. Jo bedre informasjonsgrunnlag helsepersonell har, jo mer målrettet og effektive kan tiltakene være. Det å kartlegge mulige årsaker til motstanden kan særlig gi mulighet til å legge til rette på en måte som gjør at pasienten ikke lenger motsetter seg hjelpen. Kilder til kunnskap om årsaker kan være familie, pårørende, personell som har ytt tjenester til pasienten tidligere og som kjenner pasienten godt.

Det skal dokumenteres i pasientens journal at motstand fra pasienten er fulgt opp med tillitskapende tiltak. Dette omfatter opplysninger om hvilke tiltak som ble forsøkt og om det førte til at pasienten mottok helsehjelpen frivillig. Dokumentasjon av slike tiltak vil sammen med annen informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell bidra til at de tillitskapende tiltakene blir gjort kjent, evaluert og at det blir konkludert med hvilke tiltak som skal benyttes.

Ved journalgjennomgangen bør fylkesmannen, ut fra den motstand/indikasjon på motstand som er sett i journalene, se etter opplysninger om hvordan motstand/indikasjon på motstand er vurdert og eventuelt fulgt opp. Fylkesmannen skal se etter opplysninger om det er satt i verk tiltak som har

⁹ Der tillitskapende tiltak fører frem, må kommunen legge til rette for at ansvarlig for helsehjelpen vurderer om pasienten skal følges opp med vurdering av samtykkekompetanse og om helsepersonellet skal ta avgjørelse om helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-6.

som mål å unngå motstand og om disse tiltakene følges opp systematisk. For å bidra til at helsehjelpen blir forsvarlig bør disse opplysningen være nedtegnet steder som gjør at de er lett tilgjengelig for de som skal yte helsehjelpen. Der det ikke er opplysninger om oppfølging av motstand/indikasjon på motstand, er det viktig informasjon å ta med videre til intervjuet med helsepersonell og ledere.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak

Kommunen har vurdert om det er risiko for at kravet om å unngå bruk av tvang ikke blir oppfylt, inkludert at tillitskapende tiltak ikke blir prøvd. Dersom det er avdekket risiko, har kommunen valgt tiltak med bakgrunn i risikovurderingen.

Kommunens kompetansetiltak omfatter opplæring- og veiledningstiltak som gir helsepersonell generell kunnskap om ulike former for tillitskapende tiltak. Opplæringen sikrer at helsepersonellet får kunnskap om at arbeid med tillitskapende tiltak må ses i sammenheng med å gi pasienter nødvendig helsehjelp og unngå eller redusere bruk av tvang. Opplærings- og veiledningstiltakene gir helsepersonell som skal vurdere og beslutte hvilke tiltak skal prøves ut, kompetanse om hvilke tiltak som kan benyttes og når det er hensiktsmessig å benytte de ulike tiltakene. Kommunen har lagt til rette for at helsepersonell med kunnskap om tillitskapende tiltak kan veilede andre, som vikarer og ufaglærte.

Kommunen har tydeliggjort hvem som har ansvaret for å beslutte, følge opp og evaluere tiltak og at dette ansvaret er kjent for involvert helsepersonell. Tillitskapende tiltak blir prøvd ut på en systematisk måte, ved at helsepersonell gjennomfører de tillitskapende tiltakene som er bestemt, resultatet blir rapportert og evaluert.

Dersom ansvaret for arbeidet med tiltak for å oppnå frivillighet blir lagt til en annen enn ansvarlig for helsehjelpen, må vedkommende samarbeide med ansvarlig for helsehjelpen i utprøvsperioden. Det er rutiner for samarbeidet som sikrer at ansvarlig for helsehjelpen blir involvert tidnok til å vurdere konsekvensene av å unnlate å gi helsehjelpen, og slik at ansvarlig for helsehjelpen er forberedt dersom arbeidet med tillitskapende tiltak ikke fører fram, jf. 3.4 og 3.5.

Kommunen har rutiner som sikrer at beslutninger om hvilke tillitskapende tiltak som skal settes i gang blir gjort kjent for annet involvert helsepersonell, og at rutinene tydeliggjør hvordan og når helsepersonell skal rapportere om hvordan tiltakene fungerer.

Kommunen har lagt til rette for at helsepersonell kan ta hensyn til individuelle forhold hos pasientene i arbeidet med tiltak for å unngå tvungen helsehjelp. Helsepersonell har rammebetingelser til å bli godt kjent med pasientene og får tid til å kartlegge mulige årsaker til motstand, slik at vurderinger og avgjørelser om tillitskapende tiltak bygger på et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag.

Kommunen har rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling med pasientens pårørende og andre som kjenner pasienten godt der dette er nødvendig for å få nok informasjon til å vurdere og beslutte tiltak.

Kommunen har rutiner for å hvordan opplysninger om tillitskapende tiltak skal dokumenteres i pasientens journal.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak har tilstrekkelig effekt og at de følges i praksis.

Der kommunen har avdekket mangler, er det iverksatt korrigerende tiltak.

3.4 Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Forutsetningene for undersøkelsene i dette tilsynet er at det dreier seg om pasienter som det er usikkert om forstår konsekvensene av å motsette seg helsehjelpen. Der tillitskapende tiltak ikke fører frem, er det er nødvendig at samtykkekompetansen blir vurdert for å avklare om pasienten kan ta avgjørelse om helsehjelpen selv eller om avgjørelsen skal tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, må ansvarlig for helsehjelpen vurdere om vilkårene for å yte helsehjelpen med tvang er til stede.

3.4.1 Samtykkekompetanse

Undersøkelsestemaet

Temaet for dette undersøkelsesområdet er om kommunen sikrer at pasientens kompetanse til å ta beslutninger i spørsmål om helsehjelpen (samtykkekompetanse) blir vurdert opp mot den aktuelle helsehjelpen. Manglende samtykkekompetanse er en forutsetning for å anvende tvungen helsehjelp, jf. pbrl. § 4A-2.

Motstand mot helsehjelp aktualiserer behovet for å vurdere om pasienten er samtykkekompetent. Vurderingen kan skje på ulike stadier i prosessen, som når motstand er fanget opp, under utprøving av tillitskapende tiltak, eller etter utprøvsperioden. En pasient kan også ha blitt vurdert til å mangle samtykkekompetanse i spørsmål om helsehjelp på et tidligere tidspunkt. Ansvarlig for helsehjelpen skal da vurdere om det er nye forhold som medfører at samtykkekompetanse må vurderes på nytt. Det vesentlige er om den vurderingen som allerede er gjort også omfatter den helsehjelpen pasienten motsetter seg, og om det er endringer i pasientens funksjonsnivå som innebærer at det må gjøres en ny vurdering. Dersom samtykkekompetansen ikke nylig er vurdert, må den bli vurdert før det kan gjøres videre helsefaglige vurderinger av om helsehjelpen kan gjennomføres ved bruk av tvang.

Alt helsepersonell skal være oppmerksom på om helsehjelpen tas imot frivillig og skal ha kunnskap om når vurdering av samtykkekompetansen er nødvendig. Selve vurderingen av om pasienten mangler samtykkekompetanse skal normalt tas av den som er faglig ansvarlig for helsehjelpen. For hjemmebaserte tjenester vil det ofte bety pasientens fastlege. Dette vil i utgangspunktet være den som også er ansvarlig for å gjøre helsefaglige vurderinger om tvungen helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A. Noen kommuner kan ha valgt at samtykkevurderinger skal gjøres av noen få utpekte helsepersonell. Det er vesentlig at helsepersonell vet hvem som har ansvar for å avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke, og vet når og hvordan vedkommende skal bli involvert i prosessen.

Fordi manglende samtykkekompetanse er et premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt avgjørende at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert på en forsvarlig måte. Vurderingen skal ikke være generell, men være knyttet opp mot den konkrete helsehjelpen. I noen situasjoner er helsehjelpen som pasienten motsetter seg av en så kritisk art at det haster å få avklart om

helsehjelpen skal bli gitt med tvang. Det må da være mulig å få gjort en vurdering av pasientens samtykkekompetanse på kort varsel, slik at det ikke blir unødig forsinkelse i prosessen.

Det kan være åpenbart om en pasient er samtykkekompetent eller ikke. For flere av de pasientene dette tilsynet er rettet mot, vil det i mange tilfeller være tvil om pasienten har samtykkekompetanse til den konkrete helsehjelpen. Selv om pbrl. § 4-3 andre ledd angir hva som skal inngå i en vurdering av samtykkekompetanse, er det rom for fagetiske standarder og skjønnsmessige vurderinger. Det er utviklet ulike faglige verktøy for samtykkevurderinger¹⁰. De ulike verktøyene fokuserer som regel på følgende områder:

- pasientens evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- pasientens evne til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- pasientens evne til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- pasientens evne til å uttrykke et valg

Ansvarlig for helsehjelpen har ofte behov for å samarbeide med helsepersonell som yter helsehjelpen til pasienten for å kunne ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. I hjemmebaserte tjenester kan det være utfordrende å få tilstrekkelig med opplysninger til samtykkevurderingen. Det er ikke gitt at verken helsepersonell eller ansvarlig for helsehjelpen (som oftest fastlegen) kjenner pasienten godt. Det er ofte mange tjenesteytere, og de er oftest alene hos pasienten og i kort tid av gangen. Enkelte av pasientene kan også være sjelden hos fastlegen. Det må være tydelig for helsepersonell hvilke observasjoner de skal gjøre av pasienten og hvilke opplysninger de skal bringe videre til ansvarlig for helsehjelpen. Dette er viktige forutsetninger for å sikre at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert uten unødige forsinkelser.

Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og den skal inngå i pasientens journal. Dokumentasjon av om det er gjort samtykkevurdering kan nedtegnes ulike steder i journalen.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at pasienters samtykkekompetanse blir vurdert

Kommunen har vurdert om det er risiko for at tvungen helsehjelp blir gjennomført uten at det er gjort helsefaglige vurderinger av om vilkårene er oppfylt, inkludert forutsetningen om at pasienten mangler samtykkekompetanse til helsehjelpen. Dersom det er avdekket risiko, har kommunen valgt tiltak med bakgrunn i risikovurderingen.

Kommunens kompetansetiltak omfatter opplæring- og veiledningstiltak om hvordan helsepersonell som yter helsehjelp kan fange opp forhold hos pasienten som tilsier at samtykkekompetansen bør vurderes. De som er utpekt til å foreta vurdering av samtykkekompetanse, som oftest ansvarlig for helsehjelpen, får opplæring og veiledning om kravene til vurderingene av samtykkekompetanse, jf. punktene ovenfor, inkludert at vurdering av samtykkekompetanse blir knyttet til den aktuelle

¹⁰ Helsedirektoratets rundskriv IS-2015-08, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til § 4-3 andre ledd

helsehjelpen som pasienten motsetter seg. Ansvarlig for helsehjelpen er gitt kunnskap om faglige verktøy som kan benyttes til vurderingene.

Kommunen har tydeliggjort hvem som har ansvaret for å vurdere samtykkekompetanse og at dette er kjent for involvert helsepersonell. Det er lagt til rette for rask avklaring av samtykkekompetansen ved behov.

Kommunen har rutiner for hvordan involvert helsepersonell samarbeider og utveksler nødvendig informasjon med den som har ansvaret for å vurdere samtykkekompetansen.

Kommunen har rutiner for hvordan avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal dokumenteres i pasientens journal.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak har tilstrekkelig effekt og at de følges i praksis.

Der kommunen har avdekket mangler, er det iverksatt korrigerende tiltak.

3.4.2 Ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Undersøkelsestemaet

Tema for dette undersøkelsesområde er om kommunen sikrer at det blir foretatt en forsvarlig vurdering av om helsehjelpen skal gis med tvang der tillitskapende tiltak ikke har ført frem, og at det blir fattet et vedtak om dette. Hvilke vurderinger som må gjøres før helsehjelpen kan ytes med tvang går fram av pbrl. § 4A-3 andre ledd. Vilklårene omfatter helsefaglige vurderinger av om:

- unnlåtelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade
- helsehjelpen er nødvendig
- tvangstiltaket som planlegges brukt må stå i forhold til behovet for helsehjelpen
- helsehjelpen fremstår som den klart beste løsningen for pasienten

Disse vilklårene skal sikre avveiningen mellom formålene med kapittel 4 A, som på den ene siden er å begrense bruk av tvang og på den andre siden å sikre nødvendig helsehjelp til pasientene. De særskilte saksbehandlingskravene i pbrl. § 4A-5 skal sikre at vurderingene gjøres på en forsvarlig måte.

Det er ofte flere helsepersonell som arbeider sammen for å gi pasienten et faglig forsvarlig og helhetlig tilbud. Det er likevel den som er ansvarlig for helsehjelpen som skal gjøre de helsefaglige vurderingene av om vilklårene for bruk av tvang er oppfylt og eventuelt fatte vedtak om tvungen helsehjelp. Hvem som har dette ansvaret må være tydelig angitt. Uten slik ansvars plassering kan det være en risiko for at pasienten ikke får vurdert om helsehjelpen skal gis med tvang, eller at vurderingene blir unødige forsinket.

Informasjonen vurderingene skal bygge på, krever god kjennskap til pasienten. For at ansvarlig for helsehjelpen skal ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, krever det derfor ofte et samarbeid med helsepersonell som yter helsehjelpen. Det kan også være nødvendig å innhente informasjon fra pårørende eller personell som kjenner pasienten godt. Dette kan for eksempel være personell som nylig har ytt tjenester til pasienten, for eksempel i omsorgsbolig. Opplysninger fra helsepersonell og

pårørende kan særlig være viktig for vurderingene av om det er forholdsmessighet mellom tiltaket og helsehjelpen og om tiltaket er den klart beste løsningen for pasienten.

Det er stilt særskilte krav til saksbehandling av vedtak om tvungen helsehjelp i pbrl. § 4A-5. For helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal ansvarlig for helsehjelp alltid rådføre seg med annet kvalifisert personell, jf. pbrl. § 4A-5 andre ledd. Ansvarlig for helsehjelpen må vurdere om det er behov for å rådføre seg med annet kvalifisert personell også for andre tiltak for å kunne vurdere om vilkårene er oppfylt.

Pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier av sentral betydning i vurderinger av om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang. Det er derfor et krav om at slike opplysninger inngår i beslutningsgrunnlaget til ansvarlig for helsehjelpen så langt det er mulig, jf. pbrl. § 4A-5 fjerde ledd¹¹.

Vedtak om tvang skal inngå i pasientjournalen. Ved gjennomgang av journal kan opplysninger om helsemessige vurderinger og vedtak være ført i løpende journal eller på egen fane. For eksempel der sykehjemslege eller fastlege har foretatt vurderingene, kan dokumentasjonen være i en fane for legenotater eller vedtak. Det må være kjent for involvert helsepersonell hvor i journalen disse opplysningene skal føres. Uansett plassering av opplysningene, er de vesentlige for å sikre forsvarlige tjenester, og må derfor være lett tilgjengelig for helsepersonell som yter helsehjelp.

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal underrettes om vedtaket, og vedtaket skal sendes i kopi til fylkesmannen og overordnet faglig ansvarlig i kommunen.

Særlig om tvungen innleggelse på sykehjem

Undersøkelsene i dette tilsynet gjelder i utgangspunktet uavhengig av hvilke tvangstiltak som er planlagt benyttet for å gjennomføre helsehjelpen. Fylkesmannen skal likevel undersøke særskilt om kommunen sikrer at pasienter ikke holdes tilbake i eget hjem (omsorgsbolig, bofellesskap eller «opprinnelig bolig»). Tilbakeholdelse som tiltak kan kun skje i helseinstitusjon (i dette tilsynet er helseinstitusjon avgrenset til sykehjem¹²). Fylkesmannen skal derfor også undersøke om kommunen sikrer at tvungen innleggelse på sykehjem blir vurdert der hjemmeboende pasient uten samtykkekompetanse ikke lenger kan få forsvarlige tjenester hjemme.

Det som kan aktualisere et behov for innleggelse er at pasienten utsetter seg selv for fare på grunn av desorientering, hukommelsessvikt eller ukritisk atferd. Pasienten kan for eksempel forville seg ut med fare for å bli alvorlig skadet i trafikken eller at vedkommende ikke er i stand til å finne veien tilbake til sitt hjem. Der det ikke lenger er mulig å gi forsvarlig helsehjelp i hjemmet, vil tvungen innleggelse på sykehjem være det tiltaket som kan sikre et forsvarlig tilbud til pasienten.

Henvendelser om innleggelse i helseinstitusjon kommer ofte fra pasientens nærmeste pårørende eller fra helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten. En slik henvendelse må rettes til den som er ansvarlig for helsehjelpen. Uten en tydelig plassering av hvem som har dette ansvaret, kan det være en risiko for at vurderingen av tvungen helsehjelp blir unødig forsinket, til stor belastning og fare for pasienten.

Dersom helsehjelpen er besluttet og iverksatt av sykepleier i kommunen, vil det være denne som er ansvarlig for å vurdere tvungen innleggelse. Dette kan gjelde pasienter som ikke trenger medisinsk behandling, men som for eksempel kun trenger forebyggende helsehjelp på grunn av desorientering

¹¹ Helsedirektoratet, rundskriv IS-2015-8, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til § 4A-5.

¹² Forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, § 2, jf. § 1 bokstav d.

eller tilsvarende. Det kan også være tilfeller der pasienten både får helsehjelp som er besluttet av ansvarlig sykepleier og som er besluttet av fastlegen. I slike tilfeller vil fastlegen som hovedregel være den som skal vurdere om vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt. Det vil nødvendigvis alltid være fastlegen som skal gjøre slike vurderinger der fastlegen alene er ansvarlig for helsehjelpen til pasienten.

Tvungen innleggelse er et alvorlig inngrep for pasienten, noe som krever at ansvarlig for helsehjelpen skal rådføre seg med annet kvalifisert personell. Det vil derfor i saker om tvungen innleggelse være behov for samarbeid og informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell og den som er ansvarlig for helsehjelpen. Det vil også være et behov for samarbeid mellom ansvarlig for helsehjelpen og den enheten i kommunen som tildeler sykehjemsplass. Det er vesentlig at kommunen har lagt til rette for et tett og fortløpende samarbeid mellom alle involverte, for å unngå at situasjonen får eskalere uten at det er forberedt tiltak den dagen pasienten ikke lenger kan få et forsvarlig tilbud i eget hjem.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Kommunen har vurdert om det er risiko for at tvungen helsehjelp blir gjennomført uten at det er gjort helsefaglige vurderinger av om vilkårene er oppfylt, samt om det er risiko for at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp selv om vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt. Dersom det er avdekket risiko, har kommunen valgt tiltak med bakgrunn i risikovurderingen.

Kommunens kompetansetiltak omfatter opplærings- og veiledningstiltak, slik at de som er ansvarlige for helsehjelpen får kunnskap om vilkårene for bruk av tvang og om saksbehandlingskravene. Kommunen har sikret at helsetjenesten og helsepersonell i hjemmebaserte tjenester har kunnskap om at pasienter ikke kan holdes tilbake i eget hjem.

Kommunen har tydeliggjort hvem som har ansvaret for å vurdere om vilkår for tvungen helsehjelp er oppfylt, samt fatte vedtak, og at dette er kjent for involvert personell. Dette skal omfatte hvem som har ansvar for å vurdere tvungen innleggelse i sykehjem.

Kommunen har lagt til rette for at vurderingene og beslutningene bygger på et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. Det er rutiner for at ansvarlig for helsehjelpen rådfører seg med annet kvalifisert personell før vedtak treffes der helsehjelpen er et alvorlig inngrep for pasienten, og at det er rutiner for å innhente informasjon fra pårørende om hva pasienten ville ha ønsket der dette er mulig.

Kommunen har lagt til rette for samarbeid mellom helsetjenesten og pasientens fastlege. For saker som omhandler tvungen innleggelse på sykehjem omhandler samarbeidet også kommunens enhet som tildeler sykehjemsplass.

Dersom ikke vedtaksmalen med veiledning fra Helsedirektoratet benyttes i avgjørelser om tvungen helsehjelp, har kommunen utarbeidet tilsvarende veiledning eller andre tiltak til hjelp for vurderingene og saksbehandlingen.

Kommunen har rutiner for hvordan vurderinger av tvungen helsehjelp skal dokumenteres i pasientens journal, inkludert vedtaket om tvungen helsehjelp.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak har tilstrekkelig effekt og at de følges i praksis.

Der kommunen har avdekket mangler, er det iverksatt korrigerende tiltak.

3.5 Kommunen sikrer at tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Undersøkelsestemaet

Temaet for dette undersøkelsesområdet er om kommunen sikrer at vedtatt tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert og at helsehjelpen avbrytes dersom vilkårene for å benytte tvang ikke lenger er oppfylt, jf. pbrl. § 4A-4 fjerde ledd. Dette undersøkelsesområdet kan kun undersøkes opp mot praksis der det er fattet vedtak om tvungen helsehjelp. Dersom det ikke foreligger vedtak, må fylkesmannen avgrense undersøkelsene til om kommunens kompetansetiltak omfatter informasjon om at tvungen helsehjelp skal evalueres i gjennomføringsperioden, og helsepersonell også i gjennomføringsperioden skal vurdere om tvang kan unngås ved å bruke tillitskapende tiltak¹³.

Det er ansvarlig for helsehjelpen som må vurdere og beslutte om tvungen helsehjelp har ønsket effekt eller har uforutsette negative virkninger for pasienten. For å kunne gjøre en vurdering vil det ofte forutsette et samarbeid mellom ansvarlig for helsehjelpen og helsepersonell som yter helsehjelpen. En evaluering bør som et minimum omfatte vurderinger av om:

- helsehjelpen har ønsket virkning
- helsehjelpen gir negative bivirkninger eller har andre uforutsette negative virkninger for pasienten
- tvangsbruken har uforutsette negative virkninger
- det er mulig å få pasienten til å motta helsehjelpen frivillig gjennom tillitskapende tiltak
- pasientens helsesituasjon har endret seg og det har betydning for om helsehjelpen fortsatt skal gis
- det er endringer i pasientens situasjon av betydning for pasientens samtykkekompetanse.
- tvangstiltaket blir utført i tråd med vedtaket
- det er endringer i motstanden fra pasienten

Dersom evalueringen av tvungen helsehjelp ikke blir satt i system, kan det bli tilfeldig og personavhengig hvordan pasienten følges opp. For pasienten kan det få den konsekvens at det ikke fanges opp at vilkårene for å bruke tvang ikke lenger er oppfylt, og at helsehjelpen ikke blir koordinert og helhetlig. Det kan også bidra til at ansvarlig for helsehjelpen ikke får et tilstrekkelig grunnlag for å evaluere helsehjelpen eller tvangsbruken.

Det skal være tydelig for helsepersonellet hvilke observasjoner de skal gjøre i gjennomføringsperioden og at de skal dokumentere observasjonene i pasientens journal. Dokumentasjonen vil sammen med annen informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell bidra til at eventuelle endringer hos pasienten blir gjort kjent. Dette må omfatte opplysninger om helsepersonell har unngått å bruke tvang gjennom tillitskapende tiltak.

¹³ Helsedirektoratet, rundskriv IS-2015-8, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til § 4A-4 fjerde ledd.

I pasientjournalene kan dokumentasjon om evaluering av tvungen helsehjelp fremkomme f.eks. i løpende journal, under eget punkt i tiltaksplan/behandlingsplan eller på egen fane for helsehjelp med tvang. Ved gjennomgang av journaler skal fylkesmannen se om det blir gjort løpende og/eller periodevis vurderinger av om behovet for tvungen helsehjelp fortsatt er til stede. Det kan det være hensiktsmessig å bruke evalueringspunktene ovenfor for å vurdere om dokumentasjonen tilsier at kommunen evaluerer tvungen helsehjelp i henhold til forventningene. Dersom opplysningene i journalen tilsier at tiltaket for eksempel har negative konsekvenser for pasienter, skal det fremgå av journalen hvordan dette er fulgt opp.

Fylkesmannen skal undersøke og konkludere om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Kommunen har vurdert om det er risiko for at vedtatt tvungen helsehjelp ikke blir evaluert i gjennomføringsperioden. Dersom det er avdekket risiko, har kommunen valgt tiltak med bakgrunn i risikovurderingen.

Kommunens kompetansetiltak omfatter opplærings- og veiledningstiltak slik at de som er ansvarlige for helsehjelpen og helsepersonell som yter helsehjelp har kunnskap om at vedtatt tvungen helsehjelp skal fortløpende evalueres. Opplæringen omfatter kunnskap om at helsepersonell i gjennomføringsperioden skal forsøke å unngå å bruke tvang.

Kommunen har tydeliggjort hvordan ansvar og oppgaver er fordelt mellom involvert helsepersonell i gjennomføringsperioden. Kommunen har rutiner for hvordan tvungen helsehjelp skal evalueres, og disse er kjent for involvert personell. Slike rutiner bør også omfatte jevnlig kontrollpunkter, slik at helsepersonellet kan vurdere og oppsummere observasjonene, og at tvungen helsehjelp blir endret eller avsluttet dersom pasientens situasjon tilsier det.

Kommunen har rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell slik at de som trenger det raskt får nødvendig informasjon om eventuelle endringer av betydning for gjennomføring av helsehjelpen.

Kommunen har rutiner for hvordan observasjoner som ledd i evalueringen av tvungen helsehjelp skal dokumenteres i pasientens journal.

Kommunen følger med på at iverksatte tiltak har tilstrekkelig effekt og at de følges i praksis.

Der kommunen har avdekket mangler, er det iverksatt korrigerende tiltak.

4 Tilsynsaktivitetene

4.1 Informasjon til alle kommuner om tema for landsomfattende tilsyn 2020

Fylkesmannen skal tidlig i 2020 informere alle sine kommuner om tema for landsomfattende tilsyn i 2020. Veilederen for tilsynet skal følge vedlagt. Kommunene skal få informasjon om at tilsynet i

noen kommuner vil bli gjennomført som systemrevisjon, og at andre kommuner vil bli bedt om å foreta en vurdering av egen praksis på området. Videre skal fylkesmannen informere om at kommunene hvor tilsynet skal gjennomføres (systemrevisjon og egenvurderinger) vil få tilbud om å delta ved samlinger før og etter gjennomføring av tilsynet. Hvilke kommuner som er valgt ut og dato for når tilsynet skal gjennomføres i de enkelte kommunen skal ikke fremkomme i dette brevet.

4.2 Systemrevisjon

Systemrevisjonen gjennomføres som beskrevet i Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon, Internserien 4/2018. Eventuelle lovbrudd følges opp som vanlig etter Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter, Internserien 8/2011.

Fylkesmannen skal varsle de kommunene som er valgt ut for systemrevisjon på vanlig måte. Fylkesmannen skal for minst én systemrevisjon (to for Fylkesmannen i Oslo og Viken) samtidig invitere til samling før og etter systemrevisjonen, sammen med (nærliggende) kommuner som er valgt ut til å gjennomføre egenvurdering. Denne kommunen skal derfor sammen med varsel om tilsyn få invitasjon til samlingene.

Informasjonsinnhenting gjennom samtaler med pasienter

Tilsynslaget skal innhente informasjon om tjenestene gjennom strukturerte samtaler med pasienter. Hvor mange pasienter fylkesmannen skal snakke med må vurderes konkret ved hver enkelt systemrevisjon. Antall samtaler bør ikke være for lavt, hvis mulig bør det være minimum 5 pasientsamtaler til hver systemrevisjon. Pasienter kan velge å ha med seg støtteperson (pårørende/verge/andre) under samtalen. Vi anbefaler at to personer fra tilsynslaget gjennomfører samtale.

Fylkesmannen kan be kommunen om hjelp for å finne aktuelle pasienter for samtale, men på en slik måte at det er fylkesmannen som til slutt velger hvilke personer som skal intervjues. Fylkesmannen kan for eksempel be om en liste over pasienter som omfattes av ett eller flere av følgende forhold:

- ulike former for demenssykdom
- utviklingshemming
- ulike former for psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblem
- medfødt eller ervervet hjerneskade
- kognitiv svikt av andre årsaker
- høyt forbruk av sovemedisiner, beroligende legemidler og/eller psykofarmaka
- atferdsutfordringer

Vi anbefaler at fylkesmannen som del av forberedelsene til tilsynet i den enkelte kommune tar kontakt med en eller flere fastleger for å få informasjon om deres erfaringer fra samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten om tvungen helsehjelp. Slik informasjon kan benyttes som utgangspunkt for å stille konkrete spørsmål til kommunen.

Invitasjonen til og informasjon om samtalen skal være skriftlig og komme fra fylkesmannen. Dette kan gjøres på ulike måter, som for eksempel oppslag i fellesareal på sykehjem og bofellesskap, eller som brev til den enkelte pasient. For hjemmeboende pasienter bør fylkesmannen vurdere hvordan den skriftlige invitasjonen skal følges opp, både for å avtale tid og sted og eventuell minne om samtalen. Det bør fremkomme i invitasjonsbrevet at fylkesmannen vil ta kontakt pr. telefon.

4.3 Egenvurdering

Fylkesmannen skal for minst én systemrevisjon velge ut minimum 3 kommuner som samtidig skal gjøre en egenvurdering av sin praksis. Fylkesmannen skal varsle kommunene som skal gjøre egenvurdering. Vedlagt til veilederen er forslag til brev. I varselet skal kommunen få informasjon om at de blir invitert til å delta i samling før og etter at tilsynet er gjennomført, og at en kommune hvor fylkesmannen skal gjøre systemrevisjon også er invitert til å delta. Det kan være en fordel om disse kommunene er nærliggende kommuner, særlig på grunn av reiseavstand og muligheten for at kommunene kan fortsette samarbeid også etter dette tilsynet.

Hva egenvurderingen omfatter

Egenvurderingen er en tilsynsaktivitet som kommunene skal gjennomføre, og den er ikke frivillig, slik deltakelse i samlingene er. Egenvurderingen består av gjennomgang av journaler og en sjekkliste for praksis, deretter skal kommunen vurdere funnene opp mot kravene i tilsynsveilederen. Kommunen skal gå gjennom 15 journaler for pasienter som ikke har vedtak om tvungen helsehjelp (om enheten/virksomheten har færre enn 15 pasienter skal journalene for alle pasientene gjennomgås), og journaler for de pasientene som har eller har hatt vedtak om tvungen helsehjelp siste året.

Dersom kommunen vurderer at praksis eller tilrettelegging av praksis ikke er i henhold til krav i lov og forskrift (lovbrudd), skal kommunen utarbeide en plan for hvordan den skal rette opp disse. Kommunene som deltar i samlinger før/etter tilsynet tar med seg sin vurdering og eventuell plan for hvordan de skal rette opp lovbruddet til samlingen etter tilsynet. Når samlingen er gjennomført sender de inn både egenvurderingen og planen til fylkesmannen innen en gitt dato. De kommunene som ikke deltar på samlinger sender sin egenvurdering og eventuelle plan for retting av lovbrudd til fylkesmannen innen frist satt av fylkesmannen.

Det er utarbeidet veiledningsmaterieell for hvordan kommunen skal gjennomføre egenvurderingen, med skjema som skal brukes ved journalgjennomgang og gjennomgang av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen helsehjelp, se vedlegg.

4.4 Nærmere om samlingene som skal gjennomføres for utvalgte kommuner

Varsel om tilsyn til de kommuner som skal gjøre egenvurderinger bør inneholde informasjon om samlingene, målsetningen med disse, en skisse for gjennomføringen, datoer for samlingene og en frist for å melde tilbake om de ønsker å delta i samlingene. Det er utarbeidet et forslag til varsel om tilsyn til de kommunene som skal foreta egenvurdering, se vedlegg. Henvendelsen må gå til ledelsen i kommunen slik at deltakelse i samlingene forankres der. Fylkesmannen skal selv utarbeide varsel til kommunen hvor de skal gjennomføre systemrevisjon, og må i varselet ta inn tilsvarende informasjon om samlingene, jf. punkt 4.2.

Deltakelse i samlingene er frivillig. Om fylkesmannen får liten respons fra kommunene, anbefaler vi at revisjonsleder/tilsynsleder tar kontakt og motiverer kommunene til å delta på samlingene for å få økt læringsutbytte av tilsynet. Samlingene vil også gi mulighet for erfaringsoverføring mellom kommunene og kanskje bidra til økt samarbeid også på andre områder.

Fylkesmennene bestemmer selv hvordan de vil legge opp samlingene med hensyn til tidspunkt før/etter selve tilsynsbesøket, lengden på samlingene (hele/halve dager) mv. Fylkesmannen må oppfordre til at kommunen er representert med både ledere og helsepersonell. På den første samlingen bør fylkesmennene beskrive hva systemrevisjon og egenvurdering er, og presentere

tilsynet og opplegget for egenvurderingen. Fylkesmannen skal videre gi informasjon om hva som skal undersøkes, aktuelt regelverk og kravene til kommunen på området. Fokus skal være på kommunens styring og forbedringsarbeid.

Kommunene gjennomfører egenvurderingen. Dersom kommunen vurderer at egen praksis eller tilrettelegging av praksis ikke er i henhold til krav i lov og forskrift, påbegynner kommunen en plan for retting av disse. Systemrevisjonen gjennomføres som vanlig, og når endelig rapport fra fylkesmannen er ferdig samles alle kommunene igjen.

Samlingen etter gjennomført systemrevisjon og egenvurderinger bør ha stor grad av aktivitet fra kommunene. Om mulig bør kommunene selv presentere sine funn, og hva de eventuelt planlegger/har gjort av forbedringer. Målsetningen er at kommunene skal lære av hverandres erfaringer, funn og forbedringsarbeid.

5 Planlegging

Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon beskriver hvordan fylkesmannen skal planlegge, utføre og rapportere fra tilsynet. Nedenfor er det derfor kun forhold som er av særlig betydning for dette landsomfattende tilsynet som blir gjennomgått.

5.1 Tilsynslag

Tilsynslagene bør settes sammen slik at laget samlet har god tilsynskompetanse, erfaring og kunnskap om tilsynets tema. Det er nødvendig med både helsefaglig og juridisk kompetanse og om problemstillinger knyttet til bruk av tvang. Utvelgelse og gjennomgang av pasientjournaler og gjennomgangen av de medisinskfaglige vurderinger som er gjort tilsier at det kan være en fordel med medisinskfaglig kompetanse i tilsynslaget.

Det vil også være behov for innsikt i kommunal organisering og ledelse av sykehjem og hjemmebaserte tjenester, herunder organisering og ansvarsforhold knyttet til legetjenesten i sykehjem og fastleger.

5.2 Forventet tidsbruk og krav til aktivitetsvolum

Omfanget av undersøkelsene i systemrevisjonen tilsier at det vil være behov for å bruke minimum to dager der fylkesmannen velger å gjennomføre undersøkelsen i enten sykehjem eller i hjemmebaserte tjenester, inkludert samtale med pasientene. Om fylkesmannen velger å undersøke begge steder ved samme tilsyn, må det påregnes noe mer tid.

I tillegg kommer tilrettelegging for og gjennomgang av egenvurderinger og planlegging og gjennomføring av samlinger før og etter systemrevisjon/egenvurdering.

Aktivitetsvolum

Dette tilsynet omfatter ulike tilsynsaktiviteter, slik at antall systemrevisjoner er noe lavere enn ved andre landsomfattende tilsyn hvor det kun gjennomføres systemrevisjoner.

Beregningen for aktivitetsvolum tar utgangspunkt i Retningslinje for å beregne aktivitetsvolum av tilsyn, Internserien 6/2017. En tilpasning for dette tilsynet er gjort for de tilfeller fylkesmannen

velger å gjennomføre systemrevisjoner med både hjemmebaserte tjenester og sykehjem i samme kommune, inkludert samtale med pasienter. Et slikt tilsyn teller som to systemrevisjoner.

Følgende aktiviteter er minimumskrav for dette landsomfattende tilsynet:

Embete	Totalt antall systemrevisjoner	Antall systemrevisjoner som skal kombineres med egenvurderinger (inngår i det totale ant. systemrevisjoner)	Antall kommuner som skal gjøre egenvurderinger	Samlinger før og etter kombinerte systemrevisjoner og egenvurderinger ¹⁴
FMOV	8	2	6	4
FMIL	4	1	3	2
FMVT	4	1	3	2
FMAG	3	1	3	2
FMRO	3	1	3	2
FMVL	5	1	3	2
FMMR	3	1	3	2
FMTL	4	1	3	2
FMNO	3	1	3	2
FMTF	3	1	3	2

5.3 Valg av kommuner

Valg av kommuner foretas som vanlig ut fra risikovurdering og andre forhold som fylkesmannen finner grunn til å vektlegge. Tidligere tilsyn på området, klager og kopier av vedtak om tvungen helsehjelp og eventuell videre overprøving og etterfølgende kontroll på området, vil gi kunnskap om hvordan kommunen organiserer og styrer sin virksomhet på dette området. Dersom fylkesmannen ikke har mottatt vedtakskopier eller klager, vil dette, sammen med øvrig kunnskap om helsetjenesten i den aktuelle kommune, også være et viktig kunnskapsgrunnlag for valg av virksomhet.

5.4 Intervjuer av ledere og ansatte

Tilsynslaget vurderer hvem det er hensiktsmessig å intervju. Fylkesmannen må imidlertid sikre at både ledere/personer med administrativt og faglig ansvar og helsepersonell som yter helsehjelp blir intervjuet. Det kan være hensiktsmessig å intervju kommuneeverlege eller administrativ leder for legetjenester, samt den/de som er utpekt til å være overordnet faglig ansvarlig for tvungen helsehjelp i kommunen.

Både i hjemmetjenesten og på sykehjem er det videre viktig å intervju personell med både helsefaglig kompetanse og ansatte uten formell kompetanse, som lærlinger, ufaglærte og vikarer. Det bør også så langt det er mulig, være en fordeling av heltids- og deltidsansatte.

¹⁴ En samling før og en samling etter systemrevisjon og egenvurderinger, utgjør to samlinger.

Det er videre viktig å intervju helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen. Fastlegen skal imidlertid ikke intervjues, men det kan være aktuelt å ha samtaler med fastleger for å få informasjon om samarbeidet med hjemmebaserte tjenester. Dette skal i så fall kommunen informeres om.

Under enkelte intervjuer kan det komme frem opplysninger som det er behov for å sjekke ut ved å se i dokumenter, resultatregistreringer, møtereferater eller annet. Det er viktig at det er satt av tid nok til slike verifikasjoner. Under tilsynet er det også aktuelt å gjennomgå avviksmeldinger og oppfølging av disse, rapporter fra relevante interne og/eller eksterne revisjoner sjekklister, dokumentasjon av opplæring med mer.

6 Rapporter

6.1 Tilsynsrapport

Umiddelbart etter tilsynet skal fylkesmannen utarbeide et utkast til tilsynsrapport. Statens helsetilsyns rapportmal skal benyttes. Tilsynsrapporten skal redegjøre for hva som er undersøkt og tilsynets konklusjoner med tilhørende faktagrunnlag og krav. Fylkesmannen skal påse at også tilsynsmyndighetens vurderinger går fram. Dersom det konkluderes med svikt eller fare for svikt i tjenestene, skal det tydelig gå fram hvilke konsekvenser dette har for pasientene. Kommunene skal få mulighet til å kommentere foreløpig rapport før fylkesmannen skriver endelig rapport.

Tilsynsrapporten skal sendes til kommunen v/kommunedirektøren. Kopi av tilsynsrapportene sendes, i word, fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no, og senest innen 1. desember 2020.

6.2 Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet. Oppsummeringen vil også omfatte kommunenes egenvurderinger.

Vedlegg

Orientering om landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester 2020

Varsel om tilsyn – kommunens vurdering av egen praksis påområdet tvungen somatisk helsehjelp – tilsynsstyrt egenvurdering

Veiledning for å gjennomføre vurdering av egen praksis i kommunen på området tvungen somatisk helsehjelp

Skjema for registrering av funn i journaler for pasienter uten vedtak om tvungen helsehjelp det siste halve året

Skjema for registrering av funn i journaler til pasienter som har/har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siste året

Skjema for vurdering av styring, ledelse og egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

Utkast til tekst til tilsynsrapporten kapittel 1

Utkast til tekst til tilsynsrapporten kapittel 2

Logo

Grått felt: Dersom Fylkesmannen har planlagt flere egenvurderinger enn minimumskravet for LOT, må teksten endres i tråd med fylkesmannens plan. Fylkesmannen i Oslo og Viken må endre teksten til «I tilknytning til to av systemrevisjonene skal minimum...»

Orientering om landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester 2020

Statens helsetilsyn har besluttet at landsomfattende tilsyn 2020 skal være med kommunens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp. Denne orienteringen om tilsynet går ut til alle kommunene i De kommunene som fylkesmannen skal føre tilsyn med blir varslet i eget brev om dette.

I et landsomfattende tilsyn fører alle fylkesmennene tilsyn med ett tjenesteområde eller tema. Formålet er å avdekke svikt og bidra til forbedring, og å skape nasjonal oppmerksomhet om området. Landsomfattende tilsyn gjennomføres etter en veileder utarbeidet for formålet av Statens helsetilsyn. Veilederen ligger vedlagt.

Fylkesmannen skal gjennomføre tilsynet som systemrevisjon og undersøkelsene er derfor rettet mot kommunens virksomhetsansvar og ikke det enkelte helsepersonell. I tilknytning til den ene systemrevisjonen skal minimum tre kommuner gjøre en vurdering av egen praksis. Både kommunen hvor fylkesmannen fører systemrevisjon og de kommunene som skal gjøre egenvurdering vil bli invitert til å delta på en informasjons- og veiledningssamling, samt en oppsummerende samling i etterkant av egenvurderingen. Formålet er at kommunene skal utveksle erfaringer og lære av hverandre.

Hva tilsynet omfatter:

Gjennom tilsynet skal fylkesmannen undersøke om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Undersøkelsene omfatter om kommunen gjennom sitt styringssystem sikrer at:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Fylkesmannen kan velge om tilsynet skal rettes mot kommunenes hjemmebaserte tjenester eller sykehjem, eventuelt begge tjenesteområder.

Bakgrunn for tilsynet

Det er pasient- og brukerrettighetsloven i kapittel 4 A som regulerer når helsepersonell har adgang til å gjennomføre somatisk helsehjelp med tvang. Formålet med bestemmelsene er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. For å oppnå disse formålene er det stilt særskilte vilkår for når tvungen helsehjelp kan gjennomføres og det er stilt strenge krav til saksbehandlingen. Kommunen skal legge til

rette for at helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten blir i stand til etterleve disse kravene. Både evalueringen av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A og fylkesmannens erfaringer fra tilsyn og saksbehandling på området, har avdekket at mange virksomheter har utfordringer med å implementere og praktisere dette regelverket.

Fylkesmannen oppfordrer kommunen til å videreformidle tilsynsveilederen til ledere for sine helse- og omsorgstjenester, da den kan være et nyttig verktøy i forbindelse med kommunens vurdering og kontroll av egen praksis.

signatur

Fylkesmannens LOGO

Til kommune xxxxx

Adresse

Varsel om tilsyn – kommunens vurdering av egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp – tilsynsstyrt egenvurdering

I 2020 er tema for landsomfattende tilsyn i kommunene tvungen somatisk helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Tilsynet blir gjennomført av alle landets fylkesmenn etter en veileder utarbeidet av Statens helsetilsyn. Kommunen har fått informasjon om dette i brev fra fylkesmannen i xxxxxx (heretter Fylkesmannen) datert xx. xxxx 2020, hvor også veilederen for tilsynet var vedlagt.

Dette tilsynet består av flere aktiviteter. Fylkesmannen skal gjennomføre systemrevisjon i utvalgte kommuner. I tilknytning til én av systemrevisjonene skal Fylkesmannen velge ut minimum 3 kommuner som samtidig skal gjøre en vurdering av egen praksis (tilsynsstyrt egenvurdering). Både kommunen hvor det blir gjennomført systemrevisjon og de kommunene som skal foreta egenvurdering blir invitert til en samling før og etter systemrevisjonen og egenvurderingene.

xxxxxxx kommune er valgt ut til å foreta vurdering av egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp.

Vurdering av egen praksis

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 andre ledd. Tilsynsstyrt egenvurdering er å regne som et tilsyn og er dermed en aktivitet kommunene må gjennomføre og resultatet skal meldes til fylkesmannen. Opplegget for egenvurderingen, med veiledning og skjema, følger vedlagt.

Samlinger før og etter systemrevisjon/egenvurderinger

xxxxxxx kommune er én av yy kommuner som er invitert til å være med på samlinger før og etter at systemrevisjonen i xxxxxx kommune og egenvurderinger er gjennomført. De andre kommunene som er invitert til samlingene er xxx, xxx og xxx. De skal også gjennomføre egenvurdering. Deltakelse på samlingene er frivillig, men vi oppfordrer de som skal gjennomføre og følge opp egenvurderingene til å delta. Se nærmere om dette i vedlegg 1, veiledning til egenvurderingen.

På samlingen før tilsynet vil det bl.a. bli en gjennomgang av regelverket for tvungen somatisk helsehjelp, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og hvilke krav dette setter til kommunen. Videre vil det bli en gjennomgang av hvordan egenvurderingen skal gjennomføres, hvilke skjema som skal benyttes og hvordan vurdere egen praksis. På samlingen etter at tilsynet er gjennomført vil erfaringer og funn fra både systemrevisjon og

egenvurderinger bli presentert sammen med forbedringsarbeidet som er igangsatt og planlagt i deltakerkommunene.

Formålet med å involvere flere kommuner knyttet til én systemrevisjon, er å få rettet oppmerksomheten mot regelverket for tvungen somatisk helsehjelp i flere kommuner. Samlingene vil gi kommunene anledning til å dele erfaringer og få innspill og motivasjon for gode løsninger og tiltak i egen kommune, samt kunne bidra til samarbeid på tvers av kommunene.

Gi beskjed til fylkesmannen på e-post (eller den måten fylkesmannen ønsker å få tilbakemelding på) **innen xx. xxxx 2020** om dere ønsker å delta på samlingene.

Om dere ikke ønsker å delta på samlingene må dere uansett gjennomføre vedlagte egenvurdering og sende resultatet med eventuell plan for forbedringsarbeid til fylkesmannen innen xx. xxxx 2020.

Informasjon til kommuner som velger å delta på samlingene

Tidspunktet for fagsamlingen før systemrevisjon/egenvurdering er: **xx. xxxx 2020, kl. xx**
Sted: **xxxxxxxxxx**

Tidspunkt for fagsamlingen etter systemrevisjon/egenvurdering er: **xx. xxxx 2020, kl. xx**
Sted: **xxxxxxxxxx**

Frist for å sende resultatet av egenvurderingen med eventuell plan for forbedringsarbeid til fylkesmannen er **xx. xxxx 2020.**

Fylkesmannen håper at tilbudet om å delta på to fagsamlinger i tilknytning til egenvurdering oppleves som positivt og en mulig arena for læring. Ta kontakt med **xxxxxx** hos fylkesmannen om dere har spørsmål.

Med hilsen

xxxxxx

xxxxxx

Vedlegg:

Veiledning for å gjennomføre vurdering av egen praksis i kommunen på området tvungen somatisk helsehjelp

Skjema for registrering av funn i journaler for pasienter uten vedtak om tvungen helsehjelp det siste halve året

Skjema for registrering av funn i journaler til pasienter som har/har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siste året

Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

Veiledning for å gjennomføre vurdering av egen praksis i kommunen på området tvungen somatisk helsehjelp

Ved egenvurdering skal kommunen selv vurdere om de gjennom styring og ledelse har en praksis som sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang.

Egenvurderingen skal gjøres med grunnlag i kommunens styrende dokumenter og tiltak og praksis ved kommunens sykehjemstjeneste/hjemmebaserte tjenester, og har omhandlet følgende områder:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp.
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak.
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

Egenvurderingen består av to deler som skal føre frem til at kommunen selv vurderer om egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A er innenfor gjeldende regelverk.

Hvem skal foreta egenvurderingen?

Noe av hensikten med egenvurderingen er at den skal bidra til felles refleksjoner blant ledere og ansatte. Vi ber derfor om at egenvurderingen blir gjort av flere personer sammen, hvor både ledernivå, ansatte med særlig kjennskap til området tvungen somatisk helsehjelp og ansatte som er i den direkte tjenesteytingen hvor tvungen somatisk helsehjelp kan være aktuelt, deltar.

Del 1 - Gjennomgang av journaler

Dere skal gå gjennom to ulike utvalg av journaler:

- journaler til pasienter som ikke har vedtak om tvungen helsehjelp
- journaler til pasienter som har eller har hatt vedtak om tvungen helsehjelp siste året. Hvis ikke dere har pasienter med vedtak om tvungen somatisk helsehjelp faller denne delen ut.

Pasienter som ikke har vedtak om tvungen somatisk helsehjelp

Velg ut 15 journaler på pasienter som ikke har vedtak om bruk av tvang ved ytelse av somatisk helsehjelp. Hvis virksomheten/enheten har færre pasienter enn 15, skal journalene for alle pasientene gjennomgås.

Gå gjennom hver enkelt pasients journal (rapport, tiltaksplaner, dagsplan og lignende) det siste halve året og fyll ut **Skjema for registrering av funn i journaler for pasienter uten vedtak om tvungen somatisk helsehjelp det siste halve året** (vedlegg 1). Utfylte skjema skal ikke sendes til fylkesmannen.

Vi ber om at det blir valgt journaler til pasienter hvor det foreligger ett eller flere av følgende forhold:

- ulike former for demenssykdom

- utviklingshemming
- ulike former for psykiske problemer og/eller rusmiddelproblem
- medfødt eller ervervet hjerneskade
- kognitiv svikt av andre årsaker
- høyt eller langvarig forbruk av sovemedisiner, beroligende legemidler, og/eller psykofarmaka
- atferdsutfordringer

Pasienter som har eller har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp det siste året
 Gå gjennom journalene (vedtak, rapport, tiltaksplaner, dagsplan og lignende) for alle pasientene med vedtak om tvungen somatisk helsehjelp det siste året (maks. 10). Fyll ut **Skjema for registrering av funn i journaler til pasienter som har/har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siste året** (vedlegg 2). Utfylte skjema skal ikke sendes fylkesmannen.

Del 2 - Vurdering av egen praksis

Når dere har gått gjennom journalene går dere gjennom og fyller ut **Skjema for vurdering av styring, ledelse og egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp** (vedlegg 4). Utfylt skjema skal sendes fylkesmannen. Dere skal der svare på påstander som både beskriver ledelse og styring og praksis ved utføring av oppgaver med området tvungen somatisk helsehjelp. Dere skal svare ja/nei, og gi en beskrivelse av hva dere bygger svaret på, og hva dere har gjort på området.

Samlet vurdering av egen praksis

Når dere har gjennomført de to delene som er beskrevet over, skal dere foreta en vurdering av om deres praksis på området tvungen somatisk helsehjelp er innenfor gjeldende regelverk eller ikke. Dere må da se helheten i funnene fra journalgjennomgangene og skjemaet for vurdering av egen praksis.

Dere skal vurdere funnene dere har gjort opp mot kravene til kommunen som er beskrevet i veilederen for tilsynet. Aktuelt regelverk for området er beskrevet i kapittel 2 i veilederen for tilsynet. Regelverket er konkretisert i krav for de områdene dere skal undersøke i kapittel 3. Kravene fungerer som en målestokk for hva som er forventet praksis. Alle skjemaene som dere skal benytte følger samme oppsett/rekkefølge som i veilederens kapittel 3. Les derfor dette kapitlet ekstra nøye. Det beskriver de ulike områdene som skal vurderes og hvilke krav som settes til kommunen. I «rammene» er det tatt inn de styringskrav som fylkesmannen kan forvente å finne og disse er formulert som påstander, tilsvarende påstandene i egenrederingsskjemaet. Bruk gjerne veilederens kapittel 3 aktivt når dere skal vurdere egen praksis.

Når dere har vurdert det dere har funnet i journalene og ved gjennomgang av egen ledelse, styring og praksis og sammenholder dette med kravene beskrevet i veilederen, skal dere vurdere om dere ved ledelse og styring har en praksis som er innenfor lovens krav eller ikke. Vurderer dere at egen praksis på områdene ikke er innenfor gjeldende regelverk, skal dere også beskrive hvilke tiltak dere vil sette i verk for å sikre at praksis er innenfor gjeldende regelverk og tidspunkt for når dette skal være gjort. Fyll ut skjemaet **Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp** (vedlegg 5). Utfylt skjema skal sendes fylkesmannen.

Tilbakemelding til fylkesmannen

Frist for å svare fylkesmannen er **xx. xxxx 2020**. Dere skal melde tilbake til fylkesmannen hvilke funn dere har gjort, hvordan dere har vurdert egen praksis og eventuelt hvilke tiltak dere vil igangsette hvis dere vurderer at egen praksis ikke er innenfor gjeldende regelverk. Følgende utfylte skjema skal vedlegges:

- Skjema for vurdering av styring, ledelse og egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp
- Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

Fylkesmannens oppfølging

Fylkesmannen vil følge opp egenreviseringene samme måte som ved andre tilsyn, men skal legge til grunn kommunens konklusjon, med mindre det er åpenbart at krav i lov og forskrift ikke er oppfylt. Lovbrudd som kommunen har avdekket skal fylkesmannen følge opp på vanlig måte, ved å se til at de tiltakene dere har meldt at dere vil sette i gang for å sikre at praksis er i samsvar med lov og forskrift, blir gjennomført og virker som de skal.

Er det noe dere lurer på?

Har dere spørsmål om egenreviseringen og gjennomføringen av denne kan dere ta kontakt med navn, tlf. e-post.

Lykke til med egenreviseringen!

Med hilsen

Xxxxxx

xxxxxx

Vedlegg:

- 1) Skjema for registrering av funn i journaler for pasienter uten vedtak om tvungen somatisk helsehjelp det siste halve året
- 2) Skjema for registrering av funn i journaler til pasienter som har/har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siste året
- 3) Oppsummering av journalgjennomganger
- 4) Skjema for vurdering av styring, ledelse og egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp
- 5) Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

Skjema for registrering av funn i journaler for pasienter uten vedtak om tvungen somatisk helsehjelp det siste halve året
(skal ikke sendes fylkesmannen)

	Pasient					
	Fra journal	Pasient nr. 1	Pasient nr. 2	Pasient nr. 3	Pasient nr. 4	Pasient nr. 5
1.0	Legemidler					
1.1	Har pasienten vist motstand mot å ta legemidler?					
1.1.1	Hvis ja på spørsmål 1.1 – Ble motstanden fulgt opp med tillitskapende tiltak for om mulig oppnå frivillighet fra pasienten?					
1.1.2	Hvis ja på spørsmål 1.1.1 – Førte tiltak til at pasienten tok legemidler frivillig?					
1.1.3	Hvis nei på spørsmål 1.1.2 – Ble helsehjelpen avsluttet?					
1.2	Hvis ja på spørsmål 1.1 – Ble legemidlene gitt til pasienten tross motstand?					
1.2.1	Hvis ja på spørsmål 1.2 – Hvordan vurderer dere situasjonen - ble det brukt tvang?					
1.3	Får pasienten legemidler knust/blandet i mat/drikke?					
1.3.1	Hvis ja på spørsmål 1.3 – Blir dette gjort for at pasienten ikke skal skjønne at han/hun får legemidler? Vurderer dere dette som bruk av tvang?					
2.0	Personlig hygiene					
2.1	Har pasienten vist motstand mot hjelp til personlig hygiene (ved stell, dusj, tannpuss, av- og påkledning el.)?					

2.1.1	Hvis ja på spørsmål 2.1 – Ble motstanden fulgt opp med tillitskapende tiltak for om mulig oppnå frivillighet fra pasienten?					
2.1.2	Hvis ja på spørsmål 2.1.1 – Førte tiltak til at pasienten mottok hjelp til personlig hygiene frivillig?					
2.1.3	Hvis nei på spørsmål 2.1.2 – Ble helsehjelpen avsluttet?					
2.2	Hvis ja på spørsmål 2.1 – Ble personlig hygiene gjennomført tross motstand?					
2.2.1	Hvis ja på spørsmål 2.2 – Hvordan vurderer dere situasjonen – ble det brukt tvang?					
3.0	Bevegelseshindring					
3.1	Ble/blir det benyttet bevegelseshindrende tiltak overfor pasienten (belte, bord/brett foran stol, låste bremses på rullestol, sengehest, låste dører el.)?					
3.1.1	Hvis ja på spørsmål 3.1 – Har pasienten vist motstand mot bevegelseshindrende tiltaket?					
3.1.2	Hvis ja på spørsmål 3.1.1 – Ble motstanden fulgt opp med tillitskapende tiltak for å unngå motstand?					
3.1.3	Hvis ja på spørsmål 3.1.2 – Førte tiltak til at pasienten ikke motsetter seg bevegelseshindrende tiltak?					
3.1.4	Hvis nei på spørsmål 3.1.3 – Ble bevegelseshindrende tiltaket avsluttet?					
3.2	Hvis ja på spørsmål 3.1.1 – Ble/blir bevegelseshindrende tiltak benyttet til tross for at pasienten viste motstand?					
3.4	Hvis ja på spørsmål 3.2 – Hvordan vurderer dere situasjonen – ble/blir det brukt tvang?					

4.0	Annen helsehjelp					
4.1	Har pasienten uttrykt motstand mot annen form for helsehjelp?					
4.1.1	Hvis ja på spørsmål 4.1 – Ble motstanden fulgt opp med tillitskapende tiltak for om mulig oppnå frivillighet fra pasienten?					
4.1.2	Hvis ja på spørsmål 4.1.1 – Førte tiltak til at pasienten mottar helsehjelpen frivillig?					
4.1.3	Hvis nei på spørsmål 4.1.2 – Ble helsehjelpen avsluttet?					
4.2	Hvis ja på spørsmål 4.1 – Ble helsehjelpen gjennomført tross motstanden?					
4.3	Hvis ja på spørsmål 4.2 – Hvordan vurderer dere situasjonen - ble det brukt tvang?					
5.0	Samtykkekompetanse					
5.1	Har motstand mot helsehjelp ovenfor medført vurderinger av om pasienten mangler samtykkekompetanse?					
5.1.1	Hvis nei på spørsmål 5.1 – Har pasientens samtykkekompetanse blitt vurdert på et tidligere tidspunkt?					

Skjema for registrering av funn i journaler til pasienter som har/har hatt vedtak om tvungen somatisk helsehjelp siste året (skal ikke sendes fylkesmannen)

	Pasient	Pasient nr. 1	Pasient nr. 2	Pasient nr. 3	Pasient nr. 4	Pasient nr. 5
	Fra journal					
1.0	Tillitskapende tiltak					
1.1	Ble det forsøkt tillitskapende tiltak før vedtak om tvang ble fattet?					
1.2	Ble tillitskapende tiltak fulgt opp på en planmessig/systematisk måte (beslutte tiltak, gjennomføre tiltak, rapportere virkning av tiltak, vurdere om tiltak har ønsket virkning og ev. endre tiltak)?					
2.0	Samtykkekompetanse					
2.1	Ble pasientens samtykkekompetanse vurdert?					
2.1.1	Hvis nei på spørsmål 2.1 – Var samtykkekompetanse vurdert tidligere?					
2.2	Var vurdering av samtykkekompetanse knyttet til den konkrete helsehjelpen som eventuelt skulle ytes med tvang?					

3.0	Helsefaglig vurdering					
3.1	Ble det foretatt en helsefaglig vurdering av om helsehjelpen skulle gjennomføres med tvang?					
3.2	Ble helsefaglig vurdering foretatt av den ansvarlige for den aktuelle helsehjelpen?					
4.0	Vedtak om og evaluering av tvungen helsehjelp					
4.1	Ble vedtaket om tvungen somatisk helsehjelp fattet av den ansvarlige for den aktuelle helsehjelpen?					
4.2	Ble kopi av vedtaket sendt a) overordnet faglig ansvarlig på området tvungen somatisk helsehjelp i kommunen b) fylkesmannen					
4.3	Bli/ble behovet for fortsatt bruk av tvungen somatisk helsehjelp vurdert og evaluert fortløpende i gjennomføringsperioden?					
5.0	Dokumentasjon					
	Ble nødvendige og relevante opplysninger dokumentert i pasientjournalen om: - tillitskapende tiltak - vurdering av samtykkekompetanse - helsefaglig vurdering av om helsehjelpen skal gis med tvang - vedtak om at helsehjelpen skal gjennomføres med tvang - evaluering av gjeldende vedtak om tvang					

	Ble det dokumentert på en måte/steder i journalen slik at opplysningene var lett tilgjengelig for involvert helsepersonell?					
--	---	--	--	--	--	--

Skjema for vurdering av styring, ledelse og egen praksis på området tvungen somatisk helsehjelp

(skal sendes fylkesmannen)

Kommune:	
Tjenestested:	
Utfylt av:	
Dato for utfylling:	
Leder for tjenestested:	
Overordnet leder for tjenestestedet (kommunalsjef, helse- og omsorgssjef el.):	

1. Kommunen ivaretar sin plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring (pkt. 3.1 i veilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
1.1	<i>Risikovurdering</i>		
1.1.1	Kommunen har vurdert hvor det er fare for svikt i arbeidet med å etterleve regelverket for tvungen somatisk helsehjelp.		
1.1.2	Kommunen har satt i gang styringstiltak for å redusere faren for svikt på området tvungen somatisk helsehjelp som bygger på disse vurderingene.		
1.2	<i>Ansvar, oppgaver og myndighet</i>		
1.2.1	Kommunen har, både for overordnede styringslinjer og på det enkelte tjenestested, tydelig fordelt ansvar, oppgaver og myndighet på området tvungen somatisk helsehjelp.		
1.3	<i>Kompetanse</i>		
1.3.1	Kommunen har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på området tvungen somatisk helsehjelp.		
1.3.2	Kommunen har oversikt over ansattes kompetanse, og følger med på gjennomførte opplæringstiltak og hvem som har deltatt.		
1.3.3	Kommunen har systematiske tiltak som sikrer at alle som yter helsehjelp til pasienter hvor tvungen somatisk helsehjelp kan være aktuelt, har kompetanse på området.		
1.3.4	Kommunen sikrer at opplæring om tvungen somatisk helsehjelp er tilpasset den ansattes utdanning, erfaringsbakgrunn, rolle, ansvarsområde.		
1.3.5	Kommunen sikrer at opplæring på området tvungen somatisk helsehjelp er en del av den obligatoriske opplæringen helsepersonellet får ved ansettelse.		

1.3.6	Kommunen sørger for at opplæring på området tvungen somatisk helsehjelp blir gitt til ansatte/vikarer uten fagutdanning og til alle vikarer som blir benyttet.		
1.3.7	Kommunen sørger for at kunnskap om tvungen somatisk helsehjelp blir holdt ved like og er oppdatert til enhver tid.		
1.4	<i>Forsvarlig og omforent praksis</i>		
1.4.1	Kommunen har faglige rutiner for hvordan ulike arbeidsoppgaver skal utføres, for hvordan samarbeid, informasjonsutveksling skal sikres og hvordan dokumentasjon skal foregå på området tvungen somatisk helsehjelp.		
1.4.2	Kommunen har vurdert om rutiner må nedtegnes skriftlig, eller om muntlig innarbeidet og omforent praksis er tilstrekkelig.		
1.4.3	Kommunen har gjort rutiner kjent for alt helsepersonell som gir tjenester til pasienter hvor tvungen somatisk helsehjelp kan bli aktuelt.		
1.5	<i>Samarbeid</i>		
1.5.1	Kommunen har lagt til rette for hvordan samarbeidet mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten og den som er ansvarlige for helsehjelpen skal ivaretas når tvungen somatisk helsehjelp er aktuelt. Dette inkluderer samarbeid med fastlegen for hjemmeboende pasienter.		
1.5.2	Kommunen sørger for at samarbeidsrutinene sikrer at ansvarlig for helsehjelpen har tilgang til tilstrekkelig opplysninger om pasienten for å gjøre nødvendige vurderinger og ta avgjørelser når tvungen somatisk helsehjelp er aktuelt.		

1.6	<i>Dokumentasjon</i>		
1.6.1	Kommune har lagt til rette for en omforent føring av opplysninger om tvungen helsehjelp i pasientjournalene ved at det er rutiner for hvor opplysninger skal føres, slik at opplysningene lett kan finnes.		
1.7	<i>Kommunen følger med på iverksatte tiltak</i>		
1.7.1	Kommunen følger med på om iverksatte tiltak på området tvungen somatisk helsehjelp blir fulgt i praksis og om de fungerer etter sin hensikt.		
1.7.2	Kommunen sikrer at tiltak som ikke fungerer etter sin hensikt blir korrigert.		
1.7.3	Kommunen sikrer at overordnet faglig ansvarlig på området tvungen somatisk helsehjelp i kommunen får kopi av alle vedtak om tvungen somatisk helsehjelp.		
1.7.4	Kommunen benytter informasjon om bruken av tvungen somatisk helsehjelp i kommunen fra overordnet faglig ansvarlig for å kontrollere egen praksis.		

2. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp (pkt. 3.2 i veilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
2.1	Alt helsepersonell har fått opplæring i at all helsehjelp i utgangspunktet er frivillig, men at somatisk helsehjelp på spesielle vilkår kan ytes med tvang.		
2.2	Alt helsepersonell har fått opplæring i hvorfor det er viktig å fange opp motstand mot helsehjelp og at pasienter kan uttrykke motstand mot helsehjelp på ulike måter.		

2.3	Det følges fortløpende med på om pasienter yter motstand mot helsehjelp, og ansatte vet når og til hvem observasjoner om motstand skal videreformidles.		
2.4	Det er klart når ansvarlig for helsehjelpen skal bli informert pasient som yter motstand mot helsehjelp og det er klart hvem som har ansvar for å gi denne informasjonen.		
2.5	Faglig vurdering og avklaring av om pasienten motsetter seg helsehjelp blir gjort på bakgrunn av tilstrekkelig informasjon og god kjennskap til pasienten.		
2.6	Når det er nødvendig for å få avklart om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir det innhentet informasjon fra pårørende og/eller annet helsepersonell som kjenner pasienten.		
2.7	Motstand mot helsehjelp blir nedtegnet i pasientens journal.		

3. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak (pkt. 3.3 i veilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
3.1	Alt helsepersonell har fått generell opplæring om ulike former for tillitskapende tiltak og betydningen av dette for å yte nødvendig helsehjelp og redusere bruk av tvang.		
3.2	Helsepersonell som har ansvar for å vurdere og beslutte utprøving av tillitskapende tiltak har kompetanse om ulike tiltak og når det er hensiktsmessig å benytte de forskjellige tiltakene for å oppnå at pasienten mottar helsehjelpen frivillig.		
3.3	Personell med mye kunnskap og erfaring med tillitskapende tiltak veileder andre med mindre		

	kunnskap/erfaring på området, herunder vikarer og ansatte uten fagutdanning.		
3.4	Det er klart for involvert helsepersonell hvem som har ansvar for å beslutte, følge opp og evaluere tillitskapende tiltak.		
3.5	Tillitskapende tiltak blir prøvd ut på en systematisk måte. Ved at helsepersonellet gjennomfører de tillitskapende tiltakene som er bestemt, resultatet blir rapportert og evaluert, og ev. justert.		
3.6	Involvert helsepersonell som skal yte den direkte helsehjelpen får informasjon om hvilke tillitskapende tiltak som skal prøves ut og at resultatet av tiltakene skal rapporteres.		
3.7	Ansvarlig for å beslutte, følge opp og evaluere tillitskapende tiltak (hvis dette er en annen enn den som er ansvarlig for helsehjelpen som pasienten motsetter seg) samarbeider med ansvarlig for helsehjelpen i perioden for utprøving av tillitskapende tiltak.		
3.8	Ansvarlig for helsehjelpen som pasienten motsetter seg blir involvert tidsnok for å kunne vurdere de helsemessige konsekvensene av å unnlate å gi helsehjelpen.		
3.9	Faglig vurdering og beslutning om hvilke tillitskapende tiltak som skal prøves ut, blir gjort på tilstrekkelig informasjonsgrunnlag og godt kjennskap til pasienten, og ved å kartlegge mulige årsaker til motstanden. Ved behov blir det innhentet informasjon fra pårørende og/eller annet helsepersonell som kjenner pasienten.		
3.10	Opplysninger om tillitskapende tiltak føres i pasientens journal.		

4. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert (pkt. 3.4.1 i veilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
4.1	Helsepersonell har fått opplæring i hvilke forhold hos pasientene som tilsier at samtykkekompetanse bør bli vurdert.		
4.2	Det er klart for involvert helsepersonell hvem som har ansvar for å vurdere om en pasient har samtykkekompetanse.		
4.3	Helsepersonell som har ansvar for å vurderer om pasienten har samtykkekompetanse har kunnskap om kravene som stilles til en slik vurdering, herunder å kjenne til faglige verktøy som finnes.		
4.4	Samtykkekompetanse kan bli avklart på kort varsel hvis det er nødvendig ut fra en faglig vurdering av konsekvenser for pasienten ved ikke å yte helsehjelpen og tvang må bli benyttet.		
4.5	Involvert helsepersonell samarbeider og utveksler nødvendig informasjon om pasienten med den som har ansvar for å vurdere samtykkekompetansen.		
4.6	Vurdering av samtykkekompetanse blir knyttet til den aktuelle helsehjelpen som pasienten motsetter seg.		?
4.7	Vurdering av og avgjørelse om samtykkekompetanse blir nedtegnet i pasientens journal.		

5. Ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang (pkt. 3.4.2 i yVeilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
5.1	Ansvarlig for helsehjelpen som skal gjøre den faglige vurderingen av om den aktuelle helsehjelpen skal gis med tvang, har fått opplæring/har kunnskap om hva en slik vurdering skal inneholde (vilkårene for bruk av tvang) og om kravene til saksbehandling.		
5.2	Det er kjent for involvert helsepersonell hvem som har ansvar for å vurdere om vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt og å fatte vedtak om tvang.		
5.3	<i>Særskilt for hjemmetjenester:</i> Involvert helsepersonell har kunnskap om at pasienter ikke kan holdes tilbake i eget hjem (eget «opprinnelig» hjem/omsorgsbolig/bofellesskap).		
5.4	<i>Særskilt for hjemmetjenester:</i> Det er kjent for involvert helsepersonell hvem som har ansvar for å vurdere tvungen innleggelse i sykehjem.		
5.5	Faglig vurdering og beslutning av om helsehjelpen skal ytes med tvang blir gjort på et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag og godt kjennskap til pasienten. Ved behov blir det innhentet informasjon fra pårørende og/eller annet helsepersonell som kjenner pasienten.		
5.6	Ansvarlig for helsehjelpen rådfører seg med annet kvalifisert personell før vedtak treffes der helsehjelpen er et alvorlig inngrep for pasienten.		
5.7	Ansvarlig for helsehjelpen innhenter informasjon fra pårørende om hva pasienten ville ha ønsket der dette er mulig.		
5.8	Pasient og nærmeste pårørende blir underrettet om vedtaket om å yte helsehjelp med tvang og det gis informasjon om muligheten for å klage.		

5.9	<i>Særskilt for hjemmetjenester:</i> Det er lagt til rette for samarbeid mellom kommunens helsetjeneste og pasientens fastlege.		
5.10	Vurdering av og avgjørelse om helsehjelpen skal ytes med tvang blir nedtegnet i pasientens journal.		

6. Kommunen sikrer at tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden (pkt. 3.5 i veilederen for tilsynet)

Nr.	Påstand	Ja/Nei	Hva bygger dere svaret på? Hva er gjort? Beskriv.
6.1	Ansvarlig for helsehjelpen og annet involvert helsepersonell har fått opplæring/har kunnskap om at vedtatt tvungen helsehjelp fortløpende skal bli evaluert i gjennomføringsperioden, og at det i perioden skal forsøkes å yte helsehjelpen uten tvang.		
6.2	Det er kjent for involvert personell hvem som har ansvar for at slik evaluering blir gjennomført.		
6.3	Evaluering av vedtatt tvungen helsehjelp blir gjort på en systematisk måte, i samarbeid mellom ansvarlig for helsehjelpen og helsepersonell som yter den aktuelle helsehjelpen.		
6.4	Det blir gjort fortløpende observasjoner om endringer i pasientens situasjon som kan få betydning for helsehjelpen som ytes med tvang. Observasjoner blir videreformidlet raskt til den ansvarlige for helsehjelpen (hvis dette er en annen person enn den som har observert endringen).		
6.5	Tiltakene for å yte helsehjelp med tvang blir endret eller avsluttet dersom endringene i pasientens situasjon tilsier det.		

6.6	Observasjoner, evaluering og eventuelle endringer i ytelse av helsehjelpen blir nedtegnet i pasientens journal.		
-----	---	--	--

Kommunens samlede vurdering av egen styring, ledelse og praksis på området tvungen somatisk helsehjelp (skal sendes fylkesmannen)

Kommune:

Dato for utfylling:

Hvem har foretatt vurderingen: **E-postadresse og tlf.nr.:**

Dersom kommunen har avdekket at praksis ikke er i henhold til kravene, skal kommunen fylle inn tekst til handlingsplan for å rette opp, jf. punkt 7 nedenfor.

1. Kommunen ivaretar sin plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, jf. helsetilsynsloven § 5 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Tema	Er kommunens praksis er i henhold til kravene?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene?
1.1	Risikovurdering		
1.2	Ansvar, oppgaver og myndighet		
1.3	Kompetanse		
1.4	Forsvarlig og omforent praksis		
1.5	Samarbeid		
1.6	Dokumentasjon		

1.7	Kommunen følger med på iverksatte tiltak		
-----	--	--	--

2. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2, jf, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Er kommunens praksis er i henhold til kravene?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene
2.1 – 2.6		

3. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd, jf, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Er kommunens praksis er i henhold til kravene?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene
3.1 – 3.10		

4. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, jf, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Er kommunens praksis er i henhold til kravene?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene
4.1 – 4.7		

--	--	--

5. Ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-3 og 4A-5, jf, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Er kommunens praksis er innenfor gjeldende regelverket?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene
5.1 – 5.10		

6. Kommunen sikrer at tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd, jf, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9

Pkt.nr.	Er kommunens praksis er i henhold til kravene?	Hvis dere svarer nei: - Beskriv hvorfor dere vurderer at praksis ikke er i henhold til kravene
6.1 – 6.6		

7. Handlingsplan for å rette opp brudd på kravene

Kommunen skal i planen beskrive følgende punkter:

- Tiltak som settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund
- Virksomhetens egne frister for å sikre fremdrift

Tekst med grå bakgrunn, må endelig fastsettes eller fjernes av fylkesmannen, da det avhenger av hvilket tjenesteområde fylkesmannen har undersøkt, og om systemrevisjonen har vært gjennomført i kombinasjon med samlinger.

Utkast til tekst til tilsynsrapporten kapittel 1

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020 er rettet mot kommunens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang.

Undersøkelsene har vært rettet mot kommunens sykehjemstjeneste/hjemmebaserte tjenester og har omhandlet følgende områder:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp.
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak.
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

Fylkesmannen har gjennomført tilsynet som systemrevisjon. Det innebærer at fylkesmannen har undersøkt hvordan kommunen styrer og leder helsetjenestens og helsepersonellens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp og om de aktuelle lovkravene oppfylles.

Kommunen har deltatt i samling i forkant og etterkant av systemrevisjonen sammen med kommuner som har gjennomført egenvurderinger av sin praktisering av tvungen somatisk helsehjelp. Systemrevisjonen har sammen med samlingene hatt som formål å styrke kommunens eget arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet på området tvungen somatisk helsehjelp.

Pasientens meninger og erfaringer med kommunens helsetjeneste er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten. Et utvalg pasienter har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet. Det er også gjennomført samtaler med et utvalg fastleger for å få informasjon om samarbeid og informasjonsutveksling innenfor undersøkelsesområdene.

Tekst med grå bakgrunn, må endelig fastsettes eller fjernes av fylkesmannen, da det avhenger av hvilket tjenesteområde fylkesmannen har undersøkt, og om systemrevisjonen har vært gjennomført i kombinasjon med samlinger.

Utkast til tekst til tilsynsrapporten kapittel 2

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 andre ledd. For dette tilsynet er det undersøkt om kommunen oppfyller krav i:

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)
Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)
Helsepersonelloven (hpl.)
Forvaltningsloven (fvl.)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
Forskrift om pasientjournal
Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Disse styringskravene må ses i sammenheng med internkontrollplikten etter helsetilsynsloven § 5. De må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

Innholdet i styringskravene er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem. Styringssystemet er summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriftens §§ 6-9. Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5. Tilsvarende gjelder for hvorvidt kommunen skal dokumentere styringsaktivitetene.

I dette tilsynet har vi hatt fokus på følgende styringskrav:

Kommunen har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, jf. § 6d

Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. For at kommunen skal ha grunnlag for å velge styringstiltak som reduserer risiko, må kommunen ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet.

Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet jf. §§ 6a og 7a

Kommunen skal ha en klar organisering av helsetjenestene og organiseringen skal være kjent for de ansatte. Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. På området tvungen

helsehjelp er det ofte flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient, men med ulik kompetanse. Det er da helt vesentlig å ha en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet for å redusere svikt.

Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger kommunen kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten har behov for og hvilken kompetanse de ansatte har. Kommunen har et ansvar for at helsepersonell har nødvendighet kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pbrl. kapittel 4 A og for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Tiltak for å sikre kompetanse skal være tilpasset den enkeltes ansvar og oppgaver.

Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er et område hvor det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til pasienten. Samarbeid og informasjonsutveksling er videre nødvendig for at helsepersonell har tilstrekkelig med informasjon til å gjøre forsvarlige helsefaglige vurderinger.

Kommunen skal ha vurdert hvilke faglige og administrative rutiner, instruksjoner og avtaler som er nødvendige for å sikre omforent praksis, samarbeid og informasjonsveksling på området tvungen helsehjelp. I dette inngår at kommunen har rutiner for dokumentasjon i pasientenes journal, slik at opplysninger som er av betydning for helsehjelpen er tilgjengelig for de som har tjenstlig behov for det og at opplysningene enkelt kan finnes.

Følge med på at iverksatte tiltak følges i praksis, har effekt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de er hensiktsmessige og fungerer etter sin hensikt. Kommunens kontroll kan for eksempel skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende og ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner.

Kommunen skal ha utpekt hvem som skal være overordnet faglig ansvarlig for tvungen helsehjelp. Den/de som er utpekt til å ha denne funksjonen, skal motta kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er fattet i kommunen, og får gjennom vedtakene viktig informasjon om kommunes praktisering av tvungen helsehjelp. Det forventes at kommunen benytter denne informasjonen i sin kontroll av praksis.

Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker mangler skal kommunen iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Kravene som stilles til helse- og omsorgstjenesten

I lovgivningen er det stilt en rekke krav til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal gjennom sin styring og ledelse sikre at disse kravene blir oppfylt. Nedenfor er en oversikt over de kravene som er undersøkt:

Nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Pasienter har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pbrl. § 2-1a andre ledd, og § 2-1 e. Kommunen har en tilsvarende plikt til å gi slik hjelp etter hol. § 3-1, og aktuelt for dette tilsynet er helsehjelp i hjemmet og opphold på sykehjem, jf. hol. §§ 3-1 og 3-2 nr. 6 bokstav c og § 3-2a.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang.

Det følger av hol. § 4-1 at kravet om forsvarlighet også omfatter at tjenestetilbudet skal være verdig, helhetlig og koordinert. Dette må ses i sammenheng med kommunens plikt etter hol. § 3-4 første ledd til å legge til rette for samarbeid og samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere. Fastlegene vil ofte være ansvarlig for, eller involvert i, prosesser om tvungen helsehjelp. I forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 8 er det presisert at kommunens samarbeidsplikt i hol. § 3-4 også omfatter å legge til rette for samarbeid med fastlegen, og et slikt samarbeid må nødvendigvis omfatte situasjoner der fastlegen er ansvarlig for helsehjelp som kommunens helse- og omsorgstjeneste skal gjennomføre.

Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A skal komme til anvendelse er det enkelte forutsetninger som må være oppfylt. Helsehjelpen må være somatisk, pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen. Der forutsetningene er oppfylt, er det en rekke vilkår som må være oppfylt før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlingen.

Samtykkevurderinger

Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensene av å nekte helsehjelpen, skal den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen vurdere om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte være den samme som skal gjøre de helsefaglige vurderingene etter pbrl. kapittel 4 A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

Motstand mot helsehjelp

Pasienter kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måter. Helsehjelp som gjennomføres selv om pasienten motsetter seg den, er å anse som tvungen helsehjelp. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell hjemmel til å ta avgjørelser om helsehjelpen.

Tillitskapende tiltak

Tillitskapende tiltak er tiltak som blir satt i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Det er et vilkår om at tillitskapende tiltak er forsøkt før helsehjelpen gjennomføres med tvang, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

Helsefaglige vurderinger

Ansvarlig for helsehjelpen skal gjøre helsefaglige vurderinger av om vilkårene i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylt. Disse vurderingene omfatter om helsehjelpen er nødvendig, noe som innebærer at det omhandler helsehjelp som pasienten har rett på helsehjelpen etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Videre skal vurderingene omfatte om det planlagte tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og at tvungen helsehjelp etter en helhetlig vurdering fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom tiltaket er å anse som et alvorlig inngrep for pasienten, som for eksempel tiltak som innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler, tvungen innleggelse og tilbakehold på sykehjem, skal ansvarlig for helsehjelpen samrå seg med annet kvalifisert personell, jf. § 4A-5 andre ledd. Så langt det er mulig skal helsepersonell innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før avgjørelsen om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A-5 fjerde ledd.

Evaluering av tvungen helsehjelp

Tvungen helsehjelp skal etter § 4A-4 fjerde ledd evalueres fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er oppfylt. Det skal i evalueringen legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ha ønsket virkning, eller ha uforutsette negative virkninger.

Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i henhold til de krav som stilles til journalens innhold, jf. hpl. § 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal er blant annet å sikre forsvarlig oppfølging av pasienten og ivareta pasientsikkerheten. Opplysninger knyttet til temaene i dette tilsynet er å anse som relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Slike opplysninger skal etter hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 4–8 dokumenteres i pasientens journal.



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Landets fylkesmenn

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2019/1181 2 HKM

18. juni 2020

Vedlegg til internserien 1/2020 Veileder for landsomfattende tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester

Praktisk informasjon om gjennomføringen av tilsynet som følge av pandemien

I føringer for prioriteringer av planlagt tilsyn gitt av Helsetilsynet av 9. juni 2020, fremgår det at LOT 2020 med tvungen helsehjelp skal prioriteres.

Det er lokale variasjoner i hvordan pandemien utfordrer helsetjenestene, noe som medfører at fylkesmannen må tilpasse gjennomføringen av LOT for å ivareta hensynet til belastningen i kommunen og tjenestestedet, smittevern og tilstrekkelig kvalitet på tilsynet. Økt bruk av digitale kommunikasjonsløsninger og det å begrense antall personer som fysisk deltar på selve tilsynsbesøket, kan være eksempler på slike tilpasninger.

Det blir viktig å ha en god dialog med kontaktperson i kommunen for hvordan smitteverntiltak kan bli ivaretatt under tilsynet, og for å vurdere hvilke tiltak som vil være minst belastende for kommunen. Helsedirektoratets beslutninger og anbefalinger på smittevernområdet kan endre seg i gjennomføringsperioden og fylkesmannen må derfor følge med på oppdateringene slik at disse blir ivaretatt.

Tilsynsaktivitetene

Fylkesmannen skal fortsatt gjennomføre det landsomfattende tilsynet som systemrevisjoner.

En tilsynsaktivitet for dette landsomfattende tilsynet er at fylkesmannen i tilknytning til én systemrevisjon skal plukke ut 3 kommuner som samtidig med systemrevisjonen skal gjennomføre egenvurderinger med samling i forkant og etterkant. Samlingene skal bidra til økt læringsutbytte av tilsynet og gi erfaringsoverføring mellom

kommunene. Det kan være lokale forhold som medfører at slike samlinger ikke kan gjennomføres av smittevernhensyn, alternativt kan samlingene gjennomføres digitalt.

Valg av kommuner

Dersom det er kommuner med pågående belastning som følge av pandemien må det inngå i den totale vurderingen av om det skal føres tilsyn med kommunen. Dersom det gjennomføres tilsyn i kommuner som har hatt stor belastning bør dette kommenteres i tilsynsrapporten.

Valg av tjenestested

Fylkesmannen avgjør om tilsynet skal gjennomføres i hjemmetjenesten eller sykehjem. Smittevernhensyn kan imidlertid tilsi at tilsyn med tvungen helsehjelp på sykehjem må gjennomføres i andre egnede lokaler. Dette bør i så fall avklares i dialog med kontaktpersonen fra kommunen.

Dokumentgjennomgang

Journalgjennomgangen bør fortsatt kunne gjennomføres på stedet så lenge dette kan skje i egnede lokaler som ivaretar smittevernhensyn, og at utstyr desinfiseres før og etter tilsyn. Det kan være mer utfordrende å ivareta smittevernhensyn ved gjennomgang av informasjonsbøker/pasientpermer mv. Det må vurderes konkret om hvor belastende tiltak for å ivareta smittevern er kontra det å få oversendt utskrifter av journaler. Det kan også være aktuelt å benytte krypterte minnepinner eller tilsvarende. Dette bør uansett avtales i dialog med kontaktperson i kommunen.

Intervju

Siden det er en systemrevisjon må både ledere og ansatte intervjues. Intervjuene kan imidlertid gjennomføres på ulike måter, som for eksempel gjennom digital kommunikasjon.

Det er ikke gitt at det for dette tilsynet lar seg gjøre å gjennomføre samtaler med pasienter digitalt eller på telefon. Hvis slike samtaler ikke kan gjennomføres bør fylkesmannen i stedet ha samtaler med pårørende på telefon, eller i egnet lokale som ivaretar smittevernhensyn.

Der det avdekkes lovbrudd – frister og oppfølging

Pandemien utfordrer kommunene på ulike måter og det er derfor viktig at fylkesmannen i fastsettelse av frister for handlingsplan og oppretting av lovbrudd tar hensyn til dette. Fylkesmannen må derfor gi rom for innspill fra kommunen på de frister som settes, men må samtidig vurdere alvorligheten av lovbruddet ved fristfastsettelsen.

Vurdering av om pandemien får betydning for undersøkelsene av kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

Selv om pandemien kan ha medført ekstra belastninger på kommunens helse- og omsorgstjenester, bør fylkesmannen kunne forvente at kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp, får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Det kan imidlertid være særskilte forhold som fylkesmannen bør ta hensyn til når de undersøker kravene i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4 A.

Dette kan for eksempel gjelde kravet til å prøve ut tillitsskapende tiltak dersom det er smittevernhensyn som er årsaken til redusert utprøving av slike tiltak. Pandemien kan også ha virket inn på kommunens mulighet for å gjennomføre for eksempel planlagte opplærings- og veiledningstiltak. Det kan videre forekomme enkelte eksempler på at planlagte evalueringer og oppdateringer av rutiner mv. har blitt utsatt på grunn av personellmessige omstillinger som følge av beredskapstiltak. Slike midlertidige forhold bør fylkesmannen ta hensyn til. Hvor tungt disse hensynene skal veie vil imidlertid bero på hva fylkesmannen for øvrig finner av tiltak for å sikre at kravene i pbrl. kapittel 4 A blir oppfylt.

Pbrl. kapittel 4 A gjelder uavhengig av diagnose. Det er derfor de samme vilkår og vurderinger som gjelder dersom pasient uten samtykkekompetanse blir smittet av koronaviruset og motsetter seg nødvendig behandling.

Det ligger utenfor tilsynet å undersøke tvangstiltak hjemlet andre steder enn pbrl. kapittel 4 A, som tiltak gjennomført med hjemmel i smittevernlov og nødrett. Eventuelle lovbrudd skal være knyttet til lovkrav som ligger til tilsynstemaene i tilsynsveilederen. Det kan imidlertid være utfordrende for helsetjenesten å ha oversikt over hvor ulike tiltak skal hjemles. Dersom det dukker opp spørsmål og utfordringer om dette fra ledere og ansatte, bør fylkesmannen gi råd og veiledning eller følge dette opp som egen sak. Det vises i denne sammenheng til **Helsedirektoratets [Koronavirus – beslutninger og anbefalinger](#)**, og brev fra Helsedirektoratet av 8. juni 2020, Veiledning til kommuner og helseforetak om frivillige og tvungne smitteverntiltak mv. ved covid-19.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi
fung. direktør

Hege Kristin Millerud
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Saksbehandler: Hege Kristin Millerud, tlf. 21 52 99 89