

Veileder for landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester 2012

Tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem

Målgruppe: Fylkesmennene

Godkjent av: Lars E. Hanssen, 17. februar 2012

Tilsynet er en videreføring av landsomfattende tilsyn i 2011 med tilsvarende tema, jf. veileder utgitt som Internserien 1/2011.

1	Innledning	3
2	Hva det skal føres tilsyn med	4
3	Beskrivelse av regelverket på området	5
3.1	Kommunens ansvar for helsetjenesten, herunder internkontroll.....	5
3.1.1	<i>Ansvarlig for å fatte vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A</i>	<i>5</i>
3.1.2	<i>Kompetanse- og ressursstyring</i>	<i>6</i>
3.1.3	<i>Tilgang til opplysninger og kravet til dokumentasjon</i>	<i>7</i>
3.1.4	<i>Kartlegging av risiko og ansvar for å redusere risiko.....</i>	<i>7</i>
3.1.5	<i>Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt.....</i>	<i>7</i>
3.1.6	<i>Virksomhetens oppfølging av tvungen helsehjelp</i>	<i>8</i>
3.2	Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert	8
3.3	Kommunen sikrer at tillitskapende tiltak forsøkes før tvungen helsehjelp gjennomføres.....	10
3.4	Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang.....	10
4	Tilsynsområder med revisjonskriterier	12
4.1	Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert	12
4.1.1	<i>Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp blir identifisert</i>	<i>12</i>
4.1.2	<i>Kommunen sikrer at helsepersonell vurderer pasienters samtykkekompetanse</i>	<i>14</i>
4.2	Kommunen sikrer at tillitskapende tiltak forsøkes før tvungen helsehjelp gjennomføres.....	16
4.3	Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang.....	18
5	Planlegging, forberedelser og gjennomføring.....	21
5.1	Tilsynsmetode.....	21
5.2	Tilsynslagene	21
5.3	Tidsramme/omfang og valg av virksomheter.....	21
5.4	Adressat for varsel om tilsyn	22
5.5	Forberedelser og dokumentinnhenting.....	22
5.6	Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner.....	22
6	Rapporter	24
6.1	Tilsynsrapport.....	24
6.2	Nasjonal oppsummeringsrapport.....	24
7	Referanser.....	25

1 Innledning

Tvungen helsehjelp er et særlig risikoområde fordi konsekvensene av de vurderinger og avgjørelser som tas, har stor betydning for den enkelte pasient. Uriktige avgjørelser på dette feltet gir alvorlige konsekvenser: enten at det utøves ulovlig tvang eller at pasient med manglende samtykkekompetanse ikke får nødvendig helsehjelp. Risikoen for å ta uriktige avgjørelser vil kunne reduseres jo bedre forberedt virksomheten og det enkelte helsepersonell er på ulike situasjoner.

Temaet for dette landsomfattende tilsynet med kommunale helsetjenester i 2012 er *Tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem*.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gir bestemmelser for når tvang kan benyttes for å gjennomføre somatisk helsehjelp og for hvordan tvungen helsehjelp i så fall skal gjennomføres.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre.

Statens helsetilsyn har i arbeidet med denne veilederen gjennomført møter med brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Fra brukerorganisasjonene møtte representanter for Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) v/Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Fagmiljøene var representert gjennom Undervisningssykehjemmene og Undervisningshjemmetjenestene, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten v/ Oslo kommune.

Som ledd i planleggingen har vi også gått igjennom embetenes erfaringer med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A slik de er beskrevet i helse- og sosialmeldinger (omsorgsmeldinger) fra 2009. I tillegg har vi gått igjennom rapporter fra fylkesmannsembeter som har gjennomført egeninitierte tilsyn på dette området i 2010.

Veilederen for dette tilsynet er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: Gunnar Andersen, Hege Kristin Millerud, Merete Steen, Kirsti Marie Stokkeland (fagsjef), Lars Ivar Widerøe, alle i Statens helsetilsyn, og Kristin Ekbråthen fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Cathrine Hefte fra Fylkesmannen i Vestfold. Elizabeth Loe Tollefsen i Statens helsetilsyn har gitt råd og veiledning underveis.

Denne veilederen erstatter Veileder for landsomfattende tilsyn med kommunale tilsyn 2011, *Tvungen helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem* (Internserien 1/2011). Det er ikke gjort endringer av betydning for innholdet, men det er gjort lovtekniske endringer som følge av ikrafttredelse av ny helse- og omsorgstjenestelov 1.1.2012, samt endringer i andre lover og tilhørende forskrifter. Det er videre gjort nødvendige endringer av tilsynsmyndighet i og med avviklingen av Helsetilsynet i fylket fra samme tidspunkt.

Kontaktpersoner for denne veilederen er Lars Ivar Widerøe og Hege Kristin Millerud.

2 Hva det skal føres tilsyn med

I dette tilsynet skal det undersøkes om kommunen legger til rette for at nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp blir gitt uten bruk av tvang slik lovens krav og formål forutsetter. Videre skal tilsynet undersøke om kommunen sikrer at helsehjelpen til denne pasientgruppen blir vurdert i tråd med bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Tilsynet er avgrenset til helsehjelp som ytes til pasienter under opphold i sykehjem. Dette gjelder uavhengig av om pasienten har langtidsopphold eller korttidsopphold. Helsehjelp som ytes under avlastningsopphold er også omfattet.

Det er kjent at et flertall av pasientene på sykehjem i Norge har en eller annen form for mental svikt (Selbæk 2008: 82, 90). Det er stor sannsynlighet for at det i sykehjem befinner seg pasienter med sykdommer og tilstander som kan påvirke evnen til å samtykke til helsehjelpen. Hvorvidt bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal anvendes overfor hver enkelt av disse pasientene er derfor en problemstilling de fleste sykehjem må forholde seg til.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten følger kravene lovverket setter på følgende 3 områder:

- Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert
- Kommunen sikrer at tillitskapende tiltak forsøkes før tvungen helsehjelp gjennomføres
- Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A kommer bare til anvendelse på somatisk helsehjelp, jf. avgrensningen mot undersøkelse og behandling av psykisk lidelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 annet ledd. Det er derfor en forutsetning at den helsehjelpen som er til vurdering under de ulike tilsynsområdene gjelder somatisk helsehjelp. På sykehjem vil det kunne være pasienter med tilstander hvor det medisinske skillet mellom somatisk og psykisk sykdom er uklart. Tilsynet skal derfor undersøke om virksomheten sikrer at denne pasientgruppen blir vurdert med henblikk på om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A eller psykisk helsevernloven skal legges til grunn for videre av oppfølging av pasienten. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4.1.1 i denne veilederen.

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

Rettsgrunnlaget for tilsynsområdene fremgår av kapittel 3, og revisjonskriteriene fremgår av kapittel 4.

3 Beskrivelse av regelverket på området

I dette kapitlet redegjør vi for reglene på de områdene det skal føres tilsyn med. Kapitlet starter med en gjennomgang av reglene om kommunens ansvar for helsetjenester på sykehjem og om internkontroll. Så følger en gjennomgang av lovkravene på områdene det skal føres tilsyn med. Tilsynsområdene med revisjonskriterier er beskrevet i kapittel 4. Kapittel 3 og kapittel 4 skal ses i sammenheng, slik at stoffet som blir gjennomgått i kapittel 3 skal danne bakgrunn for beskrivelsen av områdene det skal føres tilsyn med etter kapittel 4.

Det er likevel slik at noe av det som er skrevet i kapittel 3 blir gjentatt i kapittel 4.

I arbeidet med å redegjøre for reglene på tilsynsområdene har vi i stor utstrekning basert oss på Helsedirektoratets rundskriv *IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4A - Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Det forutsettes at rundskrivet benyttes i forberedelsene og gjennomføringen av tilsynet.

3.1 Kommunens ansvar for helsetjenesten, herunder internkontroll

Kommunen har ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester på sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 4-1.

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonellet kan oppfylle kravene fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-1 første ledd bokstav c. Kommunen skal ha et internkontrollsystem for sykehjemmet og sørge for at tjenestene som ytes der planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov og forskrifter, jf. lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 første ledd. Denne plikten er nærmere beskrevet i forskrift om internkontroll med helse- og sosiallovgivningen (heretter kalt internkontrollforskriften). Det følger av dette at kommunen skal arbeide systematisk for at helsetjenesten og helsepersonellet kan oppfylle krav i lov og forskrift. Det er kommunens systematiske arbeid for å sikre oppfølging av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A på sykehjem tilsynet er rettet mot.

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at tjenestene på sykehjemmet utføres, styres og forbedres i samsvar med kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Tilsynet er derfor ikke rettet mot det enkelte helsepersonells utføring av sin virksomhet. Det er videre ikke alle krav i pasient- og brukerrettighetsloven som omfattes av tilsynet, da tilsynet er avgrenset til å gjelde vilkår som må være oppfylt før tvungen helsehjelp kan gjennomføres.

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A må ses i sammenheng med bestemmelsene om samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og 4 og krav til dokumentasjon, jf. helsepersonelloven § 39 med tilhørende forskrift.

3.1.1 Ansvarlig for å fatte vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

Helsepersonell på sykehjem er ansvarlig for den helsehjelp som ligger innenfor deres ansvarsområde, jf. helsepersonelloven § 4. Etter denne bestemmelsen skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner. Sykehjemslegen er ansvarlig for helsehjelp som innebærer medisinske

vurderinger, sykepleier er ansvarlig for sykepleiefaglige oppgaver og hjelpepleier ansvarlig for pleieoppgaver som ligger innenfor deres ansvarsområder.

Vedtak om tvungen helsehjelp skal etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A fattes av den som er ”ansvarlig for helsehjelpen”, jf. lovens § 4A-5 første ledd. Dette ansvaret må ses i sammenheng med helsepersonellens ansvar etter helsepersonelloven § 4. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 innebærer at helsepersonellet som fatter vedtak, må være i stand til å vurdere alle konsekvenser av tvangstiltaket og innhente bistand der det er nødvendig. Det vil si at vedtak om tvungen helsehjelp som innbærer medisinsk behandling skal fattes av sykehjemslege. Når det gjelder tiltak hvor hovedformålet er pleie og omsorg, vil ansvaret for å fatte slike vedtak normalt ligge til sykepleier.

Når det gjelder pleie- og omsorgsoppgaver må ledelsen vurdere om det i virksomheten skal utpekes en eller flere som er ansvarlig for å treffe vedtak om tvungen helsehjelp. Det samme kan være aktuelt dersom det er ansatt flere sykehjemsleger.

Helsedirektoratet uttaler i IS-10/2008 i merknadene til § 4A-5 at myndigheten (kompetansen) til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp ikke kan legges til den som bare har en administrativ funksjon i virksomheten. Dette innebærer at helsepersonell som ikke utøver pasientrettet virksomhet, men bare har oppgaver knyttet til drift og administrasjon av sykehjemmet, ikke skal fatte vedtak om tvungen helsehjelp. Dette kan for eksempel gjelde for sykepleier som er tilknyttet til driften av sykehjemmet i henhold til sykehjemsforskriften § 3-2.

3.1.2 Kompetanse- og ressursstyring

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d, skal kommunen tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelige kompetanse sikres. Det følger også av interkontrollforskriften § 4 bokstav c at virksomheten skal sørge for at personellet har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor de oppgavene som skal ivaretas etter helse- og sosiallovgivningen. Pasientrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009, og er et relativt nytt område med særlig behov for opplæring og veiledning.

Den som skal fatte vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne vurdere og avgjøre om det foreligger manglende samtykkekompetanse og at de øvrige vilkårene for tvungen helsehjelp er tilstede. Vedkommende må i tillegg ha tilstrekkelige kunnskaper til å kunne foreta den nødvendige saksbehandlingen.

I sykehjem må alt helsepersonell ha kjennskap til innholdet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og kjenne til hvordan manglende samtykkekompetanse og motstand mot helsehjelp kan komme til uttrykk hos pasientene. Den enkelte må ha kompetanse til å gjøre de nødvendige observasjoner, vurderinger og rapporteringer om pasienten som kan ha betydning for de vurderinger som skal ligge til grunn for et eventuelt vedtak.

Virksomheten må sørge for at helsepersonellet har tilgang til aktuelt regelverk, herunder rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Virksomheten må sikre at helsepersonellet har tilstrekkelig tid til å gjennomføre oppgaver i henhold til kravene i regelverket.

Det må legges til rette for at helsepersonellet kan gjøre de vurderingene som pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A krever før tvangstiltak kan gjennomføres. En slik tilrettelegging innebærer at helsepersonellet både har tid til å bli kjent med pasienten, og tid til å gjøre de nødvendige vurderingene.

3.1.3 Tilgang til opplysninger og kravet til dokumentasjon

Virksomheten må gjennom et pasientjournalsystem legge til rette for at observasjoner og vurderinger kan dokumenteres. Virksomheten må sikre lesetilgang for alle som har behov for det, og at nødvendige og relevante opplysninger dokumenteres. Pasientjournalforskriften stiller i § 8 krav til hvilke opplysninger som skal inn i pasientens journal.

3.1.4 Kartlegging av risiko og ansvar for å redusere risiko

Risikoen for å ta uriktige avgjørelser kan reduseres jo bedre forberedt virksomheten og det enkelte helsepersonell er på ulike situasjoner.

Den/de som er ansvarlig for virksomheten må foreta en systematisk gjennomgang av sine tjenesteområder for å finne fram til aktiviteter eller situasjoner der det er fare for at regelverket om tvungen helsehjelp ikke blir etterlevd. Virksomheten må på grunnlag av dette iverksette tiltak for å redusere risikoen. Dette følger av internkontrollforskriften § 4.

Eksempler på områder som kan føre til svikt på sykehjemmene er manglende opplæring og kompetanse hos de ansatte til å vurdere pasientenes samtykkekompetanse, motstand og manglende kunnskap om vilkårene for når tvungen helsehjelp kan gjennomføres. På sykehjem som har ansatt et stort antall helsepersonell kan det også være en risiko for at det oppstår usikkerhet om hvem som har ansvaret for å ta avgjørelser og om hvem som er vedtaksansvarlig. Mye bruk av vikarer og ufaglærte og stort gjennomtrekk i personellgruppen kan også være risikofaktorer.

3.1.5 Tiltak for å legge til rette for god praksis og korrigere og forebygge svikt

Etter internkontrollforskriften § 4 bokstav g skal virksomheten utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på pasient- og brukerrettighetsloven.

Sykehjemmet må som en del av internkontrollen ha rutiner for å sikre oppfølging av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, jf. internkontrollforskriften § 5. Om og i hvilket omfang rutinene må skriftliggjøres, vil avhenge av flere forhold, blant annet av sammensetningen av og antallet pasienter, hvordan sykehjemmet er organisert og helsepersonellens kompetanse og kapasitet. Behovet for skriftlige prosedyrer vil kunne øke ved ustabil bemanning, hyppig bruk av vikarer og ufaglærte og/eller mange ansatte i småbrøksstillinger. Rutinene må uansett være kjent og benyttes av personellet. Reglemessige møter hvor det er tid for de ansatte til diskusjoner og gjennomgang av situasjoner relatert til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, vil etter en konkret vurdering kunne erstatte behovet for skriftliggjøring.

Sykehjemmet skal også ha et system for avvikshåndtering der manglende etterlevelse av regelverket og uønskede hendelser registreres og følges opp.

3.1.6 Virksomhetens oppfølging av tvungen helsehjelp

Ledelsen av sykehjemmet skal følge med på og ha styring med bruk av tvungen helsehjelp ved sykehjemmet, jf. internkontrollforskriften § 4 bokstav h. Det stilles krav om regelmessig gjennomgang av aktivitetene for å sikre at styringen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Slike gjennomganger kan avdekke mangler det er nødvendig å rapportere oppover og følges opp på et høyere nivå i kommunen. Det kan være forhold knyttet til omfang av tvangsbruk, mangel på ressurser, kapasitet og kompetanse hos helsepersonellet, behov for utbedring av journalsystem mv.

Det forventes også at kommunens ledelse på bakgrunn av egen oppfølging og rapporteringer følger opp driften for å sikre at sykehjemmet etterlever pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om tvungen helsehjelp.

I det følgende vil vi gjøre rede for myndighetskravene som gjelder for de utvalgte tilsynsområdene.

3.2 Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert

Det er nødvendig at kommunen sørger for at motstand blir identifisert og at manglende samtykkekompetanse hos pasienten blir vurdert, for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp og for å hindre uhjemlet tvangsbruk.

Nærmere om pasienter som motsetter seg helsehjelpen

Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Det er imidlertid ikke alltid at pasienter er i stand til å vise motstand. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen er i mange tilfelle et spørsmål om å tolke pasientens reaksjoner.

For å kunne gjenkjenne motstand, må helsepersonellet ha kunnskap og informasjon om pasientens reaksjonsmåter. Dette krever god kjennskap til vedkommende. Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten yter motstand, skal det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen. Helsehjelpen må da vurderes etter reglene i kapittel 4A.

Hvordan motstand skal vurderes er nærmere omtalt i Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 under pkt 3.3.2.1.

Nærmere om samtykke til helsehjelpen

Det er først når en pasient mangler samtykkekompetanse og yter motstand mot helsehjelpen at helsehjelpen må vurderes etter vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg hjelpen faller utenfor pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Disse pasientene skal få helsehjelpen vurdert etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Med samtykkekompetanse menes i denne sammenheng pasientens kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp. Hvem som har slik kompetanse fremgår av § 4-3 første ledd. I utgangspunktet har alle myndige personer og mindreårige over 16 år rett til å samtykke til helsehjelp.

For at et samtykke skal være gyldig, må det være et informert samtykke. Kravene til samtykke må derfor også ses i sammenheng med reguleringene av pasienters rett til informasjon og medvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Tilsynet omfatter derfor også disse myndighetskravene.

Kompetansen til å samtykke til helsehjelp kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd at det er den som ”yter helsehjelpen” som skal avgjøre om pasienten mangler samtykkekompetanse. I Rundskriv IS-10/2004 *Lov om pasientrettigheter* forklares ”den som yter helsehjelp” som ”den som iverksetter helsehjelpen” og ”den som har det faglige ansvaret for behandlingen”. Tvangsvedtaket etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 skal imidlertid fattes av den som er ”ansvarlig for helsehjelpen”, jf. bestemmelsens første ledd.

På spørsmål fra Fylkesmannen i Rogaland om hvem som har ansvar for å vurdere pasientens samtykkekompetanse i forbindelse med vedtak om tvungen helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 4A-5, svarer Helsedirektoratet i brev av 25. mars 2009:

”Som en del av vurderingen av om vilkårene for å fatte vedtak (om tvang, vår utheving) er oppfylt, må den faglig ansvarlige også vurdere og avgjøre om pasienten har samtykkekompetanse (...) Helsedirektoratet har på bakgrunn av dette lagt til grunn at vedkommende som fatter vedtak om samtykkekompetanse i utgangspunktet vil være den samme som fatter vedtak om tvungen helsehjelp”.

Denne forståelsen legges også til grunn i dette tilsynet. Det vises i brevet imidlertid til at det kan tenkes unntak der sykepleier er kvalifisert til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp, men hvor det etter en konkret vurdering er funnet hensiktsmessig at det er lege som treffer avgjørelse om manglende samtykkekompetanse.

I en del tilfeller vil det allerede på et tidligere tidspunkt være vurdert om pasienten mangler samtykkekompetanse, for eksempel i forbindelse med innleggelsen. Avgjørelsen om manglende samtykkekompetanse må omfatte den helsehjelpen det skal fattes vedtak om etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. I tillegg kan det være nødvendig å vurdere samtykkekompetanse på ny grunnet endringer i pasientens situasjon.

Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal begrunnes og være skriftlig, jf. § 4-3 fjerde ledd. Avgjørelsen skal videre legges frem for pasienten og den nærmeste pårørende. Avgjørelsen skal journalføres, jf. helsepersonelloven § 39 jf. pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav c).

Tilsynet skal ikke overprøve vurderinger av samtykkekompetansen hos enkeltpasienter, men skal undersøke om virksomheten sørger for at det foretas individuelle og konkrete vurderinger, og om avgjørelser skriftliggjøres og journalføres.

3.3 Kommunen sikrer at tillitskapende tiltak forsøkes før tvungen helsehjelp gjennomføres

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd krever at det må forsøkes med tillitskapende tiltak før tvungen helsehjelp gjennomføres. Formålet med tillitskapende tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang. Kravet om tillitskapende tiltak kan bare fravikes dersom det er åpenbart formålsløst å prøve.

Helsepersonell skal gjennom tillitskapende tiltak forsøke å oppnå tillit hos pasienten slik han/hun godtar å ta imot helsehjelpen. Helsepersonellet må derfor forsøke å få pasienten til å forstå at det er i hans eller hennes interesse å ta imot helsehjelpen.

I arbeidet med tillitskapende tiltak er det videre viktig at det tas hensyn til individuelle forhold hos pasienten, jf. IS-10/2008 pkt 3.3 s. 25. Det må derfor kunne kreves at helsehjelpen tilrettelegges ut fra pasientens behov for å oppnå tillit og trygghet slik at pasienten aksepterer helsehjelpen.

For at virksomheten skal kunne ta slike individuelle hensyn, må den ha rom for fleksibilitet i tjenesteytingen.

3.4 Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang

Dersom pasienten opptrettholder sin motstand til tross for tillitskapende tiltak, eller tillitskapende tiltak er åpenbart formålsløst, kan helsehjelpen gjennomføres om vilkårene i § 4A-3 annet og tredje ledd er oppfylt.

Siden det er den ansvarlige for helsehjelpen som skal fatte eventuelt vedtak om bruk av tvungen helsehjelp, må det nødvendigvis også være den ansvarlige for helsehjelpen som avgjør om vilkårene er oppfylt. Det kan imidlertid være nødvendig at flere helsepersonell bidrar med observasjoner og vurderinger.

I § 4A-3 annet ledd bokstav a stilles det som vilkår at unnlattelse av helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Det må for dette kravet vurderes hva som blir konsekvensene om helsehjelpen ikke gjennomføres. Det må gjøres en konkret vurdering av om skaden kan bli vesentlig. Dette innebærer at skaden må ha et betydelig omfang og/eller innebære alvorlige konsekvenser.

§ 4A-3 annet ledd bokstav b stiller som krav at helsehjelpen må anses som nødvendig. *Nødvendig helsehjelp* er et rettslig begrep. Dette må ses i sammenheng med «nødvendig helsehjelp» i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.

For det tredje skal det etter § 4A-3 annet ledd bokstav c gjøres en forholdsmessighetsvurdering av om tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen. Her må de negative virkningene av tvangstiltaket veies opp mot de positive virkningene av helsehjelpen. Dette kravet innebærer at det å bruke tvang må ha klart flere positive konsekvenser enn negative.

Dersom det konstateres at vilkårene i § 4A-3 annet ledd er oppfylt, presiseres det i § 4A-3 tredje ledd at det i tillegg skal gjøres en helhetsvurdering. Bakgrunnen for dette kravet er at når en pasient motsetter seg helsehjelp, må terskelen for å yte hjelpen ligge høyt.

I vurderingen må det tas hensyn til både pasientens selvbestemmelsesrett og subjektive opplevelse av situasjonen, og hensynet til pasientens objektive behov for helsehjelp. Det følger av § 4A-3 tredje ledd at graden av motstand skal inngå i vurderingen, og om pasienten i nær fremtid kan forventes å gjenvinne sin samtykkekompetanse.

4 Tilsynsområder med revisjonskriterier

4.1 Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert

Hjemmel: Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, jf. 4-3, § 4-6, § 4A-2 og § 4A-5 fjerde ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften, pasientjournalforskriften § 8.

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens samtykkekompetanse vurderes.

Det er først når en pasient mangler samtykkekompetanse at helsepersonell kan ta avgjørelser på vegne av pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og § 4-6. Dersom en pasient som mangler samtykkekompetanse også viser motstand mot helsehjelpen, må helsehjelpen derimot vurderes etter vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Identifisering av motstand og samtykkekompetanse er derfor avgjørende for å sikre at helsehjelpen blir gitt i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven, herunder sikre at nødvendige vurderinger blir foretatt.

4.1.1 Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp blir identifisert

Det er når pasienten yter motstand mot helsehjelpen at det er aktuelt for helsepersonell å vurdere om helsehjelpen kan gjennomføres med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. På sykehjem vil det kunne være pasienter som har en tilstand hvor skillet mellom psykisk og somatisk sykdom er utydelig. Tilsynet skal undersøke om virksomheten sikrer at denne pasientgruppen undergis en vurdering av om det er pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A eller eventuelt psykisk helsevernloven som skal legges til grunn for pasientens videre oppfølging.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten setter helsepersonell i stand til å identifisere motstand. Det å finne årsaken til motstand slik at motstand kan unngås, er også viktig for virksomhetens arbeid med tillitskapende tiltak. Flere medisinske tilstander med kognitiv svikt vil kunne ligge til grunn for at pasienten ikke vil samarbeide eller ta imot helsehjelp.

Pasientens motstand mot helsehjelpen kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk, men pasienter kan ha redusert evne til å vise motstand. For helsehjelp til pasienter som har redusert evne til å uttrykke motstand, kan det være forhold ved behandlings- eller pleiesituasjonen som tilsier at helsepersonellet må være særlig aktsom på om pasienten faktisk ikke ønsker helsehjelpen. Pasientens ”reaksjon” må i så fall tolkes, og helsepersonellet er da avhengig av nødvendig og relevant informasjon om og god kjennskap til pasienten.

De fleste pasienter vil kunne kommunisere på en eller annen måte. Utviklingshemmede eller multifunksjonshemmede kan ha alternative måter å kommunisere på som bruk av tegn, tegnspråk ved hjelp av berøring, bruk av øyne eller lyder. Det samme kan gjelde for pasienter som har hatt språk, men som på grunn av for eksempel skade eller sykdom har mistet evnen til å snakke, eller snakker usammenhengende eller uforståelig. Dersom helsepersonellet ikke forholder seg til alternative kommunikasjonsformer, kan det medføre at passivitet oppfattes som aksept.

Alternative kommunikasjonsformer må fremgå av innleggelsespapirer. Selv om det ikke kan forventes at helsepersonell har kompetanse i ulike kommunikasjonsformer, må det likevel forventes at de kjenner til hvordan pasienten uttrykker ønsker og motstand. Foruten opplysninger i innleggelsespapirer, kan pårørende, fastlegen og personell fra hjemmetjeneste også være kilder til kunnskap om uttrykksformer. Det kan også være behov for å observere pasienten over tid for å få avklart om motstand foreligger.

Manglende kompetanse på dette området innebærer en risiko for at pasientene ikke får nødvendig helsehjelp eller at de utsettes for uhjemlet tvangsbruk. Tilsynet skal derfor undersøke om virksomheten sikrer at helsepersonellet har kunnskap om betydningen av å identifisere motstand og at virksomheten sikrer at helsepersonellet har kunnskap om hvordan motstand kan identifiseres. Det må også undersøkes om virksomheten sikrer at helsehjelpen vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A der det er usikkerhet om motstand foreligger, jf. rundskriv IS-10/2008.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten sikrer at helsepersonellet har nødvendig og relevant informasjon om pasienten og gis tilstrekkelig med tid til å bli kjent med pasienten slik at motstand kan identifiseres.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten sikrer at motstand dokumenteres, jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstav j. I denne sammenheng må det også undersøkes om opplysninger om motstand rapporteres og følges opp i virksomheten slik at eventuelt behov for å anvende pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A blir vurdert.

Videre skal tilsynet undersøke om virksomheten har rutiner for hvordan motstand kan identifiseres og hvordan motstand mot helsehjelp følges opp. Det må undersøkes om rutinene er kjent for helsepersonellet og om de faktisk benyttes i tjenesteytingen. Det må forventes at rutinene tas opp som tema på møter i personalgruppen og at hvordan rutinene skal brukes inngår i opplæringen av de ansatte. Det må forventes at virksomhetens ledelse følger med på om rutinene fungerer og foretar nødvendige endringer og korrigeringer.

Tilsynet skal videre undersøke om virksomheten har et avvikssystem som er operativt, kjent og forstått av de ansatte, og som følges opp av ledelsen.

Kriterier

For å finne ut om kommunen sikrer at personellet identifiserer motstand mot helsehjelp, skal revisjonslaget gjennom faktainnhenting avklare om:

- virksomheten sikrer at personellet har kunnskaper og ferdigheter til å identifisere motstand mot helsehjelp hos pasienter, herunder
 - personellet vet hvorfor det er viktig å identifisere motstand mot helsehjelp
 - pasienter som er i grenseland mellom somatikk og psykiatri blir vurdert med henblikk på om videre oppfølging av helsehjelp skal følge pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A eller lov om psykisk helsevern
- virksomheten sikrer at personellet har nødvendig og relevant informasjon om pasienten til å vurdere motstand, herunder
 - informasjon om hva pasienten ville ha ønsket, blir innhentet fra pårørende når det er mulig
- virksomheten har rutiner for å identifisere motstand, og disse er kjent og etterleves

- virksomheten sikrer at motstand mot helsehjelp journalføres
- virksomheten sikrer at opplysninger om motstand rapporteres og følges opp i virksomheten slik at eventuelt behov for å anvende pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A blir vurdert
- avvik/feil i arbeidet med å identifisere og følge opp pasientens motstand mot helsehjelp meldes rutinemessig som avvik
- virksomheten skaffer oversikt over områder hvor det er fare for pasienters motstand mot helsehjelp ikke blir identifisert og fulgt opp i samsvar med kravene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven
- virksomheten følger med på om rutinene for identifisering av motstand og avviksrapportering på området etterleves, om de er hensiktsmessige og utbedrer dem om nødvendig

4.1.2 Kommunen sikrer at helsepersonell vurderer pasienters samtykkekompetanse

Hjemmel: Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, jf. § 3-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften og pasientjournalforskriften § 8

Det kan være forhold ved behandlings- eller pleiesituasjonen som tilsier at helsepersonellet må være særlig aktsom på om pasienten kan mangle samtykkekompetanse. Dette gjelder særlig pasienter som har en diagnose som kan gi svekket samtykkekompetanse eller for pasienter som kan være i ferd med utvikle sykdom som kan påvirke samtykkekompetansen. Ved motstand mot helsehjelpen må helsepersonellet være særlig oppmerksomme, da manglende samtykkekompetanse vil innebærer at helsehjelpen må vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd er helsepersonell som yter helsehjelpen forpliktet til å vurdere om pasienten har kompetanse til å samtykke til den aktuelle helsehjelpen. Alle som yter helsehjelp på sykehjemmet må derfor være oppmerksomme på om pasienter kan ha manglende samtykkekompetanse. Når det gjelder hvem som skal fatte avgjørelse om manglende samtykkekompetanse, viser vi til redegjørelsen under punkt 3.2 og Helsedirektoratets fortolkning.

Flere medisinske tilstander fører til kognitiv svikt og vil kunne være årsak til at pasienten ikke er i stand til å samarbeide eller ta imot helsehjelp. I sykehjem vil demens være hyppigste sykdom som fører til kognitiv svikt. Flere hjerneorganiske sykdommer kan føre til demens. De viktigste hjerneorganiske sykdommene som fører til demens er Alzheimers sykdom og arteriosklerotisk sykdom (vaskulær demens). Hjerneskade etter traumer, alkoholskade og hjernesvulst kan også føre til kognitiv svikt, likeledes demenstilstand etter langvarig psykose (schizofreni). Pasienter med enkelte hjerneorganiske skader, som eksempelvis frontallappsskade, vil kunne ha aggressiv adferd og yte aktiv motstand. Det vil da være særdeles viktig å vurdere samtykkekompetanse. Sykehjemslegen må sørge for at disse pasientene er forsvarlig medisinsk utredet. Den medisinske vurderingen på bakgrunn av adekvat diagnostikk må fremgå av journal. Konklusjonene må formidles til pleiepersonalet. Det er sykehjemslegens ansvar å beskrive slike tilstander i journalen.

Selv om hjerneorganisk sykdom fører til at pasienten yter motstand, behøver ikke dette bety at pasienten mangler samtykkekompetanse. I vurderingen av om pasienten er i stand til å forstå nødvendigheten av helsehjelpen og konsekvensene av om helsehjelpen ikke blir gjennomført, er legens kjennskap til den kognitive sviktens årsak, natur og forventet utvikling helt sentralt. Dersom pasienten har samtykkekompetansen i behold kan ikke helsehjelpen gjennomføres med tvang.

Mangelfull kompetanse knyttet til vurdering av pasienters samtykkekompetanse vil medføre stor risiko for at pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A ikke anvendes, eller at den faktisk anvendes, men på pasienter som er samtykkekompetente. Tilsynet må derfor undersøke om virksomheten sikrer at helsepersonellet har kjennskap til reguleringen av samtykkekompetanse og har kompetanse til å fange opp situasjoner hvor pasientens samtykkekompetanse må vurderes. I tillegg må tilsynet undersøke om virksomheten sikrer at den som skal ta avgjørelse om samtykkekompetanse har tilstrekkelig kunnskap til å foreta en individuell og konkret vurdering i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

Tilsynet må også undersøke at vedkommende har kunnskap om de saksbehandlingskrav som stilles til avgjørelsen etter § 4-3 fjerde ledd, og at vedkommende følger kravet til journalføring, pasientjournalforskriften § 8 bokstav c og j.

For at pasienten skal kunne gi samtykke til helsehjelpen, må informasjon om hjelpen tilpasses hennes/hans forutsetninger. Tilsynet skal undersøke om virksomheten legger forholdene best mulig til rette slik at pasienten selv kan ta avgjørelse om helsehjelpen, jf. kravet i § 4-3 tredje ledd og § 3-5.

Det er ikke nødvendigvis den som skal ta endelig avgjørelse om manglende samtykkekompetanse som først oppdager forhold hos pasienten som kan ha betydning for samtykkekompetansen. Tilsynet må derfor undersøke om virksomheten sikrer at slike forhold bringes videre til den som skal ta endelig vurdering og avgjørelse.

For å kunne gjøre en individuell og konkret vurdering av samtykkekompetanse, må den som skal ta avgjørelsen ha tilstrekkelige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Det vil ofte være behov for opplysninger fra og samarbeid med annet personell som har hatt og har kontakt med pasienten. Tilsynet skal undersøke om virksomheten sikrer at opplysninger bringes videre, slik at avgjørelse om samtykkekompetanse kan tas. Dette kan for eksempel være gjennom rapporteringssystemer, møtevirksomhet e.l. I denne sammenheng må det undersøkes om det er tydelig for de ansatte hvem det skal rapporteres til.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten sikrer at pasientens samtykkekompetanse vurderes konkret opp mot den aktuelle helsehjelpen, og ikke gjøres på et generelt grunnlag. Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere er kravet til sannsynlighet for at pasienten rent faktisk er tilstrekkelig informert og samtykker. Tilsynet må følgelig undersøke om virksomheten har rutiner som legger til rette for at helsepersonellet kan vurdere pasientens samtykkekompetanse i tråd med kravene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Tilsynet skal undersøke om avgjørelser om manglende samtykkekompetanse gjennomgås med jevne mellomrom der det er grunn til å anta at manglende samtykkekompetanse kan være forbigående.

Tilsynet skal undersøke om virksomheten jevnlig kontrollerer om rutiner på området benyttes av helsepersonellet, og om de er effektive og hensiktsmessig.

Tilsynet skal videre undersøke om det er utarbeidet rutiner for avviksrapportering på området, herunder om det er rutiner for formidling av avvik oppover i administrasjonen.

Kriterier

For å finne ut om virksomheten sikrer at helsepersonell gjør en individuell og konkret vurdering av om pasienter som motsetter seg helsehjelpen har samtykkekompetanse, herunder fatter skriftlig avgjørelse om manglende samtykkekompetanse, skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

- virksomheten sørger for at helsepersonellet har tilgang til og kjenner innholdet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (*Rett til medvirkning og informasjon*) og 4 (*Samtykke til helsehjelp*)
- det er tydelig og kjent for de ansatte i virksomheten hvem som er utpekt til å ha ansvar for vurdering og avgjørelse av samtykkekompetanse
- virksomheten sørger for at de som skal ta avgjørelser om samtykkekompetanse har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å foreta en individuell og konkret vurdering
- virksomheten vurderer hvilke forhold i virksomheten som kan føre til fare for svikt når det gjelder å foreta vurderinger og avgjørelser om samtykkekompetanse
- virksomheten sørger for at helsepersonellet har nødvendige og relevante opplysninger om pasienten til bruk for vurdering av samtykkekompetanse
- virksomheten sørger for at det er tydelig hvem som skal utføre observasjoner og hvem det skal rapporteres til
- virksomheten sikrer at informasjon om helsehjelpen er tilpasset pasientens forutsetninger
- virksomheten har rutiner for vurdering og avgjørelse av samtykkekompetanse
- virksomheten har rutiner som sikrer skriftliggjøring av avgjørelsene, og at de er kjent og praktiseres
- virksomheten har rutiner for hvordan avvik/feil/uheldige hendelser skal rapporteres og følges opp
- avgjørelse om manglende samtykkekompetanse journalføres
- virksomheten følger med på om rutiner etterleves og om de er hensiktsmessige og effektive
- kommunens ledelse følger opp avvik og annen rapportering fra virksomheten

4.2 Kommunen sikrer at tillitskapende tiltak forsøkes før tvungen helsehjelp gjennomføres

Hjemmel: Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften.

Selv om en pasient motsetter seg helsehjelpen og mangler samtykkekompetanse (det vil si faller innenfor pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4As virkeområde), kan ikke tvungen helsehjelp gjennomføres med mindre vilkårene i § 4A-3 er oppfylt.

Aller først må tillitskapende tiltak forsøkes, jf. § 4A-3 første ledd. Kravet om at tillitskapende tiltak skal forsøkes kan bare fravikes når det er åpenbart formålsløst. Helsedirektoratet peker i merknadene til loven på at det skal mye til før det kommer på tale å fravike kravet, se IS-10/2008 s. 25. I praksis må ethvert sykehjem ha lagt til rette for arbeid med tillitskapende tiltak for å sikre at sykehjemmet driver i samsvar med kravet.

Helsepersonellet skal først prøve å motvirke og nedbygge pasientens motstand med tillitskapende tiltak. Formålet med tillitskapende tiltak er å legge til rette for at pasienten aksepterer helsehjelpen

slik at den kan gjennomføres uten bruk av tvang. Helsepersonellet må prøve å få pasienten til å forstå at det er i hans/hennes interesse å ta imot helsehjelpen. Helsedirektoratet har i rundskriv IS-10/2008 s. 26-27 gitt flere eksempler på tillitskapende tiltak:

- Helhetlig tenkning, herunder å gjøre det forståelig for pasienten hva som skjer
- Kjennskap til pasienten
- Veiledning av helsepersonell som er uerfarne eller ikke kjenner pasienten godt
- Kartlegging av årsaker til motstanden mot helsehjelpen
- Bruke tid
- Gi informasjon
- Tilpasse kommunikasjonsformen
- Samarbeide med pårørende mv.
- Gjør kun litt av pleietiltaket om gangen
- Gradvis tilvenning til helsehjelpen

Andre tillitskapende tiltak kan være å følge urolige pasienter som vil gå ut, og eventuelt gjøre andre aktiviteter for å avlede oppmerksomhet.

Dersom pasienten opplever trygghet i behandlingssituasjonen er sjansene større for å lykkes. Om pasienten oppgir motstanden kan helsehjelpen gjennomføres med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

For at arbeidet med tillitskapende tiltak skal lykkes, kreves det at sykehjemmets ledelse følger opp dette systematisk gjennom internkontrollen i sykehjemmet. Dette krever planlegging, kjennskap til pasientene, tilrettelegging, herunder veiledning av helsepersonell og kartlegging av årsaker til motstanden. Arbeidet med tillitskapende tiltak vil kunne kreve ressursinnsats i form av tid til pasientrettet arbeid, nok personell, tid til opplæring og veiledning av personell, og tid til samtaler og erfaringsutveksling mellom ansatte. Ledelsen ved sykehjemmet må legge til rette for arbeid med tillitskapende tiltak. Tilsynet kan finne opplysninger om virksomhetens arbeid med tillitskapende arbeid i ulike dokumenter, f.eks. opplæringsplaner, møteinnkallelser og møtereferater, generelle prosedyrer og rutiner for pleiearbeid og serviceerklæringer.

Tilsynet skal videre undersøke om virksomheten sikrer at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse i bruk av tillitskapende tiltak, herunder om virksomheten sørger for at helsepersonellet får nødvendig opplæring.

For å oppnå tillit må det tas hensyn til individuelle forhold hos pasienten, herunder tilrettelegge hjelpen ut fra pasientens behov. Tilsynet må derfor undersøke om virksomheten sikrer at helsepersonellet kjenner pasienten og har relevante og nødvendig opplysninger om pasienten, slik at de kan tolke atferden og om mulig kartlegge årsak til motstanden. I kartleggingen kan det særlig være behov for å innhente informasjon fra pårørende, tidligere fastlege eller hjemmetjenesten om slik hjelp ble gitt før oppholdet på sykehjem.

Hver gang det benyttes tvangstiltak for å gjennomføre helsehjelpen skal dette journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav r. (Selve vedtaket om tvungen helsehjelp skal enten legges i journalen eller kobles til journalen. Det skal fremgå av vedtaket hvilke tillitskapende tiltak som har vært prøvd).

Hvorvidt arbeidet med tillitskapende tiltak ellers må dokumenteres i pasientjournal, må vurderes konkret. Blant annet må det vurderes om opplysningene om tillitskapende tiltak er nødvendige og relevante for behandling, pleie og annen oppfølging, jf. pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav f. Eksempler på dokumenter som skal journalføres etter denne bestemmelsen, er pleie- eller tiltaksplaner hvor tillitskapende tiltak er omtalt.

Kriterier

For å finne ut om kommunen sikrer at helsepersonell forsøker tillitskapende tiltak før tvungen helsehjelp gjennomføres skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

- virksomheten sørger for at helsepersonellet har kjennskap til vilkåret om at tillitskapende tiltak som hovedregel må forsøkes før helsehjelp kan gjennomføres med tvang
- virksomheten sikrer at helsepersonellet har kunnskap og ferdigheter om tillitskapende tiltak
- virksomheten sørger for at helsepersonell har relevante og nødvendige opplysninger om pasienten for å kunne iverksette tillitskapende tiltak tilpasset den enkelte
- virksomheten har rutiner for arbeidet med tillitskapende tiltak som er kjent og blir praktisert av de ansatte
- virksomheten sikrer at personellet har tilstrekkelig informasjon om hvordan de skal følge opp pasient som motsetter seg helsehjelpen
- virksomheten sikrer at tillitskapende tiltak journalføres der helsehjelpen gjennomføres med tvang
- virksomheten vurderer hvilke forhold som er kritiske i arbeidet med tillitskapende tiltak
- virksomheten følger med på om prosedyrer/rutiner etterleves og om de er hensiktsmessige og effektive
- virksomheten sørger for at helsepersonellens arbeid med tillitskapende tiltak blir evaluert
- virksomheten har et avvikssystem som fanger opp svikt i rutinene og i arbeidet med tillitskapende tiltak
- kommunens ledelse følger opp avvik og annen rapportering fra virksomheten

4.3 Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang

Hjemmel: Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 annet og tredje ledd, § 4A-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften, pasientjournalforskriften § 8

Dersom tillitskapende tiltak ikke fører frem, eller er åpenbart formålsløst, må de øvrige vilkårene i § 4A-3 annet og tredje ledd være oppfylt før tvungen helsehjelp kan iverksettes. Vilråene er i hovedsak knyttet til helsefaglige vurderinger, og omfatter helsepersonells vurdering av om:

- unnlåelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade
- helsehjelpen anses nødvendig
- tiltakene som er tenkt benyttet står i forhold til behovet for helsehjelpen
- det foretas en helhetsvurdering av om helsehjelpen fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten.

I helhetsvurderingen skal det legges vekt på graden av motstand fra pasienten og om det kan forventes at pasienten kan gjenvinne samtykkekompetansen.

Vurderingen av vilkårene i § 4A-3 må forutsetningsvis gjøres av den ansvarlige for helsehjelpen, siden vedkommende også skal fatte eventuelt vedtak om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5. Tilsynet skal undersøke om virksomheten sørger for at ansvaret for å vurdere om vilkårene er oppfylt, er tydelig forankret og kjent for de ansatte.

Tilsynet må undersøke om virksomheten sikrer at den som er ansvarlig for helsehjelpen er kjent med vilkårene og at vilkårene faktisk vurderes når tvungen helsehjelp kan være aktuelt. Den ansvarlige for helsehjelpen vil kunne ha behov for at det gjøres fortløpende observasjoner og vurderinger av annet helsepersonell, for å kunne konkludere om vilkårene er oppfylt. For eksempel vil sykehjemslegen – for å kunne fatte forsvarlige medisinske beslutninger – ofte ha behov for gode observasjoner og vurderinger fra annet kvalifisert personell. Tilsvarende vil gjelde dersom det er sykepleier eller unntaksvis hjelpepleier som er ansvarlig for helsehjelpen. Opplysninger fra annet kvalifisert helsepersonell vil også kunne være vesentlige i helhetsvurderingen av om behandlingen fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten – herunder i vurderingen av om tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Tilsynet skal undersøke om det er klart hvem som skal foreta observasjoner og hvem det skal rapporteres til, herunder om observasjonene journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstav f.

Tilsynet skal undersøke om kommunen har rutiner for vurdering av vilkårene i § 4A-3 annet ledd, herunder om det er rutiner for innhenting av bistand fra annet kvalifisert helsepersonell. Tilsynet skal undersøke om rutineene er kjent for de ansatte og om de praktiseres.

Tilsynet skal videre undersøke om det er utarbeidet rutiner for avviksrapportering på området, herunder om de benyttes og om avvik rapporteres oppover i ledelseslinjen.

Kriterier

For å finne ut om virksomheten sikrer at ansvarlig for helsehjelpen vurderer vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 annet og tredje ledd, skal tilsynet gjennom faktainnhenting avklare om:

- ansvaret for å foreta de helsefaglige vurderingene er tydelig forankret og kjent for de ansatte
- virksomheten sørger for at ansvarlig for helsehjelpen kjenner og vurderer vilkårene:
 - om unnløstelse av helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade for pasienten
 - om helsehjelpen er nødvendig
 - om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen
 - om det foretas en helhetsvurdering av om tiltaket er den klart beste løsningen for pasienten, herunder at graden av motstand og om det kan forventes at pasienten i nær fremtid kan gjenvinne samtykkekompetansen
- virksomheten har rutiner for vurdering av vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 annet og tredje ledd
- virksomheten følger opp om prosedyrer/rutiner er hensiktsmessige og effektive
- virksomheten sikrer at helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang dokumenteres

- virksomheten vurderer hvilke forhold som er kritiske for å vurdere og konkludere om nevnte vilkår er oppfylt
- virksomheten har rutiner for hvordan avvik/feil/uheldige hendelser ved vurdering og konkludering skal rapporteres og følges opp
- kommunens ledelse følger opp avvik og annen rapportering fra virksomheten
- virksomheten sørger for at tvangstiltak ikke iverksettes før det er fattet vedtak

5 Planlegging, forberedelser og gjennomføring

5.1 Tilsynsmetode

Tilsynet skal gjennomføres etter Statens helsetilsyns prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Dette innebærer at tilsynslaget skal undersøke om kommunens internkontroll sikrer at motstand mot helsehjelp identifiseres og at manglende samtykkekompetanse hos pasienter blir vurdert. Tilsynslaget skal videre undersøke om kommunens internkontroll sikrer at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A etterleves der det er aktuelt å gjennomføre helsehjelpen med tvang. Det vises til Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon (Statens helsetilsyn, Internserien 1/2008).

5.2 Tilsynslagene

Medlemmene i tilsynslaget må ha god og oppdatert revisjonskunnskap og -erfaring. Tilsynslaget skal normalt bestå av tre til fire personer. Temaet for tilsynet tilsier at laget må ha både helsefaglig og juridisk kompetanse. Så vel de helsefaglige vurderingene som saksbehandlingsreglene i kap. 4A skal bidra til at pasientene får nødvendig helsehjelp og at de sikres mot vilkårlighet og overgrep. Det er således nødvendig med god forståelse av regelverket, helsefaglig kunnskap 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 bør være personer med medisinskfaglig kompetanse i tilsynslaget.

Det vil også være behov for innsikt i kommunenes utfordringer når det gjelder helsetjenestens ledelse, organisering og styring av sykehjem, herunder organisering og ansvarsforhold knyttet til legetjenesten i sykehjem. For øvrig vises til punkt 5.2.1 i prosedyre for systemrevisjon.

5.3 Tidsramme/omfang og valg av virksomheter

Tilsynene skal være gjennomført og endelige rapporter oversendt Statens helsetilsyn innen 15. november 2012.

Omfanget på tilsynet tilsier at hvert tilsyn vil ta to dager.

Veiledende volumkrav på samlet tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester er for 2012 satt til 378. Dette antallet er fylkesvis fordelt i embetsoppdraget. Det forventes at 20 % av disse tilsynene gjennomføres i henhold til denne veilederen, men med åpning for tilpasninger etter embetets egen risikovurdering og etter hvor mange tilsyn som ble gjennomført som landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp i 2011.

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

5.4 Adressat for varsel om tilsyn

Kommunene er pliktsubjekt for tilsynet. Revisjonsvarsel skal sendes til ledelsen i kommunen ved rådmannen.

Kommunens ledelse har også ansvar for at eventuelle avvik følges opp og korrigeres på en tilfredsstillende måte.

5.5 Forberedelser og dokumentinnhenting

Tilsynslagene må vurdere hvilke opplysninger og dokumenter som er relevante å innhente i forkant av tilsynet. Det kan blant annet være aktuelt å innhente følgende opplysninger:

- organisering av virksomheten, beskrivelse av ansvarsforhold og fordeling av oppgaver, stillingsbeskrivelser, oversikt over ledere og ansatte
- styrende dokumenter og annen informasjon som kan gi oversikt og informasjon om aktuelle tjenester og tiltak i tilknytning til tvungen helsehjelp
- vakt- og bemanningsplaner ved aktuelle tjenesteenheter
- kommunens (skriftlige) rutiner for pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A
- kommunenes (skriftlige) rutiner for samtykkekompetansevurderinger
- opplysninger om virksomhetens journalsystem og skjema for vedtak og vurdering av samtykkekompetanse
- kommunens opplæringsplaner for pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A
- avviksmeldinger
- opplysninger om kommunens systematiske gjennomgang av drift og resultater innen områdene for tilsynet

5.6 Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner

Tilsynslaget vurderer hvem det er hensiktsmessig å intervju. Det må imidlertid sikres at personer med henholdsvis administrativt, faglig og personal-ansvar intervjues. Det er aktuelt å intervju øverste ansvarlige administrative leder i kommunen og leder for virksomheten. Det er videre viktig å intervju personell som yter helsehjelp – både ansatte med helsefaglig kompetanse som sykehjemslegen, sykepleiere og hjelpepleiere og pleiemedhjelpere. Personell som har ansvar for å fatte vedtak etter § 4A-5 bør intervjues. Det kan også være aktuelt både med ansatte som jobber heltid og deltid.

For å få til en god dialog og svar på det tilsynet ønsker, er det nødvendig å tilpasse språket til den begrepsbruken som benyttes i kommunen. Dersom tilsendt dokumentasjon viser at kommunen for eksempel bruker begrepet kvalitetssystem, kvalitetsstyringssystem eller styringssystem istedenfor internkontroll, bør dette begrep benyttes. Det samme gjelder en del andre begreper som for eksempel avvikssystem. Dersom kommunen kaller det forbedringsrutiner eller noe annet, så bruk deres begrep og finn ut hva de legger i det.

Under enkelte intervjuer kan det komme frem opplysninger 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 avviksregistrering/avviksbehandling, rapporter fra relevante interne og/eller eksterne revisjoner, sjekklister, dokumentasjon av opplæring med mer.

Tilsynslaget skal som et utgangspunkt gjennomgå minst 20 pasientjournaler. Journalene skal være på pasienter som bor på sykehjemmet på tidspunktet for tilsynet. Antall journaler som skal gjennomgås må imidlertid tilpasses størrelsen på sykehjemmet og vurderes konkret. Det kan være aktuelt å gjennomgå flere enn 20 pasientjournaler. I sykehjem med færre enn 20 pasienter skal alle pasientjournalene gjennomgås. Vi anbefaler at minst 10 av pasientjournalene gjelder pasienter med demensdiagnose. Dersom sykehjemmet har egen demensavdeling/skjermet enhet skal alle pasientjournalene på denne avdelingen/enheten også gjennomgås.

Under intervjuene og ved gjennomgang av journaler kan det være nyttig å ha med seg følgende spørsmål med tanke på å avdekke bruk av tvang i virksomheten:

- Er det pasienter som har tvangsvedtak som har løpt ut?
- Hender det at medisinerne knuses, og i så fall hvorfor?
- Har avdelingen pasienter som rister i sengehestene?
- Finnes det pasienter som gir uttrykk for at de vil ut? Blir de hindret i å gå ut?
- Brukes det belte på noen? Fikler pasienten med beltet?
- Får noen beroligende før fotpleie eller ved tannlegebesøk?
- Finnes det pasienter som pleiepersonellet kjemper med under stell?
- Er det noe dere lurere på om bør kalles tvang?

6 Rapporter

6.1 Tilsynsrapport

Dersom tilsynet har avdekket avvik, skal tilsynsrapporten tydelig formidle og underbygge svikten. Det skal fremkomme av rapporten at tilsynet har vurdert hva det er i kommunens internkontroll som ikke har fungert for å sikre dette. Gjeldende mal for tilsynsrapport skal benyttes i tråd med systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.5.3, 5.5.4 og 5.6.

Dersom tilsynslaget finner at avvikene underbygger gjennomgående mangler ved internkontrollen, kan det gjerne gjøres en samlet vurdering av styringssystemet i rapportens kapittel 6. Da er det også naturlig å si noe om styringssystemet i sammendraget.

Oversendingsbrev og tilsynsrapport skal sendes til kommunen v/rådmannen. Kopi av tilsynsrapportene sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no.

Fylkesmannen har ansvar for å følge opp påpekte avvik, jf. Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter (Internserien 8/2011).

6.2 Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet.

7 Referanser

Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Internserien 1/2008. Oslo: Statens helsetilsyn, 2008. (21.2.2012)

Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter. Internserien 8/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. (21.2.2012)

Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veilder IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. (21.2.2012)

Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS-12/2004. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. (21.2.2012)

Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.

Selbæk G. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes. Prevalence, course and association with psychotropic drug use. Doktorgradsavhandling. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2008.

Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse). (21.2.2012)

Brev av 25. mars 2009 fra Helsedirektoratet til Fylkesmannen i Rogaland. Forespørsel om fortolkning av pasientrettighetsloven kapittel 4 A - Ansvar for vurdering av samtykkekompetanse, samt identifisering av overordnet faglig ansvarlig. (21.2.2012)

Lover og forskrifter

Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) (21.2.2012)

Lov av 24. juni nr. 30 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (21.2.2012)

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
(21.2.2012)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
(21.2.2012)

Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
(21.2.2012)

Forskrift 21. desember 2000 nr 1385 om pasientjournal (pasientjournalforskriften)
(21.2.2012)

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (i dette dokumentet omtalt som internkontrollforskriften)
(21.2.2012)