

Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente 2001 - oppsummeringsrapport



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 3/2002

MARS
2002

Rapport fra Helsetilsynet 3/2002
Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til
aldersdemente 2001 – oppsummeringsrapport
Mars 2002

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare
på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammenheng	4
2 Innledning	6
3 Funn og vurderinger	7
3.1 Medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt	7
3.1.1 Om kommunen sikrer at eldre som mottar hjemmesykepleie, og hvor det er mistanke om mental svikt, blir undersøkt av lege	7
3.1.2 Om kommunen sikrer at beboere i sykehjem, der det er mistanke om mental svikt, blir forsvarlig medisinsk utredet	7
3.1.3 Om kommunen sikrer at nødvendig råd og veiledning blir innhentet fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utredning av demenssykdom.....	9
3.2 Saksbehandling ved tildeling av tjenester	9
3.2.1 Om kommunen sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. ..	9
3.2.2 Om kommunen sikrer tilstrekkelig faglig grunnlag for å fatte vedtak	10
3.2.3 Om kommunen angir i vedtaket hvilken hjelp som vil bli gitt (eller gir avslag) og om vedtakene begrunnes.....	10
3.3 Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang	11
3.3.1 Om kommunen sikrer aldersdemente medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av pleie- og omsorgstjenester.....	11
3.3.2 Om kommunen sikrer individuell tilrettelegging av pleie- og omsorgs- tjenester for å forebygge bruk av tvang.....	12
3.3.3 Om kommunen sikrer kontroll med eventuell bruk av tvang	12
4 Oppsummering og forslag til tiltak	13

1 Sammendrag

Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av de eldste eldre som mottar kommunale tjenester. Personer med omfattende tjenestebehov som tidligere fikk plass i sykehjem, mottar nå i større grad hjemmebaserte tjenester. Samtidig øker pleietyngden i sykehjemmene.

Fylkeslegene gjennomførte i 2001 tilsyn i 62 kommuner med felles tema "Helsetjenester til aldersdemente". Målet med tilsynet var å avklare om den enkelte kommune har styringsverktøy til å sikre at tjenestene over tid er forsvarlige og ivaretar brukernes rettsikkerhet, samt undersøke om disse tiltakene er tilstrekkelige i praksis. Denne rapporten bygger på resultatene fra tilsyn i 61 kommuner, da et av tilsynene ikke var ferdigstilt da oppsummeringen ble foretatt.

En avgjørende forutsetning for å kunne yte riktige og forsvarlige tjenester til aldersdemente er at det er foretatt forsvarlig medisinsk utredning, blant annet for å utelukke at brukeren lider av annen somatisk eller psykisk sykdom. 5 av 61 kommuner sikrer ikke at hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten blir fanget opp og henvist til lege ved tegn på mental svikt.

I sykehjemmene gikk tilsynet nærmere inn på kvaliteten i de medisinske utredningene, med særlig fokus på beboere i skjermet enhet. Hele 22 av 61 kommuner sikrer ikke at beboerne blir forsvarlig medisinsk utredet ved mistanke om mental svikt. Dette er etter Helsetilsynet sin vurdering svært bekymringsfullt.

I mange kommuner er det manglende fagkompetanse hos pleiepersonalet for å observere tegn på mental svikt, og manglende strukturert samarbeid mellom de hjemme-

baserte tjenestene og primærlegene. Derimot ser kommunene ut til å ha etablert tilfredsstillende ordninger for å sikre råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, men underlagsmaterialet indikerer at kapasiteten i enkelte deler av spesialisthelsetjenesten er for lav.

Tilsynet har undersøkt om kommunene avklarer hvem som kan samtykke på vegne av den aldersdemente, om det gis tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon og om brukeren og pårørendes synspunkter tas med i saksbehandlingen. I mange kommuner praktiseres hjemmebesøk og kontakt med pårørende som en del av saksbehandlingen. Men 16 av 61 kommuner har ikke tilstrekkelige ordninger for å sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.

Hele 28 av 61 kommuner oppfyller ikke lovbestemte krav til enkeltvedtak ved tildeling eller avslag på plass i sykehjem eller hjemmesykepleie. Disse manglene gjør det svært vanskelig for brukerne (med hjelp av de pårørende) å sikre at deres interesser blir ivaretatt, samt å føle trygghet for at det er mulig å motta tilstrekkelige og stabile tjenester. Manglende forpliktelser vedrørende hvilke tjenester som vil bli ytt, medfører at mange blir henvist til å motta det som til enhver tid er praktisk mulig. Dette tilslører en eventuell underkapasitet i kommunens pleie og omsorgstjeneste. Samlet sett kan det likevel se ut til at saksbehandlingen i kommunene er noe forbedret i forhold til tilsynet med tjenester til eldre fra 1998.

Tvangsbruk mot aldersdemente er et område der faren for ukultur og overgrep er stor, samtidig som området er utilstrekkelig lovregulert. I påvente av et nytt regelverk må kommunene likevel forholde seg på en for-

svarlig måte til de etiske og faglige dilemmaene de står overfor. Tilsynet forsøkte å kartlegge om kommunene ivaretok brukernes medbestemmelse og arbeidet med individuell tilrettelegging av tjenestene slik at bruk av tvang kunne unngås. Det ble påvist avvik i henholdsvis 8 og 6 kommuner under disse temaene. Underlagsmaterialet tyder på relativt høy bevissthet rundt viktigheten av å forebygge tvangsbruk gjennom brukermedvirkning og individuell tilrettelegging, men reiser spørsmål om kommunene er systematiske nok på dette området.

Tilsynet forsøkte også å avklare kommunenes kontroll med bruk av forskjellige former for rettighetsbegrensninger og tvangstiltak. Her ble det påvist avvik i 19 av 56 kommuner. Avvikene dreide seg dels om manglende avklaring av hvem som hadde ansvaret for å ta bestemmelser om tvangstiltak, manglende dokumentasjon av disse og manglende oversikt over tvangstiltakene. I 20 kommuner ble det gitt merknader om behov for forbedring uten at det ble påvist lovstridige forhold.

Områdene for dette tilsynet ble valgt fordi de er kritiske for å sikre at tjenestene til aldersdemente i sin helhet er forsvarlige. Samlet sett gir ikke funnene i de utførte tilsyn grunnlag for en ensidig elendighetsbeskrivelse av helsetjenestene til aldersdemente. Mange kommuner har framvist omfattende tiltak for å sikre tjenester av god kvalitet. Omfanget av avvik som tilsynet har avdekket må likevel vurderes som alvorlig. Tilsynet viser at så vel sentrale myndigheter som kommunene fortsatt står overfor betydelige utfordringer.

Det er behov for en økt satsing på systematisk styring og ledelse for å sikre kvaliteten i tjenester til aldersdemente. Tilsynet har synliggjort behovet for at kommunene gjennom en forskrift får konkrete anvisninger på hvilke krav til intern styring og ledelse dette innebærer.

En avgjørende faktor for å sikre forsvarlige tjenester til aldersdemente er at det involverte personellet har tilstrekkelig kunnskap om aldersdemens og om de særlige faglige, etiske og rettslige utfordringer i tjenesteyting til aldersdemente. Her har tilsynet avdekket behov for betydelig økt satsing på opplæring og etterutdanning.

Det er behov for å vurdere tiltak som kan bidra til å sikre det faglige innholdet i medisinsk utredning av aldersdemens. Det bør også vurderes hvordan dimensjoneringen av

legetjenesten i sykehjem kan bli mer i samsvar med de behov for medisinsk faglige tjenester dagens sykehjem har.

Dette tilsynet har etter Helsetilsynets vurdering understreket ytterligere behovet for at arbeidet med bedre rettslig regulering av rettssikkerheten til aldersdemente prioriteres. Gjennomgangen av dette tilsynet viser at spørsmål om hjemmel for bruk av tvang må sees i sammenheng med krav til kvalitet og styring i tjenesten.

2 Innledning

Fylkeslegene gjennomførte i 2001 tilsyn i til sammen 62 kommuner/bydeler (heretter omtalt som kommuner) med felles tema *Helsetjenester til aldersdemente*. Tilsynet ble utført på oppdrag fra Statens helsetilsyn og etter en felles mal. Antallet tilsyn i hvert fylke varierte fra 2 til 7. Denne rapporten bygger på resultatene fra tilsyn i 61 kommuner, da et av tilsynene ikke var ferdigstilt da oppsummeringen ble foretatt.

Kommunene som er med i dette tilsynet er ikke valgt ut med tanke på å gi et statistisk riktig bilde av situasjonen på nasjonalt nivå. Oppsummeringen av funnene gir likevel viktig informasjon om de utfordringer kommunene står overfor.

Rapportene fra det enkelte tilsyn er offentlig og er lagt ut på www.helsetilsynet.no. Denne oppsummeringsrapporten ligger på samme sted.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Det vil si at tilsynet tar utgangspunkt i den plikt virksomheter som yter helsetjenester har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift (internkontroll). Internkontroll må betraktes som et lovpålagt styringssystem. I fylkeslegenes rapporter oppsummeres funnene i avvik og merknader.

Avvik = Manglende oppfyllelse av myndighetskrav

Merknad = Et forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndigheten mener det er et forbedringspotensiale

Eldreomsorgen i Norge er et politisk høyt prioritert område. Gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001 har i mange kommuner medført store endringer i tjenestetilbudet. Det har vært en økning i antall tilrettelagte boenheter for eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester, i og utenfor institusjon, og til dels omfattende organisasjonsendringer i kommunehelsetjenesten. Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av de eldste eldre som mottar kommunale tjenester.

Demens er en kronisk hjerneorganisk tilstand forårsaket av ulike hjernesykdommer. I de aller fleste tilfeller er demenstilstanden progressiv, det vil si at personen som lider av demens gradvis mister evnen til å huske, tenke logisk, handle praktisk og å ta vare på seg selv. Pleie- og omsorgstjenester til aldersdemente skal, som for alle andre, være basert på frivillighet. Samtidig vet vi at personer med demens kan utsette seg selv eller andre for skade eller på andre måter lide overlast dersom de ikke tar imot de tjenester som blir tilbudt. Dette reiser store faglige og etiske utfordringer.

Tilsynet med helsetjenester til aldersdemente ble på bakgrunn av de særlige problemstillinger som er nevnt ovenfor konsentert om tre hovedtema:

- medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt,
- saksbehandling ved tildeling av tjenester
- rettighetsbegrensninger og bruk av tvang

3 Funn og vurderinger

Dette kapitlet bygger på de vurderinger og konklusjoner fylkeslegene har foretatt under tilsynet. Avvikene er splittet opp etter de hovedtema og spørsmål tilsynet skulle gi svar på. Avvik som i enkelte kommuner har omfattet flere spørsmål (f.eks alle tre underspørsmålene under saksbehandlingstemaet) er blitt splittet opp og tatt inn under hvert tema for å danne et mer nyansert bilde av situasjonen.

3.1 Medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt

3.1.1 Om kommunen sikrer at eldre som mottar hjemmesykepleie, og hvor det er mistanke om mental svikt, blir undersøkt av lege

Både etter forskrift om sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 4 og forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten § 3 er kommunen forpliktet til å medvirke til at den enkelte pasient får nødvendig legetilsyn. Det innebærer at kommunen må sørge for kvalifisert faglig vurdering ved mistanke om at tjenestemottakeren har utviklet mental svikt utover det som forventes ved normal aldring, og melde fra til ansvarlig helsepersonell slik at personen kan tilbys nødvendig helsehjelp.

På dette området var det avvik i 5 av 61 kommuner, 6 merknader ble gitt.

Observasjoner under tilsynet tyder på at en årsak til svikten er mangel på kompetanse/opplæring om aldersdemens hos pleiepersonell. Enkelte fylkesleger har skilt ut opplæring som et eget punkt, 4 kommuner fikk avvik og 4 kommuner fikk merknader for mangelfull opplæring. Dette får betydning for om tegn på mental svikt blir oppdaget. Både for hjemme-

baserte tjenester og i institusjoner, jf. punkt 3.1.2, er det nødvendig at pleierne observerer, vurderer og eventuelt melder fra slik at tjenestemottakeren kan bli undersøkt av lege. Oppfølging fra legens side baseres for en stor del på slike meldinger fra pleiepersonalet. Dette understreker behovet for helsefaglig kompetanse hos personell som ivaretar den daglige omsorgen for personer med tegn på mental svikt.

Dette tilsynet tydeliggjør behovet for bedre strukturert samarbeid mellom hjemme-sykepleien og primærlegene. Det samme gjelder samarbeidet mellom "tilsynslege" i omsorgsboliger og den enkelte beboers fastlege. Flere fylkesleger bemerker i tilsynsrapportene at samarbeidsordningene er uformelle og i stor grad baserer seg på enkeltpersoners kunnskap, vilje og kontinuitet i kommunen. Konsekvensene av svikt i slikt samarbeid kan utgjøre en vesentlig risiko for at den enkelte bruker ikke får forsvarlig helsehjelp og kan tilsi at kommunene bør sikre dette bedre gjennom internkontrollsystemet.

3.1.2 Om kommunen sikrer at beboere i sykehjem, der det er mistanke om mental svikt, blir forsvarlig medisinsk utredet

Sykehjemmet er en kommunal helseinstitusjon og skal etter forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten § 3 ha prosedyrer for å sikre bl a nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling tilpasset den enkeltes tilstand. Den lege som har ansvaret for den medisinske behandling ved sykehjem i henhold til § 3-2 i sykehjemsforskriften overtar ansvaret for medisinsk utredning av pasienten når pasienten bor på sykehjem. Før innflytting i skjermet enhet for demente i sykehjem, skal beboeren være grundig undersøkt og

diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått, jf. § 4-7 i sykehjemsforskriften. Fylkeslegen har på dette området vurdert både om tilgangen på medisinsk utredning er tilstrekkelig og om de medisinske utredninger som er foretatt er faglig forsvarlige.

På dette området ble det påvist avvik i hele 22 av 61 kommuner, det er gitt 12 merknader

Dette er kanskje tilsynets mest alvorlige funn. En helsetjeneste som skal gi et tilpasset tilbud må basere seg på forsvarlig medisinsk utredning av brukere med åpenbare behov for helsehjelp. Temaet omfattet både skjermet enhet og ordinær sykehjemsavdeling. Tilsynet har nok likevel fokusert mest på tilstanden for pasienter i skjermede enheter.

Flere av kommunene som inngår i dette felles tilsynet har satsset på oppbygging av kompetanse om aldersdemens. Det gir grunn til ettertanke når dette tilsynet likevel avdekker mangel på diagnostisk utredning av denne brukergruppen i noen av de samme kommunene. En av forklaringene ligger gjerne i rekrutteringsproblemer når det gjelder omsorgspersonell. Det rapporteres om utstrakt bruk av vikarer og stor utskiftning av personell.

Litt om rammebetingelsene for forsvarlig utredning av mental svikt

Status for fastlegeordningen per 1. februar 2002 viser at 10 kommuner er uten fastlege, inklusiv fire suspenderte kommuner. I alt 149 lister er legeløse, og 92 000 innbyggere er på liste uten lege. Tilsynsetaten har erfart at fastlegereformen har bidratt til økt oppsplitting av legetjenesten i sykehjem, særlig i større byer. Dette kan ha sammenheng med at mange kommuner ikke benytter adgangen til å pålegge fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver i inntil 7,5 timer per uke slik avtalen åpner adgang til. Tilsynet falt i tid sammen med innføringen av fastlegereformen. Mange rutiner for samarbeid mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten og organiseringen av det offentlige legearbeidet var derfor ikke helt på plass. Tilsynet gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å trekke noen entydige konklusjoner, men det er etter Helsetilsynets vurdering behov for å evaluere om fastlegeavtalene i tilstrekkelig grad ivaretar kommunenes behov for medisinsk-faglig bistand for å kunne yte forsvarlige pleie- og omsorgstjenester til aldersdemente.

Helsetilsynets utredning av legetjenester i sykehjem fra 1999 (Statens helsetilsyn

Utredningsserie 6-99, IK-2698) viste at sykehjemslegene i gjennomsnitt arbeider 7,4 timer per uke som sykehjemslege. Halvparten hadde ansvar for skjermet enhet. Ca en tredel (37%) hadde egnet legekortor for undersøkelse. Vel halvparten (59%) hadde gått på kurs om aldersdemens. Vel halvparten hadde ansvar for 40 senger, og det betyr i snitt 1 time per uke for 6 senger. Legeforening anbefaler (Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg.... Oslo 2001):

- 1 uketimer per 3 langtidssenger
- 1,5 uketimer per korttidsplass
- 3 uketimer per plass for rehabilitering/utredning
- 5 uketimer per plass for lindrende behandling.

Når legene i Helsetilsynets kartlegging mener det er behov for 25% flere legetimer i sykehjem, er dette et moderat krav i forhold til de normer som anbefales av legeforeningen.

Konsekvenser av manglende medisinsk utredning

Det første problemet er at uten grundig legeundersøkelse er det vanskelig å påvise mental svikt i tidlig fase ettersom tilstanden er betegnet som en stille epidemi, en tilstand som kan være vanskelig å skjelve fra normal aldring. Moderne legemidler krever at demens påvises i tidlig fase. Det kan være av betydning å skjelve mellom demensformer som skyldes små hjerneinfarkter og demens av Alzheimers type.

Dersom det påvises en sykkelig prosess, kan demensdiagnosen være vanskelig å skjelve fra andre tilstander, ikke minst delir og depresjon, men også legemiddelpåvirkning og andre somatiske tilstander. Mental svikt kan gi seg uttrykk i utagerende atferd som fører til bruk av dempende legemidler. Bruk av slike legemidler kan ha antikolinerge bivirkninger som forsterker den mentale svikten. Dessuten kan depresjon være et tidligsymptom ved demens, og depresjonsbehandlingen kan maskere utviklingen av aldersdemens. Enkelte medisinske tilstander med mental svikt skyldes somatiske tilstander som krever spesifikk behandling, evt. med full helbredelse.

Hvis det er påvist mental svikt, kreves det at man undersøker ikke bare bakenforliggende tilstander, men somatiske sykdommer som ofte er assosiert med mental svikt, f.eks. vitamin B12- mangel, hypothyreose og

sykdom i sirkulasjonsorganene.

Det er ca. 60 000 aldersdemente i Norge. Internasjonal litteratur tyder på at ca. 3% av tilfellene med påvist mental svikt skyldes andre sykdommer enn aldersdemens. Det betyr at manglende diagnostikk i verste fall kan tyde på at ca. 2000 nordmenn blir erklært aldersdemente på sviktende grunnlag. I tillegg har vi ikke tall for hvor mange som er aldersdemente uten at dette er erkjent. Ca. 2/3 av sykehjemspasientene er aldersdemente, og den påviste mangelen av forsvarlig medisinske utredning innebærer ikke bare et medisinsk problem og et problem for våre helsemyndigheter, men også et etisk problem, ettersom feildiagnose av mental svikt berører grunnleggende verdier ved det å være menneske.

3.1.3 Om kommunen sikrer at nødvendig råd og veiledning blir innhentet fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utredning av demenssykdom

Kommunens tilbud om diagnostisering må være slik organisert at aldersdemente får sin diagnose på faglig forsvarlig måte. Det er i utgangspunktet ikke påkrevd med spesialistvurdering, men legen skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Når pasientens behov tilsier det, skal den medisinske utredningen gjøres i samarbeid med annet kvalifisert personell. Forskrivning av moderne demenslegemidler kan være eksempel på behandling der det er behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten dersom primærlegen ikke har tilstrekkelig erfaring med diagnostisering og behandling av Alzheimer demens. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. gir i § 7-4 spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Plikten er absolutt i den forstand at veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten i de tilfeller kommunehelsetjenesten har behov for slik veiledning for å kunne løse sine oppgaver etter loven. Plikten omfatter forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter. På dette området ble tilsynet begrenset til å undersøke om kommunen har et system som sikrer anmodning om nødvendig råd og veiledning i forbindelse med utredning av aldersdemente.

Det ble påvist avvik i 1 kommune, mens 5 kommuner fikk merknader.

Funnene gir Helsetilsynet lite grunnlag for å

vurdere hvordan samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten fungerer på dette området. Det er likevel grunn til å merke seg at fylkeslegene gjennomgående rapporterer den lave terskelen kommunene opplever det er for å innhente råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. De fagansvarlige i kommunene vet hvem de skal kontakte og blir godt mottatt. Enkelte steder pekes det imidlertid på lav kapasitet.

Samarbeid mellom tjenestenivåer er erfaringsmessig et sårbart område, og Helseilsynet stiller spørsmål ved om ikke dette burde sikres bedre enn hva som kan leses ut av Fylkeslegenes tilsynsrapporter. Her som under punkt 3.1.1 bemerkes det at samarbeidsordningene er uformelle og i stor grad basert på enkeltpersoners kjennskap og kontinuitet i kommunen.

3.2 Saksbehandling ved tildeling av tjenester

Tilsynet konsentrerte seg om saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av hjemmesykepleie og plass i sykehjem.

Vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp er utpreget skjønnsmessig. For å hindre vilkårlighet er det satt krav til prosessen fram mot avgjørelsen og til selve vedtaket. Saksbehandlingsreglene er derfor ikke bare formaliteter, men vesentlige bidrag til å sikre riktige avgjørelser. På dette området er det mange myndighetskrav. Tilsynet fokuserte på områder som sier noe om viktige kontrollpunkter i saksbehandlingen for tildeling av tjenester til aldersdemente, samtidig som de samlet sett gir grunnlag for en mer generell vurdering av saksbehandlingen.

3.2.1 Om kommunen sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning er en vesentlig forutsetning for god saksbehandling ved tildeling av tjenester. Aldersdemens svekker personens evne til å forstå og gi uttrykk for egne behov, forstå informasjon som blir gitt og medvirke i utforming av tjenestetilbudet. Under dette området ble det derfor fokusert på retten til medvirkning, behovet for avklaring av samtykkekompetanse og eventuell bistand fra pårørende og retten til tilrettelagt informasjon om helsetilstand og de aktuelle tjenestene. De aktuelle myndighetskravene er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 3 og 4.

Det var avvik i 16 av 61 kommuner, 5 kommuner fikk merknader

Brukermedvirkning er et område som gis særlig vern gjennom pasientrettighetsloven. Tilsynet viser at dette regelverket er lite kjent. I mange av kommunene fantes det sparsom skriftlig dokumentasjon. Når kommuner ikke dokumenterer systematiske tiltak for å sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet, er det vanskelig gjennom eksternt tilsyn å vurdere om den retten brukeren har til medvirkning faktisk blir ivare tatt. Fylkeslegene fant i flere kommuner spinkelt grunnlag for å skille brukermedvirkning fra andre skjønnsmomenter/egne vurderinger. Mangel på systematikk fra kommunenes side innebærer at sikring av brukerens medvirkning i stor grad avhenger av den enkelte tjenesteutøver.

Felles tilsyn med helsetjenesten til eldre i 1998 avdekket svikt i saksbehandlingen ved tildeling av sykehjemsplass og hjemmesykepleie. Det samme gjelder for felles tilsynet i 2001 vedrørende aldersdemente. Mange kommuner har ikke sikret god nok praksis på dette området. Avvikene varierer fra forhold som må betraktes som formalfeil til forhold som avdekker manglende forståelse for betydningen av og retten til brukermedvirkning.

Helsetilsynet vektlegger betydningen av at kommunene sikrer en forsvarlig vurdering av brukernes samtykkekompetanse. Denne vurderingen bør sikres gjennom tverrfaglige vurderinger fra flere faggrupper i kommunen i samarbeid med pårørende og eventuelt hjelpeverge. Eldre mennesker med demenssykdom utgjør sammen med sine pårørende en betydelig gruppe i alle kommuner. Dette understreker behovet for robuste samarbeidsordninger mellom flere parter.

3.2.2 Om kommunen sikrer tilstrekkelig faglig grunnlag for å fatte vedtak

Etter fvl § 17 skal forvaltningsorganet sørge for at saken er så godt opplyst som mulig

Det samme prinsippet kan imidlertid også utledes av kravet om forsvarlig helsehjelp, jf khl

§ 6-3. Det er en forutsetning for å kunne yte forsvarlig helsehjelp at det foreligger tilstrekkelige opplysninger om pasienten når beslutninger skal fattes om hvilken helsehjelp som skal tilbys. Tildeling av helse tjenester, ikke minst pleie- og omsorgs-

tjenester, vil bære preg av fordeling av knapphetsgoder. Det er derfor viktig å presisere at det her dreier seg om oppfyllelse av en rettighet og at skjønnsutøvelsen primært skal bygge på helsefaglige vurderinger.

Det ble påvist avvik i 13 av 61 kommuner, 7 kommuner fikk merknader.

Som nevnt vurderer Helsetilsynet at medisinsk utredning er en forutsetning for å sikre at aldersdemente tilbys forsvarlig helsehjelp. I en rekke kommuner er det ikke systematikk i at uttalelse fra legen blir tatt med i vurderingen ved tildeling av tjenester. Det er en utbredt praksis at hjemmesykepleien kartlegger den enkelte brukers behov ved hjemmebesøk. Mange av kommunene har etablert et team som fatter vedtak, men det er ikke uvanlig at vedtak fattes uten at lege deltar i teammøtet eller at det er innhentet medisinske opplysninger om søkeren. Underlagsmaterialet viser at mange kommuner arbeider godt for å sikre tilstrekkelig faglig grunnlag for sine beslutninger. Også på dette området vil imidlertid Helsetilsynet påpeke at kommunens internkontroll ofte baseres på enkeltpersoner. Det innebærer i praksis at kommunen har et skjørt sikkerhetssystem med tanke på utskiftning av personell.

3.2.3 Om kommunen angir i vedtaket hvilken hjelp som vil bli gitt (eller gir avslag) og om vedtakene begrunnes

Vedtaket om tildeling av hjemmesykepleie eller sykehjemsplass skal som hovedregel være skriftlig og begrunnes, jf fvl §§ 24, 25 og 27. Vedtaket skal være så presist at det skal være mulig for pasienten og dennes pårørende å vurdere hva tilbudet går ut på og dermed vurdere om behovet for tjenester etter deres vurdering er oppfylt eller om det er grunn til å klage.

Tildeling av sykehjemsplass er et totaltilbud. Her vil det likevel være behov for å avklare hvilket formål og behov sykehjemstilbudet tar sikte på å oppfylle, f.eks. spørsmålet om innholdet i et rehabiliteringsopphold eller vurdering av behov for plass i skjermet enhet.

Vedtaket om tildeling av hjemmesykepleie er ofte lite presise. Med god grunn kan det hevdes at det er både ønskelig og nødvendig at det er en viss fleksibilitet i dette, slik at endrede behov hos den enkelte kan imøtekommes. Samtidig kan dette bli en »strikk» som bidrar til å undergrave retten til nødvendig helsehjelp for den enkelte ved at

tjenestene som faktisk ytes er mer tilpasset kommunens kapasitet enn den enkeltes faktiske hjelpebehov. I tillegg til den utrygghet det medfører for brukerne, bidrar dette til at det ikke avdekkes underdimensjonering i tjenesten. Til grunn for tildelingen skal det ligge en vurdering av pasientens tjenestebehov ut fra medisinske opplysninger, funksjonsevne i forhold til dagligdagse gjøremål, og pasienten og pårørende sine ønsker. Vedtaket må derfor angi hvilken helsehjelp som vil bli gitt, hvilke faktiske forhold som ligger til grunn, hvilke juridiske og faglige vurderinger som er foretatt og om retten til å klage.

Det ble påvist avvik i 28 av 61 kommuner, 8 kommuner har fått merknader.

Tilsynet på dette området har avdekket en betydelig andel svikt, selv om det kan se ut til at resultatet er noe bedre enn ved tilsynet med helsetjenester til eldre i 1998. I en tid da brukergrupper med mer omfattende tjenestebehov, bl a aldersdemente, får organisert sine tjenester i åpen omsorg og dermed er fullt ut avhengige av gode vedtak for å få dekket sine behov er dette særlig bekymringsfullt. Mangelfulle vedtak gjør det svært vanskelig for aldersdemente og deres pårørende å ivareta brukerens interesser og føle trygghet for at nødvendig bistand vil bli gitt.

Mange kommuner har ikke klart for seg at tildeling av hjemmesykepleie eller plass i sykehjem er forvaltningsvedtak som skal kunne påklages. En del kommuner tildeler plass på venteliste ved søknad om plass i sykehjem, selv om dette (med mindre det er snakk om helt kortvarig ventetid) må betraktes som et avslag som kan påklages. Enkelte kommuner behandler ikke søknader om plass i sykehjem med mindre det er plass tilgjengelig og fratrar dermed brukerne muligheten til å klage.

3.3 Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang

Utvikling av demenssykdom medfører stadig minkende evne til å ivareta egne interesser, behov og egenomsorg, til å foreta og se konsekvenser av egne valg i forhold til egen livssituasjon og kan for noen medføre utagerende atferd. Kommunen skal gjennom sine tjenester ivareta brukernes behov. Tjenestene skal være basert på frivillighet og kommunene kan i forhold til aldersdemente oppleve en vanskelig avveining mellom å yte forsvarlige tjenester og unngå bruk av tvang.

Først og fremst krever dette systematisk og aktivt arbeid med individuell tilrettelegging og brukermedvirkning ved gjennomføring av tjenestene i det daglige, slik at behov for bruk av tvang kan unngås eller reduseres til et absolutt minimum. Samtidig viser tall fra undersøkelser foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 1 at bruk av tvang er relativt vanlig overfor aldersdemente. For pasienter med alvorlig grad av aldersdemens ble det utøvet tvang overfor 55% av den undersøkte gruppen.

Ved tilsynet i en av kommunene ble dette temaet helt utelatt, mens det siste deltemaet ble utelatt ved tilsynet med ytterligere fire kommuner.

3.3.1 Om kommunen sikrer aldersdemente medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av pleie- og omsorgstjenester

Ytelse av pleie og omsorgstjenester er som hovedregel basert på frivillighet. Det følger av forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten § 3, jf pasientrettighetsloven kap 3 og 4 at kommunen skal sikre den enkelte bruker medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene, evt ved bistand fra pårørende. Nettopp overfor brukere som har redusert evne til å ivareta sin egne interesser er det nødvendig å arbeide systematisk med å tilrettelegge for brukermedvirkning. Man står i motsatt fall i fare for å viske ut skillet mellom tjenester basert på frivillighet og tjenester utøvet ved tvang.

Det er påvist avvik i 8 av 60 kommuner, 10 kommuner har fått merknader.

Det har vært metodisk vanskelig gjennom tilsyn å klarlegge om kommunenes arbeid på dette området er tilstrekkelig. Fylkeslegene rapporterer at brukermedvirkning er et tema som det er god oppmerksomhet omkring og at det diskuteres i virksomhetene hvordan dette skal gjøres. Om dette gir tilstrekkelige resultater er det vanskelig å si noe sikkert om. Det må sees i sammenheng med om tjenesteyterne har et bevisst forhold til skillet mellom frivillighet og tvang, og om kommunene har tilstrekkelig oversikt over bruk av tvang i den daglige tjenesteutøvelsen som en indikator på hvor langt virksomheten når ved frivillig medvirkning.

3.3.2 Om kommunen sikrer individuell tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester for å forebygge bruk av tvang

Hovedprinsippet for all ytelse av pleie- og omsorgstjenester er at de skal være tilpasset den enkeltes individuelle behov, sml kvalitetsforskriften § 3. Lovhjemlene for bruk av tvang, se pkt. 3.3.3, aktualiserer dette kravet på en annen måte. Bruk av tvang i nødsituasjoner forutsetter at virksomheten arbeider for å sikre at slik situasjoner så langt som mulig ikke oppstår. Erfaringsmessig gir systematisk arbeid med individuell tilrettelegging betydelig reduksjon i antall situasjoner der behovet for tvang blir aktualisert. Dette bedrer muligheten til å håndtere situasjonene uten bruk av tvang hvis de oppstår.

Det er påvist avvik på dette området i 6 av 60 kommuner, 3 kommuner har fått merknad.

Som for 3.3.1 er det vanskelig å si med sikkerhet om det arbeidet kommunene utfører på dette området er tilstrekkelig. Svært mange sykehjem praktiserer innkomstsamtaler med pasienten og pårørende i forbindelse med innflytting i sykehjem og har ordninger med primærkontakter el. , der formålet blant annet er å legge til rette for individuelt tilpassede tjenester.

3.3.3 Om kommunen sikrer kontroll med eventuell bruk av tvang

Bruk av tvang og rettighetsbegrensninger krever hjemmel i lov. Adgangen til bruk av tvang og rettighetsbegrensninger bygger etter dagens regelverk på de alminnelige regler i helsepersonelloven § 7 og straffeloven §§ 47 og 48 om handlinger i nødsituasjoner. Disse bestemmelsene tar utgangspunkt i behovet for å håndtere akutte og enkeltstående hendelser. Sykehjemsforskriften § 3-3 gir hjemmel til å benytte "beskyttelsestiltak" for å beskytte beboere mot å skade seg selv eller andre beboere. Forskriften bygger imidlertid ikke på noen egen lovhjemmel og gir derfor ikke rettslig grunnlag for noe mer omfattende bruk av tvang enn de ovenfor nevnte lovhjemler. Det foreligger ikke regelverk om dette som er tilpasset de dilemmaer pleie- og omsorgstjenester til aldersdemente innebærer.

Tilsynet tok ikke sikte på å avdekke ulovlig bruk av tvang i tjenestene, men om kommunene hadde tilstrekkelig styring og oversikt over dette området. Det har vært reist spørsmål om det å gjennomføre tilsyn med bruk av tvang innebærer en legitimering av ulovlig bruk av tvang.

Utgangspunktet for tilsynets tilnærming til dette vanskelige feltet har vært å ettergå forhold som vil være avgjørende i kommunens arbeid med å sikre at ulovlig bruk av tvang så langt som mulig unngås. Samtidig har det i lang tid vært en bred enighet om at det er et sterkt behov for et regelverk som regulerer dette området på en bedre måte.

Tilsynet har fokusert på om grensen mellom frivillighet og tvang er klar for tjenesteyterne og om ansvaret for å vurdere bruk av tvang er lagt til faglig kompetente personer, slik at det kan foretas en vurdering av nødvendigheten av tiltaket og muligheten for andre forebyggende tiltak. Videre har tilsynet undersøkt om bruk av tvang blir dokumentert, slik at virksomheten har oversikt over bruk av tvang.

Her har 19 av 56 kommuner fått avvik, mens 20 kommuner har fått merknader.

Som det framgår mangler mange kommuner ansvarsavklaringer og tilstrekkelig rutiner for dokumentasjon og oversikt over bruk av tvang i virksomheten. Dette er forhold som kommunene etter Helsetilsynets vurdering skulle hatt styring over til tross for manglene i regelverket. Mange kommuner hevder at tvang er lite brukt i deres virksomhet. Det er grunn til å stille spørsmål ved troverdigheten av slike utsagn i de kommuner som ikke har tydelige ansvarsavklaringer og gode rutiner og kultur for dokumentasjon og rapportering når det gjelder tvangsbruk.

4 Oppsummering og forslag til tiltak

De avvik tilsynet har avdekket vil bli fulgt opp av fylkeslegen i hvert fylke overfor de aktuelle kommunene.

Fylkeslegenes observasjoner under tilsynet med helsetjenester til aldersdemente viser at det mange steder utføres godt faglig arbeid for å sikre tjenester av god kvalitet. Samlet sett gir derfor ikke funnene grunnlag for noen ensidig elendighetsbeskrivelse av de virksomheter tilsynet har omfattet. Samtidig har tilsynet avdekket til dels alvorlige mangler innenfor alle de tre hovedområdene tilsynet omfattet.

Det er behov for en økt satsing på systematisk styring og ledelse for å sikre kvaliteten i tjenester til aldersdemente. Styring i forhold til kvalitet må bli en like viktig parameter for god ledelse som økonomistyring for de forskjellige ledelsesnivåene i kommunen. Kommunene er etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 pålagt plikt til internkontroll med helsetjenesten. Tilsynet har synliggjort behovet for at kommunene gjennom en forskrift får konkrete anvisninger på hvilke krav til intern styring og ledelse dette innebærer.

En avgjørende faktor for å sikre forsvarlige tjenester til aldersdemente er at det involverte personellet har tilstrekkelig kunnskap om aldersdemens og om de særlige faglige, etiske og rettslige utfordringer i tjenesteyting til aldersdemente. Her har tilsynet avdekket behov for betydelig økt satsing på opplæring og etterutdanning.

Tilsynet avdekket alvorlige mangler i den medisinske utredningen av aldersdemente i mange kommuner, både at pasienter med tegn til mental svikt ikke blir utredet og betydelig tvil om utredningen var av faglig

forsvarlig standard. Det reduserer muligheten for å gi pasientene faglig forsvarlig behandling, pleie- og omsorg.

Det er behov for å vurdere tiltak som kan bidra til å sikre det faglige innholdet i medisinsk utredning av aldersdemens. Det bør også vurderes hvordan dimensjoneringen av legetjenesten i sykehjem kan bli mer i samsvar med de behov for medisinsk faglige tjenester dagens sykehjem har.

Som ved tilsynet med helsetjenester til eldre i 1998 avdekket tilsynet betydelige svakheter i kommunenes saksbehandling. Helsetilsynet har etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet (nå Sosialdepartementet), utarbeidet et forslag til veileder i saksbehandling for tildeling av pleie- og omsorgstjenester i helse- og sosialtjenesten i kommunene. Veilederen ble oversendt departementet 21. desember 2001 for videre oppfølging.

Mange kommuner har liten oversikt bruk av rettighetsinnskrenkninger og bruk av tvang og mangler dermed styring med hvorvidt de klarer å ivareta grunnleggende rettsikkerhetsverdier for aldersdemente brukere.

Helsetilsynet er kjent med at Sosialdepartementet arbeider med å finne løsninger for hvordan dette området best kan reguleres rettslig. Dette tilsynet har etter Helsetilsynets vurdering understreket ytterligere behovet for at dette arbeidet prioriteres. Gjennomgangen av dette tilsynet viser at spørsmål om hjemmel for bruk av tvang må sees i sammenheng med krav til kvalitet og styring i tjenesten. Anbefalingene på dette området samsvarer i stor grad med de anbefalinger som er gitt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i deres rapport

Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang i norsk eldreomsorg Trinn III (2000)

1 *Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i norsk eldreomsorg: trinn III*
Forf./red.: Engedal, Knut. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.

Rapport til Sosial- og helsedepartementet, oktober 2000.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.