

Veileder for tilsyn med om kommunene gir nødvendig helsehjelp med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet

Målgruppe: Fylkesmennene

Saksbehandler: Hege Kylland

Godkjent av: Jan Fredrik Andresen, 23. juli 2015

Vurderes innen: 31. desember 2017

Denne utgivelsen er publisert på www.helsetilsynet.no. I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett finnes utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Formatet her er generert automatisk fra intranettet, og designet er derfor ikke gjennomarbeidet som en tradisjonell publikasjon. Dokumentet kan også inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Formål og innhold	3
1.2	Sentrale begreper	3
2	Tilsynsområder som beskrives i veilederen	4
2.1	Om helsetjenester i hjemmet	6
2.2	Om særlig sårbare områder	7
2.2.1	Organisering av tjenestene	7
2.2.2	Vurdering av samtykkekompetanse	7
2.2.3	Kommunens ansvar for samarbeid med fastlegen	9
3	Tilsynsområder og revisjonskriterier	10
3.1	Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter blir fanget opp	10
3.1.1	Revisjonskriterium: Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp blir fanget opp	10
3.2	Kommunen sikrer at pasienters samtykkekompetanse blir vurdert	12
3.2.1	Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert	13
3.3	Kommunen sikrer at tillitsskapende tiltak forsøkes før nødvendig helsehjelp gis med tvang	14
3.3.1	Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at tillitsskapende tiltak forsøkes før nødvendig helsehjelp gis med tvang	15
3.4	Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang	16
3.4.1	Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om nødvendig helsehjelp kan gjennomføres med tvang	17
3.5	Kommunen vurderer innleggelse ved tvang for å gi nødvendig helsehjelp	18
3.5.1	Revisjonskriterium: Kommunen vurderer innleggelse med tvang for å gi nødvendig helsehjelp	19
4	Planlegging, forberedelser og gjennomføring	20
4.1	Tilsynsmetode	20
4.2	Tilsynslagene	20
4.3	Valg av kommuner	20
4.4	Adressat for varsel om tilsyn	20
4.5	Forberedelser og dokumentinnhenting	20
4.6	Intervjuer og stikkprøver (verifikasjoner)	21
5	Tilsynsrapport	21

1 Innledning

1.1 Formål og innhold

Denne veilederen er utarbeidet til bruk for fylkesmennenes egne planlagte systemrevisjoner med kommunenes etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, når pasienten bor i eget hjem. Bakgrunnen for veilederen er uttrykte ønsker fra fylkesmennene og erfaringer fra landsomfattende tilsyn 2011–2012 med tvungen helsehjelp på sykehjem ([Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Rapport fra Helsetilsynet 5/2013](#)).

Veilederen er utformet med tanke på at tilsynet skal utføres som en systemrevisjon og er rettet mot kommunens styring og ledelse (internkontroll), men er ikke utarbeidet som ledd i landsomfattende tilsyn. Veilederen kan brukes ved tilsyn med helsetjenester i hjemmet til eldre, personer med utviklingshemning og andre med nedsatt funksjonsevne. Veilederen kan også benyttes når kommunen kjøper tjenestene fra private leverandører.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gir hjemmel til å gi nødvendig helsehjelp med tvang og har til formål å sikre at pasienter som motsetter seg hjelpen uten å forstå konsekvensene av det, får nødvendig helsehjelp. Gjennom strenge vilkår, saksbehandlingsregler, overprøving og kontroll skal bestemmelsene samtidig bidra til å forebygge og begrense bruk av tvungen helsehjelp. Vi viser til [Helsedirektoratets rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven IS-8/2015](#) som redegjør for innholdet og forståelsen av bestemmelsene.

Nødvendig helsehjelp med bruk tvang er et særlig risikoområde fordi konsekvensene av vurderinger, avgjørelser og gjennomføring har stor betydning for den enkelte pasient. Uriktige avgjørelser kan få alvorlige konsekvenser: enten ved at det utøves ulovlig tvang eller ved at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp. Tilsynene i 2011–2012 avdekket utstrakt bruk av tvang i strid med lovverket og viste at bestemmelsene ikke var godt nok kjent og innarbeidet i praksis.

Tilsynet vil kunne bidra til å avdekke svikt og manglende oppfølging av tjenestemottakerne. Det er utfordrende for kommunene å planlegge behovet for sykehjemsplasser og behovet for helsetjenester i hjemmet. Manglende tilgang til og ventelister på sykehjemsplasser for skrøpelige eldre, og følgene det får for hjemmetjenestene, er et område det er viktig at kommunene har særlig oppmerksomhet på.

1.2 Sentrale begreper

Pasient/bruker: Begrepene er nærmere definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, henholdsvis bokstav a og f:

Pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.

Bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.

I hjemmebaserte tjenester kan det være både pasienter og brukere, men fordi tilsynet gjelder helsehjelp brukes pasient som begrep. Personer som per definisjon er brukere og mottar tjenester som ikke er helsehjelp, kan få behov for helsehjelp (jf. kapittel 2.1).

Helsehjelp er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c definert som: *handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål utført av helsepersonell. Helsehjelpen som eventuelt skal gis med tvang må anses som nødvendig.* Hva som er nødvendig, må avgjøres etter en konkret faglig vurdering av det helsemessige behovet til den aktuelle pasienten, eksempel kan være et ubehandlet sår eller det å få livsviktige medisiner.

Pasientens hjem omfatter alle andre boformer enn helseinstitusjon (i kommunene sykehjem og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp) (se forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 2, jf. §1 bokstav d og e). Det innebærer at pasientens hjem omfatter alle former for private hjem som pasienten enten eier eller leier, enten pasienten bor i opprinnelig bolig eller har flyttet til omsorgsbolig eller bofellesskap.

Omsorgsbolig/bofellesskap er ikke en lovregulert boform, og er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. Boligen kan være privateid eller kommunal utleiebolig. Pasienten får tildelt tjenester etter individuell vurdering. Mange kommuner tilbyr også omsorgsbolig til personer med store hjelpebehov, som for eksempel til personer med demens, utviklingshemning og fysiske og psykiske lidelser. I slike tilfeller er det ofte personale til stede hele døgnet. Boformene kan ha likhetstrekk med institusjoner med mange beboere samlet i et bofellesskap, og heldøgnsbaserte tjenester med stasjonær bemanning. Fysisk kan den enkelte boenhet være utformet som et privat rom på et sykehjem.

Helsepersonell: Helsepersonelloven § 3 definerer helsepersonell som:

- *personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49*
- *personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd*
- *elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd*

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 er alle ansatte som yter helse- og omsorgstjenester i private hjem omfattet av reglene i helsepersonelloven og kravene som følger av denne.

Det er gjerne mange helsepersonell involvert i tjenesteytingen til den enkelte pasienten. Vi har prøvd å være så presise i språkbruken at det tydelig framgår hvorvidt vi omtaler helsepersonell generelt (inklusive for eksempel fastlege), eller mer spesifikt helsepersonell i hjemmetjenesten. Tilsynet gjelder kommunen. Når vi skriver «helsepersonellet» viser det i regelen til kommunens helsepersonell, ev. til helsepersonell som utøver hjemmetjenester etter avtale med kommunene. Se også kapittel 2.2.

2 Tilsynsområder som beskrives i veilederen

Pasientene som omfattes av tilsynet er de som

- bor i egen opprinnelig eid eller leid bolig eller omsorgsbolig
- har vedtak om nødvendig helsehjelp etter § 2-1 a i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 bokstav a, helsetjenester i hjemmet

- er over 16 år
- mangler samtykkekompetanse, og
- motsetter seg nødvendig helsehjelp

Veilederen beskriver tilsyn med om kommunen sikrer at de grunnleggende forutsetningene for å kunne ta avgjørelser om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er til stede. Forutsetningen er at pasienten er over 16 år, mangler samtykkekompetanse og viser motstand mot helsehjelpen. Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sikrer at:

- pasientene får den helsehjelpen de har behov for også når de motsetter seg den
- motstand hos pasienter blir fanget opp
- pasientens samtykkekompetanse blir vurdert
- frivillighet søkes gjennom tillitsskapende arbeid, slik at tvang kan unngås om mulig
- helsehjelp med tvang ikke gjennomføres før kravene til helsefaglige vurderinger er oppfylt og tillitsskapende tiltak er forsøkt
- pasienter ikke holdes tilbake i eget hjem
- pasienter innlegges på helseinstitusjon dersom det er nødvendig for å kunne gi nødvendig helsehjelp

Fylkesmannen bør ha særlig oppmerksomhet på hvordan kommunen legger til rette for nødvendig samarbeid mellom helsepersonell i kommunen og med pasientens fastlege.

Videre skal fylkesmannen undersøke hvordan kommunen har valgt å plassere ansvaret for de ulike oppgavene som følger med arbeidet med kapittel 4A, og hvordan kommunen har lagt til rette for at helsepersonellet som skal ivareta oppgavene har nødvendig kompetanse.

Fylkesmannens tilsyn retter seg mot kommunen og kommunens ledelse. Det vil variere, og blant annet avhenge av kommunestørrelse og lederstruktur, hvorvidt det er rådmannen, kommunalsjef, pleie- og omsorgssjef eller en annen som har overordnet ansvar for hjemmetjenesten. Fordi kommunene har frihet når det gjelder å organisere tjenestene må fylkesmannen i det enkelte tilsynet ta utgangspunkt i kommunens egen organisering når det gjelder konkret hvem som har og utøver ledelsesansvaret for helsetjenester som ytes i hjemmet. En annen sentral ledelsesoppgave for dette tilsynet ivaretas av ansvarlig for helsehjelpen til den enkelte pasient.

Avgrensninger

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gjelder bare somatisk helsehjelp, jf. avgrensningen mot undersøkelse og behandling av psykisk lidelse i § 4A-2 annet ledd. Det er derfor en forutsetning at helsehjelp som er til vurdering under de ulike tilsynsområdene gjelder somatisk helsehjelp. I hjemmebaserte tjenester vil det være pasienter som har tilstander hvor skillet mellom somatisk og psykisk sykdom er uklart. Se Rundskriv IS-8/2015 side 62 og 63 for utdypende kommentarer.

Veilederen gjelder kun der kommunen har innvilget og yter helsehjelp i hjemmet.

Tilsynet omfatter ikke nødvendig helsehjelp etter § 4-6 og § 4-6 a i pasient- og brukerrettighetsloven. Veilederen omfatter heller 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. Tilsynet omfatter heller ikke tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Rettsgrunnlaget for tilsynsområdene og revisjonskriteriene fremgår av kapittel 3.

2.1 Om helsetjenester i hjemmet

Pasienter har rett til nødvendige helsetjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a annet ledd. Kommunen har på sin side et ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp, herunder helsetjenester i hjemmet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 nr. 6 bokstav a. Ved gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester kommer også kvalitetsforskriften til anvendelse. Det innebærer at kommunen skal ha beskrevet framgangsmåter for å sikre at pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov med respekt for den enkelte (se [forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester](#)). Kommunen har også en plikt til å medvirke til at de som mottar hjemmesykepleie får nødvendig legetilsyn, jf. § 4 annen setning i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunene.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig. Kravet til forsvarlighet retter seg både mot det enkelte helsepersonell og kommunen, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Kommunen skal videre jobbe systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2 og internkontrollforskriften i helsetjenesten § 4. Forsvarlighetskravet innebærer ikke bare at deltjenesten i seg selv skal være forsvarlig, men at tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig, også om pasientens behov endrer seg. Det innebærer at kommunen skal legge til rette for samarbeid, både mellom kommunens egne deltjenester og med andre tjenesteytere, jf. også plikt til samarbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Dette er vesentlig blant annet for å kunne gi et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte pasient, som er en del av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav a.

Helsehjelpen pasientene mottar i eget hjem er organisert på ulike måter. Tjenestene kan være heldøgnsbaserte med base i bofellesskap/omsorgsbolig og/eller ambulante tjenester uten base i fellesarealer. Videre kan tjenester gis i opprinnelige, private hjem.

Enkelte kommuner «avhjemler» enkelte rom/plasser i sykehjem, og definerer dem som private boliger hvor den enkelte beboer har ansvar for utgifter til egen husholdning, medisiner og husleie til kommunen. Det er også eksempler på kommuner som gjør det motsatte; omgjør omsorgsboliger til en del av sykehjem/helseinstitusjon. Helseinspektoren har i brev 2.12.2012 som svar på henvendelse fra Fylkesmannen i Østfold uttalt seg om omorganisering av omsorgsbolig til del av helseinstitusjon/sykehjem. De konkluderer med at det er tillatt, forutsatt at kravene til helseinstitusjon er oppfylt og at regelverket for helseinstitusjon følges.

Det er ikke satt noen grenser i loven for hvilke helsetjenester eller for omfang av tjenester som kan ytes hjemme hos pasienten. Dette må avgjøres etter en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Alle ansatte må derfor ha kunnskap om, og oppmerksomhet rettet mot, å observere og fange opp tegn på og informasjon om endringer i behov på et tidlig stadium i et forløp med gradvis økt behov for bistand og redusert eller manglende samtykkekompetanse.

Særlig om tjenester til personer med utviklingshemning

Mange personer med utviklingshemning har somatiske sykdommer og helseproblemer som gir behov for helsehjelp og oppfølging. Eksempler kan være diabetes, epilepsi, ernæringsproblemer, sår og utilstrekkelig personlig hygiene. Kapittel 4A gjelder også for utviklingshemmede over 16 år, som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp. I tilfeller hvor helsehjelpen gis i form av pleie og omsorg, gjelder helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Det kan være en vanskelig grenseoppgang om når hjelpen omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og når hjelpen faller innenfor pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, se også Helsedirektoratets rundskriv IS-8/2015, side 64. Kommunen må sikre at det blir gjort nødvendige vurderinger, og at det blir tatt avgjørelser som sikrer at pasienter med psykisk utviklingshemning får nødvendig helsehjelp.

2.2 Om særlig sårbare områder

2.2.1 Organisering av tjenestene

Det er de samme kravene som stilles til oppfyllelse av reglene i kapittel 4 A, uavhengig av hvordan kommunen organiserer helsetjenestene som gis i hjemmet, og selv om tjenestene gis i kort tid og av mange ansatte. Pasienter som mottar tjenester i hjemmet kan ha svært ulike behov for helsehjelp. Det kan være pasienter med tidlig demensutvikling eller personer med psykisk utviklingshemning, rusmiddelavhengighet, psykisk lidelse, ervervet hjerneskade, forvirringstilstander på grunn av skade, infeksjon, dehydrering, forgiftning etc.

Ved gjennomføring av helsehjelp i pasientens hjem vil tjenesten ofte bli utført under kortvarige besøk og av forskjellige helsepersonell, som har ulik kompetanse. Dette gir særlige utfordringer mht. å kunne fange opp endringer i pasientens tilstand som skjer over tid, for eksempel på grunn av demensutvikling. Mange tjenesteytere på korte besøk øker også risikoen for usikkerhet om hvem som har ansvaret for å ta avgjørelser om pasientens samtykkekompetanse og om tvungen helsehjelp. Utstrakt bruk av vikarer og ufaglærte og stor utskiftning i personellgruppen, øker faren for svikt ytterligere.

Typiske eksempler på situasjoner som kan oppstå, er at en pasient begynner å vise motstand mot å ta medisiner, ikke ønsker hjelp til sårstell eller personlig hygiene, eller går ut av hjemmet og ikke finner hjem igjen.

Kommunens ledelse må være tydelig på hvilke oppgaver og ansvar som ligger til de ulike stillingene og til de ulike ansatte, herunder avklare hvem som skal gjøre vurderinger av behov og sørge for saksbehandling knyttet til avgjørelser om tvungen helsehjelp og vurdering av bortfall av samtykkekompetanse. Manglende avklaring av ansvar og oppgaver kan medføre at endringer i pasientens behov ikke blir fanget opp og vurdert, med den følge at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp av forsvarlig innhold og omfang.

2.2.2 Vurdering av samtykkekompetanse

Forutsetningen for at kapittel 4A kommer til anvendelse er at pasienten mangler samtykkekompetanse i forhold til den aktuelle helsehjelpen som skal gis. Et sentralt premiss for å kunne yte tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er at pasientens samtykkekompetanse er vurdert på en forsvarlig måte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. I § 4-3 fremgår nærmere om hvem som har samtykkekompetanse og formelle krav til avgjørelse om manglende samtykkekompetanse.

Manglende kompetanse og/eller opplæring om vurdering av pasientenes samtykkekompetanse er derfor et særlig

risikoområde. Feil avgjørelse vil kunne få store konsekvenser – enten det gjennomføres tvungen helsehjelp til en samtykkekompetent pasient eller det ikke ytes nødvendig helsehjelp til en pasient som mangler samtykkekompetanse.

Kommunen må tilrettelegge for at pasienten skal kunne gi samtykke når det er mulig, jf. også pasientens rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. For å ta avgjørelse om manglende samtykkekompetanse kreves det av § 4-3 at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt, og hva et samtykke innebærer og konsekvenser av å ikke få helsehjelpen.

Det er det helsepersonellet som yter helsehjelp som skal avgjøre om pasienten mangler kompetanse til å samtykke til helsehjelp, jf. § 4-3 tredje ledd. I Helsedirektoratets rundskriv IS-8/2015 side 38 blir dette nærmere definert til det helsepersonellet som er faglig ansvarlig for behandlingen. I [brev av 25. mars 2009](#) uttaler Helsedirektoratet at det i de tilfellene et annet helsepersonell enn lege eller tannlege er kvalifisert til å fatte vedtak om bruk av tvang, vil det være dette helsepersonellet som også vurderer om pasienten har samtykkekompetanse i det konkrete tilfellet, men da gjerne i samråd med lege. Dette omtales på side 79 i rundskrivet. Kommunen må altså avklare hvem som har ansvar for å vurdere og beslutte manglende samtykkekompetanse hos pasienter som mottar helsehjelp i hjemmet. Det kan være fastlege eller annen lege, eller annet helsepersonell i kommunen som er gitt ansvar for den enkelte pasient.

Den som vurderer pasientens samtykkekompetanse må gjøre en helhetlig vurdering av alle relevante forhold. Kunnskap om pasientens kliniske tilstand er nødvendig, men vil ikke alene være tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er samtykkekompetent. Viktige områder å undersøke er pasientens evne til å

- uttrykke valg
- forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- anerkjenne denne informasjonen for egen situasjon, spesielt i forhold til egen sykdom og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativer, og
- resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene

Samtykkekompetansen må vurderes konkret opp mot den helsehjelpen som eventuelt skal gis. Pasienten må gis tilstrekkelig tid og individuelt tilpasset informasjon, gjerne gjentatte ganger og til ulike tider av døgnet.

En avgjørelse om manglende samtykkekompetanse skal, der det er mulig, straks legges frem for pasienten og dennes pårørende. Dersom pasienten ikke har pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert personell. Opplysninger om manglende samtykke skal nedtegnes i journal, jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstavene c og j.

Det er helt sentralt at observasjoner, vurderinger og rapporteringer av betydning for eventuell vurdering av samtykkekompetanse blir formidlet til ansvarlig for den aktuelle helsehjelpen. Om og i hvilket omfang framgangsmåter og handlingsalternativer må skriftliggjøres, jf. internkontrollforskriften i helsetjenesten § 5, vil avhenge av flere forhold. Blant annet vil antallet pasienter, hvordan tjenesten er organisert, ansattes kompetanse og kapasitet og samarbeid med fastleger ha betydning. Behovet for skriftlige framgangsmåter i form av prosedyrer kan øke ved ustabil bemanning, hyppig bruk av vikarer og ufaglærte og/eller mange ansatte i småbrøksstillinger. Aktuelle framgangsmåter må uansett være kjent, forstått og benyttet av ansatte.

Det kan være at kommunens helsepersonell må samrå seg med pasientens fastlege, eller at fastlegen må be helsepersonellet i hjemmetjenesten gjøre ytterligere observasjoner for å kunne ta avgjørelse om manglende samtykkekompetanse.

2.2.3 Kommunens ansvar for samarbeid med fastlegen

Kommunen har ansvar for å organisere fastlegeordningen i kommunen og har inngått lokale avtaler med fastleger om allmennlegetjenester, jf. [fastlegeforskriften](#). Så vel vurdering av pasienters samtykkekompetanse som vurdering av om nødvendig helsehjelp skal gis med tvang forutsetter vanligvis et samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege. For at fastlegen skal kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd og § 16, må kommunen sørge for at samarbeidet er forutsigbart og at samarbeidsrutiner er kjent for alle involverte.

For eksempel har kommunen ansvar for å formidle relevant informasjon for å bidra til at pasientene får nødvendig legetilsyn, jf. [forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 4](#), kvalitetsforskriften § 3 andre ledd og fastlegeforskriften § 8.

Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid følger bl.a. av kvalitetsforskriften § 3 første og andre ledd, forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste § 1 andre ledd, samt §§ 3-1 tredje ledd og 3-4 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. I tilsynet skal det undersøkes om kommunen sikrer at disse pliktene blir ivaretatt.

Helsepersonellet, ofte fastlegen, må identifisere motstand, vurdere samtykkekompetanse, forsøke tillitsskapende tiltak, vurdere hva som vil være nødvendig helsehjelp samt fatte vedtak om tvang ut fra en helhetsvurdering for sine pasienter når det er nødvendig å gi helsehjelp. Ved alvorlige inngrep må han/hun treffe vedtaket i samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Når annet helsepersonell enn fastlegen også behandler pasienten, vil det ikke alltid være fastlegen som skal forestå hvert av de nevnte leddene, men det helsepersonell som har ansvar for helsehjelpen, for eksempel legemiddelhåndtering og sårbehandling.

Dersom fastlegen har besluttet at en pasient mangler samtykkekompetanse, skal kommunens helsepersonell bygge sine videre tiltak på legens vurderinger. Legen kan etter helsepersonelloven § 25 gi opplysninger til samarbeidende helsepersonell (hjemmebaserte tjenester) som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Helsepersonell i kommunen har på sin side plikt til å gi opplysninger til legen når det er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. I praksis vil dette fordre et direkte samarbeid mellom lege og kommunens ansatte når en pasient som motsetter seg helsehjelp i hjemmet vurderes ikke å ha samtykkekompetanse.

Selv om kommunen har avtaler med fastlegene, kan det oppstå situasjoner hvor kommunens helsetjeneste ikke får tilgang til nødvendige medisinske vurderinger fra fastlegen. Kommunen må da søke råd hos andre medisinske kilder. Det kan være at spesialisthelsetjenesten har gjort vurderinger hvis pasienten nylig har hatt vært i kontakt. Videre kan kommunelegen som medisinsk faglig rådgiver for kommunen kontaktes. Kommunelegen skal gi råd til kommunens helsetjeneste om hvordan nødvendige medisinske opplysninger skal kunne fremskaffes. Hvordan kommunen løser slike situasjoner vil være opp til den enkelte kommune.

3 Tilsynsområder og revisjonskriterier

I dette kapittel gjennomgås tilsynsområdene med tilhørende revisjonskriterier. Formålet er å gi tilsynslagene en oversikt over hva som må undersøkes innenfor hvert av tilsynsområdene og kriterier å vurdere/bedømme observasjoner opp mot.

Kriteriene er hjemlet i helselovgivningen og i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, jf. prosedyren for systemrevisjon. Ved vurderingen av om kravene i helselovgivningen er oppfylt, skal internkontrollkravene inngå. Hvert enkelt kriterium representerer ikke nødvendigvis et avvik alene. Revisjonskriteriene må vurderes i sammenheng. De er knyttet til faglige og styringsmessige forhold. Først når undersøkelsene er gjennomført, vil det kunne formuleres eventuelle avvik basert på faktiske forhold som klart viser hva som svikter eller representerer en for stor fare for svikt, og hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer når det gjelder å sikre dette. Kriterier som ikke oppfylles kan kombineres, bare avvikene blir klare, tydelige og godt underbygget.

3.1 Kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp hos pasienter blir fanget opp

Motstand mot helsehjelpen og manglende samtykkekompetanse er de to forutsetningene for at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A kommer til anvendelse. Å oppdage motstand mot helsehjelp (et nærmere bestemt tiltak) hos en pasient er derfor helt avgjørende for å sikre pasientrettigheter.

Motstand mot helsehjelpen kan uttrykkes på flere måter. Noen pasienter kan ha redusert evne til å vise motstand på grunn av manglende språk eller fysiske funksjonshemminger. Helsepersonellet må være oppmerksomme på reaksjoner ved berøring, og på pasientens blikk og lyder. Har pasienten redusert evne til å vise motstand, må det vises særlig aktsomhet på om pasienten faktisk ønsker helsehjelpen. Helsepersonell vil kunne møte alternative kommunikasjonsformer hos pasienter som på grunn av utviklingshemning eller funksjonshemming ikke har språk, men også hos pasienter som har mistet språk på grunn av skade eller sykdom. Helsepersonell må ha opplysninger om og kjenne sine pasienters reaksjonsmåter, slik at de kan identifisere motstand fra pasienten.

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sikrer at helsepersonell har kunnskap om ulike måter pasienter kan uttrykke motstand på. Det må kunne forventes av tjenesten at det å oppdage motstand og hvordan motstand fra pasienter skal følges opp er tema i opplæringen av de ansatte i tjenesten, og at dette inngår i opplæring av ansatte om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I kriteriene under legger vi til grunn at kommunene har gitt alle som deltar i tjenesteytingen kunnskap om motstand mot helsehjelp. Hvilken kunnskap som er nødvendig vil variere med den enkeltes oppgaver når det gjelder å yte helsehjelp i hjemmet. Fylkesmannen skal bedømme tjenestens samlede aktiviteter for å sikre rett kompetanse. Dette vil komme til uttrykk i hvordan den enkelte tjenesteyter beskriver hva hun kan og gjør. Det er nødvendig at de som yter tjenester har tilstrekkelig kunnskap til at de kan rapportere til den ansvarlige for helsehjelpen hvis de møter motstand hos pasienten, eller er usikre på om de møter motstand.

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen legger til rette for at helsepersonellet kan gjøre seg kjent med pasienten gjennom tilgang til nødvendig og relevant informasjon i journal og andre kilder. Det skal undersøkes om det blir innhentet opplysninger fra pasientens pårørende når det er nødvendig for å forstå eller tolke pasientens

reaksjonsmønster og ønsker, og dessuten om det blir innhentet opplysninger fra annet helsepersonell som kjenner pasienten.

Fylkesmannen skal videre undersøke om tjenesten har rutiner for hvordan motstand mot helsehjelp kan oppdages og hvordan motstanden følges opp. Rutinene må være kjent for helsepersonellet som møter pasientene og være omsatt i praksis. Det skal undersøkes om ledelsen følger opp om rutinene etterleves og fungerer, og om det blir foretatt nødvendige endringer og korrigeringer.

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sørger for at motstand blir dokumentert, jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstav j. I denne sammenheng må det også undersøkes om opplysninger om motstand blir fulgt opp i tjenesten, slik at eventuelt behov for å anvende pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A blir vurdert.

Det skal undersøkes om ledelsen følger med på om det er mangler i arbeidet med å fange opp motstand, og hvordan ledelsen følger opp feil eller mangler som er meldt til ledelsen.

3.1.1 Revisjonskriterium: Fylkesmannen skal undersøke om kommunen sikrer at motstand mot helsehjelp blir fanget opp

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, § 3-2 første ledd nr. 6a og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften i helsetjenesten, pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav j.

- ansatte har fått opplæring i at motstand mot helsehjelp kan komme til uttrykk på ulike måter
- ansatte har fått opplæring i hvorfor det er viktig å oppdage motstand mot helsehjelp
- (alle) ansatte har fått nødvendig og relevant informasjon om pasienten slik at de kan vurdere om pasienten motsetter seg helsehjelpen
- ansvarlig for pasientens tjenestetilbud innhenter om mulig informasjon fra pårørende for å finne ut hva som er pasientens ønsker, dersom pasienten motsetter seg helsehjelp
- kommunen har utarbeidet rutiner for å oppdage motstand og hvordan motstand mot helsehjelp skal følges opp og av hvem, herunder om rutinene er kjent, forstått og benyttet
- ansvarlige for hjemmetjenestene har vurdert om det er fare for at motstand mot helsehjelp ikke blir oppdaget, og for hver enkelt pasient
- motstand mot helsehjelp føres i pasientens journal
- kommunen har beskrevet framgangsmåter eller handlingsalternativer for hvordan helsepersonellet skal opptre dersom en pasient ikke åpner døren når avtalt helsehjelp skal gis
- helsepersonellet utveksler informasjon om motstand der det er flere helsepersonell som yter den samme hjelpen, slik at det fortløpende kan gjøres vurderinger av forsvarligheten av ikke å gi hjelp
- det er avklart og kjent hvem som har ansvar for å fatte vedtak om tvungen helsehjelp, og eventuell motstand mot helsehjelp blir rapportert/meldt til denne personen
- feil og mangler i arbeidet med å oppdage motstand og følge opp motstand mot helsehjelp fortløpende meldes til ledelsen
- ledelsen sikrer at feil og mangler ved tjenesten på dette området blir korrigert og forebygget

3.2 Kommunen sikrer at pasienters samtykkekompetanse blir vurdert

Etter § 4-3 kan årsaken til at pasienten helt eller delvis mangler evne til å samtykke til helsehjelpen, være både fysiske og psykiske forstyrrelser, senil demens og psykisk utviklingshemning. Ved motstand mot helsehjelp må helsepersonellet være særlig aktsomme. De må spesielt følge opp pasienter som ikke har forutsetninger for å ta selvstendig valg om helsehjelpen. I motsatt fall kan det kan føre til at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp. Samtidig må kommunen sikre at helsepersonellet ikke påtvinger en samtykkekompetent pasient uønsket helsehjelp.

For at pasienten skal kunne gi samtykke til helsehjelpen, må informasjon om helsehjelpen tilpasses pasientens forutsetninger. Fylkesmannen skal undersøke om kommunen 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.

Kommunen må videre sikre at ansatte som er ansvarlige for helsehjelp vurderer og beslutter om pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. Helsedirektoratets rundskriv IS-8/2015 side 38 og side 79. Det skal i tilsynet undersøkes om kommunen sikrer at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert konkret opp mot den aktuelle helsehjelpen, og ikke på generelt grunnlag. Helsepersonellet må ha kompetanse til å gjenkjenne faktorer som tyder på sviktende samtykkekompetanse hos pasienten. Når flere helsepersonell utfører helsehjelpen, er det viktig å avklare hvem som er ansvarlig for helsehjelpen. Kommunen må da sikre at de som yter helsehjelpen i pasientens hjem har nødvendige opplysninger om pasienten, og at kommunikasjon mellom helsepersonellet som utøver helsehjelpen og fastlegen ivaretas. Kommunen må ha beskrevet hvordan opplysninger mellom samarbeidende helsepersonell skal utveksles.

Ansatte må vite hvem som har ansvar for å avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke. Det er viktig å sikre at all nødvendig og relevant informasjon til bruk i vurdering av og avgjørelse om samtykkekompetanse blir formidlet til den ansvarlige for helsehjelpen, og det må være klart for helsepersonellet hvilke observasjoner de skal nedtegne i journal og hvor i journalen observasjonene skal nedtegnes.

Ved noen sykdommer og tilstander vil ikke helsepersonell i kommunale tjenester ha tilstrekkelig faglig kompetanse til å vurdere pasientens samtykkekompetanse. Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er hovedprinsippet at demensutredning gjennomføres av pasientens fastlege i samarbeid med ansatte fra helse- og omsorgstjenesten, og i spesialisthelsetjenesten ved tvil. Helsepersonell i kommunen må ved behov sørge at pasienten får nødvendig tilsyn av fastlege, hvis ikke dette gjøres av pårørende eller andre. Dersom fastlegen ikke er tilgjengelig, er det kommunens plikt å sørge for at pasienten blir utredet av andre med relevant kompetanse.

Helsepersonell må videre være særlig aktsomme i forhold til pasienter som har en diagnose som kan gi svekket samtykkekompetanse eller som kan være i ferd med utvikle sykdom som kan påvirke samtykkekompetansen. De kriteriene som er nevnt i § 4-3 er i seg selv ikke nok til at samtykkekompetansen bortfaller. Det må også godtgjøres at pasienten på grunn av tilstanden åpenbart ikke er i stand til å forstå konsekvensene av å nekte helsehjelp. Pasientens forutsetninger for å kunne gi et samtykke skal alltid optimaliseres. Det kan være behov for flere samtaler med pasienten for å avklare om pasienten mangler samtykkekompetanse mht. den konkrete helsehjelpen. Nærmeste pårørende vil kunne gi viktig informasjon om endringer hos pasienten.

Fylkesmannen skal undersøke om kommunen legger til rette slik at ansatte har den kunnskap om gjeldende saksbehandlingsregler for vurdering av samtykkekompetanse som er relevant i utførelsen av den enkelte

arbeidsoppgaver. Det skal undersøkes om kommunen har vurdert hvilken kompetanse det er nødvendig at helsepersonell har når det gjelder å fange opp situasjoner hvor samtykkekompetanse må vurderes og hvordan det skal gjøres en konkret og individuell vurdering i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd. Kompetansebehovene vil variere avhengig av den enkeltes funksjoner når det gjelder å yte helsehjelp i hjemmet.

Videre skal det undersøkes om tjenesten følger kravet til journalføring etter pasientjournalforskriften § 8 bokstav c og j.

Fylkesmannen skal undersøke om avgjørelser om manglende samtykkekompetanse gjennomgås med jevne mellomrom i de tilfellene det er grunn til å anta at manglende samtykkekompetanse kan være forbigående. Helsepersonellet må kontinuerlig observere og informere om endringer hos pasienten og nedtegne eventuelle observasjoner i journal.

Fylkesmannen skal også undersøke om ledelsen følger med på om rutiner fungerer som forutsatt, om det er mangler i arbeidet med å vurdere og avgjøre manglende samtykkekompetanse, og hvordan kommunen følger opp eventuelle feil eller mangler.

3.2.1 Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert

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

- ansatte har tilgang til og har fått relevant opplæring i innholdet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (Rett til medvirkning og informasjon) og 4 (Samtykke til helsehjelp)
- ansatte har fått opplæring, slik at de er i stand til å gjenkjenne faktorer som tyder på sviktende samtykkekompetanse hos pasienten
- ansatte vet hvor i journal de skal rapportere tegn på sviktende samtykkekompetanse, og hvem de skal rapportere endringer til
- det er tydelig og kjent hvem som har ansvar for vurdering og avgjørelse av pasientenes samtykkekompetanse
- det er sørget for at de som skal ta avgjørelser om samtykkekompetanse har fått kunnskaper og ferdigheter til å foreta en individuell og konkret vurdering
- ansatte nedtegner vurdering og avgjørelse om manglende samtykkekompetanse på rett sted i journalen
- ansvarlig for helsehjelpen innhenter nødvendige og relevante opplysninger om pasienten for vurdering av samtykkekompetanse
- ansvarlig for helsehjelpen innhenter informasjon fra pårørende om pasienten, der dette er mulig
- det er rutiner for vurdering og avgjørelse av samtykkekompetanse, herunder dokumentasjon av samtykkekompetansevurderingene, og at disse er kjent, forstått og benyttet
- det er rutiner for å involvere og samarbeide med fastlegene om å vurdere pasientenes samtykkekompetanse, herunder at nødvendig og relevant informasjon for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienten utveksles
- avgjørelse om manglende samtykkekompetanse journalføres og legges frem for pasienten og nærmeste pårørende

- ledelsen følger opp at rutinene etterleves, er hensiktsmessige og om nødvendig korrigeres
- det vurderes hvor i tjenesten det er fare for svikt og for at svikt kan oppstå når det gjelder å vurdere og avgjøre om pasienters samtykkekompetanse
- feil og mangler i arbeidet med å oppdage og følge opp manglende samtykkekompetanse fortløpende meldes til ledelsen
- ledelsen følger med på de ansattes kompetanse, etterlevelse av rutiner og eventuelle feil og mangler, ledelsen sikrer at mangler ved tjenesten på området blir korrigert og forebygget

3.3 Kommunen sikrer at tillitsskapende tiltak forsøkes før nødvendig helsehjelp gis med tvang

Selv om en pasient motsetter seg helsehjelp og mangler samtykkekompetanse, kan ikke nødvendig helsehjelp gis med tvang med mindre vilkårene i § 4A-3 er oppfylt. Helsepersonellet skal først forsøke å overvinne motstanden fra pasienten gjennom tillitsskapende tiltak, så helsehjelpen kan gjennomføres uten bruk av tvang. Om pasienten oppgir motstanden, kan helsehjelpen gjennomføres med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

For å oppnå tillit må det tas hensyn til individuelle forhold hos pasienten. Dersom pasienten opplever trygghet i behandlingssituasjonen er sjansene større for at pasienten tar imot helsehjelpen. Dette krever at ledelsen legger til rette for at helsepersonellet har tid til å gjøre seg kjent med pasienten, at de har relevante og nødvendig opplysninger om pasienten, tid til å kartlegge årsaker til motstand og tid til å være fleksible i oppgaveutførelsen.

Tillitsskapende tiltak kan både være tiltak i konkrete situasjoner med motstand, og tiltak som på lengre sikt kan øke pasientens tillit, og slik bidra til å forebygge motstand. For å oppnå tillit kan ulike tiltak benyttes:

- kartlegge årsaker til motstanden mot helsehjelpen
- bruke tid på utførelsen av helsehjelpen
- gi informasjon
- tilpasse kommunikasjonsformen
- samarbeide med pårørende mv.
- tilvenne gradvis til helsehjelpen
- kjennskap til pasienten
- veilede helsepersonell som er uerfarne eller ikke kjenner pasienten godt

Se også IS-8/2015 side 65.

Med unntak av omsorgsboliger med fast bemanning, er helsepersonellet kun til stede i pasientens hjem i den tiden det tar å utføre helsehjelpen. Kommunen må legge til rette for at tillitsskapende tiltak prøves ut uavhengig av hvordan helsetjenestene er organisert. Dette kan bety at helsepersonellet må forsøke å gi helsehjelpen på et annet tidspunkt enn opprinnelig avtalt. Det kan også være at helsepersonellet må bruke ekstra tid sammen med pasienten for å skape trygghet og gi informasjon som kan bidra til å overvinne motstand. Ett tillitsskapende tiltak kan være å sørge for at helsehjelpen ytes av personell som pasienten kjenner godt, og etablere små og stabile personalgrupper rundt disse pasientene.

I kartleggingen kan det særlig være behov for å innhente informasjon og erfaringer fra pårørende, fastlege eller andre

om tiltak som pasienten kan akseptere slik at helsehjelpen kan gjennomføres uten bruk av tvang. Fylkesmannen skal undersøke om ledelsen har oversikt over de ansattes kompetanse og sikrer at ansatte får opplæring og veiledning i tillitsskapende arbeid. Det skal også undersøkes om kommunen gjennom rutiner, møter og samarbeidsfora legger til rette for at helsepersonell har felles praksis rundt tillitsskapende tiltak til pasientene generelt, og til den enkelte pasient spesielt.

Fylkesmannen kan finne opplysninger om tjenestens arbeid med tillitsskapende arbeid i ulike dokumenter, f.eks. i pasientens journal, dags- og ukeplaner, pleie- og tiltaksplaner, opplæringsplaner, møteinnkallelser og møtereferater, generelle prosedyrer og rutiner for tjenestene og serviceerklæringer.

Hovedregelen er at alt som er relevant og nødvendig skal journalføres. Opplysninger om tillitsskapende tiltak som er nødvendige og relevante for behandling, pleie og annen oppfølging, skal også journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav f. Eksempler på dokumenter som skal journalføres etter denne bestemmelsen, er pleie- eller tiltaksplaner hvor tillitsskapende tiltak skal være omtalt. Hver gang det benyttes tvang for å gi nødvendig helsehjelp skal dette journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav r. Det skal fremgå av vedtaket hvilke tillitsskapende tiltak som har vært prøvd.

Fylkesmannen skal undersøke om ledelsen følger med på om det er mangler i arbeidet med tillitsskapende tiltak og hvordan ledelsen følger opp feil eller mangler som er meldt til ledelsen.

3.3.1 Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at tillitsskapende tiltak forsøkes før nødvendig helsehjelp gis med tvang

Hjemmel: Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, § 3-2 første ledd nr. 6a og § 4-1 første ledd bokstav c, jf. internkontrollforskriften i helsetjenesten.

- helsepersonellet får opplæring om vilkåret om at tillitsskapende tiltak må benyttes før nødvendig helsehjelp kan gjennomføres
- ansvarlig helsepersonell innhenter informasjon fra nærmeste pårørende om pasienten og hvilke tiltak som eventuelt kan virke tillitsskapende
- helsepersonellet får opplæring i og har kunnskap og ferdigheter om utøvelse av tillitsskapende tiltak
- helsepersonell får relevante og nødvendige opplysninger om pasienten til å kunne iverksette tillitsskapende tiltak tilpasset den enkelte
- kommunen har utarbeidet rutiner for arbeidet med tillitsskapende tiltak og om de er kjent, forstått og praktisert av ansatte
- helsepersonellet journalfører tillitsskapende tiltak når motstand fra pasienten overvinnes
- ledelsen vurderer hva i tjenesten som kan svikte i arbeidet med tillitsskapende tiltak
- ledelsen følger med på om rutiner etterleves og om de er hensiktsmessige og effektive
- feil og mangler i arbeidet med tillitsskapende tiltak meldes rutinemessig til ledelsen
- ledelsen følger med på de ansattes kompetanse, etterlevelse av rutiner, om feil og mangler på området meldes ved å ha klare rapporteringslinjer og etterspør selv informasjon
- ledelsen sikrer at feil og mangler ved tjenesten på området blir korrigert og forebygget

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

Dersom tillitsskapende tiltak ikke fører frem, eller er åpenbart formålsløse, må de øvrige vilkårene i § 4A-3 annet og tredje ledd oppfylles før helsehjelp kan gis med tvang. Vilkaene er i hovedsak knyttet til helsefaglige vurderinger, og omfatter helsepersonells vurdering av om:

- unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade
- helsehjelpen anses nødvendig
- tiltakene som er tenkt benyttet står i forhold til behovet for helsehjelpen
- helsehjelpen framtrer som den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering

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

Vurderingen av om vilkårene i § 4A-3 er oppfylt må gjøres av den som er ansvarlig for helsehjelpen, siden vedkommende også skal fatte eventuelt vedtak om tvungen helsehjelp etter § 4A-5. Fylkesmannen skal undersøke om kommunen har sikret at ansvaret for å vurdere om vilkårene er oppfylt, er tydelig forankret og kjent for de ansatte.

Fylkesmannen må også undersøke om den som er ansvarlig for helsehjelpen er kjent med vilkårene og at vilkårene faktisk vurderes når det kan være aktuelt å gi nødvendig helsehjelp med tvang. 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. Opplysninger fra lege, tannlege og 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.

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

Fylkesmannen 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. Det skal undersøkes om rutinene er kjent og forstått av de ansatte, og om de praktiseres.

Når fastlegen er den ansvarlige for helsehjelpen, vil han/hun ofte være avhengig av observasjoner fra helsepersonell i hjemmetjenesten som kjenner pasienten for å kunne vurdere hvilken helsehjelp som skal gis, jf. kravet om helhetsvurdering av om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og om helsehjelpen er den klart beste løsningen for pasienten.

Vurdering av hva som er nødvendig helsehjelp og vesentlig helseskade om hjelpen ikke gis, bør skje i samarbeid mellom fastlege og tjenesten som skal utføre helsehjelpen. Kommunen må legge til rette for samarbeid med fastlege når helsehjelpen omfatter tiltak som skal sikre nødvendig medisinsk behandling. Eksempler vil være legemiddelhåndtering når lege har fattet vedtak om medisinerings med tvang (diabetes, kreft, hjerte-/lunge-/nyresvikt etc.), omfattende sårbehandling, livsnødvendige injeksjoner, kateterisering etc.

Vedtak om nødvendig helsehjelp som gis med tvang og som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten skal treffes i samråd med annet kvalifisert personell, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5. Alvorlige inngrep defineres som behandling med reseptbelagte legemidler, inngrep i kroppen, bevegelsehindrende tiltak og innleggelse i helseinstitusjon.

Muligheten til å bruke bevegelsehindrende tiltak (eksempler er bruk av stol- eller sengebelte og bord foran stoler, bilbelte og sengehest) som ledd i helsehjelp er ikke avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel i institusjon. Det innebærer at slike tiltak kan brukes i private hjem. I Helsedirektoratets rundskriv (IS-8/2015 side 76) står det at det ikke vil ansees faglig forsvarlig å bruke bevegelsehindrende tiltak når det ikke er helsepersonell i umiddelbar nærhet som kan gi nødvendig tilsyn. Et eksempel er en pasient som nettopp har brukket benet, og som på grunn av demens ikke er i stand til å ta vare på seg selv og forstå konsekvensen av det å reise seg. Kapittel 4A gir ikke adgang til å bruke bevegelsehindrende tiltak for å redusere mobiliteten om en pasient er aggressiv eller på annen måte kan oppleves som plagsom.

Paragraf 4A-4 annet ledd åpner for at en pasient kan holdes tilbake i helseinstitusjon. Pasienter kan ikke holdes tilbake i eget hjem. Pasienter i hjemmebaserte tjenester kan ha en utvikling over tid som fører til gradvis reduksjon i samtykkekompetanse. En pasient som tidligere ikke har hatt problemer med å gå ut og finne tilbake igjen, kan bli mer desorientert, gå ut og ikke skjønne faren i trafikksituasjoner, eller ikke finne veien tilbake. Sentralt i vurdering av om en pasient blir hindret i å forlate eget hjem er om det for eksempel brukes låst dør med nøkkel som pasienten ikke har tilgang til, er installert skjulte eller kompliserte kodelåser, elektronisk utstyr som automatisk låser dører for enkelte pasienter, eller om det er ansatte som fysisk forhindrer personer i å gå ut. Fylkesmannen må undersøke om kommunen sikrer at de ansatte har kunnskap om at pasienter ikke kan tilbakeholdes i eget hjem.

Tilsynet skal undersøke om ledelsen følger med på om det er mangler i arbeidet med helsefaglige vurderinger av om nødvendig helsehjelp kan gjennomføres med tvang, og hvordan ledelsen følger opp feil eller mangler som er meldt til ledelsen.

3.4.1 Revisjonskriterium: Kommunen sikrer at det gjøres helsefaglige vurderinger av om nødvendig helsehjelp kan gjennomføres med tvang

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

- det er tydelig forankret og kjent for de ansatte hvem som har ansvaret for å foreta helsefaglige vurderinger
- ansvarlig for helsehjelpen får om nødvendig opplæring i å vurdere vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 annet ledd og tredje ledd
- rutiner for vurdering av vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 annet og tredje ledd er utarbeidet og kjent
- helsefaglige vurderinger av om den aktuelle helsehjelpen kan gjennomføres med tvang dokumenteres
- kommunen holder ikke pasienter tilbake i eget hjem
- ledelsen følger opp at prosedyrer/rutiner er hensiktsmessige og effektive
- kommunen har rutiner for bistand og samarbeid med fastlege for å vurdere om helsehjelpen er nødvendig og om

fravær av hjelpen vil innebære fare for vesentlig helseskade

- det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende og vedkommende involveres i vurderinger
- tvang iverksettes ikke før det er fattet vedtak
- feil og mangler ved helsefaglige vurderinger meldes rutinemessig til ledelsen
- ledelsen følger med på de ansattes kompetanse, etterlevelse av rutiner og om avvik på området meldes, ved å ha klare rapporteringslinjer og selv etterspørre informasjon
- ledelsen sikrer at feil og mangler ved tjenesten korrigeres og utbedres

3.5 Kommunen vurderer innleggelse ved tvang for å gi nødvendig helsehjelp

I noen situasjoner er innleggelse i helseinstitusjon nødvendig for å sikre nødvendig helsehjelp og unngå alvorlig helseskade, for eksempel for å kunne foreta en undersøkelse, utredning og/eller gi nødvendig behandling.

Utgangspunktet for å vurdere en innleggelse kan være en henvendelse fra nærmeste pårørende eller informasjon fra ansatte. En pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg innleggelse, kan bare legges inn i helseinstitusjon når vilkårene er oppfylt, jf. § 4A-5, jf. § 4A-3.

Psykisk lidelse, demensutvikling og/eller psykisk utviklingshemning kan ligge til grunn for at pasienten nekter en innleggelse. En del pasienter kan over tid gradvis få redusert samtykkekompetanse, for eksempel som ledd i sykdomsutvikling. I slike situasjoner er det særlig viktig at ledelsen sikrer at ansatte er i stand til å fange opp endringer i behov over tid.

Fylkesmannen må undersøke om kommunen sikrer at ansvar for vurdering av innleggelse med tvang i helseinstitusjon er klart og kjent for ansatte, og om det er beskrevet praksis som sikrer informasjon og rapportering om endringer i behov. Det må også undersøkes om kommunen identifiserer kritiske forhold som kan føre til alvorlig helsevekkelse, og om kommunen har rutiner for at ansatte fanger opp pasienter som for eksempel ikke ønsker hjelp og/eller ikke åpner døren ved avtalt besøk.

Før en avgjørelse om innleggelse med tvang tas, må det være vurdert om det er mulig og forsvarlig å gi nødvendig helsehjelp i hjemmet, og om frivillig innleggelse er mulig. Slike vurderinger må gjøres i samarbeid med lege, primært pasientens fastlege. Pårørende som kjenner pasienten vil være viktige bidragsytere til informasjon om pasienten, herunder om det er mulig å få pasienten med på frivillig innleggelse. Kommunen må sørge for at ansvarlig helsepersonell gir fastlegen nødvendig informasjon om situasjonen i hjemmet, om tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlig behandling, og særlig om helsepersonellet finner det uforsvarlig å fortsette med helsetjenester i hjemmet. Dersom fastlegen eller annen behandlende lege ikke følger opp pasienten og henvendelser fra kommunens ansatte, må kommunen sikre at hjemmebasert tjeneste får råd om videre tiltak fra kommunens medisinske faglige rådgiver (kommunelegen). Fylkesmannen må undersøke hvordan kommunen legger til rette for å involvere og samarbeide med fastleger.

Den som fatter vedtak om innleggelse må innhente nødvendig dokumentasjon for å bli i stand til å gjøre forsvarlige vurderinger. Kommunen må sørge for dokumentasjon fra hjemmebaserte tjenester, blant annet av pasientens omsorgssituasjon og hva som har vært forsøkt av tillitsskapende tiltak for å unngå innleggelse med tvang. Ved et så inngrepende tiltak som innleggelse med tvang, skal det som hovedregel (alltid når det gjelder innleggelse i sykehus)

innhentes vurdering fra fastlege eller annen lege; av pasientens samtykkekompetanse, av behov for innleggelse for å kunne gi behandling, av helsemessige konsekvenser av å unnlate innleggelse, og dessuten en helhetsvurdering som fører til vedtak om tvang. Fylkesmannen må undersøke om det er utarbeidet rutiner for samarbeid med fastlege når det er aktuelt å vurdere tvungen innleggelse for å sikre nødvendig helsehjelp.

Med få unntak (livstruende tilstander, uttalt grad av hast o. l.) vil det være lege, gjerne fastlege eller legevaktslege, som avgjør om en person skal innlegges i sykehus. Ofte kan en oppnå samtykke til innleggelse ved tillitsskapende tiltak. Innleggelse i sykehus uten personens samtykke anses å være et inngripende tiltak og skal treffes i samråd med annet kvalifisert personell. Det vil da være aktuelt å samrå seg med personell i hjemmesykepleien. Den legen som legger inn i sykehus kan også samrå seg med kollegaer og/eller leger i sykehus med hensyn til videre utredning og behandling ut fra de opplysninger som foreligger om pasienten. Fylkesmannen må undersøke om det er beskrevet praksis som sikrer at helsepersonell tar kontakt med fastlege eller legevakt dersom det anses å være behov for innleggelse i sykehus.

Fylkesmannen skal undersøke om ledelsen følger med på arbeidet med innleggelse med tvang for å gi nødvendig helsehjelp og hvordan ledelsen følger opp meldte feil eller mangler.

3.5.1 Revisjonskriterium: Kommunen vurderer innleggelse med tvang for å gi nødvendig helsehjelp

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 i helsetjenesten, pasientjournalforskriften § 8.

- den som er ansvarlig for helsehjelpen følger med på pasientens evne til å klare seg i eget hjem, herunder om pasienten blir desorientert om tid, sted og behov for hensiktsmessig påkledning
- kritiske prosesser/risikosituasjoner er identifisert, og det er beskrevet framgangsmåte og handlingsalternativer for hvordan ansatte skal håndtere slike situasjoner, som for eksempel når pasienten ikke åpner for hjemmesykepleien til avtalt tid
- ansvaret for å vurdere behov for innleggelse i helseinstitusjon med tvang er tydelig forankret og kjent for de ansatte
- ansvaret for å beslutte innleggelse i helseinstitusjon med tvang er tydelig forankret og kjent for de ansatte
- kommunen har rutiner som sikrer informasjon til ansvarlig for helsehjelpen om endringer i behov for nødvendig helsehjelp
- vurdering av behov for tvungen innleggelse gjøres i samråd med annet kvalifisert personell
- pårørende involveres i vurderinger og eventuell beslutning om tvungen innleggelse
- nødvendig informasjon om observasjoner av behov for nødvendig helsehjelp meldes fastlegen når det anses å foreligge behov for innleggelse i sykehus
- medisinskfaglige vurderinger innhentes fra fastlegen når ansvarlig helsepersonell i hjemmetjenesten fatter vedtak om tvungen innleggelse i kommunal helseinstitusjon
- den ansvarlige for helsehjelpen innhenter råd om nødvendige tiltak fra kommunens medisinsk faglige rådgiver (kommunelegen) hvis fastlegen ikke følger opp og den ansvarlige for helsehjelpen vurderer at pasienten lider overlast pga. manglende behandling

- feil, mangler og uheldige hendelser meldes til ledelsen
- kommunens ledelse følger opp meldinger om feil og mangler i tjenesten og annen rapportering fra tjenesten

4 Planlegging, forberedelser og gjennomføring

4.1 Tilsynsmetode

Fylkesmennene skal gjennomføre tilsynet etter Statens helsetilsyns prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Dette innebærer at tilsynslaget skal undersøke om kommunens styring og ledelse sikrer at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A på aktuelle tilsynsområder etterleves. Det vises til [Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon \(Statens helsetilsyn, Internserien 1/2008\)](#)

4.2 Tilsynslagene

Medlemmene i tilsynslaget må ha god og oppdatert revisjonskunnskap og -erfaring. Så vel de helsefaglige vurderingene som saksbehandlingsreglene i kapittel 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 særlig kunnskap om problemstillinger knyttet til bruk av tvang. Utvelgelse og gjennomgang av pasientjournaler og gjennomgang av vurderinger som er gjort, tilsier også at det bør være personer med helsefaglig/medisinskfaglig kompetanse i tilsynslaget.

Det vil også være behov for innsikt i kommunenes utfordringer når det gjelder helsetjenestens ledelse, organisering og styring av hjemmebaserte tjenester, herunder organisering og samarbeidsformer knyttet til fastlegens rolle. For øvrig vises til punkt 5.2.1 i prosedyre for systemrevisjon.

4.3 Valg av kommuner

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 dette, sammen med øvrig kunnskap om helsetjenesten i den aktuelle kommune, også kunne være et viktig utgangspunkt for valg av virksomhet. Dette gjelder også der kommunen kjøper tjenester av private leverandører.

4.4 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.

4.5 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 hjemmetjenesten, 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 for ansatte som yter helsehjelp i private hjem
- styrende dokumenter for samarbeid med fastlegene
- meldinger om feil og mangler
- opplysninger om kommunens systematiske gjennomgang av drift og resultater innen områdene for tilsynet

4.6 Intervjuer og stikkprøver (verifikasjoner)

Tilsynslaget vurderer hvem det er hensiktsmessig å intervju. Det må imidlertid sikres at ledere/personer med administrativt og faglig ansvar intervjues. Det er aktuelt å intervju ledere på tilstrekkelig høyt nivå i kommunen, for eksempel øverste leder for helse- og omsorgstjenestene og leder for hjemmetjenesten. Det er videre viktig å intervju personell som gir hjemmebaserte helsetjenester, både ansatte med helsefaglig kompetanse, som sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, og omsorgsarbeidere og ansatte uten formell kompetanse, som lærlinger, ufaglærte og vikarer. Helsepersonell som har ansvar for å fatte vedtak etter § 4A-5 og kommuneoverlege eller administrativ leder for legetjenesten bør også intervjues. Videre bør ansatte som jobber heltid og deltid intervjues. Det kan også være aktuelt å ha samtaler med aktuelle fastleger for å få informasjon om samarbeidet med hjemmebaserte tjenester. Dette må kommunen informeres om.

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 registrering av feil og mangler og oppfølging av disse, rapporter fra relevante interne og/eller eksterne revisjoner sjekklister, dokumentasjon av opplæring med mer. Der kommunen kjøper tjenester av private leverandører må tilsynslaget gjøre undersøkelser i den aktuelle virksomheten.

Tilsynslaget skal som et utgangspunkt gjennomgå minst 20 pasientjournaler. Journalene skal være på pasienter som får hjemmebaserte tjenester på tidspunktet for tilsynet. Antall journaler som skal gjennomgås må imidlertid tilpasses størrelsen på kommunen (hjemmetjenesten) og vurderes konkret. Det kan være aktuelt å gjennomgå færre eller flere enn 20 pasientjournaler.

5 Tilsynsrapport

Dersom tilsynet har avdekket lovbrudd, skal tilsynsrapporten tydelig formidle og underbygge svikten. Det skal fremkomme av rapporten at tilsynet har vurdert hva det er i kommunens manglende styring som ikke har fungert for å sikre god praksis. Gjeldende mal for tilsynsrapport (Buskerud benytter den malen som der er under utprøving) skal benyttes i tråd med systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.5.3, 5.5.4 og 5.6.

Dersom tilsynslaget finner at lovbruddene viser gjennomgående mangler ved kommunens styring av tjenesten, 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 i word sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no.

Fylkesmannen har ansvar for å følge opp påpekte lovbrudd, jf. [Statens helsetilsyns retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter \(Internserien 8/2011\)](#).