

Veileder for landsomfattende tilsyn 2001

Veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente 2001

Godkjent av avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig 19. april 2001

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet.

INNHOLD

1. FORORD

2. BAKGRUNN

3. MÅLSETTING

4. METODE

5. AVGRENSINGER

6. LOVGRUNNLAG OG TILSYNSOMRÅDER

7. FORBEREDELSE

8. GJENNOMFØRING

9. RAPPORTERING

1. FORORD

Målsettingen med denne veilederen er å bidra til at dette felles tilsynet utøves mest mulig ensartet i alle landets fylker og å lette arbeidet med forberedelse og gjennomføring av tilsynet.

Ved omorganiseringen av den statlige helseforvaltning, har Sosialkomiteen uttalt (Inst. O.88-1991-92, s.7):

» Flertallet vil peke på at et tilsyn utøvd av fylkeslegene alene kan fremstå som oppsplittet og for lite koordinert. Derfor er det behov for et sentralt, faglig uavhengig organ som kan se til at det lokale tilsynet utøves likt i hele landet, og som kan samle og systematisere erfaringsmaterialet så det kommer helsetjenesten i hele landet til gode.»

Helsetilsynet har gitt følgende føringer for dette tilsynet:

- Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter vedtatt prosedyre
- Det skal føres tilsyn med helsetjenester til aldersdemente

Veilederen tar for seg bakgrunn og målsetting og omhandler de vurderinger, valg, avgrensinger som er foretatt og lovgrunnlaget for dette tilsynet.

Helsetilsynets prosedyre: Tilsyn utført som systemrevisjon, godkjent 13. april 1999 ligger til grunn for revisjonenes forberedelse, gjennomføring og rapportering.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet veilederen har bestått av fylkeslege i Oppland Per Thorolf Røhr (leder), kvalitetsrådgiver Bente Ødegård Kjøs fra Fylkeslegen i Hedmark, rådgiver Birgit Heier Johansen fra Fylkeslegen i Troms, kvalitetsrådgiver Eli Gotteberg fra Fylkeslegen i Vest-Agder, rådgiver Sonny Hellem fra avdeling 1 i Helsetilsynet, seniorrådgiver Otto Christian Rø fra avdeling 2 i Helsetilsynet, seniorrådgiver Anders Haugland fra avdeling 4 i Helsetilsynet og rådgiver Bjørg Botne fra avdeling 5 i Helsetilsynet.

2. BAKGRUNN

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 betydelig økning i antall tilrettelagte boenheter for eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester, i og utenfor institusjon, og til dels omfattende organisasjonsendringer i kommunehelsetjenesten.

Botilbud til aldersdemente som ikke er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven, er per definisjon beboerens eget hjem. Det kan bety en særlig utfordring for kommunene når det gjelder å etablere hensiktsmessige systemer for å sikre krav til faglighet og tverrfaglig samarbeid overfor beboerne. Samme problemstilling gjelder selvsagt aldersdemente som mottar helsetjenester i private boliger. Dette bør tas med i vurderingen ved valg av hvilke virksomheter som skal være gjenstand for revisjon.

Helsetjenesten for eldre var tema for etatens felles tilsyn i 1998. Resultater fra dette tilsynet, og videre oppfølging fra fylkeslegene, viser at det fortsatt er betydelige forbedringsområder innen helsetjenestetilbudet til denne brukergruppen. Særlig gjelder dette sikring av brukernes rettigheter i forbindelse med saksbehandlingen i pleie- og omsorgssaker. Dette blir også drøftet i St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene og i innstillingen fra sosialkomiteen (Innst. S. N r.99 (2000-2001)). Det samme gjelder St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år.

Helsetjenester til aldersdemente har vært foreslått som område for felles tilsyn av flere fylkesleger de siste årene. Sosial- og helsedepartementet vektla også viktigheten av å velge dette området for 2001. Antallet eldre med demenssykdom øker i de fleste kommuner. De utgjør en sårbar gruppe som oftest er avhengig av helsehjelp, og hvor det er legitimt å ha store forventninger til kommunehelsetjenesten. Dette må avspeiles i kommunenes internkontrollsystem for helsetjenesten som er gjenstand for det felles tilsynet.

Helsetilsynets mandat til arbeidsgruppa var at revisjonen skulle omfatte:

- samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- helsetjenester til demente i institusjon
- helsetjenester til demente utenfor institusjon
- saksbehandling ved tildeling av tjenester og plass i institusjon

Arbeidsgruppa skulle foreslå avgrensninger basert på fylkeslegenes uttalelser og andre potensielle forbedringsområder, og kjønnsperspektivet skulle ivaretas. Veilederen for tilsynet skulle ta utgangspunkt i veilederen for eldretilsynet i 1998.

Det er vektlagt å fokusere noen aktiviteter/områder hvor det er stort forbedringspotensiale, men hvor det mangler klare myndighetskrav. Særlig gjelder dette rettighetsbegrensninger og bruk av tvang jf. kapittel 6.3, som flere vil mene ikke egner seg for systemrevisjon med dagens regelverk. Det er imidlertid klare forventninger fra egen etat, Sosial- og helsedepartementet og i befolkningen generelt, at tilsyn med bruk av tvang må inngå i dette felles tilsynet.

Tidligere tilsyn viser også at det er et betydelig forbedringspotensiale når det gjelder å sikre forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av eldre med mulig demenssykdom. Den enkelte lege har i henhold til helsepersonelloven § 4 en selvstendig plikt til å sørge for forsvarlig medisinsk utredning av de pasienter vedkommende har ansvar for. Når det gjelder legetjeneste i sykehjem/helseinstitusjon har også kommunen som ansvarlig for driften ansvar for at det finnes et system som sikrer at legetjenesten utgjør en integrert del av virksomheten. Nødvendigheten av et slikt system blir særlig tydelig når det er stor utskiftning av sykehjemsleger.

3. MÅLSETTING

Den overordnede målsetting er gjennom tilsyn å bidra til kontinuerlig forbedring av helsetjenesten til aldersdemente. Tilsynet skal kontrollere at de deler av virksomheten som det føres tilsyn med, er i tråd med de krav myndighetene stiller. Felles tilsyn skal bidra til at disse myndighetskravene tolkes likt i hele landet. Erfaringer fra felles tilsyn skal også bidra til Helsetilsynets arbeid med metode- og regelverksutvikling.

Målsettingen for dette tilsynet er å undersøke om de utvalgte kommunene gjennom internkontroll sikrer forsvarlig praksis når det gjelder utvalgte deler av kommunens helsetjeneste.

4. METODE

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon i samsvar med etatens prosedyre godkjent 13. april 1999.

5. AVGRENSINGER

Fylkeslegene skal føre tilsyn med helsetjenesten til aldersdemente i minst to kommuner, og revisjonen skal omfatte tjenester både i og utenfor institusjon. Samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skulle inngått i denne revisjonen, men vil bare så vidt bli berørt av hensyn til omfang og behov for tid til gjennomføring av tilsynet. Helsetilsynet ber fylkeslegene vurdere behov for oppfølgende tilsyn på dette området, og eventuelt rapportere oppfølgingsbehov som er aktuelle for helsetjenesten generelt.

I samarbeid med Helsetilsynet har arbeidsgruppen valgt å avgrense tilsynet til følgende tre tilsynsområder:

- Medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt
- Saksbehandling ved tildeling av tjenester
- Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang

I veilederen er det søkt å legge opp til en logisk sekvens ved valg av tilsynsområder ved å ta utgangspunkt i den medisinske utredningen for å undersøke om kommunen har et system for å identifisere den enkelte brukers behov. Dette følges opp med å undersøke om den enkeltes behov blir lagt til grunn ved tildeling av helsetjenester og videre tatt tilstrekkelig hensyn til ved individuell tilrettelegging for å forebygge bruk av tvang.

Tilsynsområdene er nærmere presisert i ni hovedspørsmål. Disse fremkommer som innrammede "kulepunkter" i kapittel 6.1, 6.2 og 6.3. Tilsynsrapporten skal inneholde en beskrivelse av funnene fra tilsynet i forhold til disse ni hovedspørsmålene jf. kapittel 9.

6. LOVGRUNNLAG OG TILSYNSOMRÅDER

Oversikt over relevant regelverk

- Tilsynsloven
- Pasientrettighetsloven
- Helsepersonelloven og
 - forskrift om pasientjournal
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Forvaltningsloven
- Kommunehelsetjenesteloven og forskriftene om
 - kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
 - lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
 - sykehjemsforskriften

Det er til dels overlappende myndighetskrav innen de områdene som omfattes av dette tilsynet. Avvik fra kravene kan derfor hjemles flere steder i regelverket. Prinsipielt sett kunne internkontrollkravet i tilsynsloven § 3 brukes som hjemmel i større grad enn denne veilederen legger opp til. Der det er utviklet materielle krav til helsetjenesten i andre lover eller forskrifter, er disse i noen tilfeller valgt som hjemmel for avvik. Av hensyn til målsettingen om harmonisering av Fylkeslegenes tilsyn bør valg av hjemler for avvik ved dette fellestilsynet gjøres i tråd med denne veilederen.

Om internkontroll

Internkontrollplikten har eksistert som et myndighetskrav med hjemmel i lov om statlig tilsyn med helsetjenester siden 01.01.94. Til nå har tilsynsmyndigheten lagt til grunn en innskrenkende fortolkning av tilsynsloven § 3 første ledd, ved at det har vært lagt vesentlig vekt på Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (IK-2482) og den milepælplan som er skissert der. Forventningen til helsetjenesten om etablering av helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000, senere presisert til innen utgangen av år 2000, har vært sterkt førende for avviksvurderingen i relasjon til tilsynsloven § 3 første ledd. Tolkningen av tilsynsloven § 3 første ledd har vært noe uklar, men terskelen for å konkludere med avvik har til nå vært høy.

Internkontrollplikten skal fra 2001 vurderes som et ordinært myndighetskrav undergitt vanlig juridisk fortolkning. Mangelfull etterlevelse av internkontrollplikten vil medføre avvik hjemlet i tilsynsloven § 3 første ledd.

Arbeidsgruppa har ved utarbeidelsen av denne veilederen ikke lagt opp til at internkontrollplikten i helsetjenesten skal tas opp som eget tema, men inkorporeres i temaet for tilsynet. Det er avgjørende at fylkeslegene har et høyt bevissthetsnivå i forhold til hvordan tilnærmingen til de enkelte spørsmålene skjer under tilsynet, ved at det legges vekt på å etterspørre hvordan kommunen gjennom systematiske styringstiltak sikrer at de enkelte plikter blir ivaretatt. Revisjonsteamet oppfordres til å utforme intervju spørsmål slik at man fanger opp hovedelementene i Demings sirkel. (Hvordan planlegges, utføres, kontrolleres og korrigeres virksomheten innen de områdene som er gjenstand for dette tilsynet, jf. kapittel 6.)

Helsetilsynet ønsker at fylkeslegene etter disse revisjonene skal ha oversikt over om kommunehelsetjenesten har etablert et internkontrollsystem for virksomheten i forhold til de tre hovedområdene som dette tilsynet omfatter.

Mer om internkontrollplikten Internkontrollplikten er hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3: »Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjeneste planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.»

Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten».

Denne bestemmelsen bør ses i sammenheng med krav til organisering i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. ”Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette

for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.”

Tilsynsloven § 3 første ledd er en rettslig standard. Den åpner for flere muligheter å løse kravet på. Det skal være et system for styring av virksomheten som ledd i å sikre etterlevelse av krav i eller i medhold av helselovgivningen. Dette systemet skal innrettes på å forebygge svikt i tjenesten, men loven gir ingen detaljerte løsninger i så måte. Det kan ikke oppstilles helt rigide krav om hvordan virksomheten skal gjøre dette, og det må utvises stor forståelse for ulike måter å imøtekomme internkontrollkravet på. Det er også viktig å huske at internkontrollsystemet skal tilpasses de behov virksomheten har, og at kravet til skriftlighet i prosedyrer kun vil være absolutt dersom det er nødvendig for å sikre at myndighetskravene oppfylles.

Internkontrollsystemet slik det framstår i tilsynsloven § 3 første ledd er et lovpålagt styringssystem. Hovedkravet er at tjenesteproduksjonen er faglig forsvarlig og i samsvar med helselovgivningen forøvrig, og at virksomheten for å sikre dette både planlegges, utføres og kontrolleres på en systematisk måte. Ut fra dette kan det utledes krav til virksomheten om målformulering for tjenesten, beskrivelse av organisasjon og ansvar og myndighet. Virksomheten må ha oversikt over og kunnskap om hvilke myndighetskrav som stilles til den. Det må være prosedyrer som sikrer de viktigste arbeidsprosessene, særlig der det er fare for svikt som kan innebære sikkerhetsrisiko for pasientene, og det må være et system for å sikre at ansatte har rett kompetanse i forhold til oppgavene. Til slutt det viktigste: Virksomheten skal aktivt og systematisk bruke feil/uhell/nestenuhell som ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet og gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes. Internkontrollsystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse og egenart og ta hensyn til aktuelle risikoforhold ved virksomheten. Med bakgrunn i den veiledning som finnes om systemkrav i ordlyden i tilsynsloven § 3 første ledd, samt analogisk fortolkning av forskrifter på andre områder der det forlanges internkontroll (f eks forskrift fastsatt ved kgl. res. 6. des. 1996 om systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid og flere forskrifter gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven kap. 4 a om miljørettet helsevern,) kan følgende sju punkter utledes som obligatoriske elementer i et internkontrollsystem:

1. Beskrivelse av organisasjon, ansvar og myndighet
2. Målsetting for tjenesten
3. Oversikt over kunnskap og hvilke myndighetskrav som stilles til tjenestene
4. Prosedyrer som sikrer de viktigste arbeidsprosessene, særlig der det er fare for svikt som som kan innebære sikkerhetsrisiko for brukere av helsetjenesten
5. Sikring av tjenesteutøvernes kompetanse i forhold til oppgaver
6. Avvikshåndtering: virksomheten skal aktivt og systematisk bruke feil/uhell/nestenuhell som ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet og gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes
7. Vedlikehold av internkontrollsystemet

Hvordan man skal vurdere avvik og anmerkning i forhold til internkontrollplikten er omtalt der det er relevant nedenfor.

6.1 Medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt

Ved mistanke om mental svikt hos eldre er det god legepraksis å undersøke vedkommende med tanke på demenssykdom. Utredning av demenssykdom er en utpreget tverrfaglig oppgave hvor grundig legeundersøkelse inngår som en forutsetning for å kunne vurdere den enkeltes tilstand og behov. Legen vil imidlertid ofte være avhengig av gode observasjoner og rapporteringsrutiner i pleie- og omsorgstjenesten for å kunne sørge for en faglig forsvarlig medisinsk utredning. På basis av den medisinske utredning og kartlegging av pleie- og omsorgsfunksjonen skal den aldersdemente få tildelt tjenester tilpasset sitt behov.

Fokus for tilsynet skal være kommunens internkontrollsystem som skal sikre brukere av pleie- og omsorgstjenesten nødvendig legeundersøkelse. Når det gjelder brukere som mottar hjemmebaserte tjenester, vil det i hovedsak være primær-/fastlegens selvstendige plikt å sikre forsvarlig medisinsk utredning, jf. helsepersonelloven § 4. Innholdet i den medisinske utredning som primær-/fastleger sørger for inngår ikke i dette tilsynet.

Når det gjelder innholdet i den medisinske utredningen ved sykehjemmet, vurderer Helsetilsynet at kommunen har et mer omfattende systemansvar. Sykehjemslegen inngår der som en integrert del av det totale helsefaglige tilbudet ved virksomheten som kommunen er overordnet ansvarlig for.

Helsetilsynet ønsker at Fylkeslegen etter dette tilsynet skal ha en oversikt over om kommunen har et system som:

- sikrer at eldre som mottar hjemmesykepleie, og hvor det er mistanke om mental svikt, blir undersøkt av lege
- sikrer at beboere i sykehjem hvor det er mistanke om mental svikt blir forsvarlig medisinsk utredet
- sikrer at nødvendig råd og veiledning blir innhentet fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utredning av demenssykdom

Med ”system som sikrer” menes at kommunen har organisert tjenesten slik at det er etablert ordninger for hvordan ansatte i hjemmebaserte tjenester og i institusjon skal gå fram når de observerer pasienter med mentalt svikt. Revisjonen bør blant annet avdekke hvilke systematiske tiltak som gjennomføres for å formidle slike observasjoner videre slik at pasientene får en medisinsk utredning.

Mental svikt

Denne veilederen har tatt utgangspunkt i følgende kjennetegn på mental svikt:

- redusert hukommelse
- reduksjon i høyere intellektuelle funksjoner (evne til forståelse, abstrakt tenkning, gjenkjennelse av begreper, ord, tall gjenstander, personer og situasjoner)
- redusert funksjonsevne når det gjelder aktiviteter i dagliglivet (apraksi/ keitethet særlig i forbindelse med påkledning og spising)

- emosjonelle forstyrrelser (følelsesmessig forflatning, manglende innlevelsessevne, ukontrollerte følelser, for eksempel sinne, irritasjon, anklaging og utagering)
- psykotiske trekk (forvirring, vrangforestillinger, følelse av å være forfulgt)

Faglig forsvarlig medisinsk utredning ved mistanke om mental svikt

En faglig forsvarlig medisinsk utredning ved mistanke om mental svikt innebærer en anamnese som også omfatter komparente opplysninger (fra pårørende eller andre som kjenner personen) med vekt på reduserte intellektuelle og emosjonelle funksjoner, hukommelse, ADL-funksjoner og naturlige funksjoner samt:

- klinisk undersøkelse inkl. lunge/hjerte/kar status, thyreoideastatus, orienterende nevrologisk status (inkl. blikkparese, balanse og gangevne), testing av syn og hørsel og oral status, for å utelukke somatisk sykdom som årsak til mental svikt,
- vurdering av behov for supplerende standardisert test på mental svikt, laboratorieundersøkelser eller spesialundersøkelser,
- vurdering av de vanligste differensialdiagnosene som for eksempel depresjon, forvirring, lavt stoffskifte, sansesvikt samt legemiddelbivirkning
- plan for fornyet vurdering av utviklingen av mental status
- vurdering av behov for spesialistundersøkelse

6.1.1 Myndighetskrav og drøfting av disse

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 pålegger kommunen å tilby nødvendig helsehjelp. Det innebærer blant annet organisering av legetjenester som sikrer den enkelte medisinsk diagnostisering ved behov, jf § 1-3.

Kommunens tilbud om diagnostisering må være slikt organisert at aldersdemente får sin diagnose på faglig forsvarlig måte. Etter helsepersonelloven § 4 om krav til faglig forsvarlighet, vil diagnostisering av aldersdemens være en legeoppgave. I § 40 i samme lov kreves det at den som yter helsehjelp, skal føre pasientjournal i samsvar med god yrkesskikk.

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. Det legges til grunn at ved førstegangs utredning av aldersdemens, skal undersøkelse gjentas slik at det dokumenteres en varighet på minst 6 måneder.

Etter pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd har pasienten rett til nødvendig helsehjelp også fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet helsehjelp omfatter blant annet medisinsk diagnose. Det vises også til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3, annet ledd som stiller krav om nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling mv.

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 skal tilsynet begrenses til å undersøke om kommunen har et system som sikrer anmodning om nødvendig råd og veiledning i forbindelse

med utredning av aldersdemente. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 pålegger kommunen å ha et system som søker å sikre brukere av pleie- og omsorgstjenester nødvendig medisinsk undersøkelse, og innebærer at kommunen må kunne dokumentere hvilke ordninger som er etablert når det gjelder anmodning om råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Hjemmetjenestene

I følge forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 4, skal leder av hjemmesykepleien 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 at dette rapporteres til ansvarlig helsepersonell slik at personen kan tilbys nødvendig helsehjelp.

Sykehjem

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 blir lagt inn 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. I henhold til krav om internkontroll i tilsynsloven § 3 og den nye bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a., (*Kommunen skal planlegge, organisere, og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.*) har kommunen som ansvarlig for driften av sykehjemmet plikt til å sikre beboerne slik undersøkelse gjennom sitt internkontrollsystem.

For beboere i ordinære sykehjemsavdelinger er det ikke et eksplisitt krav i sykehjemsforskriften om krav til diagnostisering. Men forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3, samt krav til legen i kommunens virksomhet tolkes i sum som et krav til internkontrollsystem for å sikre at eldre med tegn på mental svikt blir grundig undersøkt. Det blir et innfortolket krav til system til kommunen som driftsansvarlig for sykehjemmet, jf. tilsynsloven § 3.

Opplæring

Kommunen skal sørge for at ansatt helsepersonell får påkrevet etter- og videreutdanning, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-1. Kommunen skal vurdere behovet for opplæring av personell som yter helsetjenester til demente og iverksette tiltak i tråd med dette. Det betyr at kommunen må ha et system for opplæring av ansatte slik at de ansatte har den nødvendige kompetanse til å kunne observere og vurdere symptomer på mental svikt hos pasientene.

6.1.2 Momenter til intervju

- hvordan sikres det at personalet i hjemmetjenesten/sykehjemmet har tilstrekkelig kunnskaper til å observere tegn på mental svikt hos brukere
- hvordan sikres det at tegn på mental svikt blir rapportert til ansvarlig lege
- har hjemmesykepleien oversikt over hvem som er primær-/fastlege til den enkelte brukere
- hvilke rutiner er etablert for samarbeid mellom hjemmesykepleien og brukernes lege

- hvilke rutiner er etablert for samarbeid i sykehjemmet mellom sykepleierne og sykehjemslegen
- hvordan sikres det at sykehjemsbeboere med tegn på mental svikt får forsvarlig medisinsk utredning
- hvilke ordninger har sykehjemmet for å sikre at personer som flytter inn i skjermet enhet er grundig undersøkt og har fått diagnosen langtkommet aldersdemens
- hvordan sikres det at spesialisthelsetjenesten ved behov blir anmodet om råd og veiledning i forbindelse med medisinsk utredning av demenssykdom

6.1.3 Forslag til verifikasjon

- Samhandlingsrutiner mellom sykepleietjenesten og legetjenesten
- Rutiner/prosedyrer for demensutredning
- Henvisningsrutiner til spesialisthelsetjenesten
- Rutiner for oppfølging og kontroll av henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Pasientjournalene (inkludert sykepleiedokumentasjonen) til 3-5 beboere med demensdiagnose og som har plass i ordinær sykehjemsavdeling
- Pasientjournalene (inkludert sykepleiedokumentasjon) til 3-5 beboere i skjermet enhet
- Pasientjournaler til 5 brukere i hjemmesykepleien med tegn på mental svikt

6.1.4 Konstatering av avvik og merknader

Hjemmetjenestene

Hvis kommunen ikke har etablert ordninger som sikrer nødvendig samhandling mellom hjemmesykepleien og brukernes primær-/fastleger, vil det være avvik fra forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 4 og tilsynsloven § 3.

Sykehjem

Det vil være et avvik fra sykehjemsforskriften § 3-2 hvis ikke sykehjemmet har tilknyttet en lege som har ansvaret for den medisinske behandlingen.

Hvis ikke kommunen har organisert og lagt til rette for at sykehjemslegen kan gjennomføre faglig forsvarlig medisinsk utredning av sykehjemsbeboere ved mistanke om mental svikt, vil det være et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. Det vil kunne være i tilfeller der kommunen ikke har ivarettatt sitt arbeidsgiveransvar ved å sikre at legen har nødvendig språkforståelse, legetjenesten er underdimensjonert i forhold til behovet ved sykehjemmet, det er stor utskiftning av sykehjemslege, eller for eksempel at det mangler nødvendig diagnostiske hjelpemidler (faglige standards/retningslinjer, utstyr etc.).

Hvis beboere i skjermet enhet for demente ikke er grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens fastslått, vil det være et avvik fra sykehjemsforskriften § 4-7, jf. krav til forsvarlig utredning i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 som forutsetter:

- at lege har foretatt diagnostiseringen av demenssykdom (det kreves i utgangspunktet ikke spesialistundersøkelse)
- at det er foretatt en klinisk undersøkelse
- at beboere i skjermet enhet for demente er grundig undersøkt og demensdiagnose fastslått

- at det er mottatt komparente opplysninger
- at legen har vurdert de vanligste differensialdiagnosene som for eksempel depresjon, forvirring, lavt stoffskifte, sansesvikt, samt legemiddelbivirkning som for eksempel ved bruk av sterke dempende legemidler og legemidler med antikolinerge bivirkninger (Haldol, antidepressiva av type MAO-hemmere, nevroleptika, parkinsonmidler etc.)
- at pasienten er vurdert på ny ca 6 måneder etter førstegangsvurdering eller minst én gang årlig i det videre forløp

Hvis beboere i ordinær sykehjemsavdeling ikke blir forsvarlig medisinsk utredet ved mistanke om mental svikt, vil det være et avvik fra forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 sammenholdt med tilsynsloven § 3. De samme hjemlene gir også grunnlag for å påpeke avvik hvis beboere i ordinær sykehjemsavdeling har fått demensdiagnose uten at det er gjennomført en medisinsk utredning etter samme krav som i skjermet enhet for demente (se ovenfor).

Det vil være grunnlag for å gi merknad hvis det ikke kan dokumenteres:

- om det er tatt standpunkt til bruk av standardisert test på mental svikt (for eksempel MMS, mini mental status¹, KDV, klinisk demens vurdering skåre², MADRS, Montgomery Åsberg depresjonsskala,³)
- at det er tatt standpunkt til behov for supplerende laboratorieundersøkelser, og følgende anses som uttrykk for god og omfattende utredning: EKG, Hb, SR, S-B12, T4, TSH, folat, ferritin og gjerne også S-albumin, elektrolytter, leverenzym, kreatinin, infeksjonsparametre, luesserologi og legemiddelanalyse,
- om det er tatt standpunkt til behov for spesialundersøkelse (henvisning til cerebral CT⁴, spesialistundersøkelse i sykehus), og faglig begrunnelse for hvorfor dette eventuelt ikke er foretatt.

Helsetilsynet legger til grunn at det skal fremgå av pasientjournalen hvilke medisinske undersøkelser og vurderinger som er gjort når det gjelder utredning av aldersdemens. Forskrift om pasientjournal av 21.desember 2000 angir nærmere krav til journalens innhold, jf. § 8. Denne bestemmelsen gjelder dokumentasjonsplikt og skal ikke anvendes i denne sammenheng hvor det er forsvarlighetskravet som er gjenstand for tilsyn. Hvis verifikasjoner i pasientjournaler avdekker mangelfull journalføring må Fylkeslegen vurdere å følge dette opp i forlengelsen av denne revisjonen.

Det vil være et avvik fra pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd og § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, hvis det ikke kan dokumenteres at det er etablert ordninger som sikrer at det ved behov søkes råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utredning av demenssykdom.

Opplæring

Det vil være avvik fra tilsynsloven § 3 og kommunehelsetjenesteloven § 6-2 hvis ikke kommunen sikrer at helsepersonell får påkrevet etter- og videreutdanning.

6.2 Saksbehandling ved tildeling av tjenester

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 beslutningen.

Saksbehandlingsreglene er derfor ikke bare formaliteter, men vesentlige bidrag til å sikre riktige avgjørelser. På dette området er det mange myndighetskrav. Arbeidsgruppa har valgt ut noen indikatorer som sier noe om viktige kontrollpunkter i saksbehandlingen for tildeling av tjenester til alders demente, samtidig som de samlet sett gir grunnlag for en mer generell vurdering av saksbehandlingen.

1 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.

2 Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample elderly Norwegians. Int J Geriatr Psychiat. 1993; 8: 565-70.

3 Montgomery SA Aasberg MÅ. A new rating scale designed to be sensitive to changed. Br J Psychiatr 1979; 134: 382-89.

4 Er det demens? Utredning av demenssykdommer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. INFO-banken, Sem 1997

Helsetilsynet ønsker at Fylkeslegen etter dette tilsynet skal ha oversikt over om kommunen:

- sikrer brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet
- sikrer tilstrekkelig faglig grunnlag for å fatte vedtak
- angir i vedtaket hvilken hjelp som vil bli gitt (eller gir avslag) og om vedtakene begrunnes

6.2.1 Myndighetskrav og drøfting av disse

Etter kommunehelsetjenesteloven (khl) § 2-1 og pasientrettighetsloven (prl) § 2-1 har pasienten rett til nødvendig helsehjelp. Om pasientene får nødvendig helsehjelp i de konkrete tilfellene er tema for fylkeslegens klagebehandling og vil ikke bli nærmere berørt her. Drøftelsen vil i hovedsak fokusere om kommunen har systematiske tiltak som sikrer prosessen fram mot og innholdet i vedtak om tildeling av hjemmesykepleie og plass i sykehjem.

Brukermedvirkning

Under det litt lite presise begrepet *brukermedvirkning* drøftes her tre forhold: medvirkning, informasjon og samtykke.

Etter pasientrettighetsloven 3-1 har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom forskjellige former for helsehjelp og under gjennomføringen. Formen for medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, prl § 3-1 andre ledd. Hvem som regnes som pårørende er definert i prl § 1-3. Som det framgår vil nærmeste pårørende ha en betydelig rolle i forbindelse med helsehjelp til alders demente. Kommunen må derfor avklare hvem som skal regnes som nærmeste pårørende.

En sentral del av medvirkningen er retten til informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen, prl § 3-2. Dersom pasienten er senil dement har nærmeste pårørende samme rett til informasjon som pasienten, prl § 3-3 andre ledd.

Helsehjelp skal som hovedregel bygge på samtykke fra pasienten, prl § 4-1. For pasienter som mangler samtykkekompetanse må samtykke innhentes fra nærmeste pårørende dersom helsehjelpen er inngripende med hensyn til omfang og varighet. Det vil være tilfelle ved f. eks tildeling varige pleie- og omsorgstiltak i form av hjemmesykepleie eller plass i sykehjem.

I forhold til den pasientgruppen denne veilederen omhandler, vil det være behov for særskilt tilrettelegging for å sikre pasienten og pårørende tilstrekkelig mulighet til medvirkning, informasjon og grunnlag for å avgi samtykke. Kommunen må derfor kunne redegjøre for hvordan dette ivaretas. Sml forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten § 3 første ledd tredje pkt. Opplysning om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientens journal, prl § 3-5 tredje ledd

Grunnlag for vedtak

Forvaltningslovens regler gjelder som hovedregel ikke for beslutning om tildeling av helsehjelp, jf khl § 2-1 tredje ledd. For tildeling av hjemmesykepleie og plass i sykehjem med mer gjelder imidlertid forvaltningsloven, jf § 2-1 fjerde ledd.

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. Her er det mulig å ta opp igjen tråden fra drøftelsen ovenfor og etterspørre dokumentasjon for brukermedvirkningen og medisinsk utredning pkt 6.1.

Tildeling av helsetjenester, ikke minst pleie- og omsorgstjenester, 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 (dette er kommentert bl a i Karnov, Norsk kommentert lovsamling) Det bør derfor framgå av dokumentasjon i sakmappe eller journal hvilke vurderinger som ligger til grunn for vedtaket.

Innholdet i vedtaket

Vedtaket om tildeling av hjemmesykepleie eller sykehjemsplass skal som hovedregel være skriftlig, fvl § 27.

Vedtaket skal være så presist at det skal være mulig for pasienten og dennes pårørende å vurdere hva tilbudet går ut på og at det ved en eventuell klage skal være mulig for fylkeslegen å vurdere om retten til nødvendig helsehjelp er oppfylt.

Tildeling av sykehjemsplass er et totaltilbud. Her vil det likevel være behov for å avklare hvilket formål og oppgaver sykehjemstilbudet er innrettet på, bl a spørsmålet om plass i skjermet enhet. I tillegg til det et vanlig forekommende problem at tildelingen kun er en plass på venteliste med uspesifisert ventetid. Det skal klart framgå av vedtaket og er å anse som et avslag som kan påklages.

Vedtak 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. Samtidig kan dette bli en »strikk» som bidrar til å undergrave retten til nødvendig helsehjelp for den enkelte og at det ikke avdekkes underdimensjonering i tjenesten. Til grunn for tildelingen skal det ligge en vurdering av pasientens tjenestebehov ut fra medisinske opplysninger, ADL vurderinger, pasienten og pårørende ønsker med mer. Til dette kommer at en betydelig del av bistandsbehovet i mange tilfeller er relativt stabilt - i alle fall ikke synkende. Vedtaket må derfor angi hvilken helsehjelp som vil bli gitt.

6.2.2 Momenter til intervju

- Hvilke deler av saksbehandlingen vurderer kommunen som kritiske, mao der det er risiko for at saksbehandlingen kan bli mangelfull.
- Hvilke systematiske tiltak har kommunen iverksatt for å sikre korrekt saksbehandling (ansvarsplassering, rutiner, sjekklister, opplæring, bruk av tilbakemeldinger fra brukerne/klager til forbedring)
- Hvordan definerer kommunen brukervedvirkning og hvordan har de lagt til rette for det
- Hvordan sikrer/hvilke rutiner kommunen at de som har fått informasjon har forstått den
- Er det avsatt tid og egnete arenaer for å gi og motta informasjon
- Hvilke rutiner har kommunen for at informasjon mellom tjenesteytere blir ivaretatt
- Hvordan er opplysninger om hvilke rutiner/ krav til søknadsprosedyrer gjort kjent for pasient/pårørende/hjelpeverge/tjenesteytere
- Hvordan er søknadsbehandlingen/prosessen organisert ansvaret plassert
- Hvordan avgjøres om rutiner på dette område skal være skriftlig
- Hvordan ivaretas klager på mangel på tjeneste
- Hvordan evalueres tildelingsprosessen

6.2.3 Forslag til verifikasjoner

Vedtak på tildeling av hjemmesykepleie og sykehjemsplass, blant disse bør det velges noen av beboerne på skjermet enhet dersom sykehjemmet har det
Prosedyrer for forskjellige deler av saksbehandlingsprosessen
Registrering av klager
Dokumentasjon på innhenting av samtykke

6.2.4 Konstatning av avvik og merknader

Dersom kommunen ikke kan godtgjøre tilstrekkelige systematiske tiltak for å sikre at brukervedvirkning, innhenting av grunnlag for å fatte vedtak og korrekt innhold i vedtakene vil dette være et avvik fra tilsynsloven § 3 første ledd.

Dersom kommunen ikke avklarer hvem som er nærmeste pårørende når pasienten selv er uten samtykkekompetanse vil dette være et avvik fra de bestemmelser som gir pasienten rett på bistand fra nærmeste samtykkekompetanse, prl § 3-1 andre ledd, § 4-6 andre ledd

Dersom kommunen ikke gir tilstrekkelig informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen til pasient og pårørende vil dette være et avvik fra pasientrettighetsloven § 3-2

Dersom det ikke innhentes samtykke fra pasienten (når vedkommende har samtykke kompetanse) eller pårørende ved tildeling av omfattende hjemmesykepleie eller plass i sykehjem er det avvik fra prl § 4-1 og § 4-6 andre ledd.

Dersom kommunen ikke kan dokumentere hvilke opplysninger og faglige vurderinger som ligger til grunn for vedtak om hjemmesykepleie eller plass i sykehjem er det avvik fra fvl § 17.

Dersom kommunen ikke fatter formelle vedtak om tildeling av hjemmesykepleie og plass i sykehjem er det avvik fra khl § 2-1 fjerde ledd.

Dersom vedtaket ikke angir innholdet i den helsehjelp som vil bli gitt er det avvik fra prl § 2-1 sammenholdet med khl § 2-1 andre og fjerde ledd og fvl § 2 b. Her vil det være grunnlag for å utøve skjønn og eventuelt heller benytte merknad dersom vedtakene er delvis tilfredsstillende.

6.3 Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang

Aldersdemente som mottar kommunale tjenester i ulike institusjoner, boformer og eget hjem er i stor grad utsatt for rettighetsbegrensninger og tvang. Dette fastslår Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i rapporten til Sosial- og helsedepartementet oktober 2000: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang i norsk eldreomsorg.

»Personer med demens kan utsette seg selv eller andre for skade, kan gå til grunne eller lide overlast dersom de motsetter seg nødvendig hjelp fra andre. Pårørende og helsepersonell må i enkelte situasjoner utøve tvang for å kunne gi en person med demens et verdig liv og nødvendig omsorg.» (s.7)

Begrepet tvang benyttes i rapporten også om beskyttelsestiltak fordi forskjellen mellom beskyttelsestiltak og tvangstiltak er uklar. Det vises til definisjoner og drøfting av begrepsbruk på sidene 8-9 og 45. I denne veilederen brukes begrepet tvang på samme måte.

»Tvang er bruk av redskap som hindrer pasientenes bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke.»

På bakgrunn av anbefalingene i rapporten fra kompetansesenteret, har arbeidsgruppa valgt at dette tilsynet skal sette fokus på de ordninger virksomheten har for å sikre aldersdemente medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenesten. Videre skal en belyse hvilke tiltak virksomheten gjennomfører for å forebygge bruk av tvang til aldersdemente. Til slutt skal tilsynet sette fokus på hvilke systemer virksomheten har for å kontrollere eventuell bruk av tvang deriblant at tvangstiltak ikke blir utført regelmessig.

Kompetansesenteret anbefaler blant annet:

»Beslutning om bruk av tvangstiltak som en rutine må avgrenses i tid og det må sikres at ny vurdering foretas regelmessig.» (s.46)

Helsetilsynet ønsker at fylkeslegen etter dette tilsynet skal ha oversikt over om kommunen:

- sikrer aldersdemente medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av pleie- og omsorgstjenester
- sikrer individuell tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester for å forebygge bruk av tvang
- sikrer kontroll med eventuell bruk av tvang

Fokus skal være på pasientnivå, og rettes inn mot disse tre områdene. Begrepet medbestemmelse skal forstås som brukermedvirkning. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 6.2.1, det vil si at tre forhold skal drøftes: medvirkning, informasjon og samtykke. I kulepunkt to er det spørsmål om hvilke systemer virksomheten har for å unngå å bruke tvang til den enkelte pasient. Er det for eksempel klarhet i hvordan de ansatte skal håndtere situasjoner når aldersdemente nekter å ta medisiner eller ikke vil bade/dusje.

Kontroll med eventuell bruk av tvang kan konkretiseres til om virksomheten har systemer slik at tvangstiltak blir registrert og at dataene danner grunnlag til en faglig gjennomgang/vurdering av behandlingen til den enkelte pasient. Er det klart hvem som har det faglige ansvaret for avgjørelsene og oppfølgingen av behandlingen?

6.3.1 Myndighetskrav og drøfting av disse

Helsehjelp kan bare ytes når det er gitt samtykke til det. Dette fremgår av pasientrettighetsloven § 4-1. Alderdementes samtykkekompetanse omtales i pasientrettighetsloven § 4-6 hvor det står at den som yter helsehjelpen kan ta avgjørelser av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Til mer omfattende helsehjelp kan den aldersdementes nærmeste gi samtykke.

I helselovgivningen finnes det ikke et eget regelverk som omhandler bruk av rettighetsbegrensninger og tvang i forbindelse med helsehjelp på kommunalt nivå. Det følger av legalitetsprinsippet at helsetjenesten bare kan nytte slike tiltak overfor enkeltmennesker der det er gitt et informert samtykke til det, eller det foreligger lovhjemmel. Kommunehelsetjenestens handlefrihet vil her være regulert av de prinsipper som gjelder ellers i samfunnet.

Bruk av rettighetsbegrensninger og tvang er i utgangspunktet straffbare handlinger. Straffelovens prinsipper om nødverge og nødrett kan imidlertid gjøre handlingene rettmessige. Straffelovens bestemmelser innebærer at dersom en person er i ferd med å skade seg selv eller andre, eller forårsake betydelig materiell skade, er det adgang til å gripe inn med de midler som er nødvendig for å hindre at slik skade oppstår. Dette kan være tiltak som ikke ellers er akseptable, ofte også direkte straffbare, men som det likevel kan være adgang til å benytte når formålet er å hindre skade i en nødsituasjon. Tiltakene kan ikke bare være straffri, men også berettiget.

For Statens helsetilsyn er det viktig å fremheve at menneskeverdet er ukrenkelig, og at helsetjenesten har som oppgave å verne om den enkelte brukers integritet. Demenssykdom påvirker pasientens autonomi og medfører tiltakende reduksjon av pasientens evne til å verne om egen sårbarhet. Helsetjenesten må kompensere for denne sårbarheten gjennom å sikre at hjelpen som gis, ivaretar den enkeltes rett til omsorg.

For aldersdemente vil det i enkelte nødsituasjoner være rettmessig å benytte tvang eller rettighetsbegrensninger for å gi helsehjelp. Slike nødsituasjoner kan oppstå brått og uventet, andre ganger kan situasjonene være mer forutsigbare. De som arbeider i tjenesten må søke å bidra til at nødsituasjoner ikke oppstår. Ved å gripe inn tidlig vil en kunne forebygge bruk av tvang.

Ved siden av spørsmålet om formell samtykkekompetanse er det også for aldersdemente som ikke kan gi formelt samtykke viktig å ta hensyn til den aldersdementes tidligere verdier og livsførsel når den daglige omsorgen planlegges og gjennomføres. Når det f.eks. gjelder personlig hygiene vil det være betydelige individuelle forskjeller i behov som det er viktig å ta hensyn til i tjenesteutførelsen, mens tider for måltid vil være avhengig av den enkeltes døgnrytme og tilpasses denne innenfor rimelige grenser osv. Det framgår av kvalitetsforskriften § 3 at den enkelte skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenesten. Bestemmelsen omfatter også brukere uten formell samtykkekompetanse. Også personer uten slik kompetanse kan ha evne til å vurdere spørsmål knyttet til den daglige omsorgen. Dette vil kunne bidra til å dempe eventuelle konflikter og redusere behov for bruk av tvang i omsorgssituasjoner.

Ved vurderingen av om påtvunget helsehjelp overfor aldersdemente er i samsvar med myndighetenes krav, må en legge til grunn forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og kravet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4, sammenholdt med nødbestemmelsene i straffeloven § 47 og 48. Det vises også til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. som pålegger kommunen å tilrettelegge arbeidet slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

For virksomheten vil bruk av tvang og rettighetsbegrensninger være et område hvor det er store sjanser for å "trå feil". Fordi myndighetskravene er så sammensatte, vil virksomhetens internkontroll derfor være av stor viktighet. Ledelsens oppfølging er nødvendig og det vil være hensiktsmessig å etablert avviksrutiner på området slik at ledelsen sikrer seg tilstrekkelig informasjon. Tjenesten må være organisert slik at det er klart hvem som har ansvar på de forskjellige nivåene. Videre vil det være av viktighet at de som arbeider med problematikken, er kjent med regelverket. Det vil i mange virksomheter være nødvendig med skriftlige prosedyrer for å sikre at ansatte arbeider innenfor de rammer virksomheten har satt. De ansattes kompetanse i forhold til aldersdemens vil også være viktige elementer i internkontrollen.

Etter Helstilsynets vurdering må det stilles krav om at det i forbindelse med konkrete tiltak gjøres kvalifiserte helsefaglige og etiske vurderinger. Dette innebærer blant annet en grundig analyse av problemet, og at bruk av forebyggende og andre alternative tiltak er vurdert.

Den aldersdementes samtykkekompetansen kan variere over tid, og vurderingen av behov for hjelp til å ivareta egen integritet må gjøres individuelt, og i hver enkel situasjon. Det vil være en helsefaglig oppgave for tjenesten selv å avgjøre den enkeltes samtykkekompetanse i forhold til forskjellige tiltak. Dette tilsier at revisjonsteamet bør unngå å sette seg i situasjoner der de må avgjøre om konkrete tiltak er legitime. Fokus for tilsynet på dette området skal rettes mot de ordninger virksomheten har for å sikre at det gjøres faglig forsvarlige vurderinger før ulike former for helsehjelp gis til pasienter som motsetter seg det, samt hvordan tjenesten kontrollerer eventuell bruk av tvang.

I § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten stilles det krav om at tjenesten skal ha ordninger som søker å sikre at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenester. For aldersdemente som ikke selv kan gi uttrykk for egne ønsker og behov, kan det være nødvendig å samarbeide med pårørende/verge/hjelpeverge for å kartlegge brukerens behov. Det bør etableres rutiner som sikrer regelmessige planlagte samtaler med vedkommende i forhold til brukerens opplevelse av situasjonen. Slike samtaler bør sammen med faglige vurderinger danne grunnlag for eventuelle endringer av individuelle planer og annen faglig dokumentasjon.

Når det gjelder atferd hos aldersdemente som over tid, og med stor grad av forutsigbarhet, medfører at personen motsetter seg helsehjelp, vurderer Helsetilsynet at den fagansvarlige for tjenesten har ansvar for å beslutte eventuell bruk av tvang. I slike virksomheter skal det være sykepleiere som er fagansvarlige for pleien, og som dermed må ta ansvar for eventuell bruk av tvang i den daglige utførelsen av pleie. I henhold til forsvarlighetskravet i helsepersonellovens § 4 kan det også innebære behov for samarbeid med annet kvalifisert personell.

Virksomheten må ha etablert et system som tydeliggjør hvem som kan gjøre denne helsefaglige og etiske vurderingen, samt hvordan vurderingen og eventuelle tvangstiltak skal dokumenteres og følges opp.

I følge forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie § 3-3, gis det anledning til å anvende beskyttelsestiltak. I merknaden til paragrafen nevnes bruk av sengehest og belte for å hindre beboer i å falle ut av stolen. Det presiseres at slike beskyttelsestiltak ikke må benyttes i større utstrekning enn formålet tilsier. Imidlertid finnes det i denne forskriften ingen definisjon av beskyttelsestiltak eller beskrevet hva som skiller et tvangstiltak fra et beskyttelsestiltak.

6.3.2 Momenter til intervju

- Hva mener/hvordan forstås/har kommunen drøftet begrepet tvang
- I hvilke fora har kommunen drøftet dette begrepet
- Er myndighetskravene som omhandler bruk av tvang kjent i kommunen
- Pleiepersonalets kunnskap om vanlige reaksjoner og atferd hos aldersdemente
- Hvordan sikres brukeren individuelt tilpassede pleie- og omsorgstiltak, herunder rutiner for samarbeid med pårørende/verge/hjelpeverge (for eksempel mht. ivaretagelse av personlig hygiene og naturlige funksjoner)
- Hvordan evalueres pleie- og omsorgstiltakene
- Hva gjøres for å forebygge bruk av tvang, både systematiske tiltak og i forhold til enkelte beboere
- Hvordan får dere oversikt over hvilke pasienter hvor det kan være aktuelt å bruke tvang
- Rutiner for individuell vurdering av behov for bruk av tvang (faglig ansvarlig?)
- Hvordan dokumenteres vurderinger og beslutning om bruk av tvang (avgrensing i tid, revurdering av behov for tiltak)
- Hvordan kontrolleres effekten av tvangstiltaket
- Be om navn på eventuelle pasienter hvor tvang blir benyttet og be om konkretisering av tiltakene (bruk av sengehest, legemidler tilsatt mat og drikke, dusjing/bading som den demente motsetter seg etc., se side 30 i heftet fra kompetansesenteret)

Opplysningene kan være nyttige ved verifikasjoner i pasientjournaler

6.3.3 Forslag til verifikasjoner

- 2-4 pasientjournaler i ordinær sykehjemsavdeling, 2-4 i skjermet enhet for demente og 2-4 i hjemmesykepleien (jf. navngitte pasienter fra intervjuene):
 - fremgår individuelle behov, tiltak og evaluering
 - fremgår navn på nærmeste pårørende/verge/hjelpeverge
 - fremgår det samarbeid med pårørende etc. for å sikre medbestemmelse
 - fremgår bruk av tvang i pasientjournaler for eksempel faglige vurderinger, hvilke tvangstiltak og resultater/konsekvenser av tvangstiltakene
 - fremgår det hvem som er ansvarlig for beslutningen om bruk av tvang
- avdelingens avviksregistrering for siste halve året
- registreringslister eller tilsvarende for bruk av tvang i avdelingen/enheten

6.3.4 Konstatering av avvik og merknader

Hvordan sikrer kommunen medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av pleie- og omsorgstjenester:

Etter § 3 i kvalitetsforskriften vil det være avvik dersom virksomheten ikke kan vise hvordan den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene og eventuelt pårørende/verge/ hjelpeverge tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet for å ivareta den aldersdementes interesser.

Hvordan sikrer kommunen individuell tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester for å forebygge bruk av tvang:

Bruk av tvang overfor aldersdemente må bygge på de generelle bestemmelsene i straffeloven og krav til faglig forsvarlighet. Helsetilsynet ser det derfor som nødvendig at virksomheten har ordninger for hvordan helsepersonell skal forebygge bruk av tvang. Når det gjelder tvangstiltak for å gjennomføre daglig pleie for å ivareta brukerens grunnleggende behov, må slik praksis i det minste bygge på en sykepleiers (el vernepleier) faglige vurdering av hva som eventuelt må gjennomføres med tvang for å opprettholde en faglig forsvarlig standard.

Hvis virksomheten ikke har ordninger som sikrer at eventuell bruk av tvang blir faglig vurdert, og at det i denne vurderingen ligger en drøfting om hvordan tvang kan unngås, er det avvik. Avviket må hjemles i kommunehelsetjensteloven § 1-3 a) og helsepersonelloven §16 jfr § 4 om faglig forsvarlighet.

Hvordan sikrer kommunen kontroll med eventuell bruk av tvang:

Bruk av tvang krever kommunens årvåkenhet og det må forlanges at kommunen fører kontroll med området. De kontrolltiltak kommune har, må tilfredsstillende de krav som ligger i tilsynsloven § 3, første og andre ledd..

For Helsetilsynet er bruk av tvang til aldersdemente et risikoområde for kommunene. Det vil være et avvik fra tilsynsloven § 3, særlig andre ledd, hvis kommunen ikke har et system som kan dokumentere oversikt over omfang, hyppighet og type tvangstiltak overfor aldersdemente.

Et eksempel på et slik system kan være et avvikshåndteringssystem hvor det blir foretatt registreringer, f.eks:

- Er det registrert noen avvik som dreier seg om tvang og tvangstiltak det siste halve året i virksomheter/enheter hvor dette åpenbart er aktuelt?
- Blir regelmessig bruk av tvang ført som avvik/registrert på en eller annen måte for eksempel i en protokoll eller i pasientens journal?
- Blir bruk av tvang som ikke er faglig vurdert ført som avvik/ registrert på en eller annen måte for eksempel i en protokoll eller i pasientens journal?
- Blir unødig bruk av tvang ført som avvik/ registrert på en eller annen måte for eksempel i en protokoll eller ført i pasientens journal?

Kommunen bør ha en omforent beskrivelse av hva tvang er og hvilke tiltak som er aktuelle for å unngå det. Videre bør det sikres at det jevnlig blir foretatt vurdering og dokumentasjon overfor hver enkelt pasient hvor det er aktuelt å bruke tvang. Her er det ikke åpenbart grunnlag for å påpeke avvik. Derimot er det et aktuelt område for merknader ikke minst med tanke på å sikre innsyn og åpenhet omkring bruk av tvang.

7. FORBEREDELSE

Det vises til Helsetilsynets prosedyre: Tilsyn utført som systemrevisjon, godkjent 13.04.99.

7.1 Revisjonsvarsel og innhenting av dokumentasjon

Fylkeslegen har blant annet gjennom sitt arbeid med Handlingsplan for eldreomsorgen mye relevant dokumentasjon for dette tilsynet. Det anbefales blant annet å gjennomgå følgende dokumentasjon før revisjonsbesøket i kommunen:

- Kommunens handlingsplan for eldreomsorgen
- Oversikt over alle institusjoner hvor det bor aldersdemente (sykehjem, aldershjem)
- Oversikt over omsorgsboliger (inklusive bokollektiv, bofellesskap, serviceboliger etc)
- Årsmelding for kommunehelsetjenesten (evt. legetjenesten, hjemmesykepleien og sykehjemmene)
- Virksomhetenes system for internkontroll for helsetjenesten
- Virksomhetenes målsetting
- Prosedyrer for tema revisjonen er rettet mot
- Organisasjonskart
- Stillingsbeskrivelser
- Oversikt over ansatte i virksomhetene som skal revideres
- Retningslinjer for enkeltvedtak med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven

Kommunen er pliktsubjekt for tilsynet, og varsel om tilsyn skal sendes kommunen ved rådmann med kopi til virksomheten. Kommunen bes om å utpeke en kontaktperson. Eventuell behov for formøte vurderes av Fylkeslegen.

7.2 Intervjupersoner

Fylkeslegen velger selv, med utgangspunkt i tema for revisjonen og kommunens organisering, hvem som bør intervjues. Det anbefales at man intervjuer administrativ leder for helsetjenesten i kommunen.

Det anbefales å gjøre revisjonsbesøket i kommunen i løpet av en dag og at kommunens rådmann inviteres til åpnings- og sluttmøtet.

8. GJENNOMFØRING

Tilsynet skal gjennomføres i samsvar med etatens prosedyre for utførelse av systemrevisjoner godkjent 13. april 1999. (Tilsyn utførst som systemrevisjon (pdf-format)) Virksomheten bør gjøres kjent med at tilsynet gjennomføres på oppdrag fra Helsetilsynet og skal gjennomføres likt i hele landet. Det må imidlertid understrekes at ikke alle landets kommuner skal revideres, og at det ikke er foretatt noe representativt utvalg slik at en oppsummerende rapport fra Helsetilsynet vil ha begrensninger når det gjelder å beskrive situasjonen nasjonalt.

Helsetilsynet ber Fylkeslegene om å gjennomføre dette tilsynet i minst to kommuner innen tredje kvartal 2001.

8.1 Spørsmål til intervju

Det er ikke utarbeidet fullstendige intervju spørsmål for dette tilsynet. En god revisjon forutsetter at revisjonsteamet får god oversikt over tema og får integrert de problemstillingene det er viktig å belyse. Utarbeidelse av egne spørsmål bidrar til dette. Utarbeidelse av egne spørsmål bidrar i tillegg til å gi tilsynet en form som faller naturlig for revisjonsteamet.

Arbeidsgruppen har utarbeidet hovedspørsmål, noen aktuelle momenter til intervju, forslag til verifikasjoner og konstatering av avvik og merknader innenfor de tre hovedtemaene.

9. RAPPORTERING

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt Fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000.

I prosedyren står det under pkt 5.7.5: *Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områder der det ikke er påpekt avvik eller merknader.*

Rapportmalen skal revideres, men Helsetilsynet vil allerede nå komme med noen utdypninger. Helsetilsynet ber om at sammendraget i rapporten skal gi svar på de ni hovedspørsmålene som fremkommer som "kulepunkter" i kapittel 6.1, 6.2 og 6.3. Rapporten skal gjøre rede for hva man har sett på, og skal inneholde de observasjonene som bekrefter at virksomheten etterlever kravene, og de observasjoner som gir grunnlag for merknad og avvik. Rapporten skrives til den reviderte, men må også kunne forstås av allmennheten.

Kopi av rapporten og oversendelsesbrevet, varslingsbrevet og andre dokumenter som er nødvendige for å få oversikt over hele revisjonsprosessen skal sendes til Helsetilsynet. Tilsynsrapporten skal samtidig sendes Helsetilsynet til e-postadresse for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på

internett og på Losen, etatens intranett. Fylkeslegen har ansvar for å følge opp de påpekte avvik.

Helsetilsynet vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en felles rapport for det felles tilsynet.