

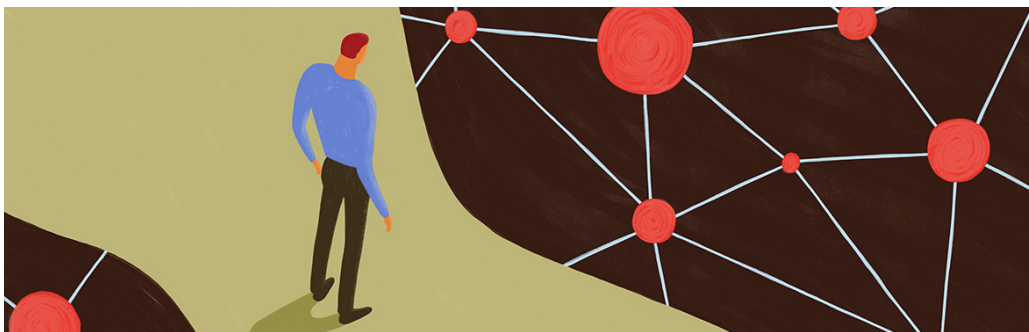
RAPPORT FRA HELSETILSYNET

Framleis tvil om tvang

Oppsummering av landsomfattande tilsyn
2020–21 med tvungen somatisk helsehjelp i
kommunale helse- og omsorgstenester

Rapport frå Helsetilsynet 1/2023

20.04.2023



I eit landsomfattande tilsyn i 2020-2021 undersøkte alle statsforvaltarane om pasientar som manglar evne til å samtykke og ikkje vil ta imot hjelp, får nødvendig helsehjelp; og at hjelpa så langt det er mogleg, blir gitt utan bruk av tvang. Tilsynet vart gjennomført i sjukeheimar og i heimebaserte tenester i totalt 55 kommunar. I denne rapporten oppsummerer Helsetilsynet resultata og gjer tilrådingar til kommunane om kontinuerleg forbetringsarbeid og om korleis dei skal sikre at pasientar blir sikra nødvendige helsefaglege vurderingar og helsehjelp.

ISBN 978-82-93595-52-6

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/framleis-tvil-om-tvang/>

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

2. Bakgrunnen for det landsomfattande tilsynet

I eit landsomfattande tilsyn fører alle statsforvaltarane tilsyn med same tenesteområde eller tema over eitt eller to år. Formålet er å bidra til forbetring i tenestene gjennom å undersøke tenestene og avdekke svikt, og å skape nasjonal merksemd om temaet. I 2020 og 2021 vart det gjennomført landsomfattande tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstenester. Til saman vart det gjennomført tilsynsaktivitetar i 55 kommunar.

2.1. Kva er tvang i somatisk helsehjelp?

Hovudregelen er at all helsehjelp berre kan givast med samtykke frå pasienten, med mindre det ligg føre lovheimel for å gi somatisk helsehjelp utan samtykke. Samtykkekompetansen kan bortfalle heilt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrringar, demenssjukdom eller psykisk utviklingshemming openbert ikkje er i stand til å forstå kva samtykket omfattar (pasient- og brukarrettslova § 4-3) (2).

Kapittel 4 A i pasient- og brukarrettslova (heretter forkorta til pbrl.) regulerer når helsepersonell har høve til å gjennomføre somatisk helsehjelp med tvang. Formålet med føresegnene er å yte nødvendig somatisk helsehjelp for å hindre vesentleg helseskade, og å førebygge og avgrense bruk av tvang. For å oppnå dette er det stilt særskilte vilkår for når tvungen helsehjelp kan gjennomførast, og det er stilt strenge krav til saksbehandlinga. Eksempel på tvang i samband med somatisk helsehjelp kan vere tvungen innlegging på sjukeheim, tvungen medisiner og at pasienten blir halden i samband med sårstell og personleg hygiene.

2.2. Kvifor tilsyn med tvang i somatisk helsehjelp?

Prioritering av tema for planlagde tilsyn skal bygge på ei vurdering av fare for svikt i tenestene. Område som er viktige for rettssikkerheita til enkeltmenneske der sannsynet for svikt er stort, der konsekvensane av svikt er alvorlege, eller der

dei som treng tenester, ikkje sjølv kan forventast å vareta egne interesser, skal prioriterast.

Personar med demenssjukdom og andre tilstandar som gir kognitiv svikt, inklusive personar med utviklingshemming, er grupper som oftast får vedtak om tvungen helsehjelp. Dette er generelt sårbare pasientgrupper. Mange av desse pasientane har redusert evne til å kommunisere, med påfølgjande risiko for ikkje å bli møtte ut frå egne interesser og behov. Samtidig er dei avhengige av dei som yter hjelpa.

Det å gi helsehjelp til personar som motset seg hjelpa, vil vere eit inngrep i sjølvråderetten deira, samtidig vil det å respektere motstand kunne føre til at pasienten ikkje får nødvendig helsehjelp. Avgjerder helsepersonell tar om å gi tvungen somatisk helsehjelp eller ikkje, kan få store konsekvensar for helsesituasjonen og livskvaliteten til den enkelte. I tillegg kan pasienten sin situasjon vere kompleks slik at vurderingane kan vere både fagleg og etisk utfordrande.

Pasientar som i liten grad er i stand til å vareta egne interesser i helsespørsmål, vil tilsvarande vere sårbare når det gjeld å nytte seg av retten til å klage. Av denne grunn er næraste pårørande til pasienten gitt klagerett på vedtak om tvungen somatisk helsehjelp.

Trass i ein jamn auke i talet på innkomne vedtak om tvungen helsehjelp (5250 vedtak i 2020 og 5642 i 2021), tar statsforvaltarane mot få klagar på vedtaka. Talet på innkomne klagesaker i 2021 var 30, mot 22 i 2020.

Tilsyn er eit viktig verkemiddel for å bidra til at leiinga i verksemda sikrar at helsepersonellet er førebudd på og har nok kunnskap til å handtere situasjonar der pasientar utan samtykkekompetanse motset seg helsehjelpa, og at ho følgjer med på at praksis er i tråd med krava.

2.3. Tidlegare tilsyn med tvang i somatisk helsehjelp

Tvungen helsehjelp til pasientar i sjukeheimar var tema for landsomfattande tilsyn i 2011 og 2012. Tilsynet undersøkte om pasientar som manglar evne til å gi samtykke og ikkje vil ta imot hjelp, får nødvendig og forsvarleg helsehjelp. Det vart gjennomført tilsyn med 103 kommunar. I 89 av dei undersøkte kommunane vart det påvist lovbrøt.

Tilsynet avdekte utstrekt bruk av tvang i strid med regelverket og at lovføresegnene ikkje var godt nok kjende og innarbeidde i praksis. Det vart også avdekt manglar i gjennomføring av opplæringstiltak, oversikt over tilsette sine opplæringsbehov og rapporteringsrutinar på området. Mange av dei undersøkte kommunane hadde store utfordringar med å sikre tilstrekkeleg styring og kontroll med bruk av tvungen helsehjelp til pasientar i sjukeheimar (1).

Statsforvaltarane gjennomfører tilsynsaktivitetar i tillegg til dei landsomfattande tilsyna. Mellom det landsomfattande tilsynet i 2011–12 og det aktuelle landsomfattande tilsynet, vart det gjennomført over 150 tilsynsaktivitetar (systemrevisjonar, sjølvmeldingstilsyn, stikkprøvar og andre former for tilsyn) som hadde tvang i somatisk helsehjelp etter kapittel 4 A i pasient- og brukarrettslova som tema. Etter det landsomfattande tilsynet i 2011 og 2012 har Helsetilsynet laga ein rettleiar for tilsyn med om kommunane gir nødvendig somatisk helsehjelp med tvang til pasientar som tar imot helsetenester i heimen (3).

I 2011–12 var pasient- og brukarrettslova relativt ny, ho tok til å gjelde i 2009. Eit nytt landsomfattande tilsyn med området er nyttig for å undersøke om lovverket som har eksistert i lengre tid, har hatt noko å seie for korleis det blir praktisert. Det sentrale er å undersøke om det har skjedd ei forbetring av praksis i tenestene gjennom at pasientane får nødvendig helsehjelp og tenestene unngår bruk av tvang gjennom tillitsskapande tiltak. Vidare at nødvendige helsefaglege vurderingar blir gjorde der tillitsskapande tiltak ikkje fører fram og at det blir fatta eit gyldig vedtak.

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

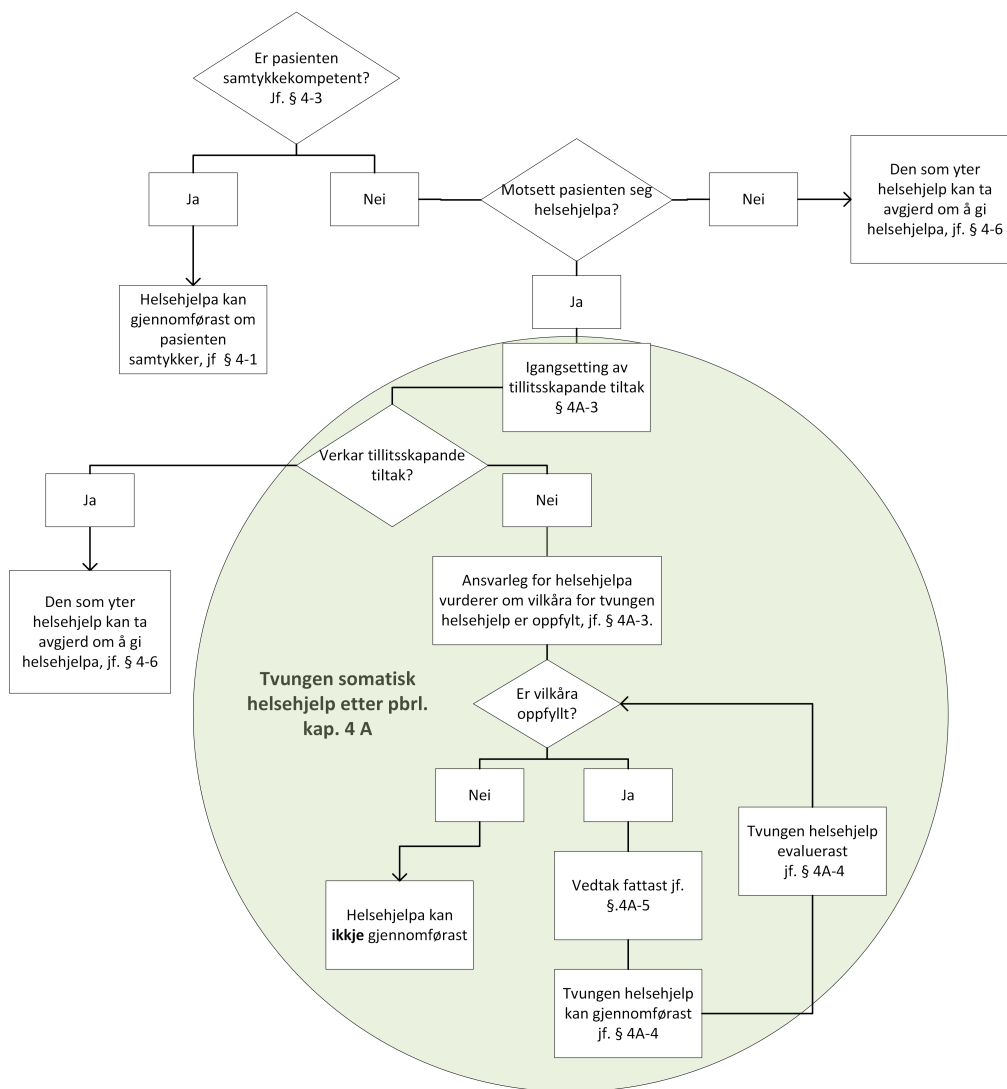
3. Kva tilsynet undersøkte

Statsforvaltarane har undersøkt om kommunen sørgjer for at pasientar som manglar samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelpa, får nødvendig helsehjelp, og at helsehjelpa så langt det er mogleg, blir gitt utan bruk av tvang.

Undersøkinga omfattar om kommunen gjennom styringssystemet sitt sikrar at:

1. Motstand frå pasientar mot helsehjelpa blir fanga opp.
2. Motstand frå pasientar blir følgt opp med tillitsskapande tiltak.
3. Samtykkekompetansen til pasientar blir vurdert, og den som er ansvarleg for helsehjelpa, vurderer om helsehjelpa skal gjennomførast med tvang.
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpande evaluert i gjennomføringsperioden.

Figur 1 gir ei meir detaljert framstilling av temaet for dette tilsynet og av kva for nokre delar som blir regulerte av pbrl. kapittel 4 A om tvungen somatisk helsehjelp.



Figur 1: Tvungen somatisk helsehjelp etter pbrl. kapittel 4 A

Figuren viser gangen i helsehjelp der pasientar motset seg helsehjelp og illustrerer skilnaden på om pasientar kan samtykke til helsehjelpa eller ikkje.

For pasientar som har samtykkekompetanse, viser figuren at pasienten kan motsette seg hjelpa og at helsepersonell ikkje kan gjennomføre hjelpa med tvang.

Pasientar som ikkje har samtykkekompetanse, har ikkje føresetnad for å forstå konsekvensar av å ikkje ta imot helsehjelpa. Figuren viser at helsepersonell først skal forsøke å få pasienten til å ta imot hjelpa gjennom tillitsskapande tiltak, og at det berre er aktuelt å vurdere vilkåra for å gi tvungen somatisk helsehjelp der tiltaka ikkje har effekt. Figuren viser vidare at ansvarleg for helsehjelpa skal fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp og evaluere helsehjelpa i vedtaksperioden.

3.1. Kva for nokre tenester vart det ført tilsyn med?

Tilsynet har omfatta tvungen helsehjelp i sjukeheimar og helsehjelp som blir gitt i pasienten sin heim. Tilsynet med tvungen helsehjelp i sjukeheimar gjeld alle former for opphald, langtidsopphald, korttidsopphald og avlastingsopphald i sjukeheim. Heimebaserte tenester omfattar helsetenester som kommunen yter i pasienten sin eigen bustad, anten det er snakk om omsorgsbustader, bufellesskap eller i den opphavlege bustaden til pasienten.

Statsforvaltarane avgjer kva for nokre kommunar det skal førast tilsyn med, inkludert om tilsynet skal gjennomførast i sjukeheimar og/eller heimebaserte tenester. I nokre av tilsyna hadde statsforvaltaren avgrensa tilsynet til å gjelde berre ein del av tenesta, for eksempel heimetenester gitt i kommunen sine omsorgsbustader, eller sjukeheimsavdelingar spesielt meinte for pasientar med demens.

3.2. Metodiske vurderingar

Kommunane og tenestene som er omfatta av dette landsomfattande tilsynet, er valde ut av statsforvaltarane blant anna på bakgrunn av lokal kunnskap og vurderingar av risiko for svikt på det aktuelle tenesteområdet. Det er med andre ord ikkje eit tilfeldig utval kommunar som har blitt undersøkte. Derfor kan ein gå ut frå at eit skeivt utval kan påverke funna i denne oppsummeringa. Dette kan innebære at tilsynsorgana har avdekt meir svikt enn om utvalet av kommunar hadde vore tilfeldig. Funna i denne rapporten gir ikkje nødvendigvis eit representativt bilde av forholda på landsbasis.

Framstillinga i rapporten gir likevel eit bilde av funn på undersøkingstidspunktet i dei aktuelle kommunane. Det er grunn til å rekne med at utvalet er stort nok til å gi inntrykk av dei utfordringane som tenestene og kommunane opplever i praktiseringa av det aktuelle lovverket.

Vidare er det viktig å merke seg at kvar tilsynsrapport er ei oppsummering av det aktuelle tilsynet. Rapportane beskriv dei viktigaste funna i tilsynet.

I denne oppsummeringa bruker vi sitat frå tilsynsrapportane for å illustrere typiske funn. Nokre av sitata har blitt lettare omarbeidde for at samanhengen skal kome tydelegare fram.

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

4. Gjennomføring av tilsynet

Helsetilsynet utarbeidde ein rettleiar for tilsynet. Rettleiaren gir detaljert informasjon til statsforvaltarane om det aktuelle lovgrunnlaget for tilsynet, kva som skal undersøkast i samband med tilsynet sine undersøkingssområde og om dei aktuelle tilsynsmetodane. Rettleiaren gir også praktisk rettleiing i korleis statsforvaltarane skal planlegge og gjennomføre tilsynet (4).

4.1. Ulike tilsynsaktivitetar skal legge til rette for samarbeid og læring

Det landsomfattande tilsynet vart gjennomført med systemrevisjon og eigenvurdering som metodar.

Systemrevisjon er ein tilsynsmetode som eignar seg godt til å undersøke arbeidet kommunane gjer med systematisk styring og kvalitetsforbetring. Metoden tar utgangspunkt i plikta helse- og omsorgstenesta har til å styre verksemda slik at pasientane får forsvarlege tenester. Det er utarbeidd ein eigen rettleiar for tilsyn utført som systemrevisjon (5).

Under ein systemrevisjon hentar tilsynsorgana inn opplysningar frå fleire kjelder, som interne dokument og rutinar, intervju med leiarar, tilsette, pasientar, gjennomgang av journalar og fysiske synfaringar. Funn frå desse undersøkingane blir vurderte opp mot krava revisjonen undersøker. Etter tilsynet blir funna beskrivne i ein rapport. Dersom tilsynsorganet finn lovbrøt, må tenesta endre praksisen som førte til svikt. Statsforvaltar følgjer med på at tenesta gjer nødvendige forbetringar slik at tenesta blir driven i samsvar med lovgivinga, og tilsynet kan avsluttast.

Ved *eigenvurdering* er det kommunane som gjennomfører undersøkingane, basert på detaljert rettleiing frå tilsynsorgana. Statsforvaltaren inviterte minimum tre kommunar til eigenvurdering. Det vart lagt opp til frivillige samlingar både for kommunar der det vart gjennomført systemrevisjon, og for dei som gjennomførte eigenvurdering.

Kommunar som gjennomførte eigenvurdering, gav tilbakemelding om at eigenvurdering var arbeidskrevjande, men nyttig å gjennomføre. Positive erfaringar inkluderte auka oppleving av eigarskap til funna, og at forbetringsarbeidet kunne starte tidlegare.

Målet med å kombinere tilsynsaktivitetar med samlingar for rettleiing og oppfølging var at dette skulle bidra til auka kunnskap og erfaring om forbetringsarbeid, og legge til rette for samarbeid mellom kommunar på området.

Statsforvaltarane varsla om temaet for tilsynet til alle sine kommunar og sende samtidig over tilsynsrettleiaren. Målet var å få merksemd om temaet og at det vart sett i verk forbetringsarbeid i kommunane uavhengig av om dei vart plukka ut for tilsyn eller ikkje.

Tabell 1: To metodar for gjennomføring av det landsomfattande tilsynet: systemrevisjon og eigenvurdering

Systemrevisjon	Eigenvurdering
----------------	----------------

Systemrevisjon	Eigenvurdering
• Statsforvaltaren gjennomfører tilsyn med kommunen • Metoden er beskriven i rettleiar utarbeidd av Helsetilsynet • Statsforvaltarane undersøkte gjennomsnittleg 20 journalar per tilsyn, og typisk journalar for pasientar med vedtak etter pbrl. kapittel 4 A, pasientar med kognitiv svikt eller pasientar frå eigne skjerma einingar. • Etter tilsynet blir funna beskrivne i ein rapport. Dersom tilsynsorganet finn lovbrøt, følgjer statsforvaltaren dette opp med kommunen inntil forholda har blitt retta og tilsynet kan avsluttast. • Det vart gjennomført totalt 30 systemrevisjonar.	• Kommunen gjennomfører tilsynet sjølv • Metoden er beskriven i rettleiaren til det landsomfattande tilsynet, utarbeidd av Helsetilsynet • Kommunane har gått gjennom eit utval dokument i samband med eigenvurdering. Alle kommunar skulle blant anna gå gjennom 15 journalar for pasientar som ikkje har vedtak om tvungen helsehjelp og alle journalar for dei pasientane som har eller har hatt vedtak om tvungen helsehjelp det siste året. ◦ Kommunen vurderer om eigen praksis er i tråd med krava eller ikkje, og utformar ein handlingsplan for retting • Det vart gjennomført totalt 27 eigenvurderingar.

Samlingar i fram- og etterkant av tilsynet

- Minst éin av kommunane der det vart gjennomført systemrevisjon per statsforvaltarembete, og alle kommunane som gjennomførte eigenvurdering, vart inviterte til frivillige samlingar i fram- og etterkant av tilsynet.

Se tabell i fullskjerm

4.2. Brukarinvolvering i tilsynet

Brukarane sine erfaringar med tenestene er ein sentral del av kunnskapen i tilsynsarbeidet. Erfaringane har betydning for at tilsynet blir relevant og bidreg til forbetring.

Rettleiaren spesifiserte at det skulle gjennomførast samtalar med pasientar i kvart tilsyn. Eit fleirtal av tilsyna har gjennomført samtalar med eit utval pårørande eller pasientar i samband med systemrevisjonane. Det har vore gjennomført fleire samtalar med pårørande enn med pasientar. Ei grunngiving har vore at covid-19-pandemien har gjort at samtalar har blitt gjennomført digitalt snarare enn ved fysisk oppmøte, og at statsforvaltarar i ein del av tilsyna vurderte at det var lite gjennomførbart å ha digitale samtalar med dei aktuelle pasientane.

Pårørande har etter pbrl. §§ 4A-5 – 4A-7 konkrete roller i situasjonar der tvungen helsehjelp blir vurdert. Helsepersonell skal så langt det er mogleg, hente inn informasjon frå dei næraste pårørande til pasienten om kva pasienten ville ha ønskt, før ei avgjerd om tvungen helsehjelp blir tatt. Næraste pårørande skal bli orienterte om vedtaket og har rett til å klage. Pårørande er viktige informantar for helsetenesta når det kjem til pasienten sine ønske og haldningar, og informasjon om korleis tvang kan førebyggast for den enkelte pasienten. Inntrykket pårørande har av tenestene og deira oppleving av om dei blir involverte, er dermed viktig informasjon for tilsynet.

4.3. Tilsyn under covid-19 pandemien

Omtrent samtidig som rettleiaren for det landsomfattande tilsynet var ferdig, fekk Noreg sitt første tilfelle av smitte med covid-19-viruset. Det at helsetenestene stod i store utfordringar knytte til handtering av pandemien og at fleire av tiltaka som vart innførte, retta seg mot sjukeheimar og heimetenester, gjorde det vanskeleg å gjennomføre det landsomfattande tilsynet som planlagt.

På grunn av pandemien vart dette tilsynet utvida til å gjelde også for 2021. Det vart gitt høg prioritet trass i den vanskelege ressursituasjonen som pandemien skapte. Helsetilsynet sende ut eit vedlegg til rettleiaren med praktisk informasjon om korleis statsforvaltarane kunne tilpasse tilsynet i pandemisituasjonen.

Sjølv om det landsomfattande tilsynet fekk høg prioritet, hadde pandemien konsekvensar for gjennomføringa. Tilsyna vart i nokre tilfelle gjennomførte på ein annan måte enn det som var opphavleg planlagt, med tilsynslaget mindre fysisk til stades i tenesta enn det som elles er vanleg. Auka bruk av digitale kommunikasjonsløysingar og avgrensa tal på medarbeidarar som fysisk deltok på sjølve tilsynsbesøket, var typiske tilpassingar som statsforvaltarane gjennomførte. I nokre tilfelle vart møte og intervju gjennomførte digitalt, mens journalgjennomgang vart gjennomført i tilgjengelege kommunale lokale slik at sjansen for å bringe smitte til sjukeheimar eller bustader vart redusert.

Det vart nødvendig å redusere omfanget av planlagde samlingar med kommunane i framkant og i etterkant av gjennomførte tilsyn og eigenvurderingar, og det vart gjennomført færre tilsynsaktivitetar enn opphavleg planlagt på grunn av pandemien. Samla for alle statsforvaltarane var det eit minimumskrav om 40 systemrevisjonar og 33 eigenvurderingar. Det vart gjennomført 30 systemrevisjonar og 27 eigenvurderingar.

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

5. Funn

I tilsyn utført som systemrevisjon blir det undersøkt om kvalitet og pasient- og brukarsikkerheit er resultatet av systematisk styring. Konklusjonar om lovbrøt i tilsyna vil derfor normalt underbyggast både med relevante styringsmanglar og manglar av meir fagleg og praksisnær karakter. Presentasjonen av funna i dette kapittelet startar med praksisnære funn som omhandlar brøt på krav i pbrl. kap. 4 A. (pkt. 5.1 til 5.5). Siste halvdel (pkt. 5.6 til 5.10) omhandlar mangelfull styring på dette området. Funna er illustrerte med eksempel frå tilsynsrapportane. Kommentrane frå Helsetilsynet til funna står i kapittel 6.

Det vart konkludert med lovbrøt i 19 av 30 gjennomførte systemrevisjonar. Av dei kommunane der det har blitt konkludert med lovbrøt, har 16 sjukeheimar og 6 heimetenester vore del av tilsynet.

Når det gjeld gjennomførte eigenvurderingar, vil funn frå desse sporadisk visast til her. Det er viktig å påpeike at formålet med eigenvurdering i første rekke er å setje i gang eit forbetningsarbeid i kommunen, sjå også tabell 1 i rapporten. Fleire av kommunane som gjennomførte eigenvurdering, kommenterte at det hadde vore relativt lett å identifisere risikoområde, men vanskeleg å vite om dei utfordringane som vart identifiserte, kvalifiserte til lovbrøt eller ikkje. Fleirtalet av kommunane utarbeidde likevel ein handlingsplan for å rette opp i risikoområde dei avdekte i eigenvurderinga.

5.1. Motstand frå pasientar mot helsehjelpa blir ikkje alltid fanga opp

God praksis er å legge hjelpa til rette individuelt ut frå pasienten sine behov og ønske. Det krev at det er lagt til rette for at helsepersonellet blir godt kjent med pasientane. Hovudregelen er at all helsehjelp er frivillig og baserer seg på samtykke frå pasienten. For å sikre at helsehjelpa er frivillig, er det ein føresetnad at personalet fangar opp motstand frå pasientane.

Statsforvaltarane sine undersøkingar viste at det stort sett var kjent at motstand kan uttrykkast på ulike måtar hos pasientane, men dei fann også eksempel på at det var uvisse knytt til kva som skulle reknast som motstand. Vidare vart det

avdekt manglande eller tilfeldig dokumentasjon av motstand og få faste møtepunkt der tilsette kunne dele erfaringar. Samla utgjør slike forhold ein risiko for at motstanden ikkje blir fanga opp og følgt opp av dei tilsette.

«[...] ansatte gjorde etiske refleksjoner løpende i hverdagen. Men dette var imidlertid ikke satt i system, og det ble opp til den enkelte ansatte på jobb å definere hva motstand er. Ved journalgjennomgangen fremkom det flere eksempler på situasjoner som tyder på motstand, men det gjenfinnes ikke vurderinger i journal om dette skal tas videre.»

Tilsynet fann også eksempel på god praksis der motstand vart dokumentert i pasientjournalssystemet og rapportar, og diskutert i personalgruppa i gruppemøte og tverrfaglege møte. Slik praksis legg til rette for informasjonsutveksling mellom dei tilsette, slik at vidare oppfølging kan bli vurdert.

5.2. Motstand blir følgd opp med tillitsskapande tiltak, men sjeldan systematisk

Når motstand er identifisert, skal helsepersonell følgje opp denne ved å setje i verk systematiske tiltak for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpa, såkalla tillitsskapande tiltak. Formålet med slike tiltak er å førebygge og redusere bruk av tvang i gjennomføring av helsehjelp. Før tvungen helsehjelp kan gjennomførast, er det derfor eit vilkår at tillitsskapande tiltak skal vere forsøkt (jf. pbrl. § 4A-3, første ledd).

Tilsynsrapportane beskriv eit breitt spekter av tillitsskapande tiltak, som for eksempel å vente med å gjennomføre helsehjelpa, byte av personale, samarbeid med pårørende, motiveringsarbeid, musikkbasert miljøbehandling og andre miljøterapeutiske tiltak.

Eit relativt hyppig funn i både tilsynsrapportane og eigenvurderingane er likevel at tillitsskapande tiltak ikkje er systematisk utprøvd. Det kan for eksempel handle om at det ikkje er beskrive for dei tilsette korleis tiltaka skal gjennomførast, inkludert korleis observasjonar av verknaden tiltaka har, skal dokumenterast i pasientjournalen. Dette kan bidra til at opplysningar om kva for tiltak som er forsøkte, inkludert om tiltaka førte til at pasienten tok imot hjelpa frivillig, ikkje blir gjort kjende for anna helsepersonell eller ansvarleg for helsehjelpa.

«[...] Der tiltak brukes over tid, er det ingen systematisk evaluering og korrigerings av tiltakene. Denne praksisen innebærer en risiko for at tillitsskapande tiltak blir brukt for lenge og dermed i realiteten blir en omgåelse av tvangsbruk.»

«Tilsynet fant at tillitsskapende tiltak ble dokumentert i journal, men det fremsto noe sporadisk og usystematisk [...]. Tilsynet fant lite dokumentasjon i journal for vurdering av hvor lenge man skal jobbe med tillitsskapende tiltak før situasjonen skal tas videre og vedtak vurderes.»

Verknaden av tillitsskapande tiltak må følgjast tett og fortløpande bli evaluert. Ein sentral del av ei systematisk oppfølging av slike tiltak, er at det er tydeleg for involvert helsepersonell korleis informasjon blir formidla og at dei veit kven som er ansvarleg for helsehjelpa. Den ansvarlege for helsehjelpa må blant anna vurdere kva konsekvensar det har for pasienten om helsehjelp ikkje blir gitt, og i så fall kor lenge det er forsvarleg at helsehjelpa ikkje blir gitt.

I enkelte tilsyn vart manglande systematisk arbeid med og dokumentasjon av tillitsskapande tiltak sett i samanheng med låg bemanning:

«Flere av de ansatte opplevde at det tidvis var utilstrekkelig bemanning ved demensenheten. Og at dette gjorde det krevende å jobbe systematisk med tillitsskapende tiltak for den enkelte pasient, på grunn av stadige samtidighetskonflikter mellom pasienter med omfattende omsorgsbehov og adferdsproblematikk.»

5.3. Manglande vurdering av samtykkekompetanse

Alt helsepersonell skal vere merksam på om helsehjelpa blir tatt imot frivillig og skal ha kunnskap om når vurdering av samtykkekompetanse er nødvendig. Sjølv vurderinga tar normalt den som er ansvarleg for helsehjelpa. På sjukeheim vil det vere den som er utpeikt til å ha dette ansvaret, mens det for heimebaserte tenester ofte vil vere fastlegen til pasienten. Behovet for å vurdere samtykkekompetansen til pasientar blir aktualisert dersom pasienten motset seg nødvendig helsehjelp.

Sjølv om motstand blir fanga opp og dokumentert i pasientjournalen, avdekte tilsynet at motstanden ikkje alltid vart følgd opp med ei vurdering av samtykkekompetansen til pasienten. I slike tilfelle manglar helsepersonellet ein vesentleg informasjon om pasienten og står i fare for å utøve ulovleg tvang overfor pasienten og/eller ikkje gi pasienten nødvendig helsehjelp.

«Gjennomgang av journaler viser [...] tilfeller der pasienter yter motstand og forsøket på å gi helsehjelp blir avsluttet, uten at det blir vurdert om pasienten mangler samtykkekompetanse og om motstanden kan respekteres. Det blir ikke gjort en vurdering av om helsehjelpen er nødvendig og hva som risikeres ved ikke å gi helsehjelpen.»

Fleire av tilsynsrapportane nemner uklare ansvarsforhold som ein faktor som kan føre til at samtykkekompetansen til pasienten ikkje blir vurdert eller at det ikkje blir vurdert om helsehjelpa bør givast med tvang eller ikkje:

«Det er ikke klart hvem som kan fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp, og det er heller ikke klart for alle ansatte hvem som kan vurdere pasienters samtykkekompetanse til helsehjelp.»

5.4. Vedtak om tvungen helsehjelp blir ikkje alltid evaluert

Tvungen helsehjelp skal evaluerast fortløpande og avbrytast straks vilkåra ikkje lenger er oppfylte. Det skal i evalueringa leggjast vekt på om helsehjelpa viser seg å ha ønskt verknad, eller har uføresette negative verknader for pasienten. For å kunne gjere ei vurdering vil det ofte føresetje eit samarbeid mellom ansvarleg for helsehjelpa og helsepersonell som yter helsehjelpa.

Av dei fire undersøkingsområda for tilsynet var det dette punktet det var knytt færrast funn til. Dette kan ha samanheng med at det i fleire tilfelle var fatta få eller ingen tvangsvedtak på tilsynstidspunktet.

Likevel var det eit gjennomgåande funn i systemrevisjonane at evalueringa av vedtak ofte vart vurdert som lite systematisk, eller at tilsynet ikkje fann det sannsynleg at vedtaka vart regelmessig evaluerte. Eksempel frå tilsynsrapportar som viste dette:

«Det var ikke beskrevet noen rutine for evaluering av vedtak i vedtaksperioden, med unntak av da det skulle sendes oppdaterte opplysninger til Statsforvalteren etter 3 måneder. [...] Tilsynet fant ikke spor av evaluering av vedtak i de journaler som ble gjennomgått under tilsynet. Det var meldt behov for refleksjonsgrupper, uten at dette er etablert.»

«[...] en kultur hvor tvangstiltak (i form av for eksempel kamera og sengehest) tas i bruk, men evalueres sjeldent skriftlig i journal fra dato for innførelse frem til dato for vedtakets slutt. Det er heller ikke kjent for involvert personell hvem som har ansvar for at en slik evaluering blir gjennomført, da det ikke er definert i personalgruppen.»

Men det var også eksempel på tenester med klare rutinar for evaluering av tvangsvedtak, eller at eksisterande vedtak vart evaluert:

«Alle vedtakene hvor helsehjelpen gis med tvang er evaluert [...] og evalueringen er utført i henhold til det aktuelle regelverket og sendt til Statsforvalteren.»

Eit fleirtal av eigenvurderingane konkluderte med at kommunen sin praksis var i tråd med lovkravet på dette området. Nokre påpeikte likevel at det hadde vore lite grunnlag å konkludere på, då kommunen hadde få vedtak. Fleire av eigenvurderingane kommenterte at det mangla system for systematisk evaluering av vedtaka, sjølv om innhaldet i vedtak vart diskutert i rapport og på gruppemøte.

5.5. Tvang i strid med lova

Tilsynet viser at helsepersonellet har stort fokus på å unngå bruk tvang gjennom å setje i verk tillitsskapande tiltak. Samtidig blir det avdekt uvisse rundt kva som blir rekna som tvang. Ei slik uvisse kan medføre ein risiko for at uheimla tvang skjer.

Nokre av tilsyna, både eigenvurderingar og systemrevisjonar, gir fleire eksempel på at det har førekome bruk av tvang i strid med lovføresegnene.

«I intervju fremgår det [...] at enkelte kan motsette seg stell og at det kan skje at stell gjennomføres med tvang uten at det foreligger gjeldende vedtak.»

«I intervju kommer det frem at en pasient motsetter seg inngrep i kroppen i form av PEG. Pasienten drar sonden ut og personalet setter den inn mot pasientens vilje. Det foreligger ikke vedtak på verken bruk av PEG eller skjult medisinerings gjennom sonden.»

Det vart også rapportert om at dei tilsette si oppfatning av at tvang er noko ein må unngå så langt som mogleg, førte til risiko for at nødvendig helsehjelp ikkje vart gitt:

«I intervju blei det gitt døme på at pasientar kan ha fått utsett nødvendig helsehjelp fordi helsepersonell vegra seg for å bruke tvang, eller at nødvendig helsehjelp til slutt blei gitt med tvang utan at det var gjort vedtak om dette.»

Tilbakehalding av pasientar kan berre skje i helseinstitusjon. Tilsynet finn manglande kunnskap hos helsepersonell om at pasientar ikkje kan haldast tilbake i eigen heim – eigen opphavleg heim, omsorgsbustad eller bufellesskap. Det er særleg tydeleg kor uklart det er, der ulike avdelingar har ulik status, dvs. at det berre er nokre av avdelingane som er definerte som helseinstitusjon:

«Ved at kommunen har organisert seg på en måte med flere avdelinger som ikke er definert som helseinstitusjon, uten at det er vurdert at pasienter i heldøgns omsorgsbolig ikke kan tilbakeholdes i eget hjem, er det en risiko for at pasienter kan bli tilbakeholdt uten at det er lovhjemmel for det.»

«På [navn på tilsynsobjekt] er det både institusjonsplassar og omsorgsbustader. Dette kan lett skapa nokon uklarheiter då det ikkje er tydeleg for helsepersonell at det er ulikt lovverk for desse pasientgruppene. Eit døme kan vera at kapittel 4 A ikkje heimlar høve for innlegging eller tilbakehalding i omsorgsbustader, men berre i helseinstitusjonar.»

Tilsynet fann også eksempel på at regelverket rundt tilbakehalding vart misforstått. Vedtak om helsehjelp som omfattar tilbakehalding, må treffast for den enkelte bebuaren:

«Tilsynet har funnet det dokumentert i journal og i intervju med ansatte at døra til demensavdelingen [...] i perioder har vært låst. I avviksmeldinger var det også oppgitt «låst dør» i flere tilfeller. Gjennom intervju og i møtereferat fra avdelingsmøte var hjemmelen for dette oppgitt å være helsepersonelloven § 7 og/eller nødrett. Dette til tross for at problematikken har vært vedvarende.»

5.6. Utydelige styringslinjer fører til svikt i tenestene

For å kunne styre ei teneste på ein god og forsvarleg måte, er det ein føresetnad at myndigheit, ansvar og oppgåver er tydeleg plasserte. Det er eit gjennomgåande funn i tilsyna utførte som systemrevisjon, at kommunen mangla tydelege styringslinjer. Ansvar og oppgåver for tvang etter pbrl. kapittel 4 A var ikkje fordelte, eller ansvaret var fordelt på fleire roller slik at det vart uklart kvar ansvaret eigentleg var plassert. I nokre tilsyn var ansvaret uklart beskrive i kommunen sine rutinar, mens det i andre tilfelle var beskrive, men ikkje kjent for tilsette.

«Leiinga følger ikkje med på at iverksette tiltak har tilstrekkeleg effekt og at tiltaka blir følgt i praksis. Til dømes finn vi ikkje dokumentert at det er gjort ei helsefagleg evaluering av effekten av tillitsskapande tiltak. Vi fann det ikkje tydeleggjort kven som har ansvaret for å ta avgjerder om tillitsskapande tiltak, følgje opp og evaluere tiltaka, eller at dette ansvaret er kjent for involvert helsepersonell.»

Det skal vere god styring på tenestestaden, både i den heimebaserte tenesta og ved den enkelte sjukeheimen. I tillegg skal det også vere utpekt ein med overordna fagleg ansvar for tvungen somatisk helsehjelp. Den som er utpekt, har ei viktig rolle i å ha oversikt over og kontroll med tvungen somatisk helsehjelp i kommunen. I tilsynet vart det avdekt at det ikkje var oppnemnt, mangla informasjon om, eller var uklart kven som var overordna fagleg ansvarleg i kommunen:

«De ansatte var ikkje kjent med hvem som var overordnet faglig ansvarlig, og det var uklart om kommunen har utpekt en overordnet faglig ansvarlig. I utkast til prosedyre står det at kommuneoverlegen er overordnet faglig ansvarlig, men dette var ukjent for kommuneoverlegen.»

5.7. Kommunane sikrar ikkje at helsepersonell har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp

Eit vesentleg tiltak for å trygge personellet i å ta vanskelege vurderingar og avgjerder, er å auke kompetansen og kunnskapen hos dei tilsette. Opplæring og rettleiing må vere tilpassa den enkelte sitt ansvarsområde. Eit fleirtal av

tilsynsrapportane viste til at tilsette fekk opplæring via e-læringskurs. Det varierte likevel i kva grad tilsette fekk andre typar opplæring, om opplæringa var obligatorisk eller frivillig, om det var forventa at også ekstravakter, nattevakter og tilsette med låg stillingsprosent skulle delta, og om kurs vart tilbydd i arbeidstida. Variasjonen omfatta også om leiinga heldt oversikt over delen tilsette som gjennomførte kurs, og det vart avdekt manglar i korleis det vart følgt med på om gitt opplæring og rettleiing var tilstrekkeleg:

«Det er utarbeidet en rutine Opplæring i kap. 4A der det er opplistet hvilke kurs i Veilederen.no knyttet til temaet som skal gjennomføres. Det er imidlertid uklart for de ansatte om kursene er obligatoriske. Intervjuene avdekker at kunnskapsnivået om kap. 4A er mangelfullt i alle ledd. Dette har ikke ledere/fagutvikler fanget opp.»

I intervju kjem det fram at fleire vegrar seg for å fatte vedtak, då dei meiner dei ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring til dette.

«Statsforvalteren mener at det er svært viktig og helt sentralt at regelverket er kjent og etterlevd for at det skal virke etter sin hensikt. Da er det ikke sikkert at det er tilstrekkelig med e-læring og sporadisk undervisning. For å få dette til må reglene om tvungen helsehjelp bli arbeidet med, øvd på, benyttet og vedlikeholdt. Det er særlig viktig at lederne kan reglene godt, slik at de kan trygge sine medarbeidere i de situasjonene de står i. [...]»

I fleire av eigenvurderingane hadde også kommunane sjølv reflektert rundt eigne behov for ytterlegare opplæringstiltak, særleg knytt til systematisk arbeid med opplæring og kompetanse.

5.8. Manglande tilrettelegging for felles praksis

Tiltak for å sikre felles praksis kan vere felles rutinar, etablering av møtearenaer og faglege refleksjonsgrupper. Fleire av tilsynsrapportane kommenterer likevel at det er mangelfullt tilrettelagt for felles praksis i tenestene.

«Kommunen har ikke rutiner for hvordan pasienters motstand mot helsehjelp skal dokumenteres og følges opp. Det er manglende journalføring av vurderinger om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.»

«De ansatte ved demensavdelingen har ikke lenger faste refleksjonsgrupper, og det er kun sykepleierne som har faste fagdager. Utover dette er det personalmøter. Flere av de ansatte savner tid til refleksjonsmøter.»

Tilsynet fann også eksempel på tenester der det var lagt til rette for å diskutere tvungen somatisk helsehjelp og problemstillingar knytte til dette:

«[...] det er kultur for å drøfte problemstillinger i det daglige som omhandler tvangsbruk. Det er også satt av god tid til vaktskifte (30 minutter), noe som gjør at de ansatte får gode rammer for å kunne drøfte problemstillinger som har oppstått hos enkeltpasienter.»

Mange av systemrevisjonsrapportane melder om godt samarbeid mellom helsepersonell, men at dette ofte ikkje er tilstrekkeleg formalisert. Informasjonsutveksling skjer typisk på korte overlapp utan at det er etablert ein praksis for at helsehjelp gitt med tvang skal vere tema når dette er relevant og nødvendig.

5.9. Kommunane manglar oversikt over risikoområde

Det er stor variasjon i korleis kommunane bruker informasjon frå journalføring, vedtak, informasjon frå avdelingsmøte og liknande i systematisk arbeid med kvalitetsforbetring. Mange av tilsynsrapportane presiserer at kommunen ikkje har gjennomført noka risiko- og sårbarheitsvurdering på område knytte til tvungen somatisk helsehjelp. Berre eit fåtal rapportar nemner eksplisitt at ein slik analyse har blitt gjennomført. Fleire av eigenvurderingane beskriv også at kommunen ikkje har gjennomført nokon overordna risikoanalyse på området.

Ei anna kjelde til forbetningsarbeid og oversikt over risiko kan vere kommunen sitt avvikssystem. Dette føreset at avvikssystemet blir brukt aktivt av dei tilsette og at avvika blir følgde opp. I fleire av tilsyna blir det kommentert at kommunen har eit avvikssystem som dei tilsette er kjende med og som blir følgt opp av leiinga. Det er likevel også tilsyn som kommenterer veikskapar i kommunen sitt avvikssystem, anten i form av at tilsette ikkje har fått opplæring i bruk av systemet, inga felles forståing av kva som skal meldast inn eller manglande tillit til at avvikssystemet blir følgt opp:

«I intervjuene kommer det frem at de ansatte er uenig om terskel for å melde avvik. [...] De som melder avvik, har tidligere opplevd at de i liten grad har fått tilbakemelding på avviksmeldinger.»

«Avvik som meldes for den enkelte bruker i Profil og avvik som meldes i Compilo blir ikke fulgt opp og vurdert i forhold til behov for tvangsvedtak. Det var flere avvik registrert i Compilo som omhandlet at pasienter hadde forlatt sykehjemmet og blitt funnet andre steder utenfor sykehjemmet. Andre avvik handlet om at dør inn til demensavdelingen hadde vært låst. Det fremstår noe uklart hvordan disse avvikene er fulgt opp av ledelsen. Det gis ikke tilbakemelding til melderene på de avvik som meldes.»

5.10. Informasjon frå pårørande blir ikkje brukt systematisk

For pasientar som manglar samtykkekompetanse til helsehjelp, er samarbeid med næraste pårørande svært viktig for å kunne vite korleis tenestene skal planleggast, gjennomførast, evaluerast og korrigerast. Næraste pårørande kan for eksempel bidra med informasjon der personellet er i tvil om pasienten motset seg helsehjelpa, og til å velje dei tillitsskapande tiltaka som har best effekt.

Fleire tilsynsrapportar beskriv at det er pårørandekontakt, men at denne ikkje blir brukt systematisk eller er i samsvar med lovkrava: «Pårørande informerer gjennom intervju at de har kommet med flere forslag på tiltak som personalet kan forsøke, for å unngå å bruke tvang. Disse forslagene er lite kjent og ikke dokumentert i journal.»

Nokre av tilsynsrapportane beskriv funn knytte til i kva grad pårørande får høve til å medverke ved utarbeiding av tvangsvedtak eller om kunnskapen pårørande har, blir henta inn i samband med utarbeiding av eventuelle tillitsskapande tiltak:

«Verksemda har ikkje rutinar for samarbeid og utveksling av informasjon med pårørande for å få avklart om pasienten motsett seg helsehjelpa. [...] Det er døme på at pårørande ikkje har vært kontakta i samband med utarbeiding av tvangsvedtak. Pårørande veit ikkje alltid kven som er primærkontakt.»

«Flere av de pårørande informerte om at det ikke var regelmessig kontakt med sykehjemmet. Initiativet til kontakt ble i stor grad gjort av pårørande.»

Tilsynsrapportane inneheld likevel også eksempel på at pårørandemedverknaden blir oppfatta som god, særleg i samband med innkomst, der pårørande ofte blir inviterte til å gi informasjon om pasienten gjennom eigne system for innkomstsamtale, minnebok osv.:

«Det er et godt samarbeide med pårørande slik at personalet har hatt anledning til å bli kjent med pasienten som flytter inn på sykehjemmet.»

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

6. Oppsummering og tilrådingar frå Helsetilsynet

I dette kapitlet oppsummerer Helsetilsynet funna som vart beskrivne i kapittel 4, og kjem med nokre tilrådingar til kommunane. Det landsomfattande tilsynet har gitt oss kunnskap om kommunen sitt arbeid med tvungen somatisk helsehjelp i heimebaserte tenester og sjukeheimar. Sjølv om dei undersøkte kommunane er valde ut frå ei risikovurdering og funna ikkje er representative for heile landet, dannar dei samla sett eit bilde som er urovekkande.

Det er bekymringsfullt at tilsynet finn manglar på kvart av undersøkingsområda for tilsynet, og vi ser at mange av dei funna som er avdekte, er samanfallande med funn frå det landsomfattande tilsynet som vart gjennomført i 2011–2012 om tvungen somatisk helsehjelp i sjukeheimar. Den gongen vart funna sette i samanheng med at undersøkingane vart gjennomførte på eit område med eit relativt nytt regelverk som framleis ikkje var godt innarbeidd. Sett i lys av funna frå evaluering av føresegnene om tvungen somatisk helsehjelp i 2013 (6), og funn frå dei enkeltvise tilsyna statsforvaltarane har gjennomført, synest det å vere ei grunnleggande utfordring å setje i verk dette regelverket i tenestene.

6.1. Kommunen må sikre at tilsette har kunnskap og kompetanse om innhaldet i, og reguleringa av, tvungen somatisk helsehjelp

Tilsynet har avdekt at reguleringa av tvungen somatisk helsehjelp ikkje er tilstrekkeleg kjend, og at det er behov for auka kunnskap og kompetanse om fleire tema innanfor feltet. Helsetilsynet er bekymra for konsekvensane av den usikkerheita som ein del helsepersonell har om sentrale tema i regelverket. Usikkerheita medfører ein risiko for ulovleg bruk av tvang, noko som bryt med pasienten si rettssikkerheit og autonomi. Samtidig kan usikkerheita resultere i at helsepersonellet unnlèt å gi nødvendig helsehjelp til pasientar som viser motstand eller som ikkje er i stand til å ta eit val om dei skal ta imot helsehjelpa eller ikkje. Dette utgjer ein risiko for at pasientar ikkje får forsvarleg helseoppfølging.

Dersom tilsette er usikre på sentrale tema i tvungen somatisk helsehjelp, er det ein fare for at vesentleg informasjon om gjennomføringa av helsehjelpa ikkje blir rapportert til den som er ansvarleg for helsehjelpa. Den ansvarlege risikerer då å ikkje få nødvendig kunnskap om pasienten som er av betydning for vidare oppfølging av helsehjelpa

Tilsynet har avdekt at manglande kunnskap og kompetanse om regelverket kan føre til at det ikkje blir gjort vedtak om tvungen somatisk helsehjelp. Eit vedtak er nødvendig for at rettssikkerheita blir reell. Dersom det ikkje ligg føre eit vedtak, kan ikkje pasienten eller næraste pårørande klage, og statsforvaltaren får heller ikkje gått gjennom eller overprøvd vedtaket.

Tilråding frå Helsetilsynet:

Kommunen må sikre at tilsette har den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig, slik at pasientar ikkje blir utsette for ulovleg tvang eller risikerer ikkje å få nødvendig helsehjelp. Dette inneber eit ansvar for å sørgje for opplæring og rettleiing, men også å følgje med på at kompetansehelevande tiltak blir gjennomførte og at tiltaka resulterer i at helsepersonellet blir trygga på praktiseringa av regelverket.

6.2. Kommunen må ha ei tydeleg fordeling av ansvar og oppgåver

Tilsynet har avdekt uklare ansvarsforhold, roller og myndigheit innan kommunen si organisering av tvungen somatisk helsehjelp. Dette gjeld på alle nivå og omfattar både overordna styringslinjer i kommunen og ansvars- og oppgåvefordeling på dei ulike tenestestadene. For eksempel avdekte tilsynet at det kunne vere uklart for tilsette kven som var ansvarleg for helsehjelpa.

Helsetilsynet vurderer dette som eit alvorleg funn. Den som er ansvarleg for helsehjelpa, skal etter pbrl. kapittel 4 A gjere ei rekke vurderingar av betydning for korleis pasienten skal følgjast opp dersom hen motset seg helsehjelp. For eksempel om pasienten er samtykkekompetent, kva konsekvensar det får for pasienten dersom hjelpa ikkje blir gitt, vurdere og avgjere kva slags tillitsskapande tiltak som skal setjast i verk. I dei tilfella tvungen gjennomføring av helsehjelpa er aktuelt, skal ansvarleg for helsehjelpa vurdere om det planlagde tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp, og avgjere om tvungen helsehjelp etter ei heilskapleg vurdering verkar som den klart beste løysinga for pasienten.

Om det er uklart kven som har ansvaret for å gjere desse vurderingane, kan det medføre ei forseinka vurdering og oppfølging av pasientar som motset seg helsehjelpa. Det kan i verste fall medføre at pasientar over tid blir ståande i ein situasjon der dei blir utsette for tvang utan at vilkår er vurderte, eller at helsepersonellet unnlèt å gi dei nødvendig helsehjelp sjølv om vilkåra i pbrl. kapittel 4 A er oppfylte. Dersom helsepersonellet ikkje er kjent med kven som har ansvaret, aukar det risikoen for at viktig informasjon om pasienten ikkje kjem fram til den som er ansvarleg for helsehjelpa, eller at det tar tid. Konsekvensen kan vere at vurderingar og avgjerder blir tatt på eit utilstrekkeleg informasjonsgrunnlag, som igjen verkar inn både på kvaliteten på tenesta og pasientsikkerheita.

Tilråding frå Helsetilsynet:

Kommunen må sikre ei tydeleg plassering av ansvar, oppgåver og myndigheit på området tvungen somatisk helsehjelp. Det må vere klart kven som er ansvarleg for helsehjelpa, og kommunen må sikre at ansvars- og oppgåvefordelinga er kjend for dei tilsette.

6.3. Kommunen må sikre god informasjonsflyt i tenesta

Tilsynet har avdekt manglande eller utilstrekkeleg journalføring, mangelfulle rutinar for å sikre informasjonsflyt mellom helsepersonell og ein mangel på forum for å utveksle informasjon og erfaringar om pasientane som får helsehjelp. Dette er alvorleg. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom involvert helsepersonell er nødvendig for å sikre forsvarleg helsehjelp og føreseielegheit og kontinuitet i hjelpetilbodet til pasienten.

Informasjonsutveksling kan skje gjennom skriftleg dokumentasjon i pasientjournalen, men det er også ofte behov for munnleg rapportering og møteplassar for å diskutere situasjonen til enkeltpasientar. Det kan handle om utveksling av informasjon om motstand hos pasienten, verknader av iverksette tillitsskapande tiltak eller informasjon frå pårørande som er nødvendig for god samhandling med pasienten.

Kommunen skal vurdere kva faglege og administrative rutinar for informasjonsutveksling som er nødvendige for å sikre felles praksis og samarbeid mellom personellet. Dess fleire helsepersonell som yter helsehjelp og dess fleire nytilsette og/eller vikarar, til større kan behovet vere for at rutinane er skriftleggjorde. Slike rutinar må ein sjå i samanheng med tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling for å sikre at informasjonen når fram til dei som har behov for han.

Relevante og nødvendige opplysningar for helsehjelpa skal fortløpande førast i pasientjournalen. Det inneber at personalet har ei felles forståing og praksis for kvar i journalen slike opplysningar skal førast og finnast, slik at helsepersonellet raskt kan få tilgang til opplysningane. Kommunen må sikre at det er tydeleg for helsepersonell kva for opplysningar som skal rapporterast, kven som skal ha informasjonen og på kva måte informasjonsutvekslinga skal gå føre seg.

Tilråding frå Helsetilsynet:

Kommunen må sikre at nødvendige opplysningar fortløpande blir førte i pasientjournalen og legge til rette for god informasjonsflyt mellom involvert helsepersonell og med den som er ansvarleg for helsehjelpa.

6.4. Kommunen må ha oversikt over risiko for svikt

For å kunne vurdere risiko for svikt, må kommunen ha oversikt over kva krav som gjeld, og identifisere område der det kan vere risiko. Regelmessig oppfølging av om styring fungerer, og om rapportering og informasjon blir brukt i arbeidet med å forbetre praksis, står her sentralt. Ein gjennomgang kan avdekke manglar det er nødvendig å rette opp. Tilsynet finn at det er stor variasjon i korleis kommunane bruker informasjon frå avvikssystem, journalføring, vedtak om bruk av tvang, informasjon frå avdelingsmøte og frå pasientar og pårørande i systematisk arbeid med kvalitetsforbetring. Berre eit fåtal rapportar nemner eksplisitt at kommunen har gjennomført ei risiko- og sårbarheitsvurdering.

Den som er utpekt som overordna fagleg ansvarleg for tvang i kommunen, skal få kopi av alle vedtak, og får gjennom vedtaka viktig informasjon om korleis kommunen praktiserer tvungen helsehjelp. Det er forventa at kommunen bruker denne informasjonen i sin kontroll av eigen praksis. Det følgjer av rundskriv frå Helsedirektoratet til pasient- og brukarrettslova kapittel 4A (7) at rolla som fagleg overordna ansvarleg bør plasserast på eit nivå som har påverknad på økonomiske og personellmessige ressursar og at vedkomande må sikre at eventuell bruk av tvang blir sett i samanheng med det samla tenestetilbodet til personen det gjeld.

Tilsynet finn at mange kommunar har eit system for å melde avvik. Samtidig blir det kommentert på veikskapar i kommunen sitt avvikssystem, anten i form av at tilsette ikkje bruker avvikssystemet, på grunn av uvisse om kva som skal meldast inn som avvik eller manglande tillit til at avvikssystemet blir følgt opp. Når avvik ikkje blir melde, vil ikkje kommunen få utnytta avvikssystemet sitt til å gjere gode risikovurderingar, og ein risikerer at viktige sårbarheiter blir oversett fordi dei ikkje blir melde inn.

Tilråding frå Helsetilsynet:

Eit kontinuerleg forbetringsarbeid er nødvendig, slik at pasientar blir sikra nødvendige helsefaglege vurderingar og helsehjelp. Kommunen må bruke informasjon om eigen praksis, identifisere risiko og setje i verk og følgje med på at dei tiltaka dei set i verk, har ønskt verknad.

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

7. Litteraturliste

1. Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Rapport frå Helsetilsynet 5/2013. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013.
2. Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. IS-10/2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
3. Veileder for tilsyn med om kommunene gir nødvendig helsehjelp med tvang etter pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet. Internserien 3/2015. Oslo: Statens helsetilsyn, 2015.
4. Veileder for landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester med vedlegg. Internserien 1/2020. Oslo: Statens helsetilsyn, 2020.
5. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon. Internserien 4/2018. Oslo: Statens helsetilsyn, 2018.
6. Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Oxford Research AS, desember 2013.
7. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. IS-08/2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

Lovverk

LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukarrettslova)

LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonellova)

LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova)

LOV-2014-06-20-42. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournallova)

Relatert innhold

2020–2021 Tvungen helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester

Framleis tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2020–21 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstenester Framleis tvil om tvang i somatisk helsehjelp 2020–2021...

Framleis tvil om tvang i somatisk helsehjelp

Helsepersonell er usikre på bruk av tvang i sjukeheimar og heimeteneste. I mange kommunar er det også uklårt kven som har ansvaret. Dette svekker pasientane sin rettstryggleik, viser ein ny rapport...

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

1. Summary in English

In 2020-21, the county governors conducted an audit concerning patients who are unable to give consent and do not wish to receive essential healthcare. They also investigated whether healthcare is, wherever possible, being provided without coercion. The audit considered whether:

1. Resistance to healthcare from patients is being picked up.
2. Resistance from patients is being followed up through confidence-building measures.
3. The ability of patients to give consent is being assessed, and the persons responsible for healthcare provision are assessing whether the healthcare should be provided through coercion.
4. Coercive healthcare is being continuously evaluated while it is being provided.

The audit was conducted in nursing homes and among home-based services in a total of 55 municipalities. The audit was conducted in the form of a system audit and self-assessments, with a total of 30 system audits and 27 self-assessments.

What did we find?

Regulatory breaches were identified in 19 of the 30 system audits. All but two municipalities found deviations from one or more of the requirements in their self-assessments.

The breaches indicate that the regulations set out in Chapter 4 A of the Patient and User Rights Act are not sufficiently well-understood and are not being adequately incorporated into the services concerned. Among other things, we found that:

- Resistance to healthcare from patients is not always picked up.
- The ability of patients to give consent is not always assessed.
- Patients often receive confidence-building measures, but they are inadequately planned, followed up and evaluated by healthcare professionals.
- Patients do not always receive a decision concerning compulsory healthcare when they need one.

- The patient's decision concerning coercion is not always evaluated.
- Patients encounter healthcare professionals with insufficient knowledge and competence in applying the regulations, and a lack of agreed practice.
- Patients encounter services where it is not always clear who is responsible for the healthcare.
- Patients encounter services with unclear guidelines and an inadequate overview of risk areas.

A serious consequence of these circumstances is that patients are being subjected to unlawful coercion when healthcare is provided. Examples of this emerged during the audit. If there is no decision on the use of coercive measures, the patient has no decision to appeal against and is in reality not covered by due process. A lack of understanding regarding how the regulations are to be practised also puts patients at risk of not receiving essential healthcare, even when they meet the conditions for coercion.

The purpose of providing essential healthcare to patients who do not have the capacity to give consent and guarantees of due process to patients who receive healthcare through coercion is thus not being fulfilled.

The findings of this audit were also identified during the audit of coercive somatic healthcare during the period 2011-2012 ("Doubts over coercion", report from the Norwegian Board of Health Supervision 5-2013). The Norwegian Board of Health Supervision considers it a serious matter that the same failings that were discovered on that occasion still exist ten years later. The Norwegian Board of Health Supervision believes there is reason to question whether the authorities are providing sufficient professional guidelines and support for the continuing need for competence development within the area of coercive somatic healthcare. The Norwegian Board of Health Supervision will follow up the report and the audit's findings through a closer dialogue with the relevant competent authorities.

The Norwegian Board of Health Supervision makes the following recommendations to the municipalities:

- Municipalities must ensure that employees possess the requisite knowledge and expertise to ensure that patients are not subjected to unlawful coercion or put at risk of not receiving essential healthcare. This entails a responsibility not only to provide training and guidance, but also to monitor to ensure that competence-enhancing measures are implemented and that such measures result in health professionals being confident in the application of the regulations.
- Municipalities must ensure the clear delegation of responsibilities, tasks and authorities within the area of coercive somatic healthcare. It must be clear who is responsible for the healthcare provision, and municipalities must ensure that employees are aware of the delegation of responsibilities and tasks.
- Municipalities must ensure that the necessary information is continually recorded in the patient's medical records and facilitate a good flow of

information between the healthcare professionals involved and the person responsible for the healthcare.

Ongoing improvements are necessary to ensure that patients receive essential health-related assessments and healthcare. Municipalities must use information concerning their own practices, identify risks and implement and monitor to ensure that measures that they implement are having the desired effect.

RAPPORT FRA HELSETILSYNET

1. Čeahkkáigeassu Dearvvašvuodageahču raporttas

Stáhtahálddašeddji iskkai 2020-21 ožžot go pasieanttat geain eai leat gálggat miehtat ja geat eai áiggo vuostáiváldit dárbbášlaš dearvvašvuodaveahki. Viidáseappot ahte veahkki, nu guhkás go lea vejolaš, addojuvvo bákku haga. Bearráigeahčči dárkkistii:

1. Fuomášuvvo go pasieanttaid vuosteháhku dearvvašvuodaveahkkái.
2. Čuovvoluvvo go pasieanttaid vuosttildeapmi doaibmabijuiguin mat addet luohttámuša.
3. Árvvoštallojuvvo go pasieanttaid miehtangealbu ja árvvoštallá go dearvvašvuodaveahki ovddasvástideaddji galgá go dearvvašvuodaveahki čadahit bákkuin.
4. Evaluerejuvvo go bákkolaš dearvvašvuodaveahkki dađistaga čađahanáigodagas.

Bearráigeahčču čađahuvvui buohcceviesuin ja ruoktovuđot bálvalusain oktiibuot 55 gielddas. Bearráigeahčču čađahuvvui vuogádatdárkkisteapmin ja iešárvoštallamiiguin, oktiibuot ledje 30 vuogádatdárkkisteami ja 27 iešárvoštallama.

Maid gávnnaimet mii?

Dáin 30 vuogádatdárkkistemiin ledje 19 main cuiggoduuvvo láhkarihkumat. Buot gielddain, earret guoktásis, gávdnojedje spiehkasteamit ovtta dahje olu iešárvoštallama gáibádusain.

Láhkarihkumat almmustahttet ahte geavaheaddjelága kapihttala 4 A njuolggadusaid eai leat doarvái ádden ja sajáiduhttán bálvalusaide. Mii gávdnat earret eará ahte:

- Pasieanttaid vuosteháhku dearvvašvuodaveahkkái ii álo fuomášuvvo.
- Pasieanta miehtangealbu ii álo árvvoštallojuvvo.
- Pasieanttat ožžot dávjá doaibmabijuid, mat addet luohttámuša, muhto dearvvašvuodabargit eai pláne, čuovvol ja evaluere daid doarvái.
- Pasieanta ii oaččo álo mearrádusa bákkolaš dearvvašvuodaveahki birra dalle go galggašii.

- Pasieantta mearrádus bákkolašvuoda birra ii álo evaluerejuvvo.
- Pasieanta deaivida dearvvašvuodabargiid geain váilu máhttu ja gelbbolašvuodha atnit njuolggadusaid, ja leat váilevaš šiehttojuvvon bargovuogit.
- Pasieanta deaivida bálvalusaid mat leat eahpečielgasat dearvvašvuodaveahki ovddasvástideaddji dáfus.
- Pasieanta deaivida bálvalusaid main leat eahpečielga stivrenlinnját ja ii leat doarvái buorre bajilgovva várrasurggiin.

Okta duođalaš váikkuhus dain dilálašvuodain lea ahte pasieanttat gillájit lobihis bákkolašvuoda go ožžot dearvvašvuodaveahki Ovdamearkkat dasa bohtet ovdan bearráigeahčus. Jus ii leat mearrádus atnit bákku, de ii leat pasieanttas mearrádus maid sáhtta váidit, ja danne sus ii leat duohtavuodas riektesihkkarvuodha. Váilevaš ipmárdus movt njuolggadusat galget adnot, dagaha maiddá ahte lea balahahtti ahte pasieanttat eai oaččo dárbblaš dearvvašvuodaveahki, vaikko devdet bákkolašvuoda eavttuid.

Ulbmil dárbblaš dearvvašvuodaveahki addimiin pasieanttaide geain ii leat miehtangealbu, ja riektesihkkarvuodadáhkáduš pasieanttaide geat ožžot dearvvašvuodaveahki bákkus, eai leat dalle devdojuvvon.

Dán bearráigeahču gávdnosat, fuomášuvvo maiddá 2011-2012 bákkolaš somáhtalaš dearvvašvuodaveahki bearráigeahčus («Eahpáduš bákkolašvuoda birra», Helsetilsynet (Dearvvašvuodabearráigeahču) raporta 5-2013).. Dearvvašvuodabearráigeahču atná duođalažžan go dat seamma mii fuomášuvvui dalle, ain lea bistime logi jagi maŋŋil. Dearvvašvuodabearráigeahču oaivvilda ahte lea ágga jearrat addet go eiseválddit doarvái fágalaš láidestusaid ja doarjaga bálvalusaid bistevaš dárbbui ovdánahttit gelbbolašvuoda bákkolaš somáhtalaš dearvvašvuodaveahki fáttás. Dearvvašvuodabearráigeahču, áigu lagas gulahallamiin guoskevaš fágaeiseválddiiguin čuovvolit raportta ja bearráigeahču gávdnosiid.

Dearvvašvuodabearráigeahčus leat čuovvovaš ávžžuhusat gielddaide:

- Gielddat fertejit sihkkarastit ahte bargiin lea dat máhttu ja gelbbolašvuodha mii lea dárbblaš vai pasieanttat eai gillá lobihis bákku dahje ahte eai oaččo dárbblaš dearvvašvuodaveahki . Dát mielddisbuktá ovddasvástádusa fuolahit ahte oahpahusa ja bagadeami, muhto maiddá gozihit ahte gelbbolašvuodaloktejeaddji doaibmabijut čađahuvvojit ja ahte dearvvašvuodabargit šaddet oadjebasat mo atnit njuolggadusaid.
- Giella ferte sihkkarastit ahte geasa bákkolaš somáhtalaš dearvvašvuodaveahki suorggi ovddasvástádus, barggut ja váldi gullet. Ferte leat čielggas geas lea ovddasvástádus dearvvašvuodaveahkis, ja giella ferte sihkkarastit ahte bargit dovdet bargujuogu.
- Giella ferte sihkkarastit ahte dárbblaš dieđut dađistaga čállojuvvojit pasieantta journálii ja láchit ahte servvolaš dearvvašvuodabargiin ja dearvvašvuodaveahki ovddasvástideaddjis lea buorre diehtujuohkin gaskaneaset.

Jotkkolaš buoridanbargu lea dárbbášlaš, vai sihkkarastá pasieanttaide dárbbášlaš dearvvašvuodáfágalaš árvoštallamiid ja dearvvašvuodáveahki. Giella ferte geavahit dieđut iežas bargovugiid birra, identifiseret vára, ja álggahit ja gozihit ahte álggahuvvon doaibmabijuid váikkuhusat leat nugo sávvat.