

Helsetilsynet / Tilsyn / Tilsynsrapporter / Trøndelag / 2020

TILSYNSRAPPORT

Rapport fra landsomfattende tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester i Steinkjer kommune 2020

03.12.2020

Innholdsfortegnelse

1. Tilsynets tema og omfang
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget
- 3.2 Systematisk styring og ansvars plassering
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag
5. Fylkesmannens konklusjon

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Steinkjer kommune og besøkte i den forbindelse Steinkjer sykehjem den 29. og 30. september 2020. Vi undersøkte om Steinkjer kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at alle pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt mulig blir gitt uten bruk av tvang. Det var for dette tilsynet satt følgende fokusområder:

1. At pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp

2. At motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak
3. At pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang
4. At tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden

Tilsynet ble gjennomført som del av det landsomfattende tilsynet med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester, i regi av Statens Helsetilsyn.

Det ble under dette tilsynet ikke avdekket brudd på loven. Begrunnelsen for dette fremgår av rapporten nedenfor.

1. Tilsynets tema og omfang

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020 er rettet mot kommunens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang.

Undersøkelsene har vært rettet mot kommunens sykehjemstjeneste og har omhandlet følgende områder:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

Fylkesmannen har gjennomført tilsynet som systemrevisjon. Det innebærer at fylkesmannen har undersøkt hvordan kommunen styrer og leder helsetjenestens og helsepersonellens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp og om de aktuelle lovkravene oppfylles.

Pasientens meninger og erfaringer med kommunens helsetjeneste er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten. Et utvalg pasienter har derfor blitt intervjuet ved dette tilsynet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 annet ledd. For dette tilsynet er det undersøkt om kommunen oppfyller krav i:

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)
Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)
Helsepersonelloven (hpl.)
Forvaltningsloven (fvl.)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Disse styringskravene må ses i sammenheng med internkontrollplikten etter helsetilsynsloven § 5. De må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

Innholdet i styringskravene er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem. Styringssystemet er summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen tar i bruk for å planlegge,

gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriftens §§ 6-9. Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5. Tilsvarende gjelder for hvorvidt kommunen skal dokumentere styringsaktivitetene.

I dette tilsynet har vi hatt fokus på følgende styringskrav:

2.1.1 Kommunen har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, jf. § 6d

Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. For at kommunen skal ha grunnlag for å velge styringstiltak som reduserer risiko, må kommunen ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet.

2.1.2 Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet §§ 6a og 7a

Kommunen skal ha en klar organisering av helsetjenestene og organiseringen skal være kjent for de ansatte. Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. På området tvungen helsehjelp er det ofte flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient, men med ulik kompetanse. Det er da helt vesentlig å ha en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet for å redusere svikt.

2.1.3 Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger kommunen kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten har behov for og hvilken kompetanse de ansatte har.

Kommunen har et ansvar for at helsepersonell har nødvendighet kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pbrl. kapittel 4 A og for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Tiltak for å sikre kompetanse skal være tilpasset den enkeltes ansvar og oppgaver.

2.1.4 Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er et område hvor det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til Samarbeid og informasjonsutveksling er videre nødvendig for at helsepersonell har tilstrekkelig med informasjon til å gjøre forsvarlige helsefaglige vurderinger.

Kommunen skal ha vurdert hvilke faglige og administrative rutiner, instruksjoner og avtaler som er nødvendige for å sikre omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling på området tvungen helsehjelp. I dette inngår at kommunen har rutiner for dokumentasjon i pasientenes journal, slik at opplysninger som er av betydning for helsehjelpen er tilgjengelig for de som har tjenstlig behov for det og at opplysningene enkelt kan finnes.

2.1.5 Følge med på at iverksatte tiltak følges i praksis, har effekt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de er hensiktsmessige og fungerer etter sin hensikt. Kommunens kontroll kan for eksempel skje

gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende og ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner.

Kommunen skal ha utpekt hvem som skal være overordnet faglig ansvarlig for tvungen helsehjelp. Den/de som er utpekt til å ha denne funksjonen, skal motta kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er fattet i kommunen, og får gjennom vedtakene viktig informasjon om kommunes praktisering av tvungen helsehjelp. Det forventes at kommunen benytter denne informasjonen i sin kontroll av praksis.

Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker mangler skal kommunen iverksette nødvendige forbedringstiltak.

2.2 Kravene som stilles til helse- og omsorgstjenesten

I lovgivningen er det stilt en rekke krav til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal gjennom sin styring og ledelse sikre at disse kravene blir oppfylt. Nedenfor er en oversikt over de kravene som er undersøkt:

2.2.1 Nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Pasienter har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pbrl. § 2-1a andre ledd, og § 2-1 e. Kommunen har en tilsvarende plikt til å gi slik hjelp etter hol. § 3-1, og aktuelt for dette tilsynet er helsehjelp ved opphold på sykehjem, jf. hol. §§ 3-1 og 3-2 nr. 6 bokstav c og § 3-2a.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang.

Det følger av hol. § 4-1 at kravet om forsvarlighet også omfatter at tjenestetilbudet skal være verdig, helhetlig og koordinert. Dette må ses i sammenheng med kommunens plikt etter hol. § 3-4 første ledd til å legge til rette for samarbeid og samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere.

2.3 Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A skal komme til anvendelse er det enkelte forutsetninger som må være oppfylt. Helsehjelpen må være somatisk, pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen. Der forutsetningene er oppfylt, er det en rekke vilkår som må være oppfylt før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlingen.

2.3.1 Samtykkevurderinger

Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensene av å nekte helsehjelpen, skal den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen vurdere om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte være den samme som skal gjøre de helsefaglige vurderingene etter pbrl. kapittel 4 A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

2.3.2 Motstand mot helsehjelp

Pasienter kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måter. Helsehjelp som gjennomføres selv om pasienten motsetter seg den, er å anse som tvungen helsehjelp. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell hjemmel til å ta avgjørelser om helsehjelpen.

2.3.3 Tillitskapende tiltak

Tillitskapende tiltak er tiltak som blir satt i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Det er et vilkår om at tillitskapende tiltak er forsøkt før helsehjelpen gjennomføres med tvang, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

2.3.4 Helsefaglige vurderinger

Ansvarlig for helsehjelpen skal gjøre helsefaglige vurderinger av om vilkårene i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylt. Disse vurderingene omfatter om helsehjelpen er nødvendig, noe som innebærer at det omhandler helsehjelp som pasienten har rett på helsehjelpen etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Videre skal vurderingene omfatte om det planlagte tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og at tvungen helsehjelp etter en helhetlig vurdering fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom tiltaket er å anse som et alvorlig inngrep for pasienten, som for eksempel tiltak som innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler, tvungen innleggelse og tilbakehold på sykehjem, skal ansvarlig for helsehjelpen samrå seg med annet kvalifisert

personell, jf. § 4A-5 andre ledd. Så langt det er mulig skal helsepersonell innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før avgjørelsen om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A- 5 fjerde ledd.

2.3.5 Evaluering av tvungen helsehjelp

Tvungen helsehjelp skal etter § 4A-4 fjerde ledd evalueres fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er oppfylt. Det skal i evalueringen legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ha ønsket virkning, eller ha uforutsette negative virkninger.

2.3.6 Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i henhold til de krav som stilles til journalens innhold, jf. hpl. § 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal er blant annet å sikre forsvarlig oppfølging av pasienten og ivareta pasientsikkerheten. Opplysninger knyttet til temaene i dette tilsynet er å anse som relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Slike opplysninger skal etter hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 4–8 dokumenteres i pasientens journal.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

3.1 Beskrivelse av virksomheten

Steinkjer kommune er organisert etter en tre-nivåmodell, med kommunedirektør, fagstab og etatsjef som øverste ledernivå. Etat helse er organisert med helsesjef, sektorleder og enhetsleder. På enhetsledernivået er det i tillegg utpekt en fagkoordinator. Denne stillingen var ikke besatt ved Steinkjer sykehjem på tidspunktet for tilsynet, men det var tilsatt en vikar i stillingen som hadde merkantile oppgaver.

Steinkjer sykehjem er delt inn i to enheter, første og andre etasje, med en enhetsleder for hver etasje. Sykehjemmet har til sammen syv avdelinger fordelt på to etasjer. I første etasje er det én somatisk avdeling med 13 pasienter, og tre avdelinger for pasienter med demens med til sammen 20 plasser. I andre etasje er det tre somatiske avdelinger.

Enhetsleder i første etasje har ansvaret for 4 avdelinger i første etasje, samt alle nattevakter. Den ene somatiske avdelingen i første etasje er avdeling «Raudåsen». De tre øvrige avdelingene i første etasje utgjør demensenheten. Disse er avdeling «Trana», «Furukroken» og «Jakob».

Enhetsleder for andre etasje har ansvaret for tre avdelinger (avdeling «Fredrikke», «Kvennavika» og «Ølve»), samt vaskeri og kjøkken.

På tidspunktet for tilsynet var det til sammen 63 pasienter ved sykehjemmet, hvorav 61 av disse hadde langtidsplass og 2 hadde korttids-/avlastningsplass. Pasientenes alder var mellom 59 og 96 år, og kjønnsfordelingen var 33 kvinner og 30 menn.

Sykehjemmet har egen sykehjemslege i til sammen 60 prosent stilling. Han har to faste visitt dager, og resten i ubundet tid.

Det er til sammen 60 faste ansatte ved sykehjemmet, med til sammen 38,7 årsverk som er tilhørende første etasje.

3.2 Systematisk styring og ansvars plassering

Det er beskrevet at enhetslederne deltar på felles enhetsledermøte sammen med sektorleder hver mandag. Enhetslederne har faste møter hver fjerde uke med plasstillitsvalgte og verneombud (HMS- gruppa).

På grunn av Covid 19-pandemien har det blitt en del endringer i møtestrukturene ved sykehjemmet, blant annet ved at ledermøtene har vært digitale og at personalmøter har blitt avlyst.

Det var ved sykehjemmet rutiner for å melde avvik. Avvikene ble sendt til sektorleder, som foretok en sortering og vurdering av hvordan avviket skulle håndteres videre. Enhetsleder fikk ofte ansvar for å følge opp og lukke avviket. Det var meldt til sammen 148 avvik ved sykehjemmet i løpet av det siste året.

3.3 Opplæring og kompetanse

Det fremgikk at alle faste ansatte er pålagt å gjennomføre e-læringskurset «Tvungen somatisk helsehjelp», som er utarbeidet av Norsk Helseinformatikk (NHI). Samtlige av informantene som Fylkesmannen hadde samtale med, hadde gjennomført dette kurset.

3.4 Tema 1: Identifisering av motstand

Det var ved sykehjemmet utarbeidet en prosedyre for vedtak om tvang, men denne beskrev ikke eksplisitt hva motstand er eller kan være. Prosedyren var kjent blant de ansatte som tilsynet snakket med. Under intervjuene fremkom det at 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. Problemstillinger som gjelder blant annet stell med tvang og sengehest med tvang blir tatt opp via legevisittboka og drøftet med lege. Sykehjemmet bruker tomflasker som et varslingssystem for enkelte pasienter på demensenheten. Tilsynet har ikke funnet at pasientens holdning til tiltaket er dokumentert i journal. Men det var beskrevet et tilfelle hvor en pasient hadde gitt uttrykk for at han ikke ønsket tomflaske på døra si, og denne ble da fjernet.

Under intervju og journalgjennomgang fant tilsynet to tilfeller der det var beskrevet vedvarende motstand fra pasienten, men hvor det ikke fremkom vurderinger av om det er behov for tvangsvedtak. Disse var:

1. Pasient på demensavdeling hvor det var journalført gjentatte episoder hvor han sa at han ønsket å dra hjem til gården
2. Pasient som hadde begrenset tilgang til røyk.

3.5 Tema 2: Om motstand blir fulgt opp med tillitskapende tiltak

De ansatte beskrev et gjennomgående fokus på at helsehjelp skal gjennomføres på pasientens premisser. Tilsynet fikk inntrykk av at de ansatte kjente pasientene godt. Eksempler på strategier for tillitskapende tiltak som ble beskrevet for tilsynet, var blant annet å vente litt, bytte av personale, tilbud om aktiviteter (livsglede-tiltak), smører på ei brødiskive, fotbad, mm.

Det ble beskrevet at det utveksles erfaringer muntlig mellom de ansatte om hvilke strategier som fungerer og ikke fungerer. Tilsynet fant dette til dels beskrevet i journal. De ansatte beskrev et savn av forum for faglige diskusjoner om enkeltpasienter, ut over rapportene.

Tilsynet fant at tillitskapende tiltak ble dokumentert i journal, men det fremsto noe sporadisk og usystematisk, og en del muntlig basert mellom de ansatte på vakt. Tilsynet fant lite dokumentasjon i journal for vurdering av hvor lenge man skal jobbe med tillitskapende tiltak før situasjonen skal tas videre og vedtak vurderes.

3.6 Tema 3: Om samtykkekompetanse blir vurdert og om gjennomføring av helsehjelp med tvang blir vurdert

Det var ved sykehjemmet utarbeidet et eget skjema for vurdering av samtykkekompetanse. Dette var kjent og i bruk. Totalt på sykehjemmet fant tilsynet til sammen 12 samtykkekompetansevurderinger i journal. Tilsynet gjennomgikk 27 pasientjournaler, og av disse fant vi 8 samtykkekompetansevurderinger. Tre av de 8 hadde tvangsvedtak som var gyldige på det tidspunktet som de ble gjennomgått.

Kognitivt funksjonsnivå ble kartlagt som en del av inntakssamtalen. Det ble beskrevet at samtykkekompetanse skulle vurderes når det oppsto behov for vedtak. Tilsynet fant at samtykkekompetanse var vurdert i de tilfeller hvor pasienten hadde et vedtak.

Sykehjemslegen var den som gjennomførte samtykkekompetansevurderingene i samråd med annet helsepersonell som kjente pasienten, først og fremst sykepleier. Ved journalgjennomgang fant imidlertid tilsynet eksempler på pasienter som har vist motstand mot helsehjelp, men hvor samtykkekompetansevurderingen ikke gjenfinnes i journal. Dette var de samme pasientene som nevnt under punkt 3.4 over.

3.7 Tema 4: Om tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert

Det var ikke beskrevet noen rutine for evaluering av vedtak i vedtaksperioden, med unntak av da det skulle sendes oppdaterte opplysninger til Fylkesmannen etter 3 måneder.

Det var utarbeidet en prosedyre for tvangsbruk og tillitskapende tiltak, men daglig journalføring ble ofte ført i en samlefaner som heter «adferd» i Profil. 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.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helsetjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre etterlevelse av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Fylkesmannens gjennomgang av et utvalg pasientjournaler viste to tilfeller der pasienter hadde vist tegn til motstand. Én pasient hadde ved flere anledninger ytret ønske om å forlate avdelingen, og en annen hadde begrensning av tilgang til røyken sin. Fylkesmannen fant det ikke dokumentert i journal hvorvidt de aktuelle situasjonene oppfattet som motstandssituasjon, og heller ikke om det var aktuelt å vurdere tvangsvedtak i den aktuelle saken. Slike situasjoner vil etter Fylkesmannens vurdering utløse en plikt til å vurdere om det er grunnlag for å fatte vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Fylkesmannen ser imidlertid at det ved Steinkjer sykehjem er etablert en rekke rutiner for å redusere risiko for lovbrudd. Det er blant annet besluttet at alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs om temaet. Etter Fylkesmannens vurdering er e-læringskurset et tydelig ledelsesgrep for å redusere risiko for lovbrudd.

En annen faktor som er viktig for å redusere risiko for lovbrudd er en tydelig avklaring av ansvarsforhold. Ved Steinkjer sykehjem er ansvaret for å fatte vedtak og å gjøre vurdering av pasientens samtykkekompetanse plassert hos sykehjemslegen. Dette fremgår av skriftlige rutiner, som er kjent blant de ansatte Fylkesmannen har snakket med.

Refleksjon blant de ansatte i det daglige er en ytterligere faktor som kan redusere risiko for lovbrudd. Under intervju med ansatte ved sykehjemmet får Fylkesmannen et klart inntrykk av at det ved sykehjemmet er kultur for å drøfte problemstillinger i det daglige som omhandler tvangsbruk. Det at sykehjemslege har så stor tilstedeværelse ved sykehjemmet er etter Fylkesmannens vurdering en viktig faktor for at helsefaglige vurderinger, behovet for tvang og eventuelt tillitsskapende tiltak, blir avklart og iverksatt i en tidlig fase.

Det ligger en risiko for lovbrudd i de nevnte eksempler fra journal, når hjemmelsgrunnlaget ikke gjenfinnes dokumentert. Når man skal vurdere om virksomheten har brutt loven eller ikke på

virksomhetsnivå, vil det imidlertid ikke være slik at et hvert avvik på det området det føres tilsyn med medfører lovbrudd. Men jo færre grep virksomheten har tatt for å eliminere risiko, jo mer trekker dette i retning av lovbrudd. For Steinkjer sykehjem sitt vedkommende er det Fylkesmannens vurdering at det er gjort betydelige ledelsesgrep for å eliminere risikoen for lovbrudd ved organiseringen av virksomheten, på en slik måte at det ikke finnes holdepunkter for å konkludere med lovbrudd på virksomhetsnivå på bakgrunn av de avdekte enkeltepisoder.

5. Fylkesmannens konklusjon

Fylkesmannen i Trøndelag finner ikke holdepunkter for brudd på pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A ved Steinkjer sykehjem.

Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege

Cecilie Rønning Melø
juridisk seniorrådgiver<

Helse- og omsorgsavdelingen Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

- Gjennomføring av tilsynet

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok. Varsel om tilsynet ble sendt 21.08.2020.

Befaring ble gjennomført 29.09.2020 og 30.09.2020.

Tema for befaringsen: Landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Steinkjer sykehjem, og innledet med et kort informasjonsmøte 29.09.2020. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 30.09.2020.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Organisasjonskart
- Delegasjon og arbeidsavtale enhetsleder
- Stillingsbeskrivelser
- Beskrivelse av sykehjemmet (informasjonsbrosjyre)
- Prosedyrer
- Bemanningsplaner
- Rutiner for inntak og årskontroll, inntakssamtale og samtykkekompetanse – bortfall av samtykke
- Skjema for vurdering av samtykkekompetanse
- Skjema for vedtak
- Oversikt over opplæringstiltak med kursoversikt og oversikt over gjennomførte e-læringskurs
- Kompetanseplan 2020 sektor rehabilitering og sykehjem
- Bedriftsrapport og handlingsplan 2020 fra BHR Friskgården
- Kartlegging og risikovurdering med risikodiagram og handlingsplan

I tillegg ble under tilsynsbesøket gjennomført befarings i sykehjemsavdelingene, gjennomført samtale med 5 beboere, gjennomført intervju/samtale med 11 ansatte (inkludert ledelse), samt foretatt en gjennomgang av 27 pasientjournaler.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Ikke publisert her

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Jan Vaage, fylkeslege/fagrevisor
- Iakha Toivonen, rådgiver/revisor
- Paul André Andersson, seniorrådgiver/fagrevisor
- Cecilie Rønning Melø, juridisk seniorrådgiver/revisjonsleder

Alle tilsynsrapporter fra dette landsomfattende tilsynet

2020 Tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester
