



Grong kommune

Postboks 162

7871 GRONG

Saksbehandler, innvalgstelefon

Cecilie Rønning, 73 19 93 25

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

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Grong kommune og besøkte i den forbindelse Grong sykeheim og hjemmetjeneste den 27. til 29. oktober 2020. Vi undersøkte om Grong kommune gjennom systematisk styring og ledelse sikret at alle pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, fikk nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt mulig ble 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.

Fylkesmannen finner at Grong kommune ikke har satt inn tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for brudd på reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene §§ 6 til 9.

Begrunnelsen for dette fremgår av rapporten nedenfor.



Innhold

Foreløpig rapport fra landsomfattende tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester	1
1. Tilsynets tema og omfang	3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	3
2.1 Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring	3
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	4
2.1.2 Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet jf. §§ 6a og 7a	4
2.1.3 Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b	4
2.1.4 Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d	4
2.1.5 Følge med på at iverksatte tiltak følges i praksis, har effekt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9	4
2.2 Kravene som stilles til helse- og omsorgstjenesten	5
2.2.1 Nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester	5
2.3 Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.....	5
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
3.1 Beskrivelse av virksomheten.....	7
3.2 Systematisk styring og ansvars plassering	7
3.3 Opplæring og kompetanse	7
3.4 Tema 1: Identifisering av motstand.....	8
3.5 Tema 2: Om motstand blir fulgt opp med tillitskapende tiltak.....	8
3.6 Tema 3: Om samtykkekompetanse blir vurdert og om gjennomføring av helsehjelp med tvang blir vurdert	8
3.7 Tema 4: Om tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert	9
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	9
5. Fylkesmannens konklusjon	10
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd	10



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 opp.
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitskapende tiltak.
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.
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 jf. §§ 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 pasienten. 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 informasjonsveksling 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

Kommunen er organisert etter en tre-nivåmodell, med rådmann, kommunalsjef og avdelingsleder som øverste ledernivå. Det er tilsatt en avdelingssykepleier ved henholdsvis hjemmebasert omsorg og institusjonsbasert omsorg.

Avdelingssykepleier hjemmebasert omsorg er saksutreder for vedtak om hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Avdelingsleder for Pleie og omsorg er delegert vedtaksmyndighet. Det gjennomføres inntaksråd hver mandag, med tverrfaglig gjennomgang av brukeres behov. Det fattes vedtak om tildeling av sykehjemsplass eller omsorgsbolig på bakgrunn av dette.

Hjemmetjenesten tilbyr tjenester på dag- og kveldstid, men har ikke nattevakt. Nattevakt kan settes inn ved behov, eksempelvis terminalpleie.

Ved sykehjemmet er det 38 langtidsplasser, 5 korttidsplasser og 1 KAD-plass. Sykehjemmet har til sammen 4 avdelinger – «Solsida» er spesialavdeling for demente, «Nordlyset» er en kombinert avdeling med både korttids- og langtidsplasser, mens «Nye Utsikten» og «Gamle Utsikten» har både ordinære sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

I 2019 mottok 163 personer helsetjenester i hjemmet og 56 personer hadde langtidsopphold i sykehjemmet (KOSTRA).

I Grong kommune er andelen innbyggere i over 80 år som er beboer på sykehjem er 16,9 prosent (som er over landsgjennomsnittet på 12,1). Grong kommune er således en institusjonstung kommune, i den forstand at det er relativt lett å få plass på sykehjem og at de som mottar hjemmebaserte tjenester har et relativt høyt funksjonsnivå. Fylkesmannen fant at problemstillinger som knytter seg til bruk av tvang, først og fremst gjør seg gjeldende ved sykehjemmet, og i mindre grad i de hjemmebaserte tjenestene.

3.2 Systematisk styring og ansvars plassering

Det gjennomføres ledermøter hver mandag med avdelingsleder og avdelingssykepleiere. Det er tilsatt lege ved sykehjemmet, som har det medisinske ansvaret for pasientene ved sykehjemmet. Ved sykehjemmet avholdes det avdelingsmøter ca. hver 6. uke.

Det er etablert to ulike avvikssystemer i kommunen – et system hvor det meldes brukeravvik i pasientens journal i Profil, og et system som heter «Compilo» hvor det meldes systemavvik. For tidsrommet fra 01.01.2020 og fram til tidspunktet for tilsynet, var det fra sykehjemmet meldt til sammen 24 avvik i Compilo. Det har fram til nå nylig vært nåværende kommunalsjef som har behandlet avvikene i Compilo, da i rollen som avdelingsleder. Ny avdelingsleder har nylig overtatt denne oppgaven.

Ifølge skriftlige rutiner er det kommunalsjef helse og omsorg som er overordnet faglig ansvarlig for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Tilsynet har ikke funnet at brukeravvik i Profil blir fulgt opp på en systematisk måte.

3.3 Opplæring og kompetanse

Det fremgikk at alle ansatte på demensavdelingen «Solsida» er pålagt å gjennomføre e-læringskurset «Tvungen somatisk helsehjelp», som er utarbeidet av Norsk Helseinformatikk (NHI). I tillegg var det



planlagt en fagdag med Utviklingssenteret i Verdal, med sikte på kompetanseheving på området. Dette var imidlertid blitt utsatt på grunn av Covid 19.

3.4 Tema 1: Identifisering av motstand

Det er utarbeidet en skriftlig prosedyre for vedtak om tvang. Det beskrives et høyt engasjement blant ansatte for å ivareta pasientene ved sykehjemmet. Imidlertid beskrives det en ulik tolkning av regelverket blant helsepersonellet som Fylkesmannen har snakket med. Blant annet har det vært stor frustrasjon og uenighet knyttet til om døren inn til demensavdelingen skal være låst eller ikke.

Tilsynet har gjennomgått til sammen 34 pasientjournaler, hvorav 29 ved sykehjemmet og 5 ved hjemmetjenesten. Av de 34 pasientjournaler som tilsynet gjennomgikk, fant tilsynet 8 pasienter som ved ett eller flere tilfeller hadde vist motstand mot helsehjelp. Tilsynet fant ikke vurderinger knyttet til om det var grunnlag for tvangsvedtak. Eksempler fra journal:

- 7 pasienter viste gjentakende motstand mot å være ved sykehjemmet (fysisk eller verbalt).
- 1 pasient med sengehest der pasienten ved flere anledninger hadde forsøkt å komme seg ut av sengen.
- 1 pasient har brett foran komfortstol for å unngå at pasienten reiser seg.
- 1 pasient fikk målt blodsukker «med noe motvilje».
- 1 pasient ble holdt fast under stell.
- 1 pasient har vist motstand mot å bli innlagt på korttidsopphold og et avlastningsopphold etterpå.

Tilsynet fant at det for 4 pasienter var gitt beroligende legemidler for å hindre motstand i form av utfartstrang, uten at det var vurdert hvorvidt dette var å betrakte som tvang. Indikasjon for medisinerer fremsto uklar, idet medikamentet var oppgitt forskrevet på indikasjon «uro», mens det i journalen kunne se ut til at medikamentene ble gitt på den indikasjon at man ønsket å forhindre at pasientene forlot sykehjemmet.

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

Det beskrives et stort fokus på at helsehjelp skal gjennomføres på pasientens premisser. Det beskrives at det i høy grad tilstrebes å ikke benytte tvang. Det beskrives at de ansatte kjenner pasientene godt. Strategier som beskrives er blant annet å vente litt, bytte av personale, «lov å mislykkes», aktiviteter i form av kortspill, rødvin, bålcaffe, mm.

Brukermøter er beskrevet å skulle være arena for å drøfte temaet om bruk av tvang. Av de 8 pasienter som tilsynet oppdaget motstand hos, var temaet ikke belyst i noen brukermøter. Tilsynet finner mange eksempler på tillitskapende tiltak dokumentert i journal, men dette er ikke systematisert i journalen på en slik måte at erfaringene er lett tilgjengelig for andre. Ingen tiltaksbeskrivelser i journalen.

Det gjenfinnes ingen dokumentasjon i journal for vurdering av hvor lenge man skal jobbe med tillitskapende tiltak før situasjonen skal tas videre og vedtak vurderes. Flere av de ansatte som Fylkesmannen snakket med opplevde at det tidvis var utilstrekkelig bemanning ved demsenheten. Og at dette gjorde det krevende å jobbe systematisk med tillitskapende tiltak for den enkelte pasient, på grunn av stadige samtidighetskonflikter mellom pasienter med omfattende omsorgsbehov og adferdsproblematikk.



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

Det beskrives et stort fokus på å ikke benytte tvang. Tilsynet har ikke funnet noen samtykkekompetansevurderinger i journal, men noen kognitive funksjonsbeskrivelser under «sammenfatning» i Profil, basert på inkomstnotat. Mange pasienter er vurdert til såkalt å «ikke å være orientert for tid og sted».

Tilsynet har gått gjennom 34 pasientjournaler, av disse har man funnet 8 pasienter med gjentakende motstandssituasjoner. Det var ikke for noen av disse dokumentert samtykkekompetansevurdering i journal.

Tilsynet har funnet det dokumentert i journal og i intervju med ansatte at døra til demensavdelingen (Solsida) 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.

I møtereferat fra avdelingsmøte 16.10.2019 ved avdeling Solsida ble det bestemt at det ikke er lov til å låse inn pasientene, kun ved nødrett. Da skal alle andre muligheter være prøvd. Det beskrives stor uenighet i praksisen internt blant de ansatte hvorvidt det er greit å holde døren inn til avdelingen låst eller ikke.

3.7 Tema 4: Om tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert

Det foreligger ingen vedtak per dags dato. Det er beskrevet at det i utgangspunktet skal gjennomføres brukermøter ca. én gang per måned, samt ved behov. Tilsynet har imidlertid funnet svært få referat fra brukermøter i de gjennomgåtte journaler, og bruk av tvang har ikke vært tema på noen av disse.

Tilsynet er forelagt referat fra avdelingsmøter ved demensavdelingen, siste møtet ble avholdt den 09.09.2020. Det er oppgitt at det avholdes avdelingsmøter ca. hver 6. uke. Bruk av tvang har ikke vært tema på avdelingsmøtene.

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 melderer på de avvik som meldes.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helsetjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre etterlevelse av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten knesetter virksomhetens plikt til å iverksette tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd både ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesten.

Bruken av avvikssystem kan være en måte for ledelsen å skaffe oversikt over blant annet motstandssituasjoner/tvangsbruk ved sykehjemmet. Grong kommune har et elektronisk avvikssystem (Compilo) hvor det i perioden fra 01.01.2020 er registrert til sammen 19 avvik (minst) som omhandler tema hvor bruk av tvang burde vært vurdert. Fylkesmannen har ikke blitt forelagt



dokumentasjon på hvordan de ulike avvikene er blitt fulgt opp. Men det er på det rene at ingen av de meldte avvikene har endt med at det har blitt fattet vedtak om tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Selv om det ikke er sikkert at det var grunnlag for å fatte vedtak i de meldte situasjonene, bør det likevel gjenfinnes dokumentasjon for at dette har blitt vurdert. Dette er derfor etter Fylkesmannens vurdering en svakhet i avvikssystemet i Grong kommune.

Gjennomgangen av de til sammen 34 pasientjournalene viste flere eksempler på beskrivelser situasjoner som indikerte motstand fra pasienten (se punkt 3.4 ovenfor). Fylkesmannen fant i disse tilfellene imidlertid ikke noen vurdering av om dette var oppfattet som en motstandssituasjon i regelverkets forstand, og man gjenfant heller ikke at situasjonene var blitt bragt videre for vurdering av om det var behov for å fatte tvangsvedtak. Disse funnene innebærer i seg selv brudd på loven. Når Fylkesmannen finner flere eksempler som viser det samme, trekker dette i retning av en systematisk svikt på området.

Opplæring av de ansatte i regelverket være en faktor som kan redusere risikoen for lovbrudd. I Grong kommune har de ansatte ved demensenheten gjennomført e-læringskurs om tvang i regi av NHI. En annen faktor som kan redusere risikoen for lovbrudd er en tydelig avklaring av ansvarsforhold. I Grong kommune er det utarbeidet skriftlige rutiner som beskriver hvem som har ansvaret for å melde fra om motstandssituasjoner. Denne følges imidlertid ikke i praksis. Kunnskapen om temaet, herunder når pasientens samtykkekompetanse skal vurderes, og hvem som har ansvaret for å fatte vedtak i de tilfeller det er aktuelt, fremstår for Fylkesmannen som svak. Manglende kunnskap om regelverket er en faktor som etter Fylkesmannens vurdering øker risikoen for brudd på pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

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 inntrykk av at de ansatte til en viss grad reflekterer seg imellom i hverdagen, vedrørende situasjoner som omhandler bruk av tvang og hvor grensen for tvang går. Men det har vært uenigheter blant ansatte om hva som skal betraktes som tvang og ikke. Fylkesmannen finner at det foreligger en svikt i styringssystemet ved at denne typen refleksjoner ikke er satt i system, og at beslutninger ikke blir tatt. Motstandssituasjoner blir dermed ikke fulgt opp videre med tvangsvedtak når det er behov for det.

Den manglende styringen på området som gjelder bruk av tvang, vil kunne medføre risiko for at tvang benyttes overfor enkeltpersoner når det ikke er hjemmel for det, eller at enkeltpersoner ikke får nødvendige helse- og omsorgstjenester fordi helsehjelp ikke gjennomføres med tvang når vilkårene for dette er oppfylt.

5. Fylkesmannens konklusjon

Fylkesmannen finner at Grong kommune ikke har satt inn tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for brudd på reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Dette er brudd på helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene §§ 6 til 9.

Denne rapporten oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.



6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapitlet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivaretatt.

Fylkesmannen ber Grong kommune oversende plan for hvordan lovbruddene skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

- hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å rette opp lovbruddene
- hvordan ledelsen vil følge med på at planlagte tiltak blir iverksatt
- hvordan ledelsen vil følge med på at iverksatte tiltak har virket som planlagt når de har fått virket en stund
- hvordan interne rutiner skal gjøres kjent for ansatte i dag og hvordan de skal gjøres kjent for nye ansatte
- tidsplan for retting av avviket

Fylkesmannen ber om at vedlagte tilsynsrapport blir langt frem for kommunestyret.

Frist for oversending av tilbakemelding settes til den **18. desember 2020**.

Med hilsen

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Cecilie Rønning
juridisk seniorrådgiver/revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

1 Gjennomføring av tilsynet

Kopi med vedlegg til:

Statens helsetilsyn Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO