



Folldal kommune
Gruvvegen 1
2580 FOLLDAL
Att. Kommunedirektør Torill Tjeldnes

Saksbehandler, innvalgstelefon
Kari Elise Krohn, 61 26 60 36

Rapport fra tilsyn med Folldal kommune - landsomfattende tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Folldal kommune, Folldal bo- og servicesenter og hjemmebaserte tjenester, fra 8. – 11.6.2021. Vi undersøkte om Folldal kommune sørger for at tvungen helsehjelp blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Statsforvalterens konklusjon:

- Folldal kommune sikrer ikke at motstand mot helsehjelp alltid blir fanget opp, og at tillitsskapende tiltak blir systematisk utprøvd og evaluert. I tilfeller der tillitsskapende tiltak blir brukt over tid, vurderes det ikke alltid hvorvidt det er grunnlag for å vurdere pasientens samtykkekompetanse og om vilkårene for bruk av tvang er oppfylt.

Dette er brudd på: pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3, jf. §§ 4-1 og 4-3, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6, 7, 8 og 9.

Kommunens praksis på området medfører en risiko for at det brukes uhjemlet tvang overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp.

Vi sendte utkast til rapport til kommunen for gjennomlesning 5.7.2021, med frist for tilbakemelding til faktagrunnlaget innen 15.8.2021. Vi har ikke mottatt slik tilbakemelding fra kommunen.

For oppfølging av lovbrudd vises det til kapittel 6 «Oppfølging av påpekt lovbrudd».



Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	2
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	2
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	3
5. Statsforvalterens konklusjon	3
6. Oppfølging av påpekt lovbrudd	3
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....	4

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2021 er rettet mot kommunens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

Statsforvalteren 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 hjemmebaserte tjenester, 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.

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

Pasienters og pårørendes meninger og erfaringer med kommunens helsetjeneste er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten. Et utvalg pårørende og pasienter på Folldal bo- og servicesenter og pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester har blitt intervjuet ved dette tilsynet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.



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 fastlegeordningen i kommunene

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:

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.

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.

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.



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.

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.

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:

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 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.

Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A 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.

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 4A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premisse for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

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.

Tillitsskapende tiltak

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

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.

Evaluerings 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.



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.

I tilsynet har vi sett på tjenestene ved Folldal bo- og servicesenter og hjemmebaserte tjenester, men det er Folldal kommune som er tilsynsobjektet. Folldal kommune er en kommune i Østerdalen som har ca. 1 600 innbyggere. Kommunen er organisert med enhet for helse, rehabilitering og omsorg (HRO). Under dette området ligger fem underenheter: helseavdelingen, hjemmebaserte tjenester, institusjon, miljø- og oppfølgingstjenesten og kjøkken/vaskeri.

Institusjon er delt inn i avdeling for langtidsopphold, korttidsopphold, skjermet avdeling og dagavdelingen. Institusjonen i kommunen heter Folldal bo- og servicesenter. Sykehjemmet har en skjermet enhet med fire rom, en korttidsavdeling med fem rom, og en langtidsavdeling med 10 rom. Medio april 2021 var det 21 pasienter på sykehjemmet.

Hjemmetjenesten i Folldal kommune gir tjenester til om lag 64 pasienter. Kommunen har 18 heldøgns omsorgsboliger tilknyttet institusjonen. Disse heldøgns omsorgsboligene har ikke vært en del av tilsynet. Kommunen har en kommunelege, samt en LIS1-lege. Kommunelegen har ansvaret for langtidsavdelingen og hjemmebaserte tjenester, mens LIS1 har ansvaret for korttidsavdelingen og skjermet avdeling. Det er imidlertid beskrevet et tett samarbeid mellom legene.

Folldal kommune er ansvarlig for at krav i lov og forskrift, samt andre myndighetskrav oppfylles, og for å ha rutiner for å skaffe seg oversikt slik at helsetjenestene som ytes i kommunen er forsvarlige.

På grunn av koronapandemien har vi ikke vært på befaring i kommunen. Vi har besøkt kommunen for å gå gjennom 28 pasientjournaler i kommunens lokaler. Det ble gjennomført samtaler ved bruk av videotelefoni med 13 ansatte fra ulike nivå i kommunen. Vi har også gjennomført samtaler med seks pasienter/pårørende.

Ved tilsynet gjorde vi følgende observasjoner:

Generelle observasjoner

Kommunen har dyktige og engasjerte ansatte, og det er god omsorg på sykehjemmet og i hjemmebaserte tjenester. De ansatte på sykehjemmet og i hjemmebaserte tjenester er flinke til motivasjonsarbeid med pasientene. Kommunen har samarbeid med SAM-AKS. Det synes å være godt samarbeid mellom lege og helsetjenesten.

Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har utarbeidet et skjema for risikoanalyse som gjelder pbrl. kap. 4A, men analysen er ikke gjennomført. Kommune har ikke gjort noen systematisk risikovurdering på området. I møter



mellom enhetsleder og avdelingsledere for HRO rapporteres det fast på avvik, økonomi og personal. Rapportering på pbrl. kap. 4A er ikke tema i møtene, og det etterspørres ikke.

Kommunen har utpekt enhetsleder som overordnet faglig ansvarlig for pbrl. kap. 4A. Kommunen har ikke gjort de ansatte kjent med hvem som har denne rollen.

Folldal kommune har en skriftlig rutine på området, men denne er ikke kjent for alle ansatte. Det er ikke gjennomført kompetansekartlegging når det gjelder tvungen somatisk helsehjelp. Det har ikke blitt gjennomført systematisk opplæring og veiledning av de ansatte når det gjelder bruk av somatisk helsehjelp med tvang og samtykkekompetanse. Det finnes opplæringstilbud, men dette er overlatt til den enkelte ansattes initiativ. Det er få ansatte som har gjennomført slik opplæring de siste årene. Kommunens ledelse følger ikke med på om de ansatte gjennomfører opplæring og om det faktisk fører til bedret kompetanse. Det finnes sjekklister for opplæring av nytilsatte og vikarer, samt sykepleiere innen HRO, men tvungen somatisk helsehjelp er ikke en del av sjekklisene. Kommunen følger heller ikke alltid med på om sjekklisene blir fulgt.

Faglige problemstillinger kan diskuteres i avdelingsmøter, refleksjonsmøter og i rapport. Diskusjon om motstand mot helsehjelp og tvungen somatisk helsehjelp er ikke fast tema i møtene, og diskusjoner om temaet er opp til den enkelte. Oppsatte refleksjonsmøter er ikke blitt gjennomført som planlagt.

Kommunen bruker systemet Compilo for avviksmeldinger. Noen avvik skrives også i journalsystemet CosDoc. Ikke alle ansatte har fått opplæring i å melde avvik, og det er ingen omforent forståelse for hva som skal meldes som avvik.

Det er ikke ensartet praksis hvor i journalen vedtak om tvungen somatisk helsehjelp og samtykkekompetansevurderinger skal føres, til tross for skriftlig rutine om dette.

Om pasienters motstand mot helsehjelp blir fanget opp

De ansatte er kjent med at helsehjelp som utgangspunkt ikke kan gjennomføres med tvang, men pasienters motstand mot helsehjelp blir ikke alltid fanget opp, dvs. motstand blir ikke alltid identifisert som motstand. Eksempler på dette er pasienter som vandrer rundt i sykehjemsavdelingen og tar på dørhåndtak, og pasienter som uttaler at de vil hjem. Det ble ikke vurdert om dette kunne være motstand mot å være på sykehjemmet. Det er ingen omforent forståelse av hva som regnes som tvang og omgåelse av bruk av tvang.

Der motstand blir fanget opp, er praksis at dette dokumenteres og at det gis beskjed til sykepleier som tar dette videre til lege. Dersom en pasient gir uttrykk for motstand, blir pårørende i noen tilfeller kontaktet for å innhente informasjon for å avklare om det faktisk er motstand mot helsehjelp, og hva pårørende i tilfelle mener pasienten i tilfelle ville ønsket.

Om motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak

Der motstand blir identifisert, følges motstanden opp med tillitsskapende tiltak. Det er ofte opp til den enkelte helsepersonell å bestemme hvilke tillitsskapende tiltak som forsøkes. Der motstanden fortsetter og det blir vurdert at motstanden ikke kan respekteres, blir ikke tillitsskapende tiltak satt i verk og fulgt opp på en systematisk måte. Der tillitsskapende tiltak benyttes over tid, er det ingen systematisk evaluering og korrigerende av tiltakene. I de tilfellene der SAM-AKS er involvert, er det i fellesskap planlagt hvilke tiltak som skal settes inn. Det er da praksis om muntlig vurdering av tiltak, men dette synes å være opp til den enkelte ansatte.



Kommunen har en skriftlig rutine for hvor tillitsskapende tiltak og virkningen av disse skal journalføres, men denne rutinen er ikke kjent og følges ikke. I journalgjennomgangen fant vi at tillitsskapende tiltak journalføres på ulike steder. I journalgjennomgangen så vi også at flere av pasientene har tiltaksplaner, og at noen har holdningsplaner.

Om pasientens samtykkekompetanse blir vurdert og ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Det er praksis i kommunen at sykepleier eller vernepleier, samt lege vurderer samtykkekompetansen til pasienter. Det er kjent for de ansatte at disse kan gjøre denne vurderingen. De som har blitt utpekt til å vurdere samtykkekompetanse har imidlertid ikke fått opplæring og veiledning av kommunen om kravene til vurdering av samtykkekompetanse.

Kommunen har muntlige rutiner for hvordan involvert helsepersonell samarbeider og utveksler nødvendig informasjon med den som har ansvaret for å vurdere samtykkekompetansen. Kommunen har en skriftlig rutine for hvordan avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal dokumenteres i pasientens journal, men denne rutinen er ikke kjent for alle ansatte.

Om ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Det er praksis at sykepleier/vernepleier samt lege kan fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp. Kommunen har ikke systematisk gitt de som er ansvarlige for å fatte vedtak opplæring og veiledning, slik at disse har fått kunnskap om vilkårene for bruk av tvang og om saksbehandlingsreglene. Kompetansen til disse er heller ikke kartlagt.

Det er ingen ensartet praksis for hvordan vurderinger av tvungen helsehjelp skal dokumenteres i pasientjournal, inkludert vedtak om tvungen somatisk helsehjelp.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Helsetjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre etterlevelse av bestemmelsene i pbrl. kap. 4A. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten oppstiller plikter for virksomheter til å iverksette tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd både ved planlegging, evaluering og korrigerende av tjenesten.

Det inngår i plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp anses som et risikoområde. Vi vil presisere at det ikke er et krav om at kommunen må gjøre en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse, men kommunen skal likevel ha vurdert om det er lokale forhold som tilsier risiko og sårbarhet. Hensikten med en risikovurdering er at kommunen skal få et grunnlag til å velge tiltak som vil redusere risiko.

Ledelsen i Folldal kommune har ikke vurdert risiko for svikt på området rundt bruk av tvungen somatisk helsehjelp, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6d. Når ledelsen ikke har skaffet seg oversikt over hvor det er fare for svikt ved helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelpen, er det risiko for at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp. I møter mellom enhetsleder for HRO og avdelingsledere, rapporteres det fast på avvik, økonomi og personal. Rapportering på pbrl. kap. 4A er ikke tema i møtene, og vi vurderer



at ledelsen ikke etterspør praktiseringen av tvungen somatisk helsehjelp i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Bruken av avvikssystem kan være en måte for ledelsen å skaffe seg oversikt over blant annet motstandssituasjoner og tvangsbruk i tjenesten. Kommunen har ikke fått avvik på dette området den siste tiden før tilsynet. Når ikke alle ansatte har fått opplæring i å melde avvik, og det er ingen omforent forståelse for hva som skal meldes som avvik, kan ikke kommunen sies å ha sikret at avvik blir brukt i det kvalitetsforbedrende arbeidet på dette området.

Klar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell kan også redusere risikoen for lovbrudd. På området tvungen helsehjelp er dette særlig viktig, da det ofte er flere helsepersonell, med ulik kompetanse, som yter helsehjelp til en og samme pasient. Kommunen har utpekt enhetsleder som «overordnet faglig ansvarlig» for pbrl. kap. 4A, men kommunen har ikke gjort de ansatte kjent med hvem som har denne rollen. Videre har kommunen en skriftlig rutine på området, men denne er ikke kjent for alle ansatte. Det synes å være kjent for ansatte at sykepleier/vernepleier og lege kan vurdere samtykkekompetanse og kan fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp. Videre kan det sies å foreligge muntlige rutiner for hvordan involvert helsepersonell samarbeider og utveksler nødvendig informasjon med den som har ansvaret for å vurdere samtykkekompetanse. Vi finner at kommunen til en viss grad har gjort de ansatte kjent med fordeling av ansvar på området, men skriftliggjøring av rutiner som deretter blir gjort kjent og tatt i bruk vil ytterligere redusere risikoen for lovbrudd på området.

Opplæring av de ansatte i regelverket kan også være en faktor som kan redusere risikoen for lovbrudd. Det finnes opplæringstilbud i kommunen, men dette er overlatt til den enkelte ansatts initiativ, og det er få ansatte som har gjennomført slik opplæring de siste årene. Tvungen somatisk helsehjelp er heller ikke en del av sjekklister for opplæring av nyansatte, vikarer og sykepleiere. Når det ikke er gjennomført kompetansekartlegging og opplæring ikke er gjennomført systematisk på området, kan vi fastslå at kommunens ledelse ikke har sikret at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på området, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6f og § 7. En konsekvens av dette er at det er manglende kunnskap om hva som regnes som motstand mot helsehjelp, og det er ulik forståelse av hva som regnes som motstand mot helsehjelp og hva som regnes som tvang. Motstand mot helsehjelp blir ikke alltid identifisert. Der motstand blir identifisert, følges motstanden opp med tillitsskapende tiltak. Det er imidlertid ofte opp til den enkelte å bestemme tillitsskapende tiltak. Der motstanden fortsetter og det blir vurdert at den ikke kan respekteres, blir ikke tillitsskapende tiltak satt i verk og fulgt opp på en systematisk måte. Med dette menes at helsepersonell med riktig kompetanse ut fra tiltakene det gjelder og som kjenner pasienten, vurderer hvilket tillitsskapende tiltak som skal forsøkes og på hvilken måte det skal gjennomføres. Der tiltak brukes over tid, er det ingen systematisk evaluering og korrigerende av tiltakene. Denne praksisen innebærer en risiko for at tillitsskapende tiltak blir brukt for lenge og dermed i realiteten blir en omgåelse av tvangsbruk.

Arenaer for de ansatte der de kan drøfte faglige problemstillinger og gjøre refleksjoner er også en faktor som kan redusere risiko for lovbrudd. De ansatte på sykehjemmet og i hjemmebaserte tjenester i Folldal kommune har arenaer der faglige problemstillinger kan drøftes, inkludert tvungen somatisk helsehjelp og samtykkekompetanse. Disse temaene er imidlertid ikke fast punkt i møtene. Ledelsen må sikre seg at drøfting av så viktige problemstillinger innenfor helseområdet ikke blir tilfeldig og opp til den enkelte helsepersonell. Videre er ikke kommunens skriftlige rutiner kjent for alle ansatte, og vi vurderer dermed at de skriftlige rutinene ikke brukes i praksis. På bakgrunn av de to ovennevnte forholdene vurderer vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for



omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6c og 6d.

Kommunen har ansvar for at iverksatte tiltak følges i praksis, fungerer etter sin hensikt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9 i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Vi vurderer at kommunens ledelse i liten grad etterspør bruk av tvang etter pbrl. kap. 4A. Ledelsen har ikke kontrollert om de skriftlige rutinene er kjent og brukes, og har heller ikke fulgt med på og etterspurt kompetansehevende tiltak ved at det f.eks. er obligatorisk for de ansatte.

Det er viktig at kommunen arbeider systematisk for at helse- og omsorgstjenesten og helsepersonellet kan oppfylle lov- og forskriftskrav. Det er kommunens systematiske arbeid for å sikre oppfølging av pbrl. på sykehjem og i hjemmebaserte tjenesten tilsynet er rettet mot. Dette er et lederansvar.

5. Statsforvalterens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Folldal kommune sikrer ikke at motstand mot helsehjelp alltid blir fanget opp, og at tillitsskapende tiltak blir systematisk utprøvd og evaluert. I tilfeller der tillitsskapende tiltak blir brukt over tid, vurderes det ikke alltid hvorvidt det er grunnlag for å vurdere pasienters samtykkekompetanse og om vilkårene for bruk av tvang er oppfylt.

Dette er brudd på: pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3, jf. §§ 4-1 og 4-3, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6, 7, 8 og 9.

Kommunens praksis på området medfører en risiko for at det brukes uhjemlet tvang overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp.

Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

6. Oppfølging av påpekt lovbrudd

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

Statsforvalteren ber Folldal kommune om å legge fram en plan for hvordan lovbruddene vil bli rettet. Planen skal minimum inneholde følgende fire elementer:

- Tiltak som skal settes i verk for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene blir iverksatt
- Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene fører til forventet endring
- Når vil kommunen forvente at lovbruddet vil være rettet og hvilke frister som er satt for å sikre fremdrift



Statsforvalteren ber om tilbakemelding med en slik plan innen **5.11.2021**.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)
fylkeslege

Kari Elise Krohn
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 26.3.2021.

Vi hadde samtaler med pasienter og pårørende 4.6.2021. Tre av pasientene mottok hjemmebaserte tjenester, mens tre av pasientene hadde sykehjemsplass.

Statsforvalteren gjennomførte dokumentgjennomgang i kommunen 2.6.2021. Informasjonsmøte ble holdt 8.6.2021. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn fant sted 11.6.2021.

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 HRO
- Oversikt over stillingsforhold i institusjon og hjemmebaserte tjenester
- Bemanningsoversikt i hjemmebaserte tjenester og institusjon
- Tjenestebeskrivelser
- Døgnrytmeplaner for institusjon og hjemmebaserte tjenester
- Informasjon om primærkontakt
- Rundskriv IS-1569, utgitt av Helsedirektoratet
- Veileder for inntakssamtale
- Veileder til oppfølgingssamtale for pasienter ved Folldal bo- og servicesenter
- Vurderingsskjema tjenstemottakere
- Samtykkeerklæring til SafeMate trygghetsalarm
- Institusjonstjenesten, bemanning/pasienter
- Hjemmebaserte tjenester, bemanning/pasienter
- Arbeidsplan: grunnturnus hjemmetjenesten
- Arbeidsplaner institusjon
- Stillingsbeskrivelser
- Rutiner for pbrl. kap. 4A
- VAR healthcare
- Skjema for vurdering av samtykkekompetanse
- Sjekkliste samtykkekompetansevurdering – helsehjelp
- Skjema for vurdering av samtykkekompetanse
- Skjema for vedtak om somatisk helsehjelp med tvang
- Informasjon om CosDoc
- Rutiner for dokumentasjon
- Oversikt over kursgjennomgang
- Kompetansehevingsplan for 2019
- Kompetansehevingsplan for 2020
- Informasjon om Compilo
- Skjema for risikoanalyse for pbrl. kap. 4A
- Tiltaksplan for vold og trusler

Det ble valgt 28 journaler etter følgende kriterier:

- Pasienter med institusjonsplass
- Pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester



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

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Inger L. Enberget	Avdelingsleder institusjon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elin N. Øyen	Avdelingsleder hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Else Laila Tuveng	Enhetsleder HRO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Magnvor Eggestad	Sykepleier hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eva Furuhovde	Hjelpepleier hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Synøve Borgny E. Øien	Hjemmehjelp hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aud Torhild Lohn	Sykepleier skjermet avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inger Anne Kjøllmoen	Helsefagarbeider skjermet avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbara Inauen	Lege langtidsavdelingen og hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Line G. Dahlen	Sykepleier langtidsavdelingen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jorunn Elise Engvoll	Vernepleier hjemmebaserte tjenester	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hege Breen Wagenius	Hjelpepleier korttidsavdelingen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karen Kuvås	Lege korttidsavdelingen og skjermet avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gunn Iren Husom	Hjelpepleier korttidsavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Rådgiver Guro Stenset, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- Seniorrådgiver Elin Amrud, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- Seniorrådgiver Åse Kongsvold, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- Seniorrådgiver Kari Elise Krohn, Statsforvalteren i Innlandet, revisjonsleder