



Pasientsikkerhet

Rapport | Skien kommune

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1. Bakgrunn og bestilling	3
1.2. Arbeidet med rapporten.....	3
1.3. Hva vi har gjort	4
1.4. Utfordringsbilde.....	4
2. Utredning av hjelpebehov	6
2.1. Regelverk	6
2.2. Tjenestekontoret.....	6
2.3. Hjemmetjenesten.....	7
2.4. Bruk av demensteam for å vurdere et hjelpebehov.....	8
2.5. Bruk av helsejurist	8
2.6. Samtykkekompetanse.....	8
2.7. Brukere som ikke ønsker hjelp	10
3. Utføring av tjenesten	11
3.1. Regelverk	11
3.2. Hvordan hjemmetjenesten arbeider	12
3.3. Vurdering av samtykkeevne.....	14
3.4. Bruk av tvang i hjemmetjenesten	15
3.5. Rutiner for håndtering av alvorlige hendelser og rutiner for krevende saker	16
4. Oppsummering	17

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og bestilling

Kontrollutvalget bestilte forvaltningsrevisjon i sak 13/22 om kommunens arbeid med å yte forsvarlig helsehjelp til mennesker som av ulike grunner motsetter seg å få hjelp. Bakgrunnen for bestillingen var en henvendelse til Kontrollutvalget fra Jørn Inge Næss, bystyrerepresentant og gruppeleder for FrP. I henvendelsen blir det vist til oppslag i TA 6. august og 6. september 2021. Oppslagene berører kommunens vurdering av samtykkekompetanse, bruk av tvang og enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett. I begge artiklene pekes det på to enkeltpersoner som burde/kunne fått mer hjelp av kommunen.

Forvaltningsrevisjonen skulle besvare følgende problemstilling:

Sikrer kommunen at meldt hjelpebehov blir utredet og at brukere med hjelpebehov får et forsvarlig helsetilbud? Vi skulle se nærmere på:

- Utredning, tilpasning og evaluering av hjelpe tilbud
- Tiltak for å sikre brukermedvirkning
- Rutiner og praksis for vurdering av samtykkekompetanse

Forvaltningsrevisjonen skulle være rettet mot saker der hjelpebehovet var meldt av andre enn bruker selv, og tilfeller der kommunen ikke får gitt forsvarlige helsetjenester på grunn av motstand fra bruker.

1.2. Arbeidet med rapporten

Vi har i første omgang besvart kontrollutvalgets bestilling med å gjennomføre en overordnet kartlegging av de temaer som problemstillingen omhandler. Årsaken til dette er:

1. Kontrollutvalget vedtok i sak 13/22 å gjennomføre en forvaltningsrevisjon om psykisk helsearbeid og rus. Vi ser at disse to forvaltningsrevisjonene tematisk til en viss grad vil overlappe hverandre, og dessuten ville forvaltningsrevisjonene bli gjennomført til dels samtidig.
2. Kommunen arbeider med en rutine som skal gir føringer for hvordan kommunen skal håndtere bekymringsmeldinger/vanskelige saker. Det kan være hensiktsmessig å gjøre en mer inngående kontroll av kommunens arbeid på dette området når denne rutinen har fungert en stund.

Dersom kontrollutvalget ønsker det, vil vi gjennomføre forvaltningsrevisjonen som planlagt. Alternativt kan de spørsmålene som ikke dekkes av forvaltningsrevisjonen av psykisk helsearbeid og rus vurderes i forbindelse med risikovurdering og ny plan for forvaltningsrevisjon for neste kontrollutvalgsperiode.

1.3. Hva vi har gjort

Vi har innhentet informasjon om de aktuelle temaene, primært gjennom intervjuer. Vi har ikke utledet revisjonskriterier, og i rapporten har vi verken vurderinger, konklusjoner eller anbefalinger, men en oppsummering av hovedinnholdet i den informasjonen som vi har fått.

Undersøkelsen er ikke en forvaltningsrevisjon, men vi har fulgt RSK 001 så langt standarden passer. Rapporten er sendt til kommunen ved kommunedirektør til uttalelse.

Vi har intervjuet:

- Fagsjef for Koordinerende hjemmetjenester
- Seksjonsleder for kvalitet og utviklingsseksjonen
- Enhetsleder for tjenestekontoret
- To enhetsledere i hjemmetjenesten
- Enhetsleder for Praktisk bistand
- Leder for demensteam
- Juridisk rådgiver i Helse og velferd
- Kommuneoverlege

Alle intervjuer er verifisert i etterkant og administrasjonen har hatt rapporten til uttale.

Rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Anne Hagen Stridsklev som oppdragsansvarlig.

1.4. Utfordringsbilde

Med pasientsikkerhet mener vi at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme.

En kommune leverer daglig store mengder helsetjenester til brukere og pasienter. De aller fleste tjenestene som leveres, skjer etter søknad fra bruker/pasient og utføres etter klart samtykke fra bruker/pasient. Ikke alle tjenesteutmålinger og tjenesteutførelser har et like enkelt bilde. Forhold som kan gjøre situasjonen mer krevende er:

- uklar samtykkekompetanse hos bruker/pasient
- bruker/pasient ønsker ikke dialog og/eller å ta imot helsehjelp

Pasientsikkerhet - Skien kommune

- på grunn av rus og psykiske forhold går bruker ut og inn av en situasjon hvor man er samtykkekompetent
- lav boevne, men bruker/pasient ønsker å bo under uverdige forhold
- helsehjelp er i utgangspunktet frivillig

Nasjonalt er det satt ned et tvangslovutvalg som har sett på reglene for bruk av tvang. Et av målene skal være å redusere bruken av tvang overfor pasienter som anses i stand til selv å se konsekvensene av å nekte behandling. Status per januar 2023 er at forslagene til utvalget har vært på høring.

2. Utredning av hjelpebehov

2.1. Regelverk

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Et hjelpebehov kan bli gjort kjent for kommunen ved at:

- en pasient/bruker henvender seg til kommunen eller sender en søknad om tjenester
- en pårørende eller nabo kontakter kommunens hjemmebaserte tjenester
- en hjemmehjelp oppdager tegn til begynnende demens, eller et oppsøkende rusteam, et ACT-team eller en ruskonsulent avdekker et hjelpebehov hos en klient
- Fastlegen eller spesialisthelsetjenesten eller andre spiller inn et hjelpebehov

Kommunen plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid. Kommunen plikter i nødvendig og forsvarlig omfang, å følge opp de opplysningene de blir kjent med, uavhengig av om det er søkt om tjenester eller ikke. Henvendelser om hjelpebehov trenger ikke å være skriftlige.

2.2. Tjenestekontoret

Tjenestekontoret utreder og treffer vedtak om alle henvendelser om hjelpebehov. Det gjelder både om henvendelsen gjelder noen som fra av før ikke mottar tjenester fra kommunen, og om henvendelsen gjelder noen som allerede har tjenester fra kommunen, men der hjelpebehovet har endret seg.

En søknad om helsehjelp kan fremsettes av bruker selv, lege eller annet helsepersonell. Dersom andre søker på vegne av bruker forutsetter det at bruker samtykker til dette. Det er stort rom for å leve det liv man vil i Norge og det er frivillig å søke om helsehjelp.

For å utrede en henvendelse/søknad kan/vil tjenestekontoret:

- Snakke med søkeren
- Gjennomføre hjemmebesøk
- Snakke med pårørende
- Benytte demensteamet i kommunen

Når vedtak blir fattet/revidert i CosDoc¹, sender Tjenestekontoret parallelt en melding til fagsykepleier slik at utførerledd er orientert at tjenesten kan utføres. Det er oftest fagsykepleierne i hjemmetjenesten som har løpende dialog med tjenestekontoret.

Vedtaket blir iverksatt av de instanser i kommunen som skal yte tjenestene, som for eksempel sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp/praktisk bistand og avlastning. Tjenestekontorene evaluerer og justerer tjenestene underveis i vedtaksperioden.

2.3. Hjemmetjenesten

2.3.1. Organisasjon

Totalt er det rundt 2200 ansatte fordelt på omtrent 1500 årsverk i Helse og velferd. Antall brukere i hjemmebaserte tjenester har økt fra rundt 1253 i 2014 til nær 1306 brukere i 2022. Det blir pekt på at parallelt med en økning i antall mottakere av hjemmetjenester er også kompleksiteten i hjelpebehovet til tjenestemottakerne økt.

Sykefraværet har siden 2017 holdt seg relativt stabilt på rundt 10 %, med en svak økning de siste to årene. Ifølge fagsjef for koordinerende hjemmetjenester har det blitt betydelig vanskeligere å rekruttere ansatte de siste årene. Fagsjefen skulle gjerne hatt flere sykepleiere og andre med relevant videreutdanning.

I tillegg har man fått mange nye ufaglærte vikarer de to siste årene. Hjemmetjenesten har erfart at mange av vikarene trenger mer opplæring enn hva vikarer tidligere har gjort, fordi de som nå blir ansatt har mindre grunnkompetanse enn tidligere. Hjemmetjenesten sliter med et kompetansegap etter covid-pandemien som man nå forsøker å tette igjen.

Gjennomsnittlig tid per bruker ble i 2019 redusert fra 16 til 15 minutter per bruker. Det blir pekt på at knapphet på ressurser, har betydning for hvor mye man får jobbet med tillitsskapende tiltak hos brukere som trenger dette.

2.3.2. Tiltak i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har et viktig ansvar for å oppdage og melde fra om endringer i hjelpebehov hos sine pasienter. Slike endringer skal meldes til tjenestekontoret. Hjemmetjenesten har ulike rutiner og verktøy som skal sikre dette. De viktigste er:

- News
 - NEWS er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke personer. Formålet er å sikre tidlig identifisering, vurdering, dokumentasjon og varsling ved forverring i helsetilstand samt tidlig håndtering/oppfølging av aktuelle og potensielle problemer. Kommunen har i ferd med å styrke dette arbeidet, gjennom opplæring og innkjøp av ytterligere måleutstyr.

¹ Kommunens elektroniske pasientjournal (www.dips.com)

- Iplos
 - IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. Kommunen har rutiner og ledere i hjemmetjenesten vurderer at de har god praksis for føring av slik data.
- Kontaktpersonordning
 - Kommunen har fordelt ansvarsoppgaver knyttet til oppfølging av brukere på primær- og sekundærkontakter. Hensikten er å øke kvalitetssikringen av de tjenester den enkelte bruker skal ha. Ledere i hjemmetjenesten vurderer at ordningen fungerer bra.
- Prosedyre for kartlegging og oppfølging av personer med kognitiv svikt eller demens
 - Kommunen har utarbeidet en prosedyre for å kartlegge hvorvidt en person er i ferd med å utvikle demens og for å vurdere videre tilrettelegging av tjenestetilbudet.
- Bruk av internmeldingssystemet i CosDoc.
 - Hjemmetjenesten bruker internmeldingssystemet i CosDoc når de kommuniserer med Tjenestekontoret. Ordningen blir brukt når hjemmetjenesten vurderer at det har skjedd endringer tjenestebehov hos bruker eller hvor de ser at bruker ikke tar imot tjenestetilbud de er tildelt. Ledere både i hjemmetjenesten og på Tjenestekontoret vurderer at kommunikasjonskanalen fungerer bra.

2.4. Bruk av demensteam for å vurdere et hjelpebehov

Kommunen har opprettet et eget demensteam med tre hele stillinger bestående av ambulerende sykepleiere med videreutdanning. Demensteamet mottar oppdrag fra tjenestekontoret, ofte etter henvendelse fra hjemmetjenesten. Demensteamet kan bistå faglig med kartlegging av søknader, og vurderer også hvordan tjenesten kan tilpasses brukers behov i hjemmet, og bistår med utprøving av hjelpetilbud. Hjemmetjenesten er involvert i stort sett alle saker hvor demensteamet er. Demensteamet dokumenterer alle vurderinger de gjør, og har egne skjemaer for kartlegging av demens.

2.5. Bruk av helsejurist

Skien kommune har ansatt en helsejurist som jobber anslagsvis 50 % ved tjenestekontoret og 50 % ut mot virksomhetene i Helse og Velferd. En sentral del av hennes arbeid er å følge opp klagesaker, dvs. saker hvor det er gitt avslag og tilsynssaker. Helsejuristen opplever at de ansatte i virksomhetene er godt kjent med henne og at de tar kontakt med henne i krevende saker.

2.6. Samtykkekompetanse

All helsehjelp skal være basert på samtykke fra pasienten, og pasienten har en grunnleggende rett til å si ja eller nei til hjelpen. Samtykkekompetanse handler om pasientens evne til å forstå hva han

faktisk sier ja eller nei til. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, skal den som yter helsehjelp avgjøre om pasienter mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp. For at pasienten skal vurderes som ikke samtykkekompetent, kreves det at bruker åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, det vil si begrunnelsen for at det er behov for å gi helsehjelp, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av å motta eller nekte helsehjelpen. Det skal med andre ord en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt å nekte å motta behandling. Siden beviskravet («åpenbart») er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente. Det er tilstrekkelig med en såkalt alminnelig forståelse, det vil si at det ikke kan stilles spesielle eller strenge krav til forståelsen. Pasienten kan ha samtykkekompetanse selv om vedkommende ikke forstår medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. For å vurderes som samtykkekompetent kan det være tilstrekkelig at pasienten forstår nødvendigheten av helsehjelpen. Tilsvarende trenger ikke pasienten fullt ut å forstå alle konsekvenser av å nekte behandling.

Dersom samtykkekompetansen skal bortfalle, må det foreligge en årsak. Samtykkekompetansen kan bare bortfalle dersom pasienten på grunn av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming» ikke er i stand til å forstå begrunnelsen. En mindre reduksjon i forstandsevnen, herunder lettere alderdomssvekkelse, er ikke tilstrekkelig.

2.6.1. Kommunens rutiner for vurdering av samtykkekompetanse

Kommunen har en rutine som skal sikre at samtykkekompetansen til pasienter med fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming blir vurdert når det er tvil om pasienten forstår innholdet i den konkrete helsehjelpen. Rutinen gjelder for alt helsepersonell som har pasientkontakt.

Behandlingsansvarlig lege avgjør om pasienten har samtykkekompetanse når det gjelder medisinskfaglige spørsmål som: behandling, medisiner, pasientens bo- og tjenestetilbud, -ernæringsutfordringer eller andre områder.

Pasientansvarlig², som blir oppmerksom på endringer i kognitiv funksjon hos en pasient, har ansvaret for å opprette tiltak i tiltaksplanen for å kartlegge pasientens funksjonsnivå.

² Pasientansvarlig – helsepersonell med høgskoleutdanning, som har fått tildelt pasienten til sitt ansvarsområde (dette behøver ikke å være pasientens kontaktperson).

Kontaktperson³ som observerer tegn på kognitiv svikt hos en pasient skal dokumentere dette i pasientjournalen. Kontaktpersonens observasjoner er med å danne grunnlag for samtykkekompetansevurderingen.

Rutinene stiller ulike kompetansekrav til de ansatte som skal vurdere samtykkekompetanse. I utgangspunktet skal samtykkevurdering gjøres hver helsehjelp skal gis.

Kommunen har med utgangspunkt i veileder til Helse- og omsorgstjenesteloven, laget en mal for samtykkekompetansevurdering. Dokumentet skal lagres i CosDoc og resultatene skal gjøres kjent for pasient og pårørende.

2.7. Brukere som ikke ønsker hjelp

Kommunen har etablert rutiner for å oppdage og utrede hjelpebehov og endringer i hjelpebehov. I noen situasjoner blir kommunen gjort oppmerksom på et hjelpebehov hvor personen ikke selv ønsker å ta imot hjelp. Kommunen er tydelig på at så lenge innbyggere er samtykkekompetente så er det stor frihet til å leve slik man ønsker. Dersom kommunen er i tvil om personen er samtykkekompetent så vil man gjennomføre en slik vurdering.

³ Kontaktperson – det helsepersonellet som har fått ansvar for løpende oppfølging av pasienten.
Vestfold og Telemark revisjon IKS

3. Utføring av tjenesten

3.1. Regelverk

Et tjenestetilbud skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

I Helsedirektoratets rundskriv til helse- og omsorgstjenesteloven står det at retten til å medvirke ikke vil under noen omstendighet frita helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten eller brukeren velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, jf. helsepersonelloven § 4. En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i forbindelse med videre oppfølging av pasienten, for eksempel ved å spørre om pasienten responderer på behandling eller om annen type behandling skal forsøkes.

3.1.1. Retten til selvbestemmelse

Selvbestemmelsesrett (eller autonomi) innen medisin betyr frihet til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse. Det er den enkelte pasient som bestemmer om han eller hun vil ha den helsehjelpen som tilbys. Pasientens selvbestemmelsesrett er også betegnet som pasientautonomi.

For pasienter som ikke anses å være kompetente til å ta behandlingsavgjørelser, er selvbestemmelsesretten begrenset. Dette gjelder for eksempel barn, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig psykisk utviklingshemning, pasienter med demens, bevisstløse pasienter og pasienter som er sterkt svekket.

3.1.2. Rettslig grunnlag for å bruke tvang

Bruk av tvang i helsehjelpen kan gis med tre ulike lovhjemler⁴:

- Øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7
 - Dersom det er vurdert som påtrengende nødvendig skal helsepersonell straks gi helsehjelp selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelp.
- Helsehjelp gitt med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

⁴ Informasjon hentet på Statsforvalterens nettsider (<https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/>)

- Formålet med dette regelverket er å kunne yte nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før det iverksettes tiltak om tvang. I veileder til pasient- og brukerrettighetsloven er det gitt eksempler på tillitsskapende tiltak som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Dette er ulike tiltak som fokuserer på blant annet å legge til rette for kjennskap til pasienten, tydelig kommunikasjon, samarbeid med pårørende med mer.
- Tvang i medhold av psykisk helsevernloven
 - Regelverket for bruk av tvang innen psykisk helsevern blir regulert av reglene i psykisk helsevernloven og tilhørende forskrift. Loven regulerer de former for tvang som er særegne for psykisk helsevern: i hovedsak vedtak om oppretting av tvungent psykisk helsevern og vedtak om ulike former for tvangsbehandling. Det er strenge krav til bruk av tvang i medhold av psykisk helsevernloven.

3.2. Hvordan hjemmetjenesten arbeider

3.2.1. Tillitsskapende tiltak – dialog med bruker

De fleste som mottar helsehjelp, er samtykkekompetente og har et ønske om å ta imot de helsetjenestene som man har vedtak om. Hjemmetjenesten kommer likevel daglig i situasjoner hvor pasienter som takker nei til at hjemmetjenesten utfører helsetjenester. Hjemmetjenesten må da vurdere om helsehjelpen er nødvendig og hvilke tiltak man eventuelt bør sette inn. I hjemmetjenesten snakker man om å komme i posisjon overfor pasienter og å motivere pasienter til å ta imot tjenester. For å få til dette bruker hjemmetjenesten tillitsskapende tiltak. Dette kan innebære å kartlegge hvorfor brukeren motsetter seg helsehjelpen, hvilken kompetanse det er behov for, sende ansatte som pasienten kjenner, informere godt, tilrettelegge tid og rom og involvere pårørende der man kan det. Hjemmetjenesten erfarer at det ofte holder å gjøre en justering av hvordan tjenesten gis (eks. dusj vs vask) eller at pasienten kan motiveres til å ta imot hjelpen ved å tilnærme seg pasienten på en annen måte. Det er viktig hvordan de ansatte ordlegger seg til pasienter, og for noen pasienter må de ansatte være mer bevisst på ordbruken enn for andre. Noen aksepterer kun helsehjelp fra ansatte som de er trygge på. Hjemmetjenesten har ansatte som er særlig flinke til å motivere pasienter til å ta imot tjenester, og disse blir brukt i vanskelige saker. Ved bruk av slike tiltak sørger kommunen for at helsehjelp blir gitt, også når pasienten er skeptisk til å ta imot helsehjelpen.

Kommunen bruker *Motiverende intervju* som en metodikk for å komme i dialog med pasienter og brukere og for å motivere til atferdsendring. Dette er en metode som er anbefalt av Helsedirektoratet. Ifølge fagleder for koordinerende hjemmetjenester har noen ansatte fått opplæring i motiverende intervju som verktøy.

3.2.2. Avvik og uønskede hendelser

Avvikshåndtering er en sentral aktivitet i kommunenes internkontrollarbeid. Avvik defineres som brudd på lover, forskrift og interne rutiner og skal skrives ned i kommunens elektroniske avvikssystem fortløpende. Når pasienter som er samtykkekompetente ikke ønsker å ta imot

helsehjelp, så er kommunens praksis at dette ikke er å anse som et avvik. Slike hendelser skal imidlertid registreres i pasientjournalen.

3.2.3. Involvere pårørende

Ifølge lederne vi har intervjuet, henter hjemmetjenesten noen ganger bistand hos pårørende når helsehjelp skal gis. Dette kan være for å få informasjon om pasientens fungeringsevne, for å hjelpe til i oppgaver som pasient/bruker delvis kan håndtere selv eller for å få hjelp til å komme i posisjon overfor pasient.

Fagsjef for koordinerende hjemmetjenester er tydelig på at hjemmeboende som vurderes å være samtykkekompetent, har partsrettigheter og skal representere seg selv. De har således full rett til å nekte kommunen i å involvere pårørende.

En avdelingsleder uttrykker at pårørende stort sett er til hjelp, men ikke alltid. Det fins også pårørende som øver press på at helsehjelp ikke skal gis, eksempelvis at man mener at bruker ikke trenger hjelp til å ta medisiner, stell eller annet, og også det motsatte der bruker ikke ønsker den helsehjelpen som pårørende mener de skal ha.

Dersom pasient ikke er samtykkekompetent, gjelder egne regler (se avsnitt om samtykkeevne).

3.2.4. Samarbeid med demensteam

Demensteamet blir noen ganger brukt, dersom hjemmetjenesten står fast overfor demente pasienter som ikke vil ta imot tjenester. Demensteamet har ofte bedre tid til å komme i posisjon overfor pasient og har mye erfaring i hvordan dette kan gjøres. Demensteamet gir også faglige råd for hvordan denne pasientgruppen bør følges opp generelt.

3.2.5. Samarbeid med psykisk helse og rus

Hjemmetjenesten samarbeider sporadisk med ansatte i Rus og psykisk helsearbeid når de skal gi tjenester til personer som dette tjenesteområdet følger opp. Samarbeidet beskrives som godt, men mer perifert enn samarbeidet med demensteamet. Dette blir dels forklart med at Psykisk helse og rus er organisert under et annet fagområde i Helse og velferd.

3.2.6. Samarbeid med Praktisk bistand

Praktisk bistand gir hjelp til praktiske gjøremål innenfor renhold. Tjenestene gis til personer som grunn av alder, sykdom, funksjonsnedsettelse eller annet, ikke greier å gjøre disse oppgavene selv. Hjemmehjelpen kan utføre praktiske oppgaver som rengjøring, klesvask og sengetøyskift med mer.

Ansatte i Praktisk bistand kan oppleve situasjoner hvor brukere ikke ønsker å ta imot hjelp. Også der opplever de at det har stor betydning hvordan man kommuniserer med brukerne.

3.2.7. Samarbeid med juridisk rådgiver

Når hjemmetjenesten står overfor krevende saker, tar de ofte kontakt med helsejuristen. I hjemmetjenesten er det enhetslederne som ivaretar denne dialogen. Fagsjef for koordinerende

hjemmetjenester beskriver at de har et godt samarbeid med helsejuristen og at de bruker kompetanse derfra i vanskelige saker.

3.3. Vurdering av samtykkeevne

Ifølge helsejurist har kommunen definert at dersom man er i tvil om en person er samtykkekompetent, så skal det gjennomføres en samtykkevurdering. Det skal dokumenteres at man har gjort en slik vurdering. Behov for samtykkekompetansevurdering oppstår også når en bruker motsetter seg helsehjelp og hvor hjemmetjenesten er usikre på om brukeren har forstått hvilke konsekvenser det kan ha å ikke ta imot hjelpen.

Personer som er hjemmeboende og mottar hjemmetjenester blir sjeldent samtykkevurdert.

Ifølge én avdelingsleder involverte avdelingen fastlege 5-6 ganger for å få bistand til samtykkevurderinger i 2022. Hun mener at ved økte rammer (ressurser/tid) og mer kunnskap kunne man ha gjennomført flere samtykkevurderinger. En annen avdelingsleder tror de gjennomfører omtrent to samtykkevurderinger i løpet av året, da i samarbeid med fastlege. Det varierer hvor godt samarbeidet med fastlegene fungerer. Ifølge kommuneoverlegen er det en utfordring at mange fastleger kjenner pasientene dårlig. Kommuneoverlegen mener at det må et godt samarbeid til mellom hjemmetjenesten og fastlegen når man skal gjøre samtykkevurderinger. Hun understreker også viktigheten av at sentral informasjon også løpende journalføres av hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten involverer demensteamet eller Psykisk helse og rus når samtykkekompetansevurderinger hvis de vurderer det som nødvendig. Som tidligere nevnt, er ikke samarbeidet med Psykisk helse og rus like tett som med demensteamet, men samarbeidet vurderes imidlertid som godt i de sakene man har et samarbeid.

En avdelingsleder mener at de ansatte er usikre på hvordan samtykkevurdering skal gjøres. Hun mener at det er for sjelden det blir gjort. Rutinene for å gjøre samtykkevurderinger følges delvis. Og man kan bli bedre på å dokumentere at det er gjort. Ofte velger den som skal gjøre vurderingen å be om bistand fra fastlege.

Ifølge helsejurist har samtykkekompetanse fått mye fokus i tilsynssaker. Statsforvalteren sier generelt at både kompetansen og dokumentasjonen i kommunen kan bli bedre i slike vurderinger. Helsejuristen er enig i dette og tror dette er en generell utfordring for mange kommuner. Hun tror mange opplever det som skummelt å gjøre slike vurderinger, da det fremstår som svært inngripende overfor personen det gjelder.

Både leder for tjenestekontoret og seksjonsleder for Kvalitet og utviklingsseksjonen i Helse og velferd mener generelt at hjemmetjenesten burde ha vurdert samtykkekompetansen til flere brukere og pasienter.

3.4. Bruk av tvang i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten bruker svært sjelden tvang overfor sine brukere. I følge fagleder for hjemmetjenesten, så er hovedregelen at man ikke har hjemmel til å bruke tvang. I den grad det benyttes overfor pasienter, dreier deg seg om låsing av dører på institusjon (demens) og overfor psykisk syke som er tilbakeholdt på institusjon. Hvis tvang skal benyttes, skal alle andre muligheter være utprøvd først. I følge fagleder dreier dette seg primært om å komme i posisjon overfor bruker, men også om å koble inn relevant fagkompetanse, avhengig av hva slags problemstilling man står overfor. Rus og psykiatri, fastlege og demensteam er eksempler på ekstern fagkompetanse. Eksempelvis er det fastleger som har det medisinske ansvaret og som skal gi råd og beslutninger til tjenesten.

Kommuneoverlegen mener kommunen som oftest håndterer situasjoner hvor tvang er aktuelt på en god måte. Hun tror at helsepersonell opplever det som en utfordring når pasienter nekter å ta imot helsetjenester som sett utenfra ville vært klart gunstig for pasienten. Hun understreker at det er stor rom for å leve på den måten man vil.

Kommuneoverlegen mener det er særlig viktig at alt helsepersonell dokumenterer observasjoner og vurderinger når de tilbyr tjenester til pasienter som i mer eller mindre grad motsetter seg helsehjelpen. Å motsette seg helsehjelp kan være et uttrykk for at de ikke forstår behovet for og/eller innholdet i helsehjelpen.

Seksjonsleder for Kvalitet og utviklingsseksjonen tror det har vært noe misoppfatning i hjemmetjenesteområdet av at tvang ikke kan brukes overfor hjemmeboende pasienter, noe hun mener er feil. Hennes seksjon har innledet et samarbeid med USN hvor dette blant annet har vært tema. Hun mener at hjemmetjenesten bør bygge mer kompetanse og ha større fokus på hvordan de skal vurdere samtykkekompetanse og dokumentere dette. Hun mener at man har vært noe bedre på dette på sykehjemmene og peker samtidig på at kommunens *overordnet faglig ansvarlig* (OFA) på tvang jfr. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A nettopp er ansatt i sykehjem. OFA er fagansvarlig i slike saker, er sparringspartner, selv om hun ikke er kjent med hjemmetjenestens virkeområde innenfor tvang. Hun tror hjemmetjenesten i liten grad har brukt OFA som ressursperson.

Seksjonslederen tror at hjemmetjenesten, som de andre tjenestene, noen ganger gjennomfører tvang uten at de er klar over det. Dette kan dreie seg om situasjoner hvor brukeren motsetter seg ulike tiltak, som for eksempel å knuse medisiner å blande med syltetøy, eller iverksette hygienetiltak som brukeren motsetter seg.

3.5. Rutiner for håndtering av alvorlige hendelser og rutiner for krevende saker

Kommunen har utarbeidet rutiner for hvordan de skal håndtere alvorlige hendelser. Av rutinen fremgår hva det hvem som har ansvar for hva, hvilke tiltak som skal gjennomføres, krav til dokumentasjon, dialog med Helsetilsynet, media med mer.

Kommunen er i gang med å utarbeide en prosedyre for håndtering av *bekymringsmeldinger/vanskelige saker*. Grappa som utarbeider denne prosedyren, er tverrfaglig og ledes av kommuneoverlegen. Arbeidet er per januar 2023 ikke ferdigstilt, men vil ifølge kommuneoverlegen være ferdig i løpet av kort tid. Målet har vært å få mer systematikk i arbeidet og å lage en sjekklister for hva som bør vurderes i vanskelige og komplekse saker. Det er tenkt at prosedyren vil svare ut Statsforvalterens ønske om at kommunen i større grad gjør risikovurderinger på områder hvor det er fare for svikt og at man setter inn tiltak i forhold til dette.

Helsejuristen i Helse og velferd håper de nye rutinene kan gjøre at man kommer raskere inn med de riktige tiltakene i komplekse saker. Hun mener at mye gjøres i dag, men håper at det kan bli mer systematikk i arbeidet. Hun tror ikke nødvendigvis at man vil løse vanskelige saker på en annen måte som følge av de nye rutinene. Det at noen har en hjemmesituasjon som åpenbart er trasig, er ikke ensbetydende med at det er gjort noe feil fra kommunens side.

4. Oppsummering

Kommunen har utarbeidet rutiner og maler som er relevante både ved søknad om helsehjelp, kartlegging av hjelpebehov, samtykkekompetansevurdering, ved bruk av tvang og når det skal kommuniseres internt i Helse og velferd. Det jobbes med å styrke kompetansen i bruk av rutinene i hjemmetjenesten. Kommunen har fram til nå ikke hatt rutiner for håndtering av brukere som ikke ønsker å ta imot helsehjelp eller hvor andre forhold tilsier at saken er krevende. Helse og velferd jobber imidlertid med å utvikle rutiner for dette. Arbeidet med rutinene er tverrfaglig satt sammen og legger opp til bruk av ressurser på tvers av fagområder i Helse og velferd.

Hjemmetjenesten står i det daglige arbeidet ofte overfor brukere som er negativt innstilt til å ta imot helsehjelp. For noen skal det kun mindre justeringer til, som hvordan tjenesteutøver ordlegger seg, det kan være personavhengig eller man kan gi tjenesten på en litt annen måte. Hjemmetjenesten beskriver slike tillitsskapende tiltak som viktige verktøy i deres arbeidshverdag og noen har også fått oppæring i dialogform hos de ansatte (Motiverende intervju).

Pandemi, høyt sykefravær, økt mangel på faglig kompetent personell og generelt mangel på personell er utfordringer som hjemmetjenesten har stått i og fortsatt står i. Pandemien har også skapt et kompetansegap i organisasjonen som det nå jobbes med å tette.

Det blir påpekt at kompetansen til de som skal gjennomføre samtykkekompetansevurderinger i hjemmetjenesten er for lav. Det gjennomføres svært få samtykkekompetansevurderinger i hjemmetjenesten.

For å kunne benytte tvang ved utføring av helsehjelp er det et krav at pasient ikke er samtykkekompetent på det aktuelle området. Kommunen har rutiner for hvordan dette kan brukes, men tvang blir så å si aldri brukt i hjemmetjenesten.

Til slutt er det viktig å påpeke at hovedregelen er at alle som er samtykkekompetente, kan velge om de vil samtykke til eller avslå tilbud om helsehjelp.