



Fylkesmannen i Vestfold



Sandefjord Kommune
Helse- og sosialetaten

Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A

Implementering og samhandling i Vestfold



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

Rapporten er skrevet av Anne Mette Aralt på vegne av Fylkesmannen i Vestfold og Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold

Februar 2013

Innholdsfortegnelse:

Innledning	side	3
1.0 Sammen drag	side	4
2.0 Bakgrunn	side	5
3.0 Samarbeid mellom Fylkesmannen og USHT	side	6
3.1 Prosjektsamarbeidet – mandat og organisering	side	6
3.2 Erfaringer fra prosjektarbeidet	side	7
3.2.1 Utvikling av maler og prosedyrer	side	7
3.2.2 Opplysnings- og undervisningsmateriell	side	7
3.2.3 Arenaer for opplæring og erfaringsutveksling	side	7
3.2.4 Bruk av ressurspersoner	side	7
3.2.5 Etablering av overordnet faglig ansvarlig (OFA)	side	8
3.2.6 Kurs- og dialogkonferanser	side	8
3.2.7 Internett som spredningskanal	side	9
3.2.8 Håndtering av forespørsler	side	9
3.2.9 Erfaringsutveksling - USHT og Fylkesmannen	side	9
3.3 Resultater av prosjektet	side	10
4.0 Samarbeidsavtalen og videre formalisert samarbeid	side	12
5.0 Prosjektets- og samarbeidsavtalens overføringsverdi	side	14
6.0 Referanseliste	side	14
Vedlegg		
1. Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp	side	16
2. Avtale mellom Fylkesmannen og Undervisningstjenesten i Vestfold (nå USHT)	side	20

Innledning

På vegne av en prosjektgruppe oppnevnt av Fylkesmannen i Vestfold og tidligere Undervisningssykehjemmet i Vestfold (nå USHT-V), utga Anette Hansen og Petter Kirkeby i 2012 rapporten: "Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4 A – Implementering i Vestfold 2008 – 2010". Hansen og Kirkeby beskrev forarbeidet til et samarbeidsprosjekt mellom Fylkesmannen i Vestfold og Undervisningssykehjemmet, prosessen i prosjektarbeidet og resultatene fram til 2010.

Prosjektet ble etterfulgt av en Samarbeidsavtale mellom Fylkesmannen og Utviklingssenteret for sykehjem i Vestfold (USHT-V). Samarbeidsavtalen ble inngått for perioden 01.10.10 – 31.12.12.

Dette er en oppfølging av det som ble lagt fram av Hansen og Kirkeby. Den tidligere rapporten beskrev "prosjektperioden". Denne rapporten beskriver i tillegg oppfølgingen av prosjektsamarbeidet, samarbeidsavtalenes innhold og hvilke forsøk som er gjort på å tilrettelegge best mulig for en varig implementering av regelverket knyttet til Pasient- og brukerrettighetslovens Kap. 4 A. For at det skal være mulig å lese begge rapportene hver for seg, beskrives prosjektsamarbeidet og resultatene av prosjektsamarbeidet her i korte trekk.

1.Sammendrag

Stortinget vedtok i 2008 at det fra 01.01.2009 skulle innføres lovlig adgang til å benytte tvang overfor voksne personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dette er nå hjemlet i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A.

Fylkesmannen i Vestfold så raskt at det ville bli krevende for både Helseforetakene, tannhelsetjenesten og kommunene å få implementert dette regelverket. Fylkesmannen på sin side ville også være avhengig av gode dialoger med vedtaksfatterne – ikke minst i forhold til kravene om tillitskapende tiltak. Samhandling styrker eierskapet til løsningene, lovforståelsen og den praktiske gjennomføringen. Fylkesmannen tok derfor medio juli 2008 kontakt med USH - Undervisningssykehjemmet for Vestfold (nå USHT-V) med spørsmål om et mulig samarbeid for en god tilrettelegging av innføringen av dette lovverket.

USHT-V var interessert og det ble starten på et prosjektarbeid med en prosjektorganisasjon.. Prosjektet hadde som mål å bistå kommunene, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Vestfold med implementeringen av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Prosjektet har bidratt til:

- Økt fokus og forståelse for vurdering av pasientenes samtykkekompetanse
- Utarbeidelse av skjema for vurdering av samtykkekompetanse
- Økt fokus på tillitskapende tiltak og dokumentasjon av disse
- Økt den generelle lovforståelsen av pasient- og brukerrettighetsloven
- Økt kompetanse og refleksjon rundt etiske utfordringer
- Redusert bruk av tvang
- Skapt positive allianser mellom fagmiljøer og ressurspersoner
- At "overordnet faglig ansvarlig (OFA)" er blitt etablert i alle kommuner, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste
- At OFA har styrket implementeringsprosessen via deres gjensidige samarbeid
- Økt samarbeid mellom kommunene, helseforetak, tannhelsetjenesten, USHT-V og Fylkesmannen vedrørende lovkapittelet
- Innspill til Helsedirektorat og Statens helsetilsyn
- At lovkapittelet ser ut til å ha fått en bredere utbredelse ved at fokus på samtykkekompetansevurdering og tillitskapende tiltak har ført til endringer også for pasienter som ikke er omfattet av lovkapittelet
- Formelt samarbeid mellom USHT-V og Fylkesmannen om lovkapittelet og videreføring av samarbeid etter prosjektslutt oktober 2010

På tross av dette, opplever aktørene at implementering av dette regelverket har vært og er krevende.

Samarbeidsavtalen mellom Fylkesmannen og USHT ble inngått ved prosjektslutt for perioden 01.10.10 – 31.12.12 (se vedlegg 2). Den er gjennomført etter intensjonen. Fra og med 2013 implementeres det videre arbeidet med pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A i ordinær drift hos partene, - dog slik at det er lagt

opp til to årlige møter; - ett for Overordnet faglig ansvarlig (OFA) og ”superbrukere” og ett for ansatte som trenger grunnopplæring. Partene skal bistå hverandre. Fylkesmannen er imidlertid hovedansvarlig for OFA-møtet og USHT for grunnopplæringssamlingen.

2. Bakgrunn

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A (pasbrl. Kap. 4A) trådte i kraft 01.01.2009. De har som formål å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Bestemmelsene skal også forebygge og begrense bruk av tvang. Det kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen, og gjennom særskilte saksbehandlings- og overprøvingsregler. Den klare hovedregelen er at frivillige tiltak skal forsøkes før det gis helsehjelp med tvang. Før det kan ytes helsehjelp til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonellet forsøke med tillitskapende tiltak.

Selv om spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten omfattes av lovverket og det oppstår situasjoner der vedtak etter pasient -og brukerrettighetslovens Kap. 4A skal fattes, er det først og fremst i den kommunale utøvelsen av helsetjenester det vil være aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang for å unngå vesentlig helseskade. Når det fattes vedtak, er det krav om at det skal sendes kopi til Fylkesmannen (tidligere Helsetilsynet) i fylket. Fylkesmannen skal motta og gjennomgå alle vedtak, og er i lovverket gitt i oppgave å overprøve disse og behandle klagesaker.

Fra 01.01.2012 er ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester iverksatt. Samtidig er Helsetilsynene i fylkene også faglig sett, lagt innunder Fylkesmannen. Oppgaver som tidligere var tillagt Helsetilsynet i fylket, er nå overtatt av Fylkesmannen. Kommunen har et generelt ansvar for å tilby og yte forsvarlige tjenester, jf. [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) §§ 1-1 og 4-1.

Det var ingen som kunne si hvor mange vedtak som var det ”korrekte” antallet for Vestfold. Det var heller ikke gitt at antallet innsendte vedtak ga et reelt bilde av situasjonen. Det kunne også være at de instanser som ikke fattet vedtak, var bedre på tillitskapende tiltak eller har færre eller mindre utfordrende pasienter. Kompetanse om lovverket kunne også være avgjørende. Dette var noe av bakteppet for det embetsoppdraget som Fylkesmannen fikk i 2008 om å være aktive i implementeringen av pasient- og brukerrettighetslovens Kap. 4A. Oppdraget gikk ut på å drive og igangsette opplæring og veiledning av helsetjenesten med hovedvekt på ledere, opplæringsansvarlige og nøkkelpersoner i kommunene, helseforetakene og tannhelsetjenesten. Oppgaven med å følge opp med opplæring og veiledning er videreført i senere embetsoppdrag.

De tidligere Undervisningssykehjemmene og nå Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har oppdrag på utviklings- og kompetansesiden som har klare fellestrekk med det som forventes av Fylkesmannen. Begge parter skal bl.a. gi opplæring og veiledning, og med det bidra til informasjonsspredning på sentrale fokusområder. Det var på denne bakgrunn at Fylkesmannen i Vestfold sommeren 2008 tok initiativ til et samarbeid med Undervisningssykehjemmet for Vestfold .

Prosjektperioden var fra høsten 2008 ut oktober 2010. Prosjektet ble avløst av en samarbeidsavtale mellom USHT og Fylkesmannen. Denne samarbeidsavtalen gjaldt ut 2012.

3. Samarbeid mellom Fylkesmannen og USHT

3.1 Prosjektsamarbeidet - mandat og organisering

Målgruppen var kommune-, tannhelse- og spesialisthelsetjenesten i Vestfold som ble berørt av pasient- og brukerrettighetslovens Kap. 4A. Fordi antall vedtak definitivt ville være høyest i kommunens helse- og omsorgstjeneste, ble hovedfokuset rettet dit.

Styringsrådet for USHT ble styringsgruppe for prosjektet.

Leder for USHT/seksjonsleder institusjon i Sandefjord , Anny-Esliabeth Hanedalen og fagkoordinator i kommunegruppa hos Fylkesmannen i Vestfold, Anne Mette Aralt, fungerte som et mellomledd mellom styringsgruppa og prosjektgruppa og hadde sammen det daglige overordnede ansvaret for prosjektet.

Det ble en oppnevnt prosjektgruppe med tverrfaglig kompetanse som fikk flg mandat:

- Bistå med oppfølging av opplæring/kompetanseheving i kommunene, helseforetak og tannhelsetjenesten i Vestfold vedrørende: Rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen
- Bistå med tilrettelegging for drøfting av tillitskapende tiltak som er forsøkt og bør forsøkes for å unngå tvangsbruk

Erfaringer ble blant annet innhentet fra fagnettverk demens og Fylkesmannens overprøving av enkeltvedtak og senere tilsyn.

Prosjektgruppen ble ledet av Anette Hansen fra USHT.

Det ble oppnevnt en ressursgruppe /ressurspersoner fra fagmiljøet i Vestfold. Disse representerte

- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Fagnettverket Demens i Vestfold
- Høgskolen i Vestfold (HIVE)
- Sykehuset i Vestfold (SIV) – spesialisthelsetjenesten
- Psykiatrien i Vestfold (PIV) – spesialisthelsetjenesten
- Tannhelsetjenesten
- Pasientombudet
- Brukerorganisasjoner

På bakgrunn av mandatet og innspill fra praksisfeltet utpekte det seg tidlig i prosjektet tre hovedfokus / overordnende mål:

- Bidra til opplæring/kompetanseheving i kommunene, helseforetak og tannhelsetjenesten

- Utarbeide maler/verktøy som kan benyttes ved vurdering av samtykkekompetanse
- Samle erfaring fra dokumentasjon av tillitskapende tiltak med overføringsverdi til kommuner og foretak

3.2 Erfaringer fra prosjektarbeidet

3.2.1 Utvikling av mal og prosedyrer

Det viste seg tidlig i prosjektperioden at det var stort behov for informasjon og kunnskap om hvem og hvordan pasienters samtykkekompetanse skulle vurderes.. Prosjektet utarbeidet, på bakgrunn av dette, et skjema som kunne benyttes som mal. Skjemaet ble videre lagt frem for ressursgruppemedlemmer og Fagnettverket demens. Skjemaet ble endret flere ganger i løpet av prosjektperioden på bakgrunn av innspill og evalueringer fra fagfeltet/praksisfeltet. Det ble etter hvert laget en "veileder" til skjemaet. Skjemaet ble oversendt Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

3.2.2 Opplysnings- og undervisningsmateriale

Det ble tidlig utarbeidet og sendt ut informasjonsskriv til kommunene. I tillegg ble eget informasjonsskriv til legene i kommunene laget og distribuert. Rundskriv, brosjyrer, foredragsfoiler og cd ble delt ut på en rekke avholdte kurs, seminarer og konferanser. Videre ble også en del annen informasjon sendt via e-post.

3.2.3. Arenaer for opplæring og erfaringsutveksling

Nedslagsfeltet for implementeringen var svært bredt. Det ble lagt opp til at informasjonsspredningen fortrinnsvis skulle skje via allerede eksisterende nettverk som det fantes relativt mange av i Vestfold. Det ble med andre ord ikke etablert nye arenaer for opplæring og erfaringsutveksling knyttet til pasient- og brukerrettighetslovens Kap. 4 A. Medlemmer av prosjektgruppen har deltatt med løpende informasjon på flere av de aktuelle arenaene. Prosjektarbeidet førte dermed til at det nye lovverket ble satt på dagsorden i alle de aktuelle foraene flere ganger i prosjektperioden.

3.2.4 Bruk av ressurspersoner

Det ble tidlig klart at prosjektet ønsket å knytte til seg ressurspersoner innenfor de ulike fagfeltene. Som tidligere nevnt, ble det derfor gjennomført møter med ressurspersoner fra tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner, Pasientombud og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH). Prosjektgruppen var også i kontakt med Høgskolen i Vestfold for å høre om lovverkets rolle i undervisningen og tilbudte seg å bistå hvis høgskolen så et behov for informasjon.

Ressurspersonene har bidratt med nyttige råd, innspill og erfaringer og har via dette også bidratt til at det ble satt fokus på dette lovverket på deres egne arbeidsplasser

3.2.5 Etablering av overordnet faglig ansvarlig (OFA)

Når nye områder/arbeidsoppgaver skal implementeres, viser erfaring at det er viktig at det utpekes ansvarlige personer i kommunene/foretaket som koordinerer og holder oversikt over aktiviteten på området. Kommunene, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble derfor oppfordret til å velge ut en representant fra sin organisasjon til å inneha rollen som "overordnet faglig ansvarlig" (OFA) jf. krav i pasbrl. § 4A-6, 3. ledd. Et av ansvarsområdene til OFA`ene har vært å ha oversikt over implementeringen og anvendelsen av lovverket i sin organisasjon.

Alle kommunene og tannhelsetjenesten oppnevnte tidlig sine OFA`er. Det tok noe lengre tid å få disse ansvarspersonene på plass i spesialisthelsetjenesten. Etter at OFA`ene kom på plass, ble de aktivt benyttet til å legge til rette for dialog og informasjonsflyt, både innad i sin organisasjon, men også imellom kommunene, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten, Fylkesmannen og USHT-V. Informasjon til kommunene fra prosjektgruppen ble formidlet via møter med OFA, e-post og netthenvisninger. OFA`ene har stått ansvarlig for å gjøre informasjonen kjent i sin egen organisasjon. De har også fått kopi av alle vedtak` som Helsetilsynet/ Fylkesmannen har fattet og de tilbakemeldinger som er sendt den organisasjonen de er ansvarlige for.

Det er blitt gjennomført møter med OFA, Fylkesmannen og USHT-V hvert 1/2-år i hele prosjektperioden. OFA`ene har også blitt oppfordret til å samarbeide seg imellom utenom disse møtene.

3.2.6 Kurs og dialogkonferanser

Opplæring og informasjonsspredning ble tett koordinert med øvrige prosjekter i USHT-V og med ulike oppgaver hos Fylkesmannen. Samlinger for kommunens ledere innen helse/sosial er blitt gjennomført. Representanter fra prosjektgruppen har deltatt i ulike fora som Fylkesmannen eller USHT-V ellers arrangerte; - det være seg seminarer, kurs eller møter.

Både enkeltpersoner og arbeidsplasser hadde anledning til å melde behov for opplæring og veiledning. USHT-V og Fylkesmannen holdt på bakgrunn av dette en rekke kurs og gav mye veiledning rundt samtykkekompetansevurderingen. Flere av kursene la også vekt på temaer som etikk, holdninger, dokumentasjon, og miljøbehandling som tillitskapende tiltak.

I september 2009 gjennomførte prosjektgruppen dialogkonferanse, hvor alle Vestfold- kommunene, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten blir invitert. Et av målene med konferansen var å legge til rette for at deltakerne selv aktivt delte erfaringer rundt implementeringen. I overkant av 70 deltok på konferansen. Legene er sentrale for å få til riktige og relevante vedtak knyttet til pasient- og brukerrettighetslovens Kap. 4 A. Samarbeidet mellom leger, ledere og sykepleiere er derfor sentralt. Etter et mislykket forsøk på å samle de ulike yrkesgruppene til kurs i 2009, ble det gjennomført et meritterende kurs i februar 2010 med nesten 100 deltakere.

Som en avslutning av prosjektet ble det gjennomført en erfaringskonferanse i september 2010, hvor over 200 personer deltok. Spesialisthelsetjenesten,

tannhelsetjenesten og flere kommuner la frem sine erfaringer rundt implementeringen av lovkapittelet. Kommunene kom med konkrete eksempler for å belyse den praktiske gjennomføringen. Hva hadde fungert bra og hvilke problemer hadde de møtt underveis? Konferansen hadde også andre faglige foredrag. Representanter fra Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn bidro med refleksjoner og deltok sammen med andre ressurspersoner i paneldebatt med spørsmål fra salen.

3.2.7 Internett som spredningskanal

Aktuell informasjon har blitt formidlet gjennom nettsidene til Fylkesmannen og USHT-V. Videre har det blitt vist til eksterne nettsider, og spesielt oppfordret til å benytte Helsedirektoratets informasjon og e-læringsprogram.

Det har blitt arrangert to nasjonale videokonferanser, hvor helsepersonell fra ulike deler av landet har deltatt. Videokonferansene har vært et samarbeid mellom USHT-V, Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter i Nøtterøy kommune og Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø.

Informasjon om prosjektet og link til samtykkekompetansevurderingsskjemaet ligger blant annet på NKAHs nettsider. Prosjektet har også skrevet en kort statusrapport som har vært publisert på USHT`s nasjonale side.

3.2.8 Håndtering av forespørsler

Det har i prosjektperioden vært mange henvendelser fra helsepersonell og ledere på ulike nivå i Vestfold. Det har både vært ønske om veiledning i enkeltsaker og mer generell informasjon og opplæring. Et par av prosjektgruppens deltakere har gjennomført en rekke kurs og veiledningssamtaler ute i praksisfeltet på bakgrunn av konkrete henvendelser. For å rasjonalisere arbeidet, ble det ca. midtveis i prosjektperioden besluttet at henvendelsene fra kommunene om opplæring fortrinnsvis burde skje gjennom OFA`ene til USHT-V. OFA`ene fra spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten rettet henvendelsene om opplæring til Fylkesmannen. Det har også vært henvendelser fra andre kanter av landet. Disse henvendelsene ble imøtekommet bl.a. ved veiledning eller videre henvisning via telefon. Enkelte fikk også tilbud om å delta på kurs eller videokonferanser. Det ble ved et par anledninger avholdt møte der ønsket var informasjon om hvordan Vestfold hadde jobbet med implementeringen. Fra 2011 til 2013 ble det laget en rutine på at det to ganger i året ble laget åpne informasjonsmøter der grunnleggende forståelse av pasbril Kap. 4A blir informert om og hvor det var anledning til å drøfte konkrete case. Her har også vært deltagelse fra andre fylker.

3.2.9 Erfaringsutveksling - USHT og Fylkesmannen

Fylkesmannen er som tidligere nevnt, tillagt oppgaven med å motta kopi og gjennomgå alle vedtakene, og har fått myndighet til å overprøve disse. Videre skal Fylkesmannen behandle klagesaker. Ved vedtak som varer mer enn tre måneder skal Fylkesmannen etterkontrollere vedtakene, og av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for tvungen helsehjelp.

Gjennom oppgaven med å behandle vedtakene og klagesakene fikk Fylkesmannen etter hvert god oversikt over bruken av tvungen helsehjelp i Vestfold. Dette arbeidet gav Fylkesmannen relevant kunnskap og erfaring til bruk i mer ordinært tilsynsarbeid

på fagområdet. Det var imidlertid helt fra starten en erkjennelse hos Fylkesmannen at det ville ta tid å bygge opp denne kunnskapen.

Fylkesmannens samarbeid med USHT-V førte til aktiv deltagelse i ulike forum (som Fagnettverket demens, konferanser, møter/dialog med ressurspersoner og OFA). Fylkesmannen fikk en tidlig og direkte dialog med ulike aktuelle aktører om de utfordringene og erfaringene som saksbehandlingen viste. I dette samarbeidet ble det tidlig satt fokus på samtykkekompetansevurderingen og tillitskapende tiltak. Samarbeidet gav også prosjektgruppen mulighet til å følge med på antall innsendte vedtak og hva vedtakene omhandlet.

3.3 Resultater av prosjektet

Forskning viser at det å endre praksis hos helsepersonell ofte er en tidkrevende og møysommelig oppgave. Det kan fremstå som et paradoks at helsepersonell som ofte jobber med atferdsendring hos pasienter samtidig selv kan bruke svært lang tid til endring av egen praksis (Eiring, 2009).

Prosjektgruppen har, som det fremgår flere steder, hatt stort fokus på dialog med praksisfeltet for å fange opp og innhente erfaringer med implementeringen av lovkapittelet. Denne dialogen har i hovedsak dreid seg om hvilke utfordringer praksisfeltet hadde, hvordan utfordringene ble møtt og hvordan prosjektet kunne bistå i implementeringsprosessen.

Tilbakemeldingene fra praksisfeltet, underveis og ved prosjektslutt, ble benyttet som grunnlag for vurdering av tiltakene. Informasjonen om hvilke tiltak som var konstruktive og hva som kunne vært gjort annerledes i implementeringsprosessen var med på å gi indikatorer på om prosjektet hadde nådd sine resultatmål. Fylkesmannens tilbakemeldinger til prosjektet, på bakgrunn av innkomne vedtak og annen informasjon, ble også benyttet som resultatindikator. Det samme gjaldt ulike drøftinger med og informasjon fra Helsedirektorat/departement og Statens helsetilsyn.

Prosjektet hadde følgende resultatmål:

- Utarbeide skjema-mal for vurdering av samtykke og innhente erfaringer fra bruken av skjemat
- Utarbeide veiledende punkter for utfylling av samtykkevurderingsskjemaet
- Informere ledere og andre opplæringsansvarlige gjennom informasjonsskriv og deltagelse på arenaer hvor disse personene nås.
- Innhente informasjon om kommunenes, spesialisthelsetjenestens og tannhelsetjenestens erfaringer underveis under implementeringen og sørge for spredning av denne
- Bidra til spredning av gode eksempler og tillitskapende tiltak
- Bistå Fylkesmannen med innspill
- Følge med på antall vedtak og innholdet i disse

Resultatmålene må kunne sies å være innfridd. Implementeringsprosessen av pasbrl. Kap. 4A har ført til refleksjoner og drøftinger rundt tolkningen og anvendelsen av mange sentrale områder i helselovgivningen. Områder det har vært stort fokus på er

blant annet samtykke, samtykkekompetanse, tillitskapende tiltak, pårønderollen og dokumentasjon. Ved prosjektslutt så det likevel ut til at det fortsatt var et stort behov for kompetanseheving og praktisk veiledning rundt begrepene og praktiseringen av regelverket om samtykke og samtykkekompetanse.

Mye tyder imidlertid på at helsepersonell har blitt flinkere til å benytte tillitskapende tiltak, men dokumentasjonen av tiltakene har ofte vært lite beskrevet eller fraværende. Helsepersonell opplyste i 2010 at de dokumenterer bruk av tvang, men har viet dokumentasjon av tillitskapende tiltak lite oppmerksomhet. Når helsepersonell gir uttrykk for at det er viktig med gode tillitskapende tiltak, er det er paradoks at bruken av tvang er mer beskrevet enn de tillitskapende tiltakene som forebygger, forhindrer og begrenser tvangsbruken.

I prosjektperioden kom det en rekke innspill fra helsepersonell som opplevde usikkerhet rundt pårørendes rolle ved avgjørelser om helsehjelp og bruk av tvang. Enkelte opplevde påtrykket fra pårørende tidvis som belastende. Bl.a. ønsket enkelte pårørende at det ble brukt tvang i tilfeller hvor helsepersonell ikke mente å ha hjemmel for å utøve tvang.

Fastlegene og tilsyns-/sykehjemslegene har en helt sentral rolle gjennom den kompetansen de har i kraft av sin stilling. Det viste seg vanskelig å få legene som gruppe involvert i implementeringsprosessen. Enkelte leger hevdet at det var krevende å kombinere dette arbeidet i ordinær drift, at det var knapphet på tid, at det ikke ble betalt for kursdeltakelse og at det var vanskelig å prioritere arbeidet med pasient- og brukerrettighetsloven framfor annet pålagt arbeid. Det kan synes som at rammebetingelsene for fastlegenes virksomhet ikke er tilpasset den sentrale rollen lovgiver har ment at de skal ha: - jf. forarbeider og rundskriv knyttet til dette kapittelet.

Spesialisthelsetjenesten synes ikke å ha vektlagt implementeringen av pasrl. kap. 4A på lik linje som kommune- og tannhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten begrunner det lave antall vedtak bl.a. med at pasientene ikke motsetter seg helsehjelpen fordi det enten iverksettes tillitskapende tiltak, at pasientene ikke gjør motstand når de «hvitkledde» foreslår behandling eller at behandlingen blir regnet som øyeblikkelig hjelp.

Kort oppsummert har prosjektet har bidratt til:

- Økt fokus og forståelse for vurdering av pasientenes samtykkekompetanse
- Utarbeidelse av skjema for vurdering av samtykkekompetanse
- Økt fokus på tillitskapende tiltak og dokumentasjon av disse
- Økt den generelle lovforståelsen av pasient- og brukerrettighetsloven
- Økt kompetanse og refleksjon rundt etiske utfordringer
- Redusert bruk av tvang
- Skapt positive allianser mellom fagmiljøer og ressurspersoner
- At "overordnet faglig ansvarlig (OFA)" er blitt etablert i alle kommuner, tannhelse og spesialisthelsetjeneste
- At OFA har styrket implementeringsprosessen via deres gjensidige samarbeid
- Økt samarbeid mellom kommunene, helseforetak, tannhelsen, USHT-V og Fylkesmannen vedrørende lovkapittelet

- Innspill til Helsedirektorat og Statens helsetilsyn
- At lovkapittelet ser ut til å ha fått en bredere utbredelse ved at fokus på samtykkekompetansevurdering og tillitskapende tiltak har ført til endringer også for pasienter som ikke er omfattet av lovkapittelet
- Formelt samarbeid mellom USHT-V og Fylkesmannen om lovkapittelet og videreføring av samarbeid etter prosjektslutt oktober 2010

Prosjektet har forsøkt å nå ut til helsepersonell på flere ulike måter. I ettertid var det imidlertid tydelig at prosjektet kunne ha hatt en enda større bevissthet om virkningen av de ulike tiltakene for å benytte ressursene mer effektivt. En tettere oppfølging og mer aktiv bruk av ulike e-læringsprogram kunne også vært hensiktsmessig å ha vurdert tidligere i prosessen.

På mange måter har dette implementeringsarbeidet dreid seg om å jobbe strategisk og godt med kompetanse hos helsepersonell. I den sammenheng kan det ikke understrekes for ofte at riktig og god kompetanse sikrer gode tjenester, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass.

Men det tar tid å implementere nye lover i drift. Fra prosjektets start i oktober 2008 til prosjektslutt oktober 2010 skjedde det mye positivt. Det ble skapt en god forståelse mellom aktørene. Vi så allikevel at det gjensto en del arbeid. Dette både i forhold til bedring av rutiner og opplæring av nåværende og nye ansatte. Ved prosjektslutt ble det derfor konkludert med et behov for videre samarbeid på området. Fylkesmannen og USHT-V utarbeidet derfor en gjensidig forpliktende samarbeidsavtale for å sikre at flere av de positive tiltakene som ble igangsatt i prosjektperioden ble videreført i ulike former og på ulike nivåer (jf vedlegg 2).

4. Samarbeidsavtalen og videre formalisert samarbeid

Vår erfaring er at reell samhandling styrker eierskapet til løsningene, lovforståelsen og den praktiske gjennomføringen. Det har vært viktig for både Fylkesmannen og USHT-V å legge til rette for at det arbeidet som ble gjort i prosjektperioden og de resultatene som ble oppnådd, blir til nytte over tid. De oppnådde resultatene og erfaringene må så langt mulig, sikres i videre drift.

Som det framgår av vedlagte samarbeidsavtale, ble oppgavene fordelt mellom partene.

Avtalen mellom partene er fulgt opp på alle områder:

- Opplæring
- Oppfølging av overordnet faglig ansvarlig
- Samarbeidsordninger
- Økonomi

Ad.Opplæring:

Erfaringen fra både Fylkesmannen og USHT-V, har vært at det etter prosjektslutt kom gradvis færre henvendelser om opplæring (var i utgangspunktet svært høyt antall). I stedet for å "rykke ut" på enkelthenvendelser, ble det besluttet å arrangere "oppsamlingsdager" hvor det ble lagt vekt på grunnleggende kompetanse og case.

Disse "oppsamlingsdagene" ble arrangert både i 2011 og i 2012 med god deltakelse. Det er planlagt å gjennomføre en tilsvarende dag våren 2013 – da innenfor Fylkesmannens og USHT`s ordinære driftsområder. Planen er at dette skal bli en

årlig foreteelse som kommuner, tannhelsetjenesten og helseforetakene skal kunne forholde seg til og vite om.

Ad Oppfølging av overordnet faglig ansvarlig og kobling til internkontroll:

I Samarbeidsavtalen var det avtalt at det skulle være to OFA-møter pr år. Underveis ble det lagt opp til at ett møte årlig skulle være sammen med Overordnet faglig ansvarlig for Kap. 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er gjennomført slik. Fra og med 2013 legges det opp til ett OFA-møte pr år. Dette møtet blir ikke sammen med OFA for Kap. 9. Fylkesmannen er ansvarlig for gjennomføringen av disse møtene.

OFA ène har blitt tilført mye praktisk informasjon om hvordan OFA-rollen kan håndteres. Da kommunene er organisert svært forskjellig, må også denne rollen løses ulikt. Sandefjord kommune/USHT-V har imidlertid ved flere anledninger kommet med tips om hvordan OFA-rollen kan løses i større kommuner slik at fokuset på dette arbeidet opprettholdes over tid.

I Sandefjord har OFA tatt opp arbeidet med pasbrl. Kap. 4A opp med linjeledelsen i etaten ca 2 ganger pr år. Det ble gjennomført repeterende opplæring avdelingsvis og på tvers. I løpet av prosjektperioden ble det gjennomført en spørreundersøkelse i forbindelse med en morgenrapport hvor alle ansatte bl.a måtte svare på hva de hadde fått av opplæring på området, hva de kunne og hvilke opplæringsbehov de hadde videre.

I KOST i sykehjem (Kvalitetssikring og Oppfølging av Standard for Tjenester i sykehjem) ble det lagt inn linker til alle aktuelle skjemaer for vedtak og samtykke. Det har også vært arbeidet med tilrettelegging i dokumentasjonssystemet. Regelmessig kartlegging av dokumentasjon i elektronisk pasientjournal inngår som en del av internkontroll- og forbedringsarbeidet i seksjonen. Vurdering av samtykkekompetanse er en av målepunktene. Resultatene av kartleggingene legges fram for ledergruppa og hver avdeling mottar skriftlig rapport om egne resultater. I 2012 ble det gjort kartlegging i februar og september.

Det er også slik at alle vedtak innenfor pasbrl Kap. 4A saksbehandles og IPLOS rapporteres. Via journalsystemet kan det kjøres lister over antall vedtak til en hver tid. Prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse og vedtak om tvang finnes i kommunens kvalitetshåndbok. Her finnes også mal/skjema for utfylling.

Fylkesmannen har etter at OFA-rollen ble opprettet i alle kommuner, sendt kopi av alle vedtak/tilbakemeldinger som vedkommer den enkeltes kommune. Fylkesmannen har også lagt til grunn at alle vedtak som fattes i kommunene, enten går via eller går som orientering til "deres" OFA.

Ad Samarbeidsordninger:

På ett av OFA-møtene kom det forslag om å skolere "superbrukere" fra hver kommune som kunne være en støtte for "sine" OFA-er. Et slikt kurs ble gjennomført i oktober 2012 med representanter for alle kommunene. USHT-V har ansvar for å

ferdigstille oversikten over de ulike kommunenes superbrukere som i løpet av vinteren 2013 legges ut på USHT`s og Fylkesmannens hjemmeside. Det legges opp til at superbrukerne møter skal møte på deler av det årlige OFA-møtet.

Utover dette inviteres fortsatt Fylkesmannen til demensnettverk og USHT-V til arrangementer hos Fylkesmannen som er relevante.

Ad. Økonomi:

Fylkesmannen har bidratt økonomisk i tråd med Samarbeidsavtalen ut 2012. Fra 2013 må dette avtales årlig knyttet til de konkrete arrangementene.

5. Prosjektets - og samarbeidsavtalenes overføringsverdi

Til tross for at hverken prosjektet eller samarbeidsavtalen er grundig evaluert, må resultatene og måten å arbeide på antas å ha overføringsverdi til andre fylker. Deltakerne i dette arbeidet har informert på flere arenaer med representanter for alle fylkesmannsembetene, møter med Helsetilsyn og Helsedirektorat samt diverse kommunale arenaer.

Det gode samarbeidet som har vært oppnådd på de ulike nivåene har gitt ringvirkninger som har økt utvekslingen av nyttig informasjon og erfaringer. At ulike, allerede eksisterende nettverk, også har blitt benyttet har ført til økt fokus for samarbeid på tvers av ulike organisasjoner og nivåer.

6. Referanseliste

Eiring, Ø. (2009). Implementering av retningslinjer og prosedyrer – hva er forskningsgrunnlaget? *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://www.slideshare.net/Eiring/kunnskapsgrunnlaget-for-implementering-1719683> (nedlastet 14.03.2012).

Fylkesmannen i Vestfold *Skjema for vurdering av samtykkekompetanse.*

Helsedirektoratet *Rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A.*

Helsedirektoratet *Vedtaksmaal for helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.*

Helsedirektoratet (2010). *Utvikling gjennom kunnskap – Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsning. Overordnet strategi 2011-2015.*

Lovdata. *Lov om pasient- og brukerrettigheter.*

Lovdata. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Lovdata. *Lov om helsepersonell 2. juli 1999 nr. 64 (Helsepersonelloven).*

Lovdata. *Forskrift om pasientjournal* 21. desember 2000 nr. 1385 (Journalforskriften).

Lovdata. Rundskriv IS-10/2008 *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A*

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Nettportal. Tilgjengelig fra: www.demensinfo.no

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. *Demensomsorgens ABC.* Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=4040&ItemID=1370>).

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold. Tilgjengelig fra: <http://www.sandefjord.kommune.no/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester/>

12-kommunesamarbeidet. *12 k PLO-nettverket.* Tilgjengelig fra: <http://www.12k.no/>).

Vedlegg 1

Avdeling/virksomhet:

Versjon 1/1 2012

Unntatt fra offentlighet, jf. offvl. § 13 jf. fvl. § 13

AVGJØRELSE OM MANGLENDE SAMTYKKEKOMPETANSE I FORHOLD TIL NØDVENDIG HELSEHJELP

Helsehjelp er: alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helse-
bevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.

1. HVEM AVGJØRELSEN GJELDER FOR

etternavn, fornavn	fødselsnr.
bostedsadresse	telefon

2. OPPLYSNINGER OM PASIENTEN ER INNHENTET FRA:

(helsepersonell, journalnotater, vurderingsmøter, egne undersøkelser, e.l.)

3. REDEGJØRELSE FOR GRUNNLAGET FOR VURDERINGEN AV AT PASIENTEN MANGLER SAMTYKKEKOMPETANSE (helt eller delvis)

Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, 2. ledd

Diagnose/ symptomer som er av betydning for vurderingen:

Manglende samtykkekompetanse i forhold til hvilke helsehjelp:

4. ER DET INNHENTET OPPLYSNINGER FRA PASIENTENS NÆRMESTE PÅRØRENDE – EVT. HVORFOR IKKE?

5. ER FORHOLDENDE LAGT BEST MULIG TIL RETTE FOR AT PASIENTEN SELV KAN SAMTYKKE

Jf. § 4-3, 3 ledd jf § 3-5

Med hensyn til pasientens alder, diagnose, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn

6. EVT. MAKSIMAL TIDSRAMME FOR AVGJØRELSEN

Jf. § 4-3, 2. ledd

Gjeldende fra avgjørelsestidspunktet og uansett ikke lengre enn:

(NB! Det understrekes at pasientens samtykkekompetanse må vurderes konkret, at den i de fleste tilfeller kan endre seg og at den må vurderes kontinuerlig. For å forhindre at det sementeres en oppfatning av at pasienten generelt og permanent mangler samtykkekompetanse og for å sikre at avgjørelsen ikke blir gjeldende permanent, kan det være hensiktsmessig å vurdere å sette en maks tid.)

7. UNDERRETNING OM OG KOPI AV AVGJØRELSEN LEGGES FREM FOR:

Jf. § 4-3, 4. ledd

Pasienten	Dato, navn
Pasientens nærmeste pårørende	dato, navn, adresse
Evt. annet kvalifisert helsepersonell (dato, navn)	dato, navn, stilling

8. KONKLUSJON: PASIENTEN MANGLER SAMTYKKEKOMPETANSE

Oppsummering: helt eller delvis og forhold til hvilke helsehjelp?

Avgjørelsen er fattet av

dato, navn, stilling

Avgjørelsen er registrert i pasientens journal, jf. journalforskriften § 8.

En persons evne til å treffe avgjørelser om helsehjelp, kan variere etter hva slags tiltak det gjelder. Samtykkekompetansen må vurderes konkret; den kan falle bort for enkelte felter, men ikke nødvendigvis for alle områder. For at pasienten skal bli fratatt kompetanse, kreves at vedkommende **åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva et samtykke vil omfatte, dvs. tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen.**

Ved vurderingen av samtykkekompetanse skal følgende sjekkes:

- evne til å uttrykke et valg
- evne til å forstå informasjon som er relevant i forhold til beslutning om helsehjelp
- evne til å forstå konsekvenser av valg (hva skjer hvis jeg ikke tar medisinen)
- evne til å resonnere med relevant informasjon i avveining mellom evt ulike former for helsehjelp

- samtykkekompetansen kan variere alt etter hva slags tiltak/helsehjelp det er snakk om – dvs den kan falle bort for enkelte tiltak, men ikke for andre (helt eller delvis samtykkekompetanse), mindre reduksjon i forstandsevnene er ikke tilstrekkelig;

VEDLEGG:

Kort om samtykkekompetanse

En forutsetning for å basere helsehjelpen på pasientens samtykke er at den det gjelder har kompetanse til å ta stilling til spørsmålet.

For det første er det et kompetansekrav knyttet til alder. Myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd. Foreldre eller andre med foreldreansvar har som alminnelig utgangspunkt rett til å samtykke til helsehjelp for barn under 16 år, jf. pasientrettighetsloven § 4-4 første ledd. Barnet skal imidlertid høres etter hvert som det utvikles og modnes, og i alle spørsmål som angår egen helse etter fylte 12 år, jf. § 4-4 fjerde ledd.

For det andre må ikke samtykkekompetansen ha falt bort. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd kan samtykkekompetansen "bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter".

Samtykkekompetansen faller ikke automatisk bort for alle områder, og vurderingen er heller ikke permanent. Kompetansen skal vurderes i forhold til den konkrete helsehjelpen, jf. ordlyden "...hva samtykket omfatter", og først etter at helsepersonellet har søkt å legge forholdene best mulig til rette for at pasienten kan avgi samtykke, jf. § 4-3 tredje ledd. Ordlyden tilsier at terskelen for å anse kompetansen som bortfalt er høy, jf. "åpenbart".

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Er helsepersonellet i tvil om pasienten forstår hva samtykket innebærer, gjelder hovedregelen om at pasienten skal anses å ha samtykkekompetanse, og at pasientens motstand mot tiltaket må respekteres.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges fram for pasienten og dennes nærmeste pårørende, jf. § 4-3 fjerde ledd. Opplysninger om pasientens samtykke og samtykkekompetanse skal nedtegnes i pasientjournalen, jf. forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstavene c og j.

Spørsmål om samtykkekompetanse har blitt aktualisert gjennom bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A, hvor det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse for at det skal kunne fattes vedtak om helsehjelp som pasienten henholdsvis ikke samtykker til eller motsetter seg. I Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 til kap. 4A uttrykkes i pkt 2.3 at en helt sentral premiss for

anvendelsen av tvangsreglene er at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte. Det påpekes at det ikke er en enkel oppgave å vurdere samtykkekompetanse, og det vil alltid inkludere skjønnsmessige og moralske overveielser.

Som hjelp til skjønnsutøvelsen viser rundskrivet til at det finnes flere ulike veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, som blant annet er utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene.

For øvrig vises det i rundskrivet til at det finnes mange alminnelige misforståelser knyttet til pasienters samtykkekompetanse – for eksempel:

- ”pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse”
- ”pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse”

Representasjonsregler for personer uten samtykkekompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen

For de situasjonene hvor pasienten ikke er i stand til å samtykke selv, er det gitt regler i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 om antatt samtykke, dvs. at helsepersonell kan treffe beslutning om å iverksette visse tiltak som anses å være i pasientens interesse som det anses sannsynlig at hun eller han ville samtykket til. Bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 omhandler både mindre og mer inngripende tiltak. Den regulerer imidlertid bare undersøkelses og behandlingssituasjoner der pasienten enten samarbeider eller forholder seg passiv. I siste ledd er det fastslått at det ikke kan gis helsehjelp etter denne bestemmelsen hvis pasienten motsetter seg den.

Vedlegg 2

UTV er senere blitt til USHT

Avtale mellom Fylkesmannen og Undervisningstjenesten i Vestfold (UTV) for perioden 01.10.10-31.12.12:

Opplæring:

UTV arrangerer årlige kurs/konferanse knyttet til aktuelle temaer innenfor Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4A og generell samtykkekompetansevurdering. Fylkesmannen/Helsetilsynet deltar med foredragsholdere og økonomiske ressurser.

Når kommuner i Vestfold uttrykker behov for konkret opplæring i egen kommune, skal den rettes til UTV som i sin tur har anledning til å drøfte dette med Fylkesmannen. Alle henvendelser om opplæring bør fortrinnsvis skje via Overordnet faglig ansvarlig i kommunen (OFA).

Henvendelser som kommer fra spesialisthelsetjenestene, rettes til Helsetilsynet/Fylkesmannen, vurderes av Helsetilsynet/Fylkesmannen og kan på sin side drøftes med UTV.

Helsetilsynet/Fylkesmannen skal ha et spesielt fokus knyttet til oppfølging av vedtak/etterspørre vedtak fra spesialisthelsetjenestene. Helsetilsynet/Fylkesmannen har ansvar for å synliggjøre resultater og konsekvenser av tilsyn. Det samarbeides med UTV.

Oppfølging av overordnet faglig ansvarlig (OFA):

Det er opprettet OFA for Pasient- og brukerrettighetslovens ka. 4 A i alle Vestfoldkommunene, SIV, PIV og tannhelsetjenesten.

Fylkesmannen/helsetilsynet er ansvarlig for å innkalle til møter med OFA`ene to ganger pr. år. Møtene skal arrangeres i samråd med og sammen med UTV.

Fylkesmannen/helsetilsynet er ansvarlig for å sende ut løpende, relevant informasjon til OFA`ene.

Samarbeidsordninger:

I OFA-møtene skal det blant annet arbeides for at kommuner/ spesialisthelsetjenestene kan gi hverandre gjensidig informasjon og bygge oppunder mulighetene for at denne funksjonen kan bli en naturlig og viktig rolle i de aktuelle tjenestene.

Fagnettverk demens drives av UTV og pålegges jevnlig å ta opp aktuelle kap. 4A-temaer. OFA`ene inviteres. Fylkesmann/helsetilsyn deltar i nettverket en gang pr år.

Helsetilsynet drøfter kap. 4 A-temaer i møter med kommuneoverlegene og ellers i andre aktuelle møter for fastlegene som arrangeres av Helsetilsynet.

Både UTV og Fylkesmannen må til enhver tid ha fokus på å informere om Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4A til fora for og med aktuelle instanser i helsetjenesten og deres pasientgrupper.

Fylkesmannen/helsetilsynet og UTV møtes 2 ganger pr år for å vurdere gjeldende avtale og avgi gjensidige rapporter om gjennomført arbeid. Fylkesmannen er ansvarlig for innkalling til møtene.

Ansvarlig fra Fylkesmannen/helsetilsynet er fagkoordinatorerne i Helse- og sosialavdelingen og leder av UTV. De ansvarlige avgjør hvilke andre representanter som bør delta i møtene.

Økonomi:

Fylkesmannen bidrar med økonomiske ressurser til den årlige konferansen og gir fast bidrag til fagnettverk demens.

Øvrig arbeid med pasrtl kap. 4A i og for UTV ses som en integrert del av deres generelle arbeid og generelle tilskuddstildeling.

Fylkesmannen belastes utgiftene til OFA-møtene.

For Undervisningstjenesten i Vestfold/Sandefjord kommune:

Dato:

Anny-Elisabeth Hanedalen
Seksjonsleder
Institusjon/bof. demens

Anne Rosslund
seksjonsleder
Senter/hj.tjenester

Roger Tverå
seksjonsleder
Boltiltak /aktivitet

For Fylkesmannen:

Dato:

Svein Lie
Avd.direktør/fylkeslege