



DRAMMEN
KOMMUNE

Modell for gjennomføring av samtykkevurderinger i hjemmetjenesten



Utviklingscenter
for hjemmetjenester
Buskerud

Innhold

1. Bakgrunn	4
2. Åssiden helse- og omsorgsdistrikt	4
3. Modell for samtykkevurdering	5
3.1. Del 1: Internundervisning.....	5
3.2. Del 2: Samtykkevurdering av brukere	6
3.3. Informasjonsskriv til pårørende.	8
4. Pasientrettighetsloven kap.4a	8
5. Evaluering	8
5.1. Internundervisning	8
5.2. Samtykkevurdering.....	8
5.3. utfordringer i forhold til vurdering av samtykke.....	9
5.3.1. Medikamenthåndtering	9
5.3.2. Brukere med behov for mer omfattende tjenester.	10
5.3.2. Krav til kompetanse hos ansatte.	10
5.4. Etske refleksjoner.	11
6. Nytteverdien av prosjektet	11
6.1 Økt kjennskap til lovverk	11
6.2 Behov for bedre rutiner ved tildeling av tjenester.....	12
6.3 Samtykkevurderinger er implementert i avdelingens rutiner.....	12
7. Anbefalinger	12
7.1 Internundervisning	12
7.2 Gjennomføring	12
7.5 Behov for lederoppfølging.....	13
8. Veien videre	13
7. Referanser	14

Forord

”Elvebyen Drammen ligger i Buskerud fylke, sentralt på Østlandet. Det bor ca 66 000 innbyggere i kommunen. Helse- og omsorg yter årlig tjenester til omlag 6500 brukere med vedtak.

Helse og omsorgstjenestene i Drammen kommune er organisatorisk inndelt i åtte helse- og omsorgsdistrikt, helsehus, helsetjenester, psykiske helsetjenester, tilrettelagte tjenester til funksjonshemmede og tjenestetildeling og samordning.

Programmet hadde i 2013 et nettobudsjett på 1 014,8 millioner kroner med 1 168 årsverk.” (Kommunes nettsider)

Drammen kommune har status som Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud fylke. Utviklingssenteret er organisert under Utviklingsenheten Skap gode dager, Helse, sosial og omsorg.

Åssiden helse- og omsorgsdistrikt søkte i 2013 stimuleringsmidler fra Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud. De fikk tildelt 30.000 kr for å prøve ut en modell for gjennomføring av samtykkekompetanse til brukere som mottok hjemmesykepleie. Prosjektet startet i januar 2014 og ble slutført i november samme år. Samtykkekompetansen ble vurdert i forhold til de områder hvor sykepleiere og helsefagarbeidere gir tjenester etter vedtak, med unntak av området medikamenthåndtering.

Prosjektgruppen bestod av avdelingslederne Maria Nygård og Tonje Solstad-Nielsen, fagkoordinerende sykepleiere Anette Kihle Langum og Lisa Kvarme Pettersen, samt fagrådgiver Sissel Eriksen. Prosjektgruppas mandat var å utarbeide en plan for gjennomføring, lede og evaluere prosjekt, samt utarbeide en rapport.

Drammen 19.desember 2014

1. Bakgrunn

I Norge forventes antallet personer med demens å fordobles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år (1, 2). Dette medfører store utfordringer for helsepersonell og tjenesteapparatet, både i planlegging og i tilrettelegging av et faglig forsvarlig og individuelt tjenestetilbud.

Helsehjelp er i utgangspunktet frivillig og en pasient med samtykkekompetanse kan selv velge hvorvidt vedkommende ønsker å ta i mot hjelp eller ikke. Noen pasienter motsetter seg nødvendig helsehjelp uten at de forstår konsekvensene av det. For å sikre at disse pasientene får den helsehjelp de har krav på ble det i 2009 innført en ny bestemmelse i Pasient og brukerrettighetsloven kap.4a: ”Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen”(3). Formålet med bestemmelsen er å sikre nødvendig helsehjelp for å forhindre alvorlig helseskade, og å forebygge og begrense bruk av tvang.

For å følge opp intensjonen med bestemmelsen betyr det at ansatte i hjemmetjenesten må vurdere og dokumenter samtykkekompetansen til alle sine tjenestemottakere, samt å vurdere om den helsehjelpen som gis er nødvendig til de som motsetter seg hjelp.

For at personalet skal kunne følge opp intensjonen i ”Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning*” kreves det at samtykkekompetansen til tjenestemottakere blir vurdert. I loven står det ”Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.” Dette innebærer at hjemmetjenesten må involvere pårørende i utforming av tjenesten når brukeren selv ikke har full samtykkekompetanse.

Alle tjenestemottakere som mottar tjenester i over tre måneder fra hjemmetjenestene Landfalløya og Åssiden, skal bli samtykkevurdert ut fra de retningslinjene som foreligger fra sentralt hold og ut fra de retningslinjer som er utarbeidet i Drammen kommune (EQS id 1879.)

2. Åssiden helse- og omsorgsdistrikt

Åssiden helse- og omsorgsdistrikt består av Saniteten bo- og servicesenter, to avdelinger hjemmetjenester, Landfalløya og Åssiden, og forebyggende avdeling.

Prosjektet ble gjennomført i hjemmetjenesten. ”Hjemmebasert omsorg er et tilbud til personer som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom eller funksjonshemming, hvor hjelpebehovet kan ivaretas i hjemmet.”

Hjemmetjenesten yter tjenester som sikrer befolkningen i Drammen trygghet og god helse. Den enkelte tjenestemottager og dennes pårørende er i sentrum for hjemmetjenesten aktivitet. Hjemmetjenesten tar hensyn til det enkelte menneske som et tenkende, følende og selvstendig handlende menneske, med spesielle rettigheter knyttet til integritet, sikkerhet og kontinuitet i behandling, pleie og omsorg. Den enkelte mottager av tjenesten skal behandles med verdighet og respekt.” (Kommunens nettsider)

Hjemmetjenesten er organisert i grupper. En gruppe består av flere helsefagarbeider og en ansvarlig sykepleier. Primærkontakten følger opp brukerne og har ansvar for den daglige oppfølgingen. Sykepleieren har det faglige ansvaret. Gruppen har faste møter hver sjette uke. Gruppens størrelse varierer og en sykepleier kan ha et overordnet ansvar for inntil 50 brukere.

Hjemmetjenestene Landfalløya og Åssiden har organisert tjenestene til personer med kognitiv svikt/demens i en egen gruppe slik at personalet med høy kompetanse på demens gir tjenester og følger opp brukere med demens. Denne gruppen har inntil 25 brukere. Organiseringen av tjenesten til personer med kognitiv svikt/demens er et resultat av et tidligere prosjekt i regi av utviklingscenteret og er nå implementert i ordinær drift.(Rapport: Ny modell for organisering av tjenesten til personer med demens)

3. Modell for samtykkevurdering.

Modellen som ble valgt for gjennomføring var todelt:

Del 1: Undervisning i kap.4a i ”Pasient- og brukerrettighetsloven”.

Del 2: Vurdering av samtykkekompetansen til den enkelte bruker.

Stimuleringsmidlene som ble tildelt ble brukt til vikarer for medarbeidere som deltok på internundervisning eller arbeidet med samtykkevurderingene.

3.1. Del 1: Internundervisning

Det ble satt opp internundervisning for alle fast ansatte i hjemmesykepleien. Internundervisningen hadde en tidsramme på 2 timer. Første del var gjennomgang av e-læringsprogrammet i ”Pasient- og brukerrettighetsloven” kap. 4a utarbeidet av Helsedirektoratet (4). E-læringsprogrammet ble avsluttet med besvarelse av testen.

Videre var det en gjennomgang av Drammen kommunes prosedyre ”Retningslinjer knyttet til pasientrettighetslovens kap.4a” i EQS (kvalitetssystemet). Under gjennomgangen av prosedyren ble det lagt vekt på ”Utredning av årsaker til manglende samtykkekompetanse”, ”Hva er samtykkekompetanse?”, ”Hvem kan vurdere samtykkekompetanse?”, ”Praktisk vurdering av samtykkekompetanse” og ”Innhold i vurdering”. Siste del av undervisningstiden ble brukt til gjennomgang av skjemaet ”Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp”.

Under internundervisningen ble det påpekt at et viktig punkt ”Identifisering av motstand” manglet i Drammen kommunes prosedyre, og viktigheten av at hvordan den enkelte viser motstand blir dokumentert i brukers journal.

3.2. Del 2: Samtykkevurdering av brukere.

Etter internundervisning startet primærgruppene med samtykkevurdering av sine brukere. Prosjektgruppa hadde utarbeidet følgende modell for vurdering av samtykke:

- 1) Primærkontakten lager en oversikt over alle sine brukere.
 - a. De av brukerne som blir vurdert til å ha full samtykkekompetanse skrives ned på en liste.
 - b. I de tilfeller hvor primærkontakten er usikker på om bruker har redusert samtykkekompetanse fylles skjemaet ”Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp” ut. Primærkontakten fyller ut pkt 1-5.
- 2) Primærgruppen går gjennom alle brukere, også de som primærkontakten har vurdert til å ha full samtykkekompetanse. Primærgruppa skriver en felles konklusjon i pkt 8 i skjemaet. Det er primærgruppen som i fellesskap er ansvarlig for å vurdere samtykkekompetansen til den enkelte bruker. Hensikten med dette var at ingen enkelt ansatt skulle være alene om oppgaven, og for å sikre best mulig kvalitet på vurderingen.
- 3) Primærkontakten har ansvar for å skrive inn gruppens konklusjon i pasientens journal.
- 4) Dokumentasjon.

- a. Det er opprettet et felt på hovedkortet til bruker i EPJ (elektronisk pasientjournal) under fanen "Egne felt". Dato for samtykkevurdering føres inn sammen med "Samtykketype". Det er to valg for samtykketype: "Delvis samtykke" eller "Fullt samtykke". Hensikten med feltet var at ansatte på en enkel måte skulle få en oversikt over hvilke brukere som hadde redusert samtykke. Hos de brukerne som var vurdert til å ha "Delvis samtykke" måtte ansatte gå til tiltaksplanen for å lese vurderingen.
 - b. Det opprettes et område "Pasientrettighetsloven kap.4a" i tiltaksplanen til bruker.
 - c. Under dette området lages et tiltak "Samtykkevurdering" hvor konklusjonen skrives inn, og hvem som har fattet vedtaket. Skjemaet ligger elektronisk i postjournalen i EPJ.
 - d. I de tilfeller hvor en konkluderer med at bruker ikke har samtykkekompetanse på enkelte områder, skal kopi av vurderingen sendes bruker og hovedpårørende/verge sammen med eget informasjonsskriv. Vedlegg 1.
 - e. Under det samme området "Pasientrettighetsloven kap.4a" lages et tiltak "Identifisering av motstand". Her skriver primærkontakten ned hvordan denne brukeren uttrykker motstand enten verbalt eller nonverbalt. (sier han nei, svarer han ikke, ser han vekk)
- 5) Primærkontakten har ansvar for å evaluere samtykkevurderingen ved endringer eller når Iplos oppdateres. Iplos skal evalueres minimum hver 6 måned. Hvis det er skjedd endringer som kan medføre redusert samtykkekompetanse, er det primærkontaktens ansvar og igjen fylle ut punktene 1 til 5 i " Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp", og ta dette opp i primærgruppa. Da følges samme prosedyre som er beskrevet over.
- 6) Når primærkontakten får nye brukere har vedkommende ansvar for at deres samtykkekompetanse bli vurdert i primærgruppen som beskrevet over.

3.3. Informasjonsskriv til pårørende.

De fleste pårørende har lite kjennskap til de lover som regulerer hjemmetjenesten. Av den grunn ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv til pårørende/verge. Dette ble sendt med samtykkevurderingen til dem i de tilfellene hvor vi vurderte bruker til å ha delvis samtykkekompetanse. I informasjonsskrivet ble det gjort rede for hvorfor samtykkevurderingen ble gjennomført, samt gitt opplysning om "Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. *Pasientens og brukers rett til medvirkning*" og pasientens pårørendes rett til medvirkning når bruker ikke har full samtykkekompetanse. Vedlegg 1.

4. Pasientrettighetsloven kap.4a

Prosjektet var i forhold til samtykkevurderinger og ikke rettet mot pasientrettighetsloven kap.4a. Det var brukere som ble vurdert til å ha redusert samtykke og som motsatte seg å få hjelp på enkelte områder. Primærgruppen gjorde i slike tilfeller en vurdering om den hjelpen som bruker viste motstand mot var nødvendig helsehjelp, men dette var ikke en del av prosjektet. Hvis ikke tillitskapende tiltak fører til at bruker vil motta hjelp og hjelpen anses av helsepersonell til å være nødvendig, må det gjøres vedtak etter kap.4a.

5. Evaluering.

5.1. Internundervisning

Til sammen deltok 37 medarbeidere på undervisningen. Noen ansatte hadde deltatt i kursing tidligere da Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4a, har vært tema i flere internundervisninger høsten 2013.

5.2. Samtykkevurdering

Kriteriet for å vurdere samtykke til brukere var at de skulle ha mottatt tjenester i over tre måneder, eller at de hadde en åpenbar kognitiv svikt. Hjemmetjenesten får til stadighet nye brukere som har behov for hjelp en kortere periode. Dette kan være etter brudd, et operativt inngrep m.m. og det var ikke hensiktsmessig å vurdere disse da det kun var behov for hjelp en kort periode og de ikke motsatte seg hjelpen.

Vi drøftet hvorvidt det var riktig å vurdere samtykkekompetansen til de som ikke motsetter seg helsehjelp, men valgte å vurdere alle. En av årsakene var for å

sikre at pårørende blir involvert i utformingen av tiltak jmf. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. Den andre årsaken var å sikre at alle medarbeiderne fikk informasjon om hvem som har fullt samtykke for å respektere deres selvbestemmelsesrett.

Vi valgte å vurderer samtykkekompetansen kun i forhold til de områdene som brukerne hadde vedtak på hjelp, med unntak av området ”Administrasjon av medisiner”. Lovverket sier at dette er legens oppgave. Det var på dette området vi møtte de størst utfordringene i prosjektet og disse beskrives nærmere i 5.3 ”Utfordringer i forhold til vurdering av samtykke”.

Noen brukere har ikke nære pårørende som de har kontakt med eller ingen kjente pårørende. De fleste av disse har verge. Vergen var oppnevnt til å følge opp økonomi. Det følte unaturlig å sende kopi av samtykkevurderingen til en verge som har ansvar for økonomiske forhold, men samtidig så vi at det kunne bidra til å kvalitetssikre den vurderingen som var gjort. I følge pasient og brukerrettighetsloven § 4-7 kan verge samtykke på vegne av bruker og skal derfor ha kopi av samtykkevurderingen.

I prosjektperioden er det gjennomført vurdering av samtykkekompetanse til nærmere 300 brukere.

5.3. Utfordringer i forhold til vurdering av samtykke.

5.3.1. Medikamenthåndtering

En av de største utfordringene vi møtte i prosjekt var i forhold til vedtak om medisin håndtering. Fastlegen søker sammen med tjenestemottakere Kontor for tjenestetildeling, om bistand i forhold til oppfølging av medikamentell behandling. Begrunnelsen er kun at bruker ikke lenger klarer å administrere medikamentene selv, og har behov for bistand til dette. Når vedtaket ikke er spesifikt begrunnet medfører dette utfordringer for hjemmetjenesten. Det kan være at vedkommende glemmer å ta medisiner, ikke klarer å hente medisiner eller fordi vedkommende tar medisiner til feil tidspunkt m.m.

Det søkes blant annet om dosering av medisiner og utlevering av disse. Vedtaket som fattes er utlevering av dosepakk til bruker hver 14.dag. Noen av disse brukerne eller pårørende møter hjemmetjenesten i døra og tar i mot medisinerne.

Hjemmetjenesten har derfor ingen mulighet til å vurdere hvorvidt vedkommende følger opp medikamentell behandling som forskrevet. Dette medfører at hjemmetjenesten har fått et ansvar for oppfølging av medikamenter, uten å ha tilstrekkelig informasjon til å utføre oppgaven på en tilfredsstillende måte. Hvis samtykkevurdering ble utført av fastlegen og vedtaket begrunnet, kunne rett tiltak bli iverksatt. Ved kognitiv svikt vil tillitsskapende tiltak benyttes for å komme i posisjon til å hjelpe. Et eksempel på et slikt tiltak ville være å gi en ansatt med kompetanse på demens oppdraget med utlevering av dosepakk. Vi har erfaring med at de klarer å komme i dialog og opparbeide seg tillit, slik at de kan gi rett bistand. For personer som har full samtykkekompetanse vil mange kunne anse det som et overgrep å bli ”pådyttet” hjelp.

5.3.2. Brukere med behov for mer omfattende tjenester.

Ved utlevering av dosepakk ser vi at det kan være behov for mer tjenester hos noen. Ikke alle ønsker å slippe inn den som kommer fra hjemmetjenesten. Da vi ikke kjenner til begrunnelsen for utlevering av dosepakk kan det være vanskelig å ta det opp med bruker. Vi vet ikke om dette skyldes kognitiv eller om det er somatisk sykdom som er årsaken. I de tilfellene vi kommer i dialog med brukere og det blir tatt opp med dem om de har behov for mer hjelp og de avslår, er det vanskelig å følge dette opp til en får mer kjennskap til brukers kognitive funksjon.

5.3.2. Krav til kompetanse hos ansatte.

En annen utfordring vi møtte når vi skulle vurdere samtykkekompetansen var hvordan vi skulle vurdere de personene som hadde en åpenbar kognitiv svikt. De var avhengig av at ansatte som skulle samhandle med dem, hadde gode ferdigheter i forhold til kommunikasjon med denne gruppen. Er det riktig å vurdere disse til å ha full samtykkekompetanse når de er avhengig av personell med spesiell kompetanse?

Ettersom disse avdelingene er organisert med egne faggrupper på demens, er den daglige oppfølgingen godt ivaretatt. Ved ferie og sykdom kan medarbeidere med mindre kompetanse på demens og dårligere kjennskap til brukerne måtte gi tjenester til denne gruppa. Dette medfører noen ganger utfordringer. Bruker kjenner ikke personen som skal bistå og når vedkommende ikke klarer å gi informasjon slik at bruker forstår, skjer det noen ganger at de avviser hjelp. Når vi diskuterte dette i primærgruppa valgte vi å se dette opp mot nødvendig

helsehjelp. Et eksempel er der vedtaket er hjelp til personlig pleie. Vi vurderte det slik at det var hovedsakelig personell som kjente bruker som kom. Hvis bruker fra tid til annen avsto hjelp fra for dem ukjente personell var det ikke nødvendig helsehjelp og dermed ikke grunnlag for å redusere samtykkekompetansen og søke vedtak om tvang. Vi valgte derfor å vurdere disse til å ha full samtykkekompetanse og gi de mulighet til å avslå hjelp, istedenfor å ”overkjøre” dem med risiko for å ødelegge den ellers så gode relasjonen de har til hjemmetjenesten.

5.4. Etske refleksjoner.

Det oppstod mange etiske refleksjoner i vurderingene av samtykkekompetansen til tjenestemottakere med kognitiv svikt.

Primærgruppen syntes det var vanskelig å redusere samtykkekompetansen når bruker ikke motsatte seg hjelpen. De følte også at de hadde et tett og godt samarbeid med pårørende slik at pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 ble ivarettatt der de var i tvil om bruker hadde full samtykkekompetanse.

Eksempel på et slikt case var et tiltak om sårstell hos en person med kjent kognitiv svikt. De som kjente bruker godt var veldig i tvil om bruker forstod konsekvensene hvis sårstell ikke ble gjennomført. I og med at hun godtok å motta hjelp og man var i tvil om samtykkekompetansen på dette området, ble hun vurdert til å ha full samtykkekompetanse på dette området.

Et annet case som ble diskutert var hvor riktig er det å vurdere at en person har full samtykkekompetanse når vedkommende kort tid etter har glemt hva man har samtykket i. Personen har fått tilstrekkelig informasjon og er fullt i stand til å vurdere hva dette innebærer der og da, men på grunn av svært redusert korttidshukommelse er det glemt i løpet av kort tid.

6. Nyttverdien av prosjektet.

6.1 Økt kjennskap til lovverk

Medarbeiderne som har deltatt i prosjektet har fått mer kunnskap om Pasient og brukerrettighetsloven, samt Helsepersonell-loven og hvilke plikter

helsepersonell har i forhold til vurdering av samtykke. Det har vært mange diskusjoner på hva som er nødvendig helsehjelp.

6.2 Behov for bedre rutiner ved tildeling av tjenester.

Det må utarbeides nye retningslinjer med krav om begrunnelse for vedtak om hvorfor medisinhåndtering skal overføres til hjemmetjenesten. Er begrunnelsen at personen ikke lenger klarer å administrere egne medisiner må det stilles krav om vurdering av samtykkekompetansen.

6.3 Samtykkevurderinger er implementert i avdelingens rutiner.

Etter prosjektet er modellen for samtykkevurderinger satt i system i avdelingen på lik linje med oppdatering av Iplos.

7. Anbefalinger

7.1 Internundervisning

Det er både ressurskrevende og tidkrevende å ta ut hele personalgrupper for å gi de opplæring i lovverk. Vi burde satt av tid i internundervisningen til gruppearbeid slik at de som deltok fikk prøve seg på å fylle ut skjemaet for vurdering av samtykkekompetansen. En gjennomgang av skjemaet er ikke tilstrekkelig for at personalet skal føle seg kompetente til å gjøre dette på egenhånd.

7.2 Gjennomføring

Vi startet optimistisk opp med alle primærgrupper samtidig i den ene avdeling. I den andre avdelingen begynte en primærgruppe. Den beste løsningen er å starte med en gruppe slik at de får en del erfaringer og kan bistå de andre gruppene når de starter opp. Dette var en mindre ressurskrevende måte å arbeide på.

7.3. Elektronisk pasientjournal

Alt bør være klart i elektronisk pasientjournal før en begynner med vurderingene. Det skapte frustrasjon hos medarbeidere når de først måtte skrive vurderingen på ark i påvente av at skjemaet skulle legges inn i elektronisk journal, og avkryssingsskjemaet for ”fullt” eller ”delvis samtykke” skulle opprettes. Vi råder derfor andre til å ha dette på plass før en starter opp.

7.4 Ekstern diskusjonspartner.

Primærgruppene opplevde en nytteverdi å ha med en person som ikke kjente bruker i de tilfeller det var i tvil om brukers samtykkekompetanse. Personen kunne bidra med å stille spørsmål i forhold til begrunnelse for vurderingene som ble gjort.

7.5 Behov for lederoppfølging.

Avdelingsleder må sørge for at dette blir en integrert del av primærkontaktens oppgave. De må følge opp ved å etterspørre og kontrollere at oppgaven blir fulgt opp. Se vedlegg 2. Samtykkevurderinger bør også settes opp på sjekklista for journalkartlegginger som gjennomføres hvert halvår.

8. Veien videre.

Vi foreslår at prosjektet videreføres for å:

- Utarbeidet rutine for samtykkekompetanse og lage rutine for å videreføre arbeidet til nyansatte.
- Arbeide videre med å få gjort endringer i elektronisk pasientjournal slik at det kan hentes ut rapporter/statistikk over hvor mange brukere som er samtykketvurdert.
- Å komme i dialog med fastlegene slik at de ser hensikten med å vurdere samtykkekompetansen til brukere hvor hjemmetjenesten skal ta over medisinhåndteringen.
- Det søkes om midler til å videreføre prosjektet for å avdekke hvordan pårørende og medarbeidere i hjemmebaserte tjenester vurderer nytteverdien av at samtykkekompetansen til tjenestemottakere blir vurdert.

7. Referanser

1. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2005.
2. Sosial og helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. 2007 Rapport 15-1486.
3. Lov om pasient- og brukerrettighetsloven. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
4. E-læringsprogram i kap.4a fra Helsedirektoratet <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx>)

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til pårørende/verge.

Til hovedpårørende/verge til tjenestemottaker i Åssiden helse- og omsorgsdistrikt.

Helsehjelp er i utgangspunktet frivillig og en pasient med samtykkekompetanse kan selv velge hvorvidt vedkommende ønsker å ta i mot hjelp eller ikke.

Noen personer motsetter seg nødvendig helsehjelp uten at de forstår konsekvensene av det. For å sikre at de får den helsehjelp de har krav på ble det i 2009 innført en ny bestemmelse i Pasient og brukerrettighetsloven kap. 4a: ”Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen”.

Formålet med bestemmelsen er å sikre nødvendig helsehjelp for å forebygge og forhindre alvorlig helseskade, og for å forebygge og begrense bruk av tvang. For å kunne sikre at tjenesten følger denne loven har vi i Åssiden helse- og omsorgsdistrikt bestemt at vi vil vurdere samtykkekompetansen til alle våre brukere som mottar tjenester i mer enn tre måneder. I de tilfellene vi vurderer at noen har redusert samtykkekompetanse på ett eller flere områder vil pårørende/verge bli informert om dette. Når brukere har redusert samtykke innebærer det at pårørende skal involveres i større grad jmf. ”Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning*”. I lovteksten står det følgende: ”Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.”

Hvis du ønsker eller har behov for flere opplysninger ang hvordan samtykke vurderes se vedlegg eller ring meg.

Med vennlig hilsen

Navn: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Telefon: xxxxxxxxxx Mobil: xxxxxxxxxxxxxxxx

Adresse: xxxxxxxxxxxxxx, 3027 Drammen

Mail: xxxxxx@drmk.no

Utviklingsenheten Skap gode dager Helse, sosial og omsorg

Drammen kommune

Utviklingssenter for hjemmetjenester Buskerud.

Wergelandsgate 13, 3019 Drammen

Telefon: 415 88 170

E-post: skapgodedager@drmk.no