



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Stovnerskoghjemmet, Oslo kommune

16. – 17. mars 2022



Forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse



SIVILOMBUDET

OSLO KOMMUNE SYKEHJEMSETATEN
Postboks 435
0103 OSLO

Vår referanse
2022/1277

Deres referanse

Vår saksbehandler
Silje Sønsterudbråten

Dato
07.06.2022

Oversendelse av rapport etter Sivilombudets besøk til Stovnerskoghjemmet, Oslo kommune, 16.–17.mars 2022

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Stovnerskoghjemmets avdeling 1B i Oslo kommune 16.–17. mars 2022.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for ansatte, pårørende og beboere som ønsker å lese den.

Sivilombudet ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 6. september 2022.

Kommunen bes utforme sitt svar slik at det kan offentliggjøres. Dersom svar inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, bes det om at det opplyses om dette og sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Det bes om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at svaret kan offentliggjøres i sin helhet.

For sivilombudet

Hanne Harlem
sivilombud

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner, og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Kopi til:

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
HELSEDIREKTORATET
STATSFORVALTEREN I OSLO OG VIKEN
KS-KOMMUNESEKTORENS ORGANISASJON
KOMMUNAL- OG DISTRIKTSDEPARTEMENTET



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Stovnerskoghjemmet, Oslo kommune

16.–17. mars 2022

Innholdsfortegnelse

I. Sivilombudets forebyggingsmandat	3
II. Sammendrag	4
III. Anbefalinger	7
1 Hvorfor besøker vi sykehjem?	8
2 Gjennomføring av besøket	9
3 Om Stovnerskoghjemmet	10
3.1 Organisering av avdeling 1B.....	10
3.2 Bemanning ved avdeling 1B.....	11
4 Tvungen helsehjelp	12
4.1 Bevegelsesbegrensninger, tilbakehold og utgangshindringer.....	13
4.1.1 Vedtak om bevegelsehindrende tiltak	14
4.1.2 Vedtak om tilbakehold etter kapittel 4A.....	14
4.1.3 Avdelingens praktisering av utgang	15
4.2 Bruk av tvang og makt for å gjennomføre helsehjelp.....	16
4.2.1 Vedtak om pleie og stell etter kapittel 4A	16
4.2.2 Bruk av tvang og makt uten at det var fattet vedtak.....	17
4.3 Forebygging av tvang	18
4.3.1 Kunnskap om tvungen helsehjelp	19
4.3.2 Forebygging i arbeidshverdagen.....	19
4.3.3 Kommunens kontroll og oppfølging.....	20
5 Medisinsk oppfølging	22
5.1 Tilgang på helsehjelp.....	22
5.2 Legemiddelgjennomgang.....	22
5.3 Bruk av legemidler	23
6 Beskyttelse mot vold og overgrep	25
6.1 Rutiner for å beskytte beboerne.....	25

I. Sivilombudets forebyggingsmandat

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner som er bindende for Norge.

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. Det samme forbudet er også nedfelt i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten, er sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002.

Protokollen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at mennesker som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudets kontor for å utføre denne oppgaven.

Sivilombudet har adgang til alle steder hvor mennesker er, eller kan være, fratatt friheten. Dette omfatter blant annet fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene gjøres med eller uten forhåndsvarsel. Ombudet har også tilgang til alle opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres.

Risiko for tortur eller umenneskelig behandling påvirkes av faktorer som rettslige og institusjonelle rammer, fysiske forhold, opplæring, ressurser, ledelse og institusjonskultur.² Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming som ikke utelukkende undersøker om situasjonen er i overensstemmelse med norsk lov.

Sivilombudets vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten, er en særlig viktig informasjonskilde fordi de har førstehåndskunnskap om forholdene. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet retningslinjer, vedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger om hvordan stedet kan forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudets nettside, og stedene gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

I arbeidet med å ivareta forebyggingsmandatet har Sivilombudet også utstrakt dialog med nasjonale myndigheter, forvaltningens tilsynsorganer, sivilt samfunn og internasjonale menneskerettighetsorganer.

¹ Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

² FNs underkomité for forebygging av tortur (SPT), Anbefalinger om forebyggingsmandatet, 30. desember 2010 CAT/OP/12/6.

II. Sammendrag

I desember 2021 ble Oslo kommune informert om at det ville bli gjennomført et besøk til Stovnerskoghjemmet i løpet av 2022. Besøket ble gjennomført 16.–17. mars 2022.

Stovnerskoghjemmet har 148 langtidsplasser fordelt på seks avdelinger. Vårt besøk gikk til sykehjemmets skjermede avdeling (1B), som var den eneste på sykehjemmet med låste dører. Avdelingen hadde 19 plasser og på besøkstidspunktet var det fullt belegg på avdelingen. Ti av plassene var forsterkede skjermede plasser.

Under besøket undersøkte vi fire tematiske områder i kjernen av vårt mandat: utgangsbegrensninger og tilbakeholdelse, tvungen helsehjelp, risiko for manglende eller feil helseoppfølging samt sykehjemmets arbeid med å beskytte beboere mot vold og overgrep.

Bevegelsesbegrensninger, tilbakehold og utgangshindringer

Det kan ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. Vedtak om tilbakeholdelse må treffes for den enkelte beboer. Dette kan være aktuelt for eksempel dersom beboere på grunn av desorientering eller kognitiv svikt risikerer å gå seg vill og forkomme eller å bli alvorlig skadet i trafikken.

På besøkstidspunktet hadde to beboere ved sykehjemmets skjermede avdeling vedtak om tilbakeholdelse. De to vedtakene var begrunnet konkret og individuelt, på en måte som dokumenterte at lovens vilkår for tvang var oppfylt.

Tilbakeholdelsen av disse to beboerne ble gjennomført ved at avdelingen var låst med kodelås fra innsiden. Det er ikke i strid med lovverket at utgangsdøren til en sykehjemsavdeling er låst dersom det er en eller flere av beboerne som har vedtak om tilbakeholdelse. Det er imidlertid viktig at dette ikke gjør at beboerne generelt hindres mulighet til å gå ut.

På besøkstidspunktet hadde ingen av beboerne nøkkelkort og alle trengte derfor hjelp av personale for å gå ut. Funnene under besøket tydet på at avdelingen fulgte individuelt opp beboere som ønsket å gå ut fra avdelingen.

Samlet sett viste våre funn at sykehjemmets rutiner, praksis i avdelingen og ansattes høye bevissthet om beboernes rett til bevegelsesfrihet, ga lav risiko for at beboerne ble utsatt for bevegelsesbegrensinger uten at lovens vilkår var oppfylt.

Bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelp

På sykehjem generelt, og skjermede avdelinger spesielt, har mange pasienter sykdommer og tilstander som kan påvirke deres evne til å samtykke til helsehjelp. Det vil derfor ofte oppstå situasjoner der beboere nekter å ta imot nødvendig helsehjelp uten å forstå konsekvensene av det og der det kan oppstå fare for vesentlig skade dersom en unnlater å gi hjelp.

På besøkstidspunktet hadde to beboere ved avdeling 1B vedtak om at pleie og stell kunne gjennomføres mot pasientens vilje. Vedtakene var begrunnet konkret og individuelt og det var redegjort for at vilkårene for å bruke tvang etter kapittel 4A var oppfylt.

Under besøket kom det frem informasjon om en pasient som i perioder ikke var i stand til å vise motstand på grunn av sin helsetilstand. Det var ikke fattet vedtak om pleie og stell etter kapittel 4A. Gjennomgang av dokumentasjon viste også at pasienten hadde ytt motstand mot stell i perioder der vedkommende var i stand til det. Sivilombudet påpeker at det skulle vært fattet vedtak om tvungen helsehjelp for disse situasjonene.

Forebygging av tvang

Det så ut til å bli arbeidet godt med tillitsskapende tiltak og tvangsforebygging i avdelingen. De ansatte syntes å kjenne beboerne godt og pårørende ble aktivt brukt for å sikre god behandling. Kulturen ved avdelingen bar preg av kollegaveiledning, tverrfaglig tilnærming og aktiv bruk av felles refleksjon om konkrete utfordringer i hverdagen. Dette syntes å medføre høy bevissthet og trygghet i forståelsen av hva som er motstand og hva som oppleves og defineres som tvang.

Samtidig kom det frem at mange i personalgruppen var usikre på regelverket om bruk av tvang, og at det var et udekket behov for opplæring i tvangslovverket. Avdelingskulturen og den systematiske kunnskapsoverføringen ved skjermet avdeling på Stovnerskoghjemmet gjorde likevel at manglende formell opplæring i regelverket ga en begrenset risiko.

Oslo kommune var orientert om omfanget av tvangsvedtak som var fattet og hadde flere møtepunkter med sykehjemmet gjennom året. Kommunen hadde imidlertid ikke samlet oversikt over hvor mange eller hvor stor andel av sykehjemmenes tvangsvedtak som ble opphevet av Statsforvalteren eller sendt tilbake med påpekninger om feil eller mangler. Dette medførte at Oslo kommune ikke hadde mulighet til å fange opp forskjeller i vedtaks kvalitet mellom sykehjemmene i kommunen.

Medisinsk oppfølging

På sykehjem utgjør feil bruk av legemidler en risiko for alvorlige pasientskader og dødsfall. Pasienter med langtidsopphold i norske sykehjem skal tilbys systematisk legemiddelgjennomgang ved innkost og minst en gang årlig.

Skjermet avdeling hadde ukentlige legevisitter og ellers god tilgang til lege. Våre funn tydet på at sykehjemmet hadde god systematikk for legemiddelgjennomgang. Legemiddelgjennomgang ble gjennomført to ganger i året og dokumentasjon av legemiddelgjennomgangene beskrev godt både fysiske og psykiske problemstillinger, blodprøvesvar, medikasjon og eventuelle medisinendringer samt plan for endringer.

Ansatte i alle ledd oppga at de opplevde det som del av sitt ansvar å si ifra om og diskutere mistanker om feilmedisinering med lege.

Beskyttelse mot vold og overgrep

Beboere på sykehjem er spesielt sårbare for krenkelser, vold og overgrep fordi de på grunn av sin helsetilstand ofte er helt avhengige av hjelp.

Pårørende ved skjermet avdeling på Stovnerskoghjemmet fortalte overveiende at både de og deres beboere følte seg trygge og godt ivaretatt på sykehjemmene. Det var likevel en erkjennelse hos ansatte og ledelse av at bemanningssituasjonen kunne begrense muligheten til å beskytte beboerne.

Spesielt var dette en risiko om natten da skjermet avdeling var bemannet med bare én hjelpepleier til tross for at avdelingen var delt i tre adskilte fløyer. I lys av beboernes behov og atferdsmessige uttrykk, syntes den lave bemanningen på natt å utgjøre en risiko for at nattevakten ikke ville være i stand til å beskytte beboerne.

Oslo kommune hadde på besøkstidspunktet en rekke rutiner for å forebygge og håndtere av trusler og vold mot og mellom beboere. Vi fant at det var en viss bevissthet blant ansatte om risikoen for vold og seksualiserte overgrep mellom beboere.

Risiko for overgrep og krenkelser fra ansatte var et mindre diskutert tema. Rutinene og prosedyrene som gjaldt slike situasjoner var ikke godt kjent blant de ansatte. Sivilombudet anbefaler derfor at det settes inn tiltak for å styrke de ansattes bevissthet om denne risikoen.

III. Anbefalinger

Bevegelsesbegrensninger, tilbakehold og utgangshindringer

- Sykehjemmet bør sikre at avdelingen ikke låses rutinemessig uavhengig av beboersammensetning. All begrensning i bevegelsesfriheten må begrunnes konkret og individuelt overfor den enkelte beboer.

Tvungen helsehjelp

- Sykehjemmet må sikre at helsehjelp ikke gis med tvang uten at vilkårene i kapittel 4A er oppfylt og det er truffet vedtak om dette.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at vedtak om tvungen helsehjelp inkluderer tydelige beskrivelser av tvangstiltaket som skal utføres når tillitsskapende tiltak ikke når frem.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at det ved bruk av tvang blir dokumentert i pasientens journal hvilke konkrete tvangstiltak som ble utført.

Forebygging av tvang

- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp.
- Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som gir overordnet kunnskap om vedtaks kvalitet på tvers av sykehjemmene i kommunen.

Beskyttelse mot vold og overgrep

- Sykehjemmet bør sikre at kommunens prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot beboere og ansatte er kjent for alle ansatte.
- Sykehjemmet bør sikre bemanning på natt som i praksis gjør ansatte i stand til å beskytte beboerne fra vold eller overgrep.

1 Hvorfor besøker vi sykehjem?

Et opphold på sykehjem for å motta heldøgns helse- og omsorgstjenester skal som utgangspunkt skje frivillig og etter søknad. Frihetsberøvelse kan likevel skje på sykehjem når det fattes lovlig vedtak om innleggelse eller om tilbakeholdelse mot pasientens vilje.³ Pasienter på sykehjem kan i praksis også være undergitt begrensninger, for eksempel i form av låste dører og bevegelseshindrende tiltak, uten at lovlig vedtak er fattet.⁴ Slike forhold vil også kunne utgjøre frihetsberøvelse.⁵

Dersom et sykehjem har pasienter som kan være hindret fra å forlate stedet, vil stedet være under Sivilombudets forebyggende mandat. For beboere med langtidsplass vil sykehjemmet i praksis være deres hjem i den siste fasen av livet.⁶ Det innebærer at deres mulighet til å flytte tilbake til hjemmet er begrenset.

Mange sykehjemsbeboere har svekket helsetilstand på grunn av somatiske og psykiske helseutfordringer, inkludert demens. De har derfor et stort pleie- og omsorgsbehov, og de kan være helt avhengige av personale for å få oppfylt sine grunnleggende rettigheter.

Mangler ved ivaretagelsen av sykehjemsbeboeres grunnleggende behov og rettigheter kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁷ Dette kan skyldes en kombinasjon av flere forhold, som uforholdsmessig bruk av tvang, manglende beskyttelse mot vold og overgrep, eller svikt i behandlings- og omsorgstilbudet.⁸

Alle offentlige myndigheter, også kommunene, er bundet av menneskerettighetene og har eget ansvar for myndighetsutøvelse som griper inn i menneskerettighetene.⁹ Mennesker som er fratatt friheten er avhengige av beskyttelse fra myndighetene for å kunne ivareta sine rettigheter. Terskelen for handlinger eller unnlatelser som kan medføre brudd på forbudet, er derfor lavere der noen er fratatt friheten.¹⁰

³ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4A.

⁴ Se bl.a. NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, kapittel 6.5, side 150 flg.

⁵ Se bl.a. Den europeiske menneskerettighetsdomstolens (EMD) dom i H.L. mot Storbritannia, 10. mai 2004, klagenr. 45508/99, avsnitt 91 og anbefalinger fra Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner, 21. desember 2020, CPT/Inf(2020) 41 (forkortet CPTs anbefalinger 2020), avsnitt 2.

⁶ I denne rapporten omtaler vi personene som mottar helse- og omsorgstjenester i sykehjem vekselvis som «pasienter» og som «beboere», for å reflektere at oppholdet både omfatter tilbud om helse- og omsorgstjenester, og at sykehjemmet nettopp ofte er beboernes eneste hjem.

⁷ Se EMDs dom i Kudla mot Polen, 2000, klagenr. 30210/96, avsnitt 94, CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 6, FNs menneskerettskomité, anbefalinger til Tyskland, 2004, CCPR/CO/80/DEU, avsnitt 17 og FNs torturkomité, anbefalinger til Irland, 2017, CAT/C/IRL/CO/2, avsnitt 35.

⁸ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 4–6.

⁹ Ifølge Grunnloven § 92 skal «statens myndigheter respektere og sikre menneskerettighetene». Statens myndigheter skal forstås i «videste forstand», slik at også kommuner og fylkeskommuner er omfattet. Se Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven (Dok. 16 16 2011-2012), side 66–67, sml. NOU 1993: 18 Lovgivning om menneskerettigheter, side 159.

¹⁰ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs menneskerettighetskomisjon, 23. desember 2005, E/CN.4/2006/6, avsnitt 34–41 og EMDs dom i Bouyid mot Belgia. 28. september 2015, klagenr. 23380/09.

2 Gjennomføring av besøket

I desember 2021 ble Oslo kommune informert om at det ville bli gjennomført et besøk til Stovnerskoghjemmet i løpet av 2022. Besøket ble gjennomført 16.-17. mars 2022.

Planleggingen foregikk med utgangspunkt i vår smittevernstandard for gjennomføring av besøk, utarbeidet etter dialog med Folkehelseinstituttet, smittevernteamet i vår bedriftshelsetjeneste og sykehjemmet.

I forkant av besøket hentet vi inn dokumenter fra kommunen, som rutiner, kopi av tvangsvedtak og avviksmeldinger. Vi var også i kontakt med Statsforvalteren i Oslo og Viken og innhentet kopier av tvangsvedtak og tilsynssaker.

Forebyggingsenheten besøkte sykehjemmets skjermede avdeling (1B). Fire ansatte i Forebyggingsenheten utgjorde teamet som fysisk besøkte sykehjemmet. To personer gjennomførte befaringen og to ansatte var i kontakt med beboere. Samtaler med pasienter, ansatte og ledelse ble gjennomført i tråd med gjeldende smittevernråd.

I forkant av besøket gjennomførte et team på fem personer intervjuer med pårørende over telefon.

Under besøket undersøkte vi fire tematiske områder i kjernen av vårt mandat: utgangsbegrensninger og tilbakeholdelse, tvungen helsehjelp, risiko for manglende eller feil helseoppfølging samt sykehjemmets arbeid med å beskytte beboere mot vold og overgrep.

Følgende personer deltok i Sivilombudets arbeid med besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Silje Sønsterudbråten (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)
- Helen Håkonsholm (seniorrådgiver, kriminolog)
- Tonje Østfold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)

3 Om Stovnerskoghjemmet

Stovnerskoghjemmet har 148 langtidsplasser fordelt på seks avdelinger. Vårt besøk gikk til sykehjemmets skjermede avdeling (1B), som var den eneste på sykehjemmet med låste dører. Avdelingen hadde 19 plasser og på besøkstidspunktet var det fullt belegg på avdelingen.

Stovnerskoghjemmet er et av 41 sykehjem i Oslo kommune.¹¹ Omtrent halvparten driftes av kommunen og halvparten av private (ideelle og kommersielle) aktører.

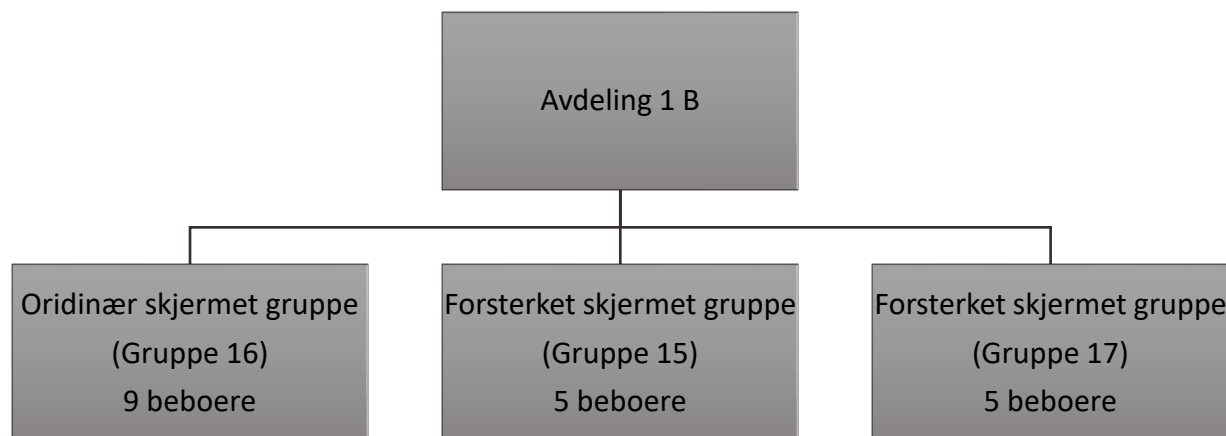
Sykehjem i Oslo kommune sorterer under Sykehjemsetaten, kommunens nest største etat og landets største drifter av heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Sykehjemsetaten er organisert med en leder for kommunale sykehjem og en for kommersielle og ideelle.

Ledelsen på sykehjemmet bestod av institusjonssjef, kvalitetssjef og fem avdelingssykepleiere som hver ledet de totalt seks avdelingene. Leder for skjermet avdeling (1B) ledet også sykehjemmets avdeling for personer med rusavhengighet (1A). Dette var de to eneste avdelingene som delte leder.

3.1 Organisering av avdeling 1B

Sykehjemmets skjermede avdeling bestod av 19 plasser forbeholdt beboere med demens. Ti av plassene var forsterkede skjermede plasser.

Avdelingen var delt inn i tre grupper. Disse var fysisk atskilte med hver sine fellesområder. En av gruppene var en ordinær skjermet avdeling med ni beboere og de to øvrige var forsterkede grupper med kun fem beboere.



Kriterier for å få plass på avdeling 1B var at beboeren var under utredning eller hadde diagnostisert demens med særlig behov for skjerming, trygghet, stabilitet og forutsigbarhet, i tillegg til atferd som for eksempel motorisk uro.

De forsterkede plassene var forbeholdt pasienter med demens i kombinasjon med atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer med større behov for skjerming. Beboere som fikk tildelt en forsterket plass hadde ifølge sykehjemmet atferdsavvik som utagering og motorisk uro som kunne medføre særlig sjenanse for andre beboere.

¹¹ Av disse 41 sykehjemmene oppgir kommunen at 37 er langtidshjem og fire er helsehus.

Skjermet enhet

De fleste kommuner tilbyr små, tilrettelagte enheter, ofte kalt skjermede enheter, for eldre med demenstilstander. Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper på 4-12 beboere.¹² Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått. Lovverket legger ingen øvrige føringer for utforming, bemanning, kompetanse eller målsetning.¹³ I 2019 utgjorde skjermede enheter omtrent en tredjedel av det totale antallet sykehjemsplasser. I Oslo kommune har 29 sykehjem egne skjermede enheter og de utgjør 22 % av det totale antallet sykehjemsplasser.

Forsterkede plasser på skjermet enhet

Flere kommuner har etablert forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens og alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Disse enhetene er underlagt samme regelverk som andre tilrettelagte enheter i sykehjem, men har ofte færre plasser, gjerne færre enn fire beboere.¹⁴ Blant sykehjemmene med skjermede enheter i Oslo kommune har åtte også forsterkede plasser. Forsterkede plasser på skjermede avdelinger utgjør totalt 3,2 % av det totale antall sykehjemsplasser i kommunen.

3.2 Bemanning ved avdeling 1B

Bemanningen på sykehjemmets skjermede avdeling var høyere enn på de øvrige avdelingene, og bemanningen i de forsterkede gruppene var enda høyere. Tabell 1 viser fordelingen av ansatte på ulike vakter i løpet av uka.

Tabell 1: Oversikt over antall ansatte på avdeling 1B og fordeling på de ulike gruppene fordelt på tid på døgnet

Antall ansatte på avdeling 1B					
	Forsterket (gruppe 15)	Forsterket (gruppe 17)	Skjermet (gruppe 16)	Felles	Totalt
Dag	2 på 5	2 på 5	2 på 9	1 «på topp» på alle	7
Dag, helg	2 på 5	2 på 5	2 på 9		6
Kveld	1 på 5	1 på 5	2 på 9	1 på de forsterkede	5
Kveld, helg	1 på 5	1 på 5	2 på 9	1 på de forsterkede	5
Natt				1	1

Avdelingen hadde 17 faste ansatte. Av disse jobbet to ansatte kun nattevakter. Øvrige jobbet i todelt turnus.

Det var ingen ufaglærte i faste stillinger. På hverdager var det minst to sykepleiere på vakt ved avdelingen (både dag og kveld), mens det i helger var én sykepleier på vakt dag og kveld. Nattevakt på avdeling 1B var hjelpepleier. I tillegg gikk to sykepleiere på natt med ansvar alle avdelingene.

¹² Forskrift for sykehjem og heldøgns omsorg og pleie § 4-7

¹³ Ruths, Sabine (2005) Nytteverdien av skjermede enheter for demente. Tidsskriftet Den norske legeforening. 2005, 125, 1191-1. <https://tidsskriftet.no/2005/05/medisin-og-vitenskap/nytteverdien-av-skjermede-enheter-demente>

¹⁴ Helsedirektoratet (2018). Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/tilrettelagte-bo-og-behandlingstilbud-for-personer-med-demens>

4 Tvungen helsehjelp

Rettslige rammer og standarder

Alle mennesker har rett til selvbestemmelse og personlig frihet. En viktig del av den personlige friheten er å kunne bestemme over seg selv og sin egen kropp. Dette omtales gjerne som retten til personlig integritet, og inkluderer både fysisk og psykisk integritet.¹⁵

Beboere på sykehjem skal, på lik linje med andre, som utgangspunkt motta helse- og omsorgstjenester på grunnlag av et fritt og informert samtykke, og har krav på støtte for å kunne ta slike beslutninger.¹⁶ Personer som har samtykkekompetanse, beholder sin rett til å nekte å motta helsehjelp.

Spørsmålet om en pasient mangler samtykkekompetanse må vurderes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Samtykkekompetansen kan falle helt eller delvis bort dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Samtykkekompetanse skal vurderes konkret i forhold til den helsehjelpen som skal gis.¹⁷

Dersom de vurderes som ute av stand til å ta egne beslutninger, setter menneskerettighetene strenge begrensninger for bruk av tvang i forbindelse med at man yter helse- og omsorgstjenester. Tvang kan kun brukes dersom det har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig i det enkelte tilfellet.¹⁸ Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles til beslutningstakernes vurderinger og begrunnelser. I tillegg kreves grundig saksbehandling og streng kontroll.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A åpner for å gi somatisk helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.¹⁹ Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og samtidig forebygge og begrense bruken av tvang.²⁰

Kapittel 4A regulerer helsehjelp som pasienten motsetter seg. Motstand kan komme til uttrykk både fysisk og verbalt. Hvis pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp, må dette følges opp med systematiske tiltak for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Før det kan vurderes å bruke tvang, må slike tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, eller vurdert som åpenbart formålsløst.²¹ Formålet med tillitsskapende tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang.²²

¹⁵ Grunnloven §§ 93 annet ledd, 94 første ledd, første punktum og 102 første ledd, første punktum, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3, 5 og 8, SP artikkel 7, 9, 10 og 17 nr. 1 og FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), særlig artikkel 3, 14, 15, 17 og 22.

¹⁶ CRPD artikkel 12 jf. 25, Europarådets anbefaling 2014, nr. 36-43

¹⁷ Helsedirektoratets rundskriv, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Se kommentar til § 4A-5

¹⁸ EMK artikkel 5 nr.1 e og artikkel 8.

¹⁹ Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke er regulert av psykisk helsevernloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 andre ledd.

²⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4A-1.

²¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd. Helsedirektoratet har i sitt rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til § 4A-3 første ledd gitt flere eksempler på tiltak som kan bidra til at pasienter ikke motsetter seg helsehjelpen.

²² Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1.

Der pasienten, til tross for tillitsskapende tiltak opprettholder sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.²³ Tiltaket må etter en helhetsvurdering framtre som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan vedtak om helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand.²⁴ Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det gis ingen uttømmende liste over hvilke typer helsehjelp som kan gis med tvang. Kapittel 4A åpner blant annet for innleggelse eller tilbakeholdelse på helseinstitusjon, varslings- og lokaliseringssystemer og bevegelseshindrende tiltak som belter og liknende. Slike inngripende tiltak utgjør en yttergrense for hva slags tiltak som kan være tillatt. Bruken må skje i samsvar med menneskerettslige krav til nødvendighet og forholdsmessighet. Menneskerettighetene gir et særlig vern mot vilkårlig frihetsberøvelse og inngripende tvangstiltak.²⁵

Slike tvangsvedtak skal treffes av helsepersonell som har ansvar for helsehjelpen, og kan treffes for inntil ett år av gangen.²⁶ Ett år er her en øvre grense. Kravet om at det skal være en konkret vurdering av kravene om nødvendighet og forholdsmessighet setter også grenser for hvor lang periode et vedtak kan treffes for.²⁷ Det skal fattes vedtak i alle situasjoner der det brukes tvang, selv om det er en enkeltsituasjon. Kapittel 4A har også egne regler for underretning av nærmeste pårørende, klage, overprøving, etterfølgende kontroll og domstolsprøving.²⁸

Ansatte i helse- og omsorgsinstitusjoner må blant annet, på grunn av sine utfordrende arbeidsoppgaver, få nødvendig opplæring for å kunne gi god og trygg pleie til beboerne. Slik opplæring bør gis både ved ansettelse og løpende.²⁹ Ansatte bør også lære alternative metoder for å forebygge tvangsbruk, inkludert teknikker for å roe ned en situasjon (deeskaleringsteknikker).³⁰

4.1 Bevegelsesbegrensninger, tilbakehold og utgangshindringer

Et opphold på sykehjem for å motta heldøgns helse- og omsorgstjenester skal som utgangspunkt skje frivillig og etter søknad.

Dersom vilkårene for det er til stede, kan det likevel fattes vedtak om å innlegge eller holde en pasient tilbake mot sin vilje.³¹ Det er også kjent at pasienter på sykehjem i praksis kan være undergitt omfattende begrensninger, for eksempel låste dører og andre bevegelseshindrende tiltak, uten at

²³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre og tredje ledd.

²⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 første ledd.

²⁵ Se bl.a. EMDs dommer i Pleso mot Ungarn (vern mot vilkårlig frihetsberøvelse), 2. oktober 2012, klagenr. 41242/08, avsnitt 54-69; X mot Finland, 3. juli 2012, klagenr. 34806/04, avsnitt 212-223 (tvangsmedisinering) og M.S. mot Kroatia (nr. 2) (beltelegging av pasient) 19. februar 2015, klagenr. 75450/12, avsnittene 94-112.

²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd.

²⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd.

²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 – 4A-10.

²⁹ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17

³⁰ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 27.

³¹ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4A.

det er fattet et lovlig vedtak.³² Disse forholdene gjør at også pasienter i sykehjem vil kunne være fratatt friheten uten at det er fattet vedtak om dette.³³

4.1.1 Vedtak om bevegelsehindrende tiltak

Dersom det nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten kan det treffes vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering.³⁴ Bruken må være i beboerens interesse og fremstå som det minst inngripende alternativet. Det skal vurderes om det er sannsynlig at beboer ville gitt tillatelse til tiltaket om vedkommende hadde vært samtykkekompetent.

Slike varslingssystemer kan i utgangspunktet kun tas i bruk dersom pasienten samtykker til dette.³⁵ Et vedtak etter denne paragrafen forutsetter at pasienten er informert om tiltaket uten å motsette seg det.³⁶ Ved tvil om pasientens holdning, skal det legges til grunn at pasienten motsetter seg tiltaket.³⁷

På besøkstidspunktet hadde syv beboere ved avdeling 1B bevegelsessensor på rommet. Sensorene varslet ansatte dersom beboer beveget seg på rommet og skulle forhindre fall eller annen skade på den aktuelle beboer. Sensoren kunne skrus på ved behov. For alle fem beboere ble sensoren brukt på natt og for enkelte var den også aktivert dagtid når beboer hvilte eller var alene på rom.

Gjennomgang av vedtakene viste at samtlige vedtak var fattet av lege. Beboernes evne til å samtykke var vurdert konkret opp mot bruken av sensorene. Ingen av beboerne var vurdert samtykkekompetente med hensyn til bruken av sensorteknologien og det var fattet vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. Det var dokumentert at det var innhentet informasjon fra pårørende, verge og fagsykepleier som sammen vurderte at den enkelte beboer ikke motsatte seg bruken av sensor.

Ansatte var godt kjent med hvilke beboere som hadde vedtak om bruk av sensor. Det var gjennomgående kjennskap til at bruk av varslings- og sensorteknologi krevde at det ble fattet vedtak og at behovet måtte være knyttet konkret til beboernes helse- og omsorgsbehov. Det fremstod som at antallet vedtak var dekkende for den faktiske bruken av sensoralarm.

4.1.2 Vedtak om tilbakehold etter kapittel 4A

Det kan ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. Vedtak om tilbakeholdelse må treffes for den enkelte beboer. Dette kan være aktuelt for eksempel dersom beboere på grunn av desorientering eller kognitiv svikt risikerer å gå seg vill og forkomme

³² Se bl.a. NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven, kapittel 6.5, side 150 flg

³³ Se bl.a. Den europeiske menneskerettighetsdomstolens (EMD) dom i H.L. mot Storbritannia, 10. mai 2004, klagenr. 45508/99, avsnitt 91 og anbefalinger fra Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner, 21. desember 2020, CPT/Inf(2020) 41 (forkortet CPTs anbefalinger 2020), avsnitt 2

³⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a.

³⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

³⁶ Dersom pasienten motsetter seg tiltaket, er bruk av varslingssystemet kun tillatt dersom de strengere vilkårene i lovens kapittel 4A er oppfylt og det fattes vedtak om dette. Jf. særlig pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 andre ledd bokstav a som setter som vilkår at unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til «vesentlig helseskade» for pasienten.

³⁷ Se Prop. 90 L (2012–2013), Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, kapittel 7.3.3, side 34.

eller å bli alvorlig skadet i trafikken.³⁸ For at tilbakeholdelsen skal være lovlig, må det foretas en konkret vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt for den enkelte pasienten.

På besøkstidspunktet hadde to beboere ved sykehjemmets skjermede avdeling vedtak om tilbakeholdelse. Det var godt kjent blant de ansatte hvilke beboere dette var.

De to vedtakene var begrunnet konkret og individuelt, på en måte som dokumenterte at lovens vilkår for tvang var oppfylt. Begge beboerne hadde på ulike måter ytt motstand mot å være på avdelingen og det ble i vedtakene dokumentert hvorfor det var nødvendig å holde beboerne tilbake for å hindre vesentlig helseskade. Beboernes evne til å samtykke var vurdert konkret for vedtakssituasjonen. Vedtakene inneholdt også en vurdering av inngrepets forholdsmessighet. I begge vedtakene var det dokumentert at annet kvalifisert helsepersonell var rådført og at pårørende til de to aktuelle beboerne var blitt informert.

Tilbakeholdelsen av disse to beboerne ble gjennomført ved at avdelingen var låst med kodelås fra innsiden.

4.1.3 Avdelingens praktisering av utgang

På besøkstidspunktet hadde ingen av beboerne nøkkelkort og alle trengte derfor hjelp av personale for å gå ut. Det er ikke i strid med lovverket at utgangsdøren til en sykehjemsavdeling er låst dersom det er en eller flere av beboerne som har vedtak om tilbakeholdelse. Det er imidlertid viktig at dette ikke gjør at beboerne generelt hindres fri utgang. Helsedirektoratet har understreket at beboere uten individuelt vedtak om tilbakeholdelse «må sikres fri utgang ved bruk av nøkkelkort, kodekort eller lignende. Dersom dette ikke lar seg gjøre må man finne andre måter å holde den aktuelle beboeren tilbake på, for eksempel tettere oppfølging fra personalet».³⁹

For beboerne som ikke hadde vedtak om tilbakeholdelse var det dokumentert i deres individuelle tiltaksplaner om beboeren motsatte seg at døren var låst. Med unntak av de to beboerne som hadde vedtak om tilbakeholdelse, var det oppgitt at ingen motsatte seg at døren var låst. Tiltaksplanene inneholdt også en vurdering av om ivaretagelsen av den enkelte beboeren gjorde det nødvendig med låst dør. For flere av beboerne var det beskrevet at det var uforsvarlig å la vedkommende bevege seg utenfor avdelingen alene. Dette ble knyttet til deres kognitive svikt og demensdiagnose som utgjorde en konkret risiko for at de ikke ville være i stand til å finne veien tilbake dersom de kom seg ut av avdelingen alene. I alle tiltaksplanene var det understreket at det skulle sikres mulighet for å forlate avdelingen dersom beboeren ønsket. Dette gjaldt også de to beboerne med vedtak om tilbakeholdelse.

Funnene under besøket tydet på at avdelingen i praksis fulgte individuelt opp beboere som ønsket å gå ut fra avdelingen. Det ble under besøket oppgitt at en av beboerne fikk bevege seg relativt fritt utenfor avdelingen da det ikke var vurdert å innebære risiko. Vedkommende var derfor ofte, også under vårt besøk, utenfor avdelingen uten ledsager. Vårt inntrykk var at andre beboere som ønsket å gå utenfor avdelingen ble fulgt ut sammen med ansatte, eller møtt med tillitsskapende tiltak som aktivisering eller avledning.

³⁸ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), side 47

³⁹ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), kommentar til §4A-4.

Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) understreker at beboere på sykehjem som et minimum, bør ha muligheten til å oppholde seg utendørs daglig, med hjelp fra personalet dersom det er nødvendig.⁴⁰

Beboernes tilgang til opphold utendørs varierte. To av gruppene hadde tilgang til en inngjerdet sansehage direkte ut fra fellesområdet som beboerne hadde tilgang til. Døren ut til sansehagen var ikke låst på besøkstidspunktet og det var beboere som var ute uten ledsager, men under oppsyn innenfra. Den tredje gruppen hadde også tilgang til en inngjerdet hage, men denne hagen hadde en port som det på grunn av brannvernshensyn ikke var mulig å låse. Det var derfor noe mer begrenset tilgang til denne sansehagen og døren til denne var låst på besøkstidspunktet. Vårt samlede inntrykk var at det ble vektlagt å tilby beboerne korte turer ut, primært inne i andre deler av sykehjemmet, men også ut i friluft når dette var ønsket og mulig. Det kom likevel frem at bemannings situasjonen enkelte ganger begrenset ansattes mulighet for å følge beboerne ut. Dette ble også bekreftet av enkelte pårørende som opplevde at utetiden var begrenset og at de som pårørende måtte ta ansvar for å sikre beboeren tilgang til frisk luft.

Samlet sett viste våre funn at sykehjemmets rutiner, praksis i avdelingen og ansattes høye bevissthet om beboernes rett til bevegelsesfrihet, ga lav risiko for at beboerne ble utsatt for bevegelsesbegrensinger uten at lovens vilkår var oppfylt.

Sivilombudet vil likevel understreke at avdelingen ikke kan låses rutinemessig, men kun dersom det bor beboere ved skjermet avdeling som har vedtak om tilbakeholdelse. Rutinemessig låsing gir risiko for at beboere i praksis hindres i å forlate sykehjemmet uten at lovens vilkår er oppfylt. Dette vil kunne medføre brudd på beboerne rett til vern mot vilkårlig frihetsberøvelse og rett til vern om personlig integritet.⁴¹

Anbefaling: Bevegelsesbegrensninger, tilbakehold og utgangshindringer

- Sykehjemmet bør sikre at avdelingen ikke låses rutinemessig uavhengig av beboersammensetning. All begrensning i bevegelsesfriheten må begrunnes konkret og individuelt overfor den enkelte beboer.

4.2 Bruk av tvang og makt for å gjennomføre helsehjelp

På sykehjem generelt, og skjermede avdelinger spesielt, er det stor sannsynlighet for at pasienter har sykdommer og tilstander som kan påvirke deres evne til å samtykke til helsehjelp. Det vil derfor ofte oppstå situasjoner der beboere nekter å ta imot nødvendig helsehjelp uten å forstå konsekvensene av det og der det kan oppstå fare for vesentlig skade dersom en unnlater å gi hjelp.

4.2.1 Vedtak om pleie og stell etter kapittel 4A

På besøkstidspunktet hadde to beboere ved avdeling 1B vedtak om at pleie og stell kunne gjennomføres mot pasientens vilje. Begge vedtak dreide seg om pasienter som på ulike måter viste motstand mot stell, selv etter at tillitsskapende tiltak var forsøkt.

⁴⁰ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) avsnitt 12.

⁴¹ Grunnloven §§ 94 og 102 samt EMK artikkel 5 nr 1 e og artikkel 8.

En gjennomgang av de aktuelle vedtakene viste at de i all hovedsak var begrunnet konkret og individuelt og at det ble redegjort for at vilkårene for å bruke tvang etter kapittel 4A var oppfylt. Beboernes evne til å samtykke var vurdert konkret for stellesituasjonen. Begge vedtak beskrev hvilke tillitsskapende tiltak som var forsøkt, det ene vedtaket i stor detalj. I begge vedtak var det også dokumentert at annet kvalifisert helsepersonell var rådført. Pårørende til de to aktuelle beboerne var også informert om vedtakene.

Vedtakene var svakere når det kom til å beskrive hvordan tvangen skulle utføres; hva som faktisk skulle gjøres dersom tillitsskapende tiltak ikke nådde frem. I det ene tvangsvedtaket, i feltet der tvangstiltaket skal beskrives, ble det i stedet gjentatt hvilke tillitsskapende tiltak som skulle gjennomføres for å unngå å måtte bruke tvang. Om selve tvangstiltaket stod det: «stell ca 30 min etter medisinerings» som eneste beskrivelse. Det kom ikke frem hva slags medisin dette gjaldt, om medisinen skulle tas frivillig og hva som konkret skulle gjøres under stell for å overkomme motstanden (holding, føring, bruk av bevegelseshindringer som belter el.). I det andre vedtaket var tvangstiltaket beskrevet slik: «En pleier trygger beboeren med prat og passer på at den andre pleiere som utfører stell skal ikke blitt slått eller sparket». Det var ingen beskrivelse av hvordan dette konkret skulle gjøres, altså hvilke tvangstiltak som skulle brukes og på hvilken måte (holding, føring, bruk av bevegelseshindring som belter, stoppe slag el.).

I tiltaksplanene var tillitsskapende tiltak ofte beskrevet i stor detalj, men også her manglet det beskrivelser av hva som faktisk skulle gjøres dersom disse ikke førte frem. Dette gjaldt også i journal som dokumenterte konkrete stellesituasjoner. Der pasienten viste motstand ble selve motstanden beskrevet. Det kom ikke frem hva ansatte konkret gjorde for å gjennomføre stellet: «Beboer fikk hjelp til å dusje og bli stelt av to pleiere. Beboer var meget vanskelig og skrek, og prøvde å slå pleiere. Etter stell roet hun seg ned.» Det var ikke informasjon om hva pleierne gjorde for å avverge slag og håndtere denne motstanden.

Ansatte vi snakket med på besøkstidspunktet var godt kjent med vedtakene, men også i samtaler var det vanskelig å få ansatte til å beskrive hva som faktisk ble gjort når tillitsskapende tiltak ikke førte frem.

Det var et godt arbeid i avdelingen knyttet til tillitsskapende tiltak og tvangsforebygging (se kap 4.3 Forebygging av tvang). Det fremstod derfor tydelig for Sivilombudet under besøket at ansatte i mange stellesituasjoner slik unngikk å bruke tvang for å få gjennomført stellet. Det er likevel viktig å ha bevissthet om og tydelige føringer for hvordan tvangstiltak faktisk skal gjennomføres når det fattes vedtak etter kapittel 4A. Dette reduserer risikoen for uforholdsmessig tvangsbruk og kan bidra til å sikre en mest mulig skånsom og enhetlig gjennomføring av tvangen.

4.2.2 Bruk av tvang og makt uten at det var fattet vedtak

I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Vurderingen av om pasienten viser motstand må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, skal det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen ytes etter reglene i kapittel 4A.⁴²

⁴² Helsedirektoratet (2015). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), kommentar til §4A-4.

Under besøket kom det frem informasjon om en pasient som i perioder ikke var i stand til å vise motstand på bakgrunn av sin helsetilstand. Det var ikke fattet vedtak om pleie og stell etter kapittel 4A. Vedkommende hadde i perioder begrenset evne til å bevege seg og til å kommunisere. I disse periodene fikk pasienten hjelp til stell.

I gjennomgang av pasientdokumentasjon og avvik kom det også frem at pasienten hadde ytt motstand i perioder der vedkommende var i stand til det:

«Beboeren oppleves negativt preget av stellesituasjon, og yter både psykisk og fysisk motstand.»

«Bruker nr. XXX var ganske krevende og utfordrende under stellesituasjon i dag. Beboer samarbeidet dårlig og motsatte seg under hele utførelsen. (...) da pleiere hjalp [vedkommende] til badet for å utføre stell så motsatte beboer seg ved å dytte pleiere, holde/klype hardt, strever sterkt imot og forsøkte å forlate badet gjentatte ganger.»

Både beskrivelsen av pasientens perioder med manglende evne til å motsette seg stell og eksemplene som beskriver pasientens motstand tilsier at det skulle vært fattet vedtak om tvungen helsehjelp for disse situasjonene. Sivilombudet understreker at all helsehjelp som gis ved bruk av tvang, eller andre tiltak for å omgå motstand fra pasienten, må tilfredsstille vilkårene i kapittel 4A og vurderingene må beskrives i et vedtak.

Det skal fattes vedtak i alle situasjoner der det brukes tvang, selv om det er en enkeltsituasjon. I tilfeller der det er tidsnød, kan vedtaket treffes muntlig av den som er ansvarlig for helsehjelpen, men skal skrives ned så snart som mulig og underretning med begrunnelse for tiltaket skal gis til pasienten og dennes nærmeste pårørende.

Anbefaling: Tvungen helsehjelp

- Sykehjemmet må sikre at helsehjelp ikke gis med tvang uten at vilkårene i kapittel 4A er oppfylt og det er truffet vedtak om dette.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at vedtak om tvungen helsehjelp inkluderer tydelige beskrivelser av tvangstiltaket som skal utføres når tillitsskapende tiltak ikke når frem.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at det ved bruk av tvang blir dokumentert i pasientens journal hvilke konkrete tvangstiltak som ble utført.

4.3 Forebygging av tvang

Selv om tvang unntaksvis kan være nødvendig for å unngå vesentlig helseskade, kan tvangen i seg selv påføre beboerne både psykiske traumer og fysisk skade. Det er derfor avgjørende å arbeide systematisk for å forebygge bruk av tvang.

Sivilombudets erfaringer fra besøk til andre helseinstitusjoner tilsier at en rekke forhold kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer gode rutiner for kontroll og oppfølging, tydelig ledelse, helsefremmende fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, stabil og tilstrekkelig bemanning og en god institusjons- og avdelingskultur. Pasient- og

brukerrettighetsloven stiller krav om forebygging av tvang, ved at helsehjelp som pasienten motsetter seg, som klar hovedregel ikke kan gis uten at tillitsskapende tiltak er forsøkt.⁴³

4.3.1 Kunnskap om tvungen helsehjelp

I Norge har kommunen ansvar for at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.⁴⁴ Flere tilsynsrapporter og evalueringer har dokumentert manglende kunnskap blant helsepersonell i Norge om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.⁴⁵

Mange i personalgruppen ved skjermet avdeling fremsto usikre på regelverket om bruk av tvang. Det syntes å være et udekket behov for opplæring i tvangslovverket. Det var tydelig avstand mellom ledelsens vurdering av opplæringstilbudet og omfanget av opplæring som ansatte vi snakket med hadde mottatt. På besøkstidspunktet manglet det en oversikt over hvem som hadde deltatt på kurs om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.⁴⁶

4.3.2 Forebygging i arbeidshverdagen

Under Sivilombudets besøk var vårt hovedinntrykk at var høy bevissthet i personalgruppen om betydningen av tillitsskapende tiltak for å få til et samarbeid med pasientene om helsehjelp. I tvangsvedtak var det også gjennomgående dokumentert hvilke tillitsskapende tiltak som var prøvd før det ble fattet et tvangsvedtak (se også 4.2.1 Vedtak om pleie og stell etter kapittel 4A).

Intervjuer med ansatte på alle nivåer bar preg av gode og helhetlige refleksjoner om tvangsbruk. Det fremstod som at motstand mot helsehjelp i hovedsak ble møtt med en aktiv kartlegging av mulige årsaker til motstanden, herunder smerter og redsel. Det var en overordnet føring å bruke god tid, bytte pleiere, være bevisst på kommunikasjonsform og tilpasse tiltak underveis.

Både skriftlige kilder og intervjuer under besøket bar preg av at ansatte kjente beboerne godt. Pasientinformasjon var utfyllende og tilgjengelig for ansatte. Den inkluderte informasjon om pasientens fortid, men også erfaringer gjort under institusjonsoppholdet og hvilke tiltak som viste seg å ha god effekt. Det kom også frem at pårørende hadde vært involvert for å sikre kunnskap om hva som var viktig for den enkelte pasienten og hvordan vedkommende burde bli møtt.

I tillegg til det skriftlige arbeidet bar kulturen ved avdelingen preg av aktiv kollegaveiledning. I 2018 innførte Oslo kommune to nye stillinger på samtlige sykehjem, en kvalitetssjef på institusjonsnivå og en fagsykepleier på avdelingsnivå. Kvalitetssjefen har det overordnede lokale ansvaret for kvaliteten i tjenestene ved sykehjemmet, og fagsykepleierne ivaretar dette på avdelingsnivå. Det er etablert et nettverk mellom kvalitetssjefene i kommunen for å sikre kunnskap og kompetansedeling på tvers av sykehjemmene.

Sivilombudets inntrykk var at fagsykepleieren ved avdeling 1B var en nøkkelperson for veiledning og erfaringsoverføring på tvers av kollegaer. Ansatte beskrev denne funksjonen som en sentral og

⁴³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd, jf. § 4A-4.

⁴⁴ Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6f og 7b.

⁴⁵ Se bl.a. Statens helsetilsyn, rapport fra landsdekkende tilsyn 2012/2013 og Oxford Research, Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet, desember 2013.

⁴⁶ I forbindelse med besøket oppga Oslo kommune at det skal komme på plass et system for registrering av kurs og opplæring.

tilgjengelig veileder i alle typer utfordringer og vanskelige situasjoner man kom borti. Det var også aktiv bruk av kollegaer som støtte og diskusjonspartnere i det daglige og vårt inntrykk var at kulturen ved avdelingen var preget av åpenhet og kollegastøtte.

Avdelingen holdt jevnlig tverrfaglige møter med lege, prest og andre funksjoner der det ble lagt opp til felles refleksjon. Dette ga ansatte anledning til å drøfte situasjoner som var ekstra vanskelige, både juridisk og helsefaglig, med noen utenfor avdelingen. Det var også lav terskel for å involvere lege eller andre i akutte eller krevende situasjoner i hverdagen. Åpenhet og felles refleksjon om konkrete utfordringer i hverdagen syntes å medføre høy bevissthet og trygghet i forståelsen av hva som er motstand og hva som oppleves og defineres som tvang.

Sett under ett så det ut til at avdelingskulturen og den systematiske kunnskapsoverføringen ved skjermet avdeling på Stovnerskoghjemmet gjorde at risikoen ved manglende formell opplæring av ansatte i regelverket for bruk av tvang og i håndtering av vanskelige situasjoner var begrenset (se kap 4.3.1 Kunnskap om tvungen helsehjelp).

Sivilombudet ser positivt på dette og vurderer risikoen for bruk av tvang uten at det blir fattet vedtak som lav ved avdeling 1B. Vi vil samtidig understreke at systematisert opplæring i regelverket er viktig for å unngå at ansvaret for å hindre uforholdsmessig og unødvendig bruk av tvang ligger på enkeltpersoner og funksjoner med stor arbeidsbelastning.

4.3.3 Kommunens kontroll og oppfølging

Oslo kommune ved Sykehjemsetaten hadde gjennom faste møter, revisjon, tilsyn, deltakelse i lokale kvalitetsråd og sentralt kvalitetsråd oppfølging av og kontroll med sykehjemsdriften. I tillegg jobbet etaten utadrettet og dro ut til sykehjem når det ble etterspurt. Stovnerskoghjemmet hadde blant annet benyttet ansatte i etaten til opplæring i regelverket om bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Plan- og oppfølgingsmøter ble gjennomført med det enkelte sykehjem to ganger i året. I tillegg ble det gjennomført en årlig risikoanalyse for alle kommunens sykehjem under ett for å kartlegge hvilke områder det var høy risiko for svikt og hva sykehjemmene selv opplevde som risikoområder.

I forbindelse med plan- og oppfølgingsmøtene ble alle avvik ved det aktuelle sykehjemmet de siste tre månedene og oppfølgingen av disse gjennomgått. Målet var å identifisere eventuelle gjentakende og/ eller alvorlige avvik. Etaten ble også koblet inn i oppfølgingen av alvorlige avvik.

Oslo kommune hadde felles rutiner for bruk av tvang for alle sykehjemmene i kommunen. Klare og enhetlige rutiner bidro til en tydelig plassering av ansvar for ulike deler av saksbehandlingen ved bruk av tvang.⁴⁷

Kommunen mottok årlig informasjon om antall tvangsvedtak som ble fattet per sykehjem. Dette gjorde det mulig å holde oversikt over omfanget i bruk av tvang på tvers av sykehjem og over tid. Funksjonen som overordnet faglig ansvarlig for tvangsvedtak var imidlertid delegert til institusjonssjefen på det enkelte sykehjem.⁴⁸ Dette medførte at vedtakenes innhold og begrunnelse, og eventuelle tilbakemeldinger fra Statsforvalteren, ble håndtert på lokalt nivå og ikke samlet på

⁴⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6a og 7a.

⁴⁸ Kopi av alle tvangsvedtak skal etter loven også sendes til den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen i hele kommunen.

kommunalt nivå. Kommunen hadde derfor ikke samlet oversikt over hvor mange eller hvor stor andel av sykehjemmenes tvangsvedtak som ble opphevet av Statsforvalteren eller sendt tilbake med påpekninger om feil eller mangler. Dette medførte at Oslo kommune ikke hadde mulighet til å fange opp forskjeller i vedtaks kvalitet mellom sykehjemmene i kommunen.

I forbindelse med besøket til Stovnerskoghjemmet innhentet Sivilombudet oversikt over antall vedtak fattet etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A i Oslo kommune i 2021 fordelt på sykehjem. I tillegg ba vi om oversikt over antallet vedtak som var opphevet, eller der Statsforvalter hadde påpekt feil eller mangler. Av sykehjemmene som hadde fattet vedtak om tvang i denne perioden varierte antallet mellom ett og 12 vedtak. Det syntes å være stor variasjon i vedtaks kvaliteten mellom sykehjemmene. Ett sykehjem hadde for eksempel fattet 12 vedtak uten at Statsforvalteren hadde opphevet eller funnet noen feil, mens det ved flere andre sykehjem i kommunen var påpekt feil og mangler ved samtlige eller flertallet av vedtakene.

Manglende kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er utbredt i sykehjemssektoren og funn under dette besøket avdekket også et opplæringsbehov på dette området ved Stovnerskoghjemmet (se kapittel 4.3.1 Kunnskap om tvungen helsehjelp). På besøkstidspunktet manglet sykehjemmene i Oslo kommune et system for å ha oversikt over ansattes faktisk deltakelse på kurs om regelverket for bruk av tvang.

Anbefaling: Forebygging av tvang

- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp.
- Kommunen bør vurdere å iverksette tiltak som gir overordnet kunnskap om vedtaks kvalitet på tvers av sykehjemmene i kommunen.

5 Medisinsk oppfølging

Rettslige rammer og standarder

Beboere på sykehjem har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁴⁹ På et sykehjem må en rekke helse- og omsorgstjenester tilbys for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov. Medisinsk undersøkelse og behandling er en del av tjenestetilbudet i sykehjem. CPT understreker at helse- og omsorgsinstitusjoner skal ha tilknyttet lege med ansvar for den medisinske behandlingen og at beboernes somatiske helse skal følges opp jevnlig. 50

FNs torturkomité har uttrykt bekymring for at atferdsregulering med legemidler gjør at eldre mennesker i sykehjem utsettes for økt risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵¹ CPT har understreket at enhver bruk av psykofarmakologiske legemidler må foreskrives av en lege i forkant, og at bruken skal dokumenteres grundig.⁵²

5.1 Tilgang på helsehjelp

Pasienter ved skjermet avdeling på sykehjemmet hadde fast legevisitt på mandager, men det var lege tilgjengelig på sykehjemmet daglig. Inntrykket under besøket var at avdelingens faste lege også var tilgjengelig ved behov i arbeidstiden øvrige dager. Utenom arbeidstid skulle legevakt kontaktes. Det fremstod som at legen ansvarlig for avdelingen var godt kjent med pasientene, opplevdes tilgjengelig for ansatte og henviste ved behov.

Lege deltok på ukentlige tverrfaglige drøftingsmøter hvor ansatte kunne ta opp aktuelle tema eller vanskelige situasjoner knyttet til pasienter ved avdelingen.

5.2 Legemiddelgjennomgang

På sykehjem utgjør feil bruk av legemidler en risiko for alvorlige pasientskader og dødsfall. Dette kan handle om selve legemiddelbruken (som overmedisinering), eller feil i forbindelse med utdelingen av legemidlene. Risikoen for uheldige konsekvenser av legemidler er høy for beboere på sykehjem, blant annet på grunn av høy alder, mange kroniske sykdommer og omfattende legemiddelbruk. Beboere på sykehjem bruker i gjennomsnitt 6-7 faste legemidler.⁵³ Noen grupper eldre er særlig utsatt for bivirkninger, som eldre med en demenslidelse.

Pasienter med langtidsopphold i norske sykehjem skal tilbys systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig.⁵⁴ Gjennomgangen skal utføres av lege, enten alene eller i samarbeid med annet helsepersonell. Helsedirektoratet har laget en veileder om

⁴⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a. Se også FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12.

⁵⁰ Se CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 19. Se også Forskrift for sykehjem mv. § 3-2 bokstav b.

⁵¹ FNs torturkomité, anbefalinger til Irland, 2017, CAT/IRL/CO/2, avsnitt 35

⁵² CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 22.

⁵³ Se bl.a. Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019), side 72 flg

⁵⁴ Se forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter forskrift om legemiddelhåndtering), § 5a.

legemiddelgjennomgang.⁵⁵ Studier viser at tverrfaglige legemiddelgjennomganger i noen sammenhenger fører til både redusert og kvalitetssikret bruk av legemidler.⁵⁶

Ifølge Oslo kommunes prosedyre for legemiddelgjennomgang skulle det gjennomføres legemiddelgjennomgang innen tre uker etter innkomst, deretter hver sjettede måned, og ellers ved behov. Våre funn i forbindelse med besøk til skjermet avdeling ved Stovnerskoghjemmet tydet på at sykehjemmet hadde god systematikk for legemiddelgjennomgang. Prosedyren ble fulgt og det var oppdaterte legemiddelgjennomganger for samtlige beboere.

Dokumentasjon av legemiddelgjennomgangene beskrev godt både fysiske og psykiske problemstillinger, blodprøvesvar, medikasjon og eventuelle medisinendringer samt plan for endringer.

5.3 Bruk av legemidler

Når det gjelder legemiddelbruken til beboere på sykehjem, har helsemyndigheter og forskning rettet søkelys bruk av psykofarmaka, som antipsykotika og benzodiazepiner, når slike legemidler benyttes for å dempe uro og uønsket atferd som aggresjon ved demens.⁵⁷ Antipsykotiske legemidler har generelt begrenset effekt på atferdsproblemer ved demens, og kan ha alvorlige bivirkninger.⁵⁸ Benzodiazepiner (beroligende legemidler) synes også generelt å ha begrenset effekt, og studier tyder på at slike legemidler kan forverre den kognitive svikten ved demens og svekke muligheten til å klare daglige aktiviteter.⁵⁹ Slike legemidler kan også bidra til å øke risikoen for fall. Miljømessige og psykososiale tiltak rettet mot psykotiske symptomer og aggresjon skal derfor som hovedregel ha vært forsøkt før legemiddelbehandling, med unntak av i krisesituasjoner.⁶⁰

Flertallet av beboerne ved skjermet avdeling var foreskrevet minst ett benzodiazepin-preparat, halvparten av pasienten fikk dette som fast medisin

Litt over halvparten av beboerne stod fast på lavdose antipsykotika. Dokumentasjon fra legemiddelgjennomganger viste at enkelte av disse pasientene hadde psykoselidelser. De fleste pasientene var forskrevet antipsykotika på bakgrunn av demens med utagerende atferd. Slike legemidler bør etter helsemyndighetenes råd unngås til pasienter som er over 65 år, og unntak må i tilfelle særskilt begrunnes. Legemiddelet bør prøveseponeres senest etter 6 til 12 uker.⁶¹ Vi fant at det var høy bevissthet om seponering av antipsykotika og det var også dokumentert samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

⁵⁵ Helsedirektoratet, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

⁵⁶ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk, rapport nr. 14, 2010.

⁵⁷ Se bl.a. NOU 2019: 14, Tvangsbegrensingsloven, side 247 og Helsetilsynet, Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem, internserien 3/2009, side 3. Sabine Ruths og Jørund Straand, Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? Tidsskriftet Den norske Legeforening, nr. 12, 2005; 125.

⁵⁸ Se bl.a. NOU 2019: 14, Tvangsbegrensingsloven, side 247.

⁵⁹ Se note over, side 247.

⁶⁰ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om demens, se kapittel 16, Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

⁶¹ Helsedirektoratet og Legemiddelverket, sjekklister for legemiddelgjennomgang, se oversikt over legemidler som bør unngås til pasienter over 65 år. Se også Helsedirektoratet, nasjonal faglig retningslinje om demens, sist oppdatert 3. januar 2020

Vi har i forbindelse med besøket ikke har gått nærmere inn i de medisinske vurderingene som er gjort for den enkelte pasient. Formålet her har vært å se på det generelle omfanget av bruken og bevissthet rundt denne.

Det var en uttalt praksis ved avdelingen at pasienter ikke skulle bruke flere medisiner enn absolutt nødvendig. Eventuelle endringer, spesielt bruk av beroligende legemidler eller doseøkning av slike medisiner, skulle ikke gjøres før beboerens tilstand var kartlagt og man hadde utelukket eventuelle årsaker til forverringen. For eksempel ble det gjennomgående vist til at økt uro eller økende utagering kunne skyldes en underliggende smertetilstand.

Funn under besøket tydet også på at ansattgruppen som helhet hadde høy bevissthet om utfordringer ved medisinbruk. En god avdelingskultur på dette området kom til uttrykk i at ansatte i alle ledd oppga at de opplevde det som del av sitt ansvar å si ifra om og diskutere mistanker om feilmedisinering med lege (se kapittel 4.3.2 Forebygging i arbeidshverdagen).

Systematiske legemiddelgjennomganger, god kompetanse og en avdelingskultur for refleksjon og felles ansvar innebar etter vår vurdering en redusert risiko for feil og skader som følge av medisinering. Sivilombudet understreker viktigheten av at sykehjemmet opprettholder en høy bevissthet om dette.

6 Beskyttelse mot vold og overgrep

Rettslige rammer og standarder

Beboere på sykehjem har rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser.⁶² De skal beskyttes mot vold, overgrep og omsorgssvikt.⁶³ Vold og overgrep på institusjoner kan både skje mellom beboere og mellom beboere og ansatte.⁶⁴ Personer som jobber med eldre bør ha kunnskap om hvordan vold og overgrep kan oppdages, rapporteres og håndteres.⁶⁵ Det bør iverksettes tiltak for å øke bevisstheten om vold og overgrep, slik at ansatte kan håndtere slike forhold og rapportere om mistanke til ansvarlige myndigheter.⁶⁶ Tilstrekkelig bemanning bør sikres til enhver tid, og det bør iverksettes tiltak for å beskytte særlig sårbare beboere.⁶⁷ Ansatte bør gis støtte og veiledning slik at de kan opprettholde kvaliteten i sitt arbeid.⁶⁸

Beboere på sykehjem er spesielt sårbare for krenkelser, vold og overgrep fordi de på grunn av sin helsetilstand ofte er helt avhengige av hjelp. Dette gjelder særlig beboere med kognitiv svikt og atferdsmessige problemer. Krenkelser og vold kan få store konsekvenser for den enkelte beboers livskvalitet og er knyttet til en rekke helseutfordringer.⁶⁹

Demens gjør ofte at de sosiale bremsene i hjernen svekkes og enkelte kan få en mer aggressiv eller ukritisk atferd. Det har blitt funnet en relativt høy forekomst av aggresjon og vold mellom beboere på norske sykehjem.⁷⁰ Studier viser at også krenkende atferd fra ansatte skjer.⁷¹ Det er på denne bakgrunn viktig at ansatte er i stand til å oppdage overgrep og forsømmelser, og til å forstå hvilke alvorlige konsekvenser slike handlinger kan ha for beboerne.

6.1 Rutiner for å beskytte beboerne

Pårørende fortalte overveiende at både de og deres beboere følte seg trygge og godt ivaretatt på sykehjemmene.

Oslo kommune hadde på besøkstidspunktet en rekke rutiner for å forebygge og håndtere av trusler og vold mot og mellom beboere. Dette inkluderte prosedyrer for håndtering av seksuelle overgrep mot beboere. Rutinen gjaldt uavhengig av om overgrepet er utført av en beboer, ansatt, pårørende

⁶² Grunnloven § 102 andre ledd, EMK artikkel 3 og 8.

⁶³ EMK artikkel 3 og 8, Europarådets anbefaling 2014, artikkel 16. FNs prinsipper for eldre personer 1991, FNs generalforsamling resolusjon 46/91, 16. desember 1991, prinsipp nr. 17.

⁶⁴ Se blant annet CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 4 og 5.

⁶⁵ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁶⁶ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁶⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 5.

⁶⁸ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17.

⁶⁹ Se Malmedal, Wenche (2013) *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science. Doctoral thesis.

⁷⁰ Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. et al. (2020) *Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study*. BMC Geriatr 20, 222.

⁷¹ Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. et al. (2020) *Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study*. BMC Health Serv Res 20, 9 og Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Saveman, B.I. (2009). *Inadequate care in Norwegian nursing homes, as reported by nursing staff*. Scandinavian Journal of Caring Sciences: 23 (2): 231-42.

eller en annen. Det var også en egen prosedyre for arbeidsgivers saksgang når ansatte var mistenkt for overgrep (seksuelt/ fysisk) mot beboer.

Vi fant at det var en viss bevissthet blant ansatte om risikoen for vold og seksualiserte overgrep mellom beboere. Ansatte var mer oppmerksomme dersom slik atferd allerede hadde blitt utvist fra en beboer, og tilstrebet å ikke la utsatte personer være alene i slike situasjoner.

Informasjon som kom frem under besøket tydet på at det forekom at beboere opptrådte aggressivt, utagerende og krenkende mot andre beboere eller ansatte. Dette var også dokumentert i avviksmeldinger. Utageringer og andre tilspissede situasjoner syntes å bli løst med å skille beboerne fra hverandre. I mer alvorlige tilfeller ble beboere omplassert for å beskytte øvrige beboere.

Det var likevel en erkjennelse blant ansatte og ledelse av at bemannings situasjonen kunne begrense muligheten til å beskytte beboerne. Spesielt var dette en risiko om natten da skjermet avdeling var bemannet med bare én hjelpepleier til tross for at avdelingen var delt i tre adskilte fløyer.⁷² Inntakskriterier ved skjermet avdeling var at beboerne hadde særlig behov for skjerming, trygghet, stabilitet og forutsigbarhet, i kombinasjon med atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer som motorisk uro (ofte i form av vandring) og utagering (se kapittel 3.1 Organisering av avdeling 1B). Selv om beboerne som var motorisk og kognitivt i stand til det kunne låse egen dør om natten, utgjorde den lave bemanningen en risiko for at nattevakten ikke ville være i stand til å beskytte beboerne.

Risiko for overgrep og krenkelser fra ansatte var et mindre diskutert tema. Det var ingen som hadde opplevd eller mistenkt kollegaer for overgrep eller krenkende atferd mot beboerne. Rutinene og prosedyrene som gjaldt slike situasjoner var ikke godt kjent blant de ansatte. Flertallet av de ansatte vi snakket med understreket at de ville ha rapport mistanke om slike hendelser til ledelsen. Likevel synes det å være et behov for å styrke de ansattes bevissthet om denne risikoen.

Anbefaling: Beskyttelse mot vold og overgrep

- Sykehjemmet bør sikre at kommunens prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot beboere og ansatte er kjent for alle ansatte.
- Sykehjemmet bør sikre bemanning på natt som i praksis gjør ansatte i stand til å beskytte beboerne fra vold eller overgrep.

⁷² I tillegg gikk to sykepleiere natt med ansvar for hele sykehjemmet (se kapittel 3.2 Bemanning ved avdeling 1B)

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Telefaks: 22 82 85 11
Epost: postmottak@sivilombudet.no
www.sivilombudet.no



Foto: Sivilombudet