



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

**Lørenskog kommune,
Rolvsrudhjemmet og
Lørenskog sykehjem**

8.–9. mars 2022



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



SIVILOMBUDET

LØRENSKOG KOMMUNE
V/ HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN
Postboks 304
1471 LØRENSKOG

Vår referanse
2022/1275

Deres referanse

Vår saksbehandler
Mette Jansen Wannerstedt

Dato
22.06.2022

Oversendelse av rapport etter Sivilombudets besøk til Rolvsrudhjemmet og Lørenskog sykehjem, Lørenskog kommune, 8.–9. mars 2022

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Rolvsrudhjemmet og Lørenskog sykehjem, Lørenskog kommune 8.–9. mars 2022.

Vedlagt følger rapporten fra de to besøkene. 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 21. oktober 2022.

Kommunen bes utforme svaret sitt slik at det kan offentliggjøres. Dersom svaret 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.

Hanne Harlem
sivilombud

Helga Fastrup Ervik
avdelingsjef

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

**Lørenskog kommune
Rolvsrudhjemmet og Lørenskog sykehjem**

8.–9. mars 2022

Innholdsfortegnelse

I.	Sivilombudets forebyggingsmandat	3
II.	Sammendrag	4
III.	Anbefalinger	6
1	Hvorfor besøker vi sykehjem?	7
2	Gjennomføring av besøkene	8
3	Sykehjemstjenesten i Lørenskog kommune	9
3.1	Rolvsrudhjemmet, avdeling A.....	9
3.2	Lørenskog sykehjem, avdeling Krydderhagen	10
4	Tvungen helsehjelp	11
4.1	Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A.....	12
4.2	Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger	13
4.2.1	Avdelingens praktisering av utgang	14
4.2.2	Bruk av bevegelseshindrende tiltak	15
4.2.3	Bruk av sengealarm.....	15
4.3	Bruk av tvang for å gjennomføre stell og pleie.....	16
4.4	Kunnskap om regelverket for tvungen helsehjelp.....	17
5	Beskyttelse og trygghet	20
5.1	Beskyttelse av beboere	20
5.2	Trygge ansatte.....	21
6	Medisinsk oppfølging	23
6.1	Tilgang til helsehjelp	23
6.2	Legemiddelgjennomgang.....	23
6.3	Bruk av legemidler	24

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 januar 2022 ble Lørenskog kommune informert om at Sivilombudet ville gjennomføre et besøk til sykehjem i kommunen i løpet av 2022. Besøkene ble gjennomført 8.–9. mars 2022.

Lørenskog kommune har to sykehjem; Lørenskog sykehjem og Rolvsrudhjemmet. Sykehjemmene er kommunalt drevet og er organisert under området Helse, mestring og omsorg. Vi besøkte en skjermet avdelinger ved hvert av sykehjemmene, avdeling Krydderhagen ved Lørenskog sykehjem og Avdeling A ved Rolvsrudhjemmet.

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.

Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp

Det manglet oversikt over om og hvor mange tvangsvedtak som var fattet hos sykehjemstjenesten og på de respektive avdelingene. Både ansatte og pårørende var usikre på om det var beboere som hadde tvangsvedtak i perioden besøkene ble gjennomført. God oversikt er viktig for å hindre at beboere utsettes for tvang uten at det foreligger et gyldig vedtak. Det er også avgjørende for at kommunen sentralt skal kunne kvalitetssikre og evaluere egen virksomhet.

Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

Ved et sykehjem har man kun adgang til å holde en beboer tilbake med tvang eller tiltak for å omgå motstand dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er oppfylt. Dørene ut fra begge avdelingene vi besøkte var låst med kodelås. På besøkstidspunktet ble det oppgitt at ingen av beboere klarte å låse opp dørene selv.

Det var beboere ved begge avdelinger som uttrykte motstand mot de låste dørene. På besøkstidspunktet var det imidlertid ingen av beboerne som hadde vedtak om tilbakeholdelse etter kapittel 4A.

Bruk av tvang for å gjennomføre stell og pleie

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 var det ingen beboere som hadde vedtak om at pleie og stell kunne gjennomføres mot pasientens vilje.

Noen pasienter ved avdelingene vi besøkte ble omtalt som svært krevende ved gjennomføring av nødvendig stell.

De ansatte så ut til å bruke mye tid på motivasjonsarbeid og tillitsskapende tiltak for at stell og pleie skulle foregå frivillig. Samtidig kom det fram at det i noen tilfeller ble gjennomført stell av pasienter som motsatte seg dette sterkt og som i noen tilfeller ble holdt, uten at det var truffet vedtak slik loven krever. I noen tilfeller ble også begrepet nødverge brukt om stellesituasjoner der det var blitt behov for å bruke tvang.

Manglende vedtaksføring skaper en klar risiko for at pasienter utsettes for tvang som ikke oppfyller lovens vilkår. En annen konsekvens er at tvangsbruk underrapporteres. Når bruk av tvang ikke vedtaksføres svekkes også rettssikkerheten til pasientene.

Kunnskap om regelverket for tvungen helsehjelp

Flere av funnene tydet på manglende kunnskap om lovverket som regulerer bruk av tvang. Blant annet kom det fram at det var utøvd tvang uten at det ble truffet vedtak slik loven krever, og brukt sengehest og sengealarm uten at dette var tilstrekkelig vurdert og dokumentert. Flere av de ansatte var usikre på regelverket og grensene for bruk av helsehjelp på tvang.

Kunnskap om vilkårene for å kunne bruke tvang er avgjørende for å sikre at beboernes rettigheter ivaretas på en god måte. Det er kommunens ansvar å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Beskyttelse og trygghet

Pårørende opplevde i stor grad at både de og deres beboere følte seg trygge og godt ivaretatt på sykehjemmene. Samtidig fant vi at kommunen manglet rutiner for å forebygge og håndtere utagering mellom eller mot beboere på sykehjem. Risikoen for overgrep og krenkelser mot beboere fra ansatte fremstod som et lite diskutert tema.

Beboere på sykehjem er sårbare for krenkelser, vold og overgrep fordi de på grunn av sin helsetilstand ofte er helt avhengige av hjelp. Sivilombudet anbefaler derfor at det etableres prosedyrer og settes inn tiltak for å styrke de ansattes bevissthet om denne risikoen.

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.

Ved begge avdelingene vi besøkte hadde legene faste dager for legevisitt og kunne kontaktes ved behov i arbeidstiden. Legene syntes også å være godt kjent med pasientene og det fremsto som at dialogen mellom legene og personalet fungerte godt.

Funn under besøket tydet på at ansattgruppen som helhet hadde høy bevissthet om utfordringer ved medisinerbruk, om seponering av antipsykotika og det var dokumentert samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Vi fant imidlertid et eksempel der det fremstod som at beroligende medisin ble gitt for å omgå motstand i stellesituasjoner og for ikke å måtte bruke tvang. Internasjonalt er det gitt uttrykt bekymring for at atferdsregulering med legemidler gjør at eldre mennesker i sykehjem utsettes for økt risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

III. Anbefalinger

Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmene bør sikre at de har et system som sørger for god oversikt over eventuelle tvangsvedtak og vedtakenes varighet.

Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

- Sykehjemmene bør sikre at beboere som ikke har vedtak om tilbakeholdelse får forlate avdelingene på en trygg og sikker måte hvis de ønsker det. Alle begrensninger må begrunnes individuelt og konkret.
- Kommunen og sykehjemmene må sikre at bevegelsesbegrensende tiltak, som sengehest, brukes i tråd med gjeldende regelverk.
- Kommunen og sykehjemmene må sikre at lokaliserings- og varslingsteknologi kun brukes når det er fattet lovlig vedtak om dette.

Bruk av tvang for å gjennomføre stell og pleie

- Kommunen og sykehjemmene må sikre at helsehjelp og pleie ikke gis med tvang uten at det fattes lovlig vedtak.

Kunnskap om regelverk for tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp, inkludert hvordan og hvem som kan fatte vedtak etter kapittel 4A.

Beskyttelse og trygghet

- Kommunen bør sikre at det er på plass gode prosedyrer for forebygging og håndtere vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte, som er godt kjent for alle ansatte.

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 besøkene

I januar 2022 ble Lørenskog kommune informert om at Sivilombudet ville gjennomføre to besøk til sykehjem i kommunen i løpet av 2022. Besøkene ble gjennomført 8.–9. mars 2022.

Sivilombudet gir vanligvis ikke informasjon om tidspunktet for sine besøk. På besøkstidspunktet la imidlertid covid-19-pandemien ekstra belastninger på sykehjemmene i Lørenskog kommune. Dette ga behov for en tett dialog med sykehjemledelsen for å sikre en trygg gjennomføring av besøkene. Vi valgte derfor å informere også om når vi hadde planlagt å besøke sykehjemmene. Av samme grunn begrenset vi de fysiske besøkene til to dager.

Vi besøkte to skjermede avdelinger ved kommunens sykehjem: Krydderhagen ved Lørenskog sykehjem og Avdeling A ved Rolvsrudhjemmet.

Det ble gjort befaringer av de to avdelingene, og vi gjennomførte samtaler med ansatte og ledelse. Vi hadde i tillegg korte samtaler med beboere i fellesområdene.

I forkant av besøkene hentet vi inn dokumentasjon fra kommunen. Dette omfattet rutiner og statistikk, og informasjon om pasienter med vedtak om tvungen helsehjelp. Vi var også i kontakt med Statsforvalteren i Oslo og Viken og innhentet kopier av tvangsvedtak og tilsynssaker.

I tidsrommet 8. til 10. februar ble det gjennomført intervjuer med beboernes nærmeste pårørende over telefon. Alle som var registrert som nærmeste pårørende og/eller verge for beboere på de utvalgte avdelingene, fikk et brev med en orientering om arbeidet vårt og et tilbud om å ta kontakt for en samtale.

Følgende personer fra Forebyggingsenheten deltok i besøkene:

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

3 Sykehjemstjenesten i Lørenskog kommune

Lørenskog kommune har to sykehjem; Lørenskog sykehjem og Rolvsrudhjemmet.

Sykehjemmene er kommunalt drevet og er organisert under området Helse, mestring og omsorg. Lørenskog sykehjem bestod av syv avdelinger og hadde til sammen 156 plasser. Tre av avdelingene var for mennesker med demenssykdom. Rolvsrudhjemmet hadde 63 plasser fordelt på to avdelinger, der en av avdelingen var for mennesker med demenssykdom. De to sykehjemmene hadde en felles virksomhetsleder og en avdelingsleder på hver av avdelingene.

3.1 Rolvsrudhjemmet, avdeling A

Avdeling A ved Rolvsrudhjemmet besto av fire bogrupper (A1, A2, A3 og A4) med til sammen 30 rom, og mulighet for to ektefellerom. I den ene bogruppen (A2) var det en adskilt forsterket enhet med fire rom og et lite fellesområde. Alle bogrupperne hadde egne fellesområder.

Tekstboks 1 Skjermet og forsterket enhet på sykehjem

Skjermet enhet

De fleste kommuner tilbyr små, tilrettelagte enheter, såkalte skjermede enheter, for eldre med demenstilstander. Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra fire til tolv beboere. 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. I 2019 utgjorde skjermede enheter omtrent en tredjedel av det totale antallet sykehjems plasser i Norge.

Forsterkede plasser på skjermet enhet

Stadig flere kommuner etablerer forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Disse enhetene er underlagt samme regelverk som andre tilrettelagte enheter i sykehjem, men har ofte færre plasser enn andre enheter, gjerne færre enn fire beboere.

Ansatte jobbet i todelt turnus og med faste nattevakter. Ifølge kommunen var det i underkant av 30 årsverk ved avdelingen.¹¹ Av disse utgjorde sykepleierstillinger rundt 20 prosent, fagarbeiderstillinger rundt 66 prosent og stillinger som ufaglært eller kategorisert som «under utdanning» rundt 14 prosent. Pleiefaktoren ble oppgitt å være 1.¹²

Det var ni ansatte på avdeling A på dagtid og kveldstid, og to ansatte på natt med bakvakt fra sykepleier på Avdeling B. Bemanningen var lik i ukedagene og helgene. På dagtid mandag, onsdag og fredag hadde de også en «husassistent» i tillegg til grunnbemanningen. Vedkommende hadde ansvar

¹¹ Årsverk stillinger pleie (uten leder) var 29,98.

¹² Pleiefaktoren regnes ut ved å dele antall brukere på antall årsverk.

for tekstilvask, renhold på kjøkken og andre praktiske oppgaver. Mandag og onsdag var det en sykepleier på vakt på dagtid i tillegg til grunnbemanningen for å følge opp legevisittene.

3.2 Lørenskog sykehjem, avdeling Krydderhagen

Krydderhagen er delt i tre fysisk adskilte bogrupper. Den ene bogruppen har plass til 6 pasienter, mens de to andre bogrupperne har plass til ni pasienter. Alle bogrupperne hadde egne fellesområder.

Ansatte jobbet i todelt turnus og med tre faste nattevakter. Avdelingen hadde en fagutviklingssykepleier og hver bogruppe har egne teamsykepleiere. Kommunen oppga at det var ansatt i underkant av 21 årsverk ved avdelingen.¹³ Av disse utgjorde sykepleierstillinger rundt 23 prosent, fagarbeiderstillinger rundt 74 prosent og stillinger som ufaglært eller kategorisert som «under utdanning» rundt 3 prosent. Pleiefaktoren ble oppgitt å være 0,87.

Det var åtte eller ni ansatte på jobb på dagtid på hverdagen og syv i helgen. På kveld var det alltid seks ansatte på jobb. Det var en på vakt på natt. De ansatte var fordelt slik at det på dagtid var tre ansatte på grupperne med ni pasienter og to ansatte på gruppen med seks pasienter. På kveld var det to ansatte på hver av grupperne.

¹³ Årsverk stillinger pleie (uten leder) var 20,91.

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.¹⁴

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.¹⁵ 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.¹⁶

Dersom noen 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.¹⁷ 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.¹⁸ Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og samtidig forebygge og begrense bruken av tvang.¹⁹

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.²⁰ Formålet med tillitsskapende tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang.²¹

¹⁴ 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.

¹⁵ CRPD artikkel 12 jf. 25, Europarådets anbefaling 2014, nr. 36-43

¹⁶ Helsedirektoratets rundskriv, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Se kommentar til § 4A-5

¹⁷ EMK artikkel 5 nr.1 e og artikkel 8.

¹⁸ Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke er regulert av psykisk helsevernloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 andre ledd.

¹⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4A-1.

²⁰ 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.

²¹ 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.²² 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.²³ 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.²⁴

Slike tvangsvedtak skal treffes av helsepersonell som har ansvar for helsehjelpen, og kan treffes for inntil ett år av gangen.²⁵ 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.²⁶ Det skal fattes vedtak i alle situasjoner der det brukes tvang, selv om det er en enkelt situasjon. Kapittel 4A har også egne regler for underretning av nærmeste pårørende, klage, overprøving, etterfølgende kontroll og domstolsprøving.²⁷

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.²⁸ Ansatte bør også lære alternative metoder for å forebygge tvangsbruk, inkludert teknikker for å roe ned en situasjon (deeskaleringsteknikker).²⁹

4.1 Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A

I forbindelse med besøkene ba vi om oversikt over vedtak om bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A for årene 2020 og 2021.³⁰ Kommunen oppga at det var fattet åtte vedtak i denne perioden. To av vedtakene i oversikten fra kommunen så ut til å være det samme vedtaket, registret på to ulike avdelinger. I tillegg fikk vi informasjon fra Statsforvalteren om et vedtak som ikke kom fram av kommunens oversikt. Ved gjennomgang av et utvalg (ni av ca. 54) pasientjournaler fant vi ytterligere tre vedtak om tvang etter kapittel 4A fra perioden 2020/2021 som ikke gikk fram av oversikten, hverken fra kommunen eller Statsforvalteren. Disse vedtakene gjaldt bruk av tvang i stellesituasjoner. Ingen vedtak var gyldige i perioden for besøkene.

²² Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre og tredje ledd.

²³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 første ledd.

²⁴ 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.

²⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd.

²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd.

²⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 – 4A-10.

²⁸ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17

²⁹ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 27.

³⁰ Oversikten fra kommunen inneholdt åtte vedtak. To vedtak var registrert på samme pasient, men oppgitt plassert på ulike avdelinger. To av vedtakene var registrert med start i 2019 og utløp i 2020.

Kopi av alle tvangsvedtak skal etter loven også sendes til den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen i hele kommunen.³¹ Lovverket forutsetter at kommunen skal ha en faglig overordnet ansvarlig for tvungen helsehjelp. Dette sikrer at kommunen sentralt underrettes om alle vedtak og slik kan se helheten og vurdere utviklingen i tvangsbruk, over tid og på tvers av virksomhetene i kommunen.

Ingen av dem vi snakket med under besøkene hadde kjennskap til funksjonen som overordnet faglig ansvarlig i kommunen. I vedtakene Sivilombudet gjennomgikk varierte det hvem som var satt i kopi som overordnet faglig ansvarlig ved oversendelse av vedtak Statsforvalteren. I flere tilfeller var den som hadde fattet vedtaket også oppgitt som overordnet faglig ansvarlig, mens det i andre tilfeller ikke var oppgitt.

I etterkant av besøkene ble det bekreftet at overordnet faglig ansvarlig var virksomhetslederen for sykehjemmene i Lørenskog. Sivilombudet vil understreke viktigheten av at alle vedtak systematisk sendes til overordnet faglig ansvarlig i kommunen. Dette gir kommunen en mulighet til å kvalitetssikre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift, i tillegg til å ha en god oversikt over tvangsbruken i kommunen.

På besøkstidspunktet ble det oppgitt at ingen av beboerne på avdelingene vi besøkte hadde tvangsvedtak. Vi fant imidlertid at flere ansatte var usikre på om det var pasienter på deres avdeling som hadde tvangsvedtak. Flere refererte til tvangsvedtak de mente at pasienter hadde selv om dette ikke var tilfelle. Usikkerheten gjenspeilte seg også hos flere pårørende. Noen trodde at deres beboer hadde vedtak om tilbakeholdelse selv om dette ikke var tilfellet.

Vi fant også beskrivelser av at «tvang kan brukes ved stell» i en tiltaksplan, selv om pasienten ikke hadde tvangsvedtak (se kapittel 4.3 *Bruk av tvang for å gjennomføre stell og pleie*).

Det manglet tydelig en systematikk for å holde oversikt over tvangsvedtak ved sykehjemmene. Sivilombudet understreker viktigheten av at kommunen, sykehjemmene og alle ansatte har lett tilgjengelig og riktig informasjon om bruk av tvang og tvangsvedtak. Manglende oversikt utgjør en risiko for at beboere utsettes for tvang uten at det foreligger et gyldig vedtak. Det utgjør også en risiko for at kommunen sentralt ikke har den informasjonen som trengs for å kvalitetssikre og evaluere egen virksomhet.

4.2 Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

Et opphold på sykehjem for å motta heldøgns helse- og omsorgstjenester skal som utgangspunkt skje frivillig og etter søknad (se kapittel 1 *Hvorfor besøker vi sykehjem?*). Dersom vilkårene er til stede, kan det likevel fattes vedtak om å holde en pasient tilbake mot sin egen vilje.³² 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.³³ Det kan ikke treffes et generelt vedtak om at

³¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-6. Se også Ot. prp. nr. 64 (2005-2006)) *Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova*, s. 59 og Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), side 118. Se kommentarer til § 4A-6.

³² Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4A.

³³ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), side 47.

dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. For at tilbakeholdelsen skal være lovlig, må det foretas en konkret vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt for den enkelte pasienten.³⁴

4.2.1 Avdelingens praktisering av utgang

Dørene ut fra begge de avdelingene vi besøkte var låst med kodelås. Kodene var beskrevet over kodelåsene slik at ansatte og besøkende kunne ta seg ut, men det ble opplyst at ingen av dagens beboere klarte å låse opp dørene selv. Kommunen anså kodelåsene som et utgangshinder som hovedsakelig var begrunnet i beboernes beskyttelse og sikkerhet, og la til grunn at det skulle fattes vedtak dersom pasientene viste motstand mot at døren var låst.

På besøkstidspunktet var det ingen av beboerne som hadde vedtak om tilbakeholdelse etter kapittel 4A, til tross for at det var beboere ved begge avdelinger som viste motstand mot de låste dørene.

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».³⁵

Kommunen opplyste at alle beboere som ønsket å gå ut, skulle bli tilbudt turer i følge med ansatte. De fleste ansatte oppga at de i situasjoner der beboere søkte ut, ofte først forsøkte å avlede oppmerksomheten til beboeren, siden det ikke alltid var mulig å følge ut. Samtidig fortalte mange ansatte at de forsøkte å følge beboere som ønsket det, ut av avdelingene. Disse turene gikk ofte til fellesområder på sykehjemmene eller til sykehjemmenes hager. De ansattes kapasitet satte begrensninger for muligheten til å få til turer utenfor sykehjemmets område.

Avdeling A ved Rolvsrudhjemmet var plassert i andre etasje og bestod av fire beboergrupper. Sykehjemmet opplyste at dørene mellom bogruppene på avdelingen rutinemessig sto åpne slik at beboerne kunne bevege seg på et større område enn sin egen bogruppe. I tilknytning til avdelingen lå det en sansehage. I tillegg var det en hage som var felles for hele sykehjemmet. Hagene hadde beplantning, asfalterte gangstier og noen sittegrupper. Alle avdelingene hadde tilgang til å bruke hagene, selv om all ikke hadde direkte tilgang.

Vi ble fortalt at utgangsdørene til hagene i hovedsak ble låst opp ved morgenskiftet og låst igjen før natten. Én bogruppe hadde kun direkte utgang til en balkong. Ansatte fortalte at denne balkongen i praksis ikke var i bruk på grunn støy og støv fra en trafikkert vei rett utenfor sykehjemmet.

Avdeling Krydderhagen lå plassert i første etasje ved Lørenskog sykehjem og besto av tre bogrupper. Her var det et fellesområde med kafeteria utenfor avdelingene. Dørene mellom de tre bogruppene på Krydderhagen var låst. På siden av dørene var det montert synlige døråpnerknapper. Pårørende og ansatte fortalte at noen beboere klarte å betjene knappene og kunne bevege seg fritt mellom bogruppene. Knappene var imidlertid montert i en høyde som gjorde at ikke alle kunne nå dem uten hjelp. I tilknytning til avdelingen lå det en sansehage med beplantning, frukttrær, områder belagt

³⁴ 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.

³⁵ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), kommentar til §4A-4.

med stein og asfalt, og flere sittegrupper. En av bogruppe hadde ikke direkte utgang til hagen, men kunne nå den via en av de andre gruppene. Dørene til hagen ble opplyst å stå ulåst utenom vinterstid.

Inntrykket var at sansehagene ved begge avdelingene vi besøkte ble brukt aktivt, spesielt i sommersesongen, men at muligheten for å bruke dem var noe mer begrenset om vinteren. Ikke alle hadde direkte utgang til hagene, og beboernes mulighet til å komme ut varierte derfor noe. Ved begge avdelingen ble det lagt vekt på at de fleste beboerne måtte ha følge av ansatte om de skulle være i hagene eller andre uteområder. For de som ikke hadde direkte adgang til hagene, kunne det å følges dit også begrenses av de ansattes kapasitet. Dette var spesielt utfordrende for avdeling A4 ved Rolvsrudhjemmet der uteområdet som lå i tilknytning til avdelingen var en balkong som lå tett inntil en veldig trafikkert vei.

4.2.2 Bruk av bevegelseshindrende tiltak

For en pasient gikk det fram av tiltaksplanen at skulle settes opp sengehest hver kveld, som et beskyttelsestiltak for å hindre fall på natten. Sengehest er et bevegelseshindrende tiltak som er omfattet av kapittel 4A.

Det gikk ikke fram av tiltaksplanen eller løpende journal om tiltaket ble brukt med pasientens samtykke, eller hva som skulle gjøres dersom pasienten viste motstand.

4.2.3 Bruk av sengealarm

Kommunen opplyste at det på besøkstidspunktet ikke var fattet vedtak om eller ble brukt varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasienter uten samtykkekompetanse på de to avdelingene. Det forelå ingen slike vedtak fra og med 2021 og fram til besøkstidspunktet.

I gjennomgang av journal og tiltaksplaner kom det likevel fram at en pasient ved avdeling A ved Rolvsrudhjemmet hadde aktivert sengealarm om natten. Det var ikke fatte vedtak om dette. Det var heller ikke beskrevet i journalen om alarmen ble brukt med pasientens samtykke, om pasienten var informert eller hvilke vurderinger som var gjort ved etableringen av sengealarmen.

Tekniske innretninger for varsling og lokalisering av pasienter kan tas i bruk dersom pasienten samtykker til det.³⁶ For at samtykket skal være gyldig, må pasienten først ha fått nødvendig informasjon om innholdet i tiltaket.³⁷ Informasjonen skal være tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger, slik at pasienten i størst mulig grad gjøres i stand til selv å ta en beslutning om tiltaket.³⁸

Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse kan det treffes vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a om bruk av slike varslingsystemer, hvis de øvrige vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Dette forutsetter at pasienten informeres om tiltaket, men ikke motsetter

³⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

³⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd andre setning jf. § 3-2 første ledd.

³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd jf. tredje ledd andre setning og § 3-5.

seg det. Hvis 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.³⁹

4.3 Bruk av tvang for å gjennomføre stell og pleie

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

På besøkstidspunktet var det ingen som hadde vedtak om at pleie og stell kunne gjennomføres mot pasientens vilje.

De ansatte så ut til å bruke tid på motivasjonsarbeid og tillitsskapende tiltak for at stell og pleie skulle foregå frivillig. Dette kom også til uttrykk i tiltaksplanene til flere av beboerne.

Noen av pasientene ble omtalt som svært krevende under gjennomføring av nødvendig stell. Det kom fram at det for noen pasienter bare var noen få ansatte som klarte å gjennomføre nødvendig stell. Det hendte blant annet at pasienter som hadde vist motstand kunne bli henvist til å sitte alene på rommet sitt på grunn av ubehagelig lukt. Det var ikke tydelig hvordan det ble jobbet for å få gjennomført nødvendig stell og pleie av beboere i slike og tilsvarende situasjoner.

Samtidig kom det fram at det i noen tilfeller ble gjennomført stell av pasienter som motsatte seg dette sterkt og som i noen tilfeller ble holdt, uten at det var truffet vedtak slik loven krever.

Dette var situasjoner som var dokumentert i avvikssystemet og i journal. I de fleste av disse tilfellene var det ikke mulig å se hvordan tvangen konkret ble gjennomført eller hvilke tillitsskapende tiltak som var forsøkt i forkant av at det ble gitt stell eller medisiner. Vi fant også en rekke situasjoner der beskrivelsene i journal var så knappe at det ikke var mulig å se om situasjonene var blitt løst ved bruk av tvang eller om tillitsskapende tiltak hadde ført frem.

For en pasient ved Rolvsrudhjemmet avdeling A var det flere ansatte som omtalte et tvangsvedtak om dusjing og skiftning av klær hver 14. dag, uten at det var klart om og hvordan dette ble gjennomført. Det forelå ikke tvangsvedtak for denne pasienten.

I et annet tilfelle ble det beskrevet at stell var gjennomført med nødverge. Det var ikke beskrevet tydelig i journalen hva dette innebar. Vi så også andre eksempler på bruk av begrepet nødverge i forbindelse med bruk av tvang. I en tiltaksplan stod det for eksempel at «nødverge som utløser bruk av tvang skal beskrives». Disse eksemplene tyder på en misforståelse når det gjelder reglene for bruk av tvang. Tvangsreglene i kapittel 4A gjelder adgang til å gi somatisk helsehjelp til pasienter som motsetter seg dette. Motstand kan komme til uttrykk på mange måter, også gjennom sinne og utagering. Dersom ansatte for eksempel må holde en beboer som slår eller sparker, for å gjennomføre stell skal det fattes vedtak etter pasient og brukerrettighetslovens kapittel 4A. Dette gjelder også der situasjonen oppstår akutt eller overraskende. Dersom det ikke er mulig å fatte vedtak i forkant, skal en beslutning om å bruke tvang dokumenteres i et vedtak i etterkant. En slik form for tvangsutøvelse er ikke nødverge og det er ikke tilstrekkelig å dokumentere maktutøvelsen i journal eller ved å føre avvik.

I tiltaksplanen for en av beboerne var det skrevet at «tvang kan brukes ved stell». Det forelå imidlertid ikke et vedtak for denne perioden og det så ut som at informasjon var knyttet til et

³⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 andre ledd bokstav a setter som vilkår at unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til «vesentlig helseskade» for pasienten.

tvangsvedtak som lå langt tilbake i tid (2018). Vi har ikke grunnlag for å si at det ble utøvd tvang uten gyldig vedtak mot denne pasienten, men i lys av at tiltaksplanen er et av de viktigste verktøyene i arbeidshverdagen for de ansatte, er dette bekymringsfullt. Dersom det står utdatert informasjon om tvangsvedtak i en tiltaksplan, gir det en risiko for at pasienten utsettes for tvang det ikke er fattet vedtak for.

Både de ansatte og pårørende var usikre på om det forelå tvangsvedtak for noen av pasientene (se kapittel 4.1 *Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A*). Situasjonene som er beskrevet her, viser at denne usikkerheten også utgjorde en risiko for at det ble brukt tvang uten at det var fattet vedtak.

Samlet viste disse ulike eksemplene at det i noen tilfeller ble utøvd tvang uten at det var fattet vedtak om det. Manglende vedtaksføring skaper en klar risiko for at pasienter utsettes for tvang som ikke oppfyller lovens vilkår. En videre konsekvens er at tvangsbruk underrapporteres.⁴⁰ Når bruk av tvang ikke vedtaksføres svekkes også rettssikkerheten til pasientene. Manglende vedtaksføring vil ofte innebære at pårørende ikke får informasjon om tvangsbruken og at pasienten og pårørende blir fratatt muligheten til å klage eller uttale seg, og til å få beslutningen vurdert av Statsforvalteren.⁴¹

Ved begge avdelingene ble det under besøkene snakket om at det ble vurdert å fatte tvangsvedtak for noen beboere. Noen av disse beboerne hadde hatt vedtak tidligere. I etterkant av besøkene har vi fått oppgitt at det for noen beboere er blitt fattet vedtak om pleie og stell uten samtykke.

4.4 Kunnskap om regelverket for tvungen helsehjelp

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.

Flere tilsynsrapporter og evalueringer har dokumentert manglende kunnskap blant helsepersonell om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.⁴² Det er kommunens ansvar å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse om reglene for tvungen somatisk helsehjelp.⁴³

Flere av funnene tydet på manglende kunnskap om lovverket som regulerer bruk av tvang, blant annet at det var utøvd tvang i flere tilfeller uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever. Mange av de ansatte framstod som usikre på regelverket og grensene for bruk av tvang. Noen var usikre på hva i arbeidshverdagen som kunne være tvang, mens andre gav uttrykk for at tvang var noe som ikke kunne brukes uansett situasjon.

Flere av dem vi snakket med etterlyste mer systematisk opplæring og arenaer for diskusjon, blant annet om bruk av tvangsregelverket. Dette gjaldt spesielt de som jobbet i mindre stillinger og som var faste ekstravakter, men også andre ansattegrupper. Flere ansatte var også usikre på den formelle

⁴⁰ Dette er en utfordring som antas å være sentral i sykehjemssektoren, se Oxford Research (2013) *Evalueringsrapport av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A*. Kristiansand: Oxford Research..

⁴¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-6.

⁴² 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.

⁴³ Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6f og 7b.

prosessen for å fatte vedtak etter kapittel 4A. Dette gjaldt også ansatte som jobbet direkte med å fatte vedtak.

De fleste vi snakket med trodde at kommunen måtte søke til Statsforvalteren om å få et tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A godkjent. Dette er en kjent misforståelse.⁴⁴ Det er helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som fatter vedtak om bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelp.⁴⁵ Vedtaket skal sendes til Statsforvalteren i kopi.

Det kom fram at det var liten bevissthet om at pasient og brukerrettighetsloven også regulerer helt kortvarig tvangsbruk. Det er ikke satt noen nedre grense for tidsperioden et vedtak kan treffes for. Kortvarige tvangstiltak, for eksempel ved bruk av tvang i én spesiell situasjon, skal også vedtaksføres og ikke kun dokumenteres i pasientens journal.⁴⁶ Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen som skal treffe et enkeltvedtak.⁴⁷ Et slikt vedtak kan treffes muntlig, av den som er ansvarlig for helsehjelpen, i situasjoner der man ikke rekker å fatte et vedtak i forkant. Vedtaket skal dokumenteres og begrunnes i henhold til regelverket så fort som mulig etter situasjonen. Kopi skal sendes til pasient, pårørende og Statsforvalteren.

Reglene for begrunnelse av enkeltvedtak følger av forvaltningsloven og ulovfestet rett.⁴⁸ Kravet til begrunnelsens innhold skjerpes for vedtak av inngripende karakter, slik som tvungen helsehjelp.⁴⁹ Begrunnelsen må være tilstrekkelig til å avgjøre om lovens vilkår er oppfylt og til å kunne etterprøve vedtaket.⁵⁰ Begrunningsplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettsikkerhetsgaranti for den enkelte.

Lørenskog kommune hadde en overordnet rutine for «Vedtak om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen» og «Oppfølging av vedtak om tvang til pasienter som motsetter seg helsehjelpen». Rutinene gjaldt for helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.

Vedtakene vi har gått gjennom ga i all hovedsak en individuell beskrivelse av pasienten og beboerens evne til å samtykke. I noen av vedtakene var det gitt beskrivelser av tillitsskapende vedtak som var forsøkt, men det manglet beskrivelser av hva som faktisk skulle gjøres der de tillitsskapende tiltakene ikke førte fram og man måtte bruke tvang.

Vedtakene Sivilombudet har gått gjennom inneholdt også formelle feil som at det ikke var dokumentert at «annet kvalifisert helsepersonell» var rådført ved vedtak der dette er et krav, eller om pårørende var informert om vedtakene. I flere tilfeller fant vi at legen som hadde fattet og

⁴⁴ Se for eksempel orientering fra Statsforvalteren i Vestland: «*Vedtak etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A er ikkje søknadspliktige*». <https://www.fylkesmannen.no/nb/vestland/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/vedtak-etter-pasient--og-brukarrettslova-kapittel-4a-er-ikkje-soknadspliktige/> (lesedato 18. mai 2022).

⁴⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven §4A-5 første ledd.

⁴⁶ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), side 118. Se kommentarer til § 4A-5.

⁴⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9.

⁴⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9 og forvaltningsloven §§ 24 og 25.

⁴⁹ Se Høyesterettsdommer Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 (Gausi), og Rt. 2000 s. 1066 (Skotta).

⁵⁰ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), se kommentarer til § 4A-5.

underskrevet vedtaket også hadde skrevet under som «overordnet faglig ansvarlig» (4.1 *Oversikt over vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A*).

Kommunen oppga at de var i ferd med å komme i gang med kurs, opplæring og faste møter som i liten grad var blitt gjennomført siden oppstarten av covid-19-pandemien. De var i gang med å innføre KS-læring, som ville bidra til digital og systematisert opplæringen ved sykehjemmene. Dette vil blant annet gi ledelsen mulighet til å ha oversikt over hvem som har gjennomført eller deltatt på kurs og opplæring.

Kunnskap om vilkårene for å kunne bruke tvang er avgjørende for å sikre at beboernes rettigheter ivaretas på en god måte. Usikkerhet rundt reglene og mangel på kunnskap kan utgjøre en risiko for at beboere blir utsatt for ulovlig tvang. Det kan også utgjøre en risiko for at beboeren ikke får nødvendig helsehjelp. I tillegg er kunnskap om regelverket avgjørende for å kunne jobbe godt med forebygging av tvang og tillitsskapende tiltak.

Anbefaling: Tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmene bør sikre at de har et system som sørger for god oversikt over eventuelle tvangsvedtak og vedtakenes varighet.
- Sykehjemmene bør sikre at beboere som ikke har vedtak om tilbakeholdelse får forlate avdelingene på en trygg og sikker måte hvis de ønsker det. Alle begrensinger må begrunnes individuelt og konkret.
- Kommunen og sykehjemmene må sikre at bevegelsesbegrensende tiltak, som sengehest, brukes i tråd med gjeldende regelverk.
- Kommunen og sykehjemmene må sikre at lokaliserings- og varslingsteknologi kun brukes når det er fattet lovlig vedtak om dette.
- Kommunen og sykehjemmene må sikre at helsehjelp og pleie ikke gis med tvang uten at det fattes lovlig vedtak.
- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp, inkludert hvordan og hvem som kan fatte vedtak etter kapittel 4A.

5 Beskyttelse og trygghet

Rettslige rammer og standarder

Beboere på sykehjem har rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser.⁵¹ De skal beskyttes mot vold, overgrep og omsorgssvikt.⁵² Vold og overgrep på institusjoner kan både skje mellom beboere og mellom beboere og ansatte.⁵³ Personer som jobber med eldre bør ha kunnskap om hvordan vold og overgrep kan oppdages, rapporteres og håndteres.⁵⁴ 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.⁵⁵ Tilstrekkelig bemanning bør sikres til enhver tid, og det bør iverksettes tiltak for å beskytte særlig sårbare beboere.⁵⁶ Ansatte bør gis støtte og veiledning slik at de kan opprettholde kvaliteten i sitt arbeid.⁵⁷

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.⁵⁸

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.⁵⁹ Studier viser at også krenkende atferd fra ansatte skjer.⁶⁰ 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.

5.1 Beskyttelse av beboere

Pårørende opplevde i stor grad at både de og deres beboere var trygge og godt ivaretatt på sykehjemmene. Samtidig kom det fram at ansatte noen ganger måtte håndtere hendelser der beboere var utagerende eller aggressive mot hverandre. Det ble oppgitt at slike situasjoner ble forsøkt løst ved å fjerne de involverte beboerne fra hverandre, men vi fant også at ansatte i akutte situasjoner hadde grepet inn med fysisk makt for å beskytte beboere fra hverandre.

⁵¹ Grunnloven § 102 andre ledd, EMK artikkel 3 og 8.

⁵² 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.

⁵³ Se blant annet CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 4 og 5.

⁵⁴ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁵⁵ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁵⁶ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 5.

⁵⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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.

Tvangsreglene i kapittel 4A gir ikke adgang til å gripe inn med tvang for å hindre skade på andre beboere eller personalet. I akutte situasjoner kan helsepersonell likevel ha rett til å gripe inn med fysisk makt for å beskytte eget eller andres liv og helse.⁶¹ Dette reguleres imidlertid ikke av pasient- og brukerrettighetsloven, men straffelovens bestemmelser om nødrett og nødverge får betydning.⁶² Regelverket gir lite veiledning til helsepersonell om hvilke situasjoner det kan gripes inn i, og med hvilke virkemidler. Helsedirektoratet har i rundskriv til loven uttalt at straffelovens bestemmelser om nødrett og nødverge gjelder «ved fare for skade på andre personer eller på gjenstander».⁶³

Lørenskog kommune hadde på besøkstidspunktet ikke egne skriftlige rutiner for å forebygge og håndtere utagering mellom beboere på sykehjem. Slike hendelser ble notert i pasientjournal eller ført som avvik, avhengig av alvorlighetsgrad.

Det var ikke mulig å hente ut samlet informasjon fra sykehjemmenes journalsystem om situasjoner der bruk av det var blitt brukt tvang fordi pasienten var vurdert til fare for andre. Dette gjorde at det var vanskelig for kommunen eller sykehjemmene holde oversikt over slike hendelser.

Det kom også fram at beboere ofte gikk inn på andres rom på grunn av desorientering eller forvirring. Dette skapte utrygghet for enkelte. Det var vriderlås på innsiden av dørene på alle pasientrommene og det ble også brukt pasientarmbånd med alarmknapp som beboeren kunne trykke på ved behov for bistand for å forebygge denne utryggheten. Det var imidlertid ikke alle beboerne som klarte å bruke disse.

Det var en viss bevissthet blant ansatte om risikoen for seksualiserte overgrep mellom beboere. Ansatte var mer oppmerksomme dersom en hadde erfart at en beboer hadde seksualisert, og forsøkte å unngå at enkelte være alene. Det var likevel en erkjennelse av at bemanningssituasjonen kunne gjøre dette vanskelig, og at det på nattestid var spesielt krevende ettersom begge avdelingene kun hadde én sykepleier på vakt.

Kommunen hadde ingen egen prosedyre for forebygging og håndtering av vold eller overgrep mot beboere. Risikoen for overgrep fra ansatte var et lite diskutert tema.

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. Dette er spesielt viktig for mennesker med demens som kan være ute av stand til å fortelle om eller huske hendelser.

5.2 Trygge ansatte

En del ansatte fortalte at de hadde opplevd vold som klyp, spark eller slag, og negative verbale tilrop fra beboere. Det var likevel svært få som følte seg utrygge på jobb.

Kommunen hadde felles rutiner for forebygging av trusler og vold mot ansatte. Rutinene slo fast at ansatte ikke skal utsettes for trakassering eller truende oppførsel. De ga også retningslinjer for og generelle tips om hvordan truende situasjoner kunne håndteres og om oppfølging og varsling i etterkant. Kommunen hadde i tillegg en sentral ressursgruppe som jobbet med forebygging av vold

⁶¹ Straffeloven §§ 17 og 18.

⁶² Ot.prp. 12 (1998–1999), side 80.

⁶³ Helsedirektoratet, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til §§ 4A-3 og 4A-4.

og trusler.⁶⁴ Vi hørte at det over tid hadde vært en endring av kultur i sykehjemmene der det å bli utsatt for hendelser som klyp og spark ikke lenger var sett på som tolerert, men som noe som skulle forebygges og avviksføres. De fleste ansatte svarte at de førte avvik ved slike hendelser. Få av de ansatte var kjent med de felles rutinene for forebygging og håndtering av vold og trusler til tross for at temaet inngikk som en del av opplæringsplanen for sykehjemmene i Lørenskog for 2021.⁶⁵

Ansatte på avdeling A bar alarm slik at de kunne tilkalle hjelp dersom det oppsto akutte hendelser. Dette var ikke tilfellet på Krydderhagen. Enkelte ansatte hadde gjennomført kurs i vergeteknikk som et tiltak for å forebygge vold fra beboere mot ansatte og andre beboere, men det framsto ikke som at denne opplæringen var systematisk.

Noen ansatte fortalte at de hadde deltatt i refleksjonsgrupper etter alvorlige hendelser mens andre brukte støtte fra kollegaer på en mer uformell måte.

Samtaler om vanskelige temaer med kollegaer er viktig, og en del av et åpent og trygt arbeidsmiljø. Mer alvorlige hendelser kan samtidig kreve oppfølging fra ledelsen. Sivilombudet savnet en mer systematisk oppfølging eller evaluering etter alvorlige hendelser. For å kunne gi beboerne forsvarlig pleie over tid er det svært viktig at ansatte føler seg trygge på jobb, opplever psykososial støtte og har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å ivareta egen sikkerhet.

Anbefaling: Beskyttelse og trygghet

- Kommunen bør sikre at det er på plass gode prosedyrer for forebygging og håndtere vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte, som er godt kjent for alle ansatte.

⁶⁴ Kommunen hadde syv sentrale ressursgrupper med egne mandater og handlingsplaner, ledet av kommunens fag- og innovasjonsethet.

⁶⁵ Kommunen opplyste at e-læringssystemet *KS Læring* var innført i november 2021 med kompetansepakker som nytilsatte skal gjennomgå. Rutiner for forebygging/håndtering av vold og trusler inngikk i kompetansepakkene.

6 Medisinsk oppfølging

Rettslige rammer og standarder

Beboere på sykehjem har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁶⁶ 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.⁶⁷

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.⁶⁸ CPT har understreket at enhver bruk av psykofarmakologiske legemidler må foreskrives av en lege i forkant, og at bruken skal dokumenteres grundig.⁶⁹

6.1 Tilgang til helsehjelp

Ved begge avdelingene vi besøkte hadde legene faste dager for legevisitt en gang per uke. De kunne også kontaktes ved behov i arbeidstiden. Utenom arbeidstiden skulle legevakt kontaktes.

Det syntes å være god dialog mellom legene og pleiepersonalet. Legene vi snakket med syntes også å være godt kjent med pasientene.

Når det gjaldt tilgang til spesialisthelsetjenesten fortalte legene at de kontaktet psykiater, geriater eller nevrolog på Akershus universitetssykehus ved behov. Det hadde også hendt at sykehuset hadde sendt ansatte til sykehjemmet for å hjelpe til med vurderinger av pasienter. De fortalte også at de alltid konfererte med psykiater før de igangsette bruk av antipsykotika.

Før covid-19-pandemien var det faste samhandlingsmøter med sykehuset omtrent annenhver måned. Legene på sykehjemmet håpet at disse møtene ville bli gjenopptatt.

6.2 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.⁷⁰ Noen grupper eldre er særlig utsatt for bivirkninger, som eldre med en demenslidelse.

⁶⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a. Se også FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12.

⁶⁷ Se CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 19. Se også Forskrift for sykehjem mv. § 3-2 bokstav b.

⁶⁸ FNs torturkomité, anbefalinger til Irland, 2017, CAT/IRL/CO/2, avsnitt 35.

⁶⁹ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 22.

⁷⁰ Se bl.a. Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019), side 72 flg

Pasienter med langtidsopphold i norske sykehjem skal tilbys systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig.⁷¹ Gjennomgangen skal utføres av lege, enten alene eller i samarbeid med annet helsepersonell. Helsedirektoratet har laget en veileder om legemiddelgjennomgang.⁷² Studier viser at tverrfaglige legemiddelgjennomganger i noen sammenhenger fører til både redusert og kvalitetssikret bruk av legemidler.⁷³

Lørenskog kommune hadde skriftlige rutiner for innkomst, årskontroll og legemiddelgjennomgang. I rutinene anbefales det årlig legemiddelgjennomgang. I intervjuer med to av sykehjemslegene ble det fortalt at de gjennomførte legemiddelgjennomgang hvert halvår og hyppigere ved behov.

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

6.3 Bruk av legemidler

Gjennomgang av skriftlige legemiddelkort (oversikt over faste medisiner og ved behovsmedisiner) viste at omtrent halvparten av beboerne fikk psykofarmaka fast. Av disse var det under en tredjedel som sto på fast lavdose antipsykotika og under en fjerdedel som sto på faste beroligende medisiner. Flertallet av beboerne hadde beroligende medisiner oppført som ved behov.

Omtrent en fjerdedel av beboerne sto fast på sterke smertestillende medisiner, og ytterligere en femtedel hadde det oppført som ved behov. Legene vi snakket med fortalte at flere av pasientene var i siste fase av livet, og at god smertelindring derfor var viktig.

Funn under besøkene tydet på at ansattgruppen som helhet hadde høy bevissthet om utfordringer ved medisinbruk, om seponering av antipsykotika og det var dokumentert samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I medisinlisten til en pasient fant vi imidlertid at beroligende medisin kunne gis ved injeksjon «før stell ved akutt uro», ved behov. I samtaler med ansatte kom det fram at de ga medisiner til pasienten for å omgå motstand i stellesituasjoner og for ikke å måtte bruke tvang. Vi så eksempler fra journal på at dette ble gjort. Det var ikke fattet vedtak om bruk av tvang for denne pasienten.

Helsemyndigheter og forskning har rettet søkelys mot bruk av psykofarmaka ved sykehjem, som antipsykotika og benzodiazepiner, når slike legemidler benyttes for å dempe uro og uønsket atferd som aggresjon ved demens.⁷⁴ Antipsykotiske legemidler har generelt begrenset effekt på atferdsproblemer ved demens, og kan ha alvorlige bivirkninger.⁷⁵ Benzodiazepiner (beroligende legemidler) synes også generelt å ha begrenset effekt, og studier tyder på at slike legemidler kan

⁷¹ Se forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter forskrift om legemiddelhåndtering), § 5a.

⁷² Helsedirektoratet, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

⁷³ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Effekt av tiltak for å redusere potensielt u hensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk, rapport nr. 14, 2010.

⁷⁴ 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 – medisinisk behandling eller kjemisk atferdsregulering? Tidsskriftet Den norske Legeforening, nr. 12, 2005; 125.

⁷⁵ Se bl.a. NOU 2019: 14, Tvangsbegrensingsloven, side 247.

forverre den kognitive svikten ved demens og svekke muligheten til å klare daglige aktiviteter.⁷⁶ 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.⁷⁷ Internasjonalt er det gitt uttrykt bekymring for at atferdsregulering med legemidler gjør at eldre mennesker i sykehjem utsettes for økt risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁷⁸

⁷⁶ Se note over, side 247.

⁷⁷ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om demens, se kapittel 16, Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

⁷⁸ Se CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 19. Se også Forskrift for sykehjem mv. § 3-2 bokstav b.

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



Rolvsrudhjemmet, Lørenskog kommune. Foto: Sivilombudet