



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Åsgårdstrand sykehjem,
Horten kommune**

1.–11. desember 2020



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



SIVILOMBUDSMANNEN

HORTEN KOMMUNE
Postboks 10
3191 HORTEN

Vår referanse
2020/4010

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
26.05.2021

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Åsgårdstrand sykehjem, Horten kommune, 1.-11. desember 2020

Vi viser til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Åsgårdstrand sykehjem, Horten kommune, 1.-11. desember 2020.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for ansatte, pårørende, og pasienter som ønsker å lese den. Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 23. august 2021.

Vi ber om at kommunen utformer sitt svar slik at det kan offentliggjøres. Dersom svaret inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig, ber vi om at kommunen opplyser om dette og sender en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber 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
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Kopi til:
KOMMUNAL- OG
MODERNISERINGSDEPARTEMENTET
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
HELSEDIREKTORATET
STATSFORVALTEREN I VESTFOLD OG TELEMARK



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Åsgårdstrand sykehjem, Horten kommune

1.–11. desember 2020

Innholdsfortegnelse

I. Tortur og umenneskelig behandling	3
II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	4
III. Sammendrag	5
1 Hvorfor vi besøker sykehjem.....	9
2 Gjennomføring av besøket	11
3 Om Åsgårdstrand sykehjem, Horten kommune	12
4 Oppfølging og ivaretagelse	14
4.1 Beboernes rett til selvbestemmelse og medvirkning	15
4.2 Medvirkning fra beboerens pårørende	16
4.3 Fysiske forhold	18
4.4 Aktiviteter	19
4.5 Bemanning	22
4.6 Helsehjelp og pleie.....	23
4.6.1 Helsevurdering ved ankomst	23
4.6.2 Bruk av legemidler	23
4.6.3 Oppfølging av ernæringstilstand.....	27
4.7 Dokumentasjon i pasientjournal.....	28
5 Beskyttelse og trygghet	31
5.1 Klare rutiner og tiltak for forebygging av vold.....	31
5.2 Trygge ansatte.....	32
6 Tvungen helsehjelp	34
6.1 Omfang av tvangsbruk ved sykehjemmet	35
6.2 Kommunens kontroll og oppfølging	36
6.3 Kunnskap om tvungen helsehjelp.....	36
6.4 Forebygging av tvungen helsehjelp	37
6.5 Vedtak om tvungen helsehjelp	38
6.5.1 Vurdering av samtykkekompetanse.....	38
6.5.2 Øvrige vilkår for tvungen helsehjelp	39
6.6 Tvungen helsehjelp uten vedtak.....	40
6.6.1 Krav om enkeltvedtak for all tvungen helsehjelp	40
6.6.2 Tvang i forbindelse med pleie og stell	40
6.6.3 Skjult medisiner, mv.....	41
6.6.4 Varslings- og lokaliseringsteknologi	41
6.6.5 Bevegelsehindrende tiltak.....	43
6.6.6 Tilbakeholdelse og generelle utgangshindringer	43
7 Nødrett og nødverge.....	46

I. Tortur og umenneskelig behandling

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 blant annet 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.

II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013. Konvensjonen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at personer som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Sivilombudsmannen fikk denne oppgaven, og det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved vårt kontor for å utføre denne.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder hvor personer er, eller kan være, fratatt friheten. Ombudsmannen har tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres. Enheten besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

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.

Ombudsmannens 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. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse i forbindelse med samtalene. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet lokale retningslinjer, tvangsvedtak, 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 Sivilombudsmannens nettside, og stedene gis en frist for å orientere ombudsmannen om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

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

III. Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte Åsgårdstrand sykehjem i Horten kommune i desember 2020. Åsgårdstrand sykehjem er et kommunalt drevet sykehjem og har primært plasser for eldre mennesker med demenssykdom og alvorlig funksjonssvikt som følge av somatisk sykdom. På besøkstidspunktet hadde sykehjemmet 52 rom fordelt på tre avdelinger og seks poster. Vårt besøk gikk til postene 1A, 1B og 2D.

Besøket ble gjennomført under covid-19-pandemien og var tilpasset smittevernreglene på besøkstidspunktet. Utover en befaring av lokalene, ble besøket gjennomført ved hjelp av telefonintervjuer og gjennomgang av dokumentasjon.

Beboere på sykehjem har rett til å bli behandlet med respekt for sin verdighet og til å få sine grunnleggende behov ivarettatt. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med de som bor på sykehjemmet, og det skal legges til rette for systematisk involvering av pårørende. Ansatte ved Åsgårdstrand syntes å tilrettelegge for at beboerne kunne påvirke og ta valg i hverdagen, og sykehjemmet virket å ha etablert en systematisk tilnærming til informasjon til pårørende. Vi fant likevel at utilstrekkelig tid og kapasitet hos ansatte reduserte mulighetene for beboerne til å ta personlige valg og være med å påvirke egen hverdag. Funn tydet også på at sykehjemmet burde jobbe mer systematisk for å innhente kunnskap om beboernes ønsker og behov, og involvere pårørende mer i arbeidet med å forebygge bruk av tvang.

De fleste sykehjemsbeboere trenger hjelp til å opprettholde funksjon og bevegelse og bør derfor tilbys varierte aktiviteter som er tilpasset deres funksjonsnivå og interesser. Vi fant at det særlig manglet kapasitet til fysiske aktiviteter som var tilpasset den enkelte beboer. Mulighet til å være utendørs syntes i stor grad å være avhengig av ansattes begrensede kapasitet eller av pårørende. Aktivitetstilbudet ved Åsgårdstrand var derfor i stor grad avhengig av kommunens aktivitetsleder, som hadde ansvar for flere sykehjem, og frivillige. Under pandemien hadde de fleste organiserte aktivitetene blitt avlyst og de frivillige hatt svært begrenset tilgang til sykehjemmet. Omfanget av fysiske, tilpassede aktiviteter fremsto imidlertid som begrenset også før pandemien.

Gjennomgang av dokumentasjon tydet på at beboerne ved sykehjemmet fikk jevnlig tilsyn av sykehjemslege, men det var svakheter i dokumentasjonen av viktig informasjon om helsevurderinger og oppfølging. Dette gjaldt blant annet legetjenestens vurderinger når beboerne kom til sykehjemmet. Det manglet også dokumentasjon av hvordan legemiddelgjennomgangen ble gjennomført, og informasjon om funn, vurderinger og oppfølgingstiltak etter gjennomgangen. Grundig dokumentasjon er en forutsetning for trygg legemiddelbruk, og mangler gir økt risiko for pasientskader.

Tilsvarende var det i liten grad dokumentert hvordan sykehjemmet arbeidet systematisk med oppfølging av beboernes ernæringstilstand. Mange beboere på sykehjem har allerede svekket allmenntilstand og det er derfor viktig å ha rutiner og tiltak som kan identifisere og sikre oppfølging av beboere som er underernærte, eller som risikerer å bli det.

Selv om det ikke forekom ofte, tydet våre funn på at beboere med atferdsutfordringer tidvis kunne opptre aggressivt mot andre beboere eller ansatte. Det ble beskrevet et økt behov for kompetanse for å håndtere slike hendelser. Sykehjemmet hadde satt i gang opplæring om forebygging og

håndtering av vold. Dette vil være et viktig tiltak for å gi ansatte kompetanse i å forebygge vold og aggresjon, i samsvar med menneskerettslige standarder. For å kunne gi pasientene forsvarlig pleie over tid er det også viktig at ansatte føler seg trygge og har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å ivareta egen sikkerhet.

Pårørende fortalte gjennomgående at både de og deres beboere følte seg trygge og godt ivaretatt på Åsgårdstrand. Vi fant samtidig at få ansatte hadde et bevisst forhold til muligheten for mer alvorlig vold mot og mellom pasienter, og mange var usikre på hvordan de skulle gå frem ved mistanke om slike forhold. Kommunen utviklet i etterkant av Sivilombudsmannens besøk en ny rutine for håndtering av slike hendelser ved sykehjem. Gode rutiner og opplæring av ansatte er viktig for at sykehjemmet skal være i stand til å oppdage slike overgrep og forsømmelser.

Under besøket hadde sykehjemmet beboere som var registrert med vedtak om tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Kommunen hadde klare og enhetlige rutiner som bidro til en tydelig plassering av ansvar for ulike deler av saksbehandlingen ved bruk av tvang, og det var etablert møtestrukturer for å føre kontroll med vedtak om tvangsbruk og avvikshåndtering. På sykehjemmet syntes ansatte å ha en høy bevissthet om betydningen av tillitsskapende tiltak, og det var i tvangsvedtak gjennomgående dokumentert hvilke tillitsskapende tiltak som var prøvd før vedtak ble fattet. Ansatte viste også en høy evne til faglig og etisk refleksjon om tvangsbruk, men mange fremsto som usikre på hvordan regelverket om bruk av tvang skulle praktiseres. Det syntes å være behov for mer opplæring når det gjaldt regelverket og hvordan vedtak skulle nedtegnes. Vår gjennomgang viste blant annet at flere vedtak ikke var begrunnet på en måte som dokumenterte at lovens vilkår for bruk av tvang var oppfylt.

Det hadde i noen situasjoner blitt gitt helsehjelp til pasienter som motsatte seg det, uten at det ble truffet vedtak slik loven krever. I mange tilfeller syntes dette å handle om en misforståelse om at regelverk etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ikke regulerer helt kortvarig tvangsbruk, men det ble også knyttet til en opplevelse av tidsnød. Det understrekes at det ikke gjelder noen nedre tidsgrense for når vedtak må treffes når en pasient motsetter seg helsehjelp, men vedtak kan dokumenteres skriftlig i etterkant i tilfeller med tidsnød.

Vi fant også at sensoralarmer på dørene til beboernes rom i noen tilfeller ble skrudd på uten at pasientene ble informert. I andre tilfeller ble pasientene informert, men det ble ikke truffet vedtak eller vurdert om pasienten hadde gitt et gyldig samtykke. Sensorene varslet dersom beboeren gikk ut av rommet og ble brukt overfor beboere med orienteringsvansker eller fallrisiko for å hindre at de kom til skade dersom de gikk ut av rommet. Bruken av døralarmene ble opplyst å være begrunnet i få ansatte på kvelds- og nattestid. En slik praksis er ikke lov.

Et mindre antall beboere hadde vedtak om tilbakeholdelse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Funn tydet imidlertid på at sykehjemmets rutiner og bemanning medførte at beboere som ikke hadde vedtak om tilbakeholdelse, i praksis også ble hindret fra å forlate sykehjemmet. Flere beboere opplevde stengte dører som svært begrensende. Mange beboere var avhengige av bistand fra ansatte for å kunne bevege seg utendørs, og noen fikk kun mulighet til å gå ut i følge med personalet eller pårørende. Personalets praktiske muligheter til å bli med beboere utenfor sykehjemmet var imidlertid svært begrenset, særlig på ettermiddagen og kvelden. Samlet sett viste våre funn at sykehjemmets rutiner og bemanning gir risiko for at beboere i praksis hindres fra å gå ut av sykehjemmet uten at lovens vilkår er oppfylt.

Anbefalinger

Medvirkning fra pårørende

- Sykehjemmet bør styrke involveringen av pasientenes nærmeste pårørende ved utforming av tiltak for å skape tillit som kan forebygge tvungen helsehjelp.

Aktiviteter

- Sykehjemmet bør legge til rette for at alle beboere som ønsker det, har en reell mulighet til å oppholde seg i frisk luft daglig.
- Sykehjemmet bør styrke aktivitetstilbudet og sikre individuelt tilpassede aktiviteter, inkludert fysisk aktivitet.

Bruk av legemidler

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at det gjennomføres systematiske legemiddelgjennomganger og at vurderinger, funn og tiltak blir dokumentert i pasientens journal. Avvik fra nasjonale retningslinjer om legemiddelbruk må begrunnes i journalen.

Oppfølging av ernæringstilstand

- Sykehjemmet bør sikre en systematisk oppfølging av pasientenes ernæringstilstand og at dette arbeidet dokumenteres i pasientjournalen.

Dokumentasjon i pasientjournal

- Sykehjemmet bør forbedre rutiner for å sikre at pasientenes journal regelmessig dokumenterer ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov.

Beskyttelse og trygghet

- Sykehjemmet bør sikre at prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot beboere og ansatte, er tilstrekkelig detaljerte og kjent for alle ansatte.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep slik at ansatte settes i stand til å oppdage slike forhold.
- Sykehjemmet bør sikre veiledning og systematisk oppfølging av ansatte etter vanskelige hendelser.

Kunnskap om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp, inkludert hvordan vedtak skal utformes for å dokumentere at lovens vilkår er oppfylt.

Vedtak om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at pasientens samtykkekompetanse alltid vurderes konkret i forhold til den aktuelle helsehjelpen, og at vurderingen dokumenteres.
- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at vedtak om tvungen helsehjelp blir begrunnet på en måte som gjør det mulig å vurdere om lovens krav er oppfylt.

Tvungen helsehjelp uten vedtak

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at helsehjelp ikke gis med tvang uten at vilkårene i kapittel 4A er oppfylt og det er truffet vedtak om dette.
- Sykehjemmet bør endre sine rutiner for å sikre at døralarmer kun benyttes basert på pasientens informerte samtykke, eller etter en individuell vurdering av om lovens vilkår er oppfylt i tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse.
- Sykehjemmet bør sikre at beboere ikke hindres fra å forlate sykehjemmet på grunn av manglende bemanning, men kun etter en individuell vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt.

Nødrett og nødverge

- Sykehjemmet bør sikre at inngripende nødtiltak for å beskytte pasienten eller andre blir grundig dokumentert (i pasientjournalen og i avvikssystemet).

1 Hvorfor vi besøker sykehjem

Sivilombudsmannen har som oppgave å gjennomføre besøk til steder der noen er, eller kan være, fratatt friheten for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.³

Et opphold på sykehjem for å motta heldøgns helse- og omsorgstjenester skal som utgangspunkt kun skje frivillig og etter søknad. Frihetsberøvelse kan likevel skje på sykehjem, der det på gitte vilkår kan fattes lovlig vedtak om innleggelse eller om tilbakeholdelse mot pasientens vilje.⁴ Det er også kjent at pasienter på sykehjem i praksis kan være undergitt omfattende begrensninger, for eksempel i form av låste dører og bevegelseshindrende tiltak, uten at lovlig vedtak er fattet.⁵ Slike forhold vil kunne utgjøre frihetsberøvelse.⁶ Dersom et sykehjem har pasienter som rettslig eller faktisk kan være hindret fra å forlate stedet, vil stedet være under ombudsmannens forebyggende mandat. For beboere med langtidsplass vil sykehjemmet i praksis være deres hjem i den siste fasen av livet.⁷ Dette innebærer også at deres mulighet til å flytte tilbake til hjemmet er begrenset. Håndteringen av covid-19-pandemien gir i tillegg blant annet en risiko for at smittevernstiltak som tvungen isolering, smittekarantene, begrensninger i besøk, utgang eller bevegelsesfrihet i sum kan bli så omfattende at beboerne i praksis må anses som fratatt friheten.⁸

Mange beboere har svekket helsetilstand på grunn av somatiske og psykiske helseutfordringer, inkludert demens, og har derfor et stort pleie- og omsorgsbehov som gjør at de kan være helt avhengig av personale for å få oppfylt sine grunnleggende rettigheter. Dette gjør at sykehjemsbeboere er spesielt utsatt for krenkelser av sin personlige integritet.⁹

Mangler ved omsorgen og ivaretagelsen av sykehjemsbeboeres grunnleggende behov og rettigheter kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁰ 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.¹¹ Alle offentlige

³ Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT) artikkel 4.

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

⁵ Se bl.a. NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven, kapittel 6.5, side 150 flg.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Smittevernloven § 5–4 tredje ledd jf. §§ 5–2, 5–3 og 1–5. Se bl.a. FNs underkomité for forebygging (SPT), Råd til statspartene og nasjonale forebyggingsorgan i forbindelse med covid-19-pandemien, 7. april 2020, CAT/OP/10.

⁹ Se FNs menneskerettskomité, anbefalinger til Tyskland 2004, CCPR/CO/80/DEU, avsnitt 17 og FNs torturkomité, anbefalinger til Irland i 2017, CAT/C/IRL/CO/2, avsnitt 35 og EMDs dom i Heinisch mot Tyskland, 21. juli 2011, klagenr. 28274/08, avsnitt 71.

¹⁰ 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.

¹¹ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 4–6.

myndigheter, også kommunene, er bundet av menneskerettighetene og har et eget ansvar for myndighetsutøvelse som griper inn i menneskerettighetene.¹² Terskelen for handlinger eller unnlatelser som kan medføre brudd på forbudet, er lavere der noen er fratatt friheten.¹³ Dette fordi personer som er fratatt friheten er avhengige av beskyttelse fra myndighetene for å kunne ivareta sine rettigheter.

¹² 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.

¹³ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs menneskerettighetskommisjon, 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 oktober 2020 ble Horten kommune varslet om Sivilombudsmannens planlagte besøk til Åsgårdstrand sykehjem. Vi informerte også om når vi hadde planlagt å besøke sykehjemmet. Normalt gir ikke ombudsmannen informasjon om tidspunktet for besøket. Endringen i våre varslingsrutiner skyldes covid-19-pandemien, belastningene for kommunen i håndteringen av denne og behovet for tett dialog for å sikre en trygg gjennomføring av besøket. Planleggingen foregikk med utgangspunkt i vår smittevernstandard for gjennomføring av besøk, utarbeidet etter dialog med Folkehelseinstituttet.

I forkant av besøket hentet vi inn dokumenter fra kommunen, som rutiner og statistikk, og informasjon om pasienter med vedtak om tvungen helsehjelp. Vi var også i kontakt med Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, og innhentet kopier av tvangsvedtak for et lengre tidsrom derfra.¹⁴

På grunn av et gradvis økende smittetrykk i Østlandsregionen utover høsten, og sykehjemsbeboeres særlige sårbarhet ved koronasmitte, besluttet vi at besøket i all hovedsak måtte gjennomføres uten fysisk tilstedeværelse på sykehjemmet. To av ombudsmannens medarbeidere gjennomførte en kort befaringsavtale av lokalene og området, i henhold til dagjeldende smittevernråd. Utover dette, ble besøket i sin helhet gjennomført ved hjelp av telefonintervjuer og gjennomgang av dokumentasjon. Vi har forsøkt å kompensere for begrensede muligheter til å foreta observasjoner på stedet ved å øke tilfanget av andre informasjonskilder, særlig samtaler med beboernes nærmeste pårørende.

I tidsrommet fra 1. til 11. desember 2020 ble det gjennomført intervjuer med beboernes nærmeste pårørende, helse- og pleiepersonell og sykehjemmets ledelse. Alle som var nærmeste pårørende og/eller verge for beboere på de utvalgte sengepostene, ble kontaktet med orientering om arbeidet vårt og fikk tilbud om en telefonsamtale med oss. Vi gjennomførte telefonintervju med cirka halvparten av alle som sto oppført som nærmeste pårørende på de aktuelle postene. Det ble også gjennomført samtaler med et bredt utvalg av helse- og pleiepersonalet som hadde vakter i det aktuelle tidsrommet. I dette tidsrommet gjennomførte vi også et fåtall intervjuer av beboere, via telefon og videokommunikasjonsutstyr, med bistand fra deres nærmeste pårørende.

I januar 2021 gjennomførte vi samtaler med kommunens område- og enhetsledelse og utvalgte fagpersoner i nøkkelfunksjoner. I etterkant innhentet vi ytterligere informasjon fra kommunen, blant annet informasjon om avvikshåndtering og informasjon om pasientoppfølging. I april gjennomførte vi et avsluttende møte med kommunens område- og enhetsledelse samt ledelsen ved sykehjemmet.

Besøket ble godt tilrettelagt av kommunens og sykehjemmets ledelse og ansatte. Følgende personer deltok i besøket til Åsgårdstrand sykehjem:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Helen Håkonsholm (seniorrådgiver, kriminolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Mari Dahl Schlanbusch (rådgiver, samfunnsviter)

¹⁴ Tidligere Fylkesmannen i Vestfold og Telemark. Heretter omtalt som Statsforvalteren i Vestfold og Telemark.

3 Om Åsgårdstrand sykehjem, Horten kommune

Åsgårdstrand sykehjem ligger i Åsgårdstrand i Horten kommune. Sykehjemmet var på besøkstidspunktet ett av tre sykehjem i kommunen. Det var kommunalt drevet og organisatorisk plassert under kommunalområdet helse og velferd. Enhet for sykehjem var organisert med en felles enhetsleder og tre avdelingsledere fordelt på de enkelte sykehjemmene.¹⁵ Andre helse- og omsorgstjenester som sykehjemsbeboere ofte har behov for, som lege-, habilitering- og rehabiliteringstjenester, var ikke stedsplassert på sykehjemmet, men organisert i egne enheter i kommunen.

Ledelsen ved Åsgårdstrand sykehjem besto av avdelingsleder, fagleder/assisterende avdelingsleder og leder for administrative tjenester.

Sykehjemmets målgruppe var fortrinnsvis eldre mennesker med demenssykdom og alvorlig funksjonssvikt som følge av somatisk sykdom. På besøkstidspunktet hadde Åsgårdstrand sykehjem 52 rom, forbeholdt langtidsplasser for personer i denne målgruppen. Sykehjemmet hadde seks poster fordelt på tre avdelinger. I første etasje lå avdeling 1 bestående av post 1A og 1B med ni sengeplasser hver, og i andre etasje lå avdeling 2AB (post 2A og 2B) med 9 sengeplasser per post og avdeling 2CD (post 2C og 2D) med åtte sengeplasser per post. Avdelingene var til en viss grad differensierte ut fra beboernes behov og grad av kognitiv svikt, med noe større vekt av personer med bedre bevegelighet og/eller med langkommet demenssykdom på avdeling 1. Sykehjemmet hadde ingen såkalt skjermet enhet.¹⁶

Vårt besøk gikk til postene 1A og 1B og 2D. Alle de tre postene hadde beboere med demenssykdom selv om dette ikke var eneste pasientgruppe. Noen av beboerne ved disse postene hadde pågående eller tidligere vedtak om tilbakeholdelse eller hadde opplevd andre inngripende tvangstiltak. De tre postene hadde til sammen 26 beboere under besøket.

Organisering

Avdelingsledelsen ved Åsgårdstrand var direkte underlagt enhetsleder og hadde det overordnede faglige og administrative ansvaret ved sykehjemmet. Dette inkluderte personalansvar for alle ansatte. Fagleder/assisterende leder fungerte som stedfortreder for avdelingsleder og hadde i det daglige arbeidsoppgaver som omfattet oppfølging av faglig opplæring, pasienter og pårørende. Det var ingen mellomledere på de tre avdelingene ved sykehjemmet.

Ved sykehjemmet var det ansatt sykepleiere/vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Ansatte jobbet i todelt turnus, med faste nattevakter. Ifølge kommunen var det ansatt 46,4 årsverk ved Åsgårdstrand sykehjem. Av disse utgjorde sykepleierstillinger rundt 43 prosent, fagarbeiderstillinger rundt 52 prosent og stillinger som assistent eller kategorisert som «under utdanning» rundt 5 prosent. Kommunens målsetning var å øke antallet heltidsstillinger ved sykehjemmene i kommunen og primært rekruttere fagutdannet personell. En omlegging til ny turnus ble sett som et ledd i dette arbeidet. Ledelsen ved sykehjemmet opplevde å ha en stabil ansattgruppe. Med unntak av nattevakter var de fleste ansatte i hovedsak tilknyttet en fast avdeling/post.

¹⁵ De tre sykehjemmene ble i kommunen også referert til som avdelinger.

¹⁶ En skjermet enhet er en spesialisert sykehjemsavdeling for eldre med demenstilstander. Pasienter ved skjermede enheter har gjennomgående et mer krevende sykdomsbilde enn pasienter ved øvrige avdelinger.

Ansatte i sykepleierstilling kunne ha tilleggsfunksjon som tjenesteansvarlig ved en post og hadde da faglig beslutningsmyndighet og fremdriftsansvar for tjenestene til pasientene i posten. Helsefagarbeidere kunne ha funksjon som primærkontakt med tettere oppfølging av det praktiske knyttet til den enkelte pasient og pårørende.

Sykehjemslegen hadde fast stilling i kommunen og delt arbeidstid mellom Åsgårdstrand og et annet sykehjem. Legen var til stede ved Åsgårdstrand to faste ukedager, og en tredje dag ble fordelt mellom de to stedene avhengig av behov. Sykehjemmet var ellers avhengige av eksterne ressurser fra andre enheter/avdelinger i kommunen, som kjøkkentjenester, habilitering og rehabilitering samt frivillighetssentralen.

Grunnbemanning ved Åsgårdstrand sykehjem i ukedager:

Post	Antall beboere	Antall ansatte		
		Dag <i>Kl. 07:00–15:00</i>	Kveld <i>Kl. 14:45–22:00</i>	Natt <i>Kl. 21:45–07:15</i>
1A	9	3	2	3
1B	9	3	2	
2D	8	3	2	

Sykehjemmet hadde i tillegg en fast ekstra ansatt på kveldsvakter og helg som skulle gå inn der det oppsto behov. I helgene var bemanningen redusert til to ansatte per post både på dag- og kveldsvakt. Under Sivilombudsmannens besøk var sykehjemmene i kommunen i ferd med å innføre en ny turnus som vil medføre enkelte endringer.

4 Oppfølging og ivaretagelse

Menneskerettslige rammer

Beboere på et sykehjem er tildelt plass for å motta helse- og omsorgstjenester og vil derfor ofte ha et omfattende behov for oppfølging og ivaretagelse.¹⁷ For beboere med langtids plass vil sykehjemmet i praksis være deres hjem i den siste fasen av livet. Disse omstendighetene gjør at mange beboere på sykehjem vil være helt avhengige av personalet for å få oppfylt sine grunnleggende rettigheter.

Beboere på sykehjem har rett til å bli behandlet med respekt for sin verdighet og til å få sine grunnleggende behov ivaretatt.¹⁸ Myndighetenes positive forpliktelser til oppfølging og ivaretagelse blir sterkere når noen er fratatt friheten.¹⁹

Grunnleggende behov handler blant annet om forhold som trygge omgivelser, meningsfull sosial kontakt og fysisk aktivitet, selvbestemmelse i personlige forhold og mulighet til å påvirke helse- og omsorgstilbudet, oppfølging av helse- og omsorgsbehov og mulighet for privatliv. Plikten til å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov er også reflektert i norsk helselovgivning og i forskrifter om sykehjem, blant annet gjennom krav til nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, og pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.²⁰ Det skal også finnes tilrettelagt tilbud for personer med demens. Beboere på sykehjem har blant annet rett til faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, tilstrekkelig kosthold, hjelp til personlig hygiene, mulighet til å bevare eller øke sin fungering i hverdagen, rehabilitering, lindrende behandling og en verdig avslutning på livet.²¹

Manglende ivaretagelse av grunnleggende behov utgjør en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.²² Dette gjelder særlig der det er snakk om bevisste handlinger eller unnlatelser, men også forsømmelser som ikke skjer med vilje, som systemsvikt eller personlige feil, kan medføre krenkelse.²³

I dette kapitlet omtaler vi funn som handler om hvordan beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjemmet.

¹⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2a.

¹⁸ Europarådets anbefaling om menneskerettighetene til eldre personer (Rekommandasjon CM/Rec/(2014)2, 2014, nr. 1 og 9 og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 11 (retten til en tilfredsstillende levestandard) og 12 (retten til den høyest oppnåelige helsestandard).

¹⁹ FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 10. Se FNs menneskerettskomité, Generell kommentar nr. 20 om artikkel 10., 1992, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) p.202, avsnitt 3.

²⁰ Se Helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 12-4, forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) og forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantiforskriften).

²¹ Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) § 3.

²² Se EMDs dom i Kudla mot Polen, 2000, klagenr. 30210/96, avsnitt 94, CPTs anbefalinger om personer som er fratatt friheten i helse- og omsorgsinstitusjoner, CPT/Inf(2020)41, 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.

²³ Se bl.a. EMDs dom i Price mot Storbritannia, 2001, klagenr. 33394/96, avsnitt 25–30.

4.1 Beboernes rett til selvbestemmelse og medvirkning

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem har som alle andre rett til å bestemme over eget liv, inkludert egen helse.²⁴ Begrensninger i denne grunnleggende retten må ha hjemmel i lov, og være nødvendig og forholdsmessig. Det krever effektive ordninger for å forhindre misbruk og diskriminering. Den rettslige handleevnen til sykehjemsbeboere skal anerkjennes på lik linje med andre.²⁵

Beboere skal også gis anledning til å medvirke i alle avgjørelser som gjelder oppholdet på et sykehjem.²⁶ Dette betyr blant annet at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med de som bor på sykehjemmet.²⁷ Medvirkningen må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Beboere på sykehjem skal gis tilstrekkelig og tilpasset informasjon om rettighetene sine, om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.²⁸

Ansatte ved Åsgårdstrand syntes å ha en bevissthet om at beboerne skulle kunne påvirke og ta valg i hverdagen. Dette gjaldt for eksempel valg av klær og mat og til en viss grad når de skulle legge seg om kvelden og stå opp om morgenen. Ansatte virket å være tålmodige i sin kommunikasjon og samhandling med pasientene, slik at det ble rom for å la dem utføre ting de fremdeles klarte å gjøre. Vi hørte likevel om eksempler der tidsbegrensninger gjorde at ansatte «tok over» gjøremål for å komme i mål med alle oppgaver, selv om beboerne i utgangspunktet var i stand til å gjøre dem selv.

Vårt inntrykk var at pasienter til en viss grad kunne sitte oppe på kveldstid dersom de ønsket det. Tilsvarende fremsto det som at de fikk bestemme omtrent når de ville stå opp om morgenen. En del ansatte fortalte at de følte en forventning om at pasientene helst skulle være stelt og hjulpet i seng før nattevakt. Vi hørte også om pårørende som selv måtte legge pasienten dersom de hadde vært ute av sykehjemmet og kom tilbake sent på kvelden. Det kunne være krevende for nattevakter som er alene på to poster, dersom flere pasienter var våkne og trengte tilsyn utover kvelden. Enkelte pasienter hadde for eksempel behov for bistand fra mer enn én ansatt for å forflytte seg til senga. Det kunne også oppleves som et dilemma for ansatte dersom pasienter ønsket å legge seg tidlig.

Selv om graden av selvbestemmelse kan bli redusert gjennom sykdomsforløpet, må det tilstrebes å finne løsninger som ivaretar mulighetene personer med demens har til å være i aktivitet på egne premisser. Dette stiller krav til ansattes tid og kunnskap. For pasienter som kan ha vansker med å uttrykke seg, eller som er forsiktige med å si ifra om ønsker og behov, kreves ekstra aktsomhet. Et flertall av de pårørende opplevde at de ansatte hadde god kjennskap til beboerne og mange ansatte vektla også sin kunnskap om pasientene slik at de kunne fange opp ikke-verbale signaler. Sivilombudsmannen understreker i denne sammenhengen viktigheten av en tidlig og tett dialog med

²⁴ FNs prinsipper for eldre personer 1991, prinsipp nr. 14. Europarådets anbefalinger 2014, nr. 9–13.

²⁵ FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, artikkel 12, Europarådets anbefalinger 2014, nr. 12–13.

²⁶ Den reviderte europeiske sosialpakten, artikkel 23 (3). Se også pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 første ledd. Se utfyllende i sykehjemsforskriften (1988) § 4-4 og 4-9, verdighetsgarantiforskriften (2010) §§ 2 og 3, kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene § 3.

²⁷ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første jf. andre ledd.

²⁸ Europarådet 2014, nr. 4. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd jf. § 3-5.

pårørende og beboer slik at beboernes bakgrunn og behov kan dokumenteres og bli gjort tilgjengelig for ansatte som jobber med dem.

Sivilombudsmannen fremhever samtidig viktigheten av tilrettelagt kommunikasjon der det er språklige utfordringer ved at pasienter har et annet morsmål enn norsk eller engelsk. Åsgårdstrand hadde to slike pasienter under besøket. Sivilombudsmannen ba om å få tilsendt dokumentasjon på bruk av tolk for årene 2019 og 2020 ved sykehjemmet. I den oversendte informasjonen var det dokumentert tre tilfeller der tolk var brukt. Dette var samtaler som tok opp alvorlige helsespørsmål og tema som livsforlengende behandling. Det fremsto som at kommunikasjonsutfordringer i stor grad hadde blitt løst uformelt ved at ansatte med samme språklige bakgrunn hadde bistått som oversettere, eller at problemstillinger hadde blitt tatt opp via pårørende. Det er viktig at denne beboergruppen sikres tilgang til informasjon og medvirkning på lik linje med andre.

4.2 Medvirkning fra beboerens pårørende

Menneskerettslige rammer

Pårørende og andre nærstående personer har en viktig rolle i å beskytte pasientens interesser og rettssikkerhet når de er innlagt på sykehjem. For at de skal kunne utøve en slik rolle, er det viktig at pårørende som er utpekt av beboeren eller som har rett til det, gis anledning til å medvirke og kan få informasjon som legger til rette for at de kan ivareta denne rollen.²⁹ Etter norsk rett har pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon dersom pasienten samtykker til det eller vurderes ute av stand til å ivareta sine interesser, for eksempel på grunn av langt fremskreden demens.³⁰ Pasientens nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med beboer som ikke har samtykkekompetanse.³¹ Verge regnes som pårørende dersom nærstående slektninger ikke finnes.

Pårørende har i noen tilfeller rett til å klage på vegne av den som er innlagt på sykehjem, og har en særlig viktig rettssikkerhetsfunksjon i saker om tvungen helsehjelp.³² I slike saker er nærmeste pårørende gitt klagerett på linje med pasienten selv fordi pasienten vurderes å mangle samtykkekompetanse og derfor kan trenge hjelp til å ivareta sine egne interesser.³³

Den tjenestearsvarlige for hver pasient ved sykehjemmet hadde det daglige ansvaret for kontakt med pasientens pårørende. Assisterende leder ivaretok det overordnede ansvaret for kontakt med pårørende i det daglige, men avdelingsleder hadde også en del løpende pårørendekontakt.

Etter sykehjemmets rutiner skulle det gjennomføres en innkomstsamtale med pasientens nærmeste pårørende så snart som mulig etter at pasientene kom til sykehjemmet. Dette første møtet, som ofte ble ivaretatt av sykehjemmets assisterende leder, handlet om å gi informasjon om sykehjemmet og å etablere kontakt med de pårørende.

²⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Se nærmere i Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019)

³⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-3 første og andre ledd.

³¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-1 tredje ledd

³² Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-7 jf. lovens alminnelige regler om klage i kapittel 7. Se Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019), kapittel 4.3

³³ Nærmeste pårørende er definert i pbrl. § 1-3 bokstav b.

En stund etter ankomst skulle pasientens nærmeste pårørende inviteres til et innkomstmøte med tjenesteansvarlig og sykehjemslegen. Dette ble beskrevet som viktig for å legge til rette for medvirkning og for å motta informasjon om pasientens behov, ressurser og interesser. Pasientene ble ifølge sykehjemmet også invitert til å delta, men det var forholdsvis sjelden at pasientene var i stand til og ønsket å delta.

Den løpende kontakten med pårørende ble i hovedsak ivaretatt av tjenesteansvarlige og eventuelt lege, enten på telefon, eller i forbindelse med pårørendes besøk ved sykehjemmet.

De fleste nærmeste pårørende vi var i kontakt med, oppga at de var svært godt fornøyd med hvordan de ble involvert i behandlingen av sin nærstående, og at de opplevde å bli informert ved hendelser eller endringer i behandlingen som var av betydning. Gjennomgang av journalinformasjon viser også eksempler på at de nærmeste pårørende ble informert raskt i etterkant av et fall eller ved medikamentendringer. Et mindre antall pårørende etterlyste imidlertid bedre informasjon om legemiddelbruk. Det ble også påpekt at sykehjemmet i større grad burde bruke innkomstmøtene med pårørende til å få kunnskap om pasientenes behov og ønsker. En av de pårørende vi snakket med, hadde ikke fått tilbud om innkomstmøte.

Involvering av pårørende ved bruk av tvang

Nærmeste pårørende har en særlig viktig rettssikkerhetsfunksjon i saker om tvungen helsehjelp (se nærmere kapittel 6 *Tvungen helsehjelp*). Medvirkning fra pårørende kan blant annet bidra til å forebygge bruk av tvang. Pasientens nærmeste pårørende har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp dersom pasienten mangler samtykkekompetanse.³⁴ Helsepersonell skal undersøke om pårørendes tilstedeværelse kan bidra til å unngå motstand ved gjennomføring av nødvendig helsehjelp.³⁵

Funn tydet på et forbedringspotensial når det gjelder å trekke beboernes nærmeste pårørende inn i arbeidet med å forebygge tvang. Pasientenes journal (inkludert pleieplaner) inneholdt lite informasjon om pårørendes innspill og synspunkter om hvordan beboerne kan ivaretas for å unngå bruk av tvang. Innkomstmøtet er et naturlig tidspunkt for å innhente innspill fra pårørende om dette og om konkrete tillitsskapende tiltak. I vår gjennomgang av pasientjournaler fant vi ikke eksempler på at slik informasjon fra pårørende var blitt innhentet under innkomstmøtene.

I all hovedsak inneholdt vedtakene om tvungen helsehjelp dokumentasjon av at de nærmeste pårørende var blitt informert om vedtaket. Dokumentasjonen som var knyttet til tvangsvedtak ga likevel få eksempler på at innspill fra pårørende var benyttet aktivt som ledd i det tillitsskapende arbeidet for å forebygge tvangsbruk. Der det er praktisk mulig bør helsepersonell involvere nærmeste pårørende før vedtak om tvungen helsehjelp treffes.³⁶ I mange tilfeller vil pasientens nærmeste pårørende ha viktig kunnskap om pasientens behov og om eventuelle ønsker eller motforestillinger pasienten måtte ha mot ulike typer helsehjelp.

³⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

³⁵ Helsedirektoratet, Pårørendeveileder, kapittel 4.3 Involvering av pårørende ved vedtak om tvang (sist oppdatert 16. januar 2018).

³⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 fjerde ledd.

Pårørendearbeid på systemnivå

Det ble gjennomført felles pårørendemøter to ganger i året. Her kunne de pårørende treffes og få informasjon fra enhets- og sykehjemledelsen om ulike sider ved tjenestetilbudet ved sykehjemmet, for eksempel om aktivitetstilbudet. En pårørende var også oppnevnt som pårørendekontakt, slik at innspill og spørsmål fra andre pårørende kunne fanges opp og spilles inn til ledelsen.

Pårørendekontakten satt også i et samarbeidsutvalg i kommunen, sammen med politikere, enhetsleder for sykehjem, aktivitetsleder og elderrådet. I forbindelse med håndteringen av covid-19-pandemien hadde sykehjemmet sendt ukentlig epost til pårørende med oppdateringer om hvilke tiltak som ble iverksatt for å ivareta smittevern hensyn og hvilke aktiviteter som ble gjennomført i tiden hvor det var begrenset mulig for pårørende til å komme på besøk.

Anbefaling: Medvirkning fra pårørende

- Sykehjemmet bør styrke involveringen av pasientenes nærmeste pårørende ved utforming av tiltak for å skape tillit som kan forebygge tvungen helsehjelp.

4.3 Fysiske forhold

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem bør sikres gode og trygge fysiske omgivelser som ivaretar grunnleggende behov, sosiale og sansemessige stimuli og privatliv.³⁷ Sykehjem bør ha romslige lokaler tilpasset beboernes funksjonsnivå, gi mulighet til privatliv, ha tilstrekkelig dagslys og belysning, ventilasjon og oppvarming, gode hygieniske forhold og hyggelig innredning.³⁸ Ved utformingen av bygg skal det tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne.³⁹

Åsgårdstrand sykehjem ble ferdigstilt i 2010. Sykehjemmet var bygget som en H i to etasjer, med en svalgang som knyttet sammen de to delene. Det var tilgang til to sansehager i første etasje og til to balkonger i andre etasje. Sansehagene og balkongene vendte inn mot byggets atrium.

Beboerne på de tre postene hadde eget rom med bad. Rommene lå til en felles korridor. Det var installert «hotellås» på dørene til pasientrommene. Beboere kunne dermed åpne døren inn og ut av eget rom ved hjelp av en elektronisk armbåndsbrille, samtidig som låsen forhindret at døren kunne åpnes av andre beboere. Dørene skulle som utgangspunkt være lukket, men det ble tatt hensyn til beboeres ønske om tidvis å la døren stå åpen slik at de kunne følge med på det som foregikk ute i korridoren. Pasientrommene var av god størrelse. De var malt i lyse farger og hadde vindu som ga dagslys og noe utsyn. Flere rom var utstyrt med pasientheis for pasienter med tunge pleiebehov. Sykehjemmet oppfordret beboere og pårørende til å innrede rommene med personlige gjenstander,

³⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 10 og FNs prinsipper for eldre personer (1991), nr. 13 og 14. Se også helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 og sykehjemsforskriften (1988), kapittel 4 om beboernes rettigheter.

³⁸ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 7 og 10. Se også komiteens rapporter etter besøk til sykehjem i Nederland i 2002 CPT/Inf (2002) 30, avsnitt 57 og i Tyskland i 2000, CPT/Inf (2003) 20, avsnitt 155.

³⁹ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 13, Sykehjemsforskriften (1988), § 4-1 første ledd.

og vår befarings bekreftet dette. Enkelte pasienter hadde privat TV på rommet. Verdisaker kunne oppbevares i en felles safe.

Mot byggets atrium lå postens felles kjøkken, spisestue og et oppholdsrom. Fellesarealene i avdelingene hadde ingen eller få vinduer utover dem som vendte ut mot atriet. Disse var til gjengjeld store og slapp inn mye dagslys. Mellom post 1 A og 1 B var det røykerom for pasientene. I tillegg til et vindu ut, hadde røykerommet også vindu mot korridoren slik at ansatte kunne se inn. Arealene fremsto som godt vedlikeholdt og renholdt. Veggene var lyse og enkelte steder dekorert med bilder og pyntegjenstander. Fellesområdene hadde likevel et visst institusjonspreg. Dette ble erkjent av ledelsen ved Åsgårdstrand, som samtidig understreket at «pynting» vekket ulike reaksjoner hos beboerne og dermed var en utfordring.

Flere ansatte trakk frem at deler av lokalene var lite egnet for pasientgruppen. Felleskorridoren var noe trang og smal slik at det kunne være vanskelig for beboerne å orientere seg, og for de ansatte å holde oversikt over lokalene; spesielt fra korridor til fellesrom. Dette var særlig en utfordring for nattevakter ettersom én ansatt da bemannet to poster samtidig. Ansatte fortalte også at enkelte pasienter hadde gitt tilbakemelding om at det begrensede bevegelsesrommet på avdelingene fikk dem til å føle seg innestengt.

Det var utgang til sansehagene fra postenes felles oppholdsrom og fra korridoren mellom post A og B. Hagene var atskilt av en svalgang og besto av et gresskledd område med enkelte planter og gangstier. Det var plassert ut enkeltstående benker og benker i grupper. Det var tilrettelagt for en liten dam i den ene hagen, men denne ble ikke lenger vedlikeholdt. To balkonger fungerte som tak over to sitteområder. Byggets vegger og et høyt rekkverk ga også ly for vær og vind. Veggene og rekkverket hindret utsyn fra sansehagen. Selv om flere pårørende og ansatte formidlet at sansehagene var verdsatt, sa noen at enkelte beboere ikke trivdes i hagene, men opplevde dem som en slags luftegård. Balkongene i andre etasje hadde utsyn til sansehagene. Rekkverk av glass bidro til friere utsyn slik at beboerne kunne overvære fellesarrangement som konserter fra balkongene.

4.4 Aktiviteter

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem bør tilbys varierte aktiviteter som er tilpasset deres funksjonsnivå og interesser.⁴⁰ Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) understreker at beboere på sykehjem bør, som et absolutt minimum, tilbys muligheten til å delta i en organisert aktivitet om dagen, tilpasset deres helsesituasjon. De bør også ha muligheten til å oppholde seg utendørs daglig, med hjelp fra personalet dersom det er nødvendig. For å kunne ivareta beboernes behov for opprettholdelse eller rehabilitering av fysisk funksjon bør en helse- og omsorgsinstitusjon ha en tverrfaglig ansattgruppe.⁴¹ CPT anbefaler at helse- og omsorgsinstitusjoner utarbeider individuelle omsorgsplaner for hver beboer der rehabiliterende aktiviteter med målsetning om å forbedre pasientenes livskvalitet vektlegges.⁴²

⁴⁰ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 12 og 18. Se også forskrift for sykehjem mv. (1988), § 4-4.

⁴¹ CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 12 og 18.

⁴² CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 18.

En aktivitetsleder hadde funksjon som tilrettelegger og koordinator av aktivitetstilbudet ved de tre sykehjemmene i Horten kommune. Aktivitetslederen samarbeidet tett med frivillige aktører som både selv organiserte aktiviteter og bisto med ressurser under arrangementer i regi av aktivitetslederen. I det daglige var det ansatte i avdelingene som brukte ledig kapasitet til mindre ressurskrevende initiativer som å lese, synge eller kaste ball med beboerne. Under covid-19-pandemien hadde de fleste organiserte aktivitetene blitt avlyst og de frivillige hatt svært begrenset tilgang til sykehjemmet. Dette var fortsatt situasjonen under besøket.

Ledelsen ved Åsgårdstrand hadde en forventning om at ansatte skulle aktivisere beboerne i det daglige. Samtidig ble det klart uttrykt at aktiviteter ofte måtte nedprioriteres som arbeidsoppgave. Aktivitetstilbudet ved sykehjemmet var derfor i stor grad avhengig av aktivitetsleder og frivillige tilbud i kommunen. Inntrykket var at omfanget av aktivitetstilbudet hadde vært begrenset også forut for pandemien, med vekt på kulturelle og sosiale fellesarrangementer som sang, konserter og bingo. Tilpasset fysisk aktivitet fremsto i liten grad som en del av helsetilbudet selv om vi hørte om trimsirkler og turer ut av sykehjemmet i regi av aktivitetsleder og frivillige. Flere pårørende opplevde at aktivitetstilbudet var for dårlig og ønsket seg mer informasjon om det daglige tilbudet i avdelingene.

De to sansehagene fremsto hovedsakelig som et tilbud til beboere i første etasje og var primært i bruk vår og sommer. Flere pårørende hadde inntrykk av at hagene ikke ble brukt i det hele tatt om vinteren. Ledelsen opplyste at dørene til hagene ble holdt låst om vinteren, men ble låst opp dersom beboere eller pårørende ønsket å benytte dem. For mange beboere i andre etasje virket tilbud om frisk luft i praksis å være begrenset til balkongene. Mange pasienter var fysisk svekket eller hadde en kognitiv svikt som kunne gjøre det utfordrende å uttrykke ønsker og behov på en klar måte. Den daglige tilgangen til sansehagene og balkongene var dermed i stor grad avhengig av ansattes kapasitet på alle de tre postene vi besøkte. Ansatte hadde begrenset mulighet til å bli med pasientene ut, og beboere som ville ut, var derfor ofte avhengig av pårørende. Pårørende ble gjerne oppfordret til å ta beboerne med seg ut av sykehjemmet. Ønsker om opphold i friluft kan være individuelt, men beboere bør ha en reell mulighet til å tilbringe tid ute daglig.

De fleste sykehjemsbeboere trenger hjelp til å opprettholde fysisk funksjon og bevegelse. Fysisk aktivitet er viktig for å fremme livsutfoldelse og forebygge komplikasjoner og fallskader. Det kan også styrke muligheten for egenomsorg og selvstendighet.⁴³ Det stilles ikke krav til stedplassert fysioterapi ved sykehjem, men tilbudet i eldreomsorgen skal legge til rette for ivaretagelse av hensynet til habilitering og rehabilitering.⁴⁴ CPT anbefaler at helse- og omsorgsinstitusjoner utarbeider individuelle omsorgsplaner for hver beboer der rehabiliterende aktiviteter med målsetning om å forbedre pasientenes livskvalitet vektlegges.⁴⁵

Åsgårdstrand hadde ikke eget treningsrom. Det syntes i enkelttilfeller å bli innhentet råd fra ressurser innen fysioterapi og ergoterapi, men slike tjenester fremsto ikke som en del av helsetilbudet ved sykehjemmet. Dette ble etterspurt av både ansatte og pårørende, og enkelte pårørende organiserte selv fysioterapi til sine nærmeste. Forskning antyder at tilstedeværelse av fysioterapi ved sykehjem

⁴³ Se blant annet Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) og Bakheim, Irina (2012) *En kvalitativ studie: Sykepleieres tanker og refleksjoner om motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet hos beboere på sykehjem*, Høgskolen i Oslo og Akershus.

⁴⁴ Verdighetsgarantiforskriften § 3 punkt f).

⁴⁵ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 18.

kan ha betydning for beboernes aktivitetsnivå. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har kompetanse til å vurdere behovet for bevegelse og aktivitet hos den enkelte sykehjemsbeboer, som en sykepleier eller hjelpepleier ikke har.⁴⁶

I Horten kommune skal tjenesteansvarlig sikre at pasientene har en helhetlig tiltaksplan som bidrar til å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dokumentasjon og oppfølging av denne skal føres i løpende journal. Alle beboerne hadde en pleieplan som beskrev den enkeltes funksjonsnivå, helsebehov og ressurser, målsetninger for oppfølgingen og oppfølgingsiltak. En gjennomgang av pleieplanene for pasientene på de tre postene viste at det var satt opp en konkret målsetning om vedlikehold av gangfunksjon, bevegelse og balanse, og fysisk aktivitet generelt for rundt halvparten av pasientene. Post 1A skilte seg positivt ut når det kom til målsetting om fysisk aktivitet og konkrete beskrivelser av hvordan dette skulle oppnås. Fysisk aktivitet var adressert hos de fleste pasientene på denne posten og fulgt opp med beskrivelser av tiltak som å tilby turer i sansehage, spasere med pasienten i korridor eller tilby deltakelse i lett husarbeid. På de to andre postene var fysisk aktivitet ikke adressert for flere pasienter eller tiltakene fokuserte mer på det praktiske knyttet til fysisk forflytning (for eksempel bruk av anti-sklisokker).

Når det kom til annen aktivisering var trivsel og livskvalitet beskrevet som målsetninger for noen pasienter. Dette var fulgt opp med beskrivelser av tiltak som å ta seg tid til samtale, se i fotoalbum eller legge til rette for deltagelse i fellesaktiviteter som sang, tegning, baking eller andakt. Hos én pasient var det presisert hvilke aktiviteter personen ikke ønsket å delta på. Dette kan være viktig informasjon spesielt for beboere som har vansker med å uttrykke seg.

Det var vanskelig å danne seg et inntrykk av beboernes faktiske aktivitetsnivå ut fra et utvalg pasientjournaler. Det varierte hvilken type informasjon og tiltak som var ført i den enkeltes journal, og dette fikk journalene til å fremstå som en lite pålitelig kilde for å vurdere aktivisering.

Det var en frustrasjon blant mange ansatte at de opplevde å ikke ha tilstrekkelig kapasitet til å aktivisere eller bruke tid sammen med beboerne. Det syntes å være rom for lite fleksibilitet til å gi pasienter en så tett oppfølging som mange ønsket. Ledelsen ved Åsgårdstrand var bevisst at bemanningsnivået ikke alltid tillot aktivisering i det daglige. Ansatte ble oppfordret til å gjøre små ting som lesing eller kaste ball i ledige stunder, men sykehjemmet fremsto avhengig av bistand fra frivillige for å kunne gjennomføre aktivitet utover det helt enkle.

Vårt inntrykk var at det særlig manglet kapasitet til aktiviteter som var tilpasset den enkelte beboer. Mange beboere kan ha glede av sosiale aktiviteter med andre, mens andre trekker seg tilbake fordi de ikke er komfortable i fellesskap eller fordi aktiviteten ikke appellerer til dem. Mulighet til å videreføre egne interesser og vante aktiviteter kan hjelpe til med å heve livskvaliteten og skape en forutsigbar, meningsfull og kjent hverdag for personer med demens. Dette gjelder også svært syke beboere.⁴⁷ Sivilombudsmannen hørte for eksempel om et tilfelle der tilrettelagt aktivitet for en svært syk beboer ble brukt aktivt for å lette den daglige pleien. Selv om mennesker med demens ikke alltid

⁴⁶ Se Kjøs B.Ø., Havig A.K. An examination of quality of care in Norwegian nursing homes - a change to more activities? *Scand J Caring Sci.* 2016 Jun;30(2):330-9.

⁴⁷ Haukvik, Stine & Eckhoff, Karina M. (2017) Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien* 2017,105(64620):(e-64620).

vil huske at de har deltatt i aktiviteten kan de kjenne på følelsen av å være glad og fornøyd i etterkant.⁴⁸

Anbefalinger: Aktiviteter

- Sykehjemmet bør legge til rette for at alle beboere som ønsker det, har en reell mulighet til å oppholde seg i frisk luft daglig.
- Sykehjemmet bør styrke aktivitetstilbudet og sikre individuelt tilpassede aktiviteter, inkludert fysisk aktivitet.

4.5 Bemanning

Menneskerettslige rammer

Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) understreker viktigheten av tilstrekkelig personale for å kunne ivareta pasienters rettigheter og behov i helse- og omsorgstjenester.⁴⁹ Det har flere ganger blitt påpekt behov for å styrke kapasiteten, kvaliteten og kompetansen ved sykehjem for å oppnå en tjeneste som bygger på respekt og verdighet.⁵⁰ Norge har likevel ingen bemanningsnorm for sykehjem, og det er per i dag fastslått i forskrift at tjenesten utover administrativ ledelse og lege skal ha tilknyttet en offentlig godkjent sykepleier og det antall personell som for øvrig er nødvendig for å sikre nødvendig omsorg og bistand.⁵¹ Helse- og omsorgstjenestene i sykehjem bør omfatte oppfølging for både somatiske og psykiske helseutfordringer.⁵² Utilstrekkelig bemanning kan øke risikoen for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Lav bemanning og mangel på kompetanse har blant annet blitt vurdert som medvirkende årsaker til ulovlig bruk av tvang i sykehjem.⁵³

Ivaretagelse av sykehjemsbeboere og deres rettigheter, påvirkes både av antall ansatte på jobb og deres kompetanse og kjennskap til pasientene. For ansatte som jobber med mennesker med demens, vil det være særegne behov for kompetanse, kontinuitet og kapasitet for å sikre at deres behov ivaretas.

Et flertall av de ansatte vi snakket med mente at bemanningsnivået i hovedsak var tilstrekkelig på dagtid selv om det innebar travle vakter og tidvis høy arbeidsbelastning, og begrenset tid til aktivisering eller samvær med beboerne. Flere opplevde fire ansatte per avdeling på kveldstid som lavt. Dette syntes hovedsakelig å gi kapasitet til å ivareta løpende pleieoppgaver. Ansatte på nattevakter opplevde det belastende å ha ansvar for hele avdelinger alene. Byggets utforming gjorde det vanskelig å ha oversikt over to poster samtidig, og dersom det oppsto spesielle hendelser eller flere pasienter trengte ekstra bistand, var det svært krevende. Nattevakter var i enkelte situasjoner avhengige av å tilkalle bistand fra en annen avdeling, som da ble stående ubemannet i en periode.

⁴⁸ Haukvik, Stine & Eckhoff, Karina M. (2017) Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien* 2017,105(64620):(e-64620).

⁴⁹ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 5 og 17.

⁵⁰ Se blant annet Norsk senter for menneskerettigheter (2014): *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. UiO Norsk senter for menneskerettigheter.

⁵¹ Forskrift om sykehjem mv. (1988) § 3-2.

⁵² CPT, rapport etter besøk til Tyskland i 2000, CPT/Inf (2003) 20, avsnitt 156.

⁵³ Norsk senter for menneskerettigheter (2014): *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. UiO Norsk senter for menneskerettigheter.

Dette ble sett som sårbart. Det kunne også oppleves belastende for sykepleiere i form av økt arbeidsbyrde og ansvar dersom det kun var én sykepleier på vakt.

Ledelsen ved Åsgårdstrand var kjent med utfordringene og at kvelder og helger kunne være sårbare dersom det oppsto fravær eller hendelser utover det ordinære. Det syntes å bli satt inn ekstra personell ved helt spesielle behov, dersom for eksempel enkeltpasienter krevde en-til-en oppfølging. Terskelen for dette fremsto som relativt høy. Akutt fravær kunne være vanskelig å dekke, men ifølge ledelsen ble det i hovedsak dekket inn selv om det oftest innebar at for eksempel en fraværende sykepleier ble erstattet med en helsefagarbeider.

I våre samtaler med pårørende fremgikk det at de aller fleste følte seg trygge på kvaliteten av helseoppfølgingen ved sykehjemmet, men savnet mer tid fra personalet til mellommenneskelig kontakt og samvær med beboerne. Et flertall ga uttrykk for anerkjennelse av de ansatte, og utrykte sympati med det de så som en presset arbeidssituasjon.

4.6 Helsehjelp og pleie

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁵⁴ 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.⁵⁵

4.6.1 Helsevurdering ved ankomst

CPT anbefaler at alle beboere på sykehjem får en medisinsk vurdering ved ankomst og at alle medisinske undersøkelser nedtegnes i pasientens journal.⁵⁶

Våre funn tyder på at beboerne ved sykehjemmet tilses av sykehjemslege innen kort tid etter ankomst på sykehjemmet, og at det tas laboratorieprøver. Opplysningene som er nedtegnet i pasientjournalene var imidlertid sparsomme og stikkordspreget. To av tre journaler som ble gjennomgått inneholder utelukkende opplysninger om laboratorieprøver som var tatt, eller endringer i legemiddelbruk. De inneholdt ingen opplysninger fra konsultasjon med pasientene, og heller ikke legens vurderinger av funn fra medisinske undersøkelser, eller eventuelle behov for oppfølgingstiltak. Utfra dokumentasjonen som ble innhentet, kan vi ikke se at all nødvendig og relevant informasjon om helsevurderinger ved ankomst nedtegnes i pasientenes journal. Disse funnene fremstår også som problematiske i lys av plikt til dokumentasjon i pasientens journal etter norsk helselovgivning.⁵⁷

4.6.2 Bruk av legemidler

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

⁵⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a. Se også FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12.

⁵⁵ Se CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 19. Se også Forskrift for sykehjem mv. § 3-2 bokstav b.

⁵⁶ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 20.

⁵⁷ Helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. Pasientjournalforskriften §4 og §§ 5-8.

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.⁵⁸ Noen grupper eldre er særlig utsatt for bivirkninger, som eldre med en demenslidelse.⁵⁹

Legemiddelgjennomgang⁶⁰

Pasienter med langtidsopphold i norske sykehjem skal tilbys systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig.⁶¹ Gjennomgangen skal utføres av lege, enten alene eller i samarbeid med annet helsepersonell. Helsedirektoratet har laget en veileder om legemiddelgjennomgang.⁶² Studier viser at tverrfaglige legemiddelgjennomganger i noen sammenhenger fører til både redusert og kvalitetssikret bruk av legemidler.⁶³

Horten kommune hadde ikke egne skriftlige rutiner for legemiddelgjennomgang for sykehjemsbeboere, men bygget på skriftlige rutiner og kartleggingsskjema laget for hjemmetjenesten. Kommunen opplyste at legemiddelgjennomgang skal skje ved ankomst til sykehjemmet, som årskontroll og ellers ved behov.

Kommunens elektroniske journalsystem gjorde det ikke mulig å hente ut statistikk som kunne dokumentere at legemiddelgjennomgang ble gjennomført i samsvar med forskriftskravene.⁶⁴ Statistikk om legemiddelgjennomgang på sykehjem er en viktig nasjonal kvalitetsindikator. Ombudsmannen har merket seg at kommunen har planer for å sikre bedre statistikk.⁶⁵

Sykehjemmet foretok i stedet manuell gjennomgang av journalene til alle pasientene som var innlagt i tidsrommet 2019–2020. Ifølge sykehjemmet viste gjennomgangen at det i mange tilfeller ikke var fylt ut sjekkliste for legemiddelgjennomgang ved innkomst, slik kommunens rutiner forutsatte. I 2020 manglet 42 av 73 pasienter en slik sjekkliste, året før manglet 16 av 62 pasienter slik dokumentasjon i sin journal. Sykehjemmet fremholdt likevel at manuell gjennomgang av journalene viste at det var foretatt legemiddelgjennomgang for samtlige pasienter i hele perioden, og viste til at dette kom fram flere steder i journalene der det er tatt blodprøver, gjort endringer i legemidler, utført målinger og kartlegginger.

Sykehjemmets lege ga uttrykk for at legemiddelgjennomgang ble gjennomført ofte, for noen pasienter ukentlig. Ifølge legen innebar legemiddelgjennomgang blant annet innhenting av informasjon om søvn, mat- og væskeinntak, tilstandsnivå og andre forhold som kan påvirke symptomer. Behov for legemidler ble regelmessig vurdert, inkludert behov for nedtrapping og

⁵⁸ Se bl.a. Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019), side 72 flg.

⁵⁹ Helsetilsynet, Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem, internserien 3/2009, side 3.

⁶⁰ Undersøkelsen av dette temaet er nytt i denne rapporten, og er gjort fordi feil legemiddelbruk er en utbredt utfordring i sykehjemsektoren.

⁶¹ Se forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (heretter forskrift om legemiddelhåndtering), § 5a.

⁶² Helsedirektoratet, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

⁶³ 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.

⁶⁴ Forskrift om legemiddelhåndtering, § 5a.

⁶⁵ Kvalitetsmelding Helse og Velferd, Horten kommune august 2020, side 12.

seponering av unødvendige eller uhensiktsmessige legemidler. Målsetningen var å bruke færrest mulig legemidler som kan forstyrre pasientenes kognitive funksjonsnivå.

Vår gjennomgang av utvalgte pasientjournaler viste at det ble gjort vurderinger av enkelte pasienters medisinbruk både i forbindelse med legevisitt etter innkomst og senere i pasientenes opphold ved sykehjemmet. Enkelte av journalene vi gjennomgikk hadde imidlertid ingen informasjon om sykehjemslegens vurderinger av pasientens legemiddelbruk.

Ombudsmannen vil også påpeke at en legemiddelgjennomgang er ment å være en systematisk gjennomgang av pasientens legemiddelbruk.⁶⁶ Beskrivelser av undersøkelser, funn og oppfølgingstiltak må dokumenteres i pasientens journal.

Ved stikkprøver av pasientjournaler fant vi opplysninger om tidspunkt hvor det skal ha blitt gjennomført legemiddelgjennomgang. Dokumentasjon i disse journalene viste at dette ikke alltid var registrert som gjennomført innen ett år, som fastsatt i forskrift om legemiddelhåndtering. Informasjon fra beboernes nærmeste pårørende peker også i retning av at beboernes medisiner ikke alltid ble gjennomgått som forutsatt i regelverket.

Samtlige gjennomgåtte pasientjournaler manglet dokumentasjon av hvordan en legemiddelgjennomgang ble gjennomført, inkludert beskrivelser av undersøkelser, funn og oppfølgingstiltak. Slik informasjon kunne ikke gjenfinnes i verken lege- eller sykepleiedelen av journalene. Da vi etterspurte journalinformasjon som dokumenterte siste årlige legemiddelgjennomgang for to navngitte pasienter, mottok vi to utfylte sjekklister.⁶⁷ Sjekklistene inneholdt en gjennomgang av klinisk informasjon om pasientene som ledd i forberedelsene til en legemiddelgjennomgang. Den tilsendte dokumentasjonen ga imidlertid ingen informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk, vurdering av eventuelle legemiddelrelaterte problemer (for eksempel problemer med dosering, bivirkninger eller interaksjoner) eller hvilke oppfølgingstiltak som ble bestemt.

Dokumentasjon om legemiddelgjennomgang som omfatter undersøkelser, funn og oppfølgingstiltak er en forutsetning for trygg legemiddelbruk, og mangler på dette området gir økt risiko for alvorlige pasientskader.

Bruk av psykofarmaka

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

Når det gjelder legemiddelbruken til beboere på sykehjem, har et kritisk søkelys vært rettet mot bruk av psykofarmaka, som antipsykotika og benzodiazepiner, når slike legemidler benyttes for å dempe

⁶⁶ Helsedirektoratet, Veileder om legemiddelgjennomgang, IS-1998, side 4.

⁶⁷ Den ene sjekklisten var udatert og manglet signatur.

⁶⁸ FN's torturkomité, anbefalinger til Irland, 2017, CAT/IRL/CO/2, avsnitt 35.

⁶⁹ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 22.

uro og uønsket atferd som aggresjon ved demens.⁷⁰ Antipsykotiske legemidler har generelt begrenset effekt på atferdsproblemer ved demens, og kan ha alvorlige bivirkninger.⁷¹ 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.⁷² 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 kritesituasjoner.⁷³

Av det totale antallet pasienter som var innlagt på de tre postene vi besøkte, var det foreskrevet minst ett benzodiazepin-preparat på i overkant av 50 prosent.⁷⁴ De fleste av disse fikk slike legemidler ved behov («behovsmedisin») (33 prosent av pasientene).⁷⁵ Omfanget av benzodiazepin og liknende legemidler fremsto særlig høyt ved postene 1A og 1B, der 77 prosent av pasientene stod på minst ett benzodiazepinpreparat (50 prosent av pasientene hadde det som behovsmedisin, mens 27 prosent hadde benzodiazepiner både fast og som behovsmedisin).

Over 27 prosent av pasientene ved de tre postene (1A, 1B og 2D) hadde minst ett antipsykotisk legemiddel på medisinalisten sin (de fleste som behovsmedisin). Disse legemidlene var klart mest utbredt på postene 1A og 1B, hvor nesten halvparten av pasientene hadde minst ett antipsykotisk legemiddel på medisinalisten. 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.⁷⁶ Vår gjennomgang av medisinalistene viste at enkelte beboere hadde samtidig bruk av flere typer psykofarmaka, som antipsykotika, antidepressiva og benzodiazepiner.

Gjennomgående opplevde pleiepersonalet at det var en restriktiv bruk av slike legemidler. Enkelte mente imidlertid at det ble benyttet for mye benzodiazepiner eller liknende beroligende legemidler for å roe ned pasienter før natten uten at det var grunn til det, for eksempel dersom beboere var ute og vandret i korridorene om natten.⁷⁷ Pårørende hadde også opplevd at bruk av beroligende legemidler hadde gitt uønskede bivirkninger.

Ombudsmannen understreker at vi ikke har gått nærmere inn i de medisinske vurderingene som er gjort for den enkelte pasient. Formålet her har vært å kartlegge det generelle omfanget av bruken, i lys av at dette er medisiner som kan gi alvorlige bivirkninger eller som frarådes i nasjonale

⁷⁰ Se bl.a. NOU 2019: 14, Tvangsbegrensningsloven, 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 Legerforening, nr. 12, 2005; 125.

⁷¹ Se bl.a. NOU 2019: 14, Tvangsbegrensningsloven, side 247.

⁷² Se note over, side 247.

⁷³ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om demens, se kapittel 16, Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

⁷⁴ Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk, sjekklister for legemiddelgjennomgang, oversikt over noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger. Se risikoinformasjon om Benzodiazepiner og liknende sovemidler (z-hypnotika).

⁷⁵ Behovsmedisiner utdeles ikke fast, men ved behov i tråd med legens anvisninger om indikasjon og dosering.

⁷⁶ 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.

⁷⁷ Se Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om demens, kapittel 16 Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD), som fraråder benzodiazepiner og liknende beroligende midler mot søvnvansker til personer med demens.

retningslinjer for denne pasientgruppen. Omfattende bruk av slike legemidler utgjør en risiko for at beboere på sykehjem utsettes for atferdsregulering ved hjelp av medisiner i strid med menneskerettslige standarder. Bruken av psykofarmaka bør derfor kartlegges nærmere av kommunens legetjeneste og sykehjemmet som ledd i systematiske legemiddelgjennomganger. Det bør også foreligge seponeringsplaner for å sikre at den enkelte pasient ikke får medisiner uten at dette er nødvendig og effekten jevnlig er vurdert.

Anbefaling: Bruk av legemidler

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at det gjennomføres systematiske legemiddelgjennomganger og at vurderinger, funn og tiltak blir dokumentert i pasientens journal. Avvik fra nasjonale retningslinjer om legemiddelbruk må begrunnes i journalen.

4.6.3 Oppfølging av ernæringstilstand⁷⁸

Underernæring er en utbredt utfordring for eldre som bor på sykehjem. Underernæring svekker motstandskraft mot sykdom, gir forverret fysisk og kognitiv funksjon, økt pleiebehov og høyere dødelighet.⁷⁹ På et sykehjem, hvor mange beboere allerede har svekket allmenntilstand, er det viktig å ha rutiner og tiltak som kan identifisere beboere som er underernærte, eller som risikerer å bli det, og gi dem oppfølging.

CPT anbefaler at alle beboere, særlig de som er sengeliggende, blir regelmessig veid for å overvåke og dokumentere deres ernæringsstatus og for at effektive ernæringstiltak kan iverksettes ved behov.⁸⁰ I norsk lovgivning er det å sikre tilstrekkelig ernæring en del av plikten til å sikre forsvarlig helsehjelp.⁸¹ Nasjonale retningslinjer anbefaler at alle beboere i sykehjem skal få vurdert ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.⁸² Tilsynsfunn viser at mange sykehjem ikke sikrer systematisk kartlegging av ernæringsstatus og at det er svakheter i hvordan ernæringstiltak blir fulgt opp og dokumentert.⁸³

Horten kommune hadde felles rutiner for oppfølging av pasientenes ernæringstilstand. Tjenesteanvarlig og primærkontakt hadde ansvar for kartlegging og vurdering av ernæringssituasjonen hos alle pasientene. De var felles ansvarlige for å iverksette, følge opp, dokumentere og evaluere ernæringstiltak i pasientens tiltaksplan. Rutinene fastla bruk av faglig anbefalte verktøy for å kartlegge ernæringsrisiko, og det gikk fram at alle pasienter med middels eller høy risiko for underernæring skulle ha en individuelt tilpasset tiltaksplan.

⁷⁸ Undersøkelsen av dette temaet er nytt i denne rapporten, og gjøres på bakgrunn av at utfordringer med ernæring er en kjent utfordring i sykehjemsektoren.

⁷⁹ Se bl.a. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019), side 70 flg.

⁸⁰ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 24.

⁸¹ Se helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Se også kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (§ 3 og verdighetsgarantiforskriften § 3 bokstav b).

⁸² Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580. Se også Helsedirektoratets veileder om ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgssektoren (Sist oppdatert 14. juni 2016).

⁸³ Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019), side 70–71,

Pleieplaner og løpende pasientjournal dokumenterte i liten grad hvordan sykehjemmet arbeidet med systematisk oppfølging av beboernes ernæringstilstand. En gjennomgang av et utvalg pasientjournaler for de to første ukene etter innkomst, ga ingen eksempler på at pasientens ernæringsstatus var vurdert, og om vedkommende var i ernæringsmessig risiko eller underernært. Heller ikke gjennomgang av pasientforløp for en seks måneders periode dokumenterte vurderinger av ernæring utover opplysninger om pasientens vekt, sporadiske opplysninger om mat- og væskeinntak og tilrettelegging ved måltider.

Dokumentasjon i pasientjournal om matinntak fremstod som tilfeldig. I en pasientjournal kom for eksempel følgende fram: «Virker veldig underernært, ikke tatt ernæringsscreening». I journal den påfølgende dagen stod det kun at pasienten «har spist frokost og lunsj», uten at det der eller senere i journalen var dokumentert ytterligere opplysninger om pasientens ernæringsstatus.

Sivilombudsmannen vil understreke sykehjemmets ansvar for å sikre at beboernes ernæring ivaretas og at relevante og nødvendige opplysninger som dokumenterer hvordan sykehjemmet og den behandlingsansvarlige jobber med å identifisere og følge opp pasientenes ernæringstilstand skal inngå i pasientjournalen.⁸⁴

Anbefaling: Oppfølging av ernæringstilstand

- Sykehjemmet bør sikre en systematisk oppfølging av pasientenes ernæringstilstand og at dette arbeidet dokumenteres i pasientjournalen.

4.7 Dokumentasjon i pasientjournal

Menneskerettslige rammer

Europarådet torturforebyggingskomité (CPT) understreker at omsorgen for alle beboere på en helse- og omsorgsinstitusjoner bør omfatte en individuell plan for hver beboer, med behandlingsmål, tiltak og informasjon om hvem som er ansvarlig for pasienten. Disse planene bør gjennomgås regelmessig og tilpasses beboernes fysiske og mentale tilstand.⁸⁵ Formålet med en slik plan er å dokumentere pasientens funksjonsnivå og behov for hjelp, og ut ifra dette sette mål og beskrive hvilke tiltak som er nødvendige for å kunne gi pasienten den hjelpen vedkommende har krav på. Komiteen anbefaler også at informasjon om helsehjelpen nedtegnes i en journal for den enkelte pasient.⁸⁶

Det er en lovpålagt oppgave å føre journal for den enkelte pasient.⁸⁷ En pasientjournal skal blant annet bidra til å sikre at pasienten kan gis helsehjelp av god kvalitet, ivareta pasientens rett til informasjon og medvirkning, og til at helsehjelpen kan kontrolleres i ettertid.⁸⁸ Journalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte, og gi en

⁸⁴ Se helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. Pasientjournalforskriften § 4, jf. §§ 5 til 8.

⁸⁵ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 18.

⁸⁶ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 21.

⁸⁷ Helsepersonelloven § 39.

⁸⁸ Pasientjournalforskriften § 1.

oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og planlagt helsehjelp.⁸⁹

For å vurdere hvordan sykehjemmet dokumenterte helse- og omsorgstjenestene, innhentet ombudsmannen pleieplanene og medisinalistene til alle beboerne ved de tre postene som ble besøkt. I tillegg hentet vi inn stikkprøver fra utvalgte pasientjournaler, for å belyse hvordan sykehjemmet arbeidet i inntakstfasen og i lengre pasientforløp.

Pasientens tjenesteansvarlige hadde ansvaret for å utforme pleieplanen til den enkelte pasient, og sikre dokumentasjon av oppfølging av denne i løpende journal. Pleieplanene inngikk i pasientjournalssystemet CosDoc sammen med løpende journal.

Vi gjennomgikk de innlagte pasientenes pleieplaner. Disse inneholdt en kartlegging av beboernes behov og funksjonsnivå, målsetninger for behandlingen og oppfølgingstiltak.

Vår gjennomgang av utvalgte pasienters løpende journal avdekket imidlertid klare mangler i dokumentasjonen av helsehjelpen til hver enkelt beboer. Tiltak i pleieplanene og evaluering av disse var i liten grad reflektert i løpende journal og det var derfor vanskelig å se om tiltakene var fulgt opp og om de var vurdert å ha effekt. Gjennomgående var dokumentasjonen i pasientjournalene svært knapp, ofte begrenset til én kort setning.

Sykepleiedokumentasjonen var i stor grad preget av generell informasjon om hvorvidt morgen- og kveldsstell var utført, toalettbesøk, pasientens humør/stemningsleie og næringsinntak. Dokumentasjon om mat- og væskeinntak fremstod som tilfeldig, uten at det var forankret i en vurdering av ernæringsmessig risiko eller underernæring (se kapittel 4.6.3 *Oppfølging av ernæringstilstand*). Legedelen av journalen var også ordknapp og inneholdt nesten utelukkende dokumentasjon av laboratorieprøver. Journalene vi gjennomgikk manglet både dokumentasjon av helsevurderinger ved ankomst (se kapittel 4.6.1) og om bruk av legemidler (se kapittel 4.6.2).

De sparsomme føringene i pasientenes løpende journal ble av kommunen forklart som et bevisst valg om å kun dokumentere avvik fra tiltaksplanen. Dersom det ikke blir løpende dokumentert hvordan planlagte tiltak følges opp, er det vanskelig å se hvordan man kan vurdere om tiltakene har ønsket effekt for pasienten. Det bør derfor daglig føres rapport og dokumenteres vurderinger av planlagte tiltak i pasientens journal.⁹⁰

Ut fra pasientjournalene var det vanskelig å fastslå om, eller i hvor stor grad beboerne deltok i aktivitet (se kapittel 4.4 *Aktiviteter*). Tilrettelegging for daglig fysisk aktivitet er en rettighet, anses som en del av helsehjelpen og inngår i nasjonale faglige retningslinjer for omsorg og behandling ved demens.⁹¹ Relevante og nødvendige opplysninger om daglige aktiviteter skal derfor nedtegnes i pasientenes journal.

⁸⁹ Helsepersonelloven § 40 jf. pasientjournalforskriften § 4 og §§ 5–8.

⁹⁰ Rune Karlsen og Karoline Johnsen, Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging, Sykepleien 2018 106 106(70135)(e-70135) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70135>, publisert 23. april 2018.

⁹¹ Se helsepersonelloven § 3 tredje ledd, hvor det går fram helsehjelp er enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Systematisk vektlegging av beboernes perspektiv i den daglige pleien, er viktig som ledd i å oppfylle faglige krav om god, personsentrert omsorg.⁹² Beboerens egen opplevelse av oppfølgingen som ble gitt, var i liten grad reflektert i journalene.⁹³ Vi kunne heller ikke finne informasjon om hva slags informasjon og eventuelle råd som var gitt til de nærmeste pårørende verken i forbindelse med inntakssamtale eller senere i oppholdet (se kapittel 4.2 *Medvirkning fra beboerens pårørende*).⁹⁴ Tilsvarende fant vi få eksempler på at innspill og råd fra pårørende om ivaretagelse av beboerne var journalført. Det begrenset seg ofte til opplysninger om at «pårørende ringte», eller liknende, uten at det kom fram hva henvendelsen gjaldt, eller om informasjonen var relevant for oppfølgingen av beboerens behov.

Tillitsskapende tiltak for å forebygge bruk av tvang, for eksempel der beboere hadde tvangsvedtak om intimhygiene, var derimot dokumentert (se kapittel 6.4 *Forebygging av tvungen helsehjelp*). De gjennomgåtte journalene ga flere eksempler på forsøk på tillitsskapende tiltak som for eksempel bruk av musikk som ledd i stell, utsettelse av tidspunkt for stell eller utskifting av personal.

Det er bekymringsfullt at sykehjemmet i så liten grad dokumenterer i pasientenes journal om og hvordan planlagte tiltak blir fulgt opp og evaluert.⁹⁵ Manglende dokumentasjon fra helsevurdering ved inntak og vurderinger av legemiddelbruk og ernæringsarbeid gir også økt risiko for feil og pasientskader som kan forebygges ved planmessige tiltak.

Anbefaling: Dokumentasjon i pasientjournal

- Sykehjemmet bør forbedre rutiner for å sikre at pasientenes journal regelmessig dokumenterer ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov.

⁹² Helsedirektoratet, Nasjonal faglige retningslinje om demens, kapittel 4.

⁹³ Pasientjournalforskriften § 6 a) fastsetter at relevante og nødvendige opplysninger om pasientens beskrivelse av sin situasjon og eventuelle ønsker for helsehjelpen skal komme fram i journalen.

⁹⁴ Pasientjournalforskriften § 7 a) fastsetter at relevante og nødvendige opplysninger om at det er gitt råd og informasjon til pasient og nærmeste pårørende, og hovedinnholdet i rådene og informasjonen, skal komme fram i journalen.

⁹⁵ Stikkordsmessige, svært kortfattede journalnotater kan også være i strid med helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt, Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer, se kommentarer til § 40, sist oppdatert 28. juni 2018.

5 Beskyttelse og trygghet

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem har rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser.⁹⁶ De skal beskyttes mot vold, overgrep og omsorgssvikt.⁹⁷ Vold og overgrep på institusjoner kan både skje mellom beboere og mellom beboere og ansatte.⁹⁸ Personer som jobber med eldre bør ha kunnskap om hvordan vold og overgrep kan oppdages, rapporteres og håndteres.⁹⁹ 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.¹⁰⁰ Tilstrekkelig bemanning bør sikres til enhver tid, og det bør iverksettes tiltak for å beskytte særlig sårbare beboere.¹⁰¹ Ansatte bør gis støtte og veiledning slik at de kan opprettholde kvaliteten i sitt arbeid.¹⁰²

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.¹⁰³

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.¹⁰⁴

Studier viser at også krenkende atferd fra ansatte skjer. Det er funnet lave tall for de mest alvorlige handlingene som fysisk vold og seksuelle overgrep, mens funn peker i retning av at handlinger som forsømmelser, kjefting og usynliggjøring ikke er uvanlig.¹⁰⁵

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 Klare rutiner og tiltak for forebygging av vold

Horten kommune kunne ved besøkets start ikke vise til egne rutiner for forebygging og håndtering av vold mot og mellom beboere i sykehjem. Kommunen hadde foretatt en vurdering av vold og trusler i

⁹⁶ Grunnloven § 102 andre ledd, EMK artikkel 3 og 8.

⁹⁷ 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.

⁹⁸ Se blant annet CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 4 og 5.

⁹⁹ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

¹⁰⁰ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

¹⁰¹ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 5.

¹⁰² CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17.

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ 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.

et HMS-perspektiv, og risikoen for denne typen hendelser ble vurdert som *meget sannsynlig* etter at risikoreduserende tiltak var gjennomført. Kommunen vektla viktigheten av en fungerende og åpen meldekultur gjennom avvikssystemet. Det ble utover dette vist til overordnede planer og rutiner, og samtaler om tematikken i ledergruppen og med ansatte.

Av intervjuene kom det fram at mange ansatte hadde måttet håndtere hendelser med utagerende beboere. Slike utageringssituasjoner ble typisk håndtert ved å avlede beboeren eller ved å skjerme vedkommende på eget rom. Langt færre ansatte hadde imidlertid et bevisst forhold til muligheten for mer alvorlige overgrep mot og mellom pasienter. Ansatte var i liten grad trygge på hvordan de skulle gå frem dersom de fikk mistanke om slike forhold. Seksualisert atferd fremsto som et lite diskutert tema. Seksuelle handlinger mot eller mellom beboere ble av ledelse og ansatte sett på som lite sannsynlig.

Kommunen etablerte i løpet av Sivilombudsmannens besøk en egen rutine for håndtering av voldshendelser for enhet sykehjem. Dette er positivt. Rutinen skal fremme opplæring og en mer standardisert tilnærming til forebygging og håndtering av akutte voldshendelser. Sivilombudsmannen påpeker likevel at rutinen tydeligere bør angi tiltak og prosedyrer for hvordan mistanke om overgrep skal rapporteres og følges opp utover å varsle leder.

Det ble ikke gjort funn som tilsa at beboere ved Åsgårdstrand var utsatt for vold eller overgrep. Pårørende fortalte overveiende at både de og deres beboere følte seg trygge og godt ivaretatt på sykehjemmet. «Hotellåsene» på dørene til pasientrommene var installert for å hindre at beboere fikk uønsket besøk fra andre beboere på eget rom. Det kom fram av samtalene med ansatte og pårørende at slike hendelser tidligere hadde skapt utrygghet både hos pårørende og beboere. Uønsket besøk kan oppleves traumatisk selv om det i mange tilfeller skyldes desorientering, og særlig for pasienter som er ute av stand til å si i fra eller tilkalle hjelp i slike tilfeller.

«Hotellåsene» fremstår som et godt tiltak for å øke pasientsikkerheten. Samtidig fortalte enkelte pårørende om pasienter som hadde problemer med å bruke den automatiske døråpneren. Dette gjorde at noen pasienter som var i fysisk stand til å bevege seg rundt, var avhengige av hjelp til å komme ut av rommet. Låsene svekker heller ikke behovet for at ansatte har en særskilt oppmerksomhet om beboernes sikkerhet. Dette er også viktig fordi eldre personer med demens kan være ute av stand til å fortelle om eller huske hendelser.

5.2 Trygge ansatte

Mange ansatte hadde opplevd vold som klyp, spark eller slag, og negative verbale tilrop fra beboere. Verbal aggresjon fremsto som belastende hvis de gjentakende kom fra en bestemt beboer eller var knyttet til individuelle trekk ved en ansatt. Flere ansatte opplevde prat med seksuelle undertoner som ubehagelig. Det var likevel ingen som følte seg utrygge på jobb, selv om det tidligere hadde vært hendelser som hadde skapt utrygghet. I spesielle tilfeller hadde ansatte gått med trygghetsalarm. Flere ansatte hadde gjennomført kurs i vergeteknikk, som et tiltak for å forebygge vold fra beboere mot ansatte og andre beboere. Ansatte som hadde gjennomført kurset, fortalte at de hadde hatt utbytte av det.

Flere ansatte understreket at de håndterte vanskelige situasjoner gjennom uformelle samtaler med kollegaer. Slik kollegastøtte kan vitne om et godt arbeidsmiljø. Mer alvorlige hendelser kan i tillegg kreve oppfølging fra ledelsen. Våre funn tydet på at dette ikke ble gjort på en systematisk måte.

Mange ansatte opplevde at det var rom for å ta kontakt med ledelsen etter slike hendelser. Noen opplevde at de hadde blitt fulgt opp godt, mens andre fortalte at de ikke hadde blitt fulgt opp, eller at de ikke hadde meldt avvik til ledelsen. For å kunne gi pasientene 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. Det var derfor positivt at rutinen om håndtering av voldshendelser omfattet debrief og refleksjonsmøter som oppfølging i etterkant av krevende hendelser.

Anbefalinger: Beskyttelse og trygghet

- Sykehjemmet bør sikre at prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot beboere og ansatte, er tilstrekkelig detaljerte og kjent for alle ansatte.
- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep slik at ansatte settes i stand til å oppdage slike forhold.
- Sykehjemmet bør sikre veiledning og systematisk oppfølging av ansatte etter vanskelige hendelser.

6 Tvungen helsehjelp

Menneskerettslige rammer

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.¹⁰⁶

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.¹⁰⁷ Dersom de vurderes som ute av stand til å ta egne beslutninger, setter menneskerettighetene strenge begrensninger for bruk av tvang i forbindelse med yting av helse- og omsorgstjenester. Tvang kan kun brukes dersom det har hjemmel i lov, er nødvendig og forholdsmessig i det enkelte tilfellet.¹⁰⁸ 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.¹⁰⁹ Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og samtidig forebygge og begrense bruken av tvang.¹¹⁰

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.

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.¹¹¹ Formålet med tillitsskapende tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang.¹¹²

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,

¹⁰⁶ 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.

¹⁰⁷ CRPD artikkel 12 jf. 25, Europarådets anbefaling 2014, nr. 36-43

¹⁰⁸ EMK artikkel 5 nr.1 e og artikkel 8.

¹⁰⁹ Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke er regulert av psykisk helsevernloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 andre ledd.

¹¹⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4A-1.

¹¹¹ 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.

¹¹² Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1.

helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.¹¹³ 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.¹¹⁴ 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.¹¹⁵

Slike tvangsvedtak skal treffes av helsepersonell som har ansvar for helsehjelpen, og kan treffes for inntil ett år av gangen.¹¹⁶ Ett år er her en øvre grense og en konkret vurdering av kravene om nødvendighet og forholdsmessighet setter også grenser for hvor lang periode et vedtak kan treffes for.¹¹⁷ 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.¹¹⁸

Ansatte i helse- og omsorgsinstitusjoner må blant annet, på grunn av sine utfordrende arbeidsoppgaver, få nødvendig opplæring for å kunne gi human og trygg pleie til beboerne. Slik opplæring bør gis både ved ansettelse og løpende.¹¹⁹ Ansatte bør også lære alternative metoder for å forebygge tvangsbruk, inkludert deeskaleringsteknikker.¹²⁰

6.1 Omfang av tvangsbruk ved sykehjemmet

Ifølge kommunens statistikk, var det registrert 13 vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A for beboere på sykehjemmet i tidsrommet 1. januar 2019–26. oktober 2020. Åtte av disse vedtakene gjaldt tilbakeholdelse, fire vedtak gjaldt personlig hygiene/intimhygiene og ett vedtak gjaldt bruk av varslings- og lokaliseringssystemer.¹²¹ De fleste vedtakene var registrert på pasienter som bodde på postene i 1A og 1B.

Våre funn tydet imidlertid også på at det var blitt gjennomført helsehjelp som beboere hadde motsatt seg, uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever. Det er derfor sannsynlig at det reelle omfanget av tvangsbruk var mer omfattende enn det antall vedtak viser (se kapittel 6.6 *Tvingen helsehjelp uten vedtak*).

¹¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre og tredje ledd.

¹¹⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 første ledd.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd.

¹¹⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd.

¹¹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 – 4A-10.

¹¹⁹ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17

¹²⁰ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 27.

¹²¹ Tre av vedtakene var registrert på beboere på poster vi ikke undersøkte.

6.2 Kommunens kontroll og oppfølging

Kommunens kontroll med bruken av tvang i sykehjemmene foregikk gjennom felles rutiner for bruk av tvang for alle sykehjemmene i kommunen, overordnede planer for utvikling av kvalitet i tjenestene og for opplæring av sykehjemansatte, oversikt over omfanget av tvangsbruk, og oppfølging av avvik, klage og tilsynssaker. Klare og enhetlige rutiner bidro til en tydelig plassering av ansvar for ulike deler av saksbehandlingen ved bruk av tvang.¹²² Det var etablert møtestrukturer for å føre kontroll med vedtak om tvangsbruk og avvikshåndtering. Dette la også til rette for systematisk gjennomgang og læring på tvers av helse- og velferdsområdet. Kommunelegen var overordnet faglig ansvarlig for vedtak etter kapittel 4A og fikk skriftlig underretning om alle vedtak om tvungen helsehjelp som ble truffet på sykehjemmene i kommunen. Disse vedtakene og eventuelle tilbakemeldinger fra Statsforvalteren, ble gjennomgått i møter en gang hvert kvartal. Slike tiltak er viktige for å sikre oversikt over etterlevelsen av tvangsreglene.

6.3 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.¹²³ Flere tilsynsrapporter og evalueringer har dokumentert manglende kunnskap blant helsepersonell i Norge om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.¹²⁴

I samtaler viste helse- og pleiepersonalet ved sykehjemmet generelt en høy evne til faglig og etisk refleksjon om tvangsbruk. Mange i personalgruppen fremsto imidlertid som usikre på hvordan regelverket om bruk av tvang skulle praktiseres. Mange av de ansatte, også sykepleiere med vedtaksansvar, syntes å ha et udekket opplæringsbehov både når det gjaldt regelverket om tvungen helsehjelp og hvordan vedtak skulle nedtegnes. Funnene tydet særlig på behov for å klarlegge terskelen for når vedtak etter kapittel 4A må treffes (se kapittel 6.6 *Tvungen helsehjelp uten vedtak*).

Blant flere ansatte var det en oppfatning om at en måtte søke til Statsforvalteren for å få et tvangsvedtak godkjent. Dette er en utbredt misforståelse i sektoren.¹²⁵ Vedtak om tvungen helsehjelp med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal ikke godkjennes av Statsforvalteren, men de skal motta en kopi av vedtaket og har myndighet til å oppheve vedtak som ikke oppfyller lovens krav.¹²⁶

Det ble vist til at koronapandemien hadde medført at sykehjemmet ikke hadde prioritert opplæring om regelverket for de ansatte det siste året. Våre funn tydet imidlertid på at de ansatte heller ikke de foregående årene hadde mottatt tilstrekkelig opplæring om hvordan reglene om tvungen helsehjelp skal forstås og praktiseres.

¹²² Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6a og 7a.

¹²³ Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6f og 7b.

¹²⁴ 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.

¹²⁵ Se nettsak fra Statsforvalteren i Vestland, 31. januar 2020:

<https://www.fylkesmannen.no/nb/vestland/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/vedtak-etter-pasient-og-brukerrettslova-kapittel-4a-er-ikkje-soknadspliktige/>

¹²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 tredje ledd og 4A-8.

Med unntak av et obligatorisk 45 minutters e-læringskurs om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A for alle nyansatte, ble de ansatte ikke pålagt å delta i kurs om lovverket.¹²⁷ Heller ikke sykepleiere med vedtaksansvar hadde de siste årene fått opplæring i regelverket eller i hvordan man skal skrive gode vedtak. Kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling om regelverket foregikk i stor grad uformelt mellom ansatte eller etter tilbakemeldinger fra Statsforvalteren ved overprøving av vedtak. Flere ansatte, særlig på poster med mindre erfaring med beboere med demens og atferdsutfordringer, følte seg usikre på hvordan regelverket om tvungen helsehjelp skulle forstås og anvendes.

Anbefaling: Kunnskap om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte har nødvendig kunnskap om tvungen helsehjelp, inkludert hvordan vedtak skal utformes for å dokumentere at lovens vilkår er oppfylt.

6.4 Forebygging av 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 sentralt å forebygge bruk av tvang.

Ombudsmannens erfaringer fra besøk til andre helseinstitusjoner tilsier at en rekke forhold kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse, helsefremmende fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, stabil og tilstrekkelig bemanning og en god institusjons- og postkultur. 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.¹²⁸

Det syntes å være høy bevissthet i personalgruppen om betydningen av tillitsskapende tiltak for å få til et samarbeid med pasientene om helsehjelp. I tvangsvedtak var det gjennomgående dokumentert hvilke tillitsskapende tiltak som var prøvd før tvangsvedtaket (se også 6.5 *Vedtak om tvungen helsehjelp*). Pasientinformasjon tydet også på at det ble arbeidet mye med å unngå eller begrense tvangsbruk så langt som mulig i tilfeller der beboere hadde tvangsvedtak om for eksempel intimhygiene. Vi fant mange eksempler på forsøk på tillitsskapende tiltak som for eksempel bruk av musikk som ledd i stell, utsettelse av tidspunkt for stell eller utskifting av personal.

Det var samtidig et forbedringspotensial når det gjaldt å trekke beboernes nærmeste pårørende tettere inn i arbeidet med å forebygge tvang (se kapittel 4.2 *Medvirkning fra beboerens pårørende*).

¹²⁷ På besøkstidspunktet var sykehjemmet i gang med å gi alle ansatte såkalte vergekurs. Slike kurs inneholder først og fremst praktisk opplæring om forebygging og håndtering av utagerende atferd, men inneholdt ifølge kommunen også en innføring i lovverket.

¹²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd, jf. § 4A-4.

6.5 Vedtak om tvungen helsehjelp

Reglene om begrunnelse av enkeltvedtak følger av forvaltningsloven og ulovfestet rett.¹²⁹ Kravet til begrunnelsens innhold skjerpes for vedtak av inngripende karakter, slik som tvungen helsehjelp.¹³⁰ Begrunnelsen må være tilstrekkelig til å avgjøre om lovens vilkår er oppfylt og til å kunne etterprøve vedtaket.¹³¹ Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte.

Gjennomgang av sykehjemmets vedtak viste at mange vedtak ikke var begrunnet på en måte som dokumenterte at lovens vilkår for bruk av tvang var oppfylt.¹³²

6.5.1 Vurdering av samtykkekompetanse

Et sentralt vilkår for at reglene om tvungen helsehjelp skal kunne være aktuelle, er at pasienten mangler samtykkekompetanse.¹³³ Samtykkekompetanse skal vurderes konkret i forhold til den helsehjelpen som skal gis.¹³⁴ Selv om en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse når det gjelder innleggelse, kan vedkommende likevel være samtykkekompetent til å vurdere for eksempel legemiddelbehandling. Den enkeltes samtykkekompetanse kan også variere over tid.

Vår gjennomgang viste flere eksempler der den sist dokumenterte avgjørelsen av manglende samtykkekompetanse ble gjort flere måneder før et vedtak om tvungen helsehjelp ble truffet, og i to tilfeller flere år før. I en sak viste dokumentasjonen at tvangsvedtaket ble truffet dagen før den vedlagte avgjørelsen om manglende samtykkekompetanse. I en annen sak manglet vedtaket en vurdering av samtykkekompetanse. Dette vedtaket ble opphevet av Statsforvalteren på grunn av manglende hjemmel for tvungen helsehjelp.

Ombudsmannen vil understreke betydningen av å sikre oppdaterte og skriftlige vurderinger av samtykkekompetanse som knytter seg til den helsehjelpen som skal gis.¹³⁵ Dette kunne vært reflektert bedre i kommunens felles rutiner for vurdering av samtykkekompetanse.

Anbefaling: Vedtak om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at pasientens samtykkekompetanse alltid vurderes konkret i forhold til den aktuelle helsehjelpen, og at vurderingen dokumenteres.

¹²⁹ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9 og forvaltningsloven §§ 24 og 25.

¹³⁰ Se Høyesteretts dommer i Isene-dommen (Rt. 1981 s. 745), Gausi-dommen (Rt. 2000 s. 1056), Skotta-dommen (Rt. 2000 s. 1066), og Fredensborg-dommen (Rt. 2008 s. 96 (s. 103-105)).

¹³¹ Helsedirektoratets rundskriv, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, se kommentarer til § 4A-5.

¹³² Vi gjennomgikk i alt 16 vedtak etter § 4A-5 som var sendt i kopi fra sykehjemmet til Fylkesmannen i Vestfold og Telemark (nå Statsforvalteren) i tidsrommet 1. januar 2019–28. oktober 2020.

¹³³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 første ledd, jf. § 4-3 andre ledd.

¹³⁴ Helsedirektoratets rundskriv, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, se kommentarer til § 4-3.

¹³⁵ Se også Helsetilsynets, Veileder for landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester, Internserien 1/2020, side 19.

6.5.2 Øvrige vilkår for tvungen helsehjelp

Vedtakene inneholdt i all hovedsak dekkende opplysninger om hvilke tillitsskapende tiltak som var prøvd før tvangsvedtaket.

De fleste vedtakene manglet samtidig en konkret begrunnelse for hvorfor vilkårene for vedtak om tvungen helsehjelp ble vurdert som oppfylt.¹³⁶ I flere vedtak ble vilkårene om at helsehjelpen er nødvendig og at tiltaket står i forhold til helsehjelpen kun besvart med et «ja», til tross for tilgjengelig veiledning fra Helsedirektoratet om hvordan vedtaksskjemaene skal fylles ut.¹³⁷ Når det gjelder disse vilkårene må den vedtaksansvarlige gi en begrunnelse for hvorfor helsehjelpen er nødvendig for å hindre helseskade, og at det er forholdsmessighet mellom tvangstiltaket og behovet for helsehjelp.

Selv om de øvrige vilkårene for å treffe vedtak er oppfylt, kan tvungen helsehjelp likevel bare gis dersom dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten.¹³⁸ I en slik helhetsvurdering skal det blant annet legges vekt på graden av motstand og om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse. De gjennomgåtte vedtakene manglet en slik helhetsvurdering. Vurderingene som var dokumentert på dette punktet bar i stedet preg av oppsummeringer av forhold som allerede var dokumentert andre steder i vedtaket, slik som risikoen for vesentlig helseskade eller detaljer om gjennomføringen av tiltaket.

Flere vedtak gjaldt tvungen tilbakeholdelse på sykehjemmet. Slike tiltak regnes alltid som et alvorlig inngrep, og medfører krav om at den ansvarlige for vedtaket har rådført seg med annet kvalifisert helsepersonell.¹³⁹ Gjennomgående var det ikke dokumentert i vedtakene om man hadde rådført seg med annet kvalifisert helsepersonell. Manglende opplysninger om at dette er gjort kan medføre at vedtaket blir ugyldig.¹⁴⁰

Vår gjennomgang av tvangsvedtakene viste at det var behov for kompetanseheving om reglene for tvungen helsehjelp og de skjerpede kravene til begrunnelse som gjelder på området (se kapittel 6.3 *Kunnskap om tvungen helsehjelp*). Både overordnet faglig ansvarlig i kommunen og Statsforvalteren er viktige her.¹⁴¹

Anbefaling: Vedtak om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at vedtak om tvungen helsehjelp blir begrunnet på en måte som gjør det mulig å vurdere om lovens krav er oppfylt.

¹³⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre ledd.

¹³⁷ En veiledning i utfylling av skjema for slike vedtak fra Helsedirektoratet var tilgjengelig for de vedtaksansvarlige i kvalitetssystemet. På Helsedirektoratets hjemmesider finnes det en nyere versjon.

¹³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 tredje ledd.

¹³⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven §4A-5 andre ledd.

¹⁴⁰ Helsetilsynet, Retningslinjen for fylkesmannens behandling av vedtak og klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, 20. november 2019, internserien 9/2019, side 14.

¹⁴¹ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 tredje ledd og 4A-8.

6.6 Tvungen helsehjelp uten vedtak

Funn fra besøket viste at det var blitt gitt helsehjelp til pasienter som motsatte seg det, uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever.

6.6.1 Krav om enkeltvedtak for all tvungen helsehjelp

Bakgrunnen for dette synes i mange tilfeller dels å handle om en misforståelse om at regelverk om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ikke regulerte helt kortvarig tvangsbruk, og at regelverket kun var laget for å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som hadde utfordringer av mer langvarig, vedvarende karakter. For enkelte synes det også å handle om en opplevelse av tidsnød, og at «behovet for å håndtere situasjonen der og da» gjorde at man ikke kunne ta seg tid til å vente på å få laget et vedtak.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd fastsetter at vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg, kun kan treffes for inntil ett år av gangen. Ombudsmannen vil imidlertid understreke at det ikke er satt noen nedre terskel i tid for når det skal treffes vedtak. Det er ikke slik at kortvarige tvangstiltak kun skal dokumenteres i pasientens journal etter reglene for journalføring.¹⁴² 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 nedtegnes i et vedtak. Reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A så langt de passer.¹⁴³ I tilfeller der det er tidsnød, kan vedtaket treffes muntlig av den som er ansvarlig for helsehjelpen, men bør nedtegnes så snart som mulig og underretning med begrunnelse for tiltaket bør gis til pasienten og dennes nærmeste pårørende.

Anbefaling: Tvungen helsehjelp uten vedtak

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at helsehjelp ikke gis med tvang uten at vilkårene i kapittel 4A er oppfylt og det er truffet vedtak om dette.

6.6.2 Tvang i forbindelse med pleie og stell

Det forekom at beboere ble stelt ved bruk av tvang uten at det ble truffet vedtak om dette. Dette kunne skje i tilfeller der beboere var tilsølt med avføring eller der urin hadde gått gjennom ytterklærne og beboeren motsatte seg stell. I noen tilfeller ble tiltaket nedtegnet i et vedtak i etterkant, men i andre tilfeller ble det kun dokumentert i pasientens journal eller ikke i det hele tatt. Det var en utbredt oppfatning blant de ansatte at man i slike tilfeller ikke kunne bruke mye tid på tillitsskapende arbeid, og at stellet måtte gjennomføres av hensyn til beboerens helse og verdighet.

Ombudsmannen ser at det kan være problematisk å vente med å gjennomføre hygienetiltak der pasienter fastholder sin motstand til tross for tillitsskapende tiltak. Forutsatt at vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt, kan vedtak treffes muntlig av helsepersonell med vedtakskompetanse. Vedtaket må imidlertid nedtegnes så snart som mulig, for å ivareta pasientens rettssikkerhet, gi

¹⁴² Helsedirektoratets rundskriv, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, se kommentarer til § 4A-5.

¹⁴³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9.

pasienten selv, eller den nærmeste pårørende, mulighet til å klage og sikre at all tvungen helsehjelp blir dokumentert (se kapittel 6.6.1 *Krav om enkeltvedtak for all tvungen helsehjelp*).

6.6.3 Skjult medisiner, mv.

Gjennomgående tydet våre funn på en høy bevissthet blant helse- og pleiepersonalet om at skjult medisiner ikke er lov uten at vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt og det blir truffet vedtak om dette.¹⁴⁴ Våre funn viste likevel at ansatte unntaksvis hadde gitt beroligende medisiner til beboere for at de skulle roe seg ned, ved å gi uriktig informasjon om medikamenttype og slik omgå forventet motstand. Å gi pasienter uriktig informasjon om hvilken medisin de blir gitt må likestilles med tvang, og forutsetter derfor at vilkårene for tvungen helsehjelp er oppfylt og at det treffes vedtak om dette. I tillegg er bruk av reseptpliktige legemidler ved å omgå motstand regnet som et alvorlig inngrep. I slike tilfeller skal helsepersonellet også innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om helsehjelp.¹⁴⁵

Det kom også fram informasjon som tyder på at en pasient hadde blitt utsatt for en covid-19-test mot sin vilje, uten at det ble truffet et vedtak om dette.

6.6.4 Varslings- og lokaliseringsteknologi

Sykehjemmet brukte i en del tilfeller alarmsensorer på dørene til beboernes rom. Sensorene varslet ansatte dersom beboeren gikk ut av rommet. De ble brukt overfor beboere med orienteringsvansker eller fallrisiko for å hindre at de kom til skade fordi de gikk ut av rommet uten tilsyn. Døralarmene kunne aktiveres ved å vri om en nøkkel utenfor døra til beboernes rom. Fordi nøkkelvrideren befant seg utenfor rommet, ville beboeren normalt ikke være kjent med at alarmen var aktivert uten å bli informert om det.

Slike varslingssystemer kan i utgangspunktet kun tas i bruk dersom pasienten samtykker til dette.¹⁴⁶ For at samtykket skal være gyldig, må pasienten først ha fått nødvendig informasjon om innholdet i tiltaket.¹⁴⁷ 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.¹⁴⁸ Det bør framgå av pasientens journal dersom det er iverksatt bruk av varslingssystem basert på samtykke.

Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, er det adgang til å treffe vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a om bruk av slike varslingssystemer, hvis de øvrige vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Dette forutsetter at pasienten informeres om tiltaket, men ikke motsetter seg det. 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.¹⁴⁹ Ved tvil om pasientens holdning, skal det legges til grunn at pasienten motsetter seg tiltaket.¹⁵⁰

Under vårt besøk kom det fram at sensoralarmene i noen tilfeller ble skrudd på om kvelden eller natten uten at pasientene ble informert om dette. I andre tilfeller ble pasientene informert, men

¹⁴⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-3, 4A-4 første ledd og § 4A-5.

¹⁴⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 andre ledd.

¹⁴⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

¹⁴⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd andre setning jf. § 3-2 første ledd.

¹⁴⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd jf. tredje ledd andre setning og § 3-5.

¹⁴⁹ Jf. særlig pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 andre ledd bokstav a som setter som vilkår at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til «vesentlig helseskade» for pasienten.

¹⁵⁰ Se Prop. 90 L (2012–2013), Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, kapittel 7.3.3, side 34.

uten at det ble truffet vedtak eller at det ble vurdert om pasienten hadde gitt et gyldig samtykke. Vi fant at det var noe uklart for sykehjemmet hvor mange vedtak som var truffet på grunnlag av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. En gjennomgang i etterkant av besøket sammen med kommunen viste at det var truffet 4 vedtak på dette grunnlaget i 2020. Kommunen erkjente samtidig at dokumenteringsrutiner var et forbedringsområde. I perioden januar 2019 til oktober 2020 var det fattet ett vedtak om sensoralarm etter reglene i kapittel 4A. Våre funn tilsa at antall vedtak ikke var dekkende for den faktiske bruken av sensoralarm.

Bakgrunnen for bruken av døralarmene ble opplyst å være bemanningssituasjonen med få ansatte på vakt på kvelds- og nattestid som gjorde det vanskelig å holde oversikt over store avdelinger. Utfordringene var størst i avdelinger der det var flere pasienter med kognitiv svikt og fallrisiko som stod opp i løpet av natten.

Ombudsmannen har merket seg at Fylkesmannen i Vestfold (nå Statsforvalteren i Vestfold og Telemark) fant et tilsvarende avvik etter et tilsyn ved Åsgårdstrand sykehjem i 2012.¹⁵¹ Tilsynet avdekket at det ble brukt alarmsystemer overfor enkelte pasienter uten at det var gjort helsefaglige vurderinger av om pasienten kunne samtykke til alarmen, eller om vilkårene for å iverksette tiltaket uten pasientens samtykke var oppfylt.¹⁵² Fylkesmannen pekte på at det ikke var gjort konkrete og individuelle vurderinger av bruken av alarmer, og at bruk av alarmer var begrunnet i bemanningssituasjonen, særlig i perioder av uka og døgnet der bemanningen var lavest.

Manglende vedtak innebærer at sykehjemmet ikke har dokumentasjon for at vilkårene for bruk av døralarmer i disse tilfellene ble vurdert i tråd med vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a eller § 4A-3 og innebærer lovbrudd overfor disse pasientene. Funnene våre viser også at sykehjemmets bruk av døralarmer ikke er i samsvar med pasientenes rett til medvirkning og informasjon. Uten at det gis tilpasset informasjon, kan det ikke innhentes et gyldig samtykke eller tas stilling til pasientens samtykkekompetanse og holdning til tiltaket. Bruk av varslingssystemer uten et nødvendig rettslig grunnlag fremstår som et brudd på pasientens rett til vern om sitt privatliv og sin personlige integritet.¹⁵³ Ombudsmannen understreker viktigheten av å sørge for at pasienten er informert på en tilfredsstillende måte, for å ivareta pasientens selvbestemmelse, medvirkningsrett og rettssikkerhet.

I likhet med Fylkesmannens tidligere tilsynssak, tyder våre funn på at lovbruddene har sammenheng med en presset bemanning. Inngrep i den enkeltes privatliv og personlige integritet som skyldes manglende personell, er i strid med lovgivers forutsetninger om at innføring av varslings- og lokaliseringsteknologi ikke skulle erstatte menneskelig kontakt og omsorg.¹⁵⁴ Funnet illustrerer videre hvor viktig det er med internkontroll og systematisk oppfølging for å fange opp utfordringer med sykehjemmets praktisering av reglene.

¹⁵¹ Fylkesmannen i Vestfold, rapport fra tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem i Horten kommune, Åsgårdstrand sykehjem 2012.

¹⁵² Tilsynet ble gjennomført før bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a trådte i kraft 1. september 2013.

¹⁵³ Se bl.a. Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8.

¹⁵⁴ Se Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi) Prop. 90 L (2012–2013), side 6, og innstilling fra helse- og omsorgskomiteen, Innst. 311 L (2012–2013), side 4.

Anbefaling: Tvungen helsehjelp uten vedtak

- Sykehjemmet bør endre sine rutiner for å sikre at døralarmer kun benyttes basert på pasientens informerte samtykke, eller etter en individuell vurdering av om lovens vilkår er oppfylt i tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse.

6.6.5 Bevegelseshindrende tiltak

Gjennomgang av pasientinformasjon viste flere eksempler på at sengehest ble brukt som et beskyttelsestiltak for å hindre at sårbare beboere faller ut av senga om natten.¹⁵⁵

I enkelte tilfeller syntes beskrivelsen i journalen å tilsi at pasienten motsatte seg tiltaket, uten at dette ble problematisert i journalen. I en journal kom det flere steder fram at pasienten «banker og slår på sengehesten» og at pasienten «roper regelmessig». Senere i samme journal gikk det fram at pasienten var «svært urolig. klatrer over sengehesten». Beskrivelsen er ikke tilstrekkelig til å slå fast at pasienten motsatte seg tiltaket, men dette må ses i sammenheng med et mer generelt funn om at beboernes egne opplevelser eller reaksjoner i liten grad kom fram i pasientjournalene (se kapittel 4.7 *Dokumentasjon i pasientjournal*).

6.6.6 Tilbakeholdelse og generelle utgangshindringer

Sykehjemmet har 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. 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.¹⁵⁶ For at tilbakeholdelsen skal være lovlig, må det imidlertid foretas en konkret vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt for den enkelte pasienten.

På besøkstidspunktet hadde et mindre antall beboere vedtak om tilbakeholdelse (se kapittel 6.1 *Omfang av tvangsbruk ved sykehjemmet*).

Våre funn tydet imidlertid på at sykehjemmets rutiner og bemanning medførte at beboere som ikke hadde vedtak om tilbakeholdelse, i praksis ble hindret fra å forlate sykehjemmet.

Hoveddøren ut av sykehjembygget kunne åpnes fra innsiden ved å trykke på en knapp, men ikke alle beboerne klarte å benytte denne.¹⁵⁷ Mange beboere var avhengige av bistand fra ansatte for å kunne bevege seg utendørs, på grunn av bevegelseshemninger eller svekket helsetilstand. Beboere med kjent fallrisiko eller som ikke forstod trafikkbildet som følge av demens, fikk kun mulighet til å gå ut i følge med personalet eller pårørende. Personalets praktiske muligheter til å bli med beboere utenfor sykehjemmet var svært begrenset. På kveldsvakt (kl. 15:00–22:00), var det kun to ansatte i hver post, og i praksis ikke mulig å følge beboere ut av bygget.

¹⁵⁵ Forskrift for sykehjem mv., § 3-3.

¹⁵⁶ Ot.prp. nr. 64 (2005–2006), side 47.

¹⁵⁷ På tidspunktet for gjennomføringen av vår befaring 1. desember 2020 var hoveddøren låst fra utsiden, som ledd i å kontrollere adgangen for besøkende som ledd i håndteringen av den pågående covid-19-pandemien. Vi fikk opplyst at utgangsdøren som ledet ut av hele sykehjemmet normalt ble åpnet automatisk med en sensor, slik at beboerne i prinsippet kunne forlate sykehjemmet selv.

Det sentrale for å vurdere om en begrensning utgjør en «tilbakeholdelse», er om pasienten blir hindret i å forlate institusjonen.¹⁵⁸ Det er ikke avgjørende om man for eksempel låser døren med nøkkel, installerer kompliserte kodelåser, skjuler dører/utganger, eller om personellet selv stopper i døren. Det fremstår klart at praksisen ved sykehjemmet gjorde at pasienter i en del tilfeller ble hindret i å forlate sykehjemmet uten at lovens vilkår var oppfylt.

Dersom utgangshindrende tiltak (som låste dører) får virkning for pasienter som det ikke er truffet tilbakeholdelsesvedtak overfor, må disse pasientene sikres fri utgang ved at de får nøkkel, kodekort eller liknende.¹⁵⁹ Dersom det ikke lar seg gjøre, må man finne andre måter å holde beboere med vedtak tilbake på, for eksempel tettere oppfølging fra personalet.

Dersom noen av beboerne hadde vedtak om tilbakeholdelse ble også døren inn og ut av den aktuelle posten låst.¹⁶⁰ Beboere som ikke hadde tilbakeholdelsesvedtak skulle låses ut av posten til korridorene og det øvrige fellesområdet utenfor posten når de ønsket det. Dette ble ikke alltid gjort, for eksempel når det var behov for tett oppsyn for å hindre fallskade og ingen ansatte hadde kapasitet til å forlate posten. At beboerne dermed heller ikke fritt kunne bruke fellesområdet utenfor posten, begrenset deres bevegelsesfrihet ytterligere. Vi fikk formidlet at flere beboere opplevde stengte dører ut fra posten som svært begrensende. Slike bevegelsesbegrensninger er svært inngripende og det må legges til rette for at beboere som ønsker det, kan bevege seg utenfor posten, om nødvendig med følge av personalet.

Vi fant også at sykehjemmet i enkelte tilfeller hadde hentet pasienter tilbake med fysisk makt etter at de hadde forlatt sykehjemmet, uten at vilkårene for bruk av tvang ble vurdert av noen med vedtakskompetanse, og uten at det ble fattet vedtak. Slike tilfeller syntes å være knyttet til misforståelsen om at vedtak om tvungen helsehjelp kun var nødvendig der pasientens utfordringer var av mer langvarig, vedvarende karakter (se kapittel 6.6.1 *Krav om enkeltvedtak før all tvungen helsehjelp*).

Samlet sett viste våre funn at sykehjemmets rutiner og bemanning gir risiko for at beboere i praksis hentes tilbake med tvang eller hindres fra å forlate sykehjemmet uten at lovens vilkår er oppfylt. Slik praksis vil også kunne medføre brudd på beboernes rett til vern mot vilkårlig frihetsberøvelse og rett til vern om personlig integritet.¹⁶¹ Det er avgjørende at sykehjemmet etablerer rutiner som legger til rette for at beboernes rett til fri utgang respekteres. Ombudsmannen understreker at bemanningsutfordringer ikke er lovlig grunnlag for tilbakeholdelse.¹⁶²

Ombudsmannen vil også minne om at før eventuelle vedtak om tilbakeholdelse fattes, skal andre tillitsskapende tiltak være forsøkt. Når en beboer er rastløs, går mye rundt eller ønsker å forlate institusjonen, kan dette skyldes dårlig tilrettelagt miljø eller mangel på meningsfull aktivitet, for eksempel for lite mosjon og frisk luft (se kapittel 4.4 Aktiviteter).¹⁶³

¹⁵⁸ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, kapittel 4.5.6.3 Innlegging og tilbakeholding, side 47.

¹⁵⁹ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), side 47.

¹⁶⁰ Våre funn tydet også på at dørene var ulåst dersom det ikke var beboere med vedtak.

¹⁶¹ Grunnloven §§ 94 og 102 samt EMK artikkel 5 nr. 1 e og artikkel 8.

¹⁶² Ot. prp. nr. 64 (2005—2006), side 30 og Innst. O nr. 11 (2006—2007), side 10.

¹⁶³ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), side 47.

Anbefaling: Tvungen helsehjelp uten vedtak

- Sykehjemmet bør sikre at beboere ikke hindres fra å forlate sykehjemmet på grunn av manglende bemanning, men kun etter en individuell vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt.

7 Nødrett og nødverge

Menneskerettslige rammer

Menneskerettslige standarder setter strenge krav for tvangstiltak overfor mennesker som er fratatt friheten.¹⁶⁴ Inngripende tvangstiltak som belter eller korttidsvirkende legemidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre overhengende fare for skade på pasienten eller andre.¹⁶⁵ Det gjelder også strenge krav til dokumentasjon for at tiltaket var strengt nødvendig og at tvangen opphørte straks faren for skade var over.¹⁶⁶

Tvangsreglene i kapittel 4A gjelder adgang til å gi somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg dette. Enkelte tvangstiltak er så inngripende at det ikke er tillatt etter kapittel 4A (for eksempel å bli holdt tilbake på eget rom). Reglene i kapittel 4A gir heller 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 og andres liv og helse.¹⁶⁷

Spørsmålet er ikke regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, men straffelovens bestemmelser om nødretts- og nødverge gir adgang til tvangstiltak der det er nødvendig for å beskytte eget eller andres liv og helse.¹⁶⁸ 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».¹⁶⁹ Manglende regler om dette gir sårbare beboere et mangelfullt vern mot uforholdsmessig maktbruk.

Informasjon som kom fram under besøket tydet på at det forekom at beboere med atferdsutfordringer opptrådte aggressivt og noen ganger utagerende mot andre beboere eller ansatte. Slike hendelser forekom ikke ofte, men det ble beskrevet et økt behov for kompetanse for å håndtere slike hendelser. Flere ansatte hadde opplevd å bli utsatt for vold og trusler fra beboere, og sykehjemmet hadde satt i gang opplæring om forebygging og håndtering av vold (se kapittel 5.2 *Trygge ansatte*).

Slik opplæring er viktig for å gi ansatte god kompetanse i å forebygge vold og aggresjon, i samsvar med menneskerettslige standarder.¹⁷⁰ Opplæring i skånsomme holdeteknikker der maktbruk er strengt nødvendig er også særlig viktig for å hindre pasientskader.

Vold og aggresjon rettet mot andre beboere ble fortrinnsvis forsøkt løst ved å fjerne de andre beboerne fra situasjonen, men i akutte situasjoner hadde ansatte grepet inn med fysisk makt for å beskytte de andre beboerne. De tilfellene av maktanvendelse som ble beskrevet, ble gjennomført ved at to ansatte holdt beboeren fast på hver sin side og førte vedkommende inn på sitt eget rom til

¹⁶⁴ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 27, med videre henvisninger.

¹⁶⁵ Se bl.a. EMDs dom i M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104 og Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 95.

¹⁶⁶ Se M.S. mot Kroatia, avsnitt 108; Bures mot Tsjekkia, avsnitt 97.

¹⁶⁷ Straffeloven §§ 17 og 18.

¹⁶⁸ Ot.prp. 12 (1998–1999), side 80.

¹⁶⁹ Helsedirektoratet, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, kommentarer til §§ 4A-3 og 4A-4.

¹⁷⁰ CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 27 med videre henvisninger.

situasjonen roet seg ned. De mest krevende pasientene hadde som følge av slike hendelser blitt overført til kommunens eneste sykehjem med skjermet avdeling.

Ifølge de ansatte ble slike hendelser dokumentert i pasientens journal og ført som avvik. I et avvik fra 2020 kom det fram opplysninger om en urolig og engstelig beboer med økende aggresjon som skapte uro i miljøet og ble fulgt til rommet sitt av to ansatte. Det kom ikke klart fram om det ble brukt fysisk makt for å få vedkommende med seg. Det kom imidlertid fram at beboeren ble forsøkt skjermet på rommet sitt og motsatte seg dette fysisk da h*n ble nektet å forlate rommet. Det gikk fram at beboeren ble holdt tilbake på rommet i 1,5 time.

Å holde pasienter tilbake på eget rom er ikke et tiltak som kan gjennomføres med hjemmel i § 4A-4.¹⁷¹ Slik situasjonen er beskrevet i avviksmeldingen, fremstår tilbakeholdelsen på eget rom som et nødrettstiltak. Tilbakeholdelsen på rommet var ikke beskrevet i pasientens journal og kommunens opplysninger om bakgrunnen for tilbakeholdelsen kunne derfor ikke etterprøves.

Selv om slike inngripende tvangstiltak kan være tillatt som nødrett, kan vi ikke se at dokumentasjonen tilfredsstiller de strenge krav som følger av menneskerettighetene.¹⁷² Beskrivelsen av situasjonen som ledet til tilbakeholdelsen ga ikke tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere om beboerens atferd utgjorde en overhengende risiko for skade og om tilbakeholdelse på pasientens rom var den eneste måten å forhindre slik skade. Det var også uklart hvorfor det var strengt nødvendig å opprettholde tiltaket i 1,5 time.

Anbefaling: Nødrett og nødverge

- Sykehjemmet bør sikre at inngripende nødtiltak for å beskytte pasienten eller andre blir grundig dokumentert (i pasientjournalen og i avvikssystemet).

¹⁷¹ Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12–7 tredje ledd er det ikke tillatt å bruke innlåsing i enerom eller andre tvangstiltak, med mindre det er tillatt ved lov eller forskrift. Verken Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 eller forskrifter om sykehjem gir adgang til å holde pasienter tilbake på eget rom mot sin vilje. Se Ot.prp. nr. 64 (2005–2006), side 47, der det er klargjort at pasienter ikke kan holdes tilbake (isoleres) på eget rom for å gjennomføre tvungen helsehjelp.

¹⁷² Se M.S. mot Kroatia, avsnitt 108; Bures mot Tsjekkia, avsnitt 97. EMDs rettspraksis vil bli lagt til grunn av norske domstoler ved tolkning av rettighetene i EMK, jf. bl.a. Rt-2000-996 (Bøhler).

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@sivilombudsmannen.no
www.sivilombudsmannen.no

