



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Høyås bo- og rehabiliteringssenter,
Nordre Follo kommune**

20.–22. oktober 2020



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



SIVILOMBUDSMANNEN

NORDRE FOLLO KOMMUNE
v/Kommunedirektøren
Postboks 3010
1402 SKI

Vår referanse
2020/3624

Deres referanse

Vår saksbehandler
Mette Jansen Wannerstedt

Dato
05.05.2021

Oversendelse av rapport etter besøk til Høyås bo- og rehabiliteringssenter, Nordre Follo Kommune 20.-22. oktober 2020.

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøk til Høyås bo- og rehabiliteringssenter, Nordre Follo Kommune 20.-22. oktober 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 6. august 2021.

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

Hanne Harlem
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



SIVILOMBUDSMANNEN

Høyås bo- og rehabiliteringssenter, Nordre Follo kommune

Oktober 2020

Innholdsfortegnelse

I. Om tortur og umenneskelig behandling	3
II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	4
III. Sammendrag	5
IV. Anbefalinger	7
1 Hvorfor besøker vi sykehjem.....	9
2 Gjennomføring av besøket	11
3 Om Høyås bo- og rehabiliteringssenter	12
4 Oppfølging og ivaretagelse	14
4.1 Beboernes rett til selvbestemmelse og medvirkning	15
4.2 Medvirkning fra beboernes pårørende	16
4.3 Fysiske forhold	18
4.4 Bemanning og vikarbruk	19
4.5 Aktivisering og fysisk aktivitet.....	20
4.6 Dokumentasjon i pasientjournal.....	22
4.7 Tilgang til lege	24
4.8 Bruk av legemidler	25
5 Beskyttelse og trygghet	27
5.1 Rutiner og tiltak for forebygging av vold	27
5.2 Trygge ansatte.....	29
6 Tvungen helsehjelp	30
6.1 Oversikt over tvangsvedtak ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter	31
6.2 Kommunens kontroll og oppfølging	32
6.3 Kunnskap om bruk av tvungen helsehjelp	33
6.4 Tvungen helsehjelp uten vedtak.....	35
6.4.1 Helsehjelp og pleie ved motstand.....	36
6.4.2 Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger	37
6.4.3 Bruk av sensoralarm.....	39

I. Om 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. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013.

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 menneskerettighetsorganer.

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.

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 Høyås bo- og rehabiliteringssenter i Nordre Follo kommune i oktober 2020. Høyås er kommunalt drevet. Nordre Follo kommune ble etablert 1. januar 2020 da Oppegård og Ski kommuner ble slått sammen. Arbeidet med sammenslåingen preget fortsatt kommunen og sykehjemmet på besøkstidspunktet. Det samme gjorde covid-19-pandemien.

Sykehjemmet hadde på besøkstidspunktet 111 sykehjemsplasser fordelt på fire avdelinger. Vårt besøk gikk til sokkelavdelingen som hadde 31 plasser forbeholdt pasienter med demens. Avdelingen var delt inn i fire boenheter. To av disse var såkalt skjermede enheter. Besøket var tilpasset smittevernreglene på besøkstidspunktet.

Beboere på sykehjem har rett til å bli behandlet med respekt for sin verdighet og til å få sine grunnleggende behov ivaretatt. Det er viktig at sykehjem legger til rette for at personer med demens så langt som mulig kan opprettholde sin personlige autonomi. Dette innebærer blant annet at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med de som bor på sykehjemmet. Det skal også systematisk legges til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende.

Under besøket så vi flere eksempler på at det ble lagt til rette for at beboerne skulle få være med å ta valg, og at sykehjemmet hadde kontakt med pårørende. De fleste pårørende vi snakket med fortalte at de og beboeren følte seg godt ivaretatt på sykehjemmet. Det manglet imidlertid systematikk i arbeidet med å ivareta både beboerens og de pårørendes mulighet for medvirkning.

Gjennomgang av avvik som var rapportert ved sokkelavdelingen fra slutten av mai til oktober 2020 viste at det hadde vært perioder på avdelingen der lav bemanning ble vurdert å ha gått ut over de ansattes mulighet til å følge opp pasientene på en forsvarlig måte. Det kom blant annet fram at det i mange tilfeller ikke satt inn vikarer ved sykefravær, og mangel på fagpersonell hadde bidratt til vanskelige arbeidsforhold og avvik i pasientbehandlingen.

De fleste eldre sykehjemsbeboere trenger hjelp til å opprettholde fysisk funksjon og bevegelse. Tilpasset fysisk aktivitet og mulighet til å være ute kan gjøre beboere mer selvhjulpne og gi dem en bedre hverdag. Det er viktig for å fremme livsutfoldelse, redusere smerter, hindre fallskader og forebygge komplikasjoner. Det syntes å være liten grad av individuelt tilpassede aktiviteter for beboerne, begrensede muligheter til å være ute i friluft og manglende tilbud om fysisk aktivitet ved sokkelavdelingen. Mange beboere hadde dette som et mål i tiltaksplanen, men planene inneholdt i liten grad beskrivelser av hvordan dette skulle oppnås. Det var heller ikke mulig lese ut ifra løpende journal.

Det var stor variasjon i kvaliteten på beboernes individuelle tiltaksplaner. I en rekke tilfeller manglet det mål for tiltakene og beskrivelser av hvordan tiltakene skulle gjennomføres. Det var også vanskelig å se i løpende journal om, og hvordan, tiltak og behandling var fulgt opp i det daglige. Dette gjorde det vanskelig å se om eventuelle tiltak, mål og prosedyrer var fulgt opp overfor den enkelte pasient.

Det kom videre fram at ansatte ved sokkelavdelingen ikke fikk systematisk opplæring i hvordan de kan forebygge og håndtere utfordrende atferd, selv om de ofte stod i slike situasjoner med pasientene. Det var heller ingen systematisk oppfølging og veiledning av personale etter vanskelige eller alvorlige hendelser. For å kunne gi pasientene forsvarlig pleie over tid er det viktig at ansatte føler seg trygge på jobb, opplever psykososial støtte og har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å ivareta egen sikkerhet.

Det manglet tilstrekkelig kunnskap om bruk av tvungen helsehjelp. Dette gjaldt blant annet hva som skulle regnes som tvang, i hvilke situasjoner det var hjemmel for å bruke tvang og når det skulle fattes vedtak om bruk av tvang. Det var også usikkerhet om hvem som hadde ansvaret dersom et vedtak skulle fattes, hvordan et tvangsvedtak skulle utformes og hvem som skulle godkjenne det. Både ansatte og ledelse oppfattet det som komplisert og tidkrevende å fatte vedtak.

Manglende kunnskap om reglene for bruk av tvang utgjør en høy risiko for at beboere utsettes for ulovlig tvang, fordi vilkårene for å bruke tvang ikke er oppfylt, eller fordi bruken av tvang ikke er dokumentert i et vedtak. Kunnskap om vilkårene for å kunne bruke tvang er avgjørende for å sikre at det gjøres riktige vurderinger av blant annet samtykkekompetanse, nødvendighet og forholdsmessighet.

De ansatte så ut til å bruke mye tid på motivasjonsarbeid og tillitsskapende tiltak for at stell og pleie skulle foregå frivillig. Funn fra besøket viste likevel at det var blitt gitt helsehjelp til pasienter som motsatte seg det, uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever.

Det var ikke fattet noen vedtak om tilbakeholdelse ved sokkelavdelingen i perioden vi så på. I realiteten var det likevel vanskelig for beboerne på avdelingen å forlate sykehjemmet uten hjelp av ansatte. Personalets praktiske muligheter til å bli med beboere utenfor sykehjemmet fremsto som svært begrenset. Under besøket så vi også ulike fysiske hindringer som begrenset beboernes mulighet til å bevege seg fritt. Begrensning i bevegelsesfriheten kan kun gjøres dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er oppfylt og dette må begrunnes konkret og individuelt overfor den enkelte beboer. Det kan for eksempel ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. Samlet var det en risiko for at beboere ble hindret i å forlate sykehjemmet uten at lovens vilkår er oppfylt.

Det var også utstrakt bruk av sensoralarm ved sokkelavdelingen. Det var ikke fattet vedtak i noen av disse situasjonene. Det fremgikk heller ikke om alarmene ble brukt med pasientenes samtykke, om de var informert eller hvilke vurderinger som var blitt gjort overfor den enkelte pasient.

Det var i perioden 2019/2020 fattet to tvangsvedtak ved avdelingen. Begge disse var blitt opphevet av Statsforvalteren på grunn av feil og mangler. Sykehjemmet hadde ikke et system for kvalitetssikring av vedtak. En slik kvalitetssikring manglet også på kommunalt nivå. Kommunen skal etter loven ha en «overordnet faglig ansvarlig» som skal motta kopi av alle vedtak. Det fantes ingen slik overordnet faglig ansvarlig i Nordre Follo kommune. Det var derfor ingen som hadde oversikt over tvangsbruk på sykehjem i kommunen.

IV. Anbefalinger

Anbefaling: Beboernes rett til medvirkning

- Sykehjemmet bør legge systematisk til rette for pasientenes mulighet for medbestemmelse.

Anbefaling: Medvirkning fra beboernes pårørende

- Sykehjemmet bør etablere systemer og rutiner som legger til rette for god informasjonsutveksling og dialog med pårørende, også i situasjoner som kan medføre bruk av tvang.

Anbefaling: Bemanning og kapasitet

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at avdelingen alltid er bemannet slik at de ansatte har kapasitet til å ivareta beboernes grunnleggende behov.

Anbefaling: Aktivisering og fysisk aktivitet

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

Anbefaling: Dokumentasjon i pasientjournal

- Sykehjemmet bør sikre at alle tiltaksplaner inneholder oppdatert informasjon om pasienten, hvilke tiltak som er nødvendige for å kunne gi pasienten den hjelpen vedkommende har krav på, og hvordan tiltakene skal gjennomføres (konkrete prosedyrer).
- Sykehjemmet bør sikre at løpende journal dokumenterer at tiltak og prosedyrer følges opp i det daglige.

Anbefaling: Rutiner og tiltak for forebygging av vold

- Kommunen bør sikre at det er på plass gode prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte, og sørge for at disse er godt kjent for alle ansatte.
- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har opplæring i hvordan de skal forebygge og håndtere utfordrende atferd.

Anbefaling: Trygge ansatte

- Sykehjemmet bør sikre veiledning og systematisk oppfølging av ansatte etter vanskelige hendelser.

Anbefaling: Oversikt over tvangsbruk

- Sykehjemmet bør etablere et system for intern kvalitetssikring av tvangsvedtak.

Anbefaling: Kommunenes kontroll og oppfølging

- Kommunen bør utnevne en overordnet faglig ansvarlig for å sikre oversikt over og kvalitetssikring av tvangsbruk på sykehjem i kommunen.

Anbefaling: Kunnskap om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har god kompetanse i vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp (kapittel 4A), inkludert praktisk kompetanse i å skrive tvangsvedtak for de som skal kunne gjøre dette.
- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at det regelmessig gis opplæring til ansatte om vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp.
- Kommunen og virksomheten bør sikre at alle ansatte er kjent med ansvarsfordeling og oppgaver ved bruk av tvungen helsehjelp.

Anbefaling: Helsehjelp og pleie ved motstand

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at helsehjelp og pleie ikke gis med tvang uten at det er fattet lovlig vedtak om dette.

Anbefaling: Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

- Sykehjemmet bør sikre at pasienters bevegelsesfrihet ikke begrenses i større grad enn det regelverket gir adgang til.

Anbefaling: Bruk av sensoralarm

- Sykehjemmet bør sikre at lokaliserings- og varslingsteknologi kun brukes når det er fattet lovlig vedtak om dette.

1 Hvorfor besøker vi 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

Kommunal helse- og omsorgssektor har flere steder og tjenestetilbud som kan medføre frihetsberøvelse. Frihetsberøvelse kan 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 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 myndigheter, også kommunene, er bundet av menneskerettighetene og har et eget ansvar for

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 menneskerettighetsdomstolen (forkortet EMD) dom i H.L. mot Storbritannia, 10. mai 2004, klagenr. 45508/99, avsnitt 91 og Factsheet; persons deprived of their liberty in social care establishment (Anbefalinger fra Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner), CPT/Inf(2020) 41, 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 av tortur (SPT), Råd til statspartene og nasjonale forebyggingsorgan i forbindelse med covid-19-pandemien, 7. April 2020, CAT/OP/10.

⁹ Menneskerettighetskomiteens generelle kommentar nr. 20, avsnitt 2 og 5, jf. avsnitt 11. FNs konvensjon om sivilie og politiske rettigheter, artikkel 7 og Menneskerettighetskomiteens generelle kommentar nr. 20, avsnitt 2 og 5

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 om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 4–6.

myndighetsutøvelse som griper inn i menneskerettighetene.¹² Terskelen for handlinger eller unnlatelser som kan medfører brudd på forbudet, er lavere der noen er fratatt friheten.¹³ Dette er 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

Høyås bo- og rehabiliteringssenter ble i september 2020 varslet om at Sivilombudsmannens forebyggingsenhet ville gjennomføre et besøk i uke 43. Besøkets datoer ble varslet en uke i forveien. Høsten 2020 valgte vi å varsle stedene vi skulle besøke om dato for besøket. Dette ble gjort på grunn av den pågående covid-19 pandemien som la press på bemanningssituasjonen hos dem vi skulle besøke, og gjorde det nødvendig å tilrettelegge og planlegge sammen med stedet for at vi skulle kunne gjennomføre besøket på en trygg måte. I tillegg til dialog med stedet, ble besøket gjennomført på bakgrunn av vår egen smittevernstandard. Denne ble utarbeidet basert på av Folkehelseinstituttets (FHI) generelle råd og konkrete innspill til forebyggingsenheten. Vi var også i dialog med kommuneoverlegen om gjennomføringen av besøket.

Besøket fant sted 20.–22. oktober 2020. Rett i forkant av besøket hadde to beboere vært i karantene. På besøkstidspunktet var disse ferdige med sin karantene og det var ikke påvist smitte ved sykehjemmet.

Forebyggingsenheten besøkte sykehjemmets demensavdeling (sokkelavdelingen). Fire ansatte i forebyggingsenheten utgjorde teamet som fysisk besøkte sykehjemmet. Det var kun to personer som gjennomførte befaringen av lokalene og var i kontakt med pasienter. Samtaler med pasienter, ledelse og ansatte ble gjennomført i tråd med gjeldende smittevernråd. Parallelt med besøket gjennomførte et team på fire personer intervjuer med pårørende over telefon. Alle som var nærmeste pårørende og/eller verge for beboere ved avdelingen vi besøkte, ble kontaktet med orientering om arbeidet vårt og fikk tilbud om en telefonsamtale med oss. Vi gjennomførte samtaler med ca. 70 % av de pårørende.

I forkant av besøket oversendte institusjonen dokumenter og informasjon om driften av avdelingen. Vi innhentet også informasjon fra Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) i Oslo og Viken og fra Nordre Follo kommune. Nordre Follo kommune ble etablert 1. januar 2020 da Oppegård og Ski kommuner ble slått sammen. Arbeidet med sammenslåingen preget fortsatt kommunen og sykehjemmet på besøkstidspunktet. Vi innhentet også noe informasjon og dokumentasjon i etterkant av besøket, men på grunn av at Nordre Follo var i en svært presset smittesituasjon under utarbeidelsen av denne rapporten, valgte vi å begrense datainnsamlingen noe.

Følgende personer deltok under besøket på sykehjemmet:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Silje Sønsterudbråten (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)

Følgende personer gjennomførte intervjuer med pårørende over telefon fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helen Håkonsholm (seniorrådgiver, kriminolog/politi)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Jannicke Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Aruna Eide Skingen (rådgiver, jurist)

3 Om Høyås bo- og rehabiliteringssenter

Sykehjem er en institusjon som gir pasienter heldøgnsopphold, behandling og pleie som ikke trenger å gis på sykehus, men der det likevel kreves helsefaglig kompetanse og innsats som ikke kan gjennomføres i eget hjem. Både helsetilbudet og botilbudet ved sykehjemmet defineres som et helsetilbud.

Høyås bo- og rehabiliteringssenter ligger i Nordre Follo kommune.¹⁴ Nordre Follo kommune ble etablert 1. januar 2020 ved at Oppegård og Ski kommuner ble slått sammen. Sykehjemmet var på besøktidspunktet ett av seks sykehjem i kommunen. Det var kommunalt drevet og ansvaret for driften lå i avdelingen Helse og mestring. Pleie og omsorg var en underavdeling av Helse og mestring, der områdelederen hadde ansvar for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester.

Virksomhetsleder ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter rapporterte til områdeleder.

Høyås bo- og rehabiliteringssenter ligger på Tårnåsen og hadde på besøktidspunktet 111 sykehjemsplasser. Av disse var 64 ordinære langtidsplasser, 16 korttids-/mottaksplasser og 31 av plassene var forbeholdt pasienter med demens. Plassene var fordelt på fire avdelinger. I tillegg hadde sykehjemmet to dagaktivitetssentre med til sammen 32 plasser.

Vårt besøk gikk til avdelingen i sykehjemmets sokkeletasje som var en avdeling for beboere med demens.

Demensavdelingen

Demensavdelingen (sokkelavdelingen) hadde 31 plasser fordelt på fire boenheter; gul, grønn, rød og blå. Det bodde åtte pasienter per boenhet, med unntak av boenhet blå der det bodde sju. Boenhet rød og blå var såkalte skjermede enheter.

Tekstboks 1 Skjermede enheter¹⁵

En skjermet enhet er en spesialisert sykehjemsavdeling for eldre med demenstilstander. De fleste kommuner har slike små, tilrettelagte skjermede enheter. Pasienter ved skjermede enheter har gjennomgående et mer krevende sykdomsbilde og målgruppen er pasienter med langtkommen demens.

Avdelingsleder ved sokkelavdelingen hadde overordnet faglig ansvar for avdelingen og personalansvar for oppfølging av avdelingens ansatte. Avdelingsleder rapporterte til virksomhetsleder. Sykehjemmet hadde også en fagutviklingssykepleier som inngikk i virksomhetens ledergruppe. Fagutviklingssykepleier hadde ansvar for arbeidet med kompetanseheving og kvalitetsutvikling ved sykehjemmet og hadde i samarbeid med øvrige medlemmer i ledergruppa ansvar for kvalitetskontroll og forbedringsarbeid. Fagutviklingssykepleier kunne også bistå avdelingsleder og ansatte med faglig oppfølging.

Ved de fire boenhetene var det i følge ledelsen tilknyttet omtrent 75 ansatte, inkludert tilkallingsvikarer. Av disse var 41 faste stillinger. Dette inkluderte sykepleiere, fagarbeidere og ufaglærte assistenter og avdelingsleder. Av de fast ansatte var 13 sykepleiere, 23 fagarbeidere, 4 assistenter og 1 administrativ leder. Gjennomsnittlig stillingsprosent for de fast ansatte var ca 78 %. Ansatte jobbet i tredelt turnus,¹⁶ med faste nattevakter. Sokkelavdelingen syntes å ha en relativt

¹⁴ Heretter også omtalt som «Høyås».

¹⁵ Ruths, Sabine (2005) Nytteverdien av skjermede enheter for demente. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 2005, 125, 1191-1.

¹⁶ Turnus (fagarbeidere og assistenter) og sykepleierturnus.

stabil bemanning. De fleste ansatte jobbet fast på en boenhet og flere av dem vi snakket med hadde jobbet lenge ved avdelingen.

Grunnbemanningen i boenhetene:

Boenhet	Antall beboere	Dag	Kveld	Natt.
Grønn	8	2	2	3
Gul	8	2	2	
Rød (skjermet)	8	3	3	
Blå (skjermet)	7	3	3	

Bemanningen på de skjermede boenhetene (rød og blå) tilsvarte bemanningen ved andre skjermede avdelinger i kommunen. Boenhetene grønn og gul hadde en bemanning som tilsvarte vanlige somatiske sykehjemsavdelinger i kommunen. Både ledelse, ansatte og pårørende understreket at flere av pasientene på boenhetene som ikke var skjermet (gul og grønn) hadde krevende demenstilstander med behov for mye oppfølging.

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 ivare tatt.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 unnlater, men også forsømmelser som ikke skjer med vilje, som systemsvikt eller personlige feil, kan medføre krenkelse.²³

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

Det er viktig at sykehjem legger til rette for at personer med demens så langt som mulig kan opprettholde sin personlige autonomi. Selv om graden av medvirkning kan bli redusert gjennom sykdomsforløpet, må det tilstrebes å finne løsninger som ivaretar muligheten til å utøve ønskede aktiviteter på egne premisser. 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.

For å kunne yte god pleie til en pasient som har en demenssykdom, er det dessuten viktig å kjenne pasientens identitet. Det å vite hvordan pasienten var tidligere, hva han gjorde, og hvordan hverdagen hans var, vil øke forståelsen for pasientens væremåte, særegenheter og behov. Dette stiller krav til ansattes tid og kunnskap om hvordan medvirkning kan sikres for denne målgruppen.

Ansatte ved sokkelavdelingen fremstod som bevisste på å la pasientene ta valg i hverdagen. Det ble blant annet lagt til rette for at pasientene kunne være med å bestemme hva de skulle ha på seg, sminke, hva de ønsket å spise og drikke og at de så langt mulig skulle få stille seg selv. Pasientene kunne i hovedsak selv bestemme når de ville stå opp og legge seg, selv om noen oppga at kveldsstellet helst skulle være gjennomført før nattvaktene kom på jobb.

Det syntes å være en kultur på avdelingene for å være tålmodig i kommunikasjon og samhandling med pasientene. Det ble lagt vekt på å la beboerne utføre ting de fremdeles klarte å gjøre selv.

Ansatte trakk fram informasjon om pasientenes liv og personlighet som viktig for å kunne ivareta dem på en god måte, spesielt i situasjoner der de var urolige eller ved gjennomføring av stell og pleie. Det framstod også som at mange ansatte kjente de beboerne de hadde spesielt ansvar for godt.

For å sikre systematisk gjennomføring i tråd med pasientenes egne ønsker bør disse opplysningene være lett tilgjengelig for de som skal yte helsehjelpen. Vi kunne se spor av selvbestemmelse og

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.

brukermedvirkning i enkelte prosedyrer for blant annet gjennomføring av stell. Det var få av beboernes tiltaksplaner som inneholdt konkrete prosedyrer for å sikre beboerens medvirkning.

Anbefaling: Beboernes rett til medvirkning

- Sykehjemmet bør legge systematisk til rette for pasientenes mulighet for medbestemmelse.

4.2 Medvirkning fra beboernes 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

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Pårørende er blant annet en sentral informasjonskilde, en representant og støtte for pasienten.³⁴ Systematisk arbeid med involvering av beboernes pårørende kan gi viktig innsikt i pasientens behov og hvordan de ønsker å bli møtt i vanskelige situasjoner. Dette er blant annet viktig for å forebygge bruk av tvang.

På besøkstidspunktet var sykehjemmets prosedyre for pasient- og pårørendesamtale etter innkomst under revisjon og derfor ikke vurdert av ombudsmannen. Det ble opplyst at sykehjemmet hadde hatt et pilotprosjekt med innføring av forhåndssamtaler på en avdeling, og at dette skulle videreføres for resten av sykehjemmet fra mars 2021.³⁵ Det fantes ikke oppdatert informasjonsmateriale om sykehjemmet til pasienter og 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.

³⁴ Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019), kapittel 2.1.

³⁵ Pilotprosjektet var ikke gjennomført ved avdelingen vi besøkte.

Det kom fram at det for noen av beboerne på sokkelavdelingen hadde gått lang tid før det ble gjennomført samtale sammen med pårørende. Det syntes generelt å være lite systematikk i kontakten med de pårørende. Flere pårørende vi var i kontakt med opplevde kontakten med sykehjemmet som sporadisk og oppga at de ønsket mer informasjon og tettere dialog med sykehjemmet.

For noen av beboerne var det opprettet tiltak om kontakt med pårørende i tiltaksplanene, men det var i liten grad konkretisert hvordan dette skulle gjennomføres, eller hvem som hadde ansvaret for oppfølgingen. Det fremstod heller ikke som at informasjon om kontakt med pårørende systematisk ble nedtegnet i journal.

Sivilombudsmannen understreker viktigheten av en grundig samtale med pasienten og pårørende og tett dialog med pårørende slik at beboernes bakgrunn og behov kan dokumenteres og bli gjort tilgjengelig for ansatte som jobber med dem.

Sivilombudsmannen vil her trekke fram Helsedirektoratets *Pårørendeveileder*, som et verktøy kommunene og sykehjemmet bør gjøre seg kjent med.³⁶ Det vil være av betydning for pleien og oppfølgingen av den enkelte beboer at denne typen informasjon er lett tilgjengelig for alle ansatte. I tillegg er dette informasjon som er viktig i tillitsskapende arbeid, for å forebygge tvang.

Involvering av pårørende ved bruk av tvang

Hvis pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp, skal helsepersonell om mulig involvere nærmeste pårørende før vedtak om helsehjelp fattes, eller snarest mulig etter at vedtaket er fattet.³⁷

Nærmeste pårørende vil ofte kunne bidra med kunnskap om pasientens ønsker, mulige årsaker til motstanden mot helsehjelpen, tolkninger av pasientens reaksjoner, inkludert bakenforliggende årsaker og innsikt i hva som kan motivere pasienten til å motta helsehjelp.

Pårørende har også rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Helsepersonell skal undersøke om pårørendes tilstedeværelse kan bidra til å unngå motstand ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasientens nærmeste pårørende skal også ha informasjon om deres rett til å klage og uttale seg, og om retten til å se dokumentene i saken.³⁸

Vi hadde ikke grunnlag for å vurdere sykehjemmets involvering av pårørende ved vedtak om tvungen helsehjelp, da det kun var fattet to vedtak om bruk av tvungen helsehjelp ved sokkelavdelingen i perioden vi undersøkte (se kapittel 6.1 *Oversikt over tvangsvedtak ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter*).

Våre funn viste derimot at det ikke ble fattet vedtak i flere situasjoner der det ble utøvd tvang, og at pårørendes involvering i disse situasjonene ikke alltid ble sikret (se kapittel 6.4 *Tvungen helsehjelp uten vedtak*).

Funn tydet på et forbedringspotensial ved sykehjemmet når det kom til å trekke beboernes pårørende inn i arbeidet med å forebygge tvang. Pasientenes tiltaksplaner inneholdt generelt lite

³⁶Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019), <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> (lesedato 10.2.2021)

³⁷ Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019), kapittel 4.3.

³⁸ Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019), kapittel 4.3

informasjon om pårørendes innspill og synspunkter om hvordan beboerne kan ivaretas for å unngå bruk av tvang. Pårørende kan være en viktig kilde for sikre god kunnskap om pasienter med demens og kan være en forutsetning for å kunne tolke vedkommende motstand og utvikle individuelt tilpassede tillitsskapende tiltak. Slike opplysninger bør innhentes systematisk og gjøres lett tilgjengelig for de som skal yte pleie.

Anbefaling: Medvirkning fra beboernes pårørende

- Sykehjemmet bør etablere systemer og rutiner som legger til rette for god informasjonsutveksling og dialog med pårørende, også i situasjoner som kan medføre bruk av tvang.

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.³⁹ 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.⁴⁰ Ved utformingen av bygg skal det tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne.⁴¹

Alle beboerne hadde eget rom med bad. Hver av boenhetene hadde felles kjøkken og stue for pasientene i boenheten. Boenhetene var alle tilknyttet en bred, innredet «gang» som fungerte som avdelingens fellesområde. Hver boenhet hadde utgang til en liten hage der man kunne sitte.

Avdelingen var preget av slitasje, og ansatte, pårørende og ledelse understreket behovet for oppussing og oppgradering av avdelingen. Det ble også trukket frem at avdelingen ikke var tilrettelagt for pasienter med tunge pleiebehov, blant annet var ikke badene tilrettelagt for pasienter med behov for hjelpemidler som f.eks. heis ved stell. Det var også dårlig plass for beboere som trengte rullestol. Flere pasienter som bodde i sokkelavdelingen hadde tunge pleiebehov i tillegg til demens, og dette gjorde stellesituasjoner vanskelige for både pasienter og ansatte.

Både ansatte og pårørende trakk fram at støy var en utfordring for enkelte pasienter, og det ble blant annet pekt på at oppvaskmaskinene som stod i fellesområdet i boenhetene ble oppgitt som en kilde til støy. Demensrammede har nedsatt evne til å sortere og tolke inntrykk og mange kan lett oppleve stress og forvirring. Det kan derfor være viktig å begrense støy.⁴²

³⁹ 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.

⁴⁰ 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.

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

⁴² Se for eksempel Geria, Oslo kommunes ressursenter for demenspsykiatri (2009) *Demensvennlige omgivelser - fysisk miljø i sykehjem og dagsentre*.

Via den ene boenheten (blå) var det utgang til en inngjerdet sansehage. Hagen hadde en asfaltert gangsti, beplantning og sittemuligheter.

Det var også innredet et sanserom med sofaer, tepper, varm belysning og mulighet for å lytte til musikk, og et sansebad i tilknytning til avdelingen.

Det ble oppgitt at sokkelavdelingen skal pusses opp i 2021. Sivilombudsmannen understreker viktigheten av at gode rammebetingelser for beboerne sikres ved oppussingen.⁴³

4.4 Bemanning og vikarbruk

Menneskerettslige rammer

Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) understreker viktigheten av tilstrekkelig personale for å kunne ivareta beboere/pasienters rettigheter og behov.⁴⁴

Beboere på sykehjem har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og til å få sine grunnleggende behov ivaretatt.⁴⁵

Ivaretagelse av pasienter på sykehjem og deres rettigheter, påvirkes både av antallet ansatte på jobb, deres kompetanse, kjennskap til den enkelte pasient, og av deres arbeidssituasjon. For ansatte ved avdelinger der pasientene har demens vil det være særegne behov for kompetanse, kontinuitet og kapasitet for å sikre at deres behov ivaretas.

Funn viste at sokkelavdelingen var sårbar ved sykefravær og annet fravær. Gjennomgang av avvik som var rapportert ved sokkelavdelingen fra slutten av mai til oktober 2020 viste at det hadde vært perioder på avdelingen der lav bemanning ble vurdert å ha gått ut over de ansattes mulighet til å følge opp pasientene på en forsvarlig måte. I deler av denne perioden hadde avdelingen en pasient med omfattende oppfølgingsbehov. En rekke avviksmeldinger var knyttet til denne situasjonen, men flere var også knyttet til manglende vikarbruk i forbindelse med sykefravær.

Avviksmeldinger pekte på at sykefravær som ikke ble dekket inn hadde gjort det vanskelig å følge opp pasienter og forebygge fall, være tilstede i fellesområdet med pasientene, sikre at pasienter fikk beveget seg og fikk komme på toalettet. Det hadde hendt at personale med kompetanse til å dele ut medisiner ikke kunne ta lunsj eller måtte jobbe utover normal arbeidstid fordi det ikke var nok personale tilgjengelig med denne kompetansen. Det ble også meldt om at sokkelavdelingen hadde vært uten sykepleier på vakt da de hadde pasienter som trengte sårstell og medisiner intravenøst. Avviksmeldingene beskrev uro, usikkerhet, utrygghet og krevende forhold for både pasienter og ansatte som en konsekvens av manglende bemanning. Mangelfull dokumentasjon og journalføring ble også satt i sammenheng med bemanning. I ett tilfelle kom det fram at et alvorlig avvik overfor en pasient delvis kunne knyttes til manglende bemanning (se kapittel 4.6 *Dokumentasjon i pasientjournal*).

⁴³ Se blant annet Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Demensplan 2015. Den gode dagen. Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015*. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*.

⁴⁴ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 5 og 17.

⁴⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a. Se også FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12. 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) artiklene 11 (retten til en tilfredsstillende levestandard) og 12 (retten til den høyest oppnåelige helsestandard).

At underbemanning kan gå ut over kvaliteten på grunnleggende sykepleie, behandling, forebygging og aktivisering kommer også frem i undersøkelser blant sykepleiere.⁴⁶

Oppsummert viste funn fra besøket at blant annet manglende bruk av vikarer ved sykefravær i perioder hadde utgjort en risiko for at sykehjemmet ikke var i stand til å ivareta beboernes grunnleggende behov.

Anbefaling: Bemanning og kapasitet

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at avdelingen alltid er bemannet slik at de ansatte har kapasitet til å ivareta beboernes grunnleggende behov.

4.5 Aktivisering og fysisk aktivitet

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem bør tilbys varierte aktiviteter som er tilpasset deres funksjonsnivå og interesser.⁴⁷ 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.⁴⁸ CPT anbefaler at helse- og omsorgsinstitusjoner utarbeider individuelle omsorgsplaner for hver beboer der rehabiliterende aktiviteter med målsetning om å forbedre pasientenes livskvalitet vektlegges.⁴⁹

Lederen for dagsenteret ved sykehjemmet hadde det overordnede ansvaret for felles aktiviteter, kulturtilbud og frivillighet på hele sykehjemmet, inkludert sokkelavdelingen. Tilbudet varierte, og vårt inntrykk var at hovedvekten var på kulturelle og sosiale fellesarrangementer som lesestunder, sang og konserter. Under covid-19-pandemien hadde de fleste fellesaktivitetene blitt avlyst og dette var fortsatt situasjonen under besøket.

Tilpasset fysisk aktivitet var i liten grad en del av dette felles aktivitetstilbudet. Ved sokkelavdelingen var dette begrenset til et organisert tilbud om felles sittende bevegelsestrening («sittetrening»). Også sittetrening var blitt avlyst som følge av pandemien.

Mange pasienter kan ha glede av sosiale aktiviteter med andre, mens andre trekker seg tilbake fordi de ikke er komfortable i fellesskap med andre pasienter eller fordi aktiviteten ikke appellerer til dem. Pasienter med en moderat til alvorlig grad av demenssykdom kan fortsatt føle mening og mestring i å utføre sine vante gjøremål. Selv om en pasient ikke har noen erindring av at de har deltatt i aktiviteten, kan de kjenne lenge på følelsen av å være glad og fornøyd.⁵⁰ Når en beboer er rastløs, går

⁴⁶ Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: Oslo Metropolitan University.

⁴⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 12 og 18. Se også forskrift for sykehjem mv. (1988), § 4-4.

⁴⁸ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 12 og 18.

⁴⁹ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 18.

⁵⁰ Haukvik, S. og Molvik Eckhoff, K. (2017) Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien* 2017;105(64620):(e-64620)

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.⁵¹ Tilrettelagt aktivitet er spesielt viktig for livskvaliteten til denne gruppen.

Ingen av pasientene hadde individuell, tilrettelagt plan for aktiviteter. I noen tiltaksplaner var det beskrevet hva pasienten likte/ikke likte å gjøre, men det var i liten grad utarbeidet tiltak eller prosedyrer som beskrev hvordan man skulle jobbe for å sikre at pasientene fikk gjøre aktiviteter de likte. Journalene inneholdt lite informasjon om i hvilken grad pasientene deltok på aktiviteter, eller hvordan man jobbet med individuell aktivisering av den enkelte pasient. Det var en gjennomgående opplevelse av frustrasjon blant ansatte at de ikke hadde tid til å aktivisere pasientene. Dette krevde tett oppfølging og en-til-en kontakt som bemanningen ga lite rom for. Flere pårørende opplevde aktivitetstilbudet som for dårlig.

De fleste eldre sykehjemsbeboere trenger hjelp til å opprettholde fysisk funksjon og bevegelse. Tilpasset fysisk aktivitet og mulighet til å være ute kan gjøre beboere mer selvhjulpne og gi dem en bedre hverdag. Det er viktig for å fremme livsutfoldelse, redusere smerter, hindre fallskader og forebygge komplikasjoner.⁵² Det stilles ikke krav til stedplassert fysioterapi ved sykehjem, men tilbudet i eldreomsorgen skal legge til rette for habilitering og rehabilitering.⁵³

I flere av tiltaksplanene til pasientene i sokkelavdelingen var «opprettholdelse av funksjon» satt som et mål. De aller fleste planene inneholdt ingen konkrete prosedyrer for hvordan dette skulle oppnås. Det var for eksempel satt som mål at «Pasienten opprettholder gangfunksjon», uten at det var beskrevet hva som skulle gjøres, eller hva som ble gjort for å oppnå målet. Det var i liten grad mulig å lese ut av planen om det hadde vært endringer i pasientens funksjon i løpet av botiden (se kapittel 4.6 *Dokumentasjon i pasientjournal*).

Vi fant også beskrevet tilfeller der pasienten var skadet, men der det var vanskelig å se hvordan opptrening skulle foregå, og hvordan dette ble fulgt opp i det daglige. Vi kunne heller ikke se i hvilken grad fysioterapeut eller liknende var konsultert for å sikre god rehabilitering. Tilgang til ressurser som fysioterapeut og ergoterapeut ble trukket frem som en utfordring ved sokkelavdelingen, og ledelsen hadde tatt dette opp internt i kommunen.

Sokkelavdelingen hadde en sansehage med utgang fra den ene av de to skjermede postene. Denne var et tilbud til alle pasientene på avdelingen. Hagen syntes å bli lite brukt utenom sommersesongen, og de ansattes tid til å følge pasienter ut begrenset bruken av hagen noe. Ut over bruk av sansehagen, hadde de ansatte i realiteten ikke mulighet til å gå tur med eller bli med pasientene ut i friluft utenfor sykehjemmet. Hver boenhet hadde en liten hage, men denne var ikke tilrettelagt for rullator som flere av beboerne var avhengige av og ga derfor liten mulighet for bevegelse. Beboere som ønsket å gå tur ut av avdelingen var avhengige av pårørende (se kapittel 6.4.2 *Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger*). Ønsker om å være ute i friluft kan være individuelt, men beboere bør ha en reell mulighet til å tilbringe tid ute daglig.

Avdelingen hadde også et sanserom og et sansebad. Det syntes imidlertid som om disse fasilitetene ble lite brukt i miljøterapi eller for opptrening. På sykehjemmet var det også et svømmebasseng og et

⁵¹ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse, kapittel 4.6.5.3 Innlegging og tilbakehalding, side 47.

⁵² Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). 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.

⁵³ Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) § 3 punkt f).

treningsrom, men ingen av disse var tilgjengelige for pasientene på sokkelavdelingen. Bemanningen på sokkelavdelingen gjorde det også lite sannsynlig at det ville vært anledning til å tilby pasientene disse treningsmulighetene.

Samlet syntes det å være liten grad av individuelt tilpassede aktiviteter for beboerne, begrensede muligheter til å være ute i friluft og manglende tilbud om fysisk aktivitet ved sokkelavdelingen.

Anbefaling: Aktivisering og fysisk aktivitet

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

4.6 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.⁵⁴ Formålet med en slik plan er å dokumentere pasientens funksjonsnivå og behov for hjelp, og ut i fra 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.⁵⁵

Det er en lovpålagt oppgave å føre journal for den enkelte pasient.⁵⁶ 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.⁵⁷ Journalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte, og gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og planlagt helsehjelp.⁵⁸

For å vurdere hvordan sykehjemmet dokumenterte helse- og omsorgstjenestene, innhentet vi tiltaksplaner og utdrag av journal for pasientene som bodde på sokkelavdelingen på besøkstidpunktet. Hver pasient skulle ha en tjenesteansvarlig og en primærkontakt. Tjenesteansvarlig hadde ansvaret for det helhetlige tilbudet til pasientene. Samtlige pasienter på sokkelavdelingen hadde en tiltaksplan. Disse lå i journalsystemet Geric der løpende informasjon om tiltak og hvordan disse ble gjennomført, skulle dokumenteres. Kvaliteten på og omfanget av tiltaksplanene var varierende. Noen var grundige, mens andre hadde svært lite innhold.

I flere tiltaksplaner manglet det enten mål for tiltaket, eller en beskrivelse av hvordan dette skulle oppnås (prosedyrer). Det kunne for eksempel være satt et mål om å «unngå fall og bevare funksjoner

⁵⁴ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41 , avsnitt 18.

⁵⁵ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41 , avsnitt 21.

⁵⁶ Helsepersonelloven § 39.

⁵⁷ Pasientjournalforskriften § 1.

⁵⁸ Helsepersonelloven § 40 jf. pasientjournalforskriften § 4 og §§ 5–8.

så lenge som mulig», uten at det var beskrevet hvordan dette skulle oppnås (se også kapittel 4.3 *Aktivisering og fysisk aktivitet*). I flere tilfeller inneholdt prosedyren kun beskrivelse av pasienten, eller hva som allerede var gjort. Informasjon om hva som skulle gjøres manglet. I en tiltaksplan der det for eksempel var satt et mål om «God nattesøvn og hvile» var prosedyren: «Er vekslende i søvn- og hvilesituasjon. Kan være våken i perioder på natten og sove på dagen. Mulig [xx] snur døgnet.» Dette gjorde at det i svært mange planer var vanskelig å se hva man ville oppnå eller hvordan pasienten skulle følges opp i praksis. På noen punkter var flere av planene mer konkrete og gjennomarbeidede. Det gjaldt for eksempel for personlig hygiene som morgenstell og kveldsstell.

Det var også i flere tilfeller vanskelig å se om tiltaksplanen var fulgt opp. I en prosedyre under tiltaket «Væske og ernæring (Væskeinntak)» stod det for eksempel at personalet skulle «føre inn ml. hver vakt for å følge opp væskeinntak». Det framgikk ikke av journalen om dette var fulgt opp eller hva væskeinntaket var på den enkelte vakt.⁵⁹ Vi kunne heller ikke se av journalen at det skulle føres en ekstern drikkeliste. Vi fant flere tilsvarende eksempler på manglende dokumentasjon av om tiltak faktisk ble gjennomført. Det manglet i stor grad også tidsangivelser i tiltaksplanen og løpende journal. Dette gjorde det vanskelig å se når et tiltak eller en prosedyre var blitt startet opp, videreført og eventuelt avsluttet.

I forbindelse med dokumentgjennomgang kom det fram særlig store mangler i planer og dokumentasjon for én pasient, som blant annet ble påpekt i avvik og av sykehus i forbindelse med at pasienten ble innlagt. Sykehuset fant at tilsendte opplysninger om pasienten fra sykehjemmets journalsystem ikke samsvarte med pasientens tilstand. Pasientens ADL (Activity of Daily Living)-vurdering var ikke blitt oppdatert siden innkomst, selv om det av journal fremkom at pasienten var blitt tydelig dårligere på flere områder.⁶⁰ Hendelsen ble avviksført ved sykehjemmet, der det kom fram at tiltaksplanen var svært mangelfull, og at det ikke var utarbeidet prosedyrer på de fleste av tiltakene. Pasienten hadde da vært på Høyås i omtrent tre måneder.⁶¹ Etter sykehusoppholdet, der det var blitt konstatert at pasienten blant annet var dehydrert og underernært, skulle det føres lister over inntak av drikke og mat. Av journal fremgikk det at lister ble delt ut, men i legejournal noen dager senere fremgikk det at dokumentasjonen i disse var svært mangelfull. I både legejournalen og avvikssystemet ble manglene blant annet knyttet til redusert bemanning og ferieavvikling. Det var i samme periode ført flere avvik som ble knyttet til mangel på personalet generelt og på sykepleiere spesielt, mange ufaglærte og nye ekstravakter på jobb, i tillegg til sykefravær (se også kapittel 4.4 *Bemanning og vikarbruk*).

Ufullstendige tiltaksplaner gjør at det ikke er mulig for ansatte, eller annet helsepersonell, å ha oversikt over pasientens tilstand, behov og hvordan man skal jobbe for å ivareta den enkelte pasient. Mangelfull journalføring gjør det vanskelig å se hvordan pasienten følges opp i det daglige, og om eventuelle tiltak, mål og prosedyrer er fulgt opp.⁶² Manglende eller feil oppfølging og pleie kan få alvorlige konsekvenser for pasientene. Videre vanskeliggjør manglende dokumentasjon etterfølgende kontroll. Stikkordsmessige, svært kortfattede journalnotater og journaler uten struktur

⁵⁹ Undersøkt journalperiode var ca to måneder.

⁶⁰ ADL-vurdering er et utredningsverktøy for helse- og omsorgssektoren som undersøker brukerens funksjon i daglige aktiviteter.

⁶¹ Vedtak om langtidsplass var på plass omtrent en måned før pasientens opphold på sykehus.

⁶² Helsedirektoratet: *Helsepersonelloven med kommentarer*. Kap. 8 Dokumentasjonsplikt (§ 40 Krav til journalens innhold).

og sammenheng er ikke et godt arbeidsverktøy for ansatte og helsepersonell, og kan være i strid med helsepersonelloven § 40.⁶³

Anbefaling: Dokumentasjon i pasientjournal

- Sykehjemmet bør sikre at alle tiltaksplaner inneholder oppdatert informasjon om pasienten, hvilke tiltak som er nødvendige for å kunne gi pasienten den hjelpen vedkommende har krav på, og hvordan tiltakene skal gjennomføres (konkrete prosedyrer).
- Sykehjemmet bør sikre at løpende journal dokumenterer at tiltak og prosedyrer følges opp i det daglige.

4.7 Tilgang til lege

Menneskerettslige rammer

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.⁶⁴

Høyås hadde ikke lege med spesialisering i geriatri eller demens. I Nordre Follo kommune hadde sykehjemmene tilknyttet lege fra avdeling for legetjenester. Legene som var ansatt i kommunen var leger i spesialiseringen. Alle legene var derfor i et pågående utdanningsløp. For å dekke læringsmålene hadde legene en sammensatt arbeidsuke der de arbeidet ved ulike steder i kommunen, avhengig av hvor langt de var kommet og hvilke læringsmål som var innfridd. Kommunen oppga at det var et mål at pasientene på sykehjem skulle ha samme lege i minimum seks måneder.

På besøkstidspunktet var det tre leger som delte legetilsynet på Høyås. På sokkelavdelingen var det fast legetilsyn to dager i uken. Kommunens bemanningsnorm var i henhold til legeforeningens anbefaling fra 2011.⁶⁵ I tillegg skulle en lege med akuttfunksjon være tilgjengelig for alle avdelinger for å ivareta behov som ikke kunne vente til ordinært legetilsyn.

Mange av de som ble intervjuet pekte på kontinuitet i behandlingen som en viktig faktor i arbeidet med pasientene på sokkelavdelingen. Det ble vist til at det var viktig å kjenne og forstå de enkelte pasientene. Dette ble også trukket frem som viktig når det gjaldt medisiner og oppfølging av rutiner og prosedyrer ved legemiddelgjennomgang. Kommunesammenslåingen og covid-19-pandemien hadde skapt særskilte utfordringer for legestabiliteten ved Høyås. På besøkstidspunktet ble det oppgitt at dette hadde bedret seg. Under vårt besøk var det likevel flere kilder som pekte på

⁶³ Helsedirektoratet: *Helsepersonelloven med kommentarer*. Kap. 8 Dokumentasjonsplikt (§ 40 Krav til journalens innhold).

⁶⁴ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, punkt 19. Se også Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie («sykehjemsforskriften») av 14.11.1988 nr. 932) § 3-2 bokstav b

⁶⁵ 1 uke time per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med adferdsproblemer. Se <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/policynotater/2012/flere-leger-i-sykehjemmene-82012-/> (lesedato 27. januar 2021)

at legeordningen, som blant annet medførte relativt hyppige skifter av legene som fulgte opp den enkelte pasient på langtids plass, var en utfordring for kontinuiteten i pasientbehandlingen.

4.8 Bruk av legemidler

Menneskerettslige rammer

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. CPT har understreket at enhver bruk av psykofarmakologiske legemidler må foreskrives av en lege i forkant, og at bruken skal dokumenteres grundig.⁶⁶

På sykehjem utgjør feil bruk av legemidler en risiko for alvorlige pasientskader og dødsfall. Dette kan handle om legemiddelbruken (som overmedisinering), eller feil i forbindelse med selve utdelingen av legemidlene. Risikoen for uheldige konsekvenser av legemidler er høy blant annet på grunn av alder, mange kroniske sykdommer og omfattende legemiddelbruk. Beboere på sykehjem bruker i gjennomsnitt 6-7 faste legemidler.⁶⁷ Noen grupper eldre er særlig utsatt for bivirkninger, som eldre med en demenslidelse.⁶⁸

Et kritisk søkelys har særlig vært rettet mot bruk av psykofarmaka, som antipsykotika og benzodiazepiner, når slike legemidler benyttes for å dempe uro og uønsket atferd som aggresjon ved demens.⁶⁹ Antipsykotiske legemidler har generelt begrenset effekt på atferdsproblemer ved demens, og kan ha alvorlige bivirkninger. 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. Slike legemidler kan også bidra til å øke risikoen for at pasienten kan falle. Miljømessige og psykososiale tiltak rettet mot psykotiske symptomer og aggresjon skal derfor som hovedregel ha vært forsøkt før legemiddelbehandling, med unntak av i krisesituasjoner.⁷⁰ Bruken av psykofarmaka bør derfor kartlegges nærmere av kommunens legetjeneste og sykehjemmet som ledd i systematiske legemiddelgjennomganger.

I forbindelse med besøket hentet vi inn medisinalister for alle beboere ved sokkelavdelingen.

Vår gjennomgang av pasientenes legemiddellister viste at 31 pasientene som bodde på sokkelavdelingen stod 22 på minst ett benzodiazepin-preparat.⁷¹ Av disse hadde de fleste pasientene dette oppført som medisiner de tok fast. 11 av pasientene ved sokkelavdelingen hadde minst ett

⁶⁶ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i helse- og omsorgsinstitusjoner, CPT/Inf(2020)41, avsnitt 22.

⁶⁷ Se bl.a. Riksrevisjonen: *Dokument 3:5 (2018–2019) Rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*, side 72 flg.

⁶⁸ Helsetilsynet, *Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem*, internserien 3/2009, side 3.

⁶⁹ Se bl.a. NOU 2019: 14, *Tvangsbegrensningsloven*, s. 247 og Helsetilsynet, *Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem*, internserien 3/2009, side 3. Sabine Ruths og Jørund Straand, Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? *Tidsskriftet Den norske Legeforening*, nr. 12, 2005; 125.

⁷⁰ Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje om demens*, se kapittel 16, Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

⁷¹ Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk, sjekkliste for legemiddelgjennomgang, oversikt over noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger. Se risikoinformasjon om Benzodiazepiner og liknende sovemidler (z-hypnotika).

antipsykotisk legemiddel på medisinlisten sin. De fleste av disse gikk på medisinene fast. Slike legemidler bør etter helsemyndighetenes råd unngås til pasienter som er over 65 år.

Vår gjennomgang av medisinlistene viste også at flere beboere hadde samtidig bruk av flere typer psykofarmaka, som antipsykotika, antidepressiva og benzodiazepiner.

Ombudsmannen understreker at vi ikke har gått nærmere inn i de medisinske vurderingene som er gjort for den enkelte pasient. Vi har her kun sett på det generelle omfanget, i lys av at dette er medisiner som kan gi alvorlige bivirkninger, eller som frarådes i nasjonale retningslinjer for denne pasientgruppen. Omfattende bruk av slike legemidler utgjør en generell risiko for at beboere på sykehjem utsettes for atferdsregulering ved hjelp av medisiner i strid med menneskerettslige standarder.

5 Beskyttelse og trygghet

Menneskerettslige rammer

Beboere på sykehjem har rett til beskyttelse mot integritetskrenkelser.⁷² De skal beskyttes mot vold, overgrep og omsorgssvikt.⁷³ Vold og overgrep på institusjoner kan både skje mellom beboere og mellom beboere og ansatte.⁷⁴ Personer som jobber med eldre bør ha kunnskap om hvordan vold og overgrep kan oppdages, rapporteres og håndteres.⁷⁵ 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.⁷⁶ Tilstrekkelig bemanning bør sikres til enhver tid, og det bør iverksettes tiltak for å beskytte særlig sårbare beboere.⁷⁷ Ansatte bør gis støtte og veiledning slik at de kan opprettholde kvaliteten i sitt arbeid.⁷⁸

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

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.⁷⁹

Studier viser at også krenkende atferd fra ansatte skjer. Det ble funnet lave tall for de mest alvorlige handlingene som fysisk vold og seksuelle overgrep, mens funn pekte i retning av at handlinger som forsømmelser, kjefting og usynliggjøring ikke er uvanlig.⁸⁰

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.⁸¹

5.1 Rutiner og tiltak for forebygging av vold

Det ble ikke gjort funn som tilsa at beboere ved Høyås var blitt utsatt for alvorlig vold eller overgrep. De fleste pårørende vi snakket med fortalte at de og beboeren følte seg godt ivaretatt på sykehjemmet.

⁷² Grunnloven § 102 andre ledd, EMK artikkel 3 og 8.

⁷³ 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.

⁷⁴ Se blant annet CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 4 og 5.

⁷⁵ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁷⁶ Europarådets anbefaling 2014, artikkel 18.

⁷⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 5.

⁷⁸ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17.

⁷⁹ Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. et al. (2020) *Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study*. BMC Geriatrics 20, 222.

⁸⁰ 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.

⁸¹ Malmedal, W. (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, 2013. Doctoral thesis, side 85.

Det ble imidlertid funnet noen avviksmeldinger som viste til at beboere hadde fått blåmerker som ikke var forklart i journal eller blåmerker som ble knyttet til hard håndtering i stellesituasjoner (se kapittel 6.4.1 *Helsehjelp og pleie ved motstand*). Det kom også fram at det hadde vært tilfeller der enkelte pasienter var truende overfor andre pasienter og ansatte, på en måte som hadde skapt utrygghet både hos pårørende, enkelte beboere og ansatte. Pasienter som ble oppfattet som truende hadde blant annet i noen tilfeller tatt seg inn på andre beboeres rom. Pasientrommet er beboernes private sfære og skal føles trygt. Uønsket besøk kan oppleves traumatisk selv om det i mange tilfeller skyldes desorientering eller «vandring», særlig for pasienter som selv er ute av stand til å si i fra eller tilkalle hjelp i slike tilfeller.

Da besøket fant sted var det fremdeles pågående arbeid med å samordne rutiner for Nordre Follo kommune fra de to tidligere kommunene Oppegård og Ski. Dette gjaldt blant annet rutiner for forebygging av vold.

Det kom frem under besøket at de ansatte ikke hadde fått systematisk opplæring i hvordan de skulle forebygge og håndtere utfordrende atferd, selv om de ofte stod i situasjoner med pasienter som var utagerende. Det ble vist til at ansatte ved andre sykehjem i kommunen hadde mer systematisk opplæring i teknikker for forebygging og håndtering av vold og aggresjon.

Opplæring i skånsomme holdeteknikker der maktbruk er strengt nødvendig er særlig viktig for å hindre pasientskader. Slik opplæring skal gi ansatte god kompetanse i samsvar med menneskerettslige standarder.⁸²

Ombudsmannen forutsetter at kommunen sikrer at gode prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte på sykehjem er godt kjent for alle ansatte. Det er spesielt viktig at ledelsen jevnlig sikrer at ansatte har god kunnskap om hva de skal gjøre for å ivareta pasientenes rett til beskyttelse mot krenkelser.

Anbefaling: Rutiner og tiltak for forebygging av vold

- Kommunen bør sikre at det er på plass gode prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte, og sørge for at disse er godt kjent for alle ansatte.
- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har opplæring i hvordan de skal forebygge og håndtere utfordrende atferd.

⁸² CPTs anbefalinger om personer som fratras friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 27 med videre henvisninger.

5.2 Trygge ansatte

Å jobbe på sykehjem kan være krevende, og å jobbe på en demensavdeling innebærer en rekke tilleggsutfordringer. Flere ansatte oppga å ha opplevd fysisk vold som klyp, spark eller slag, og negative tilrop. Arbeidshverdagen til ansatte ved sokkelavdelingen hadde i perioder vært preget av pasienter med svært utagerende atferd. Det var tydelig at ansatte ble påvirket av dette. Mange oppga at de kunne snakke med kollegaer, men mer alvorlige hendelser og lange perioder med krevende pasienter krever også en systematisk oppfølging fra ledelsen. Det kom fram at de ansatte i varierende grad ble ivaretatt eller fikk oppfølging dersom det oppstod alvorlige hendelser på jobb, og at det ikke var noen systematikk i dette arbeidet. Det kom også frem at det i liten grad var kapasitet til å veilede og gi de ansatte den psykososiale oppfølging flere gav uttrykk for at de hadde behov for.

For å kunne gi pasientene forsvarlig pleie over tid er det viktig at ansatte føler seg trygge på jobb, opplever psykososial støtte og har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å ivareta egen sikkerhet.

Anbefaling: Trygge ansatte

- 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.⁸³

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.⁸⁴ 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.⁸⁵ 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.⁸⁶ Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og samtidig forebygge og begrense bruken av tvang.⁸⁷

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.⁸⁸ Formålet med tillitsskapende tiltak er å forebygge og redusere bruk av tvang.⁸⁹

Der pasienten, til tross for tillitsskapende tiltak opprettholder sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.⁹⁰ Tiltaket må etter en helhetsvurdering framtre som den klart beste løsningen for pasienten.

⁸³ 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.

⁸⁴ CRPD artikkel 12 jf. 25, Europarådets anbefaling 2014, nr. 36-43

⁸⁵ EMK artikkel 5 nr.1 e og artikkel 8.

⁸⁶ Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke er regulert av psykisk helsevernloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 andre ledd.

⁸⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4A-1.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1.

⁹⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre og tredje ledd.

Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan vedtak om helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand.⁹¹ 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.⁹²

Slike tvangsvedtak skal treffes av helsepersonell som har ansvar for helsehjelpen, og kan treffes for inntil ett år av gangen.⁹³ 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.⁹⁴ 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.⁹⁵

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.⁹⁶ Ansatte bør også lære alternative metoder for å forebygge tvangsbruk, inkludert deeskaleringsteknikker.⁹⁷

6.1 Oversikt over tvangsvedtak ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter

I forbindelse med besøket ba vi om oversikt over vedtak om bruk av tvang etter kapittel 4A ved sokkelavdelingen på Høyås i perioden januar 2019 til oktober 2020. Vi hentet inn vedtak fra sykehjemmet og vedtak innkommet og behandlet i samme periode fra Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) i Oslo og Viken. Fra både Statsforvalteren og sykehjemmet fikk vi tilsendt vedtak fattet ved hele sykehjemmet i 2019 og 2020. Etter gjennomgang av oversendelsene fant vi at det i denne perioden var fattet to vedtak om bruk av tvang etter kapittel 4A ved sokkelavdelingen på Høyås.

Vedtakene gjaldt fotpleie og tannpleie. Begge vedtakene var blitt opphevet av Statsforvalteren på grunn av flere feil og mangler. Ingen av vedtakene var signert av den som var ansvarlig for helsehjelpen og de manglet dokumentasjon på at den ansvarlige for helsehjelpen hadde samrådd seg med annet kvalifisert helsepersonell. I tillegg var begge vedtakene feildatert og det ene manglet en helhetsvurdering av helsehjelpen (om helsehjelpen fremstod som den klart beste løsningen for pasienten) og en vurdering av forholdsmessigheten av tiltaket.

⁹¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 første ledd.

⁹² 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.

⁹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd.

⁹⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd.

⁹⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-6 – 4A-10.

⁹⁶ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 17

⁹⁷ CPTs anbefalinger om personer som fratas friheten i omsorgsinstitusjoner. CPT/Inf(2020) 41, avsnitt 27.

I Statsforvalterens opphevelser av de to vedtakene ble det understreket at dersom det fortsatt var behov for helsehjelp og pasienten opprettholdt sin motstand, måtte det fattes nytt vedtak.

Det kom fram at sykehjemmet ikke hadde et system for kvalitetssikring av vedtak før de ble sendt til Statsforvalteren. Virksomhetsleder mottok kun vedtakene til orientering og ikke som en del av en kvalitetssikring. Det manglet også rutiner for oppfølging dersom vedtak ble opphevet.

Anbefaling: Oversikt over tvangsbruk

- Sykehjemmet bør etablere et system for intern kvalitetssikring av tvangsvedtak.

6.2 Kommunens kontroll og oppfølging

Kopi av alle tvangsvedtak skal etter loven også sendes til den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen i hele kommunen.⁹⁸ Lovverket forutsetter at kommunen skal ha en faglig overordnet ansvarlig for tvungen helsehjelp. Dette sikrer at kommunen underrettes om alle vedtak og slik kan se helheten og vurdere utviklingen i tvangsbruk, over tid og på tvers av virksomhetene i kommunen.

Nordre Follo kommune hadde ikke utnevnt noen overordnet faglig ansvarlig for bruk av tvang etter kapittel 4A. Ingen av dem vi snakket med hadde kjennskap til denne funksjonen. I følge Statsforvalteren i Oslo og Viken varierte det hvem i kommunen sykehjemmene satte i kopi ved oversendelse av vedtak. Det hadde blant annet skjedd at sykehjemmets virksomhetsleder var blitt satt som overordnet faglig ansvarlig, og i et av vedtakene som var fattet ved sokkelavdelingen fant vi at avdelingsleder var satt opp som overordnet faglig ansvarlig.

Dette innebærer at Nordre Follo kommune manglet oversikt over bruken av tvungen helsehjelp på sykehjemmene i kommunen. En slik mangel svekker kommunens mulighet til å evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift. Kommunen vil heller ikke få kunnskap om eventuelle ubegrunnede forskjeller mellom sykehjemmene i kommunen. Her gjør vi blant annet oppmerksom på at våre funn viser at det ble gitt helsehjelp til beboere på Høyås som hadde motsatt seg dette uten at det ble truffet vedtak slik loven krever. Det lave antallet tvangsvedtak og Statsforvalterens oppheving av disse, kunne ha gitt kommunen grunnlag for å undersøke nærmere om sykehjemmets praksis var i tråd med regelverket (se kapittel 6.4 *Tvungen helsehjelp uten vedtak*).

Anbefaling: Kommunenes kontroll og oppfølging

- Kommunen bør utnevne en overordnet faglig ansvarlig for å sikre oversikt over og kvalitetssikring av tvangsbruk på sykehjem i kommunen.

⁹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven . § 4A-6 Se også Ot. prp. nr. 64 (2005-2006)), *Om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova*, s. 59 og Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), side 118. Se kommentarer til § 4A-6.

6.3 Kunnskap om bruk av tvungen helsehjelp

Flere tilsynsrapporter og evalueringer har dokumentert manglende kunnskaper blant helsepersonell i Norge om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.⁹⁹

Det er kommunens ansvar å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.¹⁰⁰ Dersom vilkårene er oppfylt, må det treffes et enkeltvedtak med begrunnelse. Helsepersonalet må derfor ha kunnskap om hvordan enkeltvedtak utformes.

Reglene for begrunnelse av enkeltvedtak følger av forvaltningsloven og ulovfestet rett.¹⁰¹ Kravet til begrunnelsens innhold skjerpes for vedtak av inngripende karakter, slik som tvungen helsehjelp.¹⁰² Begrunnelsen må være tilstrekkelig til å avgjøre om lovens vilkår er oppfylt og til å kunne etterprøve vedtaket.¹⁰³ Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte.

Nordre Follo kommune hadde skriftlige prosedyrer for å fatte vedtak om tvungen helsehjelp, blant annet et skjema for vurdering av samtykkekompetanse. Prosedyrene var lite kjent blant ansatte.

Av dokumentasjonen som ble oversendt ved gjennomføringen av besøket, herunder opplæringsplaner, fremgikk det ikke at det var gitt opplæring i regelverket om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A ved sykehjemmet i 2019 og 2020. I forbindelse med besøket fra Sivilombudsmannen ble det satt opp et kurs på en times varighet. Kurset ble holdt av fagutviklingssykepleier. I tillegg hadde flere ansatte i samme tidsrom fått tilsendt lenke til et e-læringskurs om temaet i regi av Norsk Helseinformatikk (NHI).

I samtaler med oss reflekterte mange av de ansatte rundt bruk av tvang, og hvordan tvang kan unngås. Hovedinntrykket var likevel at det var stor usikkerhet blant ansatte om og mangel på opplæring i bruk av tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Dette gjaldt blant annet hva som skulle regnes som tvang, i hvilke situasjoner det var hjemmel for å bruke tvang og når det skulle fattes vedtak om bruk av tvang. Det var også usikkerhet om hvem som hadde ansvaret dersom et vedtak skulle fattes, hvordan et tvangsvedtak skulle utformes og hvem som skulle godkjenne det. Både ansatte og ledelse oppfattet det som komplisert og tidkrevende å fatte vedtak (se kapittel 6.1 *Oversikt over tvangsbruk ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter*).

Det var en utbredt oppfatning at man måtte søke Statsforvalteren om å få et tvangsvedtak godkjent. Dette er en kjent misforståelse.¹⁰⁴ Vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A skal ikke godkjennes av

⁹⁹ Se bl.a. Statens helsetilsyn (2013) *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*. Oslo: Helsetilsynet. og tilgjengelige tilsynsrapporter fra landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporter tilgjengelig her: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/> (lesedato 18.03.21).

¹⁰⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6f og 7b.

¹⁰¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9 og forvaltningsloven §§ 24 og 25.

¹⁰² Se Høyesteretts dommer Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 (Gausi), og Rt. 2000 s. 1066 (Skotta).

¹⁰³ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), se kommentarer til § 4A-5.

¹⁰⁴ Se for eksempel orientering fra Statsforvalteren i Vestland om denne misforståelsen: «*Vedtak etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A er ikkje søknadspliktige*». <https://www.fylkesmannen.no/nb/vestland/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/vedtak-etter-pasient--og-brukarrettslova-kapittel-4a-er-ikkje-soknadspliktige/> (lesedato 8. mars 2021).

Statsforvalteren, men denne skal motta kopi av vedtaket og har myndighet til å oppheve vedtak som ikke møter lovens krav.

Manglende kunnskap om reglene for bruk av tvang utgjør en høy risiko for at beboere utsettes for ulovlig tvang, fordi vilkårene for å bruke tvang ikke er oppfylt, eller fordi bruken av tvang ikke er dokumentert i et nedtegnet vedtak. Kunnskap om vilkårene for å kunne bruke tvang er avgjørende for å sikre at det gjøres riktige vurderinger av blant annet samtykkekompetanse, nødvendighet og forholdsmessighet.

Mangel på kunnskap om regelverket kan også hindre forebygging av tvang og bruk av tillitsskapende tiltak, slik regelverket krever. Videre utgjør det en risiko for at ansatte unnlater å gi pasientene nødvendig helsehjelp.

Anbefaling: Kunnskap om tvungen helsehjelp

- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har god kompetanse i vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp (kapittel 4A), inkludert praktisk kompetanse i å skrive tvangsvedtak for de som skal kunne gjøre dette.
- Kommunen og sykehjemmet bør sikre at det regelmessig gis opplæring til ansatte om vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp.
- Kommunen og virksomheten bør sikre at alle ansatte er kjent med ansvarsfordeling og oppgaver ved bruk av tvungen helsehjelp.

6.4 Tvungen helsehjelp uten vedtak

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 første ledd fastsetter at vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan treffes for inntil ett år av gangen. All helsehjelp som gis ved bruk av tvang eller andre tiltak for å omgå motstand fra pasienten, må tilfredsstillende vilkårene i kapittel 4A og vurderingene må nedtegnes i et vedtak. Ombudsmannen understreker at det ikke er satt noen nedre terskel i tid for når det skal treffes vedtak. Også kortvarige tvangstiltak skal vedtaksføres og ikke kun dokumenteres i pasientens journal.¹⁰⁵

Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen som skal treffe et enkeltvedtak.¹⁰⁶ I tilfeller der det er tidsnød, kan vedtaket treffes muntlig av den som er ansvarlig for helsehjelpen, men det skal nedtegnes så snart som mulig og underretning med begrunnelse for tiltaket gis til pasienten og dennes nærmeste pårørende.

Samtykkekompetanse skal vurderes konkret ut fra den helsehjelpen som skal gis.¹⁰⁷ Selv om en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse når det gjelder innleggelse, kan vedkommende likevel være samtykkekompetent når det gjelder andre tiltak. Den enkeltes samtykkekompetanse kan også variere over tid. Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke skal gjøres så gode som mulig.¹⁰⁸ Det var ingen systematikk i vurderinger av samtykkekompetanse. Selv om målgruppen til sokkelavdelingen var pasienter med demens, medfører ikke det nødvendigvis at alle mangler samtykkekompetanse i alle situasjoner. Sivilombudsmannen understreker at personer som har samtykkekompetanse, beholder sin rett til å nekte å motta helsehjelp.

Funn fra besøket viste at det var blitt utøvd tvang uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever. Våre funn tyder på at en av årsakene kan være lav kunnskap og manglende systematisk oppæring om lovverket som regulerer tvungen helsehjelp. Dette samsvarer med funn fra en rekke tilsyn ved sykehjem.¹⁰⁹

Flere av våre funn syntes å være forårsaket av en misforståelse om at regelverk om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ikke regulerer helt kortvarig tvangsbruk, og at regelverket kun er laget for å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som har utfordringer av mer langvarig, vedvarende karakter. For enkelte syntes 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.

Manglende vedtaksføring skaper en klar risiko for at pasienter utsettes for tvang som ikke oppfyller lovens vilkår. En videre konsekvens er at tvangsbruk underrapporteres.¹¹⁰ Underrapportering av

¹⁰⁵ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), side 118. Se kommentarer til § 4A-5.

¹⁰⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-9.

¹⁰⁷ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), se kommentarer til § 4-3.

¹⁰⁸ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), se kommentar til § 4-3.

¹⁰⁹ Se bl.a. Statens helsetilsyn (2013) *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*, og tilgjengelige tilsynsrapporter fra landsomfattende tilsyn 2020 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporter tilgjengelig her: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/> (lesedato 18.03.21).

¹¹⁰ Dette er en utfordring som antas å være sentral i sykehjemssektoren, se Oxford Research (2013) *Evalueringsrapport av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A*. Kristiansand: Oxford Research..

tvang hindrer både sykehjemmets og kommunens oversikt over og kontroll med tvangsbruken. Denne mangelen på oversikt utgjør en risiko for at årsakssammenhenger ikke blir avdekket og kan derfor hindre sykehjemmets og kommunens arbeid med systematisk forebygging av tvang.

Når bruk av tvang ikke vedtaksføres og dokumenteres tilstrekkelig svekkes også rettssikkerheten til pasientene. Manglende vedtaksføring kan også innebære at pårørende ikke får informasjon om tvangsbruken og at pasienten og pårørende blir fratatt muligheten til å klage eller uttale seg, og å få beslutningen overprøvet av Statsforvalteren.¹¹¹

6.4.1 Helsehjelp og pleie ved motstand

De ansatte så ut til å bruke mye tid på motivasjonsarbeid og tillitsskapende tiltak for at stell og pleie skulle foregå frivillig. For eksempel byttet de personale, og brukte samtale og sang for å oppnå frivillighet. Funn fra besøket viste likevel at det var blitt gitt helsehjelp til pasienter som motsatte seg det, uten at det ble truffet vedtak om dette slik loven krever.

Vi fant at pasienter i flere tilfeller var blitt holdt under stell eller ved gjennomføring av annen helsehjelp. Dette kom fram av både skriftlige og muntlige kilder. I enkelte nedtegnelser var det indikasjoner på at pasienten hadde utvist kraftig motand eller at personalet hadde håndtert vedkommende hardt. I to avvik ført i perioden juni til oktober 2020 kom det fram at pasienter hadde fått blåmerker etter hard håndtering i stellesituasjoner.

Det kom også fram at en pasient hadde fått satt veneflon med antibiotika i en situasjon der ansatte beskrev at pasienten «kjempet imot» på en slik måte at det måtte gjøres gjentakende forsøk. Videre kom det fram at en pasient hadde fått gjennomført «blæreskylling med motstand». I intervjuer med ansatte og pårørende ble liknende eksempler nevnt, blant annet at en pasient hadde blitt holdt hardt for å få gjennomført en koronatest. Det var også en utbredt oppfatning blant ansatte om at ansatte kunne holde fast pasienter for å vask ved uhell med avføring og urin, eller å bruke flere pleiere for å holde fast under stell dersom en pasient slo eller sparket, uten at det skulle fattes vedtak etter kapittel 4A. Enkelte ansatte viste til at samtykke fra pårørende var nødvendig i slike situasjoner.

I tillegg fant vi en rekke situasjoner der beskrivelsene i journalen var så knappe at det var vanskelig å vurdere nødvendigheten, graden av motstand som ble utvist og hvilke tillitsskapende tiltak som var gjennomført for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Dette gjaldt både stellesituasjoner og situasjoner der det fremstod som at medisiner var blitt skjult i mat. I en journal stod det for eksempel: «Pasient fikk 5mg. sobril i knust form på brødiskive siden hun nektet å ta tablett (...) Gitt ønsket effekt», i en annen stod det «Det er veldig vanskelig å gi medisin til ham. Knuste medisin og blandet med syltetøy». Det var ikke nærmere beskrevet om pasienten var blitt informert om at medisinen ble gitt i maten, eller om vanskene bestod i at pasienten viste motstand mot å ta medisinen. Flere av intervjuene bidro til bekymring for at pasienter ble gitt medisin skjult i maten for å overvinne motstand.

Det at medisiner gis uten samtykke ved å skjules i maten, er å regne som tvangsmedisinering. Det er bare adgang til å gi legemidler som er skjult for pasienten når alternativet er mer belastende for pasienten enn den krenkelse som den skjulte medisineringen representerer, og dersom vilkårene for tvangsmedisinering er til stede.¹¹² Det skal i så fall fattes et tvangsvedtak.

¹¹¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-6.

¹¹² Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), se kommentar til § 4A-4.

Det kom også fram at det i noen tilfeller var innhentet samtykke fra pårørende for bruk av belte i rullestol ved behov. Selv om det så ut til å være bevissthet om at belte ikke skulle brukes dersom pasientene viste motstand, er det viktig å understreke at en godkjenning fra pårørende ikke er tilstrekkelig grunnlag for å bruke tvang. Også ved andre former for tvang viste noen til samtykke fra pårørende. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og har motsatt seg nødvendig helsehjelp skal helsepersonell involvere pårørende, men det skal også fattes et formelt vedtak.¹¹³

Bruk av tvang kan være velbegrunnet og nødvendig, men må dokumenteres og det må fattes vedtak der det er påkrevet. Det fremstod som at praksisen ved Høyås i stor grad handlet om manglende kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, blant annet en misforståelse om at regelverket kun var laget for å gi helsehjelp av mer langvarig, vedvarende karakter, eller at situasjoner der det var «behov for å håndtere situasjonen der og da» gjorde at man ikke kunne ta seg tid til å vente for å fatte et vedtak.

Samlet fant vi at det i en rekke situasjoner ble gjennomført helsehjelp og pleie i situasjoner der pasientene viste motstand uten at det var fattet lovlig vedtak. At slik lovstridig praksis forekommer, viser hvor viktig det er med systematisk kontroll og oppfølging for å kunne fange opp utfordringer med sykehjemmenes praktisering av tvangsreglene. Vi peker her blant annet på at Nordre Follo kommune manglet en overordnet faglig ansvarlig for bruk av tvang etter kapittel 4A (se kapittel 6.2 *Kommunens kontroll og oppfølging*).

Anbefaling: Helsehjelp og pleie ved motstand

- Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at helsehjelp og pleie ikke gis med tvang uten at det er fattet lovlig vedtak om dette.

6.4.2 Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

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.¹¹⁴ For at tilbakeholdelsen skal være lovlig, må det foretas en konkret vurdering av om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt for den enkelte pasienten.

I perioden januar 2019 til oktober 2020 var det ikke fattet noen vedtak om tilbakeholdelse ved sokkelavdelingen på Høyås. Sykehjemmets praksis skapte risiko for at flere beboere ble holdt tilbake uten vurderinger av om vilkårene var oppfylt og uten at det ble truffet vedtak.

På besøkstidspunktet var hoveddøren ut av sykehjemmet låst. På dagtid kunne den åpnes fra innsiden ved å trykke på en knapp, men etter vanlig arbeidstid kunne den bare åpnes med nøkkelkort. Det ble understreket at døren var stengt som et smitteverntiltak under pandemien. Det ble oppgitt at ytterdøren normalt var åpen på dagtid og åpnet seg automatisk av sensor.

For beboerne på sokkelavdelingen var det likevel vanskelig å forlate sykehjemmet uten hjelp av ansatte eller pårørende, også under normale omstendigheter. Dette kom til uttrykk på flere måter. Sokkelavdelingen lå i byggets underetasje og for å komme til hovedinngangen måtte beboerne benytte enten trapp eller heis. Trappen var sperret med en grind. Denne var satt opp for å forebygge

¹¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § § 3-1, 3-3, 4A-5 og 4A-6.

¹¹⁴ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, side 47.

at beboerne falt i trappen, men hindret dem i realiteten også fra å gå opp til utgangsetasjen. I tillegg var knappen for å tilkalle heisen dekket over med et ark for å gjøre det vanskeligere for beboerne å ta heisen.

Beboernes reelle mulighet til å bevege seg utenfor sykehjemmet var dermed i stor grad avhengig av ansatte. Personalets praktiske muligheter til å bli med beboere utenfor sykehjemmet fremsto som svært begrenset (se kapittel 4.5 *Aktivisering og fysisk aktivitet*).

Det kom også frem at enkelte av boenhetene kort tid før besøket tidvis hadde hatt låste dører. Dette gjorde at beboerne heller ikke fritt kunne bruke fellesområdet som lå mellom boenhetene. Dette var blant annet begrunnet med at ansatte ikke alltid hadde tid til å følge opp beboerne dersom de forlot boenheten. Det ble blant annet vist til faren for at ansatte ikke oppdaget det dersom pasienten falt i deler av fellesområdet som de ansatte ikke hadde oversikt over.

All begrensning i bevegelsesfriheten må begrunnes konkret og individuelt overfor den enkelte beboer. Det kan for eksempel ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst.¹¹⁵

Det sentrale i begrepet «tilbakeholdelse» er om pasienten blir hindret i å forlate institusjonen. 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.¹¹⁶ Dersom utgangshindrende tiltak likevel 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. Dersom det ikke lar seg gjøre, må man finne andre måter å holde den aktuelle beboeren tilbake på, for eksempel tettere oppfølging fra personalet.

Reglene gjelder også for situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til å yte fysisk motstand mot å være på institusjonen, men på annet vis uttrykker at vedkommende ikke vil være der.¹¹⁷ Dersom en situasjon oppstår uten forvarsel og tillitsskapende tiltak ikke fører fram, må vedtaket treffes muntlig og nedtegnes så snart som mulig.

Samlet sett viser våre funn at sykehjemmets bemanning og utgangsbegrensninger gir risiko for at beboere hindres i å forlate sykehjemmet uten at lovens vilkår er oppfylt. Dette kan medføre brudd på beboernes rett til vern mot vilkårlig frihetsberøvelse og rett til vern om personlig integritet.¹¹⁸ Det er avgjørende at sykehjemmet sikrer en høy bevissthet om de enkelte beboers helsetilstand og funksjonsnivå og vurderer hvordan det kan etableres rutiner som legger til rette for at beboernes rett til utgang respekteres fullt ut. Ombudsmannen understreker at bemanningsutfordringer ikke er lovlig grunnlag for tilbakeholdelse.¹¹⁹

Ombudsmannen vil også minne om at før vedtak om tilbakeholdelse fattes, skal andre tillitsskapende tiltak være forsøkt. Når en beboer er rastløs, går mye rundt eller ønsker å forlate institusjonen, kan

¹¹⁵ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), kommentar til §4A-4.

¹¹⁶ Ot.prp. nr. 64 (2005–2006), Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, side 47.

¹¹⁷ Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. januar 2021), kommentar til §4A-4.

¹¹⁸ Grunnloven §§ 94 og 102 samt EMK artikkel 5 nr. 1 e og artikkel 8.

¹¹⁹ Ot. prp. nr. 64 (2005–2006), Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, side 30 og Innst. O nr. 11 (2006–2007), Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, side 10.

dette skyldes dårlig tilrettelagt miljø eller mangel på meningsfull aktivitet, for eksempel for lite mosjon og frisk luft (se kap 4.5 *Aktivisering og fysisk aktivitet*).¹²⁰

Anbefaling: Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

- Sykehjemmet bør sikre at pasienters bevegelsesfrihet ikke begrenses i større grad enn det regelverket gir adgang til.

6.4.3 Bruk av sensoralarm

Gjennomgang av tiltaksplaner ved sokkelavdelingen viste at det var brukt sensoralarm for 24 av 31 pasienter. Det var ikke fattet vedtak for noen av pasientene. Det fremgikk heller ikke fra dokumentasjonen om alarmene ble brukt med pasientenes samtykke, om pasientene var informert eller hvilke vurderinger som var gjort.

Bruk av denne typen tekniske innretninger krever at vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven er oppfylt. Dersom pasienten motsetter seg tiltaket, må vilkårene i lovens kapittel 4A være oppfylt (vilkårene er gjengitt over). Denne typen varslingsteknologi er vurdert å være så inngripende at de krav som er fastsatt i lovens § 4-6A må være oppfylt selv om pasienten ikke motsetter seg tiltaket. Det er krav om at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten og være i pasientens interesse. Bruk av slik teknologi må fremstå som det minst inngripende alternativet, og det må være sannsynliggjort at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Også i disse tilfellene skal det treffes enkeltvedtak med begrunnelse som dokumenterer at vilkårene er oppfylt.¹²¹

Anbefaling: Bruk av sensoralarm

- Sykehjemmet bør sikre at lokaliserings- og varslingsteknologi kun brukes når det er fattet lovlig vedtak om dette.

¹²⁰ Ot.prp. nr. 64 (2005—2006), *Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova*, side 47.

¹²¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6A kommer til anvendelse ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse og som ikke motsetter seg tiltaket.

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

