



UNIVERSITETET
I OSLO



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Nasjonalt senter for aldring og helse og
Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo (UiO)

Kartlegging av tvungen helsehjelp ved sykehjem i Oslo

Rapport på oppdrag fra Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for helse,
eldre og innbyggertjenester, februar 2023

Øyvind Kirkevold

Anne Kari Tolo Heggstad

Reidar Pedersen

Nasjonalt senter for aldring og helse

Senter for medisinsk etikk, UiO

Senter for medisinsk etikk, UiO

Innholdsfortegnelse

Forord	3
1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Tvangshjemlene for helse- og omsorgstjenestene	5
1.3 Tidligere forskning om bruk av tvang i sykehjem i Norge	6
1.4 Pasient eller beboer – begrepsbruk	7
2 Mål og forskningsspørsmål	8
2.1 Den kvantitative delen	8
2.2 Den kvalitative delen	8
3 Metode	10
3.1 Den kvantitative delen av studien	10
3.1.1 Utvikling og beskrivelse av skjema	10
3.1.2 Utvelgelse av sykehjemsavdelinger	10
3.1.3 Datainnsamling	11
3.1.4 Analyser	12
3.1.5 Sammenfatning av erfaringer i forbindelse med kartleggingen	12
3.2 Den kvalitative delen av undersøkelsen	13
3.2.1 Rekruttering av deltakere	13
3.2.2 Intervjuer	14
3.2.3 Analyse	14
3.3 Forskningsetikk	14
4 Resultater	16
4.1 Resultater fra den kvantitative delen av undersøkelsen	16
4.1.1 Vedtak om bruk av tvang og omfanget av tvungen helsehjelp	17
4.1.2 Resultat av screening	18
4.1.3 Mer detaljert om tvungen helsehjelp	19
4.1.4 Anslag om omfanget av tvungen helsehjelp i helse Oslo kommune	21
4.1.5 Utelatt helsehjelp	21
4.2 Resultater fra den kvalitative delen av undersøkelsen	23
4.2.1 Generelle funn knyttet til tvungen helsehjelp	23
4.2.2 De viktigste grunnene for at vedtak ikke fattes ved tvungen helsehjelp	24

4.2.3	De viktigste grunnene til at helsehjelp ikke blir gitt	26
4.2.4	De viktigste grunnene til at det blir brukt tvang som kunne vært unngått?	27
4.2.5	Forbedringstiltak.....	28
5	Diskusjon.....	30
5.1	Tvungen helsehjelp	30
5.1.1	Tillitsskapende tiltak og gråsonetvang.....	32
5.1.2	Låste dører	32
5.1.3	Andre bevegelseshindrende tiltak enn låst dør	33
5.1.4	Utelatt helsehjelp	34
5.2	Er resultatene å stole på? – En metodediskusjon.....	34
6	Anbefalinger	37
7	Oppsummering	39
8	Referanser	40

Forord

Våren 2022 lyste Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester ut et anbud på å kartlegge tvungen helsehjelp ved sykehjem i Oslo kommune. Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo (UiO) og Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse) er begge institusjoner som tidligere har gjennomført forskningsprosjekter om bruk av tvungen helsehjelp i sykehjem samt problemstillinger knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, men med noe forskjellige tilnærminger. SME har jobbet mest med kvalitativ tilnærming og Aldring og helse med kvantitative studier på dette området. Det var derfor naturlig at disse to institusjonene samarbeidet om å gi et anbud til Oslo kommune. I september 2022 ble det inngått avtale med Oslo kommune. Kartleggingen og intervjuene i denne rapporten er gjennomført i perioden september–desember 2022.

Dette er den første større kartleggingen av tvungen helsehjelp i sykehjem siden 2012 og første gang det er brukt et kartleggingsverktøy tilpasset kapittel 4A. Resultatene tyder på at det er noe mindre bruk av tvungen helsehjelp nå enn tidligere, men at det fortsatt er en del utfordringer. Rapporten peker på hva som er de største utfordringene og gir antydninger til hva som må gjøres for å få til forbedringer.

Ved å ta initiativ, finansiere og tilrettelegge for kartlegging av tvungen helsehjelp i sykehjem har Oslo kommune gitt et stort bidrag til å belyse et viktig område i norsk eldreomsorg. Kunnskapen som foreliggende rapport gir, kan også peke videre på hvilke kunnskapshull vi har om tvungen helsehjelp i sykehjem og om hvordan kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven håndteres i norske sykehjem.

Takk til Elisabeth Gjerberg og Lillian Lillemoen som gjorde en stor jobb med å gjennomføre de kvalitative intervjuene og til Ingeborg Halse, Kariann Krohne, Marit Mjørud og Signe Tretteteig som har gjort den kvantitative datainnsamlingen.

Vi vil takke Oslo kommune for oppdraget og sykehjemmene og de ansatte som har deltatt i kartleggingsarbeidet og i intervjuene.

Oslo/Hamar februar 2023

Øyvind Kirkevold	Nasjonalt senter for aldring og helse
Anne Kari Tolo Heggstad	Senter for medisinsk etikk, UiO
Reidar Pedersen	Senter for medisinsk etikk, UiO

1 Innledning

Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester ønsker å kartlegge tvungen helsehjelp ved sykehjem i Oslo.

1.1 Bakgrunn

I 2009 ble kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) innført i hele helsetjenesten – dvs. både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester - for å begrense tvangsbruk og samtidig sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Både i utviklingen av disse lovhjemlene og etter innføringen har det vært et særlig fokus på tvungen helsehjelp i sykehjem, jf. ulike tilsyn om tvungen helsehjelp på sykehjem, og besøk gjennomført av Sivilombudet på sykehjem som et ledd i arbeidet med å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling på steder der noen er, eller kan være, fratatt friheten. Tvungen helsehjelp for psykiske lidelser hjemles som tidligere etter psykisk helsevernloven. Der skal bruk av tvang i all hovedsak skje innenfor spesialisthelsetjenesten.

Sykehjemsetaten i Oslo har siden 2014 ført statistikk på antallet formelle tvangsvedtak som er fattet med hjemmel i kapittel 4A ved sykehjemmene i Oslo. Rapporter fra tilsynsmyndighetene og forskning tilsier imidlertid at statistikk om formelle tvangsvedtak ikke gir et riktig bilde av det reelle omfanget av den tvang som ytes ved sykehjem (Gangnes, 2021; Pedersen et al., 2013). Det er for eksempel mye som tyder på at det forekommer situasjoner der det er grunnlag for å yte tvungen helsehjelp etter kapittel 4A der det ikke fattes vedtak. Det er også slik at ett vedtak kan gjelde for mange lignende situasjoner over tid for samme pasient. Det er ikke blitt gjort undersøkelser for å prøve å anslå omfanget av tvungen somatisk helsehjelp ved norske sykehjem eller i andre deler av helsetjenesten etter innføringen av kapittel 4A i 2009. Dette betyr at det ikke finnes et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om den reelle tvangsbruken.

Oslo kommune ønsker derfor å få bedre kvantitativ kunnskap om omfanget av tvangsbruken i sykehjemmene med hovedfokus på situasjoner som faller inn under kapittel 4A. Videre ønsker Oslo kommune å få en kvalitativ analyse av utfordringer (rettslige eller praktiske) som er til hinder for riktig bruk av tvang, herunder det å yte helsehjelp med tvang der det er riktig, å fatte vedtak i slike situasjoner og å unngå uriktig tvangsbruk, samt å få forslag til forbedringstiltak.

1.2 Tvangshjemlene for helse- og omsorgstjenestene

Det finnes mange ulike lovhjemler som gir helsepersonell mulighet og noen ganger plikt til å yte helsehjelp med tvang. De viktigste tvangslovhjemlene for sykehjemmene finnes i kapittel 4A. Sentrale vilkår i kapittel 4A er at pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse, motstand eller forventning om motstand, tillitsskapende tiltak må være forsøkt, nødvendig helsehjelp, vesentlig helseskade, forholdsmessighet og klart beste løsning for pasienten. Det er ikke anledning til å bruke kapittel 4A av hensyn til andre, (for eksempel medpasienter på sykehjemmet, pårørende eller ansatte), for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse (Helsedirektoratet, 2018).

Tvang kan defineres på mange måter. De fleste definisjoner inkluderer en eller annen form for frihetsberøvelse. I vår undersøkelse vil vi følge definisjonen av tvang som brukes i kapittel 4A. Der er det nødvendig med motstand (verbal eller fysisk) eller forventet motstand fra pasienten mot helsehjelpen og at helsehjelpen likevel gjennomføres uten at man får til et samarbeid, for at noe skal defineres som tvungen helsehjelp og utløse kravet om vedtak. Ved samarbeid, for eksempel gjennom tillitsskapende tiltak, skal det ikke fattes vedtak etter kapittel 4A, heller ikke om pasienten mangler samtykkekompetanse og ikke kan samtykke til helsehjelpen. For situasjoner der det ytes helsehjelp som faller inn under kapittel 4A, og der man forventer motstand fra pasienten mot helsehjelpen, skal det fattes vedtak. I slike situasjoner kan det være aktuelt å gjøre tiltak for å omgå tvang, for eksempel å skjule medisiner i maten. Om helsepersonellet er i tvil om pasienten motsetter seg eller vil motsette seg helsehjelpen, skal det fattes vedtak.

For de mest akutte og alvorlige situasjonene – eller såkalt «påtrengende nødvendig helsehjelp» – har helsepersonell en hjelpeplikt etter helsepersonelloven § 7 – den såkalte «øyeblikkelig hjelpeplikten» (ØH-plikten). ØH-plikten kan beskrives som en utvidet nødrett (og plikt) for helsepersonell. Den gjelder uavhengig av pasientens samtykkekompetanse, kan omfatte fare for andre og kan kun brukes en begrenset tidsperiode (Pedersen & Nortvedt, 2006). Slik hjelp skal dokumenteres i journal, men det skal ikke fattes noe vedtak. Det er grunn til å anta at de fleste situasjoner som faller innenfor kapittel 4A, ikke er så alvorlige og kortvarige/akutte at de utløser ØH-plikten. Det er også ØH-plikt-situasjoner som faller utenfor kapittel 4A (ved alvorlig og kortvarig/akutt fare for andre). Det er imidlertid mulig at helsepersonell ikke fatter vedtak etter kapittel 4A om situasjonen også omfattes av ØH-plikten. Det kan derfor være hensiktsmessig med en enkel kartlegging av situasjoner som faller inn under ØH-plikten.

Psykisk helsevernloven er nevnt ovenfor. I hovedsak faller den utenfor kartleggingsbehovet til Oslo kommune, men siden det kan være utfordrende gråsoner mot kapittel 4A for sykehjemspasienter, for eksempel atferdsforstyrrelser ved demens, uro- og forvirringstilstander, kan det være

hensiktsmessig med en enkel kartlegging av tvangsbruk i sykehjem også for å gi helsehjelp ved psykisk lidelse.

I tillegg finnes det egne tvangshjemler i helse- og omsorgstjenesteloven for personer med psykisk utviklingshemning, for personer med rusavhengighet og i smittevernloven. Vi antar at disse lovhjemlene i liten grad benyttes for å yte nødvendig helsehjelp i sykehjem. Men siden det kan skje og det kan være gråsoner mot kapittel 4A, kan det være hensiktsmessig med en enkel kartlegging også av slike situasjoner.

1.3 Tidligere forskning om bruk av tvang i sykehjem i Norge

Det ble gjort en omfattende kartlegging om bruk av tvang i norske sykehjem i år 2000 (Kirkevold & Engedal, 2004). I denne studien ble 1501 pasienter fra sykehjem over hele landet kartlagt, og den viste at 45 prosent av pasientene i skjermede enheter for personer med demens og 37 prosent av pasientene i somatiske langtidsavdelinger var utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av siste uke på registreringstidspunktet. Det var hyppigst brukt tvang for å sikre pasienten (fiksering i stol eller seng) for å få gjennomført nødvendige hygienetiltak og medisinsk behandling (hovedsakelig «luremedisinering»).

I forbindelse med innføringen av kapittel 4A i 2009 var det omfattende program for opplæring av helsepersonell både i hvordan forebygge situasjoner som kan medføre behov for bruk av tvang, og i hvordan bruke den nye loven. Det ble også utarbeidet læremateriell og veiledere.

I 2012 ble det gjennomført en tilsvarende studie som den i 2000 i 24 sykehjem på Vestlandet (Testad et al., 2016). I denne studien ble 274 pasienter kartlagt, og 52 pasienter (19 %) var utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av siste uke på kartleggingstidspunktet. Det vil si en halvering av andel pasienter som var utsatt for tvang sammenlignet med tallene fra år 2000. To tredeler av sykehjemmene i denne studien (Testad et al., 2016) hadde vært med i opplæringsprogrammet til fylkesmennene i forbindelse med innføringen av pbrl kapittel 4A, og det kan dermed tolkes som at denne opplæringen har ført til redusert bruk av tvang. Det var imidlertid ingen av de kartlagte episodene med tvang som hadde vedtak etter kapittel 4A (upubliserte data).

Kartleggingene fra 2000 og 2012 er ikke gjort med utgangspunkt i bestemmelsene i kapittel 4A da kartleggingsverktøyet som ble brukt, ble utviklet lenge før innføringen av kapittel 4A. Det betyr at disse undersøkelsene ikke gir svar på omfanget av situasjoner som faller inn under kapittel 4A, selv om det trolig er mye overlapp.

Vi har ikke funnet andre kvantitative studier fra etter innføringen av kapittel 4A, men inntrykket av at det foregår mye bruk av tvang i sykehjem, og at det er fattet få vedtak, bekreftes av Helsetilsynets oppsummering av det landsdekkende tilsynet i 2011 og 2012 (Helsetilsynet, 2013) og av kvalitative studier (Pedersen et al., 2013).

Vi har ikke funnet senere forskning eller rapporter fra landsdekkende tilsyn, men det pågår et landsdekkende tilsyn nå, og enkeltrapporter derfra, samt besøksrapporter fra Sivilombudet, tyder på at tvang ikke er uvanlig, men at det fortsatt ofte ikke fattes vedtak. En rapport fra SSB i 2018 viser at 2,7 prosent av pasientene på langtidsplasser har vedtak om bruk av tvang. Mer enn 20 prosent var imidlertid skadeavverging i nødsituasjon, noe det vanligvis ikke er mulig å fatte vedtak på i forkant av hendelsen. Det vil si at kun 2,2 prosent av pasientene i langtidsenheter hadde vedtak om helsehjelp med tvang (Mørk et al., 2018; Otnes, 2018).

Den kvalitative studien (Pedersen et al., 2013) og tilsynsrapportene peker på mange mulige årsaker til få vedtak, for eksempel at det tar mye tid å fatte vedtak, at kriteriene er krevende å vurdere, at det er mangelfull opplæring og rutiner, at det er mangelfulle dokumentasjonssystemer, og at noen av de aktuelle situasjonene faller utenfor lovhjemlene. Det er også mulig at få vedtak henger sammen med krevende gråsoner (Hem et al., 2010), eller at noe av tvangen primært skyldes mangel på kompetanse eller tid (Pedersen et al., 2013) og at helsepersonell tenker at dette ikke er lovlige grunner for vedtak. Det er imidlertid gått lang tid siden denne forrige kvalitative studien, og det er viktig å utforske om for eksempel opplæring og rutiner har blitt bedre. Det er så vidt vi kjenner til, heller ikke undersøkt systematisk om helsehjelp som faller inn under kapittel 4A, i noen situasjoner utelates og hva som kan være grunner til dette.

1.4 Pasient eller beboer – begrepsbruk

Det er mange årsaker til at en person er på sykehjem. Det kan være rehabilitering, avlastning, palliativ omsorg eller fast plass på grunn av varig omfattende hjelpebehov. De fleste plassene er langtidsplasser for personer med varig omfattende hjelpebehov (>70 % av plassene). Siden sykehjemmet blir deres hjem og ikke bare en midlertidig behandling, er det vanlig å omtale personer som har slike plasser, for *beboere*. I helselovgivningen brukes *pasient* om personer som mottar helsehjelp. Siden hovedtema for denne kartleggingen er å se på hvordan helsehjelp ytes etter kapittel 4A i pbrl, har vi valgt å bruke *pasienter* når vi omtaler sykehjemsbeboere.

2 Mål og forskningsspørsmål

2.1 Den kvantitative delen

Oslo kommune har behov for å kartlegge hvor ofte helsepersonellet ved sykehjemmene yter helsehjelp ved tvang for å sikre at pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelpen, får nødvendige og forsvarlige pleie-, helse- og omsorgstjenester. For å besvare dette har vi formulert noen forskningsspørsmål:

1. Hvor ofte yter pasienter motstand mot helsehjelp?
2. Hvor ofte løses situasjoner hvor pasienten yter motstand, med tillitsskapende tiltak?
3. Hvor ofte gis helsehjelp med tvang som faller inn under kapittel 4A?
4. For hvor mange av disse situasjonene er det fattet et vedtak?
5. Hvor stor andel av pasientene får helsehjelp med tvang?
6. Hvor hyppig er de vanligste typene av tvangstiltak?
7. I hvor stor grad medfører motstand mot helsehjelp at nødvendig helsehjelp ikke blir gitt (utelatt helsehjelp)?
8. I hvor stor grad ytes det helsehjelp med tvang som ikke faller inn under kapittel 4A i pbrl eller andre tvangshjemler?

Det forekommer tvang eller frihetsberøvelse som best kan beskrives som krenkelser eller overgrep. Å kartlegge slike situasjoner oppfatter vi som å ligge utenfor målsettingen med denne kartleggingen.

2.2 Den kvalitative delen

Formålet med den kvalitative delen av undersøkelsen var å få mer kunnskap om utfordringer (rettslige eller praktiske) som er til hinder for personalets muligheter for riktig tvangsbruk, og forslag til forbedringstiltak. Vi formulerte følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er de viktigste grunnene for at vedtak ikke fattes ved tvungen helsehjelp (hvis dette er tilfellet)?
2. Hva er de viktigste grunnene til at helsehjelp ikke blir gitt (hvis dette er tilfellet) ved motstand eller forventet motstand?
3. Hva er de viktigste grunnene til at det blir brukt tvang som kunne vært unngått (hvis slik tvang forekommer)?

4. Hvilke forbedringstiltak (på overordnet nivå, eventuelt også andre nivåer) kunne være nyttige for å møte de utfordringene som eventuelt blir beskrevet i svarene på spørsmålene 1–3?

3 Metode

3.1 Den kvantitative delen av studien

3.1.1 Utvikling og beskrivelse av skjema

Vi har tatt utgangspunkt i et representativt utvalg av sykehjemspasientene: Har det den siste uken vært en eller flere situasjoner der denne pasienten har motsatt seg helsehjelp, eller der slik motstand var forventet? Dersom svaret på dette spørsmålet var ja, kartla vi om helsehjelpen ble gitt, antall situasjoner, type helsehjelp, om det ble brukt tvang eller tiltak for å omgå tvang, om øvrige kriterier for vedtak etter kapittel 4A var oppfylt, om helsehjelpen kunne hjemles i andre tvangshjemler, om det ble fattet vedtak, og om situasjonen ble dokumentert i journal. På denne måten vil vi estimere antall situasjoner og pasienter, samt kategorisere og kvantifisere de ulike situasjonene mer i detalj. I selve kartleggingen har vi brukt fem forskjellige skjemaer:

- Om avdelingen
- Screening av pasientene der det kartlegges hvilke pasienter som motsetter seg helsehjelp, om det medfører tvang eller utelatt helsehjelp, eller om det løses på annen måte
- Kartlegging av hvilken kategori tvungen helsehjelp som brukes
- Mer detaljert kartlegging av situasjoner med tvungen helsehjelp
- Mer detaljert kartlegging av situasjoner med utelatt helsehjelp der helsehjelp burde vært gitt

Spørsmålene i skjemaene er basert på spørsmål fra tidligere kartlegginger (Kirkevold & Engedal, 2004) studier om hvilke typer tvangstiltak som personalet beskriver blir brukt i sykehjem (Pedersen et al., 2013), hvilke krav lovverket setter til bruk av tvungen helsehjelp (pbrl kapittel 4A), og kommunikasjon med oppdragsgiver. Skjemaene ble prøvd ut i to sykehjemsavdelinger før de ble endelig klargjort for denne kartleggingen.

3.1.2 Utvelgelse av sykehjemsavdelinger

Vi fikk oversendt en oversikt med 40 aktuelle institusjoner fra Oslo kommune. Av disse var fire helsehus som ikke er langtidsplasser i sykehjem, og de ble dermed ekskludert. Én institusjon var så liten at den ikke kunne inkludere aktuelt antall pasienter, og én skilte seg ut slik at rapportering på type plasser ville gjøre at institusjonen kunne gjenkjennes. Videre ble seks andre institusjoner ikke inkludert fordi de enten var med i pilottesting av skjemaene som ble brukt i kartleggingen, eller fordi de nettopp hadde hatt eller ventet tilsyn fra Sivilombudet. Det gjorde at vi sto igjen med 29 sykehjem. Vi kontaktet disse 29 sykehjemmene og ba om å få kontakte en avdeling på sykehjemmet for å gjennomføre kartleggingen. Vi ønsket en jevn fordeling av skjermede enheter og ordinære langtidsplasser, og vi ønsket å inkludere minst én forsterket skjermet enhet. Én institusjon ønsket ikke å delta på grunn av bytte av «eier», noe som medførte mye ekstraarbeid

for dem. Én institusjon svarte ikke, og på purring ble det lovet at vi skulle få en kontaktperson, men mailen kom ikke. Ved to institusjoner fikk vi en kontaktperson på avdeling, men selv etter gjentatte påminnelser fikk vi ikke gjort avtale om datainnsamling. Det gjør at vi har samlet data eller gjort avtale om å samle data i 25 sykehjem. På én avdeling fikk vi ikke gjennomført kartleggingen innen tidsfristen på grunn av sykdom. Dermed omhandler denne rapporten data fra 24 sykehjem. Ved alle de fem enhetene vi ikke har fått kartlagt, var det trukket ut å være langtids ordinær enhet som skulle kartlegges. Vi antok at de skjermede enhetene ville ha færre senger enn ordinære langtidsavdelinger, men det viste seg at mange av de skjermede enhetene var avdelinger med flere små grupper eller poster og som dermed hadde like mange senger totalt per avdeling/enhet (se tabell 3). Disse forholdene gjør at både antall skjermede enheter og antall pasienter i skjermede enheter er sterkt overrepresentert i kartleggingen. Vi har imidlertid forsøkt å korrigere for dette i estimatene som gjøres for bruk av tvungen helsehjelp totalt (se nedenfor om vekting).

3.1.3 Datainnsamling

Det var fem erfarne forskere som gjennomførte kartleggingen (videre kalt intervjuere). Før kartleggingen startet, hadde intervjuerne to samlinger hvor de gikk gjennom skjemaene og samstemte hvordan ting skulle forstås og forklares under selve kartleggingen (kalibreringsmøter). Kartleggingen ble gjennomført som intervju av personalet. Intervjuerne fordelte institusjonene seg imellom og kontaktet de avdelingene de fikk ansvaret for, for å avtale tid for kartleggingen. Intervjuer fylte ut skjema om avdelingen sammen med avdelingsleder. Først ble personalet samlet, og det ble en gjennomgang av videre prosedyre for kartleggingen. Personalet fikk en tydelig forsikring om at det ikke ble registrert noe om personalet, hvem som var til stede, eller hvem som sa hva. Videre ble det forsikret om at andre opplysninger enn det som var relevant for kartleggingen, ikke ble notert eller på annen måte formidlet videre.

Kartleggingen begynte med gjennomgang av alle pasientene mens hele personalgruppen var samlet (screening). Der ble det kartlagt om pasienten ved noen tilfeller den siste uken hadde vist motstand mot helsehjelp, eller om det var situasjoner hvor en forventet slik motstand, og videre om situasjoner hvor dette ikke ble løst med tillitsskapende tiltak. Hvis alle situasjoner for en pasient ble løst med tillitsskapende tiltak, ble kartleggingen avsluttet for den pasienten. Var det situasjoner hvor motstand mot helsehjelp ikke ble løst med tillitsskapende tiltak, ble det gjort strukturerte intervjuer med en eller to av personalet som kjente pasienten godt. Her ble opplysninger om bruk av tvungen helsehjelp og/eller utelatt helsehjelp registrert (se figur 1).



Figur 1 Flytskjema for datainnsamling

3.1.4 Analyser

Alle resultater presenteres som deskriptiv statistikk med antall og andeler (prosent). Andelene er enten prosent av alle (n=506) eller av undergrupper, for eksempel andel av dem som fikk tvungen helsehjelp (n=45). Hvilke andeler det er snakk om, skal komme tydelig fram av teksten der det er aktuelt. Når det gjelder spørsmålene om antall pasienter som har ytt motstand, fikk tillitsskapende tiltak, hadde vedtak om tvungen helsehjelp, fikk tvungen helsehjelp eller det ble utelatt helsehjelp, så har vi beregnet den statistiske usikkerheten med 95 prosent konfidensintervall (95 % CI). Det vil si at den sanne verdien ligger med 95 prosent sannsynlighet innenfor det intervallet som er oppgitt.

Siden det var en overrepresentasjon av skjermede enheter, vil vi presentere både samlede resultater og skjermede enheter og ordinære enheter hver for seg. Vi har brukt andelene og 95 % CI for andelene og ekstrapolert over til anslag over forekomst på alle sykehjem i Oslo. Dette er gjort separat for skjermede enheter og ordinære langtidsenheter. Totalprosent for skjermede enheter og ordinære langtidsenheter er vektet etter faktoren 0,25 for skjermet enhet og 0,75 for ordinære langtidsenheter. Når antall eller andeler oppgis samlet for både skjermede enheter og ordinære langtidsenheter, omtales det som *langtidsplasser samlet*, som da omfatter de sykehjemsavdelinger som kunne bli inkludert (totalt 2985 plasser – tabell 3).

3.1.5 Sammenfatning av erfaringer i forbindelse med kartleggingen

Etter gjennomført kartlegging hadde de fem intervjuerne som gjennomførte den kvantitative delen av kartleggingen, en gjennomgang av erfaringene med kartleggingen. Et viktig tema for denne gjennomgangen var om resultatene er troverdige. Videre kom det fram en del

kommentarer og utsagn fra kartleggingene som kan være nyttige i tolkingen av resultatene. Det lages ikke noe «resultatdel» av disse erfaringene, men noe vil bli tatt opp i diskusjonen.

3.2 Den kvalitative delen av undersøkelsen

Vi valgte å samle inn data fra flere kilder for å kunne gi et bredt grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene beskrevet ovenfor (jf. kap. 2.2). Data er blitt innhentet gjennom intervjuer (individuelt eller i grupper) med pleieassistenter, helsefagarbeidere, sykepleiere, institusjonsledere og sykehjemsleger. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide som dekker forskningsspørsmålene ovenfor. Vi var fire erfarne forskere fra Senter for medisinsk etikk som gjennomførte intervjuene, Gjerberg, Lillemoen, Heggstad og Pedersen.

3.2.1 Rekruttering av deltakere

Deltakere fra ti sykehjem fra gruppen på 29 sykehjem beskrevet ovenfor ble forsøkt rekruttert. Utvelgelsen av de ti sykehjemmene ble gjort for å få god variasjon med tanke på størrelse, type avdelinger på sykehjemmet, antall vedtak etter kapittel 4A de siste årene, ideelle/kommunale sykehjem og sosioøkonomiske og geografiske forhold. Sju av de ti sykehjemmene svarte positivt på henvendelsen om å delta. Disse sju ga en god variasjon når det gjelder forannevnte forhold.

Vi rekrutterte aktører som vi tenker primært er berørt av og har erfaring med kapittel 4A i loven om pasient- og brukerrettigheter i sykehjem. Institusjonslederne rekrutterte sykepleiere og helsefagarbeidere til fokusgruppeintervjuene. For intervjuene med institusjonslederne henvendte vi oss direkte til dem for å spørre om de ville/kunne delta. Seks av sju institusjonsledere takket ja til å delta, men to av dem måtte trekke seg på grunn av sykdom eller uforutsette situasjoner på sykehjemmet den dagen intervjuene skulle finne sted. Institusjonslederne videreformidlet kontaktinformasjon til legene på sykehjemmene. Til tross for gjentatte henvendelser var det kun fire av sju leger som responderte og ønsket å delta i intervjuene. En av legene avlyste intervjuavtale grunnet sykdom. Vi endte derfor opp med tre intervjuer med sykehjemsleger. Det var stor variasjon blant deltakerne knyttet til hvor lenge de hadde jobbet på sykehjem, alt fra tre måneder til 30 år.

Tabell 1 Informanter til intervjuer om tvungen helsehjelp i sykehjem

<i>Informantgruppe</i>	<i>Antall</i>
Sykepleiere	22
Helsefagarbeidere	16
Vernepleierstudent	1
Institusjonssjefer	4
Sykehjemsleger	4
Totalt	47

*Informasjon om informantene er holdt til et minimum for å sikre informantenes anonymitet

3.2.2 Intervjuer

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med sykepleiere og helsefagarbeidere på de sju sykehjemmene som takket ja til å delta. Videre hadde vi to gruppeintervjuer med institusjonsledere fra fire av sykehjemmene og tre individuelle intervjuer med sykehjemsleger. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på sykehjemmene hvor informantene jobbet. Intervjuene med institusjonslederne ble gjennomført i Sykehjemetatens lokaler i Oslo sentrum. To av intervjuene med legene ble gjennomført på sykehjemmene der legene jobbet, og ett ble gjennomført digitalt. Intervjuene varte fra tre kvarter til 1 ½ time.

3.2.3 Analyse

Intervjuene er blitt transkribert og analysert. Analysemetode er inspirert av tematisk innholdsanalyse. I starten leste vi intervjuene åpent, hvor vi så etter hva intervjuene kunne handle om, og mønster som trådte fram på tvers av intervjuene. Når vi hadde fått en oversikt over temaer, så vi på hvilke temaer som sammenfalt med forskningsspørsmålene, og om det kom fram tematikker som falt utenfor forskningsspørsmålene. Temaene ble så kategorisert under hvert av forskningsspørsmålene. Temaer som ikke falt inn under forskningsspørsmålene, har vi ikke valgt å fokusere på i denne rapporten.

3.3 Forskningsetikk

Deler av prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møte 01.07.2022. Vurderingen ble gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10. Referanse: 480638, REK sør-øst. Prosjektet er for øvrig vurdert av NSD Personvernombudet for forskning ifølge § 7-27 referanse: 566114.

Den kvantitative kartleggingen ble gjennomført ved intervjuer av personalet. REK ga dispensasjon fra taushetsplikten (Referanse: 480638, REK sør-øst) for denne delen av undersøkelsen. Det var således ikke nødvendig med samtykke fra deltakerne i denne delen av undersøkelsen, men minst 14 dager før kartlegging fikk alle nærmeste pårørende til pasienter uten samtykkekompetanse (for spørsmålet om deltakelse i forskningen) som skulle kartlegges, samt de pasientene som av personalet ble vurdert å være samtykkekompetente (for spørsmålet om deltakelse i forskningen), informasjon om kartleggingen og mulighet til å reservere seg fra å bli med på kartleggingen. Det ble laget egne infoskriv om dette til pasientene og pårørende og i tillegg en plakat med informasjon, blant annet om prosjektet, reservasjonsretten og kontaktinfo, som ble sendt til alle sykehjemmene som deltok.

Alle data i den kvantitative kartleggingen ble gitt til forskerne av personale som allerede kjente pasienten godt, og eventuelt supplert med at vedkommende personale gjorde oppslag i journal for

å finne presis informasjon. Ingen pasienter eller pårørende ble direkte involvert. Det ble ikke samlet inn direkte identifiserbar informasjon og heller ikke brukt noen kodenøkkel.

I den kvalitative delen av studien er det blitt innhentet informert samtykke fra de intervjuede informantene.

Alle opplysninger er blitt behandlet konfidensielt, og det er kun prosjektmedarbeidere som har hatt tilgang til data som ble samlet inn.

Data er samlet inn slik at oppdragsgiver ikke har fått kjennskap til hvilke ansatte som har samtykket til å delta, hvilke pasienter vi har samlet informasjon om, eller hvilke sykehjem de ulike dataene er samlet inn fra. Alle data er lagret på Universitetet i Oslos server for sensitive data (TSD).

Det er laget avtale om felles behandlingsansvar (Universitetet i Oslo, Aldring og helse og Oslo kommune), og prosjektmedarbeiderne har signert instruks om databehandling.

4 Resultater

4.1 Resultater fra den kvantitative delen av undersøkelsen

Vi har gjennomført kartlegging på 24 avdelinger. Det var åtte avdelinger som var privat drevet, og 16 var kommunalt drevet. Det var totalt 544 pasienter på de 24 kartlagte avdelingene dagen for kartlegging, 25 pasienter hadde reservert seg fra å delta (av pårørende eller pasienten selv), og 13 pasienter ble ikke kartlagt fordi de hadde vært for kort tid i avdelingen til at personalet hadde fått blitt kjent med dem, eller fordi pårørende ikke hadde fått informasjon. Det vil si at denne rapporten omfatter 506 pasienter. Det var vesentlig flere som ikke ble kartlagt i langtids ordinære avdelinger enn på skjermede eller forsterket skjermede enheter. Detaljer på fordeling av type avdeling og antall pasienter som bor på de forskjellige typene avdeling, er beskrevet i tabell 2. Siden det bare er data fra én forsterket skjermet enhet, vil disse i det videre materialet bli analysert og presentert sammen med skjermede enheter.

Tabell 2 Avdelinger og fordeling av pasienter som er kartlagt, n=506

Avdelingstype	Antall avdelinger (%)	Antall kartlagte pasienter (%)	Antall pasienter per avd. Minst og størst
Langtids ordinær	10 (41,7)	229 (45,3)	17–35
Langtids skjermet/forsterket skjermet**	14 (58,3)	277 (57,8)	9–35*
Total	24 (100)	506 (100)	

* De fleste skjermede enhetene er avdelinger som er delt opp i mindre poster eller grupper. ** Forsterkede skjermede enheter er slått sammen med langtids skjermet av anonymitetshensyn. I kartleggingen var det én forsterket skjermet enhet hvor det ble inkludert 14 pasienter.

I sykehjemmene i Oslo var det i juni 2022 2985 langtidsplasser i sykehjem (ekstra forsterkede enheter er utelatt). Plassene fordeler seg som vist i tabell 3.

Tabell 3 Fordeling av langtidsplasser i sykehjem i Oslo juni 2022 – kun avdelinger som var aktuelle for inkludering, er tatt med

Avdelingstype	Antall plasser	Prosent
Langtids ordinær	2235	74,9
Langtids skjermet	689	23,1
Langtids forsterket skjermet	61	2,0
Total	2985	100

Fordelingen av kartlagte pasienter skiller seg vesentlig fra hvordan fordelingen er i sykehjemmene ellers. Resultatene videre vil derfor bli presentert som langtids ordinær og skjermet enhet

(skjermet og forsterket skjermet) hver for seg, samlet og vektet for hvordan fordelingen av pasienter i langtids ordinær og skjermet enhet fordeler seg i Oslo. Som det kommer fram av tabellene 2 og 3, er 10,2 prosent av pasientene på ordinære langtidsplasser kartlagt, mens 37,0 prosent av pasientene som er på skjermet eller forsterket skjermet enhet, er kartlagt.

4.1.1 Vedtak om bruk av tvang og omfanget at tvungen helsehjelp

Ti av avdelingene oppga at de hadde låst dør på dagtid. Alle disse avdelingene er skjermede enheter og utgjør dermed 71 prosent av de skjermede enhetene i kartleggingen. Alle avdelingene som hadde låst dør, oppga at de hadde pasienter med vedtak om tilbakeholdelse i henhold til kapittel 4A i pbrl. De med vedtak utgjorde til sammen 21 pasienter. Det bodde til sammen 203 pasienter på avdelinger med låst dør.

Det var 40 pasienter som hadde vedtak om tvungen helsehjelp i henhold til pbrl kapittel 4A, én pasient som hadde vedtak i henhold til lov om psykisk helsevern om tvang uten døgnopphold, og tre som hadde vedtak i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens kapittel om personer med psykisk utviklingshemning. Det var ingen pasienter hvor det var dokumentert bruk av tvang etter helsepersonelloven § 7 – ØH-plikten eller om rus (helse- og omsorgstjenesteloven). Av de 40 som hadde vedtak i henhold til pbrl, var det 19 (47,5 %) som hadde fått tvungen helsehjelp i løpet av siste uke. Én av disse hadde to vedtak. Det var totalt 45 (8,9 % av alle kartlagte) som hadde fått tvungen helsehjelp i løpet av siste uke (tabell 6). Av dem med vedtak i henhold til pbrl kapittel 4A var det 36 som var på skjermet enhet og fire på ordinær langtidsavdeling; alle hadde demensdiagnose.

Tabell 4 Vedtak om tvungen helsehjelp i henhold til kapittel 4A i pbrl – totalt antall og fordelt på vedtak der det ble gitt eller ikke gitt tvungen helsehjelp siste uke

Type vedtak	Tvungen helsehjelp gitt siste uke		Total
	Nei	Ja	
Hygienetiltak (stell, vask, bleieskift)	6	9	15
Tilbakeholdelse/nektet utgang	12	5	17
Tilgang til egen kropp	1	0	1
Medisinering	1	0	1
Annet*	2	5	7
Totalt	22	19	41**

*Annet er sju det ikke er spesifisert tiltak. To av disse var det ikke gjennomført tvungen helsehjelp siste uke, to var blitt holdt tilbake når de ville ut, en fikk hygienetiltak, de to siste flere forskjellige tiltak. **Én pasient hadde to vedtak, dvs. at dette gjelder 40 pasienter med 41 vedtak

4.1.2 Resultat av screening

Tabellene 5 og 6 viser fordelingen av svarene på screeningspørsmålene (n=506).

Tabell 5 Oppsummering fra screening, pasientkarakteristika, n=506

	Langtids ordinær	Skjermet enhet	Total
Alder i år gjennomsnitt (SD)*	86,5 (9,1)	83,7 (7,9)	84,9 (8,6)
Antall kvinner (%)**	152 (66,4)	202 (73,5)	354 (70,2)
Antall med demensdiagnose (%)	131 (56,7)	264 (96,0)	395 (78,1)
Hvis ikke demensdiagnose – antar kognitiv svikt (%)	66 (28,6)	8 (2,9)	74 (14,7)

*SD = Standardavvik, **På to pasienter er det ikke registrert kjønn.

Tabell 6 Antall og andel pasienter med vedtak om tvungen helsehjelp, med tvungen helsehjelp eller utelatt helsehjelp, n=506, antall, prosent og 95 % konfidensintervall

	Langtids ordinær n (%; CI*)	Skjermet enhet n (%; CI)	Totalt n (%; CI)	Vektet forekomst % (CI)****
Pasienter med vedtak 4A	4 (1,7; 0,5- 4,4)	36 (13,1; 9,3-17,7)	40 (7,9; 5,7-10,6)	4,6 (2,7-7,7)
Pasienter med motstand mot hjelp	70 (30,3; 24,4-36,7)	138 (50,2; 44,1-56,2)	208 (41,1; 36,8-45,5)	35,3 (29,3-42,4)
Pasienter med tillitsskapende tiltak**	56 (25,6; 19,9-31,9)	121 (47,3; 41,0-53,6)	177 (37,3; 32,9-41,8)	31,0 (25,2-37,3)
Pasienter med tvungen helsehjelp***	11 (4,8; 2,4-8,4)	34 (12,4; 8,7-16,8)	45 (8,9; 6,6-11,7)	6,7 (4,0-10,5)
Pasienter med utelatt helsehjelp pga. motstand	37 (16,2; 11,5-21,4)	18 (6,5; 3,9-10,1)	55 (10,9; 8,3-13,9)	13,8 (9,6-18,6)

*CI=95% konfidensintervall som angir den statistiske usikkerheten – dvs. at den sanne andelen ligger med 95 % sannsynlighet innenfor det angitte området. ** Av de 177 med tillitsskapende tiltak var det 118 hvor en nådde fram med tillitsskapende tiltak i alle episodene **** Det er overlapp på ti pasienter som både får tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp. **** Vektet forekomst er prosent som kan overføres til alle langtidsplasser samlet for hele Oslo.

I screeningen ble det registrert 208 (41,1 %) pasienter som viste motstand mot helsehjelp. Av disse var det 118 pasienter hvor en nådde fram med tillitsskapende tiltak. For de resterende 90 ble det gjennomført tvungen helsehjelp eller at helsehjelpen ikke ble gjennomført i minst en av episodene. Ti pasienter var utsatt for både tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp. Det ble registrert 2910 episoder med motstand siste uke (*fra 1 til 130 episoder per pasient, median 7*); av disse ble 1741 episoder løst med tillitsskapende tiltak. I de andre 1169 episodene ble det enten gjennomført tvungen helsehjelp, 755 episoder, eller helsehjelpen ble ikke gjennomført, 414 episoder. Dette omhandler alle typer episoder. Se mer i avsnitt i 4.1.3 nedenfor.

For å få riktig prosent for langtidsplasser samlet må det vektes for type avdeling. Langtids ordinær utgjør 75 prosent av langtidspsykiatriske plassene, mens skjermede enheter utgjør 25 prosent (tabell 3). Tar vi prosentandelen for langtids ordinære enheter i tabell 6 og multipliserer med 0,75 og prosentandelen for skjermede enheter i samme tabell og multipliserer med 0,25 og summerer disse to tallene, får vi andeler for alle langtidsplasser vektet for avdelingstype. Disse tallene er presentert i den høyre kolonnen i tabell 6 og er representative for alle langtidsplassene samlet i sykehus i Oslo

4.1.3 Mer detaljert om tvungen helsehjelp

Som beskrevet ovenfor var det 45 pasienter som fikk tvungen helsehjelp. Alle oppgitte andeler i dette avsnittet er prosent av disse 45 pasientene. Det ble spurt om hvilke tiltak (typer tvungen helsehjelp) som ble gjennomført i sju hovedkategorier. Hver av kategoriene hadde mer detaljerte underspørsmål med beskrivelse av tiltakene og antall episoder av hvert tiltak. For eksempel kan en pasient ha to tiltak som «av- og påkledning» og «dusjing» under kategorien «Stell og pleie eller andre hygienetiltak» med to episoder på «dusjing» og 14 på «av- og påkledning», det vil si 16 episoder på kategorien «Stell og pleie eller andre hygienetiltak». Én pasient fikk tvungen helsehjelp i tre av kategoriene, sju pasienter fikk det i to av kategoriene, og de resterende 37 fikk tiltak i en av kategoriene. Det vil si at det ble gjort 54 registreringer av kategorier helsehjelp. Se fordeling av antall pasienter i hver kategori i tabell 7.

Tabell 7 Fordeling av kategorier av tvungen helsehjelp, n=45

Kategori tvungen helsehjelp	Antall pasienter (%) [*]	Antall episoder (maks-min)
Tilbakeholdelse/låst dør/hindre utgang	10 (22,2)	^{**}
Legemidler skjult i mat eller drikke eller suppositorier	5 (11,1)	27 (1-14)
Diagnostikk og/eller behandling	1 (2,2)	1 (1-1)
Stell og pleie eller andre hygienetiltak (f.eks. bytte av bleier)	27 (60,0)	181 (1-28)
Mating eller andre ernæringstiltak (f.eks. sonde)	2 (4,4)	28 (7-21)
Mekaniske eller fysiske begrensninger (f.eks. buksedress eller sele i seng/stol)	3 (6,7)	21 (2-17)
Atferdsregulerende tiltak	6 (13,3)	100 (1-70)

^{*}% av de pasientene som får tvungen helsehjelp, n=45. Noen pasienter skårer på flere kategorier, og dermed blir summen for antall over 45 og for andel over 100 %. ^{**} Det er vanskelig å anslå antall episoder der døren er låst (se teksten). Én pasient hadde blitt holdt tilbake 3 ganger uten at det var låst dør.

Det ble stilt en rekke utdypende spørsmål for hvert enkelt tiltak med tvungen helsehjelp som ble gjennomført. Det var to pasienter som det var fylt ut skjema for på tre forskjellige tiltak, og sju pasienter fikk tvungen helsehjelp på to kategorier, slik at det er 56 skjemaer som beskriver detaljer ved tvungen helsehjelp.

I de utdypende spørsmålene om tvungen helsehjelp (56 registreringer) var det 19 tiltak med vedtak. Dermed var det 37 registreringer uten vedtak. Av disse 37 var det sju hvor det var en

prosess på gang for å fatte vedtak, og 30 hvor det ikke var en prosess på gang. Blant disse 30 var det 16 hvor personalet mente det bør fattes vedtak, åtte hvor de mente at det ikke burde fattes vedtak, og seks hvor personalet svarte «vet ikke» på spørsmålet om det burde fattes vedtak.

Av de åtte hvor det verken var en prosess i gang eller personalet mente at det burde fattes vedtak, var det fire stell, én i forbindelse med mating, ett sårskift, én manipulering (lyver til pasienten) og én med lukket dør (kortvarig koronatiltak).

Det ble registrert hvor mange ganger hver type situasjon med tvungen helsehjelp har oppstått i løpet av siste uke. Seksten av 56 oppga eksakt antall, mens de resterende 40 oppga et anslag. Disse blir videre behandlet samlet. Det er vanskelig å komme med noe tall på episoder der tiltaket er låst dør. Noen går på døren hele tiden, mens andre av og til. I ett tilfelle var det en person som «hele tiden vil hjem», men som ikke nødvendigvis fysisk gjør noe for å komme ut. Vi har derfor valgt å holde de ti skjemaene som angår låst dør, utenfor beregningen av antall episoder. For de andre 35 pasientene ble det registrert 358 episoder (gjennomsnitt 10,2 – fra 1 til 70 per pasient) (se tabell 7). Flest pasienter og dermed også flest episoder var kategorien *Stell og pleie eller andre hygienetiltak* med 181 (gjennomsnitt 6,2 – fra 1 til 28 tiltak) episoder fordelt på 27 pasienter, én pasient fikk tvunget stell på pleie på tre områder (stå opp, tannstell og nedentilløst). Én pasient fikk tvungen helsehjelp i forbindelse med hvert stell fire ganger om dagen, altså 28 ganger i løpet av en uke. En annen pasient måtte pleierne holde armene på for å få mat i pasienten, tre måltider om dagen, altså 21 ganger i løpet av en uke.

Av de 56 skjemaene som beskriver detaljer ved tvungen helsehjelp, var det flest registreringer med fysisk motstand (tabell 8), og det var 34 registreringer av både fysisk og verbal motstand. For fire kategorier var det registrert verken fysisk eller verbal motstand; hos alle dem var det krysset av for forventet motstand. Tre av disse fikk medisin skjult i mat eller drikke.

Tabell 8 Type motstand

		Fysisk motstand		Totalt verbal motstand
		Ja	Nei	
Verbal motstand	Ja	34	4	38
	Nei	14	4	18
	Totalt fysisk motstand	48	8	56

4.1.4 Anslag om omfanget av tvungen helsehjelp i helse Oslo kommune.

I dette kapittelet regner vi våre funn om til å gjelde alle langtidsplassene i Oslo kommune, altså at funnene fra å kartlegge 506 pasienter er omregnet til å gjelde 2986 pasienter.

Ved å bruke funnene som er beskrevet i tabell 6, og multiplisere prosenttallene med antall pasienter totalt på langtidspsykiatriske plasser i Oslo kommune (tabell 3) får vi at *200 pasienter på langtids psykiatriske avdelinger samlet utsettes for tvungen helsehjelp i løpet av en uke* (tabell 9). Som det går fram av tabellene 4 og 6, har 42,2 (19 av 44) prosent av disse vedtak.

Tabell 9 Beregnede antall pasienter totalt på langtidsplasser i sykehjem i Oslo med vedtak, motstand mot helsehjelp, tillitsskapende tiltak, tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp siste uke – N= 2985; n (95% CI)*

	Langtids ordinær	Skjermet enhet	Langtidsplasser samlet
Antall vedtak 4A	38 (11-98)	98 (70-133)	136 (81-231)
Antall med motstand mot hjelp	677 (554-820)	377 (331-422)	1054 (876-1242)
Antall med tillitsskapende tiltak**	572 (445-713)	335 (308-402)	927 (752-1115)
Antall med tvungen helsehjelp	107 (54-183)	93 (65-122)	200 (119-309)
Antall med utelatt helsehjelp pga. motstand	362 (257-478)	49 (29-76)	411 (286-554)

*CI=95% konfidensintervall som angir den statistiske usikkerheten – dvs. at det sanne antallet ligger med 95 prosent sannsynlighet innenfor det angitte området. ** I to tredeler av pasientene med tillitsskapende tiltak nådde de fram med tiltakene. Hos den resterende tredelen ble det i noen situasjoner enten gitt tvungen helsehjelp eller helsehjelpen ble utelatt.

Det var 78 prosent av de pasientene som fikk tvungen helsehjelp hvor helsehjelpen ikke var låst dør. For hele sykehjemspopulasjonen utgjør det 156 pasienter ($200 \cdot 78,0 \%$) som fikk annen tvungen helsehjelp enn innelåsning. Som beskrevet i forrige avsnitt (4.1.3) var det i gjennomsnitt 10,2 episoder per pasient som fikk tvungen helsehjelp. *For disse 156 pasientene utgjør det 1591 episoder ($156 \cdot 10,2$).* Ekstrapolerer vi tallene fra kartleggingen, vil det være *1051 episoder uten vedtak*. I tillegg hadde 71 prosent av de skjermede enhetene låst dør (se avsnitt 4.1.1). Overført til alle skjermede enheter i Oslo vil det si at 533 pasienter er bak låst dør.

4.1.5 Utelatt helsehjelp

I registrering av utelatt helsehjelp kom det tydelig fram at det var problematisk å få en entydig forståelse av begrepet «utelatt helsehjelp». Særlig var det vanskelig å vurdere utsettelse av hygienetiltak. For eksempel kan det å utsette det å skifte bleier til pasienten roer seg litt, være en del av tillitsskapende tiltak (ikke presse pasienten når pasienten er urolig). Samtidig kan det å utsette et tiltak medføre en fare for helseskade (avføring i bleie gir raskt sårhet og mulighet for infeksjoner). Dermed blir det en stor grad av skjønn i slike vurderinger. Et annet eksempel er spørsmålet om hvor mange tannstell en kan hoppe over før det er utelatt helsehjelp? Dette gjør at

det er stor forskjell mellom avdelingene uten at det nødvendigvis gjenspeiler forskjellig praksis. Her rapporteres tallene slik de er registrert.

Det er 55 pasienter hvor det er registrert utelatt helsehjelp i løpet av siste uke (se tabell 6). Ti av disse har også episoder med tvungen helsehjelp i samme periode. Totalt (vektet for avdelingstype) var det 13,8 prosent av pasientene hvor det var utelatt helsehjelp. Det tilsvarer til sammen totalt 411 pasienter i langtidsplasser samlet i Oslo.

For de 55 pasientene med utelatt helsehjelp er det til sammen 83 registreringer med forskjellige kategorier av utelatt helsehjelp (se tabell 10). Én pasient hadde seks registreringer, én med fire, fire med tre og 12 med to registreringer, og de resterende 37 pasientene hadde én registrering hver. Til sammen representerer de 83 registreringene 515 episoder. *Ekstrapolerer vi disse resultatene over til alle langtidsplasser samlet, utgjør det 3848 episoder med utelatt helsehjelp på grunn av motstand fra pasienten på langtidsplasser i sykehjemmene i Oslo i løpet av en uke.*

Tabell 10 Typer helsehjelp som er utelatt

	Antall pasienter (%) [*]
Medisinering	19 (22,9)
Diagnostikk og behandling	2 (2,4)
Stell, pleie og hygienetiltak	56 (67,5)
Ernæring	5 (6,0)
Annet	1 (1,2)
Total	83 (100,0)

4.2 Resultater fra den kvalitative delen av undersøkelsen

I den tematiske innholdsanalysen ble det tydelig at intervjuene ikke ga så klare svar på alle de fire forskningsspørsmålene. De ansatte sa for eksempel ikke så mye om situasjoner hvor helsehjelp ikke ble gitt. I tillegg kom det fram andre temaer de ansatte var opptatt av knyttet til tvungen helsehjelp, som ikke nødvendigvis svarte på forskningsspørsmålene. Disse har vi valgt å skrive noe om innledningsvis i presentasjonen av funn.

4.2.1 Generelle funn knyttet til tvungen helsehjelp

4.2.1.1 Vedtak

Ved alle de sju sykehjemmene som har deltatt i intervjuer, hadde de ifølge informantene få vedtak. Det kom fram at de har flest vedtak om tvungen helsehjelp på skjermede avdelinger eller i forsterkede skjermede avdelinger. På ordinære langtidsavdelinger har de færre vedtak. De ansatte var usikre på hva årsaken til dette kunne være. Noen mente at det kunne ha sammenheng med at man har mer kompetanse om demens og tvang på skjermede avdelinger og dermed har en større bevissthet rundt vedtak om tvang, mens andre mente årsaken kunne være at pasientene på skjermede avdelinger er kognitivt dårligere, og at det derfor kan være større behov for tvangsvedtak. Når det fattes vedtak, handler det oftest om tilbakeholdelse i avdeling eller stell, og da oftest nedentilstell.

4.2.1.2 Miljøtiltak og tillitsskapende tiltak for å unngå tvang

Ett av kravene for å kunne gjøre vedtak om tvang etter kapittel 4A er at man har prøvd ut andre tillitsskapende tiltak før man gjør vedtak om tvang. Dette var noe de fleste informantene var opptatt av. Spesielt pleiepersonalet var opptatt av å få til tillitsskapende tiltak. Et eksempel på tillitsskapende tiltak var å bruke tid. Ved å bruke tid og bygge opp tillit opplevde de at beboerne ble tryggere og i mindre grad motsatte seg helsehjelpen. Dersom en pasient for eksempel motsatte seg stell i første omgang, kunne de gå ut av situasjonen, vente litt og komme tilbake. Videre brukte de mye tid på å motivere pasienten til å få gjennomført for eksempel stell eller dusj.

Et annet tillitsskapende tiltak informantene nevnte, var betydningen av å lære av hverandre. Hvis en av pleierne når inn til pasienten, blir det viktig at denne forteller til de andre hva hun gjør i situasjonen. De var også opptatt av å dele med hverandre gjennom dokumentasjon av hva de gjør for å unngå tvang.

4.2.1.3 Tverrfaglige møter og ekstern veiledning

Flere av sykehjemmene hadde innført tverrfaglige møter hvor de drøfter saker knyttet til tvang. Det tverrfaglige teamet besto da gjerne av sykepleier, helsefagarbeidere, lege og fysioterapeut.

Her drøftet de ikke bare hva som kunne gjøres for å unngå tvang, men også om det var behov for å gjøre vedtak om tvang. Møtene ble gjennomført på ulike måter, enten som personalmøter eller som etisk refleksjon. Det var også ulikt fra sykehjem til sykehjem hvor ofte slike møter ble gjennomført. Ved flere sykehjem brukte de også VIPS-modellen aktivt. Ett av sykehjemmene hadde ved en anledning leid inn en ekstern konsulent for å få veiledning.

Flere av sykehjemmene fortalte at de hadde fått god opplæring og støtte av Mona Dreyer i Sykehjemsetaten.

Legene fortalte om et eget nettverk de har på tvers av sykehjemmene, hvor de møtes og diskuterer faglige utfordringer. Her hadde imidlertid ingen av legene erfart at tvang og tvangsvedtak ble diskutert. Under koronaen ble mye satt på pause, og noe av det de måtte nedprioritere, var drøftinger knyttet til tvungen helsehjelp.

I det videre presenterer vi svarene på de fire forskningsspørsmålene:

1. De viktigste grunnene for at vedtak ikke fattes ved tvungen helsehjelp
2. De viktigste grunnene til at helsehjelp ikke blir gitt
3. De viktigste grunnene til at det blir brukt tvang som kunne vært unngått?
4. Mulige forbedringstiltak

Noen av forskningsspørsmålene og svarene på disse gikk litt over i hverandre, og dette gjenspeiles i presentasjonen av funnene nedenfor.

4.2.2 De viktigste grunnene for at vedtak ikke fattes ved tvungen helsehjelp

Noe som kom fram gjennom intervjuene på tvers av de ulike informantgruppene, var at de hadde få vedtak. Informantene beskrev situasjoner hvor de så at det ble utøvd tvang, uten at det var fattet vedtak. De fortalte om ulike og sammensatte årsaker til dette.

Flere situasjoner ble beskrevet som gråsonetvang eller som uunngåelige situasjoner. I noen situasjoner motiverte de så lenge de kunne, og kunne da tøye grensen, før det til slutt gikk over til å bli tvang. Andre situasjoner kunne oppstå brått og ble beskrevet som uunngåelige. I tillegg beskrev de ansatte en tungvint og tidkrevende vedtaksprosess, noe som gjør at de unngår vedtaksprosessen så langt det er mulig.

4.2.2.1 Den vanskelige balansegangen og gråsonetvangen

Siden de ansatte var opptatt av at tvang skulle være siste utvei, ga de også uttrykk for at de prøvde å motivere pasienten i stedet for å tvinge. De kunne for eksempel motivere pasienten til å ta medisiner eller å få gjennomført stell. Motiveringen kunne noen ganger gå over til mer press fra

de ansatte og kunne da også grense mot tvang. Som en sa: «Det er ganske vanskelig å finne den balansen mellom hva som for eksempel er motivasjon, og hvor det bikker over til å bli tvang.» Dette var situasjoner som var spesielt vanlige i forbindelse med stell. Dersom de kjente pasienten godt og visste at hen ofte ble fornøyd etter gjennomført stell, ga de uttrykk for at de ikke var så redde for å pushe på og motivere til de fikk gjennomført helsehjelpen.

De fortalte også om eksempler knyttet til medisiner, hvor de ansatte var usikre på om de kunne kategorisere helsehjelpen som tvang, eller hvor de balanserte i en gråsoner av hva som kan kalles tvang. En informant fortalte om et tilfelle hvor de måtte blande medisinen ut i drikke for at pasienten skulle få det i seg. I dette tilfelle hadde hen vært tydelig overfor de ansatte at de da måtte informere pasienten om at hen fikk medisiner i drikken sin. Informanten var imidlertid usikker på om dette alltid ble fulgt opp, og om dette kunne ha hatt betydning for graden av motstand og samarbeid.

Det kom også fram at de fleste skjermede avdelingene har låste dører uten at man nødvendigvis har vedtak på tilbakeholdelse for alle pasientene som prøver å åpne døren uten å få det til. Det ser ut til at det er en utbredt oppfatning at man ikke behøver vedtak om låste dører så lenge ikke pasienten motsetter seg de låste dørene mer aktivt. Siden det er få vedtak på tilbakeholdelse, kan det virke som at det i tilfellene med låste dører kan være en del gråsonetvang som ikke fanges opp i form av vedtak.

4.2.2.2 Uforutsett og uunngåelig tvang

Noen av situasjonene de ansatte beskrev, handlet om uforutsett eller uunngåelig tvang.

Det var gjerne situasjoner hvor de var midt i en prosedyre, og hvor pasienten plutselig kunne motsette seg hjelp. Da sa de at de ikke kunne gjøre noe annet enn å gjennomføre prosedyren, til tross for at pasienten motsatte seg det. Et typisk eksempel på det kunne være nedentilløst eller dusjing. De kunne ikke bare forlate pasienten i dusjen, men vurderte det slik at de måtte gjøre seg ferdig selv om pasienten protesterte.

Det kunne også være situasjoner hvor de ansatte bare måtte gripe inn, dersom pasienten for eksempel kom gående i gangen med avføring over hele seg. Da handlet det om å ivareta verdigheten på en så lite inngripende måte som mulig. Situasjoner som dette kunne ifølge informantene opptre relativt hyppig. Her handlet det både om situasjoner som faller inn under kapittel 4A, og situasjoner som ikke gjør det.

4.2.2.3 En tungvint og tidkrevende vedtaksprosess

Informantene uttrykte også at det blir vanskelig å skulle fatte vedtak på alle de daglige situasjonene som kunne oppstå. For noen oppleves vedtaksprosessen som tungvinn og

tidkrevende. I en hverdag hvor de har mange dårlige pasienter og stort tidspress, blir det vanskelig å sette seg ned for å skrive vedtak. Som en av sykepleierne uttrykte det: «Vi skal fylle ut x antall skjemaer, dette skal sendes Statsforvalteren, og så får vi kanskje svar at vi ikke har fylt dem ut med de og de paragrafene ...» En informant uttrykte at de burde hatt en egen sekretær for å skrive vedtak, hvis man skulle gjort det i alle de aktuelle situasjonene. En av informantene tok fram skjemaet de bruker for å skrive vedtak, for å vise hvor omfattende det er. Fordi vedtaksprosessen opplevdes så tungvinn, og fordi de var usikre på om de faktisk hadde oppfylt alle kravene, unngikk de i det lengste å gjøre vedtak.

Det at tillitsskapende vedtak skal være forsøkt før man sender inn et eventuelt vedtak, kunne dessuten også gjøre at prosessen tok lang tid. En positiv effekt av fokuset på de tillitsskapende tiltakene var – foruten at det kunne redusere bruken av tvang – at de i tilfeller hvor de kom i mål med de tillitsskapende tiltakene, slapp å sende inn vedtak.

4.2.3 De viktigste grunnene til at helsehjelp ikke blir gitt

Informantene snakket i mindre grad om helsehjelp som ikke ble gitt. Som beskrevet tidligere gjorde informantene det de kunne for å få gitt helsehjelp. I tilfeller hvor helsehjelp ikke ble gitt, handlet det stort sett om tiltak som ikke falt under lovverket.

4.2.3.1 Når tiltak ikke dekkes av lovverket

I situasjonene de nevnte hvor helsehjelp ikke ble gitt, handlet det stort sett om at de manglet hjemmel i lovverket for å kunne gi helsehjelp. En situasjon som ble nevnt, var i forbindelse med en pasient på langtidsavdeling som motsatte seg helsehjelp. Her var pasienten vurdert til å være samtykkekompetent, og de måtte derfor respektere pasientens ønske. Et annet eksempel på helsehjelp som ikke ble gitt, var når pasienten trengte antipsykotika, men motsatte seg dette. Siden kapittel 4A handler om å yte somatisk helsehjelp, har man ikke hjemmel til å gi psykisk helsehjelp med tvang. Da må man i noen tilfeller unnlate å gi slik helsehjelp. Enkelte informanter nevnte også at det kunne være vanskelig å forstå lovverket på dette området, for eksempel hvor grensen går mellom helsehjelp for somatisk og psykisk lidelse, og hva man kan beslutte på sykehjem. Det ble beskrevet enkelte tilfeller der uklart lovverk og mangelfull opplæring kan ha ført til utelatt helsehjelp, og at dette kan ha bidratt til overflytting til et høyere omsorgsnivå.

I andre situasjoner kunne det handle om at det kunne være vanskelig å vurdere hva som var «nødvendig helsehjelp». En av informantene nevnte et eksempel med en pasient som trengte tannlegehjelp, men motsatte seg dette. Her mente helsepersonellet at det ikke var alvorlig nok til å fatte et vedtak, og at det var bedre å la pasienten slippe å få denne behandlingen. Et eksempel som også gikk igjen, var når pasienter ikke ville ha hjelp til stell. Da kunne det hende at de ble liggende til utpå ettermiddagen. En av informantene beskrev det slik: «Det var noen ganger han

ikke ville stå opp i det hele tatt, ville ikke ha frokost og medisiner. Og da var han kanskje ikke klar før halv fire eller noe sånn, når aftensmaten kom.» (Informant intervju 040909.) Slike og lignende tilfeller ble beskrevet av andre. Her ble altså helsehjelpen gitt, men den ble utsatt i det lengste.

4.2.4 De viktigste grunnene til at det blir brukt tvang som kunne vært unngått?

De ansatte snakket i liten grad om at de selv utøvde tvang som kunne vært unngått. Det som imidlertid kom fram, var at det forekom mer tvang som kunne vært unngått når det var mange ekstravakter på jobb. Det ble også beskrevet situasjoner der pårørende utøvde tvang i sykehjemmet.

4.2.4.1 Når pleiepersonalet ikke kjenner pasienten eller mangler kompetanse på tvang

Flere av informantene snakket om at det ble utøvd mer og muligens unødvendig tvang når ufaglærte eller ekstravakter var på jobb. Dette handlet både om at de ofte ikke kjenner pasientene så godt som de fast ansatte gjør, og at de mangler den nødvendige kunnskapen om lovverket. Når de ikke kjenner pasientene så godt, vet de heller ikke alltid hvilke tillitsskapende tiltak som kan hjelpe, slik at pasienten ikke motsetter seg hjelpen.

Noen fortalte også om ekstravakter som utøver tvang fordi de ikke vet bedre: «... Nye ekstravakter, de gjør en handling som egentlig krever et vedtak, men spørsmålet er om de er bevisste på at man trenger å søke et vedtak.» Videre beskrev de at mange ekstravakter er opptatt av å gjøre jobben og tenker at jobben er gjort når de har fått vasket og stelt pasienten, selv om det betyr at de må gjøre det med tvang.

4.2.4.2 De sårbare nattevaktene

Flere av de ansatte uttrykte bekymring for at det muligens ble utøvd mer tvang på nattevaktene. Nattevaktene er ofte alene på en hel avdeling, og det vil si at de har færre å spille på, de er mindre fleksible, og det er ingen som ser dem. En av informantene mente også at det sannsynligvis ble gitt antipsykotika på natt uten at man hadde hjemmel for det, fordi man hadde behov for å roe ned pasienter med kognitiv svikt.

Noen av sykehjemmene hadde derfor gjennomført uanmeldte tilsyn. I noen tilfeller var det tilsyn fra Sykehjemmetaten sentralt, eller det kunne være institusjonslederne som hadde tilsyn. Om det faktisk utøves mer tvang på natt, var vanskelig å besvare for informantene, siden få av dem jobbet på natt.

4.2.4.3 Pårørende som utøver tvang

Flere informanter fortalte om utfordrende møter med pårørende som ikke har kunnskap om lovverket, og som ønsker at de ansatte skal gi helsehjelp selv om pasienten motsetter seg det. Ofte

handler det om å gjennomføre stell, skifte på klær eller dusje mot pasientens vilje, men det kan også dreie seg om medisinerings. De fortalte også om pårørende som selv utøver tvang, for eksempel tvinger pasienten til å spise.

En av informantene hadde erfart at pårørende ofte hadde forståelse for avgjørelsene hun gjorde, hvis de fikk forklart hvorfor hun ikke kunne fatte vedtak om tvang.

4.2.4.4 Rammebetingelser

Flere informanter uttrykte at mangelfulle rammebetingelser kan gi mer tvangsbruk.

Rammebetingelser kan handle om organisering av avdeling, kompetanse og antall ansatte, men også om arkitektur. Informantene beskrev gjennomgående en praksis preget av tidspress og med mange krav fra etatsledelsen – krav til dokumentasjon og stadig nye kontrollområder. «Det er mer papirarbeid enn tid til å være sammen med pasientene», uttrykte en. Mangel på tid gjorde også at de ansatte ikke alltid hadde mulighet til å sette seg ned og diskutere problemstillinger knyttet til tvungen helsehjelp, i tillegg til at vedtaksprosessen tok tid.

En annen rammebetingelse som ble nevnt, var arkitektur. Noen av avdelingene var ikke godt nok tilrettelagt for urolige og vandrende pasienter med demens. Det var større behov for låste dører og tilbakeholdelse i avdelinger som ikke hadde direkte adgang til uteområder på bakkeplan.

Institusjonssjefene var opptatt av hvordan sykehjemmene og turnusen var organisert, og mente at dette også kunne ha betydning for utøvelse av tvang. Med mange små stillingshjemler blir det mindre kontinuitet blant de ansatte og også behov for flere ekstravakter. Dette kan igjen påvirke tvangsbruken.

4.2.5 Forbedringstiltak

4.2.5.1 Økt kompetanse

De ansatte opplevde som tidligere nevnt at det ble utøvd mer tvang uten vedtak når det var få fast ansatte på jobb, eller når det var mange ufaglærte på jobb. Derfor nevnte de også at det var behov for økt kompetanse, spesielt blant ekstravakter og ufaglærte. Noen uttrykte også at det manglet kompetanse blant de fast ansatte, og at det var et behov for kompetanseheving.

Kompetanseheving var også noe som de opplevde var satt på vent under koronaen, og at de har mye å ta igjen etterpå.

Betydningen av kunnskap ble også knyttet til vurdering av samtykkekompetanse. Flere av pleiepersonalet uttrykte usikkerhet knyttet til hvordan samtykkekompetanse vurderes, og hvem som skulle vurdere slik kompetanse. I de fleste tilfeller var det legene som vurderte om pasienten

er samtykkekompetent, men pleiepersonalet skulle også ønske at de selv hadde mer kompetanse på vurdering av samtykkekompetanse. Noen etterspurte også mer kunnskap og kurs om kapittel 4A, for eksempel som nettkurs.

4.2.5.2 Åpenhet, tverrfaglig samarbeid og etisk refleksjon

Det å stå overfor vanskelige etiske situasjoner, slik situasjoner med tvang er, handler ofte om at man er tvil om hva som er riktig å gjøre. Noen ganger kan man oppleve at man er i tvil om det man har gjennomført, var riktig, og man kan kjenne på skam og usikkerhet. For å forebygge uønsket tvang er det derfor viktig å sette ord på situasjoner hvor man er i tvil om hva man bør gjøre, eller hva man burde ha gjort. Å sette ord på etiske utfordringer fordrer imidlertid både tid og rom for etikkrefleksjon, samt en trygghet og åpenhet mellom kolleger, noe de ansatte også satte ord på i intervjuene.

Både pleiepersonalet, institusjonslederne og legene snakket om betydningen av å ha en kultur der det var åpenhet rundt det å snakke om tvang og tilgang på veiledning. Dersom man ikke har noen å spørre eller er redd for å snakke om tvang, er det større sannsynlighet for at tvang utøves i det skjulte, eller at helsehjelp utelates. En av institusjonslederne fortalte om hvordan hun i møte med de ansatte brukte eksempler på situasjoner der hun selv hadde trådt feil, for å ufarliggjøre temaet. Da opplevde hun at de ansatte i større grad ville tørre å dele vanskelige situasjoner eller situasjoner hvor de var usikre på om de hadde handlet riktig.

En av informantene fortalte også at hun følte seg mer usikker på avdelinger hvor det ikke ble snakket om de utfordrende situasjonene, og hvor vedtak om tvang ikke var et tema. På disse avdelingene mente hun at det sannsynligvis ble utøvd mer tvang uten vedtak. Dette mente hun også var et større problem på ordinære langtidsavdelinger enn på de skjermede avdelingene, hvor man snakket mer om tvang og hvordan man kunne unngå tvang.

5 Diskusjon

Denne kartleggingen omhandler tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp overfor pasienter som motsetter seg helsehjelpen. Det vil si at den ikke har kartlagt vold eller overgrep mot pasientene som for eksempel, er beskrevet av Botngård mfl. (Botngård et al., 2020) eller utelatt helsehjelp som har andre årsaker enn motstand fra pasienten (Andfossen et al., 2021). Noen ganger kan det imidlertid være vanskelig å trekke eksakte grenser.

5.1 Tvungen helsehjelp

Vi fant at 6,7 prosent (vektet for avdelingstype) av pasienter med langtidsplasser samlet i Oslo hadde mottatt tvungen helsehjelp den siste uken før registrering. Kun 42 prosent av dem som fikk tvungen helsehjelp, hadde vedtak i henhold til pbrl kapittel 4A. 200 pasienter i Oslos sykehjems langtidsavdelinger fikk tvungen helsehjelp i løpet av en uke (tabell 9), og 116 av disse hadde ikke vedtak om tvungen helsehjelp. Videre utgjør dette 1591 episoder med tvang i sykehjemmene i Oslo i løpet av en uke. For 1051 av disse episodene er det ikke gjort vedtak. I tillegg oppgir 71 prosent av de skjermede enhetene at de har låst dør. Overført til alle skjermede enheter i Oslo utgjør det 525 pasienter som bor bak en låst dør som en stor andel av disse pasientene trolig ikke klarer å låse opp.

Det at 6,7 prosent av pasientene får tvungen helsehjelp, kan virke lavt sammenlignet med tallene fra år 2000 (Kirkevold, 2004) og fra 2012 (Testad, 2015), hvor henholdsvis ca. 40 prosent og ca. 20 prosent av pasientene i kartlagte sykehjem var utsatt for minst ett tvangstiltak. Det er vanskelig å forklare nedgangen i tvungen helsehjelp fra omtrent 40 prosent i år 2000 til i dag 6,7 prosent. Det er gått over 20 år, og i mellomtiden – i 2009 – ble kapittel 4A i pbrl innført. Med innføringen av kapittel 4A ble det gjennomført opplæringsprogrammer rundt om i landet, som regel i regi av Statsforvalteren (da Fylkesmannen). Videre ble det fokusert på pasientens autonomi og på tillitsskapende tiltak. Dette ble vektlagt i forklaringen av hvorfor det var en halvering i bruken av tvang i sykehjem fra år 2000 til 2012 (Testad et al., 2016). Mer enn en halvering de siste ti årene er vanskeligere å forklare. Det er ikke brukt de samme kartleggingsverktøyene, og det kan være at de andre studiene fanger opp forhold som ikke fanges opp av denne kartleggingen. Det at vi har lave tall på pasienter med tilbakeholdelse til tross for at mange bor bak en låst dør, kan trolig forklare noe av forskjellene (se om låst dør og metodediskusjonen lenger nede). I de tidligere studiene var bruk av sengehest og belter/seler i stol hyppige tiltak (Kirkevold & Engedal, 2004; Testad et al., 2016). Det er bare registrert bruk av sengehest overfor én pasient og ingen med belte/sele i stol i vår kartlegging. Her er det også mulig at det er underregistreringer av bevegelseshindrende tiltak av hensyn til pasientens sikkerhet, som samtidig kan være frihetsberøvende i så stor grad at det bør defineres som tvang etter loven.

Kun 4,6 prosent av pasientene hadde vedtak i henhold til kapittel 4A i pbrl, og 42 av dem som fikk tvungen helsehjelp, hadde vedtak. I tillegg var det 15 prosent av pasientene med tvungen helsehjelp hvor det var på gang en prosess om å fatte vedtak. Pbrl kapittel 4A ble som nevnt innført i 2009, og en skulle derfor anta at kartleggingen fra 2012 burde ha en stor andel av pasientene med vedtak om tvungen helsehjelp, men det hadde ingen av pasientene i den studien. Dette kan tyde på at implementeringen av kapittel 4A i pbrl har gått langsomt, og at loven er noe bedre implementert nå.

En oversikt fra Sykehjemsetaten i Oslo kommune viser at det i 2021 ble fattet 221 vedtak om tvungen helsehjelp i sykehjem i kommunen. Resultatene i foreliggende kartlegging overført til alle sykehjem i Oslo gir 136 pasienter med vedtak. Vår kartlegging omfatter ordinære langtidsplasser, skjermede langtidsplasser og forsterket skjermede langtidsplasser med til sammen 2985 pasienter, men oversikten fra Oslo omfatter alle 3662 døgnplassene i Oslo kommune, blant annet Helsehusene med 17 vedtak. Vår kartlegging måler videre prevalens eller forekomsten av vedtak på et gitt tidspunkt. Hvor mange som har vedtak på en gitt uke, vil nødvendigvis være noe lavere enn totalt antall vedtak (insidens) fattet i løpet av et år, siden vedtakene kun kan gjelde for inntil ett år. Tallene fra kartleggingen er videre høyere enn funnene i en rapport fra SSB som er beskrevet innledningsvis (Otnes, 2018). Dette sannsynliggjør at vi har fanget opp de aller fleste eller alle pasientene med vedtak.

Under halvparten av de pasientene som fikk tvungen helsehjelp, hadde vedtak. I nesten 40 prosent av registreringene av tvang mente personalet at det ikke burde fattes vedtak. I den kvalitative delen kom det fram at personalet opplever at det å fatte vedtak er en tungvinn og tidkrevende prosess. Under kartleggingen kom det også fram at personalet mente at tvangstiltakene var lite inngripende, motstanden var liten, eller man var usikker på om hva den tilsynelatende motstanden var rettet mot. Det kunne for eksempel være at pasienten sa «nei, nei, nei ...» når det skulle skiftes bleie, men for øvrig viste ingen motstand. Eller det kunne være situasjoner med tiltak som personalet mente var lite inngripende og samtidig nødvendig å gjennomføre for pasientens egen trivsel og velvære, mens de helsemessige konsekvensene av å utelate helsehjelpen ikke var tilstrekkelige til å oppfylle lovens krav (for eksempel at pasienten hadde griset mat på klærne eller det luktet sterkt av urin). Disse forholdene gjorde at de antok at et eventuelt vedtak om tvungen helsehjelp ville bli avvist av Statsforvalteren, og da svarte de nei på spørsmålet om det burde fattes vedtak.

I gjennomgangen med intervjuerne etter kartleggingene kom det også fram at flere av de ansatte hadde et inntrykk at det var blitt strengere krav for å få godkjent et vedtak om tvang. Flere vedtak enn tidligere kom i retur fra Statsforvalteren, enten fordi vilkårene for vedtaket ikke var oppfylt, eller fordi opplysningene ikke var gode nok eller ikke riktig utfylt.

Resultatene fra både den kvantitative og den kvalitative delen av undersøkelsen forteller at det gjøres flere vedtak i skjermede avdelinger for personer med demens enn i de ordinære langtidsavdelingene. Samtidig kom det fram at de har mer fokus på miljøtiltak og tillitsskapende tiltak i skjermede avdelinger enn i de ordinære langtidsavdelingene. Årsaken til disse forskjellene mellom ordinære langtidsavdelinger og skjermede avdelinger (spesielt tilrettelagt for personer med demens) kan vi ikke si noe sikkert om, men de ansatte antydte at det kunne være større bevissthet rundt lovverket knyttet til kapittel 4A i skjermede avdelinger enn i de ordinære. Vi vet ikke om denne forskjellen også kan handle om at man i skjermede avdelinger har fått bedre opplæring i lovverket og bruk av tillitsskapende tiltak. I så fall vil det være nyttig for de ordinære langtidsavdelingene å få mer opplæring. At man skal forsøke tillitsskapende tiltak, følger av loven, men hvordan dette best kan gjøres, er primært faglige og etiske spørsmål. At avdelinger for personer med demens har mer fokus på tillitsskapende tiltak, er ikke så overraskende. Skjermede enheter har tradisjonelt hatt mer oppmerksomhet rettet mot miljøtiltak, som overlapper mye med det loven kaller tillitsskapende tiltak.

5.1.1 Tillitsskapende tiltak og gråsonetvang

Behovet for mer vektlegging av tillitsskapende tiltak var noe som kom fram i en tidligere studie om tvang i sykehjem (Hem et al., 2010). Som vår kartlegging viser, har de ansatte nå lagt mer vekt på tillitsskapende tiltak. Dette tyder på at de ansatte kjenner til lovverket. Samtidig ser vi altså at denne vektleggingen av tillitsskapende tiltak kan ha ført til at handlingene de til slutt gjorde, grenset mot tvang, eller at det kan sies at helsehjelp ble utelatt fordi man drøydde tiltaket for lenge. Såkalt gråsonetvang var også en tematikk som er kommet fram i tidligere studier. Når denne tematikken fortsatt er fremtredende, kan det tyde på at det er behov for å gå enda nærmere inn i hva disse situasjonene handler om, og for å sette ord på situasjoner som grenser mot tvang. På den måten kan man muligens få en større bevissthet både rundt hva som er gode tillitsskapende tiltak, hvilke tiltak som grenser til tvang, og når det er rimelig å fatte vedtak. Det kan være at loven tilsier at det burde vært fattet flere vedtak i noen av disse gråsonene, for eksempel der det er tvil om pasienten motsetter seg til tross for tillitsskapende tiltak.

5.1.2 Låste dører

Over 70 prosent av de skjermede enhetene hadde låst dør på dagtid. Overført til alle skjermede enheter i Oslo betyr det at 533 pasienter med demens bor bak en låst dør, mens omtrent 45 av dem har vedtak om tilbakeholdelse. Alle avdelingene som oppga å ha låst dør, sa også at de hadde minst én pasient med vedtak om at de kunne holde vedkommende tilbake på sykehjemmet. Hvis dette skal anses som tilstrekkelig grunnlag for å låse døren, forutsetter det trolig at pasienter uten vedtak om tilbakeholdelse har fri utgang – enten ved at de får assistanse, at de har nøkkeltast, eller at de er i stand til å bruke kodelåsen eller andre innretninger som hindrer utgang (Sivilombudet, 2022). Som det kommer fram av de kvalitative intervjuene, var det en vanlig

oppfatning at det var greit at det var låst dør også for personer uten vedtak, så lenge de ikke motsatte seg aktivt at døren var låst. Vi fikk imidlertid noen beskrivelser som tyder på at mange av pasientene uten vedtak kan forsøke å gå ut av avdelingen, men at de ikke får det til på grunn av låseinnretningene og gir opp fort når døren er låst uten å yte stor motstand. Det er også mulig at andre har gitt opp å forsøke. En del av låseinnretningene, for eksempel kodelås med kode ved siden av, nøkkel hengt opp ved siden av eller uortodokse dørklinker, var trolig for avanserte til at alle pasientene uten vedtak faktisk klarer å komme seg ut om de skulle ønske det, og personalet hadde ikke alltid mulighet til å følge pasientene som ønsket å gå ut av avdelingen.

Personalet på sykehjemsavdelingene har ansvaret for at pasienter som ikke kan ivareta seg selv, ikke går seg bort eller skader seg utenfor sykehjemmet. Selv om pasientene ikke har vedtak om tilbakeholdelse, har personalet et ansvar for å vite hvem som er på avdelingen eller har gått ut. Det er en rekke eksempler på at personer som ikke kan ivareta seg selv, kommer bort fra sykehjem, og det går ikke alltid godt (Webliste). Det er derfor forståelig at personalet er engstelig for at pasienter skal rote seg ut og bort uten at personalet merker det, og at de har behov for å ha kontroll på utgangsdøren.

Inntrykket fra denne kartleggingen er at personalet er opptatt av sikkerheten til pasientene, og at det gjør at man særlig i de skjermede enhetene rutinemessig låser dørene. Hvordan «fri utgang» sikres for dem som ikke har vedtak om tilbakeholdelse, er uklart, og vårt inntrykk er at det er underrapportert hvor mange som i realiteten er innelåst eller utsatt for frihetsbegrensende tiltak der det burde vært fattet vedtak.

Problemstillingene som er beskrevet ovenfor, var noe av utgangspunktet for at pbrl ble revidert, og at § 4-6a om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi ble innført i 2013 (Prop. 90L 2012–2013). Vårt inngangsspørsmål var om pasienten viste motstand mot tiltaket. Å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi i henhold til denne paragrafen gjelder når pasienten ikke viser motstand, og anses da ikke som bruk av tvang. Dette er dermed ikke omfattet av vår kartlegging.

5.1.3 Andre bevegelseshindrende tiltak enn låst dør

Som nevnt ovenfor var det svært få med tiltak som fysisk hindrer bevegelse eller tilgang til egen kropp. Det var to med buksedress (body) om natten for å hindre dem i å plukke i stykker bleie og én som hadde sengehest med motstand. Noen problemstillinger rundt dette er heller ikke kommet fram i de kvalitative intervjuene. En årsak til at sengehest ikke blir registrert som tvang, kan være at pasienten ikke motsetter seg tiltaket tydelig nok. Dette kan være problematisk for personer med kognitiv svikt, for selv om de ikke motsetter seg sengehesten når de legger seg, kan det likevel være at de opplever den som en hindring hvis de ønsker å forlate sengen en stund etter at de har lagt seg. I denne kartleggingen har vi ikke fått fram informasjon om dette.

5.1.4 Utelatt helsehjelp

I alt var det utelatt helsehjelp for 13,8 prosent av pasientene (vektet for avdelingstype). Det tilsier at det er 411 pasienter som ikke får helsehjelp på grunn av motstand i løpet av en uke i ordinære langtidsplasser, skjermede langtidsplasser og forsterket skjermede langtidsplasser samlet i Oslo. Det utgjør 3848 episoder med utelatt helsehjelp på grunn av motstand mot helsehjelp i løpet av en uke.

Det var langt flere med utelatt helsehjelp i ordinære langtidsavdelinger enn i skjermede enheter. Det var imidlertid vanskelig å sette noe klart skille mellom tillitsskapende tiltak hvor personalet utsatte et tiltak overfor pasienten, for eksempel å gi hjelp til å stå opp og få morgenstell, som en del av tillitsskapende tiltak og det å utsette et tiltak så lenge at det oppfattes som utelatt helsehjelp. Et eksempel som ble tatt opp i gjennomgangen med intervjuerne etter kartleggingen, var situasjoner rundt tannpuss. Flere hadde fått spørsmål om det å hoppe over en tannpuss var utelatt helsehjelp når det gikk greit neste gang en forsøkte. Det å presse pasienten kunne skape uro og senere gi vansker med annen samhandling. Å utsette eller hoppe over noen hygienetiltak ble som regel sett på som å ha liten eller ingen helsemessig konsekvens, og personalet vurderte at det var viktigere at pasientene ikke ble utsatt for tvang, og at det oppsto uro. Slike situasjoner ble derfor ofte vurdert som tillitsskapende tiltak.

I litteraturen er det dokumentert at personer med demens og de som motsetter seg helsehjelpen, er mer utsatt for utelatt helsehjelp enn de som samarbeider (Andfossen et al., 2021; Simmons et al., 2013).

5.2 Er resultatene å stole på? – En metodediskusjon

Som beskrevet ovenfor dekker denne kartleggingen tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp hos pasienter som yter motstand mot helsehjelpen. Vi mener at metoden med å spørre personale hva som har skjedd med den enkelte pasient den siste uken er en god måte å fange opp hvor mange pasienter det gjelder, og antall episoder. Vi opplevde at personalet hadde god oversikt over pasientene og visste godt hvilke pasienter som nesten alltid eller bare av og til ytte motstand mot forskjellige former for helsehjelp. Personalet hadde også god oversikt over hvordan disse situasjonene ble løst.

I gjennomgangen med intervjuerne kom det fram at noen avdelinger sa at de ikke kan utelukke at pasienter hvor de vanligvis nådde fram med forskjellige tillitsskapende tiltak, likevel kunne ha vært utsatt for tvang når det er mange vikarer på vakt, for eksempel i helger, uten at det er blitt fanget opp. I den kvalitative delen kom det også fram at det var usikkert hvordan en del situasjoner ble

løst på natten. Det er bare i ett skjema det er kryssset av for at plikten om øyeblikkelig hjelp i helsepersonelloven er brukt. Dette kan indikere at personalet ikke kjenner godt til regelverket om øyeblikkelighjelpplikten, eller at det ikke blir dokumentert fordi det ikke krever vedtak.

Denne studien kartlegger ikke om pasienter generelt blir utsatt for «utelatt helsehjelp», men om helsehjelp blir utelatt etter motstand mot hjelpen de blir tilbydd. Hvor gode tallene i denne kartleggingen er, vil avhenge av hva som defineres som motstand, tillitsskapende tiltak og utelatt helsehjelp. Se avsnittene ovenfor om gråsonene mellom tillitsskapende tiltak og utelatt helsehjelp og om gråsonene mellom tvungen helsehjelp og utelatt helsehjelp.

Intervjuerne i kartleggingen sa at de stort sett ble mottatt med velvilje, og at personalet var forberedt på at de kom. De opplevde at personalet gjennomgående var reflekterte, og at mange av problemstillingene var kjente og diskutert på avdelingene. Intervjuerne opplevde imidlertid også steder der de kom litt overaskende på, at det kunne være fravær, og at personale hadde lite tid til å sitte ned sammen for å få gjennomført kartleggingen som planlagt. De ansatte hadde stadig praktiske oppgaver som ikke kunne vente. Intervjuerne mente likevel at de opplevde at problemstillinger rundt kapittel 4A var kjent, og derfor hadde personalet oversikt. På de travleste avdelingene ble det kanskje vanskeligere å få en klar forståelse av sentrale begreper for å kunne trekke en konsistent grense mellom for eksempel utelatt helsehjelp og tillitsskapende tiltak. Intervjuerne opplevde ikke språkproblemer i registreringene, mens dette var utfordrende i deler av enkelte av de kvalitative intervjuene.

Styrken ved de kvalitative intervjuene er at vi har fått fram de ansattes tanker om og erfaringer knyttet til tvungen helsehjelp. Her hadde vi også anledning til å gå mer i dybden på tematikkene. Svakheten kan være at ansatte i mindre grad har snakket om vanskelige temaer, som utelatt helsehjelp eller tvang som er utøvd uten vedtak. Det å sette ord på slike etiske utfordringer kan i seg selv være vanskelig, spesielt dersom man er i tvil om det man gjorde, var riktig (Hem et al., 2010). Intervju i grupper kan gjøre det ytterligere utfordrende å fortelle åpent om slike situasjoner. Det er derfor mulig at vi har gått glipp av kunnskap knyttet til noen av tematikkene. Det er også en svakhet at vi ikke har intervjuet ufaglærte, ekstravakter og nattevakter. I intervjuene kom det som nevnt fram at informantene mente det kunne forekomme mer tvang uten vedtak når de fast ansatte med fagkompetanse ikke var på jobb. Dersom vi skulle fått enda mer utfyllende informasjon om tvungen helsehjelp, kunne vi inkludert flere ansatte i intervjuene og flere av dem som jobber på natt. Vi kunne med fordel også ha intervjuet flere leger. I tillegg kunne vi gjennomført observasjon med tilstedeværelse i noen av avdelingene for å få fram hva som faktisk skjer. Dette var ikke innenfor rammene av oppdraget som var gitt, men er noe man kan vurdere dersom man vil gå videre med kartleggingen.

Representativitet

Kartleggingen omfatter 10,2 prosent av ordinære langtidsplasser og 36,9 prosent av de skjermede enhetene. Av 34 valgbare sykehjem har avdelinger fra 24 sykehjem (66,7 prosent) blitt inkludert i kartleggingen. Hvorvidt det ble kartlagt skjermet enhet eller ordinær langtidsavdeling, ble bestemt av hvor på listen over sykehjem sykehjemmet var plassert (tilfeldig), og ikke av sykehjemmet selv. Sykehjemmet valgte selv hvilken skjermet enhet eller hvilken ordinær langtidsavdeling som skulle kartlegges. Vi mener at disse forholdene gjør at resultatene er representative for alle langtidsplasser samlet for hele Oslo. Også i de kvalitative intervjuene fikk vi rekruttert informanter fra sykehjem med en variasjonsbredde som i stor grad gjenspeiler sammensetningen av sykehjem i Oslo (jf. 3.2.1 ovenfor).

6 Anbefalinger

Selv om denne kartleggingen viser at forekomsten av tvungen helsehjelp er lav i forhold til tidligere studier, og at det synes som om at pleiepersonalet i de fleste sykehjemmene i kartleggingen har kunnskap om kapittel 4A i pbrl, så har vi noen anbefalinger til forbedringer.

Det kom tydelig fram av både den kvantitative og den kvalitative delen av kartleggingen at personalet på flere nivåer opplevde prosessen for å få fattet vedtak om tvungen helsehjelp som krevende. Vi anbefaler derfor at man forsøker å forenkle prosedyrene med å fatte vedtak. Man kan for eksempel invitere inn tilsynsmyndighetene (Statsforvalteren) i dette arbeidet, slik at det blir et mer samstemt syn på hva slags situasjoner som bør omfattes av kapittel 4A i pbrl, og for å diskutere om det er mulig å forenkle prosessen noe.

Svært mange pasienter uten vedtak bor bak en låst dør. Det bør tydeliggjøres hvordan dette skal håndteres. Bør for eksempel pasienter med vedtak om tilbakeholdelse i større grad samles på samme avdeling? I tillegg bør det være tydelige rutiner som sikrer at de som ikke har vedtak om tilbakeholdelse, har fri utgang.

Selv om det er god bevissthet rundt bruk av tvungen helsehjelp, er det usikkerhet i hvordan man skal håndtere mange situasjoner, for eksempel der man er usikker på hva motstanden er rettet mot, når motstanden er liten, tvangsbruken er kortvarig og lite inngripende og det ikke «nødvendig» helsehjelp (se ovenfor). I slike situasjoner virker det som personalet mener at det er riktig å gjennomføre tiltakene for pasientens velvære og verdighet, men dokumenterer det ikke som tvang. Det er viktig at det er åpenhet rundt dette, og at ingen «straffes» for å yte god omsorg. At det settes av tid til å reflektere rundt dette, er viktig. Noen avdelinger oppga at de brukte VIPS-praksismodellen til å reflektere og finne gode løsninger for enkelte pasienter. Fokus på og opplæring i dette temaet mener vi er viktig.

I intervjuene med de ansatte kom det fram flere forslag til forbedringstiltak. Det de var mest opptatt av, var betydningen av kompetanseheving, men noen nevnte også behovet for mer refleksjon og åpenhet rundt tematikken.

Økt kunnskap om lovverket generelt var noe som ble nevnt. I tillegg nevnte de spesielt at de mente det manglet kompetanse knyttet til det å vurdere pasientens samtykkekompetanse.

Vi tror det også kan være behov for å diskutere nærmere hvordan en bør definere sentrale begreper som motstand, tillitsskapende tiltak og utelatt helsehjelp. Dette er områder der kompetanseheving og erfaringsutveksling kan være spesielt viktig. Funnene tyder på noen variasjoner i kompetanse og praksis mellom sykehjemmene og også mellom ulike avdelinger

internt på noen sykehjem. Dette kan trolig «utnyttes» til noe positivt dersom det legges til rette for kompetanseoverføring og erfaringsdeling i et trygt læringsmiljø.

Det å snakke om tvang kan i seg selv være utfordrende (Hem et al., 2010). Mer kunnskap kan bidra til større trygghet og dermed også større åpenhet rundt tvungen helsehjelp. Dette kan igjen gjøre at de ansatte kan oppleve det mindre krevende å vurdere tvangsvedtak.

Problemstillinger knyttet til tvang er en av de vanligste etiske utfordringene i helsetjenesten (Magelssen et al., 2018). En måte å jobbe med utfordringer knyttet til tvang på, som noen ganger kan være både mer nyttig og mindre truende enn kun en opplæring i juss, er å løfte fram de etiske utfordringene ved motstand og bruk av tvungen helsehjelp. Slike utfordringer kan for eksempel drøftes i etikkrefleksjonsgrupper. En klinisk etikk-komité kan trolig også bistå i både drøfting av spesielt vanskelige enkeltsituasjoner og med kompetanseheving i etikk og juss, for eksempel gjennom tverrfaglige seminarer for ansatte, med utgangspunkt i de konkrete utfordringene som de ansatte står i. I intervjuene ble etisk refleksjon nevnt som et mulig forbedringstiltak for å få økt bevissthet rundt tvungen helsehjelp. Tidligere forskning har vist at etisk refleksjon kan være et viktig bidrag i kvalitetsutvikling og kompetanseheving (Karlsen et al., 2018), også ved bruk av tvang (Hem et al., 2010; Lillemoen & Pedersen, 2015). Etisk refleksjon kan for eksempel bidra til større åpenhet rundt tvungen helsehjelp og hjelpe de ansatte til å vurdere om det er riktig å gjøre vedtak om tvang. Ved å bruke en etisk refleksjonsmodell, som for eksempel «SME-modellen» (Senter for medisinsk etikk, 2021), vil man få gått gjennom både fag, berørte parter, lovverk og etiske verdier. Tidligere forskning har vist at det å bruke en systematisk refleksjonsmodell på denne måten kan bidra til bedre håndtering av de etiske utfordringene (Heggstad et al., 2021). En anbefaling for å håndtere problemstillinger knyttet til tvungen helsehjelp kan derfor være å innføre jevnlig etiske drøftinger. Ved noen sykehjem i Stavanger har de innført etisk refleksjon som en del av kvalitetssystemene ved vurdering av tvungen helsehjelp. Sykehjemsetaten har en klinisk etikk-komité (KEK). Et forslag kunne være at man får inn en rutine for å kontakte KEK dersom man er usikker på om man bør gjøre vedtak om tvang. KEK har ingen myndighet til å fatte vedtak, men kan komme med råd og veiledning til de ansatte på sykehjemmet.

7 Oppsummering

Denne kartleggingen er gjennomført på oppdrag av Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester som ønsket å kartlegge tvungen helsehjelp ved sykehjem i Oslo.

Det ble kartlagt til sammen 506 pasienter fra 24 sykehjem i tillegg ble det gjennomført ni fokusgruppeintervjuer og tre individuelle intervjuer.

Både i den kvantitative kartleggingen og i de kvalitative intervjuene kom det fram at på mange avdelinger var personalet reflektert, og at mange av problemstillingene var kjente og ble diskutert på avdelingene. Men dette gjaldt ikke alle avdelingene. I intervjuene uttrykte en i personalet bekymring for hvordan det var i avdelinger der det ikke ble snakket om de utfordrende situasjonene, og hvor vedtak om tvungen helsehjelp i liten grad var et tema.

Vektet for avdelingstype var det 35,3 prosent av pasientene som motsatte seg helsehjelp minst en gang i løpet av uken før kartleggingen. Hos 31,0 prosent av pasientene (n=506) var det tillitsskapende tiltak, og hos to av tre pasienter som fikk tillitsskapende tiltak, var det tilstrekkelig. Videre var det hos 13,8 prosent av pasientene utelatt helsehjelp, og hos 6,7 prosent av pasientene ble det ytt tvungen helsehjelp. (Det var overlapp mellom tillitsskapende tiltak, utelatt helsehjelp og tvunget helsehjelp). Kun 42 prosent av dem med tvungen helsehjelp hadde vedtak om dette.

Om vi overfører disse tallene til alle langtidsavdelinger samlet i Oslo kommune, utgjør dette 1054 pasienter som uttrykker motstand mot helsehjelp minst en gang i løpet av siste uke, 200 pasienter som fikk tvungen helsehjelp, og 411 pasienter der helsehjelpen ble utelatt. Overfører vi funnene fra denne kartleggingen til episoder med tvungen helsehjelp, blir det 1591 episoder per uke med tvungen helsehjelp i langtidsavdelinger samlet i Oslo kommune. For 1051 av disse episoden er det ikke vedtak.

Det er mer bruk av tvungen helsehjelp i skjermede enheter enn i ordinære langtidsenheter, men det er også en større andel av pasientene som får tillitsskapende tiltak i skjermede enheter. Ordinære langtidsavdelinger har oftere utelatt helsehjelp. Disse funnene bekreftes av de kvalitative analysene. Videre kommer det fram av begge delundersøkelsene at det er utfordrende å definere hva som er motstand, tillitsskapende tiltak og utelatt helsehjelp.

Både i den kvantitative kartleggingen og i de kvalitative intervjuene kom det fram at det med låst dør kan gi uklarheter om pasienter faktisk er fratatt sin frie utgang uten vedtak og uten noen form for dokumentasjon. Dette gjelder særlig skjermede enheter.

De viktigste hindringene til å fatte vedtak i henhold til pbrl kapittel 4A var at det var en ressurs- og tidkrevende prosess å få fattet vedtak, og at det var en del situasjoner hvor det ble ansett som nødvendig å bruke tvang, men som ikke dekkes av lovverket.

Samlet sett tilsier de beskrevne utfordringene at det reelle antallet episoder med bruk av tvungen helsehjelp (slik det er definert i loven) kan være noe høyere enn det vi har avdekket.

8 Referanser

- Andfossen, N., Devik, S., & A, O. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt* (Oppsummering, Issue. S. f. omsorgsforskning.
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Gangnes, O.-M. (2021). *Sivil-ombuds-mannen undersøker sykehjem*. Juristen. Retrieved 01.07.2022 from <https://juristen.no/nyheter/2021/06/sivil%C2%ADombuds%C2%ADmannen-unders%C3%B8ker-sykehjem>
- Heggestad, A. K. T., Førde, R., Magelssen, M., & Arnekleiv, B. (2021). Ethics reflection groups for school nurses. *Nurs Ethics*, 28(2), 210-220. <https://doi.org/10.1177/0969733020940373>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer - Rundskriv*. (IS8-2015). Oslo: Helsedirektoratet
- Hem, M., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 294-301.
- Karlsen, H. M., Gjerberg, E., Førde, R., Magelssen, M., Pedersen, R., & Lillemoen, L. (2018). Etikkarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste – evaluering av etikkrefleksjonens innhold og betydning. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(1), 22-36.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*, 18(3), 281-286.
- Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2015). Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study. *BMC Med Ethics*, 16(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0017-9>
- Magelssen, M., Pedersen, R., & Førde, R. (2018). Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(2). <https://doi.org/DOI: 10.4045/tidsskr.17.0375>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F., Sundby, B., & Karlsen, H. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Rapporter, Issue. S. sentralbyrå.
- Otnes, B. (2018). *Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem - Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester*. S. sentralbyrå.
- Pedersen, R., Hem, M., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133, 1935-1939.
- Pedersen, R., & Nortvedt, P. (2006). Når kan pasienten nekte helsehjelp? *Kritisk juss*, 32(3), 229-253. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-4546-2006-03-07>
- Senter for medisinsk etikk, U. i. O. (2021). *SME-modellen*. Universitetet i Oslo. Retrieved 1. februar 2023 from <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/sme-modellen/>
- Simmons, S. F., Durkin, D. W., Rahman, A. N., Choi, L., Beuscher, L., & Schnelle, J. F. (2013). Resident characteristics related to the lack of morning care provision in long-term care. *Gerontologist*, 53(1), 151-161. <https://doi.org/10.1093/geront/gns065>
- Sivilombudet. (2022). *Besøksrapport - Stovnerhjemmet, Oslo kommune - 16. - 17. mars 2022*. Sivilombudet.
- Testad, I., Mekki, T. E., Forland, O., Oye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F., & Kirkevold, O. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)--training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.1002/gps.4285>
- Webliste. Retrieved 26. januar 2023 from <https://www.nrk.no/osloogviken/leteaksjon-etter-hakon-olsen-1.14168379>
- <https://www.helg.no/familien-leter-fortsatt-etter-ranveig-74-vi-vil-sa-inderlig-gjerne-at-mamma-skal-bli-funnet/s/5-24-618708>
- <https://www.abcnyheter.no/nyheter/norge/2021/09/08/195785810/savnet-mann-i-bergen-funnet-etter-stor-leteaksjon>
- <https://www.fanaposten.no/nyheter/leteaksjon-etter-savnet-kvinne-pa-skjold/repugx!F4CuAMYf@njHCk7V9D6ig/>