

Bruk av tvang i norske sykehjem

Overgrep eller nødvendig del av god omsorg?

AV ØYVIND KIRKEVOLD

Vinteren 1999/2000 ble det gjennomført en stor studie om rettighetsbegrensende tiltak og bruk av tvang i norske sykehjem. Resultatene fra denne undersøkelsen viser blant annet at 37 prosent av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 45 prosent av pasientene i skjermede enheter utsettes for minst et tvangstiltak i løpet av en uke (1). De vanligste tiltakene var mekaniske tvangstiltak (sengehest uten pasientens samtykke og fiksering i stol eller seng uten pasientens samtykke), medisinsk undersøkelse eller behandling mot pasientens vitende eller vilje (hovedsakelig medisin tilsatt pasientens mat eller drikke) og bruk av tvang i forbindelse med daglig omsorg (gjennomføring av personlig hygiene og av-/påklledning). I to tredeler av tilfellene der det ble brukt tvang, var det ingen skriftlig dokumentasjon på at det var brukt tvang (2). Det var pasienter med dårlig funksjon i dagliglivets aktiviteter (ADL) og moderat til alvorlig demens (høy skår på klinisk demensvurdering [DCR]) som var mest utsatt for tvang.

Tilsynslegen var bare sporadisk involvert i beslutningen om at tiltaket skulle gjennomføres uten pasientens samtykke eller mot pasientens vilje, unntatt når det gjaldt medisinering. I en femdel av tilfellene der det ble gitt medisin uten samtykke, ble det oppgitt at det var legens som hadde bestemt at det skulle gjøres (2).

Lovverket er ganske klart når det gjelder bruk av tvang. I sykehjemsforskriftene § 3-3 står det:

Det er ikke hjemmel for å bruke tvangstiltak i boformen. Ved behov kan beskyttelsestiltak benyttes for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere.

Bortsett fra straffelovens regler om nødrett og nødverge var dette nærmest det eneste personalet på sykehjem hadde å holde seg til når det gjaldt tvang, da dataene til studien presentert over, ble samlet inn.

Første januar 2001 trådte fire nye helselover i kraft. En av disse var pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven har detaljerte regler om pasientens rett til informasjon og om rett til samtykke til helsehjelp. Hovedregelen er at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og ingen



Øyvind Kirkevold

sykepleier, dr.philos. Postdoktorstipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og førsteamanuensis ved Universitetet i Agder.

helsehjelp kan gis uten pasientens samtykke. Det er imidlertid et unntak i § 4-6 Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse:

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Annen helsehjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket.

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Og hva er lite inngripende og hva er mer inngripende tiltak? Et siste spørsmål som kan være interessant å diskutere er om det finnes situasjoner hvor det er «faglig riktig» (eventuelt «etisk riktig») å gripe inn om nødvendig med tvang, selv om det ikke er støtte for dette i lovverket.

Når kan en si at en person ikke har samtykkekompetanse

Hvorvidt en person har samtykkekompetanse eller ikke avhenger av mange forhold. Grad av demens, hvor kompleks problemstillingen personen skal ta stilling til er og konsekvensen av å «velge feil». Det å velge hvilke klær en skal ha på seg i en gitt anledning vil for mange være viktig, men det er ikke spesielt kompleks problemstilling og konsekvensen av å ta feil er begrenset. Det å sette opp et testamente, å ta avgjørelse om det å flytte eller om en vil ta en operasjon eller ikke, kan både være kompliserte avgjørelser og konsekven-

sene av hva en velger å gjøre kan være store. Dette krever derfor nøye vurderinger. Hvordan man skal gå fram når man mener at en person mangler vurderingsevne i *avgjørelser om helsehjelp* står beskrevet i Pasientrettighetsloven § 4-3 «Hvem som har samtykkekompetanse».

Beskyttelsestiltak eller tvang

Det å sikre områder som en beboer ikke normalt har tilgang til, ved å låse dører, må være greit. Eksempler på dette kan være en usikret baktrapp, kjeller, fyrrom, storkjøkken osv. Problemet med avstenging av visse områder kan medføre at det også hindrer noen i å komme ut eller hindrer fri tilgang til områder som beboere normalt har tilgang til. Eksempel på dette er låsing av hoveddøren til en avdeling. En dør som har installert utstyr i den hensikt i å hindre en person i å komme ut (kodelås, dobbelthåndtak, magnetbryter osv.), må anses som låst for den personen.

Det finnes ingen lovhjemmel for å holde en person tilbake i institusjon mot sin vilje, på den annen side har personalet et ansvar for at personer som ikke kan ta vare på seg selv, ikke kommer til skade (for eksempel ved å «rote seg bort») (Straffelovens § 242).

Det kan være mange grunner til at en person ønsker å forlate en avdeling. Det kan være et ønske om å gå en tur, personen kan være forvirret og ikke ha noen klar ide om hvorfor han/hun vil passere en bestemt dør eller så kan personen ha en ide om at han/hun skal hjem til barndomshjemmet (som ikke eksisterer mer) eller hjem til ektefelle (som er død). Det kan også være at personen vet at han/hun er på sykehjem og ikke ønsker å være der, men vil hjem til hus/leilighet som personen hadde før innleggelse. I siste tilfelle kan det være snakk om *ulovlig* tvangsinnleggelse.

Når en skal sikre en person mot å komme til skade ved å bli borte, så må det derfor vurderes hvorfor personen vil ut og hvilken metode som er best å bruke for å sikre en dør. En alarm som varsler når personen passerer døren kan være mer hensiktsmessig enn lås fordi dette kun vil omfatte dem tiltaket er ment å omfatte. Det er viktig at slike tiltak ikke brukes for å holde personer ulovlig tilbake, men hindrer personer i å «rote seg bort». Det kan være en forsinkelse slik at personalet kan komme til og avlede personene med andre aktiviteter, eller å gå en tur ut sammen med personen.

Andre typer sikringstiltak som sengehest, sele i stol, brett foran stolen osv. for å hindre personer uten gangfunksjon i å falle ut av seng/stol er en del brukt. Argumentet for dette er stor sett å forebygge skade. Jeg mener slike tiltak bør forvaltes i henhold til pasientrettighetsloven § 4-6 (se over). Det vil si at noen må samtykke på vegne av pasienten, og at et slikt samtykke bare er gyldig hvis pasienten ikke motsetter seg tiltaket. Det vil alltid være skjønnt som ligger til grunn når det vurderes om en person skal sikres i stol eller seng. Det er viktig at personer som har gangfunksjon ikke blir passivt sittende bare fordi de kanskje kan falle og ikke er i stand til å protestere mot sikringstiltaket. Har personen ustø gange på grunn av bruk av psykofarmaka eller andre legemidler, må legemiddelet vurderes før sikringstiltak kan benyttes. Det er viktig å være klar over at personer som sitter fastbundet i en stol, kan være ekstra utsatt for komplikasjoner fra den reduserte muligheten til å bevege seg (trykksår, stase av blodsirkulasjon til bena osv.) og må sikres jevnlig tilsyn og hjelp til å bevege seg. *Låsing av dører eller bruk av mekaniske sikringsmidler kan ikke brukes på grunn av for lite personell.*

Medisinsk behandling og undersøkelse uten pasientens samtykke

I undersøkelsen beskrevet i innledningen, fant vi at 11 prosent av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 17 prosent av pasientene i skjermede enheter får tilsatt medisin i mat eller drikke mot sin vilje eller uten å vite om det (3). I de fleste tilfellene (63 prosent) var det ansvarlig sykepleier som hadde bestemt at medisin skulle gis uten pasientens vitende, og bare i 20 prosent av tilfellene var det legen som hadde tatt denne avgjørelsen.

Selv om det har blitt gjort vurdering av pasientens samtykkekompetanse og at det er nødvendig å gi medisin, så fratas pasienten muligheten til å protestere og klage så lenge han/hun ikke blir gitt muligheten til å vite at de får medisin. Mange som får medisin tilsatt i mat og drikke, får det fordi de har problemer med å svelge. Det bør være greit å gjøre dette i samarbeid med pasienten, men dette er ofte vanskelig når pasienten har en alvorlig demenstilstand eller av an-

Namsos
sykehjem

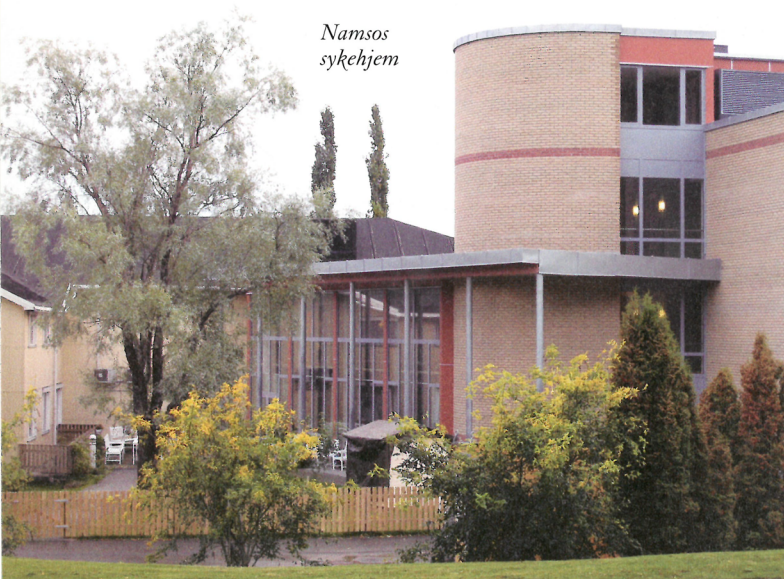


FOTO: JANNIKE REYMERT



nen grunn ikke oppfatter at han/hun får medisin. I hele 44 prosent av tilfellene der man gav en pasient medisin uten dennes viten, var begrunnelsen at de ikke ville ha medisin eller at de spyttet ut medisinen (2). Dette er vanskelig å forsvare både juridisk og etisk, og det må være svært sterke faglige argumenter for å gjøre dette.

Hvis det er behov for å gi et medikament på annen måte enn forskrevet (knusing av tabletter, åpning av kapsler, tilsetning i mat osv.) og uten en pasients samtykke, foreslår jeg at avdelingen lager rutiner for å sikre best mulig håndtering. For det første er forskriving av medikamenter legens ansvar. Legen må derfor gå gjennom medikamentene til pasienter hvor det er vanskelig å få gitt disse på vanlig måte. Hva er absolutt nødvendig å gi? Kan preparatet gis i annen form (som er lettere for pasienten)? Hvis noe skal knuses og/eller blandes i mat eller drikke, må det vurderes om dette kan gjøres med det spesifikke preparatet (står i Felleskatalogen). Hvis pasienten ikke er i stand til å samtykke, må reglene i Pasientrettighetsloven § 4-6 følges og pasienten skal så langt det er mulig informeres om at det gis medisin. Motsetter pasienten seg medisinering, skal dette respekteres. Hvis legen likevel mener at legemiddelet bør gis, er det i dag ikke lov hjemmel for det, men det er endringer på vei (se under).

Pleie og omsorg som pasienten motsetter seg

Personer med demens kan av forskjellige årsaker ha problemer med å oppfatte hva som skjer og hva som skal skje.

Dette kan blant annet gjøre det vanskelig å få til god samhandling i forbindelse med gjennomføring av ADL-tiltak (personlig hygiene, av-/påkledning og måltider), noe som igjen gjør at forskjellige former for tvang brukes i slike situasjoner. I skjermede enheter ble det brukt mer eller mindre tvang i slike situasjoner overfor 21 prosent av beboerne og overfor 17 prosent av beboerne i somatiske sykehjemsenheter(1). De variablene som var sterkest assosiert med tvang i ADL, var langtkommen demens og utagerende atferd. Tiltakene var alt fra at en måtte holde hendene til en pasient som var svært dårlig og kunne spontant slå ut hvis han følte ubehag (for eksempel fikk vann i øyne) eller som måtte holdes i forbindelse med av-/påkledning fordi pasienten ikke klarte å samarbeide motorisk, til at personer ble stelt med makt under protest fra personen.

Som nevnt, er det i dag ingen lovhjemmel for å bruke tvang, heller ikke for å gjennomføre nødvendig stell. Det vil være en skjønnsmessig vurdering av når holding av hender, føtter eller hodet til en svært forvirret pasient er tvang, det vil si: har pasienten en bevisst motstand mot tiltaket? Det vil uansett være viktig at personalet har kompetanse og ferdigheter til å gjennomføre slike stell på mest mulig lempelig måte. I de tilfellene der en person klart sier at han/hun ikke vil ha hjelp, ikke vil på badet, ikke vil skifte klær, så har vi i dag ingen lovhjemmel for å gjøre det med makt. Jeg mener også at det skal være ekstreme forhold før man kan si at det etisk/faglig forsvarlig å gjennomføre hygienetiltak mot en



persons vilje. Min erfaring er at det i de fleste tilfeller finnes løsninger på slike situasjoner uten bruk av tvang. Det vil imidlertid være enkelte tilfeller der det er nødvendig å gjennomføre hygienetiltak uten pasientens samtykke og som pasienten motsetter seg.

Endringer i pasientrettighetsloven

Helsepersonell har i lang tid etterlyst et klarere regelverk for hvordan situasjoner beskrevet over skal håndteres (4). Fjerde desember 2006 vedtok Stortinget endringer i pasientrettighetsloven som åpner for muligheten til å gjennomføre helsehjelp som en person motsetter seg (5). Lovendringen har ikke trådd i kraft ennå¹, men jeg vil likevel gjengi § 4A–3 som angir vilkårene for å kunne gi helsehjelp som pasienten motsetter seg.

§ 4 A–3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må til-litskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helse-skade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Det er en fare for at avdelinger med lav kompetanse og dårlig tilbud vil føre til at pasientene fungerer dårligere og at

det igjen kan føre til at bruk av tvang rettferdiggjøres. Det er derfor viktig å merke seg hva Helse- og sosialkomiteen i Stortinget sier i sin innstilling til loven (6):

Komiteen understreker at tvang aldri skal brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang.

Dette er en god konklusjon. Hvis tilleggset til Pasientrettighetsloven blir brukt som argumentasjon for å øke kompetansen til personalet og lage fagmiljøer hvor fokus blir satt på positive løsninger framfor bruk av tvang, kan dette føre til en bedring av kvaliteten på tjenestene. Det er imidlertid alltid en fare for at noen velger enklere løsninger og ser lovendringen som en mulighet til å gjennomføre «nødvendige» helsetiltak uten å måtte bruke for mye tid på å involvere pasienten selv.

Litteratur

1. Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(3):281–6.
2. Kirkevold Ø, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs.* 2004;13(15):902–5.
3. Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ.* 2004.
4. Kirkevold Ø, Nygaard AM, Eek A, Engedal K. Om rettssikkerhet og aldersdemens. Ja, tenke det, ønske det, ville det med. Sem: INFO-banken; 1995. p. 99–114.
5. Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning - personal utan samtykkekompetanse). Ot.prp. 64 (2005–2006) Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
6. Innstilling til Odelstinget frå helse- og omsorgskomiteen - Ot.prp. nr. 64 (2005–2006). Inst. O nr. 11(2006–2007) Stortinget; 2006.

¹ Det er forskjellige signaler på når loven vil tre i kraft. I Ot.prp.64 er det sagt 1.1.08, mens andre signaler anslår 1.7.08 eller kanskje 01.01.09. Det vil uansett komme et rundskriv i forkant av implementeringen av loven.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no