

# Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning

**BAKGRUNN** Bruk av tvang i sykehjem er vanlig og utfordrende, og lovhjemler kom først i 2009. To sentrale vilkår er at pasienten må mangle samtykkekompetanse og at tvangen er til pasientens beste. Tilsynsrapporter har avdekket mangelfull lovanvendelse, noe som er alvorlig både for pasienter og helsepersonell. Vi ønsket, ved hjelp av en kvalitativ studie, å undersøke hvilke utfordringer og erfaringer som leger og andre sykehjemsansatte har med de nye tvangsbestemmelsene.

**MATERIALE OG METODE** Totalt 65 sykehjemsansatte ble intervjuet i fokusgrupper. Intervjuet inkluderte bl.a. spørsmål om når tvang ble brukt og hvordan det nye lovkapitlet ble anvendt. I den kvalitative analysen ble meningsinnholdet kategorisert og kondensert.

**RESULTATER** I alle fokusgruppeintervjuene kom det frem at tvang forekom hyppig, men også at det ble fattet få vedtak. Involvering av legene og tverrfaglig samarbeid ble vurdert som viktig for god anvendelse av det nye lovverket, i tillegg til tid, bemanning og kompetanse. Studiedeltakerne var usikre på praktiseringen av det nye lovverket og ga uttrykk for at kravene til vedtak er urealistiske. En god del av tvangen som omtales er ulovlig. Manglende lovhjemmel der tvang anses som det minste ondet, ble beskrevet som problematisk.

**FORTOLKNING** De nye lovhjemlene for bruk av tvang er trolig bevissthetsskjerpene, men har et stort potensial for feiltolkning og vedtaksvegring. Loven er på noen områder i utakt med virkeligheten i sykehjem og de ansattes verdier.

Å bruke tvang for å gi somatisk helsehjelp i sykehjem er vanlig og utfordrende (1–3). En viktig grunn til dette er at demens (ca. 80 % av pasientene) og symptomer på psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (ca. 70 % av pasientene) er utbredt (4).

Tidligere hadde man ikke tvangsløvhjemmel, med unntak av nødrettssituasjoner. For å begrense tvangsbruken, men også for å sikre at pasienter med manglende samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp, kom et nytt kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven (kapittel 4A) i 2009 (5). Samtykkekompetanse er ikke definert i loven, men veldig enkelt kan det defineres som evnen til å ta en meningsfull beslutning (6). Det nye lovkapitlet omhandler helsehjelp til pasienter over 16 år, uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelpen. Sentrale vilkår er gjengitt i ramme 1 (5, 7, 8). Tilsynsrapporter fra sykehjem tyder imidlertid på variasjoner i praksis, kunnskapsnivå og tolkninger av lovhjemlene (8, 9).


I denne artikkelen presenteres materiale fra en større kvalitativ studie om helsepersonells erfaringer med bruk av tvang og den nye lovgivningen i sykehjem. Et viktig mål med studien var å få systematiske beskrivelser av erfaringer knyttet til innføringen av de nye lovhjemlene. Dette er viktig for pasientenes rettssikkerhet, for alle som jobber med pasienter som «ikke vil» og ikke minst for helsemyndighetene. I tillegg ønsket vi å undersøke mer generelt hva helsepersonell forstår med «tvang» i behandlingen av pasienter i sykehjem og hvordan de søker alternativer til tvang (både formell og uformell

tvang). To artikler er allerede publisert fra studien: Den ene handler om hvordan helsepersonell definerer tvang og om de mange gråsonene (10). Den andre omhandler hva helsepersonell gjør for å unngå tvang (11). I denne artikkelen er oppmerksomheten rettet mot utfordringer og erfaringer som leger og andre sykehjemsansatte har med praktiseringen av de nye lovhjemlene i sykehjem.

## Materiale og metode

Studien er basert på fokusgruppeintervju med 65 deltakere fordelt på 12 grupper. Fokusgrupper er en kvalitativ forskningsmetode som ble valgt for å få dybdekunnskap om et komplekst fenomen. Vi antok at dynamikken mellom gruppedeltakerne ville få frem rikere beskrivelser av helsepersonells erfaringer enn om vi hadde benyttet individuelle intervjuer (12). I perioden juni – november 2009 utførte to av forfatterne (MHH og EG) intervjuene med ansatte på fem sykehjem i fire kommuner på Østlandet. Enhetsleder eller fagutviklingssykepleier ble bedt om å rekruttere ansatte til tverrfaglige fokusgrupper og inkludere sykepleiere, leger og annet helsepersonell som hadde erfaringer med det nye lovkapitlet. Ni av gruppene ble tverrfaglige, men uten leger, mens det i to grupper kun var sykepleiere. For å få med legene fikk vi hjelp av en sykehjemslege til å rekruttere sykehjemsleger fra de samme kommunene til én gruppe. Følgende helsepersonellgrupper deltok i studien: Fem leger, 25 sykepleiere, tre vernepleiere, 25 hjelpepleiere, tre omsorgsarbeidere, to aktivitører og to ufaglærte.

**Reidar Pedersen**  
reidar.pedersen@medisin.uio.no  
**Marit Helene Hem**  
**Elisabeth Gjerberg**  
**Reidun Førde**  
Institutt for helse og samfunn  
Senter for medisinsk etikk  
Universitetet i Oslo

 Podkast på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

> Se også side 1905

## HOVEDBUDSKAP

Et nytt kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven gir lovhjemler for tvungen helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse

Loven er komplisert, og tvang uten vedtak er utbredt

Lovkapitlet inneholder viktige regler og er ment å skjerpe bevisstheten om tvang

Lovkapitlet er ikke godt nok tilpasset hverdagen i norske sykehjem

**RAMME 1****Sentrale vilkår for bruk av tvang etter kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (5–7)**

- Pasienten må mangle samtykkekompetanse<sup>1</sup>
- Samtykkekompetanse skal vurderes av den som er faglig ansvarlig for helsehjelpen
- Tillitsskapende tiltak må være forsøkt
- Helsehjelpen må være somatisk (psykisk helsehjelp reguleres av annet lovverk)
- Unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten
- Helsehjelpen må være nødvendig
- Tiltakene må stå i forhold til behovet for helsehjelpen
- Å yte helsehjelpen med tvang må være den klart beste løsningen for pasienten
- Vedtak om bruk av tvang skal fattes av den som er ansvarlig for helsehjelpen<sup>2</sup>
- Somatisk helsehjelp mot motstand kan bare gis av hensyn til pasienten selv
- Alvorlige inngrep, herunder inngrep i kroppen, reseptbelagte medikamenter og bevegelseshindrende tiltak, kan kun besluttes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell
- Tvang skal aldri brukes som følge av manglende ressurser

<sup>1</sup> Hva «samtykkekompetanse» betyr er ikke definert i loven. For mer informasjon om hva samtykkekompetanse innebærer og hvordan man kan vurdere samtykkekompetanse se referanse 6

<sup>2</sup> Dette vil ofte være en lege

I intervjuene brukte vi en intervjuguide som bl.a. inkluderte spørsmål om konkrete erfaringer med bruk av tvang, hva deltakerne definerer som tvang, alternativer til tvang samt spørsmål knyttet til temaet for denne artikkelen: Erfaringer og utfordringer knyttet til anvendelse av kapittel 4A (for eksempel erfaringer så langt, i hva slags situasjoner/overfor hvilke pasienter tvangshjelmene brukes, hvordan lovens kriterier tolkes, og hvem som fatter vedtak).

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Alle forfatterne studerte og diskuterte utskriftene fra intervjuene, både underveis og etter at alle intervjuene var gjennomført. Det førte til en kategorisering og kondensering av materialet etter sentrale spørsmål og temaer (13). Analysen kan beskrives som en hermeneutisk måte å skape mening i et datamateriale på (14, 15).

Følgende spørsmål er vektlagt i denne artikkelen:

- I hva slags situasjoner brukes tvang?
- Legenes rolle ved bruk av tvang
- Utfordringer og erfaringer knyttet til det nye lovverket

Studien er vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

**Resultater***Situasjoner der tvang ble brukt*

Deltakerne sa at tvang gjerne ble benyttet i situasjoner der pasienten ytte fysisk eller verbal motstand mot behandling eller stell som var til pasientens beste. Tvang ble imidlertid brukt også av hensyn til andre, f.eks. medpasienter, pårørende og ansatte. Typiske situasjoner er beskrevet i ramme 2.

Deltakerne beskrev at tvang forekom hyppig, men en del mente at det var mer tvangsbruk for 10–15 år siden og at lovkapitlet har bidratt til å styrke bevisstheten omkring tvangsbruk. På intervjutidspunktet var det ifølge deltakerne fattet svært få vedtak om bruk av tvang i forhold til antall aktuelle situasjoner. Den tvangen som kom frem i intervjuene er til dels utenfor eller på grensen av loven (ramme 3).

*Legenes rolle ved bruk av tvang*

Legene og de øvrige deltakerne oppga at legene har en sentral rolle når det skal fattes vedtak om tvang. Noen ganger er det medisinske spørsmål om liv eller død for pasienten eller alderspsykiatriske problemstillinger med alvorlig fare for medpasienter, andre ganger er det sterke og motstridende interesser som krever medisinsk og annen helsefaglig kompetanse (ramme 2). Legene kan ha begrenset tid på sykehjemmet eller begrenset erfaring og kompetanse som sykehjemslege. De må ofte basere sine beslutninger på pleiepersonalets observasjoner og vurderinger og deres identifikasjon av behov og forberedelse av vedtak.

Personalet som ble intervjuet ønsket mer tid til å diskutere spørsmål om tvang med sykehjemslegen og med hverandre, og mange ville at legene skulle være sentrale i slike beslutninger. Noen steder var det bare legen som kunne fatte vedtak, eller legen som bestemte ved tvil eller uenighet.

Legene beskrev det øvrige personalet som svært lojale overfor deres beslutninger, men samtidig at de selv kanskje ikke visste om pasienten var motvillig eller hvordan helsehjelpen skulle gis ved motstand. De kunne også spille en viktig rolle gjennom å vurdere kritisk hvor nødvendig helsehjelpen var og identifisere alternativer til tvang. En lege skrev: «Jeg prøver å si at det er sjelden noen som dør fordi at de ikke har dusjet på noen uker, eller at de ikke tar den tableten. (...)

Vi leger har et helt annet syn på det enn sykepleiere og andre. (...) Derfor er det veldig viktig å ha legen med.»

Sykepleierne nevnte fastlegens kjennskap til pasientens forhistorie og familiære relasjoner som en type kunnskap som kunne vært brukt oftere for å vurdere bedre hva som er i tråd med pasientens interesser. Felles diskusjoner med annet helsepersonell ble fremhevet som viktig også av legene, ikke minst siden tvangsreglene forutsetter utstrakt bruk av skjønn.

*Hvorfor fattes ikke vedtak?*

Mangel på tid ble oppgitt som en av de viktigste grunnene til at det ikke ble fattet vedtak. Det er ifølge deltakerne utallige situasjoner der man burde ha fattet vedtak. Samtidig vurderte man kravene til vedtak som altfor omfattende for de aktuelle tvangssituasjonene, spesielt hvis alle pleie- og omsorgssituasjoner skulle inkluderes. Legene ville gjerne delegere vedtaksskrivingen til sykepleierne, men enkelte hadde erfart at sykepleierne ikke mestret dette. En lege sa at det kun ble fattet vedtak for «ekstrempatientene». Gjennomgående ble det uttrykt et stort ønske om forenkling av vedtaksskrivingen. I et intervju ble det konkludert med at «han som skrev denne loven, han har aldri kommet og jobbet på avdelingen».

Andre praktiske utfordringer er tungvinte elektroniske journalsystemer og digitale skjemaer som det tar lang tid å åpne, som er vanskelige å forstå eller utilgjengelige for legene. En strategi som ble benyttet var å skrive avvik i stedet for vedtak, bl.a. fordi det tok kortere tid. Det hendte imidlertid at heller ikke dette ble gjort, fordi også det tok for mye tid, eller avvikene ikke ble fulgt opp.

At det som utløser tvangsbruken ikke er inkludert som relevante hensyn i loven, ble oppgitt som en annen viktig grunn til at det ikke ble fattet vedtak.

*Hensynet til andre*

I intervjuene var behovet for å beskytte andre pasienter og de ansatte den mest fremtredende begrunnelsen for bruk av tvang som faller utenfor lovverket. Mangel på inngrephjelm førte noen ganger til krenkelser eller frihetsberøvelse for de andre pasientene og økt belastning og risiko for de ansatte. For eksempel har man måttet stenge medpasienter inne for å beskytte dem mot en truende pasient. Noen medpasienter ville ikke ha mulighet til å si fra eller verge seg selv. Deltakerne ga uttrykk for at også de ansattes sikkerhet står svakt i møte med farlige pasienter. Eksemplene inkluderte situasjoner der deltakerne og deres kolleger ble utsatt for trakassering og fysisk vold mot dem selv. Noen fortalte at de var blitt så vant til å bli slått at de ikke lenger skrev avvik, eller de oppfattet

dette som noe man ikke kunne gjøre noe med eller bli beskyttet mot, slik at dokumentasjon uansett ville ha vært bortkastet.

*Tvang når ressursene ikke strekker til*

Tid, kompetanse og innholdet i tjenestene ble beskrevet som svært viktig for hvor mye tvang som ble brukt. Deltakerne nevnte at tvangstiltak kunne bli brukt som «buffer» mot mangelfullt tjenestetilbud. For å kompensere for manglende aktivitetstilbud, bemanning eller kompetanse kunne for eksempel legene bli bedt om å skrive ut beroligende medisiner «ved behov» til pasienter som ikke ønsket slike medisiner. Noen nevnte at det koster mer å roe pasientene på andre og bedre måter.

Mangel på personell gir ifølge deltakerne mer uro og konflikter i avdelingen eller økt motstand mot stell. Deltakerne kjente til at mangel på ressurser ikke er en lovlig begrunnelse for tvang, men beskriver at realitetene ikke alltid passer med lovkravene.

I intervjuene kom det også frem en bekymring for at mangel på lovhjælp kan føre til forsømmelser og en mer generell ansvarsfraskrivelse. En lege skrev: «Det å skulle finne kanskje det minste ondet i en situasjon som er veldig komplisert, hvor alternativet kanskje er at politiet tar med seg pasienten og setter dem i arresten, i håndjern (...) fordi vi på en måte kan ikke begrunne våre tiltak med vesentlig helseskade for pasienten. Og sånn tradisjonelt har vi da tenkt som så at, ok, det er kanskje på kanten, men det er tross alt det minste ondet i denne situasjonen. Men her er det jo (...) et eksempel på at jussen (...) definerer kategoriene veldig klart og snevert, også blir det (...) ingen som tar ansvaret for (...) å rydde opp i det som faller utenfor...»

*Utfordrende juridiske begreper*

En hovedutfordring som kom frem i intervjuene er at når nytt lovverk skal anvendes klinisk, så er det vanskelig å oversette klinisk tankegang til den juridiske. En lege sa det slik: «...når det gjelder hvor mye som skal til for å skrive [vedtak], (...) det er litt uvant, en vegrer seg litt i begynnelsen fordi det skal tilfredsstillende en sånn juridisk tankegang (...). Og det er ikke uten videre bare lett å oversette våre faglige vurderinger til juridiske. (...) noen ganger mener vi at vi har veldig gode argumenter, men så har vi uttrykt oss feil, da, for den juridiske ekspertisen, også når vi ikke fram.»

En sentral term i kapittel 4A er «helsehjelp». Deltakerne beskrev veldig mye av det de gjør som helsehjelp, og ga uttrykk for at «helsehjelp» er en term som ikke er særlig klar eller velavgrenset.

Etter loven må helsehjelpen også være «nødvendig». Noen deltakere tolket dette

## RAMME 2

### Eksempler på situasjoner der man brukte tvang (fra alle 12 gruppeintervjuene)

Motstand mot medisiner (både fysisk og verbal motstand)

- legemidler (f.eks. beroligende medisiner, andre psykofarmaka, antibiotika og insulin), medisiner skjult i maten (f.eks. i syltetøyet) eller gitt med sprøyte i munnen eller intramuskulært

Motstand mot stell, pleie og rehabilitering

- på/avkledding, løftesituasjoner og forflytning ved stell, sårskift, hygiene, munnstell, dusjing, hårvask, negleklipping, gå på toalettet, bruk av bleie/bleieskift, buksedress/body (for å holde bleie på plass/unngå grising med urin og avføring), rehabilitering og fysisk aktivitet, holde pasientens hender under stell for å unngå å bli slått

I forbindelse med ernæring og ernæringsbehandling

- gi mat og drikke når pasienten ikke ønsker det, begrensning av matinntak med tvang for å unngå overspising, gi kunstig ernæring eller væske (intravenøst eller med sonde) til tross for motstand

Motstand mot diagnostikk og invasive prosedyrer

- ta blodprøver og utføre kateterisering

Ved forebygging av skade, fare o.l.

- bevegelseshindre (for eksempel sengehest og brett på stol for å hindre at pasienten reiser seg og faller), hindre pasienten å rote og grise på institusjonskjøkkenet eller skru på ovner m.m.

Innleggelse og tilbakeholdelse

- innleggelse fra hjemmet, tilbakeholdelse i sykehjemmet (for eksempel låste dører, skjule heisknappene med et papir, skru ned vindushåndtak fordi pasienten ellers hopper ut) f.eks. ved ønske om å få gå ut eller gå/flytte hjem og i avskjedssituasjoner (vil følge med pårørende)

I forbindelse med daglige aktiviteter

- styring av døgnrytme (legge seg/stå opp), slå av tv-en, hvem som skal sitte sammen med hvem i ulike sosiale situasjoner, gå tur/utetid (noen vil være mer ute eller gå mer enn bemanningen tillater), deltakelse i aktiviteter og tid alene (noen vil ikke delta i noe som helst og bare ligge i senga), skyve pasienten dit pasienten ikke vil

Ved uønsket atferd, uro og vandring

- hindre atferd som langvarig roping, akutt forvirring, grising med avføring, pakking av klær for å dra hjem (blir ofte mye rot), rote i egne og andres skap eller eiendeler, plukke ut/ned ting for å pakke/flytte, spyting på de ansatte, utskjelling, mobbing, sjikanering, rasisme, trusler, truende atferd eller vold mot de ansatte og andre pasienter (slag, spark, skalling, biting, kloring, klyping, spyting), gå inn på andre pasienters rom og rote, vekke, plage, rive ut slanger/medisinsk utstyr (for eksempel smertepumpe), rasering/ødeleggelse av inventar, persiennner, vinduer og gjerde etc. (f.eks. fordi pasienten ikke skjønner hvordan man går ut på mindre ødeleggende måter)

veldig strengt og ville kun vurdere tvang der det var «betydelig fare for liv og helse». Disse ville f.eks. unnlatt å gi smertepaster hvis pasienten vegret seg. Andre deltakere tolket «nødvendig helsehjelp» nokså vidt. Et eksempel som ble nevnt er langvarig bruk av brett på stolen ved måltider for å forebygge fall. Deltakerne fortalte at slike vedtak ble godtatt av fylkeslegen, men at de likevel mente pasienten ble tvunget til å sitte for lenge i stolen.

Et annet krav i loven er at unnlattelse av helsehjelp kan føre til «vesentlig helseskade». Flere av deltakerne lurte på når

mangel på stell kunne føre til vesentlig helseskade: «hvis du (...) har avføring i hele senga, (...) fra topp til tå, hva gjør du da?». Spørsmål som gikk igjen var: «Når blir situasjonen alvorlig nok?», «Hva er riktig inngrepstidspunkt?» og «Hvor sannsynlig og alvorlig skal mulig forverring være?».

Kapittel 4A gjelder kun for somatisk helsehjelp. Skillet mellom somatisk og psykisk helsehjelp kan ifølge legene være vanskelig å anvende hos sykehjemspasienter med demens: «Hvis pasienten (...) [har] fått en demensdiagnose, så faller det enda en klaff ned hos psykiaterne. Det er somatikk.»

**RAMME 3**

**Eksempler på tvang som benyttes, men som ikke er lovhjemlet i kapittel 4A. Eksempelene er fra alle 12 gruppeintervjuene**

Tvang av hensyn til andre

- avlastningsopphold for å avlaste ektefelle/pårørende, nekte en pasient å ringe (fordi vedkommende plager pårørende eller ringer ofte til legevakten eller 113 uten noen egentlig grunn), bruk av løfteanordninger (takheis) for å spare rygger og helse til de ansatte

Tvang pga. mangel på ressurser

- bruk av beroligende medisiner eller frihetsberøvelse i stedet for aktiviteter, stabilt personell med nødvendig kompetanse og sosial kontakt

Tvang som ikke tilfredsstiller formale krav

- ikke fattet vedtak, feil utfylt vedtak, feil person vedtar eller vurderer samtykkekompetanse

Ulovlig frihetsberøvelse

- låste dører (f.eks. på en skjermet avdeling) uten enkeltvedtak på hver pasient, tilbakeholdelse i omsorgsbolig

Tvangsbehandling for psykisk lidelse (der det ikke er gjort vedtak etter lov om psykisk helsevern)

- atferdsforstyrrelser ved demens, uro, aggresjon, akutt forvirring (dette er psykiske lidelser ifølge ICD-10)

Tvang mot samtykkekompetente pasienter

- frihetsberøvelse, tvungen medisinerings eller ernæring

Tvangstiltak som ikke er helsehjelp

- gjemme klær/låse skapdører (for å unngå roting)

Ikke «nødvendig» helsehjelp, vesentlig helseskade eller den klart beste løsningen

- svært langvarig bruk av brett i matsituasjoner, gjemme rullator for å motivere pasienten til å gå selv

Sykehjemslegene fortalte at dette bidrar til at de føler at de må håndtere pasientens eventuelle psykiske problemer selv. Da blir spørsmålet om hvordan man kan «slukke branner» viktigere enn om man har lovhjemmel eller om symptomene og atferden skyldes noe somatisk eller psykisk.

*Samtykkekompetanse – et vanskelig begrep*  
Deltakerne var usikre på hvordan samtykkekompetanse skulle vurderes og hvem som skulle vurdere det. I intervjuene kom det

frem at tvang noen ganger ble benyttet uten at samtykkekompetanse var vurdert, og mangelfull samtykkekompetansevurdering var enda mer utbredt hvis pasienten ikke ytte motstand. Noen steder vurderte man pasientens samtykkekompetanse én gang ved innkomst uten senere revurdering og uten å relatere vurderingen til noen konkret beslutning. Enkelte hadde fått med seg at samtykkekompetanse skal vurderes i forhold til en konkret beslutning, men mente at i praksis var dette vanskelig å få tid til.

En av gruppene konkluderte med at bare helsepersonell med noen års høyskoleutdanning bør kunne fatte vedtak og vurdere samtykkekompetanse, fordi det ellers kan bli en vilkårlig anvendelse av loven. Pleiepersonellet som ble intervjuet ønsket at legene skulle vurdere samtykkekompetanse, men samtidig sa både legene og de øvrige deltakerne at legene ofte heller ikke kunne dette. Enkelte deltakere fortalte også at legene ikke ville gå inn i denne type vurderinger fordi de mente det var for komplisert eller ødeleggende for forholdet til pasienten, f.eks. hvis man hadde vært pasientens fastlege i mange år.

#### *Opplæring og kjennskap til loven*

Deltakerne sa at sykehjemmene har fått tilbud om undervisning om den nye tvangsløvgivningen, gjerne fra Helsetilsynet i fylkene, men at mange ansatte ikke har deltatt. De ufaglærte, som ofte jobber nærmest pasienten, har fått minst opplæring. Noen av dem som har vært på kurs opplevde undervisningen som tørr og kjedelig eller sier de husker lite av innholdet. Flere uttrykte også at det er mye de er usikre på, som hvem som skal fatte vedtak og i hvilke situasjoner loven gir adgang til å fatte vedtak. Også sykehjemslegene rapporterte om mangel på opplæring.

#### **Diskusjon**

Vi har utforsket et lite beskrevet område med stor etisk og juridisk kompleksitet. Resultatene fra vårt materiale tyder på et stort potensial for feiltolkninger og at tvang gjennomføres uten vedtak. Siden 2009 – da lovendringen ble innført – har antall vedtak økt med ca. 15 % per år (16, 17). Samtidig har andelen mangelfulle vedtak økt, og det er fortsatt mye tvang uten vedtak og store problemer med å anvende lovverket riktig (16, 17).

Også andre forhold tyder på et stort behov for å forenkle lovverket. I en «sjekklister» for vedtak er det over 40 punkter med videre henvisninger (7), og da er selve vurderingen av samtykkekompetanse – som faglig sett kanskje er det mest utfordrende – ikke en del av dette. Siden tvang forekommer hyppig i sykehjem (1–2), kan man frykte at det ville blitt liten tid til å yte helsehjelp om loven skulle følges i alle tilfeller der tvang benyttes.

Det nye lovkapitlet gir lovhjemmel for noe som tidligere falt utenfor lovverket. Samtidig har man forbudt tiltak som i noen situasjoner kan være til pasientens beste eller det minste ondt (ramme 3). Deltakerne i denne studien ga uttrykk for at dette kan føre til omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse.

Generelt mente deltakerne at loven har bidratt til økt bevissthet om bruk av tvang, men at det samtidig er mye uklart rundt sentrale termer, f.eks. «nødvendig helsehjelp» og «samtykkekompetanse», i tillegg til hva som defineres som tvang (10).

På noen områder mener vi det er grunn til å spørre om loven er i utakt med både profesjonsetiske verdier og virkeligheten i sykehjem. At hensynet til andre og hensynet til ressurser ikke defineres som relevante hensyn i loven, synes å sette sykehjemsansatte i en nærmest umulig situasjon. Slike hensyn er selvsagt kinkige å vekte, men denne studien tyder på at det er urealistisk og urimelig at disse hensynene ikke skal spille noen rolle. Lovgiverne burde etter vår mening heller spørre seg hvilke krav som skal stilles til ressurser, kompetanse og alternativer til tvang før sykehjemmet eventuelt kan ty til tvang. I psykisk helsevernloven er fare for andre inkludert som et lovlig vilkår. Det er vanskelig å forstå at dette ikke skal tas hensyn til i sykehjem, der fysisk sterke pasienter med redusert kognitiv funksjon og impuls-kontroll ofte bor sammen med vergeløse og engstelige medpasienter.

Vi mener resultatene fra denne studien tyder på at kapittel 4A bør diskuteres kritisk i lys av virkeligheten i sykehjemmene, bl.a. om definisjonen av sentrale begreper er gode nok, om legene og annet helsepersonell kan nok til å vurdere samtykkekompetanse, om det er mulig å lage rimeligere og enklere regler, om kravene til vedtak kan forenkles eller differensieres samt om det bør stilles særskilte kvalitetskrav til utøverne og institusjonene som skal vedta og gjennomføre tvang.

Våre informanter ga uttrykk for at legene og et tett samarbeid med øvrige ansatte er viktig for en god anvendelse av lovverket. En stor kvantitativ studie tyder på at god legedekning kan bidra til mindre bruk av tvang, bl.a. gjennom en kritisk vurdering av helsehjelpens nødvendighet (3). Lovgiver har også gitt legene en sentral rolle i det nye lovkapitlet (7). At loven stiller omfattende dokumentasjonskrav til leger i små stillinger med dårlig fungerende IT-systemer, kan imidlertid bidra til at legenes rolle blir unødvendig vanskelig.

Vi mener dette materialet tyder på at nye og kompliserte lover kan skape større usikkerhet omkring hva som er lov og hva som er riktig å gjøre. Det er imidlertid vanskelig å finne entydige, heldekkende og samtidig

enkle kriterier for bruk av tvang. Når lovverket skal styre komplekse utfordringer, er det trolig et ekstra stort behov for kontinuerlig videreutdanning, ikke minst i hvordan lovverket skal praktiseres i konkrete situasjoner. Samtidig er det viktig å øke helsepersonells evne til etisk refleksjon, f.eks. gjennom tverrfaglige refleksjonsgrupper, fordi klinisk praksis er langt mer sammensatt enn det loven kan ta høyde for. Systematisk refleksjon rundt kliniske dilemmaer kan også være en fruktbar måte å lære helselovene på.

#### *Styrker og svakheter*

En kvalitativ tilnærming er egnet til å fange opp nyanser og interessante problembeskrivelser, mens man bør være varsom med generaliseringer. Videre har vi kun snakket med helsepersonell, mens andre perspektiver – for eksempel pasientens – ikke er undersøkt. Funnene i studien bør derfor diskuteres kritisk og undersøkes med andre tilnærminger. Kapittel 4A gjelder for hele helsetjenesten og bør også utforskes i andre deler av helsetjenesten enn vi har gjort.

#### **Konklusjon**

I denne studien har vi sett på et lite beskrevet område med stor etisk og juridisk kompleksitet. Resultatene tyder på at det er stort rom for feiltolkninger av loven og at tvang gjennomføres uten vedtak. Det er grunn til å diskutere om kapittel 4A er for detaljert og finmasket på et område med stor variasjon og mange gråsoner, om reglene er rimelige og om de som kan fatte vedtak har nødvendig kompetanse.

#### **Reidar Pedersen (f. 1973)**

er lege og filosof, ph.d. og ansatt som forsker med professorkompetanse. Han har deltatt i planlegging og utforming av studien, hatt hovedansvar for analyse og skrijving og har godkjent innsendte manuskript. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningen deres er finansiert av en årlig bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Marit Helene Hem (f. 1961)**

er psykiatrisk sykepleier, ph.d. og er ansatt som forsker. Hun har deltatt i planlegging og utforming av studien, har gjennomført intervjuene og medvirket til analyse og skrijving samt godkjent innsendte manuskript. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningen deres er finansiert av en årlig bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Elisabeth Gjerberg (f. 1947)**

er sosiolog, dr.polit. og ansatt som forsker. Hun har deltatt i planlegging og utforming av studien, har gjennomført intervjuene og medvirket til analyse og skrijving samt godkjent innsendte manuskript. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningen deres er finansiert av en årlig bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Reidun Førde (f. 1950)**

er spesialist i allmennmedisin, dr.med. og professor. Hun har deltatt i planlegging og utforming av studien, har medvirket til analyse og skrijving samt godkjent innsendte manuskript. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningen deres er finansiert av en årlig bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Litteratur**

1. Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 281–6.
2. Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ* 2005; 330: 20–2.
3. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R et al. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* 2010; 71: 677–84.
4. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 843–9.
5. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html) [20.2.2013].
6. Etchells E. Aid To Capacity Evaluation (ACE). Rapport 2011: 2. Oslo: Senter for medisinsk etikk, 2011. [www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/rapporter/2011/ace2012.pdf](http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/rapporter/2011/ace2012.pdf) [20.2.2013].

7. Lov om pasientrettigheter. Kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf> [20.2.2013].
8. Oppsummeringsrapport – Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven, kap. 4A – 2009–2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering\\_pasrl\\_4a\\_internserien3\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering_pasrl_4a_internserien3_2011.pdf) [20.2.2013].
9. Generelle forhold og observasjoner tilsyn med låste dører 2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Aust-Agder/2010/Generelle-forhold-observasjoner-tilsyn-laaste-doerer-2010/#\\_Toc270503164](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Aust-Agder/2010/Generelle-forhold-observasjoner-tilsyn-laaste-doerer-2010/#_Toc270503164) [20.2.2013].
10. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R et al. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepl Forsch* 2010; 5: 294–301.
11. Gjerberg E, Helene Hem M, Førde R et al. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Ethics* 2013; e-publiseret 26.2.2013.
12. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
13. Krueger RA, Casey MA. Focus groups. A practical guide for applied research. 4. utg. Los Angeles, CA: Sage, 2009.
14. Kvale S, Brinkmann S. Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing. 2. utg. Los Angeles, CA: Sage, 2009.
15. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann S, Tanggaard L, red. Kvalitative metoder: En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag, 2010: 29–53.
16. Tal og fakta. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tal\\_Fakta\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tal_Fakta_2011.pdf) [20.2.2013].
17. Tilsynsmelding 2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf) [31.5.2013].

*Mottatt 22.2.2013, første revisjon innsendt 2.6.2013, godkjent 2.7.2013. Redaktør Merete Kile Holtermann.*