

S|OM

**Sivilombudsmannens forebyggingsenhet
mot tortur og umenneskelig behandling
ved frihetsberøvelse**

BESØKSRAPPORT

**Diakonhjemmet Sykehus
24.-27. februar 2015**



Diakonhjemmet Sykehus
Adm. direktør Anders Mohn Frafjord
Postboks 3 Vinderen
0319 OSLO

S | O M

Vår referanse
2015/293

Deres referanse

Vår saksbehandler
Kristina Baker Sole

Dato
12.08.2015

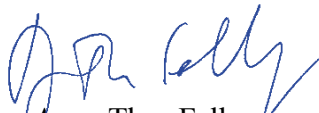
**OVERSENDELSE AV RAPPORT ETTER FOREBYGGINGSSENHETENS BESØK
TIL DE PSYKIATRISKE AVDELINGENE PÅ DIAKONHJEMMET SYKEHUS 24.-
27. FEBRUAR 2015**

Det vises til Sivilombudsmannens besøk til de psykiatriske avdelingene på Diakonhjemmet Sykehus 24.-27. februar 2015, gjennomført av forebyggingsenheten mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig på sykehuset og at den deles ut til pasienter og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 1. desember 2015.

Diakonhjemmet Sykehus bes utforme sitt svarbrev slik at det kan offentliggjøres. Dersom brevet inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig kjent, bes det om at sykehuset opplyser om det og sender en sladdet versjon av brevet som kan offentliggjøres. Det bes om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet er opplyst fra Diakonhjemmet Sykehus, vil det bli lagt til grunn at brevet kan offentliggjøres i sin helhet.


Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann


Helga Fastrup Ervik
kontorsjef
forebyggingsenheten

Vedlegg

Kopi til:
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Helse Sør-Øst
Kontrollkommissjonen - Diakonhjemmet Sykehus
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Statens helsetilsyn

Innhold

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat..... | 1 |
| 2 | Sammendrag | 1 |
| 3 | Generell informasjon om de psykiatriske avdelingene ved Diakonhjemmet Sykehus | 4 |
| 4 | Gjennomføring av besøket | 5 |
| 5 | Funn og anbefalinger..... | 6 |
| 5.1 | Fysiske forhold..... | 6 |
| 5.2 | Pasientrettigheter | 7 |
| 5.3 | Skjerming..... | 9 |
| 5.4 | Kontakt med omverdenen | 9 |
| 5.5 | Ransaking..... | 10 |
| 5.6 | Aktivisering | 12 |
| 5.7 | Tvangsmidler | 12 |
| 5.8 | Selvordsforebygging..... | 15 |
| 5.9 | Menneskelige relasjoner | 16 |
| 5.10 | Behandling uten eget samtykke | 16 |
| 5.11 | ECT-behandling..... | 17 |
| 5.12 | Tvungen henting av pasienter | 19 |

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

På bakgrunn av Norges tilslutning til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon er Sivilombudsmannen gitt et eget mandat for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudsmannens kontor for å gjennomføre mandatet.

Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er frihetsberøvet, for eksempel fengsler, politiarrester, psykiatriske institusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan være varslede eller uvarslede.

På bakgrunn av besøkene skal det avgis anbefalinger med sikte på å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Sivilombudsmannen, ved forebyggingsenheten, har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er berøvet friheten. Videre har enheten tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse. Under besøkene søker enheten å avdekke risikofaktorer for krenkelse gjennom egne observasjoner og samtaler med de berørte. Samtaler med de frihetsberøvede er særlig prioritert.

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

2 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte de psykiatriske døgnenhetene på Diakonhjemmet Sykehus 24.-27. februar 2015. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt ikke-kommersielt aksjeselskap, heleid av Diakonhjemmet, en stiftelse innen Den norske kirke. Sykehuset har driftsavtale med det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF og tilbyr spesialisthelsetjenester innen indremedisin, kirurgi, revmatologi/revmakirurgi og psykiatri. Sykehuset har tre psykiatriske avdelinger. To avdelinger, alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, har døgnenheter med til sammen 38 sengeplasser. Forebyggingsenheten besøkte begge avdelingene. Begge avdelingene har én lukket og én åpen døgnenhet.

Sykehusets ledelse og de øvrige ansatte bistod velvillig under hele besøket. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle avdelinger og ansatte syntes godt orientert om enhetens besøk. Forebyggingsenheten mottok grundig rapportering på informasjon som var etterspurt i forkant og i etterkant av besøket.

Besøkene til begge avdelingene ble innledet med et møte med avdelingenes ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetode for besøket. Deretter ble det gjennomført en befaring av de psykiatriske avdelingene. Befaringen omfattet blant annet pasientrom, skjermede avsnitt, felleskapsområder, aktivitetsrom, rom for gjennomføring av ECT-behandling (elektrokonvulsiv behandling, såkalt «elektrosjokk») og rom utstyrt med beltesenger.

Det ble gjennomført samtaler med pasienter fra begge døgnenhetene ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Alle tilgjengelige pasienter fikk tilbud om en privat

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

samtale med forebyggingsenheten. Videre ble det gjennomført samtaler med ansatte, fagforeningenes tillitsvalgte, sykehusets erfaringskonsulent og den uavhengige pasientrepresentanten fra Mental Helse.

Forebyggingsenheten gikk også igjennom aktuelle dokumenter, journaler og vedtak. Dette inkluderte alle tvangsprotokoller og kontrollkommisjonens tilsynsrapporter for 2012, 2013, 2014 og hittil i 2015, og stikkprøver av tvangsvedtak og pasientjournaler. Besøket ble avsluttet med et møte med sykehusets ledelse hvor foreløpige funn og anbefalinger ble presentert.

De fysiske forholdene på alle døgnenhetene var i hovedsak gode. Den lukkede enheten ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen planlegger flere endringer som forebyggingsenheten mener kan føre til en tryggere behandling av pasienter.

Forebyggingsenheten hadde under besøket fokus på pasientrettigheter. Det ble vurdert hvorvidt pasientene hadde blitt muntlig og skriftlig underrettet om eventuelle vedtak samt informasjon om klagemuligheter. Det ble også vurdert hvorvidt pårørende ble informert om vedtak.

Forebyggingsenheten besøkte skjermingsavsnittet på både alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og akuttpsykiatrisk døgnenhet på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Besøket viste at det gjøres en individuell vurdering for alle pasienter av deres tilgang til å gå ut av enheten og eventuelt også ut av sykehusets område, og om dette skal gjøres med følge. Vurderingen omtales som «status og utgang» og er en måte å gradere behov for kontroll av og sikkerhet for pasienten selv, medpasienter og personalet. Det er behandlende lege/psykolog og miljøterapeut som vurderer, endrer eller opphever «status og utgang». Dette er en del av behandlingsplanen. Pasientene forebyggingsenheten snakket med opplevde en dynamisk vurdering og gradering av «status og utgang».

Under besøket fremkom det at de ansatte ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen rutinemessig gjennomgår pasientenes eiendeler ved innleggelse. Det fattes ikke vedtak ved slik gjennomgang. Ransaking av bagasje baseres på pasientens samtykke. Forebyggingsenheten peker på at gjeldende regelverk ikke gir adgang til å gjennomføre rutinemessig ransaking av pasienters eiendeler ved innkomst. Pasientens samtykke er heller ikke et selvstendig rettsgrunnlag for ransaking etter psykisk helsevernloven § 4-6. Forebyggingsenheten anbefaler at voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen bare foretar en gjennomgang av pasienters eiendeler ved begrunnet mistanke om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander, og kun på grunnlag av vedtak om ransaking.

Forebyggingsenheten hadde særlig fokus på bruk av tvangsmidler under sitt besøk. Stikkprøver av pasientjournaler fra 2014 viste at noen pasienter hadde ligget i belteseng i flere døgn eller hadde blitt beltelagt flere ganger under oppholdet på grunn av utagering eller vold mot ansatte. Dokumentasjonen viste at det ble gjort fortløpende kliniske vurderinger, herunder vurdering om mulighet for belteforlengere. Imidlertid fikk pasientene ikke regelmessig en samtale med behandlere i etterkant av hendelsen, for å snakke gjennom denne. De håndskrevne tvangsprotokollene manglet noe informasjon, men var greit organisert.

Alle pasienter fikk kartlegging og eventuelt vurdering av selvmordsrisiko ved innleggelse.

De aller fleste pasientene følte seg hørt og ivaretatt av både ansatte og behandlere. Pasienter sa at de hadde god tillit til de ansatte og selv om de ansatte hadde det travelt, hadde de tid til å prate med dem. Mange pasienter beskrev de ansatte som omsorgsfulle og hyggelige og de satte pris på at rutiner og kontroll var tilpasset individuelle behov. Alle pasientene ga uttrykk for at avdelingene var trygge. Ingen pasienter hadde opplevd trusler eller vold fra ansatte eller medpasienter. Enkelte pasienter var bekymret for overmedisinering eller feilmedisinering, men de fleste opplevde at de kunne ta dette opp med sin behandler.

Det ble konstatert at begge avdelingene tilbyr ECT-behandling. For å gjennomføre ECT-behandling skal pasienten samtykke og pårørende skal ikke motsette seg behandlingen. Enhetsleder ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen opplyste imidlertid at det i enkelte tilfelle kan det være vanskelig å vurdere pasientens samtykkekompetanse og hvorvidt samtykket er reelt. Nødrettslig ECT-behandling benyttes en til to ganger i året ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen. I disse tilfellene var vurderingen at pasienten uten behandling stod i fare for å dø innen få dager. Under forebyggingsenhetens besøk var det ingen pasienter som uttrykte bekymring over ECT-behandling.

På bakgrunn av besøket fant forebyggingsenheten grunn til å gi følgende anbefalinger:

- Pasienter bør alltid få både muntlig og skriftlig underretning om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket. Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.
- Helsepersonell bør sørge for at pasienter er kjent med sine klagerettigheter. Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan forstå sin rett til å klage i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når han eller hun er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.
- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
- Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen bør bare foreta en gjennomgang av pasienters eiendeler ved «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Slik ransaking bør besluttes av den faglige ansvarlige i vedtaksform.
- Helsepersonell bør sørge for at pasienter tilbys en samtale (debrief) etter bruk av tvangsmidler. Dette bør også, dersom pasienten ikke motsetter seg dette, tilbys til eventuelle pårørende.
- Avdelingene bør forbedre dokumentasjon i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangstiltak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte. Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og de bør ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
- Mekaniske tvangsmidler bør benyttes i kortest mulig tid.
- Helsepersonell bør sørge for at pasienter tilbys en samtale (debrief) etter hendelser der politiet har vært involvert. Dette bør også, dersom pasienten ikke motsetter seg dette, tilbys til eventuelle pårørende.

3 Generell informasjon om de psykiatriske avdelingene ved Diakonhjemmet Sykehus

Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt ikke-kommersielt aksjeselskap, heleid av Diakonhjemmet, en stiftelse innen Den norske kirke. Sykehuset har driftsavtale med det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF og tilbyr spesialisthelsetjenester innen indremedisin, kirurgi, revmatologi/revmakirurgi og psykiatri.

Diakonhjemmet Sykehus er et akuttpsykehus og lokalsykehus for de drøyt 135 000 innbyggerne i bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern. Sykehuset har også ansvar for blant annet alderspsykiatri i ytterligere tre bydeler i Oslo – for til sammen 330 000 innbyggere.

Sykehuset har tre psykiatriske avdelinger. To av avdelingene har døgnenheter med til sammen 38 sengeplasser:

1. *Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen* tilbyr utredning og behandling av psykiske lidelser hos personer over 65 år i Diakonhjemmets og Lovisenbergs ansvarsområde i Oslo. Avdelingen utreder og behandler også psykiske symptomer og atferdsforstyrrelser ved demens. Både utredning og behandling kan gjøres poliklinisk, ambulant eller ved innleggelse. Alderspsykiatri har 16 sengeplasser fordelt på to kliniske enheter. Enhet 1 er åpen og har ni sengeplasser. De fleste pasientene på enhet 1 har affektiv sykdom eller personlighetsforstyrrelser samt rusproblematikk. Enhet 2 er lukket og har syv sengeplasser. De fleste pasientene ved enhet 2 har psykose sykdommer, demens med tilleggssymptomer, maniske episoder eller alvorlig suicidalitet. I følge sykehuset er cirka 20 prosent av pasientene på alderspsykiatrisk avdeling Tåsen tvangsinnlagt hvert år. Videre hadde avdelingen 125 innlagte pasienter i 2014, hvorav 15 innleggelser gjaldt tvungen observasjon² og 20 innleggelser gjaldt tvungent psykisk helsevern.³ 95 innleggelser var kvinner mens 30 innleggelser var menn. Den gjennomsnittlige innleggelsestiden var 38,1 døgn.

2. *Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen* tilbyr både poliklinisk behandling, ambulant behandling og døgnopphold. Avdelingen tilbyr behandling innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling til mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte problemer. Avdelingen er fordelt på ni enheter: voksenpsykiatrisk poliklinikk, enhet for rus og psykiatri, ambulant enhet, poliklinikken Raskere Tilbake, enhet for psykisk helsetjeneste i somatikken, enhet for kunnskapsutvikling og enhet for administrasjon og økonomi, akuttpsykiatrisk døgnenhet og allmennpsykiatrisk døgnenhet. Det er 22 sengeplasser fordelt på de to døgnenhetene. Allmennpsykiatrisk døgnenhet er åpen og har elleve sengeplasser. Akuttpsykiatrisk døgnenhet er lukket og har elleve sengeplasser. Denne enheten har også et skjermet avsnitt. Ifølge Diakonhjemmet Sykehus hadde voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen 428 innleggelser i 2014, hvorav 238 innleggelser var frivillige. Det var 27 innleggelser til tvungen observasjon og 125 innleggelser til tvungent psykisk helsevern. Det var to innleggelser etter unntak av forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern.⁴ De fleste tvangsinnleggelsene var på akuttpsykiatrisk døgnenhet. Omtrent like mange av hvert kjønn har blitt tvangsinnlagt i 2014.

² Psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-5 første ledd.

³ Psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 3-5 første ledd.

⁴ Psykisk helsevernloven § 3-4.

3. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP Vest) tilbyr hjelp til barn og ungdom under 18 år i bydel Frogner og Ullern samt deres foreldre og foresatte. Avdelingen behandler ulike psykiske problemer. Avdelingen har ingen døgntilbud. Forebyggingsenheten besøkte ikke barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk under dette besøket.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser i behov av lengre tids døgnbehandling overføres til døgnenheter ved psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Forebyggingsenheten besøkte ikke Lovisenberg Diakonale sykehus under dette besøket.

Ifølge Helsedirektoratet hadde Diakonhjemmet Sykehus Helseforetak 625 innleggelser innen psykisk helsevern i 2013, hvorav 446 innleggelser var frivillige, to innleggelser var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) med frivillig opphold, 35 innleggelser var under tvungen observasjon og 129 innleggelser var under tvungent psykisk helsevern (TPH). Elleve innleggelser manglet rettslig grunnlag. To tvungne innleggelser var basert på unntak av konverteringsforbudet.

Helsedirektoratet opplyser også at Diakonhjemmet Sykehus Helseforetak innrapporterte 47 vedtak om skjerming⁵ og 40 vedtak om tvangsmiddelbruk⁶ i 2013, hvorav 18 vedtak ble fattet om mekaniske tvangsmidler, ett vedtak ble fattet om isolering, 16 vedtak ble fattet om korttidsvirkende legemidler og fem vedtak ble fattet om holding.⁷ Diakonhjemmet Sykehus Helseforetak innrapporterte også 24 vedtak om tvangsbehandling.^{8,9}

Helsedirektoratet rapporterer at median varighet av døgn under tvungent opphold i Diakonhjemmets område i 2013 var 34 døgn.¹⁰ Landsgjennomsnittet for samme år var på 22 døgn.¹¹ Til gjengjeld var antall tvangsinnleggelser per 100 000 voksne innbyggere i Diakonhjemmets område 20 prosent lavere enn landsgjennomsnittet.¹² Disse tallene er basert på hvor pasienten er bosatt og ikke hvor pasienten er behandlet.

4 Gjennomføring av besøket

I januar 2015 ble Diakonhjemmet Sykehus varslet om forebyggingsenhetens planlagte besøk. Det nøyaktige tidspunktet for besøket ble imidlertid ikke oppgitt før ettermiddagen før besøket.

Sykehusets ledelse og de øvrige ansatte bistod velvillig under hele besøket. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle avdelinger og ansatte syntes godt orientert om enhetens besøk.

Den første dagen besøkte forebyggingsenheten alderspsykiatrisk avdeling Tåsen. De to øvrige besøksdagene ble tilbrakt på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

⁵ Psykisk helsevernloven § 4-3.

⁶ Psykisk helsevernloven § 4-8.

⁷ Helsedirektoratet, Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, vedlegg 3, side 50.

⁸ Psykisk helsevernloven § 4-4.

⁹ Helsedirektoratet, Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, vedlegg 4, side 51.

¹⁰ Se forrige note, figur 2.8, side 18 og figur 2.12, side 20.

¹¹ Se note 9, side 17.

¹² Se note 9, figur 2.9, side 19 og figur 2.12, side 20.

Besøkene til begge avdelingene ble innledet med et møte med avdelingenes ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. Behovet for å kunne gjennomføre private samtaler med pasienter ble spesielt vektlagt. Avdelingsledelsene gjennomgikk avdelingenes organisering og drift, samt faglige og organisatoriske utfordringer.

Deretter ble det gjennomført en befaring av de psykiatriske avdelingene. Befaringen omfattet blant annet pasientrom, skjermede avsnitt, felleskapsområder, aktivitetsrom, rom for gjennomføring av ECT-behandling (elektrokonvulsiv behandling, såkalt «elektrosjokk») og rom utstyrt med beltesenger.

Det ble gjennomført samtaler med pasienter fra begge døgneheter ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Alle tilgjengelige pasienter fikk tilbud om en privat samtale med forebyggingsenheten. Forebyggingsenheten gjennomførte private samtaler med 83 prosent av pasientene på alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og med 83 prosent av pasientene på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. På begge avdelingene hadde forebyggingsenheten samtaler både med pasienter som var der frivillig og pasienter som var tvangsinnlagt. Forebyggingsenheten hadde likevel særlig fokus på pasienter som var tvangsinnlagt og/eller hadde opplevd tvangsbehandling eller bruk av tvangsmidler under innleggelse. Frivillig innlagte pasienter ble intervjuet for å kartlegge omfanget av opplevd tvang. De private samtalene foregikk på pasientrom eller i samtalerom tilknyttet avdelingen.

Videre ble det gjennomført samtaler med ansatte, fagforeningenes tillitsvalgte, sykehusets erfaringskonsulent og den uavhengige pasientrepresentanten fra Mental Helse.

Forebyggingsenheten gikk også igjennom aktuelle dokumenter, journaler og vedtak. Dette inkluderte alle tvangsprotokoller og kontrollkommisjonens tilsynsrapporter for 2012, 2013, 2014 og hittil i 2015, og stikkprøver av tvangsvedtak og pasientjournaler.

Besøket ble avsluttet med et møte med sykehusets ledelse hvor foreløpige funn og anbefalinger ble presentert.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Kristina Baker Sole (seniorrådgiver, lege)
- Knut Evensen (seniorrådgiver, samfunnsviter, fengselsfaglig bakgrunn)
- Ingvild Lovise Bartels (seniorrådgiver, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (rådgiver, jurist)
- Lene Stivi (rådgiver, jurist)

5 Funn og anbefalinger

5.1 Fysiske forhold

Pasientrommene på alderspsykiatrisk avdeling Tåsen var rene og møblene var stort sett i god stand. Pasientene hadde egne bad og toaletter. Avdelingens enhet 2 planlegger flere endringer, inkludert flytting av inngangsdøren og ombygging av vaktrommet, som per i dag er svært lite og ikke har vinduer med innsyn til enheten. Forebyggingsenheten mener at disse endringene kan gi tryggere forhold for pasientene. Enhet 1 har et stort vaktrom, men rommet har ikke innsyn til enheten.

Til tross for den gamle bygningsmassen framstod de fysiske forholdene på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen stort sett som gode, med lyse og luftige lokaler. Pasientrommene var rene og møblene var i god stand. Den lukkede akutenheten har to fløyer. Den ene omfatter et inntakssamtalerom og et skjermingsavsnitt, og den andre fløyen omfatter stuer og øvrige pasientrom. Et vaktrom med store vinduer ligger mellom de to fløyene. Det er god synlighet både inn i og ut av vaktrommet.

5.2 Pasientrettigheter

Forebyggingsenheten hadde under besøket fokus på pasientrettigheter. Det ble vurdert hvorvidt pasientene hadde blitt muntlig og skriftlig underrettet om eventuelle vedtak samt informasjon om klagemuligheter. Det ble også vurdert hvorvidt pårørende ble informert om vedtak.

Avdelingsledelsene for både alderspsykiatri og voksenpsykiatri opplyste at de faglig ansvarlige fatter vedtak om blant annet etablering av tvungen observasjon¹³, tvungent psykisk helsevern¹⁴, skjerming¹⁵, behandling uten eget samtykke¹⁶ og bruk av tvangsmidler.¹⁷ Vedtak lagres i elektronisk pasientjournal. Her lagres også et separat journalnotat der begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaksdokumentet angir kun hvilke lovbestemmelser som er vurdert og lagt til grunn for vedtaket, og gir ingen konkret begrunnelse.

Pasienter på alderspsykiatrisk avdeling Tåsen blir muntlig underrettet når vedtak fattes, samt om klageretten, men de mottar vanligvis ikke vedtaket skriftlig. Noen pasienter på denne avdelingen visste ikke om de hadde fått et tvangsvedtak, og noen av de som hadde fått et tvangsvedtak visste ikke hvorfor vedtaket var fattet. Avdelingsledelsen mente at å gi pasienter et skriftlig vedtak kunne skape forvirring og uro blant pasientene.

Ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen ble pasientene muntlig underrettet om at et vedtak var fattet samt om klageretten, og de mottok også vedtaket skriftlig.

Ingen pasienter mottok imidlertid samtidig med vedtaket en utskrift av journalnotat der begrunnelsen for vedtaket fremgår. Sykehusets ledelse bekreftet at pasienter må be om journalinnsyn dersom de vil lese begrunnelsen for tvangsvedtak.

Stikkprøver av pasientjournaler antydte at pasienter ofte hadde en psykisk helsetilstand som kan ha gjort det vanskelig for dem å forstå tvangsvedtaket og klageretten i det øyeblikket vedtaket ble fattet. Det forelå ikke regelmessig journalføring av om pasientene senere hadde blitt informert om tvangsvedtaket når de var i en helsetilstand der de kunne motta og forstå informasjon. Det ble heller ikke alltid opplyst i pasientjournalen hvorvidt nærmeste pårørende hadde blitt muntlig informert om vedtaket. Eventuelle samtaler med pårørende om tvangsvedtak skjedde ofte etter noen dager. Imidlertid opplyste sykehuset at pårørende får tilsendt kopi av vedtak med standard følgebrev. Dette gjøres uavhengig av pasientens samtykke, jf pårørendes rett til å kunne klage på vedtak jf § 3-3. Utlevering av ytterligere journalopplysninger krever pasientens samtykke.

¹³ Psykisk helsevernloven § 3-2.

¹⁴ Psykisk helsevernloven § 3-3.

¹⁵ Psykisk helsevernloven § 4-3.

¹⁶ Psykisk helsevernloven § 4-4.

¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-8.

Pasienter i det psykiske helsevesenet har flere rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven, herunder rett til å klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen om fattede vedtak. Stikkprøver av pasientjournaler antydte at pasientene ble informert om sin klagerett idet et vedtak ble fattet. Forebyggingsenheten fant skriftlig informasjon om kontrollkommisjonen samt kontaktopplysninger hengt opp i avdelingene. Likevel var pasientene ikke alltid kjent med sine rettigheter. Noen pasienter var usikre på sin rett til advokat eller rett til å klage til kontrollkommisjonen og/eller fylkesmannen, og de husket ikke om de hadde blitt informert om sine rettigheter av helsepersonalet.

Kontrollkommisjonen opplyste at den ikke besøker alle innlagte pasienter med tvangsvedtak når den gjennomfører sine regelmessige besøk. Kontrollkommisjonen spør i stedet helsepersonalet om det er pasienter som vil snakke med dem.

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at lege personlig har undersøkt pasienten for å bringe på det rene om lovens vilkår for dette er oppfylt.¹⁸ Legen som foretar undersøkelsen skal gi skriftlig uttalelse. Dersom vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen vedta at undersøkelsen kan gjennomføres med tvang.

Vilkårene for vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3. Tvungen observasjon kan ikke besluttes for lenger enn ti dager, men kan forlenges etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker til at vernet forlenges. Kontrollkommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen.¹⁹ Pasienten, nærmeste pårørende og offentlig myndighet har rett til å uttale seg før vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fattes.²⁰

Anbefalinger

- Pasienter bør alltid få både muntlig og skriftlig underretning om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket. Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.
- Helsepersonell bør sørge for at pasienter er kjent med sine klagerettigheter. Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan forstå sin rett til å klage i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når han eller hun er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.
- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 3-1.

¹⁹ Psykisk helsevernloven § 3-8.

²⁰ Psykisk helsevernloven § 3-9.

5.3 Skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.²¹ Det må treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over tolv timer, og vedtaket kan bare treffes for inntil to uker om gangen. Vedtak om skjerming og forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen.

Skjermingsavsnittet på alderspsykiatrisk avdeling Tåsen ligger lengst inne i enhet 2, og består av tre pasientrom og en stue. En dør skiller skjermingsavsnittet fra den øvrige døgnerheten. Når en pasient skjermes, er denne døren låst. Når det ikke finner sted skjerming av pasienter, står døren åpen og rommene brukes som vanlige pasientrom. På grunn av høyt belegg kan det imidlertid hende at enkelte rom på skjermingsavsnittet brukes til pasienter som det ikke er fattet skjermingsvedtak for, selv om andre rom på skjermingsavsnittet er i bruk til skjerming. Dette innebærer at pasienter uten skjermingsvedtak i enkelte tilfeller kan måtte befinne seg bak den låste gangdøren og bli boende i skjermingsavsnittet. I slike tilfeller får vedkommende på dagtid tilgang til den delen av døgnerheten som ikke er skjermet. Det er uheldig at bygningsmessige forhold gjør at pasienter som det ikke foreligger skjermingsvedtak for, må bo i en skjermet del. Personalet fremstod imidlertid som bevisste på denne utfordringen og beskrev hvordan sikkerhet og øvrige behov for aktuelle pasienter ble ivaretatt.

En røykebalkong som benyttes av alle pasienter i døgnerheten har kun tilgang gjennom skjermingsavsnittet. Røykebalkongens plassering fremstår som uheldig når det gjennomføres skjerming og kan skape utfordringer for pasientenes trygghet.

Skjermingsavsnittet på akuttenheten på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen befinner seg i en egen fløy og har et eget vaktrom med utsikt til både gang og stue. Stuen har møbler, fjernsyn og vinduer. Pasienter i skjermingsavsnittet har tilgang til en egen hage. Tilgang til toalett og bad er fra gangen og ikke fra pasientrommene, men de er i umiddelbar nærhet. På ett rom finnes det blant annet en spesialstol hvor man kan dekke seg med tungt, mykt stoff for å skape en følelse av trygghet. Skjermingsavsnittet har også et rom utstyrt med belteseng.

Sykehuset opplyste at det var fattet ti vedtak om skjerming ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen i 2014 og det var fattet 72 slike vedtak i 2014 ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Det ble under besøket ikke mottatt noen bekymringer om skjermingsforholdene fra pasienter.

5.4 Kontakt med omverdenen

Pasientene kan bruke mobiltelefon utenfor enheten og på egne rom. Mobiltelefon skal være avslått under deltakelse i enhetens gruppeaktiviteter. Ved opphold i fellesområder kan den stå på lydløs. Det kreves vedtak dersom pasienter har telefonrestriksjoner. Pasienter har ikke lov til å bruke kamera eller mobilkamera på enhetens område av hensyn til personvern for andre pasienter. Det var ingen pasienter som hadde telefonrestriksjoner under forebyggingsenhetens besøk.

Hver pasient får en individuell vurdering ved innleggelse som angir blant annet når en pasient kan gå ut og om dette må skje i følge med ansatte eller i et nærmere angitt tidsrom. Vurderingen omtales

²¹ Psykisk helsevernloven § 4-3.

som «status og utgang». Sykehuset opplyste at dette er en måte å gradere behov for kontroll av og sikkerhet for pasienten selv, medpasienter og personalet. Endringer i status skjer gradvis. Det er behandlende lege/psykolog og miljøterapeut som vurderer, endrer eller opphever vurderingen av utgang. Alle pasienter innlagt på en av døgnenhetene skal ha en oppfølgingsstatus om utgang i sin behandlingsplan.

Bortsett fra skjerming besluttet ikke «status og utgang» ved at det fattes vedtak. Dette innebærer at pasienter ikke har rett til å klage på vurderingen, med mindre den innebærer skjerming. Pasientene forebyggingsenheten snakket med, opplevde en dynamisk vurdering og gradering av status og utgang.

5.5 Ransaking

Under besøket fremkom det at de ansatte ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen rutinemessig gjennomgår pasientenes eiendeler ved innleggelse. Det fattes ikke vedtak ved slik gjennomgang. Ransaking av bagasje baseres på pasientens samtykke. Prosedyren er at to ansatte går gjennom bagasjen sammen med pasienten. Pasientens kropp undersøkes med en håndholdt metalldetektor utenpå pasientens klær. Det følger av avdelingens husordensregler at alle som legges inn på akuttpost skal ransakes på denne måten. Ved stor risiko for selvskading gjennomføres det en kroppsvisitasjon der pasienten må kle av seg, men dette skjer unntaksvis og vedtak fattes i slike tilfeller. Det skjer ingen rutinemessig kontroll av pasienter i forbindelse med permisjoner, turer eller andre midlertidige utganger fra sykehuset. Ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen ble det ikke gjennomført rutinemessig ransaking av bagasje eller kroppsvisitasjon i forbindelse med innleggelse.

Det følger av legalitetsprinsippet at ethvert inngrep overfor den enkelte i utgangspunktet må ha hjemmel i lov. At inngrep i retten til privatliv krever hjemmel i lov følger også av Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 8 nr. 2.²²

Psykisk helsevernloven § 4-6 gir hjemmel for undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon. Lovens krav er at det foreligger «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Dersom vilkårene er oppfylt, må det fattes vedtak. Kravet om «begrunnet mistanke» innebærer at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken, for eksempel konkrete tips om innføring av farlig gjenstand, ruspåvirkning, aggressiv adferd eller adferd som gir mistanke om planlegging av selvmord.

Ifølge rundskriv til psykisk helsevernloven er det ikke juridiske hindre for å la pasientene rutinemessig gå gjennom metalldetektor ved innkost til institusjonen, men det vises til at det kan være faglig betenkelig. Det følger av det samme rundskrivet at det ikke er anledning til å fastsette regler om rutinemessig ransaking av bagasje eller kroppsvisitasjon, for eksempel i institusjonens husordensreglement.²³ Dette er i samsvar med vurderinger i lovforarbeidene til psykisk helsevernloven om bruk av rutinemessig ransaking:

«Etter departementets syn er dette inngrep som etter legalitetsprinsippet behøver hjemmel i lov. Departementet har i denne forbindelse vurdert om det bør gis lovhjemmel for rutinemessig

²² Vernet om privat- og familieliv er også grunnlovsfestet, se Grunnloven § 102. Se også FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, artikkel 17.

²³ IS-9/2012 Rundskriv, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer, side 70-71.

kroppsvisitasjon og gjennomgang av pasientens medbrakte eiendeler ved enkelte avdelinger. Etter departementets syn representerer slike tiltak en integritetskrenkelse av en slik karakter at adgangen til å iverksette tiltakene bør være så snever som mulig.»²⁴

Praksisen med rutinemessig gjennomgang av pasientenes eiendeler ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen fremstår etter dette som problematisk.

Sykehuset har begrunnet praksisen med at samtykke fra pasienten gir hjemmel for rutinemessig ransaking. Under besøket ga ledelsen uttrykk for tvil om adgangen til å videreføre praksisen på bakgrunn av uttalelser fra Helsedirektoratet. I et brev 14. oktober 2014 til kontrollkomisjonen for Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) vurderte direktoratet om pasientens samtykke var et gyldig rettsgrunnlag ved ransaking. Helsedirektoratet pekte på at forutsetningene for et gyldig samtykke i slike situasjoner ofte vil være dårlige:

«Ettersom den faglige ansvarlige har kompetanse til å fatte vedtak om ransaking uten pasientens samtykke dersom vilkåret om «begrunnet mistanke» i [psykisk helsevernloven] § 4-6 er oppfylt, kan pasienten lett oppfatte det slik at vedtakskompetansen benyttes dersom han eller hun nektes å avgi et samtykke. Pasienten vil også kunne vegre seg for å nekte samtykke i frykt for at dette tolkes som at han eller hun har noe å skjule og dermed bidrar til å oppfylle vilkåret om «begrunnet mistanke». Pasienten vil dermed ved begjæring om samtykke til ransaking kunne oppleve at samtykkenektelse ikke er noen reell valgmulighet.»²⁵

Helsedirektoratets konklusjon er at grensene for bruk av inngripende tiltak på institusjon ikke bør omgås ved alternative rettsgrunnlag uten at disse rettsgrunnlagene hjemles i lovteksten.²⁶

Forebyggingsenheten er kjent med at flere psykiatriske institusjoner opplever ransaking av alle pasienter og bagasje ved ankomst som et nødvendig tiltak for å ivareta sikkerheten til pasienten selv, medpasienter og ansatte. Samtidig følger det blant annet av EMK artikkel 8 nr. 2 at behovet for å håndtere sikkerheten i en institusjon, må veies opp mot den enkeltes vern mot integritetskrenkende inngrep. På dette området har norske myndigheter gjennom vedtakelsen av psykisk helsevernloven § 4-6 uttrykkelig tatt stilling til hvor terskelen for ransaking skal ligge.

Forebyggingsenheten er videre kjent med at Helsedirektoratet har mottatt mange henvendelser fra institusjoner i det psykiske helsevernet om behov for en hjemmel for rutinemessig ransaking. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å utrede forekomst av forsøk på innsnugling av rusmidler, våpen og farlige gjenstander samt tiltak for å ivareta sikkerhet i psykiatriske institusjoner, istedenfor eller som supplement til rutinemessig ransaking.²⁷ Direktoratet skal svare på oppdraget 1. juni 2015.

Etter gjeldende regelverk er det imidlertid ingen adgang til å gjennomføre rutinemessig ransaking av pasienters eiendeler ved innkomst. Pasientens samtykke er heller ikke et selvstendig rettsgrunnlag for ransaking etter psykisk helsevernloven § 4-6.

²⁴ Ot.prp. nr. 11 (1998-99), Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven), side 116.

²⁵ Brev 15. oktober 2014 fra Helsedirektoratet til Kontrollkomisjonen for UNN, Om pasientsamtykke som rettsgrunnlag for ransaking i det psykiske helsevernet, punkt 2.

²⁶ Se blant annet psykisk helsevernloven § 4-7 a som åpner for samtykke til å avgi urinprøve.

²⁷ Brev fra Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet 25. november 2014 til Helsedirektoratet.

Anbefaling

- Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen bør bare foreta en gjennomgang av pasienters eiendeler ved «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Slik ransaking bør besluttes av den faglige ansvarlige i vedtaksform.²⁸

5.6 Aktivisering

Ifølge aktivitetsoversikten fra alderspsykiatrisk avdeling Tåsen får pasientene tilbud om felles aktiviteter som for eksempel samtalegrupper, avisgruppe, trim, silkemaling, og dans. Avdelingen har et utstyrt trimrom. Pasientene kan også delta i en ukentlig undervisningstime om diverse tema, blant annet pasientrettigheter og bivirkninger av legemidler. Sykehuset opplyste at både pasienter og personale benytter hagen for aktivitet i sommerhalvåret.

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen har flere aktivitetstilbud rettet mot pasienter på akuttpsykiatrisk og allmennpsykiatrisk døgnerhet. Det er behandlerteamet som avgjør hva den enkelte pasient tilbys av gruppeaktiviteter. Akuttpsykiatrisk døgnerhet har færre gruppeaktiviteter enn allmennpsykiatrisk døgnerhet. Begge enheter har turgruppe, fokusgruppe (diskusjon av et valgt tema), kjøkkengruppe, og kunst og håndverk i tillegg til en daglig morgensamling. Allmennpsykiatrisk døgnerhet har andre gruppeaktiviteter som trim, fellesmøte, medikamentgruppe (der man lærer om legemidler for behandling av psykiske lidelser), autogen trening, basal kroppsbevissthetsgruppe, billedterapi, livssynsgruppe, avisgruppe og gruppeterapi. Akuttpsykiatrisk døgnerhet har et lite rom utstyrt med treningsapparat og begge døgnerhetene har tilgang til en gymsal.

Deltakelse i aktiviteter er frivillig, og helsepersonellet ga uttrykk for at det kan være vanskelig å motivere pasienter til å delta i aktiviteter. Under forebyggingsenhetens besøk til alderspsykiatrisk avdeling Tåsen var det kun én pasient fra enhet 1 som deltok i en spesiell aktivitetsdag arrangert av flere sykepleierstudenter. Noen pasienter opplevde mildt press for å delta i aktiviteter, men ikke tvang. Pasientene satte pris på at de kunne drøfte med behandlerne hvilke aktiviteter som passet deres behov og interesser.

Det vises til Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for psykiatriske institusjoner:

«Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work.»²⁹

5.7 Tvangsmidler

Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen har et ECT-rom på enhet 1 med en seng som kan brukes som belteseng. Det var ingen pasienter som sa at de hadde ligget i beltesengen eller hadde blitt utsatt for bruk av tvangsmidler under den nåværende innleggelsen. Beltesengen hadde ikke blitt brukt så langt

²⁸ Se brev 15. oktober 2014 fra Helsedirektoratet til kontrollkommisjonen for UNN, punkt 1, siste avsnitt vedrørende kravet om nedtegnelse «uten opphold».

²⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

i 2015 på tidspunktet for forebyggingsenhetens besøk. Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen hadde fattet tre tvangsmiddelsvedtak i 2012, ingen vedtak i 2013 og seks vedtak i 2014.

Akuttpsykiatrisk døgnenhet har fattet alle vedtakene om bruk av tvangsmidler ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen de siste tre årene. Avdelingen fattet 66 vedtak i 2012, 65 vedtak i 2013 og 63 vedtak i 2014. På skjermingsavsnittet i voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen finnes det et rom med belteseng. Det var ingen pasienter til stede under forebyggingsenhetens besøk som sa at de hadde ligget i beltesengen eller hadde blitt utsatt for bruk av tvangsmidler under den nåværende innleggelsen.

Stikkprøver av pasientjournaler fra 2014 avslørte at én pasient som ble tvangsinnlagt på skjermingsavsnittet i voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, hadde ligget i beltesengen i fem døgn på grunn av voldelig og truende atferd mot ansatte. Enkelte andre pasienter hadde ligget i belteseng i mer enn ett døgn og/eller hadde vært beltelagt flere ganger under oppholdet på grunn av utagering eller vold mot ansatte. Alle disse pasientene fikk legetilsyn minst én gang i døgnet og vanligvis oftere. Det ble gjort fortløpende kliniske vurderinger, herunder vurdering av sirkulasjon på ekstremiteter under beltelegging, og vurdering om mulighet for belteforlengere.

Det vises til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«The CPT has on occasion encountered psychiatric patients to whom instruments of physical restraint have been applied for a period of days; the Committee must emphasise that such a state of affairs cannot have any therapeutic justification and amounts, in its view, to ill-treatment.»³⁰

Det vises også til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«Psychiatric establishments should consider adopting a rule whereby the authorisation of the use of a mechanical restraint lapses after a certain period of time, unless explicitly extended by a doctor. For a doctor, the existence of such a rule will act as a powerful incentive to visit the restrained patient in person and thus verify his/her state of mental and physical well-being.»³¹

Stikkprøver av pasientjournaler fra 2014 antydte at pasienter som har ligget i belteseng, ikke får en regelmessig oppfølgingssamtale med behandlere i etterkant av hendelsen (debrief). Det vises til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«Once means of restraint have been removed, it is essential that a debriefing of the patient take place. For the doctor, this will provide an opportunity to explain the rationale behind the measure, and thus reduce the psychological trauma of the experience as well as restore the doctor-patient relationship. For the patient, such a debriefing is an occasion to explain his/her emotions prior to the restraint, which may improve both the patient's own and the staff's understanding of his/her behaviour. The patient and staff together can try to find alternative means for the patient to maintain control over himself/herself, thereby possibly preventing future eruptions of violence and subsequent restraint.»³²

Bruk av tvangsmidler, herunder vedtak, den faglige begrunnelsen for vedtak og fortløpende tilsynsnotater journalføres i elektronisk pasientjournal. Bruk av tvangsmidler registreres også i en

³⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 54, avsnitt 48.

³¹ Se forrige note, side 61, avsnitt 45.

³² Se note 27, side 61, avsnitt 46.

håndskrevet tvangsprotokoll som ligger på avdelingene. Tvangsprotokollene fremstod i hovedsak som ryddige, men ansatte registrerte noen ganger bruk av tvangsmidler etter pasientens navn, andre ganger etter dato, og noen innlegg manglet opplysninger. Det finnes ikke noe elektronisk registrerings- eller rapporteringssystem for tvangsvedtak i Norge. Kontrollkommisjonen gjennomgår regelmessig tvangsprotokoller og gir skriftlig beskjed til avdelingen i månedlige tilsynsrapporter når det er manglende opplysninger.

Det vises til rapport fra Oslo universitetssykehus' kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst som har kommet med anbefalinger etter kartlegging av bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevesenet:

«På bakgrunn av erfaringene med denne kartlegging, har [kompetansesenteret] følgende anbefalinger:

- Det utvikles og implementeres et elektronisk dokumentasjonssystem som vil sikre innrapportering av komplette data på tvangsmidler og skjerming.
- De innrapporterte opplysningene ved framtidige kartlegginger av tvangsmiddelbruk av skjerming, analyseres i forhold til relevante bakgrunnsdata fra helseforetakene og institusjonene (for eksempel antall behandlede pasienter, innleggelses, størrelse på opptaksområde). Dette vil kunne gjøre det mulig å sammenligne forskjellen i bruk av tvang mellom institusjoner og helseforetak.»³³

Det vises også til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«Every instance of the physical restraint of a patient (manual control, use of instruments of physical restraint, seclusion) should be recorded in a specific register established for this purpose (as well as in the patient's file). The entry should include the times at which the measure began and ended, the circumstances of the case, the reasons for resorting to the measure, the name of the doctor who ordered or approved it, and an account of any injuries sustained by patients or staff. This will greatly facilitate both the management of such incidents and the oversight of the extent of their occurrence.»³⁴

Og videre:

«Preferably, a specific register should be established to record all instances of recourse to means of restraint. This would be in addition to the records contained within the patient's personal medical file...Patients should be entitled to attach comments to the register, and should be informed of this; at their request, they should receive a copy of the full entry.»³⁵

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.³⁶

³³ Knutzen M., Bjørkly S., Bjørnstad M., Furre A., og Sandvik L., Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevesenet for voksne i 2012. Oslo universitetssykehus Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Rapport 2014-2, ISBN 978-82-473-0035-0, side 7.

³⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 55, avsnitt 50.

³⁵ Se forrige note, side 63, avsnitt 52.

³⁶ Psykisk helsevernloven § 4-8.

Tvangsmidler omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belteseng og transportbelter, samt skadeforebyggende spesialklær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding.

Anbefalinger

- Helsepersonell bør sørge for at pasienter tilbys en samtale (debrief) etter bruk av tvangsmidler. Dette bør også, dersom pasienten ikke motsetter seg dette, tilbys til eventuelle pårørende.
- Avdelingene bør forbedre dokumentasjon i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangstiltak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte. Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og de bør ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
- Mekaniske tvangsmidler bør benyttes i kortest mulig tid.

5.8 Selvmordsforebygging

Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen opplyste at det har vært åtte dødsfall blant innlagte pasienter i løpet av de siste fem årene. Pasientene ved avdelingen er eldre enn 65 år og har ofte betydelig somatisk sykdom, og de fleste dødsfallene hadde en somatisk årsak. Av de åtte pasientene som døde på avdelingen, var det én pasient som døde av intoksikasjon under permisjon. Avdelingen antok at dette dødsfallet var et selvmord.

Voksenpsykiatrisk avdelingen Vinderen opplyste om to selvmord som hadde skjedd på allmennpsykiatrisk døgnenhet i løpet av de siste fem årene.

Begge avdelinger har utarbeidet et pasientsikkerhetsprogram etter det nasjonale programmet «I trygge hender» med fokus på selvmordsforebygging. I tiltakspakken for selvmordsforebygging inngår rutinemessig kartlegging av selvmordsfare ved innkomst og andre endringer i status eller tilstand, spesialistvurdering innen et døgn, iverksetting av beskyttelsestiltak (sikring av rom og omgivelser), planlegging av permisjon og oppfølging etter utskrivning og behandling av underliggende tilstand. Ansatte får regelmessig undervisning i selvmordsforebygging.

Alle ansatte som jobber med pasienter i psykisk helsevern har ansvar for å kartlegge selvmordsfare og behov for videre vurdering. Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer registrering av selvmordstanker, tidligere selvmordsforsøk, psykisk lidelse, rusmiddelmisbruk, livssituasjon og selvmord i nære relasjoner. Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om eventuell iverksettelse av behandlings- eller beskyttelsestiltak i denne forbindelse, foretas av lege eller psykolog når kartleggingen gir mistanke om forhøyet selvmordsfare.

Selv om noen pasienter ikke kunne huske om de hadde blitt spurt om selvmordstanker eller planer, antydte stikkprøver av pasientjournaler at alle pasienter gjennomgikk kartlegging av selvmordsrisiko ved innkomst.

5.9 Menneskelige relasjoner

Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen har 35 sykepleiere, elleve leger, tre psykologer, 17 hjelpepleiere/helsefagarbeidere, en fysioterapeut, to sosionomer, to aktivitører, og åtte andre diverse stillinger (merkantil, kjøkken, osv.). Ergoterapeutstillingen var ubesatt da forebyggingsenheten gjennomførte besøk. Blant de faste ansatte i klinisk arbeid er det ingen ufaglærte, men avdelingen bruker ufaglært personale blant pleieassistenter som bemanner ledige vakter og ferievakter. Bemanningen er høyest på dagtid på hverdager, hvor pasienter tas imot til innleggelse og hovedvekten av utredning og behandling foregår. Bemanningen er forøvrig tilpasset at sykehuset ikke har ansvar for øyeblikkelig hjelp, slik at både innleggelse og utskrivninger planlegges i forkant. Dersom situasjonen på en enhet tilsier det, kan bemanningen økes ytterligere.

Ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen har akuttpsykiatrisk døgnetenhet totalt 39 årsverk og allmennpsykiatrisk døgnetenhet totalt 28,59 årsverk. Begge enheter ansetter faglært og ufaglært personell: enhetsleder, overleger, psykologspesialister, psykolog, leger i spesialisering, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter, miljøarbeidere, assistenter og husholdstyrer. Bemanningen er høyest på dagtid på hverdager. For begge døgnetenheter er det en vakthavende lege som er tilgjengelig på huset og en overlege i bakvakt om kvelden/natten og i helgene. Begge døgnetenheter har også en gruppe sykepleiere, psykologistudenter, sykepleiestudenter, sosionomer og andre som tar vakter ved behov.

De aller fleste pasientene følte seg hørt og ivaretatt av både ansatte og behandlere. Pasienter sa at de hadde god tillit til de ansatte, og selv om de ansatte hadde det travelt, hadde de tid til å prate med dem. Mange pasienter beskrev de ansatte som omsorgsfulle og hyggelige. Det var én pasient som hadde vært misfornøyd med en ansatt, men var fornøyd med oppfølging av ledelsen. Pasienter satte pris på at rutiner og kontroll var tilpasset individuelle behov. Alle pasientene ga uttrykk for at avdelingene var trygge. Ingen pasienter hadde opplevd trusler eller vold fra ansatte eller medpasienter.

Noen pasienter ved voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen var ikke enige i husregelen som satte forbud mot diskusjon av sykdom/diagnose blant medpasienter. Noen få pasienter var bekymret for overmedisinering eller feilmedisinering, men de fleste opplevde at de kunne ta opp saken med sin behandler.

5.10 Behandling uten eget samtykke

Ifølge Helsedirektoratet innrapporterte Diakonhjemmet Helseforetak 26 vedtak om tvangsbehandling i 2012 og 24 vedtak i 2013 etter psykiskhelsevernloven § 4.4.³⁷ Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen opplyste at de hadde fattet ni vedtak for fem pasienter om behandling uten eget samtykke i 2012, 13 vedtak for syv pasienter i 2013 og ni vedtak for syv pasienter i 2014.

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen opplyste at de hadde fattet 22 vedtak om behandling uten eget samtykke i 2012, 23 vedtak i 2013 og 14 vedtak i 2014. Antall pasienter som fikk tvangsbehandlingsvedtak på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen ble ikke oppgitt.

Enkelte pasienter som hadde opplevd tvangsmedisinering beskrev opplevelsen som et overgrep. En frivillig innlagt pasient hadde samtykket til medisinering fordi hun trodde at hun ellers ville blitt

³⁷ Helsedirektoratet. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, vedlegg 4, side 51.

tvangsmedisinert. Under forebyggingsenhetens besøk var det ingen pasienter som fikk tvangsernæring.

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Slik behandling innebærer legemiddelbehandling og tvangsernæring av for eksempel pasient med alvorlig spiseforstyrrelse.

Det vises til Helsedirektoratets rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern i 2013:

«Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2012 ut den nasjonale strategien, «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)». Strategiens visjon er at «De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov.»³⁸

Informasjonen som ble innhentet under besøket resulterte ikke i tydelige funn eller ga grunnlag for å gi en vurdering av hvordan behandling uten eget samtykke gis ved de to besøkte avdelingene. Det vises imidlertid til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«Patients should, as a matter of principle, be placed in a position to give their free and informed consent to treatment. The admission of a person to a psychiatric establishment on an involuntary basis should not be construed as authorizing treatment without his consent. It follows that every competent patient, whether voluntary or involuntary, should be given the opportunity to refuse treatment or any other medical intervention. Any derogation from this fundamental principle should be based upon law and only relate to clearly and strictly defined exceptional circumstances. Of course, consent to treatment can only be qualified as free and informed if it is based on full, accurate and comprehensible information about the patient's condition and the treatment proposed. Consequently, all patients should be provided systematically with relevant information about their condition and the treatment which it is proposed to prescribe for them. Relevant information (results, etc.) should also be provided following treatment.»³⁹

5.11 ECT-behandling

ECT-behandling (Elektrokonvulsiv behandling) tilbys av både alderspsykiatrisk avdeling Tåsen og voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Avdelingslederne opplyste at vanlige indikasjoner for ECT er medisinresistent alvorlig affektiv lidelse (særlig depresjon, men også mani), spesielt når symptomene inkluderer alvorlig suicidalfare eller uttalte vrangforestillinger. Ifølge Helsedirektoratet brukes ECT i Norge ved indikasjon på alvorlig depresjon, psykotisk depresjon og melankoli hos eldre.⁴⁰ Det brukes også i enkelte tilfeller ved alvorlige postpartumdepresjoner som ikke responderer på annen behandling og ved katatoni.⁴¹

Ved Diakonhjemmet Sykehus gis ECT-behandling i form av serier på i gjennomsnitt åtte til ti behandlinger, fordelt på to behandlinger per uke. Det gis ofte vedlikeholdsbehandling cirka en gang i

³⁸ Helsedirektoratet, Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, side 3.

³⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 53, avsnitt 41.

⁴⁰ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT). Forventet ferdig: 2015. <https://helsedirektoratet.no/nasjonal-faglig-retningslinje-for-bruk-av-elektrokonvulsiv-behandling-ect>.

⁴¹ Se forrige note.

måneden i cirka seks måneder for å hindre tilbakefall. Behandlingen gis av leger som har fått opplæring i metoden. Anestesileger og -sykepleiere har ansvar for anestesian. ECT-behandling journalføres og utføres på et eget rom, ut av syne for andre pasienter.

For å gjennomføre ECT-behandling, skal alle pasienter samtykke til ECT-behandling og pårørende skal ikke motsette seg behandlingen. Imidlertid påpekte enhetsleder ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen at det i enkelte tilfelle kan være vanskelig å vurdere pasientens samtykkekompetanse og hvorvidt samtykke er reelt. Nødrettslig ECT-behandling benyttes én til to ganger i året ved alderspsykiatrisk avdeling Tåsen når pasienten står i fare for å dø innen få dager uten behandling. I 2014 behandlet alderspsykiatrisk avdeling Tåsen 35 pasienter fordelt på døgnenhetene og poliklinikken med totalt 556 behandlinger. Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen behandlet seks pasienter i 2014, hvorav to pasienter fikk ECT-behandlingsserier. Antall behandlinger per pasient varierte fra 2-13 behandlinger.

Under forebyggingsenhetens besøk var det ingen pasienter som uttrykte bekymringer om ECT-behandling.

Helsedirektoratet har opprettet en arbeidsgruppe for nasjonale faglige retningslinjer for bruk av ECT-behandling som er forventet ferdig i løpet av 2015. Direktoratet er av den oppfatning at det er liten oversikt over omfanget av bruken, effekt, bivirkninger og langtidseffekt av ECT-behandling i Norge. Det påpekes også at det er ulik praksis for innhenting av samtykke før behandlingen, og at det er stor variasjon i praksis, undervisning, organisering og kvaliteten på ECT-behandlingen. Ifølge Helsedirektoratet skal ECT-behandling kodes i prosedyrekodeverket som er gjort obligatorisk for psykisk helsevern fra 1. september 2010, men denne kodingen er foreløpig svært ufullstendig. Helsedirektoratets tverrfaglige arbeidsgruppe ser behov for kartlegging av bruken av ECT i Norge, et nasjonalt register med oversikt over bruken av ECT, mer systematisk og enhetlig undervisning i bruk av ECT, fokus på juridiske forhold knyttet til informert samtykke, og retningslinjer for behandling med ECT som belyser indikasjon og praktisk utførelse i tillegg til etiske og juridiske problemstillinger, virkninger, bivirkninger, langtidseffekt og pasientsikkerhet.⁴²

Det vises til CPTs standarder for psykiatriske institusjoner:

«Electroconvulsive therapy (ECT) is a recognised form of treatment for psychiatric patients suffering from some particular disorders. However, care should be taken that ECT fits into the patient's treatment plan, and its administration must be accompanied by appropriate safeguards. ECT must be administered out of the view of other patients (preferable in a room which has been set aside and equipped for this purpose), by staff who have been specifically trained to provide this treatment. Further, recourse to ECT should be recorded in detail in a specific register. It is only in this way that any undesirable practices can be clearly identified by hospital management and discussed with staff.»⁴³

⁴² Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT). Forventet ferdig: 2015. <https://helsedirektoratet.no/nasjonal-faglig-retningslinje-for-bruk-av-elektrokonvulsiv-behandling-ect>.

⁴³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 52, avsnitt 39.

5.12 Tvungen henting av pasienter

Politiet kan involveres i henting av pasienter til tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Politiet kan også brukes i forbindelse med tvungen undersøkelse av en lege. Om nødvendig kan politiet anvende tvang.⁴⁴

Under private samtaler fremkom det at flere pasienter opplevde det å bli hentet av politiet som dramatisk og svært ubehagelig.

Det vises til Politidirektoratets og Helsedirektoratets felles rundskriv om politiets bistandsplikt ved tvungent psykisk helsevern og gjennomføring av bistandsoppdraget:

«Politiets håndtering av psykisk syke personer skal skje på en mest mulig skånsom måte. I den grad det er praktisk mulig bør politiet opptre i sivilt antrekk og med kjøretøy uten politimerking når dette anses å være det beste for pasienten.»⁴⁵

Anbefaling

- Helsepersonell bør sørge for at pasienter tilbys en samtale (debrief) etter hendelser der politiet har vært involvert. Dette bør også, dersom pasienten ikke motsetter seg dette, tilbys til eventuelle pårørende.

⁴⁴ Psykisk helsevernloven § 3-6.

⁴⁵ Politidirektoratet og Helsedirektoratet. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. Rundskriv IS-5/2012, side 5.



S|OM

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse

Kontaktinformasjon:

Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 800 39
E-post: postmottak@sivilombudsmannen.no

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo

www.sivilombudsmannen.no/om-torturforebygging/forsiden