



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri

19.–21. september 2017



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Helse Møre og Romsdal HF
Postboks 1600
6026 Ålesund

Kontrollkommisjonen Helse Sunnmøre
Leder Mette Ekroll Nyland
Grimmergata 1
6002 Ålesund

Vår referanse
2017/1792

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
12.12.2017

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 19. - 22. september 2017

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 19.–22. september 2017.

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri 19.–22. september 2017. Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen utgangen av mars 2018.

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

Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
kontorsjef

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Kopi til:
Helse Midt-Norge RHF
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri

19.–22. september 2017

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat	4
2	Tortur og umenneskelig behandling	5
3	Sammendrag	6
4	Generell informasjon om Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri ..	10
5	Gjennomføring av besøket	11
6	Fysiske forhold og aktivisering	12
	6.1 Fysiske forhold	12
	6.2 Aktivitetstilbud.....	13
	6.3 Daglige opphold utendørs.....	14
7	Vedtak om bruk av tvang	15
	7.1 Bruk av vedtaksmaler.....	15
	7.2 Begrunnelse for vedtak.....	15
	7.3 Pasientens rett til å motta skriftlig begrunnelse for tvangsvedtak.....	16
8	Bruk av tvangsmidler	17
	8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	17
	8.2 Omfang av tvangsmiddelbruk	18
	8.2.1 Akuttseksjonen.....	18
	8.2.2 Andre seksjoner	18
	8.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng)	18
	8.4 Langvarig bruk av belteseng i akuttseksjonen	19
	8.5 Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding	22
	8.6 Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler	22
	8.6.1 Internasjonale standarder.....	22
	8.6.2 Sykehusets tiltak for å forebygge tvangsbruk	23
9	Skjerming	26
	9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	26
	9.2 Bruk av skjerming.....	27
	9.3 Fysiske forhold på skjermingsenhetene	27
	9.4 Gjennomføring av skjerming.....	29
	9.4.1 Romskjerming i skjermingsenhet.....	29
	9.4.2 Skjerming av frivillig innlagte pasienter	30
	9.5 Langvarig skjerming	31
10	Behandling uten eget samtykke	32
	10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	32
	10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering.....	33
	10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke	33
11	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	36

11.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	36
11.2	ECT-behandling ved Ålesund sjukehus	38
11.2.1	Retningslinjer for ECT-behandling	38
11.2.2	Omfang av ECT-behandling.....	39
11.3	Bruk av ECT på nødrett ved Ålesund sykehus.....	40
12	Institusjonskultur.....	43
12.1	Menneskerettslige standarder.....	43
12.2	Funn om institusjonskultur ved avdeling for sjukehuspsykiatri	43
13	Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost	45
14	Medvirkning og informasjon	46
14.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	46
14.2	Pasientinvolvering før og etter tvangsbruk	46
14.3	Informasjon om regler og rutiner ved avdelingene	47
15	Klage og kontroll.....	49
15.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	49
15.2	Klage- og kontrollvirksomhet ved Ålesund sjukehus	49

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Som følge av Norges tilslutning til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013, ble 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 utføre mandatet.

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er fratatt friheten. Videre har Sivilombudsmannen tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse.

Risiko for tortur eller umenneskelig behandling påvirkes av faktorer som rettslige og institusjonelle rammer, fysiske forhold, opplæring, ressurser, ledelse og institusjonskultur.² Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming som ikke utelukkende fokuserer på om situasjonen er i overensstemmelse med norsk lov.

Ombudsmannens vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker ombudsmannen forholdene på stedet gjennom egne observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten er en særlig viktig informasjonskilde, fordi de har førstehånds kunnskap om forholdene på stedet. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, som lokale retningslinjer, tvangsvedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudsmannens nettside og stedene gis en frist for å orientere ombudsmannen om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

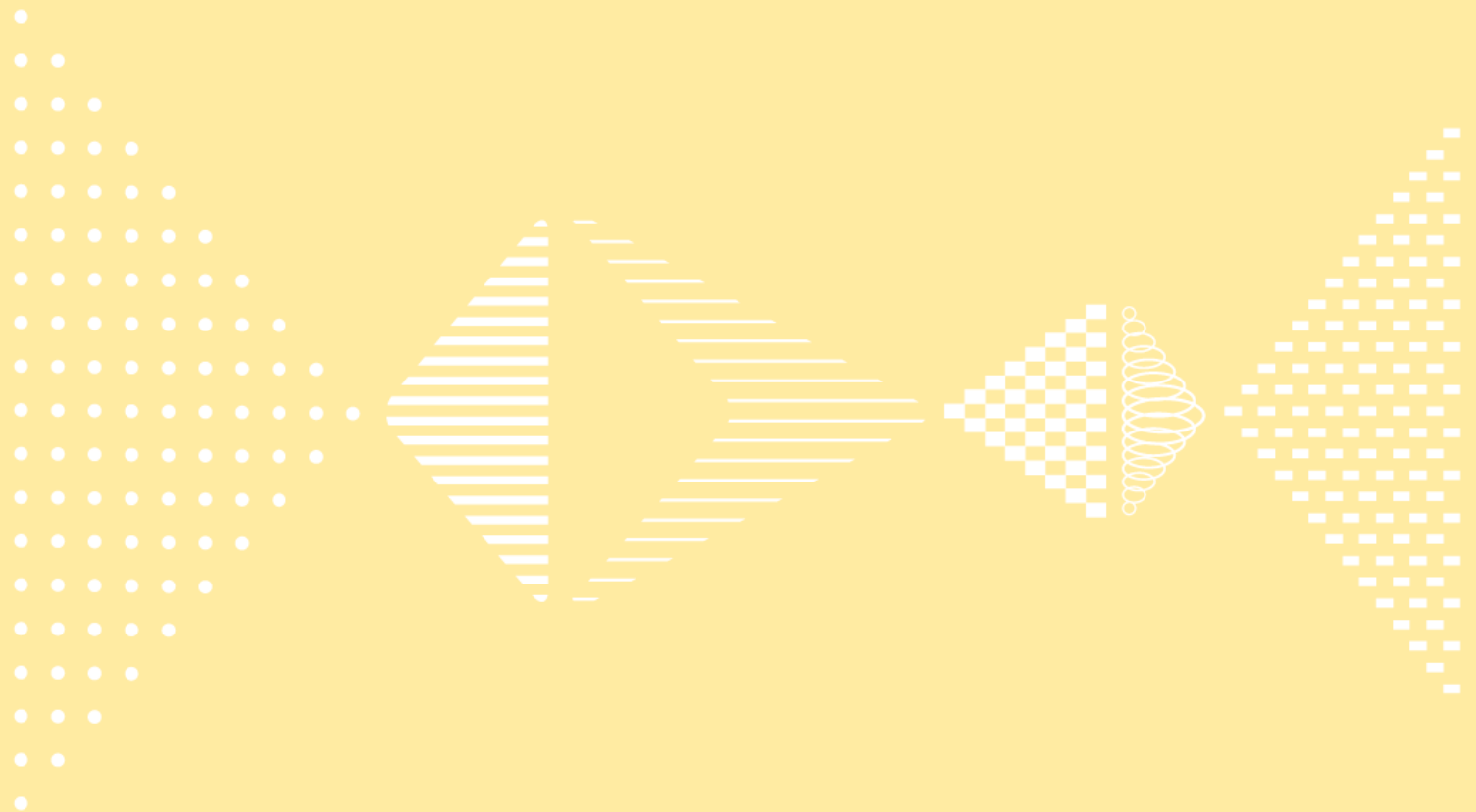
² Se FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. Desember 2010 CAT/OP/12/6.

2 Tortur og umenneskelig behandling

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner som er bindende for Norge.

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. I tillegg er det samme forbudet nedfelt i blant annet FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten er mer sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013.



3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri 19.–22. september 2017. Sykehuset ble varslet på forhånd om at et besøk var planlagt, men dato for besøket ble ikke oppgitt.

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De besøkte sengepostene hadde hyggelige og åpne fellesarealer. Aktivitetstilbudet ved avdeling for sjukehuspsykiatri var lite tilfredsstillende. En del pasienter i akuttseksjonen fikk ikke tilbud om å oppholde seg utendørs hver dag. Vanskelig tilgang til utearealer fremstod som en særlig utfordring for pasienter på et av skjermingsavsnittene i akuttseksjonen.

Det ble funnet flere svakheter ved sykehusets praksis ved tvangsvedtak. Det ble brukt utdaterte maler som økte risikoen for at vedtaksansvarlige ikke foretar vurderinger i tråd med gjeldende lovverk. I flere vedtak var det svakt begrunnet hvorfor lovens vilkår var oppfylt. Dette gjaldt særlig skjermingsvedtak og vedtak om behandling uten eget samtykke. Blant annet var det gjennomgående ikke dokumentert om pasienten var informert om mulige virkninger og bivirkninger av legemidlene, eller i hvilken grad pasienten var gitt anledning til å påvirke valg av type og dosering av medikamenter. Pasientene som var innlagt på avdelingen mottok ikke skriftlig begrunnelse for tvangstiltak.

To sykehussenger med belter plassert i venterommet rett innenfor pasientinngangen til akuttseksjonen kunne gi økt utrygghet for pasienter i en allerede sårbar akutt fase. Det fremkom informasjon som ga bekymring om at det ble praktisert en for lav terskel for bruk av mekaniske tvangsmidler og at langvarige beltelegginger var en utfordring i akuttseksjonen. En gjennomgang viste at pasienter fortsatt ofte sov i belteseng, og det ble funnet eksempler på at manglende nattbemanning hadde gjort at man ikke løste pasienter ut fra beltesengen på nattskiftet. En gjennomgang av dokumentasjon tydet på å økende fokus på å dokumentere tiltak overfor beltelagte pasienter. Samtidig bar undersøkelsene ofte mer preg av en somatisk beltesjekk, enn en prøving av om forholdene fortsatt var slik at tvangsmiddelet måtte opprettholdes.

Informasjon under besøket tydet på at det forekom at pasienter ble kortvarig innesperret på rommet uten at vedtaksansvarlige ble informert. Det fremkom også opplysninger som tydet på at noen tilfeller av kortvarig fastholding ikke ble registrert som vedtak.

Klinikk for psykisk helse og rus i Møre og Romsdal HF utarbeidet våren 2017 en tiltaksplan for å redusere tvangsbruk. Tiltaksplanen var delvis gjennomført, men syntes å ha begrenset forankring i organisasjonen. Flere av tiltakene var nokså generelle og rettet mot alle former for tvang. Tiltaksplanens ambisjonsnivå fremstod som lite forpliktende når det gjaldt tvangsreduksjon.

Mange pasienter i skjermingsenhetene hadde i praksis lite bevegelsesfrihet og ble henvist til å tilbringe mye tid inne på sitt rom. Dette skyldtes en kombinasjon av de fysiske forholdene, kapasitetsutfordringer og måten skjerming ble gjennomført på.

De undersøkte skjermingsenhetene hadde et sterilt og lite hyggelig preg. Utover seng, stol og bord var rommene umøblerte og hvitmalte. De to rommene som skulle være oppholdsrom for pasientene i akuttseksjonens skjermingsenheter, ble brukt av andre pasienter ved overbelegg. En av

skjermingsenhetene hadde et eget isolatrom. Rommet fremstod som uegnet som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon.

Gjennomføringen av skjermingstiltakene fremstod som lite planmessig og flere pasienter opplevde å være ensomme i skjermingsenheten. Frivillig innlagte pasienter hadde vært underlagt skjerming i akuttseksjonen, uten at det var dokumentert at de var orientert om sin rett til å skrive seg ut av institusjonen. Vedtak om skjerming i akuttseksjonen ble som regel ikke forlenget utover lovens tidsfrist på to uker. I seksjon for forsterka rehabilitering forekom det imidlertid enkelte svært langvarige vedtak, en pasient var i løpet av fem måneder blitt underlagt skjerming i over tre og en halv måned.

Sykehuset praksis med bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) ble også undersøkt. En gjennomgang av tre saker viste at det ikke var tilstrekkelig dokumentert om pasientene hadde gitt et informert samtykke. Det fremkom at sykehuset ikke hadde et system for å holde oversikt over antall ECT-behandlinger gitt på nødrett.

En gjennomgang av fire tilfeller der ECT var gitt på nødrett i perioden 1. januar 2016–22. september 2017 viste at pasientene ble vurdert å ha alvorlige tilstander. Det syntes å være bevissthet om de etiske dilemmaene der ECT gis uten informert samtykke. Gjennomgangen avdekket samtidig svakheter i de dokumenterte vurderingene av om vilkårene for nødrett var oppfylt. I flere av sakene var behandling med legemidler ikke aktuelt fordi disse ble vurdert å ha bidratt til eller medført den alvorlige tilstanden. Det fremgikk ikke klart hvorfor andre behandlingstiltak ikke var tilstrekkelig for å avverge akutt fare for pasientens liv og helsetilstand. I flere av de gjennomgåtte sakene ble ECT-behandlinger gitt på nødrett flere ganger. Det var i liten grad dokumentert vurderinger om hvorfor vilkårene for nødrett fortsatt var til stede.

Personalet ble gjennomgående omtalt positivt av pasientene, flere oppgav at personalet var snille og omsorgsfulle. Det fremkom samtidig en del opplysninger, både fra pasienter og personalet, om bruk av tvang som kunne vært løst ved mindre inngripende tiltak. Ansatte hadde opplevd at beltelegging hadde vart lenger enn absolutt nødvendig, og at utrygghet blant kollegaer bidro til dette. Frykt og utrygghet blant personalet utgjør en klar risiko for uforholdsmessig bruk av tvang.

Samtaler med ansatte i seksjon for forsterka rehabilitering tydet på en kultur med gode etiske refleksjoner omkring tvangsbruk og en høy bevissthet om årsaker til konflikt når pasienter fratras sin frihet og selvbestemmelse. Det var et betydelig potensial for læring på tvers av sengepostene, særlig når det gjelder etablering av en trygg atmosfære med lavest mulig bruk av tvang. På besøkstidspunktet pågikk det lite erfaringsutveksling.

Funn under besøket viste at lokalt politi ved flere anledninger i 2017 var blitt tilkalt for å bistå i ivaretagelsen av sikkerhet i avdeling for sjukehuspsykiatri. Det fremkom også opplysninger om at politiet tidvis hadde en vaktfunksjon inne på skjermingsenhetene, og at de som regel kom i uniform. Det ble også beskrevet andre situasjoner der det kan stilles spørsmålsteget ved om situasjonen tilsa at politiet bør være involvert.

I akuttseksjonen hadde man endret inntaksbrosyren etter at kontrollkommisjonen hadde påpekt at det ikke var tillatt å inndra pasientens mobiltelefon. Den gamle inntaksbrosyren, som fastslo at avdelingen ville ta hånd om pasientenes mobiltelefon under oppholdet, lå likevel fortsatt ute i begge sengepostene i akuttseksjonen under besøket.

Kontrollkommisjonen hadde ikke praksis for å gå runder i sengeposten for å hilse på pasientene. Selv om de ansatte syntes å bistå og oppfordre pasientene om å kontakte kontrollkommisjonen, øker en slik praksis risikoen for at kontrollkommisjonen ikke oppdager kritikkverdige forhold, eller at de ikke møter de mest sårbare pasientene.

Anbefalinger

Fysiske forhold og aktivisering

- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.
- Alle pasientene, inkludert pasienter i skjermingsenhet, bør sikres tilbud om minst én times daglig opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.

Vedtak om bruk av tvang

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt ved tvangsvedtak.
- Vedtak om bruk av tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.

Bruk av tvangsmidler

- Det bør iverksettes ytterligere tiltak for å sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes straks faren for skade er opphørt.
- Avdelingen bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolasjon og kortvarig fastholding og at tiltakene alltid blir vedtaksført.

Skjerming

- Vedtaksnotat bør alltid inneholde en konkret beskrivelse av den faktiske bakgrunnen for skjermingsvedtaket.
- Isolasjonsrommet bør ikke benyttes som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon eller varighet.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at det ikke gjennomføres skjerming som i realiteten innebærer isolasjon.

Behandling uten eget samtykke

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vurdering og dokumentasjon av behandling uten samtykke ivaretar pasientenes rettssikkerhet på en tilfredsstillende måte.

Elektrokonvulsiv behandling

- Det bør alltid sikres at pasienten mottar grundig informasjon om behandlingen både skriftlig og muntlig, og at hovedinnholdet i informasjon som gis om behandlingen journalføres.
- Avdelingen bør sikre tilstrekkelig dokumentasjon og oversikt over hvert enkelt tilfelle der ECT på nødrett benyttes.

- Avdelingen bør gjennomgå sine rutiner for bruk av ECT på nødrett for å sikre at pasienter ikke utsettes for en ulovlig praksis.

Institusjonskultur

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å skape en felles kultur for økt trygghet blant ansatte og et redusert behov for bruk av tvang.

Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost

- Avdelingen bør i samråd med politiet gjennomgå sin praksis for politibistand inne i sengepost.

Medvirkning og informasjon

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre systematisk involvering av pasientene ved bruk av tvangstiltak under oppholdet.
- Avdelingen bør kvalitetssikre informasjonsmateriell og husordensregler i seksjonene for å påse at det ikke fastsettes begrensninger som mangler lovhjemmel.

Klage og kontroll

- Kontrollkommisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der pasientene oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas.

4 Generell informasjon om Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri

Ålesund sjukehus er en del av Helse Møre og Romsdal HF, som eies av det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge. Helseforetaket skal ivareta behovet for spesialisthelsetjenester for innbyggerne i 36 kommuner i fylket, cirka 260 000 mennesker.

Sivilombudsmannen besøkte avdeling for sjukehuspsykiatri, som ligger cirka 9 km utenfor Ålesund sentrum i et eget bygg på sykehusets område. Avdelingen hører inn under Klinikk for psykisk helse og rus. Avdeling for sjukehuspsykiatri består av fem seksjoner, og ombudsmannen besøkte følgende tre seksjoner³:

- Akutt psykisk helse (tolv sengeplasser og fire skjermingsrom). Seksjonen hadde 790 innleggelses i 2016 og gjennomsnittlig liggetid var 6,4 døgn. 30-35 prosent av innleggelsene skjer på tvang. Seksjonen er en lukket akuttpost for alle akuttinnleggelses i voksenpsykiatrien på Sunnmøre (ca. 140.000 innbyggere). Seksjonen er et resultat av en sammenslåing i 2016 av daværende seksjon for mottak og for subakutt. Seksjonen er fysisk adskilt mellom post A og B, med seks ordinære pasientrom og en skjermingsenhet i hver. Postene har samme pasientgruppe.
- Forsterka rehabilitering (seks sengeplasser og en skjermingsenhet). Seksjonen hadde fem innleggelses i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 102,4 døgn. Målgruppen for seksjonen er personer med alvorlig sinnslidelse, rus og aggresjonsproblematikk (rehabilitering/sikkerhetspsykiatri). Den tar også inn pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Alle henvisninger vurderes i forkant av innleggelse.
- Utgreiing og behandling (14 sengeplasser uten skjermingsenhet). Antall innleggelses i 2016 var 182, og gjennomsnittlig liggetid var 25,9 døgn. Seksjonen er en åpen allmennpsykiatrisk seksjon med overvekt av frivillig innlagte pasienter. Seksjonen har spesialisert seg på ECT-behandling og har også særlig kompetanse i behandling av spiseforstyrrelser, fødselsdepresjoner og –psykoser.

I 2016 hadde avdeling for sjukehuspsykiatri totalt 886 innleggelses, 179 av innleggelsene skjedde på grunnlag av en tvangsparagraf.

³ I tillegg ble det gjennomført en kort befaring til alderspsykiatrisk seksjon, en post med åtte sengeplasser.

5 Gjennomføring av besøket

I juni 2017 ble Ålesund sjukehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til avdeling for sjukehuspsykiatri i løpet av perioden 1. september–1. desember 2017. Datoen for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 19.–22. september 2017.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer, statistikk og avviksmeldinger. Det ble også innhentet dokumentasjon om bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming, behandling uten eget samtykke og ECT-behandling på frivillig grunnlag og på nødrett.

Besøket ble innledet med en befaring av seksjonene. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, rom for beltesenger, utearealer, ECT-behandlingsrom, besøksrom og vaktrom. Senere samme dag ble det gjennomført et innledende møte med klinikksjef, avdelingssjef og seksjonslederne.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og seksjonsledere. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt. For å ivareta personvern og redusere risikoen for negative sanksjoner gjengis ikke enkeltpasienters syn direkte i rapporten. Representanter fra besøkslaget overvar også ansattes trening i bruk av teknikker for terapeutisk mestring av aggresjon.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle enhetene og ansatte var orientert om Sivilombudsmannens besøk.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Christian Ranheim (seniorrådgiver, jurist)
- Anette Hansen (seniorrådgiver, administrasjonsavdelingen hos Sivilombudsmannen)
- Joar Øverås Halvorsen (ekstern ekspert, psykolog og PhD).

6 Fysiske forhold og aktivisering

6.1 Fysiske forhold

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De fysiske forholdene på døgnenhetene bør skape et trygt og helsefremmende miljø for pasientene, slik at behandling og omsorg kan gis på en mest mulig skånsom og respektfull måte.

Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen.⁴ Enkelte studier tyder også på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan bidra til å oppnå reduksjon av tvang. En amerikansk forskningsstudie publisert i 2014 sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvang på et psykiatrisk sykehus.⁵ Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest og signifikant sammenheng med reduksjon av tvang. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger.⁶ Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten.

Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) har i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern uttalt:

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»⁷

De besøkte sengepostene hadde hyggelige og åpne fellesarealer. Oppholdsrommene hadde store vinduer som sikret godt innfall av dagslys og utsikt til natur. Møblementet var velholdt og rommene var utsmykket med kunst på veggene, grønne planter, og det var tilgang til TV og brettspill. Fellesarealene hadde utgang til et hageområde med sittegrupper.

Pasientrommene hadde gjennomgående et mer nakent preg, med hvite vegger og lite utsmykning. Noen av rommene bar preg av slitasje. Mange av rommene manglet gardiner, men hadde utvendige

⁴ Se bl.a. Jenkins, O., Dye, S., & Foy, C. (2015). A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), 27-35. doi:10.1017/S1742646414000065; Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T., & Nicholls, D. (2009). The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 207-211; og Alexiou, E., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Wijk, H. (2016). The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of forensic and legal medicine*, 42, 1-7.

⁵ Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., ... & Frueh, B. C. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegjenstander, bytte ut gamle møbler, plassere interiør slik at det fremmer interaksjon mellom pasienter og ansatte). Hver avdeling gjennomførte disse tiltakene i randomisert rekkefølge. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart.

⁶ Rohe, T. et al. (2017): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

⁷ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 50, avsnitt 34.

persiener for lysavskjerming. De undersøkte rommene var tilfredsstillende vedlikeholdt og rengjort. Alle pasientrom hadde eget bad med dusj og toalett, og et rom i hver sengepost var tilpasset rullestolbrukere. Det ble observert at en av pasientenes toalett manglet et toalettsete, slik at pasienten måtte sitte rett på porselenskålen.

Akuttseksjonen hadde to skjermingsenheter, en i hver sengepost (A og B). I utgangspunktet var disse beregnet for opptil fire pasienter samtidig, men funn under besøket tydet på at disse skjermingsenhetene ofte hadde overbelegg (se nærmere kapittel 9 *Skjerming*). Seksjon for forsterka rehabilitering hadde også en skjermingsenhet med plass til to pasienter. Både akuttseksjonen og seksjon for forsterka rehabilitering hadde tilgang til belteseng (se kapittel 8.3 *Bruk av mekaniske tvangsmidler*).

Seksjon for utgreiing og behandling var en sengepost med et gjennomgående lavt antall tvangsinnlagte. Sengeposten hadde ikke skjermingsenhet eller tilgang til belteseng.

6.2 Aktivitetstilbud

Å kunne delta i varierte og meningsfulle aktiviteter og ha tilgang til utendørsaktiviteter og fritidstilbud utenfor sitt eget rom, er avgjørende for fysisk og mentalt velvære hos alle som er fratatt friheten. CPT har anbefalt at:

«Psychiatric treatment should be based on an individualized 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...»⁸

Aktivitetstilbudet ved avdeling for sjukehuspsykiatri var lite tilfredsstillende. Det fremkom under besøket at det kun var seksjon for forsterka rehabilitering som hadde ukentlig organiserte aktiviteter. Det fantes en gymsal, men denne ble sjeldent brukt av pasientene. Flere av pasientene gav uttrykk for at de kjedet seg. Mange ansatte betegnet aktivitetstilbudet som nærmest fraværende. Det ble blant annet vist til at tilbudet i praksis handlet nesten utelukkende om stabilisering med medikamenter, og at dette særlig rammet de pasientene som oppholdt seg ved avdelingen utover akuttfasen. Ifølge avdelingsledelsen ble aktivitetstilbudet i avdelingen kraftig redusert etter en omorganisering i 2007. Ansatte pekte på at de før dette blant annet hadde hatt tilgang til aktivitetsrom, fysioterapeut og aktivitør.

Sivilombudsmannen understreker at et godt og variert aktivitetstilbud er viktig for å fylle dagene med innhold og gi pasientene en grad av autonomi. Den første tiden etter en innleggelse kan være kaotisk og krevende, og det er derfor viktig å kunne tilby et aktivitetstilbud som er tilpasset den enkelte pasients funksjonsnivå. Det bemerkes at nasjonale faglige retningslinjer anbefaler en rekke aktiviteter som ledd i behandling av psykoser og affektive lidelser, som fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening og kunst- og musikkterapi.⁹

⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

⁹ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (juni 2013), Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar (november 2011).

Ombudsmannen oppfordrer sykehuset til å ta pasienter med på råd om aktiviteter.

6.3 Daglige opphold utendørs

Funn under besøket viste at en del pasienter i akuttseksjonen ikke fikk tilbud om å oppholde seg utendørs hver dag. Flere pasienter opplevde det som vanskelig ikke å få komme ut i tilstrekkelig grad. En del ansatte beskrev det som utfordrende å ha tid til å følge pasienter med utgangsrestriksjoner ut på turer i området.

Vanskelig tilgang til utearealer fremstod som en særlig utfordring for pasienter på et av skjermingsavsnittene. For pasientene som oppholdt seg i skjermingsenheten i akuttseksjon sengepost A, var bygningsmassen slik at det ikke var direkte utgang til friluft. Det fremkom at pasienter som var skjermet kunne få gå ut til en benk utenfor fellesstuen, men de måtte da gå gjennom fellesområdet og var avhengige av følge fra personalet. Konsekvensen av dette ble at pasientene sjelden fikk tilbud om å få oppholde seg utendørs.

Pasientene ved skjermingsenheten i akuttseksjonens sengepost B og i seksjon for forsterka rehabilitering hadde mulighet til direkte utgang til et lite lufteområde. Flere ansatte savnet imidlertid muligheter til å gå turer med de sykeste pasientene på et skjermet område som var større enn de eksisterende luftearealene. Det bemerkes også at sykehuset ikke hadde nedfelt noen form for forventninger om opphold utendørs ved gjennomføring av skjerming (se også kapittel 9 *Skjerming*).¹⁰

Anbefalinger

- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.
- Alle pasientene, inkludert pasienter i skjermingsenhet, bør sikres tilbud om minst én times daglig opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.

¹⁰ Bruk av skjerming etter PHL § 4-4 i Klinikk for psykisk helse og rus, fastsatt 2. mai 2017.

7 Vedtak om bruk av tvang

Inngrep i personlig integritet krever hjemmel i lov. Mangelfull vedtaksføring ved tvangsbruk er et brudd på pasienters rettsikkerhet, blant annet ved at det svekker pasienters muligheter til å klage. I tillegg vil mangelfull vedtaksføring klart redusere både interne og eksterne kontrollorganers mulighet til å utføre sine oppgaver.

Det er de faglig ansvarlige som fatter vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler.

Det ble i forkant av besøket innhentet dokumentasjon om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke, inkludert vedtak og protokoller for de tre siste tilfellene av dette i hver seksjon. I etterkant ble det innhentet dokumentasjon om alle slike vedtak som ble fattet i perioden 1. august til 29. september 2017.

7.1 Bruk av vedtaksmaler

En dokumentgjennomgang viste at sykehuset benyttet utdaterte vedtaksmaler. De forelagte vedtaksmalene reflekterte ikke nytt lovverk som trådte i kraft 1. september 2017. Ifølge sykehuset skyldes dette at IT-tjenesten i Helse Midt-Norge ikke hadde fått på plass revisjon av malverket. Dette er bekymringsfullt, fordi det øker risikoen for at vedtaksansvarlige ikke foretar vurderinger etter kriteriene i gjeldende lovverk. I tiden frem til malverket er revidert, forutsettes det at sykehuset sikrer dokumentasjon i pasientjournal for at vilkårene for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven er oppfylt.

7.2 Begrunnelse for vedtak

Høyesterett legger i sin praksis til grunn at kravet om begrunnelse etter forvaltningsloven §§ 24 og 25 er skjerpet for svært inngripende tiltak. Det stilles særskilte krav til tydelighet og klarhet, og det må være mulig for den som utsettes for tvang å forstå hvorfor de rettslige vilkårene vurderes som oppfylt. Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettsikkerhetsgaranti for den enkelte.

Flere av vedtakene som ble gjennomgått i forbindelse med besøket, bar preg av at det var svakt begrunnet hvorfor lovens vilkår for inngrep var oppfylt. Dette gjaldt flere typer tvangsvedtak, men var mest fremtredende for skjermingsvedtak (se kapittel 9.2 *Bruk av skjerming*) og for vedtak om behandling uten eget samtykke (se kapittel 10.3 *Vedtak om behandling uten eget samtykke*).

Måten journalnotatene ble utformet på, la ikke til rette for at vedtaksansvarlige på en systematisk måte kunne ta stilling til om alle lovens vilkår var oppfylt for den enkelte pasienten, og at vurderingene ble tilstrekkelig dokumentert. Dokumentasjonen av vedtak og begrunnelsen for dette i pasientjournal fulgte ingen fast struktur for noen av de gjennomgått tvangsvedtakene. Det ble ikke brukt egne vedtaksnotat. Ofte fremgikk den vedtaksansvarliges vurdering av lovens vilkår kun implisitt gjennom løpende beskrivelser i et journalnotat om pasientens tilstand. Det syntes også å være utbredt praksis at ulike tvangsvedtak ble dokumentert i samme journalnotat, for eksempel samtidig vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-3, om skjerming etter § 4-3 og vedtak om bruk av tvangsmidler etter § 4-8. Dette skaper en risiko for sammenblanding av rettslige vilkår og at det ikke blir foretatt en konkret individuell vurdering av om hvert inngrep er berettiget. Den manglende systematikken vanskeliggjør også etterfølgende kontroll.

Mange tvangsvedtak fremsto som knappe og basert på standardformuleringer. De faktiske forholdene som skulle gjøre at vilkår for inngrepet var oppfylt, var ikke tilstrekkelig beskrevet.

7.3 Pasientens rett til å motta skriftlig begrunnelse for tvangsvedtak

Ferdig utfylt vedtaksskjema ble lagret i elektronisk pasientjournal sammen med et separat journalnotat med begrunnelsen for det enkelte tvangsvedtak.

Vanlig praksis i avdeling for sjukehuspsykiatri var at pasientene ikke mottok den skriftlige begrunnelsen for tvangstiltak som fremkom i de faglig ansvarliges journalnotat. I den grad pasientene mottok skriftlig informasjon gjaldt det kun vedtaksskjema uten tilhørende begrunnelse og i enkelte tilfeller Helsedirektoratets informasjonsbrosjyre «Rettsikkerhet ved tvang».

Dette er en praksis Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.¹¹ Vedtaket skal både gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for hvorfor det ble gjennomført, i tillegg til informasjon om retten til å klage. Alle pasienter bør rutinemessig motta en begrunnelse for tvangsvedtak både skriftlig og muntlig for å sikre ivaretagelse av sine rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang. Skriftlig begrunnelse skal gis uoppfordret, slik at pasienten ikke skal måtte be om journalinnsyn.

Ombudsmannen viser til Helsedirektoratets presisering om dette fra september 2016:

«Pasienten skal få skriftlig underretning om vedtak, herunder begrunnelsen, jf. forvaltningsloven §§ 24 og 27. Dersom begrunnelsen for vedtaket ikke fremgår av selve vedtaksskjemaet, men er nedtegnet i et journalnotat, skal dette legges ved vedtaket.»¹²

Anbefalinger

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt ved tvangsvedtak.
- Vedtak om bruk av tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.

¹¹ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Universitetssjukehuset i Nord-Norge HF 26.– 28. april 2016 og rapport etter besøk til Akershus universitetssjukehus, avdeling for akuttpsykiatri 2.– 4. mai 2017.

¹² Helsedirektoratets brev 27. september 2016, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016.

8 Bruk av tvangsmidler

8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Bruk av tvangsmidler er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 og omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (belteseng, transportbelter og skadeforebyggende spesialklær), kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede («isolering»), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding («holding»).

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten 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.¹³ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».¹⁴

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.¹⁵ Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. Bruk av inngripende tvang som belteseng utelukkende for å forhindre betydelig materiell skade fremstår med dette som tvilsomt i lys av menneskerettslige krav, selv om psykisk helsevernloven § 4-8 etter sin ordlyd åpner for dette.¹⁶

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.¹⁷ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har også gått i retning av en mer intensiv prøving av tvangsmiddelbruk når det gjelder tiltakets varighet, krav til praktisk gjennomføring og av om grunnleggende rettsikkerhetsgarantier er ivaretatt.

¹³ Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹⁴ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

¹⁵ Se bl.a. CPT, "Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)" 21. mars 2017, side 2, punkt 1.4. CPT/Inf(2017)6; Europarådets ministerkomité, Recommendation Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27.

¹⁶ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i klagesaker om beltelegging uttalt at «...such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» (M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104). Det samme fremgår av Europarådets ministerkomités anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed». Ifølge artikkel 27 nr. 4 gjelder ikke disse kravene for "momentary restraint".

¹⁷ Se FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs menneskerettighetsråd 1. februar 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b); FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt i komiteens 15. sesjon september 2015, avsnitt 12 med videre henvisninger.

8.2 Omfang av tvangsmiddelbruk

8.2.1 Akuttseksjonen

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 109 vedtak om tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 ved de to sengepostene i akuttseksjonen.¹⁸ Av disse gjaldt 48 vedtak om mekaniske tvangsmidler, to vedtak om isolering, 55 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 4 vedtak om fastholding. Tilsvarende tall for 2016 viste at det ble fattet 111 vedtak om tvangsmidler, hvorav 68 gjaldt vedtak om mekaniske tvangsmidler, seks gjaldt vedtak om isolering, 32 vedtak om korttidsvirkende legemidler og fem vedtak om kortvarig fastholding. Ifølge foreliggende tall for 2017 var det per 28. juni fattet 66 vedtak om tvangsmidler, der 27 var vedtak om mekaniske tvangsmidler, 6 vedtak om isolering, 22 vedtak om korttidsvirkende legemidler, 11 vedtak om fastholding.

Oversikten tyder på at sykehuset foreløpig ikke hadde lyktes med å få redusert bruken av mekaniske tvangsmidler eller korttidsvirkende legemidler.

8.2.2 Andre seksjoner

Ifølge sykehusets oversikter hadde seksjon for forsterka rehabilitering, som er en langtidspost, atskillig færre vedtak om tvangsmidler. I 2015 ble det fattet åtte vedtak om tvangsmidler, hvorav 6 gjaldt mekaniske tvangsmidler, 1 gjaldt isolering og 1 gjaldt korttidsvirkende legemidler. I 2016 ble det fattet 11 vedtak om tvangsmidler (3 om mekaniske tvangsmidler, 2 om isolering, 1 om korttidsvirkende legemidler og 5 om fastholding), og per 28. juni 2017 var det fattet 1 vedtak. Seksjon utgreiing og behandling hadde ingen registrerte vedtak om tvangsmidler i perioden 2015–2017.

8.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng)

Under befaringen ble det observert to sykehussenger med belter i venterommet rett innenfor pasientinngangen til akuttseksjonen. Ifølge ledelsen var dette den vanligste inngangen for nyankomne pasienter. Selv om beltene var forsøkt dekket med dyner, fremstår en slik synlig plassering av et inngripende tvangsmiddel som uheldig. Det vil lett kunne oppfattes av pasientene, og kan føre til økt utrygghet i en allerede sårbar akutt fase. I et forebyggingsperspektiv fremstår det som kontraproduktivt å gjøre tvangsmidlene så umiddelbart tilgjengelig, gitt målsetningen om å redusere tvangsmiddelbruken. Ifølge ledelsen var det planlagt å finne et egnet rom for plassering av de to beltesengene. Et alternativ som bør vurderes, er å fjerne beltene fra sengene og lagre dem i en utstyrs koffert. Erfaring fra andre mottaksposter i psykisk helsevern tilsier at fjerning av stasjonære beltesenger fra post kan bidra til redusert bruk.¹⁹

Seksjon for forsterka rehabilitering hadde et eget rom der én belteseng var lagret for bruk ved behov. Seksjon for utgreiing og behandling hadde ingen beltesenger tilgjengelig.

På besøkstidspunktet var ingen pasienter beltelagt. Det ble gjennomført samtaler med noen pasienter som hadde erfaring med dette fra tidligere eller nåværende innleggelse.

Som et ledd i arbeidet med å kvalitetssikre bruken av tvangsmidler hadde Klinik for psykisk helse og rus (heretter klinikken) revidert sine prosedyrer for bruk av mekaniske tvangsmidler. Prosedyrene

¹⁸ Før mai 2016 var dagens akuttseksjon delt opp i to seksjoner; en mottakseksjon og en subakuttseksjon. Tallene for de to seksjonene er slått sammen i denne rapporten for perioden før dette tidspunktet.

¹⁹ Se bl.a.: <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>.

presiserte lovens vilkår og inneholdt tydelige krav om involvert helsepersonells ansvar for vedtak, dokumentasjon, tilsyn og ivaretagelse ved opphold i belteseng.

En gjennomgang av dokumentasjon viste at flere av vedtakene var summarisk utformet.²⁰ Beskrivelsen av de faktiske hendelsene som medførte bruk av mekaniske tvangsmidler var i en del tilfeller ikke beskrevet på en tilstrekkelig konkret måte. Eksempelvis ble det vist til episoder med utagering, uten at det ble nærmere konkretisert hva som hadde skjedd og om det først var forsøkt lempeligere tiltak slik loven krever. Dette gjaldt særlig for seksjon for forsterka rehabilitering. En slik utforming gjør det vanskelig å vurdere i ettertid om de strenge kravene til bruk av mekaniske tvangsmidler var oppfylt. I akuttseksjonen var de faktiske vurderingene beskrevet tydeligere av faglig ansvarlig. I begge seksjoner var imidlertid dokumentasjonen preget av manglende systematikk i de vedtaksansvarliges vurderinger i pasientens journal (det ble ikke brukt vedtaksnotat) og av avdelingens utbredte praksis med å fatte flere vedtak i samme journalnotat (se kapittel 7 *Vedtak ved bruk av tvang*).

Det fremkom informasjon under besøket som kan gi bekymring for at det ble praktisert en for lav terskel for bruk av mekaniske tvangsmidler i akuttseksjonen. Flere mente at terskel for bruk av belter var personavhengig og at enkelte ønsket å bruke belter som et forebyggende tiltak for å ivareta egen sikkerhet. Noen ansatte opplevde at enkelte pasienter ble lagt i belter uten at det ble forsøkt mindre inngripende tiltak først.

Sivilombudsmannen finner grunn til å understreke at mekaniske tvangsmidler kun skal brukes i nødrettsliknende tilfeller, og at lempeligere tiltak skal være forsøkt. Belteseng er ikke lovlig som forebyggende tiltak. Ombudsmannens erfaringer fra besøk i psykisk helsevern har vist at opphold i belteseng ofte blir opprettholdt i lenger tid enn andre lovlige tvangsmidler, til tross for at de fleste pasienter vil oppleve belteseng som det mest inngripende tvangsmiddelet. Tiltaket skaper risiko for at en havner i en fastlåst situasjon som blir opprettholdt lenger enn strengt nødvendig.

8.4 Langvarig bruk av belteseng i akuttseksjonen

En internrevisjon som undersøkte bruk av mekaniske tvangsmidler i perioden 2014–2016 ved helseforetakets akuttseksjoner, inkludert mottaksseksjonen i Ålesund (del av nåværende akuttseksjon) var blitt gjennomført vinteren 2016/2017.²¹ Revisjonen dokumenterte at mottaksseksjonen lå betydelig over landsgjennomsnittet i varighet ved bruk av belteseng: 15,8 timer i gjennomsnittlig varighet, og 10 timer median, sammenliknet med tre timer median varighet på landsbasis.²² Praksis i Ålesund ble sammenliknet med en annen akuttseksjon i foretaket (Hjelset i Molde), som hadde en median varighet lik landsgjennomsnittet.

Årsaken til forskjellene mellom de to akuttseksjonene i Ålesund og Molde ble knyttet til en rekke forhold. En særlig fremtredende forklaring var ulik praksis for om beltene ble løsnet når pasientene

²⁰ I forkant av besøket ble det innhentet dokumentasjon (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) om de tre siste belteleggingene på hver av de besøkte sengepostene. I etterkant av besøket ble det innhentet dokumentasjon om all tvangsmiddelbruk for perioden 1. august–28. september 2017.

²¹ Helse Møre og Romsdal HF Internrevisjon, Registrering og prosess knyttet til dokumentasjon i protokoller og EPJ i forhold til pasienter som utsettes for bruk av mekaniske tvangsmidler ved Mottaksseksjonen Avdeling for sykehuspsykiatri Ålesund og Seksjon for akuttpsykiatri Hjelset, Avdeling for sykehuspsykiatri Molde, Klinik for psykisk helse og rus HMR, januar 2017.

²² Internrevisjonen var basert på protokoll for bruk av mekanisk tvangsmidler for tidsperioden 2014–2016 for begge seksjoner med tilhørende dokumentasjon i elektronisk pasientjournal.

sovnet. Det ble også funnet at måten arbeidsprosessene ble organisert på kunne føre til forlenget tid i belter for pasientene. En utfordring kunne være at helsepersonell med vedtakskompetanse ikke var fysisk til stede i situasjonen for å vurdere kriteriene for iverksetting av tvang. I etterkant av en tvangsepisode kunne det være uenighet i teamet om grunnlaget for tvang i enkelttilfeller, men at vedtak likevel måtte fattes fordi bruk av mekanisk tvang allerede var gjennomført av personalet som stod i situasjonen. I revisjonsrapporten ble det også observert at:

«pasienter som legges i belter kveld/natt og sovner, ikke blir vekket før på formiddagen og deretter løst opp og dimittert til hjemmet, selv om de sannsynlig kunne ha vært løst fra beltene mye tidligere (ruspasienter). Det fremkommer i intervju med ansatte at noen ansatte er redd for at en utagering eller sterk uro på natt kan oppleves negativt for de andre pasientene ved enheten eller at personalet ikke føler seg trygg på å foreta løsning på natt fordi man er lavt bemannet.»

Funn gjort i forbindelse med besøket tydet på at langvarige beltelegginger fortsatt var en utfordring i akuttseksjonen. En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2017 viste at pasienter fortsatt ofte sov i belteseng, og at manglende nattbemanning tidvis gjorde at pasienter ikke ble løst ut fra beltesengen. Mange ansatte knyttet langvarig bruk av belteseng direkte til lav bemanning, særlig på nattestid. Det er svært alvorlig dersom bruk av mekaniske tvangsmidler blir opprettholdt på grunn av manglende bemanning. Det vises til CPTs uttalelse:

«Means of restraint should never be used as punishment, for the mere convenience of staff, because of staff shortages or to replace proper care or treatment.»²³

Flere ansatte hadde opplevd at utrygghet blant kollegaer i flere profesjonsgrupper bidro til at beltelegginger kunne vare lenger enn absolutt nødvendig. Det ble blant annet fremhevet at frykt bidro til en kultur for bruk av belteseng. Utrygghet blant personalet hadde også i minst ett tilfelle resultert i at politiet ble tilkalt som ekstra sikkerhet ved oppløsning av belter. Dokumentgjennomgangen ga også et eksempel på at det på kveldsvakt ble besluttet at belteseng skulle opprettholdes frem til neste morgen. Det understrekes at bruk av tvangsmidler skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er til stede.

En gjennomgang av akuttseksjonens tvangsprotokoll i perioden 1. januar–28. juni 2017 viste at 17 av 25 vedtak som var registrert hadde en varighet på seks timer eller mer.²⁴ Gjennomsnittlig varighet på oppholdene i dette tidsrommet var 10,89 timer og mediantid var 7 timer. Sammenliknet med funn fra helseforetakets internrevisjon for 2016, tyder dette foreløpig på redusert tid i belter. I dette tidsrommet hadde særlig én pasient hyppige og langvarige beltelegginger. Det ble fattet åtte vedtak om mekaniske tvangsmidler overfor denne pasienten i løpet av en måned. Fem av vedtakene var svært langvarige, mellom 18 og nesten 40 timer. Det lengste pågikk ifølge protokollen i 39 timer og 20 minutter sammenhengende, med delvis oppløsning av beltene etter cirka 10 timer. Det ble også funnet et tilfelle høsten 2017 der en pasient var beltelagt sammenhengende i tre døgn og én time.

²³ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

²⁴ Det var ikke fullt samsvar mellom tvangsprotokoll for tvangsmidler (25 registrerte vedtak) og antall innrapporterte vedtak om tvangsmidler for perioden 1. januar - 28. juni 2017 (27 vedtak). Årsaken til dette er uklar, men det bemerkes funn om at det ble fattet nytt vedtak i noen tilfeller der pasienter som allerede er beltelagt løses delvis fra beltene ved at f.eks. en arm og et ben løses ut av beltene.

I seksjonens tvangsprotokoller var det i liten grad dokumentert tiltak for å løsne på beltene i de gjennomgåtte tilfellene. En gjennomgang av pasientjournaler tydet på at vurderinger og tiltak ble nedtegnet i behandler- og pleienotatene der. Her fremkom det også et økende fokus blant vedtaksansvarlige i å dokumentere vurderinger og tiltak overfor beltelagte pasienter. Gjennomgåtte behandlernote fra akuttseksjonen dokumenterte at faglig ansvarlig og vakthavende lege hadde undersøkt beltelagte pasienter, og at det normalt forekom minst hver åttende time.

Dokumentasjonen tydet på at man ved tilsyn sjekket at beltene ikke satt så stramt at de hindret pasientens blodsirkulasjon og at pasienten helsetilstand ellers ble undersøkt. Samtidig bemerkes det at undersøkelsene ofte syntes å ha mer preg av en somatisk beltesjekk, enn en prøving av om forholdene fortsatt var slik at tvangsmiddelet måtte opprettholdes. Der vurderinger om opprettholdelse var dokumentert, var verken pasientens tilstand eller forholdene beskrevet på en måte som gjorde det mulig å vurdere om opprettholdelse av tiltaket var velbegrunnet.

På denne bakgrunnen finner ombudsmannen grunn til å understreke at bruk av mekaniske tvangsmidler kun bør anvendes i nødrettsliknende situasjoner og at tiltaket skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er til stede.²⁵ Etter et besøk til en psykisk helseverninstitusjon i Danmark, uttalte CPT følgende:

«In the CPT's view, the duration of the actual means of restraint should be for the shortest possible time (usually minutes to a few hours), and should always be terminated when the reason for the use of restraint has ceased. The maximum duration of the application of mechanical restraint should ordinarily not exceed 6 hours.»²⁶

Komiteen uttalte også at:

«applying instruments of physical restraint to psychiatric patients for days on end cannot have any medical justification and amounts to ill-treatment.»

Komiteen har også understreket at i ekstraordinære tilfeller, der bruk av mekaniske tvangsmidler varer over en periode på noen timer, bør tiltaket vurderes med kort tidsintervall. I saker med langvarig eller gjentatt bruk av tvangsmidler har komiteen anbefalt «the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment.»

Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler er en utfordring ved flere sykehus i det psykiske helsevernet i Norge, inkludert flere av sykehusene som tidligere er besøkt av ombudsmannen.²⁷ I lys av menneskerettslige krav og den høye risikoen for skader og traumer slike tiltak utgjør, synes det å

²⁵ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har i enkelte saker om langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler overfor pasienter konstatert krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling etter EMK artikkel 3. I M.S. mot Kroatia ble staten dømt i en sak der en pasient hadde vært plassert i belteseng i femten timer sammenhengende. Domstolen fant det ikke bevist at tvangstiltaket ble iverksatt som en siste utvei, og vektla også at det ikke ble tatt hensyn til klagerens somatiske helsetilstand. Dommen illustrerer at langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig der det skjer uten tilstrekkelig grundige vurderinger og oppfølging, kan medføre brudd på forbudet mot tortur eller umenneskelig behandling (M.S. mot Kroatia, (No. 2)). Se også Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012 og, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015.

²⁶ CPTs rapport etter besøk til Danmark i 4.–13. februar 2014, side 65, avsnitt 121 [CPT/Inf (2014) 25].

²⁷ Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk i psykisk helsevern: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>.

være behov for å skaffe seg en bedre nasjonal oversikt over forekomsten av langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler. Dette vil ombudsmannen ta opp i dialog med sentrale myndigheter.

Anbefaling

- Det bør iverksettes ytterligere tiltak for å sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes straks faren for skade er opphørt.

8.5 Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding

Ifølge sykehusets tall for bruk av isolasjon var det per 28. juni 2017 fattet ni vedtak om isolasjon i akuttseksjonen. En manuell gjennomgang av tvangsprotokoll for samme periode viste imidlertid at det var registrert 14 vedtak om isolasjon i samme tidsrom. Ved seksjon forsterka rehabilitering var det ikke registrert vedtak om isolering i samme tidsrom.

Det fremkom informasjon under besøket som tydet på at det forekom at pasienter ble kortvarig innesperret bak låst eller stengt dør uten at vedtaksansvarlige ble informert, heller ikke i ettertid. Dette gjaldt alle de tre besøkte seksjonene, og synes blant annet å handle om misforståelser blant deler av personalet omkring hvordan skjermingsvedtak lovlig kan gjennomføres. Manglende kunnskap blant de ansatte skaper risiko for uhjemlet praksis.

Isolasjonsvedtakene ble i all hovedsak gjennomført på pasientens eget rom. Funn viste likevel at isolasjonsrommet i skjermingsenheten i akutt sengepost A hadde vært benyttet for å gjennomføre tvangsmiddelvedtak i løpet av 2017. Isolasjonsrommet er etter ombudsmannens oppfatning utformet på en måte som gjør det uegnet som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon (se kapittel 9.3 *Fysiske forhold på skjermingsenhet*).

Det fremkom også opplysninger under besøket som tyder på at sykehuset ikke i alle tilfeller sikret at tilfeller av kortvarig fastholding ble vedtaksført.

Anbefaling

- Avdelingen bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolasjon og kortvarig fastholding og at tiltakene alltid blir vedtaksført.

8.6 Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

8.6.1 Internasjonale standarder

Etter FNs torturkonvensjon er statlige myndigheter forpliktet til å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.²⁸ Selv om bruk av

²⁸ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade.²⁹ CPT har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler (2017) understreket at:

«...the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of health-care staff, adequate initial and ongoing training of the staff involved in the restraint of patients, and the promotion of the development of alternative measures (including de-escalation techniques).»³⁰

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraints.»³¹ Dette bør etter ombudsmannens syn inkludere en tiltaksplan for å forebygge bruken av tvangsmidler.

8.6.2 Sykehusets tiltak for å forebygge tvangsbruk

Etter et pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle helseforetak foretok sykehuset våren 2017 manuelle tellinger for å kvalitetssikre tall for bruk av tvangsmidler for perioden 2014–2017. Riktig registrering er en forutsetning for å kunne arbeide effektivt med forebygging av tvang.

Det fremkom under besøket at stedets ledelse i liten grad hadde analysert omfanget av tvangsmiddelbruken og hvilke faktorer som kunne forklare opp- eller nedgang i tallene over tid. Det var samtidig planlagt en ny internrevisjon ved akuttseksjonen om bruk av mekaniske tvangsmidler i november 2017. I et forebyggingsperspektiv vil det være viktig å sikre en løpende vurdering av utviklingen, for å gjøre det mulig å identifisere spissede oppfølgingstiltak.

Klinikk for psykisk helse og rus i Møre og Romsdal HF utarbeidet våren 2017 en tiltaksplan med tittelen «Plan for korleis klinikk for psykisk helse og rus skal oppnå riktig og redusert bruk av tvang og riktig registrering av tvang.» Planen ble utarbeidet etter pålegg fra Helse Midt-Norge RHF.³² På lengre sikt skal det ifølge handlingsplanen utarbeides en egen strategi for riktig og redusert bruk av tvang.

På besøkstidspunktet var flere av handlingsplanens tiltak iverksatt, men det gjenstod fortsatt arbeid for å sikre at tiltakene ble gjennomført i praksis.

Klinikkens prosedyrer for bruk av tvangsmidler var endret for å reflektere nye lovkrav om evaluering med pasienten i etterkant og nye presiseringer fra Helsedirektoratet om krav til dokumentasjon av tiltakene.³³ I praksis fremkom det likevel at seksjonene ikke hadde innarbeidet arbeidsrutiner som sikret at pasienter som var utsatt for tvangsmiddelbruk alltid fikk tilbud om en samtale i etterkant (se

²⁹ Se psykisk helsevernforskriften § 4, som fastsetter at: «Institusjoner som har ansvar for tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern med døgnopphold, skal ha personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å kunne forhindre bruk av tvang. Dersom tvang likevel benyttes, skal institusjonen ha tilstrekkelig personell til at tvangen blir forsvarlig.»

³⁰ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

³¹ Se note over, punkt 1.7.

³² Helse Midt-Norge RHF, Styringskrav og rammer 2017 – Helse Møre og Romsdal HF.

³³ Se Psykisk helsevernloven § 4-2 andre og tredje ledd og Helsedirektoratets brev 19. desember 2016 til Helse Nord RHF, Psykisk helsevernloven § 4-8 – Bruk av mekaniske tvangsmidler – Gjennomføring og kontroll.

kapittel 14 *Medvirkning og informasjon*). Den reviderte prosedyren innførte også et krav om å gjennomføre en tverrfaglig gjennomgang med personale i etterkant av tvangsmiddelbruk («debrief»). Det fremkom at debrief ikke alltid ble gjennomført på akuttseksjonen, blant annet fordi ikke alle involverte ansattgrupper møtte opp.

Som ledd i tiltaksplanen var det iverksatt en opplæring av instruktører i terapeutisk mestring av aggresjon («TERMA»), et opplæringsprogram utviklet ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri i region vest. TERMA skal bidra til å redusere graden av tvang i psykiatriske avdelinger. Opplæringen omfatter kunnskap om aggresjon som fenomen, faktorer som kan utløse aggressiv atferd og ulike strategier for å møte aggresjon på en terapeutisk måte. TERMA består av både teoretisk og praktisk opplæring.

På besøkstidspunktet var grunnopplæring gitt til de fleste ansatte. Det ble gitt tilbud om ukentlige treninger, som foregikk i avdelingens gymsal. Funn gjort under besøket viste at flere ansatte følte seg utrygge på arbeidsplassen, eller at de opplevde å mangle verktøy for håndtering av tilspissede situasjoner. Gjennomføringen av systematisk opplæring for å forebygge tvang og makt fremstår derfor som et viktig tiltak for å oppnå redusert tvangsbruk.

Praktisk trening er viktig for å hindre skader og å sikre en så skånsom bruk av makt og tvang som mulig, der dette ikke kan unngås. Samtidig vil et sterkt fokus på trening i fysiske teknikker også kunne utgjøre risiko for mindre oppmerksomhet mot ansattadferd som kan forebygge at tilspissede situasjoner oppstår. Eksempler på dette er scenariobasert trening på forebygging gjennom kommunikasjon og kroppsspråk i situasjoner med uenighet eller ved formidling av tvangsvedtak. Under besøket fremkom forskjeller mellom sengepostene når det gjaldt kultur og holdninger til tvangsbruk, (se kapittel 12 *Institusjonskultur*). Det kan ikke utelukkes at slike faktorer påvirker tvangsmiddelbruken.

Tiltaksplanen bar preg av å være utarbeidet på klinikknivå etter press utenfra, og med begrenset forankring i organisasjonen. Flere av tiltakene var nokså generelle og rettet mot alle former for tvang. En del ansatte opplevde ikke at tiltaksplanen hadde nevneverdig betydning i deres arbeidshverdag.

Tiltaksplanens ambisjonsnivå fremstod også som lite forpliktende når det gjaldt reduksjon av tvang. Ledelsens hovedfokus var i hovedsak rettet mot riktig registrering og riktig bruk av tvangsmidler. Erfaringer fra andre prosjekt om tvangsreduksjon tyder på at tydelige ambisjoner og klart lederskap er viktige faktorer for å oppnå endring.³⁴

Funn under ombudsmannens besøk til institusjoner innen psykisk helsevern så langt tyder på at en rekke forhold hver for seg eller samlet kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse og ambisjonsnivå, fysiske forhold, tilgjengelighet til tvangsmidler, et variert aktivitetstilbud,

³⁴ Se bl.a. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Alternativer til tvang II, Sett fra et fag- og forskningsperspektiv, UiO: Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet erfaringskompetanse. Nr. 2014:3. I Danmark gjennomføres det et prosjekt om beltefrie psykiatriske avdelinger i alle helseregioner. Se eksempler fra et prosjekt i Region Hovedstaden psykiatriske hospital: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projekt-baeltefrit-center/Sider/default.aspx>.

pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og institusjons- og postkultur.³⁵ Det vises i den sammenhengen også til CPTs anbefalinger for institusjoner innen psykisk helsevern:

«It should be acknowledged that resort to restraint measures appears to be substantially influenced by non-clinical factors such as staff perceptions of their role and patients' awareness of their rights. Comparative studies have shown that the frequency of use of restraint, including seclusion, is a function not only of staffing levels, diagnoses of patients or material conditions on the ward, but also of the 'culture and attitudes' of hospital staff.»³⁶

Ved utarbeidelse av en fremtidig strategi for å forebygge tvangsbruk bør det derfor også ses hen til andre funn gjort under ombudsmannens besøk, særlig vedrørende fysiske forhold og aktivitetstilbud (se kapittel 6), bruk og gjennomføring av skjerming (se kapittel 9) og institusjonskultur (se kapittel 12).

³⁵ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>.

³⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

9 Skjerming

9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Skjerming er en innskrenkning i pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse som går utover det et opphold i tvungent psykisk helsevern i utgangspunktet gir adgang til. Tiltaket regnes dels som et behandlingstiltak og dels som et tiltak for å skjerme andre pasienter.

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg for pasienten. Skjerming kan skje på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter.

Norge er et av få land som opererer med begrepet skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering.³⁷ Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av tilstedeværende helsepersonell. Det vil likevel i praksis kunne være flytende grenser mellom skjerming og isolasjon, og en del pasienter opplever skjerming som isolasjon.³⁸ Muntlige beskjeder fra personalets side (for eksempel om at pasienten skal trekke seg tilbake på eget rom i en viss periode) kan oppleves like begrensende som en låst dør. Ombudsmannen har ved tidligere besøk vært opptatt av hvorvidt skjermingspraksis ved et sykehus utgjorde isolasjonslignende forhold for pasientene.³⁹

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.⁴⁰ Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.⁴¹

Selv om skjerming skal være et behandlingstiltak, setter menneskerettslige standarder begrensninger for bruken.⁴² Fordi skjerming innebærer en innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8. Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der personers autonomi allerede er begrenset, ser Den europeiske menneskerettsdomstolen strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien.⁴³

På bakgrunn av menneskerettslige føringer og pasienters erfaringer med skjerming som tvang,⁴⁴ vedtok Stortinget 17. januar 2017 endringer i psykisk helsevernloven § 4-3 som innebærer at vedtak om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket (dvs. før det har

³⁷ I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærmning og avlåsning av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).

³⁸ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, kapittel 15, side 205.

³⁹ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

⁴⁰ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

⁴¹ Se note over.

⁴² Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

⁴³ Munjaz mot Storbritannia, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80: «...when a person's personal autonomy is already restricted, greater scrutiny [will] be given to measures which remove the little personal autonomy that is left.»

⁴⁴ NOU 2011:9, kapittel 15, side 204 flg. og 207 flg. og kapittel 19, side 248. Prop. 147 L (2015–2016), side 35.

gått 12 eller 24 timer, som tidligere har vært tidsgrensen).⁴⁵ Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017.

9.2 Bruk av skjerming

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 52 vedtak om skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3 på akuttseksjonen.⁴⁶ I 2016 ble det fattet 103 skjermingsvedtak. Dette utgjør en dobling av antall skjermingsvedtak på kun et år. Ifølge foreløpige tall for 2017 (t.o.m. 28. juni) ble det fattet 49 slike vedtak. Tilsvarende tall fra seksjon for forsterka rehabilitering viste 29 vedtak i 2015, 24 vedtak i 2016 og 12 vedtak per 28. juni 2017. Seksjon for utgreiing og behandling hadde ikke registrert bruk av skjerming i tiden 1. januar 2015–28. juni 2017.

En gjennomgang av vedtaksnotat om skjerming viste at de ofte manglet en tilstrekkelig presis beskrivelse av hva som gjorde at skjerming ble vurdert som nødvendig.⁴⁷ Eksempler på dette var at skjerming ble vurdert som nødvendig på grunn av pasientens «sårbarhet til overstimulering», «ukritisk adferd» eller «blamerer seg i fellesarealet», uten at den faktiske bakgrunnen ble nærmere konkretisert. Mangelfullt begrunnede vedtak er vanskelige for pasienten å få etterprøvd ved klage og for kontrollorganer å vurdere i ettertid.

Anbefaling

- Vedtaksnotat bør alltid inneholde en konkret beskrivelse av den faktiske bakgrunnen for skjermingsvedtaket.

9.3 Fysiske forhold på skjermingsenhetene

Under befaringen undersøkte besøksteamet skjermingsenhetene på akuttseksjonen og forsterka rehabilitering. Akuttseksjonen hadde to skjermingsenheter, en i hver sengepost (A og B). Offisiell kapasitet var to pasienter i hver skjermingsenhet.

Skjermingsenheten i sengepost A hadde to pasientrom med eget baderom med dusj og toalett. Rommene var innredet med en sykehusseng, et bord og en stol. Det fantes ingen andre møbler, slik som et skap til eiendeler. Veggene på rommene var hvitmalt uten detaljer og gulvbelegget lysebrunt. Vinduene gav tilstrekkelig innfall av dagslys og hadde utvendige persienner. En liten del av vinduet kunne åpnes av pasienten for å få inn luft. Takbelysningen og utvendige persienner kunne styres via brytere på utsiden av pasientrommene. Inngangsdøren til rommet hadde et firkantet vindu for innsyn utenfra.

Hvert av pasientrommene hadde dør inn til et tilstøtende rom som ifølge ledelsen ble benyttet som oppholdsrom («skjermingsstue») for pasientene. Under befaringen var begge disse rommene innredet med en sykehusseng og en stol. Døren mellom pasientrommet og oppholdsrommet var låst. Rommene hadde ingen annen innredning eller utsmykning på veggene. Det fremkom at de ekstra

⁴⁵ Vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet), lovvedtak 50 (2016–2017).

⁴⁶ Før mai 2016 var dagens akuttseksjon delt opp i to seksjoner; en mottakseksjon og en subakuttseksjon. Tallene for de to seksjonene er slått sammen i denne rapporten for perioden før dette tidspunktet.

⁴⁷ I forkant av besøket ble det innhentet dokumentasjon (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) om de tre siste skjermingsvedtakene på hver de besøkte sengepostene. I etterkant av besøket ble det innhentet dokumentasjon om alle skjermingstiltak for perioden 1. august–28. september 2017 og all dokumentasjon om gjennomføring av tre uvalgte skjermingstiltak.

sengene ble benyttet ved overbelegg (se kapittel 9.4 *Gjennomføring av skjerming*). Rommene manglet både toalett og dusj.

Skjermingsenheten på sengepost A hadde i tillegg et rom som var bygget for isolasjon. Rommet hadde blåmalte vegger og gulv. Det fantes ingen møbler eller annen innredning, unntatt en sykehusseng. Dagslys sivet ned i rommet fra et stort sirkelformet takvindu rett over sengen. Takvinduet skapte en søyleformet lyseffekt i rommet. Det var ikke mulig å regulere innfallet av dagslys. Døren inn til isolatet hadde et sirkelformet tilsynsvindu.

Det fremkom at også isolasjonsrommet ble benyttet ved overbelegg, dersom de to skjermingsstuene allerede var benyttet som ekstrapasitet. Dette kom blant annet til uttrykk i romplaner som viste at isolasjonsrommet ble regnet med som en del av kapasiteten i skjermingsenheten. Funn tydet også på at rommet har vært benyttet i 2017 for gjennomføring av vedtak om isolasjon etter § 4-8 (se kapittel 8.5 *Bruk av isolasjon*). Isolasjonsrommet var etter ombudsmannens oppfatning utformet på en måte som gjorde det uegnet som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon. Det vises særlig til manglende mulighet til å regulere lysforhold, manglende vindu og til at andre pasienter vil kunne se inn gjennom tilsynsvinduet ved ferdsel i korridoren. Også når rommet ikke er i bruk, er rommet egnet til å skape utrygghet og uro blant pasientene i skjermingsenheten. Dette rommet bør permanent tas ut av bruk som oppholdsrom for pasienter, og det bør være tydelig for pasientene at rommet ikke kan benyttes som pasientrom.

Skjermingsenhetene i akuttseksjonens sengepost B og i seksjon for forsterka rehabilitering hadde tilnærmet lik planløsning som post A, med samme antall skjermingsplasser. Også i akutt sengepost B forekom det at oppholdsrommene ble brukt som ekstrapasitet ved overbelegg i skjermingsenheten. Verken akutt sengepost B eller seksjon for forsterka rehabilitering hadde isolasjonsrom.

Samlet sett hadde de undersøkte skjermingsenhetene et sterilt og lite hyggelig preg. Utover seng og stol/bord var rommene umøblerte og hvitmalte, uten noe å hvile blikket på. Det bemerkes at en studie publisert av forskere på St. Olavs hospital i 2005 ikke gir støtte til antakelser om at skjermingsrom nedstrippet for interiør gir en reduksjon i psykiske symptomer og voldelig adferd.⁴⁸

Flere ansatte og pasienter var kritiske til utformingen av skjermingsenhetene. Ansatte tok blant annet opp at de opplevde enhetene som trange og lite fleksible. Pasienter på skjerming hadde begrenset tilgang til utearealer, særlig de som oppholdt seg i skjermingsenhet ved akuttseksjonens sengepost A (se kapittel 6.3 *Daglige opphold utendørs*). Det ble også tatt opp av flere ansatte at skjermingsrommene ikke var tilstrekkelig lydisolert, og at bråk skapte utrygghet for andre pasienter.

I et forebyggingsperspektiv påpekes det at en slik utforming av skjermingsenhet kan bidra vesentlig til pasienters opplevelse av at skjerming er straff.

⁴⁸ 10. Arne E. Vaaler, Gunnar Morken & Olav M. Linaker (2005) Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward, *Nordic Journal of Psychiatry*, 59:1, 19-24, DOI: 10.1080/08039480510018887.

Anbefaling

- Isolasjonsrommet bør ikke benyttes som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon eller varighet.

9.4 Gjennomføring av skjerming

9.4.1 Romskjerming i skjermingsenhet

Mange pasienter hadde i praksis lite bevegelsesfrihet og ble henvist til å tilbringe mye tid inne på sitt eget rom. Dette skyldtes en kombinasjon av de fysiske forholdene, kapasitetsutfordringer og måten skjerming ble gjennomført på.

De to rommene som skulle være oppholdsrom for pasientene i skjermingsenhet A og B, ble brukt av andre pasienter når ordinære sengeplasser i akuttseksjonen var opptatt, eller dersom det var behov for flere sengeplasser for pasienter med vedtak om skjerming. Selv når oppholdsrommene ikke ble brukt som pasientrom var de i praksis sjeldent tilgjengelige som oppholdsrom for pasienter på skjermingsenheten.

Utfordringene med overbelegg skal ha bedret seg etter organisatoriske omlegginger i midten av 2016. Overbelegg i skjermingsenhetene syntes fortsatt likevel å være en betydelig utfordring for akuttseksjonen. Seksjon for forsterka rehabilitering, som var en langtidspost, hadde ikke tilsvarende utfordringer med overbelegg i sin skjermingsenhet.

Det fremkom at skjerming i praksis ble gjennomført på tre ulike måter. «Lukket skjerming» innebar at pasienten ble plassert i en skjermingsenhet, med døren ut til fellesarealene låst. I disse tilfellene befant 1-2 ansatte seg inne i gangen utenfor pasientens rom. Det ble opplyst om at denne skjermingsformen var vanligst der pasienter ble skjermet av hensyn til andre pasienter. «Åpen skjerming» fremsto som den vanligste. Den innebar at pasienten ble plassert på et rom i en skjermingsenhet, men med døren ut til fellesområdene åpen. I disse tilfellene satt ansatte ofte ute i fellesområdet på et sted de kunne se korridoren i skjermingsenheten. Ved åpen skjerming ble pasienten ofte bedt om å ikke vandre i korridorene, og å holde seg mest mulig på rommet. Den tredje formen for skjerming var skjerming på et vanlig pasientrom. Dette ble typisk gjennomført ved at pasienten fikk oppholde seg i fellesområdene med andre pasienter til fastsatte tider (for eksempel 30 minutter i fellesskapet, etterfulgt av 60 minutter på eget rom). Skjerming på eget rom kunne benyttes som et mindre inngripende alternativ til skjermingsenhet, eller som en gradvis lemping etter et opphold der.

Alle skjermingsformene var kjennetegnet av at pasientene tilbrakte mye tid alene. Det varierte om døren inn til pasientens rom var åpen eller lukket, men det fremstod som sjeldent at personalet satt sammen med pasientene. Åpen skjerming, der personalet ofte befant seg utenfor skjermingsenheten og hvor pasienten ble oppfordret om å holde seg på rommet, syntes å skape størst risiko for et isolasjonspreg.

Dokumentasjonen viste at pasienter som skjermes fikk tilgang til røykerom på dag- og kveldstid. Selv om røykerommene som hovedregel var stengt nattetid, fremkom det eksempler på at dette ble praktisert på en fleksibel måte. Pasienter i skjermingsenheten tilhørende akuttseksjon sengepost A fikk i praksis svært begrensede muligheter til å oppholde seg i friluft, på grunn av manglende tilgang

til egnede uteområder. Det fremkom likevel at enkelte hadde fått utgang med følge til en benk utenfor fellesområdet. Dokumentgjennomgangen tydet også at skjermingsvedtak ble praktisert slik at pasienter i skjermingsenhet gradvis ble gitt adgang til å oppholde seg i kortere perioder fellesområdet utenfor skjermingsenheten. Det fremkom eksempler på at pasienter fikk tilgang til musikk og lesestoff, men ifølge ansatte var dette sjeldent. Enkelte ansatte oppfattet at slike begrensninger «ligger i skjermingsvedtaket». Flere ansatte opplevde at akuttseksjonen hadde fått en mindre fleksibel tilnærming til å gi pasientene tilgang til TV og radio etter omorganiseringen i midten av 2016. Pasienter som ikke hadde fått vedtak om begrensninger i kontakt med omverdenen etter psykisk helsevernloven § 4-5 første ledd hadde tilgang til egen mobiltelefon.

Gjennomføringen av skjermingstiltakene fremstod som lite planmessig. Det var avhengig av hvem som var ansvarlig behandler om gjennomføring av skjerming ble drøftet på morgenmøter. Samtaler med ansatte i ulike seksjoner og profesjonsgrupper tydet på at det varierte om og hvordan planer for gjennomføring av skjerming ble utformet, og hvor planene eventuelt ble dokumentert. Planer for gjennomføring av skjerming var i liten grad dokumentert av de faglige ansvarlige for vedtaket i pasientenes journal. Heller ikke sykepleiedokumentasjon gav et klart bilde av innholdet i skjermingstiltak. Flere pasienter opplevde å være ensomme i skjermingsenheten og ønsket noen å snakke med.

Ombudsmannen understreker at de faglig ansvarlige skal vurdere konkret hvilket omfang og innhold det enkelte skjermingstiltak skal ha, inkludert hvor det skal gjennomføres og eventuelt hvilke restriksjoner pasienten skal være underlagt.⁴⁹ Tiltaket skal ikke gjøres mer omfattende enn strengt nødvendig. Det vises til psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd bokstav c og d, der det fremgår at det må legges til rette for at pasienten får anledning til aktivitetstilbud og daglige uteaktiviteter.

Det bemerkes at klinikkens prosedyrer for skjerming ikke utdyper nærmere hvordan skjerming bør gjennomføres, utover en henvisning til lov- og forskriftskrav og en liste over hvilke gjenstander som ikke skal finnes på et skjermingsrom.⁵⁰

Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at det ikke gjennomføres skjerming som i realiteten innebærer isolasjon.

9.4.2 Skjerming av frivillig innlagte pasienter

Det fremkom at frivillig innlagte pasienter i flere tilfeller hadde vært underlagt skjerming i en av akuttseksjonens skjermingsenheter. Pasienter som er frivillig innlagt i psykisk helsevern kan ikke hindres i å forlate institusjonen.⁵¹ Dersom skjerming vurderes som nødvendig for en frivillig innlagt pasient som motsetter seg dette, skal vedkommende informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.⁵² En gjennomgang av vedtaksinformasjon kunne imidlertid ikke dokumentere at frivillig

⁴⁹ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, Rundskriv IS-1/2017, sist oppdatert 13. juni 2017.

⁵⁰ Bruk av skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-4 i Klinik for psykisk helse og rus, fastsatt 2. mai 2017.

⁵¹ Se psykisk helsevernloven §2-1 første ledd jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

⁵² Se psykisk helsevernloven §4-3 jf. psykisk helsevernforskriften § 18 andre ledd.

innlagte pasienter ble informert om dette. Det understrekes at skjerming er et inngripende tiltak som ikke kan iverksettes overfor pasienter som er frivillig innlagt og motsetter seg det.

9.5 Langvarig skjerming

Dersom skjerming opprettholdes i lang tid uten at det resulterer i noen forandring i forholdet som gjorde at skjermingen ble vurdert nødvendig, kan dette tilsi at pasienten har behov for en annen form for behandling.⁵³ Det er derfor avgjørende at det foretas kontinuerlige vurderinger av om vilkårene for skjerming er oppfylt.

Enkelte ansatte hadde opplevd at pasienter ble skjermet lenger enn nødvendig. Det ble blant annet pekt på at dette kunne skje ved utrygghet i personalgruppa der man ikke våget å lempe på sikkerheten på grunn av tidligere historikk. Fremlagt dokumentasjon tydet på at vedtak om skjerming i akuttseksjonen som regel ikke ble forlenget etter at lovens tidsfrist på to uker var utløpt. Det fremkom likevel at noen av pasientene i akuttseksjonen hadde skjermingsvedtak som varte over én måned. Når det gjaldt seksjon for forsterka rehabilitering, som var en langtidspost, fremkom det at særlig én pasient hadde vært underlagt skjermingsvedtak i lengre tid i 2017. Dokumentasjon som ble fremlagt tydet på at vedkommende samlet i 2017 (per 28. juni) hadde åtte skjermingsvedtak, noen av dem umiddelbart etter hverandre. I løpet av fem måneder var pasienten underlagt skjerming i over tre og en halv måned totalt. Det fremgikk av pasientens journal at vedkommende tidvis hadde avtale om utgang til fellesområdene på timebasis og at det ble lagt til rette for turer ut med følge av personal. Skjerming over så lange tidsrom, utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette gjelder spesielt i lys av de fysiske forholdene ved skjermingsenhetene, herunder manglende tilgang til oppholdsrom.

⁵³ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, Rundskriv IS-1/2017, sist oppdatert 13. juni 2017.

10 Behandling uten eget samtykke

10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. Dette omfatter legemiddelbehandling uten samtykke, som inntas som tabletter eller gis som injeksjon. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal ifølge loven bare kunne skje når det er forsøkt å oppnå samtykke fra pasienten, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt.

Videre stilles det etter § 4-4 strenge krav til legemidlers effektivitet: «Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.» Beviskravet for at behandlingen vil ha positiv effekt for den enkelte pasient, er strengt. Ifølge loven kan tvungne behandlingstiltak dessuten «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».⁵⁴ I forarbeidene til lov om psykisk helsevern berørte det daværende Helse- og sosialdepartementet forholdet mellom behandlingstiltak uten eget samtykke og den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Departementet var av den oppfatning at et strengt faglig forsvarlighetskriterium, krav om grundige forundersøkelser og et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3.⁵⁵

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, fremstår som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekt («vedlikeholdsbehandling»)⁵⁶. Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁵⁷ Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Ombudsmannen har merket seg at Stortinget 17. januar 2017 vedtok endringer i psykisk helsevernloven § 4-4. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 vil få anledning til å nekte behandling. Videre innebærer det en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes.⁵⁸ Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det ble også vedtatt strengere krav til begrunnelse for slike vedtak i ny § 4-4a. Bestemmelsen er en tydeliggjøring av krav som allerede fulgte av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven.

⁵⁴ Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁵⁵ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

⁵⁶ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁵⁷ Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁵⁸ Det er gjort unntak for krav om obligatorisk undersøkelsestid «...hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.»

De detaljerte kravene til skriftlig begrunnelse korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres av vedtaksansvarlige før behandling uten samtykke eventuelt kan iverksettes.⁵⁹

Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017.

10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 60 vedtak om behandling uten eget samtykke ved de to sengepostene i akuttseksjonen.⁶⁰ Tilsvarende tall for 2016 viste at det ble fattet 58 vedtak og per 28. juni 2017 var det fattet 32 vedtak. I seksjon for forsterka rehabilitering ble det fattet 34 vedtak i 2015, 31 vedtak i 2016 og 7 vedtak per 28. juni 2017. Det ble ikke fattet vedtak om behandling uten eget samtykke i seksjon for utgreiing og behandling i perioden.

Noen av pasientene som ble medisinert mot sin vilje opplevde plagsomme bivirkninger, og enkelte mente at de ble overmedisinert. Det varierte hvorvidt pasientene opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om mulige bivirkninger av medikamentene, og om de var gitt mulighet til å påvirke medisinalg. Enkelte oppgav at de tok medisinene frivillig for å slippe at det ble fattet tvangsvedtak.

I samtaler med de vedtaksansvarlige fremkom det at sykehusets rutiner var at pasientene gis muntlig informasjon om at vedtak vil bli fattet og om sin klagerett til Fylkesmannen. Flere ansatte fremhevet at de oppfordret pasienter som motsatte seg behandling om å klage på vedtakene og bistod dem i å formidle klagen.

Pasientene mottok imidlertid ikke skriftlig informasjon med begrunnelsen for vedtaket (se kapittel 7.3 *Pasientens rett til å motta skriftlig begrunnelse for tvangsvedtak*). Det fremkom at vedtaksansvarlige normalt varslet nærmeste pårørende muntlig per telefon om at vedtak var fattet når pasienten ikke motsatte seg det. Underretning om vedtak skal som utgangspunkt gis skriftlig, det vil i praksis si i form av en kopi av vedtaket.⁶¹ Det vises blant annet til at informasjon til nærmeste pårørende kan være en viktig rettssikkerhetsgaranti for pasienten, og at nærmeste pårørende trenger slik informasjon for å kunne ivareta sin klagerett etter psykisk helsevernloven § 4-4a tredje ledd.

10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke

En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak om behandling uten eget samtykke (vedtaksskjema, journalnotat og tvangsprotokoll) avdekket store svakheter når det gjaldt utformingen av vedtak. Dette gjaldt både seksjon for forsterka rehabilitering og i akuttseksjonen og omfattet vedtak fattet både før og etter ikrafttredelsen av lovendringer 1. september 2017.

Gjennomgangen av journalnotater viste at man i de fleste tilfeller ikke hadde dokumentert vurdering av om alle lovens vilkår etter § 4-4 første til fjerde ledd var oppfylt. Vurderingene fremsto gjennomgående som knappe og basert på standardformuleringer. I flere gjennomgåtte vedtak var det for eksempel ikke tatt stilling til vilkåret i § 4-4 andre ledd a om at legemiddelet «har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger», var oppfylt og hvorfor. Det var gjennomgående ikke dokumentert om pasienten var informert om mulige virkninger og bivirkninger

⁵⁹ Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

⁶⁰ Før mai 2016 var dagens akuttseksjon delt opp i to seksjoner; en mottaksseksjon og en subakuttseksjon. Tallene for de to seksjonene er slått sammen i denne rapporten for perioden før dette tidspunktet.

⁶¹ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, Rundskriv IS-1/2017, kommentarer til forskriften § 27 tredje ledd, sist oppdatert 13. juni 2017.

av legemidlene, eller i hvilken grad pasienten var gitt anledning til å påvirke valg av type og dosering av medikamenter.

De faktiske forholdene som skulle begrunne at vilkårene for tvangsmedisinering var oppfylt, var ikke tilstrekkelig beskrevet. Eksempler på dette var at det slås fast at behandling med legemidler med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, uten at denne vurderingen var knyttet til pasientens individuelle forhold og til hvilke legemidler det var planlagt å benytte.

Det ble funnet eksempler på at pasienters nektelse av behandling ble respektert fordi de ble vurdert som samtykkekompetente, som påkrevd etter lovendringen. I ett journalnotat var pasientens samtykkekompetanse imidlertid utelukkende vurdert slik: «Pas vurderes ikke samtykkekompetent.»

Det ble også gjort funn om at obligatorisk undersøkelsestid på fem døgn ble fraveket, uten begrunnelse i journal. Sivilombudsmannen understreker at brudd på obligatorisk undersøkelsestid er en alvorlig saksbehandlingsfeil som kan medføre at vedtaket anses som ugyldig.⁶²

En gjennomgang av vedtak fattet etter ikrafttredelsen av § 4-4a tydet på en noe økende grad av bevissthet blant enkelte vedtaksansvarlige om at vurderingene av lovens krav måtte dokumenteres bedre. På besøkstidspunktet hadde en av de mest erfarne vedtaksansvarlige ansvar for internundervisning til LIS-legene, men det fremstod som uklart om sykehusets øvrige vedtaksansvarlige hadde mottatt tilstrekkelig opplæring i det nye lovverket.

Klinikken hadde vedtatt prosedyrer om behandling uten eget samtykke, for å sikre praksis i overensstemmelse med lov- og forskriftskrav. Denne var blitt revidert i mai 2017. I prosedyren var beskrivelsen av enkelte vilkår § 4-4 utelatt.⁶³ Enkelte av lovendringene som hadde ikrafttredelse 1. september var blitt innarbeidet, men ikke alle.

Prosedylene gav ingen veiledning til de vedtaksansvarlige om hvordan pasientens samtykkekompetanse skal vurderes, i samsvar med vilkår i § 4-4 første ledd. Videre var det ikke fastsatt noen føringer om hvordan vedtak skal dokumenteres i journal, i lys av de tydeliggjorte kravene i ny § 4-4a.

Samlet sett synes det å være behov for at det iverksettes tiltak som sikrer korrekte vurderinger av om lovens vilkår er oppfylt og at vurderingene blir tilstrekkelig dokumentert. Behandling uten eget samtykke utgjør et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse, og det er derfor avgjørende at pasientens rettssikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte. Ombudsmannen vil påpeke at det er et ledelsesansvar å sikre kunnskapen om den rettslige reguleringen av psykisk helsevern og de rammer helsepersonell utøver sin rolle og makt innenfor.⁶⁴

⁶² Helsedirektoratet, Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4, side 66.

⁶³ Det gjaldt vilkåret i § 4-4 andre ledd bokstav a om at legemiddelet «har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger».

⁶⁴ Se spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd jf. forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, se § 7 første ledd bokstav b.

Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vurdering og dokumentasjon av behandling uten samtykke ivaretar pasientenes rettssikkerhet på en tilfredsstillende måte.

11 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (tidligere kalt elektrosjokkbehandling; ECT) er en behandlingsform der det utløses kunstige epileptiske anfall ved å lede elektrisitet i korte støt gjennom pasientens hjerne med lav strømstyrke. Behandlingen gis i serier på to til tre behandlinger per uke, vanligvis 6-8 til opptil 10-12 behandlinger. Behandlingen innledes ved å gi korttidsvirkende narkose intravenøst kombinert med et korttidsvirkende muskelavslappende middel.

Det er faglig uenighet i behandlingsmiljøer om bruk av ECT og om ECT kan føre til varige hjerneskader.⁶⁵ En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.⁶⁶

11.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

For di ECT-behandling regnes som et alvorlig inngrep, er det i utgangspunktet forbudt å gjennomføre inngrepet uten pasientens informerte samtykke.⁶⁷ For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake.

I spesielle nødrettssituasjoner har norske myndigheter likevel åpnet for bruk av ECT uten samtykke. Som hjemmel brukes straffelovens nødrettsbestemmelse. Straffeloven 2005 § 17 lyder slik:

«En handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den

- a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og
- b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.»

I lovforarbeidene til psykisk helsevernloven uttalte departementet at:

«nødretten kan komme inn som et eget grunnlag for å gi ECT-behandling uten pasientens samtykke, dersom det er fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Det vises her til straffeloven § 47 [nå straffeloven 2005 § 17], som krever at det må foreligge en uavvendelig fare som ikke kan avverges på annen måte og som må anses særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT-behandling uten samtykke utgjør. Behandlingen kan således bare utføres i en akuttsituasjon som ikke kan avhjelpest med andre midler, f. eks bruk av psykofarmaka, og den kan bare fortsette til den konkrete faren er avverget. En slik akuttsituasjon vil det typisk være hvor det foreligger en overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon.»⁶⁸

⁶⁵ Se bl.a. Aslak Syse, Gyldendal Rettsdata lovkommentar til psykisk helsevernloven § 4-4, sist revidert 5. november 2016; Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, juni 2017.

⁶⁶ Se oversikt: <https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykisk-helsevern>

⁶⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd.

⁶⁸ Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) side 108–109.

Bruk av ECT-behandling med hjemmel i straffelovens nødrettsbestemmelse har medført kritikk fra flere internasjonale menneskerettighetsorganer. I sine avsluttende merknader til Norge i 2013 anbefalte FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter at norske myndigheter:

«incorporate into the law the abolition of the use of (...) the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as (...) electroconvulsive therapy».⁶⁹

I sin rapport etter et landbesøk i Norge 19.–23. januar 2015 uttalte Europarådets menneskerettighetskommissær, Nils Muiznieks, følgende:

«Although the Mental Health Care Act would not appear to foresee the compulsory use of ECT for involuntarily placed patients, the Commissioner points out with concern that ECT has been applied against the patient's express will with reference to the "principle of necessity" (nødrett) laid out in Article 47 of the Penal Code (Straffeloven). This provision is generally used to exempt people from criminal responsibility when they have had no alternative courses of action in emergency situations.

(...)

It is essential that the use of highly intrusive treatments such as ECT is subject to robust safeguards. The Commissioner is not convinced that the documented involuntary use of ECT in Norway with reference to the "principle of necessity" in the Penal Code (Article 47) is in line with human rights standards, including the provisions of the CRPD. The Commissioner points out that particular care should be taken to ensure that information given by health professionals about ECT is correct and complete, including information on secondary effects and related risks, so that patients are able to express their free and fully informed consent to the procedure. It is also necessary to collect precise data on the use of ECT and make this available to the public. During the visit, the Norwegian authorities informed the Commissioner of their intention to issue national guidelines on the use of ECT and the Commissioner welcomes this development.»⁷⁰

Helsedirektoratet har i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2016 uttalt at det er grunn for å vurdere behovet for regelverksutvikling av ECT gitt på nødrettslig grunnlag.⁷¹ Direktoratet uttalte blant annet at «Det er [...] et spørsmål om nødrett er et tilstrekkelig rettsgrunnlag. ECT gis ved narkose, og krever en behandlingsserie over flere ganger for å gi god effekt». Direktoratet anbefalte derfor at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag vurderes nærmere av det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget.⁷² Det bemerkes at straffeloven 2005 § 17 er en bestemmelse som kan gjøre en ellers straffbar handling lovlig, dersom vilkårene er oppfylt. Etter ombudsmannens oppfatning står dagens bruk av nødrett som et eget rettsgrunnlag for å gi ECT uten samtykke i et problematisk

⁶⁹ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations – Norway, 13 December 2013, E/C.12/NOR/CO/5.

⁷⁰ Report by Nils Muiznieks, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his visit to Norway 19 to 23 January 2015, CommDH (2015) 9.

⁷¹ Helsedirektoratet, Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag – behov for regelverksutvikling, brev 4. juli 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷² Regjeringen oppnevnte 17. juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Utvalget ledes av professor Bjørn Henning Østenstad.

forhold til Grunnlovens krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.⁷³

Helsedirektoratet utgav 26. juni 2017 «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling». Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag presiseres det:

«Bruk av ECT uten samtykke vil kun være aktuelt å vurdere i situasjoner hvor:

- det foreligger en akutsituasjon for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand, vanligvis en alvorlig depresjon, og det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller alvorlig helseskade uten adekvat helsehjelp,
- ECT fremstår som det eneste forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge akutt fare,
- andre mindre inngripende behandlingstiltak ikke har ført frem eller ikke er aktuelle, og
- en forholdsmessighetsvurdering tilsier at faren anses som særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT uten samtykke utgjør.»⁷⁴

Videre stilles det krav til dokumentasjon av beslutningen om bruk av ECT uten samtykke for hvert enkelt tilfelle av behandling, og det presiseres at bruken bare kan opprettholdes inntil den konkrete faren er avverget. Pasienter eller en representant for pasienten som mener at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag var urettmessig, kan klage til Fylkesmannen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

11.2 ECT-behandling ved Ålesund sjukehus

ECT-behandlingen ved avdeling for sjukehuspsykiatri ble gjennomført i en egen ECT-enhet ved seksjon for utgreiing og behandling. ECT ble tilbudt både til innlagte pasienter og til pasienter henvist i avdelingens opptaksområde. Faglig ansvarlig psykiater ved den enkelte seksjon var ansvarlig for vurdering og henvisning til behandling.

11.2.1 Retningslinjer for ECT-behandling

I forkant av ombudsmannens besøk oversendte avdelingen klinikkens retningslinjer for ECT-behandling. Disse inneholdt blant annet beskrivelse av indikasjoner for ECT-behandling, rutiner for innhenting av skriftlig informert samtykke, henvisning, somatiske undersøkelser, rutiner for anestesi, bruk av ECT-utstyr og ansvarsfordeling for oppgaver før, under og etter behandlingen. I retningslinjene var det presisert at det ikke er adgang til å gi ECT som tvangsbehandling. Det fremgikk også at pasientene alltid skal informeres og spørres, og at skriftlig samtykkeerklæring skal fylles ut og skannes inn i pasientens journal. Det fremgikk imidlertid også at:

«For psykotiske pasienter kan det ofte være vanskelig å avgjøre om det foreligger samtykke eller ikke. Også disse skal informeres om planlagt ECT, og det skal journalføres at dette er gjort og at pasienten ikke har vegret seg.»⁷⁵

⁷³ Grunnloven § 113.

⁷⁴ Helsedirektoratet (juni 2017): Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, side 26-28.

⁷⁵ Rutiner ved ECT-behandling, Klinikk for psykisk helse og rus, gyldig fra 10. februar 2017.

Slike føringer er egnet til å skape et uklart bilde av de vurderinger som må gjøres før pasienten i slike tilfeller kan anses for å ha gitt sitt informerte samtykke til behandlingen.⁷⁶ For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.⁷⁷ Dette betyr at pasientene må ha fått tilstrekkelig informasjon om behandlingens formål, metode, ventede fordeler og mulig risiko i forbindelse med helsehjelpen. Informasjonen må tilpasses den enkelte pasients evne til å gi og motta informasjon.⁷⁸ Videre er det et krav for at samtykket skal være gyldig at pasienten innehar samtykkekompetanse.

Når det gjelder unntak for akutte nødrettssituasjoner fremgår det av klinikkens retningslinjer at dersom vurderingen gjelder en nesten bevisstløs «pasient som er helt ute av stand til å kommunisere, og hvor ECT ofte gis på vital indikasjon/nødrett, skal det innhentes samtykke fra nærmeste pårørende.»⁷⁹

Sivilombudsmannen finner grunn til å understreke at representert samtykke fra pårørende ikke er et gyldig rettsgrunnlag for å gi ECT. Det vises til funn om dette fra besøk til en annen institusjon i psykisk helsevern.⁸⁰ Selv om det ikke ble gjort funn under besøket som tydet på at pårørendes samtykke ble brukt på denne måten, bør retningslinjene på dette punktet endres. Det understrekes samtidig at nærmeste pårørende har rett til informasjon om behandlingen dersom pasienten samtykker eller forholdene tilsier det.⁸¹

11.2.2 Omfang av ECT-behandling

Ifølge tilsendt statistikk fra sykehuset fikk 35 pasienter ECT-behandling i avdeling for sjukehuspsykiatri i 2015. I 2016 var det tilsvarende antallet 25 pasienter. Per 28. juni 2017 hadde 19 pasienter mottatt ECT-behandling i 2017. Tallene omfattet både innlagte pasienter og pasienter som mottok ECT poliklinisk som vedlikeholdsbehandling. Totalt ble det gitt 430 behandlinger i 2015, 141 i 2016 og 141 totalt per 28. juni 2017. Sykehuset hadde ingen statistisk oversikt over antall behandlinger per pasient.

Under besøket ble både pasienter og behandlere spurt om bruk av ECT. Behandlere som hadde vært involvert i å gi ECT, uttalte at de ga informasjon om gjennomføring av behandlingen, forventet virkning og mulige bivirkninger i forkant, og at pasientene ble bedt om å signere skriftlig på et samtykkeskjema. Det fremkom også at man hadde avlyst behandling på grunn av pasienters ambivalens til behandlingen.

I etterkant av besøket ble det innhentet dokumentasjon om tre ECT-behandlinger som gjaldt pasienter innlagt i akuttseksjonen. En gjennomgang viste at det ikke var tilstrekkelig dokumentert i journal hva slags vurderinger som var gjort, og hva slags informasjon pasienten hadde fått om behandlingen. Det er et lovkrav at det nedtegnes i pasientens journal at det er gitt informasjon og hovedinnholdet i den informasjonen som er gitt.⁸²

⁷⁶ Se psykisk helsevernloven § 2-1 jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

⁷⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd.

⁷⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

⁷⁹ Rutiner ved ECT-behandling, Klinikk for psykisk helse og rus, gyldig fra 10. februar 2017.

⁸⁰ Sivilombudsmannen, Besøk til Stavanger universitetssjukehus, 9–12. januar 2017, side 36 flg. Se nå også Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, side 25.

⁸¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

⁸² Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 tredje ledd.

I en av sakene fremgikk det at pasienten ønsket ECT og hadde signert sykehusets samtykkeskjema. Det fremgikk ingenting om hva slags informasjon pasienten mottok om behandlingen, herunder mulig risiko og bivirkninger av behandlingstiltaket. Samme dag som samtykkeerklæringen var avgitt, ble pasienten, som var frivillig innlagt, underlagt skjerming etter § 4-3 og deretter tvangsmidler etter § 4-8, inkludert fastholding, kortvarig isolering og belteseng. Pasienten ble løst fra belteseng før ECT ble gitt den påfølgende dagen, men pasientens journal inneholdt ingen informasjon om betydningen av tvangstiltakene for det opprinnelige samtykkets gyldighet. I den andre saken ble pasienten først gitt ECT på nødrett. Pasienten samtykket senere til behandlingen, uten at det var dokumentert hva slags informasjon pasienten var gitt. I den tredje gjennomgåtte saken fremgikk det at pasienten signerte en samtykkeerklæring, og at behandler hadde gitt «informasjon om ECT og hva det innebærer».

Ombudsmannen understreker betydningen av at alle pasienter får grundig informasjon om ECT før igangsetting av behandling, inkludert om forventet effekt og mulige bivirkninger, og at hovedinnholdet i informasjonen som er gitt journalføres. Informasjonen må være tilrettelagt og bør gjentas ved tvil om pasienten har forstått hva behandlingen innebærer. Helseinspektoren har sterkt anbefalt bruk av skriftlig samtykke og at nødvendig informasjon bør inngå som en del av det skriftlige samtykket, for å sikre at sentral informasjon blir gitt.⁸³ Sykehusets samtykkeerklæring til pasientene om ECT-behandling inneholder ikke sentral informasjon om behandlingen.

Anbefaling

- Det bør alltid sikres at pasienten mottar grundig informasjon om behandlingen både skriftlig og muntlig, og at hovedinnholdet i informasjon som gis om behandlingen journalføres.

11.3 Bruk av ECT på nødrett ved Ålesund sykehus

I forkant av besøket etterspurte Sivilombudsmannen informasjon om alle eventuelle saker der ECT var gitt på nødrett i 2016 og 2017. Avdeling for sjukehuspsykiatri opplyste at de hadde hatt ett tilfelle av behandling på nødrett i perioden. Under besøket fremkom opplysninger som gav grunn til å tro at det reelle omfanget var større. Ifølge ledelsen hadde ikke sykehuset noen metode til å trekke ut tall for ECT som var gitt på nødrettsgrunnlag. Man var derfor avhengige av manuelle gjennomganger av pasientjournaler og/eller overlegers egen hukommelse. Sykehusets manglende oversikt over bruk av et så alvorlig inngrep er svært uheldig, og gjør at det blir vanskelig å skaffe seg en pålitelig oversikt over omfanget av ECT gitt på nødrett.

I etterkant av besøket fikk ombudsmannen tilsendt dokumentasjon som korrigerer de opprinnelige tallene og som viste at ECT var gitt på nødrett overfor tre pasienter i perioden 1. januar 2016–28. juni 2017. I etterkant av rapporteringsperioden ble ECT på nødrett gitt overfor ytterligere én pasient.

En gjennomgang av journalinformasjon i disse fire sakene viste at pasientene ble vurdert å ha alvorlige tilstander, som katatoni eller alvorlige bivirkninger av nevroleptika. Gjennomgangen viste at de faglig ansvarlige har søkt å forankre inngrepene i nødrettsbestemmelsen i straffeloven, og at det synes å foreligge bevissthet om de etiske dilemmaene der ECT gis uten informert samtykke. De faglig

⁸³ Helseinspektoren, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, side 22.

ansvarlige hadde konsultert annet kvalifisert helsepersonell, også eksterne ressurspersoner. I noen av sakene var også fylkeslegen involvert. Påførende var ifølge journalinformasjonen konsultert i alle fire saker.

Gjennomgangen avdekket samtidig svakheter i de dokumenterte vurderingene av om vilkårene for nødrett var oppfylt. I flere av sakene var behandling med legemidler ikke aktuelt fordi disse ble vurdert å ha bidratt til eller medført den alvorlige tilstanden (betegnet som «*Malignt nevroleptikasyndrom*»). Det fremgikk imidlertid ikke klart hvorfor andre behandlingstiltak, som intensiv væske- og næringstilførsel, ikke var tilstrekkelig for å avverge akutt fare for pasientens liv og helsetilstand. I et av tilfellene ble det vist til at pasienten hadde stor risiko for å pådra seg lungebetennelse i sin nåværende tilstand, uten at det fremgikk hvorfor ECT var egnet som akutt tiltak for å avverge en slik fare. I en av de gjennomgåtte sakene etterlot dokumentasjonen tvil om behandlingen var gjennomført på nødrett eller ikke. Det fremkom at det hersket tvil om pasientens samtykke var gyldig, men at saken var drøftet med fylkesmann og jurist som konkluderte med at «det ble ikke funnet grunn til ikke å gjennomføre ECT-behandling».⁸⁴

I flere av de gjennomgåtte sakene ble ECT-behandlinger gitt på nødrett flere ganger. Det var i liten grad dokumentert vurderinger om hvorfor vilkårene for nødrett fortsatt var til stede.

I ett tilfelle ble ECT på nødrett gitt fire ganger over ti dager. Den fjerde ECT-behandlingen som ble gitt på nødrett, ble begrunnet med at pasienten, som hadde samtykket muntlig, ikke greide å signere samtykkeskjemaet med en penn. Det fremgikk imidlertid ikke hvorfor faglig ansvarlig vurderte at vilkår for nødrett fortsatt var oppfylt. Et annet tilfelle omhandlet en pasient som først mottok en ECT-behandling på nødrett, men hvor det ikke var dokumentert hvorvidt de fire neste behandlingene var gjennomført på nødrett eller på grunnlag av samtykke. Etter neste behandling med ECT fremgikk det at «Pasienten motsatt(e) seg ikke aktivt» og ble løst fra belter før ECT-behandlingen. Etter den påfølgende behandlingen fremgikk det at pasienten ble betraktet som psykotisk, men ikke motsatte seg aktivt behandlingen. Det fremgikk hverken vurderinger av om vilkårene for nødretten fortsatt ble betraktet som oppfylt, eller av om pasienten på dette tidspunktet var vurdert som samtykkekompetent. Ved de neste to behandlingene manglet også dokumenterte vurderinger om dette. Behandling nr. 5 i behandlingsserien ble igjen gjennomført uttrykkelig på grunnlag av nødrett. På dette tidspunktet, to dager etter at forrige ECT ble gitt på uklar indikasjon, ble pasienten vurdert som psykotisk og ikke samtykkekompetent.

Svak dokumentasjon av beslutningen om å iverksette ECT på nødrett gjør det også vanskelig for pasienten å ivareta sine klagemuligheter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det er viktig at pasienten sikres tilstrekkelig muntlig og skriftlig informasjon om inngrepet og dets begrunnelse.

Sivilombudsmannen finner grunn til å understreke at nødrett ikke under noen omstendighet er et tilstrekkelig rettsgrunnlag for å etablere et behandlingsopplegg som strekker seg utover det som er nødvendig for å avverge en akutt fare for pasientens helse.

ECT-behandling er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Funn gjort under besøket belyser de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen. Det er bekymringsfullt at sentrale helsemyndigheter ikke mottar informasjon når ECT-behandling gis på

⁸⁴ Pasientjournalen ble opplyst å være et eksempel på at ECT var gitt på nødrett.

nødrett. Gjeldende regelverk stiller ikke opp en meldeplikt for disse tilfellene. Dette fratar helsemyndighetene viktig informasjon om praksis av svært stor betydning for de som blir underlagt behandlingen. Ombudsmannen har tatt problemstillingen opp i sin dialog med sentrale helsemyndigheter, senest i møte med Helse- og omsorgsdepartementet 10. oktober 2017.

Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre tilstrekkelig dokumentasjon og oversikt over hvert enkelt tilfelle der ECT på nødrett benyttes.
- Avdelingen bør gjennomgå sine rutiner for bruk av ECT på nødrett for å sikre at pasienter ikke utsettes for en ulovlig praksis.

12 Institusjonskultur

12.1 Meneskerettslige standarder

Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt; mellom ledelse og ansatte på den ene siden og de som er plassert der på den andre. På et sykehus der det gjennomføres tvangsinnleggelse er pasientene avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv en sårbarhet for overgrep og krenkelser av menneskers verdighet og grunnleggende rettigheter. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten, arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet.⁸⁵

Det vises til CPTs standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination. The absence of violence and abuse, of patients by staff or between patients, constitutes a minimum requirement.»⁸⁶

Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene og holdningene blant de ansatte; holdningene om hva som er viktig på enheten, hvordan man løser problemer og hva slags type atferd som er akseptabel.⁸⁷ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

12.2 Funn om institusjonskultur ved avdeling for sjukehuspsykiatri

De ansatte ble gjennomgående omtalt positivt av pasientene, flere oppgav at personalet var snille og omsorgsfulle. Dette var sammenfallende med besøkslagets observasjoner og en gjennomgående respektfull omtale av pasientene i gjennomgått dokumentasjon.

Det fremkom samtidig en del opplysninger, både fra pasienter og personalet, om bruk av tvang som kunne vært løst ved mindre inngripende tiltak. Ansatte hadde opplevd at beltelegging hadde vart lenger enn absolutt nødvendig, og at utrygghet blant kollegaer bidro til dette. Det ble blant annet fremhevet at utryggheten bidro til en kultur for bruk av belteseng. Deler av personalgruppen i akuttseksjonen fremstod som preget av frykt og utrygghet i sin kontakt med pasientene. Selv om det ikke kan trekkes klare slutninger om konsekvensene, utgjør frykt og utrygghet blant personalet en tydelig risiko for uforholdsmessig bruk av tvang. Det ble også gjort enkeltfunn om ansatte som hadde videreformidlet fordomsfulle holdninger om pasienter med utgangspunkt i diagnoser.

Ulike subkulturer i akuttseksjonen syntes å komme til uttrykk i forskjeller blant personalet om håndheving av husordensregler vedrørende røyketider og når det gjaldt aktiviteter som var tillatt på skjerming, som tilgang til musikk, eiendeler, og gradvis utprøving av pasientene i fellesområdet.

⁸⁵ FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁸⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

⁸⁷ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

Under besøket ble det samtidig observert forskjeller mellom seksjon for forsterka rehabilitering og akuttseksjonen. Mens tvangsbruk ble beskrevet som en form for nederlag i seksjon for forsterka rehabilitering, ble tvangsbruk i akuttseksjonen gjennomgående omtalt som helt nødvendig for å ivareta ansattes sikkerhet. Selv om seksjon for forsterka rehabilitering er en langtidspost med økt mulighet for å etablere stabile relasjoner med pasientene, hadde den likevel inneliggende pasienter med vurdert høy voldsrisiko. Samtaler med ansatte i seksjon for forsterka rehabilitering tydet på en kultur med gode etiske refleksjoner omkring tvangsbruk og en høy bevissthet om årsaker til konflikt når pasienter fratras sin frihet og selvbestemmelse. I lys av dette synes det å være et betydelig potensial for læring på tvers av sengepostene, særlig når det gjelder etablering av en trygg atmosfære med lavest mulig bruk av tvang. På besøkstidspunktet pågikk det lite erfaringsutveksling, utover at ansatte i seksjon for forsterka rehabilitering bistod ved alarm i situasjoner som allerede hadde eskalert.

Flere ansatte etterlyste også muligheter for erfaringsutveksling med andre akuttinstitusjoner. Det bemerkes at det var et funn i helseforetakets internrevisjon at de ansatte i akuttseksjonen hadde liten kjennskap til praksis andre steder. CPT har påpekt risikoen for faglig isolasjon:

«External stimulation and support are also necessary to ensure that the staff of psychiatric establishments do not become too isolated. In this connection, it is highly desirable for such staff to be offered training possibilities outside their establishment as well as secondment opportunities. »⁸⁸

Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å skape en felles kultur for økt trygghet blant ansatte og et redusert behov for bruk av tvang.

⁸⁸ CPT standards, Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf (98) 12- part, avsnitt 46.

13 Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i et felles rundskriv angitt føringer for ansvars- og oppgavefordeling mellom helsetjenesten og politiet i forhold til pasienter med psykiske lidelser.⁸⁹ I rundskrivet anbefales det at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi. På besøkstidspunktet forelå det ingen slik avtale mellom Ålesund sjukehus og lokalt politi.

I enkelte tilfeller, slik som der innsatte fremstilles fra fengsel for undersøkelse på en psykiatrisk døgnpost eller ved behov for hjelp i ekstraordinære nødsituasjoner, forekommer det at politiet er involvert i vakt hold eller maktanvendelse i sengepost.

Funn under besøket viste at lokalt politi ved flere anledninger i 2017 var blitt tilkalt for å bistå i ivaretagelsen av sikkerhet i avdeling for sjukehuspsykiatri. Politiet kunne blant annet bli tilkalt i ekstraordinære situasjoner der pasienten hadde barrikadert seg inne på rom. Det fremkom også opplysninger om at politiet tidvis utøvde en vaktfunksjon inne på skjermingsenhetene, og at de som regel kom i uniform. Politiets tilstedeværelse kunne vare i flere dager, selv om dette visstnok forekom sjeldent. At politiet utøver en vaktfunksjon inne på en psykiatrisk døgnpost fremstår som uheldig, spesielt der de stiller i uniform.

Det ble også beskrevet enkelte andre situasjoner der det kan være grunn til å sette spørsmålsteget ved om situasjonen tilsier at politiet bør være involvert. Det fremkom blant annet at politiet var blitt tilkalt der en ønsket å sette en legemiddelinjeksjon på en pasient som ble opplevd som aggressiv, og erfaringen var at tilstedeværende politi kunne bidra til at pasienten gav opp motstanden. Det fremkom også utsagn om at behov for politiets tilstedeværelse særlig var aktuelt dersom konflikter oppstod når det var få erfarne ansatte på vakt. Politiet hadde også blitt tilkalt på grunn av utrygge ansatte når en pasient skulle løses opp fra belteseng.

CPT har vært kritiske til bruk av politi i psykiatriske døgnposter. I sin rapport etter besøk til Danmark i 2014, pekte komiteen for eksempel på at politiet tidvis ble tilkalt til psykiatriske døgnposter for å bistå personalet med å håndtere pasienter. Komiteen uttalte at: «...hospital staff should be sufficient in number and appropriately trained to handle violent situations without recourse to the police.»⁹⁰

Anbefaling

- Avdelingen bør i samråd med politiet gjennomgå sin praksis for politibistand inne i sengepost.

⁸⁹ Se Politidirektoratet og Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, felles rundskriv 2012/7, IS-5/2012.

⁹⁰ CPTs besøk til Danmark 4.-13. februar 2014, CPT/inf (2014) 25, avsnitt 127.

14 Medvirkning og informasjon

14.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Rett til informasjon og medvirkning er grunnleggende rettigheter for alle pasienter, inkludert i det psykiske helsevernet.⁹¹ Pasientene har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Helsetjenestene har plikt til å involvere pasienten i behandlingen. En forutsetning for å kunne medvirke i behandlingen er at pasientene får oppfylt sin rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasientenes reelle mulighet til å medvirke i egen behandling er også et viktig tiltak for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling. I psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd fremgår det at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Stortinget vedtok 19. januar 2017 endringer i psykisk helsevernloven for å styrke pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet. Flere av lovendringene, som trådte i kraft 1. september, ble vedtatt for å styrke pasientens mulighet til å medvirke i behandlingen.

Endringene omfatter en plikt til å gi pasienten anledning til å uttale seg der dette er mulig, før det eventuelt fattes vedtak om tvangstiltak under en innleggelse i psykisk helsevern.⁹² Videre ble det etablert en plikt til å evaluere inngripende tvangstiltak sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet, ved at pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken.⁹³ Pasientens syn på iverksatte tiltak skal også journalføres. En slik evaluering skal skje etter avslutning av skjerming (§ 4-3), undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§4-4), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (§ 4-6 første ledd), undersøkelse etter § 4A-4 andre ledd og tredje ledd, rusmiddeltesting (§ 4-7a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8).

Å gi pasienten en anledning til å uttale seg om tvangsbruk i forkant og å tilby en frivillig samtale om erfaringer med tvangsbruk i etterkant, kan hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.⁹⁴ Momenter som kommer frem i slike samtaler kan for eksempel trekkes inn i forbindelse med trening av ansatte på forebygging gjennom kommunikasjon og kroppsspråk i tilspissede situasjoner.

14.2 Pasientinvolvering før og etter tvangsbruk

Plikten til å gi pasientene anledning til å uttale seg før det ble fattet vedtak om tvang var ikke gjort til en del av rutinene ved seksjonene i avdeling for sjukehuspsykiatri. En slik plikt var ikke omtalt i de lokale retningslinjene, i motsetningen til plikten til å evaluere tvangsbruk i etterkant. En gjennomgang av journalinformasjon gav ingen eksempler på at dette var gjennomført. Det understrekes at pasientenes anledning til å uttale seg i forkant av en hendelse er et viktig tiltak for å

⁹¹ Se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 jf. psykisk helsevernloven § 1-5.

⁹² Se psykisk helsevernloven § 4-1 andre ledd.

⁹³ Lovvedtak 50 (2016–2017), 19. januar 2017, § 4-2.

⁹⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

ivareta reell medvirkning for pasienten og forebygging av tvangsbruk. Det vil blant annet kunne bidra til å klargjøre pasienters reaksjonsmønster på bakgrunn av tidligere traumatiske opplevelser.

På besøkstidspunktet ble det ikke systematisk gitt tilbud til pasientene om samtaler der mekaniske tvangsmidler eller annen tvangsbruk var blitt gjennomført. Enkelte pasienter som hadde vært utsatt for tvangsbruk etterlyste en slik samtale. Det fremkom at flere faglige ansvarlige praktiserte slike samtaler, men at det ikke ble gjennomført systematisk. Der slik evaluering ble gjennomført skjedde det som regel i regi av ansvarlig behandler og eventuelt pasientens primærkontakt. Flere, både seksjonsleder og behandlere, gav uttrykk for usikkerhet om hvem som hadde ansvar for at pasientene ble tilbudt slike samtaler. Blant annet ble det problematisert hvem som skulle lede evalueringen når spesialister fra andre deler av helseforetaket hadde gått vakter i avdelingen og vært involvert i tvangsbruk.

Sivilombudsmannen understreker at lovendringene ble vedtatt i januar 2017 og at avdeling for sjukehuspsykiatri har hatt god tid til å forberede seg på å gjennomføre endringene. Rutinene bør innskjerpes og tydeliggjøres.

14.3 Informasjon om regler og rutiner ved avdelingene

Det fantes inkomstbrosjyrer til alle de besøkte seksjonene i avdeling for sjukehuspsykiatri. Inkomstbrosjyrene inneholdt blant annet informasjon om behandlingstilbudet i seksjonene, aktivitetstilbud, tider for måltider, åpningstider for røykerom, besøkstider, tilgang til eiendeler og bruk av teknisk utstyr samt målsetning for behandlingen. Det varierte i hvilken grad pasientene opplevde å ha fått skriftlig og muntlig informasjon om regler og rutiner på sengepostene.

I akuttseksjonen hadde man endret inkomstbrosjyren etter at kontrollkommisjonen hadde påpekt at det ikke var tillatt å inndra pasientens mobiltelefon. Under befaringen fremkom det at den gamle inkomstbrosjyren, som fastslo at avdelingen ville ta hånd om pasientenes mobiltelefon under oppholdet, fortsatt lå ute i begge sengepostene i akuttseksjonen. Disse brosjyrene bør kastes og erstattes med den nye brosjyren, for å unngå uklarheter blant pasienter og ansatte.

I husordensreglene til seksjon for forsterka rehabilitering fremgikk at pasientens mobiltelefon ble låst inn i et skap kl. 21.30 og låst ut igjen kl. 08.00. En generell regel om å låse inn mobilen om natten fremstår ikke som en rimelig begrensning som kan vedtas som en del av et husordensreglement etter psykisk helsevernloven § 4-5 tredje ledd.⁹⁵ Terskelen for å regulere aktiviteter på pasientrommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, er høyere enn begrensninger i aktiviteter og atferd i fellesarealene.⁹⁶ Det bør det være tilstrekkelig å fastsette regler om at mobiltelefoner skal stå på "lydløs" om natten.

Enkelte pasienter fremhevet at de syntes husordensreglene var strenge, eller ble for strengt praktisert av enkelte ansatte. Dette gjaldt særlig tilgang til røykerom og mulighet for utgang i friluft.

Anbefalinger

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre systematisk involvering av pasientene ved bruk av tvangstiltak under oppholdet.

⁹⁵ Se også psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd.

⁹⁶ Se Helsedirektoratets kommentar til psykisk helsevernloven § 4-5 og § 4-2.

- Avdelingen bør kvalitetssikre informasjonsmateriell og husordensregler i seksjonene for å påse at det ikke fastsettes begrensninger som mangler lovhjemmel.

15 Klage og kontroll

15.1 Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern. Når det gjelder klageordninger har komiteen anbefalt at:

«...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»⁹⁷

Når det gjelder tilsynsvirksomhet, har komiteen uttalt:

«The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (eg. a judge or supervisory committee) which is responsible for the inspection of patients' care. This body should be authorised, in particular, to talk privately with patients, receive directly any complaints which they might have and make any necessary recommendations.»

I Norge er både klage- og tilsynsoppgaven i hovedsak gitt til kontrollkommisjonen.

Kontrollkommisjonens skal ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet ved kontroll av tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll i form av stedlig tilsyn. Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages imidlertid til Fylkesmannen.⁹⁸

15.2 Klage- og kontrollvirksomhet ved Ålesund sjukehus

Under befaringen ble det observert at alle de besøkte sengepostene hadde oppslag i fellesområdene med skriftlig informasjon om kontrollkommisjonens medlemmer, kontaktinformasjon og dets møtetider, og om hvordan vedtak om behandling uten eget samtykke kunne påklages til fylkesmannen. Pasientene oppgav gjennomgående at de hadde fått veiledning og bistand av ansatte til å klage til kontrollkommisjonen og fylkesmannen.

Kontrollkommisjonen gjennomførte et møte hos sykehuset hver 14. dag. I møtene foretok kommisjonens medlemmer en dokumentkontroll av nye tvangsinnleggelses og tvangsvedtak siden forrige besøk og en gjennomgang av avdelingens tvangsprotokoller. Kommisjonen fattet også vedtak om opphør eller opprettholdelse av tvungent vern og behandlet klagesaker fra pasientene.

Det fremkom at kontrollkommisjonen hadde gitt avdeling for sjukehuspsykiatri tilbakemelding om at det ikke var tillatt å frata pasienter mobiltelefonen sin på grunnlag av et husordensreglement uten en individuell vurdering av krav i psykisk helsevernloven. Dette fremstår som viktig for å ivareta pasientenes velferd og rettsikkerhet.

⁹⁷ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

⁹⁸ Se psykisk helsevernloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-4a andre ledd.

Når det gjaldt samtaler med pasientene, var det vanlig at kommisjonen fikk beskjed av de ansatte om hvilke pasienter som ønsket å snakke med dem. Kommisjonen hadde ikke praksis for å gå runder i sengeposten for å hilse på pasientene. Årsaken til dette skal ha vært at det ble opplevd som vanskelig og invaderende å oppsøke pasientene på denne måten, selv om man ikke hadde mottatt konkrete klager fra pasientene. Det vanlige var at pasientene som hadde meldt ønske om å snakke med kommisjonen ble brakt til deres møterom på sykehuset.

Selv om de ansatte synes å ha en lav terskel for å oppfordre pasientene til å kontakte kontrollkommisjonen, øker en slik praksis risikoen for at kontrollkommisjonen ikke oppdager kritikkverdige forhold i sengepostene, eller at de ikke møter de mest sårbare pasientene. Pasientene bør ha mulighet til å kontakte kontrollkommisjonen direkte uten å måtte gå gjennom personalet eller ved å måtte ringe. Jevnlig tilstedeværelse i sengepostene der pasientene oppholder seg er også nødvendig for å få kunnskap om forhold som gjelder pasientenes fysiske omgivelser og for å kunne danne seg et bilde av miljøet i posten. Personalet i de aktuelle sengepostene har en viktig rolle i å sikre at pasientene er informert om kontrollkommisjonens rolle og bidra til å trygge særlig sårbare pasienter som eventuelt kunne oppleve et besøk av kontrollkommisjonen som invaderende.

Anbefaling

- Kontrollkommisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der pasientene oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Telefaks: 22 82 85 11
Epost: postmottak@sivilombudsmannen.no
www.sivilombudsmannen.no

