



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Oslo universitetssykehus, seksjon for
psykosebehandling, Gaustad**

17.-19. oktober 2017



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Klinikk for psykisk helse og avhengighet
Postboks 4950
0454 OSLO
Marit Bjartveit

Vår referanse
2017/2959

Deres referanse

Vår saksbehandler
Jannicke Godø

Dato
28.02.2018

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 17.-19. oktober 2017

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Seksjon for psykosebehandling Gaustad, Oslo universitetssykehus, 17.-19. oktober 2017. Vedlagt følger rapporten fra 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 april 2018.

Sykehuset 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
forebyggingsenheten

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

Kopi til:
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Helsedirektoratet
Helse- og omsorgsdepartementet
Helse Sør-Øst
Kontrollkommisjon 4 OUS



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Oslo universitetssykehus HF, Seksjon for psykosebehandling, Gaustad

17.-19. oktober 2017

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	4
2	Tortur og umenneskelig behandling	5
3	Sammendrag	6
4	Generell informasjon om Universitetssykehuset i Oslo, Seksjon for psykosebehandling, Gaustad.....	9
5	Gjennomføring av besøket	10
6	Fysiske forhold og aktivisering.....	11
6.1	Fysiske forhold på seksjonens skjermingsenheter.....	12
6.1.1	Beltesenger og andre tvangsmidler i skjermingsenhetene	13
6.2	Inngjerdet rømningshemmende område for de lokale sikkerhetsenhetene	14
6.3	Aktivisering.....	15
7	Rettsikkerhet ved tvangsbruk	17
8	Bruk av tvangsmidler.....	19
8.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	19
8.2	Omfang av bruk av tvangsmidler ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad	20
8.3	Tiltak for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang	20
8.4	Bruk av mekaniske tvangsmidler	20
8.4.1	Vedtaks- og protokollføring ved bruk av mekaniske tvangsmidler	20
8.4.2	Gjennomføring av beltelegginger ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad.....	21
8.5	Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding	22
9	Skjerming	24
9.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	24
9.2	Bruk av skjerming ved Seksjon for psykosebehandling, Gaustad	25
9.2.1	Vedtaks- og protokollføring ved skjerming.....	25
9.2.2	Gjennomføring av skjerming.....	25
10	Behandling uten eget samtykke	28
10.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	28
10.2	Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering.....	29
10.3	Vedtak om behandling uten eget samtykke	29
11	Andre inngrep i personlig integritet og frihet	31
11.1	Husordensregler.....	31
11.2	Utgangsrestriksjoner.....	31
11.3	Begrensinger i kontakt med omverdenen	31
11.4	Rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking	32
12	Klage og kontroll.....	33
12.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	33
12.2	Kontrollkommisjonen ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad	33

13 Institusjonskultur	35
13.1 Menneskerettslige standarder.....	35
13.2 Institusjonskultur ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad.....	35
14 Medvirkning og informasjon	37

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.

Årsakene til at tortur eller umenneskelig behandling skjer er komplekse og 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, helsetjenester 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.

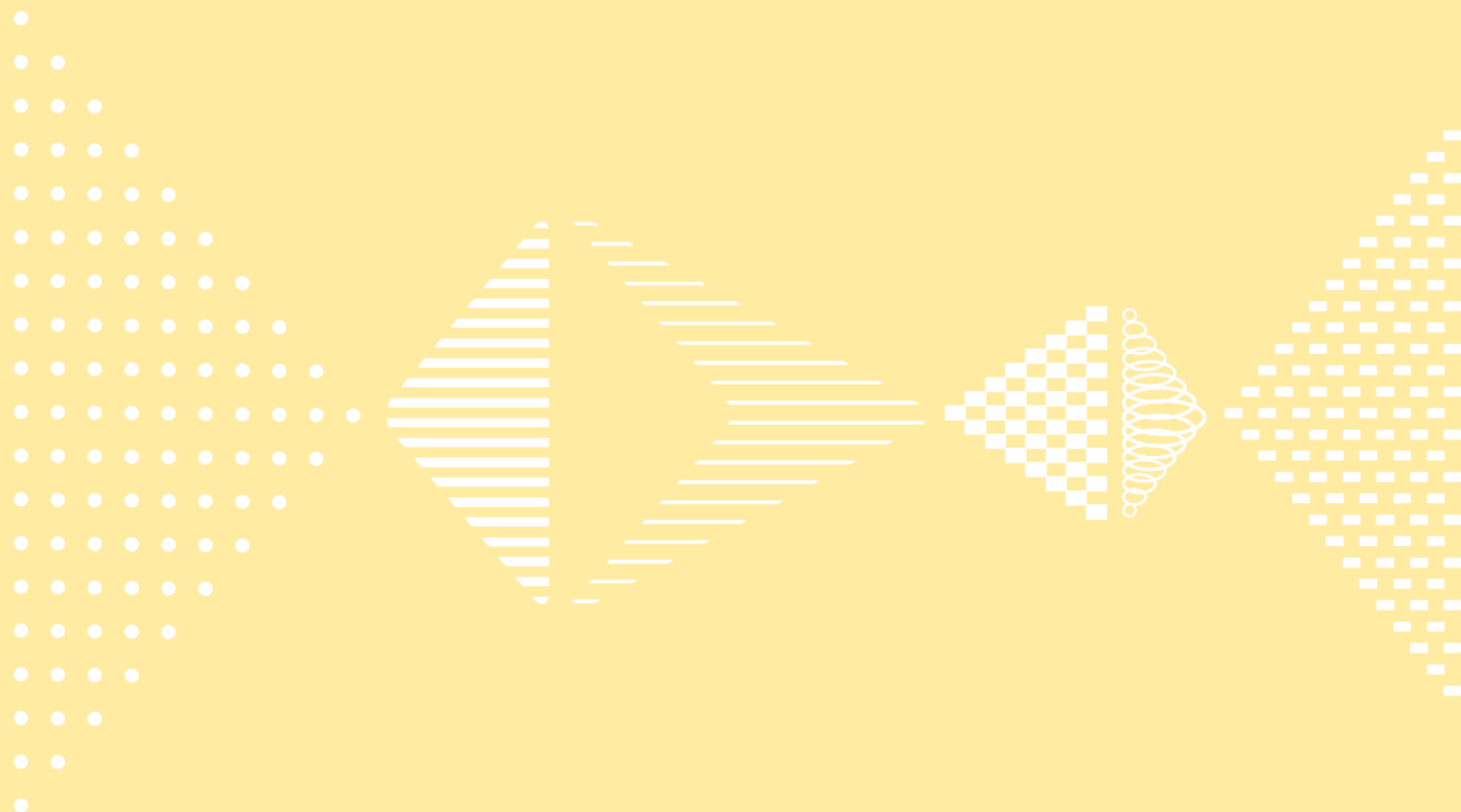
² Se FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading 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 Oslo Universitetssykehus (OUS), Seksjon for psykosebehandling, Gaustad 17.-19. oktober 2017. Sykehuset ble på forhånd varslet om at Sivilombudsmannen planla å gjennomføre et besøk, men dato for besøket ble ikke oppgitt.

Seksjonen besto av tre døgneheter, hvorav to var lokale sikkerhetspsykiatriske enheter, og én var en psykoseenhet. De sikkerhetspsykiatriske enhetene var lokalisert i gamle og slitte lokaler. Skjermingsenhetene til de sikkerhetspsykiatriske enhetene fremsto i meget dårlig forfatning. Skjermingsenheten ved psykoseenheten besto av et nakent og fengselslignende rom, uten andre oppholdsrom. Det var egne rom med fastboltede beltesenger i samtlige skjermingsenheter, og ved de sikkerhetspsykiatriske enhetene var det flere slike rom i hver skjermingsenhet.

Aktivitetstilbudet fremsto som godt, men de aller fleste aktiviteter var i andre bygg enn der enhetene var lokalisert. Dette skapte utfordringer når pasienter hadde utgangsrestriksjoner og når det av ulike grunner var begrenset med bemanning til å følge ut til ulike aktiviteter. På baksiden av bygningen som huset de to sikkerhetsenhetene var det bygget et inngjerdet lufteområde, til bruk for opphold i friluft for pasienter uten utgang. Området var stort og kupert og gav mulighet for diverse uteaktiviteter. Det var plantet trær for å redusere innsyn fra oppkjørselen til enhetene, men det var foreløpig innsyn fra denne veien inn i hele lufteområdet.

På besøkstidspunktet ble det ikke funnet feilaktig vedtaksføring ved bruk av mekaniske tvangsmidler eller annen form for tvang, slik det skal ha forekommet tidligere. Det ble på besøkstidspunktet ikke gitt rutinemessig skriftlig begrunnelse for vedtak om bruk av skjerming og beltelegging. Nye vedtaksmaler etter lovendringene i 2017 syntes imidlertid å ivareta at begrunnelsene også overleveres pasienter, da de legger opp til at begrunnelsen beskrives i selve vedtaket.

Det ble praktisert mulighet til å forsinke pasientens innsyn i egen journal ved de sikkerhetspsykiatriske enhetene, dette med bakgrunn i sikkerhet for ansatte. Et oppslag på arbeids-PC-ene ved én av sikkerhetsenhetene var formulert slik at det kunne gi inntrykk av at pasientene kunne nektes alt innsyn i sin journal. Det var enkelte pasienter som formidlet at innsyn i journal eller vedtak ikke var gitt, angivelig fordi det hadde blitt glemt av personalet og så av pasienten selv.

Seksjonen hadde relativt lav forekomst av bruk av mekaniske tvangsmidler, og hadde de siste årene hatt fokus på å forebygge slik bruk. Funn under besøket tydet på at ansatte mottok opplæring og vedlikeholdstrening for å sikre en trygg og mest mulig skånsom bruk av mekaniske tvangsmidler. Faglig ansvarlig gjennomførte evalueringer med pasienter i etterkant av bruken. Det var eksempler på at pasienter sov i belter, og det fremkom også tidligere bruk av transportbelter for utgang for røyk der man vurderte rømningsfare.

Det kom under besøket frem noen misforståelser om hva som utgjør isolasjon etter psykisk helsevernloven, og at ikke alle tilfeller av kortvarig fastholding ble vedtaksført.

Mange pasienter hadde erfaring med å bli skjermet, og skjerming ble av pasienter opplevd som det primære tvangstiltaket ved seksjonen. Funn under besøket og fra dokumentgjennomgang tydet på at skjerming ofte hadde kortere varighet, noen ganger kun noen timer, andre ganger 1-2 dager. Skjerming syntes å bli utført på en fleksibel måte, med bevissthet om at det også kunne ha skadevirkninger eller være belastende for pasienten. En del pasienter i de ordinære delene av

enhetene kunne ha «avtaler» som la opp til lengre opphold på eget rom i løpet av dagen. Det varierte hvorvidt pasienten hadde et skjermingsvedtak når slike dagsplaner ble brukt, selv om avtalene ble opplevd som lite gjensidige av pasienten. Pasienter var i enkelte tilfeller alene i skjermingsenheten mens personalet satt på utsiden av en lukket glassdør ute i ordinær avdeling ved én av sikkerhetsenhetene.

Ved psykoseenheten ble skjerming hovedsakelig gjennomført på eget rom fremfor bruk av skjermingsenheten, da denne var vurdert lite egnet for lengre opphold. Gjennomføringen av skjerming på eget rom ved psykoseenheten kunne innebære at pasientene hadde lengre opphold alene på eget rom, uten kontakt med personale.

Det hadde siste år vært en økning i antall tvangsmedisineringsvedtak ved seksjonen. Det varierte om pasientene opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om virkning og mulige bivirkninger av medikamentene. Vedtak om tvungen medisinerings hadde meget omfattende begrunnelser, men de aktuelle vilkårene for inngrepet var likevel ikke redegjort godt eller spesifikt for i mange av vedtakene. Nye vedtaksmaler etter lovendringene i 2017 la i større grad opp til at dette ble ivaretatt.

Funn under besøket tydet på at det kunne forekomme kontroll av besøk ved tilstedeværelse av ansatte i besøksrommet, uten at det ble tatt stilling til om de strenge vilkårene etter psykisk helsevernloven § 4-5 for slik kontroll forelå. Enkelte pasienter formidlet også at de ble nektet besøk av ulike personer, også dette uten at det ble fattet vedtak.

Seksjonen foretok rutinemessige kroppsvisitasjoner av pasienter etter utgang ut av enhetene. Samtaler med pasienter tydet på at kroppsvisitasjon ble gjennomført på en respektfull måte, selv om enkelte opplevde denne rutinemessige kontrollen som belastende.

Funn fra besøket viste at det tidligere hadde vært en del bekymring rundt den lokale kontrollkommisjonens arbeid ved seksjonen. På besøkstidspunktet var kontrollkommisjonens leder nylig byttet, og det ble beskrevet nye rutiner for å ivareta saksbehandling og en rutinemessig gjennomgang av pasientenes helhetlige situasjon. Det var oppslag i alle enheter med kontaktinformasjon til ulike klageinstanser.

Mange av pasientene i seksjonen beskrev at de ble behandlet med respekt og medmenneskelighet av de ansatte, og de formidlet at de følte seg trygge på sin personlige sikkerhet under innleggelsen. Mange ansatte hadde høy faglighet og etisk standard, og fremsto som godt trent i å ha en så lite konfliktskapende kommunikasjon som mulig med pasientene.

På besøkstidspunktet var det ikke et aktivt brukerråd som hadde god kjennskap til seksjonen, og det fremkom ikke at pasienter eller andre brukerrepresentanter var involvert i system- eller planarbeid ved enheten.

Anbefalinger

Fysiske forhold og aktivisering

- Sykehuset bør iverksette tiltak, særlig på samtlige skjermede enheter, som sikrer at de fysiske forholdene ivaretar pasienters verdighet og gjenspeiler respekt for pasientene.
- Sykehuset bør vurdere utformingen av skjermingsenheten ved Psykoseenhet 3 for å sikre pasientene mot risiko for å bli utsatt for isolasjon og skadelig sansedeprivasjon.
- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.
- Seksjonen bør opprettholde fokuset på å gi alle pasienter et best mulig aktivitetstilbud, også når pasienter har utgangsrestriksjoner.

Rettsikkerhet ved tvangsbruk

- Seksjonen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.
- Seksjonen bør presisere ovenfor sine ansatte at alle pasienter har rett til innsyn i sin journal, og hvilke begrensninger det eventuelt er satt for forsinket innsyn av sikkerhetsmessige hensyn.

Bruk av tvangsmidler

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

Bruk av skjerming

- Seksjonen bør gjennomgå sin praksis med hviletider etter avtale med pasienter for å sikre at det skrives skjermingsvedtak i de tilfellene avtalene innskrenker pasientens selvbestemmelsesrett.
- Seksjonen bør sikre at det ikke gjennomføres skjerming som i realiteten innebærer isolasjon.

Behandling uten eget samtykke

- Seksjonen 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 alltid inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.

Begrensninger i kontakt med omverdenen

- Det bør sikres at det ikke gjennomføres besøkskontroll eller nekting av besøk uten at lovens krav er oppfylt og at vedtak nedtegnes.

4 Generell informasjon om Universitetssykehuset i Oslo, Seksjon for psykosebehandling, Gaustad

Gaustad sykehus ble åpnet i 1855 som det første statlige sykehus i Norge for behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I dag hører sykehuset under Oslo Universitetssykehus (OUS). Seksjonen for psykosebehandling er én av to seksjoner for psykosebehandling under OUS, hvor den andre er lokalisert på Dikemark.

Seksjonen har tre enheter:

- Lokal sikkerhetspsykiatrisk enhet A: ti sengeplasser. Opptaksområde er Akershus universitetssykehus (Ahus).
- Lokal sikkerhetspsykiatrisk enhet B: ti sengeplasser. Åtte døgnplasser har opptaksområde Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus, to døgnplasser for OUS' opptaksområde.
- Psykoseenhet 3: ni sengeplasser. Opptaksområde for åtte plasser er Ahus, samt en beredskaps plass for pasienter tilhørende Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse – NBHP).

Målgruppen for de lokale sikkerhetspsykiatriske enhetene var pasienter med alvorlig sinnslidelse og betydelig risiko for alvorlig voldelig atferd, samt pasienter med dom til behandling etter kapittel 5 i psykisk helsevernloven. Enhetene har noe varierende antall innleggelser og gjennomsnittlig liggetid per år, men mange pasienter er innlagt i ett eller flere år. Begge enheter har hatt mellom fire og ti nye innleggelser i året de siste årene.

Målgruppen for psykoseenhet 3 er pasienter i aldersgruppen 18–64 år med psykoselidelser og betydelig funksjonsfall, eventuelt med kompliserende faktorer som rusmisbruk eller andre tilleggslidelser. Enheten har også en beredskaps plass for pasienter med alvorlig grad av hørselshemming og som ellers er i målgruppen (pasienter tilhørende Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse – NBHP). Formålet med behandlingsopphold er utredning, symptomlette og heving av funksjonsnivå, slik at videre behandling kan skje på lavere omsorgsnivå. Det siste året har samtlige pasienter vært innlagt etter psykisk helsevernloven § 3-3 (tvungent psykisk helsevern), selv om det har forekommet at pasienter har blitt overført til frivillig behandling. Enheten har i overkant av 20 innleggelser i året. Gjennomsnittlig liggetid de siste årene har vært rundt fire måneder.

5 Gjennomføring av besøket

I september 2017 ble klinikk psykisk helse og avhengighet ved OUS varslet om at seksjon for psykosebehandling, Gaustad ville bli besøkt i tidsrommet oktober 2017–februar 2018. Dato for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 17.–19. oktober 2017.

Før besøket oversendte seksjonen etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer, statistikk, innleggelsestall og avviksmeldinger. Det ble også innhentet dokumentasjon om bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste sakene på hver enhet før sykehuset mottok brevet som varslet besøket.

Besøket begynte med en befaring av enhetene i seksjonen. Befaringen omfattet fellesområder, enkelte pasientrom, skjermingsenheter, undersøkelsesrom, rom for bruk av mekaniske tvangsmidler og vaktrom.

Senere første besøksdag hadde besøksteamet et møte med seksjonsleder, enhetsledere og representanter fra behandlergruppen (leger og psykologer). Behovet for å kunne gjennomføre private samtaler med pasienter ble spesielt vektlagt.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og enhetsledere på alle tre enheter.

Tvangsprotokoller fra hele 2016 og 2017 ble gjennomgått, i løpet av besøket og i etterkant av besøket.

Besøket ble godt tilrettelagt av seksjonens ledelse og ansatte. Sykehuset hadde hengt opp tilsendt informasjonsmaterieill i forkant av besøket. Både pasienter og ansattes syntes godt orientert om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og det aktuelle besøket.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Christian Ranheim (seniorrådgiver, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Gøril Westborg Smiseth (ekstern ekspert, psykologspesialist).

6 Fysiske forhold og aktivisering

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.³ 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.⁴ 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.⁵ 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.»⁶

De to lokale sikkerhetsenhetene var plassert i første og andre etasje i et bygg i utkanten av sykehusområdet. De fleste pasientrommene lå til en lang og bred korridor med rom på begge sider av korridoren og korridoren var uten direkte innfall av dagslys. Begge enhetene hadde en fløy som ble brukt som skjermingsenhet. En spisesal lå sentralt i hver av enhetene, med et kjøkken innenfor spisesalen. Pasienter hadde ikke adgang til kjøkkenet, og hadde kun adgang til spisesalen under de faste måltidene. Begge enheter hadde en tralle med diverse frukt, rett-i-koppen mv., som sto ute i korridoren. En åpen og lys stue lå i hver enhet og var innredet med sofagrupper, TV, spill, planter og diverse bøker. Det var også en annen stue med mulighet for å se filmer eller spille tv-spill. Begge enheter hadde et røykerom nederst i østre del av korridoren. Fra vaktrommet var det ikke mulig å

³ 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; 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.

⁴ Madan, A. et al. (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 traumbasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegenstander, 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.

⁵ Rohe, T. et al. (2017): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 50, avsnitt 34.

følge med på hva som skjedde i pasientkorridoren. Enhetene opplyste om at det derfor alltid skulle sitte ansatte i stoler i korridoren plassert slik at de hadde oversikt over hele enheten.

De lokale sikkerhetsenheterne var lokalisert i en gammel bygning. Jevnt over var det slitte møbler og flater i oppholdsrommene. Renholdet fremstod ikke som godt ivaretatt. Det fremkom at det var dårlig lydisolering mellom rommene, også inn til rom der behandlersamtaler ble gjennomført. Pasienter formidlet at de var redde for at samtaler ble overhørt.

Psykoseenhet 3 lå nærmere hovedinngangen til sykehusområdet. Enheten holdt til i to etasjer, med vaktrom og den mest brukte fellesstuen i første etasje. Andre etasje hadde noen få pasientrom, en mindre brukt stue og inngang til et avlåst område med kontorer. Besøksrommet var også i denne avlåste delen. Psykoseenheten hadde luftige og lyse fellesarealer, og med vinduer og innfall av dagslys i pasientkorridorene, og fellesarealene fremsto bedre vedlikeholdt enn ved sikkerhetsenheterne. Pasientrommene var også her spartansk utformet med gamle og slitte møbler.

Det var informative oppslag om undervisning og aktiviteter ved alle enheter, inkludert møtetider for den lokale kontrollkommisjonen.

6.1 Fysiske forhold på seksjonens skjermingsenheter

Skjermingsenheterne på de lokale sikkerhetsenheterne fremsto i meget dårlig forfatning. Alle rom lå til en gjennomgående korridor, og det var slitte møbler og flater i hele lokalet. Alle rom (både pasientrom og «stuer») var svært nakent innredet, noen manglet helt møbler. Møbler ble ifølge enhetsledelsen satt inn ut ifra hva som var trygt å sette inn i den enkelte situasjon. Enkelte møbler var boltet fast i vegg og gulv, og det var tydelige avskallinger i veggen etter dette. Pasientrommene var av ulik størrelse, ett rom på sikkerhetspost A var på i underkant av åtte kvadratmeter og fremsto som lite for pasienter med ellers begrenset bevegelsesfrihet. Størrelsen kunne også vanskeliggjøre ansattes mulighet til å være i samme rom som pasienten uten å virke invaderende. Alle pasientrom var svært nakne, med hvite vegger og kun en seng som møblement. Ett rom innerst på sikkerhetspost A hadde kun en madrass. Noen av oppholdsrommene hadde lys som ble styrt av en bevegelsessensor. Dette fremstod som potensielt forstyrrende for særlig sårbare pasienter. Også i skjermingsenheten var det mangelfull lydisolering mellom rommene. Enkelte ansatte formidlet en holdning om at skjermingsenheterne godt kunne ha en lite tiltalende utforming for å unngå at pasienter «slo rot» på skjerming. På ledelsesplan ble det likevel anerkjent at skjermingsenheterne ikke holdt god nok standard.

Begge skjermingsenheter var delt opp i flere enheter (sikkerhetsenhet A hadde tre slike enheter i skjermet, sikkerhetsenhet B hadde to). Dette muliggjorde at flere pasienter kunne ha skjermingsopphold samtidig uten at tid på rom/stue måtte reguleres eller byttes på. Samtidig ville dette kreve gjennomgang av personale og pasienter gjennom de ytterste delene av skjermingsenheten, noe som kunne føre til utrygghet, støy og vansker med å ivareta ulike pasienters behov. Løsningen ble ikke opplevd som optimal av ansatte og ledelse.

Det kom frem at de aller fleste pasientene som ble lagt inn ved sikkerhetsenheterne ble mottatt i skjermingsenheterne. Ut fra de første vurderingene her ble det avgjort om pasienten kunne flyttes ut til ordinær del av enhetene, eller om det skulle fattes vedtak om skjerming for et videre opphold på skjermingsenheten. Denne praksisen ble begrunnet med at pasientene som var søkt til de lokale sikkerhetsenheterne ofte hadde alvorlig voldshistorikk, og at det var nødvendig med en grundig vurdering av pasienten før vedkommende kunne flyttes inn til ordinært pasientrom. Tatt i

betraktning de fysiske forholdene på skjermingsenhetene, syntes dette å skape en lite verdig ramme for pasientenes første møte med de lokale sikkerhetsenhetene, og særlig enkelte deler av skjermingsenhetene kunne fremstå som skremmende for pasienter i sårbare faser. Det kom frem at enkelte deler av skjermingsenhetene ble mindre brukt, blant annet fordi de ble sett på som spesielt lite egnede eller slitte.

Ved psykoseenhet 3 besto skjermingsenheten av ett rom med et separat bad. Rommet hadde to relativt små vinduer plassert høyt på veggen, og det var metallbarrer utenfor vinduene. Rommets eneste møbel var en seng. Skjermingsenheten hadde et fengselslignende preg med lite mulighet for bevegelse. Det ikke var andre alternative oppholdsrom. Funn under besøket tydet på at personalet som regel var plassert i en gang utenfor skjermingsrommet. De fysiske forholdene la opp til manglende menneskelig kontakt og sanseintrykk, og kunne lett fremstå som skremmende. Enhetsleder og personale formidlet at skjermingsenheten var lite egnet for lengre tids skjerming, og angav at skjerming på denne enheten skulle begrenses til 48 timer. Dette var en begrensning enheten selv hadde satt for bruken av skjermingsenheten. Også i seksjonens ledelse ble det erkjent at skjermingsenheten var uegnet for lengre opphold. En gjennomgang av protokoller for de siste årene viste at en del pasienter hadde vedtak som åpnet for bruk både av skjerming på eget rom og skjerming i skjermingsenhet etter behov.

Samlet sett finner ombudsmannen forholdene ved samtlige skjermingsenheter lite tilfredsstillende.

6.1.1 Beltesenger og andre tvangsmidler i skjermingsenhetene

Begge skjermingsenhetene ved sikkerhetspostene hadde flere egne rom med beltesenger som var skrudd fast i gulvet. Belterommene var ved siden av eller over gangen fra pasientrommene. Det ene belterommet innerst i sikkerhetspost A manglet dør, og lå rett overfor et pasientrom, som heller ikke hadde dør. Selv om beltene var dekket til med et laken, vil dette rommet kunne fremstå som skremmende for mange pasienter i en utsatt fase. Vinduene inn til belterommene var delvis «frostet» for å unngå innsyn, men det var likevel direkte innsyn til én av sengene fra et annet rom i bygningen (det ble observert innsyn til sengen fra et kontor). Også vegg i vegg med skjermingsrommet ved psykoseenhet 3 var det et eget rom med belteseng. Angivelig ble pasienter tatt inn på dette rommet for visitasjon når de kom tilbake fra rømninger. Det fremstår som uheldig å rutinemessig gjennomføre visitasjon i et rom med en fastboltet belteseng. Det kan oppleves skremmende og nedverdiggende for pasientene å bli ført inn til en belteseng for å gjennomføre en visitasjon.

Rommene der beltesengene var plassert var trange og slitte, med et sterkt taklys som ikke kunne dimmes, rett over den fastskrudde sengen. Gulvbelegget var i flere rom betydelig slitt. Rommene manglet klokke og kalender. Beltesengene var tresenger av eldre type uten justerbar hode-ende. Et hjertebrett ble angivelig brukt i sengene der beltelegging foregikk ved de lokale sikkerhetsenhetene for at overkroppen til den beltelagte kunne heves, ved psykoseenhet 3 ble ekstra dyner under overkroppen benyttet.⁷

⁷ Å kunne heve overkroppen er blant annet viktig ved inntak av mat og drikke. Europarådets torturforebyggende Komité (CPT) har i sine minimumsstandarder anbefalinger vedrørende dette: «Patients under restraint should (...) as far as possible, be enabled to eat and drink autonomously and to comply with the needs of nature in a sanitary facility». Se CPTs reviderte standarder, Means of restraint in psychiatric establishments for adults. CPT/Inf/ (2017) 6, side 3.

På den ytterste skjermingsseksjonen på lokal sikkerhetsenhet B var det et lagerrom med mange belteforlengere hengende fremme. Et politiskjold var plassert rett innenfor døren. Rommet og utstyret var lett synlig for pasientene fra korridoren når døren ble åpnet.

Ombudsmannen har tidligere påpekt det problematiske i at beltesenger er plassert inne i en skjermingsenhet.⁸ Dette kan skape et inntrykk av skjerming mer som et middel for kontroll enn for ro og trygghet og skaper også uklarhet om bruk av skjerming som et tvangsmiddel. Plassering av belteseng i skjermingsenheter kan øke risikoen for at beltesengen blir brukt i stedet for mindre inngripende tiltak overfor pasienter som er skjermet. I tillegg er plasseringen egnet til å skape unødvendig frykt og utrygghet hos pasientene.

Noen sykehus har gått over til å ha belter som kan festes i en sykehusseng, og dermed ikke måtte bruke egne rom til beltelegging.⁹ En slik seng har også lettere justerbar hode-ende. Erfaring fra mottaksposter i psykisk helsevern tilsier at fjerning av stasjonære beltesenger fra post kan bidra til redusert bruk.¹⁰

Anbefaling

- Sykehuset bør iverksette tiltak, særlig på samtlige skjermede enheter, som sikrer at de fysiske forholdene ivaretar pasienters verdighet og gjenspeiler respekt for pasientene.
- Sykehuset bør vurdere utformingen av skjermingsenheten ved Psykoseenhet 3 for å sikre pasientene mot risiko for å bli utsatt for isolasjon og skadelig sansedepivasjon.
- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

6.2 Inngjerdet rømningshemmende område for de lokale sikkerhetsenhetene

På baksiden av bygningen som huset de to sikkerhetsenhetene var det i 2016 bygget høye nettinggjerdene rundt et uteområde på 500 kvadratmeter. Området ble betegnet som «rømningshemmende». Området lå i et kupert terreng, og var stort nok til diverse fysiske aktiviteter, som ballspill mv. Pasienter kunne følges fra de lokale sikkerhetsenhetene ut i området uten at man trengte å låse seg ut av bygget. På siden mot oppkjørselen var det plantet trær i samråd med en gartner, for å på sikt redusere innsyn fra veien. Det var imidlertid foreløpig innsyn fra gangvei/oppkjørsel til enheten inn i hele området. Ombudsmannen vil understreke at det er viktig å ivareta pasienters rett til vern om sitt privatliv og gi dem mulighet til å skjerme seg fra innsyn i et lufteområde som er inngjerdet med et tydelig sikkerhetspreg.

Seksjonen formidlet at det hadde vært en omfattende prosess å få bygget dette lufteområdet, og at det var opprettet for å sikre pasienter ved sikkerhetsenhetene, som ikke ellers ville fått det, tilgang til opphold i friluft (ingen av enhetene hadde veranda, atrium eller liknende). Det var planlagt en evaluering av denne ordningen som skulle sendes ut til pasienter og ansatte kort tid etter

⁸ Se rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, 26.-28. april 2016.

⁹ Dette gjelder blant annet avdeling for akuttpsykiatri ved Akershus universitetssykehus, se besøksrapport etter Sivilombudsmannens besøk 2.-4. mai 2017.

¹⁰ Se bl.a.: <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>

Ombudsmannens besøk. Enkelte av pasientene Ombudsmannen snakket med opplevde ordningen som lite verdig. Andre syntes det fungerte bra, og ga god mulighet for diverse aktiviteter.

Ombudsmannen understreker at det er viktig at en slik luftegård ikke blir et substitutt for utgang til friområder, der dette kan tenkes mulig for pasienten. Funn fra besøket tydet på at den ble brukt ved tilfeller der det ble vurdert at pasienten ikke kunne ha utgang grunnet tilstand eller overhengende rømningsfare, og det ble ikke gjort funn på bruk utover dette.

6.3 Aktivisering

Pasientene ved seksjon for psykosebehandling på Gaustad er ofte tvangsinnlagt og har ofte i lengre perioder begrensninger i muligheten for bevegelse utenfor sykehusområdet eller nærområdet. I tillegg vil mange av pasientene ha behov for rehabilitering og aktivisering som en del av sin behandling.¹¹ Institusjonen bør ha et tilpasset og variert tilbud av aktiviteter til sine pasienter. Tilbudet må være tilgjengelig også for pasienter med rømningsfare, og det bør legges til rette for tilpassede aktiviteter for pasienter som fungerer dårligere i perioder.

Under besøket ble aktivitetstilbudet til pasientene undersøkt.

Seksjonen hadde to faste fysioterapeuter og to fysioterapeuter i turnusstilling tilsatt, og disse dekket til sammen alle tre enhetene med både gruppe- og individuelt tilpassede aktiviteter. I et bygg lenger ned på sykehusområdet, var det en velutstyrt gymsal og en mindre treningssal for treningssyke. Lokalene var lyse og fine og ga mulighet for varierte former for trening. Pasientene trente aldri alene, men kunne trene enten enkeltvis eller i grupper sammen med fysioterapeutene.

Seksjonen var tilknyttet et aktivitetssenter på sykehusområdet som hadde tilsatt ergoterapeut og aktivitør. Senteret var godt utstyrt og romslig, og pasientene kunne blant annet sy, male, forme leire og snekre der. Senteret kunne også brukes av pasienter med vurdert rømningsfare dersom de hadde følge av personal, og de hadde også mulighet for individuelt tilpassede aktiviteter for pasienter som trengte tilbud alene. Flere av pasientene hadde også et arbeidstreningstilbud ved en café og ved et trykkeri, som begge lå på sykehusområdet.

Det var god utnyttelse av beliggenheten i nærheten av Osломarka. Det kom blant annet frem at gåturer, annen fysisk aktivitet og utgang til friområder med følge ble brukt i tillegg til eller som substitutt til bruk av skjerming (se kapittel 9 *Skjerming*).

Psykoseenhet 3 hadde i tillegg en rekke ukentlige fellesaktiviteter som alle pasientene kunne delta på. Dette innebar blant annet daglige frokostmøter, ballspill, yoga, kunstgruppe og livsverdigruppe.

Samlet sett fremsto aktivitetstilbudet ved seksjonen som godt, og muligheten for individuelle tilpasninger syntes i stor grad å være ivaretatt. Samtidig var det flere pasienter som opplevde å ha lite å ta seg til i løpet av en dag, de kjedet seg og følte at innleggelsen bar preg av oppbevaring. Enkelte opplevde at aktivitetene gav lite mening og ikke var tilpasset deres interesser. Det ble også formidlet fra både personale og pasienter at begrensninger i bemanning kunne gjøre at aktivitetstilbudet for pasienter i perioder ble begrenset. Dette kunne forekomme fordi personalressurser måtte brukes på en annen måte som bandt opp flere i personalet til faste oppgaver, som for eksempel skjerming eller utgang med følge av mer enn én ansatt.

¹¹ Se Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet, 2013, IS-1957 side 97, bl.a. avsnitt 8.15.4. Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter.

De fysiske forholdene satte begrensninger på aktivitetstilbudet til pasienter som hadde restriksjoner i utgang fra avdelingen, særlig de som ikke hadde utgang i det hele tatt. Dette fremkom også under besøket. Dette fordi aktivitetene foregikk i andre bygg og derfor krevde utgang ut. (Se beskrivelse av inngjerdet lufteområde i kapittel 6.2 *Inngjerdet lufteområde for de lokale sikkerhetsenhetene*. Det var også innredet et enkelt trimrom i kjelleren på bygget, som kunne benyttes når pasienter ikke hadde utgang.) Det fremkom at pasienter som var underlagt skjerming kunne få tilbud om oppfølging av ergoterapeut innendørs.

Anbefaling

- Seksjonen bør opprettholde fokuset på å gi alle pasienter et best mulig aktivitetstilbud, også når pasienter har utgangsrestriksjoner.

7 Rettssikkerhet ved tvangsbruk

Bruk av inngripende tvangstiltak må alltid dokumenteres med nedtegnede vedtak, begrunnelser og føringer i protokoll som knytter seg til det enkelte tiltaket. Det må være begrunnet hva som gjorde tiltaket nødvendig i den aktuelle situasjonen, og tidsrommet for bruken må komme klart frem i dokumentasjon (protokoller og journaler). I forkant av besøket var ombudsmannen kjent med at det har vært et tilfelle der en tidligere innlagt pasient har hatt et meget langvarig regime med skjerming og bruk av belter. Det skal i en lengre periode ikke ha blitt ført separate vedtak for de enkelte belteleggingene. I stedet skal det ha vært fattet et såkalt «samlevedtak» som skulle åpne for bruk av mekaniske tvangsmidler i lengre tid fremover. Dette vil ikke være i tråd med det psykisk helsevernloven åpner opp for av bruk av mekaniske tvangsmidler.¹² Det var derfor sentralt for ombudsmannen å undersøke om rettssikkerheten under besøket fremsto ivaretatt ved bruk av tvangsmidler og skjerming ved seksjonen. Et sentralt spørsmål var om det ved hver enkelt bruk av mekaniske tvangsmidler var nedtegnet vedtak og føring i protokoll som kunne knyttes tilbake til den enkelte bruken i et avgrenset tidsrom. Det ble innhentet informasjon fra møter med seksjonens ledelse, samtaler med pasienter og ansatte og dokumentgjennomgang. Funn fra ombudsmannens besøk tydet på at bruk av tvangsmidler ved seksjonen på besøkstidspunktet og i hele 2017 under ett ble korrekt ført, og at bruk av samlevedtak ikke lenger forekom.

Et annet sentralt spørsmål Ombudsmannen var oppmerksom på under besøket, var hvordan seksjonen jobbet for å forebygge bruk av langvarig tvang, herunder ved bruk av eksterne eksperter (såkalte «second opinions») og om man vurderte overføring til en annen, eventuelt mer spesialisert institusjon.¹³ Funn fra besøket tydet på at dette hadde blitt gjort. Det ble også redegjort for hvordan man hadde satt i gang interne prosesser for å lære av saken, blant annet for å unngå at en situasjon blir så langvarig igjen. Se forøvrig også omtale om bruken av mekaniske tvangsmidler og skjerming i kapitlene 8 og 9.

God og tilgjengelig informasjon om begrunnelsen for inngripende tvangsbruk mot den enkelte pasient er en viktig rettighet ved all bruk tvang.¹⁴ 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 rettssikkerhetsgaranti for den enkelte. Se også avsnitt 8.4.1 *Vedtaks- og protokollføring ved bruk av mekaniske tvangsmidler*, avsnitt 9.2.1 *Vedtaks og protokollføring ved skjerming*, 10.3 *Vedtaks om behandling uten eget samtykke* og avsnitt om kvaliteten på gjennomgåtte vedtak om skjerming og tvangsbruk ved seksjonen.

¹² Psykisk Helsevernloven, § 4-8, se også Helsedirektoratets presisering av lovverket i brev til Helse Nord RHF, referansenr 16/39643-1.

¹³ Se også Helsedirektoratets uttalelse om at langvarig bruk av skjerming eller tvang i sine generelle kommentarer til psykisk helsevernloven: «Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming eller tvangsmidler kan si noe om institusjonens evne til å håndtere pasienten.» Psykisk helsevernloven med kommentarer, kapittel 3, Generelle bestemmelser, Kommentar til § 30, tredje ledd.

¹⁴ Se Sivilombudsmannens rapporter etter tidligere besøk, bl.a. til Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri, 2.-4. mai 2017 og til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.-22. september 2017.

Ombudsmannen har i flere rapporter understreket at pasienter bør få den konkrete begrunnelsen tildelt skriftlig uten å måtte be om dette.¹⁵ Helsedirektoratet har i oppfølging av rapportene presisert overfor alle landets helseforetak at pasienter har rett til å motta slike begrunnelser i tillegg til standardiserte skjema.¹⁶ Dette sikrer at pasienten får en konkret begrunnelse for inngrepet, som blant annet er nødvendig for å kunne ivareta sin klagerett. I tillegg til dette vil det ofte være behov for at helsepersonell går gjennom vedtaket og begrunnelsen med pasienten. En muntlig gjennomgang er imidlertid ikke tilstrekkelig.

Under besøket kom det frem at pasienter stort sett mottok et vedtaksskjema etter bruk av tvang (kapittel 4 i psykisk helsevernloven). Det var imidlertid enkelte ganger pasienter mente å ikke ha mottatt dette. Det var ikke praksis å gi pasienten journalnotatet som inneholdt begrunnelsen for tvangsbruken. Etter 1. september 2017 hadde det kommet nye vedtaksmaler i det elektroniske pasientjournal-systemet til sykehuset. I de nye malene ble det lagt opp til at begrunnelser skal gis for hvert vilkår i den enkelte lovbestemmelse.

Alle pasienter har i utgangspunktet rett til innsyn i egen journal når de ønsker dette. Ved én av sikkerhetsenhetene var det på alle ansattes arbeids-PCer klistret opp en lapp der det stod «husk å nekte pasientinnsyn». I avsluttende møte ble det presisert at man med dette mente at pasienter ved enheten kunne ha såkalt «forsinket innsyn» i sin journal. Dette var en vurdering klinikken hadde gjort på bakgrunn av at disse enhetene hadde tilnærmet lik funksjon og pasientgruppe som en regional sikkerhetsavdeling, som praktiserer utsatt innsyn på denne måten.¹⁷ Det hadde vært eksempler på trusler mot ansatte etter innsyn i journal. Det forsinkede innsynet ville innebære at seksjonen kunne vente med å gi kopi av journal, av sikkerhetsmessige grunner, i inntil fire uker. Dette gjaldt ikke vedtak og begrunnelse på vedtak, som skulle gis med én gang.

Oppslaget på PC-ene slik det var under besøket kunne gi inntrykk av at pasientene kunne nektes all form for innsyn i sin journal. Det var enkelte pasienter som i samtaler med ombudsmannen formidlet at de hadde bedt om innsyn i journal eller vedtak, men at dette ikke var gitt, angivelig fordi det hadde blitt glemt av personalet og så av pasienten selv. Dette kan tyde på enkelte svakheter i praksisen ved seksjonen når det gjelder innsyn i journal. For at ikke pasienter skal bli utsatt for urettmessig avslag på innsyn i egen journal, bør oppslaget på PC-ene fjernes eller endres og det bør sikres at alle ansatte ved seksjonen er kjent med pasientenes rett til innsyn i vedtak og begrunnelse for vedtak.

Anbefaling

- Seksjonen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.
- Seksjonen bør presisere ovenfor sine ansatte at alle pasienter har rett til innsyn i sin journal, og hvilke begrensninger det eventuelt er satt for forsinket innsyn av sikkerhetsmessige hensyn.

¹⁵ Se Sivilombudsmannens rapporter etter tidligere besøk, bl.a. til Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri, 2.-4. mai 2017 og til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.-22. september 2017.

¹⁶ Brev fra Helsedirektoratet til landets kontrollkommisjoner datert 27.09.2017: «Presiseringer av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016».

¹⁷ Se lovkommentar ved Aslak Syse til Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

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.¹⁸ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».¹⁹

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.²⁰ 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.²¹

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har gått i retning av en mer intensiv prøving av tvangsmiddelbruk når det gjelder tiltakets varighet, krav til praktisk gjennomføring og av om grunnleggende rettssikkerhetsgarantier er ivaretatt. 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.²²

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹⁹ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

²⁰ 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.

²¹ 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 ministerkomité's 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".

²² 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 bruk av tvangsmidler ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad

I forkant av besøket gav seksjonen en oversikt over antall vedtak om bruk av tvangsmidler i 2015, 2016 og fram til 25. september 2017. En del av tallene for årene før 2017 fremstod som usikre i lys av informasjonen om at det i et tilfelle var fattet såkalte «samlevedtak» for beltelegging for én pasient (se kapittel 7 *Rettsikkerhet ved tvangsbruk*) for deler av tidsperioden. Informasjon som fremkom under besøket tyder imidlertid på at tallene for 2017 gir et riktig bilde av den faktiske bruken av mekaniske tvangsmidler og andre former for tvang. En gjennomgang av dokumentasjon for beltelegginger viste at bruken var sjelden ved alle seksjonens enheter, selv om det var noe variasjon mellom enhetene. Én sikkerhetsenhet hadde klart flest tilfeller av bruk (18 tilfeller i 2017, der en stor andel av tilfellene gjaldt én pasient). Den andre sikkerhetsenheten hadde brukt belter to ganger i 2017, mens psykoseenheten ikke hadde hatt bruk av belter så langt i 2017. Kortvarig fastholding ble også brukt lite, med unntak av ved én av de sikkerhetspsykiatriske enhetene, der de aller fleste vedtakene dreide seg om én pasient. Det var 16 tilfeller ved denne sikkerhetsenheten i 2017, ingen tilfeller ved den andre sikkerhetsenheten og fire tilfeller ved psykoseenheten. Isolasjonsvedtak hadde ikke blitt fattet i 2015, 2016 eller 2017 frem til besøkstidspunktet.

8.3 Tiltak for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang

Før besøket ble ledelsen ved seksjonen bedt om å redegjøre for sine tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler. Det kom frem at seksjonen ikke hadde hatt et spesifikt prosjekt om redusert bruk av tvang. Det ble beskrevet at reduksjon av tvang hadde vært et fortløpende fokus for hele Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA), blant annet under opplæring av alle involverte yrkesgrupper. Det ble vist til punkter i seksjonens handlingsplan for 2017 om forebygging av tvangsmiddelbruk, og det ble også formidlet at redusert tvang ble vektlagt i utarbeidelse og forbedring av rutiner og retningslinjer for ulike typer tvangsmidler.

Samtaler med miljøpersonalet tydet på høy bevissthet om å forebygge bruk av tvang inne på enhetene. Det ble lagt vekt på å være i forkant og forhindre at situasjoner tilspisset seg. Ansatte la vekt på å bli godt kjent med hver pasient slik at de kunne fange opp signaler om at en situasjon var i ferd med å eskalere, samt forsøke andre mulige tiltak for å roe en situasjon (lempe på regler, avlede, tilby kontakt/samtaler, skjerme på eget rom eller skjermingsenhet, eventuelt bruke kortvarig fastholding av pasienten). Seksjonen hadde systematisert dette arbeidet gjennom en metode kalt «Early Recognition Method»,²³ og alle seksjonens ansatte syntes godt kjent med dette.

Flere formidlet at seksjonen hadde hatt fokus på å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler. Det ble formidlet at det kun skulle brukes ved nødrettslignende situasjoner der pasienten ble opplevd fysisk truende eller voldelig. De relativt lave tallene i 2016 og 2017 syntes å bekrefte denne innsatsen for å forebygge bruk av tvang.

8.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler

8.4.1 Vedtaks- og protokollføring ved bruk av mekaniske tvangsmidler

En gjennomgang av vedtak for bruk av mekaniske tvangsmidler viste at det gjennomgående var godt dokumentert at det forelå en nødrettslignende situasjon ved bruk av mekaniske tvangsmidler ved de lokale sikkerhetsenhetene. Det var videre godt dokumentert at lempeligere midler var forsøkt i forkant av belteleggingene. Ved journal- og protokollgjennomgang så man at faglig ansvarlig ved

²³ Se omtale av metoden her: <http://sifer.no/verktoy/detalj/early-recognition-method>.

legetilsyn aktivt tok stilling til hvorfor beltelegging skulle forlenges, og gradvis oppløsning ble detaljert beskrevet både i journal og protokoll. Det ble i de gjennomgatte tilfellene dokumentert i journal at det foregikk en dialog med pasienten om hva som hadde utløst bruken av mekaniske tvangsmidler og hvordan man kunne unngå at det skjedde igjen.

Innsendt dokumentasjon om de tre siste tilfellene av bruk ved psykoseenhet 3 dreide seg om tilfeller i 2016. Alle disse vedtakene ved psykoseenheten var fattet i forbindelse med at pasienter som nylig hadde rømt fra avdeling skulle ut og røyke. Man brukte i den forbindelse såkalte transportbelter (dvs. belter som var festet til pasientenes kropp, med mulighet for å kunne begrense rømningsfaren). Ombudsmannen vil understreke at bruk av mekaniske tvangsmidler utenfor institusjonen er problematisk. Helsedirektoratet har formidlet om tvangsmiddelbruk utenfor institusjonen at:

«Tvangsmidler skal som den klare hovedregel ikke brukes utenfor institusjonens vegger. Helt unntaksvis kan det tenkes at det er behov for at helsepersonell utøver makt overfor en pasient utenfor institusjonen. Dette må i så fall skje med hjemmel i nødrett, dvs. for å avverge en fare for skade som ikke kan avverges på annen måte. Planlagt bruk av mekaniske tvangsmidler utenfor institusjon er ikke tillatt.»²⁴

Med utgangspunkt i fremlagt dokumentasjon fremstår bruken av transportbelter ved psykoseenhet 3 som planlagt, og derfor ikke i tråd med lovens krav om at det må foreligge en nødrettsliknende situasjon. Under befaringen ble det klart at det var bygget et røykerom i forbindelse med skjermingsdelen av psykoseenhet 3. Ombudsmannen forutsetter at praksisen med planlagt bruk av transportbelter ved opphold utendørs er avvirket.

8.4.2 Gjennomføring av beltelegginger ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad

Seksjonen sendte inn en egen prosedyre for tvangsmidler som var godkjent 21. september 2017. Denne gjenga de rettslige vilkårene for bruken, og gav en detaljert beskrivelse av krav til dokumentasjon (vedtak, journal og protokoll) og oppfølgingen som skal gis dem som er beltelagt (inkludert somatisk sjekk og risikofaktorer som trombose osv. hos pasientene). Det ble beskrevet at bruk av belter skulle gjøres «så kortvarig og skånsomt som mulig, og vurderes fortløpende». Det var imidlertid ikke beskrevet hvordan eller hvor ofte denne vurderingen skal gjøres.

Funn fra besøket tydet på at det ble gjennomført samtaler med pasienter i etterkant av bruk av belter (se også kapittel 14 *Medvirkning og informasjon*).

I hvert rom med belteseng var det en utstyrs koffert som blant annet inneholdt et håndkle. Håndkle ble angivelig brukt til å tørke blod ved selvskading eller ved spyting under beltelegging. Seksjonen opplyste om at håndkle ble brukt av personale for å beskytte seg ved spyting, og at det ikke ble lagt over pasientens ansikt. Ombudsmannen har tidligere problematisert tildekking av pasientens ansikt under opphold i belteseng.²⁵

Funn under besøket tydet på at ansatte mottok opplæring og vedlikeholdstrening for å sikre en trygg og mest mulig skånsom bruk av mekaniske tvangsmidler.

Psykoseenheten hadde ikke hatt tilfeller med bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) siste år (se avsnitt over). Ved den sikkerhetsenheten som hadde flest tilfeller av beltebruk siste år, var alle de

²⁴ Helsedirektoratet i brev til Helse Nord RHF, referansenr 16/39643-1.

²⁵ Se Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

aktuelle tilfellene av kortere varighet (alle under 3 timer). De siste tilfellene av bruk ved den andre sikkerhetsenheten var av noe lengre varighet (mellom 12 og 19 timer), men forekomsten var altså lavere enn ved den første enheten. De mer langvarige belteleggingene som ble gjennomgått dreide seg om når pasienter ble lagt i belter på kvelden og så ble liggende over natten. Det var flere eksempler på at pasienter sov i belter.

Ombudsmannen har tidligere uttalt seg kritisk til at pasienter sover mens de er beltelagte, da en nødrettsliknende situasjon normalt ikke lenger foreligger når pasienten sover.²⁶ Videre 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. 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.»²⁷

Anbefaling

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

8.5 Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding

Seksjonen hadde ikke fattet vedtak om isolasjon i løpet av 2015, 2016 og fram til innrapportering i september 2017. Dette ble av ansatte begrunnet med at isolasjon var en uheldig praksis fordi man mistet kontakt med pasienten. Det ble foretrukket å opprettholde kontakt med pasienten også når vedkommende var sint og aggressiv. Det ble imidlertid også formidlet at det ikke var benyttet isolasjon fordi man ikke hadde noe rom som var egnet til formålet. Enkelte trakk også frem at å lukke døren midlertidig mellom seg og pasienten i nødverge, ikke ville være isolasjon. Disse tegnene til misforståelse for hva som er å regne for isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8b ble gjenfunnet på flere nivåer i organisasjonen. Det ble ikke gjort konkrete funn om at pasienter ble stengt inne på rom uten ansatte til stede uten at det ble fattet vedtak om det, men ombudsmannen er likevel opptatt av at det presiseres for alle nivåer i seksjonen hvilke situasjoner som krever vedtak om isolasjon. Dette for å sikre at vedtaksansvarlige kontaktes, at vedtaket nedtegnes og at klageretten til pasienter kan ivaretas. Det samme vil gjelde kortvarig fastholding. Det fremkom opplysninger under besøket som tydet på at sykehuset ikke i alle tilfeller sikret at tilfeller av kortvarig fastholding ble vedtaksført. Dette gjaldt når fastholdingen var av kortere varighet (under to minutter).

Ombudsmannen har i tidligere rapporter formidlet at det er innslaget av tvang, og at pasienten motsetter seg fastholdingen, som bør være grunnlaget for at det fattes vedtak om fastholding.²⁸ Faglig ledelse formidlet etter besøket at ønsket praksis ville bli presisert overfor ansatte i seksjonen.

²⁶ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017, og rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, 2.-4. mai 2017.

²⁷ CPTs rapport etter besøk til Danmark i 4.-13. februar 2014, side 65, avsnitt 121 [CPT/Inf (2014) 25].

²⁸ Se rapporter etter besøk til Akershus universitetssykehus, akuttpsykiatrisk avdeling, 2.-4. mai 2017, og besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.-22. september 2017. Se også Psykisk helsevernloven og

Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, Helsedirektoratets rundskriv IS- 9/2012, side 77, der det presiseres at det leges sterkest vekt på at vedtaket skal fattes når fastholding av pasienter gjøres som et skadeavvergende tiltak, eventuelt for å hindre selvskading, og pasienten motsetter seg dette.

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.²⁹ 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.³⁰ 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.³¹

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.³² Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.³³

Fordi skjerming innebærer en innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8.³⁴ 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.³⁵

På bakgrunn av menneskerettslige føringer og pasienters erfaringer med skjerming som tvang,³⁶ 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

²⁹ 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).

³⁰ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

³¹ Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

³² Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

³³ Se note over.

³⁴ Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

³⁵ 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.»

³⁶ 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 tidsgrense).³⁷ Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017.

9.2 Bruk av skjerming ved Seksjon for psykosebehandling, Gaustad

En oversikt over antall fattede vedtak om skjerming siste 2,5 år viste at det var en del variasjon i antall skjermingsvedtak over tid på alle enheter. Det var ikke et entydig mønster der én enhet fattet særlig mange flere eller færre vedtak enn andre enheter. Det totale antallet skjermingsvedtak ved hver enhet varierte mellom syv og opp til 32 vedtak per år (dette inkluderte forlengelser av vedtak). En relativt stor andel av skjermingsvedtakene ble avsluttet før det hadde gått 14 dager (mellom en tredjedel og halvparten av alle vedtak siste år). Dette gjaldt alle enheter. Det var imidlertid eksempler på skjerming av pasienter over flere måneder (i 2017 fantes det eksempler på skjerming i 3,5 og 4 måneder kontinuerlig), med gjentatte forlengelser av vedtak. Tatt i betraktning de fysiske forholdene i skjermingsenhetene, ser ombudsmannen på dette som problematisk (se kapittel 6.1 *Fysiske forhold på seksjonens skjermingsenheter*).

9.2.1 Vedtaks- og protokollføring ved skjerming

Et utvalg av vedtak for skjerming fra alle seksjonens tre enheter ble gjennomgått av ombudsmannen i forbindelse med besøket. De fleste vedtakene ble begrunnet på en måte som klargjorde bakgrunnen for at skjerming ble vurdert som nødvendig. Det var imidlertid enkelte vedtak der utførlig beskrivelse av for eksempel farlighet (tidligere voldshandlinger) og sykdomsbilde (for eksempel psykotiske symptomer) i liten grad ble knyttet til hvordan pasienten på vedtakstidspunktet fungerte og hvorfor skjerming akkurat da var ansett som nødvendig.

9.2.2 Gjennomføring av skjerming

I forkant av besøket ble seksjonens retningslinjer for skjerming oversendt. Retningslinjene var i tråd med gjeldende lovverk, og beskrev også gjennomføring av ettersamtaler etter bruk av skjerming. Det var utførlig beskrevet hva som kunne være grunnlaget for skjerming for behandlingmessige årsaker. Videre var det beskrevet hvilke behandlingselementer skjermingen skulle bestå av. Det ble også beskrevet at pasienter med behov for skjerming ofte hadde stor symptombelastning og mangelfull selvkontroll, og at en del «avvikende atferd bør få passere» (med unntak av trusler og annet som kunne påvirke sikkerheten). Fysiske forhold og rammer (for eksempel hva som av sikkerhetsmessige grunner *ikke* skulle være på skjermingsenheten), ble også beskrevet.

Funn under besøket og fra dokumentgjennomgang tydet på at skjerming ofte hadde kortere varighet, noen ganger kun noen timer, andre ganger 1-2 dager. Skjerming kunne bli brukt som et tiltak utløst av hendelser med aggresjon ute i miljøet eller ved tilbakekomst etter rømming der pasienten hadde ruset seg. Ofte var begrensning fra objekter som kunne brukes til å skade andre, en begrunnelse for skjerming. Skjerming ble også brukt av såkalte behandlingmessige grunner, primært der det ble vurdert at pasienter trengte større grad av ro enn det ordinær del av enhetene la opp til.

Funn tydet på at skjerming ble utført på en fleksibel måte, med bevissthet om at skjerming med begrensninger av sanseintrykk og menneskelig kontakt også kunne ha skadevirkninger eller være belastende for pasienten. Funn tydet på at skjermingen i slike situasjoner ble avsluttet eller supplert med andre tiltak, som hyppige turer ut i skogen eller andre uteområder, trening eller tett oppfølging av personale i en stue eller utendørs. Enkelte ansatte formidlet også at pasienter i skjermingsenhet

³⁷ Vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet), lovvedtak 50 (2016–2017).

kunne ha større spillerom der enn i den ordinære delen av enheten til å gi uttrykk for frustrasjon eller sinne, så lenge det ikke ble utøvd vold. Pasienten syntes å kunne stort sett bevege seg fritt mellom eget rom og stue under opphold i skjermingsenheten, selv om det forekom dagsplaner som la opp til regulering av dette inne i skjermingsenhetene. Gjennomgåtte dokumenter for utvalgte skjermingsforløp gav inntrykk av at man raskt forsøkte å få pasienten ut i ordinær del av enheten.

En del pasienter i de ordinære delene av enhetene hadde eller hadde hatt regimer som la opp til delvis opphold på eget rom i løpet av dagen. Dette ble ofte betegnet som «avtaler om hviletid», eller «avtaler om miljøtid» mellom pasient og personale. Det varierte hvorvidt pasienten hadde et skjermingsvedtak når slike dagsplaner ble brukt. For noen pasienter ble slike avtaler brukt i forbindelse med at pasienten gradvis ble overført fra skjermingsenheten til ordinær del av enheten. For enkelte pasienter kom det frem at de ikke opplevde dette regimet som frivillig, og at de oppfattet det som at det kunne bli fattet vedtak om opphold på skjermingsenhet dersom man ikke gikk med på å følge dagsplanen. Ombudsmannen understreker at avtaler om hviletid ikke må gripe inn i pasientens selvbestemmelse på en måte som gjør at det skal fattes skjermingsvedtak. Det er viktig å sikre at pasienter får mulighet til å klage på ordninger som i realiteten utgjør skjerming og også får se begrunnelsene for et slikt tiltak.

Mange pasienter hadde erfaring med å bli skjermet. Samtaler med pasienter tydet på at skjerming ble opplevd som det primære tvangsmiddelet ved seksjonen. Skjerming ble beskrevet som den forventede reaksjonen ved tilspissede situasjoner inne i enheten. Flere som hadde opplevd skjerming formidlet at de opplevde å ha god kontakt med personalet under skjermingen, men at det var lite innhold og aktiviteter og at det var vanskelig å skjønne hvorfor skjerming var nødvendig for dem. Flere opplevde også at det varte over lengre tid enn de selv opplevde som nødvendig.

Pasienter var i enkelte tilfeller alene i skjermingsenheten mens personalet satt på utsiden av en lukket glassdør ute i ordinær avdeling ved én av sikkerhetsenhetene. Selv om døren mellom pasient og personale var ulåst og av glass er dette en praksis som skaper en avstand til personale og kan øke risikoen for isolasjonsliknende forhold for personen som oppholder seg på skjermingsenhet. Ved avsluttende møte ble det fra ledelsen presisert at dette ikke var ønsket praksis i avdelingen og at en lukket dør var å anse som isolasjon, også når døren var av glass.

Ved psykoseenhet 3 ble skjerming hovedsakelig gjennomført på eget rom fremfor bruk av skjermingsenheten, fordi skjermingsenheten ikke ble vurdert som egnet for lengre opphold (se avsnitt 6.1 *Fysiske forhold på seksjonens skjermingsenheter*). Gjennomføringen av skjerming på eget rom ved psykoseenhet 3 kunne på bakgrunn av samtaler med både personale og pasienter innebære at pasientene hadde lengre opphold alene på eget rom, uten kontakt med personale. Selv om ønsket praksis var at miljøpersonale var i umiddelbar nærhet/rett utenfor døren til pasientrommet, dersom pasienten under skjerming var alene på rommet, kom det frem at dette ikke alltid var tilfelle. Det var flere eksempler på at pasientene var lengre tid på eget rom, med lukket dør, og at de oppfattet at dette var på bakgrunn av føringer fra personalet. Når pasienten henvises til eget rom med en forventning om at vedkommende skal bli der en viss tid, har Helsedirektoratet presisert at en lukket dør vil være å betegne som en stengt dør.³⁸ Ved bruk av skjermingsenheten ved psykoseenhet 3 forekom det at pasienten var på rommet mens personalet oppholdt seg i gangen utenfor rommet

³⁸ Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015, side 2.

som utgjorde skjermingsenheten, med lukket dør (se avsnitt 6.1 *Fysiske forhold på seksjonens skjermingsenheter*). Funn tydet på at det var pasienten som bestemte om denne døren var lukket eller ikke. Samlet er ombudsmannen bekymret for isolasjonselementer i skjermingspraksisen ved psykoseenheten, både når skjerming ble gjennomført på skjermingsenheten og når den ble gjennomført på pasientens eget rom.

Anbefalinger

- Seksjonen bør gjennomgå sin praksis med hviletider etter avtale med pasienter for å sikre at det skrives skjermingsvedtak i de tilfellene avtalene innskrenker pasientens selvbestemmelsesrett.
- Seksjonen bør sikre at det ikke gjennomføres skjerming som i realiteten innebærer isolasjon.

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 pasienten, 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».³⁹ I forarbeidene til psykisk helsevernloven 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 3.⁴⁰

Tvangsmedisinering innebærer et 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»)⁴¹. Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁴² 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.⁴³ Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

³⁹ Psykisk helsevernloven § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁴⁰ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

⁴¹ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁴² Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁴³ 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.» Se Psykiske helsevernloven § 4-4, femte ledd.

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.

De detaljerte kravene til skriftlig begrunnelse korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres av vedtaksansvarlige før behandling uten samtykke eventuelt kan iverksettes.⁴⁴

Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017.

10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

I forkant av besøket oversendte seksjonen en oversikt over antall vedtak om tvangsmedisinering, fordelt per enhet, for 2015, 2016 og så langt i 2017. Det største antall vedtak for disse årene ble fattet ved psykoseenhet 3. Enheten fattet henholdsvis 11 og 17 vedtak i 2015 og 2016, og 16 vedtak i 2017 per 25. september 2017. Lokal sikkerhetsenhet A hadde klart færrest antall vedtak (mellom 1 og 2 hvert år). Lokal sikkerhetsenhet B hadde 7 vedtak i 2016 og 11 så langt i 2017 (ingen vedtak i 2015). Økningen i antall tvangsmedisineringsvedtak i perioden 2015-2017 hadde funnet sted på lokal sikkerhetsenhet B og psykoseenhet 3. Pasientgjennomstrømningen i alle enhetene, og særlig ved de sikkerhetspsykiatriske enhetene, var imidlertid såpass lav at tallene ikke ga grunnlag for å konkludere om ulike praksiser mellom enhetene. Vedvarende forskjeller i enheter med like innleggelseskriterier (de lokale sikkerhetsenhetene) bør likevel føre til en refleksjon over mulig ulik praksis blant de faglig ansvarlige. Det samme gjelder økning i antall vedtak over tid.

Det varierte om pasientene opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om virkning og mulige bivirkninger av medikamentene. Enkelte pasienter, inkludert de som hadde tvangsmedisineringsvedtak, formidlet at medisinene hjalp dem. Noen av pasientene som ble medisinert mot sin vilje opplevde plagsomme bivirkninger. Enkelte rapporterte å ha en løpende dialog med legen vedrørende dette, og at det var rom for å gjøre forandringer i medisineren, selv om de ikke alltid følte seg hørt. Andre mente de hadde fått lite informasjon om både grunnlaget for medisinering, og eventuelle bivirkninger, og at deres bekymringer ble avfeiet. Flere som mottok medisiner i depot (sprøyte) opplevde dette som spesielt belastende, ydmykende og smertefullt. Flere informerte om at de ikke hadde mottatt skriftlig vedtak om tvangsmedisinering. Enkelte pasienter visste ikke om de mottok medikamenter frivillig eller på tvang, og enkelte sa at de tok medisiner frivillig for å unngå tvangsvedtak. Det syntes likevel som pasientene ble informert om sin klagerett til Fylkesmannen ved underretning om tvangsmedisineringsvedtak, og enkelte hadde også erfaring med å klage.

10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke

I forbindelse med besøket ble et utvalg vedtak om tvangsmedisinering fra hver enhet gjennomgått. Vedtakene var fattet både i forkant og i etterkant av lovendringene som trådte i kraft 1. september 2017. Flere av vedtakene fattet rett i forkant av lovendringene inneholdt samtykkekompetansevurderinger. Én vurdering av manglende samtykkekompetanse, som var fattet etter lovendringene trådte i kraft, var ikke godt understøttet av de faktiske vurderingene av pasientens fremtreden. I det aktuelle tilfellet ble det argumentert for at det var «lite sannsynlig» at pasienten forsto konsekvensene for å motta eller ikke motta behandling. Det minnes om at det ifølge lovteksten skal

⁴⁴ Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

være «åpenbart» at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, grunnet sin tilstand, og at kravet derfor er strengere enn det ble argumentert for i denne vedtaksbegrunnelsen.⁴⁵

Gjennomgående inneholdt journalnotater utarbeidet i forbindelse med tvangsmedisinering grundige beskrivelser av sykdomshistorikk og tidligere behandlingshistorikk, inkludert virkning og bivirkning av ulike medikamenter (i de fleste tilfeller). I tilfeller der dette var aktuelt, inneholdt de også beskrivelser av hvordan pasienten hadde fungert uten medisiner. Ut fra dokumentene fremgikk det at pasientene ble personlig undersøkt av faglig ansvarlig behandler, og at reglene om obligatorisk undersøkelsestid ble overholdt. Det ble imidlertid i varierende grad tatt uttrykkelig stilling til alle lovens vilkår etter § 4-4 i psykisk helsevernloven. En del steder inngikk vurderingen av vilkårene kun implisitt av teksten, andre steder ble ikke alle vilkår tatt stilling til. Det forekom også at vilkårene ble nedtegnet som standardisert tekst uten at de ble begrunnet konkret for den aktuelle pasienten (for eksempel hvordan akkurat denne pasienten med stor sannsynlighet ville ha en bedring i sin tilstand ved bruk av legemiddelet). I en del vedtak ble det i teksten blandet inn vilkår for selve innleggelsen (§ 3-3) i vurderinger om behandling uten eget samtykke (§4-4). Dette gjaldt særlig at behandlingsskriteriet for §3-3 vedtak ble trukket inn i vedtak om behandling uten eget samtykke.

Enkelte av vedtakene var nedtegnet etter 1. september 2017, og det ble da benyttet en ny mal som også la opp til at begrunnelsene for at de enkelte vilkårene etter § 4-4 i psykisk helsevernloven var oppfylt, ble ført i selve vedtaksskjemaet. Det nye vedtaksskjemaet ivaretok de fleste relevante vilkår i tråd med psykisk helsevernloven § 4-4a,⁴⁶ med unntak av de materielle vilkårene i § 4-4 første ledd (at undersøkelse og behandling skal være klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis) og i andre ledd (at legemiddelbehandlingen bare kan gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger).⁴⁷

Anbefalinger

- Seksjonen 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 alltid inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.

⁴⁵ Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser, kommentarer til § 2-1. Hovedregelen om samtykke, avsnitt 2. «Hvem som har samtykkekompetanse, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3?».

⁴⁶ Psykisk helsevernloven § 4-4a *vedtak* gir en utførlig beskrivelse av hva et vedtak for behandling uten eget samtykke skal inneholde.

⁴⁷ Både lovens forarbeider (Ot.prp.nr.11 (1998-1999) sidene 103–111) og Helsedirektoratets veileder om Fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4 klargjør at dette er materielle vilkår som skal begrunnes i hvert enkelt tilfelle.

11 Andre inngrep i personlig integritet og frihet

11.1 Husordensregler

Det følger av både menneskerettslige standarder og psykisk helsevernloven § 4-2 at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Samtidig har institusjonen adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap.⁴⁸ Husordensregler kan ikke inneholde bestemmelser som utgjør inngrep i pasientenes rett til respekt for privat- og familieliv, ytringsfrihet, religionsfrihet eller andre grunnleggende rettigheter og friheter. Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ifølge Grunnloven § 113 ha grunnlag i lov. Fra et forebyggingsperspektiv utgjør strenge husordensregler også en risiko for at det utvikles en uheldig institusjonskultur som ikke fremmer god pasientbehandling.

Seksjonen sendte i forkant av besøket sine interne husordensregler. Det ble formidlet at pasientene fikk disse utdelt og at de ble gjennomgått ved ankomst til enhetene. Psykoseenhet 3 hadde en egen mappe med informasjon på hvert pasientrom der reglene også var tilgjengelige. Husordensreglene inneholdt en formulering om at «mobilen låses inn når den ikke er i bruk». Dette ble sagt at dette ikke lenger var en praksis som ble fulgt, og at alle pasienter som ikke hadde egne vedtak om dette, fikk ha mobilene selv. Ledelsen formidlet i avsluttende møte husordensreglene ville bli oppdatert på dette punktet. Flere pasienter formidlet at samtaler i miljøet rundt rus og til dels rundt egen situasjon og sykdom ble formidlet av personalet at var uønskede samtaletema. Flere pasienter formidlet at dette var regler de skjønnte og ønsket selv.

11.2 Utgangsrestriksjoner

Alle utgangsdører til alle enheter ved seksjonen var låst. Pasientenes mulighet for utgang var regulert gjennom såkalt «utgangsstatus». Denne var spesifisert i pasientens behandlingsplan. Flere pasienter hadde restriksjoner i muligheten for utgang. Enkelte hadde restriksjoner i hvor de kunne gå (for eksempel utgang begrenset til nærmiljøet) eller hvor ofte og hvor lenge de kunne være ute, eller kun utgang i følge med en eller flere ansatte. En del pasienter opplevde utgangsrestriksjoner som en av det mest inngripende begrensningene ved oppholdet. Funn viste samtidig at de faglig ansvarlige, i samråd med øvrig personale, foretok reelle og kontinuerlige vurderinger av nødvendigheten av slike restriksjoner. Dette innebar at bevegelsesmulighetene tidvis ble strammet inn etter for eksempel rømninger eller rusbruk. Enkelte pasienter opplevde dette som en form for straff, mens andre mente at inndragninger i utgang ble gjort kun ut fra nødvendighet. Enkelte pasienter som hadde utgang med følge av personal formidlet at utgang til visse aktiviteter av og til kunne bli begrenset av bemanningshensyn (se også avsnitt 6.3 *Aktivisering*).

11.3 Begrensninger i kontakt med omverdenen

Funn under besøket tydet på at det kunne forekomme kontroll av besøk ved tilstedeværelse av ansatte i besøksrommet, uten at det ble tatt stilling til om de strenge vilkårene etter psykisk helsevernloven § 4-5 for slik kontroll forelå. Enkelte pasienter formidlet også at de ble nektet besøk av ulike personer, også dette uten at det ble fattet vedtak. Ombudsmannen har tidligere tolket besøkskontroll som en «innskrenking» i kontakt med omverdenen etter psykisk helsevernloven § 4-

⁴⁸ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 59-60.

5.⁴⁹ I avsluttende møte ble det fra behandlingsansvarlige formidlet at det nylig var etablert en praksis som skulle sikre vedtak i slike situasjoner.

Det var varierende hvorvidt enhetene hadde tilgang til trådløst nett. En av sikkerhetsenhetene hadde gratis trådløst nett til pasientene som en prøveordning, den andre hadde det ikke. Flere pasienter som var innlagt over lang tid uttrykte frustrasjon over at privat økonomi begrenset kontakten med omverdenen ble. Offentlige tjenester digitaliseres i økende grad og manglende tilgang til trådløst nett kan gjøre det vanskelig å få ordnet praktiske oppgaver som kontakt med Nav, å få tilgang til elektronisk pasientjournal og å ivareta kontakt med familie og venner. Dette blir særlig satt på spissen når pasienter har mange restriksjoner og er innlagt over lengre tid.

Anbefaling

- Det bør sikres at det ikke gjennomføres besøkskontroll eller nekting av besøk uten at lovens krav er oppfylt og at vedtak nedtegnes.

11.4 Rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking

Seksjonen oversendte i forkant av besøket prosedyre for kroppsvisitasjon og bruk av metalldetektor (det siste for bruk ved sikkerhetsenhetene). Retningslinjen beskrev hensikt, omfang, ansvar og fremgangsmåte for kroppsvisitasjon og bruk av metalldetektor ved seksjonen. Det ble beskrevet at det skulle foretas rutinemessige kroppsvisitasjoner «av pasienter, ved innleggelse, etter permisjoner og aleneutgang eller andre situasjoner som tilsier det». Gjennomføringen av manuell kroppsvisitasjon og bruk av metalldetektor ble detaljert beskrevet. Det ble beskrevet at minimum to ansatte skulle være til stede, og at minst én av de ansatte som visiterte skulle ha samme kjønn som pasienten. Det ble beskrevet at «kroppsvisitasjon er et svært inngripende tiltak som må gjennomføres så skånsomt som mulig. Visitasjon skal ikke gå lenger enn nødvendig.»

Samtaler med pasienter tydet på at kroppsvisitasjon ble gjennomført på en respektfull måte. Enkelte pasienter formidlet likevel denne rutinemessige kontrollen som belastende. Flere formidlet at de opplevde lite fleksibilitet rundt om dette var nødvendig akkurat i forhold til dem, mens andre opplevde kontrollene som betryggende for egen sikkerhet (se også kapittel 13 *Institusjonskultur*).

⁴⁹ Se rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Sørlandet sykehus, Kristiansand, 7.-9. september 2015, side 26.

12 Klage og kontroll

12.1 Menneskerettslige 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. »⁵⁰

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 authorized, 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.⁵¹

12.2 Kontrollkommisjonen ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad

I forkant av besøket var det nylig blitt tilsatt en ny leder for den lokale kontrollkommisjonen ved seksjon for psykosebehandling ved Gaustad. Det ble derfor gjennomført samtaler med denne lederen både i forbindelse med besøket og noe senere i tid. Ombudsmannen er kjent med at det har vært omfattende interne vansker i kommisjonen i forkant av denne utskiftingen. Det skal ikke ha vært jevnlig faste møter mellom kommisjonen og faglig ledelse ved seksjonen, og det skal ikke ha vært utført velferdskontroller. Det fremkom også eksempler på kritikkverdig saksbehandling under den tidligere ledelsen av kontrollkommisjonen. En åpenbar påpekning til kontrollkommisjonen vil være at det var blitt godkjent såkalte samlevedtak ved bruk av tvangsmidler for tidligere omtalt pasient (se kapittel 7 *Rettsikkerhet ved tvangsbruk*), angivelig uten at kontrollkommisjonen over lengre tid påpekte formen for vedtaksføring eller problematiserte den langvarige bruken av tvang ovenfor pasienten. Det minnes om at kontrollkommisjonen på eget initiativ skal ta opp saker med langvarig bruk av tvang med institusjonen, og at det skal meldes til Fylkesmannen dersom «det avdekkes alvorlige mangler eller fremkommer andre alvorlige opplysninger om tvangsmiddelbruken.»⁵² Man er ikke kjent med at dette ble gjort i dette tilfellet.

⁵⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

⁵¹ Se psykisk helsevernloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-4a andre ledd.

⁵² Helsedirektoratet i brev til Helse Nord RHF, referansenr 16/39643-1.

Ved innsettelse av ny leder for Kontrollkommisjonen var det etablert faste møter mellom faglig ansvarlige og kommisjonen, der alle pasientenes helhetlige situasjon jevnlig ble gjennomgått, inkludert bruk av tvang, utgangsrestriksjoner og aktivitetstilbud. Det fremkom også at kommisjonen besøkte enhetene jevnlig og oppsøkte pasienter med tilbud om samtaler, og at kommisjonens medlemmer selv undersøkte forholdene pasientene levde under.

Samtaler med pasienter tydet på at pasientene stort sett kjente til både kontrollkommisjonen og Fylkesmannen, og hvilken instans som skulle motta hvilke klager. Det var flere som hadde erfaring med å klage. Mange formidlet at de ikke opplevde det som nyttig å klage, og at de uansett ikke ville få medhold. Flere uttrykte at de syntes det var vanskelig at man kun kunne klage til kontrollkommisjonen hver 6. måned.

Under ombudsmannens forebyggingsmandat er hensikten å forebygge tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse, både på den enkelte institusjon den besøker, og ved liknende institusjoner i resten av landet. Det viktigste for ombudsmannen vil da være å understreke hva som er god praksis, og påpeke forhold som gir risiko for krenkelser. Slik Kontrollkommisjonens drift fremsto med ny leder, finner ikke ombudsmannen grunn til bekymring for dens virke per i dag.

Det var god og tydelig informasjon om ulike klageinstanser lett tilgjengelig slått opp på en tavle inne på enhetene, inkludert kontaktinformasjon til Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen. Kontrollkommisjonen hadde også hengt opp en oversikt over møtetider ved seksjonen i enhetenes fellesareal.

13 Institusjonskultur

13.1 Menneskerettslige 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.⁵³

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) 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.»⁵⁴

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.⁵⁵ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

Et høyt fokus på mulig voldsrisiko, gjør det spesielt viktig ved en sikkerhetsavdeling at det er klare ledelseslinjer som hindrer at subkulturer kan få danne seg rundt hvordan man håndterer dette. Videre har forskning vist at behandlingsmiljøet innen døgnenheter i psykisk helsevern er viktig for utbyttet og kvaliteten for behandlingen for pasienter med psykoselidelser.⁵⁶

13.2 Institusjonskultur ved seksjon for psykosebehandling, Gaustad

Mange av pasientene ved alle enheter beskrev at de ble behandlet med respekt og medmenneskelighet av de ansatte. Pasientene formidlet gjennomgående at de følte seg trygge på sin personlige sikkerhet ved enhetene. Flere pasienter, særlig ved sikkerhetsenhetene, opplevde et høyt rutinemessig fokus på sikkerhet, for eksempel i forbindelse med besøk og ved ransaking etter turer ut. De opplevde at det ikke var muligheter for å oppnå tillit slik at noen av disse reglene kunne lempes på. Andre sa at de forsto at sikkerhetsfokuset måtte være høyt, og at dette bidro til at de selv følte seg trygge.

Det var klare funn på at mange ansatte som jobbet på alle nivå i seksjonen hadde høy faglighet og etisk standard. Dette gjenspeilet seg både i samtaler, i gjennomgått skriftlig materiale og ved

⁵³ FN's 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.

⁵⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

⁵⁵ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

⁵⁶ Se Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013), IS-1957, side 69, kapittel 8.6.1.: Sykehusmiljøet betyding.

observasjoner under besøket. Det syntes som ansatte jevnt over var godt trent i å ha en så lite konfliktskapende kommunikasjon som mulig med pasientene.

Det var noe variasjon i den uformelle ledelsesstrukturen i de ulike enhetene. Fokuset på sikkerhet preget kulturen ved begge sikkerhetsenhetene. Ombudsmannen så under sitt besøk at avveiningene mellom sikkerhet og andre hensyn syntes å kunne skape noe strengere praksis der strukturen ble opplevd som flatere. Dette ved at erfarent miljøpersonalet la føringer om praksis i noe større grad her. Det var imidlertid ikke tydelige funn på uklare ledelseslinjer og egne subkulturer ved ombudsmannens besøk.

Det fremkom under besøket at det hadde vært utfordringer med arbeidsmiljøet ved psykoseenheten, og at dette blant annet innebar at det tidligere hadde vært varierende grad av oppfølging av behandlingsplaner og retningslinjer. Det var imidlertid funn på at det ble jobbet systematisk med dette ved enheten, og funnene under besøket gav ikke klar grunn til bekymring vedrørende dette.

Rutinene for melding ved hendelser (avvik) og oppfølgingen av ansatte etter alvorlige hendelser syntes å være god. Dette er viktig for å forebygge en kultur preget av frykt og følelse av å stå alene uten støtte i ledelse.

14 Medvirkning og informasjon

Per besøkstidspunktet var det ikke et aktivt brukerråd som hadde god kjennskap til seksjonen, verken på seksjons- eller avdelingsnivå. Et tidligere brukerråd i seksjonen var blitt avviklet i 2016, angivelig grunnet vansker med å rekruttere inn i dette brukerrådet. Det var planlagt et brukerråd på avdelingsnivå (avdeling for døgnbehandling), men dette var ikke kommet i stand under besøket. Det var et aktivt brukerråd for hele klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus, men denne syntes å være lite knyttet til lokale seksjoner som den ved Gaustad. Det fremkom ikke at pasienter eller andre brukerrepresentanter var involvert i system- eller planarbeid ved enheten. Forskning viser at bruk av såkalte erfaringskonsulenter kan føre til effektive holdningsendringer i en helsetjeneste, samt være et viktig ledd i den enkelte pasients bedringsprosess.⁵⁷ Det kom frem under besøket at man hadde jevnlig pasientundervisning med aktuelle tema for alle enhetene (for eksempel om rusmestring, individuell plan og fysisk aktivitet). I tillegg ble det vektlagt at man sørget for brukermedvirkning i den enkelte pasients behandling blant annet gjennom aktivt bruk av individuell plan. Flere pasienter ombudsmannen snakket med formidlet likevel at de opplevde liten grad av muligheter på å medvirke til utformingen av egen behandling og det generelle aktivitetstilbudet ved enheten.

Etter lovendringene som ble gjort 1. september 2017 er det et krav til evaluering med pasienten etter bruk av en rekke tvangstiltak.⁵⁸ Ombudsmannen har i tidligere rapporter understreket viktigheten av å tilby samtaler til pasientene etter bruk av tvang.⁵⁹ Under besøket ble det funnet at bruk av mekaniske tvangsmidler oftest ble gjennomgått grundig med pasienter i ettertid. En gjennomgang av journalnotater og vedtaksbegrunnelser gav inntrykk av at man prøvde å få tak i bakgrunnen for at situasjonen tilspisset seg, for å unngå dette i fremtiden, og at spesifikke tiltak ble utformet for å forebygge nye tilspissede situasjoner. Slike gjennomganger med pasienten var godt dokumentert også i forkant av lovendringene trådte i kraft. Enkelte ansatte var likevel litt uklare på hva en slik evaluering skulle inneholde, og det ble av noen ansatte formidlet at det var viktig å «debriefe» og få frem personalets opplevelser i slike evalueringer. Det bør klargjøres for alle ansatte at evalueringer etter tvangsbruk skal ha fokus på pasientens opplevelser. Debriefing av ansatte bør gjennomføres som et eget tiltak, klart atskilt fra evalueringssamtalen med pasienten. Bevisstheten om lovendringene og kravet om evaluering syntes godt kjent blant faglig ansvarlige i seksjonen.

⁵⁷ Helsedirektoratet (2014), IS-2076; sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, side 21.

⁵⁸ Dette gjelder skjerming som pasienten har motsatt seg (§ 4-3) bruk av tvangsmidler (§4-8), undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4-4), undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvitasjon (§4-6 første ledd og § 4a andre og tredje ledd), rusmiddeltesting uten pasientens samtykke (§4-7a andre ledd).

⁵⁹ Se for eksempel rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.-22. september 2017.

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

