

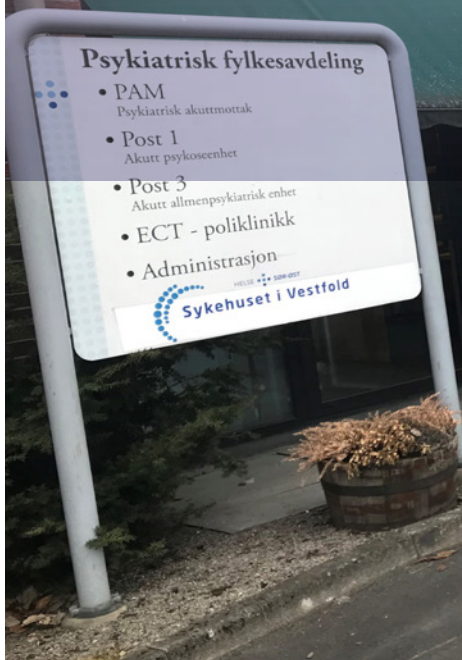


SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner

10.-12. april 2018



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Sykehuset i Vestfold Klinikk for psykisk helse og rusbehandling
v/klinikkssjef Finn Hall
3103 TØNSBERG

Vår referanse
2018/751

Deres referanse

Vår saksbehandler
Jannicke Godø

Dato
17.10.2018

Oversendelse av rapport etter besøk til Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner.

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner, 10.-12. april 2018.

Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter ved de akuttpsykiatriske seksjonene, pårørende, ansatte og andre som ønsker å lese den.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 18. januar 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:
Helse Sør-Øst
Helsedirektoratet
Helse- og omsorgsdepartementet
Fylkesmannen i Vestfold
Kontrollkommisjon 1 Sykehuset i Vestfold



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner

10.-12. april 2018

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat	4
2	Tortur og umenneskelig behandling	5
3	Sammendrag	6
	Anbefalinger	8
4	Generell informasjon om Psykiatrisk fylkesavdeling, seksjoner for akuttpsykiatri	10
5	Gjennomføring av besøket	11
6	Fysiske forhold og aktivisering	12
	6.1 Fysiske forhold på akuttseksjonene.....	12
	6.2 Åpenhet og informasjon	14
	6.3 Aktivisering og turer ut i friluft	14
7	Bruk av tvangsmidler	16
	7.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttseksjonene.....	16
	7.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng) og annet utstyr i forbindelse med tvangsmiddelbruk	17
	7.2.1 Varighet av mekaniske tvangsmidler	19
	7.3 Bruk av kortvarig fastholding	21
	7.4 Evalueringssamtaler etter tvangsmiddelbruk.....	23
8	Forhold som påvirker tvangsmiddelbruk	24
	8.1 Innsats for å redusere tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene.....	24
	8.2 Institusjonskultur	25
	8.2.1 Institusjonskultur og tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene	25
	8.3 Kapasitet og bemanning	29
	8.4 Aktivisering av pasienter.....	29
	8.5 Gjennomgang av hendelser som forebyggende tiltak.....	30
9	Bruk av skjerming	32
	9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	32
	9.2 Bruk av skjerming.....	32
	9.3 Gjennomføring av skjerming.....	33
10	Behandling uten eget samtykke	35
	10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	35
	10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinerings.....	36
	10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke	37
11	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	39
	11.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	39
	11.2 ECT-behandling ved sykehuset i Vestfold	41
	11.3 ECT på nødrettslig grunnlag ved sykehuset i Vestfold.....	41

12 Klage og kontroll.....	43
12.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	43
12.2 Kontrollkommisjonen ved Psykiatrisk fylkesavdeling, herunder akuttseksjonene, sykehuset i Vestfold	43

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013. Konvensjonen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at personer som er fratatt friheten skal utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Sivilombudsmannen fikk denne oppgaven, og det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved vårt kontor til å utføre denne.

Enheten besøker regelmessig 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 oppholder seg der. Videre har Sivilombudsmannen tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres.

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

Ombudsmannens vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom 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. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet lokale retningslinjer, tvangsvedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger om hvordan stedet kan 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. Det samme forbudet er også 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 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

Den 10.-12. april 2018 besøkte Sivilombudsmannens forebyggingsenhet seksjonene for akuttpsykiatri ved sykehuset i Vestfold, Tønsberg. Seksjonene bestod av psykiatrisk akuttmottak med 9 sengeplasser, seksjon døgn akutt allmennpsykiatri med 12 sengeplasser og seksjon døgn akutt psykose med 15 sengeplasser.

Sykehusets ledelse informerte om at et nytt sykehusbygg for blant annet akuttpsykiatri var under bygging, med planlagt innflytting i april 2019. De nye arkitektoniske løsningene ble gjennomgått i møte med ledelsen, og man så at de blant annet la opp til økt nærhet mellom personale og pasienter.

Seksjonene for akuttpsykiatri, og spesielt enkelte av skjermingsenhetene, var slitte og lite egnet til å ivareta pasientenes trygghet og verdighet. Inne på seksjonene fantes det lite eller ingen informasjon på seksjonenes tavler, hverken om aktiviteter, pasientrettigheter eller om kontroll- og tilsynsmyndigheter.

Aktivitetstilbudet fremsto som lite tilpasset pasienter som var innlagt på avdelingen, og det manglet en felles forståelse blant ansatte om at aktiviteter kan forebygge vold og bruk av tvang. Mange pasienter vi snakket med, hadde hatt få eller ingen turer ut i friluft. Det kom frem at både ansatte og pasienter opplevde at kapasiteten var for dårlig til å gjennomføre turer ut for dem som var pålagt å ha følge.

I følge nasjonale tall (2016) ligger Psykiatrisk fylkesavdeling høyt i bruk av tvangsmidler. Tall innsendt til ombudsmannen viste at den største andelen vedtak om tvangsmiddelbruk siste år var blitt fattet på akuttseksjonene. Disse tallene viste også at det hadde vært en økning både i bruk av mekaniske tvangsmidler og kortvarig fastholding på akuttseksjonene siste år.

Beltelegginger varte oftest i én til noen få timer, og det ble i mange tilfeller raskt forsøkt utlåsning. Siste år hadde det imidlertid også vært flere tilfeller av beltelegginger som varte over lengre tid, det var flere tilfeller av beltelegginger i over seks timer, og i ett tilfelle i over tre døgn.

Seksjon for psykose hadde en spyttmaske sammen med de mekaniske tvangsmidlene. Det ble ikke funnet under besøket at denne var blitt brukt, men ombudsmannen påpeker at bruk av spyttmaske er svært inngripende og at tilgjengeligheten av spyttmasker i seg selv kan økte sjansen for bruk. Dokumentgjennomgangen viste at politiet i to tilfeller hadde vært involvert i beltelegging av en pasient.

Som ledd i arbeidet for å redusere tvangsmiddelbruk, skulle miljøpersonale forsøke fastholding før man vurderte bruk av belter. Til tross for dette, hadde bruken av *både* belter og fastholding økt de siste årene. Det kom frem flere forhold som ga grunn til bekymring om hvordan pasienter ble fastholdt. Under besøket møtte vi flere pasienter som hadde blåmerker og noen hadde sår etter konfrontasjoner med ansatte. Det kom frem at det ikke alltid ble fattet vedtak når pasienter ble lagt i gulvet, og hendelser som medførte fastholding og nedleggelse i gulvet, var ofte mangelfullt beskrevet i journalen. Flere forhold avdekket i forbindelse med besøket, tydet på at det forelå en reell risiko for overdreven maktbruk. Vi fikk kjennskap til flere tilspissede situasjoner mellom pasienter og personale som ble håndtert på en brutal måte av ansatte.

Ledelsen for Psykiatrisk fylkesavdeling og for akuttseksjonene ga uttrykk for bekymring over økningen i bruk av tvangsmidler siste år, og understreket at fokuset på å forebygge og redusere tvangsmiddelbruk var høyt. Det kom frem at ledelsen siste år hadde gjennomført flere grep for å

skape en mer enhetlig kultur. Det var i tillegg planlagt større organisatoriske endringer i forbindelse med flyttingen.

Akutenhetene ved Tønsberg hadde alle egne nattevakter. Denne gruppen ansatte fremsto som mer distansert fra ledelse og øvrig miljø. Det ble rapportert om dårlig grunnbemanning på natt, samtidig som mange nye innleggelser skjedde i denne perioden. Dette økte arbeidsmengden og risikoen for utøvelse av tvang. Det syntes som at et høyt sikkerhetsfokus og til dels strenge rammer preget nattevakten. Det kom også frem at nattevaktene i veldig liten grad deltok i treninger.

Evalueringssamtaler etter tvangsbruk ble ikke alltid gjennomført, og ombudsmannen savnet en systematisk og mer aktiv bruk av evalueringssamtaler som ledd i pasientens rett til å medvirke og i arbeidet for å redusere bruk av tvang. De eksemplene vi så på gjennomgang av tvangsbruk, viste at man sjelden endte med kritikk mot tvang som var blitt brukt, eller at man påpekte hvordan denne kunne vært forebygget. Enkelte justeringer i behandlingsplaner tydet på at det var reflektert noe over hvordan sykehuset kunne unngå liknende situasjoner, men dette var ikke konkret formulert og ble i varierende grad fulgt opp.

Det hadde vært en økning i antall skjermingsvedtak siste år, og noen av disse var av lengre varighet. Det kom samtidig frem eksempler på god praksis under skjerming, der menneskelig kontakt og felles aktiviteter med ansatte gjennom dagen ble vektlagt. En del tvangsmiddelbruk i skjermingsenhet ble likevel utløst av at pasienten følte seg innelåst og prøvde å komme seg ut. Vi så også eksempler på at såkalte «korrigeringer» av pasientens atferd og innstramninger i pasientens handlingsrom bidro til uro og en eskalerende situasjon i etterkant av dette. Omfanget av korrigeringer syntes å variere mellom ulike vaktlag. Det var også stor variasjon i hvor godt aktiviteter for pasienter under skjerming ble brukt miljøterapeutisk for å unngå uro og eskalering av situasjoner.

Det hadde vært en nedgang i tvangsmedisineringsvedtak siste år. I all hovedsak fant vi at de faglig ansvarlige forsøkte å få til et samarbeid med pasientene om medisinerings. Samtidig viste en gjennomgang av vedtak om tvangsmedisinerings at særlig lovens vilkår om at pasienten skal mangle samtykkekompetanse ikke alltid var tilstrekkelig beskrevet. Flere av pasientene vi snakket med oppga at de hadde blitt dårlig informert om potensielle bivirkninger av medikamentene de fikk. Enkelte pasienter beskrev plagsomme bivirkninger, og flere fortalte at medisinerings innebar et stort inngrep i tanke- og følelseslivet deres.

Sykehuset hadde gjennomført et lite antall ECT-behandlinger på grunnlag av nødrett siste 2,5 år. En journalgjennomgang tydet på at terskelen for å igangsette dette var høy. Flere elementer ved beslutningene om ECT står likevel i et problematisk forhold til nødretten, og funnene belyser flere av de problematiske sidene ved bruk av straffelovens nødrettsbestemmelse som grunnlag for en så inngripende behandling som ECT.

Kommunikasjonen mellom sykehuset og kontrollkommisjonen syntes ryddig og etterrettelig, og pasientene virket informert om deres klagerett. Kontrollkommisjonen oppsøkte ikke alle nylig innlagte pasienter i døgnsesksjonene under sine kontroller og det manglet oppslag om kontrollkommisjonenes møtetidspunkter inne på seksjonene.

Anbefalinger

Fysiske forhold og aktivisering

Anbefalinger

- Sykehuset bør ivareta akuttinnlagte pasienters verdighet ved å sikre at lokalene holdes rene og vedlikeholdte.
- Sykehuset bør sørge for at det finnes god og tilgjengelig informasjon om pasientrettigheter, tilsyns- og klageorganer og brukerorganisasjoner for alle pasienter.
- Sykehuset bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.
- Alle pasientene, inkludert pasienter i skjermingsenhet, bør sikres tilbud om minst én times daglig opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.

Bruk av tvangsmidler

Anbefalinger

- Sykehuset bør presisere overfor ansatte hvilke situasjoner som krever vedtak om isolasjon.
- Sykehuset bør fjerne spyttmasker i sine seksjoner.
- Politiet bør ikke være involvert i bruk av mekaniske tvangsmidler på sykehuset.
- Det bør iverksettes ytterligere tiltak for å sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes straks faren for skade er opphørt.
- Sykehuset bør sikre at fastholding skjer på mest mulig skånsom måte, og at pasientene beskyttes mot unødig maktbruk.
- Sykehuset bør sikre at måten fastholding og annen maktbruk blir gjennomført på, dokumenteres i pasientens journal.
- Sykehuset bør sikre at det alltid fattes vedtak når en pasient blir holdt fast.
- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for å sikre at alle pasienter som har krav på det, mottar tilbud om evaluering etter tvangsmiddelbruk.
- Sykehuset bør gjennomgå hvordan evalueringer etter tvangsbruk brukes til å forebygge ny tvangsbruk og i utformingen av behandlingen til den enkelte pasient

Forhold som påvirker tvangsbruk

Anbefalinger

- Sykehuset bør gjennomgå mulige årsaker til den høye bruken av tvang ved sine akuttpsykiatriske seksjoner. Dette bør skje ved en helhetlig tilnærming, som også inkluderer å arbeide med å forebygge at situasjoner eskalerer slik at tvangsbruk blir nødvendig.
- Sykehuset bør ha fokus på hvordan aktiviteter og evaluering av tvangsmiddelbruk kan brukes mer aktivt for å forebygge bruk av tvang.
- Ordningen med egne nattevaktslag bør vurderes endret.
- Sykehuset bør gjennomgå kapasitetssituasjonen til sine akuttseksjoner, både med tanke på det totale døgnplasser, antall ansatte og andelen faglærte.

Bruk av skjerming**Anbefaling**

- Sykehuset bør sikre at pasienter som er plassert på skjermingsenhet, mottar god behandling av personale på alle vakter.

Behandling uten samtykke**Anbefaling**

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

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)**Anbefaling**

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

4 Generell informasjon om Psykiatrisk fylkesavdeling, seksjoner for akuttpsykiatri

Psykiatrisk Fylkesavdeling (PFA) er sykehuset i Vestfold sitt behandlingstilbud innen voksenpsykiatri på sykehusnivå for sitt opptaksområde (i overkant av 240 000 innbyggere). PFA har seks døgnsseksjoner (sykehusposter med inneliggende pasienter), i tillegg til fem spesialpoliklinikker. De tre akuttseksjonene ombudsmannen besøkte, har ansvar for øyeblikkelig hjelp for opptaksområdet, og de har en felles ledelse. Akuttseksjonene er lokalisert i Tønsberg, på sykehusområdet til sykehuset i Vestfold.

Som beskrevet under har de tre akuttseksjonene ulike funksjoner og målgruppe. Sykehuset opplyste at det de siste årene har vært en oppmykning i målgruppeformulering mellom postene. Fra at man i mindre grad sorterte etter diagnoser, til i større grad å være opptatt av å sikre få flyttinger mellom seksjoner. Videre ble det formidlet at det også var en fleksibilitet i behandlerressurser og miljøpersonale mellom seksjonene. Det var likevel en tydelig profil på de tre akuttseksjonene.

- **Psykiatrisk akuttmottak (PAM):** De fleste pasienter som innlegges PFA sine døgnsposter, starter med en akuttinnleggelse ved PAM. Mottagende enhet for akutte innleggelser tar hele døgnet imot pasienter fra Vestfold som trenger innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Seksjonen har 9 sengeplasser, 1 skjermingsplass. I all hovedsak innlegges det her voksne personer over 18 år. Avdelingen har imidlertid også en akuttfunksjon for pasienter under 18 år, men forsøker da å gjennomføre en rask overføring til BUPA. På besøkstidspunktet var det ingen pasienter under 18 år på seksjonen. Gjennomsnittlig liggetid var i underkant av 2 døgn siste år. Det kom imidlertid frem under ombudsmannens besøk at en del pasienter, primært med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, kunne ha lengre innleggelser på denne seksjonen. Dette da man ønsket minst mulig flyttinger og kortest mulig innleggelser for denne målgruppen.
- **Døgn akutt allmennpsykiatri (tidligere «Post 3»):** 12 sengeplasser, 2 skjermingsplasser. Gjennomsnittlig liggetid var mellom 2 og 3 uker 2016 og 2017, mens foreløpige tall for 2018 var 13 dager. I 2017 var 69% av innleggelsene frivillige, resten på tvang. Pasientgruppen er sammensatt, men det er flest pasienter med affektive lidelser. Også pasienter med alvorlig spiseforstyrrelsesproblematikk legges inn på denne seksjonen, ofte i samarbeid med Poliklinikk for spiseforstyrrelser (SPIS). Pasienter innlagt ved PFA for ECT-behandling vil være innlagt denne seksjonen.
- **Døgn akutt psykose (tidl. «Post 1»):** 15 sengeplasser, 4 skjermingsplasser. Gjennomsnittlig liggetid på rundt 3 uker siste årene. I 2017 var 28 % av innleggelsene frivillige, resten var under tvang. Seksjonen er fysisk delt i en nordside (7 plasser) og en sørside (stabiliseringsenheten, 8 plasser). Døgn Akutt psykoseseksjon (nord) tar imot pasienter hvor psykose er en sentral del av tilstandsbildet. Stabiliseringsenheten (sør, også kalt «stab»-stabilisering) tar imot pasienter som grunnet uro eller lignende vurderes å ha behov for tettere oppfølging og trygging, og målgruppen er ikke begrenset til psykoser.

5 Gjennomføring av besøket

I februar 2018 ble Psykiatrisk fylkesavdeling, Sykehuset i Vestfold, varslet om at vi ville gjennomføre et besøk til fylkesavdelingens døgnenheter i perioden april til juni 2018. Datoen for besøket ble ikke oppgitt. Vi gjennomførte besøket 10.-12. april 2018.

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

Besøket ble innledet med en befaring av de tre døgnenheterne i Tønsberg. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, utearealer, lagerrom med beltesenger og andre tvangsmidler, besøksrom og vaktrom. Senere samme dag gjennomførte vi et innledende møte med avdelingsledelsen og seksjonsledelsen.

I løpet av de neste dagene gjennomført vi private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og enhetsledere. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt. Vi var også tilstede under nattevakt, da det var egne nattevaktslag på seksjonene.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte, og etterspurt informasjon i forkant, under og i etterkant av besøket ble gitt på en ryddig og oversiktlig måte. De informasjonsplakatene vi sendte på forhånd, var hengt opp på alle enhetene og ansatte var orientert om vårt besøk.

I utgangspunktet hadde vi varslet at alle døgnenheter ved avdelingen skulle besøkes, men i løpet av besøket ble det besluttet å avgrense besøket til seksjonene for akuttpsykiatri som var lokalisert i Tønsberg.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog)
- Anette Hansen (seniorrådgiver, administrasjonsavdelingen hos Sivilombudsmannen)

6 Fysiske forhold og aktivisering

6.1 Fysiske forhold på akuttseksjonene

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 viste 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 for 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

Da vi varslet om vårt besøk, informerte sykehusets ledelse om at et nytt sykehus var under utbygging, med planlagt innflytting april 2019. Under besøket fikk vi en innføring i utbyggings- og omorganiseringsplanene. Det nye bygget skal romme fire enheter med akuttpsykiatri-funksjon. I tillegg skal seksjon for alderspsykiatri også flytte inn i lokalene (disse var på besøkstidspunktet lokalisert på Granli, ca. 15 minutters reisevei fra sykehusområdet i Tønsberg). Dette vil bety en utvidelse av antall enheter med akuttpsykiatri-funksjon, og det innebærer også et økt antall sengeplasser med i alt 4 senger. Det var planlagt en betydelig omorganisering i forbindelse med innflytting. Det lå an til at én av seksjonene skulle bevare en mottaksfunksjon, men at de tre andre postene ikke ville ha spesielle funksjoner, slik tilfellet var på besøkstidspunktet (se kap. 4 *Generell*

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.

informasjon om Psykiatrisk fylkesavdelings seksjoner for akuttpsykiatri). Personale fra de eksisterende seksjonene skulle fordeles på nytt i de nye enhetene.

Sykehuset hadde innhentet kompetanse og erfaringer fra utbygginger i både utlandet og i Norge, samt inkludert en erfaringskonsulent med egen erfaring som innlagt i psykisk helsevern, i planarbeidet. Det var planlagt gode løsninger for opphold i friluft og bruk av aktivitetsrom. Et atrium og en større inngjerdet hage i forbindelse med bygget ville øke muligheten for opphold i friluft for pasienter i sårbare faser og pasienter med antatt rømningsfare. Det var planlagt en egen gymsal og et treningsrom i tilknytning til enhetene. De arkitektoniske løsningene la opp til økt nærhet mellom personale og pasienter. Det var blant annet planlagt en felles møteplass for pasienter og ansatte (såkalt «front office»), som delvis skulle erstatte behovet for vaktrom.⁷ Skjermingsenhetene var planlagt plassert rett i nærheten av denne møteplassen.⁸

Under besøket til akuttseksjonene befarte vi de eksisterende seksjonene for akuttpsykiatri. Lokalene var gjennomgående slitte og lite tiltalende. Dette gjaldt blant annet møbler, overflater og til dels belysning. Flere rom manglet gardiner eller andre former for lysavskjerming. Enkelte av skjermingsenhetene vi fikk se, var i særlig dårlig forfatning. På én skjermingsenhet knyttet til seksjon for akutt psykose var vinduene helt frostet. Pasienten, som hadde vært der i mange dager, hadde ikke hadde noen mulighet for å se ut. Renholdet var særlig dårlig ivaretatt. Gangen som personalet satt i utenfor skjermingsrommene, var delvis mørklagt og preget av slitasje. Slik skjermingsenheten så ut på besøkstidspunktet, ga den et dårlig utgangspunkt for en verdig ivaretagelse av pasienter, og den kunne fremstå som skremmende for pasienter i en sårbar fase.

Seksjonene for mottak og for allmenpsykiatri lå en etasje opp fra bakkeplan og hadde ikke direkte utgang til friluft. En av røykebalkongene var fullstendig dekket med planker og ga ingen mulighet for utsyn. Enkelte pasienter sa at de reagerte på dette. Seksjon for psykose hadde utgang til et atrium der deler av ariet var inngjerdet, også dette med høye planker. I tillegg hadde seksjonen en liten inngjerdet hage med sittemuligheter og griller. Seksjonen hadde også egne rom med henholdsvis bordtennisbord, fotballspill og male- og hobbyutstyr.

Ved seksjon akutt psykose var norddelen av seksjonen særlig lite oversiktlig. En lang korridor med pasientrom et stykke bort fra vaktrommet ga lite oversikt og stor avstand til personale. Enkelte pasienter med stort pleiebehov var plassert langt fra ansattes vaktrom. I alt syntes ikke pasientenes trygghet og omsorgsbehov ivaretatt godt nok ved denne delen av seksjonen.

Flere av de påpekte forholdene var prekære.

Anbefaling

- Sykehuset bør ivareta akuttinnlagte pasienters verdighet ved å sikre at lokalene holdes rene og vedlikeholdte.

⁷ Her kan man lese om innføringen av «front office» ved et sykehus i Danmark: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projekt-baeltefrit-center/Sider/Front-Office-og-tilg%C3%A6ngelige-medarbejdere.aspx>

⁸ I mange sykehus er i dag skjermingsenhetene plassert nederst i en gang et godt stykke unna seksjonens sentrale deler og vaktrom (hvilket var tilfelle også på de aktuelle seksjonene på besøkstidspunktet).

6.2 Åpenhet og informasjon

Under befaring undersøkte vi om pasientene hadde tilgang til informasjon. God og tydelig informasjon er viktig og trygghetsskapende for alle pasienter, spesielt i en akutfase.

Med unntak av ukemenyen og informasjon om vårt forestående besøk hang det ingen informasjon om ukeprogram, aktivitetstilbud, interesseforeninger eller om tilsyns- og klageorganer på seksjonenes tavler. Det ble sagt at slik informasjon ble revet ned og derfor ikke fungerte godt. Flere pasienter vi snakket med, formidlet at de savnet informasjon under innleggelsen, og at spørsmål stadig ble henvist til «neste vakt». Også enkelte ansatte sa at pasienter opplevde å ikke få god nok informasjon, og at dette nok kunne gjøre dem utrygge.

Ombudsmannen understreker at det som et minimum bør finnes informasjon om klagerett og kontaktinformasjon til klageinstanser, både i forbindelse med behandling generelt og ved bruk av tvang. Det bør også finnes en oversikt over kontrollkommisjonens møtetidspunkter. Sykehuset oversendte i forkant av besøket en brosjyre som ga mye slik informasjon, men denne var ennå ikke tatt i aktiv bruk og var ikke kjent blant ansatte. Vi fikk heller ikke inntrykk av at brosjyrer om rettigheter ved bruk av tvang (utarbeidet av Helsedirektoratet) aktivt ble delt ut til pasienter sammen med tvangsvedtak.

Seksjonene for akuttpsykiatri ligger bakerst på området til sykehuset i Tønsberg. Vi opplevde at det var vanskelig å finne frem. Flere av sykehusguidene ved sykehusets hovedinngang visste ikke godt nok hvor de psykiatriske akuttseksjonene var. Det var heller ingen skilting til psykiatriseksjonene før man befant seg utenfor inngangen, og man ble rådet til å følge god og tydelig skilting til et annet behandlingstilbud som også befant seg på baksiden av sykehusområdet. Det er problematisk for pasienter og besøkende, og det kan underbygge stigma og tabu rundt psykisk helsevern, at lokalene fremstår så lite tilgjengelige og bortgjemte. Ombudsmannen forutsetter at man ved åpning av nytt bygg vil sørge for skilting og fremkommeligheten til sykehusbygget for akuttpsykiatri og alderspsykiatri.

Anbefaling

- Sykehuset bør sørge for at det finnes god og tilgjengelig informasjon om pasientrettigheter, tilsyns- og klageorganer og brukerorganisasjoner for alle pasienter.

6.3 Aktivisering og turer ut i friluft

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

«Psychiatric treatment should be based on an individualized approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group

therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms...»⁹

Sivilombudsmannen understreker at et godt og variert aktivitetstilbud er viktig for å fylle dagene med innhold og gi tvangsinnlagte pasienter mest mulig autonomi. Den første tiden etter en innleggelse kan være kaotisk og krevende, og det er derfor viktig å kunne tilby et aktivitetstilbud som er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler en rekke aktiviteter som ledd i behandling av psykoser og affektive lidelser, blant annet fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening og kunst- og musikkterapi.¹⁰ Ombudsmannen har i tidligere rapporter understreket at også akuttinnlagte pasienter bør ha et godt aktivitetstilbud, både i forbindelse med utredning og behandling i den akutte fasen, og når de blir værende ved akuttenheten lenge.¹¹

Under besøket undersøkte vi aktivitetstilbudet til pasientene. Det forelå da ingen rutine- eller aktivitetsoversikt for de akuttpsykiatriske døgnsesjonene. Det ble sagt at det ble gjort individuelle avtaler med den enkelte pasient ut fra pasientens tilstand og behov. Disse ble nedfelt i pasientens behandlingsplan. Fysioterapeut hadde tre faste, ukentlige fellesaktiviteter for de som kunne nyttiggjøre seg dette i akuttseksjonene. Dette omfattet svømming i sykehusbassenget to ganger i uken og én gåtur i løpet av uken. At tilbudene var lagt tidlig på dagen, gjorde det vanskelig for noen av pasientene å delta. Både ansatte og pasienter trakk frem at turgåing og spill (puslespill, kortspill mm) var de vanligste aktivitetene. Flere pasienter vi snakket med, sa at det var lite eller ingen tilbud om aktiviteter. Både pasienter og ansatte pekte på at det ofte var for lav bemanning til at pasienter som ikke fikk gå ut alene, kunne få følge ut på tur.

Aktivitetstilbudet fremsto som lite tilpasset pasienter som var innlagt på avdelingen. Mange pasienter ble vurdert å ikke kunne delta, eller valgte selv å ikke delta. Funn tydet også på at det ikke var etablert en felles forståelse blant ansatte om at aktiviteter kan forebygge vold og bruk av tvang, og at det derfor er spesielt viktig for de dårligste pasientene (se kapittel 8.4 *Aktivering av pasienter og betydningen for tvangsmiddelbruk*). Det var imidlertid også enkelte ansatte som prøvde å aktivisere pasienter som ble urolige.

Mange pasienter vi snakket med, hadde hatt få eller ingen turer ut i friluft, heller ikke dersom de hadde vært innlagt mer enn en uke.

Anbefalinger

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

⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

¹⁰ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (juni 2013), Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar (november 2011).

¹¹ Se eksempelvis rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.-22. september 2017. Se også beskrivelse av en god praksis for aktivisering av akuttinnlagte pasienter ved Reinsvoll psykiatriske sykehus, rapport etter Sivilombudsmannens besøk, 27. februar-1. mars 2018.

7 Bruk av tvangsmidler

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.¹² Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».¹³

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.¹⁴ 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.¹⁵ Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler overfor utsatte grupper, slik 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. 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.¹⁶

7.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttseksjonene

I forkant av besøket mottok vi en oversikt over antall vedtak om bruk av tvangsmidler i 2016, 2017 og frem til utgangen av februar 2018. Nasjonale tall for 2016 viste at Psykiatrisk fylkesavdeling ligger høyt i andel pasienter som har hatt minst ett vedtak om bruk av tvangsmidler.¹⁷ Tall innrapportert til

¹² Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹³ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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".

¹⁶ 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.

¹⁷ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiiid=KI_PHV_Tvangsmiddelvedtak

oss viste videre at den største andelen vedtak på tvangsmiddelbruk i Psykiatrisk fylkesavdeling de foregående årene ble fattet på akuttseksjonene.

Det hadde vært en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler på akuttseksjonene fra 198 vedtak i 2016 til 245 i 2017. Særlig hadde Psykiatrisk akuttmottak hatt en betydelig økning. Seksjonen hadde også hatt mange tilfeller så langt i 2018 (14 ved utgangen av februar). Samtidig hadde det vært en betydelig økning på alle seksjonene i kortvarig fastholding, fra samlet 145 i 2016 til 345 i 2017.

Akuttseksjonene hadde ikke fattet vedtak om isolasjon de siste årene. Under besøket kom det frem at flere ansatte hadde vært i situasjoner der de hadde holdt døren mellom seg og pasienten igjen i nødverge, og det fremkom lite bevissthet om at man i slike situasjoner skal fatte vedtak om isolasjon. Dette er bekymringsfullt både fordi det innebærer at vedtaksansvarlig ikke blir informert, at det ikke er vurdert at lovens vilkår er tilstede, at klageretten til pasienten ikke ivaretas og at plikten til å gjennomføre evalueringssamtaler ikke blir overholdt.

Anbefaling

- Sykehuset bør presisere overfor ansatte hvilke situasjoner som krever vedtak om isolasjon.

7.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng) og annet utstyr i forbindelse med tvangsmiddelbruk

Under besøket ble seksjonenes tvangsmidler gjennomgått, inkludert beltesenger og transportbelter. Flere pasienter vi snakket med under besøket, hadde opplevd å bli påsatt transportbelter eller lagt i belteseng.

Beltesengene ble oppbevart i egne lagerrom, men ble trillet til pasientens rom ved bruk. Seksjon for psykose hadde en spyttmaske. Vi har ikke tidligere funnet spyttmasker under besøk til psykisk helsevern.¹⁸ Det ble ikke funnet tilfeller av bruk av spyttmaske under besøket, og ansatte formidlet at man brukte et håndkle som «skjerm Brett» mellom seg og pasienten dersom pasienten spyttet. Ledelsen formidlet i etterkant av besøket at spyttmasker i hovedsak ikke ble benyttet, men at det hadde vært brukt for pasienter som var beltelagt og spyttet, og som hadde smittefarlige sykdommer. Det er viktig å understreke at bruk av spyttmaske er svært inngripende og kan skape angst hos pasientene, særlig når de allerede er fiksert i en belteseng. Når slikt utstyr er tilgjengelig, legger det til rette for at det blir brukt.¹⁹ CPT har tidligere frarådet tildekking av ansiktet til pasienter i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler:

«When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain. Vital functions of the patient, such as respiration, and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. If a patient

¹⁸ Spyttmasker er i noen tilfeller funnet ved besøk til blant annet politiarrester.

¹⁹ I Sivilombudsmannens rapport etter besøket til Stavanger 9.-12. januar 2017 fant man at pasienters ansikt i flere tilfeller ble tildekket under beltelegging (s. 21 i rapporten). Som ledd i oppfølgingen av ombudsmannens anbefalinger endret sykehuset sine rutiner til at ansatte skulle ha på seg beskyttende klær og utstyr heller enn at pasientens ansikt ble dekket til. Se rapporten og sykehusets svar her:

<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/stavanger-universitetssjuehus/>

has a tendency to bite, suck or spit, potential damage should be averted in a manner other than by covering the mouth. »²⁰

Slik ombudsmannen ser det, er det også svært tvilsomt om sykehuset har rettslig adgang til å benytte et så inngripende tiltak uten særskilt lovhjemmel. Ifølge lovforarbeidene til psykisk helsevernloven § 4-8 var bestemmelsens andre ledd ment som en uttømmende regulering av hvilke tvangsmidler som kan benyttes.²¹ Adgangen til å bruke spyttmasker eller liknende utstyr er ikke regulert i lovverket, og det foreligger ingen tolkningsuttalelser fra Helsedirektoratet som omhandler dette.²²

Alle seksjoner hadde et brekkjern på vaktrommet. Det ble rapportert at dette ble brukt for å få opp døren dersom pasienten hadde forskanset seg og man fryktet selvmordsforsøk. Vi fant imidlertid at det i senere tid hadde blitt brukt for å bryte opp en dør til et pasientrom der det ikke syntes å handle om fare for liv og helse. Pasienten hadde ved denne anledningen fått tak i brekkjernet. Dette var med på å skjerpe situasjonen og ga grunn til bekymring for at pasienten ble overmannet på en mer brutal måte enn dersom brekkjernet ikke var blitt brukt. Vi har ikke ved tidligere besøk til akuttposter funnet at brekkjern betraktes som et nødvendig verktøy. Det kom frem at dørene var utformet slik at det kunne være vanskelig for personalet å komme inn til en pasient som hadde låst denne fra innsiden. Ledelsen påpekte at dørene ville være annerledes utformet i det nye bygget. At brekkjern benyttes på denne måten inne i en psykiatrisk avdeling, kan oppleves skremmende for pasienter som blir vitne til dette og er derfor klart uheldig.

Funn under besøket viste at ansatte i all hovedsak fikk trening og opplæring i å sikre en trygg utføring av beltelegging, og at kravet om at pasienter skal observeres kontinuerlig under opphold i belteseng, var ivarettatt. Det kom imidlertid frem at nattevaktene i liten grad deltok på trening og opplæring i tvangsmiddelbruk (se kapittel 8.1 *Institusjonskultur og betydningen for tvangsmiddelbruk*).

Vedtakene om beltelegging inneholdt gjennomgående relativt grundige redegjørelser for hvordan lovens vilkår var oppfylt, og om det var forsøkt lempeligere midler i forkant. I mange tilfeller var det dokumentert forsøk på fastholding i forkant av at pasienten ble beltelagt. Det var også flere ganger først satt på transportbelter i en periode før man fikserte pasienten i belteseng (se kapittel 8 *Forhold som påvirker tvangsbruk*).

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har utgitt et felles rundskriv om ansvars- og oppgavefordeling mellom helsetjenesten og politiet overfor pasienter med psykiske lidelser. I rundskrivet anbefales det at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi. Ledelsen opplyste at det annenhver måned ble avholdt et møte med politi, DPS, kommunehelsetjenesten og PFA.

Dokumentgjennomgangen viste to tilfeller der pasienter ble beltelagt i mottakssituasjonen i det politiet ankom med pasientene. Ved én anledning ble det beskrevet at politiet la pasienten i belter, og i en annen at de «hjalp til» ved beltelegging.²³ Politiet og sykehuspersonale har ulike oppgaver og ansvar og ulikt utstyr og opplæring for å ivareta disse. Når politiet utfører oppgaver som omfatter

²⁰ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006)35-part, avsnitt 48.

²¹ Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999), merknader til § 4-8.

²² Ifølge lovforarbeidene er mekaniske tvangsmidler innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/ eller bein («begrenser ekstremitetenes rekkevidde»). Se Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999), kapittel 8.8.4.5 (Ulike typer tvangsmidler). Spyttetter og liknende utstyr omfattes derfor ikke av ordlyden «skadeforebyggende spesialklær», jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd.

²³ Se Politidirektoratet og Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, felles rundskriv 2012/7, IS-5/2012.

bruk av tvang inne på et sykehus, vil dette kunne øke risikoen for skade på pasienten, blant annet fordi det kan oppstå usikkerhet om ansvarsfordeling og fordi politiet ikke har den samme opplæring i og kunnskap om riktig og mest mulig skånsom bruk av sykehusets tvangsmidler. Det vil også kunne bidra til å forsterke angst og motstand hos pasienten, som igjen kan lede til økt bruk av makt. I etterkant av besøket presiserte sykehuset at de ikke tilkalte politiet til sine seksjoner, men at dette dreide seg om situasjoner der politiet allerede var tilstede fordi de ankom med pasienten.

I CPTs rapport etter besøk til Danmark i 2014 omtalte komiteen situasjoner der politiet var involvert i å bistå personalet med å håndtere pasienter. Komiteen uttalte at «hospital staff should be sufficient in number and appropriately trained to handle violent situations without recourse to the police.»²⁴

Anbefalinger

- Sykehuset bør fjerne spyttmasker i sine seksjoner.
- Politiet bør ikke være involvert i bruk av mekaniske tvangsmidler på sykehuset.

7.2.1 Varighet av mekaniske tvangsmidler

En gjennomgang av protokollen for beltelegginger så langt i 2018 viste at beltelegginger ofte var av kortere varighet. Vi fant eksempler på at enkelte pasienter var blitt beltelagt kortvarig flere ganger i løpet av et døgn eller i løpet av få dager. Gjennomgangen viste også at det forekom enkelte lengre beltelegginger, særlig på Psykiatrisk akuttmottak og Seksjon akutt psykose. Det var flere tilfeller der pasienter hadde ligget mer enn seks timer i belter. Ved ett tilfelle hadde en pasient på mottaksseksjonen vært beltelagt i over tre døgn. Ved en gjennomgang av avviksmeldinger for siste halvår fant vi at en pasient hadde fått omfattende liggesår under en lengre beltelegging. I de fleste protokoller og samtaler med ansatte kom det frem informasjon som tydet på at gradvis utlåsning ble forsøkt relativt hyppig når pasienter var beltelagt. Det hendte likevel at pasienter kunne bli liggende i belter lenger enn det var grunnlag for, særlig om natten, da man ikke opplevde å ha tilstrekkelig bemanning til å sikre forsvarlig utlåsning fra belter. En nødrettslignende situasjon foreligger normalt ikke lenger når pasienten sover, og ombudsmannen har i flere tidligere rapporter uttalt seg kritisk til at pasienter fortsatt er beltelagte mens de sover.²⁵ I akuttseksjonene ved Sykehuset i Vestfold syntes det generelt å være bevissthet om denne problemstillingen. Under besøket ble det både funnet eksempler på at pasienter hadde sovet fastlåst i belteseng, og på at man løste opp i forbindelse med at pasienter sovnet.²⁶

Ifølge nasjonalt regelverk skal det «ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, så langt som mulig ut i fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette

²⁴ CPTs besøk til Danmark 4.-13. februar 2014, CPT/inf (2014) 25, avsnitt 127.

²⁵ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, 2.-4. mai 2017, og Oslo universitetssykehus HF, Seksjon for psykosebehandling, Gaustad, 17.-19. oktober 2017.

²⁶ Se rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Reinsvoll psykiatriske sykehus, 27. februar-1.mars 2018. Her fremgår det at sykehuset hadde som hovedregel at pasienter ikke skulle sove i belter og en rutine for at opprettholdelse av beltebruk etter at pasienten hadde sovnet, måtte baseres på en dokumentert individuell vurdering.

nedtegnes». ²⁷ Tidspunktet for legetilsyn for vurdering av friere forpleining ble oppført i protokoll, slik at det var lett å se om tilsynet var gjennomført. Ved ett slikt tilsyn så vi at legen primært hadde vurdert somatisk status, uten å spesifikt ta stilling til om pasienten fortsatt skulle være beltelagt. Retningslinjene til avdelingen gikk ut på at tilsyn av lege én gang i døgnet var tilstrekkelig i helg og helligdager, og at det ved lange beltelegginger kunne vurderes sjeldnere tilsyn enn dette. Ombudsmannen minner om at belter er et svært inngripende tvangsmiddel som krever en nødrettsliknende situasjon, og at belastningen ved inngrepet øker i takt med varigheten. Jevnlige legetilsyn vil være nødvendig både for å sikre at pasienten fortløpende blir ivaretatt og for å sikre at lovens vilkår for tiltaket fortsatt er til stede. Ombudsmannens vurdering er at avdelingens prosedyrer verken sikrer forsvarlig oppfølging av pasienter i belteseng eller kontinuerlige vurderinger av nødvendigheten av tiltaket. Retningslinjene er også i strid med psykisk helsevernforordningen. ²⁸

Akuttseksjonenes pågående prosjekt for reduksjon av tvangsbruk (se avsnitt 8.1 *Innsats for å redusere tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene*) omfattet ingen tiltak for å redusere lengden av de gjennomførte belteleggingene. I lys av ombudsmannens funn bør dette vurderes.

Ombudsmannen minner videre om CPTs tidligere uttalelser:

«If, exceptionally, for compelling reasons, recourse is had to mechanical restraint or seclusion of a patient for more than a period of hours, the measure should be reviewed by a doctor at short intervals. Consideration should also be given in such cases and where there is repetitive use of means of restraint to the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment.» ²⁹

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.»

Komiteen uttalte også at

«applying instruments of physical restraint to psychiatric patients for days on end cannot have any medical justification and amounts to ill-treatment.» ³⁰

Det finnes ingen nasjonal oversikt over varigheten av bruken av mekaniske tvangsmidler. Ombudsmannen har mulighet til å sammenligne varighet av beltelegginger mellom de institusjonene som besøkes under forebyggingsmandatet. Inntrykket er at det er store variasjoner. Ombudsmannen har tatt dette, og enkelte institusjoners bruk av svært langvarige beltelegginger, opp i møter med sentrale myndigheter. ³¹

²⁷ Se psykisk helsevernforordningen § 26 første ledd. Ifølge Helsedirektoratets fortolkning 30. september 2011 skal et slikt legetilsyn gjennomføres hver åttende time.

²⁸ Se note over.

²⁹ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised standards), 21, mars 2017, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

³⁰ CPTs rapport etter besøk til Danmark 4.–13. februar 2014, CPT/Inf (2014) 25, side 65, avsnitt 121.

³¹ Sivilombudsmannens presentasjon for Helse- og omsorgsdepartementet – 10. oktober 2017. Se <https://www.sivilombudsmannen.no/torturforebygging/ressurser/foredrag-torturforebygging/>

Anbefaling

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

7.3 Bruk av kortvarig fastholding

Etter Psykisk helsevernloven kan pasienter som er innlagt i psykiatriske døgnavdelinger kortvarig fastholdes (§ 4-8 d). Vilkårene for bruk av fastholding er de samme som for andre tvangsmidler. Sivilombudsmannen har i tidligere rapporter dokumentert at fastholding av pasienter ikke alltid vedtaksføres.³² Ombudsmannen har understreket at det skal fattes vedtak som nedtegnes skriftlig, og vist til at Helsedirektoratet i sine kommentarer til loven også understreker at det skal regnes som fastholding i lovens forstand dersom pasienten aktivt motsetter seg tiltaket verbalt og/eller fysisk.³³

Gjennom samtaler med både ansatte og pasienter og dokumentgjennomgang kom det frem flere forhold som ga grunn til bekymring om dagens praksis for fastholding. Flere ansatte beskrev at fastholding som regel innebar at fire eller fem ansatte la pasienten ned på gulvet. Det kom videre frem at fysisk sterke, mannlige personale ofte ble sendt inn til urolige pasienter for å kunne gjennomføre fastholdinger. Flere pasienter opplevde at de hadde blitt sittet på av mange ansatte samtidig. Under besøket møtte ombudsmannen flere pasienter som hadde tydelige og til dels store blåmerker og noen hadde sår etter konfrontasjoner med ansatte. Pasientene beskrev fastholdingene som brutale, og at det ble brukt overdreven makt. I lys av omfanget av synlige merker etter flere av disse episodene fremstod mange av fastholdingene som uforholdsmessig voldsomme og til dels brutale (se kapittel 8.1 *Institusjonskultur og tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene*). Under besøket ble vi også kjent med en sak der en pasient hadde blitt alvorlig skadet etter å ha blitt lagt i gulvet (se kapittel 8.5 *Gjennomgang av hendelser som forebyggende for tvangsmiddelbruk*).

Selv om mange ansatte understreket at det jevnlig ble trent på fysiske grep, var det enkelte av dem som sa at pasienten skulle legges i mageleie, mens andre sa at man hadde gått bort fra dette. Det kom videre frem at nattevakter i liten grad deltok på trening i bruk av tvangsmidler.

Seksjonenes handlingsplan for redusert tvang inneholdt ingen beskrivelser av de avveininger man skulle gjøre dersom fastholdingen strakk seg over tid (se avsnitt 8.1 *Innsats for å redusere tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene*). Funn tydet på at man i enkelte tilfeller holdt for lenge, med unødvendig høy grad av makt. Kontrollkommisjonen skal også, ifølge sykehusledelsen, ha påpekt dette overfor sykehuset.

Av journaler og samtaler vi hadde med ansatte fremgikk at det ikke alltid ble fattet vedtak når pasienter ble lagt i gulvet. En så inngripende maktbruk skal åpenbart vedtaksføres. Det samme gjaldt når pasienter ble holdt fordi ansatte opplevde at de ble angrepet. Manglende registrering av vedtak innebærer at ledelsen ikke vil være kjent med det fulle omfanget av tvangsmiddelbruk. I tillegg innebærer en slik maktbruk en klar risiko for økt utrygghet og dermed fare for ytterligere tvangsbruk.

Konfrontasjoner mellom pasienter og ansatte som medførte fastholding og nedleggelse i gulvet, var ofte mangelfullt beskrevet. I mange tilfeller fremgikk det hverken av journal eller eventuelt vedtak,

³² En del sykehus har blant annet satt en nedre tidsgrense (for eksempel 2 eller 5 minutter) for fastholding, før man nedtegner vedtak.

³³ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, s. 77.

hvordan pasienten ble holdt og hvor mange ansatte som var tilstede. Ved ett tilfelle syntes det som at en ansatt la en pasient i bakken alene. Dette fremstår som en særlig risikofylt situasjon, og det er bekymringsfullt at situasjonen ikke ble nærmere problematisert og forklart i pasientens journal.

Den manglende dokumentasjonen av hendelsesforløpene gjør det vanskelig for avdelingen selv og for tilsynsorganer å sikre korrekt kunnskap om og god kontroll med bruken av tvang ved avdelingen. Den høye tvangsbruken tilsier at man umiddelbart tar tak i disse forholdene.

I likhet med mange andre avdelinger innen psykisk helsevern som har eller har hatt prosjekter om reduksjon av tvang, var det i avdelingens prosjekt beskrevet at kortvarig fastholding skulle forsøkes før man brukte mekaniske tvangsmidler. Bakgrunnen for dette er at kortvarig fastholding generelt vurderes som mindre inngripende enn mekaniske tvangsmidler.³⁴ Forskningsfunn har tidligere vist at fastholding har atskillig kortere varighet i tid enn mekaniske tvangsmidler.³⁵ I 2012 var nasjonal median varighet av fastholding 10,2 minutter, mens mekaniske tvangsmidler hadde median varighet på 2,9 timer. På akuttavdelingen ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har man hatt erfaring med en slik fremgangsmåte, sammen med flere andre tiltak, har bidratt til en betydelig nedgang i bruk av belter.

Ombudsmannen deler synet om at det som utgangspunkt vil være mindre inngripende med kortvarig fastholding enn beltelegging, blant annet fordi fastholding generelt vil være klart kortere. Den til dels voldsomme måten mange fastholdinger ble gjennomført på, ga imidlertid bekymring for den økte bruken av fastholding.

Enkelte pasienter kan også oppleve det å bli fastholdt av andre som spesielt krenkende. Dette er en av flere grunner til at både innkomtsamtaler om tidligere erfaringer med tvang og evalueringssamtaler etter tvangsmiddelbruk, er viktige for å ivareta pasientens verdighet og rettigheter best mulig. Måten fastholding gjennomføres på vil også være viktig. Hvis fastholdingen innebærer at fire eller fem ansatte ligger på gulvet over pasientens armer og bein, eller i stor grad bærer preg av en langvarig «brytekamp» mellom personale og pasient, vil risikoen for skader og krenkende maktbruk øke.

Alt miljøpersonale vi snakket med, viste til at man skulle forsøke fastholding før man vurderte bruk av belter i situasjoner der dette var mulig. Til tross for dette viste tallene for bruk av tvangsmidler at omfanget av *både* bruk av belter og fastholding i perioden vi undersøkte (2016-februar 2018) hadde økt (se kapittel 7.1 *Omfang av tvangsmiddelbruk ved Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttseksjonene*).

Anbefalinger

- Sykehuset bør sikre at fastholding skjer på mest mulig skånsom måte, og at pasientene beskyttes mot unødig maktbruk.
- Sykehuset bør sikre at måten fastholding og annen maktbruk blir gjennomført på, dokumenteres i pasientens journal.
- Sykehuset bør sikre at det alltid fattes vedtak når en pasient blir holdt fast.

³⁴ <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>

³⁵ Knutzen M., Bjørkly S., Bjørnstad M., Furre A., Sandvik L., Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (SIFER), 17. desember 2014, side 7.

7.4 Evalueringssamtaler etter tvangsmiddelbruk

Etter psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd skal pasienter som utsettes for tvangstiltak, tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på tvangstiltaket skal journalføres.³⁶ I sine kommentarer til bestemmelsen utdyper Helsedirektoratet hva en slik evaluering skal inneholde.³⁷ Ombudsmannen har i flere rapporter understreket viktigheten av at alle pasienter tilbys slike samtaler.³⁸

Seksjonene hadde innført som rutine at vedtaksansvarlig gjennomførte evalueringssamtaler med pasientene etter tvangsmiddelbruk. Samtalene ble dokumentert i et eget journalnotat. Slike evalueringer ble imidlertid ikke alltid gjennomført, noe kontrollkommisjonen nylig hadde påpekt overfor sykehuset. Enkelte pasienter som hadde opplevd tvangsmiddelbruk, kunne ikke huske at noen hadde snakket med dem om deres opplevelser i etterkant. Mangelen på vedtak i noen fastholdingssituasjoner bidro til at det ikke alltid ble gjennomført evalueringssamtaler i tilfeller der loven krever dette. Ombudsmannen savner en systematisk og mer aktiv bruk av evalueringssamtaler som ledd i pasientens rett til å medvirke og i arbeidet for å redusere bruk av tvang (se kapittel 8.5 *Kritiske gjennomganger av tilfeller med tvangsmiddelbruk*).

Anbefaling

- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for å sikre at alle pasienter som har krav på det, mottar tilbud om evaluering etter tvangsmiddelbruk.
- Sykehuset bør gjennomgå hvordan evalueringer etter tvangsbruk brukes til å forebygge ny tvangsbruk og i utformingen av behandlingen til den enkelte pasient

³⁶ En slik evaluering skal skje etter avslutning av skjerming (§ 4-3), behandling uten eget samtykke (§ 4-4), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (§4-6 første ledd), rusmiddeltesting (§ 4-7a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8).

³⁷ Se Helsedirektoratets kommentarer til § 4-2 tredje ledd i Psykisk helsevernloven.

³⁸ Se f.eks. Sivilombudsmannens besøk etter besøkt til Stavanger universitetssykehus 9. januar-12.januar 2017, og Akershus universitetssykehus 2.-4. mai 2017.

8 Forhold som påvirker tvangsmiddelbruk

Vi undersøkte hva som kan være årsaken til den høye og økende bruken av mekaniske tvangsmidler og fastholding ved Psykiatrisk fylkesavdeling, seksjoner for akuttpsykiatri. Tallene kan blant annet tyde på at det ønsket om å prøve kortvarig fastholding først, ikke hadde hatt ønsket effekt på antall beltelegginger, men at terskelen for fastholding i stedet var senket. Dette er bekymringsfullt, og måten fastholdinger ble gjennomført på, forsterker bekymringen.

8.1 Innsats for å redusere tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene

Ledelsen for akuttseksjonene og for Psykiatrisk fylkesavdeling ga i møte med oss uttrykk for bekymring over økningen i bruk av tvangsmidler siste år. Det ble sagt at fokuset på å forebygge og redusere tvangsmiddelbruk i organisasjonen var sterkt, og seksjonene hadde de siste årene gjort flere grep for å forsøke å få ned hendelser som endte med tvangsbruk. Ledelsen hadde formidlet til de ansatte at mindre materielle skader ikke lenger var grunnlag for bruk av tvangsmidler, og at fastholding skulle forsøkes før man vurderte om det var nødvendig å bruke mekaniske tvangsmidler (se kapittel 7.3 *Bruk av kortvarig fastholding*). I tillegg var det innført en rutine med gjennomgang med pasienten i etterkant av tvangsmiddelbruk. Seksjonene hadde også en rekke rutiner som skulle sikre at man fanget opp voldsrisiko bedre, slik som bruk av et kartleggings skjema om vold ved innkomst, bruk av sjekklister for voldsrisiko (Brøset Violence Checklist, BVC)³⁹ og rollespill (såkalt medisinsk simulering, SIM-trening).⁴⁰

Seksjonene for akuttpsykiatri oversendte i forkant av besøket prosjektbeskrivelse for prosjektet «Riktig og redusert bruk av tvang ved akuttseksjonene PFA. Strategi og handlingsplan 2018». Bakgrunnen for prosjektet er Helse- og omsorgsdepartementets ønske om at alle avdelinger i psykisk helsevern har en slik handlingsplan.⁴¹ Prosjektet omfattet en rekke ulike tiltak. Målet for prosjektet var å redusere bruken av tvang ved seksjonene til samme nivå som de Helseforetakene som «gjør det best». Målet var ikke spesifisert i tall.

Flere ansatte trakk frem opplæring i Terapeutisk Møte med Aggresjon (TERMA) som et sentralt tiltak i dette prosjektet. TERMA gir konkrete metoder for som skal gjøre personale «bedre rusta til å møte aggresjon og truende adferd fra tjenestemottakarar».⁴²

Mange ansatte fremholdt at det var viktig med en rolig og trygg fremtoning når pasienter var sinte eller urolige, for å avverge at en situasjon eskalerte. Det var imidlertid mindre refleksjon blant de fleste ansatte omkring hva som kunne forebygges at pasienter *ble* sinte og urolige. Blant annet var det lite refleksjoner om at det ofte vil være høy grad av utrygghet og angst hos pasienter som utagerer. Selv om flere ansatte formidlet gode verdier for pasientbehandling, var det enkelte som ga uttrykk for motvilje mot visse grupper pasienter. Dette gjaldt særlig pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dette er en gruppe pasienter som er sårbare for mye bruk av tvang under innleggelse.

³⁹ For informasjon om BVC, se <http://www.riskassessment.no/>

⁴⁰ Medisinsk simulering, realistisk trening og refleksjon over iscenesatte hendelser fra klinisk arbeid. Seksjonene hadde egne kursede instruktører, etter SIM-Oslo sitt pedagogiske prinsipp, se www.simoslo.no

⁴¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015). Se også tilskuddsordningen for «Riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern», <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/riktig-og-reduisert-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern>

⁴² Se her for informasjon og bakgrunn om TERMA: <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/sikkerhetspsykiatri/terma>

Utover disse tiltakene var prosjektet lite gjenspeilet i funn på tidspunktet for besøket. De ansatte syntes å ha fått tydelige signaler om å redusere bruk av tvang, men uten at det var etablert en felles forståelse av behovet for dette eller av hva de konkret skulle gjøre annerledes.

8.2 Institusjonskultur

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 skaper i seg selv en sårbarhet for overgrep og krenkelser av verdighet og grunnleggende rettigheter. 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.⁴³

Det vises til CPTs standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination. The absence of violence and abuse, of patients by staff or between patients, constitutes a minimum requirement.»⁴⁴

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 atferd som er akseptabel.⁴⁵ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

På steder som forvalter tvang og der mennesker holdes mot sin vilje, vil det alltid være en risiko for at det utvikler seg holdninger og praksis der overdreven maktbruk aksepteres – enten hos enkelte ansatte eller i deler av eller hele organisasjonen.⁴⁶ Overdreven maktbruk vil skape utrygghet hos både ansatte og pasienter og øke risikoen for ytterligere bruk av tvang.⁴⁷ Samtidig kan det være vanskelig å slå fast at overdreven bruk av makt har funnet sted. I de fleste tilfeller vil man i ettertid kunne forklare hendelsen som nødvendig, og journaldokumenter og eventuelle vedtak vil være preget av at man plikter å forklare hvorfor tiltaket ble vurdert som nødvendig. Dette er forhold som tilsier at man har rutiner for grundige, åpne og kritiske gjennomganger i etterkant av bruk av tvang.

8.2.1 Institusjonskultur og tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene

De tre akuttseksjonene bar preg av ulike kulturer og historier. Det kom frem at ledelsen siste år hadde gjennomført flere organisatoriske grep (blant annet hadde man fått én felles ledelse) for å skape en mer enhetlig kultur. Det var også gjennomført noen tiltak for å styrke opplæringen av ansatte. Det var i tillegg planlagt store organisatoriske endringer i forbindelse med flyttingen (se kap

⁴³ FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁴⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

⁴⁵ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

⁴⁶ Stevens, J. "Changing Cultures in Closed Environments: What Works?" Artikkel publisert for Association for Prevention of Torture (APT). Se https://www.apr.ch/content/files_res/stevens-law-in-context-final.pdf

⁴⁷ Se Norvoll, R. m.fl (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). Rapport. Sintef Helse A8450, underkapittel 5.10.3 Unngå unødig bruk av fysisk makt, om effekten av ulike holdninger til fysisk inngripen i pasienters opplevelse av trygghet.

6.1 *Fysiske forhold på akuttseksjonene*). Disse endringene vil kunne legge til rette for en kultur som ivaretar pasientbehandlingen på en god måte og reduserer risiko for uforholdsmessig maktbruk.

De aller fleste ansatte vi snakket med, var klar over at tvangsmiddelbruken var høy sammenlignet med andre sykehus. De var også kjent med at det var et mål å få denne redusert (se kapittel 8.1 *Innsats for å redusere tvangsmiddelbruk ved akuttseksjonene*). Samtidig mente mange at det var en høyere terskel for å bruke belter nå enn tidligere, og flere trodde bruken hadde gått ned, til tross for at den fra 2016 til 2017 hadde økt med ca. 25 prosent ved akuttseksjonene. Mange ansatte opplevde at føringene om å bruke mindre tvang, gjorde at ansatte «holdt ut» mer enn tidligere, og aksepterte atferd man tidligere ikke hadde akseptert. Enkelte ansatte sa at dette hadde gått for langt, at man tålte for mye, og at dette gikk på bekostning av ansattes trivsel, trygghet og sikkerhet. Flere ansatte vi snakket med, stilte seg uforstående til behovet for å redusere tvangsmiddelbruk, og formidlet at de sjelden eller aldri opplevde bruk av unødvendig tvang. Ombudsmannen er bekymret for en slik holdning, i lys av omfanget av tvang ved akuttseksjonene og de samlede funnene under besøket.⁴⁸

Flere ansatte etterlyste større faglig forankring av miljøterapien som ble gitt ved enheten. De ønsket også større involvering av pasienter i utarbeidelse av behandlingsplan og kriseplan, samt mer informasjon til pasienter mer generelt (se også kapittel 6.2 *Åpenhet og informasjon*). Enkelte ansatte mente høy tvang kunne komme av mangelen på dette.

Risiko for overdreven maktbruk

Flere forhold som kom frem i forbindelse med besøket, tydet på at det forelå en reell risiko for overdreven maktbruk ved akuttseksjonene. Vi fant, på bakgrunn av gjennomgang av ulike typer dokumenter (journaler, vedtak, og avviksmeldinger) og intervjuer med pasienter og ansatte, at situasjoner ved enhetene flere ganger hadde endt i regelrette basketak mellom personalet og pasienter. Det ble funnet flere eksempler på at pasienter ble dyttet eller lagt brutalt ned i gulvet av ansatte, herunder en pasient som måtte sy flere sting etter å ha blitt dyttet og en pasient som ble alvorlig skadet da han ble lagt i gulvet. Flere pasienter vi snakket med under besøket, hadde blåmerker, hevelser og noen hadde også sår etter konfrontasjoner med ansatte. Flere pasienter og ansatte enn det ombudsmannen vanligvis finner ved tilsvarende institusjoner, formidlet at det forekom «slåssing» mellom ansatte og pasienter. Også enkelte ansatte brukte dette uttrykket. Flere pasienter beskrev at de hadde blitt dratt rundt i rommet av ansatte, og det ble beskrevet flere konkrete episoder der grep hadde blitt strammet til som en reaksjon på motstand eller en muntlig trussel fra pasienten, uten at dette ble opplevd som nødvendig. Under enkelte vakter der det var forekommet mye tvangsbruk, bar journalføringen preg av lite forståelse for pasienten, lite refleksjon om mulige utløsende faktorer og hvordan man kunne unngå konfrontasjonene med pasienten.

Flere steder fremgikk det av journal at pasienter var redde eller hadde vondt i kroppen etter å ha blitt fysisk håndtert av ansatte. Det forekom at slik informasjon om pasienter ikke ble vurdert, undersøkt eller kommentert ytterligere. De aller fleste av disse hendelsene ble heller ikke gjenfunnet i sykehusets avvikssystem.

Det kom i flere sammenhenger frem at mannlige ansatte i god fysisk form ble sendt inn når en situasjon eskalerte og det ble vurdert som mulig at man ville komme til å gjennomføre

⁴⁸ Se også konklusjoner vedrørende ansattes holdninger til tvangsbruk, fra et større forskningsprosjekt om brukerorienterte alternativer til tvang i akuttpsykiatrien i Norge, der også Tønsberg deltok. Norvoll, R. m.fl (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). Rapport. Sintef Helse, A8450, kapittel 4, innledende syn på tvang og brukervedvirkning.

tvangsmiddelbruk. Ombudsmannen intervjuet en rekke ansatte, inkludert noen av de ansatte som gjerne ble brukt i slike situasjoner. Mange ansatte, også ufaglærte, hadde gode refleksjoner og holdninger vedrørende pasientbehandling og bruk av tvang. Det kom samtidig frem at visse ansatte så det som sin oppgave å ta over samhandlingen med pasientene på vegne av andre i slike situasjoner. Enkelte av disse opplevde at oppgaven de ble satt til var tung og vanskelig, mens andre syntes i mindre grad å reflektere over sin rolle.

Husordensregler

Holdninger og kultur ved en institusjon kan komme til uttrykk i måten skrevne og uskrevne regler praktiseres overfor pasienter. Ved et annet sykehus som har lyktes i å få ned bruk av tvangsmidler, ble det arbeidet aktivt med å endre interne regler og ansattes holdninger til «grenser» overfor pasientene, og til hva som anses som akseptabel og uakseptabel atferd.⁴⁹

Akuttenehetenes husordensregler var hengt opp flere steder i enhetene, blant annet på pasientrom. Husordensreglene var formulert på en mer autoritær og detaljert måte enn en del andre steder vi har besøkt. Reglene skulle imidlertid revideres som ledd i arbeidet med lokal handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang. Et forslag fra sykehuset om oppmykning i husordensreglene hadde ifølge sykehuset blitt stoppet av den lokale kontrollkommissjonen. Dette angivelig grunnet en bekymring for at oppmykede husordensregler ville gi grobunn for mer skjult tvang. Ombudsmannen presiserer at husordensregler ikke skal legge opp til rutinemessig bruk av tvang som ikke er hjemlet i lov. Sykehuset anbefales å innhente eksempler fra andre sykehus som har revidert sine husordensregler i forbindelse med tvangsreduksjonsprosjekter.

Flere ansatte mente at husordensreglene ble praktisert mindre strengt enn tidligere. Det ble vist til at man i mindre grad ga pasientene såkalte «korrigeringer», for eksempel hvis pasienter hadde beina på bordet i fellesarealer. Flere ansatte mente at man ikke lenger praktiserte en uskreven regel om at man kun fikk ta to sigaretter på natten. Enkelte pasienter hadde imidlertid nylig blitt informert om denne regelen, og formidlet hvordan dette kunne skape sinne og uenighet.⁵⁰

Utrygghet og uro

Flere ansatte opplevde usikkerhet og alarmberedskap i løpet av arbeidsdagen, og at flere av pasientene var farlige og uforutsigbare. Enkelte pasienter sa også at noen av de ansatte virket redde, og at andre opplevdes som klare til å gå i konfrontasjoner med pasientene. En pasientundersøkelse for hele Psykiatrisk fylkesavdeling (det forelå det ikke spesifikke tall fra akuttseksjonene) fra 2016 viste at mange pasienter ved avdelingen (herunder akuttseksjonen) følte seg utrygge under innleggelsen.⁵¹

⁴⁹ Veland, M. C., & Jacob. A. (2016). Bruker mindre tvang. Sykepleien, nr 4, 2016- se også <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>

⁵⁰ Det kom også frem at man inntil et år før besøket rutinemessig hadde inndratt alle pasienters mobiler under innleggelsen. Dette var nå ikke tilfelle. Ombudsmannen vil presisere at en slik praksis ikke er i tråd med Psykisk helsevernloven og at all eventuell inndragning må begrunnes i hvert enkelt tilfelle jf. § 4-5 Forbindelse med omverdenen.

⁵¹ Kjøllesdal J.K., m.fl. (2017): «Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016.». Folkehelseinstituttet, 2017:277. Undersøkelsen viste at 25% av pasientene ved Sykehuset i Vestfold som helhet svarte «i stor grad» på spørsmål om pasientene hadde følt seg trygg ved institusjonen, mot 74% av alle som svarte på dette på totalt (undersøkelsen ble gjort på et tilfeldig utvalg av 25% av landets døgninstitusjoner).

Under besøket kom det frem at de ansattes alarmer også ble brukt som kommunikasjonsmiddel, særlig der ansatte var bundet opp til oppgaver som å sitte kontinuerlig sammen med en pasient som var på skjerming eller underlagt kontinuerlig tilsyn. Det pep da én høy gang i alarmen til alle de andre ansatte på vakt. Dette skjedde relativt ofte, også mens ansatte hadde samvær eller samtaler med pasienter. Pasientene reagerte på dette med ubehag, men de hadde akseptert at slik var det på dette sykehuset. Slik bruk av alarm vil kunne være stressende for mange, og særlig nye pasienter. Dette kan gjelde mange pasienter som er akuttinnlagte i en sårbar fase, og særlig vil pasienter med traumehistorikk være utsatte. Mange pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, har vært utsatt for traumer, ikke bare pasienter med posttraumatisk stresslidelse.⁵² Det er godt etablert at høye og plutselige lyder kan være triggere hos pasienter med etterreaksjoner etter traumer og dermed skape utrygghet og angst.⁵³ Det er også kjent at økt utrygghet og angst kan føre til vold og utagering fra pasienter.⁵⁴ Man kan heller ikke utelukke at slik bruk av alarmer på en uheldig måte høyner beredskapen til ansatte ved seksjonene, særlig sett i lys av at flere opplevde å jobbe på et risikofyllt og hektisk sted.

Egne nattevaktslag

Sivilombudsmannen har i enkelte tidligere rapporter dokumentert problematiske kulturer hos nattevaktslag som i hovedsak fungerer adskilt fra resten av avdelingen. Det er funnet tegn på subkulturer i slike nattevaktslag, og på at ledelsen i mindre grad har kontroll over hendelser og praksis hos disse nattevaktslagene enn for vaktlag på dagtid.⁵⁵ Som svar på disse funnene har et sykehus innført at nattevakter skal jobbe en brøkdel av stillingen sin på dagtid.⁵⁶

Akuttenehetene ved Tønsberg hadde alle egne nattevakter. Disse jobbet ikke dag- eller kveldsvakter. Under besøket var ombudsmannen tilstede på en nattevakt. Det ble formidlet fra ansatte både på dag- og nattestid at det var dårlig grunnbemanning på natt. Det kom frem at mange nye innleggelser skjedde på natt, og at dette både økte arbeidsmengden og risikoen for utøvelse av tvang.

Det syntes som at et høyt sikkerhetsfokus og til dels strenge rammer preget nattevakten. Vi så noen eksempler på problematisk bruk av tvang på nattestid i journalgjennomgang. Samtidig kom det frem at strenge, uskreve regler på natten i senere tid hadde blitt oppmyket. Som eksempel ble det vist til at pasienter nå fikk lov til å bevege seg rundt i gangene i enheten dersom de hadde behov for dette, mens de tidligere hadde blitt henvist til å være på eget rom gjennom hele nattevakten.

⁵² Se bl.a. Varese, F., m.fl. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671.

⁵³ Symptomer på post-traumatisk lidelse som er relevante for dette er «Overdreven oppmerksom, skjerpet eller på vakt» og «Følelsen av å være skvetten eller lettskremt». Se «The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). Norsk utgave Traume- og PTSD-screening (TRAPS). Norsk oversettelse ved Trond Heir (2014) - Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS).

⁵⁴ Som beskrevet i Helse Bergens fagprosedyre om bruk av mekaniske tvangsmidler (publisert som fagprosedyre på Helsebiblioteket.no). Pasienten skal spørres på et tidlig tidspunkt i forløpet om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og sinne og hvilke tiltak pasienten selv ønsker skal iverksettes i slike situasjoner.

⁵⁵ Se særlig rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Universitetssykehuset i Nord-Norge (26.-28. april 2016) og til Ahus avdeling for akuttpsykiatri (2.-4. mai 2017).

⁵⁶ Se Universitetssykehuset i Nord-Norges svar til Sivilombudsmannen etter ombudsmannens besøk 26. april-28. april 2016.

Det kom videre frem at nattevaktene i liten grad deltok på fellesmøter, fellesundervisning og trening og opplæring blant annet i tvangsmiddelbruk.

Alt i alt fremsto denne gruppen ansatte som mer distansert fra ledelse og øvrig miljø. Dette er forhold som kan øke risikoen for krenkelser av pasientenes rettigheter.

Funnene beskrevet ovenfor tilsier at tydelige tiltak for å sikre at pasientene behandles på en god, verdig og omsorgsfull måte, iverksettes så raskt som mulig. I dette arbeidet bør ledelsen følge nøye med på den kontinuerlige behandlingen av og forløpet til pasienter som er i risiko for å utsettes for maktbruk, og på om det er ansatte som gjentatte ganger havner i situasjoner med maktbruk mot pasientene.

8.3 Kapasitet og bemanning

Ansatte som har tilstrekkelig tid til å gi pasientene et godt behandlingstilbud, er et viktig forebyggende tiltak mot tvangsbruk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde i 2015 en analyse av avviksmeldinger i psykisk helsevern.⁵⁷ Her ble for lav bemanning trukket frem som én av utfordringene som kunne bidra til økt bruk av tvang.

Det ble påpekt at belegget var spesielt høyt, og at gruppen innlagte pasienter var spesielt krevende i perioden for ombudsmannen besøk. Denne situasjonen hadde vart over flere måneder. Under besøket observerte man at mange ansatte var bundet opp i faste oppgaver, som kontinuerlig observasjon av enkelte pasienter. Dette medførte at det var lite tid til å følge opp andre pasienter.

Flere ansatte mente at lav bemanning skapte utrygghet i avdelingen, særlig på nattevakt, men også på dagtid. I samtaler med ansatte var det flere som trakk frem at utstrakt bruk av lite erfarne eller liten grad av fagutdannede ansatte som problematisk. Under besøket kom det frem eksempler på at pasienter ble utsatt for tvangsmidler på grunn av utagering etter at de hadde fått avslag på å delta i aktiviteter på grunn av lav bemanning (se kapittel 6.3 *Aktivisering og turer ut i friluft*).

Akuttseksjonene hadde ifølge avdelingsledelsen få sengeplasser per innbyggere, sammenlignet med andre akuttavdelinger. Lav kapasitet kan føre til at pasienter legges inn for sent i sitt sykdomsforløp, skrives ut for tidlig eller at belegget over tid er for høyt i forhold til bemanningen.

Alle disse faktorene kan øke risikoen for bruk av tvang. Ombudsmannen vil her peke på de utfordringene med høy bruk av tvang som akuttseksjonene ved Sykehuset i Vestfold har, samt funn om utrygghet blant pasienter og ansatte.

8.4 Aktivisering av pasienter

Mange forskningsprosjekter om forebygging av tvang viser at et godt aktivitetstilbud er viktig.⁵⁸ Ombudsmannen har erfart ved besøk til en annen institusjon innen psykisk helsevern at aktivitet ble systematisk brukt for å forebygge tvang, også for de dårligst fungerende pasientene.⁵⁹ Ved den institusjonen ble det i alle deler av organisasjonen funnet holdninger og en praksis for bruk av

⁵⁷ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015): Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et Pasientsikkerhetsperspektiv.

⁵⁸ Se oppsummering i Norvoll, R., Sintef Helse (2008): Delrapport 1: Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur.

⁵⁹ Rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Reinsvoll psykiatriske sykehus, 27. februar – 1. mars 2018.

aktivisering som ledd i forebygging av tvangsbruk. Dette ble også der detaljert beskrevet i behandlingsplaner for en del pasienter.

Dokumentasjonen vedrørende tilspissede situasjoner mellom pasienter og ansatte som endte i tvangsmiddelbruk, viste ikke sjelden at pasienter forsøkte å komme seg ut av enheten eller av skjermingsenheten de befant seg i. I flere tilfeller ble pasienter sendt på rommet for å være der alene når de var spesielt urolige, heller enn at man hadde alternative aktiviteter som kunne avhjulpet uroen. Våre samtaler med pasienter reflekterte også at pasienter i forkant av konfrontasjoner med ansatte ofte hadde følt seg innestengte og ønsket å komme seg ut. Vi fant at slike konfrontasjoner flere ganger kom umiddelbart i etterkant av at ansatte hadde bestemt at pasienten måtte holde rommet på grunn av uakseptabel atferd. Det kom også frem flere eksempler på at manglende aktivisering gjorde at situasjonen etterpå ble så tilspisset at pasienten ble utsatt for tvangsmidler (se kapittel 6.3 *Aktivisering og turer ut i friluft*).

Flere av pasientene vi snakket med, hadde ikke fått tilbud om tilpassede aktiviteter under sin innleggelse. Det er ombudsmannens vurdering at aktivitetstilbudet ikke var tilpasset de dårligste pasientene. Selv om behandlingsplaner i en del tilfeller beskrev aktiviteter som skulle brukes, var dette i en del situasjoner ikke fulgt opp overfor pasienten.

8.5 Gjennomgang av hendelser som forebyggende tiltak

Forskning tyder på at systematiske gjennomganger av hendelser der tvang er brukt, er viktig for å forebygge ny tvang.⁶⁰ En studie viste at kritisk gjennomgang av hendelser var en av de viktigste tiltakene for å unngå bruk av mekaniske tvangsmidler.⁶¹ For at gjennomgangen skal være nyttig, er det en forutsetning at den er reelt kritisk, og at man ikke faller inn i et spor der hendelser godkjennes som nødvendige og uunngåelige.

Ledelsen formidlet at situasjonsanalyser ble brukt systematisk i etterkant av tvangsmiddelbruk. Også ansatte ga uttrykk for at ledelsen gjennomgikk alle tilfeller av tvangsmiddelbruk. En gjennomgang av avviksmeldinger og journalnotater (inkludert evalueringer etter tvangsbruk, sammen med pasienten) ga imidlertid svært få funn på kritikk mot tvang som var blitt brukt, eller at man påpekte hvordan denne kunne vært forebygget. I en sak der pasienten ble alvorlig skadet etter å ha blitt lagt i gulvet, var avviksmeldingen kun basert på dokumentasjonen i pasientens journal. Det fremgikk ikke om man hadde evaluert hendelsen med de involverte ansatte. Derimot ble det gjengitt i avviksmeldingen at håndteringen av pasienten i journalen ikke var beskrevet som spesielt «hardhendt». I et så alvorlig tilfelle er det spesielt bekymringsfullt at man ikke har gått grundigere gjennom det som hadde skjedd og hvordan dette kunne vært unngått. Det forekom også i andre tilfeller der journalen beskrev at pasienter var redde eller hadde vondt i kroppen etter å ha blitt holdt av ansatte, at slik informasjon om pasienter ikke ble vurdert, undersøkt eller kommentert ytterligere. De aller fleste av disse hendelsene ble heller ikke gjenfunnet i sykehusets avvikssystem.

Vår gjennomgang av evalueringer etter tvangsbruk viste også at det fulle ansvaret i flere tilfeller ble lagt på pasienten eller pasientens sykdom. Enkelte justeringer i behandlingsplaner tydet på at det var reflektert noe over hvordan man kunne unngå liknende situasjoner, men dette var ikke konkret formulert og ble i varierende grad fulgt opp. Videre syntes det som en del vedtaksansvarlige vegret

⁶⁰ Norvoll, R. m.fl (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). Rapport. Sintef Helse, A8450, underkapittel 5.13; Review og debriefing.

⁶¹ Mechanical Restraints: Preventive Factors in Theory and Practice. PhD thesis Jesper BAK, submitted 29/01/15, Faculty of health and medical sciences, university of Copenhagen.

seg for å være kritisk der de hadde kommet inn i situasjonen et stykke ute i forløpet. Flere ansatte ombudsmannen snakket med, poengterte at de ikke noen gang hadde vært med på tvang som kunne vært unngått (se kapittel 8.1 *Institusjonskultur og betydningen for tvangsmiddelbruk*).

Selv om formelle rutiner for gjennomgang av tvangsmiddelbruk var på plass, tyder disse funnene samlet på at gjennomgangene ikke fungerte godt nok på besøkstidspunktet.

På bakgrunn av de høye tallene, og de funnene man har beskrevet i avsnittene over, bør avdelingen gi høy prioritet til og arbeide systematisk for å sikre redusert tvangsmiddelbruken. Det bør innhentes erfaringer fra andre sykehus. Den forestående flyttingen og omorganiseringen kan være et godt utgangspunkt for et slikt arbeid.

Anbefalinger

- Sykehuset bør gjennomgå mulige årsaker til den høye bruken av tvang ved sine akuttpsykiatriske seksjoner. Dette bør skje ved en helhetlig tilnærming, som også inkluderer å arbeide med å forebygge at situasjoner eskalerer slik at tvangsbruk blir nødvendig.
- Sykehuset bør ha fokus på hvordan aktiviteter og evaluering av tvangsmiddelbruk kan brukes mer aktivt for å forebygge bruk av tvang.
- Ordningen med egne nattevaktslag bør vurderes endret.
- Sykehuset bør gjennomgå kapasitetssituasjonen til sine akuttseksjoner, både med tanke på det totale døgnplasser, antall ansatte og andelen faglærte.

9 Bruk av skjerming

9.1 Meneskerettslige 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 personell som ikke deltar i undersøkelse, behandling eller 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 skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering.⁶² 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.⁶³ 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.⁶⁴ Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming.⁶⁵ Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.⁶⁶ Når pasienter oppholder seg på skjermingsenheter, er bevegelsesfriheten innskrenket ytterligere. Skjerming varer ofte over lengre tid, fra noen dager opptil flere måneder. Ikke sjelden har skjermede pasienter lite utgang i friluft eller tilgang til aktiviteter som foregår på andre deler av sykehuset. Fordi skjerming innebærer en slik innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8.⁶⁷ Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. Der personers autonomi allerede er begrenset, ser Den europeiske menneskerettsdomstolen strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien.⁶⁸

9.2 Bruk av skjerming

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2016 ble fattet 86 vedtak om skjerming ved Psykiatrisk akuttmottak, 72 vedtak på akutt psykose og 18 vedtak på akutt allmenn. I 2017 ble det fattet 65 vedtak ved akuttmottaket, 116 vedtak på akutt psykose og 37 vedtak på akutt allmenn. De to første månedene i 2018 hadde akuttmottaket vedtatt skjerming fire ganger. Akutt allmenn og

⁶² 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).

⁶³ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

⁶⁴ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

⁶⁵ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

⁶⁶ Se note over.

⁶⁷ Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

⁶⁸ 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.»

akutt psykose hadde allerede henholdsvis 19 og 24 vedtak om skjerming. Tallene viste en økning i antall skjermingsvedtak i 2017 og 2018, både ved seksjon akutt allmenn og seksjon akutt psykose. En gjennomgang av skjermingsprotokoller for 2017 viste at de fleste skjermingsforløp varte i noen dager, og dermed var på under 14 dager, som er maksimumstiden for et vedtak om skjerming. Seksjon akutt psykose hadde de lengste forløpene, der enkelte pasienter hadde hatt mange påfølgende forlengelser av skjermingsvedtak, som førte til opptil 3 måneder med kontinuerlig skjerming.

9.3 Gjennomføring av skjerming

Psykiatrisk fylkesavdeling hadde ingen egne retningslinjer for skjerming, men ledelsen opplyste at dette var under utarbeidelse. Vi gjennomgikk internundervisningen som omhandlet skjerming. Sykehuset rapporterte at denne undervisningen jevnlig ble gitt til miljøpersonalet. Undervisningen inneholdt en del føringer om behandlingmessig innhold og menneskelig kontakt med pasienten under skjermingsopphold. Formålet med skjerming var tydelig beskrevet, og det ble formidlet en god holdning til pasienters under skjerming.

Flere ansatte formidlet at man hadde få eller ingen muligheter for aktiviteter eller turer ut for pasienter der det ble vurdert å være rømningsfare. Dette gjorde det spesielt problematisk at skjermingsrommene var dårlig vedlikeholdt, med svært spartansk innredning og dårlig renhold (se kapittel 6.1 *Fysiske forhold og aktivisering*). I enkelte av pasientrommene var vinduene frostet, slik at det ikke var mulig å se ut. Sykehuset presiserte i etterkant av besøket at dette kom av at enkelte av skjermingsenhetene lå rett over bakkeplan, og at frostingen da var gjort for å hindre direkte innsyn fra forbigående. Det var lyd mellom rommene, og det kom frem flere eksempler på at pasienter i samme skjermingsenhet eller i tilstøtende rom ble forstyrret eller følte seg utrygge.

Vår gjennomgang av vedtak for skjerming viste at disse i stor grad ga spesifikke og detaljerte begrunnelser for skjerming og for formålet med skjermingen i det enkelte tilfelle.

Oppfølgingen pasienten fikk under skjermingen, ble avgjort i behandlingsmøter og nedtegnet i pasientens behandlingsplan, i flere tilfeller med detaljerte beskrivelser av innholdet i miljøterapien pasienten skulle motta. En gjennomgang av innsendt dokumentasjon samt observasjoner og intervjuer under besøket, viste at det var eksempler på god praksis under skjerming, der menneskelig kontakt og felles aktiviteter med ansatte gjennom dagen ble vektlagt. Ledelsen og enkelte ansatte understreket at man tilstrebet å bruke ansatte med lang erfaring og god kjemi med den enkelte pasient, samt at man byttet på å være inne på skjermingsenheten for å sikre god oppfølging av pasienten og ivaretagelse av ansatte. Enkelte ansatte sa at man evaluerte om skjerming hadde effekt, men det kom samtidig frem at det kunne være vanskelig å finne gode alternativer når behandling med skjerming ikke førte frem.

Vedtaksansvarlige var bevisste på at pasienten skulle ha tilgang til egne eiendeler, radio og lignende dersom det ble vurdert som forsvarlig. Flere ansatte formidlet likevel at tid på eget rom med lite stimuli (så lite stimuli som mulig, inkludert begrenset sosial kontakt og spartansk innredning i skjermingsenheten) var en viktig del av miljøbehandlingen for eksempel for pasienter i en manisk fase.

Det var enkelte funn om at pasientene over lengre tid ble henvist til å tilbringe mye tid på eget rom uten kontakt med ansatte, og uten mulighet til utsyn fra frostede vinduer, og at de opplevde denne henvisningen til eget rom som vanskelig. Som beskrevet under avsnittene om forekomst og reduksjon av tvangsmiddelbruk (se kapittel 8 *Forhold som påvirker tvangsmiddelbruk*) viste

dokumentgjennomgang at en del tvangsmiddelbruk ble utløst av at pasienten følte seg innelåst og prøvde å komme seg ut, særlig fra skjermingsenhetene. Vi så også eksempler på at såkalte «korrigeringer» av pasientens atferd og innstramninger i pasientens handlingsrom ble gjort i løpet av en vakt og en eskalering av uro hos pasienten i etterkant av dette. Omfanget av korreksjoner syntes å variere mellom ulike vaktlag. Det var også stor variasjon i hvor godt aktiviteter ble brukt som miljøterapeutisk tiltak for å unngå uro og eskalering av situasjoner (se kapittel 8.4 *Aktivisering av pasienter og betydningen for tvangsmiddelbruk*).

Funn under besøket tydet på at ansatte i visse tilfeller låste døren inn til pasientrommet og oppholdt seg der inne sammen med pasienten. Dette er problematisk, blant annet fordi pasientrommene var små og man risikerte å komme for tett innpå pasienter som kunne ha behov for mer rom.

Flere ansatte sa at man ikke hadde nok bemanning på natten til å følge opp skjerming som planlagt. Dette fremgikk også av journalene. Det var også enkelte funn på at personalmangel gjorde at man heller ikke på dagtid kunne være hos pasienten under hele skjermingsoppholdet.

Protokollene viste at skjermingsvedtak som regel ble opphevet når pasienten ikke lenger ble vurdert å ha behov for det, slik at man unngikk at maksimumstiden (skjermingsvedtak kan fattes for 14 dager om gangen) ble en standard tid for varighet av skjerming. Når pasienter hadde avtaler om såkalte «hviletider» på eget rom (uten vedtak om skjerming), tydet funnene på at dette var reelt frivillige tiltak.

Anbefaling

- Sykehuset bør sikre at pasienter som er plassert på skjermingsenhet, mottar god behandling av personale på alle vakter.

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 undersøkes og behandles på nærmere angitte vilkår. Dette omfatter legemiddelbehandling, med tablett eller ved 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.

Paragraf 4-4 stiller strenge krav til legemidlers effektivitet: «Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.» Beviskravet for at behandlingen vil ha positiv effekt for den enkelte pasient, er strengt. Ifølge loven kan tvungne behandlingstiltak «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». ⁶⁹ I forarbeidene til lov om psykisk helsevern berørte det daværende Helse- og sosialdepartementet forholdet mellom behandlingstiltak uten eget samtykke og Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Departementet var av den oppfatning at et strengt faglig forsvarlighetskriterium, krav om grundige forundersøkelser og et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3. ⁷⁰

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, fremstår som uklart og er omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekt («vedlikeholdsbehandling»). ⁷¹ Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være meget alvorlige og irreversible. ⁷² Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I 2017 vedtok Stortinget 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 ble obligatorisk undersøkelsestid utvidet til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes. ⁷³ Der det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, vil også samtykkekompetente kunne tvangsmedisineres.

Ved den nye § 4-4a ble det også vedtatt nye krav til begrunnelse for slike vedtak. Kravene er langt på vei sammenfallende med krav som allerede fulgte av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven, men innebærer en tydeliggjøring av disse.

⁶⁹ Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁷⁰ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6

⁷¹ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁷² Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁷³ Psykisk helsevernloven § 4-4 femte ledd, stiller et krav til minimum fem døgn undersøkelsestid fra etablering av vernet. 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.»

Kravene til skriftlig begrunnelse gir uttrykk for de vurderinger som vedtaksansvarlige må gjøre før behandling uten samtykke eventuelt kan iverksettes.⁷⁴

10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det hadde vært en betydelig nedgang fra 2016 til 2017 i vedtak fattet ved Psykiatrisk akuttmottak (29 vedtak i 2016 og fem vedtak i 2017). Den kraftige nedgangen kan antakelig ses i sammenheng med lovendringene i 2017 om at vedtak skal fattes etter at pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet.⁷⁵ Det er imidlertid interessant i den sammenhengen at det totale antallet vedtak ved akuttseksjonene også hadde sunket (64 vedtak i 2016, mot 41 i 2017), da de to andre akuttseksjonene (der pasientene ble overført til lengre opphold) ikke hadde betydelig endringer i antall vedtak. Seksjonen for akutt psykose hadde det høyeste antallet medisinvedtak (25 vedtak i 2017 og 27 vedtak i 2016). Akutt allmenn hadde åtte vedtak i 2016, og 11 vedtak i 2017. Forskjellen mellom de to seksjonene gjenspeiler antakelig ulike inntakskriterier på de to seksjonene (se kapittel 4 *Generell informasjon om Psykiatrisk fylkesavdeling, seksjoner for akuttpsykiatri*).

De faglige ansvarlige for vedtak om behandling uten eget samtykke hadde den holdning at tvangsmedisinering er et svært inngripende tiltak som burde overveies nøye. I all hovedsak fant vi at de faglige ansvarlige forsøkte å få til et samarbeid med pasientene om medisinering. Vi fant også at man, der man opplevde det som mulig, brukte lang tid på dette arbeidet. De faglige ansvarlige formidlet videre at de presenterte ulike preparater for pasienten og forsøkte å komme dem i møte vedrørende valg av preparat og dosering. Også en del av pasientene vi snakket med, beskrev et godt samarbeid om medisinering. Vår gjennomgang av dokumentene viste imidlertid en hendelse der medisiner ble gitt under press om at «andre tiltak» ville bli iverksatt dersom pasienten ikke tok medisinerne, uten at det ble spesifisert i journal hva man da hadde siktet til.

Flere av pasientene vi snakket med som ble tvangsmedisinert, oppgav at de hadde blitt dårlig informert om potensielle bivirkninger av medikamentene de fikk. Enkelte pasienter beskrev plagsomme bivirkninger, slik som kraftig vektoppgang, ubehag og tretthet, samt mer spesifikke kroppslige plager. Flere fortalte oss at medisineringen innebar et stort inngrep i tanke- og følelseslivet deres.

Flere av pasientene vi snakket med, ble gitt tvangsmedisinering ved injeksjoner. Det var flere pasienter som formidlet at de gjerne ville tatt tabletter i stedet for injeksjon. Tvangsmedisinering med injeksjon ble opplevd som ydmykende og vanskelig, og flere fortalte at de hadde blitt fastholdt i egen seng av flere mannlige ansatte under injeksjonen.

Ombudsmannen viser i denne forbindelse til psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd som slår fast at all tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt det er mulig skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. I NOU avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 ble følgende presisert om tvangsmedisinering:

«Bestemmelsen innebærer at det ikke bare er medikamentenes bivirkninger som de gunstige virkningene skal veies opp mot, men de totale ulempene ved bruk av tvang, inkludert alle

⁷⁴ Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

⁷⁵ Psykisk helvernloven § 4-4 femte ledd.

opplevde virkninger av inngrepet. For noen pasienter er tapet av selvbestemmelse og kontroll over egne tankeprosesser svært traumatiserende, og det skal mye til for at realiteten bak en del av brukerutsagnene om tvangsmedisinering veies opp av medikamentenes positive virkninger.»⁷⁶

10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke

I forbindelse med besøket ble et utvalg vedtak om tvangsmedisinering fra hver seksjon gjennomgått. Vedtakene ble tatt i etterkant av lovendringene som trådte i kraft 1. september 2017, og alle var nedtegnet i nye vedtaksmaler i pasientens elektroniske journal.

Vedtaksmalen la opp til at de fleste lovkrav/vilkår for § 4-4 ble vurdert, i tillegg til at de vurderingene og opplysningene som er angitt i § 4-4 a også ble redegjort for. Malen gjenga ikke kravet i § 4-4 første ledd første punktum om at behandlingen anses klart i samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. En vurdering om dette kravet var oppfylt, ble likevel gjengitt i enkelte av vedtakene. Kravene i § 4-4 andre ledd bokstav a om at legemiddelbehandling bare kan gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser, og bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger, kom heller ikke tydelig frem.

Gjennomgangen viste at de faktiske forholdene og vurderingene som skulle begrunne at vilkårene etter § 4-4 var oppfylt, ikke alltid var tilstrekkelig beskrevet i vedtaket. Generelt var vedtakene knappe, og begrunnelsene ga for det meste ikke en tilstrekkelig vurdering av hvorfor det aktuelle vilkåret var oppfylt.

I de fleste vedtak ble det gitt informasjon om forventede effekter og bivirkninger og om hvordan tvangstiltaket ville påvirke pasienten og samarbeidet fremover. Når det gjelder lovkravet om at pasienten skal mangle samtykkekompetanse, var de fleste begrunnelsene standardiserte og lite knyttet til den enkelte pasient. Det ble flere steder henvist til at pasienten ikke oppfylte «FARV-kriteriene» for samtykkekompetanse, uten at det ble beskrevet nærmere hva dette innebar for denne pasienten.⁷⁷ Helsedirektoratet har angitt formkrav til avgjørelsen om samtykkekompetanse under sine kommentarer til psykisk helsevernloven, og det fremgår der at begrunnelsen må knyttes spesifikt til den enkelte pasient:

«Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd skal være begrunnet og skriftlig, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd. I begrunnelsen bør det gå fram hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Det vil si at det blant annet må fremgå hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, herunder en kort oppsummering av spørsmål og svar fra den kliniske samtalen, og hva som er gjort for å informere

⁷⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2011): NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Under avsnitt 15.2.3 Tvangsmedisinering.

⁷⁷ Det vises her til områdene i en vurdering av samtykkekompetanse som beskrevet i Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernloven, kapittel 2, avsnitt 3 «Sentrale momenter i vurdering av samtykkekompetanse, herunder verktøy med hjelpespørsmål». Helsedirektoratet: IS-1/2017. FARV står for evnen til å Forstå informasjon relevant for beslutningen om helsehjelp, og evnen til å Anerkjenn informasjonen i sin egen situasjon, evnen til å Resonnere rundt relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene, og evnen til å uttrykke et Valg.

pasienten. Ved bruk av hjelpeverktøy (se kapittel 3 nedenfor), skal oppsummeringen av denne enten inngå i, eller henvises til, i avgjørelsen.»⁷⁸

Det skal være *åpenbart* at pasienten, på grunn av sin tilstand, ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.⁷⁹ I de fleste vedtakene var det ikke godt nok redegjort for hvorfor dette var helt åpenbart hos den enkelte pasient.

Når det gjaldt vurderingene av bivirkninger veiet opp mot virkning av medikamentene, var disse i flere tilfeller ikke knyttet til den enkelte pasient og dennes tilstand, og pasientens eventuelle tidligere erfaringer med medikamentell behandling. Pasientens mening og hvordan man hadde forsøkt å få til et samarbeid, kom ofte lite frem.

Det var gjennomgående ikke redegjort klart for at det var «stor sannsynlighet» for effekt av medikamentet. I flere tilfeller var det kun pasientens tilstand som ble beskrevet under dette punktet. I ett tilfelle var det kun referert til pasientens diagnose, og at vedkommende nå var i en dårlig fase av sin sykdom. Dette er ikke en tilstrekkelig begrunnelse.

Flere av de vedtakene vi gjennomgikk, var påklaget til Fylkesmannen. Vi gjennomgikk derfor også et utvalg klagevedtak fra Fylkesmannen. Vi fant da ingen vedtak der pasienter hadde fått medhold, eller der vedtaket ble opphevet av Fylkesmannen. Faktum i sakene fremstod imidlertid som godt klarlagt i Fylkesmannens vedtak, blant annet ved samtaler med pasientene, vedtaksansvarlige og ved gjennomgang av dokumentasjon. Klagevedtakene var også utformet på en slik måte at det var klart hvordan Fylkesmannen vurderte at de faktiske omstendighetene forholdt seg til de aktuelle lovkravene.

Anbefaling

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

⁷⁸ Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Helsedirektoratet: IS-1/2017. Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser, avsnitt 2.3 Nærmere om formkrav til selve avgjørelsen.

⁷⁹ Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Helsedirektoratet: IS-1/2017. Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser, avsnitt 2.1. Beviskravet.

11 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (tidligere kalt elektroshokkbehandling; ECT) er en behandlingsform der det utløses kunstige epileptiske anfall ved å lede elektrisitet i korte støt gjennom pasientens hjerne med lav strømstyrke. Behandlingen gis i serier på to til tre behandlinger per uke, vanligvis 6-8 til opptil 10-12 behandlinger. Behandlingen innledes ved å gi korttidsvirkende narkose intravenøst kombinert med et korttidsvirkende muskelavslappende middel.⁸⁰

Det er faglig uenighet i behandlingsmiljøer om bruk av ECT og om ECT kan føre til varige hjerneskadener.⁸¹ En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.⁸² Sivilombudsmannen har i flere tidligere besøksrapporter til andre sykehus uttrykt sterk bekymring for bruk av ECT uten pasientens samtykke, på grunnlag av nødrett.⁸³

11.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

For di ECT-behandling regnes som et alvorlig inngrep, er det forbudt å gjennomføre inngrepet uten pasientens informerte samtykke.⁸⁴ For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake.

Norske myndigheter har imidlertid gitt uttrykk for at ECT uten samtykke kan gjennomføres med hjemmel i straffelovens nødrettsbestemmelse, jf. straffeloven 2005 § 17:

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

a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og

b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.»

I forarbeidene til psykisk helsevernloven uttalte departementet at

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

⁸⁰ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, juni 2017, side 26 flg.

⁸¹ Se bl.a. Aslak Syse, Gyldendal Rettsdata lovkommentar til psykisk helsevernloven § 4-4, sist revidert 5. november 2016; Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, juni 2017.

⁸² Se oversikt: <https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykiskhelsevern>

⁸³ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra steder i psykisk helsevern:

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

⁸⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd.

avverget. En slik akuttsituasjon vil det typisk være hvor det foreligger en overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon.»⁸⁵

Bruk av ECT-behandling med hjemmel i straffelovens nødrettsbestemmelse har medført kritikk fra flere internasjonale menneskerettighetsorganer.⁸⁶

Helsedirektoratet har i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2016 uttalt at det er grunn å se på regelverket og denne praksisen. ⁸⁷ Direktoratet uttalte blant annet at det «er ... et spørsmål om nødrett er et tilstrekkelig rettsgrunnlag. ECT gis ved narkose, og krever en behandlingsserie over flere ganger for å gi god effekt». Direktoratet anbefalte derfor at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag vurderes nærmere av det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget.⁸⁸ Helsedirektoratet utga 26. juni 2017 «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling».⁸⁹ Her stilles det krav til dokumentasjon av beslutningen om bruk av ECT uten samtykke for hvert enkelt tilfelle av behandling, og det presiseres at bruken bare kan opprettholdes inntil den konkrete faren er avverget. Pasienter eller en representant for pasienter som er behandlet med ECT på nødrettsgrunnlag, kan klage til Fylkesmannen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Helsedirektoratet har i et brev til landets kontrollkommisjoner i april 2018 bedt kommisjonene føre kontroll med bruk av ECT uten samtykke. I 2019 vil det innføres en egen prosedyrekode i Norsk pasientregister (NPR), slik at man vil få en nasjonal oversikt over bruken av ECT på grunnlag av nødrett. Kontrollkommisjonene har frem til dette en plikt til å rapportere alle tilfeller av ECT på nødrett til Helsedirektoratet.⁹⁰

Selv om rettssikkerhetsgarantiene er noe styrket siste år, gjenstår det flere betenkeligheter ved at en så inngripende og langvarig behandling baserer seg på straffelovens nødrettsbestemmelse. Etter ombudsmannens oppfatning står dagens praksis i et problematisk forhold til Grunnlovens krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.⁹¹

⁸⁵ Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) side 108–109.

⁸⁶ Se avsluttende merknader til Norge i FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) 13. desember 2013 (E/C.12/NOR/CO/5). Se også rapport fra Europarådets menneskerettighetskommisær etter landbesøk i Norge 19.-23. januar 2015 (CommDH (2015) 9), og avsluttende merknader etter periodisk rapportering av Norge i fra FNs torturkomité, (23. april-18. mai 2018).

⁸⁷ Helsedirektoratet, Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag – behov for regelverksutvikling, brev 4. juli 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸⁸ Regjeringen oppnevnte 17. juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Utvalget ledes av professor Bjørn Henning Østenstad.

⁸⁹ Helsedirektoratet (juni 2017): Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, side 26-28. Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag presiseres det: «Bruk av ECT uten samtykke vil kun være aktuelt å vurdere i situasjoner hvor det foreligger en akuttsituasjon for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand, vanligvis en alvorlig depresjon, og det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller alvorlig helseskade uten adekvat helsehjelp, der ECT fremstår som det eneste forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge akutt fare, og andre mindre inngripende behandlingstiltak ikke har ført frem eller ikke er aktuelle, og en forholdsmessighetsvurdering tilsier at faren anses som særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT uten samtykke utgjør.»

⁹⁰ Helsedirektoratet (2018): Behov for styrket kontroll med bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke. 18/9416-1.

⁹¹ Grunnloven § 113.

11.2 ECT-behandling ved sykehuset i Vestfold

ECT-behandling ved sykehuset i Vestfold var organisert som en egen poliklinikk under Psykiatrisk fylkesavdeling, og denne lå i samme bygg som de akuttpsykiatriske seksjonene. Innsendt statistikk viste at det i 2017 ble gitt 409 ECT-behandlinger, fordelt på 30 pasienter. I 2016 ble det gitt 398 behandlinger fordelt på 32 pasienter. Under besøket ble både pasienter og behandlere spurt om bruk av ECT. Ingen av pasientene vi snakket med, hadde fått ECT-behandling. I følge sykehusets rutiner ble pasientene bedt om å samtykke skriftlig på et samtykkeskjema, samt at de fikk utdelt en brosjyre om ECT utarbeidet av sykehuset selv. Brosjyren inneholdt informasjon blant annet om behandlingen (indikasjon, forventet effekt og fremgangsmåte) og mulige bivirkninger.

11.3 ECT på nødrettslig grunnlag ved sykehuset i Vestfold

Sykehuset hadde gjennomført et lite antall ECT-behandlinger på grunnlag av nødrett de siste 2,5 år.⁹² Vi gjennomgikk dokumenter fra disse behandlingene, og både den lave forekomsten og forløpet av behandlingene antydte at sykehuset hadde en høy terskel for å bruke ECT på nødrett. Det kom tydelig frem at faglig ansvarlige for behandlingene vurderte at tilstandene var alvorlige og kompliserte, og som livstruende uten kontinuerlige tvangstiltak. Det fremkom at lovlige tvangstiltak var forsøkt over lengre tid uten resultat. Journalinformasjon viste at det over lang tid var forsøkt både ulike typer medikamenter og sondeernæring. Sykehuset hadde konferert med kontrollkommisjonen og Fylkesmannen i forkant av ECT-behandlingen.

Vurderingen som lå til grunn for beslutningen om å bruke ECT på nødrettsgrunnlag, ble imidlertid gjort flere dager før behandlingene ble satt i gang. I ett av tilfellene ble nødrettsvurderingene gjort hele 19 dager før den første behandlingen ble iverksatt. I saken fremgikk det også av journalinformasjonen at et annet behandlingsalternativ ble vurdert som mulig (fortsett pleie i kommunal omsorg). Det fremkom likevel ikke i journalen hvorfor dette alternativet ikke ble vurdert nærmere. I tillegg til dette ble det kun gjennomført en nødrettsvurdering før hver behandlingsserie, ikke i forkant av den enkelte behandling. Det ble ved en fremmedspråklig pasient brukt tolk flere ganger tidligere i behandlingsforløpet, men ikke i månedene i forkant av ECT-behandlingen på nødrett. Det ble heller ikke brukt tolk i forbindelse med behandlingen på nødrett, for å forklare pasienten hva som skulle skje. Tolk ble først benyttet nesten én måned etter første ECT-behandling. På det tidspunktet var det gjennomført totalt seks ECT-behandlinger, alle på nødrettsgrunnlag.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjon om helsehjelp «være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte». I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig, og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk.

Det lange intervallet mellom nødrettsvurderingen og igangsetting av behandling, at ECT-behandling ikke ble vurdert å være det eneste mulige tiltaket, at det ikke ble gjennomført nødrettsvurdering før den enkelte behandling, og at det ikke ble benyttet tolk i forkant av ECT-behandlingene, gjør at beslutningen om ECT står i et problematisk forhold til nødretten. ECT-behandlingen ble avsluttet da pasienten ble i stand til å aktivt nekte denne. Dokumentene ga ingen informasjon om at pasienten var informert om sin klagerett.

⁹² Nærmere detaljer om antall pasienter og behandlinger er utelatt av personvern hensyn.

Funnene om bruk av ECT på nødrett belyser flere av de problematiske sidene ved bruk av straffelovens nødrettsbestemmelse som grunnlag for en så inngripende behandling som ECT og viser at risikoen for krenkelser i disse situasjonene er høy.

Anbefaling

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

12 Klage og kontroll

12.1 Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

«as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment. »⁹³

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.⁹⁴

12.2 Kontrollkommisjonen ved Psykiatrisk fylkesavdeling, herunder akuttseksjonene, sykehuset i Vestfold

Samtaler med pasienter tydet på at de gjennomgående ble informert, både informasjon i skriftlige vedtak og muntlig informasjon fra ansatte om kontrollkommisjonen og deres rett til å klage dit. Det manglet imidlertid informasjon om kontrollkommisjonen inne på seksjonene. Lett synlige oppslag med kontaktinformasjon og møtetider er en god måte å sikre pasientenes rett til informasjon.⁹⁵ Helsedirektoratet har også anbefalt at synlige oppslag er tilgjengelige på hver post.⁹⁶

Kommunikasjonen mellom sykehuset og kommisjonen syntes ryddig og etterrettelig. Det ble avholdt jevnlig møter med sykehuset på ulike nivå, også med ledelse og vedtaksansvarlige.

⁹³Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

⁹⁴Se psykisk helsevernloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-4a andre ledd.

⁹⁵Ombudsmannen har ved andre besøk sett at både kontaktinformasjon og faste møtetider er oppslått inne på avdelingene. Se for eksempel rapport etter besøk til Oslo universitetssykehus, seksjon for psykosebehandling, Gaustad, 17.-19. oktober 2017.

⁹⁶Helsedirektoratet, Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel: Velferdskontrollens innhold, IS 6/2016, sist oppdatert 19. desember 2016.

Helsedirektoratet har pålagt kontrollkommisjonene å føre kontroll med alle vedtak som var fattet etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven.⁹⁷ Enkelte kontrollkommisjoner har tolket dette slik at de i større grad enn tidligere skal vurdere om beskrivelsen av foranledningene til tvangsbruk, vitner om at tvangsbruken var uomgjengelig nødvendig og ikke kunne vært unngått. En gjennomgang av et utvalg saker behandlet av kontrollkommisjonen viste at kommisjonen gjorde en grundig kontroll av både vedtak og protokoller knyttet til tvangsmiddelbruk og skjerming. Kommisjonen undersøkte vedtaks kvaliteten, og om det var samsvar mellom protokollføringer og antall vedtak.

Kontrollkommisjonens leder formidlet imidlertid til oss at det var vanskelig å vurdere foranledninger til tvangsbruk, og at kontrollkommisjonen derfor ikke gikk nærmere inn i dette. Ombudsmannen peker på at den lokale kontrollkommisjonen har bred informasjon om den samlede tvangsbruken ved sykehuset, og dette vil kunne være en viktig kilde til informasjon når sykehuset skal arbeide med å redusere bruk av tvang. Kommisjonen vil også – som en del av sin velferdskontroll – kunne gi informasjon til sykehuset dersom de ser tvangsbruk de opplever kunne vært forebygget.

Kommisjonens årsrapport for 2016 viste at enkelte klagere på tvangsinnleggelse (§3-2 og § 3-3), og på skjerminger (§ 4-3), hadde fått medhold. Kommisjonen hadde hatt flere uanmeldte besøk i løpet av året, i tillegg til faste møtetidspunkt annenhver uke. Kommisjonen behandlet kun fire klagesaker i hvert møte, og vi så at enkelte klager måtte vente i over to uker på å få sin sak prøvd.

Kommisjonslederen formidlet at kommisjonen aktivt oppsøkte pasienter som var innlagt for første gang. Utover dette gikk kommisjonen kun inn til pasientene dersom en ansatt ba dem om det. Under besøket kom det blant annet frem at en ung pasient som var utsatt for til dels omfattende tvangsbruk, herunder lengre skjerming, ikke hadde møtt kommisjonen under innleggelsen og skjermingsoppholdet. Dette er bekymringsfullt. En del kommisjoner har som rutine at de besøker pasientene i døgnsesjonene under sine møter. Dette er et viktig tiltak for å sikre at kommisjonen er kjent og fremstår som tilgjengelig for pasientene. Det er også nødvendig for å ivareta kommisjonens velferdskontroll og for å sikre at man fanger opp spesielt sårbare pasienter og risikofylte situasjoner (se kapittel 8.5 *Kritisk gjennomgang av hendelser for tvangsmiddelbruk som forebyggende for tvangsmiddelbruk*).

⁹⁷ Helsedirektoratet, Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel: Velferdskontrollens innhold, IS 6/2016, sist oppdatert 19. desember 2016.

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

