



SIVILOMBUDSMANNEN

SKJERMING I PSYKISK HELSEVERN - RISIKO FOR UMENNESKELIG BEHANDLING

Temarapport 2018





SKJERMING I PSYKISK HELSEVERN - RISIKO FOR UMENNESKELIG BEHANDLING

Temarapport 2018

Forord

«Skjerming i psykisk helsevern» er den andre temarapporten Sivilombudsmannen utgir under FN-mandatet som nasjonalt forebyggingsorgan mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.

I perioden 2015–2018 har Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkt 12 sykehus der pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Allerede fra de første besøkene ble vi oppmerksomme på bekymringsfull praktisering av tvangstiltaket skjerming.

Skjerming betyr at pasienter er avskåret fra resten av pasientene og kun har kontakt med helsepersonell. Pasienter som skjermes holdes ofte atskilt i egne lokaler og kan nektes tilgang til fasilitetene i den delen av sengeposten der vanlig sosialt fellesskap foregår. Tiltaket brukes både som kontrolltiltak for pasienter med utagerende adferd, og som et behandlingstiltak for å gi pasientene ro ved å redusere stimuli.

Selv om skjerming ikke er ment å være isolasjon eller avstraffelse, har funn gjort under våre besøk vist at skjerming ofte oppleves slik. Dette skyldes særlig at skjerming ofte innebærer store inngrep i pasientenes selvbestemmelse, bevegelsesfrihet og tilgang til meningsfull sosial kontakt. Funnene har også vist at mange utsettes for skjerming og at skjerming kan pågå over lang tid.

Sivilombudsmannen er bekymret over de samlede funnene om hvordan skjerming praktiseres, og mener at flere sider av praksisen gir en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Formålet med denne rapporten er å gi en sammenfatning og utdyping av Sivilombudsmannens funn om bruk av skjerming fra besøk i det psykiske helsevernet. For å bidra til å gjennomføre Sivilombudsmannens forebyggende mandat har vi også valgt å gi anbefalinger til både sentrale helsemyndigheter, helseforetak og lokale sykehusavdelinger.



Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Aage Thor Falkanger'.

Innhold

Forord	4
Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat	6
Sammendrag	8
1 Innledning – hva er skjerming?	10
2 Skjerming i et historisk perspektiv	12
2.1 Innesperring og isolat for å håndtere uro	12
2.2 Skjerming som metode vokser fram	12
2.3 Skjerming lovreguleres og formaliseres som tiltak	14
2.4 Strengere tidsfrister for vedtak, men senket terskel for bruk	15
2.5 Skjermingsbestemmelsen strammes inn på ny	15
3 Omfanget av skjerming	16
3.1 Markant økt bruk av skjerming gjennom 2000-tallet	16
3.2 Bruk av skjerming i dag	18
3.2.1 Omfang og varighet av skjerming	18
3.2.2 Geografiske variasjoner i bruk av skjerming	19
4 Begrenset kunnskapsgrunnlag om effekten av skjerming	22
5 Lovgivning og praksis i andre land	26
6 Nasjonalt lovverk om skjerming	28
7 Menneskerettslige krav og standarder	32
7.1 Den europeiske menneskerettighetsdomstolens rettspraksis om tvangsbruk	32
7.1.1 Skjerming som inngrep i privatliv (EMK artikkel 8)	32
7.1.2 Skjerming gir risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling (EMK artikkel 3)	33
7.2 FNs underkomité for forebygging – standarder for tvangstiltak på institusjoner	34
7.3 Den europeiske torturforebyggingskomité – kritisk til norsk skjerming	35
7.4 Andre FN-organers uttalelser om isolasjonsliknende tvangstiltak	36
8 Sivilombudsmannens funn fra besøk under forebyggingsmandatet	38
8.1 Høyt omfang av skjerming	38
8.2 Strenge sykehusregler og atferdskorreksjon som årsak til skjerming	38
8.3 Fysiske forhold ved skjerming	39
8.3.1 Nakne, sterile skjermingsrom	39
8.3.2 Sikkerhet og stimuluskontroll: to hovedbegrunnelser	40
8.3.3 Belteseng og isolatrom på skjermingsenhetene	40
8.3.4 Manglende daglig aktivitet i friluft	43
8.4 Problematiske gjennomføring av skjerming	44
8.4.1 Skjermingsvedtak eller isolasjonsvedtak?	44
8.4.2 Fastholding som del av skjerming	44
8.4.3 Internasjonal forskning og vurderinger av isolasjon	45
8.4.4 Isolasjonspreget gjennomføring av skjermingstiltak	46
8.4.5 Strenge regler og uklart behandlingssmessig innhold	47
8.4.6 Manglende tilbud om tilpassede aktiviteter	48
8.4.7 Pasientstudier om skjerming	49
8.4.8 Manglende dokumentasjon for behandlingseffekt	49
8.5 Langvarig skjerming gir særlig risiko for umenneskelig behandling	50
8.6 Svak rettssikkerhet ved skjerming	51
8.7 Skjerming og forholdet til menneskerettighetene	52
9 Behov for sentrale tiltak å unngå langvarig skjerming	54
10 Alternativer til dagens skjermingspraksiser	56
10.1 Gode alternativer til dagens skjermingspraksiser?	57
10.2 Fagutviklingsprosjekter om skjerming	57
11 Anbefalinger	59
11.1 Til sentrale helsemyndigheter	59
11.2 Til helseforetak og lokale sykehusavdelinger	59

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 for 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 er fratatt friheten. Videre har Sivilombudsmannen tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse.

Risiko for tortur eller umenneskelig behandling påvirkes av faktorer som rettslige og institusjonelle rammer, fysiske forhold, opplæring, ressurser, ledelse og institusjonskultur.² Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming som ikke utelukkende fokuserer på om situasjonen er i overensstemmelse med norsk lov. Ombudsmannens vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker 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. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, 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.

Sammendrag

I perioden 2015–2018 har Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkt 12 sykehus der pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Et gjennomgående funn fra besøkene er at mange sykehus har en bekymringsfull bruk av skjerming.

Skjerming betyr at pasienter er helt eller delvis avskåret fra resten av pasientene og kun har kontakt med helsepersonell. Tiltaket, som kan gjennomføres mot pasientens vilje, skjer på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. En skjermingsenhet er et lokale med en eller flere sengeplasser som er atskilt fra den vanlige delen av avdelingen, normalt med en låsbar dør. Pasienter som er innlagt på en skjermingsenhet kan nektes tilgang til fellesrom i den vanlige delen av avdelingen, og vil ikke kunne ha sosial kontakt med pasientene og andre som oppholder seg der. Tiltaket brukes både som et kontrolltiltak for å beskytte pasienten eller andre mot utagerende adferd, og som et behandlingstiltak der tanken er at reduserte sanseinntrykk skal gi pasienten ro.

Formålet med temarapporten er å gi en sammenfatning og utdyping av ombudsmannens funn om bruk av skjerming fra besøk i det psykiske helsevernet. Funnene blir vurdert med utgangspunkt i menneskerettslige krav og standarder, og drøftes i lys av historikk, forskning og offentlig statistikk.

I et historisk perspektiv vokste skjerming fram som en metode for oppfølging av urolige pasienter med mer humane metoder enn isolasjon, som ikke lenger ble ansett som et terapeutisk virkemiddel. Den faglige utviklingen av skjermingsmetoden skjedde hovedsakelig innenfor sykepleiefaget. Fra 2001 måtte det fattes eget vedtak for skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3. Psykiatere og psykologer med faglig ansvar for skjermingsvedtak lærer likevel lite om skjerming som del av sin spesialisering.

Til tross for usikkert tallgrunnlag, tyder offentlig statistikk og undersøkelser på at bruken av skjerming har økt markant i perioden 2001–2016. Samtidig har også omfanget av isolering økt de siste årene. Føringer fra sentrale helsemyndigheter har trolig medvirket til at skjerming er blitt et så sentralt virkemiddel.

Offentlig statistikk har også vist at en del pasienter får mange skjermingsvedtak i løpet av et år. Dette kan gi pasienter en samlet skjermingstid på mange måneder. Tallgrunnlaget tyder også på at det er betydelige geografiske variasjoner i antall skjermingsvedtak.

Bruk av skjerming er faglig kontroversielt fordi det foreligger lite kunnskap om at tiltaket gir behandlingseffekt. Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.

Norge er et av svært få land som har en egen tvangsbestemmelse om skjerming, i tillegg til isolering. Sammenliknbare praksiser i andre land har blitt vurdert av menneskerettsorganer som isolering, som kun skal brukes i akutte nødsituasjoner. Den norske skjermingspraksisen har enkelte særegne trekk. Tiltaket er en blanding mellom tvangstiltak og behandling, slik at formålet er uklart. Skjerming er et tvangstiltak med en markant lavere terskel enn for tvangsmiddelet isolering, samtidig som tiltaket anses som et effektivt behandlingstiltak til tross for svakt kunnskapsgrunnlag. Skjermingstiltak kjennetegnes også av lang varighet, uten noen absolutt øvre tidsgrense.

Funn fra ombudsmannens besøk har vist at skjerming skjer i et høyt omfang på de fleste besøkte sykehus. Enkelte steder var skjerming en integrert del av behandlingsopplegget, og stedene hadde en stor andel av sengeplassene plassert i skjermingsenheter. Flere av sengepostene ombudsmannen har besøkt, hadde en kultur kjennetegnet av grensesetting, korreksjon av uønsket atferd og høyt fokus på struktur som kunne utløse konflikter og skjermingsvedtak. Sivilombudsmannens besøk har også avdekket at manglende muligheter til meningsfull aktivitet og tid i friluft kan utløse vedtak om skjerming.

Skjermingslokalene har gjennomgående hatt et nakent preg, og omtales av mange ansatte og pasienter som fengselsliknende. Oftest mangler rommene inventar bortsett fra en seng og noen ganger et bord og en stol. Disse møblene er ofte tunge å flytte på eller boltet til gulvet. Rommene mangler ofte hjemlig innredning og er hvitmalte uten dekorasjoner eller bilder på veggene. Mange har folierte vinduer som det er vanskelig eller umulig å se ut av.

Samlet sett ivaretok skjermingsenhetene i liten grad pasientenes verdighet. Den nakne utformingen av skjermingslokalene begrunnes ofte med sikkerhets-hensyn. Etter ombudsmannens syn er et slikt syn på sikkerhet problematisk. Forskning gir ikke belegg for at manglende interiør forebygger vold og ødeleggelser. Tvert i mot tyder forskning på at human utforming kan bidra til å redusere tvangsbruk. En annen begrunnelse er at pasientenes sanseintrykk bør begrenses. Pasientenes erfaringer tyder imidlertid på at den nakne utformingen bidrar sterkt til en opplevelse av at skjerming er straff. Erfaringene fra besøkene er at det mange steder er lav bevissthet om mulige negative følger av fravær av sanseintrykk. Både ombudsmannens funn og forskning på området tilsier at det bør iverksettes tiltak for en mer human utforming av skjermingslokaler. Flere av skjermingsenhetene har også hatt beltesenger og isolatrom, noe som ytterligere bidrar til en opplevelse av skjerming som straff.

Et sentralt funn er at skjerming ofte gjennomføres på måter som i realiteten utgjør isolasjon, eller som har et klart isolasjonspreg. Mange pasienter tilbringer store deler av døgnet alene på nakne rom, ofte uten særlig kontakt med personalet.

Ombudsmannen har funnet at fastholding feilaktig anses som en del av skjermingen som ikke krever at det fattes vedtak om tvangsmidler. Ombudsmannen har også funnet at gjennomføringen ofte er preget av strenge regler, et uklart behandlingsmessig innhold samt et manglende tilbud om daglige opphold utendørs og tilrettelagte aktiviteter. Det er også funnet eksempler på skjerming som pågår over svært lang tid, noen skjermes i mange måneder og unntaksvis over år. Vedtak om bruk av skjerming var dessuten ofte mangelfullt begrunnet, uten en presis beskrivelse av hvorfor skjerming ble vurdert som nødvendig.

Etter menneskerettslige standarder er adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet snevret. Bruk av skjerming, særlig der det gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse, kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling. Et svakt kunnskapsgrunnlag gjør at skjerming som et behandlingstiltak fremstår som problematisk. Skjerming som kontrolltiltak er også problematisk fordi det gis en betydelig lavere terskel for tvang enn det som kan utledes av menneskerettslige krav og standarder.

Ombudsmannen etterlyser et økt fokus på alternativer til dagens skjermingspraksis. Tidligere fagutviklingsprosjekter og funn fra besøkene har vist at det er mulig å finne alternative, mindre inngripende skjermingsmetoder som ikke innebærer å være innesperret i en skjermingsenhet. Det er også viktig å unngå at pasienter blir sosialt isolert. Rapporten peker også på behovet for å iverksette særlige tiltak for å unngå langvarig skjerming, og for å skaffe en oversikt over varighet av skjerming på nasjonalt nivå.

På bakgrunn av temarapportens funn har ombudsmannen valgt å gi anbefalinger for å bidra til å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling. Anbefalingene retter seg mot både sentrale helsemyndigheter, helseforetak og lokale sykehusavdelinger.

1

Innledning

– hva er skjerming?

Skjerming i norsk psykisk helsevern innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og personell som ikke deltar i undersøkelse, behandling og omsorg for pasienten. Skjerming regnes dels som et behandlingstiltak og dels som et tiltak for å verne andre pasienter mot utagerende atferd.

Skjerming kan skje på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. En skjermingsenhet er et lokale med en eller flere sengeplasser som er atskilt fra den ordinære delen av avdelingen, normalt med en låsbar dør. Pasienter som er innlagt på en skjermingsenhet, kan nektes tilgang til fasilitetene i den ordinære delen av avdelingen, som stue, TV-rom, spiserom eller andre fellesrom, og vil ikke ha mulighet til å ha sosial kontakt med pasientene og annet personal som oppholder seg der.

Under besøk til institusjoner innen psykisk helsevern har Sivilombudsmannen siden 2015 undersøkt stedenes praktisering av skjerming, blant annet gjennom private samtaler med pasienter og med helse- og pleiepersonell. Under besøkene har ombudsmannen funnet at skjerming er utbredt, at pasientene ofte er utsatt for en rekke restriksjoner under skjermingen og at skjerming kan ha svært lang varighet.

Formålet med denne rapporten er å gi en sammenfatning og utdyping av Sivilombudsmannens funn om bruk av skjerming fra besøk i det psykiske helsevernet. Funnene blir vurdert med utgangspunkt i menneskerettslige krav og standarder, og drøftes i lys av historikk, forskning og offentlig statistikk.





<1

2

Skjerming i et historisk perspektiv

2.1 Innesperring og isolat for å håndtere uro

Å plassere pasienter i lukkede rom for å behandle og kontrollere urolig adferd har en lang historie.³ I tiden før fremveksten av en mer moderne sykehuspsykiatri ble syke personer gjerne tatt hånd om av slektninger, ofte gjennom innesperring, og senere håndtert på liknende vis av de sosiale institusjonene som etter hvert vokste fram.

På midten av 1800-tallet ble de første offentlige psykiatriske sykehusasylene i Norge etablert. Sykehusene bygget i all hovedsak sin praksis på medisinsk, somatisk psykiatri og en sentral tanke var at innesperring og atskillelse fra samfunnet var helbredende. Bruk av isolat var allerede fra etableringen en del av asylenes virkemidler.

Ofte var eneceller eller isolat plassert i ytterkant av større avdelinger. Slike rom ble brukt for å håndtere ulike former for uønsket adferd: som disiplinærtiltak eller for å hindre vold, støy og opprettholde orden blant pasientene. Det ble også brukt som et tiltak for å ha tilsyn med pasienter med vurdert selvmordsrisiko. Utover på 1900-tallet forlot man tanken om innesperring og isolat som et terapeutisk virkemiddel, men praksisen bestod som et kontrolltiltak.

2.2 Skjerming som metode vokser fram

Skjerming som egen behandlingsmetode vokser tydelig fram først på slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-tallet.⁴ Denne fremveksten sammenfalt med nedbyggingen av de psykiatriske asylenes fra 1970-tallet. Nedbyggingen førte til færre sengeplasser og redusert liggetid, og de tidligere asylenes ble etter hvert omgjort til mindre avdelinger med enkeltrom. I 1970 ble asylenes integrert i spesialisthelsetjenesten, og det ble innført en plikt til øyeblikkelig hjelp med utgangspunkt i opptaksområder. Samlet førte disse endringene til at mange avdelinger som før ofte hadde behandlet pasienter med moderate psykiske helseutfordringer, nå fikk ansvar for pasienter med tyngre og mer komplekse tilstander.

Fremveksten kan også forstås i lys av en gradvis dreining i behandlingsideologi fra gruppebasert terapi til en mer individorientert miljøterapi. I tråd med dette ble det foreslått en omorganisering av akuttpostene til små, oversiktlige og strukturerte enheter. Skjerming ble fremhevet som en sentral behandlingsideologi og metode, på denne tiden definert som:

«(En) metode som tar utgangspunkt i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov. (...) Det skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom), og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende».⁵

3 Den historiske fremstillingen av skjerming i dette kapittelet er i stor grad basert på Reidun Norvolls doktoravhandling om temaet. Se Reidun Norvoll, Det lukkede rom, Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske døgnposter, avhandling Dr. Polit. graden, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo 2007 (heretter Norvoll 2007), særlig side 83 flg.

4 Norvoll 2007, side 83 flg.

5 Vaglum P., Jørstad J., Karterud S., Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn, Oslo Universitetsforlaget 1984, referert i Norvoll 2007, side 99.

《2

Innføringen av skjerming som en egen metode kan også ses i sammenheng med at isolat ikke lenger ble betraktet som et terapeutisk virkemiddel, og at det ble innført restriksjoner i lovverket mot bruk av isolat. I en forskrift vedtatt i 1977 ble det fastslått at isolering skulle være et tvangsmiddel.⁶

Faglig diskusjon og utvikling av skjerming som metode synes først og fremst å ha blitt utviklet innenfor sykepleiefaget. I 1977 ble begrepet først omtalt i en lærebok om psykiatrisk sykepleie.⁷ Fra midten av 1980-tallet og frem til i dag har en rekke bidrag i sykepleielitteraturen beskrevet og begrunnet ulike sider ved skjerming som en sykepleiefaglig metode.

Utover på 1980- og 90-tallet økte omfanget av skjerming betraktelig, samtidig som bruk av isolering avtok. Skjerming var opprinnelig tenkt som en metode særlig rettet mot pasienter med akutte psykosestilstander. Skjerming ble gradvis mer utbredt utover på 1980-tallet, flere sykehus bygget egne skjermingsenheter, og metoden ble etter hvert den foretrukne metoden overfor pasienter med andre diagnoser som bipolar mani og mer uspesifikke urotilstander. I 1989/90 brukte i alt 80 av 143 psykiatriske avdelinger skjerming som metode.⁸

Institusjoner som skal godkjennes for tvungent psykisk helsevern, må ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

2.3 Skjerming lovreguleres og formaliseres som tiltak

Skjerming ble lovregulert da lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1999.⁹ Loven trådte i kraft i 2001. Bakgrunnen for lovreguleringen var en økende bevissthet om at skjerming var et inngripende tiltak. Lovfestingen av bestemmelsen om skjerming skapte betydelig motstand i deler av fagmiljøene. Kritikerne påpekte at økte dokumentasjonskrav ville medføre en forskyving av ressurser fra klinisk arbeid til utarbeidelse av vedtak. Norsk psykiatrisk forening var blant kritikerne og gav uttrykk for at innføring av en slik bestemmelse måtte:

«bero på en misforståelse. Allerede innleggelsen i psykiatrisk institusjon er en skjerming fra et kanskje vanskelig nærmiljø. Enkelte pasienter vil være så syke når de kommer inn at de bør skjermes for så å si alle ytre impulser, andre vil trenge skjerming fra radio, eller fra andre utflytende psykotiske pasienter. Vi betrakter skjerming som et kostnadskrevende, men viktig behandlingstiltak, spesielt i akutsituasjoner».¹⁰

Skjermingsbestemmelsen ga den faglig ansvarlige anledning til å skjerme pasienter dersom de led av «sterk uro eller har utagerende adferd», av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Hvis skjermingen oversteg 48 timer, skulle det fattes vedtak, og vedtaket kunne treffes for inntil tre uker av gangen. I år 2000 fastsatte departementet i en forskrift at institusjoner som skal godkjennes for tvungent psykisk helsevern, må ha «tilfredsstillende skjermingsmuligheter».¹¹

Lovgivningsprosessen markerte dermed at skjerming var et inngripende tiltak, samtidig som den synliggjorde og formaliserte skjerming som et viktig behandlingstiltak i en psykiatrisk avdeling.

6 Se forskrifter om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevernet for psykisk utviklingshemmede og helsevernet for epileptikere, fastsatt ved kgl.res. 3. juni 1977 i medhold av lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern § 2, femte ledd. Opphevet fra 1. januar 2001, jf. forskrift 1 desember 2000 nr. 1209.

7 Ingebjörg Løkensgard, Psykiatrisk sykepleie, 1977, side 81-85.

8 Høyer G., Drange H., Bruk av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner. Tidsskrift for Norske legeforening 1991; 111: side 585-8.

9 Ot. Prp. nr. 11 (1998–1999) Om Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, kapittel 8.3.2.

10 Se note over, kapittel 8.3.3.

11 Se forskrift 11. mars 2000 nr. 1098 Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Forskriften ble opphevet i 2011 og innarbeidet i psykisk helsevernforskrift, fastsatt 16. desember 2011, se § 3 andre ledd h).

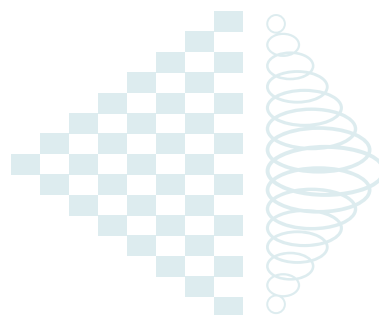
2.4 Strengere tidsfrister for vedtak, men senket terskel for bruk

I 2006 ble fristene for skjermingsvedtak strammet inn. Heretter skulle det fattes vedtak dersom skjerming på pasientens rom oversteg 24 timer, eller om skjerming på en skjermingsenhet oversteg tolv timer.¹² Den tillatte varigheten av et skjermingsvedtak ble senket fra tre til to uker. Bakgrunnen for disse endringene var hensynet til pasientens rettssikkerhet og at skjerming «i de mest inngripende tilfellene kunne være tilnærmet like inngripende som isolasjon».¹³

Samtidig ble terskelen for bruk av skjerming senket. I høringsrunden uttalte enkelte behandlingsmiljøer at begrepene «sterk uro og utagerende adferd» var for snevre til å dekke alle tilstander som skapte behov for skjerming. Diakonhjemmet sykehus uttalte at den «behandlingsbegrunnede skjerming, som tar utgangspunkt i pasientens behov for stimulusreduksjon, favnes ikke av dette». På bakgrunn av disse innspillene ble adgangen til skjerming utvidet slik at skjerming kunne skje på grunn av pasientenes «psykiske tilstand eller utagerende adferd». Lovendringene innebar derfor både en innstramming av saksbehandlingsreglene og en utvidelse av adgangen til å benytte skjerming.

2.5 Skjermingsbestemmelsen strammes inn på ny

Etter anbefalinger fra et offentlig oppnevnt lovutvalg ble skjermingsbestemmelsen igjen endret i 2017.¹⁴ Bakgrunnen for anbefalingene var blant annet menneskerettslige føringer og pasienters erfaringer med skjerming som tvang.¹⁵ Endringen innebar at vedtak om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket. Hvis pasienten ikke motsetter seg tiltaket, gjelder de opprinnelige tidsgrensene for å fatte vedtak: etter 24 timer for skjerming på rom, og etter 12 timer i skjermingsenhet. Lovendringene innebærer at all skjerming som pasienten motsetter seg heretter vil bli synlig som tvangsvedtak, uavhengig av varighet.



12 Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45 (i kraft 1 jan 2007 ifølge res. 15 desember 2006 nr. 1422).

13 Ot. Prp. nr. 65, (2005–2006), side 72.

14 Se Lov 10. januar 2017 nr. 6 om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet), jf. endret § 4-3 andre ledd første punktum.

15 NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern (heretter NOU 2011:9) se kapittel 15.4 Skjerming.

3

Omfanget av skjerming

3.1 Markant økt bruk av skjerming gjennom 2000-tallet

Det er vanskelig å få en pålitelig oversikt over omfanget av tvang under innleggelse på døgnenheter i det psykiske helsevernet. Selv om det siden januar 2001 har det vært lovpålagt å fatte vedtak for bruk av skjerming med varighet utover 48 timer, er ikke datakvaliteten god nok til å skaffe en pålitelig oversikt over omfanget av skjerming.¹⁶ Dette skyldes blant annet ufullstendig rapportering fra helseforetakene til sentrale helsemyndigheter.¹⁷ Et mindre antall studier basert på manuelle metoder har likevel fremskaffet kunnskap om omfanget av blant annet skjerming.

En rapport fra SINTEF Helse (2008) dokumenterte en økning i antall skjermingsvedtak i perioden 2001 til 2007.¹⁸ Tallene var innhentet gjennom en spørreundersøkelse til alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne gjennomført i 2001, 2003, 2005 og 2007. Institusjonenes tilbakemeldinger var basert på gjennomgang av papirbaserte tvangsprotokoller. Fra 2001 til 2007 økte antall skjermingsvedtak fra 778 til 2 349, dvs. en økning på 202 prosent. Vedtak om skjerming ble i hele perioden fattet omtrent like hyppig overfor kvinner som overfor menn. Gjennomsnittlig antall vedtak per pasient var 1,7 i 2001 og 1,9 i 2007.

Ifølge undersøkelsen var skjermingsvedtak mest vanlig ved akuttavdelingene (62 prosent), men forekom også i avdelinger med kort og mellomlang liggetid og i sikkerhetsavdelinger. Rapportens beregninger tydet på at enkelte institusjoner gjennomgående fattet hyppigere vedtak om skjerming enn andre. Forskjellene kunne ikke forklares med ulikheter i pasientgrunnlaget.

Deler av økningen fra 2005 til 2007 kan muligens forklares med at det fra 1. januar 2007 ble pålagt å fatte vedtak for skjerming utover 24 timer (12 timer ved opphold i skjermingsenhet eller liknende).¹⁹ Den største økningen skjedde imidlertid fra 2001 til 2005.

Økningen bør trolig også ses i sammenheng med at antall vedtak om isolering som tvangsmiddel ble redusert med 79 prosent fra 2001 (829 vedtak) til 2007 (175 vedtak).²⁰ Likevel var det en klar økning i antall personer som ble underlagt vedtak om isolasjon eller skjerming sett under ett.

To rapporter utgitt av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) for Helse Sør-Øst med analyser for årene 2009²¹ og 2012²² gir et godt grunnlag for å si noe om omfanget av skjerming.

16 Krav om vedtak ved varighet utover 24/12 timer ble innført i januar 2007.

17 De mest sentrale kildene til kunnskap om tvungent psykisk helsevern i Norge kommer fra rapportering fra helseforetakene til Norsk pasientregister (NPR) og til Statistisk sentralbyrå (SSB). SINTEF Helse har også gjennomført omfattende kartlegginger på oppdrag fra helsemyndighetene.

18 Bremnes R., Hatling T. og J.H. Bjørngaard, Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007, SINTEF Helse, november 2008, Rapport A8231 (heretter SINTEF 2008), side 20–21.

19 SINTEF 2008, side 21. I 2005 var det 2049 innrapporterte skjermingsvedtak, mot 2349 vedtak for 2007 (økning på 300 vedtak).

20 SINTEF 2008, side 19.

21 Bjørkly S., Knutzen M., Furre A. og L. Sandvik, Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009, SIFER-rapport, juni 2011.

22 Knutzen M., Bjørkly S., Bjørnstad M., Furre A. og L. Sandvik, Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012, SIFER-rapport, desember 2014.



3

Oppsummert tyder tilgjengelige tall på at bruken av skjerming i psykisk helsevern i Norge har økt markant gjennom hele 2000-tallet.

Rapportene ser på bruk av tvangsmidler og skjerming i døgnenheter i det psykiske helsevernet for voksne. De bygger på manuell gjennomgang av anonymiserte kopier av tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller fra alle døgnenheter innen det psykiske helsevernet for voksne.²³ Både forekomst og varighet av tvangsmidler og skjermingsvedtak kartlegges.

Ifølge rapportene ble det i 2009 fattet 2689 vedtak fordelt på 1406 pasienter om skjerming i døgnenheter for psykisk helsevern for voksne, mens det i 2012 var registrert 3318 skjermingsvedtak fordelt på 1617 pasienter. Dette utgjorde en økning i antall skjermingsvedtak på 23 prosent, og en 15 prosent økning i antall pasienter. I samme periode fant det også sted en klar økning i bruk av isolasjon. I 2009 ble det registrert 269 vedtak om isolasjon fordelt på 114 pasienter, mens det ble registrert 571 vedtak fordelt på 144 pasienter i 2012. Dette innebar 112 prosent økning i antall isoleringsvedtak og 26 prosent flere pasienter med slikt vedtak i 2012 enn i 2009.

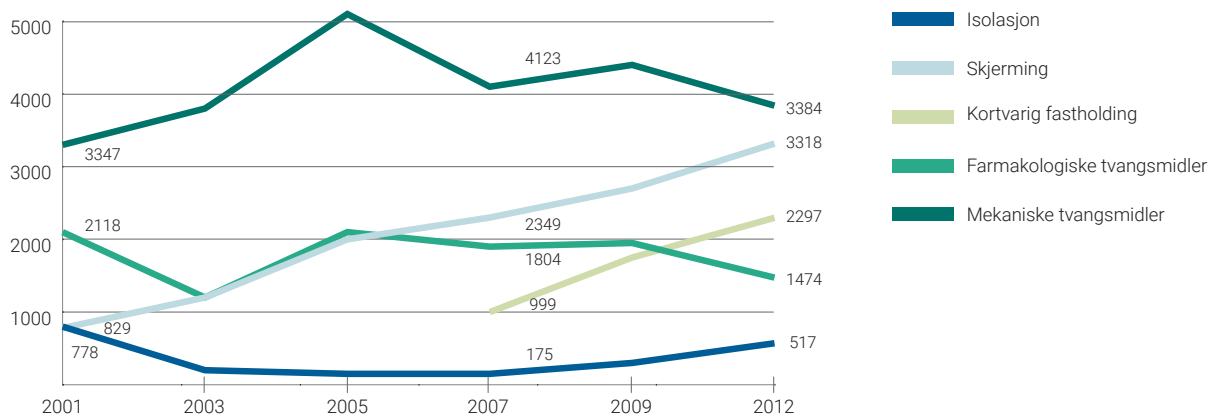
Rapportene dokumenterer ikke bare økning i antallet skjermingsvedtak, men også i skjermingens varighet.

Median varighet økte markant fra ca. 140 timer (ca. 5 døgn) i 2009 til 335,9 timer (ca. 14 døgn) i 2012.²⁴ Økningen gjaldt begge kjønn.

SIFER-undersøkelsene bekrefter funnene fra SINTEFs undersøkelse om at skjerming er klart mest utbredt i akuttavdeling. Ca 56% av totalt 3318 skjermingsvedtak i 2012 gjaldt pasienter i en akuttavdeling. Skjerming var også utbredt på sikkerhetsavdelinger, med en økning i antall vedtak fra 377 vedtak i 2009 til 500 vedtak i 2012.

Ifølge Helsedirektoratets rapport *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*, som benyttet tall fra Norsk pasientregister, ble det fattet 4503 vedtak om skjerming og 1483 vedtak om isolasjon i 2014.²⁵

Funnene fra kartleggingene til SINTEF og SIFER er ikke direkte sammenliknbare, fordi det er benyttet ulike metoder for innhenting og analyse. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Figuren nedenfor presenterer tall fra alle rapportene samlet.²⁶ Samlet sett har det funnet sted en markant økning i antall registrerte skjermingsvedtak.



Figur: Vedtak om tvangsmidler og skjerming fordelt på type vedtak.

Oppsummert tyder tilgjengelige tall på at bruken av skjerming i psykisk helsevern har økt markant gjennom hele 2000-tallet.

23 Den valgte metoden ble antatt å gi mer pålitelige data enn metoden i SINTEF-rapporten, fordi overføringene fra tvangsprotokollene til dataskjemaet ble utført av forskerne selv. For å kunne foreta pålitelige sammenlikninger, er metodene for innhenting og analyse identiske i begge SIFER-rapportene.

24 Merk at beregningene er avhengig av at tvangsprotokollene er ført på en korrekt måte og komplett utfyllt. Det var ikke alltid tilfelle. Antall vedtak uten tidsangivelse var imidlertid halvert fra 2009 til 2012, og antall vedtak med angitt varighet var mer enn tredoblet fra 2012 til 2009.

25 Helsedirektoratet, *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2014*, rapport IS-2452, mars 2016 (Helsedirektoratet 2016), side 45 flg.

26 Helsedirektoratet 2016, side 46. Tabellen er basert på SINTEF-rapporten for årene 2001–2007 og SIFER-rapportene for årene 2009 og 2012.

Som tidligere vist, kan økningen ha flere forklaringer. Den kan delvis forklares med forbedringer i lokale registreringspraksiser, endringer i lovverket, og variasjoner i forekomsten av andre tvangsmidler, som isolasjon. Figuren ovenfor tyder på at variasjoner i bruk av isolasjon har begrenset forklaringsverdi. Etter en tydelig nedgang mellom 2001 og 2003 har bruken av isolasjon økt i perioden fra 2007 til 2012, med en særlig påfallende oppgang mellom 2012 og 2014.²⁷

3.2 Bruk av skjerming i dag

3.2.1 Omfang og varighet av skjerming

De nyeste tallene som kan si noe om dagens skjermingspraksis er SAMDATAs siste statistikk om tvangsmidler og skjerming for 2016. Her fremgår det at det i 2016 ble fattet 5198 vedtak om skjerming.²⁸ En sammenlikning med tidligere tall (se forrige kapittel) tyder på at tendensen med tydelig økning av skjerming på 2000-tallet har fortsatt også etter 2012. Fra 2012 til 2016 har antall skjermingsvedtak økt med ca. 57 prosent.²⁹

Tallgrunnlaget viser også at en del pasienter har mange skjermingsvedtak. I 2016 hadde 55 prosent av pasientene som ble skjermet ett skjermingsvedtak, 35 prosent hadde mellom to og fire vedtak, åtte prosent hadde mellom fem og ni vedtak og to prosent hadde ti eller flere vedtak i samme år.³⁰ Tall for 2015 viste i hovedsak den samme fordelingen.

Selv om tallene ikke gir informasjon om antall sammenhengende døgn med skjerming, er det viktig å understreke at et skjermingsvedtak er gyldig i 14 døgn. Hele 45 prosent av pasientene som ble underlagt skjerming i 2016 hadde mer enn ett skjermingsvedtak. Dette kan innebære en samlet skjermingstid på 14–28 døgn for alle disse pasientene. Det gir grunn til sterk bekymring at så mange som åtte prosent av skjermingspasientene hadde mellom fem og ni vedtak, og to prosent av dem hadde ti vedtak eller flere. Ti skjermingsvedtak vil kunne utgjøre til sammen 140 døgn for den enkelte pasient.

Det er grunn til å forvente en økning i antall registrerte skjermingsvedtak for 2017, som følge av lovendringen som trådte i kraft 1. september 2017, der vedtak må fattes fra første stund dersom pasienten motsetter seg skjermingen (se kapittel 2.5 *Skjermingsbestemmelsen strammes inn på ny*).

3.2.2 Geografiske variasjoner i bruk av skjerming

Statistikken viser også at det er til dels store regionale forskjeller. Flere av helseforetakene i Helse Vest RHF peker seg ut med særlig høy bruk av skjerming sammenliknet med landsgjennomsnittet. Opptaksområdet Helse Stavanger ligger 171 prosent over landsgjennomsnittet. Dette karakteriseres i SAMDATA-statistikken som et «svært høyt» antall standardavvik. Helse Bergen har et skjermingsomfang på 154 prosent av landsgjennomsnittet. I SAMDATA-statistikken regnes dette som et «høyt» antall standardavvik (se figur på side 21). I Oslo-området peker særlig Lovisenberg seg ut, med et skjermingsomfang på 164 prosent av landsgjennomsnittet. Sogn og Fjordane har lavest prosentandel sammenliknet med landsgjennomsnittet (50 prosent).

27 Ifølge Helsedirektoratet var komplettheten i tallmaterialet fra NPR ikke kjent. Den påfallende store økningen i antall isolasjonsvedtak skyldes ifølge direktoratet et fåtall pasienter med svært mange, men kortvarige opphold i isolat.

28 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten inneholder analyser og styringsdata på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten. Statistikkene er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> (sist åpnet 19. oktober 2018).

29 Tallmaterialet er ikke direkte sammenliknbart. SINTEF og SIFER-rapportene er basert på manuelle gjennomganger, mens 2016-tallene er basert på sykehusenes innrapporteringer. Merk også at de nye tallene fra SAMDATA, i motsetning til gjennomgangene utført av SINTEF og SIFER, omfatter registrerte vedtak innen psykisk helsevern for barn og unge.

30 Helsedirektoratet opplyser at det er knyttet usikkerhet til rapportering av antall vedtak.

Besøksområde	Prosent av landsgjennomsnittet
Østfold	54
Ahus-området	127
Oslo universitetssykehus (OUS)	118
Lovisenberg	164
Diakonhjemmet	82
Innlandet	77
Vestre Viken	71
Vestfold	89
Telemark	57
Sørlandet	67
Helse Stavanger-området	171
Helse Fonna-området	126
Helse Bergen-området	154
Sogn og Fjordane	50
Møre og Romsdal	108
St.Olavs-området	61
Nord-Trøndelag	84
Helgeland	54
Nordland-området	62
UNN-området	87
Finnmark	112

Flere av de geografiske variasjonene har vedvart over tid. Tidligere kartlegginger (se kapittel 3.1 *Markant økt bruk av skjerming gjennom 2000-tallet*) har konkludert med at enkelte institusjoner oftere fatter vedtak om skjerming enn andre institusjoner, og at disse forskjellene ikke kan knyttes til ulikheter i pasientgrunnlaget. SINTEF-rapporten fra 2008 viste for eksempel at Stavanger universitetssjukehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Aker universitetssykehus (nå OUS) også i 2007 var blant de fem sykehusene med høyest antall skjermingsvedtak. Tilsvarende gjelder for Helsedirektoratets tall for 2014, der Helse Stavanger HF har det høyeste antall skjermingsvedtak, etterfulgt av Helse Bergen HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus.

Klager på skjermingsvedtak

I en rapport publisert i mai 2018 har Helsedirektoratet sammenstilt informasjon fra landets kontrollkommisjoner om deres kontrollvirksomhet.³²

Rapporten inneholder et avsnitt med statistikk over antall klager til kontrollkommisjonen om skjerming for perioden 2008–2016, og utfall av klagebehandlingen for året 2016. Endringene i antall klager i perioden er imidlertid så store at Helsedirektoratet har regnet tallene for usikre, og vist til at det kan dreie seg om registreringsfeil.³³ Av de 209 klagen på skjerming i 2016 ble det gitt medhold i 17 tilfeller (åtte prosent). Dersom avviste og trukne klager (hvh. 1 og 64) holdes utenom, var andelen klager der kontrollkommisjonen ga medhold 12 prosent.

Figur. Pasienter med vedtak om skjerming – geografiske forskjeller.³¹

31 Tabellen er basert på tall og definisjoner fra SAMDATA. Helsedirektoratet opplyser at det er knyttet usikkerhet til rapportering av antall vedtak

32 Helsedirektoratet, Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016, rapport IS-2687, 05/2018.

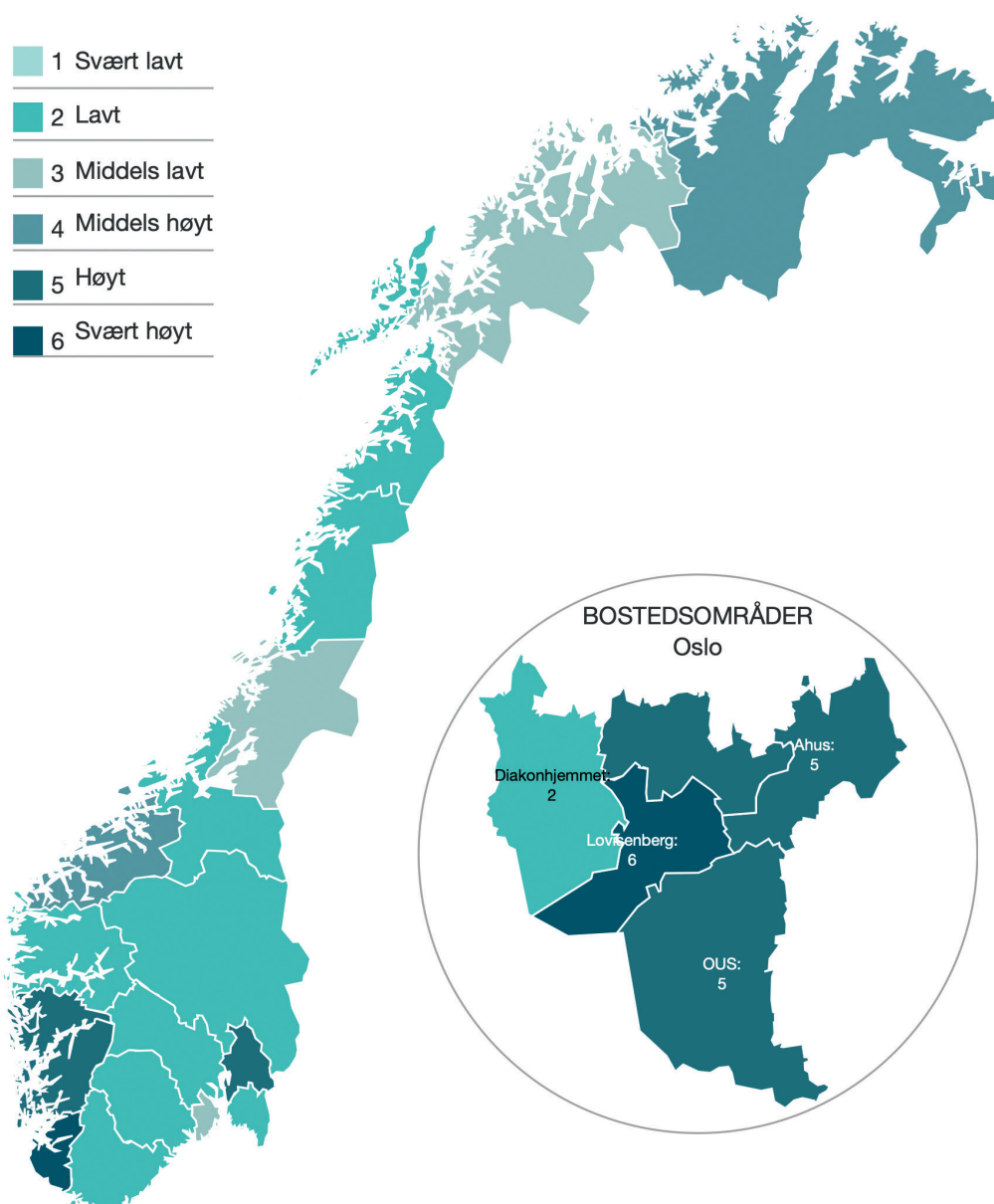
33 Antallet klager på skjermingsvedtak varierte betraktelig gjennom perioden, med en markant nedgang fra 280 klager til 94 klager i 2010 (ca. 66 prosent), og en nesten tilsvarende oppgang fra 93 klager i 2012 til 209 klager i 2016. Innrapporteringene fra landets 55 kontrollkommisjoner er ikke komplette, og tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Se nærmere om datagrunnlag og metode i Helsedirektoratets rapport (referert i note over), side 11 flg.

Pasienter med vedtak om skjerming – geografiske forskjeller i 2016³⁴

Antall standardavvik fra gjennomsnittet per 100 000 innbyggere.

Svært lavt og svært høyt representerer verdier som ligger mer enn $\pm 1,64$ std fra gjennomsnittet.

Verdiene lavt og høyt ligger mellom 1,64 og 0,44 std fra gjennomsnittet.



34 Figuren er hentet fra hjemmesidene til SAMDATA Spesialisthelsetjenesten: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

4

Begrenset kunnskapsgrunnlag om effekten av skjerming

Det foreligger lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.³⁵ Det finnes kun én større behandlingsstudie om skjerming.³⁶ Denne omfattet fire delstudier som undersøkte ulike sider ved bruk av skjermingsenhet ved en norsk psykiatrisk avdeling.³⁷ En av delstudiene fokuserte på betydningen av interiør for symptomer, atferd, behandling og pasienttilfredsstillelse.³⁸ Studien fant blant annet at vanlig interiør reduserte ødeleggelsen av møbler.

En annen delstudie fant at bruk av skjermingsenhet kunne gi raskere reduksjon av symptomer ved ruslidelser.³⁹ En tredje delstudie fant at bruk av skjerming hadde positiv effekt på atferd knyttet til voldsutøvelse og faktisk omfang av vold og truende situasjoner.⁴⁰ Studien fant ikke signifikante resultater om effekt på sykdomssymptomer.

Studien ble gjennomført i en romslig skjermingsenhet på 190 kvadratmeter, med hjemmekoselig interiør, tilgang til skjermingsstue, tett oppfølging fra helsepersonell og begrenset kontakt med andre skjermingspasienter. Slike skjermingsforhold er ikke representative for mange av de skjermingspraksisene som er funnet under ombudsmannens besøk.

Det er gjennomført flere pasientstudier som viser at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.⁴¹ I en nasjonal brukerundersøkelse med 1312 pasienter hadde 14 prosent blitt underlagt skjerming mot sin vilje.⁴² Av 721 pasienter som oppgav å ha blitt skjermet (frivillig eller ufrivillig) svarte 33 prosent at de hadde lite eller ikke noe utbytte av skjerming, mens 31 prosent oppgav at de hadde stort eller svært stort utbytte av skjermingen. Det var flere som ikke ønsket skjerming blant pasientene som var tvangsinnlagt. Det var imidlertid få tvangsinnlagte som deltok i undersøkelsen (17 prosent).

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

36 Vaaler A. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric ward, Trondheim NTNU 2007.

37 Behandlingsstudiene var kvantitative studier av et naturalistisk utvalg på totalt 118 pasienter ved et norsk sykehus.

38 Vaaler A., Morken G., Linaker O.M., Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward, Nord J Psychiatry 2005; 59:19-24. Oslo

39 Vaaler A. Morken G., Fløvig JC et al. Substance abuse and recovery in a Psychiatric Intensive Care Unit. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28: 65-70.

40 Vaaler A., Morken G., Fløvig JC, Iversen VC og Linaker O.M., Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department, Nord J Psychiatry 2006; 60: 144-149, Oslo.

41 Norvoll 2007; Norvoll R., Hatling T., Hem K-G et al., Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT). rapport nr. A8450. Trondheim: SINTEF Helse, 2008 (heretter BAT-rapporten 2008); Holte J. «Som en livbøye i et opprørt hav ...»: skjerming – en teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring, Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 4-2001; Jensen Ø. Virksomme faktorer i akuttpsykiatri. Drammen: Høgskolen i Buskerud, 2008.

42 Bjerkan A-M., Lilleeng S., Pedersen PB. Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 2003 og 2007. Report No.: 978 – 82 – 14 – 04784 – 4. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning, 2009. Totalt besvarte 1831 pasienter deler av brukerundersøkelsen, mens 1312 pasienter besvarte spørsmålet om skjerming.

«Behandleren min har sagt at jeg blir dårligere og mer psykotisk av å være sammen med andre, det er noe med stimuli og inntrykk. Jeg synes det er helt forferdelig. Selv om de andre er syke, er det jo greit å være sammen med andre mennesker, sitte på stua.»

◁4



En annen studie fant at skjerming var det tiltaket som i størst grad skapte en opplevelse av tvang under innleggelsen.⁴³

Det er også gjennomført undersøkelser av hvordan bruk av skjerming påvirker ansatte. Ved et sykehus ble innføringen av skjerming opplevd som metode for et bedre post- og arbeidsmiljø og mindre uro og vold.⁴⁴ Metoden medførte samtidig økt avstand til pasientene og mer fokus på kontroll.

En annen studie undersøkte hvordan skjerming beskrives og vurderes av miljøpersonale ved psykiatriske sykehus.⁴⁵ Undersøkelsene avdekket en tydelig spenning mellom skjerming som kontroll og som behandling. Personalet beskrev kontroll som skjermingens viktigste mål, selv om behandlingsmessige elementer ved skjerming ble nevnt av flere. Skjerming ble opplevd å innebære isolering, og etisk refleksjon om skjermingsmetodene ble beskrevet som viktig.

Det er gjennomført flere pasientstudier som viser at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.

43 Sørgeard KW. Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. Nord J Psychiatry 2004; 58: 299 – 304.

44 Vaglum P, Jørstad J, Karterud S. Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn, Oslo Universitetsforlaget, 1984.

45 Woldsengen Haugom E., En kvalitativ studie av hvordan skjerming beskrives og vurderes av miljøpersonale ved psykiatriske sykehus, Høgskolen i Telemark, Masteravhandling i psykisk helsearbeid, 2013.



5 >

5

Lovgivning og praksis i andre land

Få andre land enn Norge har psykisk helsevernlovgivning som åpner for skjerming som et eget tvangstiltak, i tillegg til isolasjon. Et unntak er Danmark, der Psykiatriloven gir adgang til «personlig skærmning», som innebærer at et eller flere av personalet konstant befinner seg i pasientens umiddelbare nærhet, normalt i et atskilt område som en skjermingsenhet.⁴⁶

Vilkårene er klart snevrere enn etter den norske skjermingsbestemmelsen. Tiltaket må være nødvendig for å unngå at pasienten begår selvmord eller utsetter sin eller andres helse for betydelig skade, eller forfølger eller på liknende måte grovt forulemper medpasienter eller andre. En viktig forskjell er at den danske bestemmelsen ikke åpner for skjerming av behandlingsmessige hensyn. Tvangstall fra den danske Sundhedsstyrelsen viser at skjerming har et atskillig lavere omfang enn i Norge.⁴⁷

I perioden 1. juli 2016 – 30. juni 2017 ble det fattet totalt 69 vedtak om bruk av personlig skærmning overfor til sammen 64 pasienter (0,2 prosent av antall innlagte på landsbasis). Til sammenlikning ble det i Norge fattet 5198 vedtak om skjerming i 2016. Dansk psykiatrilov gir i motsetning til norsk lovgivning ikke adgang til isolasjon, bortsett fra pasienter i såkalt sikringsavdeling.

En rekke land har lovgivning som gir adgang til «seclusion». Enkelte definisjoner synes å forutsette at pasienten er alene bak en lukket dør med visuelt tilsyn fra pleiepersonell i umiddelbar nærhet, mens andre synes å forutsette at pleiepersonellet er fysisk til stede med pasienten i rommet. For eksempel omfatter britiske helsemyndigheters definisjon av «seclusion» både praksiser der pasienten er innesperret alene i et rom, og der pasienten er innesperret sammen med helsepersonell.⁴⁸

Få andre land enn Norge har psykisk helsevernlovgivning som åpner for skjerming som et eget tvangstiltak, i tillegg til isolasjon.

46 Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven), § 18 d).

47 Sundhedsstyrelsen, Monitorering af tvang i psykiatrien, Oppgørelse for perioden 1. juli 2016 – 30. juni 2017, oktober 2017.

48 Se Pettit S.A., Bowers L., Tulloch A., Cullen A.E., Moylan L.B., Sethi F., McCrone P., Baker J., Quirk A og D. Stewart, Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units, Journal of Advanced Nursing 73(4), (2017), side 973.

Internasjonal litteratur og rapporter gir informasjon om forskjellige behandlingstilnærminger i klinisk praksis som har likhetstrekk med skjerming (f.eks. «time-out»⁴⁹, «quiet rooms»⁵⁰, «open area seclusion»⁵¹, «restricted units»⁵², «de-escalation unit» og «psychiatric intensive care units (PICU)»⁵³). Tiltakene omfatter ulike grader av begrensning i bevegelsesfrihet, selvbestemmelse og tilgang til sosial kontakt og sanseintrykk.

Skjerming etter norsk regelverk synes likevel å ha noen særegne trekk. Tiltaket er en blanding mellom tvangstiltak og behandling, slik at formålet kan fremstå uklart. Skjerming er et tvangstiltak med en markant lavere terskel enn for tvangsmiddelet isolering, samtidig som tiltaket anses som et effektivt behandlingstiltak til tross for svakt kunnskapsgrunnlag. Skjermingstiltak i det norske psykiske helsevernet kjennetegnes dessuten av særlig lang varighet, der hvert vedtak kan fattes for inntil 14 dager om gangen, uten noen grense for hvor mange vedtak som kan fattes etter hverandre.



49 I CPTs rapport etter besøk til Nederland i 2016, omtales bruk av «time-out» celler i en rettspsykiatrisk institusjon, som en mulighet for en mer fleksibel metode enn isolering («seclusion»). CPT (2016) 62, avsnitt 106.

50 I CPTs rapport etter besøk til Storbritannia i 2012, omtales såkalte «quiet rooms», som brukes som «time-out», med tilstedeværende helsepersonell i rommet og en varighet (normalt) ikke utover 24 timer. CPT/Inf (2014) 11, avsnitt 99.

51 I CPTs rapport etter besøk til Finland, omtales satsning på en mer fleksibel form for langvarig isolering, med mer kontakt med andre pasienter på dagtid, økt bevegelsesfrihet innendørs og utendørs, omtalt som «open-area seclusion». CPT/Inf (2015) 25, avsnitt 105.

52 I CPTs rapport etter besøk til Latvia i 2016 omtales bruk av «restricted units», som et mindre inngripende alternativ til isolering, og som i praksis betydde at: «...patients in need of close supervision were placed in a designated multiple-occupancy room (so-called «restricted unit») in which a member of staff was usually present on a 24-hour basis. CPT/Inf (2017) 16, avsnitt 118.

53 Se bl.a. Bowers L., Alexander J., Simpson A. et al., Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients, Nurse Educ Today 2004; 24: 435-42. Se også Saltzman-Erikson M., Lützén K., Ivarsson AB. og H. Ericksson, The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden, International Journal of Mental Health Nursing (2008) 17, 98-107.

6

Nasjonalt lovverk om skjerming

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg for pasienten.

Ifølge psykisk helsevernforskriften skal helsepersonell være til stede med pasienten i den utstrekning det er nødvendig.⁵⁴ Dersom pasienten gir uttrykk for å vil være alene og tilstedeværelse ikke vurderes som nødvendig, skal helsepersonellet forlate rommet. Helsedirektoratet har i sin lovkommentar uttalt at: «Hvorvidt og i hvilken grad helsepersonell skal være tilstede avgjøres etter en faglig vurdering».⁵⁵ Utover dette er betydningen av helsepersonell tilstedeværelse ikke utdypet nærmere i lovverket. Tiltaket gjennomføres på pasientens rom, et annet rom ment for formålet, eller i egne lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i sengeposten, ofte kalt en skjermet enhet.

Skjerming kan kun besluttes dersom «en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig». Tiltaket må kun skje «av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter», det er ikke adgang til å benytte skjerming av hensyn til personalet eller andre driftsmessige hensyn.

Ifølge psykisk helsevernforskriften vil «behandlingsmessige grunner» blant annet kunne foreligge dersom det er «nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, eller i situasjoner der pasienten utviser tiltagende uro eller angst og skjerming vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand». Det er samtidig presisert at det ikke er tilstrekkelig at pasienten «lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern».

Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves samtidig ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter. Skjerming er ikke tillatt dersom formålet er sanksjon eller straff.

Skjerming er ikke tillatt dersom formålet er sanksjon eller straff.

54 Psykisk helsevernforskriften § 18 tredje ledd.

55 Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til § 18 i forskriften.

◁ 6

Skjerming må besluttet av faglig ansvarlig helsepersonell, i praksis lege med spesialisering innen psykiatri eller psykologspesialist.⁵⁶ Dersom det er aktuelt å iverksette skjerming om natten eller på kveldstid når den faglige ansvarlige ikke er tilstede, kan den faglig ansvarlige eller lege som har tilkallingsvakt, fatte muntlig vedtak per telefon. Vedtaket skal nedtegnes så snart som mulig.⁵⁷

Det er videre den faglig ansvarliges ansvar å vurdere konkret hvilket omfang og innhold det enkelte skjermingstiltak skal ha, inkludert hvor det skal gjennomføres og eventuelt hvilke restriksjoner pasienten skal være underlagt.

Det følger av psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd at tiltaket ikke skal gjøres mer omfattende enn strengt nødvendig, og det skal så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på tiltaket.

Skjerming kan bare benyttes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.

Videre følger det av § 4-2 fjerde ledd at det også under skjermingstiltak må legges til rette for at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv så langt som mulig blir ivaretatt. Blant annet skal forholdene legges til rette for at pasienten får anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, får tilgang til aktivitets-tilbud og anledning til daglige uteaktiviteter. Innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter at det treffes eget vedtak om dette, etter psykisk helsevernloven § 4-5.

Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.⁵⁸



56 Psykisk helsevernloven § 1-4 jf. psykisk helsevernforskriften § 5. Når særlige hensyn tilsier det, kan det gis dispensasjon etter søknad til Fylkesmannen (Helsedirektoratets brev 18. juni 2009).

57 Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til phvl. § 4-3.

58 Psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd.

A photograph of a person sitting at a desk, viewed from behind, casting a shadow on a light-colored wall. A laptop is open on the desk. The scene is brightly lit, creating strong shadows. A large white number '7' and a chevron symbol are overlaid on the image.

7 >

7

Menneskerettslige krav og standarder

Bruk av skjerming berører forholdet til en rekke menneskerettslige krav og standarder, særlig forbudet mot tortur og umenneskelig behandling og retten til respekt for privatliv. Flere internasjonale menneskerettsorganer har avgjort saker eller uttalt seg om forhold som er relevant for bruk av skjerming innen det psykiske helsevernet. Nedenfor gjengis utvalgte kilder som fremstår som mest aktuelle fordi de sier noe om den praktiske gjennomføringen av tvangstiltaket. Gjennomgangen er ikke ment å være uttømmende.⁵⁹

7.1 Den europeiske menneskerettighetsdomstolens rettspraksis om tvangsbruk

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har i enkelte avgjørelser behandlet spørsmål om liknende inngripende tvangstiltak som skjerming har skjedd i strid med rettigheter i den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK).⁶⁰ Domstolen avgir juridisk bindende dommer i enkeltsaker og gir på denne måten viktige bidrag til konkretisering av menneskerettighetenes innhold.

Nedenfor gjennomgås utvalgte rettsavgjørelser fra EMD som handler om tvangstiltak i psykisk helsevern. Sakene gjelder spørsmål om krenkelse av retten til privatliv etter EMK artikkel 8 og forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3.⁶¹

7.1.1 Skjerming som inngrep i privatliv (EMK artikkel 8)

I avgjørelsen *Munjaz mot Storbritannia* vurderte EMD bruken av «seclusion» overfor en pasient som var innlagt i en psykiatrisk avdeling med høy sikkerhet.⁶² Pasienten var underlagt tiltaket i fire perioder på 4, 18, 14 og 9 døgn, for å beskytte andre pasienter mot voldelig adferd. Nasjonalt regelverk åpnet for plassering på et eget rom eller område som kunne være låst for å beskytte andre mot betydelig skade, og med pleiepersonell kontinuerlig i umiddelbar nærhet. Det lokale sykehusets policy var å ha et så lite restriktivt regime som mulig. Pasienten hadde med ett unntak hatt daglig kontakt med pleiepersonell eller andre pasienter (ofte i mange timer), tidvis tilgang til å spise måltider i den åpne delen av posten, mulighet til å gå turer og hyppige besøk utenfra.⁶³ Tvangstiltaket hadde tydelige likhetstrekk med bruk av skjerming i Norge.⁶⁴

59 For en mer utfyllende gjennomgang, se Marius Storvik, *Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern*, PhD-avhandling, Universitetet i Tromsø, januar 2017 (Storvik 2017).

60 Sivilombudsmannen er ikke kjent med at klagesaker om norsk skjermingspraksis har vært behandlet i EMD. I dette kapittelet gjennomgås rettspraksis der EMD har behandlet saker om liknende tvangstiltak som kan gi veiledning om hvordan en eventuell klage om skjerming ville bli vurdert.

61 Domstolens rettspraksis tyder på at forbudet mot vilkårlig frihetsberøvelse etter EMK artikkel 5 kan begrense adgangen til å skjerme pasienter, dersom tiltaket vurderes å utgjøre en selvstendig eller ytterligere frihetsberøvelse. Problemstillingen er utdypet i Storvik 2017, side 185 flg. og 287-290.

62 *Munjaz mot Storbritannia*, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012.

63 Avsnitt 31.

64 Sml. UK National Preventive Mechanism, *Guidance: Isolation in detention*, januar 2017, side 9: *Guidance for monitoring isolation in cases of detention in health care settings*. Se også Storvik 2017 side 287 med henvisninger.

EMD vurderte blant annet spørsmålet om krenkelse av retten til respekt for privatliv etter EMK artikkel 8.⁶⁵ Domstolen fant at tiltaket utgjorde et inngrep i pasientens privatliv:

«...the Court agrees that the compulsory seclusion of the applicant interfered with his physical and psychological integrity and even a minor such interference must be regarded as an interference with the right to respect for private life under Article 8 if it is carried out against the individual's will».⁶⁶

Domstolen fant likevel ikke at det hadde skjedd en krenkelse av artikkel 8. Begrunnelsen var at tiltaket hadde tilstrekkelig hjemmel i lov, og det ble ikke påvist at tiltaket var i strid med krav om nødvendighet og forholdsmessighet.

Avgjørelsen gjør det klart at skjerming kun kan skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der personers autonomi allerede er begrenset, ser EMD strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien. I Munjaz ble dette formulert slik:

«...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».⁶⁷

7.1.2 Skjerming gir risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling (EMK artikkel 3)

EMDs praksis viser at tvangstiltak som gjennomføres inne på en psykiatrisk institusjon, gir risiko for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3. Domstolens utgangspunkt er at pasienter som tvangsinnlegges i psykisk helsevern, er særlig sårbare og kan oppleve å være underlegne og maktesløse.⁶⁸ EMD vil derfor foreta en særlig inngående gransking av om forholdene i slike tilfeller utgjør en krenkelse.

I avgjørelsen *M.S. mot Kroatia* (nr. 2) fant EMD krenkelse av EMK artikkel 3 i en sak der en pasient tvangsinnlagt på en psykiatrisk avdeling ble beltelagt i 15 timer og det ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til pasientens ryggsmarter.⁶⁹ Domstolen oppstilte i den forbindelse en rettsregel som omfattet flere tvangstiltak enn mekaniske tvangsmidler:

«...the developments in contemporary legal standards on seclusion and other forms of non-consensual measures against persons with psychological or intellectual disabilities in hospitals and all other places of deprivation of liberty require that 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...»⁷⁰

Domstolen etablerte med dette en rettsregel om at et slikt tvangstiltak bare kan rettferdiggjøres dersom de iverksettes som en siste utvei, og det er det eneste tiltaket for å forhindre øyeblikkelig eller overhengende skade på pasienten eller andre.⁷¹

Videre måtte bruk av slike tvangstiltak være:

«...commensurate with adequate safeguards from any abuse, providing sufficient procedural protection, and capable of demonstrating sufficient justification that the requirements of ultimate necessity and proportionality have been complied with and that all other reasonable options failed to satisfactorily contain the risk of harm to the patient or others. It must also be shown that the coercive measure at issue was not prolonged beyond the period which was strictly necessary for that purpose...»⁷²

65 Domstolen vurderte også klagers anførsler om krenkelse av EMK artikkel 3 og artikkel 5.

66 Munjaz, avsnitt 80.

67 Munjaz, avsnitt 80.

68 D.D. mot Litauen, klagenr. 13469/06, 14. februar 2012, avsnitt 173.

69 M.S. mot Kroatia (nr. 2), klagenr. 75450/12, 19. februar 2015.

70 Se note over, avsnitt 104.

71 Storvik 2017. Fremstillingen om EMDs praksis tar utgangspunkt i Storviks domsanalyser, sidene 157–166.

72 Avsnitt 105.

Skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3 er ikke et tvangsmiddel, men adgangen til å begrunne et skjermingstiltak med hensynet til andre pasienter innebærer at skjerming kan brukes som et rent kontrolltiltak. Tiltaket innebærer at pasienten holdes atskilt fra andre pasienter og fra ansatte som ikke er spesielt avsatt til å følge opp denne pasienten. I lys av dette og andre forhold ved utformingen og gjennomføringen av skjerming, er det viktig å merke seg at terskelen for å iverksette skjerming som et kontrolltiltak etter § 4-3, er klart lavere enn det EMDs rettsregel synes å legge opp til. Norsk lov oppstiller ikke krav om at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.

Skjerming er derfor et tiltak som i praksis vil kunne føre til krenkelse av EMK artikkel 3, særlig der skjerming blir langvarig (se kapittel 3.2.1 *Omfang og varighet av skjerming*). Utfallet av en klagesak om dette vil avhenge av hvordan tiltaket gjennomføres i praksis.

Skjerming etter norsk lov og praksis kan imidlertid ikke bare benyttes som sikkerhetstiltak, men også som et behandlingstiltak. Storvik (2017) har pekt på at EMD har oppstilt et annet rettslig utgangspunkt når tvangstiltak gjennomføres som et ledd i psykiatrisk behandling.⁷³ I avgjørelsen *Herczegfalvy mot Østerrike* fra 1992 slo Domstolen fast at:

«...it is for the medical authorities to decide, on the basis of the recognised rules of medical science, on the therapeutic methods to be used, if necessary by force, to preserve the physical and mental health of patients who are entirely incapable of deciding for themselves and for whom they are therefore responsible, such patients nevertheless remain under the protection of Article 3, whose requirements permit no derogation. The established principles of medicine are admittedly, in principle, decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading. The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist».⁷⁴

Rettsregelen fra dommen er omdiskutert og har vært kritisert av andre menneskerettsinstanser.⁷⁵ Avgjørelsen er likevel fulgt opp i en rekke senere avgjørelser og må anses som etablert EMD-praksis.⁷⁶ Det foreligger per i dag ingen saker som kan belyse hvordan EMD vurderer tiltak som skjerming med behandlingsformål i relasjon til forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. På grunn av manglende kunnskapsgrunnlag for skjerming, vil et springende punkt i en slik vurdering kunne bli EMDs krav om at behandlingstiltaket kan forankres i «recognised rules of medical science». Dette temaet behandles nærmere i rapportens kapittel 8.4.8 *Manglende dokumentasjon for behandlingseffekt*.

7.2 FNs underkomité for forebygging – standarder for tvangstiltak på institusjoner

FNs underkomité for forebygging (SPT) er et internasjonalt besøksorgan opprettet ved tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT). På bakgrunn av sine erfaringer med besøk til steder der mennesker er fratatt friheten i institusjoner som yter helsehjelp, har komiteen kommet med rådgivende anbefalinger for å forebygge tortur og umenneskelig behandling.⁷⁷ Når det gjelder tvangsstiltak under opphold på slike institusjoner, har SPT uttalt at fullstendig isolasjon («solitary confinement») aldri bør forekomme, fordi det avskjærer personer med alvorlige eller akutte lidelser fra konstant tilsyn og tilgang til helsetjenester.⁷⁸ Komiteen anser likevel at det de betegner som «medical isolation» kan benyttes, men understreker at dette tiltaket krever daglig tilsyn med tilstedeværelse av helsepersonell, og at dette ikke må frata personen kontakt med andre.

73 Storvik 2007, sidene 159-165 og side 287 flg.

74 *Herczegfalvy mot Østerrike*, klagernr. 10533/83, 24. september 1992, avsnitt 82.

75 Se bl.a. FNs Spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 34–35.

76 Se f.eks. D.D. mot Litauen, klagernr. 13469/06, 14. februar 2012, avsnitt 173. Se også Jon Fridrik Kjølbro, *Den europeiske menneskerettighedskonvention for praktikere*, 4. utgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2017, side 296.

77 FNs underkomité for forebygging (SPT), *Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent*.

78 Se note over, avsnitt 10.

Enhver form for isolasjon må pågå kortest mulig tid, være presist dokumentert og være underlagt ordninger for administrativ kontroll, inkludert uavhengige klageordninger og judisiell prøving.

Komiteen har ikke definert tiltakene «solitary confinement» og «medical isolation» nærmere. Slik begrepet «medical isolation» benyttes, har det likhetstrekk med skjerming som iverksettes etter psykisk helsevernloven § 4-3. Tiltaket krever daglig tilsyn med tilstedeværelse av helsepersonell. Komiteen presiserer imidlertid at tiltaket ikke må frata pasienten kontakt med andre, under forutsetning av at rimelige sikringstiltak er iverksatt.⁷⁹ Dette skiller «medical isolation» fra skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3 som forutsetter at pasienten kan holdes helt atskilt fra andre pasienter og alt helsepersonell som ikke inngår i behandlingsopplegget.⁸⁰

7.3 Den europeiske torturforebyggingskomité – kritisk til norsk skjerming

Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) har utformet et sett med standarder ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern («means of restraints».⁸¹ Ifølge CPT er blant annet isolering («seclusion») et tvangsmiddel som er i bruk i flere av landene komiteen har besøkt.

Etter komiteens definisjon innebærer dette «involuntary placement of a patient alone in a locked room». Slike tiltak bør ifølge CPT kun benyttes som en siste utvei for å forhindre nært forestående skade på pasienten eller andre, og skal benyttes for kortest mulig tid (som regel minutter, og ikke timer). Komiteen understreker også at: «Means of restraint are security measures and have no therapeutic justification.»⁸² Komiteen definerer altså «seclusion» på samme måte som begrepet «isolering» i norsk psykisk helsevernlov § 4-8.

Komiteens standarder gir ingen klare svar på komiteens holdning til andre former for restriksjoner der pasienter er fysisk atskilt fra de andre pasientene, enten av behandlingsmessige hensyn eller av hensyn til andre pasienter. Deler av forklaringen på dette kan være at det er svært få medlemsland i Europarådet som har slike tvangshjemler. Danmark har som nevnt en adgang til å benytte «personlig skjærmning» som kontrolltiltak av hensyn til andre pasienter (se kapittel 5 *Lovgivning og praksis i andre land*). Norges hjemmel for skjerming setter en enda lavere terskel for inngrep av hensyn til andre, og har i tillegg en adgang til å iverksette tiltaket av behandlingsmessige hensyn (se kapittel 6 *Nasjonalt lovverk om skjerming*).

Under sitt besøk til Norge i 2005 kommenterte CPT det norske lovverket om bruk av skjerming:

«Norwegian legislation provides for a form of seclusion, called "shielding". "Shielding" is mainly used when a patient becomes restless or aggressive, on a doctor's decision. In this context, it should be noted that the relevant regulations do not provide for the recording of the measure, when it is being employed for less than 48 hours. The CPT recommends that all measures of "shielding", whatever their duration, be recorded in writing.

Furthermore, [...] the delegation noted that it was possible for the same patient to be subjected to successive measures of "shielding" of up to 21 days, without any interruption. In one case, the "shielding" of a patient was maintained for 52 consecutive days. This is a highly debatable practice, which could hardly be reconciled with the "short periods" envisaged by the legislation in force[...]. The existing maximum period of "shielding" provided by the relevant regulations is already quite high; the CPT considers that such a measure should not be renewed without any interruption».⁸³

79 Komiteens uttalelse om «contact with others», må ut ifra sammenhengen bety andre enn helsepersonellet som har tilsyn med dem (dvs. andre pasienter eller besøkende).

80 Psykisk helsevernloven § 4-3 må samtidig tolkes i lys av § 4-2 første ledd, som innebærer at skjerming skal innskrenkes til det strengt nødvendige, at det skal legges vekt på pasientens syn, og at skjerming må ha en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene ved tiltaket.

81 CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, revised standards, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017) 6.

82 Se note over, punkt. 1.5

83 CPTs besøk til Norge i 2005, CPT/Inf (2006) 14, avsnitt 107.

CPTs besøk fant sted før lovverket ble endret (se kapittel 2.4 *Strengere tidsfrister for vedtak, men senket terskel for bruk*). Uttalelsen viser at komiteen vurderer skjerming som en form for isolering, og komiteen omtaler langvarig bruk som «highly debatable».

CPT har i forbindelse med sine besøk til Danmark uttrykt bekymring over bruk av skjerming, blant annet at tiltaket:

«may amount to de facto involuntary hospitalisation. For example, it appeared that certain voluntary patients hesitated to resist a shielding measure for fear that their situation would be formally transformed to involuntary hospitalisation and, in other cases, instructions had been given to initiate proceedings for involuntary placement if patients were to ask to be discharged.»⁸⁴

7.4 Andre FN-organers uttalelser om isolasjonsliknende tvangstiltak

Flere menneskerettighetsorganer i FN har de siste årene uttalt seg sterkt kritisk til tvangsbruk overfor mennesker med nedsatt psykososial (mental) funksjonsevne, inkludert bruk av «seclusion». Begrepet «seclusion» er ikke nærmere utdypet.

CRPD-komiteen har ansvaret for å fortolke rettighetene i FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).⁸⁵

Komiteen har uttalt at konvensjonen forbyr «seclusion and various methods of restraints in medical facilities», og at slike praksiser ikke er i tråd med konvensjonens artikkel 15 om forbud mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff mot mennesker med nedsatt funksjonsevne.⁸⁶

FNs tidligere spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, uttalte i sin årsrapport fra 2013 at:

«The mandate has previously declared that there can be no therapeutic justification for the use of solitary confinement and prolonged restraint of persons with disabilities in psychiatric institutions; both prolonged seclusion and restraint may constitute torture and ill-treatment (...). The Special Rapporteur has addressed the issue of solitary confinement and stated that its imposition, of any duration, on persons with mental disabilities is cruel, inhuman or degrading treatment (...). Moreover, any restraint on people with mental disabilities for even a short period of time may constitute torture and ill-treatment. It is essential that an absolute ban on all coercive and non-consensual measures, including restraint and solitary confinement of people with psychological or intellectual disabilities, should apply in all places of deprivation of liberty, including in psychiatric and social care institutions. The environment of patient powerlessness and abusive treatment of persons with disabilities in which restraint and seclusion is used can lead to other non-consensual treatment, such as forced medication and electroshock procedures.»⁸⁷

Tvangstiltak som gjennomføres inne på en psykiatrisk institusjon, gir risiko for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3.

⁸⁴ CPTs besøk til Danmark i 2002, CPT/Inf (2002) 18, avsnitt 99.

⁸⁵ Norge tilsluttet seg CRPD i 2012. Norske myndigheter har så langt gitt uttrykk for uenighet med CRPD-komiteen om tolkningen av noen av artiklene i konvensjonen, blant annet ved å avgi en tolkningserklæring da konvensjonen ble ratifisert.

⁸⁶ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt under komiteens 14. sesjon, september 2015, avsnitt 12. Se også komiteens konkluderende merknader til bl.a. New Zealand, CRPD/C/NZL/1, avsnitt 32; Australia CRPD/C/AUS/CO/1, avsnitt 36 og Litauen CRPD/C/LTU/CO/1, avsnitt 31.

⁸⁷ FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 63.

*«Satt inne på rommet i 10 dager uten å komme ut.
Kun en madrass på gulvet. Ikke seng (...) Ikke TV.
Personalet var utenfor døra.»*

8 >

8

Sivilombudsmannens funn fra besøk under forebyggingsmandatet

I perioden 2015–2018 har Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkt 12 steder under psykisk helsevern. Besøkene har omfattet 25 mottaks- og akuttposter, 17 poster med kort og mellomlang oppholdstid (allmennpsykiatrisk, intermedieær, subakutt eller liknende posttyper), 10 lokale sikkerhets- og forsterket rehabiliteringsposter for langtidsopphold, seks poster for eldre og 1 post for barn og unge.⁸⁸

8.1 Høyt omfang av skjerming

De fleste besøkte sengeposter hadde egne skjermingsenheter. Det gjaldt også flere av postene med lengre oppholdstid, inkludert poster for lokal sikkerhetspsykiatri. Sengepostene som ikke hadde skjermingsenhet, brukte ofte pasientens rom til skjerming ved behov. Flere av de besøkte sykehus-avdelingene hadde en omfattende bruk av skjerming. Enkelte steder var skjerming en integrert del av behandlingsopplegget, og en stor andel av sengeplassene var plassert i skjermingsenheter. Ved ett sykehus utgjorde antall senger i skjermingsenhetene nesten tretti prosent av alle sengeplassene på de besøkte sengepostene. En så høy andel skjermingsplasser øker i seg selv risikoen for at pasienter blir plassert på skjerming.

«Ble veldig stresset av å være der. Ble sint av å bli stengt inne, så stengt inne fordi jeg ble sint.»

8.2 Strengt sykehusregler og atferdskorreksjon som årsak til skjerming

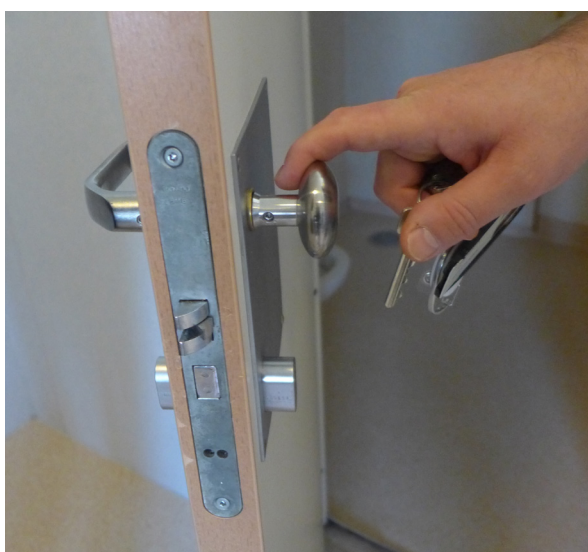
Flere av sengepostene ombudsmannen har besøkt, hadde en kultur kjennetegnet av «grensesetting», korreksjon av uønsket atferd og høyt fokus på struktur. Pasienter fikk for eksempel ikke vandre i gangen eller sitte eller ligge i stua om natten, gå ut på balkongen for å røyke om natten eller fikk ikke drikke kaffe på kveldstid. Brudd på slike husregler kunne utløse konflikter som endte i et skjermingsvedtak. I lys av at pasientene er innlagt for alvorlige psykiske helseutfordringer var kravene til akseptert atferd mange steder overraskende høy. Lokale kulturer og personlige holdninger blant ansatte påvirket også terskelen for skjerming. Ombudsmannens observasjoner og samtaler med ansatte viser variasjoner mellom sykehus, men også til dels store forskjeller mellom sengeposter på samme klinikk.

Enkelte av de besøkte sengepostene har hatt færre eller ingen husregler, større rom for individuelle tilpasninger og aksept for sykdoms- eller lidelsesuttrykk. Her har det blant annet blitt gitt uttrykk for aksept for urolig atferd og pasienters individuelle behov når de er i krise. Det har også vært fremhevet at man i stedet for å sette grenser for pasientene gjennom korreksjoner, bør ta initiativ til aktiviteter som gir økt valgfrihet for pasientene.

En annen tydelig forskjell i kultur som er identifisert under besøkene, er om de ansatte vurderer utageringer som uttrykk for angst og traumer eller som uttrykk for at pasientene generelt er farlige. Funn fra besøkene tyder på at ansattgrupper som omtaler pasientene som farlige, er mer tilbøyelige til å bruke tvang, for eksempel skjerming, for å håndtere en ubehagelig situasjon. Liknende funn er også referert i kvalitative studier om skjerming.⁸⁹

Norvoll fant i sin studie av to akuttposter, at ansatte hadde ulike oppfatninger av hva som utgjorde utagerende atferd som kunne utløse behov for skjerming.⁹⁰ Den beskrevne atferden omfattet mange ulike former for sosiale avvik og brudd på allmenne sosiale normer. Eksempler kunne være «har et avvikende lydnivå», «viser avvikende følelser» (følelsemessig labilitet) eller er «motorisk urolig». Studien tydet også på at sengeposter med et sterkt fokus på grensesetting og korrigerende også hadde et mindre anerkjennende syn på pasientene.

Sivilombudsmannens besøk har også vist at manglende muligheter for meningsfull aktivitet og liten mulighet til aktivitet i friluft kan bidra til situasjoner som utløser vedtak om skjerming. Videre er det grunn til å peke på at sterile og trange sykehuslokaler kan virke uheldig inn på pasientenes opplevelse av å bli ivaretatt og møtt på en trygg og omsorgsfull måte.



8.3 Fysiske forhold ved skjerming

8.3.1 Nakne, sterile skjermingsrom

Alle stedene innen psykisk helsevern som forebyggingsenheten har besøkt, har hatt sengeposter med egne skjermingsenheter. Oftest er dette en egen fløy eller gang som kan stenges av fra resten av avdelingen. Skjerming blir mange steder også gjennomført på pasientens rom i den vanlige delen av avdelingen. Ved en sengepost på et av de besøkte sykehusene ble skjermingsenheten vurdert som så lite egnet for lengre opphold at pasienter stort sett ble skjermet på eget rom.

Skjermingsenhetene har gjennomgående et nakent, sterilt preg, og omtales mange steder som fengselsliknende av både ansatte og pasienter. Gjennomgående manglet rommene inventar bortsett fra en seng og noen ganger et bord og en stol. På noen skjermingsrom var stol og bord tunge og vanskelige å flytte (de skal være vanskelige å kaste eller ødelegge), eller de var boltet fast i gulvet. Noen skjermingsrom hadde ingen møbler eller annet inventar, bortsett fra en seng eller madrass direkte på gulvet. Rommene manglet ofte også hjemlig innredning som gardiner, bilder og dusjforheng. Noen få av de besøkte skjermingsenhetene hadde radio eller TV, noe inventar og andre oppmykende detaljer inne på skjermingsenheten.

Ved flere sykehus har ombudsmannen funnet kuleformede dørvidere på innsiden av pasientrommene i skjermingsenheten. Disse var vanskelige å åpne, særlig for pasienter med skjelvinger på hendene som følge av bivirkninger av medikamenter eller andre somatiske tilstander.

Pasientrommene var ofte hvitmalt med lite eller ingen dekorasjon eller bilder på veggene. Mange av dem hadde vinduer som var foliert eller frostet slik at det bare delvis eller ikke i det hele tatt var mulig å se ut av dem.

89 Se særlig Norvoll (2007), men også Vatne S., Korrigerende og anerkjenne – sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost, PhD-avhandling Universitetet i Oslo, 2003.

90 Norvoll (2007), side 196–198.



Flere skjermingsenheter har vært dårlig rengjort og vedlikeholdt, blant annet med skriblerier fra tidligere innlagte pasienter på vegger og dører. Dårlig lydisolering mellom rommene inne i skjermingsenheten og inn fra tilstøtende korridor har preget mange av skjermingslokalene. Støy og uro fra andre pasienter medfører økt uro, utrygghet og i noen tilfeller aggresjon rettet mot personalet. Samlet sett har skjermingsenheter flere steder i liten grad ivaretatt pasientenes verdighet.

Flere skjermingsenheter var trange og noen manglet oppholdsrom. På flere av stedene som hadde skjermingsenhet med stue/oppholdsrom, måtte flere pasienter på skjerming dele på tiden i stuen, og fikk tilmålt «stuetid». Ved ett sykehus bestod hver skjermingsenhet av en trang og kort korridor med tre eller fire pasientrom og én felles stue. Resultatet ble at pasientene måtte tilbringe mye av tiden inne på eget rom. Et annet sjukehus hadde i utgangspunktet bygget én stue for hvert skjermingsrom, men i begge akuttenehetene hadde disse stuene blitt innredet som separate pasientrom. I realiteten hadde derfor pasientene bare sitt eget rom å oppholde seg i. Slike forhold gjør det vanskelig for ansatte å følge opp pasientene uten å virke invaderende. Et offentlig lovutvalg anbefalte i 2011 at skjerming bør skje i arkitektonisk egnede lokaler som gir pasienten mulighet til å regulere nærhet og avstand ut fra egne behov.⁹¹

Ved flere sykehus har pasienter som ikke har vært underlagt skjermingsvedtak tidvis måttet bo i skjermingsenheten på grunn av høyt belegg.

Ombudsmannen har også besøkt skjermingslokaler som var mer humant utformet. For eksempel har noen besøkte sykehus hatt større skjermingsrom og mer bevegelsesfrihet for hver pasient, blant annet ved at hvert pasientrom har hatt tilgang til sin egen stue. Dette gir pasientene større autonomi og bevegelsesfrihet, og også bedre mulighet for pasienten og personalet til å balansere behovet for sosial kontakt og privatliv.

8.3.2 Sikkerhet og stimuluskontroll: to hovedbegrunnelser

Mange ansatte, både ledere, miljøpersonale og behandlere, har i samtaler fremhevet sikkerheten til både pasientene og personalet som en viktig årsak til den nakne utformingen av skjermingsenhetene. I tillegg til å hindre pasienter å kaste ting, er hensikten med dette ofte å forebygge selvmordsforsøk eller selvskading. Praktiske løsninger som både kan ivareta pasientenes verdighet og sikkerhet, som gardiner med borrelåsfester, er bare funnet få steder. Rommene er ofte innredet med unntakstilfellene som utgangspunkt.⁹²

91 NOU 2011:9, side 207.

92 Se reportasje i norsk psykologtidsskrift (2011), Naturen som skjermingsrom, tilgjengelig her <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/550-556.pdf> [sist åpnet 31. oktober 2018].

Etter ombudsmannens syn er et så sterkt fokus på statiske sikkerhetstiltak problematisk. I et forebyggingsperspektiv bør sikkerhet ha som utgangspunkt pasientenes behov for å oppleve trygghet og verdighet.

En annen fremtredende forklaring er at det er viktig for en del pasienter som er på skjerming, at mengden sanseintrykk begrenses («stimuluskontroll»). Det fremheves blant annet at det kan være behandlingsmessige grunner til at pasienter ikke bør ha eiendeler tilgjengelig, at veggene bør være nakne, eller at de ikke bør lytte til radio eller se på TV. Hensynet til stimuluskontroll er også noen steder brukt som forklaring på at vinduer i skjermingsrom er helt eller delvis dekket med «frostet» vindusfolie, slik at pasienten ikke kan se ut.

Under besøkene har ombudsmannen hatt samtaler med et stort antall pasienter som var skjermet, eller hadde tidligere erfaringer med skjerming. Selv om pasientene har hatt ulike opplevelser av skjerming, har en betydelig andel omtalt den fysiske utformingen av skjermingslokalene på svært negative måter. En gjennomgang av intervjumaterialet viser at ord som «fengsel» og «glattcelle» går igjen som beskrivelser av skjermingsrommet. Ofte går beskrivelsene av lokalet som fengsel over i en beskrivelse av en opplevelse av skjerming som straff. Mange av pasientene stilte seg uforstående til behovet for lokaler som var strippet for nesten alt interiør og inntrykk. Også forskning om skjerming tyder på at den fysiske utformingen sterkt bidrar til opplevelser om at skjermingstiltaket er en form for straff.⁹³

Studier om sansedeprivasjon overfor psykiatriske pasienter tyder på at tilstanden til personer med en nedsatt evne til å skille mellom inntrykk fra omverdenen og egne fantasier og impulser, kan forverres.⁹⁴ Det er verdt å merke seg at det allerede på 1970-tallet, ved etableringen av skjerming som en miljøterapeutisk metode, var oppmerksomhet om at sansedeprivasjon var uheldig og måtte unngås (se kapittel 2.2 *Skjerming som metode vokser fram*).

Ombudsmannens erfaring fra besøkene er at det mange steder er lite bevissthet og refleksjon om mulige negative følger av sansedeprivasjon. Det er likevel flere ansatte fra ulike profesjoner som har stilt spørsmål ved det faglige belegget for at skjerming som stimuluskontroll er god behandling. Enkelte har vist til at selv om de tror at begrensning av stimuli kan være hensiktsmessig for enkelte, bør ikke lokalet som en standard være strippet for inventar og sanseintrykk. Ved enkelte sykehus har ansatte tatt initiativ til oppussingsarbeider eller innkjøp av nye møbler i skjermingslokalene.

Ombudsmannen har i flere rapporter uttrykt bekymring for at slike fysiske forhold, kombinert med lite menneskelig kontakt, gir risiko for sansedeprivasjon, opplevelse av ensomhet og isolasjonsskader hos pasientene. Samlet sett viser både ombudsmannens funn og forskning på området at det bør iverksettes tiltak for å sikre en mer human utforming av lokaler der skjerming gjennomføres.⁹⁵



93 Norvoll 2007, side 289 flg.

94 Grunebaum H.U., Freedman S.J., Greenblatt M, Sensory deprivation and personality, American Journal of Psychiatry ; volum 116, utgv. 10, april 1960.

95 Se faktaboks.

Forskning om fysiske forhold og vold og hærverk

Det er gjennomført en studie på Østmarka akuttpsykiatriske avdeling ved St. Olavs Hospital i Trondheim, om hva slags effekt norske skjermingslokalers utforming kan ha på pasienters symptomtrykk eller aggresjonsnivå.⁹⁶ Formålet med studien var å teste antakelsen om at strippet interiør på skjermet område er et viktig sikkerhetstiltak og en viktig del av behandlingen av pasienter.

Pasienter som ble overført til skjerming ble tilfeldig fordelt til en av to skjermingsenheter (der det var flest ledige rom). Den ene skjermingsenheten var innredet tradisjonelt med få møbler og nakne vegger uten bilder eller gardiner. Den andre fikk en mer «hjemlig» innredning. Veggene fikk et nytt malingsstrøk, det ble brukt fargerikt veggpapir og malerier, taket ble senket og det ble installert flere lyspunkt, vinduene ble gitt smakfulle gardiner, og det ble satt inn garderobe, stoler, blomster og personlige gjenstander i pasientrommene. På badet ble det lagt keramiske fliser.

Funnene fra undersøkelsen viste ingen signifikante forskjeller som gir støtte til antagelsen om at strippet interiør reduserer psykiske symptomer og voldelig atferd.⁹⁷ Forskerne anbefalte at tradisjonen for å benytte strippede skjermingsrom forlades, så fremt det ikke er spesielle grunner til det i enkeltsaker. Et annet funn var et totalt fravær av skadeverk i den nyinnredede skjermingsenheten gjennom prosjektperioden (13. november 2000–25. mars 2001), i motsetning til den tradisjonelt utformede enheten. To år etter prosjektet hadde forskjellene vedvart, med nesten ikke noe hærverk i den nye enheten.

Forskning om fysiske forhold og tvangsreduksjon

Enkelte internasjonale studier tyder på at fysiske omgivelser på sengepostene kan bidra til å redusere tvangsbruk. En amerikansk forskningsstudie sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler på et psykiatrisk sykehus.⁹⁸ Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene. Endringene i de fysiske omgivelsene omfattet å male vegger i nye farger, sette frem pyntegjenstander, bytte ut gamle møbler og å plassere interiør slik at det fremmet interaksjon mellom pasienter og ansatte.

Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest og signifikant sammenheng med reduksjon av tvang. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart. Studien undersøkte ikke skjermingsliknende lokaler spesifikt, men synliggjør at relativt enkle justeringer av fysiske omgivelser kan bidra positivt til et miljø i sykehusavdelingen med økt pasienttilfredshet og mindre bruk av tvang.

96 Vaaler A., Morken G. og Olav M. Linaker, Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward, *Nordic Journal of Psychiatry* 2005, 59:1, side 19-24.

97 Som indikator brukte de PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), BVC (The Brøset Violence Checklist), antall voldelige episoder, tvangstiltak, lengde på innleggelse og pasienttilfredshet.

98 Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., Herbert J., Hardesty S.J. og Frueh, B. C. Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services* (oktober 2014), 65(10), 1273-1276.

8.3.3 Belteseng og isolatrom på skjermingsenhetene

I mange av de besøkte institusjonene har beltesenger vært plassert inne i egne rom på skjermingsenheten, eller i gangen utenfor skjermingsrommene. I private samtaler har pasienter vist til at de vet hvor beltesengen befinner seg, både når den er plassert på et eget rom og når den står tildekket med et laken i gangen eller på andre rom i enheten. I besøksrapportene har ombudsmannen påpekt at beltesenger inne på skjermingsenhetene kan senke terskelen for bruk av belter og øke risikoen for at pasientene opplever skjerming som utrygt. Det har også blitt funnet andre tvangsmidler lett tilgjengelig og godt synlig for pasientene. Ved ett sykehus var for eksempel belte forlengere og et politiskjold synlig i et utstyrsrom i en av skjermingsenhetene.

En del sykehus har funnet praktiske løsninger for å hindre at tvangsmidler plasseres i skjermingsenhetene. Noen sykehus har for eksempel gått over til å ha løse belter i en koffert, i stedet for at de er festet til en bestemt seng.

«Da jeg var på [...] var jeg på isolatrommet og da hadde jeg belter på meg i flere uker. Da fikk jeg gå inn på røyke-rommet med transportbelter, på beina og henda, fikk en forlenger til armen når jeg skulle røyke og spise. Da måtte jeg av og til gå forbi andre pasienter. Det var helt forferdelig»

Ved ett sykehus hadde skjermingsenhetene en spesielt problematisk utforming. Enhetene besto her av et pasientrom som manglet møbler unntatt en seng boltet fast i gulvet, et isolatrom med kun en madrass på gulvet, og et rom med en fastmontert belteseng. Lokalene gav svært uverdige forhold for pasientene. Isolatrommene fremstod som glattceller, og skapte et klart preg av avstraffelse.

Også disse rommene ble hyppig benyttet som skjermingsrom på grunn av høyt belegg. Rommene hadde ensfargede vegger uten noen form for dekorasjoner, og lys i taket uten dimmefunksjon. På flere av rommene var vinduene fullstendig tildekket med «frostet» vindusfolie, slik at det ikke var mulig for pasientene å se ut. Rommene hadde et nærmest totalt fravær av positive sanseinntrykk, og ombudsmannen anbefalte at det umiddelbart ble iverksatt tiltak for å sikre en human utforming av lokaler til bruk ved skjerming.

Bruk av liknende isolatrom er også avdekket enkelte andre steder. Ett sykehus hadde et isolasjonsrom uten møbler utover en sykehusseng. Rommet hadde kun et takvindu og det var ikke mulig å regulere innfallet av dagslys. Rommet var etter ombudsmannens oppfatning uegnet som oppholdsrom for pasienter. Det ble påpekt at rommet kunne skape utrygghet og uro for pasienter, selv om det ikke var i bruk. Ved en sikkerhetspost på et annet sykehus var det kun en madrass på gulvet i et av skjermingsrommene. Ifølge sykehusene var bruken av disse rommene nå stort sett avvirket. Det var imidlertid ikke lenge siden de hadde vært brukt, enten som isolering i forbindelse med utagering eller ved gjennomføring av skjerming, for eksempel ved høyt belegg.



8.3.4 Manglende daglig aktivitet i friluft

Et gjennomgående funn er at pasienter som er underlagt skjerming, ikke får daglig mulighet til aktivitet i friluft. Mange av de besøkte stedene hadde skjermingslokaler som manglet mulighet for direkte utgang til friluftarealer. Dette, ofte kombinert med bemanningsutfordringer, førte til at pasientenes mulighet til aktivitet i friluft ble begrenset. Enkelte pasienter hadde ikke vært utenfor sykehuset og skjermingsenheten på flere uker. Ved enkelte sykehus er det bygget atrier som gjør det mulig med opphold i friluft for pasienter med vurdert risiko ved eventuell rømming. Noen sykehus hadde skjermingsenheter på bakkeplan med direkte utgang til friområder. Dette økte betraktelig muligheten for å oppholde seg utendørs. Ved ett sykehus var det bygget et lite friluftsområde omsluttet av et gjerde for skjermingspasienter og andre som ikke fikk anledning til å oppholde seg i friluft alene eller i følge med personalet.

Enkelte sykehus hadde skjermingsenheter med direkte tilgang til en utendørs terrasse eller balkong. Noen av disse har hatt høye plankegjerdet som kun gav utsyn til himmel, andre har vært bygget med vegger og tak av plexiglass eller metallgitter med innsyn utenfra. Enkelte av disse «inngjerdede» balkongene var godt synlig fra gangveier eller andre områder der andre folk ferdes. Ved ett sykehus manglet det helt sittemuligheter på enkelte av disse balkongene. Flere pasienter og ansatte har omtalt slike balkonger som «bur». Slike løsninger fremstår som uverdige og bortsett fra å gi mulighet til å røyke gir de ingen opplevelse av å være utendørs i naturlige omgivelser.

8.4 Problematiske gjennomføring av skjerming

8.4.1 Skjermingsvedtak eller isolasjonsvedtak?

Flere steder har ombudsmannen funnet at skjermingen hadde klart preg av isolasjon. I noen tilfeller var skjermingen i realiteten isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav b.

Ved enkelte sykehus ble det funnet skriftlige rutiner og uformelle praksiser som tydet på at noen minutters blokkering av pasienters dør ble ansett som «en del av

skjermingsvedtaket». Det ble for eksempel funnet at pasienter fikk beskjed om å holde rommet i et bestemt tidsrom, og at døren ble blokkert fra utsiden dersom pasienten forsøkte å komme ut før denne tiden var gått. Slike tvangstiltak utgjør isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav b, og kan bare iverksettes i nødrettsliknende situasjoner.

8.4.2 Fastholding som del av skjerming

Enkelte steder har det kommet frem at pasienter som har gått eller forsøkt å gå ut av skjermingsenheten, har blitt fysisk holdt, ført med tvang eller direkte båret tilbake til skjerming uten at det er blitt fattet vedtak om fastholding. Fastholding er et tvangsmiddel etter lov om psykisk helsevern § 4-8 og vilkårene er de samme som for bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon; det må være «uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting» og «lempeligere midler [må ha] vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige». Det er åpenbart at et vedtak om skjerming som kan fattes med langt mindre strenge vilkår, ikke kan omfatte bruk av tvangsmiddelet fastholding uten at vilkårene er oppfylt og det fattes eget vedtak om dette.



Samtidig illustrerer denne praksisen en problematisk side ved skjerming: vilkårene for å iverksette skjerming under tvang er mindre strenge enn for tvangsmidler, men personalet kan oppleve at gjennomføringen er avhengig av at man fysisk kan kontrollere pasientene. Risikoen for at man i realiteten utøver tvang som faller inn under vilkårene i bestemmelsen om tvangsmidler er derfor klart tilstede. Det er et ledelsesansvar å sikre at ansatte kjenner til vilkårene for å holde eller isolere en pasient og at skjermingspraksisen ikke innebærer ulovlig tvang overfor pasienter. Bruk av isolering og fastholding under skjerming viser også at skjerming er en vanskelig blanding av behandling og tvangstiltak.

8.4.3 Internasjonal forskning og vurderinger av isolasjon

Internasjonalt er det gjort mye forskning på bruk av isolering («seclusion»), hvor blant annet behandlings-effekt har vært diskutert. Forskningen gir ikke belegg for at isolering gir langsiktige fordeler når det gjelder behandling av symptomer eller å redusere aggresjon.⁹⁹ Tanken om isolering som et terapeutisk virkemiddel må i all hovedsak anses forlatt internasjonalt, og det meste av nyere forskning har fokusert på tiltak for å oppnå reduksjon av omfanget.¹⁰⁰ Dette er også reflektert i kapittel 7 *Menneskerettslige krav og standarder*. CPT har for eksempel uttalt at isolasjon og andre former for tvangsmidler «... are security measures and have no therapeutic justification».¹⁰¹ Forskning på isolasjon fra fengsel dokumenterer også at kombinasjonen av begrensninger i meningsfull menneskelig kontakt, sanseintrykk og selvbestemmelse kan være helseskadelig.¹⁰²

En rekke kvalitative studier har undersøkt pasientens opplevelser av isolering.¹⁰³ Studiene viser at de fleste pasientene hadde negative opplevelser, som sinne, sorg og håpløshet. Isolering kunne også virke psykisk nedbrytende, og føre til depresjon, apati, angst, tankeforstyrrelser og sanseendringer. Flere studier har avdekket sprik mellom personalets og pasientenes oppfatning av isolering. Mens personalet opplever tiltaket som nødvendig, terapeutisk og ikke-straffende, viser studiene at pasientene gjennomgående opplever at isoleringen mangler terapeutisk verdi, og at tiltaket brukes som straff eller er et utslag av personalets kontrollbehov. En internasjonal gjennomgang av kvalitative studier fra årene 1966–2009 undersøkte pasienters erfaringer av isolering og tvangsmidler.¹⁰⁴ Ifølge gjennomgangen var de fire mest utbredte pasienterfaringene negative psykologiske konsekvenser, retraumatisering, opplevelser av uetisk praksis og en «broken spirit».

Det britiske besøksorganet med forebyggingsmandat (UK NPM) etter OPCAT, utga i 2017 en rapport med veiledning til steder for frihetsberøvelse i Storbritannia om bruk av isolasjon.¹⁰⁵ Når det gjelder isolasjon i helseinstitusjoner, fastslår det at adgangen til å benytte isolasjon i helseinstitusjoner er snevrere enn andre steder for frihetsberøvelse:

«Isolation in health settings refers to the supervised confinement and isolation of a patient or resident, away from other patients or residents, in an area from which the patient or resident is prevented from leaving, where it is of immediate necessity for the purpose of the containment of severe behavioural disturbance which is likely to cause harm to others».

99 Se bl.a. Sailas E., Fenton M. (2000) Seclusion and restraint for people with serious mental illness, Cochrane database of systematic reviews 1: CD001163; Muralidhan S, Fenton M (2006) Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database of systematic reviews 3: CD002084.

100 Newton-Howes G., Use of seclusion for managing behavioural disturbance in patients, *Advances in psychiatric treatment* (2013), vol. 19, 422-428.

101 CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.5.

102 For en oppsummering av forskningsfunn, se Shalev S. (2008). *A Sourcebook on Solitary Confinement*, LSE/Mannheim Centre for Criminology, side 15-17.

103 Se oppsummering i NOU 2011:9, side 373-374 (vedlegg 5, Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrudutvalget, Reidun Norvoll).

104 Strout T.D., Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature, 3 november 2010, *International Journal of Mental Health Nursing*.

105 UK National Preventive Mechanism, Guidance: Isolation in detention, januar 2017.

Ifølge UK NPM er det

«not relevant for the purpose of this definition or the requirements set out below that staff members of the detaining institution are in contact with the isolated person (indeed they need to remain in contact). Nor is it relevant whether the place of isolation is an enclosed room (rather than, for example, a part of a larger space), or whether the door to such a space is closed or open, locked or unlocked.»

Det som her omtales som isolasjon har klare likheter med skjerming. Pasienten følges kontinuerlig opp av helsepersonell, men fratas muligheten til å ha sosial kontakt med andre pasienter. Denne måten å definere isolasjon i psykisk helsevern likner også isolasjon slik dette er regulert i norsk barnevernlovgivning. Tvangs-tiltak der ansatte er sammen med ungdommene uten at disse får ha sosialt fellesskap med andre ungdommer, regnes som isolasjon.¹⁰⁶ Etter barnevernlovgivningen er dette tiltaket ikke tillatt som ledd i behandling, kun i akutte faresituasjoner.¹⁰⁷

UK NPM har utformet en rekke anbefalinger for å redusere bruk av isolasjon og ivareta rettssikkerheten for pasienter. Blant annet understrekes det at slik isolasjon kun skal brukes for å forhindre skade, at tiltaket aldri skal brukes kun for å forebygge selvskading eller på en måte som øker risikoen for selvmord. Ifølge UK NPM bør slik isolasjon aldri brukes som en del av et behandlingsopplegg.

På grunn av de potensielle skadevirkningene av praksisen som her omtales som isolasjon, bør særlige rettssikkerhetstiltak være på plass, og prøvingen bør bli strengere hvis tiltaket strekker ut i tid. UK NPM anbefaler også at ansatte som jobber med isolerte pasienter skal ha særlig opplæring og være valgt på bakgrunn av sin mellommenneskelige kompetanse. De skal oppfordre til meningsfulle aktiviteter og ha samtaler med pasienten.

8.4.4 Isolasjonspreget gjennomføring av skjermingstiltak

Loverket forutsetter at pasienter som skjermes gis oppfølging og tilstedeværelse av helsepersonell. I utgangspunktet skulle derfor ikke forskningsfunn om skadevirkninger av isolasjon være overførbare.

Sivilombudsmannens besøk viser imidlertid at gjennomføringen av skjermingstiltak ofte har så mange likhetstrekk med isolering, at risikoen for isolasjonsskader må tas på større alvor. Skjerming kjennetegnes ofte av store begrensninger i bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, inkludert detaljerte reguleringer av hvor pasienten til enhver tid får oppholde seg. Skjermingstiltak har gjennomgående et atskillig mer langvarig forløp, sammenliknet med isoleringen fra internasjonal forskning som normalt har kortere varighet (timer mer enn dager og uker).¹⁰⁸

Funn fra besøk viser at mange pasienter tilbringer store deler av døgnet alene på nakne rom med få sanse-inntrykk, ofte uten særlig kontakt med personalet. Mulighetene til å ha meningsfulle aktiviteter innendørs og utendørs er ofte mangelfulle eller fraværende, på grunn av manglende planer for behandling og lite egnede fasiliteter og uteområder.

Det er også svært varierende i hvilken grad pasientene har anledning til å ha sosial kontakt som oppleves som meningsfull mens de er underlagt skjerming. Ofte er det begrenset hvor mye personalet er til stede, og pasientene vil som oftest ikke få lov til å ha kontakt med andre pasienter. En utbredt praksis er at personalet sitter utenfor døren til pasientens rom, inne i skjermingsenheten, eller ute i korridoren dersom skjermingsenheten mangler eget oppholdsrom. Noen ganger er døren åpen, andre ganger på gløtt eller helt lukket. Pasientene får ofte flere ganger i løpet av en dag beskjed om å holde seg på rommet. Mange opplever slike beskjeder som ydmykende og gir uttrykk for ensomhet og behov for å ha noen å snakke med.

106 Forskrift 15. november 2011 nr. 1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold på barnevernsinstitusjon (Rettighetsforskriften), § 14 tredje ledd.

107 Rettighetsforskriften § 13 jf. § 14 første ledd.

108 Norvoll 2007, side 186 viser til internasjonal forskning der medium varighet for isolering var fra 4,8 til 18 timer. Unntaket er fengselsforskningen, som ofte har undersøkt svært langvarig isolasjon.

Interaksjonene med ansatte har flere steder mer preg av grensesetting og korrigering av uønsket adferd enn av mellommenneskelige samtaler, støtte og omsorg. Det asymmetriske maktforholdet mellom pleiepersonell og pasient kan også gjøre det vanskelig å etablere en tillitsfull relasjon. Dette bidrar til at mange pasienter ønsker sosial kontakt med andre pasienter.

Det å sitte «skjermingsvakt» utenfor pasientens rom mange timer i strekk, kan oppleves som en slitsom og ensformig oppgave og forsterker preget av vakthold og grensesetting i stedet for relasjonsbygging og trygging.

Funn har samtidig vist at enkelte sykehus praktiserer skjerming med en større grad av kontakt med personale. Ved ett av sykehusene ble det gitt tydelige føringer fra den faglige ledelsen om betydningen av kontinuerlig kontakt med pasienten. Ved dette sykehuset ble det funnet en større bevissthet om at kontakt med urolige pasienter kunne være krevende for personalet, og man hadde en tydeligere rutine for avlastning gjennom en vakt.



8.4.5 Strengt regler og uklart behandlingsmessig innhold

Sykehusene har i liten grad fastlagt hvilket positivt innhold skjermingen skal ha for den enkelte pasient, som hva slags behandling og aktiviteter tiltaket skal inneholde. I den grad sykehus har hatt lokale prosedyrer for gjennomføring av skjerming differensierer de oftest ikke mellom skjerming av behandlingsmessige hensyn og av hensyn til andre pasienter.

Innholdet er oftest definert av hva pasienten ikke skal gjøre eller ha tilgang til. Ved flere av sykehusene var dette regulert av en «dagsplan», «miljøavtale» eller «skjermingsinstruks» som bar preg av å være en instruks til pasienten om akseptabel atferd. Ombudsmannens funn har vist at skjerming ofte gjennomføres med strenge atferdsregler rettet mot pasienten, særlig i form av sterke reguleringer av pasientens bevegelsesfrihet under skjermingen. Planene beskriver ofte hvor pasienten skal oppholde seg i løpet av dagen, det vil si være alene på rom («hviletid»), røyketider, eller være sammen med personalet i skjermingsstue («stuetid»). Det kunne også være nedtegnet i denne planen hvilke konsekvenser brudd på slike skjermingsregler kunne få, f.eks. at pasienten kunne få beskjed om å være på rommet eller bli ført dit, eller få inndratt mulighet for å røyke eller drikke kaffe. Ved ett sykehus bestod rutinene utelukkende av en liste over hvilke gjenstander som ikke skulle finnes på et skjermingsrom.

Hos mange ansatte ved de fleste besøkte stedene bærer omtalen av pasientene preg av begreper som «behovsutsetting», «grensesetting» eller i hvilken grad pasienten «tar korrigering greit». Funn fra ombudsmannens besøk tyder på at det er varierende grad av etisk refleksjon hos miljøpersonale og behandlere ved ulike sykehus om hvordan skjerming kan gjennomføres på en så human og omsorgsfull måte som mulig. En del gir uttrykk for at pasientene trenger ro, avstand og lite stimuli, mens andre er mer opptatt av å være tilgjengelig for pasientene gjennom samtaler eller aktivitet.

Under besøkene er det ved flere anledninger observert at rigid gjennomføring av regler har bidratt til å øke uro og frustrasjon hos pasientene. I flere tilfeller har dette ledet til vedtak om isolering eller beltelegging.

Et gjennomgående funn var at skriftlig dokumentasjon som vedtak, behandlingsplaner og journalføringer sjelden inneholder en nærmere beskrivelse av behandlingen so skal gis mens pasienten er underlagt skjerming. Mange steder er det lav bevissthet om den faglig ansvarliges plikter for planleggingen av det individuelle skjermingstiltaket. Gjennomføringen av skjerming fremstår derfor gjennomgående som lite systematisk. Ombudsmannens erfaringer fra besøk tyder på at de rettslige vilkårene i liten grad oppleves som en reell skranke for inngrep i praksis. Dette gjør at ukritisk bruk av skjerming har kunnet utvikle seg lokalt, spesielt på steder der skjerming anses som et viktig miljøterapeutisk virkemiddel eller som har et høyt antall skjermingsplasser.

De faglige ansvarlige uttrykte flere steder en opplevelse av «å strø sand» på en beslutning om skjerming som allerede var tatt av miljøpersonalet som var til stede. Dette er i samsvar med kvalitative forskningsfunn om at skjerming i liten grad blir diskutert blant behandlere.¹⁰⁹ Det er viktig å merke seg at skjerming opprinnelig ble utformet som en sykepleiefaglig metode. Senere ble leger og psykologspesialister gitt vedtakskompetanse, men uten at det blir gitt opplæring i skjerming som en behandlingsmetode under spesialiseringene for disse profesjonsgruppene (se faktaboks).

8.4.6 Manglende tilbud om tilpassede aktiviteter

Ifølge psykisk helsevernloven skal det legges til rette for at alle pasienter, inkludert pasienter som skjermes, har tilgang til aktivitetstilbud og mulighet for daglige uteaktiviteter.¹¹⁰ Den faglig ansvarlige har plikt til å sikre at skjermingstiltak ikke gjøres mer inngripende enn strengt nødvendig.¹¹¹



Skjermede pasienter ved de besøkte institusjonene hadde med få unntak liten anledning til å drive med aktiviteter tilpasset sine interesser og funksjonsnivå. De hadde også gjennomgående begrenset tilgang til underholdning som radio, musikk og lesestoff, og mange pasienter ga uttrykk for at de kjedet seg. Manglende tilgang ble tidvis begrunnet med behov for å begrense sanseinntrykk. Samtidig opplever mange ansatte å mangle gode aktivitetstilbud, egnede fasiliteter som aktivitets- eller hobbyrom og gode utearealer for pasienter.

Lite opplæring om skjerming for vedtaksansvarlige

Kunnskap om skjerming som behandlingsmetode inngår ikke i læringsmål i spesialistutdanningen for beslutningstakere, verken for leger (spesialistutdanning psykiatri) eller for psykologer (spesialistutdanning klinisk voksenpsykologi). Skjerming som metode er også lite omtalt i lærebøker i psykiatri. I Malt m.fl. «Lærebok om psykiatri» fra 2012, blir skjerming beskrevet i et kort avsnitt, der det påpekes at det er lite forskning omkring effekten av skjerming.¹¹²

109 Norvoll (2007), side 167.

110 Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd bokstav c og d).

111 Psykisk helsevernloven § 4-3 jf. § 4-2 første ledd.

112 Malt U.F., Andreassen O.A., Melle I. og Dag Årslund (red.), Lærebok i psykiatri, tredje utgave, 2012 Gyldendal Norsk Forlag As, side 499.

Flere oppgir at aktivitetstilbud gradvis har blitt skåret ned over mange år. Andre peker på begrenset tid til å motivere og til å ta med de sykeste pasientene på aktiviteter.

Ved noen få sykehus ble det funnet positive praksiser der ansatte tok initiativ til og motiverte pasientene for aktiviteter inne på skjermingsenheten, som bruk av musikkinstrumenter, eller trening med veiledning av ergoterapeut.

8.4.7 Pasientstudier om skjerming

Pasientstudier om skjerming tyder også på at tvangselementene er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.¹¹³

I en nasjonal brukerundersøkelse med 1312 pasienter hadde 14 prosent blitt underlagt skjerming mot sin vilje.¹¹⁴ Av 721 pasienter som oppgav å ha blitt skjermet (frivillig eller ufrivillig) svarte 33 prosent at de hadde lite eller ikke noe utbytte av skjerming, mens 31 prosent oppgav at de hadde stort eller svært stort utbytte av skjermingen. Det var flere som ikke ønsket skjerming blant pasientene som var tvangsinnlagt. Det var imidlertid få tvangsinnlagte som deltok i undersøkelsen (17 prosent). En annen studie fant at skjerming var det tiltaket som i størst grad skapte en opplevelse av tvang under innleggelsen.¹¹⁵

Studiene viser at mange pasienter har negative opplevelser av skjerming.¹¹⁶ Pasientene skildrer lite anerkjennende tilnærminger og mangelfull dialog med miljøpersonalet, og ønske om flere samtaler med lege. Flere opplever infantiliserende og rigid bruk av husregler og øvrige restriksjoner med et for ensidig kontrollfokus. Flere gjengir opplevelser av vold ved fysisk maktbruk på skjermingsrommet, eller at de blir ført tilbake til skjermingsrommet med makt av personalet. Pasienter som ikke ønsker hvile, opplever for stor grad av sosial isolasjon og savner flere muligheter til å være i aktivitet.

Et annet kritikkpunkt er for ensidig vekt på diagnoser i stedet for samarbeid om å bli frisk. I kombinasjon med rigide regler, opplevelser av avmakt, manglende kommunikasjon og innflytelse på behandlingsutformingen, kan dette føre til krenkelse, frustrasjon og sinne, som så defineres som uro eller utagering, og som kan lede til ytterligere tvangsbruk. Pasientene kan videre oppleve det nakne interiøret og plassering av beltesenger i enhetene som skremmende. En kvalitativ undersøkelse av pasienterfaringer av skjerming fant at mange pasienter oppfattet den fysiske innelukkningen på skjermingsenheten som en svært inngripende begrensning, og at tilstedeværelsen av personalet ikke opphevet deres opplevelse av å bli isolert.¹¹⁷

8.4.8 Manglende dokumentasjon for behandlingseffekt

Skjerming begrunnes ofte i behandlingsmessige hensyn. I lys av de sterke begrensningene i bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, manglende meningsfull menneskelig kontakt og aktiviteter, oppstår spørsmålet om skjerming som behandling er i tråd med menneskerettslige standarder. Et sentralt spørsmål er om skjerming som behandling kan forankres i «recognised rules of medical science» slik dette er forstått av Menneskerettighetsdomstolen EMD (se kapittel 7 *Menneskerettslige krav og standarder*).

Det foreligger lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge (se kapittel 4 *Begrenset kunnskapsgrunnlag om effekten av skjerming*). Sivilombudsmannen er kun kjent med én større behandlingsstudie som undersøker skjerming.¹¹⁸ Svakt kunnskapsgrunnlag har særlig de siste årene blitt problematisert også i offentlige lovutredninger.¹¹⁹ I gjeldende faglige retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter om behandling av bipolare lidelser er bruk av skjerming anbefalt, til tross for manglende kunnskap:

113 Norvoll 2007; BAT-rapporten 2008; Holte J. «Som en livbøye i et opprørt hav ...»: skjerming – en teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring. Høgskolen i Hedmark, 2001; Jensen Ø., Virksomme faktorer i akuttpsykiatri, Høgskolen i Buskerud, 2008 [referanser fra Norvoll m.fl. (2015)].

114 Bjerkan A-M., Lilleeng S., Pedersen PB. Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 2003 og 2007. Report No.: 978 – 82 – 14 – 04784 – 4. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning, 2009. Totalt besvarte 1831 pasienter deler av brukerundersøkelsen, mens 1312 pasienter besvarte spørsmålet om skjerming.

115 Sørgaard KW. Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. Nord J Psychiatry 2004; 58: 299 – 304.

116 Se oppsummering i NOU 2011:9 side, 375 (vedlegg 5, Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrud-utvalget, Reidun Norvoll)

117 Norvoll 2007, side 234

118 Vaaler A., Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric ward, Trondheim NTNU 2007.

119 NOU 2011:9, side 207.

«Det finst ikkje noko vitskapleg evidens for skjerming og liknande tiltak [...], men arbeidsgruppa vurderer det slik at effekten er så uomtvisteleg at ein må tilrå tiltaka uansett».¹²⁰

Samtidig inneholder de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av personer med psykose-lidelser ingen anbefalinger om bruk av skjerming som ledd i behandling. Dette var den opprinnelige målgruppen for skjermingstiltak (se kapittel 2.2 *Skjerming som metode vokser fram*).

Samlet sett er det tvilsomt at eksisterende forskning gir belegg for å hevde at skjerming er et effektivt behandlingstiltak og at menneskerettslige krav er oppfylt.

8.5 Langvarig skjerming gir særlig risiko for umenneskelig behandling

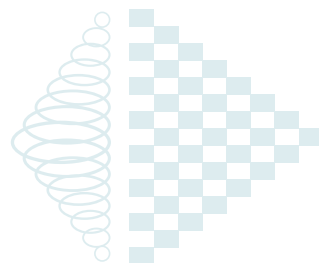
Ombudsmannens funn viser at mange skjermings-tiltak pågår over svært lang tid. Noen pasienter underlegges skjerming i mange måneder. Det har også forekommet skjermingsforløp på over ett år. Funnene er i samsvar med offentlig statistikk og tidligere kartlegginger, som tyder på at skjerming i enkelte tilfeller kan pågå over svært lang tid.

Flere pasienter fikk skjermingstiltaket forlenget gjentatte ganger, ved at det ble fattet nye vedtak samme dag som vedtaket utløp. Det var vanlig på mange besøkte sykehus at slike forlengelser ble gjort uten å la pasienten prøve å være i fellesmiljøet og på et vanlig pasientrom først. Praksiser med langvarig skjerming uten aktive forsøk på å avbryte tiltaket er i strid med CPTs tidligere anbefalinger etter besøk i Norge (se kapittel 7.3 *Den europeiske torturforebyggingskomité – kritisk til norsk skjerming*).¹²¹ Ved et sykehus var det imidlertid innført en rutine om alltid å forsøke at pasienten fikk oppholde seg i fellesmiljø etter disse 14 dagene, for å sikre en reell vurdering av om behov for skjerming fremdeles var til stede.

Hele 45 prosent av pasientene som ble underlagt skjerming i 2016 hadde mer enn ett skjermingsvedtak (se kapittel 3.2 *Bruk av skjerming i dag*). Fordi hvert vedtak varer inntil 14 dager før det må fattes nytt vedtak, tilsier dette en samlet skjermingstid på minst 14–28 døgn for alle disse pasientene. Det gir grunn til sterk bekymring at så mange som åtte prosent av skjermingspasientene hadde mellom fem og ni vedtak, og to prosent av dem hadde over ti vedtak. Ti skjermingsvedtak til sammen vil kunne utgjøre til sammen 140 døgn skjerming. Tidligere kartlegginger har dessuten vist at skjermingsvedtakenes varighet har økt (se kapittel 3.1 *Markant økt bruk av skjerming gjennom 2000-tallet*). Median varighet på skjermingsvedtakene økte tydelig fra 139,5 timer (ca. 5,8 døgn) i 2009 til 335,9 timer (ca. 14 døgn) i 2012.

Skjerming over lange tidsrom utgjør en klar risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette gjelder spesielt der skjermingslokalene er i dårlig forfatning og tiltaket gjennomføres på en restriktiv, isolasjonspreget måte.

Ombudsmannen har sett eksempler på at langvarig skjerming opphørte etter at pasienten ble overført til en mindre sengepost med bedre bemanning. Det er svært uheldig at pasienter opplever langvarig skjerming fordi det mangler ressurser til å gi riktig behandling.



120 Helsedirektoratet, Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar, 2012, rapport nr. IS-1925, side 16.

121 CPTs besøk til Norge i 2005, CPT/Inf (2006) 14, avsnitt 107.

8.6 Svak rettssikkerhet ved skjerming

Et gjennomgående funn var at vedtak om skjerming var mangelfullt begrunnet. Dette tyder på at de rettslige vilkårene i liten grad oppleves som en reell skranke i praksis. Det manglet ofte en tilstrekkelig presis beskrivelse av hvorfor skjerming ble vurdert som nødvendig, inkludert om mindre inngripende alternativer til skjerming var vurdert. Svakt begrunnede vedtak var også vanskelige for pasientene å få etterprøvd ved klage.

Gjennomgåtte vedtak viste ofte til urolig adferd, behandlingsmessige grunner eller liknende, uten at begrunnelsen var knyttet til konkrete hendelser eller forhold. Flere pasienter ble underlagt skjerming for å hindre at de skjemet seg ut overfor de andre pasientene, ofte kalt «blamering». I lys av at pasientene er innlagt for behandling av alvorlige psykiske helseutfordringer fremstod kravene til akseptert atferd ofte som strenge. En rekke av vedtakene som er gjennomgått av ombudsmannen var ikke i samsvar med menneskerettslige krav til begrunnelse og dokumentasjon. Det ble også funnet ulovlige tiltak, slik som rutinemessig skjerming av pasienter som var tvangsinnlagt etter § 10-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven

(tilbakeholdelse av personer med langvarig og omfattende rusmiddelmisbruk). Slik skjerming ble gjort uten individuelle vurderinger ved ett sykehus.

Andre tiltak, som skjerming av frivillig innlagte pasienter uten at det var dokumentert at pasienten var informert om sin rett til å skrive seg ut av institusjonen, er problematiske.

I mange vedtak ble det ikke tatt stilling til om skjermingen gjennomføres som et behandlingstiltak av hensyn til pasienten, eller for å skjerme andre pasienter. Funnene viser at skjerming er en vanskelig blanding av tvang og behandling.

En annen rettssikkerhetsutfordring er at sykehusene gjennomgående ikke gir innlagte pasienter tilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon om rettighetene deres. I mange tilfeller får pasientene kun muntlig informasjon om klagemuligheter, og pasientene er ofte helt avhengige av bistand fra personalet for å fremme en klage. En del pasienter som skjerms får også inndratt mobiltelefonen sin, og blir dermed ekstra sårbare for krenkelser fordi de ikke kan kontakte noen utenfra. Ombudsmannen har også gjort funn som tydet på at pasienter på skjerming ble fratatt mobiltelefonen, uten at de strenge vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd var oppfylt.¹²²



¹²² Ifølge psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd «kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i [muligheten til å benytte telefon] for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig».

8.7 Skjerming og forholdet til menneskerettighetene

De menneskerettslige kildene viser betydningen av at alle tvangstiltak gjennomføres i samsvar med krav til nødvendighet og proporsjonalitet. Dette omfatter både vedtak om skjerming og vedtak om andre begrensninger under skjerming. Disse kravene kommer til uttrykk også i norsk lovverk ved at den faglige ansvarlige for skjermingsvedtak er pålagt å foreta vurderinger som sikrer at skjermingstiltaket ikke blir mer inngripende enn strengt nødvendig.¹²³

Det avgjørende vil være hvordan skjermingen gjennomføres i praksis. Gjennomgangen har vist at skjerming har mange likhetstrekk med isolasjon («seclusion») slik dette defineres i andre land og av flere menneskerettighetsorganer. Menneskerettslige standarder viser at adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i psykisk helsevern er svært snevre. Skjerming etter § 4-3 vil, avhengig av hvordan det gjennomføres, i praksis kunne føre til krenkelse av EMK artikkel 3 (se kapittel 7 *Menneskerettslige krav og standarder*). Risikoen øker der pasienten er gitt lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse. Dersom pasienten utsettes for fysisk tvang for å gjennomføre skjermingen er dette også et forhold som bidrar til å øke risikoen (se kapittel 8.4.2 *Fastholding som del av skjerming*).

Skjermingsprosedyrer som innebærer rutinemessige begrensninger og ikke tar utgangspunkt i pasientens individuelle tilstand og behov, er heller ikke i tråd med menneskerettslige standarder. De menneskerettslige føringene tyder også på at det bør stilles stadig strengere krav til begrunnelsen hvis et skjermingstiltak strekker ut i tid.

Psykisk helsevernloven § 4-3 gir adgang til å iverksette skjerming av hensyn til andre pasienter, dersom «en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd» gjør dette «nødvendig». Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for skade på andre pasienter. Lovverket om skjerming angir en betydelig lavere terskel for tvang enn det som kan utledes av EMDs rettspraksis (se kapittel 7.1 *Den europeiske menneskerettighetsdomstolens rettspraksis om tvangsbruk*).

EMDs rettspraksis kan tilsi at skjerming som et behandlingstiltak må kunne forankres i «recognised rules of medical science». Foreliggende kunnskapsgrunnlag om effekt av skjerming som behandling tilsier at kravet ikke er oppfylt. Dette innebærer at skjerming med behandlingsformål vil kunne utgjøre en krenkelse av forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling.

9>

9

Behov for sentrale tiltak å unngå langvarig skjerming

Etter dagens lovverk eksisterer det ingen tidsgrense for hvor lenge en pasient kan være skjermet. Lovverket etablerer få rettssikkerhetsmekanismer for å hindre langvarig bruk av skjerming. Etter psykisk helsevern-forskriften § 30 tredje ledd skal institusjonen uoppfordret melde fra om bruk av skjerming og tvangsmidler «over lengre tid» til kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonene skal etter forskriften § 60 fjerde ledd varsle Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen, og kan ellers ta forholdet opp med institusjonen eller faglig ansvarlige for vedtak.

Disse saksbehandlingsreglene gir begrenset veiledning om hvordan langvarig skjerming skal håndteres. Regelverket angir ikke klart når en slik varslingsplikt inntreffer, og det er opp til institusjonen å vurdere hva som regnes som «lengre tid». Regelverket angir heller ikke klart hvordan slike spørsmål skal håndteres av Kontrollkommisjonen eller av Fylkesmannen.

Menneskerettslige standarder krever tilstrekkelige rettssikkerhetsgarantier og det må gis tilstrekkelig begrunnelse som viser at krav til nødvendighet og proporsjonalitet er ivarettatt, og at alle mindre inngripende tiltak er forsøkt. Det må også dokumenteres at tvangstiltaket ikke forlenges utover det strengt nødvendige. De menneskerettslige føringene tyder også på at det stilles stadig strengere krav til begrunnelsen hvis et skjermingstiltak strekker ut i tid (se kapittel 7.1 *Den europeiske menneskerettighetsdomstolens praksis om tvangsbruk*).

Flere av de langvarige skjermingsforløpene som er undersøkt av ombudsmannen, fremstår som problematiske i lys av menneskerettslige krav.

Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming kan si noe om institusjonens evne til å gi pasientene forsvarlig helsehjelp. CPT har i sine standarder for bruk av tvang i psykisk helsevern anbefalt at man i saker om langvarig eller gjentatt bruk av tvang vurderer

«the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment».¹²⁴

Sentrale helsemyndigheter har per i dag ingen sikker nasjonal oversikt over varighet av skjerming. Det er etablert en oversikt over det totale antallet skjermingsvedtak, og det foreligger statistikk som angir antall årlige skjermingsvedtak per pasient (se kapittel 3.2 *Bruk av skjerming i dag*). Inngrepets alvorlige karakter tilsier at sentrale helsemyndigheter bør få på plass en nasjonal oversikt som gir pålitelig informasjon om varighet av skjermingstiltak.

«Har vært på skjerming. Alt for lenge. Føler at de bare plager meg. Tvangsmedisinering og regler. Orker ikke mer. Var over et halvt år på skjerming.»

10 >

10

Alternativer til dagens skjermingspraksiser

I praksis fremstår plassering av pasienter i en skjermingsenhet flere steder som en integrert del av akuttbehandlingen (se kapittel 8.1 *Høyt omfang av skjerming*). Ombudsmannens funn tyder på at dette blant annet henger sammen med at en stor andel av totalt antall sengeplasser er plassert i skjermingsenheter. Dette gjenspeiles også i offentlige statistikker og tidligere kartlegginger (se kapittel 3.2 *Bruk av skjerming i dag*), der flere sykehus med et høyt antall skjermingsplasser også har et høyt antall registrerte skjermingsvedtak.

Utbredelsen av skjerming kan også knyttes til sentrale helsemyndigheters krav om at institusjoner med ansvar for tvungent psykisk helsevern skal ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.¹²⁵ Helsedirektoratet, som er godkjenningsinstans, har uttalt at dette betyr at institusjonen bør ha en egen skjermingsenhet, og at enheten bør være fysisk separert fra øvrige deler av avdelingen. Ifølge direktoratet kan skjermingsplassene dessuten inngå som en del av det ordinære plasstallet.¹²⁶ Disse sentrale føringene har trolig medvirket til at skjerming har blitt et så sentralt virkemiddel i døgntilbehandlingen innen det psykiske helsevernet.

En tredje medvirkende årsak til bruken av skjerming er at pasienter spesielt i akuttpsykiatriske avdelinger, men også i flere sikkerhetsposter, har lite tilgang til aktiviteter som er tilpasset deres funksjonsnivå og interesser (se kapittel 8.3.3 *Manglende daglig aktivitet i friluft*). Flere steder er dette delvis begrunnet med manglende ressurser. Det er i denne sammenheng viktig å merke seg at skjerming binder opp mye bemanning og derfor er en ressurskrevende del av psykiatrisk behandling.

Ofte er forklaringen på det mangelfulle tilbudet en kombinasjon av disse faktorene.

En del pasienter oppholder seg på psykiatriske akuttavdelinger over flere uker, i noen tilfeller også måneder. Etter ombudsmannens syn er manglende prioritering av aktivitetstilbud uheldig fordi det begrenser pasientenes selvbestemmelse og bevegelsesfrihet i større grad enn nødvendig. Det er også grunn til å understreke at lovverket pålegger stedene plikt til å tilrettelegge for aktivitetstilbud.¹²⁷ I et forebyggingsperspektiv er det viktig at tilgang til aktiviteter kan forebygge tvangsbruk. Utviklingen av gode aktivitets-tilbud i psykisk helsevern fremstår som et svakt utnyttet virkemiddel som kan redusere behovet for tvangsbruk, inkludert skjerming.

«De burde pusset opp, og hatt flere aktiviteter. De som går ut føler seg fri, blir glade. De blir helt annerledes. Angsten slipper. De sier jo konkret «nå føler jeg meg fri!»

125 Psykisk helsevernforordningen § 3 andre ledd bokstav h.

126 Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer, kommentarer til psykisk helsevernforordningen § 3 andre ledd.

127 Se bl.a. psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

10.1 Gode alternativer til dagens skjermingspraksiser?

Opprinnelig hadde begrepet skjerming en utvidet betydning, som skjerming mot krav, inntrykk, egen atferd og fra omgivelsene. Det har også blitt formulert som «alt som kan bringe pasienten til å finne ro».¹²⁸ Skjermingsbegrepet betydde dermed ikke utelukkende bruk av rom eller lokaler der pasientene var atskilt fra andre.

Hos noen av sykehusene som er besøkt av ombudsmannen ble det funnet praksiser som fremstår som gode alternativer til skjerming. Noen få sykehus gjør aktivt bruk av uteområder til rekreasjon, der pasienter med store plager eller lavt funksjonsnivå tilbys turer eller andre fritidsaktiviteter, i stedet for skjerming. Ved ett sykehus hadde området rundt sykehuset fine naturomgivelser som ble hyppig brukt av pasientene til turer eller utendørsaktiviteter i følge med personalet. Ansatte betraktet slike tilbud som gode alternativer til skjerming for mange pasienter. Stedet hadde også tilgang til en stall med hester, som også kunne benyttes av pasienter med vurdert skjermingsbehov.

Ved et annet sykehus ble det funnet en bevissthet om at skjerming med begrensinger i sanseinntrykk og menneskelig kontakt kunne ha skadevirkninger og være belastende for pasientene. I slike situasjoner ble skjermingen avsluttet og erstattet med aktiviteter, som hyppige turer ut i skogen eller andre uteområder, trening, eller tett oppfølging av personale i en stue eller utendørs. Enkelte andre sykehus har understreket at skjerming ikke nødvendigvis må bety plassering på et rom eller i en skjermingsenhet, og at det samme formålet kan oppnås også ved turer utendørs, tett oppfølging i fellesmiljøet, bruk av gymsal eller fysisk aktivitet tilrettelagt av fysioterapeut. Dette er eksempler på at det finnes gode og gjennomførbare alternativer til skjerming, og alternative måter å gjennomføre skjerming på, som andre sykehus kan lære av.

10.2 Fagutviklingsprosjekter om skjerming

Arbeid med å finne alternativer til skjerming har inngått i større fagutviklingsprosjekter innen det psykiske helsevernet, der deltakende sengeposter har forsøkt å utvikle sin praksis i samråd med pasienter med brukererfaring.¹²⁹ I prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang» (BAT-prosjektet), prøvde flere sykehus ut tiltak for å endre skjermingspraksisene for å redusere pasientenes opplevelser av skjerming som avstraffelse.¹³⁰ Tiltakene omfattet høyere terskel for å skjerme pasientene generelt, mer differensierte skjermingsløsninger for å ivareta individuelle behov, mer vektlegging på tett oppfølging av og samarbeid med pasientene, bedre fysiske forhold på skjermingsenhetene, økt tilgang til egne eiendeler inne på skjermingsenhetene, og større fokus på å ta pasientene med ut på turer, aktiviteter, hjemmebesøk og liknende. Fokus på å få pasienten ut av skjermingsrommet kunne bety at skjermingstiltaket ble avsluttet raskere, eller at pasientene til tross for skjermingsvedtaket befant seg mye utenfor skjermingsrommet og deltok på ulike aktiviteter.

Erfaringene med endret skjermingstilnærming var i hovedsak positive. De ansatte rapporterte om en langt bedre arbeidssituasjon og at de mer fleksible tilnærmingene hadde medført mindre uro, konflikt og utagering samt positive tilbakemeldinger fra pasienter. Pasientene ved det sykehuset som hadde jobbet mest med en ny skjermingsfilosofi, synes å ha opplevd skjermingen som mindre belastende.

Pasientrepresentantene som deltok i prosjektet støttet behovet for en mer aktiv personaloppfølging og fokus på individuell tilpasning og aktiviteter utenfor skjermingsrommet som alternative løsninger. Flere etterlyste samtidig utvikling av reelle alternativer for å unngå sosial isolasjon. Tiltakene som var iverksatt endret stort sett ikke problemet med atskillelse fra medpasienter og det sosiale fellesskapet i posten. Det var derfor behov for økt fokus på alternativer som ikke innebar sosial atskillelse fra andre pasienter.

128 Norvoll R., Ruud T., Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norske Legeforening 2015; 135, 35-9, side 36.

129 SINTEF Helse, Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT), SINTEF rapport A8450, november 2008 [BAT-rapporten 2008]; Gamme W.I., Skjerming med brukermedvirkning – kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2009, nr. 3: 241-9 og Andersen K., Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling: en studie av noen sykepleieres erfaringer, Universitetet i Oslo 2011.

130 BAT-rapporten 2008, se særlig sidene 53–55 og 73–75.

Underveis i prosjektet ble deltakelse i det sosiale fellesskapet vurdert som det vanskeligste aspektet å endre ved skjerming, for de pasientene som personalet mente hadde et lavt sosialt funksjonsnivå. Gjennom prosjektperioden ble det identifisert en økende vekt på mellomløsninger for pasienter som opplevde skjerming som en belastende form for sosial isolasjon.

Sivilombudsmannens funn fra besøkene dokumenterer at det fortsatt er et stort behov for helhetlig tenking og systematisk endringsarbeid omkring alternativer til dagens skjermingspraksis. Slikt endringsarbeid bør fokusere på hvordan formålet med skjerming kan oppnås med mindre inngripende metoder, for å unngå sosial isolasjon, sansedeprivasjon og uforholdsmessige begrensninger i selvbestemmelse og bevegelsesfrihet. For å kunne få til nødvendige endringer er det avgjørende med klart lederskap, ambisiøse målsetninger og et helhetlig og strategisk arbeid over lang tid.¹³¹

Erfaringer fra nasjonalt fagutviklingsarbeid viser samtidig at endringsarbeid kan gi konkrete resultater også på kort sikt.¹³² Det er også interessant å merke seg at ett av sykehusene som var sentrale i utviklingen av ny skjermingsfilosofi i BAT-prosjektet, var ett av få sykehus der ombudsmannen fant skjermingspraksiser med flere positive elementer.

I BAT-prosjektet mente både personalet og representanter med egen erfaring fra psykisk helsevern, at det var en svakhet ved dagens akuttposter at de i så liten grad gir mulighet for å benytte aktiviteter i behandlingen, men heller nedbygger slike tilbud.¹³³ Dette forsterket ifølge prosjektdeltakerne tendensen til at behandlingstilbudet la for ensidig vekt på medisiner. Det ble også fremhevet at aktiviteter kan forebygge tvangssituasjoner ved å styrke oppfølgingen av pasientene, og løse sosiale samhandlingsproblemer på en bedre måte enn ved skjerming.



131 Se Huckshorn K.A, Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. Journal of Psychosocial Nursing 2004, Vol. 42, No. 9:22-33; Huckshorn K.A., Re-designing State Mental Health policy to prevent the use of seclusion and restraint. Administration Policy Mental Health 2006, Vol 33 No. 4: 482- 91.

132 BAT-rapporten 2008, side 111.

133 BAT-rapporten 2008, side 55-56.

11

Anbefalinger

På bakgrunn av temarapportens funn har ombudsmannen valgt å gi anbefalinger for å bidra til å forebygge risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Anbefalingene som er gjengitt nedenfor er rettet til to ulike myndighetsnivå: Anbefalinger som gjelder spørsmål om lovverk, nasjonal fagutvikling og overordnet styring er rettet til sentrale helsemyndigheter, mens anbefalinger om mest mulig human bruk av skjerming i praksis er rettet til helseforetakene og lokale sykehusavdelinger i psykisk helsevern.

11.1 Til sentrale helsemyndigheter

Statistikk

- › utarbeide en nasjonal oversikt over varighet av skjermingstiltak. En slik oversikt bør også gi informasjon om geografiske variasjoner og særlig langvarige tiltak.

Vurdering av lovverket

- › foreta en vurdering av om lovverket for bruk av skjerming er i tråd med menneskerettslige krav og standarder, både adgangen til å bruke skjerming som behandlingstiltak og som kontrolltiltak. Behov for særlige rettssikkerhetsgarantier for å unngå langvarig skjerming bør også vurderes.

Fagutvikling av skjerming

- › vurdere nasjonale fagutviklingsprosjekter om skjerming, som prosjekter om human og trygg utforming av skjermingsenheter i psykisk helsevern, mindre inngripende metoder for gjennomføring av skjerming og alternativer til skjerming.

11.2 Til helseforetak og lokale sykehusavdelinger

Gjennomføring av skjerming

- › sikre at skjerming ikke gjennomføres på en måte som utgjør isolasjon, og gjør det mulig for pasienten å ha meningsfullt sosialt fellesskap.
- › sikre at ytterligere restriksjoner og tvang under gjennomføring av skjerming kun skjer der det er lovlig, strengt nødvendig og forholdsmessig.
- › iverksette særlige tiltak på lokalt nivå for å unngå langvarig bruk av skjerming.

Forebygging av skjerming

- › iverksette tiltak i samråd med pasienter for å forebygge bruk av skjerming, inkludert utarbeidelse av alternativer til skjerming.

Særlige krav til ansattes egenskaper

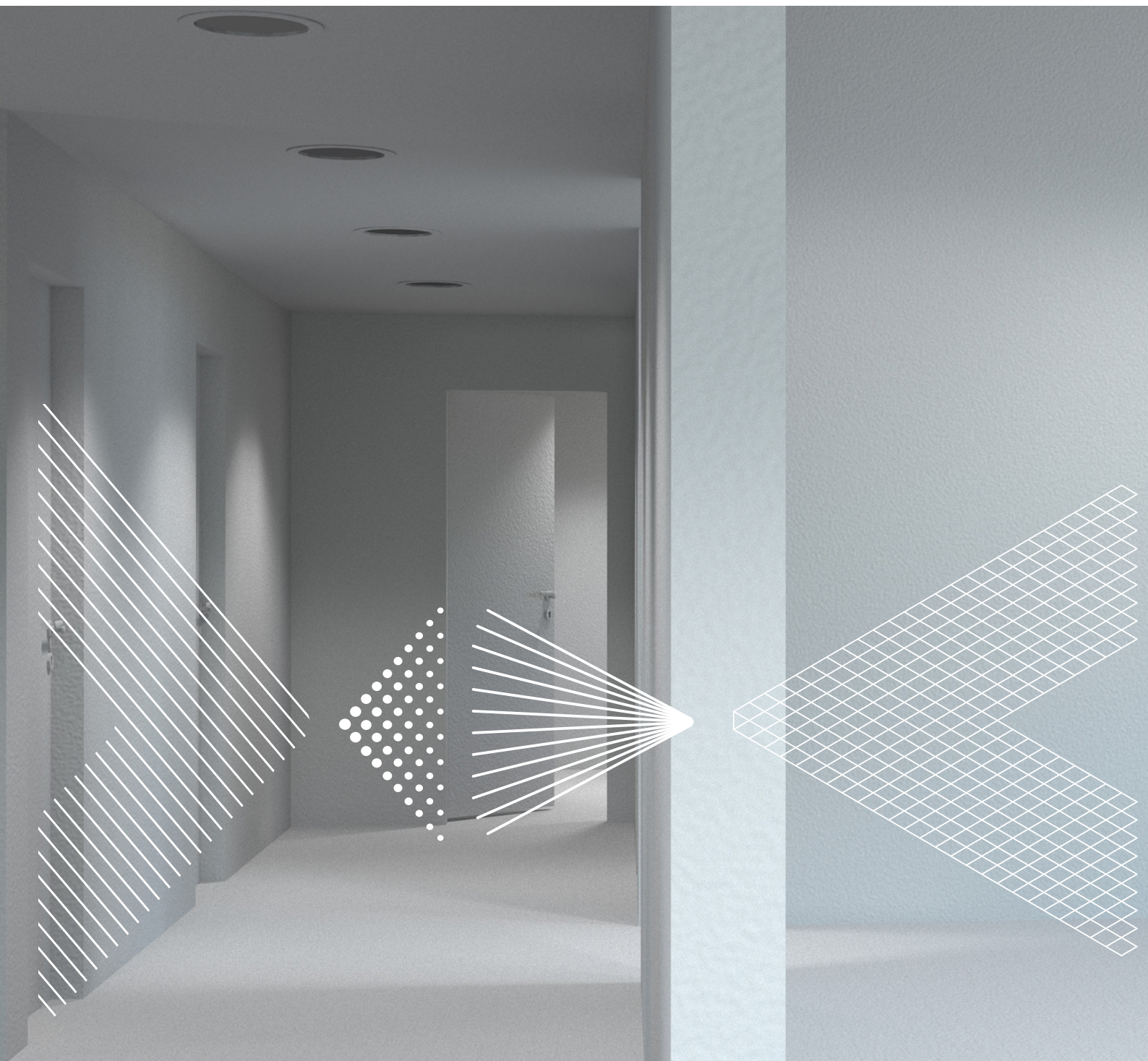
- › påse at ansatte som jobber på skjermingsenheter imøtekommer høye krav til etisk bevissthet om tvang, med god kunnskap om tvangsforebygging.

Fysisk utforming av skjermingslokaler

- › iverksette tiltak for å sikre at lokaler som brukes til skjerming er utformet på en human måte som unngår sansedeprivasjon. Beltesenger bør ikke plasseres i skjermingsenheter.

Rettssikkerhet ved skjerming

- › sikre at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.
- › sikre at det utarbeides behandlingsplan for skjerming, så langt som mulig i samråd med pasienten. En behandlingsplan bør inneholde et terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og sikre daglig opphold utendørs samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket.



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/forebyggingsenheten