



**SIVILOMBUDSMANNEN**

**BESØKSRAPPORT**

**Sykehuset Østfold,  
psykiatrisk avdeling og  
voksenhabilitering,  
sikkerhetspsykiatriske seksjoner**

**9.-11. oktober 2018**



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



## SIVILOMBUDSMANNEN

Sykehuset Østfold  
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling  
v/ kliniksjeff Irene Dahl Andersen  
Postboks 300  
1714 GRÅLUM

Vår referanse  
2018/3126

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Jannicke Godø

Dato  
01.04.2019

### **Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 9.–11. oktober 2018**

Det vises til Sivilombudsmannens besøk til sikkerhetspsykiatriske seksjoner, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering ved Sykehuset Østfold 9.–11. oktober 2018. Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen utgangen av 14. juni 2019.

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

Aage Thor Falkanger  
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik  
kontorsjef  
forebyggingsenheten

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

Kopi til:  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Helsedirektoratet  
Fylkesmannen i Oslo og Viken  
Kontrollkommisjon 1 Østfold



**SIVILOMBUDSMANNEN**

## **BESØKSRAPPORT**

**Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering,  
sikkerhetspsykiatriske seksjoner**

9.-11. oktober 2018

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Tortur og umenneskelig behandling .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Generell informasjon om de sikkerhetspsykiatriske seksjonene .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Gjennomføring av besøket .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Fysiske forhold ved de sikkerhetspsykiatriske seksjonene .....</b>	<b>10</b>
	6.1 Skjermingsrommene i de sikkerhetspsykiatriske seksjonene.....	12
<b>7</b>	<b>Aktivisering ved sikkerhetspsykiatriske seksjoner .....</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Bruk av tvangsmidler.....</b>	<b>16</b>
	8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	16
	8.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler .....	17
	8.2.1 Langvarig bruk av belter.....	18
	8.3 Isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding .....	21
<b>9</b>	<b>Skjerming .....</b>	<b>23</b>
	9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	23
	9.2 Omfang og variasjon av skjerming ved sikkerhetsseksjonene.....	24
	9.3 Vedtak om skjerming .....	24
	9.4 Gjennomføring av skjerming ved sikkerhetsseksjonene .....	25
	9.5 Langvarig skjerming .....	26
	9.6 Innskrenkninger under skjermingsopphold.....	27
<b>10</b>	<b>Behandling uten eget samtykke .....</b>	<b>29</b>
	5.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	29
	10.1 Omfang av tvangsmedisinerings .....	30
	10.2 Vedtak om behandling uten eget samtykke .....	31
<b>11</b>	<b>Forebygging av tvangsbruk.....</b>	<b>33</b>
	11.1 Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk .....	33
	11.2 Konkrete tiltak for å forebygge tvang.....	34
	11.3 Pasientmedvirkning for å forebygge tvangsbruk.....	35
<b>12</b>	<b>Husordensregler og rutiner ved sikkerhetsseksjonene .....</b>	<b>37</b>
<b>13</b>	<b>Informasjon til pasienter innlagt i psykisk helsevern .....</b>	<b>39</b>
<b>14</b>	<b>Klage og kontroll.....</b>	<b>41</b>
	14.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	41
	14.2 Kontrollkommisjonen ved Sykehuset Østfold.....	41

# 1 Tortur og umenneskelig behandling

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

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

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

## 2 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, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Sivilombudsmannsloven § 3 a.

<sup>2</sup> 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.

### 3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Sykehuset Østfold, sikkerhetsseksjon 1 og 2. Seksjonene lå under Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering. Det ble i samme periode også gjennomført besøk til seksjon for alderspsykiatri som omtales i egen rapport.

Sikkerhetsseksjonene var begge lokale sikkerhetspsykiatriske seksjoner. Seksjonene var plassert på bakkeplan, med utgang til et delt atrium. Dette sikret at også pasienter som ikke hadde utgang fra seksjonen fikk opphold i friluft. Atriet var omgitt av høye vegger med mange vinduer, og fremsto som mørkt og lite trygghetsskapende. Fellesområdet inne i seksjonene hadde hvite og sterile flater. Seksjonenes fellesområder fremsto som for små tatt i betraktning antall pasienter og personale. Dette er uheldig både fordi det kan bidra til at pasienter isolerer seg på eget rom, og fordi det gjør det vanskelig å effektivt forebygge konflikter, vold og utagering på en sikkerhetsseksjon. Pasientrommene hadde ikke gardiner og pasientene kunne ikke selv styre persiennene, som dessuten var gjennomskjinnelige. Skjermingsenhetene besto av ett stort rom, med et eget lite innburet lufteuteområde. Alle skjermingsrommene hadde senger med ferdig monterte remmer til belter, som hang godt synlig ned fra sengen. Lokalene var lite egnet for god pasientbehandling. Aktivitetstilbudet fremsto som lite utbygget i lys av at pasienter var innlagt over lang tid ved sikkerhetsseksjonene.

Det var langt mer bruk av belter ved sikkerhetsseksjon 2 enn ved sikkerhetsseksjon 1 de siste årene. Enkelte pasienter hadde mange vedtak, men det var i tillegg atskillig flere pasienter totalt som hadde blitt beltelagt på denne seksjonen. Denne forskjellen i forekomst ble også gjenfunnet når det gjaldt tvangsmedisinering. Disse systematiske forskjellene mellom seksjonene var det lite kjennskap til blant ansatte på alle nivåer. Det var også lite interesse i å følge med på tvangstall og lite tro på at det var noe seksjonene kunne gjøre for å få ned tvangsbruken.

Det var flere tilfeller av langvarig bruk av belter ved begge seksjoner. Det var utstrakt bruk av transportbelter. Dette syntes å forlenge og normalisere bruken av belter. Videre syntes det som pleiepersonale og leger i spesialisering kviet seg for å løse opp pasienter fra belter, og at dette hindrer en kontinuerlig vurdering av om vilkårene for bruk av belter var oppfylt.

Funn under besøket tydet på at ikke alle situasjoner der pasienter ble holdt fast mot sin vilje av ansatte ble vedtaksført.

Vi fant flere tilfeller av langvarig bruk av skjerming. Dette er problematisk blant annet i lys av de fysiske forholdene på skjerming. Lite tydet på at pasienter ble overlatt mye til seg selv under skjerming, men det var enkelte funn på at man hadde en rigid tilnærming til pasienten, og at dette kunne føre til unødig frustrasjon under skjerming.

Vedtakene om behandling uten eget samtykke var i all hovedsak svakt utformet og ivaretok i flere tilfeller ikke begrunnelsesplikten godt nok. Husordensreglene, særlig ved sikkerhetsseksjon 1, omfattet begrensinger i bruk av blant annet mobil, nettbrett og pc, som ikke er tillatt etter Psykisk helsevernloven. Flere skjermingsinstrukser og dokumenter knyttet til skjerming viste at man under skjerming i stor grad begrenset pasientens tilgang til kontakt med omverdenen, uten at det ble fattet vedtak for dette. I begge seksjoner overvar personalet telefoner og besøk fra familie og tilsynsorganer i større grad enn det man kan gjøre uten vedtak om begrensninger i kontakt med omverdenen. Dette gjaldt særlig for pasienter som var underlagt skjerming.

## Anbefalinger

### Fysiske forhold og aktivisering

#### Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at pasientene kan skjerme seg fra innsyn inn i pasientrommet utenfra, og at de selv får styre dagslysinfall på egne rom.
- Sykehuset bør vurdere om skjermingsavsnittene er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å kompensere for de svært begrensede bevegelsesmulighetene i seksjonenes skjermingsenheter.
- Beltesenger bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.
- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser. Aktivitetstilbudet bør reflektere at opphold i sikkerhetspsykiatriske seksjoner ofte kan ha lang varighet, og at pasienter i lengre perioder kan ha restriksjoner i utgang fra seksjonen.

### Bruk av tvangsmidler

#### Anbefalinger

- Avdelingen bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner, og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.
- Avdelingen bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av kortvarig fastholding, og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å unngå bruk av legemidler med lengre virkningstid enn strengt nødvendig for å håndtere en akutt faresituasjon.

### Bruk av skjerming

#### Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at alle vedtak, inkludert forlengelse av skjerming, alltid er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.
- Avdelingen bør sikre at det alltid utarbeides en behandlingsplan for skjerming, så langt som mulig i samråd med pasienten. En behandlingsplan bør inneholde terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og sikre daglig opphold utendørs, samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket.
- Avdelingen bør sikre at skjerming ikke forlenges etter 14 dager uten at det er dokumentert forsøk på å avbryte skjermingen.
- Avdelingen bør sikre at ytterligere restriksjoner og tvang under gjennomføring av skjerming kun skjer der det er lovlig, strengt nødvendig og forholdsmessig. Avdelingen bør umiddelbart sikre at pasienter som er underlagt skjerming, ikke blir hindret i å ha kontakt med omverdenen, med mindre vilkårene er tilstede og det er fattet vedtak om dette.
- Avdelingen bør sikre at retten til konfidensiell kontakt med advokat gjelder alle pasienter innlagt ved avdelingen, også pasienter underlagt skjerming.



## Behandling uten samtykke

### Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienter ikke utsettes for ulovlige vedtak om tvangsmedisinering.

## Forebygging av tvangsbruk

### Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at man får god oversikt og kunnskap om tvangsbruk på de ulike seksjonene, og at vedvarende variasjoner i tvangsbruk mellom seksjonene undersøkes.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys til alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienten får uttale seg om tvangsvedtak og skjerming i forkant av at vedtaket fattes. Dersom dette ikke vurderes som mulig må det begrunnes i vedtaket.

## Husordensregler

### Anbefaling

- Avdelingen bør gjennomgå seksjonenes husordensregler for å sikre at innskrenking i kontakt med andre ikke skjer i strid med loven. Inndragning av mobiltelefoner, pc eller nettbrett, og besøkskontroll kan ikke gjøres uten at lovens krav er oppfylt og vedtak er nedtegnet

## Informasjon til pasienter innlagt i psykisk helsevern

### Anbefalinger

- Skriftlig informasjonsmateriell om pasientenes rettigheter og tilgjengelige klageordninger bør gjøres tilgjengelig i fellesområdene i seksjonene.
- Avdelingen bør gjennomgå sine rutiner for å sikre at det blir brukt kvalifisert tolk i pasientbehandling for pasienter som trenger dette.

## Klage og kontroll

### Anbefaling

- Kontrollkommisjonen bør ha mulighet til å gjennomføre private samtaler med pasienter uten ansatte tilstede, med mindre dette ikke er mulig av sikkerhetshensyn. Samtalen bør uansett ikke kunne overhøres av ansatte.

## 4 Generell informasjon om de sikkerhetspsykiatriske seksjonene

Sikkerhetsseksjon 1 og sikkerhetsseksjon 2 er to døgnseksjoner under Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering ved Sykehuset Østfold. Avdelingen ligger under Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Avdelingens døgnseksjoner er lokalisert på Sykehuset Østfold Kalnes, sentralt plassert i Østfold.<sup>3</sup> Sammen med Sykehuset Østfold Moss, utgjør Sykehuset Østfold Kalnes sykehustilbudet for 300.000 mennesker bosatt i Østfold.

Døgnseksjonene sikkerhetsseksjon 1 og 2 er begge lokale sikkerhetspsykiatriske døgnseksjoner. Målgruppen til seksjonene er pasienter med alvorlig sinnslidelse som i tillegg var vurdert med betydelig risiko for alvorlig voldelig atferd samt pasienter med dom til behandling etter kapittel 5 i psykisk helsevernloven. De fleste pasientene var innlagt på tvang (§ 3-3 i psykisk helsevernloven) ved seksjonene siste år. Ut fra informasjonen ombudsmannen fikk oversendt i forbindelse med besøket, var det uklart hvor mange pasienter hadde vært innlagt frivillig på de to seksjonene siste år. Et fåtall pasienter siste år var innlagt med dom til behandling. Det hadde forekommet konvertering fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. Det var også flere innleggelses til tvungen observasjon (§ 3-2), som har en maksimal varighet på 10 dager. I møte med oss formidlet ledelsen at de lokale sikkerhetsseksjonene ble benyttet som akuttmottakspost for pasienter som ble opplevd å ha særlig voldsrisiko. Seksjonenes hovedoppgaver dreide seg likevel om langtidsbehandling. Seksjonene hadde noe varierende antall innleggelses og gjennomsnittlig liggetid per år, men mange pasienter er innlagt i ett eller flere år. Gjennomsnittlig oppholdstid for pasientene varierte siste år og mellom de to postene, fra rundt 90 dager til over 200 dager. Dette ga en lav gjennomstrømming av pasienter generelt, med mellom 9 og 22 pasienter inn og ut hvert år.

Seksjonene hadde åtte sengeplasser hver. Sikkerhetsseksjon 1 hadde to skjermingsenheter, og sikkerhetsseksjon 2 hadde én skjermingsenhet. På grunn av denne forskjellen var grunnbemanningen på sikkerhetsseksjon 1 noe større. Førstegangsinnleggelses skulle i hovedsak skje til sikkerhetsseksjon 1. Utover dette var målgruppen og inntakskriteriene like i de to seksjonene. Overflyttinger mellom seksjonene syntes å dreie seg mest om hvilken seksjon som hadde ledig kapasitet.

Arbeidet med pasienter var organisert i miniteam som bestod av både behandlere (psykologer og leger) og miljøterapeuter (psykiatriske sykepleiere og annet pleiepersonell i seksjonen). Seksjonene rapporterte overbelegg hvert år de siste årene (2016, 2017 og frem til innrapportering i 2018).<sup>4</sup> Det kom frem under besøket at seksjonene jobbet lenge med overføring og utskrivning av pasienter ut til kommunene og kommunehelsetjenesten. Det beskrevne overbelegget dreide seg om at flere pasienter ikke lenger hadde rom i seksjonene, men hadde daglig tilhold i kommunen (egen bolig/omsorgsbolig el.l).

<sup>3</sup> Avdelingen har til sammen ti døgnseksjoner, inkludert akuttpsykiatrisk mottak, psykoseposter og affektiv post.

<sup>4</sup> Med unntak av sikkerhetsseksjon 2 i 2017, som da hadde belegg på 99%.

## 5 Gjennomføring av besøket

I august 2018 ble Sykehuset Østfold varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering i perioden 1. oktober til 15. desember 2018. Besøket ville bli avgrenset til de to lokale sikkerhetsseksjonene og alderspsykiatrisk seksjon.<sup>5</sup> Besøket ble gjennomført 9.-11. oktober 2018. Denne rapporten omtaler funn og anbefalinger fra de sikkerhetspsykiatriske seksjonene, se egen rapport fra alderspsykiatrisk seksjon.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer, statistikk og avviksmeldinger. Det ble også innhentet vedtaksdokumentasjon om bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke.

Besøket ble innledet med en befaring av de aktuelle døgnsseksjonene. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, utearealer, rom for beltesenger, besøksrom og vaktrom. Gymsal og liknende fasiliteter ble også undersøkt.

Senere samme dag ble det gjennomført et innledende møte med avdelingsleder, seksjonsledere og representanter for behandlergruppen.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og ledere for seksjonene. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt.

Forebyggingsenheten ble møtt med en hjelpsom innstilling under besøket.

I etterkant av besøket ble det gjennomført et avsluttende møte med ledelsen, der foreløpige funn ble presentert. Det ble også gjennomført en ny runde med innhenting av dokumentasjon fra avdelingen.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Aage Thor Falkanger (sivilombudsmann)
- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Silje Sønsterudbråten (rådgiver, samfunnsviter)
- Else Marie Molund (psykologspesialist, ekstern ekspert)

---

<sup>5</sup> Bakgrunnen for avgrensingen til de nevnte seksjonene var å foreta undersøkelser av seksjoner med spesialiserte funksjoner.

## 6 Fysiske forhold ved de sikkerhetspsykiatriske seksjonene

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

Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen.<sup>6</sup> Enkelte studier tyder også på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan bidra til å oppnå reduksjon av tvang. En amerikansk forskningsstudie publisert i 2014 sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvang på et psykiatrisk sykehus.<sup>7</sup> Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest sammenheng med reduksjon av tvang. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger.<sup>8</sup> Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten.

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

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»<sup>9</sup>

Flere studier trekker frem at blant annet god nok plass, oversiktighet og flere alternative områder å være i, er et viktig tiltak for å redusere tvang i psykiatriske sykehus.<sup>10</sup>

Sykehusbygget på Kalnes åpnet i november 2015. Begge de sikkerhetspsykiatriske seksjonene var før dette lokalisert på Veum utenfor Fredrikstad.

Sykehusets del for psykisk helsevern var fordelt over tre etasjer. De sikkerhetspsykiatriske seksjonene var plassert i sykehusets underetasje (sykehuset lå i en bakke, så seksjonene hadde likevel utgang til direkte bakkeplan, ikke kjellerutgang). Begge seksjoner var utformet i en L-form og lå vegg i vegg med

<sup>6</sup> Se bl.a. Jenkins, O., Dye, S., & Foy, C. (2015). A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), 27-35. doi:10.1017/S1742646414000065; Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T., & Nicholls, D. (2009). The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 207-211; og Alexiou, E., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Wijk, H. (2016). The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of forensic and legal medicine*, 42, 1-7.

<sup>7</sup> Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., ... & Frueh, B. C. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegenstander, bytte ut gamle møbler, plassere interiør slik at det fremmer interaksjon mellom pasienter og ansatte). Hver avdeling gjennomførte disse tiltakene i randomisert rekkefølge. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart.

<sup>8</sup> Rohe, T. et al. (2017): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

<sup>9</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), *Involuntary placement in psychiatric establishments*, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 34.

<sup>10</sup> Ulrich, R. S., Bogren, L., & Lundin, S. (2012). Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. *ARCH12*.

et delt atrium i midten. Dette atriet var delt i to mellom seksjonene, med et høyt gjerde av treplanker og metall. De to seksjonene var i all hovedsak likt utformet, med speilvendte planløsninger.

Alle flater i seksjonenes lokaler var hvite og sterile med glatte pregløse flater. Seksjonene hadde relativt brede korridorer. Fellesstuen var plassert i midten av seksjonen, og hadde en åpen løsning. Den hadde blant annet en benkerad med låsbare oppbevaringsskuffer, en sofaseksjon og et langt spisebord. Alt inventar var nytt og flatene var velholdte og rene. Det var kunst på veggene, planter, fruktfat og enkelte pyntegenstander. Én ansatt var til enhver tid plassert i en stol i hjørnet av L-formen slik at denne hadde overblikk over hele seksjonens fellesarealer (en funksjon kaldt «gangvakt»). Dette fellesarealet hadde også en krok med kjøkkenskap, i all hovedsak med låste dører. Mat ble levert fra sykehusets hovedkjøkken.

Fellesområdet i sikkerhetsseksjonene fremsto som trangt, og det ble formidlet at det var for lite når pasienter og personale samlet seg. Dette er uheldig, både fordi pasienter i stedet kan velge å holde seg inne på eget rom og fordi trange rom kan skape større risiko for utrygghet og konflikter. Slike forhold er spesielt uheldige i seksjoner som har pasienter innlagt over lengre tid. Det var få andre fellesarealer å spille på, med unntak av en liten TV-stue i tilknytning til den åpne delen og atriet.

Begge seksjoner hadde et treningskjøkken. Det ble brukt som en del av aktiviteter for pasienter etter en vurdering av behov og om sikkerhet. Ergoterapeuten kunne bruke treningskjøkkenet i sitt arbeid med pasientene (og av aktiviteten på Sikkerhetsseksjon 2). Døren til dette kjøkkenet var ellers låst.

Begge seksjoner hadde et vaskerom der pasientene kunne vaske egne klær.

Døren ut til atriet fra begge seksjonene stod ulåst, og pasienter kunne gå ut og inn som de ville. Flere ansatte trakk frem at dette var en fordel med nye bygget. Uteområdet for hver seksjon var 490 m<sup>2</sup> og belagt med heller, samt et mindre område med gressplen. Alle vinduer oppover i etasjene som vendte ut mot dette atriet var frostet i nedre del, og ifølge ledelsen var alle rom som vendte ut mot atriet kontorlokaler. De mange vinduene og høye veggene fremsto likevel som lite trygghetsskapende. Uteområdene hadde beplantning, flere benker og basketkurv. Begge hadde også fått bygget en bod, som i tillegg til å romme diverse utstyr var ment å myke opp linjene og gi uteplassen et mindre preg av luftegård. Det ble formidlet at det var mulighet for grilling og uteleker i sommersesongen, men at tiden med sollys inne i atriet var kort, og de høye veggene rundt lufteområdet gjorde at området fremsto som mørkt. Seksjon 2 hadde to ergometersyklar i atriet, under et overbygg.

Pasientrommene var stort sett av samme størrelse og utforming med unntak av enkelte rom tilpasset for pasienter med bevegelsehemninger. Alle pasientrom var plassert med vinduer ut fra bygningsmassen, og ikke inn mot atriet. Rommene var innredet med en plassbygget seng, skrivebord og en lenestol. Rommene fremsto som godt utstyrt, rene og velholdte. Alle rom hadde eget bad med dusj, vask og wc. Ingen av de ordinære pasientrommene hadde gardiner. Rommene hadde utvendig lysavskjerming, men denne kunne pasientene ikke regulere selv. Lysavskjermingen var gjennomiktig, og alle vinduer i pasientrom vendte ut mot friarealer utenfor sykehusbygget på bakkeplan. Det fremsto som en lite trygghetsskapende løsning at man kunne ha innsyn i pasientrommet utenfra på denne måten uten at pasienten hadde mulighet til å unngå å bli sett på. Vind kunne skape plagsom støy fra lysavskjermingen.

I lys av lange innleggelser med mye restriksjoner i utgang og generell bevegelsesfrihet, fremsto flere av løsningene som var valgt for de sikkerhetspsykiatriske seksjonene som lite egnet.

### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at pasientene kan skjerme seg fra innsyn inn i pasientrommet utenfra, og at de selv får styre dagslysinnfall på egne rom.

## 6.1 Skjermingsrommene i de sikkerhetspsykiatriske seksjonene

Sikkerhetsseksjon 1 hadde to skjermingsrom, mens sikkerhetsseksjon 2 hadde ett. Hver pasients bevegelsesområde besto av ett stort rom, hvor døren ledet rett ut til ordinær pasientkorridor. Det var ikke en egen skjermingsstue eller en egen gang utenfor skjermingsrommet. Under skjerming var pasientens bevegelsesfrihet ofte begrenset til dette ene rommet, hvor også ansatte oppholdt seg. Sikkerhetsseksjon 2 har en ekstra stue over gangen til skjermingsenhet. Denne kunne disponeres av pasienter med skjermingsvedtak, men dette krevde at pasientene fikk utgang fra skjermingsrommet og ut i seksjonens korridor, og fremsto som mindre fleksibelt enn når pasienten fritt kan bevege seg mellom flere rom. Stuen ble dessuten også brukt av andre pasienter og til andre formål.

Skjermingsrommene var plassert rett innenfor seksjonens hovedinngang. Støy fra gjennomgang ut og inn av de tunge utgangsdørene kunne virke forstyrrende for pasienter som var plassert i skjermingsrommene. Skjermingsrommene var svært sterile og tomme rom, med få møbler og hvite vegger. Vinduene og verandadøren var utstyrt med gardiner.

Alle skjermingsrommene hadde sykehussenger på hjul der det var montert remmer til å feste belter i. Remmene hang godt synlig ned fra begge sider av sengen. Dette har ikke vært observert på noen psykiatrisk avdeling vi tidligere har besøkt, heller ikke på andre sikkerhetspsykiatriske seksjoner. Det er uheldig at pasienter som i utgangspunktet er skjermet, må sove i en seng som har ferdigmonterte og synlige remmer for belter. Skjerming skal ikke være et tvangsmiddel og forskjellene mellom de to tiltakene bør være klare for både ansatte og pasienter. Enkelte pasienter fortalte at de ikke likte sengen, og også enkelte ansatte formidlet at de synlige belteremmene var problematiske.

Belteremmene kan skape unødvendig utrygghet og uro for pasienter i en veldig sårbar fase. Funn tydet dessuten på at man vanligvis ikke brukte disse sengene som belteseng når pasienter var beltelagt; det var vanlig å trille inn en annen belteseng til dette formålet. Det er dermed vanskelig å forstå behovet for at sengene har slike belteremmer som standardutstyr.

Inne på skjermingsrommet var det et nøkkelhull i veggen inn til badet, slik at ansatte kunne skru av vannet på badet.

Skjermingsrommene hadde en egen utgang til en inngjerdet luftebalkong på 7,1 m<sup>2</sup>. Inngjerdingen bestod av gitter og pleksiglass, og hindret både innsyn og utsyn. Både ansatte og pasienter opplevde at luftebalkongene var utformet som bur. Etter ombudsmannens syn gir disse burene uverdige forhold for pasientene.

Flere ansatte opplevde skjermingslokalene som lite egnet for god pasientbehandling (se også kapittel 9 *Skjerming*).

### Anbefalinger

- Sykehuset bør vurdere om skjermingsavsnittene er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling.

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å kompensere for de svært begrensede bevegelsesmulighetene i seksjonenes skjermingsenheter.
- Beltesenger bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.

## 7 Aktivisering ved sikkerhetspsykiatriske seksjoner

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

«Psychiatric treatment should be based on an individualized approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work.»<sup>11</sup>

De fleste pasientene ved sikkerhetsseksjonene på Sykehuset Østfold Kalnes er innlagt over lang tid. Pasientene er oftest tvangsinnlagt, og flere har i lengre perioder begrensninger i muligheten for å bevege seg utenfor sykehusområdet eller nærområdet. Mange har i perioder ikke utgang fra seksjonen, eller kun utgang med følge av en eller flere ansatte. Dette forutsetter personalressurser til å følge pasienten ut. I tillegg vil mange av pasientene ha behov for rehabilitering og aktivisering som en del av sin behandling.<sup>12</sup>

Kalnes er et stort sykehus med kiosk, kantine og sittearealer i hovedinngangsområdet. Det er turstier nedenfor sykehusbygget. For øvrig ligger sykehuset for seg selv, et godt stykke utenfor Sarpsborg sentrum, og tett inntil E6.

En gymsal med treningsrom var knyttet til de psykiatriske døgnsseksjonene. Treningsrommet var velutstyrt med nye styrketreningsapparater, tredemøller og ergometersykler. Seksjonene delte gymsal og treningsrom med andre psykiatriske seksjoner. Sikkerhetsseksjonene hadde tilgang på formiddagen tre dager i uken og på kveld én dag i uken. Bortsett fra gymsalen og treningskjøkkenet, som befant seg inne i seksjonene, var det ikke utviklet aktivitetstilbud eller -sentra i tilknytning til seksjonene. Dette har vært bedre utviklet på en del andre lokale sikkerhetsseksjoner ombudsmannen har besøkt.

Det var få felles organiserte aktiviteter, grupper eller pasientundervisning utover daglige morgenmøter. Sikkerhetsseksjon 1 hadde en ukentlig felles tur for de som hadde utgang med idrettsterapeuten, samt et husmøte én gang i måneden. Sikkerhetsseksjon 2 hadde ingen slike ukentlige eller jevnlig aktiviteter. Behandlere og ledelsen på seksjonen formidlet at man ikke hadde prøvd dette tidligere, men at man så for seg at det ikke hadde noe for seg. Ved besøk til andre lokale sikkerhetspsykiatriske enheter har vi for eksempel sett at det er arrangert jevnlig pasientundervisninger med tema som økonomi, rusfrihet, kosthold, psykose, medikamenter etc.

I tillegg til at bemanningen må være tilstrekkelig til at pleiepersonalet kan tilby aktiviteter og turer ut, er det viktig å ha en organisering som sikrer at pasientene rutinemessig kan tilbys og motiveres til å delta. Å ha ansatte med dedikert ansvar for aktivisering kan være en måte å hindre ansvarspulverisering på. Dette gjelder spesielt for pasienter med behov for tilrettelagte aktiviteter.

<sup>11</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 37.

<sup>12</sup> Se Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet, 2013, IS-1957 side 97, bl.a. avsnitt 8.15.4. Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter.



Seksjonene hadde én ergoterapeut ansatt som var fordelt med ansvar på begge sikkerhetsseksjoner. Sikkerhetsseksjon 1 hadde gjort om en syke-/vernepleierstilling til en idrettspedagog som jobbet på dagtid. Sikkerhetsseksjon 2 hadde en egen aktivitør. Det var ikke ansatt egne fysioterapeuter slik vi har sett på tilsvarende poster andre steder.

Under besøket ble aktivitetstilbudet til alle de innlagte pasientene gjennomgått for å få et bilde av hverdagen for pasientene på besøkstidspunktet. Flere pasienter hadde langvarige permisjoner der det meste av hverdagen ble tilbrakt i kommunale boliger, flere i bemannede boliger. Sykehusets ansvar for deres hverdag og aktiviteter var derfor mindre. Blant de inneliggende pasientene hadde et flertall mulighet til å komme seg ut av seksjonen daglig. Flere av pasientene måtte ha følge av personale når de skulle ut av seksjonen. Funn på besøkstidspunktet tydet på at personalet hadde tid og ressurser til å følge pasienter som ikke hadde utgangsrestriksjoner. Turene ut for de pasientene som var inneliggende på besøkstidspunktet syntes å begrense seg til turer til butikken eller i nærområdet rundt sykehuset.

Flere ansatte beskrev at de strakk seg langt for å få til aktiviteter som pasientene ønsket og var interessert i. Det var likevel flere ansatte som formidlet at aktivitetstilbudet kunne vært bedre. Enkelte ansatte mente at personalet kunne være flinkere til å motivere pasienter til å komme ut av rommene sine, og ut på aktiviteter.

#### **Anbefaling**

- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser. Aktivitetstilbudet bør reflektere at opphold i sikkerhetspsykiatriske seksjoner ofte kan ha lang varighet, og at pasienter i lengre perioder kan ha restriksjoner i utgang fra seksjonen.

## 8 Bruk av tvangsmidler

### 8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.<sup>13</sup> Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».<sup>14</sup>

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

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.<sup>17</sup> Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har også gått i retning av en mer intensiv prøving av tvangsmiddelbruk når det gjelder tiltakets varighet, krav til praktisk gjennomføring og av om grunnleggende rettssikkerhetsgarantier er ivaretatt. Ansvarlige myndigheter er blant annet pålagt å dokumentere at tvangsmiddelbruken var strengt nødvendig og proporsjonal, at ikke mindre

<sup>13</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

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

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

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

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

inngripende tiltak kunne avverget risikoen for skade og at inngrepet ikke varte lenger enn strengt nødvendig.<sup>18</sup>

## 8.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler

I forkant av besøket ba vi om at sykehuset sendte oss tall på vedtak for bruk av mekaniske tvangsmidler for hver seksjon i 2016, 2017 og frem til innrapportering i september 2018. Samtidig ba vi om kopi av tvangsprotokoller for en gitt periode for begge seksjoner. Prosessen rundt innhenting av tall levnet tvil om hva som var de riktige tallene for tvangsbruk per seksjon.

Det innrapporterte antallet beltelegginger samsvarte ikke med antall protokollførte hendelser med beltebruk.<sup>19</sup> For eksempel rapporterte sykehuset 15 tilfeller av beltebruk i 2017 ved seksjon 1, mens en gjennomgang av protokoller viste at disse omfattet ni hendelser. Sykehuset har senere gått gjennom pasienter innlagt i perioden og sjekket opp mot elektronisk journal og protokoll. De har da bekreftet at det korrekte tallet for beltelegginger for seksjon 1 i 2017 var ni. Ved sikkerhetsseksjon 2 rapporterte sykehuset i forkant av besøket at det var registrert 50 tilfeller av beltebruk i 2017. Sykehusets gjorde en senere optelling på bakgrunn av våre påpekninger om at protokollførte og rapporterte tilfeller ikke stemte overens. Sykehuset kom frem til 37 tilfeller for denne seksjonen, hvorav 36 var protokollført. Sykehuset har ikke redegjort for hvorfor ett tilfelle ikke var protokollført. Vi ba om alle protokollene for 2017 i etterkant av besøket. Vi mottok da et betydelig lavere antall protokoller enn sykehuset har opplyst om at skal foreligge for samme periode (se kapittel 11.1 *Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk*). Det er alvorlig at Sivilombudsmannen på direkte forespørsel ikke får tilgang til dokumentasjon som er nødvendig for sin kontroll av forvaltningen.

I fem tilfeller i perioden 2017 og frem til rapportering i 2018, var også lengden på belteleggingene uklare, fordi det manglet sider i de protokollene ombudsmannen fikk tilsendt (se kapittel 8.2.1 *Langvarig bruk av belter*).

Etter besøket formidlet ledelsen at optelling av vedtak per seksjon var vanskelig i dagens system. De arbeidet på besøkstidspunktet med saken i samarbeid med leverandøren av den elektroniske pasientjournalen (DIPS).

Uavhengig av om man la til grunn innrapporterte samlede tall eller antall protokollførte hendelser, var antall pasienter som var blitt beltelagt, svært høyt sammenliknet med andre sikkerhetsseksjoner Sivilombudsmannen har besøkt.<sup>20</sup> Sikkerhetsseksjon 2 hadde brukt mekaniske tvangsmidler langt flere ganger enn sikkerhetsseksjon 1 de siste årene.

Tvangsprotokollene for 2017 og 2018 viste at en stor andel av belteleggingene ble gjort på en liten gruppe pasienter, men at det ved sikkerhetsseksjon 2 også var flere pasienter som hadde blitt beltelagt én gang. I denne perioden var det tre pasienter på sikkerhetsseksjon 2 som hadde mange beltelegginger hver (mellom fire og tretten), men det var i tillegg syv pasienter i 2017 som ble beltelagt én gang ved denne seksjonen. Ved sikkerhetsseksjon 1 var det fire pasienter som ble

<sup>18</sup> Se særlig M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnittene 104-105.

<sup>19</sup> Denne forskjellen mellom innmeldte tall på vedtak og protokollførte tilfeller gjenfant vi også ved tvangsmedisinering og skjerming.

<sup>20</sup> Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk til Sykehuset Telemark, Sørlandet sykehus, Universitetet i Nord-Norge, Oslo universitetssykehus, seksjon for psykosebehandling, Gaustad og Reinsvoll psykiatriske sykehus. Alle disse rapportene gjennomgår bruk av tvangsmidler på lokale sikkerhetspsykiatriske poster.

beltelagt til sammen ni ganger i 2017, og én pasient som hadde én beltelegging så langt i 2018 (se kapittel 11.1.1 *Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk*).

Dokumentgjennomgangen viste at det stort sett fremgikk klart av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler hvorfor tiltaket ble iverksatt. Noen eksempler var imidlertid problematiske.

I en situasjon som endte med beltelegging tilsa verken begrunnelsen i vedtak eller journal fra pleiepersonale og behandlere, at det forelå en nødrettsliknende situasjon. Bruken av belter var utelukkende begrunnet med at pasienten var motorisk urolig og engstelig, og det fremgikk av journal at vedtaksansvarlig anså «det nødvendig å beltelegge pas for å se om dette kan berolige h\*n». Tvangsmidler er ulovlig som behandlingstiltak og skal kun benyttes i nødrettsliknende situasjoner. I vedtaket må det derfor klart dokumenteres at tiltaket var uomgjengelig nødvendig.

Vi så også et eksempel på at misforståelser og ansattes pågåenhet overfor en pasient så ut til å ha forårsaket en beltelegging, som deretter varte svært lenge. Dette er alvorlig.

Dokumentgjennomgangen viste flere eksempler på pasienter som ble mer og mer urolig og utagerende i løpet av oppholdet i belter.

Funn under besøket viste at ansatte i all hovedsak fikk trening og opplæring i å sikre en trygg utføring av beltelegging, og at kravet om at pasienter skal observeres kontinuerlig når de er lagt i belter, var ivaretatt i praksis.

### 8.2.1 Langvarig bruk av belter

En gjennomgang av protokoller for bruk av mekaniske tvangsmidler i 2017 og frem til innrapportering i 2018, viste flere langvarige beltelegginger. Ofte ble det i lengre tid brukt transportbelter, men det var også lengre fikseringer i belteseng. Gjennomgangen viste at de klart lengste belteleggingene var på sikkerhetsseksjon 2. Den lengste som var protokollført her varte mer eller mindre sammenhengende i 17 døgn, og foregikk i en periode der en pasient var svært hyppig og langvarig beltelagt i en periode på mellom tre og fire måneder. Det forekom at pasienter i lengre perioder sov i belter.

Av 49 beltelegginger der man kunne sikkert fastslå lengde i protokollen for 2017 og frem til rapportering i 2018, var det åtte tilfeller som varte i mindre enn seks timer, 14 tilfeller mellom seks timer og ett døgn, 15 tilfeller mellom ett og tre døgn, fire tilfeller mellom tre og fem døgn, fire mellom fem og syv døgn og fire over syv døgn. Dette innebærer at mer enn halvparten av belteleggingene varte over et døgn og en fjerdedel varte mer enn tre døgn. Også annen dokumentgjennomgang viste bruk av belter som varte over flere dager.

Kravet om legetilsyn hver åttende time syntes i all hovedsak å være ivaretatt.<sup>21</sup> Journalen fra disse legetilsynene viste imidlertid at legen, som oftest var en lege under spesialisering, i mange tilfeller ikke vurderte om pasienten kunne løses ut av belter. I flere slike tilsyn ble det kun beskrevet at pasienten hadde psykotiske symptomer, noe som i seg selv ikke er grunnlag for mekaniske tvangsmidler. Det var også en vanlig formulering i slike legetilsyn at pleiepersonalet skulle løse opp

---

<sup>21</sup> Ifølge nasjonalt regelverk skal det «ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, så langt som mulig ut i fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes». Se psykisk helsevernforordningen § 26 første ledd. Ifølge Helsedirektoratets fortolkning 30. september 2011 skal et slikt legetilsyn gjennomføres hver åttende time.

fra belter når de vurderte dette riktig. Pleiepersonalet på sin side tok i liten grad spesifikt stilling til dette i journal.

Vi har erfart andre sykehus som har etablert ordninger for å sikre at det hver time gjøres en vurdering av om pasienten kan løses ut.<sup>22</sup> Ledelsen formidlet at man foregående år hadde innført en prosedyre som gikk ut på at pleiere skulle dokumentere om det var behov for videre beltebruk ved avslutning av hver vakt. Dette skulle sikre at ikke bare lege, men også pleiepersonale kontinuerlig vurderte løsning fra beltene. Denne praksisen gjenspeilet seg i liten grad i journaler vi gjennomgikk.

Det var mange eksempler på at pasienten ble låst opp i forbindelse med legetilsynet. Det var færre eksempler på at pasienten ble løst opp eller at tiltaket ble lempet på utenfor disse 8-timers intervallene, selv om dette også forekom.

Vi fant også et eksempel på at legen ved tilsyn skrev at man valgte å vente med oppløsning fra belter til overlege kom på jobb etter helgen. Dette til tross for at pasienten fremsto som rolig. Bruken av belter varte derfor opp mot et døgn etter dette til tross for rolig atferd fra pasienten.

Ombudsmannen vil understreke at bruk av tvangsmidler skal opphøre så snart det ikke lenger foreligger en akutt faresituasjon. En praksis som denne fremstår som ulovlig, da vilkårene for bruken av tvangsmiddelet ikke lenger er tilstede. På samme måte vil vilkårene sjelden være oppfylt når pasienten sover.<sup>23</sup>

I alt syntes ansvaret for de kontinuerlige vurderingene å være pulverisert mellom lege med tilsynsansvar og pleiepersonalet. Det var også mye som tydet på at disse ansattgruppene ikke opplevde seg som kvalifiserte til å løse pasienter opp fra belter uten en spesialistvurdering. Dette bidro i mange situasjoner til å forlenge belteleggingen.

Intervjuer med ansatte tydet på at disse ikke opplevde at pasienter var i belter lengre enn nødvendig. Dokumentgjennomgang viste likevel at pasienter var rolige over lengre tid, ønsket å samarbeide og bad om å bli løst fra beltene. Både pleiepersonell og vakthavende lege ved legetilsyn holdt likevel tilbake, i flere tilfeller i over ett døgn eller mer.

Samtaler med ansatte på flere nivåer tydet på at det hadde utviklet seg en lokal forskyvning i oppfatningen av hva som var langvarig bruk av tvangsmidler, sammenliknet med andre sykehus som ombudsmannen har besøkt. Det ble for eksempel uttalt at en beltelegging måtte anses som langvarig dersom den varte en uke. Funnene tyder på at det har utviklet seg en lokal kultur der langvarig beltebruk er blitt normalisert. I avsluttende møte kom det frem at seksjonene hadde jevnlig møter med andre lokale sikkerhetsseksjoner, men slike problemstillinger ble sjeldent diskutert.

Dokumentgjennomgang viste utstrakt bruk av transportbelter. Ofte ble pasientene først beltelagt med full fiksering i seng, for så å bli gradvis løst fra transportbelter. Under flere beltelegginger ble det skiftet flere ganger mellom transportbelter og fiksering i seng, dersom det oppsto nye episoder som gjorde at personalet så det nødvendig å igjen fikserer i belteseng. Ansatte formidlet at det viktigste var å få pasienten opp fra fiksering i belteseng og over i transportbelter. Beskrivelser i enkelte

---

<sup>22</sup> Under besøk til Ahus akuttpsykiatriske avdeling, 2.-5. mai 2017, fikk Sivilombudsmannen kjennskap til et slikt tiltak.

<sup>23</sup> Sivilombudsmannen har ved flere anledninger uttalt seg kritisk til at pasienter sover i belter, da den nødrettsliknende situasjonen vanskelig kan sies å være tilstede når pasienten sover. Se rapporter etter besøk til psykisk helsevern her: [https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/?type\\_institusjon=psykisk-helsevern&period=](https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/?type_institusjon=psykisk-helsevern&period=)

journaler viste til at man skulle følge en «vanlig progresjon» om utlåsning av belter. Dette syntes å innebære en rutinemessig gradvis oppløsning ved hjelp av transportbelter.

I situasjoner der det er helt nødvendig for å forhindre en akutt faresituasjon, er bruk av transportbelter fremfor full fiksering i belteseng som utgangspunkt et mindre inngripende tiltak fordi det kan gi mer bevegelsesfrihet. Transportbelter gir også mindre risiko for alvorlige somatiske komplikasjoner, som trombose. Transportbelter kan også være en mulighet til å oppnå raskere lemping av et opphold i belter. Bevegelsesmulighetene til pasientene begrenses samtidig i så stor grad at tiltaket kan gi økt fare for fall. Dokumentgjennomgangen viste at transportbelter ved ett tilfelle hadde resultert i at pasienten mistet balansen, falt og skadet seg.

Bruk av transportbelter innebærer en risiko for at tvangsbruk integreres i vanlige daglige gjøremål for pasienten, og at ansatte ikke lenger anser tiltaket for like integritetskrenkende. Dette kan føre til at tvangsmiddelbruk blir iverksatt eller får pågå uten at det foreligger en akutt faresituasjon, og i verste fall at seksjonene har innrettet seg for langtidsforløp. Samlet tyder funnene under besøket på at denne risikoen må tas på alvor av ledelsen.

Det ble funnet flere eksempler på pasienter som hadde hatt på seg transportbelter i hverdagssituasjoner, og også i møter med familie, advokat og kontrollkommisjonen. Som beskrevet over tydet funn på at pasientene i flere tilfeller var rolige over lengre tid (over flere vakter, i noen tilfeller over et døgn) før de ble løst ut av beltene. Også for transportbelter skal det foreligge et nødrettslignende grunnlag for bruk. Enhver bruk av mekaniske tvangsmidler er svært inngripende, og langvarig bruk utgjør en særlig høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>24</sup>

Mekaniske tvangsmidler er svært inngripende og kan påføre alvorlige somatiske og psykiske skadevirkninger. Tiltaket skal derfor opphøre så fort faren for skade ikke lenger er til stede.

Etter et besøk til en psykisk helseverninstitusjon i Danmark uttalte CPT følgende:

«In the CPT's view, the duration of the actual means of restraint should be for the shortest possible time (usually minutes to a few hours) and should always be terminated when the reason for the use of restraint has ceased. The maximum duration of the application of mechanical restraint should ordinarily not exceed 6 hours.»<sup>25</sup>

Komiteen uttalte også at

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

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

Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler er en utfordring ved flere sykehus i det psykiske helsevernet i Norge, inkludert flere av sykehusene som tidligere er besøkt av ombudsmannen.<sup>26</sup> I lys

<sup>24</sup> Se særlig M.S. mot Kroatia, klagernr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnittene 104-105

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

<sup>26</sup> Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk i psykisk helsevern: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>.

av menneskerettslige krav og den høye risikoen for skader og traumer slike tiltak utgjør, er det behov for en bedre nasjonal oversikt over forekomsten av langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler. Det er viktig at sentrale helsemyndigheter sikrer at elektronisk pasientjournal (EPJ) gis funksjonalitet som gjør det mulig å fremskaffe en nasjonal oversikt over langvarig bruk av tvangsmidler.

Samlet gir funnene fra besøket til de to sikkerhetspostene grunn til alvorlig bekymring om både antall pasienter som blir beltelagt og lengden på belteleggingene (se kapittel 11 *Forebygging av tvangsbruk*).

#### Anbefaling

- Avdelingen bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner, og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.

### 8.3 Isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding

Seksjonene hadde ikke fattet noen vedtak om isolering de siste årene. Funn under besøket tydet på at ansatte opprettholdt kontakt med pasienten også når vedkommende var sint og aggressiv. Det var likevel funn som tydet på en misforståelse blant ansatte om hva som utgjør isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8b. Enkelte mente at å stenge døren midlertidig mellom seg og pasienten i nødverge, ikke ville utgjøre isolasjon. Dette er åpenbart ikke riktig. Det ble ikke gjort konkrete funn om at pasienter ble stengt inne på rom uten ansatte til stede uten at det ble fattet vedtak om det. Det bør likevel presiseres for alle nivåer i seksjonen hvilke situasjoner som krever vedtak om isolasjon. Dette er viktig for å sikre at lovens vilkår om bruk av tvangsmidler overholdes, at vedtaket nedtegnes og synliggjøres i tvangsstatistikken og at klageretten til pasienter kan ivaretas.

De siste årene var det blitt fattet noen få vedtak om korttidsvirkende legemidler (etter PHVL §4-8 c) per år på begge seksjoner. På seksjon 1 ble det ikke fattet slike vedtak i 2016, tre vedtak i 2017, og ingen så langt i 2018. Ved sikkerhetsseksjon 2 var det fattet syv slike vedtak i så langt i 2018, mot ett i hvert av de to foregående årene.

Under besøket kom det fram at medikamentet Cisordinol Acutard<sup>27</sup> i en del tilfeller brukes som korttidsvirkende legemiddel etter lovbestemmelsen om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav c. Sivilombudsmannen har i en tidligere rapport uttalt seg kritisk til bruk av dette som et tvangsmiddel.<sup>28</sup> Medikamentet brukes fordi det har en virkningstid på to til tre dager, og det som utgangspunkt ikke kan anses som «korttidsvirkende».<sup>29</sup>

Det var også relativt få vedtak om fastholding på seksjonene. Ved seksjon 1 var det så langt i år fattet ett slikt vedtak, mot fem i 2017 og ett i 2016. På seksjon 2 var det fattet fem slike vedtak så langt i 2018, mot ingen i 2017 og ett i 2016.

<sup>27</sup> Cisordinol Acutard er merkenavnet, det generiske navnet på medikamentet er zuclophenthixol acetat.

<sup>28</sup> Se Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken, 14.-16. august 2018.

<sup>29</sup> Se bl.a. P. Fitzgerald, Long-acting antipsychotic medication, restraint and treatment in the management of acute psychosis, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, 33:660–666.

Under besøket kom det frem at ikke alle situasjoner der pasienter ble holdt fast, ble registrert som vedtak. For eksempel kom det frem at faglig ansvarlig ikke fattet vedtak om bruk av tvangsmidler ved «selvforsvar» eller i «nødverge», der pasienter utagerte fysisk og en holdt kortvarig for å forsvare seg selv eller andre pasienter. Slike tiltak har skadeavvergende formål og befinner seg i kjerneområdet for hva psykisk helsevernloven § 4-8 er ment å regulere. For å sikre en korrekt oversikt over omfanget av tvangsbruk er det viktig at slike tiltak registreres som vedtak.

En gjennomgang av en rekke fastholdingsvedtak viste at de fleste vedtakene redegjorde for at det forelå en nødrettsliknende situasjon i forkant av tiltaket. Enkelte av vedtakene ga imidlertid for lite informasjon til at det var mulig å forstå hva som hadde skjedd, eller til at pasienten eller pårørende skulle kunne klage på bakgrunnen for vedtaket. For eksempel er det ikke tilstrekkelig å skrive at en pasient «utagerer» og er «urolog» for å begrunne en fastholding.

Enkelte ansatte, inkludert faglig ansvarlige, mente videre at en ikke behøvde å fatte vedtak om fastholding ved iverksetting eller gjenoppretting av skjerming, selv om pasienten gjorde fysisk motstand slik at de måtte bli båret tilbake til skjermingsenheten. Slike tiltak er så integritetskrenkende at de åpenbart utgjør kortvarig fastholding etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav d, som ikke kan gjennomføres med mindre det er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre skade. Etter psykisk helsevernloven § 18 første ledd om gjennomføring av skjerming, kan pasienten «fysisk ledes dit skjermingen gjennomføres». Det fremstår som klart at fysisk leding ikke omfatter så inngripende tiltak som å bli båret til stedet der skjermingen skal gjennomføres.<sup>30</sup> En naturlig tolkning av bestemmelsen er at mindre inngripende holding er tillatt for iverksettelsen av skjerming der en pasient blir holdt i armen og ledet til rommet uten å gjøre motstand.

### Anbefalinger

- Avdelingen bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av kortvarig fastholding, og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å unngå bruk av legemidler med lengre virkningstid enn strengt nødvendig for å håndtere en akutt faresituasjon.

<sup>30</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer, se kommentarer til lovens §§ 4-8 og § 4-3 samt kommentarer til forskriftens § 18. Se også Høring – forskriftsendringer i forbindelse med endringer i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven, 20. oktober 2006, kapitlene 2 og 4.



## 9 Skjerming

### 9.1 Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg for pasienten. Skjerming kan skje på pasientens rom eller i et rom på en skjermingsenhet.

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.

Norge er et av få land som har en egen tvangsbestemmelse om skjerming, i tillegg til isolering.<sup>31</sup> Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av tilstedeværende helsepersonell. Det vil likevel i praksis kunne være flytende grenser mellom skjerming og isolasjon, og en del pasienter opplever skjerming som isolasjon.<sup>32</sup>

Ombudsmannen har ved en rekke tidligere besøk gjort bekymringsfulle funn om bruk av skjerming,<sup>33</sup> og utga i desember 2018 en temarapport som sammenfatter og utdyper disse.<sup>34</sup> De samlede funnene viste at skjerming ofte gir isolasjonsliknende forhold for pasientene og gjennomføres i sterile, nakne rom der pasientene har lite meningsfull sosial kontakt og begrenset bevegelsesfrihet. Ofte praktiseres strenge regler for tillatt atferd, uten en klar plan for behandlingen. På bakgrunn av rapportens funn har Sivilombudsmannen anbefalt at sentrale helsemyndigheter, helseforetak og lokale sykehusavdelinger iverksetter en rekke tiltak for å redusere risikoen for at pasienter utsettes for umenneskelig behandling. Anbefalingene omfatter å vurdere om lovverket for skjerming er i tråd med menneskerettslige krav og standarder og å vurdere tiltak for å unngå langvarig skjerming. Lokalt anbefalte ombudsmannen blant annet at det iverksettes tiltak for å unngå isolasjonsliknende forhold og unødvendige restriksjoner, tiltak for å forebygge skjerming og for å sikre at skjermingslokaler gis en human utfordring.

Det finnes lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.<sup>35</sup> Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.<sup>36</sup> Norsk psykiatrisk forening har i en strategi om tvangsforebygging fra 2018 pekt på flere

<sup>31</sup> I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærmning og avlåsning av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).

<sup>32</sup> NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, kapittel 15, side 205.

<sup>33</sup> Sivilombudsmannens årsmelding om forebyggingsarbeidet fra 2017, Dokument 4:1 (2017–2018), side 24–27.

<sup>34</sup> Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling.

Temarapport 2018, tilgjengelig her: [https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018\\_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf](https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf)

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

<sup>36</sup> Se note over.

forhold som bør være oppfylt for å gjennomføre skjerming.<sup>37</sup> Disse omfatter tilgang til kompetent personale med opptrening i etisk refleksjon og i tilnærminger som i minst mulig grad krenker pasienten, tilgang til skjermede uteområder og skjermingslokaler med pent interiør. Det pekes også på at skjerming utover 5-7 dager bør brukes med forsiktighet.

Etter menneskerettslige standarder er adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet snever.<sup>38</sup> Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse. Skjerming som et behandlingstiltak er problematisk fordi det svake kunnskapsgrunnlaget kan tilsi at menneskerettslige krav og standarder ikke er oppfylt. Skjerming som kontrolltiltak er også problematisk, fordi skjerming gir en betydelig lavere terskel for tvang enn det som kan utledes av menneskerettslige krav og standarder.

## 9.2 Omfang og variasjon av skjerming ved sikkerhetsseksjonene

Sikkerhetsseksjon 2 hadde de siste årene hatt noen flere vedtak enn sikkerhetsseksjon 1, med totalt 26, 23 og 29 vedtak i henholdsvis 2016, 2017 og så langt i 2018. Seksjon 1 hadde til sammenligning 17, 19 og 22 vedtak samme år (2016, 2017 og så langt i 2018). Det kom ikke frem noe som forklarte forskjellene under vårt besøk, men vi merker oss at sikkerhetsseksjon 2 også hadde høyere forekomst av bruk av tvangsmidler i denne perioden (se kapittel 11 *Forebygging av tvangsbruk*).

På samme måte som med tallene for bruk av mekaniske tvangsmidler, var de innrapporterte tallene for vedtak om skjerming per seksjon antakelig feil. For eksempel var det ikke samsvar mellom antall innrapporterte vedtak for skjerming i 2017 per seksjon og antall protokollførte vedtak i samme periode. Sikkerhetsseksjon 1 hadde 19 innrapporterte vedtak, men vi gjenfant kun 15 som var registrert i protokollene. Sikkerhetsseksjon 2 hadde 23 innrapporterte vedtak. Vi gjenfant et mindre antall i protokoller. I etterkant av våre påpekninger om manglende samsvar mellom protokoller og oppgitte tall for vedtak, gjorde sykehuset en ny optelling for sikkerhetsseksjon 2. De kom da frem til at seksjonen hadde 19 vedtak 2017, hvorav 17 var protokollført. De ga ingen forklaring på hvorfor to tilfeller ikke var protokollført. De ga heller ikke nye tall for sikkerhetsseksjon 1. Samlet sett var det er stor usikkerhet om tall for skjermingsvedtak knyttet til hver enkelt seksjon og om alle vedtak var protokollført (se kapittel 11.1 *Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk*).

## 9.3 Vedtak om skjerming.

Det fremgikk av sykehusets retningslinje for skjerming at det ikke var gjort noen endringer i prosedyren i forbindelse med ny lovendring 1. september 2017. Det fremkom derfor ikke at vedtak skal fattes i forkant av tiltaket dersom pasienten motsetter seg tiltaket. Retningslinjene bør oppdateres for å sikre at dette alltid gjøres.

En gjennomgang av vedtak om bruk av skjerming viste at de i flere tilfeller manglet en konkret begrunnelse og tilstrekkelig beskrivelse av bakgrunnen for vedtaket. Flere av vedtakene listet opp ulike typer symptomer, men hvordan disse oppfylte vilkårene for et skjermingsvedtak, ble ikke konkretisert eller gjengitt på en slik måte at det ville være mulig å imøtegå i en klagesak. Det kom

<sup>37</sup> Den norske legeforeningen, Norsk psykiatrisk forening, Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. November 2018, side 54–59.

<sup>38</sup> Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Tamarapport 2018, side 32–36 og side 52.

fram informasjon om at enkeltbehandlere rutinemessig fattet vedtak om skjerming for alle nyankomne pasienter. Rutinemessig bruk av skjerming uten individuelle vurderinger er ikke tillatt.

Ved vedtak om forlengelser av skjerming fremkom det ikke hvor lenge pasienten hadde vært skjermet den siste tiden. Sivilombudsmannen understreker at skjerming er et inngripende tiltak, og at inngrepet øker jo lenger tiltaket varer. Det stilles strengere krav til begrunnelser for tiltak som strekker ut i tid.<sup>39</sup>

#### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at alle vedtak, inkludert forlengelse av skjerming, alltid er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

### 9.4 Gjennomføring av skjerming ved sikkerhetsseksjonene

Sykehusets retningslinjer for skjerming var kortfattede og bestod primært av gjengivelse av og referanser til lovtekst. Retningslinjene inneholdt lite om hva innholdet i skjerming skulle være, for eksempel hvilke behandlings- og aktivitetstilbud pasienten skulle ha.

Gjennomføringen av skjerming ved sikkerhetsseksjonene må ses i sammenheng med de fysiske forholdene ved seksjonenes skjermingsenheter (se kapittel 6.1 *Skjermingsrommene i de sikkerhetspsykiatriske seksjonene*). Faglig ansvarlige skilte mellom det som ble kalt «rigid skjerming» og «dynamisk skjerming». Rigid skjerming innebar lite stimuli og lite utgang fra skjermingsrommet. Dette kunne iverksettes dersom pasienten hadde en utagerende atferd, og/eller det kunne gjennomføres som behandlingstiltak ved psykose. De fysiske forholdene gjorde det spesielt inngripende og problematisk med de omfattende begrensninger i pasientens bevegelsesmuligheter som såkalt rigid skjerming innebar. Dynamisk skjerming innebar at pasienten fikk tilmålt tid i fellesskapsområdene, men det var oftest spesifisert at man kunne be pasienten gå tilbake til skjermingsrommet dersom oppholdet ikke gikk bra.

Det ble brukt et dokument kalt «skjermingsinstruks» for å regulere innhold og gjennomføring av skjerming. Instruksen var som regel utformet i to versjoner; én rettet mot pasienten, som denne fikk utdelt, og én rettet mot pleiepersonalet. Skjermingsinstruksen fungerte som en plan for skjermingsoppholdet både for pasienter og ansatte. Instruksen var utformet som et skjema, med ulike kategorier til utfylling. Kategoriene var for eksempel utgangsstatus (det vil si om, og eventuelt hvor mye, hvor ofte og hvor pasienten kunne ha utgang fra seksjonen), pasientens tilgang til radio, om hva som skulle være i rommet av eiendeler, pasientens aktiviteter, og om det var vedtak om besøkskontroll og telefonvedtak. Det ble beskrevet hvor mange ansatte som skulle sitte inne på skjerming, og om pasienten kunne ha noe alenetid på rommet.

Ansatte formidlet at skjermingsinstruksen ble gjennomgått systematisk i møte mellom behandlingsansvarlig lege eller psykolog og miljøpersonale. Pasienten kunne komme med ønsker om endringer i skjermingsinstruksen i forkant av slike møter, men deltok ikke på møtene.

<sup>39</sup> Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018, side 52.

Skjermingsinstruksen til ansatte ga noen føringer på hvordan man skulle kommunisere med pasienten, men disse var standardiserte og ikke tilpasset den enkelte pasient i de fleste tilfellene vi så. Føringer tilpasset pasienten gikk oftest mer ut på hva som skulle være inne på skjermingsrommet, og hva slags begrensninger pasienten skulle ha. Det var få føringer i instruksen og journal om hvordan personalet skulle jobbe for å gi best mulig omsorg og behandling til den enkelte pasienten. Det syntes likevel som flere ansatte hadde en klar formening om hvordan man skulle møte pasienter som var skjermet, med en holdning om å være på tilbudssiden og komme pasientens ønsker og behov i møte. Vi fant eksempler på at ansatte var mer fleksible med pasienter under skjerming og dermed konkret klarte å roe situasjoner.

Funn under besøket tydet likevel på at rigide regler for den enkelte pasient i noen tilfeller skapte unødig frustrasjon inne på skjermingsrommet. En del praktisering av restriksjoner syntes urimelige tatt i betraktning den frihetsberøvelsen et skjermingsopphold utgjør, og økte klart frustrasjonen hos pasienten. I én instruks sto det at man skulle «gi pasienten brus hver tredje gang han spør». Dette fremstår som en lite klok tilnærming til pasienter. Enkelte pleiejournaler fra skjermingsopphold bar preg av lite forståelse eller interesse av å forstå pasienten og dennes reaksjoner. I denne forbindelse minner ombudsmannen om at det er den faglig ansvarlige som har overordnet ansvar også for *gjennomføringen* av skjerming, og at det tydeligere bør legges føringer for hvordan behandlingsopplegget til den enkelte pasient skal være.

Vi har ved besøk til andre sykehus sett skjermingsopphold der pasienten tilbringer mye tid på eget rom uten kontakt med personalet. Dette gir skjermingen et isolasjonspreg (se også 9.1 *Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk*). Vi fant ikke skjermingsopplegg der pasienten tilbrakte mye tid på eget rom alene uten kontakt med andre under vårt besøk til sikkerhetsseksjonene på Kalnes. Som hovedregel befant personalet seg sammen med pasienten under skjerming. Dette ble gjenspeilet i skjermingsinstrukser, journalnotater og i samtaler med pasienter og ansatte. Skjermingsinstruksen kunne også inneholde planlagt såkalt «alenetid» på rommet, etter pasientens ønske. Dokumentgjennomgang tydet på at ansatte forsøkte å imøtekomme pasientens ønsker om at personalet skulle være utenfor rommet i visse tidsrom, selv om ansatte primært syntes å følge det som var fastlagt i skjermingsinstruksen. Dette roet ved en anledning en tilspisset situasjon. I alt syntes reguleringen av kontakt å ta utgangspunkt både i hva pasienten ga uttrykk for og hva ansatte vurderte å være «best» for pasienten. Våre funn tydet på at utgangspunktet var å tilby pasienten sosial kontakt, og at det var avsatt tilstrekkelige personalressurser for å kunne imøtekomme pasientenes ønsker om dette.

#### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at det alltid utarbeides en behandlingsplan for skjerming, så langt som mulig i samråd med pasienten. En behandlingsplan bør inneholde terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og sikre daglig opphold utendørs, samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket.

### 9.5 Langvarig skjerming

Vi fant flere eksempler på at pasienter hadde vært skjermet i flere måneder. Skjerming over lang tid er meget inngripende. De fysiske forholdene ved skjerming, både rommet og luftemulighetene, forsterket belastningen for pasientene. Flere ansatte pekte på at sykehusets skjermingsrom var lite egnet for god pasientbehandling (se også kapittel 6.1 *Skjermingsrommene ved de sikkerhetspsykiatriske seksjonene*).

Det var få ansatte som mente at pasienter var blitt skjermet lenger enn nødvendig, selv om enkelte mente man ventet for lenge med å la pasienter prøve å være i fellesmiljøet. Flere ansatte bekreftet imidlertid at det forekom lange skjermingsforløp, og flere opplevde at det var få alternativer dersom skjerming ikke ga ønsket resultat. Dette ble opplevd som frustrerende for ansatte. Kontrollkommisjonen påpekte også ved et av sine tilsyn av skjermingsrommet at dette ikke var egnet for lengre opphold når pasienten hadde store begrensninger i muligheten for å bevege seg ut av rommet (se også kapittel 15 *Klage og kontroll*).

Det ble også gjort funn som viste at pasienter fikk forlenget sine skjermingsvedtak uten at det var dokumentert forsøk på å avbryte tiltaket før ny skjerming ble påbegynt. Vi viser til CPTs kommentarer etter besøk til Norge i 2005:

«[T]he 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[...] This is a highly debatable practice[...] 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. »<sup>40</sup>

Som beskrevet over er skjerming mer inngripende jo lengre tid det foregår. I likhet med langvarig og gjentakende bruk av tvangsmidler bør man vurdere om pasienten bør overføres til et annet sted for videre behandling, eventuelt om det bør trekkes inn en «second opinion» fra eksterne instanser (se kapittel 8.2.1 *Langvarig bruk av belter*).

#### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at skjerming ikke forlenges etter 14 dager uten at det er dokumentert forsøk på å avbryte skjermingen.

## 9.6 Innskrenkninger under skjermingsopphold

Skjermingsvedtak gir ikke anledning til å begrense pasientens rett til å kommunisere med pårørende og venner og ha tilgang til mobil. Dette presiseres i psykisk helsevernforskriften § 18 om tillatte begrensninger under skjermingsopphold: «Innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter at det treffes eget vedtak om dette, jf. psykisk helsevernloven § 4-5.»

I gjennomgang av dokumenter fra skjermingsopphold fant vi betydelige innskrenkninger i kontakt med omverdenen for flere pasienter uten at det var fattet vedtak om dette. Ofte var slike begrensninger beskrevet i skjermingsinstruksen som er omtalt i over (se kapittel 9.4 *Gjennomføring av skjerming ved sikkerhetsseksjonene*). Dette gjaldt begge seksjoner. Pasienter var i flere tilfeller fratatt tilgang til egen mobil på skjermingsrommet. Dette kan kun gjøres på bakgrunn av et individuelt vedtak etter § 4-5 i psykisk helsevernloven. Flere skjermingsinstrukser beskrev at pasienten bare fikk ta én eller to telefonsamtaler per vakt, og at en liste laget av ansatte definerte hvem pasienten da kunne ringe til. Dette er også begrensninger man ikke kan gjøre uten et spesifikt vedtak om dette. Vi så et eksempel på at listen ble endret av ansatte etter hva man så behov for.

<sup>40</sup> Se CPTs besøk til Norge i 2005, CPT/Inf (2006) 14, avsnitt 108.

I pleiejournalen fremkom det at besøk og telefoner ble overvåket når pasienten var skjermet. Flere steder i pleiejournal ble det referert til hva som blir sagt under besøk og telefonsamtaler. Dette var også tilfelle uten at det var fattet vedtak om begrensninger i kontakt med omverdenen.

Ved én anledning ble en advokat strøket fra listen over personer som pasienten fikk lov til å ringe til. Det er ikke adgang til å vedta restriksjoner i pasientenes adgang til å kontakte sin advokat, heller ikke når det fattes vedtak om restriksjoner i kontakt med omverdenen.<sup>41</sup> Det ble også i et tilfelle referert til hvordan en samtale med advokat hadde forløpt på en måte som ga grunn til å tro at samtalen var blitt overhørt av ansatte. CPT understreker i sine standarder at konfidensiell tilgang til advokat må garanteres ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern.<sup>42</sup>

I alt viser dette at seksjonene rutinemessig foretok innskrenkninger i pasientenes rett til kontakt med omverdenen, og kontroll av denne kontakten, uten at de strenge vilkårene for dette ble vurdert, eller at det var fattet vedtak om dette. Dette gjaldt alle pasienter som oppholdt seg i seksjonene, men særlig pasienter som var skjermet.

Det er bekymringsfullt at tvangsinnlagte pasienter, som ved skjerming allerede har begrenset kontakt med medpasienter og ansatte og derfor er særlig sårbare, også får innskrenket sin kontakt med omverdenen. Dette kan kun gjøres dersom tungtveiende grunner i en konkret situasjon taler for det og på grunnlag av vedtak som pasienten blant annet skal ha mulighet til å klage på (se kapittel 12 *Husordensregler og rutiner ved sikkerhetsseksjonene* for en nærmere beskrivelse av grunnlaget for slike begrensninger etter psykisk helsevernloven § 4-5).

### Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at ytterligere restriksjoner og tvang under gjennomføring av skjerming kun skjer der det er lovlig, strengt nødvendig og forholdsmessig. Avdelingen bør umiddelbart sikre at pasienter som er underlagt skjerming, ikke blir hindret i å ha kontakt med omverdenen, med mindre vilkårene er tilstede og det er fattet vedtak om dette.
- Avdelingen bør sikre at retten til konfidensiell kontakt med advokat gjelder alle pasienter innlagt ved avdelingen, også pasienter underlagt skjerming.

<sup>41</sup> Psykisk helsevernlov § 4-5 tredje ledd.

<sup>42</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), *Involuntary placement in psychiatric establishments*, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 54, annet ledd.

## 10 Behandling uten eget samtykke

### 5.1. Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Videre stilles det etter § 4-4 strenge krav til legemidlers effektivitet: «Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.» Sannsynlighetskravet for at behandlingen vil ha positiv effekt for den enkelte pasient, er strengt. Ifølge loven kan tvungne behandlingstiltak dessuten «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».<sup>43</sup> I forarbeidene til lov om psykisk helsevern berørte det daværende Helse- og sosialdepartementet forholdet mellom behandlingstiltak uten eget samtykke og Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Departementet var av den oppfatning at et strengt faglig forsvarlighetskriterium, krav om grundige forundersøkelser og et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3.<sup>44</sup>

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, fremstår som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekt («vedlikeholdsbehandling»)<sup>45</sup> Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være svært alvorlige og irreversible.<sup>46</sup> Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I 2017 vedtok Stortinget endringer i psykisk helsevernloven § 4-4. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 skal ha anledning til å nekte behandling. Videre ble det innført en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes.<sup>47</sup> Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

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

<sup>43</sup> Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

<sup>44</sup> Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

<sup>45</sup> Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

<sup>46</sup> Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

<sup>47</sup> Det er gjort unntak for krav om obligatorisk undersøkelsestid «...hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.»

De detaljerte kravene til skriftlig begrunnelse korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres av vedtaksansvarlige før behandling uten samtykke eventuelt kan iverksettes.<sup>48</sup>

FNs torturkomité uttrykte i 2018 bekymring over tvangsmedisinering i Norge og viste blant annet til at praksisen skapte risiko for vedvarende og irreversible skadevirkninger.<sup>49</sup>

Sivilombudsmannen kom 18. desember 2018 med en uttalelse om anvendelsen av psykisk helsevernloven § 4-4 i en klagesak om tvangsmedisinering.<sup>50</sup> Det sentrale spørsmålet var det rettslige innholdet i kravet til «stor sannsynlighet» for at tvangsmedisineringen vil gi positiv behandlingseffekt for pasienten. Sivilombudsmannen fant at lovens krav til «stor sannsynlighet» for positiv effekt av tvangsmedisinering innebærer at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for slik effekt for at tvangsmedisineringen skal være lovlig. Kravet knytter seg til effekt for den enkelte pasient og ikke til en gruppe pasienter. Den faglig ansvarlige for vedtak må derfor kunne begrunne hvorfor den enkelte pasienten «med stor sannsynlighet» vil få en positiv behandlingseffekt av tvangsmedisineringen. Uttalelsen er fulgt opp i en senere sak, der det ble konstatert at tvangsmedisineringsvedtaket var ulovlig og at det ikke er tillatt «å prøve ut» tvangsmedisinering med antipsykotika, med mindre kravet til «stor sannsynlighet» til positiv effekt er oppfylt.<sup>51</sup>

All tvang skal ifølge psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak.<sup>52</sup> Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene ved tiltaket. Dette er strenge rettslige krav. For det første må tiltaket være strengt nødvendig, slik at ethvert mindre inngripende tiltak som er tilstrekkelig for å oppnå formålet, skal benyttes. For det andre innebærer kravet om at den gunstige virkningen *klart* må oppveie ulempene, at kravet om forholdsmessighet mellom inngrepet og det som søkes oppnådd er strengt. Sivilombudsmannen vil understreke at disse vurderingene skal gjøres i alle tilfeller det er aktuelt å fatte vedtak om behandling uten eget samtykke.<sup>53</sup>

## 10.1 Omfang av tvangsmedisinering

Innsendte tall på vedtak om tvangsmedisinering viste at det gjennomgående siste år var blitt fattet noen flere vedtak om tvangsmedisinering ved sikkerhetsseksjon 2 enn sikkerhetsseksjon 1. Sikkerhetsseksjon 2 hadde 15 vedtak totalt i både 2016 og 2017, mens sikkerhetsseksjon 1 hadde henholdsvis 10 og 11 vedtak samme år. Frem mot innrapportering i 2018 hadde sikkerhetsseksjon 2 hatt 16 vedtak, og lå dermed an til å få en økning i antall vedtak sammenliknet med foregående år. Sikkerhetsseksjon 1 hadde hatt seks vedtak frem til september 2018. Det kom ikke frem noe som

<sup>48</sup> Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

<sup>49</sup> FNs torturkomité, konkluderende merknader til Norges åttende rapport om gjennomføringen av FNs torturkonvensjon, 5. juni 2018, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 22 e). Se også FNs menneskerettskomité, konkluderende merknader til Norges sjuende rapport om gjennomføringen av FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, 25. april 2018, CCPR/C/NOR/CO/7, avsnitt 22–23.

<sup>50</sup> Se Sivilombudsmannens uttalelse 18. desember 2018 i klagesak 2017/43, Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt.

<sup>51</sup> Se Sivilombudsmannens uttalelse 21. januar 2019 i klagesak 2017/3156, Fylkesmannens vedtak om tvangsmedisinering – krav om «stor sannsynlighet» for vesentlig positiv effekt og enkelte andre vilkår.

<sup>52</sup> Se også psykisk helsevernloven § 15 første ledd.

<sup>53</sup> Helsedirektoratet har i brev av 17. januar 2019, som svar på spørsmål fra fylkesmannen i Rogaland, gitt uttrykk for samme forståelse som ombudsmannen i spørsmålet om at «stor sannsynlighet» er mer enn sannsynlighetsovervekt og at denne må knyttes seg til den konkrete pasient.



kunne forklare denne forskjellen, men vi viser til øvrige kapitler om skjerming og tvangsmiddelbruk, som viser at antall vedtak gjennomgående var høyere ved sikkerhetsseksjon 2 (se kapittel 11.1.1 *Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk*).

## 10.2 Vedtak om behandling uten eget samtykke

I forkant av vårt besøk ba vi om å få oversendt eksempler på tvangsmedisineringsvedtak fra begge seksjoner. De fleste vedtakene vi gjennomgikk var skrevet ved hjelp av reviderte vedtaksmaler etter endringene i psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd og ny §4-4 a. Vedtaksmalene ivaretok begrunnelse av de fleste kriteriene, men inneholdt ikke lovkravet om at behandlingen anses klart i samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.<sup>54</sup> De fleste vedtakene manglet derfor en konkret begrunnelse for at dette vilkåret var oppfylt i det enkelte tilfellet.<sup>55</sup>

Ett av de innsendte vedtakene redegjorde godt for de fleste lovkravene til § 4-4 behandling uten eget samtykke, og vedtaket var stadfestet av Fylkesmannen etter klage til dem. De fleste andre vedtakene hadde flere mangler. Vilråene i flere av vedtakene var svakt begrunnet opp mot den enkelte pasientens situasjon, og ivaretok derfor ikke begrunnelsesplikten på en tilstrekkelig måte. Flere av vedtakene gjenga sentralt fastsatte kriterier for å vurdere om pasienten hadde samtykkekompetanse eller ikke, men uten å anvende disse på den enkelte pasient.<sup>56</sup> Vi fant flere eksempler på at man kun listet opp at kriteriene var tilstede, uten at det ble forklart hvordan disse var oppfylt overfor den enkelte pasienten. I ett vedtak ble det krysset av for at pasienten manglet samtykkekompetanse, mens vedtaksansvarlig i begrunnelsen skrev at vedkommende var vurdert å ha samtykkekompetanse «under tvil». Det kunne se ut som vedtaksansvarlig mente at pasienten oppfylte farekriteriet, men dette ble ikke tydelig redegjort for. Ombudsmannen minner om at vilkåret knyttet til samtykkekompetanse krever at det er «åpenbart» at pasienten mangler samtykkekompetanse.<sup>57</sup> Vedtaket tyder på at enkelte vedtaksansvarlige mangler kunnskap om de nye lovreglene for behandling uten eget samtykke.

I flertallet av vedtakene manglet det tilstrekkelig i begrunnelse for at vilkåret om at behandling med legemidler «med stor sannsynlighet» ville gi positiv behandlingseffekt, var oppfylt.<sup>58</sup> I enkelte vedtak ble dette ikke vurdert i det hele tatt, og ved flere tilfeller ble kriteriene for tvungent psykisk helsevern brukt i stedet for kriteriet for tvangsmedisinering om at medikamentene med stor sannsynlighet ville ha en positiv effekt overfor den enkelte pasient. Dette gjaldt også for pasienter som hadde blitt medisinert over flere år.

Det synes å være behov for tiltak som sikrer at vurderingene av om lovens vilkår er oppfylt, blir tilstrekkelig dokumentert. Behandling uten eget samtykke er et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse, og det er derfor avgjørende at pasientens rettssikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte. Avdelingen oppfordres til å se nærmere på Helsedirektoratets

<sup>54</sup> Se § 4-4 første ledd første punktum.

<sup>55</sup> Dette er et materielt lovkrav, som skal begrunnes i det enkelte tilfellet, jf. § 4-4a første ledd nr. 1. Les mer om dette i Helsedirektoratet, Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4a jf. § 4-4, revidert januar 2018, IS-2229, side 30 flg.

<sup>56</sup> Det vises her til områdene i en vurdering av samtykkekompetanse som beskrevet i Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernloven, kapittel 2, avsnitt 3 «Sentrale momenter i vurdering av samtykkekompetanse, herunder verktøy med hjelpespørsmål». Helsedirektoratet: IS-1/2017.

<sup>57</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, 2. ledd.

<sup>58</sup> § 4-4 fjerde ledd andre setning.

lovkommentarer om vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige psykiske lidelser og kommentarene til lov- og forskriftsbestemmelsene om behandling uten eget samtykke.

**Anbefaling**

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienter ikke utsettes for ulovlige vedtak om tvangsmedisinering.

## 11 Forebygging av tvangsbruk

### 11.1 Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk

Avdelingen hadde ikke et pågående prosjekt for reduksjon av bruk av tvang. Avdelingsledelsen formidlet at de fulgte med på utviklingen i tvangsmiddelbruken gjennom månedlige rapporteringer. Disse rapportene ble sendt til seksjonsledelsen og behandlere ved alle seksjoner. Vi fikk oversendt et eksempel på en slik rapport. Rapporten ga en oversikt over alle innleggelser i avdelingen, fordelt på innleggelsesgrunnlag (frivillig psykisk helsevern, tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon) per måned i 2017 og 2018.

En tilsvarende oversikt ble gitt for vedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven (inkludert vedtak om tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering). Denne oversikten ga imidlertid bare samlede tall for avdelingen, og differensierte ikke mellom ulike seksjoner. De samlede tallene for tvangsbruk per seksjon som sykehuset sendte ombudsmannen i forkant av besøket viste seg ikke å være korrekte, men avvek i stor grad fra tallene som fremgikk fra dokumentasjon i tvangsprotokollene (se kapittel 8.2 *Bruk av mekaniske tvangsmidler*). Gjennomgående var det langt færre vedtak som var protokollført enn det totale antallet som ble innrapportert til oss i forbindelse med besøket. Arbeidet med å innhente korrekte tall i forbindelse med besøket avdekket at det var lav kunnskap om disse tallene hos ledelsen. Ledelsen formidlet i korrespondanse etter besøket at de etter en omorganisering hadde store vanskeligheter med å ta ut korrekte tall for hver seksjon.

Dette gjør at avdelingens ledelse og ansatte går glipp av viktig kunnskap om ulikheter, for eksempel i forekomst av tvang over tid, mellom de ulike seksjonene.

Begge disse forholdene, at tallene var gale og at det kun ble produsert samlede tall for en avdeling med svært ulike sengeposter, hindrer ledelsen i å følge med på bruken av tvang i seksjonene. I tillegg til å skape risiko for sykehusets kontroll av egen praksis, gjør de usikre tallene det også vanskelig for tilsynsorganer og Sivilombudsmannen å utføre sine kontrolloppgaver.

Også funn under besøket tydet på at det var lite interesse for og kunnskap om tvangstallene ved seksjonene og hvordan disse utviklet seg. Det forelå ingen plan for å bruke tallene i arbeid med reduksjon av tvang. Det var en oppfatning blant ledelse og vedtaksansvarlige at tvangsmiddelbruk i hovedsak knyttet seg til pasientene som var innlagt, og at det derfor var lite handlingsrom for å redusere tvangstallene. Miljøpersonale på de aktuelle seksjonene hadde ikke kjennskap til omfanget av tvangsbruk, eller til forskjeller i antall vedtak om bruk av tvangsmidler mellom seksjonene. Ledelsen mente at det var større muligheter til å redusere bruken ved de akuttpsykiatriske seksjonene enn ved de besøkte seksjonene. Det ble samtidig poengtert at sikkerhetsseksjonene ved dette sykehuset fungerte delvis som akuttposter, da de fikk overført pasienter fra akuttmottakene som ble opplevd som vanskelige å håndtere der, og at dette kunne føre til høye tvangstall.

Vi merket oss at mange flere pasienter ble lagt i belter på sikkerhetsseksjon 2 sammenliknet med sikkerhetsseksjon 1. Det var på besøkstidspunktet ingen forskjeller i funksjon, antall sengeplasser, målgruppe eller arbeidsoppgaver for de to seksjonene. Det eneste som skilte dem var at sikkerhetsseksjon 1 hadde noe større grunnbemanning fordi de hadde to skjermingsenheter. Forskjellene i forekomst viser at det ikke kun dreier seg om enkeltpasienter som beltelegges mye, men også at klart *flere* pasienter beltelegges ved den ene seksjonen.

Det kan ikke utelukkes at forskjellene skyldes ulike kulturer på disse seksjonene. Funn fra besøket tydet imidlertid på liten vilje til å se kritisk på egen praksis, og på i hvilken grad egen atferd, holdninger og praksiser virker inn på tvangsbruken. I lys av de store forskjellene i tvangsmiddelbruk mellom de to seksjonene, er dette bekymringsfullt.

Erfaringer fra sykehus som har iverksatt prosjekter om tvangsreduksjon, viser at tydelige ambisjoner og klart lederskap er viktige faktorer for å oppnå endring. Det er derfor viktig at føringene fra ledernivåene er tydelige og stiller krav til ansatte. Enkelte sykehus har gjennomført gruppebaserte samlinger om etisk refleksjon omkring egen praksis. Slike diskusjoner kan være en av flere måter å øke bevisstheten om terskelen for å gripe inn med tvang eller hvordan utfordrende atferd best håndteres.<sup>59</sup>

### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at man får god oversikt og kunnskap om tvangsbruk på de ulike seksjonene, og at vedvarende variasjoner i tvangsbruk mellom seksjonene undersøkes.

## 11.2 Konkrete tiltak for å forebygge tvang

På spørsmål om forebygging av vold og tvangsbruk i seksjonene trakk både ansatte og ledelse frem trening i «Terapeutisk konflikthåndtering» som et sentralt tiltak. «Terapeutisk konflikthåndtering» var et opplæringsprogram alle ansatte skulle gjennom og trene jevnlig på. En gjennomgang av opplæringsmanualen viste at programmet besto av opplæring og trening i teknikker for å håndtere pasienter som var truende eller voldelige.

I tillegg skulle alle ansatte delta i såkalt Simuleringslab (SIM-lab), med fokus på kommunikasjon som kunne forebygge at situasjoner eskalerte til at man trengte fysisk inngripen.<sup>60</sup> På besøkstidspunktet var SIM-lab ikke systematisk tilbudt alle ansatte, og flere hadde ikke deltatt på SIM-lab.

Ansatte vektla at de kartla den enkelte pasients voldsrisiko ved bruk av ulike måleverktøy. Pleiepersonale gjorde også jevnlig risikovurderinger i pasientenes journaler.

Det fremkom at ledelsen kunne leie inn ekstra og erfarent personale, noe ansatte mente hjalp med å roe stemningen i hektiske perioder. Det ble også vektlagt at man ved sikkerhetspostene kjente pasientene over tid, og derfor kunne forebygge vold og utageringer samt at pasienter ofte var i en mer stabil fase under innleggelse her enn ved en akuttpost. Ledelsen ved sikkerhetsseksjon 2 formidlet at det var viktig å skape forutsigbarhet og følelse av autonomi, og å unngå maktesløshet. Det ble også vektlagt å sette sammen personale og pasient som kommuniserte godt med hverandre.

Både ledelse og flere ansatte trakk frem at vurderinger etter hver vakt var et viktig forebyggende tiltak. Fokuset syntes her å være på å ivareta ansatte, og ikke på å lære av hendelser til senere. Enkelte ansatte mente at man i evalueringer av utagering, vold og tvangsbruk i liten grad evaluerte kritisk egen praksis i tilspissede situasjoner. Se også kapittelet 11.3 om pasientmedvirkning og evalueringer etter bruk av tvang.

<sup>59</sup> Stokke Engerdahl I., Moljewijk A. og R. Pedersen, Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern, Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 2, 2016, side 102-110.

<sup>60</sup> Medisinsk simulering, realistisk trening og refleksjon over iscenesatte hendelser fra klinisk arbeid.

### 11.3 Pasientmedvirkning for å forebygge tvangsbruk

Sykehuset er forpliktet til å tilby minst én samtale om hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken etter inngripende tvangstiltak, som f.eks. bruk av tvangsmidler, skjerming som pasienten motsetter seg og behandling uten eget samtykke.<sup>61</sup> Forskning støtter at et slikt tiltak reduserer tvangsbruk.<sup>62</sup> Formålet med samtalene er læring, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling.<sup>63</sup> Det er derfor viktig at samtalene tar utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd hendelsesforløpet og tvangsbruken.

Slike evalueringssamtaler ble ikke gjort rutinemessig ved seksjonene. Flere pasienter vi snakket med hadde ikke hatt slike samtaler etter tvangsbruk, og gjennomgangen av dokumenter ga få eksempler på evalueringssamtaler med pasienter etter tvangsbruk. Ansatte opplevde det som vanskelig å gjennomføre slike samtaler på grunn av pasientenes sykdom og tilstand, og ved flere tilfeller fant man det lite fruktbart. Enkelte ansatte var usikre på hvem som hadde ansvar for at evalueringssamtalene ble tilbudt og gjennomført.

I tillegg til at slike evalueringer er lovpålagt, mister seksjonene her viktig informasjon fra pasientene om hvordan tvangsmidler, skjerming og annen tvangsbruk oppleves. De går også glipp av pasientenes innspill om hva som kan gjøres for å forebygge slike tiltak eller at pasienten skal oppleve dem som minst mulig inngripende.

Sivilombudsmannen understreker at lovendringene om blant annet evalueringssamtaler, ble vedtatt i januar 2017, og at avdelingen har hatt god tid til å gjennomføre endringene.

I psykisk helsevernloven presiseres det at pasienten, om mulig, skal «gis anledning til å uttales seg», før det fattes vedtak etter lovens kapittel 4.<sup>64</sup> Blant annet i sine kommentarer til Psykisk helsevernlovens bestemmelser om skjerming beskriver Helsedirektoratet det at pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, og at det «dersom dette er mulig (...) skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang». <sup>65</sup> Flere vedtak om skjerming manglet en beskrivelse av hva pasienten mente om tiltaket, og det var i flere vedtak beskrevet at det ikke var tilrådelig å be pasienten om å redegjøre for dette. Bakgrunnen for denne vurderingen var ikke dokumentert. Når lovgiver har ønsket at dette beskrives, har intensjonene vært å øke pasienters medvirkning og å sikre evaluering av tvangsvedtak. Det bør begrunnes hvorfor man utelater å spørre pasienten om dette dersom det ikke blir gjort. I sine kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2 skriver Helsedirektoratet at det «skal nedtegnes i vedtaket hva pasienten har uttalt, eventuelt hvorfor det ikke var mulig å få pasientens uttalelse». <sup>66</sup>

---

<sup>61</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.

<sup>62</sup> Bak J., Mechanical restraint: Preventive factors in theory and practice. PhD-avhandling København universitet 2015.

<sup>63</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29. november 2017, IS 1/2017, se kommentarer til phvl. § 4-2 tredje ledd.

<sup>64</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.

<sup>65</sup> Se kommentarer til Psykisk helsevernloven, 11. avsnitt i «kommentarer til § 4-3».

<sup>66</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29. november 2017, IS 1/2017, se kommentarer til phvl. § 4-2 annet ledd.

**Anbefalinger**

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys til alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienten får uttale seg om tvangsvedtak og skjerming i forkant av at vedtaket fattes. Dersom dette ikke vurderes som mulig må det begrunnes i vedtaket.

## 12 Husordensregler og rutiner ved sikkerhetsseksjonene

Pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, har rett til å få besøk og bruke kommunikasjonsmidler som telefon, nettbrett og pc. Institusjonen kan legge visse begrensninger for å ivareta forsvarlig drift og omsorgsansvaret man har overfor andre pasienter, slik som at det er visse tider på døgnet man ikke kan motta besøk, eller at telefon skal være på lydløs i institusjonens fellesarealer og at telefonsamtaler skal gjennomføres på pasientens rom. Dette kan gjøres ved hjelp av husordensregler.<sup>67</sup> Andre innskrenkninger i retten til kontakt med omverdenen kan kun skje etter vedtak når de strenge vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-5 er oppfylt. Etter bestemmelsen er innskrenkninger kun tillatt der «sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig».<sup>68</sup> Ifølge forarbeidene til psykisk helsevernloven skal vilkårene tolkes så strengt at det i praksis kun er tillatt i situasjoner der «man nærmer seg området for nødretten».<sup>69</sup> Dette betyr at det må være svært tungtveiende grunner for at man innskrenker pasienters mulighet til å kontakte omverdenen, at disse må begrunnes godt og vurderes kontinuerlig.

Under besøket kom det frem at seksjonenes husordensregler la begrensninger utover de begrensninger som er nevnt over.

Ved sikkerhetsseksjon 1 hadde ikke pasientene tilgang til egen mobil inne på sengeposten. Pasientenes private nettbrett og pc ble rutinemessige innelåst om kvelden. Seksjonen hadde en låne-pc til bruk for å ordne banktjenester etc., og en mobil til utlån. Pasienters egne mobiler ble låst inn i et rom i slusen utenfor seksjonen. Pasienter måtte be om å få komme ut dit eller på tur ut av seksjonen for å bruke sin egen telefon. Dette er begrensninger i pasientenes rettigheter som sykehuset har ikke anledning til å gjøre og som umiddelbart bør opphøre.

Ved sikkerhetsseksjon 2 hadde pasienter tilgang til egen mobil, men bruk i fellesarealene var ikke tillatt. Dette er i tråd med det Helsedirektoratet har sagt at husordensregler kan innebære for å sikre «forsvarlig drift» av institusjonen og for å ivareta institusjonens omsorgsansvar overfor andre pasienter.<sup>70</sup>

Under besøket formidlet enkelte ansatte at man rutinemessig overvar alle besøk som ble gjort på seksjonene, også møter mellom pasienter og kontrollkommisjonen. Dette så vi eksempler på, både da vi var på besøket og ved gjennomlesning av dokumenter i etterkant av besøket. Besøkskontroll utgjør en innskrenkning i pasientens kontakt med andre, og kan ikke skje uten at vilkårene i § 4-5 andre ledd er oppfylt.<sup>71</sup> Det er i tillegg viktig at pasienten har anledning til å snakke med kontrollkommisjonen uten ansatte til stede, for å sikre pasienten mulighet til en fri og åpen kommunikasjon med kontrollorganet. Dette er også nødvendig for at kontrollkommisjonen skal kunne utføre sitt samfunnsoppdrag.

---

<sup>67</sup> Vis til tolkninger Hdir her.

<sup>68</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 annet ledd.

<sup>69</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 161.

<sup>70</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29. november 2017, IS 1/2017, se kommentarer til § 4-2 syvende ledd.

<sup>71</sup> Se direktoratets kommentarer i note over.

I alt viser vår gjennomgang at sikkerhetsseksjonene praktiserer en for streng kontroll og innskrenkning i pasientenes tilgang til kontakt med omverdenen og med eksterne kontrollorganer.

#### **Anbefaling**

- Avdelingen bør gjennomgå seksjonenes husordensregler for å sikre at innskrenkning i kontakt med andre ikke skjer i strid med loven. Inndragning av mobiltelefoner, pc eller nettbrett, og besøkskontroll kan ikke gjøres uten at lovens krav er oppfylt og vedtak er nedtegnet



## 13 Informasjon til pasienter innlagt i psykisk helsevern

God og tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om rettigheter, regler og rutiner er en forutsetning for at pasienten skal kunne medvirke i behandling så langt som mulig.

Sivilombudsmannen har tidligere uttalt seg kritisk til at institusjoner i psykisk helsevern har lite informasjon tilgjengelig for pasienter.<sup>72</sup> Dette gjelder generell informasjon, som aktivitets- og behandlingstilbud, men særlig informasjon om pasientrettigheter og klagemuligheter, slik som kontrollkommisjonen, fylkesmannen, Sivilombudsmannen og pasient- og brukerombudet. Dette er særlig kritisk når pasienter i perioder kan ha restriksjoner i utgang, mulighet for besøk og annen kontakt med omverdenen.

På en oppslagstavle på Sikkerhetsseksjon 2 fantes det informasjon om den lokale kontrollkommisjonen, inkludert kontaktinformasjon og møtetidspunkter for kommisjonen. Sikkerhetsseksjon 1 manglet oppslag med slik informasjon. En gjennomgang av den lokale kontrollkommisjonens velferdstilsyn viste at kommisjonen ønsket at slik informasjon skulle henge oppe (se kapittel 14 *Klage og kontroll*). Ledelsen for sikkerhetsseksjon 1 fortalte at de på seksjonens morgenmøte informerte pasientene om det når kontrollkommisjonen var på besøk. Videre fortalte ansatte at pasienter fikk muntlig informasjon om sine rettigheter ved bruk av tvang. Skriftlig informasjon ble kun gitt i selve vedtaket.

Pasienter fikk ikke utdelt Helsedirektoratets brosjyre om rettssikkerhet ved tvang. Denne inneholder blant annet informasjon om kontrollkommisjonenes rolle og skal ifølge Helsedirektoratet tilbys alle pasienter.<sup>73</sup>

Brosjyren om rettssikkerhet ved tvang laget av Helsedirektoratet inneholder viktig informasjon om tilgjengelige klageordninger, og om hvordan pasientene går fram for å benytte disse. Sivilombudsmannen har samtidig merket seg at det mangler sentralt utformet, tilpasset informasjonsmaterieill til pasientene om hvilke regler som gjelder ved selve oppholdet under tvungent psykisk helsevern. Blant annet finnes det lite informasjon om hvilke regler som gjelder bruk av tvangsinngrep som tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisineriing. Det mangler også informasjon om regler for visitering og bagasjegenomgang, inndragning av mobiltelefon og besøk. Tilpasset informasjon om rettslig vern mot iverksetting og gjennomføring av tvangstiltak er viktig for pasientenes rettssikkerhet. Det kan bidra til klarhet for pasienten og pårørende i hva som er lovlige tiltak under opphold i en døgnenhet, både for tvangsinnlagte pasienter og de som er lagt inn på frivillig grunnlag. Helsedirektoratet bør vurdere behovet for å få laget tilpasset informasjonsmaterieill om dette.

Under besøket kom det fram informasjon om en pasient som var langvarig svært alvorlig syk med store kommunikasjonsproblemer, og som i denne fasen syntes å kommunisere bedre på morsmål enn norsk. Dokumentgjennomgang viste at pasienten også i mer stabile faser slet med kommunikasjon på norsk. Pasienten hadde tolkesamtale kun én gang i løpet av en periode på flere måneder, der pasienten hadde opplevd omfattende tvangsbruk. Det fremgikk ikke hvorfor tolk ikke ble forsøkt i samtaler, til tross for at ansatte som var innom pasienten og som kunne pasientens

<sup>72</sup> Se for eksempel rapport etter besøk til Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner, 10.-12. april 2018.

<sup>73</sup> Helsedirektoratet, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016, 27. september 2016.

morsmål, skal ha kommunisert noe bedre med pasienten. Dette er bekymringsverdig og kan tyde på at terskelen for tolkebruk er for høy ved seksjonene.

### Anbefalinger

- Skriftlig informasjonsmateriell om pasientenes rettigheter og tilgjengelige klageordninger bør gjøres tilgjengelig i fellesområdene i seksjonene.
- Avdelingen bør gjennomgå sine rutiner for å sikre at det blir brukt kvalifisert tolk i pasientbehandling for pasienter som trenger dette.

## 14 Klage og kontroll

### 14.1 Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

«as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»<sup>74</sup>

Når det gjelder tilsynsvirksomhet, har komiteen uttalt:

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

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

Kontrollkommisjonens skal ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet ved kontroll av tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll i form av stedlig tilsyn.

Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages imidlertid til Fylkesmannen.<sup>75</sup>

### 14.2 Kontrollkommisjonen ved Sykehuset Østfold

De aller fleste pasientene vi snakket med ved sikkerhetsseksjonene, bekreftet at de hadde møtt og også klaget til den lokale kontrollkommisjonen om ulike forhold. Enkelte opplevde å ha fått medhold i noe de klagde på, men flere formidlet at de ikke opplevde å få gjennomslag og derfor ikke ønsket videre kontakt med kommisjonen.

En gjennomgang av alle kontrollkommisjonens tilsynsprotokoller viste at kommisjonen jevnlig besøkte alle seksjoner og snakket med pasientene og ansatte som var til stede. Ifølge kontrollkommisjonslederen gikk de inn i seksjonene og oppsøkte pasienter aktivt under disse besøkene. Det kom frem under besøket at kontrollkommisjonen ikke rutinemessig hadde samtaler med pasienter alene og at ansatte ofte ønsket å være tilstede på samtaler. Dette kan svekke pasientenes reelle mulighet til å ta sin sak opp med kontrollkommisjonen.

Funn fra besøket tydet på at de var oppmerksomme på den helhetlige situasjonen til pasienter som var utsatt for tvangsmidler og skjerming over tid. Kontrollkommisjonen skal også varsle Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen, forskrift til phvl. § 63. Kontrollkommisjonen

<sup>74</sup>Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

<sup>75</sup>Se psykisk helsevernloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-4a andre ledd.

skal ikke ha tatt opp noen saker med Fylkesmannen i de siste årene. Tatt i betraktning at det var flere pasienter med lengre opphold ved avdeling som var svært dårlig fungerende, ble utsatt for mye tvang og innskrenkninger, kan det være at terskelen bør senkes noe for slike meldinger til Fylkesmannen.

Protokollene viste at kommisjonen påpekte en rekke forhold i sine velferdskontroller, både om de generelle forholdene ved seksjonene og overfor enkelte pasienter. Blant annet påpekte de ved et tilfelle der en pasient var skjermet med mye restriksjoner at «rommets fysiske rammer ikke er hensiktsmessig for langvarig skjerming».

Dokumentene viste at kommisjonen påpekte en rekke feil og mangler ved protokoll- og vedtaksføring ved tvang.<sup>76</sup> For eksempel ble det påpekt at det manglet underskrift av faglig ansvarlig og informasjon om tidspunkt for opphør av fastholding. Det var også påpekt at det manglet vedtak i et tilfelle der det var protokollførte tiltak (dette gjaldt flere typer vedtak, inkludert vedtak om skjerming, tvangsmedisinering, beltelegging, fastholding og korttidsvirkende legemidler). Kommisjonsleder opplevde at sikkerhetsseksjonene rettet opp feil og mangler kommisjonen påpekte, og generelt syntes å lære av dialogen med kommisjonen. Dokumentene viste også at kommisjonen tok stilling til grunnlaget for at tvang ble utøvd i sin kontroll av tvangsvedtak. For eksempel påpekte kommisjonen ved enkelte tilfeller at de mente det var vanskelig å se at det var en nødrettsliknende situasjon som lå til grunn for tvangsmiddelbruk, og i ett tilfelle at en beltelegging fremsto som «unødvendig».

Kommisjonen hadde årlige møter med avdelingsledelsen, og løpende dialog med seksjonsledelsen, behandlere og pleiepersonale under velferdskontrollene.

### Anbefaling

- Kontrollkommisjonen bør ha mulighet til å gjennomføre private samtaler med pasienter uten ansatte tilstede, med mindre dette ikke er mulig av sikkerhetshensyn. Samtalen bør uanset ikke kunne overhøres av ansatte.

<sup>76</sup> Det bemerkes at det her gjelder kontrollkommisjonens tilsynsprotokoller for hele avdelingen, og ikke bare sikkerhetsseksjon 1 og 2.

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](mailto:postmottak@sivilombudsmannen.no)  
[www.sivilombudsmannen.no](http://www.sivilombudsmannen.no)

