



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Helse Stavanger HF,
Avdeling psykisk helsevern
barn og unge**

8.–10. og 29.–30. oktober 2019



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



SIVILOMBUDSMANNEN

HELSE STAVANGER HF
Postboks 8100
4068 STAVANGER

Vår referanse
2019/2353

Deres referanse
2019/14803 -
111205/2019

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
27.04.2020

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 8.-10. og 29.-30. oktober 2019

Vi viser til Sivilombudsmannens besøk til Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge 8.-10. oktober og 29.-30. oktober 2019. Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at rapporten blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 15. august 2020.

Vi ber om at sykehuset utformer svaret 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. Vi ber 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.

Hanne Harlem
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

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

Kopi til:

Helse- og omsorgsdepartementet
Helse Vest RHF
Hesedirektoratet
Kontrollkommisjon 2 - Rogaland
Fylkesmannen i Rogaland
Sør-Vest politidistrikt



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Helse Stavanger HF Avdeling psykisk helsevern barn og unge

8.-10. og 29.-30. oktober 2019

Innholdsfortegnelse

I. Tortur og umenneskelig behandling	4
II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	5
III. Sammendrag	6
IV. Anbefalinger	9
1 Barn og unges rettigheter når de er fratatt friheten	11
1.1 Menneskerettighetene	11
1.2 Lov om psykisk helsevern.....	12
2 Generell informasjon om Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge.....	14
3 Gjennomføring av besøket	15
4 Rett til medbestemmelse	16
4.1 Menneskerettigheter og norsk lov	16
4.2 Barn og unges medbestemmelse under innleggelse.....	17
4.3 Barns rett til informasjon (om helsebehandling, rettigheter, regler og rutiner).....	17
5 Fysiske forhold og aktiviteter	19
5.1 Lokalene og området	19
5.2 Aktivitetstilbud.....	20
6 Beskyttelse og trygghet	23
6.1 Menneskerettigheter og norsk lov	23
6.2 Behov for å gjøre mer for å beskytte barn og unge.....	23
6.3 Barn som overføres til ungdomspostene i helger.....	24
7 Skjerming	25
7.1 Menneskerettigheter og norsk lov	25
7.2 Bruk av skjerming.....	26
7.3 Vedtak om skjerming	26
7.4 Utforming av skjermingslokalene	26
7.5 Gjennomføring av skjerming.....	30
8 Bruk av tvangsmidler.....	32
8.1 Menneskerettigheter og norsk lov	32
8.2 Oppfølging av funn om ulovlig bruk av tvangsmidler	33
8.3 Nødrett og nødverge som grunnlag for bruk av tvangsmidler	33
8.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler	34
8.5 Bruk av isolasjon	34
8.6 Bruk av kortvarig fastholding.....	36
8.7 Bruk av korttidsvirkende legemidler.....	37
8.8 Dokumentasjon av tvangsbruk	37

9 Forebygging av tvang	39
9.1 Menneskerettigheter og norsk lov	39
9.2 Avdelingens arbeid med å forebygge tvang	39
10 Tvangsbehandling.....	42
10.1 Menneskerettigheter og norsk lov	42
10.2 Omfang av tvangsbehandling	43
10.3 Vedtak om tvangsbehandling	44
11 Husregler.....	45
11.1 Menneskerettigheter og norsk lov	45
11.2 Problematiske husregler på ungdomspostene	45
12 Politiets rolle	46
12.1 Menneskerettigheter og norsk lov	46
12.2 Politiets bruk av maktmidler mot barn og unge ved avdelingen.....	46
13 Klage og kontroll.....	48
13.1 Menneskerettigheter og norsk lov	48
13.2 Kontrollkommisjonens arbeid.....	49
13.3 Tilsyn fra Fylkesmannen.....	50

I. Tortur og umenneskelig behandling

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

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

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

II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013. Tilleggsprotokollen 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. Sivilombudsmannen fikk denne oppgaven,¹ og det er opprettet en egen forebyggingsenhet hos Sivilombudsmannen for å utføre denne.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og har tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres. Enheten besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barneverninstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

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

Ombudsmannens vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten er en særlig viktig informasjonskilde, fordi de har førstehåndskunnskap om forholdene. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse i forbindelse med samtalene. 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. Stedenes svarbrev publiseres også.

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

² Se FNs underkomité for forebygging av tortur (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. December 2010 CAT/OP/12/6.

III. Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge 8.- 10. oktober og 29.-30. oktober 2019. Vi besøkte avdelingens døgnpost for barn og to døgnposter for ungdom. Datoen for besøket var ikke varslet på forhånd.

Lov om psykisk helsevern gir få regler for barn som er fratatt friheten. Innleggelse av barn under 16 år regnes ikke som tvang, så lenge foreldre eller foresatte samtykker. Dette gjelder uavhengig av om innleggelsen skjer mot barns vilje. De grunnleggende rettighetene i FNs barnekonvensjon er ikke innarbeidet i loven. Reglene om rettigheter og bruk av tvang for barn og unge er dårlig tilpasset deres sårbare situasjon. Alle sykehus har likevel plikt til å sikre at barns menneskerettigheter overholdes, selv om rettighetene ikke er skrevet direkte inn i loven om psykisk helsevern.

Funn tydet på at det hadde skjedd en positiv utvikling med økt fokus på involvering av barn og unge de siste årene. Noen av ungdommene opplevde likevel begrenset mulighet til å være med å påvirke behandlingen og flere ansatte mente at det fortsatt var behov for å styrke barns medbestemmelse. Sengepostene manglet god skriftlig informasjon om barn og unges rettigheter, og flere innlagte barn og unge var usikre på rettighetene sine. På barneposten hadde barna og de pårørende aktiviteter som del av behandlingen. Aktivitetene ble tilrettelagt av miljøpersonalet og var godt tilpasset barns behov. Ved ungdomspostene var aktivitetstilbudet begrenset og i stor grad overlatt til de pårørende. Det manglende fritidstilbudet vil særlig gå ut over ungdom uten kontakt med pårørende eller som er innlagt i lang tid.

Hele avdelingen lå i ett bygg. Barnepostens lokaler var i god stand og fremsto som hyggelige. Ungdomspostene hadde et sterkere institusjonspreg og fremsto som mer sterile enn barneposten. Flere av dørene inn til fellesarealer og ut til atriene måtte låses opp av ansatte. Hver av ungdomspostene hadde en skjermingsenhet. Skjermingslokalene var utformet på en måte som kunne virke skremmende og utrygg for sårbar ungdom. Lokalene besto av pasientrom med toalett, en gang, en sluse mellom pasientrommet og et rom som ble kalt forsterket skjermingsrom. Det var ikke tilgang til stue eller fellesrom.

Sivilombudsmannen var særlig kritisk til de forsterkede skjermingsrommene, som liknet glattceller og var helt uten møbler bortsett fra en plassbygd seng med en plastmadrass. Rommene manglet normale sanseintrykk. Vinduene var dekket med frosting, slik at det ikke var mulig å se ut. Dørene inn til rommet hadde to runde inspeksjonsvinduer. Slike vinduer kan gi en økt opplevelse av å bli bevoktet og øker risikoen for at rommet brukes til isolasjon. Rommets glatte preg bidro til å viske ut skillet mellom skjerming og tvangsmidler. Dokumentgjennomgang viste at flere ungdommer hadde opplevd dette rommet som veldig ubehagelig eller skummelt.

Ingen av ungdommene vi snakket med hadde blitt plassert på skjerming. Funnene tydet på de fleste ungdommene som tidligere ble skjermet fikk påvirke aktiviteter og behandlingen sin, og at det ble tatt hensyn til den enkeltes behov. I en del tilfeller opplevde ungdom seg ikke trygge eller behandlet med respekt under skjermingen. Noen ungdommer hadde opplevd spesielt langvarig skjerming, med gjentatte skjermingsvedtak. Enkelte ble utsatt for mye annen tvangsbruk og hadde tilbrakt deler av skjermingen inne på et av de forsterkede skjermingsrommene, i noen tilfeller i flere uker av gangen. Dette er helt uakseptabelt og utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Fylkesmannen i Rogaland har tidligere konkludert med at det er ulovlig å bruke forsterkede skjermingsrom som oppholdsrom. Fylkesmannen har gitt pålegg for å sikre at disse rommene omgjøres til vanlige rom og at skjermingslokalene ellers får en mer forsvarlig utforming. Arbeidet med å foreta de nødvendige endringene bør gis høy prioritet av klinikken.

Det kom ikke fram informasjon om at barn eller unge som var der under vårt besøk følte seg utrygge på grunn av personalet, eller at de ikke ble behandlet på en god måte. De vi snakket med opplevde de ansatte som snille og omsorgsfulle. Avdelingen manglet imidlertid felles retningslinjer for hvordan mishandling og overgrep skal forhindres i sengepostene, og hvordan mistanke om slike forhold skal følges opp. Vår gjennomgang av dokumenter viste også at en del tidligere innlagte ungdommer ikke opplevde trygghet, særlig de som hadde vært på skjermingsenhetene.

På barneposten ble barn og foreldre sendt hjem i helgene og posten var da ubemannet. I noen tilfeller ble yngre barn overført med foreldrene til en av ungdomspostene i helgen, fordi de ble vurdert som for syke til å reise hjem. Dette var uheldig og skapte mye utrygghet hos disse barna.

Fylkesmannen har i en tidligere sak påpekt lovbrudd ved bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler mot en ungdom under 16 år ved en av ungdomspostene. Avdelingen hadde arbeidet mye med å følge opp saken, blant annet ved å styrke opplæringen. Det ble ikke gjort funn om flere tilfeller av ulovlig bruk av tvangsmidler mot barn under 16 år. Det gjenstod likevel arbeid for å sikre at regelverket overholdes. I avdelingen ble det ikke fattet vedtak ved fastholding for å hindre en ungdom å forlate skjermingslokalene. Dette er en feilaktig forståelse av regelverket. Fastholding er kun tillatt i akutte situasjoner etter reglene om bruk av tvangsmidler, uavhengig av hvor det skjer.

Ifølge klinikkens statistikk var bruk av tvangsmidler og skjerming betydelig redusert de siste årene. Selv om tallene fremsto som delvis upålitelige, peker de samlet sett i en positiv retning. Ungdomspostene har tidligere hatt mer bruk av isolasjon enn mange voksenpsykiatriske sengeposter, og det er derfor viktig at bruk av isolasjon ble klart redusert i 2019.

Politiet hadde i noen tilfeller brukt inngripende maktmidler i forbindelse med henting og innleggelse på avdelingen. Flere ansatte opplevde at politiet hadde en lav terskel for bruk av håndjern og hadde sett flere ungdommer med såre håndledd etter håndjern. Politiet hadde ved minst to anledninger brukt spyttette på ungdom som ble fraktet til avdelingen. Bruk av spyttette mot barn er ydmykende og kan skape angst og panikk, særlig for sårbare barn. Slik tvangsbruk gir en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Sykehuset hadde i ett av disse tilfellene klaget til politiet.

Helsepersonell kan ha en viktig rolle i å påvirke politiets håndtering, både generelt og fra sak til sak. Det er viktig med informasjon om hvordan ungdommene kan møtes på en barnevennlig måte, og hva som kan hindre uheldige hendelser. På besøkstidspunktet forelå det ingen formell samarbeidsavtale mellom avdelingen og lokalt politi. Flere i ledelsen erkjente et behov for tettere dialog med politiet.

Det kom også fram at kontrollkommisjonen ikke hadde som praksis å oppsøke sengepostene der barn og unge oppholdt seg for å henvende seg til dem direkte. Det vanlige var at kommisjonen fikk beskjed av de ansatte dersom barn og unge ville snakke med dem. Etter ombudsmannens syn har kommisjonen plikt til å sørge for å være fysisk til stede inne i sengepostene. Dette er et sentralt element ved et tilsynsbesøk. Unnlattelse av å gjøre dette, øker risikoen for at alvorlige forhold i sengepostene ikke oppdages.

I lys av ombudsmannens funn bør kommisjonen ha økt oppmerksomhet på risikoen for at fastholding for å opprettholde skjerming, ikke nedtegnes i vedtak og tvangsprotokoll. Kontroll av vedtak og tvangsprotokoller der ungdom utsettes for gjentatt eller langvarig tvang er et annet viktig område. Det kom fram usikkerhet om hvilke forhold som lå innenfor kontrollkommisjonens ansvarsområde, blant annet om den kunne mene noe om de fysiske forholdene, herunder skjermingslokalene. Etter ombudsmannens syn er dette en naturlig del av kommisjonens oppgaver som ledd i velferdskontroll.

Fylkesmannen i Rogaland har over lang tid aktivt og grundig fulgt opp ungdomspostenes bruk av inngripende tvang som tvangsmidler og skjerming. Fylkesmannens oppfølging har bidratt til økt bevissthet og kunnskap i avdelingen om rettighetene til barn og unge og om lovens begrensninger for bruk av tvang. Dette bidrar til å styrke arbeidet for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling på steder der noen er fratatt friheten sin.

IV. Anbefalinger

Rett til medbestemmelse

- Brosjyrer om barn og unges rettigheter under oppholdet bør gjøres tilgjengelig i et tilpasset format i fellesområdene på alle sengepostene.
- Avdelingen bør sikre at skriftlig informasjon til barn og unge om behandling, regler og rutiner på sengepostene er godt tilpasset deres behov.

Fysiske forhold og aktiviteter

- Avdelingen bør, i samråd med barn og unge, sikre at ungdomspostene har et variert aktivitetstilbud som er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.

Beskyttelse og trygghet

- Avdelingen bør styrke tiltak for å redusere risikoen for vold, mishandling og seksuelle overgrep mot barn og unge. Det bør legges til rette for at slike temaer jevnlig tas opp i ansattgruppen.
- Avdelingen bør se på alternative tiltak for å sikre trygge rammer for små barn som må oppholde seg i sengepost i helgene.

Skjerming

- Avdelingen bør sikre at alle faste ansatte og vikarer mottar grundig opplæring om vilkår for bruk av skjerming og om hva som ligger i å motsette seg skjerming.
- Avdelingen bør sikre en human utforming av lokaler til bruk ved skjerming. Rommene som er innredet som glattceller bør gjøres om til vanlige pasientrom eller stenges.
- Avdelingen bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig bruk av skjerming.

Bruk av tvangsmidler

- Avdelingen bør sikre at nødrett eller nødverge ikke brukes som rettslig grunnlag for bruk av tvangsmidler, og sikre at avvik fra lovens bestemmelser blir dokumentert, meldt og fulgt opp av ledelsen.
- Bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge bør ikke forekomme. I en akutt faresituasjon, må avdelingen sikre at tiltaket alltid avsluttes så snart faren for skade ikke lenger er til stede. Grundig dokumentasjon av alle tiltak og vurderinger bør sikres i samsvar med menneskerettslige krav.
- Bruk av isolasjon overfor barn og unge bør ikke forekomme. I en akutt faresituasjon, må avdelingen sikre at bruk av isolasjon kun skjer når det er tvingende nødvendig og avsluttes så snart faren for skade ikke lenger er til stede. Tilstrekkelig dokumentasjon av alle tiltak og vurderinger bør sikres i samsvar med menneskerettslige krav.
- Avdelingen bør påse at nærmeste pårørende alltid informeres om vedtak om tvangsmidler der ungdommen ikke motsetter seg det, og at dette dokumenteres.
- Avdelingen bør sikre at fastholding ikke brukes for å iverksette eller opprettholde skjerming uten at vilkårene om bruk av tvangsmidler er oppfylt.
- Avdelingen bør fortsette arbeidet med å sikre en pålitelig oversikt over bruk av tvang inne på sengepostene.

Tvangsbehandling

- Avdelingen bør sikre at det alltid foretas en vurdering av om behandling mot barn og unges vilje er strengt nødvendig, forholdsmessig og forsvarlig.
- Avdelingen bør sikre at lovens vilkår for tvangsbehandling alltid blir begrunnet på en konkret måte som gjør det mulig å etterprøve vurderingene.

Husregler

- Avdelingen bør gjennomgå husreglene på ungdomspostene slik at de fullt ut respekterer barn og unges grunnleggende rettigheter.

Politiets rolle

- Avdelingen bør styrke dialogen med lokalt politi om hvordan barn og unge kan behandles på best mulig måte ved henting og innleggelse.
- Avdelingen bør sikre dokumentasjon og rapportering ved mistanke om at barn og unge er utsatt for uforholdsmessig maktbruk av politiet. Alvorlige saker bør anmeldes til Spesialenheten for politisaker.

Klage og kontroll

- Kontrollkommisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der barn og unge oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas, og for å undersøke om pasienter vil klage. Noen av tilsynsbesøkene bør skje uanmeldt.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at situasjonen til barn og unge som utsettes for mye tvang blir undersøkt på en helhetlig måte, og at Fylkesmannen varsles i alvorlige saker.
- Kontrollkommisjonen bør gjennomgå sine metoder for å sikre at kontroll med barn og unges velferd og rettssikkerhet ivaretas på en måte som er tilpasset deres behov.

1 Barn og unges rettigheter når de er fratatt friheten

1.1 Menneskerettighetene

Barn som er innlagt på sykehus mot sin vilje, er fratatt friheten, uavhengig av om foreldre har samtykket til innleggelsen.³ Barn i en slik situasjon er spesielt sårbare for å bli utsatt for brudd på menneskerettighetene.⁴ Derfor slår FNs barnekonvensjon fast at:

«Ethvert barn som er berøvet friheten, skal behandles med menneskelighet og med respekt for menneskets iboende verdighet og på en måte som tar hensyn til barnets behov i forhold til dets alder.»⁵

Barn er mer sårbare enn voksne, og har derfor et sterkere vern om sin personlige integritet.⁶ Det skal mindre til før forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er brutt.⁷ Dette er særlig viktig å huske i tilfeller der barn er fratatt friheten, for eksempel ved innleggelse på sykehus mot sin vilje.

Alle barn, også de som er fratatt friheten, har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv. Barns meninger skal tillegges vekt i takt med alder og modenhet.⁸ Ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.⁹

Når barn innlegges på institusjon mot sin vilje, legger dette begrensninger på deres frihet og mulighet til å bestemme ting selv. Alle barn som er innlagt på en helseinstitusjon, har likevel krav på at deres menneskerettigheter ivaretas. Bruk av tvang mot barn kan kun skje hvis det er lovlig, nødvendig og forholdsmessig. At tvangen må være nødvendig betyr at den må være egnet til å oppfylle et godt formål, for eksempel å hindre helseskade, og at tvangen er så lite inngripende som mulig. At tvangen må være forholdsmessig betyr at fordelene med tvangen må overstige skadevirkningene for barnet.

FN har laget egne regler for beskyttelse av barn som er fratatt friheten, som kalles Havanareglene.¹⁰ Reglene slår blant annet fast at barn bør ha et fysisk miljø med lokaler som tar hensyn til behov for privatliv, sanseopplevelser, mulighet for kontakt med jevnaldrende og deltakelse i fysisk trening og fritidsaktiviteter. Barn som fratatt friheten skal i likhet med andre barn sikres grunnleggende utdanning, som skal tilpasses for barn med nedsatt funksjonsevne. Barn bør også ha rett til å tilbringe tid utendørs hver dag, med tilbud om fysisk aktivitet og annen fritidsaktivitet. Barns rett til helse må også ivaretas, og ifølge reglene skal medisiner som utgangspunkt kun gis på grunnlag av informert samtykke fra barnet selv. Barn skal også sikres mulighet til kontakt med familie, venner og relevante organisasjoner gjennom besøk og telefon, og få mulighet til å forlate stedet for å besøke hjemmet.

³ Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon artikkel 4 nr. 2. Se også FNs Havanaregler artikkel 11 b.

⁴ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 5. mars 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 16–18.

⁵ FNs Barnekonvensjon artikkel 37 c).

⁶ Grunnloven § 104 tredje ledd.

⁷ FNs spesialrapportør mot tortur, 5. mars 2015 A/HRC/28/68, avsnitt 31-33.

⁸ Grunnloven § 104 første ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 12.

⁹ Grunnloven § 104 andre ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1.

¹⁰ FNs regler for beskyttelse av mindreårige som er fratatt friheten (Havanareglene), vedtatt av FNs generalforsamling 14. desember 1990.

Bruk av tvang og makt kan kun skje i ekstraordinære tilfeller, der andre tiltak er forsøkt og kun der dette er regulert i lov.

1.2 Lov om psykisk helsevern

Lov om psykisk helsevern gir få regler for barn og unge som er fratatt friheten. Innleggelse av barn under 16 år regnes juridisk sett ikke som tvang etter vår helselovgivning, så lenge foreldre eller andre som har foreldreansvaret, samtykker. Dette gjelder uavhengig av om innleggelsen skjer mot barn og unges vilje. De grunnleggende rettighetene i FNs barnekonvensjon om barnets beste, barns rett til medbestemmelse og rett til optimal utvikling, er ikke innarbeidet i loven. Barneombudet har i en rapport fra 2015 kritisert at regelverket i liten grad reflekterer barns særlige behov og rettigheter.¹¹ Alle sykehus er imidlertid forpliktet til å sikre at barn og unges menneskerettigheter overholdes, selv om rettighetene ikke er skrevet direkte inn i loven om psykisk helsevern.¹²

Fordi innleggelse mot barns vilje ikke regnes som tvang når barnet er under 16 år, gjelder ikke lovens strenge vilkår for tvangsinnleggelse.¹³ Disse barna vurderes som frivillig innlagte, uavhengig av deres egen opplevelse. En konsekvens av dette er at loven ikke gir krav om hvor alvorlig helsetilstanden til barnet må være for at det skal kunne legges inn mot sin vilje, slik som vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» for voksne. Kravene i psykisk helsevernloven om at frivillighet skal være forsøkt, gjelder heller ikke for barn under 16 år.

Reglene om rettigheter og bruk av tvang for barn og unge som er innlagt i det psykiske helsevernet er heller ikke godt tilpasset deres sårbare situasjon. Det er uklart hvordan enkelte regler skal brukes overfor barn, og de gir gjennomgående et svakt vern mot integritetskrenkelser og brudd på menneskerettighetene.

Det er vanskelig å holde oversikt over hvor mye tvang barn og unge faktisk utsettes for, fordi mange av innleggelsene og tiltakene som barn og unge utsettes for mot sin vilje, ikke regnes som tvang i juridisk forstand. Så vidt ombudsmannen kjenner til, finnes ingen nasjonal oversikt over hvor mange innleggelse som skjer mot barn og unges vilje. Det finnes heller ingen samlet oversikt over hvilke tvangstiltak som skjer inne på sykehus mot barn og unges vilje, for eksempel tvangsmedisinering, skjerming eller fastholding.

Loven om psykisk helsevern gir etter ombudsmannens syn en mangelfull beskyttelse av barns personlige integritet og rettssikkerhet. Flere tiltak som kan iverksettes mot barn og unge er så inngripende at det ikke bør være tilstrekkelig å bygge kun på foreldrenes samtykke, slik ordningen er i dag. Barn er mer sårbare enn voksne, og mangler i lovgivningen gir økt risiko for at barn og unge utsettes for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

I juli 2019 ble det av et lovutvalg foreslått endringer i reglene om tvang mot barn og unge i helse- og omsorgstjenestene.¹⁴ Dersom forslagene blir vedtatt, vil de på flere områder styrke barn og unges rettssikkerhet, selv om det også er utfordringer med forslagene. Ombudsmannen har gitt høringsvar, blant annet om spørsmål som gjelder barn og unge.¹⁵ I påvente av lovendringer for å styrke barn og unges stilling, er det viktig å minne om at sykehuset har et selvstendig ansvar for å

¹¹ Barneombudet, Grenseløs omsorg, fagrappport 2015, side 21.

¹² Se Grunnloven § 92 og menneskerettsloven §§ 2 og 3.

¹³ Psykisk helsevernloven kapittel 3, §§ 3–2 og 3–3.

¹⁴ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven.

¹⁵ Sivilombudsmannens høringsvar om NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, 30. desember 2019.

sikre at barns grunnleggende rettigheter etter Grunnloven § 104 og Barnekonvensjonen blir ivaretatt i praksis. Det nærmere innholdet i menneskerettighetene til barn og unge som er innlagt i psykisk helsevern er gjengitt innledningsvis i hvert kapittel om funn fra besøket nedenfor (kapitlene 4–13).

2 Generell informasjon om Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge

Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge, ligger sentralt i Stavanger kommune (Våland). Avdelingen er en del av Klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige.

Sivilombudsmannen besøkte én post for barn under 13 år (post K1) og to poster for ungdom fra 13 til 18 år (post M1 og N1). Alle sengepostene ligger i samme bygg. I bygget er det også en poliklinikk der vi hadde samtaler med ledelsen for et akutt ambulant ungdomsteam (AAUT). Dette teamet har blant annet ansvar for oppfølging av barn på barnevernsinstitusjoner med behov for psykisk helsehjelp.

I nær tilknytning ligger det en skole for barn og unge som er innlagte. Møllehagen skolesenter har ansvaret for skoletilbudet, og er en del av Rogaland fylkeskommune sitt opplæringstilbud. Skoletilbudet omfatter undervisningstilbud for barn og unge i grunnskole og videregående skole.

Barneposten (K1) har fire sengeplasser for barn under 13 år. Samtlige barn er innlagt etter samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvar. Foreldre/foresatte er innlagt sammen med barna. I helger og høytider er foreldre og barn som hovedregel hjemme. Det har skjedd at barn overføres til ungdomsposten i helgene, fordi barneposten holder stengt (se kapittel 6 *Beskyttelse og trygghet*). Innleggelsene er i hovedsak planlagte, ca. 4–6 uker. I 2018 var det totalt 31 innlagte barn. Sykehuset fører ikke statistikk over hvor mange barn som er uenige i innleggelsen.

Ungdomspostene M1 og N1 har seks sengeplasser og én skjermingsenhet hver for ungdom over 13 år. Ungdommer legges inn på disse sengepostene ved bekymring om akutte forhold som høy selvmordsrisiko, alvorlige spiseforstyrrelser eller forverring av psykotiske symptomer. Ungdomspostene har også planlagte innleggelse, ved ledig kapasitet. Sengepostene har like kriterier for innleggelse og det er ingen inndeling etter hvor ungdommene kommer fra. Lokalene på de to postene har lik utforming.

Psykisk helsevernloven gir ulike regler for barn over og barn under 16 år (kapittel 1.2 *Lov om psykisk helsevern*). Post N1 hadde 111 innleggelse i 2018. For barn over 16 år var to av innleggelsene tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven § 3-3) og 24 innleggelse til tvungen observasjon (§3-2), mens 62 av innleggelsene var frivillige (§ 2-1). I tillegg var det 24 registrerte innleggelse av barn mellom 12 og 16 år på grunnlag av foreldresamtykke. I perioden 2017-2019 var gjennomsnittlig liggetid 14,6 døgn, og beleggsprosenten var 65,7.¹⁶

Post M1 hadde 106 innleggelse totalt i 2018. For barn over 16 år var to innleggelse tvungent psykisk helsevern (§ 3-3), 19 innleggelse til tvungen observasjon (§3-2) og 39 frivillige innleggelse (§2-1). I tillegg var det 46 innleggelse av barn mellom 12 og 16 år på grunnlag av foreldresamtykke. I perioden 2017-2019 var gjennomsnittlig liggetid 10 døgn, og beleggsprosenten var 62,8.¹⁷

Det ble ikke ført statistikk over hvor mange barn og unge under 16 år som var uenige i å bli innlagt.¹⁸

¹⁶ Perioden fra januar 2017 t.o.m. juni 2019.

¹⁷ Som over.

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd, som gir barn over 12 år klagerett til kontrollkommissjonen om de ikke er enige i innleggelsen eller behandlingen de får der.

3 Gjennomføring av besøket

I juni 2019 ble Helse Stavanger HF varslet om at vi ville besøke barneposten og ungdomspostene ved Avdeling psykisk helsevern barn og unge en gang i perioden august til desember 2019. Datoen for besøkene ble ikke oppgitt. Besøkene ble gjennomført 8.–10. oktober og 29.–30. oktober.

Før besøkene sendte sykehuset dokumenter, som retningslinjer og statistikk til oss, slik at vi kunne planlegge besøket best mulig. Vi innhentet også informasjon om pasienter som hadde fått vedtak om tvangstiltak som tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke. I forkant av besøkene hadde vi også kontakt med Kontrollkommisjonen som har ansvar for å ivareta rettssikkerheten til barn og unge som er innlagt ved avdelingen, og en representant for Fylkesmannen i Rogaland.

Vi innledet besøkene med befaring av sengepostene. Under befaringen undersøkte vi pasientrom, fellesområder, lokaler for skjerming, uteområder, besøkslokaler og vaktrom. Samme dag hadde vi et kort møte med de fra ledelsen og behandlergruppen som var til stede.

Private samtaler med barn og unge som ville snakke med oss skjedde enten alene eller sammen med tilstedeværende foreldrene hvis barna ønsket det selv. Vi snakket også med mange ansatte i miljøet, leger, psykologer og lederne for sengepostene, avdelingen og klinikken. Besøkene ble godt tilrettelagt av ledelse og ansatte på sykehuset.

I etterkant av det første besøket ba vi om mer skriftlig informasjon om hvordan avdelingen ivaretar barn og unges rettigheter og helse. Vi gjennomførte også et nytt besøk til avdelingen for å snakke med flere ungdommer og for å ha et avsluttende møte med ledelsen. I etterkant har vi også fått oversendt dokumenter om oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen i Rogaland.

Under besøkene deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingsleder, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog)
- Mari Dahl Schlanbusch (rådgiver, samfunnsviter)
- Kjetil Fredvik (seniorrådgiver, jurist ved ombudsmannens klagesaksavdeling)

4 Rett til medbestemmelse

4.1 Meneskerettigheter og norsk lov

Alle barn, også de som er fratatt friheten, har rett til fritt å gi uttrykk for meninger om forhold som berører dem, og deres meninger skal tillegges vekt i takt med barnas alder og modenhet.¹⁹ Det er helt nødvendig å høre på barn for å kunne vurdere hva som er til barnets beste.²⁰ Barn står også fritt til *ikke* å gi uttrykk for meningene sine.

Etter Grunnloven og FNs barnekonvensjon gjelder det ingen aldersgrense for når barn skal høres, kun at de er i stand til å danne egne standpunkter. Voksne skal legge til rette for at barn føler seg trygge til fritt å kunne gi uttrykk for meningene sine, uten press eller manipulering.²¹ FNs barnekomité understreker at dette også gjelder på helseområdet.²² Komiteen anbefaler at lovgivningen sikrer barn tilgang til konfidensiell medisinsk veiledning og rådgivning uten samtykke fra foreldrene, uavhengig av barnets alder, når dette er nødvendig for barnets sikkerhet eller velferd. Barn kan ha behov for dette, for eksempel hvis de opplever vold eller overgrep hjemme, eller har behov for informasjon eller helsetjenester i forbindelse med seksuell helse, eller hvis det er konflikt mellom foreldre og barn om tilgangen til helsetjenester.²³

Alle barn som mottar helsebehandling skal involveres i beslutninger i samsvar med sin alder og modenhet.²⁴ Barn skal ha informasjon om behandlingen og hvordan den forventes å virke. Barn med nedsatt funksjonsevne som er plassert i helseinstitusjoner er ekstra sårbare for å ikke bli hørt.²⁵ Meningene til barn med nedsatt funksjonsevne skal gis vekt på lik linje med meningene til andre barn, og de har krav på hjelp som er tilpasset alderen og funksjonsnedsettelsen for å få oppfylt denne retten.²⁶

Etter norsk helselovgivning har alle barn en generell rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, også psykisk helsehjelp. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres på. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.²⁷ Barns rett til medvirkning kan likevel bli utydelig fordi foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykker på barnets vegne når de er under 16 år.²⁸

Foreldrene, andre med foreldreansvaret eller barnevernstjenesten skal høre barn under 16 år før de avgjør spørsmål om samtykke til helsehjelp.²⁹ Psykisk helsevernloven inneholder ikke en plikt for helsepersonell til å la barnet medvirke ved spørsmål om samtykke til helsehjelp. Helsepersonells plikt til dette kan nok utledes av barns generelle medvirkningsrett etter pasient- og brukerrettighetsloven,

¹⁹ Grunnloven § 104 første ledd, FNs barnekonvensjon artikkel 12.

²⁰ FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1.

²¹ FNs barnekomité, generell kommentar nr. 12, Barnets rett til å bli hørt 20. juli 2009, CRC/C/GC/12, avsnitt 22-23.

²² FNs barnekomité, generell kommentar nr. 12, avsnitt 101.

²³ Se også FNs barnekomité, generell kommentar nr. 4, Unge menneskers helse og utvikling sett i relasjon til konvensjonen om barnets rettigheter, avsnitt 11.

²⁴ FNs barnekomité, generell kommentar nr. 12, avsnitt 100.

²⁵ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 80.

²⁶ CRPD artikkel 7 nr. 3.

²⁷ Psykisk helsevernloven § 1-5 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

²⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 femte ledd.

og følger uansett av menneskerettighetene.³⁰ At det ikke står i psykisk helsevernloven at helsepersonell har plikt til å la barn medvirke ved spørsmål om samtykke, gir en risiko for at barn og unges rett til medbestemmelse blir oversett. Det kan føre til at beslutningen om helsehjelp tas uten at barn og unge har blitt skikkelig hørt.

Å gi barn og unge muligheten til å gi uttrykk for sine meninger og opplevelser med bruk av tvang, kan hjelpe de voksne med å forstå hva de kan gjøre for å bruke mindre tvang.³¹ Det kan hindre framtidig tvang overfor det barnet det gjelder, men det kan også bidra til å forebygge tvang mer generelt (se kapittel 9 *Forebygging av tvang*).

4.2 Barn og unges medbestemmelse under innleggelse

Retten til medbestemmelse gjelder alle forhold som berører barnet under innleggelse i psykisk helsevern. Under Forebyggingsenhetens besøk er det vanskelig å få full oversikt over om barn og unge faktisk får ivaretatt denne rettigheten fullt ut.

Funn under besøket tydet på at avdelingen jobbet med å få til et bredt fokus på involvering av barn og unge. Ved ungdomspostene hadde det ifølge ansatte skjedd en positiv utvikling de siste årene med fokus på involvering av ungdom i behandlingen. Det ble nevnt at ungdommene nå nesten alltid deltok i møtene til behandlingsteamet, enten sammen med foreldre eller alene, og at ungdom nå i større grad enn før medvirket ved utforming av behandlingsplanen sin.

Samtidig fremhevet flere ansatte at det fortsatt var behov for å styrke arbeidet for barn og unges medbestemmelse. Noen av ungdommene vi snakket med opplevde ikke at de hadde så stor mulighet til å være med å bestemme innholdet i behandlingen, eller at de var gitt mulighet til å påvirke avdelingens husregler.

4.3 Barns rett til informasjon (om helsebehandling, rettigheter, regler og rutiner)

For å sikre en effektiv oppfyllelse av barns rett til medbestemmelse i helsespørsmål, er god og tilrettelagt informasjon en forutsetning.³² Barn har rett til informasjon om helsen sin og om innholdet i helsehjelpen.³³ De skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger ved behandlingen. De har også rett til informasjon om rettighetene sine, saksbehandlingsregler som angår dem, nasjonale lover, forskrifter og retningslinjer og anke- og klageprosedyrer. Barn og unge skal ha informasjon tilpasset sin alder og utvikling.³⁴

Avdelingen rutiner la vekt på at god muntlig informasjon om posten, skole- og aktivitetstilbud, behandlingsopplegget skulle gis til barn og foreldrene deres i forkant av planlagte innleggelser. Rutinen var at et behandlingsteam reiste på hjemmebesøk for å kunne snakke med barna i kjente omgivelser før planlagte innleggelser. Ved akutte innleggelser, ble slik informasjon gitt i innleggelsessamtaler. De fleste barn og foreldre vi snakket med, men ikke alle, var fornøyde med informasjonen de hadde fått av avdelingen.

Alle sengepostene vi besøkte hadde informasjonspermer om behandlingsopplegget, husregler og rutiner på sengeposten. Velkomstpermen ved barneposten var skrevet i et voksent språk, og var ikke

³⁰ Grunnloven § 104 første ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 12.

³¹ CPT, Bruk av tvangsmidler i psykiatriske institusjoner for voksne, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

³² FNs barnekonvensjon artikkel 17 og Barnekomiteens generelle kommentar nr. 12, avsnitt 82.

³³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

³⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

godt tilpasset barn. Ved samtlige sengeposter var det lite skriftlig informasjon om barn og unges rettigheter ved innleggelse, bortsett fra informasjon om at man kunne klage til kontrollkommisjonen. Flere barn og unge var usikre på hvilke rettigheter de hadde.

Helsedirektoratet har laget flere brosjyrer med tilpasset informasjon om rettighetene til barn og unge som er innlagt i psykisk helsevern, og deres pårørende. Brosjyrene gir informasjon om rettighetene til barn under 16 år, for ungdom mellom 16 og 18 år, og pårørendes rettigheter. Ingen av disse brosjyrene var tilgjengelige ved noen av sengepostene da vi var på besøk. Helsedirektoratet har bedt om at disse brosjyrene, som kan bestilles gratis, tilbys til både pasienter og deres pårørende.³⁵

Brosjyrene til Helsedirektoratet gir viktig informasjon om grunnleggende rettigheter som medbestemmelse og informasjon om helsehjelpen, klageordninger og hvordan barn og unge kan bruke disse. De mangler imidlertid informasjon om hvilke regler som gjelder under selve oppholdet i psykisk helsevern. Brosjyrene gir ikke informasjon om hvilke regler og grenser som gjelder for inngripende tvang mot barn og unge som belteseng, isolering, kortidsvirkende legemidler og fastholding. De inneholder heller ingen informasjon om reglene for skjerming eller regler for medisinerings mot barns egen vilje. Det mangler også informasjon om regler for gjennomgang av bagasje, visitasjon, testing for rusmidler, begrensninger i bruk av mobil og besøk.

Reglene i psykisk helsevernloven er ikke tilpasset barn og unges særlige situasjon (se kapittel 1 *Barn og unges rettigheter når de er fratatt friheten*). Tilpasset informasjon om regelverket dersom barn og unge blir utsatt for tvang er derfor spesielt viktig for deres rettssikkerhet.

Anbefalinger: Rett til medbestemmelse

- Brosjyrer om barn og unges rettigheter under oppholdet bør gjøres tilgjengelig i et tilpasset format i fellesområdene på alle sengepostene.
- Avdelingen bør sikre at skriftlig informasjon til barn og unge om behandling, regler og rutiner på sengepostene er godt tilpasset deres behov.

³⁵ Helsedirektoratet, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016, 27. september 2016.

5 Fysiske forhold og aktiviteter

5.1 Lokalene og området

Menneskerettighetene gir barn som fratras friheten rett til fysiske omgivelser som fremmer helsen og verdigheten deres.³⁶ Ifølge FNs Havanaregler og Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) bør barn ha et fysisk miljø med lokaler som tar hensyn til behov for privatliv, sanseopplevelser, mulighet for kontakt med jevnaldrende og deltakelse i fysisk trening og fritidsaktiviteter.³⁷ Lokalene bør ha nok plass for hvert barn og passende belysning, temperatur og ventilasjon.³⁸ Barn bør få ha med seg personlige eiendeler, med mindre sikkerhetshensyn tilsier noe annet.

Omgivelser som er utformet på måter som tar hensyn til barns behov for trygghet, kan også gi et lavere konfliktnivå og mindre bruk av tvang. Forskningsstudier tyder på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan gi redusert bruk av tvang.³⁹ Dette er viktig kunnskap for de som har ansvar for pasienter som er innlagt i det psykiske helsevernet.

Uteområder

Hele avdelingen for barn og unge var lokalisert i ett bygg, med ungdomspostene på én side av bygget og barneposten på den andre. Mellom disse lå det en poliklinikk. Inne på sykehusområdet lå det en ballbinge som kunne brukes av barn og unge. Det var få grøntområder eller andre områder for aktivitet på eller i nærheten av sykehusområdet. Fra stuene i hver av de tre sengepostene var det tilgang til et utendørs atrium. Ett atrium tilhørte barneposten og ett felles atrium lå i midten av de to ungdomspostene. Atriet i barneposten hadde blant annet benker og en trampoline, mens atriet for ungdomspostene hadde et bordtennisbord. Dørene ut i atriene måtte låses opp av ansatte.

Lydforhold i lokalene

Dårlig lydisolering skapte store utfordringer. Dette gjaldt hele bygget, og ga en risiko for brudd på helsepersonells taushetsplikt ved at samtaler med pasienter kunne overhøres av medpasienter og andre som befant seg i nærheten. Flere ansatte pekte på dette. Høye støynivåer kan også medføre økt stress og uro blant både pasienter og ansatte, som igjen kan føre til økt konfliktnivå og tvangsbruk.

Barneposten

Barneposten K1 hadde romslige fellesområder som var holdt i god stand. Fellesområdene omfattet en godt møblert stue, TV-stue, spiserom og et velutstyrt aktivitetsrom. Tilknyttet spiserommet var det et kjøkken med tilgang kun for de ansatte. Store vindusflater og glassvegger mellom stuene sikret godt med dagslys inn i posten. Bilder på veggene, grønne planter og gardiner ga et hyggelig preg.

³⁶ Se bl.a. FNs regler for beskyttelse av mindreårige som er fratatt friheten (Havanareglene), vedtatt av FNs generalforsamling 14. desember 1990, regel 31.

³⁷ Havanareglene, regel 32.

³⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjoner, CPT/Inf (98)12-part, avsnitt 34 og CPT, Mindreårige som fratras friheten som ledd i straffeforfølgning, CPT/Inf (2015)1-part, avsnitt 104.

³⁹ For mer informasjon om denne forskningen, se Sivilombudsmannen, Skjerming i psykisk helsevern - Risiko for umenneskelig behandling, temarapport 2018, side 42. Se også NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, side 278.

Bilder av alle de ansatte med navn var hengt opp i fellesområdet sammen med opplysninger om hvem som var på vakt den aktuelle dagen.

Pasientrommene var enkle, med senger, stoler, pult med skuffeseksjon og en whiteboard-tavle. Det var lagt til rette for at barn og foreldre kunne overnatte i samme rom. Alle rommene hadde eget bad med toalett og dusj. I tillegg fantes det to familieleiligheter med to sengerom hver, TV-krok og et eget kjøkken. Dette fremsto som et godt tilbud for foreldre og barn med behov for ro og tid sammen.

Barneposten hadde også et såkalt TMA-rom. Dette ble brukt når barn utagerte sterkt. Rommet hadde to tykke plassmadrasser på gulvet ved behov for å holde barnet i liggende stilling. Det var også en kulestol og en sofa i rommet. Den ene veggen var dekket av et foto av hav og himmel.

Ungdomspostene

Ungdomspostene hadde to stuer og et spiserom. På et av fellesrommene var TV-skjermen plassert i en boks med pleksiglass. Flere av dørene inn til fellesarealer, som TV-rom og aktivitetsrom, måtte låses opp av ansatte. Det samme gjaldt døren ut til atriet. Slike sikkerhetsinnslag skaper et sterkere institusjonspreg. De låste dørene begrenset bevegelsesfriheten inne i sengeposten, ved at de var avhengige av ansattes tilstedeværelse for å få låst opp rommene og atriet. En del ungdommer måtte også ha med seg ansatte for å få lov å bruke atriet.

De øvrige lokalene, særlig korridorer og pasientrom, fremsto som sterile sammenliknet med barneposten. Korridorer og pasientrom var hvitmalt uten bilder eller utsmykning. Ingen av pasientrommene hadde gardiner og de fleste vinduene var helt eller delvis «frostet». Hensikten var å hindre innsyn fra forbipasserende, men det hindret også ungdommene i å se ut. De fleste rommene hadde pult, stol og skap til eiendeler, i tillegg til seng. Alle rom hadde eget bad med toalett og dusj.

Hver av ungdomspostene hadde en skjermingsenhet. De fysiske forholdene der ga særlig grunn til bekymring (se kapittel 7 *Skjerming*).

5.2 Aktivitetstilbud

Å kunne delta i varierte og meningsfulle aktiviteter og ha tilgang til utendørsaktiviteter og fritidstilbud utenfor sitt eget rom, er avgjørende for fysisk og mental velvære hos alle som er fratatt friheten. CPT (Den europeiske torturforebyggingskomiteen) har anbefalt at alle pasienter i psykiatrisk behandling skal ha en individuell behandlingsplan som omfatter ulike terapeutiske tilbud. Pasientene bør også ha jevnlig tilgang til aktivitetsrom og mulighet til å oppholde seg utendørs hver dag.⁴⁰ Barn har rett til hvile og fritid og til å delta i lek og fritidsaktiviteter som passer for alderen.⁴¹ Lokalene og uteområdet bør legge til rette for dette. Etter Grunnloven har alle barn og unge også rett til grunnleggende opplæring og skal sikres adgang til videregående utdanning.⁴² Opplæringen skal være tilpasset barns behov og helsetilstand.⁴³

⁴⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjoner, CPT/Inf (98)12-part, avsnitt 37.

⁴¹ FNs Barnekonvensjon artikkel 31.

⁴² Grunnloven § 109.

⁴³ Havanareglene, regel 38 flg.

Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler også en rekke aktiviteter som ledd i behandling av psykoser og stemningslidelser, blant annet fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening og musikk- og kunstterapi.⁴⁴ Sivilombudsmannen har i tidligere besøksrapporter understreket at også akuttinnlagte pasienter bør ha et godt og tilpasset aktivitetstilbud.⁴⁵ Det gjelder i minst like stor grad når det er snakk om barn og unge i en utviklingsfase.

Barneposten

På barneposten fikk barna og de pårørende tilbud om aktiviteter som en del av behandlingsopplegget. De pårørende deltok sammen med barna sine, og aktivitetene ble tilrettelagt av miljøpersonalet. På hverdager etter skoletid, var det planlagt ulike aktiviteter. Aktivitetstilbudet omfattet bruk av gymsal, aktivitetsrom og musikkrom på en annen del av sykehuset, fast svømming hver uke, og ulike friluftturer og turer til lokalt klatresenter, bibliotek, kino og liknende. Aktivitetstilbudet fremsto som variert og godt tilpasset barnets behov.

Ungdomspostene

Aktivitetstilbudet ved ungdomspostene begrenset seg stort sett til kortere turer i nærområdet og aktiviteter inne på sengepostens fellesområder. Aktiviteter utenfor sengeposten som måtte gjøres med følge var i stor grad overlatt til ungdommenes pårørende. Dette ble forklart med at det var viktig at foreldrene var tett involvert, fordi de var i best posisjon til å ta med ungdommen på aktiviteter som de kunne fortsette med etter utskrivning.

Involvering av ungdommenes familie er viktig. Det fremstod likevel som sårbart å la ungdommenes daglige aktiviteter basere seg på at foreldre skulle ivareta dette. Foreldrenes mulighet til delta var blant annet begrenset av at ungdomsposten hadde få muligheter for foreldre til å overnatte. Det vil også være krevende for foreldre med flere barn og med lang reisevei.

En del ansatte forklarte det mangelfulle aktivitetstilbudet med at ungdommene ikke burde trives for godt i sengeposten og «legge seg til». Dette fremstår som problematisk. Aktivitetstilbudet bør sikre meningsfullt innhold, variasjon og opplevelse av mestring i hverdagen.

Det manglende aktivitetstilbudet ble også forklart med at ungdomspostene måtte ta imot akuttinnlagte pasienter slik at det var vanskelig å frigjøre nok tid til aktiviteter utenfor sengeposten. Ungdommene hadde anledning til å være i atriet, men også her var ungdommene avhengig av at noen kunne følge dem ut, fordi døren var låst.

Andre ansatte vi snakket med, mente at aktivitetstilbudet til ungdommene var for svakt, og ønsket at de hadde bedre tid til å ta ungdommene med på aktiviteter. Flere ansatte opplevde at ungdommene hadde for lite mulighet til fysisk aktivitet. Ungdommene kunne bruke gymsalen som befant seg på en annen del av sykehuset, men dette forutsatte normalt at miljøpersonalet fulgte dem over.

Det manglende fritidstilbudet vil særlig kunne gå ut over ungdom uten eller med dårlig kontakt med sine pårørende, og ungdom som er innlagt over lengre tid.

⁴⁴ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (juni 2013), Nasjonal faglig retningslinje for utgreining og behandling av bipolare lidinger (november 2011).

⁴⁵ Alle Sivilombudsmannens rapporter fra besøk i det psykiske helsevernet er tilgjengelig her: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

Anbefaling: Fysiske forhold og aktiviteter

- Avdelingen bør, i samråd med barn og unge, sikre at ungdomspostene har et variert aktivitetstilbud som er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.

6 Beskyttelse og trygghet

6.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Fordi barn er særlig sårbare for brudd på menneskerettighetene, har de en særlig rett til beskyttelse mot krenkelser av sin personlige integritet, og det skal mindre til før forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er brutt.⁴⁶ Noen barn som er fratatt friheten kan være ekstra sårbare for å bli utsatt for krenkelser, for eksempel på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, nedsatt funksjonsevne eller historikk med tidligere mishandling eller overgrep. Det er viktig at tiltak for å beskytte barn som fratras friheten tilpasses deres særlige behov.⁴⁷

Integritetsvernet omfatter rett til beskyttelse mot alvorlige integritetskrenkelser som vold, mishandling og seksuelle overgrep.⁴⁸ Denne retten gjelder uavhengig av hvor barn bor eller oppholder seg. Steder der barn kan være innlagt mot sin vilje, har derfor ansvar for å beskytte mot slike krenkelser. Alle ansatte på slike steder har ansvar for å beskytte barn mot overgrep og utnyttelse av både fysisk, psykisk og seksuell karakter, og mistanke om slike hendelser skal rapporteres til en overordnet myndighet eller organ med myndighet til å undersøke saken.⁴⁹ Alle som jobber med barn skal sikres nødvendig kunnskap om seksuelt misbruk av barn, om hvordan dette oppdages og om rett og plikt til å melde fra til kompetente myndigheter.⁵⁰

For å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling er det viktig at steder der barn og unge er fratatt friheten arbeider på en måte som gir beskyttelse mot vold, mishandling og seksuelle overgrep. Det er også viktig at slike steder har klare rutiner for hvordan mistanke om slike forhold skal håndteres.⁵¹ På et mer grunnleggende plan er det viktig at steder der barn er mot sin vilje oppleves som trygge. Det er også viktig for barna at de voksne som jobber der føler seg trygge, og at de ansatte får god oppfølging og veiledning av ledelsen etter krevende episoder.

6.2 Behov for å gjøre mer for å beskytte barn og unge

Det kom ikke fram informasjon under besøket om at barn eller unge følte seg utrygge på grunn av personalet, eller at de ikke ble behandlet på en god måte. De vi snakket med sa at de ansatte var snille og omsorgsfulle. Det gjaldt også barn som var innlagt mot sin vilje. Samtidig kom det fram informasjon i vår gjennomgang av dokumenter, som viste at en del tidligere innlagte ungdommer ikke hadde opplevd å føle seg trygge. Særlig synes det å gjelde ungdom som hadde oppholdt seg på en av skjermingsenhetene (se kapittel 7 *Skjerming*).

De ansatte ga gjennomgående uttrykk for at de opplevde seg trygge på jobb, og at de fikk god oppfølging av ledelsen etter vanskelige episoder. En del ansatte ved en av ungdomspostene opplevde

⁴⁶ Grunnloven § 104 tredje ledd, FNs Barnekonvensjonen artikkel 16 og 19 og EMK artikkel 3 og 8.

⁴⁷ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 5. mars 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 86 g).

⁴⁸ Se bl.a. rapport fra FNs uavhengige ekspert Manfred Nowak om barn som er fratatt friheten, A/74/136, rapport til FNs generalforsamling 11. juli 2019, avsnitt 102.

⁴⁹ FNs Havanaregler, regel 87 bokstav c og e.

⁵⁰ Europarådets konvensjon om beskyttelse av barn mot seksuell utnyttning og seksuelt misbruk, vedtatt 25. oktober 2007 (Norge sluttet seg til konvensjonen 1. oktober 2018).

⁵¹ Se Spesialhelsestjenesteloven § 2–1 f, som fastsetter at «De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.»

likevel å ikke bli tatt tilstrekkelig på alvor av sin nærmeste leder, og at bekymringsfulle hendelser ikke ble effektivt håndtert.

Ansatte måtte fremlegge politiattest og ble tett fulgt opp i prøvetiden. Funn tydet likevel på at det var behov for større fokus i organisasjonen på å hindre at barn og unge utsettes for mishandling eller overgrep under opphold ved sengepostene. Avdelingen hadde rutiner om at en ansatt skulle være i nærheten hvis ungdommene var sammen på rommene, og at pasienter som var plassert på skjermet enhet, ikke skulle være alene bak en låst dør med kun én voksen. Utover disse begrensede rutinene fantes det ikke felles retningslinjer for hvordan mishandling og overgrep skal forhindres i sengepostene, og hvordan mistanke om slike forhold skal følges opp. Ansatte opplevde ikke at slike ting var noe man jevnlig snakket om.

En forutsetning for å kunne forebygge at barn utsettes for overgrep, er å erkjenne risikoen for at slikt kan skje. Barn og unge som er innlagt på helseinstitusjon er i en særlig sårbar posisjon, og de ansatte har et særlig ansvar for å ivareta dem. Det er blant annet viktig å legge til rette for at voksne tør å snakke med hverandre om hvordan deres profesjonelle rolle som helsepersonell skal ivaretas på en god og trygg måte. Det er også avgjørende at det oppleves som trygt for ansatte å ta opp forhold som forårsaker bekymring.

Anbefaling: Beskyttelse og trygghet

- Avdelingen bør styrke tiltak for å redusere risikoen for vold, mishandling og seksuelle overgrep mot barn og unge. Det bør legges til rette for at slike temaer jevnlig tas opp i ansattgruppen.

6.3 Barn som overføres til ungdomspostene i helger

På barneposten ble barn og foreldre sendt hjem i helgene og posten var da ubemannet. Under besøket kom det fram at barn i noen tilfeller hadde blitt overført til en av ungdomspostene i helgen, fordi de ble vurdert som for syke til å reise hjem. Barna ble da plassert sammen med foreldrene i den gamle skjermingsfløyen eller i den nye skjermingsenheten ved en av ungdomspostene. I slike situasjoner forsøkte man å sette personal med erfaring fra barneposten på ungdomspostene i helgene. Ifølge ansatte syntes barna at det var skummelt å være der, med mer uro og med ansatte de ikke kjente. Flere pekte på at dette var en dårlig løsning som skapte mye utrygghet for barna. Ifølge avdelingen ble slike overføringer alltid drøftet grundig i forkant, og det ble lagt stor vekt på overføring av informasjon mellom ansatte på barneposten og ungdomspostene. Det fremstår likefullt som uheldig å overføre små barn til en post for større ungdom.

Anbefaling: Barn som overføres til ungdomspostene i helger

- Avdelingen bør se på alternative tiltak for å sikre trygge rammer for små barn som må oppholde seg i sengepost i helgene.

7 Skjerming

7.1 Meneskerettigheter og norsk lov

Skjerming er en måte å begrense pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse i større grad enn det som vanligvis er lov der noen er innlagt i psykisk helsevern. Tiltaket regnes både som en form for behandling og som en måte å hindre at andre pasienter blir veldig forstyrret av utagering.

Reglene om skjerming finnes i psykisk helsevernloven § 4-3 og betyr at pasienten holdes helt eller delvis atskilt 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 flytende grenser mellom skjerming og isolasjon, og en del pasienter opplever skjerming som isolasjon.⁵² Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming krever tett oppfølging av helsepersonell som skal være til stede.

Ombudsmannen har hatt flere bekymringsfulle funn om skjerming under tidligere besøk,⁵³ og har gitt ut en temarapport om dette.⁵⁴ Et sentralt funn var at skjerming ofte blir gjennomført i nakne lokaler og på måter som i realiteten utgjorde isolasjon eller som hadde et klart isolasjonspreg. Vi har anbefalt at både sentrale helsemyndigheter, helseforetak og lokale sykehusavdelinger setter i gang tiltak for å redusere risiko for at pasienter utsettes for umenneskelig behandling.⁵⁵

Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, og på en inngripende måte med lite bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt eller selvbestemmelse.⁵⁶ Risikoen øker dersom skjerming med isolasjonspreg brukes overfor barn og unge. Både FNs torturkomité og FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at isolasjon og isolasjonsliknende tiltak bør forbyes overfor personer i en særlig sårbar situasjon, som personer med en nedsatt funksjonsevne og barn.⁵⁷ Barn og unge med psykiske helseutfordringer kan være ekstra sårbare, og bruk av isolasjonsliknende tiltak innebærer en særlig risiko for alvorlige skadevirkninger.

⁵² NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

⁵³ Sivilombudsmannens årsmelding om forebyggingsarbeidet fra 2017, Dokument 4:1 (2017–2018), side 24–27.

⁵⁴ 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

⁵⁵ Anbefalingene står på siste side av rapporten (klikk på lenken over).

⁵⁶ Sivilombudsmannen, Temarapport 2018, side 32–36 og side 52. Se også FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 89; FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, retningslinjer om tolkning av CRPD artikkel 14, vedtatt september 2015, avsnitt 12; og CPTs rapport etter besøk til Norge i 2005, CPT/Inf (2006) 14, avsnitt 107.

⁵⁷ FNs spesialrapportør mot tortur, årsrapporter til FNs generalforsamling for 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b), og for 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 84 d) og Se også FNs torturkomité, anbefalinger til New Zealand, 2. juni 2015, CAT/C/NZL/CO/6, avsnitt 15 bokstav b.

Skjerming av barn og unge

I psykisk helsevernloven § 4-3 er det ikke fastsatt noen aldersgrense for bruk av skjerming. Ifølge Helsedirektoratet kan skjerming brukes overfor barn og unge, uavhengig av alder og av om barnet er enig i innleggelsen eller ikke.⁵⁸ Hensynet til barns særlige rett til vern gjør imidlertid at det gjelder særlig strenge krav til vurderinger av nødvendighet og forholdsmessighet.⁵⁹

7.2 Bruk av skjerming

Tall fra klinikken viste at det var fattet 13 skjermingsvedtak på ungdomspost M1 i 2017 og 13 vedtak i 2018. På tidspunktet for besøket i 2019 var det registrert tre vedtak. Ungdomspost N1 hadde 23 vedtak i 2017, 13 vedtak i 2018 og ett skjermingsvedtak på tidspunktet for besøket i 2019. Samlet viste tallene en klar reduksjon av antall skjermingsvedtak fra 2017 til besøkstidspunktet i 2019. Barneposten K1 hadde ingen vedtak om skjerming.

Funn gjort under besøket tydet på at enkelte ansatte hadde misforstått reglene om når det må fattes vedtak om skjerming. Enkelte ansatte mente at det først skal fattes vedtak etter 12 eller 24 timer og var ikke kjent med at det skal fattes vedtak med en gang barn og unge motsetter seg skjerming. Det var også uklart om alle ansatte forstod at det må fattes vedtak også når ungdommene motsetter seg skjerming på andre måter enn ved fysisk motstand. Disse misforståelsene gir risiko for at tiltak som innebærer skjerming, ikke blir vurdert av den faglige ansvarlige før det iverksettes. Dette så ut til å ha skjedd i noen tilfeller. Det er ikke tillatt for miljøpersonalet å iverksette skjerming som ungdommer motsetter seg.⁶⁰ Dersom behov for skjerming oppstår på kvelds- eller nattestid skal vakthavende lege varsles for muntlig vedtak per telefon.

Anbefaling: Bruk av skjerming

- Avdelingen bør sikre at alle faste ansatte og vikarer mottar grundig opplæring om vilkår for bruk av skjerming og om hva som ligger i å motsette seg skjerming.

7.3 Vedtak om skjerming

De fleste vedtakene inneholdt opplysninger som tydet på at vilkårene i bestemmelsen om skjerming var vurdert. Vedtakene inneholdt stort sett tilstrekkelig konkrete opplysninger om hvilke faktiske forhold som gjorde at det ble vurdert behov for skjerming. Vedtakene inneholdt også informasjon om ungdommenes syn, og eventuelle tidligere erfaringer med skjerming, som påkrevd i loven.⁶¹

Ett av de gjennomgåtte vedtakene manglet helt en vurdering av hva som var bakgrunnen for skjermingen. Det kom ikke fram om ungdommens nærmeste pårørende var blitt informert om vedtaket.

7.4 Utforming av skjermingslokalene

Skjerming på ungdomspostene kunne foregå på ungdommens eget rom, eller på en skjermet enhet. Begge ungdomspostene hadde en egen skjermingsenhet. Våre funn tydet på at det vanligste var at

⁵⁸ Helsedirektoratet, kommentarer til psykisk helsevernloven, spesielt om vedtak etter lovens kapittel 4 overfor barn og unge under 16 år (sist faglig oppdatert 1. november 2017).

⁵⁹ Grunnloven § 104 og psykisk helsevernloven § 4-2.

⁶⁰ Psykisk helsevernloven § 4-3 andre ledd. Se også Helsedirektoratets kommentarer til bestemmelsen (sist faglig oppdatert 29. november 2017).

⁶¹ Psykisk helsevernloven § 4-2 andre og tredje ledd.

skjerming ble gjennomført på en av skjermingsenhetene. Skjermingslokalene var utformet på en måte som kunne virke skremmende og utrygt for ungdom med psykiske helseutfordringer. Skjermingslokalenes utforming synes i seg selv å bidra til økt risiko for isolasjon (se nedenfor).

Generelt om skjermingslokalene

Skjermingslokalene hadde samme planløsning på begge sengepostene. De besto av et pasientrom med toalett, en gang, en sluse mellom pasientrommet og et rom som ble kalt forsterket skjermingsrom eller TMA-rom.⁶² Dette rommet hadde eget bad med dusj. Det var i tillegg et avlåst aktivitetsrom. Det var direkte utgang fra skjermingsenhetene til atrié og en egen utgang.

Lokalene var sterile, uten farger eller utsmykning. Ingen av enhetene hadde tilgang til stue eller fellesrom. På aktivitetsrommet fantes et treningsapparat, noen stoler og ellers ingenting. Rommet var normalt låst, og det ble vurdert individuelt om barn og unge på skjerming kunne få bruke det.

Under befaringen fant vi dørklosser i et utstyrsskap og i et lagerrom inne på begge skjermingsenhetene. Klossene var merket med navn på sengeposter på voksenavdelingen på sykehuset. Ombudsmannen pekte i et tidligere besøk til voksenavdelingen i Stavanger på at slikt utstyr ikke kan brukes til å stenge eller sperre pasienter inne på pasientrommet uten at vilkårene for isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8 er oppfylt.⁶³ Det kom ikke fram informasjon under besøkene til ungdomspostene om at klosser var blitt brukt på denne måten.⁶⁴ Å ha tilgang til dørklosser kan uansett gi en risiko for at det etableres rutiner ved skjerming som medfører at ungdommene blir innesperret på rommet. Klossene ble fjernet fra enhetene under besøket.

Pasientrom (vanlig skjermingsrom)

Pasientrommet var hvitmalt og hadde bare en seng, en stol og et låsbart skap i et hjørne. Vinduene var dekket med «frosting» som gjorde det umulig å se ut. Rommet hadde inngang til eget toalett.

Isolasjonsrom (forsterket skjermingsrom)

Rommet som ble kalt for et forsterket skjermingsrom liknet en glattcelle. Rommet var helt uten møbler bortsett fra en plassbygd seng med en plastmadrass. Rommet var preget av totalt fravær av normale sanseintrykk. Vinduene var helt dekket med frosting, slik at det ikke var mulig å se ut. Frostingen begrenset innfallet av dagslys. I tillegg var det utvendige persienner som ikke kunne styres av ungdommen selv. Lysbryterne i rommet var skjult i en veggensor som gikk i ett med veggen.

Dørene inn til rommet hadde to sirkelformede inspeksjonsvinduer, ett nede mot gulvet og ett i hodehøyde. Inspeksjonsvinduer kan skape en økt opplevelse for ungdommene av at de bevoktes og er fratatt autonomi. De øker også risikoen for at rommet i realiteten brukes til isolasjon. Dørvrideren på pasientens side av døren var rund og gjorde det vanskeligere for pasienten å åpne døren.

Vi fikk opplyst at rommet ikke ble brukt som isolasjonsrom, men for håndtering av utagering når det var behov for fastholding på madrass på gulvet. Ombudsmannen fant likevel flere eksempler på at rommet var brukt til gjennomføring av isolasjon. Det kom også fram noen eksempler fra de siste

⁶² TMA står for Terapeutisk mestring av aggresjon, og er et kurs utviklet av Helse Stavanger HF om forebygging og håndtering av aggresjon.

⁶³ Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus, spesialavdeling for voksne, 9.-12. januar 2017, side 28-29.

⁶⁴ Dokumentgjennomgang viste at klossene var benyttet til isolering av en ungdom i 2017.

årene på at rommet i perioder var blitt benyttet som oppholdsrom for ungdom med særlig dårlig psykisk helsetilstand (se kapittel 7.5 *Gjennomføring av skjerming*).

For barn og unge i en sårbar livssituasjon kan det virke særlig skremmende å bli tatt med til et slikt rom, og kunnskapen om at det finnes kan også virke skremmende. Som påpekt i tidligere besøksrapporter, kan slike strippede rom på skjermingsenheter bidra til å senke terskelen for bruk av tvangsmidler og øke risikoen for at pasientene opplever skjerming som utrygt.⁶⁵ FNs torturkomité har uttrykt bekymring over at det fortsatt bygges pasientrom i moderne psykisk helsevern som er tilpasset for inngripende tvangsbruk som isolasjon.⁶⁶ Rommenes manglende innredning og glatte preg har trolig bidratt til at ungdomspostene de siste årene har hatt mer bruk av isolasjon enn det som er vanlig i voksenpsykiatriske sengeposter (se kapittel 8.5 *Bruk av isolasjon*).

Sammenblandingen kan bidra til å viske ut skillet mellom skjerming og tvangsmidler. Dette viste seg også ved at rommene som fremsto som glattceller, ble omtalt av mange ansatte som skjerming. Andre ansatte var samtidig kritiske til forholdene på skjermingsenhetene, særlig dette rommet. Ansatte omtalte også rommet som «glattcella» eller «skjermingscella». Gjennomgang av dokumenter viste at flere ungdommer har opplevd dette rommet som svært ubehagelig eller skummelt. En ungdom beskrev at de nakne omgivelsene gjorde at h*n opplevde å bli «behandlet som et dyr».

De forsterkede skjermingsrommene fremsto samlet sett som skremmende og uegnet til å ivareta barn og unges trygghet, integritet og verdighet.

Skjerming for å redusere sanseintrykk

Under besøket kom det fram at mange, også behandlere, mente at bruk av sterile rom med svært få sanseintrykk var nødvendig som del av behandling for maniske eller sterkt urolige ungdommer.

Med utgangspunkt i kliniske erfaringer er det antatt at skjerming med reduksjon av stimuli kan gi en positiv behandlingseffekt.⁶⁷ Samtidig er kunnskapsgrunnlaget svakt og mange pasienter opplever skjerming som straff.⁶⁸ Helsedirektoratet understreker at skjerming må tilpasses den enkelte og bør skje i samarbeid med pasienten. Det har vært lite oppmerksomhet om hvilke typer stimuli det kan være nyttig for pasienter å bli skjermet fra og eventuelt i hvor stor grad.⁶⁹ Skjermingslokaler som tar utgangspunkt i et fravær av normale sanseintrykk og som har et avstraffende preg, fremstår som dårlig egnet til å ivareta sårbar ungdom.

Forskningsstudier gir ikke støtte for at slike skjermingslokaler bidrar til god behandling ved å redusere sanseintrykk.⁷⁰ Tvert imot viser studier at skjerming er det tiltaket som i størst grad skaper en opplevelse av tvang under innleggelser.

⁶⁵ Se f.eks. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.–21. september 2017, side 18.

⁶⁶ FNs torturkomité, anbefalinger til New Zealand, 2. juni 2015, CAT/C/NZL/CO/6, avsnitt 15. Se også Sharon Shalev, *Thinking Outside the Box? A review of seclusion and restraint practices in New Zealand*, side 37-38 og side 59.

⁶⁷ Helsedirektoratet, Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar, 2012, rapport IS-1925, side 73-74

⁶⁸ Sivilombudsmannen, skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling, temarapport 2018. Se også Helsedirektoratets veileder, side 73-74 (full referanse i noten over).

⁶⁹ Norsk psykiatrisk forening, Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern, november 2018, side 57.

⁷⁰ Sivilombudsmannens temarapport 2018, side 32–36 og side 52.

Et stimulusfattig miljø kan generelt sett ha varige negative effekter på den kognitive og psykologiske utviklingen, særlig hos barn og unge der hjernen er i utvikling. Begrensning av sanseinntrykk under skjerming kan føre til understimulering som forsterker indre opplevelser, i stedet for å dempe dem.⁷¹ Dette kan skape negative spiraler der pasienters tilstand gradvis forverres, og hvor skjermingsopplegget gis et stadig mer begrenset innhold. Gjennomgang av dokumenter ga bekymring for at enkelte langvarige skjermingsopphold hadde hatt et slikt preg (se kapittel 7.5 *Gjennomføring av skjerming*).

Skjermingslokaler bør utformes på en human måte, som ikke legger opp til fratakelse av normale, positive sanseinntrykk. Sivilombudsmannens erfaringer tyder på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan påvirke omfanget av tvangsbruk. Dette er også i samsvar med forskning om temaet.⁷² Nakne omgivelser med sterkt sikkerhetspreg gir en høy risiko for at pasientenes opplevelser preges av tvang og avstraffelse i stedet for støtte, omsorg og behandling. Det kan være utfordrende for ansatte som skal følge opp ungdommene og bidra til å motvirke slike negative opplevelser.

Oppfølging fra Fylkesmannen i Rogaland

Ombudsmannen er kjent med at Fylkesmannen i Rogaland de siste årene har fulgt opp flere problematiske forhold som gjelder bruk av skjermingsenhetene på ungdomspostene. Fylkesmannen har blant annet konkludert med at bruk av de forsterkede skjermingsrommene som oppholdsrom for ungdom er i strid med kravet til faglig forsvarlighet og derfor ulovlig.⁷³

Fylkesmannen har gitt detaljerte pålegg for å sikre at de forsterkede rommene gjøres om til vanlige pasientrom og at skjermingslokalene generelt gis en mer forsvarlig utforming. Klinikken har varslet om flere tiltak for å følge opp fylkesmannens pålegg, inkludert å sikre at de forsterkede rommene blir gjort om til mer vanlige oppholdsrom. Endringene skal ifølge klinikken omfatte møblering, nye dørvidere for å gjøre det lettere å åpne døren og mer utsikt fra vinduene. Det skulle også gjøres endringer i fargevalg og utsmykning, både i de forsterkede rommene og ellers i skjermingslokalene. Ifølge klinikken var det bevilget midler til endringene. I planleggingen hadde klinikken involvert sitt Ekspertråd, som bestod av pasienter med tidligere erfaring fra psykisk helsevern. Det er positivt.

På tidspunktet for ombudsmannens besøk var det ikke gjennomført endringer av skjermingslokalene. Skjermingslokalene gir uverdige forhold for ungdom, og ombudsmannen forutsetter at arbeidet med å foreta de nødvendige endringene gis høy prioritet i klinikken.

Anbefaling: Utforming av skjermingslokalene

- Avdelingen bør sikre en human utforming av lokaler til bruk ved skjerming. Rommene som er innredet som glattceller bør gjøres om til vanlige pasientrom eller stenges.

⁷¹ U. F. Malt, Ole A. Andreassen, Ingrid Melle og Dag Årslund (red.), Lærebok i psykiatri, 3. utgave 2014, side 854–855.

⁷² Madan A., Borckhardt J.J. Grubaugh A. L., Danielson C.K., McLeod-Bryant S., Cooney H., Herbert J., Hardesty S.J. og 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.

⁷³ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

7.5 Gjennomføring av skjerming

Da ombudsmannen var på besøk, var det ingen ungdommer som var innlagt med skjermingsvedtak. Ungdommene vi snakket med hadde ikke opplevd skjerming. Funnene er basert på samtaler med ansatte og gjennomgang av dokumenter.

Føringene i tvangsprotokollene tydet på at skjerming oftest ble gjennomført på et pasientrom i en av skjermingsenhetene. Skjermet enhet ble som regel brukt ved tilstander som mani, psykose for å begrense sanseintrykk som ledd i behandling, og ved utagerende atferd for å skjerme de andre ungdommene (se også nedenfor om bruk av forsterkede skjermingsrom).

Det forekom også bruk av skjerming på ungdommens eget rom. Skjerming på eget rom ble benyttet dersom symptomer eller atferd ble vurdert som noe mindre alvorlige, eller ved forsøk på en gradvis tilbakeføring til fellesskapet med de andre ungdommene.

Våre funn tydet på at ungdommer som var skjermet hadde mulighet til å være med å påvirke aktiviteter og behandlingen sin. Blant annet var det eksempler på at ungdom som var skjermet deltok på møter med behandlerteamet sitt. Ungdommenes synspunkter og ønsker så ut til å bli møtt på en god måte av de ansatte. De blir gjennomgående omtalt på en respektfull måte som tydet på at det tas hensyn til den enkelte ungdoms behov. Dokumentasjonen tydet også på at foreldre og søsken ble involvert og fikk veiledning av ansatte.

Ungdomspostene så ut til å ha rutiner som sikrer at det ble laget behandlingsplaner for skjermingsopphold, som omfatter miljøterapeutiske tiltak, tilpassede aktiviteter inne og utendørs, og målsetning med skjermingstiltaket. Behandlingsplanene ble tilpasset i takt med endringer i situasjonen til ungdommene. Dokumentene tydet på at de fikk mulighet til å oppholde seg utendørs i atriene hver dag og at det ble lagt til rette for besøk fra pårørende. Dokumentene tydet på bevissthet om at begrensning av mobiltelefonbruk for barn og unge under 16 år krever avtale med foreldre, og vedtak etter at de har fylt 16 år.

Det så også ut til at ungdommene som regel har perioder med opphold i fellesområdene med de andre ungdommene selv om skjermingsvedtaket fortsatt gjaldt. Det legger til rette for så lite inngripende skjermingstiltak som mulig. Samtidig er det viktig at ungdomspostene har rutiner for å sikre en fortløpende vurdering av om vilkårene for skjerming er oppfylt, og at vedtak oppheves når det ikke lenger er behov for det.

I en del tilfeller så ungdom ikke ut til å føle seg trygge eller behandlet på en respektfull måte under skjermingen. For noen så dette ut til å handle om utrygge fysiske omgivelser på skjermingsenhetene (se kapittel 7.4 *Utforming av skjermingslokalene*). Det var også noen eksempler på overdreven grensesetting og korrigeringer.

Langvarig og inngripende skjerming

Hvis skjerming pågår i lang tid uten at det skaper noen forandring i ungdommens helsetilstand, kan det bety at ungdommen har behov for et annet eller mer spesialisert behandlingsopplegg. I slike

tilfeller skal stedet varsle kontrollkommisjonen.⁷⁴ Kontrollkommisjonen bør vurdere å varsle saker om langvarig skjerming videre til Fylkesmannen.⁷⁵

Funn viste at noen særlig sårbare ungdommer har blitt utsatt for spesielt langvarig skjerming. En av ungdommene hadde mer enn 15 vedtak om skjerming under innleggelse de siste årene. De fleste vedtakene så ut til å ha vart i 14 dager og ble gjennomført på skjermingsenheten. Den samlede varigheten fremsto som svært bekymringsfull, særlig i lys av de fysiske forholdene.

Noen av ungdommene med langvarige skjermingsopphold var også blitt utsatt for mye annen tvangsbruk. En ungdom med særlig lavt funksjonsnivå og språklige utfordringer hadde opplevd svært omfattende bruk av fastholding og isolering i forbindelse med langvarige opphold på skjermingsenhet. Ungdommen ble i et stort antall tilfeller holdt fast av ansatte i forbindelse med tilbakeføring til skjerming, uten at tiltakene ble registrert som vedtak. Omfanget av tvangstiltak var derfor mer omfattende enn det som var registrert. Dette var et resultat av en generell misforståelse om regelverket (se kapittel 8.6 *Bruk av kortvarig fastholding*).

Det kom også fram informasjon om at noen av disse ungdommene hadde tilbrakt deler av skjermingen inne på et av de forsterkede skjermingsrommene, i noen tilfeller opptil flere uker av gangen. Dette er helt uakseptabelt. Rommene er skremmende og uegnede som oppholdsrom (se kapittel 7.4 *Utforming av skjermingslokalene*). I flere av sakene om langvarig skjerming kan vi ikke se at kontrollkommisjonen har vært involvert.

Skjerming i så lang tid som beskrevet ovenfor, utgjør en klar risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Etter ombudsmannens syn var skjermingslokalene på ungdomspostene ikke egnet for opphold av så lang varighet.

Anbefaling: Gjennomføring av skjerming

- Avdelingen bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig bruk av skjerming.

⁷⁴ Psykisk helsevernforskriften § 30 tredje ledd.

⁷⁵ Psykisk helsevernforskriften § 63 fjerde ledd jf. Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 12.2. Velferdskontrollens innhold (sist faglig oppdatert 12. november 2018).

8 Bruk av tvangsmidler

8.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Ifølge menneskerettighetene skal inngripende makt og tvangsmidler kun brukes overfor barn og unge ved overhengende fare for at de skader seg selv eller andre, som en siste utvei og for kortest mulig tid.⁷⁶ Det kan bare skje i tilfeller som er tydelig regulert i lov og forskrift. Det stilles strenge krav til dokumentasjon som begrunner tiltaket og beskriver gjennomføringen.⁷⁷

CPT anbefaler at barn under 16 år aldri utsettes for inngripende tvangsmidler. I tilfeller hvor det er nødvendig å gripe inn fysisk for å unngå skade på barnet selv eller andre, er det eneste akseptable tiltaket at ansatte holder barnet fast til faren for skade er over.⁷⁸ Både FNs torturkomité og FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at tvangsmidler, isolasjon og liknende tiltak bør forbys overfor personer i en særlig sårbar situasjon, som personer med nedsatt funksjonsevne og barn.⁷⁹ Barn og unge med psykiske helseutfordringer er ekstra sårbare, og bruk av tvangsmidler innebærer derfor særlig risiko for alvorlige skadevirkninger. Etter menneskerettslige standarder er det derfor særlig problematisk å benytte inngripende tvangsmidler som belteseng, isolasjon og korttidsvirkende legemidler mot barn, uansett alder.

I norsk lovgivning er bruk av tvangsmidler regulert i psykisk helsevernloven § 4-8. Etter denne bestemmelsen er tvangsmidler kun tillatt når det er tvingende nødvendig for å hindre barn og unge i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Som vist over, setter menneskerettighetene strenge krav om at tvangsmidler kun skal brukes i en akutt situasjon. Det er derfor problematisk at den norske loven tillater bruk av særlig inngripende tvangsmidler som belter, isolering eller injeksjoner for å hindre skade på *gjenstander*.⁸⁰

Etter lovens § 4-8 er fire typer tvangsmidler tillatt for voksne og barn over 16 år: a) mekaniske tvangsmidler, som belteseng eller transportbelter, b) innesperring bak en låst eller stengt dør (isolering), c) korttidsvirkende legemidler som beroligelse eller bedøvelse, og d) kortvarig fastholding.

Det er forbudt å bruke mekaniske tvangsmidler (som belteseng eller transportbelter) og isolasjon mot barn under 16 år, men tillatt å bruke korttidsvirkende legemidler og fastholding.⁸¹

⁷⁶ EMDs dom *M.S. mot Kroatia (nr. 2)*, 19. februar 2015, avsnitt 104; Havanareglene, regel 64 og FNs spesialrapportør mot tortur, årsrapport til FNs generalforsamling 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 86 f).

⁷⁷ EMDs dom *M.S. mot Kroatia (nr.2)* avsnitt 106-110 og *Bures mot Tjekkia*, dom 18. oktober 2012, avsnitt 102-104.

⁷⁸ Se f.eks. CPTs rapport etter besøk til Polen i 2017, CPT/Inf (2018) 39, avsnitt 134.

⁷⁹ FNs spesialrapportør mot tortur, årsrapporter til FNs generalforsamling for 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b), og for 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 84 d). Se også FNs torturkomité, anbefalinger til New Zealand, 2. juni 2015, CAT/C/NZL/CO/6, avsnitt 15 bokstav b.

⁸⁰ EMD 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 (nr.2)*, 19. februar 2015, avsnitt 104). Se Europarådets ministerkomité's anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed». Anbefalingene gjelder i utgangspunktet også for barn.

⁸¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 tredje ledd.

8.2 Oppfølging av funn om ulovlig bruk av tvangsmidler

Fylkesmannen i Rogaland har i en tilsynssak konstatert lovbrudd på grunn av bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler overfor en ungdom under 16 år ved en av ungdomspostene. Under oppfølgingen av tilsynssaken ble Fylkesmannen varslet av den lokale kontrollkommisjonen om enda et tilfelle med ulovlig bruk av isolasjon av en pasient under 16 år. Sakene utløste en omfattende oppfølging fra Fylkesmannens side.

Ombudsmannens funn viser at avdelingen som helhet har arbeidet mye med å følge opp kritikken fra Fylkesmannen om tvangsbruk og skjerming. Tiltakene omfattet styrket opplæring i reglene i psykisk helsevernloven om lovlig tvangsbruk, endring av interne rutiner for tvangsbruk, fokus på bedre dokumentasjon ved bruk av tvang, avvikshåndtering, sikre systematisk øving for ansatte på terapeutisk mestring av aggresjon og gjennomgang av turnus. Tiltakene syntes å ha blitt fulgt opp i organisasjonen. Vår gjennomgang viste at det gjenstod arbeid med å sikre riktig bruk av regelverket og kvalitetssikring av rutiner for dokumentasjon av vedtak om tvangsmidler (se kapitlene 7.3-7.8).

Det ble ikke gjort funn som tydet på flere tilfeller av ulovlig bruk av mekaniske tvangsmidler eller isolasjon av barn under 16 år.

8.3 Nødrett og nødverge som grunnlag for bruk av tvangsmidler

I klinikkens prosedyrer for bruk av tvang på døgnposter for barn og unge er det flere steder vist til strafferettslig «nødrett» og «nødverge» som et mulig grunnlag for bruk av tvangsmidler. Sengepostene hadde også en egen nødrettsprotokoll i papir. I en nødrettsprotokoll for ungdomspost M1 var det beskrevet ett tilfelle av nødrett i en situasjon der en ungdom hadde forsøkt å rømme fra avdelingen. Det var ikke dokumentert i protokollen hva tiltaket gikk ut på, eller om det fant sted innenfor eller utenfor institusjonens område. Nødrettsprotokollene var etablert som en måte å dokumentere tilfeller i sengepostene der loven ikke ble fulgt, eller ved bruk av ulovlig tvang utenfor sykehusets område.

Sivilombudsmannen vil understreke at det er uttømmende regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 hvilke tvangsmidler som er tillatt innenfor institusjonens område.⁸² Bruk av tvangsmidler i strid med disse vilkårene er ulovlig. Utenfor området er det kun politiet som har rett til å bruke makt. Ansatte som bryter disse reglene kan fritas for straff dersom vilkårene for nødrett eller nødverge i straffeloven er oppfylt.

Reglene om nødrett og nødverge er imidlertid straffrihetsgrunner, ikke lovhjemler. Å bruke slike begreper i en prosedyre om tvangsbruk kan bidra til å skape misforståelser om at det er lov å bruke inngripende tvang på sengepostene i større grad og med andre midler enn det loven sier. Samtaler med enkelte ansatte tydet på misoppfatninger om nødrett og nødverge som lovhjemmel for tvangsbruk. Erfaringer fra ombudsmannens tidligere besøk viser risiko for at bruk av vagt formulerte regler om nødrett «settes i system» og for at ulovlig tvang skjer også utenfor nødrettssituasjoner.

Anbefaling: Nødrett og nødverge som grunnlag for bruk av tvangsmidler

- Avdelingen bør sikre at nødrett eller nødverge ikke brukes som rettslig grunnlag for bruk av tvangsmidler, og sikre at avvik fra lovens bestemmelser blir dokumentert, meldt og fulgt opp av ledelsen.

8.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Ingen ungdommer var beltelagt eller påsatt transportbelter under besøket, og ingen vi snakket med hadde opplevd dette ved tidligere innleggelses. Belteseng og transportbelter var tilgjengelige på ungdomspostene, men var lagret ute av syne for pasientene.⁸³

Ifølge tall fra klinikken det var det fattet ett vedtak om mekaniske tvangsmidler på ungdomspost N1 i 2017. Dette var det ulovlige vedtaket mot en ungdom under 16 år (se kapittel 8.2 *Oppfølging av funn om ulovlig bruk av tvangsmidler*).

Føringer i tvangsprotokollen og vedtak vi mottok fra klinikken, viste imidlertid at det samme år også ble fattet ett slikt vedtak på ungdomspost M1. Det er uklart hvorfor dette ikke inngikk i avdelingens tall for bruk av tvang. Det kom fram at ungdommen var redd og forvirret etter å ha kommet i ambulanse med politi, iført spytthette. Beltene ble løst opp gradvis, og tatt helt av etter fem timer og et kvarter. Det var ikke tilstrekkelig dokumentert om det hadde blitt kontinuerlig vurdert om tiltaket kunne avsluttes. Ifølge journalnotene sovnet ungdommen etter 45 minutter. Det framgikk ikke hvorfor det var helt nødvendig å opprettholde tvangen i mer enn fire og en halv time etter dette.

FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at enhver bruk av tvangsmidler mot personer med nedsatt mental funksjonsevne totalforbys (se kapittel 8.1 *Menneskerettigheter og norsk lov*). Barn og unge med psykiske helseutfordringer er ekstra sårbare. Bruk av tvangsmidler innebærer derfor særlig risiko for alvorlige skadevirkninger. Bruk av tvangsmidler skal avsluttes så snart faren for skade ikke lenger er til stede, og dette må dokumenteres grundig for ikke å bryte forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁸⁴ Dette gjelder spesielt barn og unge.

Ingen av sengepostene hadde hatt registrerte vedtak om mekaniske tvangsmidler etter 2017. Det ble ikke funnet flere uregistrerte tilfeller under besøket.

Anbefaling: Bruk av mekaniske tvangsmidler

- Bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge bør ikke forekomme. I en akutt faresituasjon, må avdelingen sikre at tiltaket alltid avsluttes så snart faren for skade ikke lenger er til stede. Grundig dokumentasjon av alle tiltak og vurderinger bør sikres i samsvar med menneskerettslige krav.

8.5 Bruk av isolasjon

Ved ungdomspost M1 ble det ifølge klinikkens tall fattet ti vedtak om isolasjon i 2017 og sju vedtak i 2018, men ingen i 2019 på tidspunktet for besøket på M1. Ungdomspost N1 hadde ikke registrert vedtak om isolasjon i 2018, men 31 vedtak året før. I 2019, på tidspunktet for besøket, var det registrert to vedtak. Tallene viser en klar reduksjon av vedtak om isolasjon i perioden 2017-2019. De er imidlertid ikke helt pålitelige, da dokumentasjon fra Fylkesmannen viser at en pasient over en lang periode i 2018 fikk 10 vedtak om isolering. Ett av vedtakene varte i én time og 50 minutter.

⁸³ Se bl.a. <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>

⁸⁴ EMDs dom i *Bures mot Tjekkia*, 18. oktober 2012, avsnitt 102-104. Se også psykisk helsevernforordningen § 26 tredje ledd.

FNs torturkomité har anbefalt at bruk av isolasjon og liknende tiltak mot barn forbys (se kapittel 8.1 *Menneskerettigheter og norsk lov*). Barn og unge med psykiske helseutfordringer er ekstra sårbare, og isolasjon innebærer derfor særlig risiko for alvorlige skadevirkninger. I forarbeidene til psykisk helsevernloven står det at:

«Isolering er et meget alvorlig og svært ofte sterkt traumatisk inngrep, hvor det også ikke sjelden vil være en ikke ubetydelig fare for direkte behandlingmessige skadevirkninger.»⁸⁵

Tallene over viser at ungdomspostene har hatt et høyere omfang av vedtak om isolering enn de fleste voksenpsykiatriske sengeposter som tidligere er besøkt av ombudsmannen.⁸⁶ Det er derfor viktig at bruken er klart redusert i 2019.

Ungdom hadde vært isolert både på eget rom og inne på skjermet enhet.

Fylkesmannen har i flere tilsynssaker de siste årene kritisert ungdomspostene for svak dokumentasjon av isolasjon i strid med kravet til faglig forsvarlighet.⁸⁷ I en tilsynssak om gjentatte vedtak om isolasjon av en ungdom, fant Fylkesmannen at det ikke var dokumentert om mindre inngripende tiltak var forsøkt.⁸⁸ Fylkesmannen pekte også på at personalet kunne ha bidratt til å eskalere situasjonen, ved å ta ungdommen inn på et det forsterkede skjermingsrommet. Ungdommen hadde tidligere omtalt rommet som «skummelt». Det var ikke tilstrekkelig dokumentert om personalet hadde gjort nok for å sikre at isolasjonen ble så kortvarig og lite inngripende som mulig. Ved ett tilfelle ble ungdommen isolert i 55 minutter. For flere av vedtakene mente Fylkesmannen at det ikke var dokumentert at det var helt nødvendig å bruke isolasjon.⁸⁹

Ombudsmannens gjennomgang av vedtak om isolasjon viste at enkelte vedtak fortsatt var begrunnet på en mangelfull og lite konkret måte. I ett vedtak ble tiltaket begrunnet utelukkende med at pasienten var innlagt på tvungen observasjon og at «H*n utagerer kraftig og må derfor isoleres og skjermes». Isoleringen pågikk i 30 minutter. I et annet vedtak var begrunnelsen: «Isolasjon i fb med utagering [sic]». Ingen av vedtakene inneholdt opplysninger om hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt. Dette tiltaket pågikk i 25 minutter. Slike vedtak tilfredsstiller åpenbart ikke krav til begrunnelse for hvorfor tiltaket var strengt nødvendig. I pasientjournalen gikk det fram at «Isoleringen hadde ingen god effekt, h*n blei tiltakende meir redd og motorisk urolig og trugande i atferden. H*n blei rolig etter at vi åpna døra og lot h*n sitte nært personal».

Det fremgår heller ikke av disse vedtakene om pårørende var informert om tiltaket. Ombudsmannen viser til at nærmeste pårørende er en viktig rettssikkerhetsgaranti for pasienter, særlig for barn og unge, og at de har rett til informasjon om vedtak om tvangsmidler, med mindre ungdommen motsetter seg det.⁹⁰

⁸⁵ Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), side 120–121.

⁸⁶ Se f.eks. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Sykehuset Østfold, sikkerhetspsykiatriske seksjoner, 9.–11. oktober 2018, side 21; rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri, 2.–4. mai 2017, side 25 og rapport etter besøk til Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, 27. februar –1. mars 2018, side 20.

⁸⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

⁸⁸ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd og § 4-2.

⁸⁹ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

⁹⁰ Psykisk helsevernloven § 27 tredje ledd. For utfyllende presiseringer, se Helsedirektoratets brev, Fortolkning - Psykisk helsevernloven - Informasjon til pårørende, 10. juli 2018.

Begge vedtakene ble iverksatt om natten, og var av betraktelig svakere kvalitet enn gjennomgåtte vedtak om isolering som var fattet på dagtid.

Våre funn tydet på at skjermingslokalenes skremmende utforming i seg selv ga risiko for isolasjon. Dette gjelder særlig de «forsterkede skjermingsrommene», som liknet glattceller (se kapittel 7.4 *Utforming av skjermingslokalene*). FNs torturkomité har uttrykt bekymring over at det fortsatt bygges pasientrom i moderne psykisk helsevern som er tilpasset for inngripende tvangsbruk som isolasjon.⁹¹ Rommenes manglende innredning og glatte preg har trolig bidratt til at ungdomspostene de siste årene har hatt mer bruk av isolasjon enn det som er vanlig i voksenpsykiatriske sengeposter. Det er bekymringsfullt at ungdomspostene har utformet skjermingslokaler på en måte som øker risikoen for bruk av isolasjon.

Anbefalinger: Bruk av isolasjon

- Bruk av isolasjon overfor barn og unge bør ikke forekomme. I en akutt faresituasjon, må avdelingen sikre at bruk av isolasjon kun skjer når det er tvingende nødvendig og avsluttes så snart faren for skade ikke lenger er til stede. Tilstrekkelig dokumentasjon av alle tiltak og vurderinger bør sikres i samsvar med menneskerettslige krav.
- Avdelingen bør påse at nærmeste pårørende alltid informeres om vedtak om tvangsmidler der ungdommen ikke motsetter seg det, og at dette dokumenteres.

8.6 Bruk av kortvarig fastholding

Tall fra klinikken viste at det ble fattet 123 vedtak om fastholding på ungdomspost N1 i 2018, og 80 vedtak i 2017. På besøkstidspunktet hadde denne sengeposten, ifølge sykehusets tall, ingen vedtak om fastholding i 2019. Tvangsprotokollene viste imidlertid at det var blitt fattet ett vedtak om fastholding i 2019 på denne posten. På ungdomspost M1 var det registrert 25 vedtak om fastholding i 2018, og 27 vedtak året før. På besøkstidspunktet var det registrert 15 vedtak om fastholding i 2019. Ved barneposten K1 var det registrert 24 vedtak i 2018, og 16 året før. På tidspunktet for besøket var det fattet ett vedtak om fastholding i løpet av 2019. Tallene fra klinikken tyder på en klar reduksjon i omfanget av fastholdingsvedtak, særlig på ungdomspost N1.

Funn fra besøket tydet på at de ansatte hadde kunnskap om at det alltid skal fattes vedtak om kortvarig fastholding, uavhengig av hvor lenge denne varer.

De ansatte hadde sprikende oppfatninger om hva som er tillatt for å iverksette eller opprettholde et skjermingsvedtak. I klinikkens prosedyrer ble det vist til psykisk helsevernforskriften § 18 om at pasienten fysisk kan ledes dit skjermingen gjennomføres, og at pasienten kan holdes tilbake ved forsøk på å forlate rommet. I prosedyren går det videre fram at «iverksettelse og opprettholdelse av skjerming er dekket av vedtaket jf. § 4-3 skjerming». Gjennomgang av skjermingsvedtak viste at det ikke ble vurdert som nødvendig å fatte vedtak ved behov for holding for å hindre en ungdom å forlate skjermingsavsnittet. Dette er ikke en korrekt forståelse av regelverket. Holding som går utover det som kan beskrives som fysisk leding, må vurderes etter reglene om bruk av tvangsmidler, uavhengig av hvor det skjer. Fastholding er kun tillatt i akutte situasjoner.

⁹¹ FNs torturkomité, anbefalinger til New Zealand, 2. juni 2015, CAT/C/NZL/CO/6, avsnitt 15. Se også Sharon Shalev, *Thinking Outside the Box? A review of seclusion and restraint practices in New Zealand*, side 37-38 og side 59.

Helsedirektoratet har i sine kommentarer om gjennomføring av skjerming uttalt:

«Det er adgang til fysisk å lede pasienten dit skjermingen skal gjennomføres. En rent språklig forståelse av uttrykket "fysisk ledes" tilsier at helsepersonell for eksempel må kunne snu rundt, leie eller legge armen rundt pasienten for å få vedkommende med til skjermingsrom.»⁹²

Etter direktoratets syn er det:

«[N]aturlig å se hen til forståelsen av begrepet "kortvarig fastholding" i phvl. § 4-8 og den "nedre grensen" for at holding skal bli å anse som et tvangsmiddel. Det som er mindre enn eller under grensen for kortvarig fastholding som tvangsmiddel, må være lovlig "fysisk leding" til skjermingsrom. Se kommentarene til phvl. § 4-8 vedrørende hva som anses som kortvarig fastholding som henholdsvis er over og under grensen for hva som anses som tvang. For å anvende tvangsmidler som faller inn under phvl. § 4-8, må vilkårene i phvl. § 4-8 være oppfylt.»

Det er et ledelsesansvar å sikre at ansatte kjenner til vilkårene for å holde en pasient og at skjerming ikke medfører ulovlig tvang.

Anbefaling: Bruk av kortvarig fastholding

- Avdelingen bør sikre at fastholding ikke brukes for å iverksette eller opprettholde skjerming uten at vilkårene om bruk av tvangsmidler er oppfylt.

8.7 Bruk av korttidsvirkende legemidler

Tall fra klinikken viste at det var fattet to vedtak om korttidsvirkende legemidler på ungdomspost N1 i 2017. Utover dette, var det ikke registrert vedtak for noen av postene i perioden 2017 og fram til tidspunktet for besøket i 2019. Gjennomgang av andre dokumenter tydet likevel på at det var fattet vedtak om korttidsvirkende legemidler i minst sju andre tilfeller i 2018. Dette gir grunn til bekymring om manglende oversikt.

Barn og unge med psykiske helseutfordringer er ekstra sårbare, og bruk av tvangsmidler innebærer derfor særlig risiko for alvorlige skadevirkninger (se kapittel 8.1 *Menneskerettigheter og norsk lov*).

8.8 Dokumentasjon av tvangsbruk

I kjølvannet av tilsynssaker fra Fylkesmannen, hadde klinikken iverksatt flere tiltak for å sikre korrekt dokumentasjon av tvang (se kapittel 8.2 *Oppfølging av funn om ulovlig bruk av tvangsmidler*).

Som vist i kapitlene 8.4– 8.7, fant vi likevel flere eksempler på manglende oversikt over bruk av tvang, både når det gjaldt vedtak om mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og fastholding. Eksempler på dette var at vedtak var ført i elektronisk journal, men ikke i tvangsprotokollen, eller at tall fra klinikken ikke samsvarte med opplysninger fra kontrollkommisjonen. Funnene gir grunn til bekymring om at avdelingen manglet oversikt over bruken av tvang ved sengepostene og tyder på at det fortsatt er behov for fokus på å sikre en pålitelig oversikt over omfanget av tvangsbruk.

⁹² Helsedirektoratet, Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til § 18 andre ledd (sist faglig oppdatert 20. november 2019).

Anbefaling: Dokumentasjon av tvangsbruk

- Avdelingen bør fortsette arbeidet med å sikre en pålitelig oversikt over bruk av tvang inne på sengepostene.

9 Forebygging av tvang

9.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Menneskerettighetene gir myndighetene plikt til å sette i gang tiltak som kan forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁹³ Bruk av inngripende tvang, som tvangsmidler og skjerming mot barn og unge, gir en særlig høy risiko for grove krenkelser av personlig integritet. Etter norsk lovgivning har institusjoner med ansvar for tvang i det psykiske helsevernet plikt til å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse til å forebygge bruk av tvang.⁹⁴

CPT anbefaler institusjoner i det psykiske helsevernet å lage grundige planer for å hindre inngripende bruk av tvang.⁹⁵ Planene bør omfatte å sikre trygge fysiske omgivelser (inkludert mulighet til å være utendørs), tilstrekkelig bemanning med god og kontinuerlig opplæring i å forebygge tvangsbruk, og i å sikre skånsom bruk av tvang.⁹⁶ Komiteen har også understreket at omfanget av tvang ofte påvirkes mye av ansattes forståelse av sin rolle og om pasientene kjenner til rettighetene sine. Komiteen viser også til studier om at tvangsbruk ikke bare påvirkes av bemanning, pasienters helsetilstand og rammebetingelser, men også av lokal kultur og holdninger hos de ansatte på stedet.

Funn under ombudsmannens besøk tyder på at mange forhold kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse, fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og lokale kulturer ved sykehuset eller sengeposten.⁹⁷

9.2 Avdelingens arbeid med å forebygge tvang

Avdelingen hadde satt i gang en rekke tiltak for å hindre ulovlig tvangsbruk, som ledd i oppfølging av tilsynssakene fra Fylkesmannen (se kapittel 8.2 *Oppfølging av funn om ulovlig bruk av tvangsmidler*).

Ifølge klinikkens tvangsstatistikk var det skjedd en tydelig reduksjon av både tvangsmidler og skjerming i perioden 2017-2019. Selv om tallene fremsto som delvis upålitelige, peker tallene samlet sett i en positiv retning. Det er uklart om reduksjonen har sammenheng med avdelingens arbeid med å kvalitetssikre rutiner, opplæring og dokumentasjon om tvangsbruk. Flere i ledelsen tolket tallene først og fremst som et resultat av færre innleggelses og at enkelte ungdom som tidligere hadde blitt utsatt for mye tvang, ikke lenger var innlagte.

Involvering av barn og unge for å forebygge tvang

Ved bruk av tvang skal det så langt som mulig tas hensyn til barn og unges syn.⁹⁸ Før tvangsvedtak skal de ha mulighet til å uttale seg, om det er mulig.⁹⁹ Dersom inngripende tvang blir gjennomført, som tvangsmidler, skjerming eller tvangsmedisinering, skal de få tilbud om minst én samtale om

⁹³ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturkomité, Generell kommentar nr. 2, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging (SPT), FNs underkomité's tilnærming til forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff etter tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

⁹⁴ Psykisk helsevernforordningen § 4. Se mer generelt, forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁹⁵ CPT, Tvangsmidler i psykiatriske institusjoner for voksne, CPT/Inf (2017)6, punkt 1.7.

⁹⁶ Se note over, side 2.

⁹⁷ Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

⁹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-2.

⁹⁹ Psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.

hvordan tvangsbruken ble opplevd.¹⁰⁰ Disse reglene er dårlig tilpasset for barn under 16 år, fordi de juridisk sett ses på som frivillig innlagte, uavhengig av egen opplevelse. Hvis de motsetter seg medisiner eller begrensning i mobilbruk som foreldre eller andre foresatte har samtykket til, får de ikke vedtak og har ikke rett til evalueringssamtale etter psykisk helsevernloven. Dette er problematisk etter FNs barnekonvensjon om barns rett til medbestemmelse og særlige rett til vern om personlig integritet.¹⁰¹ Barnekonvensjonens regler går foran psykisk helsevernloven dersom de står i strid med hverandre. Etter ombudsmannens syn bør også barn under 16 år bli hørt i disse situasjonene på lik linje med eldre barn og voksne pasienter.

Det kom fram at klinikken hadde jobbet mye med å sikre at det ble gjennomført samtaler med barn og unge når de kom til stedet, for å kartlegge forhold som kunne trigge ungdommene og skape konflikt. Funn tydet likevel på at det fortsatt var behov for kvalitetssikring, og å tilpasse disse samtalene til barn og unges alder og behov.

I forbindelse med innleggelse ved avdelingen ble det gjennomført en såkalt «selvkontrollsamtale». Punktene for selvkontrollsamtalet på ungdomspostene inneholdt spørsmål om tidligere episoder der ungdommen hadde vært sint og mistet kontrollen, hvordan dette ble opplevd, og hvordan personalet kunne hjelpe til i slike situasjoner. Spørsmålene var formulert på en måte som tilsynelatende plasserte mye av ansvaret for å unngå framtidig konflikt på ungdommen. Punktene bar preg av mindre fokus på hva slags ytre påvirkning som kunne utløse sinne, frustrasjon eller angst hos ungdommen, som for eksempel hvordan den enkelte liker å bli møtt av voksne som jobber der.

Malene for ettersamtaler etter inngripende tvangsbruk hadde et mer likeverdig fokus på ungdommens og de ansattes opptreden. Funn tydet på at barn og unge som ble utsatt for inngripende tvangsbruk fikk tilbud om en samtale for å evaluere hendelsen. Det kom fram flere eksempler på at samtalene med ungdommene ble brukt aktivt for å sikre medbestemmelse og forebygge konfliktsituasjoner. Stikkprøver tydet på at gjennomførte ettersamtaler ble regelmessig dokumentert i pasientens journal. Ombudsmannens snakket med få barn og unge som hadde opplevd tvang under besøket, og det er derfor ikke grunnlag for å vurdere nærmere om samtalene ble gjennomført på en måte som oppleves som meningsfull for barn og unge.

Behov for bredere fokus ved forebygging av tvang

Mange av tiltakene som var satt i gang fremstår etter ombudsmannens syn som viktige for å forebygge tvangsbruk. Ombudsmannen etterlyser samtidig et bredere fokus på forebygging av tvangsbruk. Et systematisk arbeid for å forebygge tvangsbruk bør også trekke inn andre forhold som man vet påvirker tvangsbruk, som fysiske forhold og aktivitetstilbud, husregler, lokale kulturer og ansattes verdier og holdninger.

Funn fra besøket tyder også på et behov for et mer kritisk blikk på hvordan ansattes egen atferd og tilnærming til barn og unge påvirker tvangsbruken. Et tilbakevendende tema i ansattes omtale av barn og unge, i skriftlige rutiner og i journalnotater, var at ungdommen hadde «mistet kontrollen». I flere dokumenterte situasjoner der tvang ble brukt mot ungdommene, kom det fram at personalet gjentatte ganger hadde spurt ungdommene om de hadde gjenvunnet kontrollen, eller at det å gjenvinne kontrollen ble stilt som vilkår for å avslutte tvangen. Fylkesmannen har tidligere tatt opp

¹⁰⁰ Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

¹⁰¹ Se Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 12 og 16.

liknende tilfeller, og kritisert at slik språkbruk la for mye av ansvaret for tvangen over på ungdommen. I en tilspisset tvangssituasjon kan det være vanskelig å roe seg ned, særlig for sårbar ungdom som strever med å håndtere egne følelser. I slike situasjoner er det avgjørende at ansatte aktivt tar ansvar for å løse konflikten, viser vilje til å lytte til ungdommen og hjelper med å vise en vei ut av situasjonen. Noen ganger er det voksne som må gjenvinne kontrollen over sin egen atferd. Flere av de gjennomgatte hendelsene etterlater et inntrykk av at en del ansatte ikke i tilstrekkelig grad tar innover seg hvordan deres egen atferd virker på ungdommene.

Mye av tvangsbruken har skjedd inne på ungdomspostenes skjermingsenheter. Flere ungdommer hadde opplevd omgivelsene på skjermingsenhetene som ubehagelige eller skumle (se kapittel 7 *Skjerming*). Dette kan bidra til å øke risikoen for at det er frykt og utrygghet som styrer ungdommenes reaksjon og kan føre til konflikt og tvangsbruk. Det var likevel lav oppmerksomhet om hvordan disse kan påvirke omfanget av tvangsbruk.

Behov for tiltak for å ivareta særlig sårbar ungdom

Vår gjennomgang av tvangstiltak viste også at et relativt lavt antall ungdommer hadde blitt utsatt for en stor andel av tvangstiltakene som hadde skjedd på ungdomspostene de siste årene (se kapittel 7.5 *Gjennomføring av skjerming*). Omfanget av tvangsbruk i disse sakene tydet på et behov for økt bevissthet og opplæring om hvordan sårbar ungdom med traumer kan ivaretas på en best mulig måte. Flere ansatte pekte også på dette.

Klinikken hadde inngått en avtale med Regionalt ressurscenter for vold og traumatisk stress (RVTS Vest) om opplæring for ansatte i forståelse av traumer hos barn og unge. Kurset består av flere samlinger, og var gjort obligatorisk for alle ansatte i faste stillinger på sengepostene. På besøkstidspunktet var to av sengepostene i ferd med å gjennomføre kurset. Tilbakemeldingene fra samtaler med ansatte tydet på at dette ble vurdert som nyttig. Kursingen i traumebevissthet i behandlingen fremstår som et viktig ledd i arbeidet med forebygging av tvang.

Krav om å vurdere om tvang er nødvendig og forholdsmessig

Alle restriksjoner og tvang skal ifølge psykisk helsevernloven innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mulig tas hensyn til ungdommens syn på slike tiltak.¹⁰² Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den *klart* oppveier ulempene ved tiltaket. Det betyr at fordelene med tiltaket må være vesentlig større enn ulempene. Dette er strenge rettslige krav som skal være oppfylt i alle tilfeller det er aktuelt å bruke tvang, uansett om det skal fattes vedtak eller ikke. Et gjennomgående funn under besøket var at disse vurderingene ikke ble dokumentert og at de i liten grad var kjent for ansatte. Begrunnelsene for at vilkårene i § 4-2 er oppfylt, skal dokumenteres i vedtaket, eller i pasientjournal der vedtak ikke er påkrevd.¹⁰³ Vilrårene bør også innarbeides i interne prosedyrer for bruk av tvang i sengepost.

¹⁰² Psykisk helsevernloven § 4-2 og psykisk helsevernforskriften § 15 første ledd.

¹⁰³ Forvaltningsloven §§ 24 og 25, kravet til god forvaltningsskikk og helsepersonelloven § 40.

10 Tvangsbehandling

10.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Tvangsbehandling, både medisiner og ernæring, er et alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser.¹⁰⁴ Kunnskapsgrunnlaget for at tvangsmedisinering har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, er uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter.¹⁰⁵ Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler kan gi mange bivirkninger, som kan være svært alvorlige og irreversible.¹⁰⁶ Tvangsmedisinering av barn og unge er enda mer omstridt. På grunn av inngrepets alvorlighetsgrad, uklare prognoser og risiko for skadevirkninger, gir tvangsmedisinering risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Tvangs ernæring innebærer i praksis å tilføre kroppen nødvendige næringsstoffer. Dette gjennomføres imidlertid på en inngripende måte, ved at det legges en sonde gjennom nesen og ned i magesekken.

Flere menneskerettighetsorganer, blant annet FNs spesialrapportør mot tortur, har gått langt i å mene at tvangsmedisinering mot personer med nedsatt funksjonsevne bør forbys fordi det bryter forbudet mot tortur og umenneskelig behandling.¹⁰⁷ Andre menneskerettsorganer mener tvangsmedisinering er tillatt så lenge det gjelder strenge rettsikkerhetsgarantier. Den europeiske menneskerettighetsdomstolens (EMD) krever at tvangsbehandlingen er medisinsk nødvendig, forholdsmessig og forsvarlig for ikke å stride mot artikkel 3¹⁰⁸ og artikkel 8¹⁰⁹. Tvangsmedisinering er omstridt, både i Norge og i andre land. Norge har blitt anbefalt av flere FN-komiteer å forby¹¹⁰ eller begrense¹¹¹ tvangsmedisinering, blant annet på grunn av risiko for alvorlige og irreversible bivirkninger.

I norsk lov er vilkårene for tvangsbehandling regulert i psykisk helsevernloven.¹¹² Pasienter som er tvangsinnlagt kan tvangsmedisineres dersom det vil gi en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, inkludert eventuelle bivirkninger.¹¹³ Pasienter kan også gis ernæring mot sin vilje dersom det skjer som ledd i behandling av en alvorlig spiseforstyrrelse og det vurderes som strengt nødvendig.¹¹⁴ Det er også et krav for både tvangsmedisinering og tvangsernæring at tiltakene med stor sannsynlighet vil føre til vesentlig bedring av pasientens helsetilstand, eller at en vesentlig forverring unngås.¹¹⁵ Pasienten som vurderes til å ha evne til å ta egne behandlingsvalg

¹⁰⁴ Se EMK artikkel 8, CRPD artikkel 17 jf. artikkel 25 og FNs barnekonvensjon artikkel 16.

¹⁰⁵ NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

¹⁰⁶ NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

¹⁰⁷ Se bl.a. FNs spesialrapportør, rapport til FNs generalforsamling, 1. februar 2013, A/HRC/22/53.

¹⁰⁸ At tvangsmedisinering kan krenke artikkel 3, ble anerkjent allerede i EMDs dom *Herczegfalvy mot Østerrike*, 24. september 1992, klagenr. 10533/83, avsnitt 82. Dette utgangspunktet er fulgt opp i senere avgjørelser.

¹⁰⁹ EMK artikkel 8 nr. 2. Se EMDs dom i *X mot Finland*, 3. juli 2012, klagenr. 34806/04.

¹¹⁰ FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, anbefalinger til Norge 6. mars 2020, E/C.12/NOR/CO/6, avsnitt 41 c). Se også FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, anbefalinger til Norge 7. mai 2019, CRPD/C/NOR/CO/1, avsnitt 24-26.

¹¹¹ FNs torturkomité, anbefalinger til Norge, 5. juni 2018, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 22 e). Se også FNs menneskerettskomité, anbefalinger til Norge, 25. april 2018, CCPR/C/NOR/CO/7, avsnitt 22–23.

¹¹² Psykisk helsevernloven § 4-4 jf. § 4-4a. Disse reglene må leses sammen med § 4-2.

¹¹³ Lovens § 4-4 andre ledd a.

¹¹⁴ Lovens § 4-4 andre ledd b.

¹¹⁵ Lovens § 4-4 fjerde ledd. Se også Sivilombudsmannens uttalelser 18. desember 2018 i klagesak 2017/43 og 21. januar 2019 i klagesak 2017/3156.

(samtykkekompetanse) har rett til å nekte tvangsbehandling.¹¹⁶ De strenge vilkårene om tvangsbehandling må vurderes av en legespesialist, og det er detaljerte krav til hvilke opplysninger som skal nedtegnes i et vedtak.¹¹⁷

Manglende rettssikkerhet for barn under 16 år som tvangsbehandles

Barn over 16 år vurderes som hovedregel som myndige i helsespørsmål.¹¹⁸ De kan derfor normalt selv bestemme om de vil ta imot tilbud om behandling eller ikke. Hvis et barn over 16 år mangler samtykkekompetanse og motsetter seg behandling med medikamenter, kan de tvangsbehandles på lik linje med voksne.

Barn under 16 år kan også bli behandlet mot sin egen vilje. De strenge vilkårene for tvangsbehandling gjelder ikke for disse barna, fordi foreldrene anses å kunne samtykke på deres vegne. Det er derfor ikke krav om enkeltvedtak. Det vil si at barn kan tvinges til å ta medisiner eller ernæring, så lenge foreldrene samtykker.

Etter ombudsmannens syn er barn og unges rettssikkerhetsvern i psykisk helsevernloven ikke i samsvar med barns grunnleggende rettigheter i Grunnloven og FNs barnekonvensjon.¹¹⁹ Det er viktig at helsepersonell kjenner disse rettighetene og kan anvende dem i saker om behandling der barn er uenige. Reglene er en del av norsk lov og går foran andre regler hvis det er motstrid. Barn og unge har en særlig rett til vern om personlig integritet, og tvangsbehandling gir derfor en særlig høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.¹²⁰ Barna har krav på å bli hørt, og på at deres mening skal bli vektlagt etter deres alder og utvikling. I slike beslutninger skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Barnets motstand kan være så sterk at det vil være uforsvarlig å gjennomføre behandlingen.¹²¹ Ved vurderingen bør det også vektlegges at barn og unge er i en utviklingsfase som gjør dem mer sårbare for skader og bivirkninger av tvangsbehandling enn voksne.¹²²

10.2 Omfang av tvangsbehandling

Statistikk fra klinikken viser at det ble fattet ett vedtak om behandling uten eget samtykke på ungdomspost M1 i 2018, og sju vedtak i 2017. På besøkstidspunktet i 2019 var det fattet ett vedtak om tvangsernæring ved denne sengeposten. På ungdomspost N1 var det ifølge statistikken fattet ett vedtak i 2017, ingen senere. Disse tallene omfatter kun barn over 16 år som var formelt tvangsinnlagt etter psykisk helsevernloven §3-3.

Klinikken førte ingen statistikk om barn under 16 år som mottar behandling mot sin vilje. En av ungdommene vi snakket med som var under 16 år hadde fått sondeernæring mot sin egen vilje. Gjennomgang av dokumenter tydet på at man i dette tilfellet hadde lagt til grunn en lav terskel for tvangsernæring. Til tross for at ungdommen var nær normalvekt, la behandlingsplanen til grunn at det skulle brukes sonde dersom ungdommen nektet å spise. Terskelen for å sette i gang

¹¹⁶ Det gjelder unntak hvis pasienten vurderes som farlig for seg selv eller for andres liv og helse, se psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd. Se også vilkår i § 4-4 første ledd og andre ledd bokstav a) andre setning.

¹¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-4a.

¹¹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd bokstav b.

¹¹⁹ Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon.

¹²⁰ Grunnloven § 104 tredje ledd.

¹²¹ Grunnloven § 104 tredje ledd, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹²² Se bl.a. Randi Nesje Myhr, Medikamenter i barne- og ungdomspsykiatri, 2018, side 3.

tvangsernæring fremstod som lav. Det var også sterk motstand fra ungdommens side, og det ble brukt mye tvang for å gjennomføre tiltaket. I slike situasjoner bør det alltid gjøres grundige vurderinger av om tvangsernæring med sonde er strengt nødvendig, og om fordelene med tiltaket klart veier opp for negative konsekvenser av gjennomføring med tvang. Det bør også vurderes om slike tiltak er faglig forsvarlige.¹²³ Vurderingene bør dokumenteres i pasientens journal.

Det kom også fram informasjon som skapte bekymring for om ungdom over 16 år som var frivillig innlagt opplevde at innleggelsen og behandlingen var reelt frivillig. Saker om frivillighet og tvang kan være vanskelige, og det er derfor viktig at ansatte bruker god tid på å høre barn og unge i spørsmål om innleggelse og behandlingstiltak.

Anbefaling: Tvangsbehandling

- Avdelingen bør sikre at det alltid foretas en vurdering av om behandling mot barn og unges vilje er strengt nødvendig, forholdsmessig og forsvarlig.

10.3 Vedtak om tvangsbehandling

Vedtakene var for det meste begrunnet på en grundig og konkret måte. Det kom godt fram hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt for den enkelte ungdommen.

I ett av de gjennomgåtte vedtakene om tvangsernæring fremgikk det ingen opplysninger som begrunnet hvorfor det ble vurdert at ungdommen manglet samtykkekompetanse. Informasjon om ungdommens tilstand kom indirekte fram i en generell begrunnelse for vedtakene, men det var ikke dokumentert hvilke vurderinger som var gjort opp mot vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Ombudsmannen vil understreke at kravet om manglende samtykkekompetanse gjelder for det enkelte behandlingstiltaket, og at vilkåret om at det må være «åpenbart» at pasienten mangler samtykkekompetanse, er strengt.¹²⁴ Andre vedtak om tvangsmedisinering ga en grundig og konkret vurdering av samtykkekompetanse.

Enkelte av malene som ble brukt ved nedtegning av vedtak om tvangsmedisinering, viste til regelverk som ikke lenger gjaldt da vedtaket ble fattet. Feilen så ikke ut til å ha virket inn på vedtaket. Generelt er det likevel viktig å sikre et system for å påse vedtaksmaler som brukes til enhver tid blir oppdatert ved regelverksendringer, for å sikre lovlig bruk av tvang.

Anbefaling: Vedtak om tvangsbehandling

- Avdelingen bør sikre at lovens vilkår for tvangsbehandling alltid blir begrunnet på en konkret måte som gjør det mulig å etterprøve vurderingene.

¹²³ Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd, psykisk helsevernforskriften § 15 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹²⁴ Sivilombudsmannens uttalelse i sak 2018/2278, Tvangsmedisinering - beviskravet for manglende samtykkekompetanse.

11 Husregler

11.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Når barn innlegges på institusjon mot sin vilje, legger dette begrensninger på friheten til å bestemme ting selv. På et sykehus er det lov å lage enkle regler for å sikre et godt sosialt fellesskap og legge til rette for god behandling, for eksempel om høy musikk og ro om natten. Institusjonen har likevel ikke lov til å lage generelle husregler som griper inn i barn og unges menneskerettigheter. Slike inngrep er kun tillatt dersom de har hjemmel i lov, og er nødvendige og forholdsmessige i hvert enkelt tilfelle.

Strengt husordensregler kan bidra til en uheldig institusjonskultur som skaper ydmykelser eller en opplevelse av mindreverdiget hos pasientene.¹²⁵

11.2 Problematiske husregler på ungdomspostene

Ungdomspostene hadde en husregel om at ungdommenes PC, mobil og nettbrett skulle leveres inn klokka 22.30 og lagres over natten på et laderom. Regelen ble praktisert noe ulikt blant ansatte, men våre funn tydet på at ungdommene ikke opplevde at de hadde noe valg.

Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet, og innskrenkninger i denne retten krever hjemmel i lov.¹²⁶ Etter psykisk helsevernloven er det ikke lov til å fastsette generelle regler om at barn og unge ikke skal kunne beholde mobiltelefoner og nettbrett på rommet om natten.¹²⁷

I husordensreglene var det også en regel om at ungdom som hovedregel ikke har anledning til å ha utgang første døgn etter innleggelsen. Det er ikke lov til å lage en generell regel om at barn og unge ikke skal få lov til å gå ut det første døgnet i det hele tatt, uansett situasjon. En slik begrensning må bygge på en konkret og individuell vurdering.

Husreglene på ungdomspostene inneholdt blant annet en regel om at ungdommene ikke måtte ligge i sofaene i fellesområdene, men skulle legge seg på sitt eget rom hvis de var trøtte. En annen regel handlet om at personalet skulle beslutte hva som var akseptabelt å se på TV i fellesarealet, og det var «ikke rom for forhandling». Slike regler er unødvendige og vil trolig lett kunne skape konflikt. I husreglene til ungdomspost M1 fremgikk det også at «På fredager og lørdager, og i ferier, går du til ro kl. 23.30. Det vil være mulighet for å ta kontakt med nattpersonalet dersom du har/får det vanskelig, men som regel vil det da ikke være anledning til å ta opp dypere problemer. Det er fordi nattpersonalets oppgave vil være å hjelpe deg til å få ro for natta». En slik husregel kan skape et inntrykk av manglende omsorg og interesse, og fremstår som unødvendig og uheldig.¹²⁸

Anbefaling: Husregler

- Avdelingen bør gjennomgå husreglene på ungdomspostene slik at de fullt ut respekterer barn og unges grunnleggende rettigheter.

¹²⁵ Inger B. Larsen og Toril B. Terkelsen, Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff, *Nursing Ethics*, Volum 24, 4. utgave, 1. juni 2014, side 426–436.

¹²⁶ EMK artikkel 8 og FNs barnekonvensjon artikkel 16.

¹²⁷ Helsedirektoratet, psykisk helsevernlov med kommentarer (sist faglig oppdatert 29. november 2019), se kommentar til § 4-5.

12 Politiets rolle

12.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Noen barn og unge opplever å bli transportert av politiet når de skal innlegges i psykisk helsevern, eller å bli hentet av politiet ved rømming. Politiet må hjelpe personer som ikke kan ta vare på seg selv, og har plikt til å bistå når helsepersonell ber om det og det vurderes som nødvendig med politiets hjelp.¹²⁹ Politiet har tilgang til å bruke inngripende makt. Det kan oppleves som traumatisk og ydmykende å bli hentet av uniformert politi. FNs spesialrapportør mot tortur har påpekt at barn og unge er spesielt sårbare under polititransport og at risikoen for bruk av tvang og makt er spesielt høy her.¹³⁰

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i et felles rundskriv gitt retningslinjer om ansvar og oppgaver mellom helsetjenesten og politiet når det gjelder pasienter med psykiske helseutfordringer.¹³¹ Rundskrivet mangler informasjon om hvordan politiet skal håndtere barn og unge med psykiske helseutfordringer på en barnevennlig måte, i tråd med barns grunnleggende rettigheter etter FNs barnekonvensjon. Barns særlige sårbarhet og sterke rett til vern om personlig integritet gjør det problematisk å bruke maktmidler som håndjern. Under våre besøk har vi flere ganger funnet eksempler på at politiet har brukt inngripende tvang som håndjern, skjold, bodycuff og spyttette mot barn og unge som er fratatt friheten.¹³² Utfra dokumentasjonen vi har samlet inn, har det noen ganger vært vanskelig å forstå hvorfor politiet har brukt så inngripende tiltak.

Politiet dokumenterer i liten grad sin maktbruk. Vi har anbefalt institusjoner der barn er plassert mot sin vilje, å dokumentere dette dersom barn og unge har vært påført tvangsmidler av politiet under innleggelsen eller i forbindelse med henting etter rømming. Skader som barn og unge kan ha fått i møter med politiet bør dokumenteres av helsepersonell og bli rapportert dersom det er mistanke om at skadene er et resultat av uforholdsmessig maktbruk fra politiet.¹³³ Klager kan rettes til lokalt politi. Alvorlige saker bør anmeldes til Spesialenheten for politisaker.

12.2 Politiets bruk av maktmidler mot barn og unge ved avdelingen

Funn under besøket ga grunnlag for bekymring om tilfeller der politiet hadde brukt inngripende maktmidler i forbindelse med henting og innleggelse på avdelingen. Flere ansatte opplevde at politiet hadde en lav terskel for bruk av håndjern. Ved noen anledninger mente ansatte at politiet hadde brukt for mye makt. Flere ungdommer var i løpet av året blitt observert med såre håndledd etter håndjern. Det kom også fram at politiet i flere tilfeller var involvert i innleggelse om natten, og at det ofte ble brukt håndjern i disse situasjonene.

Våre funn viste at politiet ved minst to anledninger hadde brukt spyttette på ungdom som ble fraktet til avdelingen. Bruk av spyttette mot barn er ydmykende og kan skape angst og panikk,

¹²⁹ Politiloven § 12 og § 2 nr. 5 jf. psykisk helsevernloven § 3-6.

¹³⁰ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 5. mars 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 40.

¹³¹ Politidirektoratet og Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, felles rundskriv 2012/7, IS-5/2012.

¹³² Helga Fastrup Ervik og Mette Jansen Wannerstedt, Politiets møter med barn og unge, artikkel til Spesialenhetens årsmelding 2019, side 4-7.

¹³³ CPT, Dokumentasjon og rapportering av medisinsk informasjon om mishandling, 2013, CPT/Inf(2013)29-part. Standardene er utformet med tanke på voksne innsatte i fengsel eller som er i politiets varetekt, men slike rutiner er like viktig på andre typer steder, som barne- og ungdomspsykiatriske sengeposter.

særlig for barn med psykiske helseutfordringer. Slik tvangsbruk gir en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.¹³⁴ Sykehuset hadde i ett av disse tilfellene klaget til politiet.

Helsepersonell kan ha en viktig rolle i å påvirke politiets håndtering, både generelt og fra sak til sak. Det kan blant annet skje ved å gi informasjon om hvordan ungdommene kan møtes på en barnevennlig måte, og hva som kan hindre eskalerende situasjoner basert på kjennskap til den enkelte ungdommens historikk. I rundskrivet anbefales det at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi. Det blir blant annet anbefalt regelmessige møter for utveksling av informasjon og avtale om hvem som bør kontaktes i ulike situasjoner.

På besøkstidspunktet forelå det ingen formell samarbeidsavtale mellom avdelingen og lokalt politi. Flere i ledelsen erkjente et behov for tettere dialog med politiet, og det var planlagt et fremtidig møte med lokalt politi om felles rutiner for samhandling og kommunikasjon.

Anbefalinger: Politiets rolle

- Avdelingen bør styrke dialogen med lokalt politi om hvordan barn og unge kan behandles på best mulig måte ved henting og innleggelse.
- Avdelingen bør sikre dokumentasjon og rapportering ved mistanke om at barn og unge er utsatt for uforholdsmessig maktbruk av politiet. Alvorlige saker bør anmeldes til Spesialenheten for politisaker.

¹³⁴ Sivilombudsmannens høringsuttalelse om forslag til endringer i straffegjennomføringsloven (bruk av spytthette mv.), 30. september 2019.

13 Klage og kontroll

13.1 Meneskerettigheter og norsk lov

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta barn og unges rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling.¹³⁵ CPT har understreket dette både generelt og i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern.¹³⁶

Alle som fratras friheten bør så raskt som mulig få skriftlig og muntlig informasjon om klageretten sin, inkludert en forklaring om hvordan klagesystemet fungerer i praksis.¹³⁷ Det bør lages enkelt og brukervennlig informasjonsmaterieell uten komplisert juridisk språk. Informasjonen bør gjøres tilgjengelig på et språk den enkelte forstår, og ansatte skal bidra med informasjon og veiledning. Klageordningen må gjøres tilgjengelig for personer med særlige behov for tilpasning, som barn og unge. Det må sikres at den som vil klage kan ha direkte kontakt med klageorganet uten at de som jobber på stedet eller andre utenforstående vet hva klagen handler om (rett til fortrolig kontakt). Klageorganet bør særlig ha myndighet til å ha private samtaler med pasienter, motta klager fra dem direkte og kunne komme med nødvendige anbefalinger om oppfølging.¹³⁸ Det må være uavhengig og kunne behandle saken raskt, grundig og effektivt.

Kontrollkommisjonen skal ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet ved kontroll av tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll i form av stedlig tilsyn.¹³⁹ Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages imidlertid til Fylkesmannen.¹⁴⁰ Fylkesmannen kan også sette i gang tilsynssaker basert på klager eller annen informasjon om forholdene ved sykehusene.¹⁴¹

Barn og unge under 16 år har svakere klagerettigheter enn voksne. Psykisk helsevernloven slår fast at kontrollkommisjonen dersom barn over 12 år er uenige i innleggelsen, skal spørsmålet om innleggelse på sengeposten legges fram for kontrollkommisjonen.¹⁴² Ifølge Helsedirektoratet må både institusjonen og kontrollkommisjonen etablere rutiner som sikrer at barnets eventuelle uenighet i innleggelse i psykisk helsevern hurtigst mulig blir kjent for kontrollkommisjonen.¹⁴³ Barn under 12 år som innlegges mot sin vilje, har etter loven ikke rett til å få etterprøvd innleggelse eller behandling. Barns rett til medbestemmelse er senere styrket, Grunnloven § 104 setter ikke noen aldersgrense for når barn skal bli hørt, men slår fast at barnets mening skal vektlegges i overensstemmelse med deres alder og utvikling. Helsedirektoratet har derfor uttalt at kontrollkommisjonen i hvert enkelt tilfelle bør vurdere om barnets alder og modenhet tilsier at det gis rett til å klage også før fylte tolv år.¹⁴⁴

¹³⁵ Havanareglene, regel 72 t.o.m. 78.

¹³⁶ CPT, Tvangsinnleggelse i en psykiatrisk institusjon, CPT/Inf/ (98)12-part, avsnitt 53.

¹³⁷ CPT, Klageordninger, CPT/Inf (2018)4-part. Se også Havanareglene, regel 73 om at alle barn har rett til fortrolig samtale med uavhengige tilsynsmyndigheter.

¹³⁸ CPT, Tvangsinnleggelse i en psykiatrisk institusjon CPT/Inf/ (98)12-part, avsnitt 53.

¹³⁹ Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften kapittel 7.

¹⁴⁰ Psykisk helsevernloven §§ 4–4 a tredje ledd.

¹⁴¹ Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesteloven (Helsetilsynsloven).

¹⁴² Psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og Psykisk helsevernforskriften § 60 andre ledd.

¹⁴³ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 9.5 (sist faglig oppdatert november 2018).

¹⁴⁴ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven med kommentar, kommentarer til § 2-1 andre ledd (sist faglig oppdatert 29. november 2017).

Barn under 16 år kan klage på vedtak om tvangsmidler og skjerming til kontrollkommisjonen.¹⁴⁵ Det er imidlertid uklart om barn under 16 år kan klage på tvangstiltak som tvangsmedisinering eller innskrenkning i bruk av mobil eller besøk som skjer mot deres vilje. Fylkesmannen har i utgangspunktet ikke hjemmel for å behandle klager på tvangsbehandling for barn under 16 år, men kan eventuelt opprette tilsynssak basert på en slik klage.¹⁴⁶ Kontrollkommisjonen kan høre synspunktene til barn under 16 år om tvangsbehandling som del av en helhetsvurdering av om psykisk helsevern skal etableres eller opphøre, men vil ikke direkte kunne prøve beslutningen om behandling mot barnets vilje.

13.2 Kontrollkommisjonens arbeid

Kontrollkommisjonen kom til sykehuset annenhver uke for å foreta en dokumentkontroll og behandle klager. Under disse møtene gikk kommisjonens medlemmer gjennom vedtak om innleggelse og vedtak om bruk av tvang inne på sengeposten, inkludert gjennomgang av tvangsprotokoller. De behandlet også klager fra barn og unge. Det var få slike klager. Barn som hadde klaget ble fulgt til et møterom der de møtte kontrollkommisjonen. Informasjonspermer på sengepostene inneholdt kortfattet informasjon om barn og unges mulighet til å klage til kontrollkommisjonen. De fleste barn og unge vi snakket med sa at de hadde fått informasjon om kontrollkommisjonen, men ingen av de innlagte hadde møtt dem.

En gang i måneden hadde kommisjonen tilsyn. Under tilsynet hadde kommisjonen et møte med ansvarshavende på sengepostene. De ansvarshavende informerte om hvilke pasienter som var innlagt og om disse ønsket å snakke med kommisjonen. Kommisjonen hadde ikke praksis for selv å oppsøke sengepostene der barn og unge oppholdt seg. Det vanlige var at kommisjonen fikk beskjed av de ansatte dersom barn og unge ville snakke med dem.

Etter ombudsmannens syn kan ikke kontrollkommisjonens plikt til å besøke institusjonene sies å være oppfylt uten at kommisjon er fysisk til stede inne i sengepostene.¹⁴⁷ Dette er et helt sentralt element ved et tilsynsbesøk. En slik praksis øker risikoen for at kontrollkommisjonen ikke oppdager alvorlige forhold i sengepostene, eller at de ikke møter de mest sårbare pasientene. Barn og unge bør ha mulighet til å kontakte kontrollkommisjonen direkte uten å måtte gå gjennom personalet eller foreldre. Det kan også oppleves som skummelt for barn og unge å måtte ringe til kontrollkommisjonen, som de kanskje ikke har møtt før. En god praksis vil være at kontrollkommisjonen går en runde i sengepostene i forbindelse med hvert møte, slik at de har anledning til selv å finne ut om noen av pasientene ønsker å klage. I tilfeller hvor barn og unge har klaget utenom kommisjonens besøk, vil det også være trygghetsskapende om kommisjonen oppsøker barnet i sengeposten for å presentere seg før møtet begynner. Et annet godt tiltak er å lage informasjonsmateriell om kommisjonens oppgaver som er tilpasset barn med bilder av medlemmene. Dette vil bidra til å gjøre klagemuligheten mer tilgjengelig for barn og unge.

Å være til stede i sengepostene der barn og unge er innlagt er også nødvendig for å få kunnskap om barnas fysiske omgivelser og for å kunne danne seg et bilde av miljøet i posten. Ifølge regelverket bør noen slike tilsyn også skje uanmeldt.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd og § 4-8 fjerde ledd.

¹⁴⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

¹⁴⁷ Psykisk helsevernforskriften § 62.

¹⁴⁸ Se note over.

I lys av ombudsmannens funn bør kommisjonen være oppmerksom på risikoen for at bruk av tvangsmidler som fastholding som ledd i skjerming, ikke nedtegnes i vedtak og tvangsprotokoll (se kapittel 8.6 *Bruk av kortvarig fastholding*). Kommisjonen bør spørre pasienter og ansatte aktivt om slike forhold ved besøk og i møter på stedet.¹⁴⁹

Funnene tyder også på at kontrollkommisjonen i større grad bør ha oppmerksomhet om kontroll av vedtak og tvangsprotokoller der ungdom utsettes for gjentatt eller langvarig tvang. Her bør kommisjonen ta initiativ til å undersøke den helhetlige situasjonen til ungdommen nærmere, ved å snakke med ungdommen, pårørende og ved å ta forholdet opp med stedet. I alvorlige saker bør Fylkesmannen varsles.¹⁵⁰

Informasjon tydet på usikkerhet i kontrollkommisjonen om hvilke forhold som lå innenfor deres ansvarsområde. Det kom blant annet fram usikkerhet om kommisjonen kunne ha noen rolle i å vurdere lokalenes utforming, som for eksempel skjermingslokalene. Etter ombudsmannens syn er dette en naturlig del av velferdskontrollen. At fysiske forhold er en del av velferdskontrollen er også forutsatt av Helsedirektoratet.¹⁵¹ Det var også uklart om kommisjonen foretok gjennomgang av husreglene, slik de skal.¹⁵²

13.3 Tilsyn fra Fylkesmannen

Fylkesmannen i Rogaland har de siste årene fulgt opp forholdene på ungdomspostene i flere tilsynssaker om ulovlig bruk av tvangsmidler (se kapittel 8 *Bruk av tvangsmidler*). Fylkesmannen har også over lang tid aktivt og grundig fulgt opp ungdomspostenes bruk av inngripende tvang som tvangsmidler og skjerming. Fylkesmannens oppfølging har bidratt til økt bevissthet og kunnskap i avdelingen om rettighetene til barn og unge og lovens begrensninger for bruk av tvang.

Det er positivt at Fylkesmannen har høy bevissthet om at embetet som del av forvaltningen skal forholde seg til barns grunnleggende rettigheter etter Grunnloven, FNs barnekonvensjon og internasjonale menneskerettighetsstandarder for øvrig.¹⁵³ Dette bidrar til å styrke arbeidet for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling på steder der noen er fratatt friheten sin.

Fylkesmannen hadde ikke mottatt en eneste sak om klage på vedtak om tvangsbehandling fra ungdomspostene de siste tre årene. Dette reiser spørsmål ved om ungdom over 16 år får tilstrekkelig og tilpasset informasjon om klageretten sin etter psykisk helsevernloven § 4-4a tredje ledd. Fylkesmannen hadde behandlet en tilsynssak som handlet om tvangsmedisinering for en ungdom over 16 år. I denne vurderte Fylkesmannen at klinikken hadde brutt forsvarlighetskravet på grunn av manglende dokumentasjon av vurderinger om ungdommens samtykkekompetanse.

Funn tydet heller ikke på at barn og unge ble opplyst om retten til å be fylkesmannen å vurdere om det er begått feil i forbindelse med behandling.¹⁵⁴ Denne rettigheten blir særlig viktig for barn under 16 år som blir behandlet mot sin vilje.

¹⁴⁹ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 12.2 Velferdskontrollens innhold (sist faglig oppdatert 12. november 2018).

¹⁵⁰ Psykisk helsevernforskriften § 63 fjerde ledd.

¹⁵¹ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 12.2 Velferdskontrollens innhold (sist faglig oppdatert 12. november 2018).

¹⁵² Psykisk helsevernforskriften § 63 andre ledd.

¹⁵³ Grunnloven § 92.

¹⁵⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Anbefalinger: Klage og kontroll

- Kontrollkommisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der barn og unge oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas, og for å undersøke om pasienter vil klage. Noen av tilsynsbesøkene bør skje uanmeldt.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at situasjonen til barn og unge som utsettes for mye tvang blir undersøkt på en helhetlig måte, og at Fylkesmannen varsles i alvorlige saker.
- Kontrollkommisjonen bør gjennomgå sine metoder for å sikre at kontroll med barn og unges velferd og rettssikkerhet ivaretas på en måte som er tilpasset deres behov.

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

