



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**St. Olavs hospital, Barne-
og ungdomspsykiatrisk klinikk,
seksjon Lian**

25.–27. februar 2020



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



SIVILOMBUDSMANNEN

ST. OLAVS HOSPITAL HF
Postboks 3250 Torgarden
7006 TRONDHEIM

Vår referanse
2019/4932

Deres referanse

Vår saksbehandler
Jannicke Godø

Dato
02.09.2020

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens til BUP Lian St. Olavs hospital besøk 25.-27. februar 2020

Vi viser til Sivilombudsmannens besøk til BUP Lian sengeposter, St. Olavs hospital 25.-27. februar 2020. Vedlagt følger rapporten fra 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 2. desember 2020.

Vi ber om at sykehuset utformer svaret slik at det kan offentliggjøres. Dersom svaret inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig kjent, ber vi om at det opplyses om det og at det sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet er opplyst, vil det bli lagt til grunn av svaret kan offentliggjøres i sin helhet.

Hanne Harlem
ombudsmann

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

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

Kopi til:
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
HELSEDIREKTORATET
FYLKESMANNEN I TRØNDELAG
Kontrollkommisjonen v/ Morten Gunnes



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

St. Olavs hospital, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, seksjon Lian

25.–27. februar 2020

Innholdsfortegnelse

I. Tortur og umenneskelig behandling	4
II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	5
III. Sammendrag	6
1 Barn og unges rettigheter når de er fratatt friheten	11
1.1 Menneskerettighetene	11
1.2 Lov om psykisk helsevern.....	11
2 Gjennomføring av besøket	13
3 Om seksjon Lian	14
3.1 Akuttenheten	14
3.2 Utrednings- og behandlingseenheten	14
4 Fysiske forhold og kapasitet.....	16
4.1 Generelt om fysiske forhold	16
4.2 Akuttenheten	16
4.3 Utrednings- og behandlingseenheten	18
5 Aktivitetstilbud	19
5.1 Aktivitetstilbud ved akuttenheten	19
5.2 Aktivitetstilbudet ved Utrednings- og behandlingseenheten.....	19
6 Arbeidsmiljø, institusjonskultur og trygghet	21
7 Retten til å medvirke	22
7.1 Barn og unges medbestemmelse under innleggelse	23
7.2 Barns rett til informasjon	24
7.3 Involvering av pårørende.....	25
8 Skjerming	26
8.1 Menneskerettigheter og norsk lov	26
8.2 Fysiske forhold på skjermingseenheten	27
8.3 Bruk av skjerming.....	27
8.4 Gjennomføring av skjerming.....	28
8.5 Langvarig og inngripende skjerming	28
9 Tvangsmidler	31
9.1 Menneskerettigheter og norsk lov	31
9.2 Omfang og protokollføring av tvangsmidler	31
9.3 Korttidsvirkende legemidler og isolasjon.....	32
9.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler	32
9.5 Bruk av kortvarig fastholding	33
10 Andre inngrep i personlig integritet.....	35
10.1 Rutinemessige kontrolltiltak første døgn	35

11 Forebygging av tvang	37
11.1 Menneskerettigheter og norsk lov	37
11.2 Involvering av barn og unge for å forebygge tvang	37
11.3 Systematisk arbeid med tvangsreduksjon	38
12 Inngripende tiltak som ledd i behandling	41
12.1 Problematiske elementer ved behandlingen av spiseforstyrrelser	41
12.1.1 Manglende faglig forankring og kompetanse	41
12.1.2 Begrensning av aktiviteter som virkemiddel i behandlingen	42
12.1.3 Låsing av baderom under oppholdet	42
12.1.4 Samlet vurdering	43
12.2 Tvungen ernæring	43
12.3 Omfang og oversikt over bruk av tvungen sondeernæring	44
12.4 Vedtak og beslutninger om sondenæring	45
13 Kontroll og klage	47
13.1 Menneskerettigheter og norsk lov	47
13.2 Kontrollkommisjonen ved BUP Lian	48
13.3 Klagebehandling	49

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 i blant annet FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

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

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudsmannens nettside, og stedene gis en frist for å orientere ombudsmannen om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

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

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og 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 barnevernsinstitusjoner. 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 samtalen. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes annen 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.

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 St. Olavs hospital, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, seksjon Lian, døgnetenhetene 25.-27. februar 2020. Datoen for besøket var ikke varslet på forhånd.

BUP Lian har to døgnenheter, en akutenhet med seks plasser, og en utrednings- og behandlingsenhet med åtte plasser. Sistnevnte var stengt i helger og ferier, og tok derfor kun imot pasienter som ikke hadde behov for å være på en døgnpost sju dager i uken.

Aktivitetstilbudet på akuttheten var begrenset, og postens organisering var i stor grad rigget for korte opphold. Vi fant imidlertid flere eksempler på at pasienter hadde lengre opphold på akutenheten. For disse pasientene er mangelen på aktivitetstilbud særlig uheldig. Aktivitetstilbudet fremsto bedre tilpasset lengre innleggelser ved utrednings- og behandlingsenheten. Ved begge enhetene var foreldre i all hovedsak innlagt sammen med sine barn. Lokalene og pasientrommene var trange, særlig ved akutenheten. At noen barn var innlagt på akutenheten over lang tid gjorde dette ekstra problematisk.

Det var svært lytt i lokalene til akutenheten. Dette ga blant annet risiko for at samtaler og sensitiv informasjon som ble diskutert på vaktrommet kunne høres i gangen utenfor. Det var også lytt mellom pasientrommene.

Akutenheten hadde en egen skjermingsenhet. Denne ga et svært nakent og sterilt inntrykk. De to soverommene på enhetens skjermingsenhet inngikk i det totale antallet senger ved posten. Dette innebar at ungdommer uten skjermingsvedtak kunne bli plassert på skjermingsenheten dersom ingen av de vanlige pasientrommene var ledige. Særlig det ene pasientrommet på enheten var trangt og uegnet. I dette rommet var også enhetens belteseng plassert. Beltesengen var ikke blitt brukt de siste årene. Ombudsmannen anbefaler at sykehuset vurderer å fjerne beltene.

Gjennomgang av skjermingsvedtak viste at disse ofte ga svært lite informasjon om hva som skulle være innholdet i skjermingen. Vedtakene manglet også annen viktig informasjon, blant annet om begrensninger pasienten kunne være ilagt gjennom såkalte miljøregler, og om ungdommens syn på, og tidligere erfaring med, skjerming.

Vi fant eksempler på opphold på skjerming som varte over lengre tid, der enkelte av pasientene også hadde andre begrensninger som til sammen utgjorde store inngrep i disse pasientenes privatliv og mulighet til selvbestemmelse. Enkelte av disse ble samtidig utsatt for mye bruk av fysisk tvang.

Ved ankomst til sykehuset ble ungdommens bagasje som rutine gjennomgått av ansatte. Sykehuset hadde ingen dokumentasjon av hvordan vilkårene for å innføre rutinekontroller var oppfylt og mindre inngripende tiltak var vurdert. Det var i tillegg en rutine at ungdommens bad/toalett og klesskap der bagasje ble oppbevart, skulle være låst det første døgnet. Dette ble begrunnet med sikkerhetshensyn, og at behandler måtte ha vurdert ungdommen før bad og skap eventuelt kunne låses opp. Ombudsmannen ser det som tvilsomt om psykisk helsevernloven tillater rutinemessig innlåsing av alle personlige eiendeler og begrenset tilgang til toalett det første døgnet for alle. Det er vanskelig å se at en slik rutine er nødvendig og forholdsmessig.

Pasientene ved BUP Lian opplevde stort sett de ansatte som omsorgsfulle. Noen hadde noen dårlige erfaringer med enkeltansatte, mens andre hadde erfart at ansatte jobbet for å få løse uoverensstemmelser eller misforståelser.

Flere ungdommer vi snakket med opplevde de ansatte som lydhøre og interesserte i deres meninger. Det var likevel lite systematikk i arbeidet med å sikre ungdommers medvirkning på besøkstidspunktet. Det var noe mer struktur og arenaer på utrednings- og behandlingsenheten som kunne legges til rette for slik medvirkning.

Enkelte ungdommer opplevde å ha fått lite informasjon om sine rettigheter og klagemuligheter. Det kom også fram at ungdom ikke mottok skriftlige vedtak om tvang. Ofte fikk heller ikke foreldrene dette. Ved besøkstidspunktet fant vi også at BUP Lian fremdeles ikke hadde rutiner for å sikre systematiske evalueringssamtaler med pasienter i etterkant av bruk av inngripende tvang, slik loven krever.

Mange ansatte vi møtte hadde jobbet ved BUP Lian lenge, og mange oppga at de trivdes og følte seg trygge på jobb. Flere ansatte ved akutenheten opplevde likevel at arbeidsmiljøet var preget av utrygghet.

Det manglet en felles tilnærming til hvordan situasjoner som tilspisset seg mellom ungdom og ansatte skulle håndteres. Ansatte kunne blant annet være uenige om hvordan og når man skulle gripe inn og håndtere tilspissede situasjoner med pasienter. Slike uklarheter kan bidra til usikkerhet og øke risikoen for bruk av tvang. På besøkstidspunktet manglet det systematisk evaluering og oppfølging av tvangsbruk med de ansatte som hadde vært involvert i bruk av tvang.

Behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser ble gjennomført ved bruk av en metode som kalles familiebasert behandling. Innføringen av familiebasert behandling var i oppstartsfasen ved seksjonen. Mange ansatte sa at de ikke følte seg rustet til å utføre de oppgavene de ble satt til. Flere ansatte mente også at den nye behandlingen innebar mer bruk av tvangsernæring ved bruk av sonde, og at det var belastende å være involvert i behandling med et så stort innslag av tvang.

Flere forhold gjorde det vanskelig å få oversikt over omfanget av vedtak og beslutninger om bruk av tvangsernæring og omfanget av faktiske gjennomførte sondeneringer. Dette utgjør en risiko for at ledelsen og kontrollkomisjonene ikke har et fullstendig bilde av den totale bruken av tvang overfor den enkelte pasient.

Aktivitetstilbudet til ungdom med spiseforstyrrelser var avhengig av om pasienten gjennomførte måltidene på en tilfredsstillende måte. Dette gjaldt også aktiviteter som ikke utgjorde noen risiko for mål om vektoppgang. Slike aktiviteter kunne bli brukt som en form for belønning, eller «forsterkning», for å gjennomføre måltider. Ungdom som var innlagt med spiseforstyrrelser kunne i tillegg oppleve at tilgang til toalett og vask ble begrenset selv om de ble fulgt opp av foreldre eller ansatte i perioder etter måltider, uten at slike tiltak ble dokumentert og begrunnet.

Samlet sett ga våre funn grunn til bekymring for at behandlingsmetoden på besøkstidspunktet ikke var tilstrekkelig faglig forankret hos de ansatte, og at den hadde flere elementer som stod i et problematisk forhold til barns rettigheter etter FNs barnekonvensjon. Dette er særlig bekymringsfullt i lys av at det er tale om til dels svært inngripende behandlingsmetoder.

Selv om det ut ifra kontrollkommisjonens rapporter så ut til at de hadde oversikt over tvangsbruken ved sengeposten på BUP Lian, kom det ikke fram informasjon om at kommisjonen foretok mer systematiske gjennomganger, for eksempel i tilfeller der barn hadde vært innlagt over lang tid eller utsatt for mye tvang. Kontrollkommisjonene hadde ikke ved noe tilfelle i 2019 meldt inn til Fylkesmannen i tilfeller der ungdom over tid ble utsatt for mye tvang. Den lokale kontrollkommisjonen oppsøkte heller ikke pasienter selv og hadde ikke utført stedlige velferdskontroller det siste året før varslingen av vårt besøk.

Det var ikke etablert et godt system for å fange opp og sikre at kontrollkommisjonen fikk forelagt spørsmål om innleggelse der barn under 16 år motsatte seg innleggelse eller ønsket å skrive seg ut senere i oppholdet. Det fantes ikke en oversikt over antall ungdommer under 16 år som var uenige i innleggelsen, verken ved akutt- eller utrednings- og behandlingseenheten. Vi fant tilfeller der ungdom under 16 år åpenbart ikke ønsket å være innlagt, uten at dette hadde utløst kontakt med kontrollkommisjonen. Flere forhold syntes å bidra til at terskelen for å klage ble svært høy og at ungdom ikke turte å klage selv om de i utgangspunktet ønsket det.

Anbefalinger

Anbefalinger: Fysiske forhold og kapasitet

- Sykehuset bør gjøre bygningsmessige utbedringer for å sikre at helsepersonells taushetsplikt overholdes og at støy og uro i avdelingen reduseres.
- Sykehuset bør foreta en vurdering av om den eksisterende akutteneheten har tilstrekkelig areal og planløsning til å ivareta både akutt og langtids intensiv behandling.

Anbefaling: Aktivitetstilbud

- Sykehuset bør sikre at de har et aktivitetstilbud som er tilpasset alle pasienter med lengre innleggelser, også der de legges inn på akutteneheten.

Anbefaling: Arbeidsmiljø, institusjon og trygghet

- Sykehuset bør sørge for at personalgruppen har et arbeidsmiljø som gjør risikoen for umenneskelig behandling minst mulig.

Anbefalinger: Barn og unges medbestemmelse under innleggelse

- Sykehuset bør sikre bedre rutiner for å fange opp om barn under 16 år er uenige i innleggelsen.
- Sykehuset bør iverksette konkrete tiltak for å sikre ungdommers rett til å bli hørt og til å medvirke under innleggelsen.

Anbefalinger: Skjerming

- Sykehuset bør sikre en human utforming av lokaler som blir brukt til skjerming.
- Sykehuset bør foreta en vurdering om rommene i skjermingsenheten skal inngå i sengepostenes samlede antall sengeplasser.
- Sykehuset bør sikre at skjermingsvedtakene inneholder informasjon om inngripende tiltak under skjerming og om de vurderinger som er gjort for å sikre at ulempene klart oppveies av fordelene med tiltakene.

- Sykehuset bør etablere rutiner som sikrer at barn og unge som skjermes får si sin mening om tiltaket og fortelle om eventuelle tidligere erfaringer med skjerming.
- Sykehuset bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig bruk av skjerming, inkludert systematisk evaluering.

Anbefaling: Bruk av mekaniske tvangsmidler

- Sykehuset bør vurdere å avvikle muligheten til å bruke mekaniske tvangsmidler for pasienter under 18 år.

Anbefalinger: Andre inngrep i personlig integritet

- Sykehuset bør sikre at alle kontrolltiltak som iverksettes overfor barn og unge det første døgnet etter ankomst er lovlige, nødvendige og forholdsmessige og er i tråd med barns rett til privatliv.

Anbefaling: Involvering av barn og unge for å forebygge tvang

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys til alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.
- Sykehuset bør bruke ulike arenaer for pasientmedvirkning i arbeidet med å forebygge bruk av tvang, herunder innleggelses- og kartleggingssamtaler og behandlingsmøter.

Anbefaling: Systematisk arbeid med tvangsreduksjon

- Sykehuset bør sikre at det gjennomføres systematiske og kritiske evalueringer av foranledning til og gjennomføring av tvangsmiddelbruk ved døgnenhetene.

Anbefalinger: Inngripende tiltak som ledd i behandling

- Sykehuset bør sette i verk tiltak for å sikre at alle ansatte har tilstrekkelig faglig kompetanse til å yte god helsehjelp til ungdommer med spiseforstyrrelser.
- Sykehuset bør kvalitetssikre behandlingssopplegget for å sikre at inngripende behandlingstiltak har hjemmel i lov, og er nødvendige, forholdsmessige og forsvarlige, og er i overensstemmelse med barns rett å ha et aktivitetstilbud.

Anbefaling: Tvungen sondenæring

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre en oversikt over all bruk av tvungen sondenæring og annen tvungen behandling. Dette må inkludere korrekt protokollføring, en oversikt over antallet beslutninger om behandling for pasienter under 16 år og en bedre tilgang og oversikt over omfanget av faktisk gjennomførte tvangsbehandlinger for den enkelte pasient.

Anbefalinger: Kontrollkommisjonen

- Kontrollkommisjonen bør sikre at informasjon og oppslag om kommisjonen er tilpasset barn og ungdom.
- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
- Kontrollkommisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der pasientene oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas.

- Kontrollkommisjonen bør sikre at tilfeller med mye eller langvarig tvang og restriksjoner meldes videre til fylkesmannen.
- Sykehuset og kontrollkommisjonen bør sammen sikre et tilrettelagt system for klage og oppfølging av ungdom som under oppholdet gir uttrykk for at de vil skrives ut.

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 skal derfor ha et ekstra vern om sin personlige integritet. Det skal mindre til før forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er brutt.⁶ Dette er særlig viktig å huske i tilfeller der barn er fratatt friheten, for eksempel når et barn er innlagt på sykehus mot sin vilje.

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.⁷ 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 basis 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. Bruk av tvang og makt kan kun skje i ekstraordinære tilfeller, der andre tiltak er forsøkt og kun der dette er regulert i loven.

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 er ikke definert som tvang etter psykisk helsevernloven, 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

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

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

⁵ FNs Barnekonvensjon artikkel 37 c).

⁶ FNs spesialrapportør (2015), avsnitt 31-33.

⁷ FNs regler for beskyttelse av mindreårige som er fratatt friheten (Havanareglene), vedtatt av FNs generalforsamling 14. desember 1990.

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.⁸ I juli 2019 ble det fra et lovutvalg foreslått endringer i reglene om tvang mot barn og unge i helse- og omsorgstjenestene.⁹ Dersom forslagene blir vedtatt, vil de på flere områder synliggjøre og 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.¹⁰ Alle sykehus har imidlertid et selvstendig ansvar for å sikre at barns og unges menneskerettigheter overholdes, selv om rettighetene ikke er skrevet direkte inn i loven om psykisk helsevern.¹¹

Fordi innleggelse mot barns vilje ikke regnes som tvang når de er under 16 år, gjelder ikke lovens strenge vilkår for tvangsinnleggelse.¹² 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 å kunne legge inn mot barnets 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 mens barn og unge 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.

Fordi mange av innleggelsene og tiltakene som barn og unge utsettes for mot sin vilje, ikke regnes som tvang juridisk sett, er det vanskelig å holde oversikt over hvor mye tvang barn og unge faktisk utsettes for. Så vidt ombudsmannen kjenner til, finnes ingen nasjonal oversikt av 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.

⁸ Barneombudet, Grenseløs omsorg, fagrapport 2015, side 21.

⁹ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.

¹⁰ Sivilombudsmannens høringsvar om NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, 30. desember 2019.

¹¹ Dette følger av Grunnloven §§ 92 og 104 og menneskerettsloven §§ 2 og 3.

¹² Psykisk helsevernloven kapittel 3, §§ 3–2 og 3–3.

2 Gjennomføring av besøket

I november 2019 ble St. Olavs hospital, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, seksjon Lian, informert om at det ville bli gjennomført et besøk til deres døgnposter, Akuttenheten og Utrednings- og behandlingseenheten, i løpet av 2020. Besøket ble gjennomført 25.-27. februar 2020.

I forbindelse med besøket innhentet vi dokumenter og informasjon fra sykehuset, deriblant retningslinjer, statistikk og avviksmeldinger. Vi innhentet også informasjon om pasienter som hadde fått vedtak om tvangstiltak som tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke. Det ble i forkant av besøket gjennomført samtaler med og innhentet informasjon fra Kontrollkommisjonen og Fylkesmannen i Trøndelag.

Under besøket gjennomførte vi befaringer på begge døgnenhetene. Vi hadde et innledende møte med ledelsen og representanter for behandlergruppen, og gjennomførte private samtaler med pasienter, foresatte, miljøpersonell, behandlere og ledelse.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Jannicke Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Pia Lande (seniorrådgiver, jurist)

3 Om seksjon Lian

BUP Lian er St. Olavs hospitals døgntilbud til barn og unge, mellom 12 og 18 år og har to døgnenheter; akuttenheten og utrednings- og behandlingseenheten. Leger og psykologer ble kalt «fagstab» og var organisert under en seksjon kalt Poliklinikk Lian, som også bestod av Ambulant akutteam.

Lianvatnet skole ligger like ved de to døgnenhetene og utgjør BUP Lians skoletilbud. Skolens oppgave er å gi et tilrettelagt pedagogisk tilbud til barn og unge som var innlagt ved klinikken, i tillegg til pedagogisk utredning, og samarbeid med og rådgivning til pasientenes nærscole før og etter innleggelse.

Hver seksjon hadde en seksjonsleder som rapporterte til seksjonssjef for hele seksjon BUP Lian.

Ansatte ved Utrednings- og behandlingseenheten gikk i helgeturnus på akuttenheten. Det kom fram at ordningen skapte en del uro og usikkerhet for ansatte fra begge enhetene, da arbeidsform og prosedyrer var forskjellige ved de to enhetene. Problemene rundt dette syntes å ha vært større tidligere.

3.1 Akuttenheten

Akuttenheten ved Seksjon Lian tok imot barn og unge for øyeblikkelig innleggelse og/eller akutt behandling. Innleggelsene ved enheten gjaldt i hovedsak spørsmål om suicidalfare, psykose, spiseforstyrrelse eller alvorlige atferdsvansker/utagering. På besøkstidspunktet var det tre ungdommer på akuttenheten. Enheten var godkjent for tvungent psykisk helsevern, og hadde totalt seks døgnplasser. To av plassene var i enhetens skjermingsenhet (se underkapittel 4.2.1 *Kapasitet ved akuttenheten*).

Enheten hadde i 2017, 2018 og 2019 hatt henholdsvis 157, 112 og 99 innleggelser.¹³ Gjennomsnittlig lengde på innleggelsene var gått opp det siste året, fra 8,7 dager i 2017 og 5,3 dager i 2018 til 17,2 dager i 2019. Andelen innlagt på tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern var ca. 7 % i 2017, 21 % i 2018 og 15 % i 2019. Øvrige pasienter var innlagt på såkalt frivillig paragraf.¹⁴ For pasienter under 16 år vil dette kunne innebære at foreldrene har samtykket til innleggelse, men at barnet selv oppfatter det som en ufrivillig innleggelse (se kapittel 7.1 *Barn og unges medvirkning under innleggelsen* og kapittel 12 *Kontroll og klage*).

3.2 Utrednings- og behandlingseenheten

Utrednings- og behandlingseenheten (UB) hadde åtte plasser. Enheten var stengt i helger og ferier, og tok derfor kun imot pasienter som ikke hadde behov for å være på en døgnpost sju dager i uken.

Én av plassene sto til disposisjon for akuttenheten etter behov.

Enheten hadde hatt henholdsvis 40, 60 og 48 innleggelser hvert år i 2017, 2018 og 2019.¹⁵ Beleggsprosenten hadde vært henholdsvis 56 %, 60 % og 62 % de samme årene. Gjennomsnittlig lengde på innleggelsene var på mellom tre og fire uker. Enheten hadde en overvekt av frivillig

¹³ Noen av innleggelsene regnet inn i 2017 skjedde i januar og februar i 2018. Årsaken til dette er at sykehuset gikk over til nytt journalsystem i mars 2018. Tall for 2018 gjelder dermed fra 1. mars 2018.

¹⁴ Psykisk helsevernloven § 2-1.

¹⁵ Psykisk helsevernloven § 2-1.

innlagte pasienter, med henholdsvis to innleggelser i 2017 på § 3-3 (tvungent helsevern), én innleggelse på § 3-3 og fire på § 3-2 (tvungen observasjon) i 2018 og ingen innleggelser på verken tvungen observasjon eller tvungent vern i 2019.¹⁶

Fordi Utrednings- og behandlingsenheten var stengt i helger og ferier ble pasienter som var alvorlig syke og trengte et 7-døgntilbud plassert på akuttenheten (se kapittel 4.2.1 *Kapasitet ved akuttenheten* og 5 *Aktivitetstilbud ved akuttenheten*).

¹⁶ For pasienter under 16 år vil dette kun innebære at foreldrene har samtykket til innleggelse, og ikke barnet selv. Se mer om dette i kapittel 7 *Retten til å medvirke* og kapittel 13 *Kontroll og klage*.

4 Fysiske forhold og kapasitet

Barn som er fratatt friheten har rett til fysiske omgivelser som fremmer helsen og verdigheten deres.¹⁷ Det er viktig at institusjoner for barn og ungdom er tilrettelagt for å skape en trygg og god tilværelse. 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.¹⁸ Lokalene bør ha nok plass for hvert barn, passende belysning, temperatur og ventilasjon.¹⁹ Barn bør få ha med seg personlige eiendeler, med mindre sikkerhetshensyn tilsier noe annet. Utforming av de fysiske omgivelsene som tar hensyn til barns behov for trygghet, kan bidra til å forebygge konflikter og bruk av tvang.²⁰

4.1 Generelt om fysiske forhold

BUP Lian besto av flere bygg som lå i et skogholt i utkanten av Trondheim. De to døgnenhetene hadde hvert sitt bygg i nærheten av skolen, administrasjonsbygget, fagstab mv. Det var på besøkstidspunktet flere ubrukte bygg som tilhørte sykehuset på området. Bygningene lå i fine naturomgivelser som la til rette for utendørsaktiviteter både med ansatte, foreldre, andre pårørende eller venner, og alene.

4.2 Akuttenheten

Akuttenheten besto av første etasje og kjeller. Selve sengeposten lå i første etasje. Fire pasientrom lå på én side av en lengre korridor, mens inngangsområdet, vaktrom og kontorer var plassert på den andre siden. I den ene enden av korridoren var det fellesstue, hobbyrom og kjøkken. I den andre enden var det en skjermingsenhet med to pasientrom (se kapittel 8 *Skjerming*, underkapittel 8.3 *Akuttenhetens skjermingsenhet*). Dørene inn til enheten var låst fra utsiden og innsiden og måtte åpnes av ansatte.

Fellesstuen besto av flere soner med sittegrupper og en sone med spisebord. Rommet var lyst og hyggelig med store vinduer med godt utsyn mot skog og natur. Flatene var velholdte og dekorert med lyddempende materialer i friske farger. I tilknytning til stuen var det også et hobbyrom. Dette var avstengt når det ikke var i bruk.

Enhetskjøkken var stengt for pasienter og foreldre. Dette ble begrunnet med regler om hygiene fra sykehusets side. Dersom pasienter skulle bidra i matlaging som del av aktivitetene under oppholdet, ble det lagt til rette for dette ved spisebordet i fellesstuen.

Pasientrommene var enkelt innredet. De var små og skulle romme både barnet og en forelder som skulle bo der sammen, i tillegg til deres klær og annen bagasje. Vinduene hadde gardiner. Belysning var fra taklampe og leselampe over senga, og kunnes reguleres av ungdommen selv. Rommene var innredet med en vanlig seng, en sovesofa i friske farger, nattbord, og et klesskap. Veggene var hvite og det var ingen dekorasjoner på veggene utover en tavle der enhetens husordensregler var hengt opp. Pasientrommene, med unntak av rommene i skjermingsenheten, hadde egne bad med toalett

¹⁷ Se bl.a. FNs Havanaregler, regel 31.

¹⁸ FNs Havanaregler, regel 32.

¹⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjoner, CPT/Inf (98)12-part, avsnitt 34 og CPT/Inf (2015)1- part, avsnitt 104.

²⁰ 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 Tvangsbegrensingsloven, side 278.

og dusj. Badene var av eldre standard og fungerte til dels dårlig, blant annet ble det lett oversvømmelse ved dusjing.

Antallet sengeplasser ved avdelingen inkluderte de to soverommene i skjermingsdelen. Dette innebar at ungdommer uten skjermingsvedtak kunne bli plassert i denne delen av bygget dersom ingen av de vanlige pasientrommene var ledige. Flere ansatte pekte på at dette var uheldig og at særlig det ene pasientrommet var trangt og uegnet. På dette rommet hadde en av de to pasientsengene fester til belter på innsiden av sengerammen. Det var i dette rommet det kunne brukes mekaniske tvangsmidler.

Det var svært lytt i lokalene. Dette gjaldt spesielt fra vaktrommet og ut i korridoren, men også mellom rommene. Det kom fram at pårørende flere ganger hadde meldt om at sensitiv informasjon som ble diskutert på vaktrommet kunne høres utenfor vaktrommet. Problemet var flere ganger blitt meldt inn fra ledelsen ved enheten, men til tross for at det var gjennomført noen tiltak, var dette fortsatt en utfordring.

Pasienter som ankom med politi kunne bli tatt inn direkte til enhetsleders kontor, der den første vurderingen og samtalen ble gjennomført. Fra dette kontoret var det også direkte inngang til enhetens skjermingsenhet.

I kjelleretasjen kunne pasienter bare være i følge med ansatte. Her var det blant annet møterom, samtalerom, et aktivitetsrom (med bl.a. bordtennisbord) og vaskerom.

Samlet framstod akuttenheten som trang og underdimensjonert. Dette gjaldt både pasientrommene og fellesarealene. Plassmangelen ble forsterket av at seksjonen på besøkstidspunktet hadde gått over til å ha foreldre boende på enheten sammen med ungdommene. At en av foreldrene ble innlagt sammen med barnet var en ordning som var blitt innført i nyere tid, for å styrke behandlingen.

Da vi gjennomførte besøket var det flere innlagte pasienter med spiseforstyrrelser. I tråd med en ny behandlingsmetode for denne pasientgruppen, skulle pasientene spise sammen med sine foreldre, men helst ikke med andre pasienter. Formålet med dette var at foreldre skulle veiledes til å lede barnets næringsinntak. De måtte derfor sitte på til dels uegnede steder når de skulle spise. Måltid ble for eksempel gjennomført på kontoret til enhetslederen, på hobbyrommet og i skjermingsavdelingen (se også kapittel 7.3 *Involvering av pårørende* og kapittel 12 *Inngripende tiltak som ledd i behandling*). Det var vanskelig å se hvordan sykehuset kunne ivareta flere i denne pasientgruppen, og samtidig ivareta andre pasienter med egne behandlingsbehov. Noen pasienter, inkludert pasienter med spiseproblematikk, var innlagt på akuttenheten over lang tid. Dette gjorde de trange forholdene enda mer problematiske.

I mellomgangen mellom skjermingsenheten og fellesområdene var det også inngang til et undersøkelsesrom. Sentralt i rommet sto det en undersøkelsesbenk som ble brukt til sondenæring i mangel av andre rom som kunne brukes til dette. Rommet var trangt og lite egnet til sondenæring som ofte innebar at det skulle være flere ansatte tilstede.

Rommet ble også benyttet til andre formål, som medisinske undersøkelser og oppbevaring av medisiner og medisinsk utstyr. På en hylle innerst i rommet stod det to koffertene med påskriften «reimer». Disse var også synlige for pasienter som var på rommet blant annet for å motta sondenæring.

4.3 Utrednings- og behandlingseenheten

Utrednings- og behandlingseenheten bestod også av to etasjer, der hovedetasjen var formet som en hestesko. I hver ende av korridoren var det stue, kjøkken og spiseplass. Pasientrom, kontorer, vaktrom, samtalerom, møterom og et musikkrom lå også i denne etasjen. Fellesarealene var lyse med store vinduer, men fremsto som relativt små.

Pasientrommene hadde noe ulik størrelse. Alle hadde eget bad, og var innredet med en vanlig seng, en sovesofa eller seng til forelder, et klesskap og nattbord. Belysning var fra taklampe og leselampe over senga, og kunnes reguleres av ungdommen selv. Også her fremsto rommene som trange i lys av at flere av barna hadde foreldre som skulle bo sammen med dem.

I enhetens kjeller var det blant annet en egen familieleilighet, der foreldre kunne trekke seg tilbake, og et stort hobbyrom som ble brukt aktivt i behandlingen.

Denne enheten hadde ikke skjermingsenhet eller belteseng. Dørene til enheten var ikke låst på dagtid, men på kveldstid måtte man ha adgangskort for å komme ut og inn.

Anbefalinger: Fysiske forhold og kapasitet

- Sykehuset bør gjøre bygningsmessige utbedringer for å sikre at helsepersonells taushetsplikt overholdes og at støy og uro i avdelingen reduseres.
- Sykehuset bør foreta en vurdering av om den eksisterende akutteneheten har tilstrekkelig areal og planløsning til å ivareta både akutt og langtids intensiv behandling.

5 Aktivitetstilbud

For alle som er fratatt friheten, er det viktig å kunne delta i varierte og meningsfulle aktiviteter, inkludert utendørsaktiviteter og fritidstilbud utenfor sitt eget rom. Alle som er innlagt til psykiatrisk behandling skal ha en individuell behandlingsplan med ulike terapeutiske tilbud. De bør ha jevnlig tilgang til aktivitetsrom og mulighet til å oppholde seg utendørs hver dag.²¹ Barn har rett til hvile og fritid og til å delta i lek og fritidsaktiviteter som passer for alderen.²² Lokaler og uteområder bør legges til rette for dette. Alle barn og unge har rett til grunnleggende opplæring og skal sikres adgang til videregående utdanning.²³ Opplæringen skal være tilpasset barns behov og helsetilstand.²⁴

Det lå en egen skole for barn og unge som var innlagt like ved sengepostene (se kapittel 3 *Om seksjon Lian*). Denne ble aktivt brukt av begge enheter, og skolen fikk gode tilbakemeldinger som en viktig samarbeidspartner for enhetene, og ungdommene som gikk der trivdes godt. Eksempler fra dokumentgjennomgang viste at skolen raskt og fleksibelt ble tatt i bruk under flere ungdommers opphold ved enhetene.

5.1 Aktivitetstilbud ved akuttenheten

Ved akuttenheten var det få felles organiserte aktiviteter, med unntak av en felles aktivitet på tirsdager. Det skulle avholdes et felles ettermiddagsmøte med ungdommene hver dag, men dette så ikke ut til å bli gjennomført.

Det var flere aktivitetsmuligheter utenfor avdelingen, slik som bordtennis i underetasjen, gymrom i nabobygning og turer i naturen og rundt vannene i nærheten. Enheten disponerte en egen bil som kunne benyttes til turer med ungdommene. I all hovedsak forutsatte disse aktivitetene at ansatte hadde tid til å være med ungdommene ut av enheten. Flere funn tydet på at ansatte strakk seg langt for å få til et godt og individuelt tilpasset aktivitetstilbud til pasientene som var ved akuttenheten. Under besøket så vi likevel at ansatte brukte mye av sin tid på oppfølging inne i enheten. Særlig syntes gjennomføringen av måltider å legge beslag på en stor del av de ansattes tid. Flere ansatte bekreftet at det kunne være vanskelig å få til å følge pasienter til aktiviteter fordi arbeidsoppgaver inne på enheten krevde at de var der.

Vi fant flere eksempler på at pasienter hadde lengre opphold på akuttenheten. For disse pasientene er det særlig uheldig at aktivitetstilbudet var så begrenset som følge av at postens organisering i stor grad var rigget for korte opphold.

5.2 Aktivitetstilbudet ved Utrednings- og behandlingseenheten

Utrednings- og behandlingseenheten hadde en rekke felles aktiviteter i løpet av ukedagene, både samlinger der det ble tatt opp ulike temaer, fritidsaktiviteter og fysiske aktiviteter. Ifølge ansatte ble disse aktivitetene aktivt brukt som en del av både utredning og behandling ved enheten. Aktivitetstilbudet fremsto bedre tilpasset lengre innleggelse enn ved akuttenheten.

²¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjoner, CPT/Inf (98)12-part, avsnitt 37.

²² FNs barnekonvensjon artikkel 31.

²³ Grunnloven § 109.

²⁴ Havanareglene, regel 38 flg.

Anbefaling: Aktivitetstilbud

- Sykehuset bør sikre at de har et aktivitetstilbud som er tilpasset alle pasienter med lengre innleggelser, også der de legges inn på akutteneheten.

6 Arbeidsmiljø, institusjonskultur og trygghet

Arbeidsmiljø og institusjonskultur kan ha stor betydning for ivaretagelsen av ungdommer som er innlagt på en avdeling og er viktig for følelsen av trygghet både for ungdommer og ansatte. Hvordan ansatte har det på jobb og de holdninger og verdier som er rådende kan ha betydning for hvordan ansatte møter pasientene.²⁵ Utrygge ansatte kan skape uforutsigbarhet og forvirring for ungdom, og øke faren for tilspissede situasjoner. Arbeidsmiljø, kultur og trygghet kan derfor også ha innvirkning på bruk av tvang og på muligheten for forebygging av tvang.

Pasientene ved BUP Lian opplevde stort sett de ansatte som omsorgsfulle. Noen hadde noen dårlige erfaringer med enkeltansatte, mens andre hadde erfart at ansatte jobbet for å få løse uoverensstemmelser eller misforståelser.

Mange ansatte vi møtte hadde jobbet ved BUP Lian i svært lang tid, og mange ga uttrykk for at de trivdes og følte seg trygge på jobb.

Vi fant samtidig at flere ansatte ved akutenheten opplevde at arbeidsmiljøet ved sengeposten var preget av utrygghet. Dette gjaldt særlig i perioder med mange eller krevende arbeidsoppgaver. Det ble blant annet påpekt fra flere ansatte at de i varierende grad ble ivaretatt eller fikk oppfølging dersom det oppstod alvorlige hendelser på jobb, og at det var lite systematikk i dette arbeidet. Det var også flere ansatte som mente de manglet nødvendig opplæring i behandlingsmetodene. Særlig var det flere som understreket at de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i den nye behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. De trakk fram at dette var spesielt belastende fordi denne behandlingen krevde tett oppfølging av den enkelte ungdommen og reiste en del etiske dilemmaer (se kapittel 12 *Inngripende tiltak som ledd i behandling*). Funn tydet også på at det var utfordringer med å få til en felles tilnærming i håndtering av konfliktsituasjoner og tilspissede situasjoner mellom ungdom og ansatte (se kapittel 11.1 *Systematisk arbeid med tvangsreduksjon*).

Avdelingen hadde egne nattevakter. Det var en overvekt av mannlig nattevakter ved akutenheten, og ofte var det kun menn på vakt om natten. Dette kunne blant annet skape ubehag og utrygghet for kvinnelige pasienter som måtte be om å få badet låst opp når de trengte å bruke det, eller som opplevde tilsyn når de var på toalettet (se også kapittel 10 *Andre inngrep i personlig integritet*).

Anbefaling: Arbeidsmiljø, institusjon og trygghet

- Sykehuset bør sørge for at personalgruppen har et arbeidsmiljø som gjør risikoen for umenneskelig behandling minst mulig.

²⁵ Sivilombudsmannen har ved flere besøk påpekt at institusjonskultur kan ha betydning for de holdninger og verdier ansatte møter de som er innlagt med.

7 Retten til å medvirke

I henhold til FNs barnekonvensjon og Grunnloven har alle barn, også de som er pasienter på et sykehus, rett til fritt å gi uttrykk for meninger om forhold som berører dem selv.²⁶ Alle barn som mottar helsebehandling skal involveres i beslutninger i samsvar med sin alder og modenhet.²⁷ 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. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.²⁸ Etter Grunnloven og FNs barnekonvensjon gjelder det ingen aldersgrense for når barn skal høres, det avgjørende er at de er i stand til å danne egne standpunkter. Voksne skal legge til rette for at barnet føler seg trygg til fritt å kunne gi uttrykk for meningene sine, uten press eller manipulering.²⁹ FNs barnekomité understreker at dette også gjelder på helseområdet.³⁰

Retten til å bli hørt og til å få medvirke skal ivaretas av alle som jobber med barn og unge.³¹ Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Det er helt nødvendig å høre barn for å kunne vurdere hva som er til barnets beste.³² Barn står også fritt til *ikke* å gi uttrykk for meningene sine.

FNs barnekomité 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.³³

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.³⁴ Meningene deres skal gis vekt på lik linje med andre barn, og de har krav på hjelp som er tilpasset alderen og funksjonsnedsettelsen deres.³⁵

Foreldrene, andre med foreldreansvaret eller barnevernstjenesten skal høre barn under 16 år før de avgjør spørsmål om samtykke til helsehjelp.³⁶ Psykisk helsevernloven inneholder ikke en plikt for helsepersonell til å la barnet medvirke ved spørsmål om samtykke til helsehjelp. Helsepersonells plikt

²⁶ Grunnloven § 104 første ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 12.

²⁷ FNs barnekomité 2009 [se over], avsnitt 100.

²⁸ Psykisk helsevernloven § 1-5 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

²⁹ FNs barnekomité, generell kommentar nr. 12, Barnets rett til å bli hørt 20. juli 2009, CRC/C/GC/12, avsnitt 22-23.

³⁰ FNs barnekomité 2009, avsnitt 101.

³¹ FNs barnekonvensjon artikkel 12, Grunnloven § 104 første ledd.

³² FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1, og Grunnloven § 104 andre ledd.

³³ Se også FNs barnekomité, generell kommentar nr. 4, Unge menneskers helse og utvikling sett i relasjon til konvensjonen om barnets rettigheter, avsnitt 11.

³⁴ FNs spesialrapportør, årsrapport 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 80.

³⁵ CRPD artikkel 7 nr. 3.

³⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 femte ledd.

til å legge til rette for barns medvirkning, er en følge av barns generelle medvirkningsrett etter pasient- og brukerrettighetsloven og følger av menneskerettighetene.³⁷

7.1 Barn og unges medbestemmelse under innleggelse

Retten til medbestemmelse gjelder alle forhold som berører barnet under innleggelse i psykisk helsevern. Under et besøk kan det være vanskelig å få full innsikt i om barn og unge faktisk får ivaretatt denne rettigheten fullt ut. Flere ungdommer vi snakket med opplevde de ansatte som lydhøre og interesserte i deres meninger. Arbeidet med å sikre ungdommers medvirkning var imidlertid lite systematisk.

I forbindelse med innleggelse for barn og ungdom under 16 år fikk både de og foreldrene utdelt et samtykkeskjema for innleggelsen. I dette skulle foreldrene skrive under med sitt samtykke, og barnet kunne krysse seg enig eller uenig i innleggelsen. Dersom barnet var uenig, skulle saken sendes direkte til Kontrollkommisjonen. Ifølge sykehuset og den lokale kontrollkommisjonen var det svært få tilfeller der barn hadde uttrykt uenighet i innleggelsen de siste årene. Det lave tallet kan være et uttrykk for at foreldres rett til å samtykke på barnets vegne svekker barns mulighet til medvirkning (se også kapittel 13 *Kontroll og klage*).³⁸

Under vårt besøk fant vi, både i samtaler og ved dokumentgjennomgang, tilfeller der ungdom under 16 år åpenbart ikke ønsket å være innlagt, uten at dette hadde utløst kontakt med kontrollkommisjonen. Dette tyder på at sykehuset ikke hadde gode nok rutiner for å fange opp ungdommens eget syn på innleggelsen. Det fantes ikke en oversikt over antall ungdommer under 16 år som var uenige i innleggelsen, verken ved akutt- eller utrednings- og behandlingseenheten.

Økt brukermedvirkning ble i sykehusets planer for reduksjon av tvang beskrevet som et av satsningsområdene for å redusere tvang ved BUP Lian. Det skulle blant annet innføres et systematisk elektronisk mål på brukererfaring gjennom tilbakemeldingsprogrammet «Tell me more». Dette programmet var imidlertid utviklet for polikliniske behandlinger og måtte tilpasses ungdom som mottok døgnbehandling. Det var ikke avklart hvordan dette skulle tilpasses eller når programmet skulle tas i bruk på sengepostene. Seksjonen ønsket også å etablere et samarbeid med brukerrepresentanter som hadde vært i døgnbehandling ved seksjonen. Dette er positive initiativer, men de var ikke igangsatt på besøkstidspunktet.

Funn under besøket tydet på at ungdommene som var innlagt sjelden fikk være med på sine egne behandlingsmøter. En gjennomgang av referater fra de ti siste behandlingsmøtene ved akuttenheten i etterkant av besøket, viste at ungdommen kun hadde deltatt på ett av møtene. BUP Lian var med i et nasjonalt nettverk i regi av Forandringsfabrikken kalt «Mitt liv».³⁹ Deltakelsen i dette nettverket hadde blant annet resultert i en anbefaling om at pasientene skulle få være med i sine egne behandlingsmøter. Sykehuset hadde besluttet at de ønsket å gjøre dette mer i alle sine behandlingsforløp. Dette tiltaket syntes imidlertid å ha liten støtte i behandlergruppen og avdelingsledelsen og var i liten grad iverksatt. Det ble av enkelte gitt uttrykk for at det var mer

³⁷ Grunnloven § 104 første ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 12.

³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

³⁹ For mer informasjon, se <https://www.forandringsfabrikken.no/article/mitt-liv-psykisk-helsevern>

hensiktsmessig at ungdommene kom med en «ønskeliste» som de voksne gjennomgikk på behandlingsmøtet.

Møtet ble avholdt uten ungdommen og avgjørelser som ble tatt ble formidlet til ungdommen i etterkant. En slik ordning er ikke i tråd med Barnekonvensjonens artikkel 12 om barns rett til å bli hørt og ivaretar ikke reell brukermedvirkning. Den legger heller ikke til rette for å fange opp om ungdommen er enig i behandlingen han eller hun mottar.

Anbefalinger: Barn og unges medbestemmelse under innleggelse

- Sykehuset bør sikre bedre rutiner for å fange opp om barn under 16 år er uenige i innleggelsen.
- Sykehuset bør iverksette konkrete tiltak for å sikre ungdommers rett til å bli hørt og til å medvirke under innleggelsen.

7.2 Barns rett til informasjon

God og tilrettelagt informasjon er en forutsetning for å sikre effektiv oppfyllelse av barns rett til medbestemmelse i helsespørsmål.⁴⁰ Barn har rett til informasjon om sin helse og om innholdet i helsehjelpen.⁴¹ 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. CPT (Europarådets torturforebyggingskomité) har anbefalt at sykehus gir pasientene og deres pårørende en informasjonsbrosjyre om stedets rutiner og rettigheter ved innleggelsen.⁴² Barn og unge skal ha informasjon tilpasset sin alder og utvikling.⁴³

Barn og ungdom som kom til BUP Lian fikk utdelt en mappe med skriftlig informasjon. Mappen inneholdt informasjon om enhetens husregler og døgnrytme, en kopi av Helsedirektoratets informasjonsbrosjyre «Rettigheter i Psykisk helsevern» (tilpasset om pasienten var over eller under 16 år), et informasjonsskriv fra den lokale kontrollkommisjonen (se kapittel 13 *Kontroll og klage*) og annen informasjon om pasientrettigheter (støtteordninger, individuell plan m.m.).

Innenfor akutenhetens inngang var det en tavle der bilder av ansatte med navn var hengt opp, i tillegg til en oversikt over enhetens tidspunkt for måltider. Det var også en tavle med ukemeny.

Enkelte ungdommer opplevde å ha fått lite informasjon om sine rettigheter og klagemuligheter. Det kom også fram at de ikke mottok skriftlige vedtak om tvang. Ofte fikk heller ikke foreldrene dette. Dette til tross for at det sto i alle vedtak vi leste under dokumentgjennomgang at pasienten skulle

⁴⁰ Se FNs barnekonvensjon artikkel 17 og Barnekomiteens generelle kommentar nr. 12 [se note over], avsnitt 82.

⁴¹ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

⁴² CPT, Tvanginnleggelse i en psykiatrisk institusjon, utdrag fra CPTs 8. Årsrapport, 1998, CPT/Inf/(98)12-part, avsnitt 53.

⁴³ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

motta kopi av vedtaket med begrunnelse. Ledelsen formidlet at de ønsket å endre rutiner når det gjaldt dette, blant annet på bakgrunn av ombudsmannens tidligere anbefalinger.⁴⁴

7.3 Involvering av pårørende

Foreldre/foresatte og andre nære pårørende har en særlig viktig rolle i å beskytte barn og unges interesser og rettssikkerhet når de er innlagt i en helseinstitusjon.⁴⁵ For at de skal kunne ivareta sitt foreldreansvar, er det viktig at regler om medvirkning, informasjon og klagerett blir ivaretatt i praksis. Det er ulike regler som gjelder for foreldre, andre med foreldreansvar og andre nærmeste pårørende.⁴⁶ Reglene avhenger blant annet av om barnet er over eller under 16 år, som er da de normalt kan bestemme over sin egen helse. Involvering av pårørende må i noen tilfeller avveies mot andre viktige hensyn, som barn og unges rett til konfidensiell kontakt med helsepersonell.

De siste årene hadde det vært en klar endring i institusjonens samarbeid med foreldre/foresatte. Nå ønsket man i hovedsak at foresatte var tilstede sammen med barna under innleggelsen, og at de ble innlagt sammen med barnet sitt. Dokumentgjennomgang viste at foreldre/foresatte gjennomgående ble involvert i behandlingen av sine barn, også når de ikke var tilstede under innleggelsen. Foresattes ønsker og innspill, møter og løpende kontakt var dokumentert i journal. Det kom imidlertid fram at foreldre ikke alltid fikk kopi av vedtak om bruk av tvang (se kapittel 7.2 *Barns rett til informasjon*)

Når det gjaldt forholdet mellom pårørendes rettigheter til informasjon og ungdommens rett til konfidensialitet, tydet funn på at det i noen tilfeller ble gitt mer informasjon til foreldrene enn nødvendig, og at det kunne gå på bekostning av ungdommers opplevelse av å kunne snakke fritt med ansatte. I forbindelse med inntak var prosedyren slik at ungdom skulle bli tilbudt å snakke med ansatte alene, i tillegg til samtalen sammen med foresatte. Dette gjaldt også ungdom under 16 år. Dette kunne imidlertid svikte fordi vaktordningen for inntak av pasienter omfattet leger fra andre deler av klinikken som ikke var gjort kjent med prosedyren.

⁴⁴ Se bl.a. rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, 27. februar - 1. mars 2018.

⁴⁵ Se bl.a. Havanareglene, avsnitt 78.

⁴⁶ Reglene om rett til medvirkning og informasjon, inkludert rett til journalinnsyn og klagerett, står i Pasient- og brukerrettighetsloven. Psykisk helsevernloven har særlige regler, bl.a. om pårørendes klagerett. Psykisk helsevernloven gir pårørende rett til generell veiledning om sine rettigheter (§ 6), rett til underretting om tvangsinnleggelse og utskrivning uavhengig av pasientens samtykke (§ 10), og informasjon om tvangsvedtak i sengepost, med mindre pasienten motsetter seg det (§ 27 tredje ledd).

8 Skjerming

8.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Skjerming er en måte å begrense pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse i større grad enn det som ellers følger av en innleggelse 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.⁴⁷ 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 gjort flere bekymringsfulle funn om skjerming under tidligere besøk ved psykisk helseverninstitusjoner,⁴⁸ og har gitt ut en temarapport om dette.⁴⁹ 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.⁵⁰

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.⁵¹ 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.⁵² Barn og unge med psykiske helseutfordringer kan være ekstra sårbare, og bruk av isolasjonsliknende tiltak innebærer en særlig risiko for alvorlige skadevirkninger.

⁴⁷ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

⁴⁸ Sivilombudsmannens årsmelding om forebyggingsarbeidet fra 2017, Dokument 4:1 (2017–2018), side 24–27.

⁴⁹ Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling.

Temarapport 2018, tilgjengelig her:

https://www.sivilombudsmannen.no/wpcontent/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf

⁵⁰ Anbefalingene står på siste side av rapporten (klikk på lenken over).

⁵¹ 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.

⁵² 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.

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.⁵³ Etter ombudsmannens syn er det behov for klarere regler og begrensninger for bruk av skjerming mot barn og unge. Hensynet til barns særlige rett til vern om personlig integritet gjør at det gjelder ekstra strenge krav til vurderinger av nødvendighet og forholdsmessighet.⁵⁴

8.2 Fysiske forhold på skjermingsenheten

Det var kun akuttenuheten som hadde en egen skjermingsenhet. Skjermingsenheten besto av en stor stue formet som en L, ett bad og to soverom. Rommene hadde hvitmalt trepanel, uten dekorasjon på veggene. Det var store vinduer ut mot gangvei, men ingen direkte utgang til uteområder fra skjermingsenheten. Stuen var innredet med en stor og tung sofagruppe i svart skai/skinn og et salongbord. I tillegg var det et lite spisebord med tilhørende stoler. Under befaringen var det en vegghengt TV inne på skjermingsstuen, men denne kunne avmonteres etter behov. Samlet ga skjermingsenheten et nakent og sterilt inntrykk.

Utformingen av skjermingsenheten ble begrunnet med sikkerhetshensyn og ønske om å redusere sanseintrykk ved psykose- og manitilstander. Flere mente skjermingsenheten burde ha vendt ut mot skog og ikke gangvei. Utover dette var det lite refleksjon rundt eventuelle ulemper ved den nakne utformingen av enheten.

Skjermingsenheten hadde to soverom. Det ene soverommet var innredet med en seng og et klesskap. Skapet kunne låses. Det andre soverommet var lite og trangt, men med to senger. Den ene sengen var en solid seng med treramme, på innsiden av trerammen var det fester til bruk av belter. Ansatte formidlet at dette var et lite egnet rom, som man unngikk å bruke som vanlig pasientrom. Til tross for dette var begge rommene på skjermingsenheten regnet som en del av postens totale antall senger. Skjermingsrommene ble derfor brukt som ordinære pasientrom ved høyt belegg, men da skulle dørene være åpne slik at pasientene kunne bevege seg fritt inne i sengeposten. Ingen av rommene på skjermingsenheten hadde gardiner, men det var utvendige persienner på alle vinduer. Lys og utvendige persienner kunne styres fra et undersøkelsesrom som lå i mellomgangen mellom skjermingsenheten og resten av posten.

Det skulle aldri være to pasienter med skjermingsvedtak på skjermingsenheten samtidig. Dersom en pasient hadde behov for skjerming, ville vedkommende være på skjermingsenheten alene sammen med ansatte.

8.3 Bruk av skjerming

Ved akuttenuheten var det fattet ett vedtak i 2017 og ni i 2018. Det ble opplyst at det ble fattet åtte vedtak om skjerming i 2019. Vår dokumentgjennomgang viste imidlertid at det var fattet minst ni vedtak om skjerming i 2019, to av disse var ikke ført i protokoll. De ni tilfellene var fordelt på fem pasienter. I 2020, til og med 10. mars 2020, fant vi ett vedtak om skjerming.

Det var ingen vedtak om skjerming ved Utrednings- og behandlingssenenheten de siste tre årene.

⁵³ 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).

⁵⁴ Grunnloven § 104 og Psykisk helsevernloven § 4-2.

8.4 Gjennomføring av skjerming

Ingen av pasientene som var på akuttenheten på besøkstidspunktet hadde vært eller var skjermet. I forbindelse med besøket gikk vi gjennom en rekke tidligere skjermingsvedtak og andre dokumenter som gjaldt opphold på skjermingsenheten.

Gjennomgangen viste at skjermingsvedtakene ofte hadde knappe beskrivelser. Det var blant annet svært lite informasjon om hva innholdet i skjermingen skulle være for pasienten det angikk.

Når en ungdom ble skjermet ble det utformet såkalte «miljøregler» som skulle gjelde miljøterapien overfor denne pasienten. Dette kunne være regler om antall minutter ungdommen kunne være utendørs hver dag og antall og lengde på besøk. Dokumentgjennomgang tydet på at disse reglene ble fastsatt i behandlingsmøter, og at behandlingsansvarlig i stor grad avgjorde miljøreglene. Pasientene deltok normalt ikke på disse møtene (se kapittel 7.1 *Barn og unges medbestemmelse under innleggelsen*). Vedtakene inneholdt ikke annen informasjon om ungdommenes syn, og eventuelle tidligere erfaringer med skjerming, slik loven krever.⁵⁵ Selve vedtakene inneholdt ikke informasjon om de miljøreglene den enkelte ungdom ble underlagt når de var skjermet. Dette er problematisk fordi denne informasjonen er viktig for å forstå innholdet i og omfanget av vedtaket. Slike inngripende begrensninger bør beskrives og begrunnes skriftlig (se også kapittel 10 *Andre inngrep i personlig integritet*).

Dersom døren til skjermingsenheten var lukket, skulle det alltid være to ansatte sammen med pasienten. Det hendte at ansatte da oppholdt seg i en liten mellomgang utenfor skjermingsstuen. Funn tydet på at dette ble gjort dersom pasienten ble mer urolig av tett kontakt med ansatte og ytre ønske om å ha mer avstand. Utover dette fant vi at ansatte var sammen med pasienten inne på skjermingsenheten.

Funn tydet på at behandlingsansvarlige var bevisst at inngripende skjerming kan være skadelig for enkelte pasienter som blir utsatt for det over tid. Effekten av å ha lite stimuli og aktiviteter inne på skjermingsenheten ble vurdert overfor hver enkelt pasient. Miljøterapeutene syntes å være bevisst på at pasienter kunne oppleve skjerming som belastende, ensformig og ensomt, og det ble jobbet for å kompensere for dette med kontakt, aktiviteter, besøk og turer ut i friluft. Det så ut til å være ressurser til å gjennomføre slike tiltak når pasienter var plassert på skjermingsenheten.

8.5 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.⁵⁶ Kontrollkommisjonen bør vurdere å varsle saker om langvarig skjerming videre til Fylkesmannen.⁵⁷ Norsk psykiatrisk forening har i en strategi om tvangsforebygging fra 2018 pekt på flere forhold som bør være oppfylt for å gjennomføre skjerming.⁵⁸ Disse omfatter tilgang til kompetent personale med opptrening i etisk refleksjon og i

⁵⁵ Psykisk helsevernloven § 4-2. Se rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge, 8.-10- og 29.-30. oktober 2019.

⁵⁶ Psykisk helsevernforskriften § 30 tredje ledd.

⁵⁷ Psykisk helsevernforskriften § 63 fjerde ledd jf. Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 12.2. Velferdskontrollens innhold (sist faglig oppdatert 12. november 2018).

⁵⁸ Den norske legeforening, Norsk psykiatrisk forening, Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. November 2018, side 54–59.

tilnærminger som i minst mulig grad krenker pasienten, tilgang til skjermede uteområder og skjermingslokaler med pent interiør. Det pekes også på at skjerming utover 5-7 dager bør brukes med forsiktighet.

Gjennomgang av protokoller for 2019 viste at skjerming i noen tilfeller ble brukt kortvarig (rundt en dag) i forbindelse med stor grad av uro eller tilspissede situasjoner mellom en ungdom og ansatte.

Det forekom også at opphold på skjerming varte over lengre tid. I 2019 var det to pasienter som hadde flere vedtak om skjerming etter hverandre. Den ene hadde et sammenhengende opphold som varte i nesten to måneder, i tillegg til flere vedtak mellom 4 og 14 dager der det var flere dagers mellomrom mellom vedtakene. Den andre pasienten hadde et opphold som varte i overkant av to måneder. Overfor denne pasienten var det samtidig mye annen bruk av restriksjoner og tvangsmidler.

I de to tilfellene der ungdom ble skjermet sammenhengende over tid, ble det fattet vedtak om forlengelse hver 14. dag. I vedtakene om forlengelse var begrunnelsen i stor grad kopiert fra foregående vedtak. Det forelå ingen selvstendig begrunnelse for forlengelsene, og det manglet dokumentasjon av en ny og konkret vurdering av at det fortsatt var behov for skjerming. Det manglet også dokumentasjon av forsøk på å slippe opp på skjermingen. Behovet for å opprettholde skjermingen skulle ifølge behandlingsansvarlige vurderes daglig. Disse vurderingene var ikke dokumentert i de skjermingsforløpene vi gjennomgikk.

Enkelte av pasientene som ble skjermet hadde begrensninger i kontakt med omverdenen, både fysiske besøk, turer ut og bruk av kommunikasjonsmidler. Noen av ungdommene hadde slike begrensninger over lengre tid. Enkelte av disse ble samtidig utsatt for mye bruk av fysisk tvang som følge av gjentakende tilspissede situasjoner mellom pasienten og ansatte. Samlet utgjorde dette store inngrep i pasientenes privatliv og mulighet til selvbestemmelse. Vedtakene som omhandlet ungdommer som ble langvarig skjermet manglet også en omtale av denne helhetlige situasjonen, som vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen og vedtak om fysisk tvang. Dette er forhold som er relevante for vilkårene for å fatte vedtak om skjerming.⁵⁹ Det er også viktig at kontrollkommisjonen er kjent med slike forhold for å sikre at kommisjonen får et dekkende grunnlag for å ivareta klagebehandlingsfunksjonen og ansvaret for å gjennomføre velferdskontroller.

I gjennomgangen av de langvarige og inngripende skjermingsoppholdene ble det synlig at det manglet en felles forståelse blant de ansatte om hvordan situasjoner som tilspisset seg mellom ungdom og ansatte skulle håndteres. Det var lite systematikk i evalueringen og dermed også forebyggingen av slike situasjoner (se kapittel 11.3 *Systematisk arbeid med tvangsreduksjon*). Dette utgjør en risiko for økt bruk av tvang overfor ungdommer som under skjerming allerede er i en svært sårbar situasjon.

Anbefalinger: Skjerming

- Sykehuset bør sikre en human utforming av lokaler som blir brukt til skjerming.
- Sykehuset bør foreta en vurdering om rommene i skjermingsenheten skal inngå i sengepostenes samlede antall sengeplasser.

⁵⁹ Psykisk helsevernloven § 4-3 jfr. § 4-2.

- Sykehuset bør sikre at skjermingsvedtakene inneholder informasjon om inngripende tiltak under skjerming og om de vurderinger som er gjort for å sikre at ulempene klart oppveies av fordelene med tiltakene.
- Sykehuset bør etablere rutiner som sikrer at barn og unge som skjerms får si sin mening om tiltaket og fortelle om eventuelle tidligere erfaringer med skjerming.
- Sykehuset bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig bruk av skjerming, inkludert systematisk evaluering.

9 Tvangsmidler

9.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Barn og unge med psykiske helseutfordringer er ekstra sårbare, og bruk av tvangsmidler innebærer derfor særlig risiko for alvorlige skadevirkninger.⁶⁰ Etter menneskerettslige standarder er det derfor særlig problematisk å benytte inngripende tvangsmidler som belteseng, isolasjon og korttidsvirkende legemidler mot barn, uansett alder. 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.⁶¹ 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.⁶²

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.⁶³ 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.⁶⁴

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.

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.⁶⁵

9.2 Omfang og protokollføring av tvangsmidler

I forkant av besøket ba vi om å få tall på bruk av tvang for årene 2017, 2018 og 2019. Sykehuset gikk fra 1. mars 2018 over til et nytt journalsystem. Tallene for 2017 var derfor ikke differensiert ned på type tvangsmidler, og inkluderte i tillegg januar og februar 2018. Likevel gir tallene et samlet inntrykk av bruken av tvangsmidler ved enhetene de siste årene, både når det gjelder forekomst og variasjon over tid. Det var i all hovedsak ved akutenheten det ble brukt tvang.

⁶⁰ FNs spesialrapportør mot tortur, Rapport til menneskerettighetsrådet (2015), A/HRC/28/68, avsnitt 31-33; NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, underkapittel 23.8.5.2.4 *Særlig om mekaniske innretninger som akutt skadeavverging overfor barn.*

⁶¹ 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 84 f).

⁶² EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr.2) avsnitt 106-110 og Bures mot Tjekkia, dom 18. oktober 2012, avsnitt 102-104.

⁶³ Se for eksempel CPTs rapport etter besøk til Polen i 2017, CPT/Inf (2018) 39, avsnitt 134.

⁶⁴ FNs spesialrapportør mot tortur, årsrapporter til FNs generalforsamling for 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 84 d) og for 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b). Se også FNs torturkomité, anbefalinger til New Zealand, 2. juni 2015, CAT/C/NZL/CO/6, avsnitt 15 bokstav b.

⁶⁵ Psykisk helsevernloven § 4-8 tredje ledd.

Tallene viste at det var stor variasjon over tid når det gjaldt bruk av tvangsmidler. Mye av bruken syntes å være knyttet til enkeltpasienter som det i perioder ble brukt svært mye tvangsmidler mot (se kapittel 11 *Forebygging av tvang*).

9.3 Korttidsvirkende legemidler og isolasjon

Tall fra seksjonen viste at det var to tilfeller av bruk av korttidsvirkende legemidler ved akuttenheten i både 2018 og 2019. Dokumentgjennomgang viste at det ved tilfellene i 2019 var brukt injeksjon med et benzodiazepin-preparat (Lorazepam).

Seksjonen rapporterte ingen tall på bruk av isolasjon ved BUP Lian. I intervjuer med ansatte fremkom det at ansatte var av den oppfatning av at man ikke hadde lov til å bruke dette mot ungdom, heller ikke de over 16 år. Det hadde forekommet noen sjeldne ganger i nødvergesituasjoner, men dette var blitt sett på som avvik.

9.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Ingen ungdommer ble beltelagt eller påsatt transportbelter under besøket, og vi snakket heller ikke med noen som hadde opplevd dette ved tidligere innleggelses ved BUP Lian. Utrednings- og behandlingsseksjonen hadde ikke mekaniske tvangsmidler. På akuttenheten var det tilgjengelige transportbelter lagret på et undersøkelsesrom som også ble brukt til tvangsernæring (se kapittel 4.2. *Akuttenheten*). Én av sengene på et av de to soverommene i skjermingsenheten var påmontert fester til belter. Sengen var av eldre type, uten mulighet for heving av overkropp.

Tall fra seksjonen viste at det var brukt belter/mekaniske tvangsmidler i seks tilfeller i 2018. I 2019 og i 2020 frem til og med 10. mars, var det ikke rapportert bruk av belter/mekaniske tvangsmidler.

Mange aktører har tatt til orde for at mekaniske tvangsmidler ikke bør kunne brukes overfor pasienter under 18 år.⁶⁶ Tvangslovutvalget viser til at å bli lagt i belteseng kan være en meget skremmende opplevelse for barn, og skape retraumatisering og resignasjon.⁶⁷ Utvalget foreslår en avvikling av all bruk i psykisk helsevern over en treårsperiode.⁶⁸

Vi har under våre besøk og i kontakt med fagfeltet sett at ulike institusjoner forholder seg til bruk av mekaniske tvangsmidler på barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger på ulike måter. Enkelte steder har valgt å ikke ha eller anvende mekaniske tvangsmidler i det hele tatt for barn og unge under 18 år.⁶⁹ Det er positivt at akuttenheten ikke har brukt mekaniske tvangsmidler siden 2018. Dette gir en viktig anledning til å foreta en mer prinsipiell vurdering av om man fortsatt bør ha mekaniske tvangsmidler tilgjengelig.

Under befaring fant vi ikke spyttmasker eller andre innretninger til tvangsbruk utover transportbeltene. Dette ble bekreftet av ansatte og ledelsen.

⁶⁶ <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/g825q/helsepolitikere-etter-vg-avsloering-vil-fjerne-beltesenger-fra-ungdomspsykiatrien>

⁶⁷ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, underkapittel 23.8.5.2.4 *Særlig om mekaniske innretninger som akutt skadeavverging overfor barn.*

⁶⁸ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, underkapittel 25.5.4.4 *Særlig om mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten.*

⁶⁹ Se rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge, 8.-10- og 29.-30. oktober 2019.

Anbefaling: Bruk av mekaniske tvangsmidler

- Sykehuset bør vurdere å avvikle muligheten til å bruke mekaniske tvangsmidler for pasienter under 18 år.

9.5 Bruk av kortvarig fastholding

I 2018 var det brukt kortvarig fastholding 20 ganger på akuttenheten og seks ganger ved utrednings- og behandlingsenheten. Tilsvarende tall for 2019 var 43 tilfeller ved akuttenheten, og én gang ved utrednings- og behandlingsenheten i 2019. Tallene viste at bruken varierte kraftig fra år til år. I perioder der det var mye kortvarig fastholding var dette i stor grad knyttet til enkeltungdommer. I 2019 var nesten halvparten av fastholdingene utøvd overfor én pasient (18 av 43). Fram til innrapportering etter besøket vårt viste protokollgjennomgang at det lå an til å bli svært høy forekomst av fastholding i 2020. Fram til 10. mars var det protokollført 75 tilfeller av kortvarig fastholding. En stor andel av disse (69) dreide seg om fastholding i forbindelse med tvungen sondenæring (se kapittel 12.1 *Problematiske elementer ved behandlingen av spiseforstyrrelser*), noe som skilte seg fra foregående år.

De ansatte vi snakket var kjent med at det alltid skal fattes vedtak om kortvarig fastholding, uavhengig av hvor kort fastholdingen varer. Dette gjaldt også når fastholding skjedde for å iverksette eller opprettholde skjerming. Dokumentgjennomgang tydet på at fastholding i forbindelse med slike situasjoner oppfylte kriteriene for tvangsmiddelbruk.

Funn under dokumentgjennomgang viste et tilfelle der en ungdom ble lagt i mageleie. Mageleie er et grep som gir økt risiko for skade.⁷⁰ Ungdommen opplevde dette som veldig ubehagelig og formidlet at h*n slet med å puste. I samme situasjon ble det lagt et håndkle over ungdommens ansikt for å hindre spyting. Av senere møtereferat fremgikk det at hendelsen var blitt fulgt opp. Det ble understreket at mageleie skulle unngås og at pasienters ansikt ikke skal dekkes til. Dette er i tråd med våre tidligere anbefalinger.⁷¹

Hendelsen understreker behovet for økt opplæring og underbygger funnet om at ansatte manglet en felles forståelse av hvordan de skulle håndtere tilspissede situasjoner (se kapittel 11.3 *Systematisk arbeid med tvangsreduksjon*).

I dokumentgjennomgang fant vi at enkelte av vedtakene om fastholding gjaldt situasjoner der pasienten hadde blitt holdt fast og brakt tilbake til avdelingen utenfor institusjonsområdet. 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. Sivilombudsmannen vil understreke at

⁷⁰ NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven. Kapittel 10.5.2.2.2 Særlig om mageleie som skadeavvergende tiltak. Se side 265, for en oppsummering av kunnskap om risiko knyttet til bruk av mageleie.

⁷¹ Se for eksempel rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Stavanger universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

det er uttømmende regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 hvilke tvangsmidler som er tillatt innenfor institusjonens område. Det er viktig at de ansatte er kjent med dette.⁷²

⁷² Se også vår omtale av dette i rapport etter besøk til Stavanger HF, avdeling for psykisk helsevern barn og unge, 8.-10. og 29.-30. oktober 2019.

10 Andre inngrep i personlig integritet

Når barn innlegges på institusjon mot sin vilje, legger dette noen begrensninger på friheten til å bestemme ting selv.

På et sykehus er det lov til å lage enkle regler som legger til rette for et godt sosialt fellesskap og god behandling. Det er adgang til å regulere forhold som kan påvirke eller forstyrre andre som bor under samme tak, som høy musikk og at man skal ha ro om natten.

Institusjonen har imidlertid ikke lov til å lage generelle husregler eller rutiner som griper inn i barn og unges personlige integritet og alminnelige rettigheter. Slike inngrep er kun tillatt dersom det har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle.

Menneskerettighetene setter tre vilkår for inngrep i den personlige integriteten: 1) inngrepet skal ha hjemmel i lov, 2) det skal ha et legitimt formål og 3) det skal være nødvendig.⁷³ På samme måte slår legalitetsprinsippet fast at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha hjemmel i lov.⁷⁴

10.1 Rutinemessige kontrolltiltak første døgn

Ansatte gikk rutinemessig gjennom ungdommens bagasje når de kom til sykehuset. Det er adgang til dette så lenge det er dokumentert at vilkårene for å innføre rutinekontroller er oppfylt og mindre inngripende tiltak er vurdert.⁷⁵ Vi ble ikke kjent med en slik dokumentasjon i forbindelse med besøket.⁷⁶

Det var i tillegg en rutine at ungdommens bad/toalett og klesskapet på ungdommens rom, der bagasje ble oppbevart, skulle være låst første døgn. Dette ble begrunnet med at sikkerhetshensyn tilsa at behandler først måtte ha vurdert ungdommen etter innkomst. Rutinen innebar at ungdommen måtte be om at badet ble låst opp når han eller hun skulle på toalettet eller komme til eiendelene i skapet. Å innføre slike inngripende tiltak som ledd i rutinekontroll er problematisk og vil kunne innebære en krenkelse av barnets rett til privatliv etter Barnekonvensjonen artikkel 16. Det er også tvilsomt om psykisk helsevernloven tillater rutinemessig innlåsing av alle personlige eiendeler og begrenset tilgang til toalett det første døgnet for alle. Det er vanskelig å se at en slik rutine er nødvendig og forholdsmessig.

Anbefalinger: Andre inngrep i personlig integritet

⁷³ Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), artikkel 8.

⁷⁴ Grunnloven § 113.

⁷⁵ Psykisk helsevernloven § 4-6 andre ledd, tredje til femte setning. Helsedirektoratet har slått fast at det «ikke er adgang til å innføre rutinekontroller hvis enheten eller institusjonen kan oppnå tilsvarende bedring av sikkerheten med videre på måter som er mindre integritetsinngripende. God informasjon om hvilke gjenstander som er uønskede og hvorfor, gode rutiner for innkomtsamtaler der en for eksempel spør pasientene om de har med seg uønskede gjenstander samt bruk av metalldetektor er eksempler på andre mindre inngripende tiltak. Hvis mindre inngripende tiltak er tilstrekkelige, vil ikke vilkåret for å innføre rutinekontroller være oppfylt. Helsedirektoratet, kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-6 andre ledd (sist faglig oppdatert 29. november 2017).

⁷⁶ I sykehusets oversendte retningslinjer beskrives det at miljøpersonalet skal «vurder[e] om det er nødvendig» med henholdsvis kroppsvitasjon og bagasjegenomgang. Retningslinjene inneholder ingen dokumentasjon for at vilkårene for rutinemessig kontroll ved BUP Lian er oppfylt.

- Sykehuset bør sikre at alle kontrolltiltak som iverksettes overfor barn og unge det første døgnet etter ankomst er lovlige, nødvendige og forholdsmessige og er i tråd med barns rett til privatliv.

11 Forebygging av tvang

11.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Myndighetene har plikt til å innføre tiltak for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁷⁷ Bruk av inngripende tvang som tvangsmidler og skjerming mot barn og unge, gir en særlig høy risiko for grove krenkelsers 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.⁷⁸

CPT anbefaler institusjoner i det psykiske helsevernet å lage grundige planer for å hindre inngripende bruk av tvang.⁷⁹ Planene bør omfatte å sikre trygge fysiske omgivelser (inkludert mulighet til å være utendørs), tilstrekkelig bemanning med god og kontinuerlig opplæring i skånsom bruk av og forebygging av tvangsbruk.⁸⁰ Komiteen har også understreket at omfanget av tvang ofte påvirkes av ansattes forståelse av sin rolle og i hvilken grad pasientene kjenner til rettighetene sine. Komiteen viser 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.⁸¹

Funn under ombudsmannens tidligere besøk tyder på at mange forhold kan bidra til redusert tvangsbruk, som tydelig ledelse, fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og lokale kulturer ved sykehuset eller sengeposten.⁸²

11.2 Involvering av barn og unge for å forebygge tvang

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. Det kan hindre framtidig tvang overfor det barnet det gjelder, men det kan også bidra til å forebygge tvang mer generelt. Å sikre barns og unges rett til medvirkning og til å bli hørt er derfor et sentralt element i forebyggende arbeid (se kapittel 7 *Retten til å medvirke*).⁸³

Ved bruk av tvang skal det så langt som mulig ta hensyn til barn og unges syn, og der det er mulig skal de få uttale seg før et tvangsvedtak blir fattet.⁸⁴ Dersom inngripende tvang blir gjennomført, som tvangsmidler, skjerming eller tvangsmedisinering, skal de få tilbud om minst én samtale om hvordan tvangsbruken ble opplevd.⁸⁵ Disse reglene er dårlig tilpasset for barn under 16 år, fordi de juridisk sett ses på som frivillige, uavhengig av egen opplevelse. Hvis de motsetter seg medisiner eller begrensning i mobilbruk som foreldre har samtykket til, får de ikke vedtak og har ikke rett til

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Se psykisk helsevernloven § 4. Se mer generelt, forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁷⁹ Se note over, punkt 1.7.

⁸⁰ CPT, Tvangsmidler i psykiatriske institusjoner for voksne, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁸¹ CPT, Ufrivillig innleggelse på psykiatrisk institusjon, CPT/Inf (2006)35-part, avsnitt 54.

⁸² Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

⁸³ FNs barnekonvensjon artikkel 12.

⁸⁴ Psykisk helsevernloven § 4-2 første og andre ledd.

⁸⁵ Psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd.

evalueringssamtale etter psykisk helsevernloven. Dette er problematisk etter FNs barnekonvensjon om barns rett til medbestemmelse og særlige rett til vern om personlig integritet.⁸⁶

Barnekonvensjonen artikkel 12 slår fast at barnets synspunkter skal tillegges «behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet». Barnekonvensjonens regler går foran psykisk helsevernlovens dersom de står i strid med hverandre. Etter ombudsmannens syn er det klart at også barn under 16 år skal høres i disse situasjonene.

Ved besøktidspunktet fant vi at BUP Lian fremdeles ikke hadde rutiner for å sikre systematiske evalueringssamtaler med pasienter i etterkant av bruk av inngripende tvang, slik loven krever. Dokumentgjennomgang viste tilfeller der slike samtaler ble gjennomført, og vi fant eksempler på at dette var gjort på en måte som innebar en reell evaluering med fokus på pasientens opplevelse og hvordan man kunne forebygge nye hendelser. Slike samtaler fremsto som sporadisk gjennomført, og de samtalene som var dokumentert syntes heller ikke å være gjennomført på en systematisk måte.

Det manglet videre en systematisert samtale i forbindelse med inntak, om forhold og situasjoner som kan bidra til å utløse konflikter, uro og tilspissede situasjoner (ofte omtalt som «triggere») eller kartlegging av tidligere vold voldsutøvelse. Dette er et virkemiddel som brukes aktivt for å forebygge bruk av tvang både i barnevernsinstitusjoner og psykisk helseverninstitusjoner.⁸⁷

Manglende involvering av pasientene i behandlingsmøtene bidro også til å svekke muligheten til å forebygge tvang gjennom å sike barn og unges medvirkning og rett til å bli hørt.

Anbefaling: Involvering av barn og unge for å forebygge tvang

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys til alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.
- Sykehuset bør bruke ulike arenaer for pasientmedvirkning i arbeidet med å forebygge bruk av tvang, herunder innleggelses- og kartleggingssamtaler og behandlingsmøter.

11.3 Systematisk arbeid med tvangsreduksjon

Sykehuset rapporterte at Divisjonen for psykisk helsevern i senere år har hatt et prosjekt om reduksjon og riktigere bruk av bruk av tvang. Vi fikk oversendt prosjektplanen for 2017-2020. I oversendt dokumentasjon var det få spesifikke tiltak rettet mot barne- og ungdomspsykiatrien. I en foreløpig skisse til prosjekt for 2020-2022 var det en egen rapportering fra BUP Lian, i tillegg til tiltak som skulle gjelde for hele divisjonen. I denne prosjektskissen ble det blant annet beskrevet at hele divisjonen ville innføre rutiner for å sikre evalueringssamtaler etter bruk av tvang (se kap. 11.2 *Involvering av barn og unge for å forebygge bruk av tvang*).

Sykehuset arbeidet med å forebygge ufrivillige innleggelses tidlig i et sykdomsforløp. Seksjonen hadde også et godt utbygget tilbud om dialektisk atferdsterapi (DBT) til ungdommer med vedvarende selvmordsproblematikk og selvskadingsatferd. Dette er et viktig tilbud som reduserer behovet for

⁸⁶ FNs barnekonvensjon artikkel 12 og 16. Se også Grunnloven § 104.

⁸⁷ Se for eksempel rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Buskerud og Vestfold ungdomssenter akutt, avdeling Barkåker 20.-21. mai 2019 og til Stavanger HF, avdeling for psykisk helsevern barn og unge, 8.-10. og 29.-30. oktober 2019.

innleggelse for denne gruppen og sykehuset beskrev denne erfaringen i sin skisse til prosjektplan for tvangsreduksjon.⁸⁸ Denne pasientgruppen har vist seg å være spesielt sårbare for bruk av tvangsmidler under innleggelse. Å forebygge innleggelse for denne gruppen er derfor et viktig tiltak for å redusere bruk av tvang ved døgnavdelinger.⁸⁹

Akutteneheten deltar i et nasjonalt læringskvalitetsnettverk med andre døgnavdelinger (Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern barn og unge - KvIP, et nettverk organisert av Forskning- og utviklingsavdelingen ved Akershus universitetssykehus). Deltakelse i dette nettverket innebærer at akutteneheten får årlig besøk av representanter for nettverket, både fagfeller og brukerrepresentanter. Besøksgruppen innhentet selvevaluering fra de ansatte og intervjuet pasienter, pårørende og ansatte i løpet av et dagsbesøk. I etterkant fikk enheten overlevert en rapport. Vi gjennomgikk rapportene fra de siste fire årene. Rapportene gjennomgikk flere temaer som er viktige for å forebygge tvang, blant annet de fysiske forholdene og bemanning og opplæring av ansatte. Rapportene inneholdt forslag til forbedringstiltak, blant annet om hvordan brukermedvirkningen kan økes.

Et sentralt verktøy for å arbeide systematisk med tvangsreduksjon er å holde oversikt over omfanget av bruk av tvang, variasjon over tid og i forskjeller mellom sengeposter. Fra og med 1. januar 2020 skulle seksjonens lederteam systematisk gjennomgå alle tvangsvedtak ved seksjonens enheter.

Det kom fram at det manglet en felles tilnærming til hvordan situasjoner som tilspisset seg mellom ungdom og ansatte skulle håndteres. Ansatte kunne blant annet være uenige om hvordan og når man skulle gripe inn og håndtere tilspissede situasjoner med pasienter, og noen grep tidligere enn andre. Slike uklarheter kan bidra til usikkerhet og øke risikoen for bruk av tvang.

Enheten var i gang med et nytt opplæringsprogram kalt «Møte med aggresjon og aggresjonsproblematikk» (MAP). Programmet skulle erstatte tidligere program kalt «terapeutisk mestring av konflikt» (TMK). Vi ble fortalt at det var et betydelig større fokus på forebygging av konflikt og tilspissede situasjoner i den nye opplæringen. Det var laget en egen plan for innføring av MAP. To lokale instruktører skulle gjennomføre regelmessig opplæring og praktisk trening.

En ledelse som aktivt involverer seg i evalueringer av bruk av tvang og i hvordan konfliktsituasjoner kan forebygges, er viktig for å forebygge tvangsmiddelbruk.⁹⁰ På besøkstidspunktet manglet det en systematisk evaluering og oppfølging av tvangsbruk i sengeposten med de ansatte som hadde vært involvert i bruken av tvang. I krevende perioder, for eksempel når enkeltpasienter i perioder var blitt utsatt for omfattende og hyppig bruk av tvang, ble det holdt såkalte «stopp opp»-møter der miljøpersonalet kunne få veiledning. Dette var imidlertid ikke systematisk og innebar ikke en grundigere evaluering av situasjonen.

Det skal ha blitt utformet en ny prosedyre for voldsrisikovurdering, men denne syntes ikke tatt i bruk under besøket. Vi fant ikke slike vurderinger i dokumentgjennomgang.

⁸⁸ Plan for redusert og riktigere bruk av tvang 2020-2022, St.Olavs Hospital, Divisjon Psykisk helsevern, En skisse 30.01.2020.

⁸⁹ Helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Side 25, om kronisk suicidalitet.

⁹⁰ Se artikkel om prosjektet ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Sykepleien (2014). <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/jobber-mindre-tvang> (lesedato 5.mai 2020).

Dersom ansatte etterspurte det, ble det gjennomført «debrief», der det primære fokuset var å ivareta ansatte som hadde vært i krevende situasjoner. Dette er viktig, men erstatter ikke en kritisk gjennomgang av hvordan tvangen kunne vært unngått og hvordan den ble gjennomført.

Anbefaling: Systematisk arbeid med tvangsreduksjon

- Sykehuset bør sikre at det gjennomføres systematiske og kritiske evalueringer av foranledning til og gjennomføring av tvangsmiddelbruk ved døgnenhetene.

12 Inngripende tiltak som ledd i behandling

Når barn plasseres på en institusjon, begrenser dette barnets personlige frihet og selvbestemmelsesrett. Dette er rettigheter som er beskyttet av menneskerettighetene og som bare kan begrenses dersom tiltaket har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig.

Behandlingsmetoder kan ikke på bakgrunn av sin faglige begrunnelse alene begrense et barns rettigheter uten hjemmel i lov. I tillegg må inngripende behandlingstiltak ha en begrunnelse som kan vise at tiltaket var nødvendig og forholdsmessig. Der det er snakk om flere inngripende behandlingstiltak, må den samlede belastningen av tiltakene vurderes. Inngripende behandlingstiltak som ikke er medisinsk nødvendige vil kunne utgjøre en krenkelse av forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁹¹

Dette er bakgrunnen for at Sivilombudsmannen også ser nærmere på behandlingsmetodene under besøk til behandlingsinstitusjoner innen både psykisk helsevern, rusbehandling og barnevern.

12.1 Problematiske elementer ved behandlingen av spiseforstyrrelser

Behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser ved akuttenheten ble gjennomført ved bruk av en metode som kalles familiebasert behandling. Familiebasert behandling for spiseforstyrrelser er per i dag den anbefalte behandlingstilnærmingen for ungdom med spiseforstyrrelse.⁹² Ett av hovedelementene i denne behandlingen er at foreldrene skal veiledes til å hjelpe barn som sliter med spiseproblemer til å få til måltider, fremfor at behandlingsapparatet veileder og hjelper barnet direkte. Familiebasert behandling er i utgangspunktet utviklet for poliklinisk behandling, men var blitt tilpasset opphold på en døgnpost. Helsedirektoratet forutsetter at familiebasert behandling også skal skje på døgnavdelinger.⁹³

12.1.1 Manglende faglig forankring og kompetanse

Det kom fram at innføringen av familiebasert behandling var i oppstartsfasen ved seksjonen. Seksjonens behandlere og utvalgte miljøterapeuter hadde hospitert ved andre sykehusseksjoner som tidligere har innført denne behandlingsformen. De øvrige ansatte hadde vært på én fagdag og mottok veiledning fra Ahus én gang i måneden. Ikke alle ansatte vi snakket med hadde fått denne opplæringen, og det gjaldt også ansatte som på besøkstidspunktet utførte den miljøterapeutiske behandlingen med familiebasert terapi. I tillegg opplyste sykehuset at de fra og med januar 2020 hadde hatt ukentlige samlinger med refleksjon og rollespill i forbindelse med gjennomføringen av familiebasert terapi for spiseforstyrrelser.

Det var i stor grad miljøpersonalet som utførte den aktive behandlingen med veiledning av foreldre ved måltidene. Mange ansatte rapporterte om at de ikke følte seg rustet til å utføre de oppgavene de ble satt til. Behandlingen var lagt opp slik at barnet først skulle få tilbud om å gjennomføre et måltid med et bestemt antall brødskeer, eventuelt middag. Det var satt av 30 minutter til måltidet. Dersom måltidet ikke ble gjennomført, eller bare delvis ble gjennomført, fikk barnet 15 minutter til å drikke

⁹¹ EMDs dom i Herczegfalvy mot Østerrike, 24. september 1992, klagenr. 10533/83, avsnitt 82.

⁹² Se Helsedirektoratets anbefaling her:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser/familiebasert-behandling-spesifikt-for-spiseforstyrrelser-bor-tilbys-til-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser>

⁹³ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge-pakkeforlop>

en næringsdrikk som skulle erstatte måltidet som ikke var blitt gjennomført. Dersom barnet ikke, eller bare delvis, tok til seg næringsdrikken, skulle barnet få tilsvarende næring gjennom sonde dersom det var fattet et vedtak (for ungdom over 16 år) eller en beslutning basert på foreldresamtykke (for barn under 16 år). I perioden for besøket så vi at dette kunne medføre at det ble gjennomført flere måltider hver dag med sonde.

Flere uttrykte frustrasjon over at de utførte svært inngripende behandlingstiltak mot pasientene uten å føle seg tilstrekkelig kompetente på metoden og fremgangsmåten. Flere ansatte mente at den nye behandlingen innebar mer bruk av sonde, og at det var belastende å være involvert i behandling med et så stort innslag av tvang. Ansatte etterlyste mer kompetanse og mer veiledning om behandlingsmetoden. Vi fant at det på besøktidspunktet var stor avstand mellom fagstaben (psykologer og leger) som bestemte behandlingen, og miljøpersonalet. Verken pasientene eller miljøpersonale hadde opplevd at behandlere var til stede under veiledningen av foreldre i forbindelse med måltidene.

Under besøket observerte vi også enkelte situasjoner der ansatte virket rådville og usikre på gjennomføringen av behandlingen. Ungdom opplevde blant annet at ansatte tolket kriteriene for gjennomføringen av måltid ulikt.

12.1.2 Begrensning av aktiviteter som virkemiddel i behandlingen

Aktivitetstilbudet til ungdom med spiseforstyrrelser ungdommene var avhengig av om pasienten gjennomførte måltidet på en tilfredsstillende måte. Dette vil kunne være medisinsk begrunnet i de tilfellene der aktivitet kan hindre vektoppgang eller påvirke somatiske verdier negativt på andre måter. Aktivitetstilbudet ble imidlertid også tydelig brukt uten at det syntes å ha en direkte sammenheng med slike forhold. Aktiviteter som ikke utgjorde noen risiko for mål om vektoppgang, ble blant annet brukt bevisst som en form for belønning, eller «forsterkning», for å gjennomføre måltider. For enkelte pasienter innebar dette at aktiviteter som biltur eller liknende, kun ble gjennomført dersom pasienten gjennomførte måltidet på en godkjent måte. Flere ansatte opplevde det som belastende å begrense aktiviteter på slikt grunnlag.

Etter både Barnekonvensjonen og psykisk helsevernloven skal det legges til rette for at barn og unge har tilgang til aktivitetstilbud og kan ha daglige uteaktiviteter (se kapittel 5 *Aktivitetstilbud*).⁹⁴ Det er problematisk dersom behandlingsopplegget organiseres på en måte som undergraver ungdommers rett til aktiviteter.

12.1.3 Låsing av baderom under oppholdet

Det kom også frem at ungdommenes baderom kunne bli låst av ansatte i løpet av oppholdet, som ledd i behandlingen av spiseforstyrrelser (se også kapittel 10.1 *Rutinemessige kontrolltiltak første døgn*). Ungdommen måtte da be en ansatt låse opp badet ved behov og ansatte oppholdt seg i nærheten mens badet ble brukt. For ungdommer med spiseproblemer kunne badet holdes stengt i en periode etter måltider og om natten. Dette kom i tillegg til at ungdommen ble fulgt opp av foreldre og/eller ansatte i en time etter hvert måltid. I vår gjennomgang fant vi at slike tiltak ikke alltid ble dokumentert og begrunnet. Å begrense tilgang til toalett og vask er i utgangspunktet et inngrep i personlig integritet og selvbestemmelse som forutsetter hjemmel i lov.⁹⁵ Det er uklart om det foreligger tilstrekkelig hjemmel i psykisk helsevernloven for låsing og begrensninger i tilgangen til

⁹⁴ FNs barnekonvensjon artikkel 31 og Psykisk helsevernloven § 4-2 femte ledd.

⁹⁵ Grunnloven §§ 102, 104 og 113 og EMK artikkel 8 nr. 2.

toalett, særlig i tilfeller der dette pågår over lengre tidsrom. En slik praksis vil også kunne være en krenkelse av Barnekonvensjonen artikkel 16 om barns rett til privatliv.

12.1.4 Samlet vurdering

Samlet sett gir våre funn grunn til bekymring for at behandlingsmetoden på besøktidspunktet ikke var tilstrekkelig faglig forankret blant de ansatte. Det var også bekymringsfullt at metoden synes å omfatte inngripende behandlingstiltak med tvilsom eller manglende hjemmel i lov. At mange ansatte selv opplevde å mangle nødvendig kompetanse er særlig problematisk i lys av at det er tale om til dels svært inngripende behandlingsmetoder. Ombudsmannen vil understreke at det er et ledelsesansvar å sikre at de ansatte har tilstrekkelig faglig kompetanse om lovverk, metoder og praktisk gjennomføring av etisk krevende behandlingstiltak.

Anbefalinger: Inngripende tiltak som ledd i behandling

- Sykehuset bør sette i verk tiltak for å sikre at alle ansatte har tilstrekkelig faglig kompetanse til å yte god helsehjelp til ungdommer med spiseforstyrrelser.
- Sykehuset bør kvalitetssikre behandlingsopplegget for å sikre at inngripende behandlingstiltak har hjemmel i lov, og er nødvendige, forholdsmessige og forsvarlige, og er i overensstemmelse med barns rett å ha et aktivitetstilbud.

12.2 Tvungen ernæring

I norsk lov er vilkårene for tvangsbehandling regulert i psykisk helsevernloven.⁹⁶ Pasienter som er tvangsinnlagt kan tvangsmediseres dersom det er strengt nødvendig og det vil gi en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, inkludert eventuelle bivirkninger.⁹⁷ Pasienten kan også gis ernæring mot sin vilje dersom det skjer som ledd i behandling av en alvorlig spiseforstyrrelse og det vurderes som strengt nødvendig.⁹⁸ Det er et krav at behandlingstiltaket med stor sannsynlighet vil føre til vesentlig bedring av pasientens helsetilstand, eller at en vesentlig forverring unngås.⁹⁹ Pasienten som vurderes å ha evne til å ta egne behandlingsvalg (samtykkekompetanse) har rett til å nekte tvangsbehandling.¹⁰⁰ De strenge vilkårene om tvangsbehandling må vurderes av en legespesialist, og det er detaljerte krav til hvilke opplysninger som skal nedtegnes i et vedtak.¹⁰¹

Tvangsbehandling, både medisiner og ernæring, er et alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Tvangsernæring innebærer i praksis å tilføre kroppen nødvendige næringsstoffer. Dette kan imidlertid bli gjennomført på en inngripende måte, ved at det legges en sonde gjennom nesen og ned i magesekken. Dersom det er

⁹⁶ Se Psykisk helsevernloven § 4-4 jf. § 4-4a. Disse reglene må leses sammen med § 4-2.

⁹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd og § 4-4 andre ledd a.

⁹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav b.

⁹⁹ Psykisk helsevernloven § 4-4 fjerde ledd.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ Lovens § 4-4a.

nødvendig kan pasienten holdes fast. Tvangsbehandling må også være nødvendig og forholdsmessig for ikke å bryte med pasienters rett til vern om personlig integritet.¹⁰²

Barn over 16 år vurderes som hovedregel som myndige i helsespørsmål.¹⁰³ De kan derfor normalt bestemme selv om de vil ta imot et tilbud om behandling eller ikke. Hvis barn over 16 år mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp, som for eksempel behandling med medikamenter, kan de tvangsbehandles på lik linje med voksne.

Barn under 16 år kan også bli behandlet mot sin egen vilje, men har ikke det samme rettsvernet som de over 16 år. De strenge vilkårene for tvangsbehandling gjelder ikke for disse barna, fordi de juridisk sett vurderes som frivillig innlagt. Det er ikke noe krav om enkeltvedtak for tvangsbehandling, kun foreldresamtykke. Det vil si at barn kan tvinges til å ta medisiner eller ernæring mot sin egen vilje, så lenge foreldrene samtykker.

12.3 Omfang og oversikt over bruk av tvungen sondeernæring

De siste tre årene var det ikke fattet vedtak om tvungen behandling med legemidler ved BUP Lian (se kapittel 9.3 *Korttidsvirkende legemidler og isolasjon*). Ifølge sykehusets innrapportering ble det fattet ett vedtak om § 4-4 tvungen ernæring i 2019, og ett slikt vedtak fram til 10. mars 2020. Det var ikke fattet vedtak om tvungen ernæring i de foregående årene (2017 og 2018). Avdelingen førte ingen statistikk over barn under 16 år som ble gitt behandling mot sin vilje. Dette gjaldt både behandling med legemidler og ernæring med sonde. Vi fant ett pågående tilfelle av tvungen sondenæring for en ungdom under 16 år under vårt besøk. Dette var dokumentert i et beslutningsnotat og i løpende pasientjournal.

Vedtakene om tvungen ernæring var satt til tre uker. Innenfor disse tre ukene vil barnet kunne gis sondenæring inntil fire ganger per dag. Det samme gjaldt dersom barnet var under 16 år og det var tatt en beslutning om å gi næring imot barnets vilje.

Vedtak om tvungen ernæring skal føres i en egen tvangsprotokoll. Vi fant at vedtaket som var fattet i 2020 ikke var ført i tvangsprotokoll. Lovverket krever ikke at den enkelte gjennomføring av sonding skal føres i tvangsprotokoll. Når et vedtak eller beslutning om tvungen sondenæring først ble fattet, var det derfor vanskelig å se hvor mange ganger en pasient faktisk hadde blitt sondeernært. Den enkelte sondenæringen kom kun fram i pasientens løpende journal.

Flere ansatte opplevde en økning i bruk av sondeernæring etter at familiebasert terapi var blitt innført (se kapittel 12.1.1 *Manglende faglig forankring og kompetanse*).

Vi fant at de samlede forholdene beskrevet over gjorde det vanskelig å få oversikt over omfanget av vedtak og beslutninger om bruk av tvangsernæring. Det var i tillegg vanskelig å få et raskt overblikk over omfanget av faktiske gjennomførte sondenæringer. Dette er problematisk da det vanskeliggjør blant annet ledelsen og kontrollkomisjonens mulighet til å få et bilde av den totale mengden bruk av tvang overfor den enkelte pasient.

¹⁰² Tvangsbehandling kan krenke EMK artikkel 3, se EMDs dom *Herczegfalvy mot Østerrike*, 24. september 1992, klagenr. 10533/83, avsnitt 82. Tvangsbehandling kan også krenke EMK artikkel 8 nr. 2. Se EMDs dom i *X mot Finland*, 3. juli 2012, klagenr. 34806/04

¹⁰³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd bokstav b.

12.4 Vedtak og beslutninger om sondenæring

I forbindelse med besøket gjennomgikk vi de vedtakene som hadde blitt fattet siste året om behandling med ernæring uten eget samtykke, og et beslutningsnotat om tvungen ernæring for en pasient under 16 år.

Vedtaksmalen som ble brukt la opp til avkrysning av vilkår og ikke begrunnelse for de enkelte vilkårene etter loven. Dette oppsettet ivaretar i liten grad de skjerpede kravene til begrunnelse etter endringene i psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd og ny § 4-4 a. Generelt er det 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. Vi så en utvikling i vedtakene der man tidligere ikke begrunnet konkret om de ulike vilkårene til loven var oppfylt, til at dette ble gjort mer systematisk i det siste vedtaket. I dette vedtaket var lovens krav i all hovedsak begrunnet på en grundig og konkret måte. Det kom i alle vedtakene godt fram hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt for den enkelte ungdommen. Ombudsmannen vil likevel understreke at vilkåret om at det må være «åpenbart» at pasienten mangler samtykkekompetanse, er strengt.¹⁰⁴ Det er tvilsomt om dette var redegjort godt nok for i det aktuelle vedtaket.

Det må 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. Å sikre at barnet blir hørt vil også i disse situasjonene være viktig.

Beslutningsnotatet om tvungen ernæring for barn under 16 år var skrevet etter mal fra vedtak om tvungen behandling. Denne praksisen sikrer at vurderingen av vilkårene for tiltaket dokumenteres. Ombudsmannen er likevel bekymret for rettssikkerheten til barn under 16 år som utsettes for en så inngripende praksis. Bekymringene er blant annet knyttet til at ungdommenes klagemuligheter er begrenset, og at det manglet en oversikt over hvor mye tvang enkeltbarn faktisk ble utsatt for.

Ungdommens holdning til tiltaket ble notert i selve vedtaket eller beslutningsnotatet. Utover dette var det ingen gode rutiner for å fange opp om ungdommen var uenig i tiltaket under gjennomføringen av behandlingen. Rutinene for å formidle ungdommens holdning til behandlingen videre til Kontrollkomisjon var dermed også uklare (se kapittel 13 *Kontroll og klage*).

Barnets motstand kan være så sterk at det vil være uforsvarlig å gjennomføre behandlingen.¹⁰⁵ Ved vurderingen bør det vektlegges at barn og unge er i en utviklingsfase som gjør dem mer sårbare for skader og bivirkninger av tvangsbehandling enn voksne.¹⁰⁶ Det var i enkelte av tilfellene med tvungen ernæring brukt mye fysisk tvang (fastholding) for å gjennomføre tiltaket. Dette hadde bidratt til at bruken av kortvarig fastholding hadde økt mye de siste månedene før besøket (se kapittel 9.5 *Bruk av kortvarig fastholding*).

Etter ombudsmannens syn er rettssikkerhetsvernet til barn og unges under 16 år i psykisk helsevernloven ikke i samsvar med barns grunnleggende rettigheter.¹⁰⁷ Det er derfor viktig at helsepersonell kjenner disse rettighetene og kan anvende dem i saker om behandling der barn er uenige. Barn og unge har en særlig rett til vern om personlig integritet, og tvangsbehandling gir en

¹⁰⁴ Sivilombudsmannens uttalelse i sak 2018/2278, Tvangsmedisinering - beviskravet for manglende samtykkekompetanse.

¹⁰⁵ Se Grunnloven § 104 tredje ledd, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹⁰⁶ Se også Randi Nesje Myhr, *Medikamenter i barne- og ungdomspsykiatri*, 2018, side 3.

¹⁰⁷ Se Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon.

særlig høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.¹⁰⁸ Barna har krav på å bli hørt, og på at deres mening skal bli vektlagt i tråd med deres alder og utvikling. I slike beslutninger skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Anbefaling: Tvungen sondenæring

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre en oversikt over all bruk av tvungen sondenæring og annen tvungen behandling. Dette må inkludere korrekt protokollføring, en oversikt over antallet beslutninger om behandling for pasienter under 16 år og en bedre tilgang og oversikt over omfanget av faktisk gjennomførte tvangsbehandlinger for den enkelte pasient.

¹⁰⁸ Se Grunnloven § 104 tredje ledd.

13 Kontroll og klage

13.1 Menneskerettigheter og norsk lov

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta barn og unges rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling.¹⁰⁹ CPT har understreket dette både generelt og i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern.¹¹⁰

Kontrollkommisjonen skal ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet ved kontroll av tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll i form av stedlig tilsyn.¹¹¹ Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages imidlertid til Fylkesmannen.¹¹² Fylkesmannen kan også sette i gang tilsynssaker basert på klager eller annen informasjon om forholdene ved sykehusene.¹¹³

Informasjon om retten til å klage og hvordan dette kan gjøres i praksis bør gis både skriftlig og muntlig, og så raskt som mulig.¹¹⁴ Informasjonen bør utformes på en enkel og brukervennlig måte, og være tilpasset den pasientgruppen den er ment for.

Den som ønsker å klage skal kunne gjøre dette direkte til klageorganet uten at ansatte eller andre utenforstående vet hva klagen handler om. Klageorganet bør kunne ha private samtaler med pasienter, motta klager fra dem direkte og kunne komme med nødvendige anbefalinger om oppfølging.¹¹⁵ Et klageorgan må være uavhengig og kunne behandle saken raskt, grundig og effektivt.

Barn og unge under 16 år har svakere klagerettigheter enn voksne. Psykisk helsevernloven slår fast at dersom barn over 12 år er uenige i innleggelsen, skal spørsmålet om innleggelse på sengeposten legges fram for kontrollkommisjonen.¹¹⁶ 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.¹¹⁷

Barn under 12 år som innlegges mot sin vilje, har i utgangspunktet ikke noen lovbestemt rett til å etterprøvd innleggelse eller behandling. Alle barn har imidlertid rett til medbestemmelse, og det er ingen nedre aldersgrense for denne rettigheten. Barnets mening skal vektlegges i overensstemmelse med deres alder og utvikling (se også kapittel 7 *Retten til å medvirke*). Dersom barn under 12 år er uenig i innleggelsen skal dette legges frem for kontrollkommisjonene.¹¹⁸ Både institusjonene og kontrollkommisjonene skal ha rutiner for å sikre at denne typen saker blir raskt lagt frem for

¹⁰⁹ Havanareglene, regel 72 t.o.m. 78.

¹¹⁰ CPT, Tvangsinnleggelse i en psykiatrisk institusjon, CPT/Inf/ (98)12-part, avsnitt 53.

¹¹¹ Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften kapittel 7.

¹¹² Psykisk helsevernloven §§ 4–4 a tredje ledd (tvangsmedisinering), 3–1 tredje ledd (tvungen legeundersøkelse). Se også § 5–6 c femte ledd (vedtak om varsling til pårørende og etterlatte).

¹¹³ Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesteloven (Helsetilsynsloven).

¹¹⁴ CPT, Klageordninger, CPT/Inf (2018)4-part. Se også Havanareglene, regel 73 om at alle barn har rett til fortrolig samtale med uavhengige tilsynsmyndigheter.

¹¹⁵ CPT, Tvangsinnleggelse i en psykiatrisk institusjon CPT/Inf/ (98)12-part, avsnitt 53.

¹¹⁶ Psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og Psykisk helsevernforskriften § 60 andre ledd.

¹¹⁷ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 9.5 (sist faglig oppdatert november 2018).

¹¹⁸ Psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og Psykisk helsevernforskriften § 60 andre ledd.

kommisjonen.¹¹⁹ Kontrollkommisjonen bør i hvert enkelt tilfelle vurdere om barnets alder og modenhet tilsier at det gis rett til å klage også før fylte tolv år.¹²⁰

Barn under 16 år kan klage på vedtak om tvangsmidler og skjerming til kontrollkommisjonen.¹²¹ 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.¹²² 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 Kontrollkommisjonen ved BUP Lian

Kontrollkommisjonene kom til BUP Lian en gang i måneden. Pasientene fikk informasjon om muligheten til å klage til kontrollkommisjonen ved innleggelse og det hang oppslag på avdelingene med informasjon. Informasjonen var imidlertid ikke tilpasset målgruppen. Informasjonsmaterieell som er tilpasset barn og unge er avgjørende for å ivareta deres rettsikkerhet på en god måte.

Kontrollkommisjonenes besøk ble i all hovedsak gjennomført ved at de som ønsket å snakke med dem ble fulgt til et møterom utenfor sengepostene. Kommisjonen tok ikke selv initiativ til å snakke med de barna som var innlagt der. Det var derfor ansatte ved sykehuset som fikk ansvaret for å fange opp om nyankomne eller andre pasienter ønsket å klage til kommisjonen. Besøkene ble gjennomført på dagtid da mange av pasientene var på skole.

Å være til stede i sengepostene der barn og unge er innlagt er nødvendig for å få kunnskap om barnas fysiske omgivelser og for å kunne danne seg et bilde av miljøet i posten. Slik velferdskontroll er en viktig del av kontrollkommisjonens oppgaver. Kommisjonen hadde ikke praksis for å gjennomføre velferdskontroll ved fysiske besøk i sengeposten. Det fremkom av samtale med kontrollkommisjonsleder og av manglende dokumentasjon av dette i kommisjonens tilsynsrapporter. De oppsøkte heller ikke nye pasienter under sine faste besøk.

En praksis der kontrollkommisjonene ikke regelmessig besøker sengepostene fysisk og er direkte tilgjengelig for barna, øker risikoen for at de ikke oppdager alvorlige forhold, og 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 oppleves som skummelt for barn og unge å ringe til kontrollkommisjonen. Det blir ekstra skummelt når en ikke har møtt kommisjonen før.

Ombudsmannen understreker at kontrollkommisjonenes plikt til å føre kontroll med institusjonene ikke er oppfylt uten at kommisjonene gjennomfører jevnlige besøk, der de er fysisk tilstede i sengepostene.¹²³ Dette understrekes også av Helsedirektoratet i brev til kontrollkommisjonen i

¹¹⁹ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 9.5 (sist faglig oppdatert november 2018).

¹²⁰ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven med kommentar, kommentarer til § 2-1 andre ledd (sist faglig oppdatert 29. november 2017).

¹²¹ Psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd og § 4-8 fjerde ledd.

¹²² Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

¹²³ Psykisk helsevernloven § 62.

forbindelse med oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøk til Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern for barn og unge.¹²⁴ Ifølge regelverket bør noen slike tilsyn også skje uanmeldt.¹²⁵

Av kontrollkommisjonens rapporter så det ut til at de hadde oversikt over tvangsbruken ved sengeposten på BUP Lian. Til tross for dette, kom det ikke fram informasjon om at kommisjonen foretok mer systematiske gjennomganger, for eksempel i tilfeller der barn hadde vært innlagt over lang tid eller utsatt for mye tvang. Det fremstod ikke som at Kontrollkommisjonen var tilstrekkelig oppmerksom på den helhetlige situasjonen til pasienter som var utsatt for tvangsmidler og skjerming over tid. Heller ikke i perioder der kommisjonen hadde informasjon om at det ble brukt mye tvang, ble det gjennomført fysiske besøk i sengepostene. Kommisjonene hadde heller ikke på annen måte tatt initiativ til å snakke med ungdommen eller undersøke den helhetlige situasjonen rundt tvangsbruken nærmere. Kontrollkommisjonene hadde ikke ved noe tilfelle i 2019 meldt inn til Fylkesmannen i tilfeller der ungdom over tid ble utsatt for mye tvang.¹²⁶ Under vårt besøk kom vi over flere situasjoner der en kunne forvente at kommisjonen hadde gjort nærmere undersøkelser.

13.3 Klagebehandling

Hvis barn over 12 år ikke selv er enig i innleggelsen, skal spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen. Det kreves ikke at pasienten eksplisitt fremsetter en klage eller ber om behandling i kontrollkommisjonen, det kan være nok at barnet muntlig eller fysisk uttrykker motstand mot innleggelsen. Pasienten har i slike tilfeller rett til fri advokat, som oppnevnes av kontrollkommisjonen.¹²⁷

Både sykehuset og kontrollkommisjonen skal etablere rutiner som sikrer at barnets eventuelle uenighet i innleggelse i psykisk helsevern så raskt som mulig blir kjent for kontrollkommisjonen.¹²⁸

Det fremstod som at de ansatte bistod pasientene dersom de ønsket å klage. Det var imidlertid ikke etablert et godt system for å fange opp og sikre at kontrollkommisjonen fikk forelagt spørsmål om innleggelse der barn under 16 år motsatte seg innleggelse eller ønsket å skrive seg ut senere i oppholdet.

Sykehuset hadde utarbeidet et skjema som skulle fylles ut ved innleggelsen, der ungdommen som ble lagt inn på foreldresamtykke selv kunne krysse av for om innleggelsen var frivillig. Dette skjemaet var i utgangspunktet utarbeidet for å innhente samtykke til innleggelsen fra foreldre eller andre foresatte og ikke tilrettelagt for barn. Sykehuset manglet også rutiner for å fange opp barn som ønsket å skrive seg ut underveis i innleggelsen, slik at disse kunne få behandlet saken sin av kontrollkommisjonen. Vi fant blant annet situasjoner der ungdom under 16 år tydelig ikke ønsket å være innlagt, uten at de ble satt i kontakt med kontrollkommisjonen (se også kapittel 7.1 *Barn og unges medbestemmelse under innleggelse*).

¹²⁴ Brev fra Helsedirektoratet til kontrollkommisjonsleder Hege Veland 4. mai 2020: *Oppfølging - Sivilombudsmannens rapport fra besøk ved Helse Stavanger HF Avdeling psykisk helsevern for barn og unge*.

¹²⁵ Psykisk helsevern forskriften § 62 første ledd.

¹²⁶ Forskrift til phvl. § 63

¹²⁷ Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer. Kapittel 16.2. Barn og unge under 16 år.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/rettslig-grunnlag-ved-behandling-av-spiseforstyrrelser/barn-og-unge-under-16-ar> (lesedato 10. juni 2020).

¹²⁸ Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, kapittel 9.5 Etterprøving av beslutning om psykisk helsevern for barn mellom 12 og 16 år (sist faglig oppdatert 22. november 2016).

At kontrollkomisjonene heller ikke gjennomførte fysiske besøk i sengepostene der de kunne være direkte tilgjengelig for ungdommene, utgjør en klar risiko for ungdommenes rettsikkerhet (se kapittel 13.2 *Kontrollkomisjonen ved BUP Lian*). Sykehuset manglet gode rutiner for å fange opp om ungdom var uenige i innleggelse eller behandling underveis i oppholdet. Det manglet også gode rutiner for å videreformidle dette til kontrollkomisjonen (se kapittel 12.4 *Vedtak og beslutninger om sondenæring*).¹²⁹

Da barna ble satt i kontakt med kontrollkomisjonen og advokat ved ønske om klage, kom det frem at det for flere opplevdes som at det ble kommunisert at pasientene måtte tenke seg godt om før de klagde og at det var en komplisert prosess, som oftest ikke ville nytte. Dette synes å bidra til at terskelen for å klage ble svært høy og at ungdom ikke turte å klage selv om de i utgangspunktet ønsker det.

Det kom også frem at kontrollkomisjonen i forbindelse med klager ikke ble oppfattet som en nøytral part, og at de i for stor grad snakket sykehusets sak.

Anbefalinger: Kontrollkomisjonen

- Kontrollkomisjonen bør sikre at informasjon og oppslag om komisjonen er tilpasset barn og ungdom.
- Kontrollkomisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med komisjonen.
- Kontrollkomisjonen bør regelmessig besøke sengepostene der pasientene oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas.
- Kontrollkomisjonen bør sikre at tilfeller med mye eller langvarig tvang og restriksjoner meldes videre til fylkesmannen.
- Sykehuset og kontrollkomisjonen bør sammen sikre et tilrettelagt system for klage og oppfølging av ungdom som under oppholdet gir uttrykk for at de vil skrives ut.

¹²⁹ Sivilombudsmannen: *Besøksrapport BUP sengepost, Sykehuset i Levanger 10.-12 februar 2020*, s 34

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

