

Isolasjonspreget skjerming i psykisk helsevern

Et sentralt funn fra besøkene i 2017 var at flere sykehus i psykisk helsevern hadde en praksis med omfattende bruk av skjerming overfor pasientene sine. Skjermingen ble ofte gjennomført i lite egnede lokaler, med svært begrenset mulighet til menneskelig kontakt og aktivisering. Ombudsmannen uttrykte ved flere anledninger bekymring over at tiltaket i praksis bar preg av isolasjon.

Hva er skjerming?

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

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg for pasienten. Skjerming kan skje på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter.

Norge er et av få land som bruker skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering.¹ Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av tilstedeværende helsepersonell.

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.² Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.³

Menneskerettslige standarder og norske lovendringer

Fordi skjerming innebærer en innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8. Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der en persons autonomi allerede er begrenset, ser Den europeiske menneskerettsdomstolen strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien.⁴ Skjermingstiltak som gjennomføres med så begrenset menneskelig kontakt at det i realiteten utgjør isolasjon, utgjør en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Menneskerettslige standarder innen psykisk helsevern innebærer at isolasjon ikke kan betraktes som et terapeutisk tiltak, kun et tvangsmiddel.⁵ Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. FNs

¹ I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærming og avlåsning av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).

² Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

³ Se note over.

⁴ Munjaz mot Storbritannia, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80: «...when a person's personal autonomy is already restricted, greater scrutiny [will] be given to measures which remove the little personal autonomy that is left.»

⁵ CPT, «Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)» 21. Mars 2017, side 2. Se også Europarådets ministerkomité's anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr. 1: «Seclusion and restraints should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risk entailed.» I internasjonal sammenheng synes «seclusion» i hovedsak å bety at pasienten låses inne på et rom alene.

komite for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne har anbefalt at medlemsstatene helt avviker bruk av isolasjon i sitt lovverk og praksis.

Omfanget av skjerming

Flere av de besøkte sykehusavdelingene hadde en omfattende bruk av skjerming. Enkelte steder synes skjerming å være en integrert del av behandlingsopplegget, ved at en stor andel av de tilgjengelige sengeplassene var plassert i skjermingsenheter. Ved ett sykehus utgjorde antall senger i skjermingsenhetene nesten tretti prosent av alle sengeplassene. En så høy andel skjermingsplasser skaper i seg selv en risiko for en lav terskel for bruk av skjerming.

Et gjennomgående funn var at vedtak om skjerming var mangelfullt begrunnet. Det manglet ofte en tilstrekkelig presis beskrivelse av hvorfor skjerming ble vurdert som nødvendig. Svakt begrunnede vedtak var også vanskelige for pasientene å få etterprøvd ved klage. Gjennomgangen viste at vedtakene ofte viste til urolig adferd, behandlingsmessige grunner eller liknende, uten at begrunnelsen var knyttet til konkrete hendelser eller forhold. Flere pasienter ble underlagt skjerming for å hindre at de skjemet seg ut overfor de andre pasientene, ofte kalt «blamering». I lys av at pasientene er tvangsinnlagt fremstod terskelen for akseptert atferd ofte som lav. Det ble også funnet ulovlige tiltak, slik som rutinemessig skjerming av ruspasienter uten individuelle vurderinger. Andre tiltak, som skjerming av frivillig innlagte pasienter uten at det var dokumentert at pasienten var informert om sin rett til å skrive seg ut av institusjonen, fremstår som problematiske. I flere vedtak ble det ikke tatt stilling til om skjermingen gjennomføres som et behandlingstiltak av hensyn til pasienten, eller for å skjerme andre pasienter. Funnene tydeliggjør at skjerming er en vanskelig blanding av tvang og behandling. At det stod beltesenger i flere av de besøkte skjermingsenhetene, forsterket inntrykket av skjerming som et tvangsmiddel.

Fysiske forhold i skjermingsenhetene

Skjermingstiltak ble ofte gjennomført i egne skjermingsenheter. Disse hadde gjennomgående et sterilt preg, og ble flere steder omtalt som fengselsliknende av både ansatte og pasienter. Pasientrommene var typisk hvitmalte uten noen dekorasjon eller bilder på veggene. Rommene manglet inventar bortsett fra en seng og noen ganger et bord og en stol. Det fremstår som uklart hvorfor alle rom skal utformes med minst mulig inventar og sanseintrykk. Nyere forskning gir ikke støtte til antakelser om at skjermingsrom strippet for interiør gir en reduksjon i psykiske symptomer eller voldelig adferd. Et av sykehusene hadde dørvidere på innsiden av pasientrommene som var vanskelige å åpne, særlig for pasienter med skjelvinger på hendene som følge av bivirkninger av medikamenter eller somatiske tilstander.

Flere steder gjorde forholdene i skjermingsenheten det utfordrende å ivareta alle pasientenes behov, særlig ved fullt belegg. Flere av lokalene var trange og lite fleksible, og gjorde det vanskelig å oppholde seg nær pasientene uten å virke invaderende. Støy og uro kunne medføre økt uro og i noen tilfeller aggresjon rettet mot personalet. Beltesenger inne på skjermingsenhetene økte risikoen for at pasientene opplevde skjerming som utrygt.

Mange av de besøkte skjermingslokalene manglet direkte utgang til friluftarealer. Pasientene måtte derfor følges ut av skjermingsenheten av personalet, men dette var avhengig av tilgjengelig bemanning. I praksis fikk mange pasienter ikke oppholde seg utendørs hver dag.⁶

⁶ Til sammenlikning har innsatte i fengsel ifølge Mandelareglene, regel 23 nr. 1 krav på minst én times opphold utendørs hver dag. Sivilombudsmannen har i flere rapporter påpekt at pasienter i psykisk helsevern også bør sikres tilbud om daglig opphold utendørs.

Mange pasienter hadde også begrenset bevegelsesfrihet. Flere av skjermingsenhetene manglet tilgang til oppholdsrom. Noen av sykehusene hadde skjermingsenheter med tilgang til fellesstue. Høyt belegg i skjermingsenhetene førte til at pasientene ofte måtte dele på tiden i stuen, og fikk tilmålt «stuetid». Resultatet ble at pasientene ble henvist til å tilbringe mye av tiden inne på eget rom. Ved et sykehus hadde man plassert senger i oppholdsrommene i skjermingsenheten for å øke kapasiteten.

Gjennomføring av skjerming gir isolasjonspreg

Et sentralt funn var at skjermingstiltak ble gjennomført på måter som gjorde at inngrepet hadde klart preg av isolasjon eller måtte betraktes som isolering.

Noen steder ble det funnet skriftlige rutiner eller uformelle praksiser som tydet på at få minutters kortvarig blokkering av pasienters dør ble ansett som «en del av skjermingsvedtaket». Slike tvangstiltak utgjør isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 og kan bare iverksettes i nødrettsliknende situasjoner.

Pasienter som var plassert i skjermingsenhet tilbrakte store deler av tiden alene på sitt eget rom uten særlig kontakt med personalet. Skjermingstiltaket ble ofte praktisert ved at pasientene fikk beskjed om å holde seg på rommet, men uten at døren ble stengt. Flere pasienter opplevde slike muntlige beskjeder som ydmykende og formidlet ensomhet og behov for å ha noen å snakke med. Det varierte hvor personalet oppholdt seg under gjennomføringen av skjerming. Det var utbredt at personalet satt utenfor døren til pasientens rom, som oftest med døren på gløtt eller igjen. Noen steder ble skjerming praktisert ved at pasientene var alene i enheten med døren ut til fellesarealet åpen. Pasientene ble så bedt om å holde seg mest mulig på eget rom, mens personalet satt ute i fellesområdet på et sted de kunne se inn i skjermingsenheten. Det fremkom sjeldent at personalet oppholdt seg sammen med pasienten, selv om lovverket om skjerming forutsetter tett oppfølging og kontakt fra helsepersonell.

Dokumentgjennomganger tydet på at gjennomføringen av skjerming skjedde på en lite planmessig måte. Sykehusene hadde ikke skriftliggjort forventinger om hvordan skjerming skal gjennomføres, som hva slags behandling og aktiviteter tiltaket skal inneholde. Det ble ikke differensiert mellom skjerming gjennomført av behandlingsmessige hensyn eller av hensyn til andre pasienter. Ved et sykehus bestod rutinene kun av en liste over hvilke gjenstander som *ikke* skal finnes på et skjermingsrom. Skjermede pasienter hadde med få unntak liten anledning til å drive med aktiviteter tilpasset interesser og funksjonsnivå. De hadde også begrenset tilgang til underholdning som radio, musikk og lesestoff, og mange pasienter ga uttrykk for at de kjedet seg. Manglende tilgang ble begrunnet med behov for å begrense sanseinntrykk, men slike tilbud ble heller ikke gjort tilgjengelig for andre skjermingspasienter. Ombudsmannen har påpekt at den faglige ansvarlige har et ansvar å sikre at skjermingstiltak ikke gjøres mer inngripende enn strengt nødvendig.

Funn har vist at mange skjermingstiltak pågår over lang tid. Etter dagens lovverk kan skjerming opprettholdes i opptil 14 dager av gangen, og enkelte pasienter får skjermingstiltaket forlenget gjentatte ganger. Noen pasienter ble underlagt skjerming i mange måneder. Dersom skjerming opprettholdes i lang tid uten noen forandring i forholdet som gjorde at skjermingen ble vurdert som nødvendig, kan dette tilsa at pasienten har behov for en annen form for behandling.

Forskning om isolasjon i fengsel har vist at kombinasjonen av begrensninger i menneskelig kontakt, sanseinntrykk og selvbestemmelse kan være helseskadelig.⁷ Skjerming, særlig der det skjer over

⁷ For oppsummering av forskningsfunnene, se Sharon Shalev, *A Sourcebook on Solitary Confinement*, LSE/Mannheim Centre for Criminology 2008.

lengre tid, utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Steder i psykisk helsevern bør på denne bakgrunn ta særlig hensyn til risikoen for isolasjonsskader i sin praksis.