

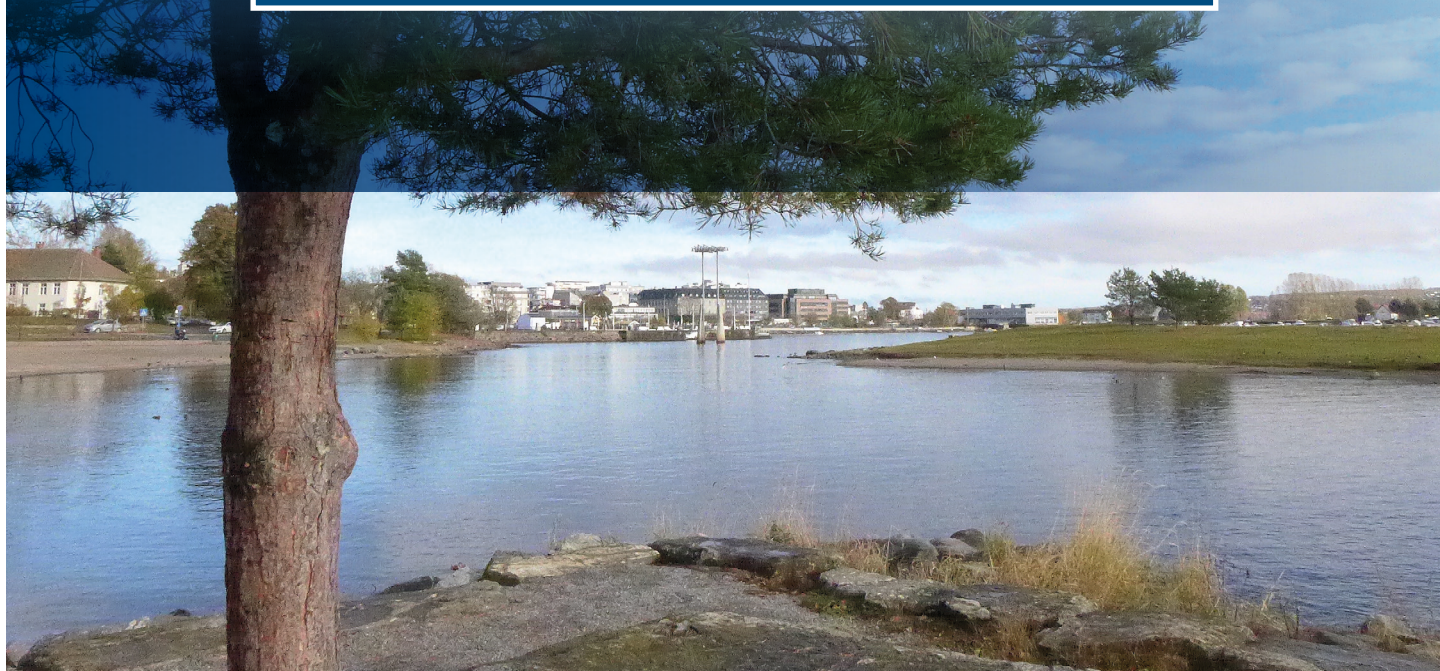


**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT**

**Boliger for personer  
med utviklingshemning  
i Hamar kommune**

**19.–21. oktober 2021**



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



## SIVILOMBUDET

Hamar kommune  
Postboks 4063  
2306 HAMAR

Statsforvalteren i Innlandet  
Postboks 987  
2604 LILLEHAMMER

Vår referanse  
2022/1283

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Mona Keiko Løken

Dato  
05.04.2022

### **Oversendelse av rapport etter Sivilombudets besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Hamar kommune 19.–21. oktober 2021**

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Hamar kommune 19.–21. oktober 2021. Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for ansatte, pårørende, beboere og verger som ønsker å lese den.

Kommunen og Statsforvalteren bes gitt tilbakemelding på oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **30. juni 2022**. Vi ber om at svarene utformes slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, ber vi om at kommunen eller Statsforvalteren opplyser om dette og sender en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at svarene kan offentliggjøres i sin helhet.

Hanne Harlem  
sivilombud

Helga Fastrup Ervik  
avdelingssjef

*Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner, og har derfor ikke håndskrevet underskrift.*

#### Kopi til:

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
KOMMUNAL- OG DISTRIKTSDEPARTEMENTET  
KULTUR- OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET  
BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET

HELSEDIREKTORATET  
STATENS HELSETILSYN  
STATENS SIVILRETTSFORVALTNING  
KONTROLLUTVALGET I HAMAR KOMMUNE



**SIVILOMBUDET**

## **BESØKSRAPPORT**

**Boliger for personer med utviklingshemning i Hamar kommune**

19.–21. oktober 2021

## Innholdsfortegnelse

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Sivilombudets forebyggingsmandat.....</b>                                   | <b>4</b>  |
| <b>II. Sammendrag.....</b>                                                        | <b>5</b>  |
| <b>Anbefalinger til kommunen .....</b>                                            | <b>7</b>  |
| <b>Anbefalinger til Statsforvalteren .....</b>                                    | <b>8</b>  |
| <b>1 Personer med utviklingshemning og risiko for menneskerettsbrudd .....</b>    | <b>9</b>  |
| <b>2 Gjennomføring av besøket .....</b>                                           | <b>11</b> |
| 2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Hamar kommune .....            | 11        |
| 2.2 Metode og rapportformat .....                                                 | 11        |
| <b>3 Selvbestemmelse og tvang .....</b>                                           | <b>13</b> |
| 3.1 Samtykkekompetanse og medvirkning i egen livssituasjon.....                   | 13        |
| 3.1.1 Vektlegging av beboeres samtykkekompetanse.....                             | 13        |
| 3.1.2 Tilrettelegging for beboeres medvirkning .....                              | 14        |
| 3.2 Avgjørelser om bruk av tvang .....                                            | 15        |
| 3.2.1 Vilkår for bruk av tvang og makt.....                                       | 15        |
| 3.2.2 Vurdering av hjemmelsgrunnlag og begrunnelser av vedtak .....               | 17        |
| 3.3 Boforhold som risikofaktor for tvang, omfattende skjerming og isolasjon ..... | 18        |
| 3.3.1 Ulovlig frihetsberøvelse .....                                              | 19        |
| 3.3.2 Utagering mellom beboere .....                                              | 20        |
| 3.3.3 Belastende bomiljø i eneboertiltak.....                                     | 21        |
| 3.3.4 Samlet om boforhold som risikofaktor .....                                  | 21        |
| 3.4 Bruk av fysisk makt .....                                                     | 22        |
| 3.5 Inngripende varslingsystemer .....                                            | 23        |
| <b>4 Forebygging av tvang .....</b>                                               | <b>25</b> |
| 4.1 Involvering av habiliteringstjenesten.....                                    | 25        |
| 4.2 Evaluering av tvangsbruk og vanskelige hendelser .....                        | 27        |
| 4.3 Risiko ved bemanning og organisering .....                                    | 28        |
| 4.3.1 Kompetanse, opplæring og veiledning .....                                   | 28        |
| 4.3.2 Turnus, møtepunkter for personalet og bemanning på natten.....              | 29        |
| <b>5 Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud.....</b>                        | <b>32</b> |
| 5.1 Tiltak for å fange opp smerter og tegn på sykdom .....                        | 32        |
| 5.2 Retten til helsehjelp .....                                                   | 33        |
| 5.2.1 Beboeres helsetilbud i kommunen .....                                       | 34        |
| 5.2.2 Beboeres helsetilbud i spesialisthelsetjenesten .....                       | 35        |
| <b>6 Beskyttelse mot vold og overgrep.....</b>                                    | <b>38</b> |
| 6.1 Systematisk refleksjon om at vold og overgrep fra ansatte kan skje .....      | 38        |
| 6.2 Forebygging av aggresjon og utagering mellom beboere .....                    | 39        |

|          |                                                                   |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>Kontroll og rettssikkerhet.....</b>                            | <b>41</b> |
| 7.1      | Statsforvalterens oppgaver og ansvar .....                        | 41        |
| 7.1.1    | Klagebehandling, overprøving og tilsyn .....                      | 41        |
| 7.1.2    | Saksbehandling og vedtakskvalitet .....                           | 43        |
| 7.1.3    | Forholdet mellom veiledningsrollen og rollen som kontrollør ..... | 44        |
| 7.2      | Representasjon gjennom pårørende og verge .....                   | 45        |

## I. Sivilombudets forebyggingsmandat

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 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 torturkonvensjonen ble vedtatt av FN i 2002.

Protokollen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at mennesker som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudets kontor for å utføre denne oppgaven.<sup>1</sup>

Sivilombudet har adgang til alle steder hvor mennesker er, eller kan være, fratatt friheten. Dette omfatter blant annet fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene gjøres med eller uten forhåndsvarsel. Ombudet har også tilgang til alle opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres.

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

Sivilombudets 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 disse personene har førstehåndskunnskap om forholdene. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet retningslinjer, vedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger om hvordan stedet kan forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudets nettside, og stedene som har vært besøkt, gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

<sup>1</sup> Sivilombudsloven §§ 1, 17, 18 og 19.

<sup>2</sup> FNs underkomité for forebygging av tortur (SPT): Anbefalinger om forebyggingsmandatet 30. desember 2010 CAT/OP/12/6.



## II. Sammendrag

### Kommunens ansvarsområde

Sivilombudets forebyggingsenhet besøkte i oktober 2021 voksne personer med utviklingshemning som bor i Hamar kommune og som har et døgntilrettelagt tjenestetilbud. Fem personer bodde i bofellesskap av ulik størrelse. Én person bodde i en enkeltstående leilighet. Utvalget av personer som ombudet besøkte, ble gjort etter en gjennomgang av kommunens tvangsvedtak for totalt 17 personer.

Ansatte og ledere i boligene hadde generelt en høy bevissthet om å legge til rette for at beboerne fikk mulighet til å ta valg og påvirke egen hverdag. I hovedsak syntes det også å bli tatt hensyn til beboernes ønsker om privatliv, inkludert muligheten til å ha et seksualliv.

Utformingen av boligtilbudet for fire av beboerne medførte stor risiko for at deres grunnleggende rettigheter ble krenket. Sivilombudet er bekymret for at boforholdene til disse personene i seg selv bidro til isolasjon, forverring av eksisterende helseplager og inngripende bruk av fysisk makt. Det gikk fram at tvangsbruk kunne ha vært unngått dersom beboerne hadde bodd et annet sted eller at sammensetningen av beboere og boligmiljøet var tilrettelagt på en annen måte. Kommunens vedtak ga i liten grad uttrykk for at andre boligløsninger hadde vært vurdert og prøvd ut. Totalsituasjonen i boligene for disse beboerne ga risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling av beboerne.

Beboere med mye smerter og omfattende helsemessige oppfølgingsbehov hadde betydelige vanskeligheter med å få nødvendig og riktig helsehjelp. Utagerende atferd og alvorlig selvskading førte til at disse beboerne ble utsatt for mye tvang og makt. Sivilombudet er bekymret for at personer med utviklingshemning ikke har et likeverdig psykisk helsetilbud i kommunen. I spesialisthelsetjenesten var erfaringen at utagerende atferd og selvskading hos beboerne ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor som mulige symptomer på helseplager og smerter. I stedet ble atferden forklart med utviklingshemningen, til tross for gjentatte innvendinger fra ansatte i kommunen som kjente beboeren godt. Dette så ut til å føre til lengre utredningstid, som bidro til å opprettholde en belastende totalsituasjon for beboeren, pårørende og ansatte. Kommunen brukte ikke individuell plan som et virkemiddel for å sikre beboerne nødvendige og koordinerte tjenester. Når smerter og sykdomsutvikling leder til atferd som møtes med fysisk makt og tvang, forsterkes risikoen for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Ombudet ser derfor alvorlig på disse funnene.

Gjennomgangen av tvangsvedtakene viste at det var svakheter i kommunens vurderinger av lovens vilkår og vedtakenes begrunnelse. For eksempel var det truffet vedtak om låsing av dører som hindret beboeren i å forlate boligen. Låsingen var en form for frihetsberøvelse som det ikke er hjemmel til etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Det gikk ikke klart fram hvordan kommunen hadde vurdert at vilkårene var til stede for det enkelte tvangstiltaket. Kommunen hadde heller ikke vurdert den samlede virkningen når beboeren hadde flere tvangstiltak. Oppsummert tydet funnene på et behov for å styrke den interne kvalitetssikringen av kommunens tvangsvedtak.

Det syntes å være et klart behov for mer fagutdannet kompetanse i tjenesten og mer opplæring og veiledning i det daglige arbeidet. Dette gjaldt særlig opplæring om generell sykdomsutvikling hos personer med utviklingshemning, og veiledning for å kunne gjenkjenne tegn på smerter og psykiske helseutfordringer. Hovedinntrykket var at kommunen i liten grad arbeidet systematisk for å sikre jevnlig veiledning og oppfølging av ansatte. Kommunen opplevde at det hadde vært en gradvis

reduksjon i habiliteringstjenestens virksomhet ute i kommunen, og at det var en økt forventning om at kommunen selv skulle sørge for kompetansehevende tiltak.

Det var ingen informasjon som ga mistanker om tilfeller av vold eller seksuelle overgrep utført av ansatte overfor beboerne vi besøkte. Samtidig tydet funnene på at kommunen bør arbeide mer systematisk når det gjelder å skape bevissthet om at mennesker med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep, og at dette kan skje i nære relasjoner og av ansatte.

#### **Statsforvalterens ansvarsområde**

Alle aktive tvangsvedtak fra kommunen på tidspunktet for Sivilombudets besøk var godkjent av Statsforvalteren, og alle søknader om dispensasjon fra utdanningskravet var innvilget for et stort antall personer. Ingen av Statsforvalterens overprøvinger var påklaget til Fylkesnemnda. Det var ingen formelle klager til Statsforvalteren på beslutninger om tvang i enkeltstående akutsituasjoner. De ansatte i boligene virket lite kjent med klageretten til Statsforvalteren og klageretten til Fylkesnemnda.

Statsforvalteren hadde ikke gjennomført stedlig tilsyn for fire av beboerne etter at det var truffet vedtak om bruk av tvang. To av disse fire bodde i samme bofellesskap, hvor det var flere risikoforhold som tilsa at stedlig tilsyn burde ha vært gjennomført.

Det samlede inntrykket av Statsforvalterens saksbehandling reiste spørsmål om kontrollen med kommunens tvangsvedtak var forsvarlig. Svakheterne i Statsforvalterens vurderinger og begrunnelser var vesentlige, og bidro til å øke risikoen for uhjemlet, unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang. Det var uklart hvordan Statsforvalteren hadde vurdert alle lovens vilkår for de konkrete tiltakene. Særlig alvorlig var det at Statsforvalteren hadde godkjent kommunens vedtak som innebar ulovlig frihetsberøvelse.

Funnene viste også at det var stor etterspørsel fra kommunen om veiledning i enkeltsaker, og at ansatte og ledere i boligene ofte rådførte seg med Statsforvalteren ved utformingen av tvangstiltak for bestemte beboere. Statsforvalterens involvering i konkrete saker før de var oversendt fra kommunen, framstod som en risiko for å blande veiledningsrollen og rollen som kontrollør på en uheldig måte. Dette inntrykket ble forsterket av at Statsforvalteren hadde godkjent tvangsvedtak som omfattet ulovlige tiltak.

Flere verger hadde en mangelfull forståelse av rollen sin, og anså seg som økonomiske verger til tross for at vergemandatet også omfattet det personlige området. Vergene var tilbakeholdne med å klage på tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Vergene var også i liten grad bevisste på å påberope manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven på vegne av beboeren. De fylte dermed ikke den rettssikkerhetsfunksjonen som skal ligge i vergeordningen. Dette tydet på et økt behov for oppfølging og mer tilpasset opplæring og veiledning av vergene.



## Anbefalinger til kommunen

### Selvbestemmelse og tvang:

- Kommunen må sikre at beboerens samtykkekompetanse og evne til å ta valg er tilstrekkelig vektlagt i vurderingen av om tvangstiltaket er forholdsmessig og etisk forsvarlig.
- Kommunen må sikre at muntlig og skriftlig informasjon, inkludert beslutninger og vedtak, gis til pårørende på et språk de forstår.
- Kommunen må sikre at det enkelte tvangstiltak som er del av et tvangsvedtak, er vurdert opp mot alle lovens vilkår, og at dette går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Kommunen må sikre at beboerne ikke hindres i å forlate boligen sin eller stenges inne uten at vilkårene for bruk av tvang er oppfylt.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av tvangsvedtak.
- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

### Forebygging av tvang:

- Kommunen bør sikre at det gjennomføres evalueringssamtaler med beboere og ansatte i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser.
- Kommunen bør sikre at det er nødvendig og tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, og at tjenestetilbudet er organisert og bemannet på en slik måte at det ikke gir økt risiko for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.
- Kommunen bør sørge for mer veiledning til ansatte i det daglige arbeidet, systematiske tiltak for å kompensere for slitasje i ulike turnusordninger og sikre møtearenaer for personalgruppen for å legge til rette for god informasjonsflyt, felles forståelse av mål og rutiner og nødvendig opplæring og veiledning.

### Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud:

- Kommunen bør iverksette tiltak for å sette ansatte i stand til å kartlegge beboernes helsetilstand og gjenkjenne tegn på smerter og sykdomsutvikling.
- Kommunen bør sørge for mer opplæring og veiledning av ansatte om psykisk helse hos personer med utviklingshemning.
- Kommunen bør sikre at beboerne har tilgang til et likeverdig kommunalt psykisk helsetjenestetilbud.
- Kommunen bør styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten for å sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer får nødvendig helsehjelp.

### Beskyttelse mot vold og overgrep:

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep, slik at ansatte settes i stand til å forebygge, fange opp og håndtere slike forhold.
- Kommunen bør sikre rutiner for evaluering av risiko og registrering av avvik ved vold fra andre beboere.

## Anbefalinger til Statsforvalteren

### Kontroll og rettssikkerhet:

- Statsforvalteren må sikre at det gjennomføres stedlig tilsyn når tvangsvedtak er godkjent, og ellers når tvangstiltakenes karakter og andre risikoforhold tilsier det.
- Statsforvalteren må sikre forsvarlig kontroll av kommunens vedtak slik at all bruk av tvang og makt kun skjer når vilkårene for dette er oppfylt, og at de rettslige vurderingene går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Statsforvalteren bør sikre at veiledningsansvaret overfor kommunen balanseres mot hensynet til en reell og uavhengig overprøving av tvangsvedtak.
- Statsforvalteren bør sørge for tilpasset opplæring og veiledning av verger slik at de blir i stand til å ivareta vergehavers interesser på en helhetlig måte innenfor vergemandatet.

## 1 Personer med utviklingshemning og risiko for menneskerettsbrudd

Utviklingshemning er en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander som medfører en intellektuell og kognitiv funksjonsnedsettelse.<sup>3</sup> Personer med utviklingshemning er en mangfoldig gruppe, og det er store individuelle forskjeller i språklige, sosiale og motoriske ferdigheter og evne til egenomsorg. Et felles kjennetegn er at den kognitive funksjonsnedsettelsen utløser noen særlige behov for tilrettelegging og støtte i dagliglivet og i møtet med samfunnet ellers.<sup>4</sup>

Mange mennesker med utviklingshemning har behov for omfattende og varige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Samtidig kan utviklingshemmede ha vanskeligheter med å formidle egne ønsker og behov, ubehag eller smerter. Nedsatt kognitiv fungering, særlig i kombinasjon med andre funksjonsnedsettelse, kan føre til at personer med utviklingshemning i stor grad uttrykker seg gjennom atferd som er utfordrende for omgivelsene eller som medfører skade. Utfordrende atferd har ofte blitt møtt med bruk av tvang og makt. Utviklingshemmede har derfor en høyere risiko for å bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Etter Grunnloven § 92 plikter myndighetene å respektere og sikre menneskerettighetene «på det nivå de er gjennomført i norsk rett».<sup>5</sup> Myndighetene må derfor vurdere forholdet til menneskerettighetene der disse er relevante og sentrale for myndighetenes handlinger og avgjørelser.<sup>6</sup> Denne plikten gjelder også for kommunene.<sup>7</sup>

Plikten til å håndheve menneskerettighetene omfatter rettigheter og friheter som er nedfelt i Grunnloven selv og i internasjonale avtaler som er folkerettslig bindende for Norge, slik som Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).<sup>8</sup> EMK er gjort til en del av norsk lov gjennom menneskerettsloven, og skal i tilfelle motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.<sup>9</sup>

CRPD ble vedtatt i 2006 for å fremme og sikre menneskerettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre. Sentralt står prinsippene om tilgjengelighet, likebehandling og forbudet mot diskriminering.<sup>10</sup> FNs spesialrapportør mot tortur har uttrykt bekymring over at personer med funksjonsnedsettelse fortsatt ofte utsettes for alvorlige krenkelser som frihetsberøvelse, inngripende tvang, omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep.<sup>11</sup>

---

<sup>3</sup> Se det diagnostiske kodeverket ICD 10 (den 10. utgave av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer) utgitt av Verdens helseorganisasjon (WHO).

<sup>4</sup> Det er vanlig å klassifisere utviklingshemning i fire kategorier: lett, moderat, alvorlig og dyp.

<sup>5</sup> Høyesteretts dom 16. desember 2016 (HR-2016-2554-P, Holship-dommen) avsnitt 70.

<sup>6</sup> Sivilombudets uttalelse 2. juli 2020 (SOM-2020-292).

<sup>7</sup> Dokument 16 (2011–2012) Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven punkt 9.4 side 47.

<sup>8</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

<sup>9</sup> Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

<sup>10</sup> CRPD artikkel 3.

<sup>11</sup> FNs spesialrapportør mot tortur: Rapport til FNs generalforsamling 28. juli 2008 A/63/175 avsnitt 37–41 og rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013 A/HRC/22/53 avsnitt 57–60. Se også Europarådets torturforebyggingskomité (CPT): Anbefalinger om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner 21. desember 2020 CPT/Inf (2020) 41 (forkortet CPTs anbefalinger 2020).

Norge sluttet seg til CRPD i 2013 med tolkningserklæringer til noen av konvensjonens sentrale bestemmelser.<sup>12</sup> Konvensjonen er dermed folkerettslig bindende for Norge. Konvensjonen er så langt ikke gjort til en del av norsk lov.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir kommunen hjemmel til å bruke tvang og makt overfor personer som har fått diagnosen «psykisk utviklingshemmet» når tvangstiltak er nødvendig som en siste utvei for å avverge vesentlig skade.<sup>13</sup> Det er uenighet nasjonalt og blant internasjonale menneskerettighetsorganer om det er diskriminerende og i strid med CRPD å sette som vilkår for bruk av tvang, at noen har en nedsatt funksjonsevne.<sup>14</sup> Den internasjonale rettsutviklingen går samtidig klart i retning av økt vektlegging av selvbestemmelse for og ikke-diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.<sup>15</sup>

Konsekvensene av Norges tilslutning til CRPD er ett av spørsmålene som vurderes i arbeidet med nye og felles regler om tvang i helse- og omsorgstjenesten. Sivilombudet går ikke her nærmere inn på forholdet mellom CRPD og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, men legger til grunn at de nasjonale rettsreglene så langt som mulig, i tråd med det såkalte presumsjonsprinsippet, skal tolkes i samsvar med konvensjonen. Ved motstrid skal de nasjonale reglene likevel gå foran, som en følge av at CRPD ikke er gjennomført i norsk lov.<sup>16</sup>

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er det ikke adgang til å beslutte frihetsberøvelse i form av tvangsplassering eller tilbakeholdelse. Personer med utviklingshemning kan likevel være underlagt så omfattende begrensninger, for eksempel i form av låste dører og andre bevegelseshindrende tiltak, at det i praksis foreligger en frihetsberøvelse etter Sivilombudets forebyggingsmandat.

---

<sup>12</sup> CRPD artiklene 12, 14 og 25. Tolkningserklæringene gir uttrykk for Norges forståelse av konvensjonen og at disse bestemmelsene ikke er til hinder for tvungent vergemål og fratakelse av rettslig handleevne, tvungen omsorg og tvungen behandling når omstendighetene gjør slike tiltak nødvendig som en siste utvei, og tiltaket er undergitt rettssikkerhetsgarantier. Rettmessigheten av tolkningserklæringene er omstridt.

<sup>13</sup> Se tolkningserklæringene til CRPD og Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.11 og særmerknader til sosialtjenesteloven § 4A-5 videreført i helseomsorgstjenesteloven § 9-5.

<sup>14</sup> Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9), Rettighetsutvalget (NOU 2016: 17) og Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14). Se også FNs håndhevingsorgan for CRPD (CRPD-komiteen) og dens generelle kommentar til konvensjonens artikkel 12.

<sup>15</sup> Sivilombudets høringsvar 30. desember 2019 til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.

<sup>16</sup> Høyesteretts dom 20. desember 2016 (HR-2016-2591-A) avsnitt 63.

## 2 Gjennomføring av besøket

### 2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Hamar kommune

Helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning i Hamar kommune er organisert under virksomhetsområdet «Tjenesten for funksjonshemmede». Tjenesten er delt inn i soner og arbeidslag, og gir tjenester til ca. 120 personer i kommunen. Disse mottar tjenester enten i kommunens boliger og bofellesskap eller i selveide leiligheter. Det er totalt 15 bofellesskap, hvor det bor én eller flere personer med utviklingshemning. I tillegg er det én bolig hvor en person med utviklingshemning er eneboer. Til sammen omfatter dette 87 personer med utviklingshemning fordelt på 16 boliger med døgnbemanning. Av de 87 hadde 17 på tidspunktet for Sivilombudets besøk aktive tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Hamar kommune ble 19. august 2021 varslet om at Sivilombudets forebyggingsenhet ville gjennomføre besøk til boliger for personer med utviklingshemning i kommunen i løpet av 2021. Kommunen, aktuelle boliger og utvalgte personer med tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og deres pårørende og verger ble varslet om den nærmere datoen for besøket i begynnelsen av oktober.

Besøkene fant sted 19.–21. oktober. Sivilombudet har tidligere gjennomført besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Drammen kommune.<sup>17</sup>

### 2.2 Metode og rapportformat

I forkant av besøkene innhentet vi informasjon om alle boligene og bofellesskapene for voksne i kommunen, inkludert opplysninger om antall beboere med utviklingshemning. Vi ba også om å få oversendt alle aktive tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og meldinger om bruk av tvang og makt i nødssituasjoner i løpet av det siste året.

På bakgrunn av en gjennomgang av kommunens 17 tvangsvedtak, innhentet vi Statsforvalteren i Innlandets siste overprøving og rapporter etter stedlige tilsyn for 13 av disse. For å få mer informasjon om tidligere vedtak for fire av beboerne, ba vi Statsforvalteren i tillegg oversende vedtak og overprøvinger for inntil fem år tilbake.

Basert på den samlede dokumentasjonen, besluttet vi å besøke seks personer fordelt på fem steder. Utvalget av personer og boliger ble foretatt på bakgrunn av type og omfang av tvangstiltak som det var truffet vedtak om, vurdert opp mot risikoen for integritetskrenkelser.

I forkant av besøket ble det gjennomført telefonintervjuer av pårørende og verger til de seks beboerne. Tilrettelegging med tanke på en samtale med beboeren selv ble forberedt i dialog med aktuelle arbeidslagsledere og primærkontakter før besøket.

Under besøket intervjuet vi ansatte og ledere ved boligen. I tillegg hadde vi en samtale med enkelte av beboerne. Det ble også foretatt en befaring av fellesarealer, personalrom og beboernes leiligheter.

---

<sup>17</sup> Se rapport etter besøk til bofellesskap for personer med utviklingshemning i Drammen kommune, november 2020, [www.sivilombudet.no](http://www.sivilombudet.no).

Følgende ansatte fra Sivilombudet deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Pia Kristin Lande (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Mona Keiko Løken (seniorrådgiver, jurist)

I rapporten redegjøres det ikke for hvilke boliger vi har besøkt, eller hvor de ulike funnene skriver seg fra. Begrunnelsen for dette er å sikre at taushetsplikten blir ivarettatt fullt ut. Det har i denne forbindelse vært viktig å ta hensyn til at antallet personer og boliger som har vært omfattet av besøket, er relativt lavt. I de tilfellene det er nødvendig for kommunen å få tilleggsinformasjon for å kunne følge opp rapportens anbefalinger, vil kommunen få dette av Sivilombudet.



### 3 Selvbestemmelse og tvang

#### Rettslige rammer og standarder

Å bruke tvang og makt er et alvorlig inngrep i den enkeltes selvbestemmelsesrett, frihet og personlige integritet.<sup>18</sup> Slike inngrep er i utgangspunktet straffbare etter norsk rett.<sup>19</sup> Et samfunnsmessig behov for å bruke tvang og makt kan likevel oppstå der ulike interesser står mot hverandre, slik som den enkeltes selvbestemmelsesrett og ivaretagelse av liv og helse. I tillegg kan inngrep være nødvendig for å sikre beskyttelse av andres grunnleggende rettigheter. Tvangsbruk kan derfor i visse situasjoner likevel være rettmessig og straffri, enten det er av hensyn til personen selv, av hensyn til andre eller av hensyn til de fysiske omgivelsene.

Menneskerettighetene oppstiller strenge vilkår for bruk av tvang. Ingen tvangstiltak skal under noen omstendighet innebære en nedverdiggende eller umenneskelig behandling av personen. Tvang er kun tillatt som en siste utvei dersom tiltaket har tilstrekkelig hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig.<sup>20</sup> Med forholdsmessighet menes at tvangsbruken må være nødvendig og egnet til å oppnå formålet, og at det må foreligge en rimelig avveining mellom de hensynene som begrunner tvangsbruken, og de rettighetene det gjøres inngrep i.<sup>21</sup> Unødvendig eller uforholdsmessig tvangsbruk gir risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>22</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir på bestemte vilkår hjemmel for bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning. Tvang kan ikke brukes rutinemessig, men må være individuelt og konkret begrunnet.<sup>23</sup> Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles det til myndighetenes vurderinger og begrunnelser.

Fysisk maktbruk og isolasjonsliknende tiltak som skjerming gir høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>24</sup> Forbudet mot nedverdiggende eller umenneskelig behandling er reflektert gjennom flere bestemmelser i helse- og omsorgslovgivningen, slik som plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, retten til et verdig tjenestetilbud og fastsatte grenser for bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og opplærings- og treningstiltak.<sup>25</sup>

#### 3.1 Samtykkekompetanse og medvirkning i egen livssituasjon

##### 3.1.1 Vektlegging av beboeres samtykkekompetanse

Selvbestemmelse innebærer å ta selvstendige avgjørelser av betydning for egen tilværelse, og forme livet sitt etter egne ønsker og preferanser. Et grunnleggende utgangspunkt er at helse- og

<sup>18</sup> Retten til frihet og personlig integritet står blant annet i Grunnloven §§ 93 andre ledd, 94 første ledd første punktum og 102 første ledd første punktum, EMK artiklene 3, 5 og 8, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artiklene 7, 9, 10 og 17 nr. 1 og CRPD særlig artiklene 3, 14, 15, 17 og 22.

<sup>19</sup> Straffeloven §§ 251 og 252 om tvang og §§ 254 og 255 om frihetsberøvelse.

<sup>20</sup> EMK artikkel 8 nr. 2.

<sup>21</sup> Den europeiske menneskerettighetsdomstolens (EMD) dom Strand Lobben m.fl. mot Norge (nr. 37283/13) avsnitt 203.

<sup>22</sup> EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2) (nr. 75450/12) avsnitt 97 og storkammeravgjørelsen Bouyid mot Belgia (nr. 23380/09) avsnitt 100–113.

<sup>23</sup> EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2) (nr. 75450/12) avsnitt 103.

<sup>24</sup> FNs spesialrapportør mot tortur: Rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 63.

<sup>25</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6.

omsorgstjenester skal gis på et frivillig grunnlag, og at adgangen til å bruke tvang og makt er unntaksbestemmelser. Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår derfor hovedregelen om at helse- og omsorgshjelp bare kan ytes hvis personen selv samtykker til det.<sup>26</sup>

I utgangspunktet har alle personer over 16 år samtykkekompetanse.<sup>27</sup> Dersom en person med utviklingshemning er samtykkekompetent, det vil si har evne til å gjøre seg opp en mening om det aktuelle spørsmålet, og motsetter seg tiltaket, skal dette tillegges vesentlig vekt i vurderingen av om et tvangstiltak vil være forholdsmessig og etisk forsvarlig slik helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 krever.<sup>28</sup> Dette gjelder særlig ved tiltak som vurderes iverksatt for å dekke personens grunnleggende behov utenfor nødsituasjoner.<sup>29</sup>

Gjennomgangen av kommunens tvangsvedtak viste at det var truffet vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav c for noen beboere med lettere utviklingshemning som var vurdert å ha samtykkekompetanse, eller der samtykkekompetansen var uavklart. I ett tilfelle var det påpekt av psykologspesialist ved habiliteringstjenesten at beboeren befant seg «akkurat under grensen for psykisk utviklingshemning og er samtykkekompetent, men at diagnosen medfører at kommunen kan fatte vedtak om bruk av tvang og makt» dersom de andre vilkårene for tiltaket var oppfylt. Det gikk fram av vedtakene at beboeren i noen tilfeller hadde uttrykt motstand mot tiltaket. Beboerens samtykkekompetanse og evne til å ta valg var likevel ikke inkludert i kommunens drøftelser av om tiltaket oppfylte lovens krav om forholdsmessighet og etisk forsvarlighet. Vedtakene var godkjent av Statsforvalteren, som heller ikke hadde problematisert betydningen av at beboerne hadde samtykkekompetanse.

Sivilombudet understreker at alle vilkår for å bruke tvang og makt må være oppfylt for at tvangstiltaket skal være lovlig (se kapittel 3.2 *Avgjørelser om bruk av tvang*). Dersom kommunen ikke drøfter hvilken betydning det har at personen er samtykkekompetent, etterlater dette tvil om kommunen har brukt loven riktig og om tvangstiltaket var tilstrekkelig rettferdiggjort ut fra lovens krav. Når en person som har samtykkekompetanse, ikke samtykker, er det et sentralt og tungtveiende moment som trekker i retning av at tiltaket ikke er forholdsmessig og etisk forsvarlig. Det må derfor gå tydelig fram av vedtakets begrunnelse hva kommunen legger vekt på dersom den likevel mener at det er grunnlag for å bruke tvang og makt.

### 3.1.2 Tilrettelegging for beboeres medvirkning

Personer med behov for helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i utformingen og gjennomføringen av tjenestetilbudet.<sup>30</sup> Retten til å medvirke gjelder uavhengig av om personen er samtykkekompetent eller ikke. Det betyr at selv om en person mangler samtykkekompetanse, skal personen så langt det er mulig tas med i beslutninger som angår ham eller henne. Pårørende og

<sup>26</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Se også FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artiklene 12 og 25.

<sup>27</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

<sup>28</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 andre ledd. Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning punkt 2.2.3 og punkt 4.5.6.5.

<sup>29</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav c.

<sup>30</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-1 og 9-3. Medvirkningsretten knytter seg først og fremst til det individuelle tjenestetilbudet. Pasienter og brukere samt deres representanter skal imidlertid også gis mulighet til å medvirke på systemnivå, se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Se også Europarådets Principles concerning the legal protection of incapable adults, Recommendation No. R (99) 4, prinsipp 2, 6 og 13; Europarådets Disability Strategy 2017–2023 mars 2017 særlig side 25–27.

verger har rett til å medvirke sammen med beboeren.<sup>31</sup> Kommunen er pålagt å ha et system som sikrer medbestemmelse og medvirkning.<sup>32</sup> Også når det vurderes som nødvendig å bruke tvang, skal personen selv, pårørende og verge høres før det treffes vedtak.<sup>33</sup>

Retten til å medvirke og bli hørt før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt er sentrale prosessuelle rettigheter som skal sikre at den personlige integritet blir ivarettatt og at tjenestetilbudet tilrettelegges på en minst mulig inngripende måte. Egen motivasjon og vilje fremmer tillit og samarbeid. Motsatt vil manglende muligheter til å ha innflytelse over eget liv kunne oppleves som krenkende og gi grunnlag for frustrasjon og konflikter. Dette øker risikoen for bruk av tvang og makt.<sup>34</sup> Informasjon om motforestillinger og holdninger til beboere, pårørende og verger har derfor en viktig tvangsforebyggende funksjon.

Sivilombudets inntrykk var at mange ansatte generelt hadde en høy bevissthet om at beboerne skal ha mulighet til å ta valg og påvirke egen hverdag. Dette gjaldt både i det daglige, og i den mer langsiktige planleggingen av aktiviteter. Det var rutiner som beskrev hvordan de ansatte kunne få til en best mulig kommunikasjon med beboeren, også ved hjelp av alternative kommunikasjonsmetoder, og det var eksempler på miljøregler som bidro til en systematisk tilnærming til beboerens selvbestemmelse og medvirkning. I hovedsak syntes det også å bli tatt hensyn til beboernes ønsker om privatliv, inkludert muligheten til å ha et seksualliv.

Ettersom beboernes selvbestemmelse og medvirkning i stor grad ivaretas ved hjelp av pårørende og verger, er et godt samarbeid med dem viktig. Våre funn viste at det var på plass rutiner for ulike former for samarbeidsmøter med pårørende og verger. På disse møtene hadde beboerne også anledning til å delta, så langt det lot seg gjennomføre.

En av beboerne uten samtykkekompetanse og med et omfattende tvangsvedtak hadde pårørende med et annet morsmål. Vedtaket var ikke oversatt, og pårørende hadde vansker med å forstå innholdet i vedtaket. Sivilombudet understreker at pårørendes rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven, herunder underretninger om vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, innebærer at informasjonen må tilpasses mottakerens språkforutsetninger. Fra 1. januar 2022 ble det satt i kraft en ny lov (tolkeloven) som presiserer at offentlige organer, inkludert helse- og omsorgstjenesten, skal benytte tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp.

## 3.2 Avgjørelser om bruk av tvang

### 3.2.1 Vilkår for bruk av tvang og makt

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 åpner for bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i tre situasjoner. Dette omfatter for det første akutte, enkeltstående og uventede nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a (såkalte a-tiltak). For det andre kan det treffes vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b om planlagte skadeavvergende tvangstiltak for nødsituasjoner som forventes å gjenta seg eller vedvare (såkalte b-tiltak). Tiltak etter bokstav a og b

<sup>31</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3.

<sup>32</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3.

<sup>33</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

<sup>34</sup> Berge, K. og Ellingsen, K.E. (2015): Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt. En studie på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU).

kan både begrunnes ut fra hensynet til personen selv og hensynet til andre, i tillegg til hensynet til de fysiske omgivelsene.

Utenom nødsituasjoner er det etter § 9-5 tredje ledd bokstav c adgang til å bruke tvang og makt for å ivareta personens grunnleggende behov (såkalte c-tiltak). Loven slår fast at et «grunnleggende behov» kan være behovet for «mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet». Tiltak etter denne bestemmelsen kan bare begrunnes ut fra hensynet til personen selv og ikke hensynet til andre.

I alle tre situasjoner er det krav om at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense «vesentlig skade». For bokstav a og b må nødsituasjonen være konkret, og skademuligheten må være nærliggende og påregnelig.<sup>35</sup> Det må være mer sannsynlig enn ikke at skaden vil oppstå i den konkrete situasjonen. At det kan oppstå en skade i framtida dersom situasjonen får bygge seg opp over tid, er ikke tilstrekkelig som grunnlag for inngrep etter bokstav b.

Tiltak etter bokstav c krever ikke at det foreligger en konkret faresituasjon. Men også når det er tale om å dekke personens grunnleggende behov, må det være sannsynlighetsovervekt for at manglende tiltak vil føre til vesentlig skade på personen.

A-tiltak har en klar parallell til straffelovens nødretts- og nødvergebestemmelser, og skal dokumenteres i etterkant av gjennomføringen av tiltaket.<sup>36</sup> En avgjørelse om å iverksette b- eller c-tiltak skal treffes ved enkeltvedtak. Dette skal gjøres i tråd med alminnelige forvaltningsrettslige regler og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Saksbehandlingsreglene skal sikre at helse- og omsorgstjenesten utreder og kartlegger mulige årsaker til behovet for bruk av tvang og makt, hvordan slik tvangsbruk kan unngås ved utprøving av andre løsninger og om aktuelle tvangstiltak, etter faglige og etiske vurderinger, oppfyller kravene til nødvendighet og forholdsmessighet. Et vedtak om tvang kan inneholde flere ulike tvangstiltak, både etter bokstav b og c.

I § 9-6 er det fastsatt særlige grenser for bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og opplærings- og treningstiltak. Disse grensene gjelder i tillegg til de alminnelige vilkårene i § 9-5. Det følger av § 9-6 første ledd at *mekaniske* bevegelseshindrende midler bare kan brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at personen skader seg selv. Av andre ledd går det fram at *skjerming* ikke kan brukes som et tiltak for å ivareta personens grunnleggende behov (c-tiltak), og at skjermingen som en klar hovedregel skal foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses inntil situasjonen er under kontroll. Ifølge tredje ledd kan *opplærings- og treningstiltak* bare begrunnes ut fra lovens bokstav c, og kan ikke gå ut på å påføre personen smerte eller psykisk eller fysisk skade, eller innebære betydelig fysiske og psykiske anstrengelser eller fysisk isolering.

Tvangsvedtaket treffes av den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten.<sup>37</sup> På de stedene vi besøkte, var det i hovedsak beboernes primærkontakt som hadde ansvaret for å utarbeide vedtaket. Den enkelte soneleder syntes også å være involvert i den formelle prosessen før vedtaket ble undertegnet av den overordnet faglige ansvarlige for tjenesten.

<sup>35</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) særmerknader til § 6A-3 og Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.11.

<sup>36</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd tredje punktum, jf. tredje ledd.

<sup>37</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 andre ledd.

### 3.2.2 Vurdering av hjemmelsgrunnlag og begrunnelser av vedtak

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 stiller strenge vilkår for bruk av tvang og makt av hensyn til personens rettssikkerhet og menneskerettighetsvern. Samtidig gir loven få konkrete føringer om hvilke tiltak som kan iverksettes når vilkårene er oppfylt.<sup>38</sup> Dette gir kommunen et handlingsrom og et forvaltningsansvar som stiller krav til de ansattes kunnskap om regelverket, og bevissthet om at tvang og makt ikke brukes i større utstrekning enn det er hjemmel for. Hjemmelskravet er et grunnleggende prinsipp som skal sikre mot vilkårlige myndighetsinngrep overfor den enkelte.

Vedtak om tvang skal begrunnes, og kravene til begrunnelsens innhold følger av forvaltningsloven § 25 og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7. Begrunnelsesplikten gjelder for alle vilkårene for et tvangstiltak, og det må gå tydelig fram at alle relevante momenter og mothensyn har vært vurdert.<sup>39</sup> Kravene til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende tiltaket er.<sup>40</sup>

Gjennomgangen av kommunens vedtak viste at det i hovedsak var gitt grundige beskrivelser av beboernes konkrete livssituasjon og behovet for tvangstiltak. Derimot var det en del svakheter i kommunens forståelse av loven og vedtakenes begrunnelse. I noen tilfeller manglet det en vurdering av om helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ga hjemmel for det konkrete tiltaket. For eksempel var det truffet vedtak om rutinemessig låsing av dører som hindret beboeren i å forlate boligen (se kapittel 3.3.1 *Ulovlig frihetsberøvelse*). Kommunen skilte i liten grad mellom bokstav b og c og de ulike kravene som måtte være til stede for vedtak etter disse bestemmelsene. Det var eksempler på at c-tiltak var begrunnet ut fra hensynet til andre enn beboeren selv. Noen av c-tiltakene var skjermingstiltak som tydet på at kommunen ikke var oppmerksom på lovens særskilte regulering av grensene for skjerming. Det gikk heller ikke klart fram hvordan kommunen hadde vurdert at vilkårene var til stede for det enkelte tiltaket når vedtaket om tvang inneholdt flere ulike tvangstiltak.

Videre syntes kommunen å være lite bevisst på å identifisere og problematisere forhold som kunne tale mot bruk av tvang og makt eller mot spesifikke tvangstiltak. Slike forhold kan for eksempel være tiltakets art, graden av motstand, tiltakets varighet og antallet ganger det har blitt fornyet, risiko for (re)traumatisering og utfordringer i samspillet mellom beboer og ansatte. Å innrette tjenestetilbudet på en minst mulig inngripende måte forutsetter at beboerens helhetlige livssituasjon er vurdert. Dersom vedtaket inneholder flere tvangstiltak, må kommunen ta stilling til den samlede virkningen av tiltakene.<sup>41</sup> Vurderingene i kommunens vedtak framstod derfor som ensidige og ubalanserte i drøftelsene av om vilkårene for tvang og makt var oppfylt, særlig der loven krever en konkret avveining av ulike hensyn, for eksempel om tvangsbruken er forholdsmessig.

Sivilombudet stiller også spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav c ga et tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for enkelte tvangstiltak overfor en beboer med tidligere og omfattende rushistorikk. Beboeren hadde lett utviklingshemning, ble vurdert å være samtykkekompetent og var eneboer i en bolig utenfor sentrum for å minske tilknytningen til miljøer som kunne medføre tilbakefall til rus. Ifølge vedtaket var døgnkontinuerlig fotfølging utenfor boligen, alarm på utgangsdør og begrensninger i tilgang til egne penger ansett som nødvendige tiltak for å veilede og hindre beboeren fra å (alene) oppsøke miljøer med risiko for bruk av ulovlige rusmidler.

<sup>38</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) punkt 3.5.

<sup>39</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

<sup>40</sup> Sivilombudets uttalelse 22. oktober 2019 (SOM-2018-2278) med videre referanser til Høyesteretts praksis.

<sup>41</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning side 82.

Ethvert forsøk på å forlate boligen uten ansatte ble gjennomgående omtalt som rømming eller å stikke av. Boligen hadde en prosedyre for hvordan rømningssituasjoner skulle håndteres. Ifølge prosedyren skulle politiet tilkalles for bistand til å lokalisere beboeren. Dersom beboeren var kommet tilbake, skulle politiet kontaktes for å kroppsvisitere beboeren og eventuelt ransake leiligheten.

Summen av tiltak var svært inngripende. Boligens beliggenhet og en lite tilrettelagt leilighet forsterket opplevelsen av ensomhet og isolasjon, og bidro til en belastende totalsituasjon for beboeren (se kapittel 3.3 *Boforhold som risikofaktor for tvang, omfattende skjerming og isolasjon*). Av vedtaket gikk det fram at tiltakene var nødvendige for å hindre at beboerens alvorlige psykiske helseutfordringer ble forverret og at voldsriskoen økte som følge av rusinntak.

Sivilombudet har merket seg at sentrale deler av tvangsvedtaket (fotfølgingstiltaket og pengebegrensningstiltaket) var begrunnet ut fra lovens bokstav c om å dekke beboerens grunnleggende behov for personlig trygghet. Bestemmelsen regulerer planlagte tvangstiltak utenom nødsituasjoner, og lister opp bestemte omsorgsformål som åpner for bruk av tvang: ved behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet. Ombudet påpeker at omfattende frihetsbegrensninger skjerper kravet til et presist lovgrunnlag og løpende vurderinger av om mindre inngripende tiltak er tilstrekkelig. I lys av lovens forarbeider, hvordan lovbestemmelsen tidligere har vært formulert og dagens ordlyd, er det et spørsmål om uttrykket «personlig trygghet» gir et for uklart hjemmelsgrunnlag til å bruke den form for omfattende tvang som var tilfellet her. Hjemmelsspørsmålet var ikke drøftet i kommunens vedtak eller Statsforvalterens overprøving. Ombudet er bekymret for at bestemmelsen i praksis kan benyttes som hjemmel for tvang i større utstrekning enn det er rettslig grunnlag for. Dette kan utfordre kravet om at tvangsinngrep overfor den enkelte må ha en tilstrekkelig klar lovhjemmel.<sup>42</sup> Ombudet vil ta spørsmålet om rekkevidden av bestemmelsen opp med sentrale helsemyndigheter.

Oppsummert tydet funnene på et behov for å styrke den interne kvalitetssikringen av kommunens tvangsvedtak. Sivilombudet er klar over at kommunen benytter en vedtaksmal som er utarbeidet av HelseDirektoratet, og som kunne lagt bedre til rette for at alle lovens vilkår for det enkelte tvangstiltak ble vurdert og begrunnet. Kommunen har imidlertid et selvstendig ansvar for å påse at vurderingene og begrunnelsene i vedtaket tilfredsstiller gjeldende krav. Kravene til forvaltningens begrunnelser, særlig ved inngripende tiltak, er ment å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere. Mangelfulle begrunnelser kan også gjøre en etterfølgende kontroll med kommunens vurderinger og regelverksforståelse vanskelig. Dette øker risikoen for uhjemlet, unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang og makt. Begrunnelsesplikten er derfor en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte beboer.

### 3.3 Boforhold som risikofaktor for tvang, omfattende skjerming og isolasjon

Hjemmet skal gi en god ramme for det livet den enkelte ønsker å leve. Trygghet og forutsigbarhet i boligsituasjonen er derfor sentralt.<sup>43</sup> De aller fleste voksne personer med utviklingshemning leier

<sup>42</sup> Grunnloven § 102, jf. § 113, og EMK artikkel 8 nr. 2.

<sup>43</sup> HelseDirektoratets veileder (2021): Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning kapittel 4.



bolig av kommunen.<sup>44</sup> Tilrettelagte kommunale boliger – såkalte omsorgsboliger – er ikke formelt en institusjon, men rettslig sett beboernes egne hjem.<sup>45</sup>

Siden ansvarsreformen for utviklingshemmede på 1990-tallet, har det vært et tverrpolitisk mål at mennesker med utviklingshemning skal ha mulighet til å bo i mest mulig ordinære bomiljøer.<sup>46</sup> I dag er likevel bofellesskap og samlokaliserte boliger den dominerende boformen. Bofellesskap kan gi muligheter for å skape gode livsmiljø. Fellesløsninger kan samtidig gi risiko for at individualiserte tilbud blir mindre tilgjengelig.<sup>47</sup> Manglende tilpasning av boligforholdene kan også føre til frihetsbegrensninger som det ikke ville vært behov for andre steder, for eksempel fordi boligen ligger nær en sterkt trafikkert vei.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir hjemmel for å bruke tvang og makt i personens private bolig så lenge det er fattet vedtak om bestemte helse- og omsorgstjenester der.<sup>48</sup> Selv om det er den enkelte beboer som formelt er tildelt hjemmetjenester, er tjenestene stort sett knyttet til boligbasen med en heldøgns bemanning. Ofte er fellesarealer og personalbaser integrert i boligen eller bofellesskapet.

Et grunnvilkår for å kunne bruke tvang og makt er at andre løsninger først har vært vurdert og prøvd ut.<sup>49</sup> Kun i «særlige tilfeller» kan det gjøres unntak fra dette kravet, og unntak må begrunnes. Loven oppstiller altså en høy terskel for ikke å prøve andre løsninger enn tvang først. Kommunens tjenestetilbud må derfor tilrettelegges ut fra den enkeltes behov og situasjon, slik at tjenester så langt mulig kan utføres uten bruk av tvang og makt. Dette omfatter også en vurdering av boligens beliggenhet og egnethet. Tre av stedene som Sivilombudet besøkte, ga grunnlag for å peke på boligforholdene og bomiljøet som en risikofaktor for krenkelse av beboernes grunnleggende rettigheter.

### 3.3.1 Ulovlig frihetsberøvelse

Det ene stedet vi besøkte var et bofellesskap i et tettbebyggt strøk der det bodde fire personer med utviklingshemning. Én beboer ble kontinuerlig skjermet og nektet tilgang til fellesarealet. Beboerens bolig hadde egen utgangsdør, men denne var til enhver tid låst. Også døren ut til felles gang og til en

<sup>44</sup> Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) § 15. Kommunen er videre forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv, se sosialtjenesteloven § 27.

<sup>45</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav c og forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Dette må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e, som gir rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Se også Helsedirektoratets brev 6. mars 2013: Svar på henvendelse vedr rettslig grunnlag for omsorgsbolig, og Prop. 99 L (2015–2016) punkt 3.6.

<sup>46</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 14.2.2.

<sup>47</sup> Larun, L., og Thuve Dahm, KT. (2020): Boformer for voksne med psykisk utviklingshemning, Folkehelseinstituttet.

<sup>48</sup> Tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 kan bare brukes «som ledd i» hjemmetjenester, institusjonsopphold eller avlastningstiltak. Dette krever at kommunen først eller senest samtidig treffer vedtak om slike tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 eller § 3-6 første ledd nr. 2. Dette omfatter helsehjelp med pleie- og omsorgsformål, personlig assistanse, praktisk bistand og opplæring og støttekontakt.

<sup>49</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd.

innebygd hage direkte fra leiligheten var låst. Hagen var skjermet med høye levegger for å dempe støy og skåne naboer og forbipasserende mot beboerens atferd. I vedtaket var det opplyst at beboeren reagerte negativt på bråk, høye lyder og mye folk. Alle dørene ble rutinemessig låst med nøkkel av personalet. Låsene var uten låsvridere på innsiden, slik at beboeren ikke hadde mulighet til å låse opp selv. En ansatt var alltid inne i leiligheten sammen med beboeren.

De omfattende skjermingstiltakene var i hovedsak begrunnet ut fra hensynet til andre, og for å unngå uheldige episoder for beboeren. Det gikk blant annet fram at kommunen fryktet for trafikkfare, barns sikkerhet i nabolaget og at situasjonen skapte mye utrygghet for naboer i bofellesskapet. På grunn av faren for skade var alle løse gjenstander og kjøkkenskapdører fjernet fra leiligheten. Resterende møbler, inkludert TV, var fastmonterte. Leiligheten ga dermed et nakent og lite koselig inntrykk, selv om det var gjort noen forsøk på å gjøre det hyggelig med tapet og maling på soverommet.

Den rutinemessige låsing av dørene framstod som en frihetsberøvelse som det ikke er hjemmel til etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Dette endres ikke av at ansatte er til stede i leiligheten. Sivilombudet er bekymret for den isoleringen som frihetsberøvelsen medførte. Sykdomsutvikling og smerteplager de siste årene hadde også gitt beboeren et betydelig funksjonsfall med en økning i utagerende atferd. Atferden gjorde det noen ganger vanskelig å være ute i hagen selv om den var skjermet.

Sivilombudet understreker at inngripende tiltak hvor personen i realiteten er sperret inne har et stort skadepotensial og øker risikoen for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Risikoen blir større jo lenger begrensningene i bevegelsesfriheten varer. Ansatte som kjente beboeren godt, opplevde at beboeren i utgangspunktet trivdes med å være ute. Det ble likevel vurdert som nødvendig med tvangstiltak og frihetsbegrensninger, fordi beboerens atferd kunne være til sjenanse for naboer i bofellesskapet og i nærområdet.

Denne situasjonen gjør Sivilombudet bekymret for at boforholdene i seg selv bidro til at det ble utøvd tvang og makt, og at dette kunne vært unngått dersom beboeren hadde bodd et sted med større muligheter til å gå ut. Det er også bekymringsfullt at boligsituasjonen bidro til en mindre trygg tilværelse for de andre beboerne i bofellesskapet.

### 3.3.2 Utagering mellom beboere

I et annet bofellesskap for fire personer med utviklingshemning var det høy risiko for konflikt og vold mellom to av beboerne. Disse bodde vegg i vegg, og var betydelig plaget av hverandre. Begge hadde en lav grad av sosial fungering, store fysiske og psykiske omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak begrunnet med mye utfordrende atferd. Denne atferden var til tider direkte rettet mot eller til betydelig ulempe for den andre beboeren. I noen tilfeller resulterte dette i skade på beboeren. Utagering forekom også på natten. Begge beboere hadde tilsyn av to ansatte hver. I tillegg hadde en tredje beboer, som i dårligere perioder kunne ha utagerende atferd, tilsyn av én annen ansatt.

Naboskapet ga grunn til bekymring for om beboerne ble beskyttet godt nok mot vold fra hverandre og mot eskalerende situasjoner som gjorde bruk av tvang og makt nødvendig (se kapittel 6 *Beskyttelse mot vold og overgrep*). Det kom fram at den ene beboeren kunne være svært høyløst og oppmerksomhetssøkende. Den andre beboeren hadde hatt en gradvis dårligere fungering som hadde kommet til uttrykk gjennom økt utagerende atferd og økt tilbaketrukkethet i egen leilighet. Begge beboerne hadde i tillegg vesentlig reduserte kommunikasjonsferdigheter og smerteplager som følge



av sammensatte somatiske og psykiske helseutfordringer. Kombinasjonen av disse omstendighetene syntes å bidra til et svært uheldig bomiljø.

### 3.3.3 Belastende bomiljø i eneboertiltak

Det tredje stedet var et eneboertiltak i skogen et godt stykke utenfor bykjernen og med døgnkontinuerlig bemanning. Beboerens leilighet var i sokkeletasjen ned en bratt og trang trapp fra hovedetasjen. Leiligheten var røykfyllt, nedslitt og delvis ødelagt med hull i gipsplater. Malingen var gammel og slitt, og møblene var slitte og skitne med tobakksrester over stoler, sofa og gulv. Flere av rommene manglet vinduer, og hadde gulv og vegger av betong. Kjøkkenet hadde en svært enkel standard, og var lite funksjonelt fordi det var delt opp i to områder. Det var en dør ut fra stuen, men denne var låst. Leiligheten hadde et klart kjellerpreg.

Fellesområdet der de ansatte oppholdt seg, var i hovedetasjen. Denne var hyggelig innredet med nymalte overflater og en spisestue med et delvis åpent kjøkken. Bare personalet hadde adgang til kjøkkenet. Dette ble begrunnet med rutiner som ble innført under koronapandemien. I tillegg var det en liten andre etasje med en loftstue uten dør. Her var det en arbeidsstasjon og en hvilestol for ansatte.

Beboeren hadde betydelige psykiske helseutfordringer og en sterk opplevelse av å være isolert og nedstemt. I gode perioder kunne beboeren snakke reflektert om eget følelsesliv. I dårlige perioder hadde beboeren gitt uttrykk for tanker om selvskading og selvmord. Det psykiske og emosjonelle smertetrykket økte i takt med høsten. Av dokumentasjonen gikk det fram at beboeren var tydelig frustrert over egen situasjon. Dette kunne lede til selvskading og utagering mot ansatte og de fysiske omgivelsene i leiligheten.

Etter Sivilombudets oppfatning framstod boligtilbudet som svært uegnet. Bomiljøet var i liten grad tilrettelagt ut fra beboerens psykiske helseutfordringer. Inntrykket var at de fysiske forholdene i leiligheten i sokkeletasjen og boligens beliggenhet forsterket beboerens opplevelse av atskilthet og negative følelser. Ombudet understreker at det er godt dokumentert at sosial isolasjon og ensomhet kan være helseskadelig.<sup>50</sup> De psykiske skadevirkningene kan være mange, og inkludere angst, depresjon, tankeforstyrrelser og søvnproblemer. Isolasjonsopplevelser vil hos noen også kunne utløse sinne, aggresjon og voldelig atferd. Boligtilbudet bidro til en betydelig fare for at beboerens psykiske lidelser og plager ble forverret. Dette ga en belastende totalsituasjon for beboeren.

### 3.3.4 Samlet om boforhold som risikofaktor

Oppsummert viste funnene fra de tre boligene at boligens utforming og beliggenhet hadde betydning for hvilke tvangstiltak som ble iverksatt, og omfanget av tvangsbruken. Funnene tydet også på at sammensetningen av beboere var en viktig faktor for et godt og trygt bomiljø, og at bomiljøet kunne påvirke beboernes eksisterende helseutfordringer negativt. Av dokumentgjennomgangen gikk det i liten grad fram om andre boligløsninger hadde vært vurdert og prøvd ut i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd. Kommunens begrunnelser for at andre løsninger enn bruk av tvang i tilstrekkelig grad var prøvd ut før det ble truffet vedtak om tvang var derfor mangelfulle.

<sup>50</sup> Holt-Lundstad, J. et al. (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-analytic Review. Perspectives on Psychological Science, 10.

Sivilombudet påpeker at personer med utviklingshemning har få valgmuligheter når det gjelder bosted, hvem de vil bo med og boform.<sup>51</sup> Det er først og fremst kommunens ansvar å sikre en boligplanlegging og et boligtilbud som er tilrettelagt for den enkelte beboer, og som forebygger bruk av tvang og makt (se kapittel 4 *Forebygging av tvang*).<sup>52</sup> Flytting eller endring av boforholdene og de fysiske rammebetingelsene kan være aktuelt dersom utfordrende atferd eller tvangsbruk er en konsekvens av bomiljøet.<sup>53</sup> Totalsituasjonen i alle de tre boligene ga risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling av beboerne. Boligforholdene var en vesentlig medvirkende faktor til den økte risikoen.

### 3.4 Bruk av fysisk makt

Inngripende fysisk maktbruk er kun tillatt som en siste utvei. Slike tiltak kan derfor bare benyttes dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre overhengende fare for vesentlig personskade eller tingskade.<sup>54</sup> Inngripende fysisk maktbruk er en særlig risikofaktor for integritetskrenkelser og umenneskelig og nedverdiggende behandling. Det er også dokumentert at fysisk maktbruk gir en forhøyet risiko for psykiske og fysiske skadevirkninger, både på kort og på lang sikt.<sup>55</sup>

Våre funn viste at flere av beboerne hadde vedtak om inngripende bruk av fysisk makt for å hindre utfordrende atferd. Samlet omfattet tiltakene føring, skyving, dytting, løfting, bæring, stående og sittende fastholding i stol, sofa eller på gulvet og holdetiltak med nedlegging på gulv eller i seng eller sofa. Noen av beboerne hadde også tiltak som åpnet for bruk av fysisk makt i forbindelse med stell, hygiene og matlaging. Flere av beboerne hadde påtvungen tilstedeværelse av ansatte gjennom hele eller deler av døgnet. Det var utviklet prosedyrer for fastholding med ulike holdeteknikker, og de ansatte syntes å være bevisste på at maktbruken skulle være så kortvarig og skånsom som mulig.

Årsakene til tvangsbruken var forskjellige og sammensatte. Flere av beboerne hadde et stemningsleie og en impulskontroll som varierte mye, og i perioder kunne det hyppig oppstå situasjoner som gjorde at personalet anså det nødvendig å gripe inn med fysiske tiltak. Grunnen til at det ble brukt tvang og makt hadde også i stor grad sammenheng med komplekse helsemessige oppfølgingsbehov og uheldige boforhold.

Enkelte beboere hadde de siste årene opplevd et betydelig funksjonsfall og atferdsendringer på grunn av smerter og sykdomsutvikling. Dette resulterte i en rekke episoder der personalet brukte inngripende fysisk makt for å avverge selvskading eller utagering rettet mot andre beboere eller mot personalet. Disse beboerne hadde store utfordringer med å få tilgang til nødvendig psykisk og somatisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (se kapittel 5 *Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud*). Funnene tydet på at det var et potensial for å redusere bruken av tvang og makt gjennom økt samhandling mellom kommunen og flere deler av spesialisthelsetjenesten, bedre

---

<sup>51</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 14.4.2.

<sup>52</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) punkt 2.6.

<sup>53</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning punkt 4.5.2.2.

<sup>54</sup> EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2) (nr. 75450/12) avsnitt 104; Bures mot Tsjekkia (nr. 37679/08) avsnitt 95 og Aggerholm mot Danmark (nr. 45439/18) avsnitt 84.

<sup>55</sup> Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU): Kunnskap om hva tvang og makt kan føre til på kort og lang sikt 29. desember 2016.

tilrettelegging av beboernes helseoppfølging og god forståelse av beboernes symptomer og lidelser som gjør ansatte i stand til å gjenkjenne tegn på smerter og sykdom.

For noen beboere innebar det å bo på et bestemt sted eller sammen med andre at det oftere ble nødvendig å begrense beboerens bevegelsesfrihet og livsutfoldelse gjennom fysisk maktbruk. Enkelte boligforhold medførte en bekymringsfull høy risiko for isolasjon og negative helseeffekter som kunne lede til frustrasjon og aggresjon. Andre steder var bomiljøet en direkte årsak til konflikter mellom beboere. Det ble sagt at dersom bosituasjonen var annerledes, kunne mye av den fysiske tvangsbruken vært unngått. Dette gikk igjen for flere av beboerne vi besøkte. Sivilombudet understreker derfor viktigheten av å identifisere og analysere årsakene til utfordrende atferd for å forebygge og redusere behovet for fysisk maktbruk.<sup>56</sup>

### 3.5 Inngripende varslingssystemer

Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger regnes som tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 uansett om personen uttrykker motstand mot tiltaket eller ikke.<sup>57</sup> Det har heller ingen betydning om pårørende og verger samtykker til tiltaket. Avgjørende er om varslingssystemet anses som inngripende.

Varslingssystemer som typisk utløses ved at beboeren gjør bestemte handlinger, påvirker bevegelsesfriheten eller begrenser retten til privatliv, anses som inngripende. Med varslingssystemer omfattes også systemer for sporing og lokalisering, for eksempel GPS, og systemer for overvåkning med utstyr som registrerer lyd eller bilde. For å være lovlig må tiltaket ikke ha et rent kontrollformål, men være begrunnet i beboerens behov for tilsyn og hjelp for å avverge vesentlig skade.<sup>58</sup> I lovforarbeidene er det forutsatt at videokameraer og annet utstyr som registrerer tilsvarende mengde av informasjon, sjelden kan anses å være forsvarlig, men at bruk av slike innretninger i noen tilfeller kan være nødvendig.<sup>59</sup>

Flere beboere hadde vedtak om varslingssystemer. For noen omfattet dette døgntkontinuerlige alarmer på dører og vinduer i boligen for å varsle ansatte når beboeren enten gikk ut av leiligheten sin eller ut av huset. Bruk av alarm var enten begrunnet med å hindre skade på beboeren selv eller skade på andre.

Én beboer hadde i tillegg hatt en lyd på døralarmen som også varslet andre beboere hver gang h\*n gikk ut av leiligheten og inn i fellesarealene. Hensikten var ikke å begrense beboeren fra å gå ut av leiligheten, men å varsle ansatte for å sikre at beboeren ikke gikk alene videre ut utgangsdøra som lå et annet sted i bygningen. Konsekvensen var imidlertid at alle i boligen ble oppmerksomme på beboerens bevegelser, også når h\*n skulle besøke andre beboere, delta i fellesskapet eller gå til vaskerommet. Lyden framstod som svært inngripende, og beboeren var plaget av denne. På tidspunktet for Sivilombudets besøk ble det opplyst at lyden på alarmen hadde vært et diskusjonstema på samarbeidsmøter med beboeren, vergen og habiliteringstjenesten, og at det var besluttet at personalet i stedet skulle varsles gjennom en vibrerende alarm som den ansvarshavende

<sup>56</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4, jf. Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning side 67.

<sup>57</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 andre ledd andre setning.

<sup>58</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) punkt 3.6.3.2.

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995–1996) punkt 4.3.1 og 4.3.2.

hadde i lommen. Endringen syntes å være avgjørende for å sikre at tiltaket ikke var mer inngripende enn nødvendig.

En annen beboer hadde alarm på stol og seng for å hindre fall og varsle om epilepsianfall. Varsel ble sendt til personalbasen og personsøker hver gang beboeren forlot stolen eller sengen. Alarmen på sengen var døgntilgjengelig, mens alarmen på stolen kun var påslått om dagen. Det gikk tydelig fram av vedtaket at alarmene ikke skulle erstatte hyppige tilsyn av personalet.

En tredje beboer med alvorlig til dyp utviklingshemning og løpende risiko for alvorlig selvskading hadde kameraovervåkning på soverommet og i stuen i leiligheten. Kameraet på soverommet gjorde det også mulig å observere inn til badet. Kameraene var kun påslått om natten, og ansatte kunne observere gjennom en TV-skjerm fra fellesrommet. Det ble opplyst at overvåkingen hadde tillatelse fra Datatilsynet. I vedtaket gikk det fram at kommunen i samråd med habiliteringstjenesten mente at kameraovervåkning var faglig og etisk forsvarlig, og et mindre inngrep i denne beboers privatliv enn det å skulle ha ansatte inne hos seg gjennom natten. Ansatte som jobbet tett med beboeren, syntes å ha høy bevissthet om å ivareta beboers integritet og personvern.

#### **Anbefalinger: Selvbestemmelse og tvang**

- Kommunen må sikre at beboers samtykkekompetanse og evne til å ta valg er tilstrekkelig vektlagt i vurderingen av om tvangstiltaket er forholdsmessig og etisk forsvarlig.
- Kommunen må sikre at muntlig og skriftlig informasjon, inkludert beslutninger og vedtak, gis til pårørende på et språk de forstår.
- Kommunen må sikre at det enkelte tvangstiltak som er del av et tvangsvedtak, er vurdert opp mot alle lovens vilkår, og at dette går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Kommunen må sikre at beboerne ikke hindres i å forlate boligen sin eller stenges inne uten at vilkårene for bruk av tvang er oppfylt.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av tvangsvedtak.
- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

## 4 Forebygging av tvang

### Rettslige rammer og standarder

FNs torturkonvensjon pålegger medlemsstatene å iverksette effektive tiltak for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>60</sup> Tvangsbruk innebærer risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Flere menneskerettighetsorganer i FN har de siste årene uttalt seg sterkt kritisk til tvangsbruk overfor mennesker med nedsatt funksjonsevne, inkludert bruk av skjerming («seclusion»)<sup>61</sup> Europarådets torturforebyggingskomité har gitt anbefalinger om ulike forebyggingstiltak for å sikre et trygt bomiljø og et tilstrekkelig kvalifisert personell.<sup>62</sup> FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) slår fast at personer med nedsatt funksjonsevne har lik rett til vern om sin selvbestemmelsesrett som andre.<sup>63</sup> Dette gjelder også i helse-, omsorgs- og boligspørsmål.<sup>64</sup>

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 å forebygge bruk av tvang og makt. Dette omfatter å sikre at tjenestetilbudet generelt holder en tilfredsstillende faglig og etisk standard, er individuelt tilpasset den enkeltes situasjon og behov, og at ansatte får nødvendig opplæring.<sup>65</sup> Kommunens ansvar for opplæring av personell omfatter også faglig veiledning og oppfølging i gjennomføringen av tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>66</sup>

Plikten til å forebygge bruk av tvang og makt gjelder også etter at et tvangsvedtak er godkjent.<sup>67</sup> Kommunen må derfor kontinuerlig arbeide med å forebygge tvang.

### 4.1 Involvering av habiliteringstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven gir spesialisthelsetjenesten, i praksis habiliteringstjenesten, en plikt til å bistå kommunen ved utforming og gjennomføring av tvangstiltak. Dette gjelder også ved bruk av inngripende varslingssystemer.<sup>68</sup> Habilitering innebærer målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos utviklingshemmede. Behandlingen spenner over et vidt

<sup>60</sup> FNs torturkonvensjon artikkel 2, jf. artikkel 16; FNs torturforebyggingskomité, generell kommentar nr. 2, Implementation of article 2 by States parties 24. januar 2008, CAT/C/GC/2; FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 30. desember 2010 CAT/OP/12/6.

<sup>61</sup> Den europeiske torturforebyggingskomiteens (CPT) anbefalinger fra 2017 gjelder standarder ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, herunder «seclusion». CPT legger de samme standardene til grunn for tvang i helse- og omsorgssektoren, se CPTs anbefalinger 2020. Se også Sivilombudets temarapport: Skjerming i psykisk helsevern (2018) og UK National Preventive Mechanism, Guidance: Isolation in detention januar 2017 side 1.

<sup>62</sup> CPTs anbefalinger (2020) avsnitt 27–28 med videre henvisninger til CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6 side 2.

<sup>63</sup> FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artiklene 5 og 12. Se også Grunnloven § 98.

<sup>64</sup> CRPD artiklene 14, 25 d og 19.

<sup>65</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.10 og 11. Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 9-1 andre ledd.

<sup>66</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 andre setning med videre henvisning til lovens § 8-1 om kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell.

<sup>67</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd og Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemming side 65.

<sup>68</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 andre ledd og 9-9 første ledd.

spekter av trening og teknikker som går ut over det som tradisjonelt anses som helsehjelp.<sup>69</sup> I tillegg til å bidra til størst mulig funksjons- og mestringsevne, har behandlingen som formål å forebygge negativ atferd. Spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste har derfor en sentral rolle i arbeidet med å forebygge bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning.

Regionalt helseforetak skal sørge for at habiliteringstjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunen.<sup>70</sup> Samtidig er det kommunen som har ansvaret for at habiliteringstjenesten bringes inn i saken før vedtak om bruk av tvang og makt sendes Statsforvalteren til godkjenning.<sup>71</sup> Habiliteringstjenesten skal sikre at det blir grundig kartlagt hva som er årsakene til personens atferd, vurdere behovet for bruk av tvang og makt, gi råd om vedtakets utforming, utførelse og kompetanse i kommunen og bistå ved gjennomføringen av tiltak.

Når kommunen sender tvangsvedtaket til Statsforvalteren for godkjenning, skal kommunen også sende en kopi av vedtaket til spesialisthelsetjenesten.<sup>72</sup> På denne måten får habiliteringstjenesten anledning til å uttale seg om kommunens vedtak. Hensikten er å sikre at saken blir best mulig opplyst før Statsforvalteren treffer sin avgjørelse. Dette er særlig viktig i tilfeller der kommunen har valgt å ikke følge habiliteringstjenestens råd.

Sivilombudets hovedinntrykk var at kommunen involverte spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste i det løpende arbeidet. Det så ut til å være etablert et godt samarbeid mellom kommunen og habiliteringstjenesten blant annet gjennom formelle samarbeidsavtaler, løpende møter og ekstra besøk når det var behov for det. Kommunen opplevde å få konkret veiledning i oppfølgingen av den enkelte beboer og i de fagetiske vurderingene ved spørsmål om bruk av tvang og makt. Kommunens personalgrupper mottok også generell veiledning, kursing og kunnskapsdeling for eksempel gjennom habiliteringstjenestens deltakelse på fagdager.

Ledere og ansatte ga samtidig uttrykk for at det var vanskelig å få god bistand fra habiliteringstjenesten når det gjaldt beboeres psykiske helse og behov for oppfølging fra andre deler av spesialisthelsetjenesten (se kapittel 5 *Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud*). Kommunen opplevde også at det hadde vært en gradvis reduksjon i habiliteringstjenestens ambulerende virksomhet ute i kommunen, og at det var en økt forventning om at kommunen selv skal sørge for kompetansehevede tiltak. På besøkstidspunktet syntes kommunens tjenestetilbud å være preget av stor etterspørsel fra ansatte om mer veiledning og opplæring, stor andel ufaglærte og lite systematikk i arbeidet med kompetanseheving. I en slik situasjon er sannsynligheten stor for at en habiliteringstjeneste med lav kapasitet vil kunne ha negative konsekvenser for kvaliteten i kommunens tjenesteutførelse, og øke risikoen for unødvendig og uforholdsmessig tvangsbruk.

---

<sup>69</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.1. Habilitering er et fagfelt i krysningen mellom psykologi, nevrologi, fysioterapi, ernæringsfysiologi og miljøbaserte intervensjoner.

<sup>70</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-13 tredje ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd og forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 4.

<sup>71</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning side 97 og punkt 5.4.

<sup>72</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd andre setning.

## 4.2 Evaluering av tvangsbruk og vanskelige hendelser

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at tvangstiltak etter kapittel 9 skal vurderes og evalueres kontinuerlig.<sup>73</sup> Tiltak som ikke har de forutsatte konsekvenser eller har uforutsette, negative virkninger, skal straks avbrytes. Det samme gjelder dersom vilkårene for tiltaket ikke lenger er til stede. Informasjon om hvordan tvangstiltak gjennomføres skal dokumenteres i den enkeltes journal.<sup>74</sup> Journalføring er viktig for å yte forsvarlige tjenester og for å ivareta beboernes rettssikkerhet. Dekkende journalføring er dessuten en forutsetning for at kommunen skal kunne oppfylle sin plikt til å evaluere tvangsbruken og iverksette tiltak som kan forebygge fremtidig tvangsbruk.

Våre funn tydet på at det i hovedsak ble foretatt en løpende evaluering av tvangstiltakenes effekt i samarbeid med habiliteringstjenesten. Funnene viste samtidig at kommunen manglet rutiner for gjennomføring av evalueringssamtaler med ansatte og beboere i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser. Selv om dette i noen tilfeller ble gjort, framstod gjennomføringen som tilfeldig og avhengig av ansattes og lederes personlige engasjement. Sivilombudet påpeker at evalueringssamtaler med utgangspunkt i ansattes og beboeres umiddelbare opplevelser kan gi et tilfang av informasjon og perspektiver som kan være av betydning for evalueringen av selve tiltakene og den faglige og etiske begrunnelsen for disse. Å sikre at vurderingen av tiltak belyses fra flere hold er derfor viktig i det løpende forebyggingsarbeidet.

For beboere kan bruk av tvang og makt oppleves som krenkende og skummelt, og være en psykisk og emosjonell tilleggsbelastning. Beboere står i et avhengighetsforhold til sine hjelpere, og konfliktsituasjoner med mulighet for fysisk maktbruk kan påvirke opplevelsen av tillit og aksept. Sivilombudet viser til enkelte beskrivelser av beboere som i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser, signaliserte behov for forsonende kontakt og bekreftelse på at relasjonen med de ansatte var intakt. Dette understreker viktigheten av å ha gode rutiner for å tilby samtaler med beboere i etterkant av vanskelige hendelser for å trygge, bearbeide og evaluere når en slik samtale vil oppleves som meningsfullt for beboeren.

For å kunne gi beboerne god omsorg er det viktig at ansatte føler seg trygge på jobb. Det å daglig, ukentlig eller av og til stå i vanskelige situasjoner med risiko for maktbruk og vold øker sannsynligheten for en stresspreget arbeidshverdag. Uten regelmessig veiledning og oppfølging både faglig og psykososialt antas stressnivået å bli forsterket over tid. Dette krever et systematisk arbeid innen helse, miljø og sikkerhet for å bearbeide arbeidsdagen og for å kunne diskutere hva som kan gjøres annerledes. Å bruke tvang og makt overfor andre eller selv være utsatt for voldsrisiko kan skape psykologiske reaksjoner som på sikt kan være uheldig for kvaliteten i tjenesten. Negative effekter kan for eksempel være en svekket motivasjon til å se bakenforliggende årsaker til utagerende atferd hos beboere, og en gradvis utvikling av uhensiktsmessige strategier i møte med utfordrende atferd. Det er derfor sentralt at kommunen som arbeidsgiver etablerer gode oppfølgingsrutiner for ansatte, og at det gjøres nødvendige tilpasninger i for eksempel arbeidsmåter, bemanningsbehov, turnus og dagsplaner.<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 siste ledd.

<sup>74</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10.

<sup>75</sup> Karl Elling Ellingsen og Dirk Lungwitz 24. september 2004: Høy trivsel i voldsutsatt arbeidsmiljø, Nordisk sosialt arbeid side 201–209.



## 4.3 Risiko ved bemanning og organisering

### 4.3.1 Kompetanse, opplæring og veiledning

Krav til kompetanse og egnethet hos ansatte er viktig for å forebygge unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang. Personalet må ha tilstrekkelig faglig kunnskap om beboerne og deres særlige behov slik at tjenestene kan utføres på en riktig og faglig forsvarlig måte. Ansatte skal innhente bistand eller henvise personen videre der dette er nødvendig og mulig.<sup>76</sup> Kommunen plikter å tilrettelegge helse- og omsorgstjenesten slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.<sup>77</sup>

Personer med utviklingshemning har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tvangstiltak, og det skal være to ansatte til stede.<sup>78</sup> Kravet til to ansatte kan fravikes dersom det er bedre for beboeren. Loven stiller også krav til personalets utdanning.<sup>79</sup> Når det skal gjennomføres planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak), skal den ene av de to ansatte minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høyskolenivå. Når det skal gjennomføres tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak), skal den ene av de to ansatte minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring.

Statsforvalteren kan i «særlige tilfeller» gi dispensasjon fra utdanningskravet. Til tross for en høy terskel i loven for å kunne innvilge en slik søknad, er det gjennom flere år påpekt i ulike offentlige utredninger at det gis dispensasjoner fra utdanningskravet i et stort omfang.<sup>80</sup> Våre funn bekreftet dette. Alle søknader som var omfattet av Sivilombudets gjennomgang, var innvilget. Statsforvalteren syntes å legge avgjørende vekt på om dispensasjonen framstod som forsvarlig, i lys av personlig egnethet og om boligen hadde et minimum av ansatte som fylte de ulike kompetanseområdene. Å innvilge dispensasjon syntes å være hovedregelen snarere enn unntaket. Ifølge Helsetilsynet indikerer det store antallet dispensasjoner at kompetanse og rekruttering er en utfordring på dette tjenesteområdet.<sup>81</sup>

I samtaler med Sivilombudet ga enkelte ansatte og ledere uttrykk for at det var behov for flere ansatte med relevant utdanning i tjenesten. Ved noen bofellesskap hadde arbeidslagsledere også ansvar for flere personer med utviklingshemning som ikke bodde i boligen. Dette medførte mindre fagutdannet kapasitet i det aktuelle bofellesskapet. Det ble også framhevet at det var mer krevende å få til endringer av rutiner og en lik praksis overfor beboerne når mange ansatte manglet en faglig grunnforståelse. Dette bidro til at personalets kompetanse og utdanning fikk direkte betydning for kvaliteten i tjenesten og det løpende forebyggingsarbeidet.

Ved ett bofellesskap viste vaktlistene i tillegg at bofellesskapet hadde høy bruk av vikarer. Av totalt 40 personer var nærmere halvparten tilkallingsvikarer. De fleste av vikarene hadde ikke formell kompetanse. Kun syv personer var ansatt i 100 prosent stilling. Noen av beboerne hadde

<sup>76</sup> Helsepersonelloven § 4. Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. § 2-1.

<sup>77</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, tannhelsetjenesteloven § 1-3 a og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

<sup>78</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 andre ledd.

<sup>79</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 tredje ledd.

<sup>80</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 12.6 side 125.

<sup>81</sup> Statens helsetilsyns årsrapport for 2020 side 56.

sammensatte og store omsorgsbehov, lite språk og høy risiko for aggresjon eller utagerende atferd, og skulle som følge av det følges opp av flere ansatte samtidig. Dette innebar krevende oppfølgingsoppgaver og et økt behov for relevant fagbakgrunn. I den perioden vi undersøkte, var det eksempel på at to ufaglærte hadde besluttet og gjennomført fysisk nedlegging av en beboer på soveromsgulvet i beboerens leilighet. Beboeren hadde kommet truende mot personalet, og situasjonen ble vurdert å være akutt. En tredje ufaglært måtte etter hvert bistå i den fysiske tvangsutøvelsen.

Det er et ledelsesansvar å forebygge situasjoner som kan øke risikoen for maktbruk ved å sikre riktig kompetanse. Kommunens arbeid med rekruttering og systemer for god opplæring, veiledning og kollegastøtte er derfor viktig. Kommunen hadde et etablert opplæringsopplegg fastsatt gjennom opplæringskontrakter for nyansatte og vikarer. Ifølge personalet var det også jevnlig tilbud om relevante kurs i kommunen, blant annet om målrettet miljøarbeid, konflikthåndtering og bruk av tvang. Flere formidlet likevel at de savnet mer kompetanse hos ansatte og mer veiledning fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i det daglige arbeidet og om hvordan beboernes psykiske helse skulle følges opp.

Det ble opplyst at ansatte kunne søke veiledning hos kommunens fagutvikler for helse og omsorg. Hovedinntrykket var likevel at kommunen i liten grad arbeidet systematisk for å sikre jevnlig veiledning og oppfølging av ansatte. Denne oppgaven var i stor grad overlatt til ledelsen og personalgruppen i den enkelte bolig som så ut til å ha liten kapasitet til å følge dette opp. Sivilombudet påpeker at manglende regelmessige kompetansetiltak og støttetiltak i tjenesten øker risikoen for at ansatte ikke lenger opplever et behov for å reflektere over hva de gjør og hvordan de gjør det. Dette er særlig uheldig i boliger med krevende omsorgsoppgaver og beboere med mye utagerende atferd.

#### **4.3.2 Turnus, møtepunkter for personalet og bemanning på natten**

Kommunens plikt til å jobbe forebyggende krever at kommunen vurderer hvordan ulike turnusordninger og andre organisatoriske tiltak kan ha betydning for bruken av tvang og makt.

Noen av boligene som Sivilombudet besøkte, hadde langvaktturnus istedenfor en tradisjonell deling av turnusen i tidlig- og senvakter på 7,5 timer og med arbeid hver tredje helg. Langvaktturnus innebærer at ansatte har i overkant av 12-timersvakter fire dager på rad etterfulgt av en tredagers friperiode.<sup>82</sup> Enkelte boliger hadde en kombinasjon av begge turnusvarianter med langvaktturnus i helgene. Valg av turnusordning syntes langt på vei å være noe de ansatte kunne velge selv.

Langvakter som en alternativ turnusordning, har de siste årene blitt benyttet i økende grad i boliger for personer med utviklingshemning.<sup>83</sup> I samtaler med Sivilombudet ga ansatte uttrykk for både fordeler og ulemper ved en langvaktturnus. Lengre vakter reduserer omfanget av overgangssituasjoner for beboere og personalet. Dette bidrar til mindre stress i forbindelse med vaktskifter, og kan gi mer ro, stabilitet og forutsigbarhet for beboerne. Lengre vakter gir også økt fleksibilitet i planleggingen og gjennomføringen av aktiviteter som gir større muligheter for å ta hensyn til beboernes interesser og dagsform. Samtidig kan lange vakter føre til slitne,

<sup>82</sup> Dette fraviker de alminnelige bestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 10, og krever godkjenning av Arbeidstilsynet og at det inngås lokale tariffavtaler mellom partene.

<sup>83</sup> Se for eksempel Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU): Mindre stress med langvakter 2. november 2017.

uoppmerksomme og demotiverte ansatte. Lange vakter innebærer også færre oppmøtedager og lengre friperioder som kan gjøre det vanskeligere å jevnlig samle personalet for å sikre god flyt av informasjon.

Høy belastning over tid kan øke risikoen for overdreven maktbruk. Både ansatte og ledere syntes å være bevisste på at slitne ansatte kunne være mindre i stand til å håndtere alle situasjoner like godt. Likevel var det få systematiske tiltak for å kompensere for slitasje og sikre avlastning i løpet av vaktperioden. For boliger med ekstra krevende omsorgsoppgaver og mye utfordrende atferd er dette uheldig.

Ved ett bofellesskap med enkelte beboere som kontinuerlig skulle følges opp av flere ansatte, stod intensjonen med langvaktturnus i fare for å bli underminert av høy vikarbruk, stor andel ufaglærte og få ansatte i hele stillinger. Selv om langvaktturnus generelt kan ha klare fordeler for ansatte og beboere, må valg av turnusordning ta utgangspunkt i hvordan turnusen virker inn på kvaliteten i tjenesten. Dette krever en oppdatert og sammensatt vurdering av de konkrete forholdene ved den enkelte bolig, og turnusordningen må ses i sammenheng med disse. Kommunen så ikke ut til å ha foretatt risikovurderinger av de turnusordningene som var valgt i de ulike boligene. Sivilombudet er bekymret for at langvaktturnus i dette bofellesskapet – i kombinasjon med risikoforholdene på stedet – kan føre til økt risiko for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

Videre tydet funn på at arbeidet med å sikre møtearenaer for personalgruppen kunne styrkes og systemiseres bedre. Flere steder var det lite overlapp mellom vakter. Det var også eksempler på få møtepunkter mellom faste nattevakter og resten av personalgruppen. At kun de i 100 prosent stilling pliktet å delta på personalmøtene, gjorde det vanskeligere å følge opp alle ansatte. Også langvaktturnus der dette var gjeldende arbeidstidsordning både på hverdagene og i helgen bidro til denne utfordringen.

Sivilombudet understreker at det å sikre møtearenaer og kontaktpunkter for personalgruppen er viktig for å legge til rette for kvalitetsforbedrende tiltak. Omfattende og krevende omsorgsoppgaver stiller høye krav til felles forståelse av mål og rutiner. Faste møtearenaer og kontaktpunkter er en forutsetning for å få gitt informasjon, opplæring og veiledning. Det muliggjør også i større grad kontinuitet i tjenestetutførelsen, nødvendige korrigeringer av praksis og en endrings- og omstillingskultur i det løpende forebyggingsarbeidet.

Ved ett bofellesskap stiller Sivilombudet spørsmål ved om bemanningsgraden på natten, med én våken og én hvilende nattevakt, i tilstrekkelig grad reflekterte risikoen for vanskelige hendelser i denne boligen. For to av beboerne var det beskrevet dårlig sosial fungering, store fysiske og psykiske omsorgsbehov og omfattende tvangsvedtak på grunn av mye utfordrende atferd. Utagering kunne også forekomme på natten, og det var en pågående risiko for at den ene beboeren kunne utøve vold mot den andre. Begge beboerne hadde tilsyn av to ansatte hver på dagtid. I tillegg hadde en tredje beboer tilsyn av én ansatt. Den fjerde beboeren syntes å ha en vesentlig bedre fungering, og var i lite kontakt med de andre beboerne. Selv om turnus var endret med en forlenget senvakt hver kveld for å lette på arbeidsmengden, er ombudet bekymret for hvordan denne boligen løser en eventuell kritisk situasjon, og om antallet nattevakter setter boligen i stand til å sikre en best mulig håndtering av vanskelige hendelser på natten.

**Anbefalinger: Forebygging av tvang**

- Kommunen bør sikre at det gjennomføres evalueringssamtaler med beboere og ansatte i etterkant av tvangsbruk og vanskelige hendelser.
- Kommunen bør sikre at det er nødvendig og tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, og at tjenestetilbudet er organisert og bemannet på en slik måte at det ikke gir økt risiko for unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.
- Kommunen bør sørge for mer veiledning til ansatte i det daglige arbeidet, systematiske tiltak for å kompensere for slitasje i ulike turnusordninger og sikre møtearenaer for personalgruppen for å legge til rette for god informasjonsflyt, felles forståelse av mål og rutiner og nødvendig opplæring og veiledning.

## 5 Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud

### Rettslige rammer og standarder

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) anerkjenner enhver rett til «den høyest oppnåelige helsestandard». <sup>84</sup> I FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) er det understreket at denne rettigheten skal sikres uten diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. <sup>85</sup> Dette innebærer at personer med utviklingshemning har lik rett til psykisk og somatisk helsehjelp som befolkningen ellers. Forskjellsbehandling på grunn av utviklingshemningen er ikke tillatt. Dette følger også av Grunnloven og likestillings- og diskrimineringsloven. <sup>86</sup>

Diskrimineringsforbudet innebærer at personer med utviklingshemning skal sikres lik tilgang til helse- og omsorgstjenester gjennom lovgivning og praksis, og at helsetjenestene må holde samme kvalitet og standard som tilsvarende helsetilbud til andre. <sup>87</sup> Dette er slått fast i pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. <sup>88</sup> Ansvarlige myndigheter må også sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får de helsetjenestene de trenger på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, herunder tidlig utredning for å hindre og begrense ytterligere funksjonsnedsettelse. <sup>89</sup>

### 5.1 Tiltak for å fange opp smerter og tegn på sykdom

Personer med utviklingshemning har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. <sup>90</sup> Dette skyldes flere faktorer, slik som økt forekomst av somatisk eller psykisk sykdom og atferdsforstyrrelser, diagnoserelaterte sykdommer og livsstilssykdommer. For mange starter aldringsprosessen tidligere enn normalt. Dette øker blant annet risikoen for demens, syns- og hørselsvansker.

Personer med utviklingshemning kan ha ulike vansker med å selv identifisere og formidle sine plager. Språk og kommunikasjonsferdigheter vil variere, enten det gjelder talespråk, tegnspråk eller alternativt supplerende kommunikasjon (ASK). <sup>91</sup> Det betyr at det ikke kan tas for gitt at en som er utviklingshemmet, selv vil si fra om behov for helsekontroll eller helsehjelp.

Lite kunnskap om utviklingshemning og hvordan helse- og omsorgspersonell bør kommunisere med den enkelte, bidrar til å øke risikoen for at sykdomstilstander ikke oppdages eller vurderes feil (underdiagnostisering og feildiagnostisering). Det er derfor viktig at helse- og omsorgstjenesten sørger for tilstrekkelig kompetanse, rutiner og opplæring som setter ansatte i stand til å fange opp tegn på mistriksel og sykdom. I Helsedirektoratets nasjonale veileder om gode helse- og

<sup>84</sup> Artikkel 12. Staten har en plikt til gradvis oppfyllelse av rettighetene innenfor rammene av statens tilgjengelige ressurser, jf. artikkel 2 nr. 1.

<sup>85</sup> FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artiklene 5 og 25.

<sup>86</sup> Grunnloven § 98 og likestillings- og diskrimineringsloven § 6.

<sup>87</sup> CRPD artikkel 25 a.

<sup>88</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 3.

<sup>89</sup> CRPD artikkel 25 b.

<sup>90</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.3.

<sup>91</sup> Personer med behov for alternativ og supplerende kommunikasjon er barn, unge og voksne som må bruke andre former enn tale i direkte kommunikasjon med andre. Å kommunisere på andre måter kalles alternativt og supplerende kommunikasjon (forkortet ASK), se [www.statped.no](http://www.statped.no).

omsorgstjenester til personer med utviklingshemning er det beskrevet hva slik kompetanse, rutiner og opplæring bør inneholde.<sup>92</sup>

Flere av beboerne som Sivilombudet besøkte, hadde omfattende helseutfordringer som inkluderte kompliserte somatiske, psykiske eller rusrelaterte tilstander. For disse beboerne var det beskrevet mye uro, selvskading og utagerende atferd. De hadde derfor inngripende tvangsvedtak, og var i stor grad utsatt for fysisk tvangsbruk. Enkelte av beboerne manglet eller hadde svært redusert språk. Dette krevde en tett oppfølging og høy kompetanse hos de som jobbet med beboeren.

Ansatte og ledere ga uttrykk for at det var et stort behov for økt kompetanse i tjenesten om generell sykdomsutvikling hos personer med utviklingshemning. Det ble særlig etterlyst mer veiledning og opplæring for å kunne gjenkjenne tegn på psykiske helseutfordringer. Noen påpekte at kunnskap om diagnosespesifikke risikofaktorer var viktig for et mer målrettet miljøarbeid i boligen og en mer helhetlig oppfølging av beboeren. Andre beskrev utfordringer med å skille tegn på smerter og sykdomsutvikling fra atferd som har sammenheng med utviklingshemningen. Det syntes å være lite kjennskap til kartleggingsverktøy som kunne være til hjelp og støtte for personalet i det daglige arbeidet. Samlet tydet funnene på at kommunen ikke sørget godt nok for at ansatte hadde god forståelse av beboernes symptomer og lidelser som gjorde dem bedre i stand til å fange opp smerter og tegn på sykdom.

God helseoppfølging er en forutsetning for å forebygge bruk av tvang.<sup>93</sup> Smertetilstander og sykdom som ikke oppdages og følges opp, kan komme til uttrykk som selvskading og utagerende atferd. Dette øker risikoen for at smerteopplevelser møtes med tvang og makt. Dette gjelder spesielt der personens nedsatte funksjonsnivå gjør at vedkommende ikke forstår hvorfor smertene eller ubehaget oppstår eller ikke klarer å formidle sine behov til omgivelsene.<sup>94</sup> Det er derfor viktig at kommunen har gode systemer for å sikre rutinemessige helsekontroller, og at ansatte får nødvendig opplæring og veiledning slik at de blir i stand til å gjenkjenne tegn på smerter og sykdomsutvikling hos beboere og kan legge til rette for videre helseoppfølging.

## 5.2 Retten til helsehjelp

Retten til et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester innebærer at utviklingshemmede både skal ha lik *tilgang* til helse- og omsorgstjenester av samme kvalitet som befolkningen ellers, og at helse- og omsorgstjenestene er *innrettet* slik at kapasiteten og kompetansen samsvarer med utviklingshemmedes behov for tjenester. Flere undersøkelser viser likevel at personer med utviklingshemning i stor grad opplever barrierer i å få oppfylt sin rett til nødvendig utredning og behandling. Konsekvensen er at utviklingshemmede oftere enn andre ikke får den somatiske eller psykiske helsehjelpen de trenger.<sup>95</sup>

Våre funn avdekket at enkelte beboere hadde store vanskeligheter med å få riktig helsehjelp, også etter henvisning fra fastlege, og befant seg i en situasjon med stor risiko for krenkelser av sine

---

<sup>92</sup> Veilederen er tilgjengelig digitalt på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Se kapittel 6 Helseoppfølging.

<sup>93</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.

<sup>94</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning punkt 3.4.2.4 side 42.

<sup>95</sup> Se blant annet NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.5 og Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk lidelse: Kartlegging av spesialisthelsetjenester til ungdom og voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse i Norge, Oslo universitetssykehus 10. mars 2021.

grunnleggende rettigheter. Ingen av beboerne hadde individuell plan, til tross for at de helsemessige utfordringene var omfattende og sammensatte og medførte behov for oppfølging fra flere fagområder innen primær- og spesialisthelsetjenesten.

Individuell plan er en rettighet som personen har. Planen skal beskrive vedkommendes behov for tjenester og hvordan tjenestene skal dekkes. Hensikten er å sikre et koordinert, strukturert og samordnet tjenestetilbud på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Kommunen plikter på eget initiativ å vurdere om en person med utviklingshemning har rett til individuell plan og koordinator.<sup>96</sup> Personen selv eller den som handler på personens vegne, må samtykke.<sup>97</sup>

Kommunen opplyste at den daglige tilretteleggingen av tjenestene gikk fram av individuelle tiltaksplaner i den enkelte bolig og det elektroniske pasientjournalssystemet (Geric). Kommunen syntes derfor ikke å bruke individuell plan som et virkemiddel for å sikre beboerne nødvendige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Sivilombudet minner om at individuell plan er av lovgiver forutsatt å være et viktig virkemiddel for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for utviklingshemmede når det er aktuelt å bruke tvang eller makt.<sup>98</sup>

### 5.2.1 Beboeres helsetilbud i kommunen

Personer med utviklingshemning har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra den kommunen de oppholder seg i.<sup>99</sup> Dette innebærer at personen har krav på en minstestandard uavhengig av kommunens økonomi.<sup>100</sup> Minstestandarden fastsettes ut fra en individuell vurdering av personens behov.

Våre funn tydet på svakheter i kommunens psykiske helsetilbud til personer med utviklingshemning. Ansatte og ledere ga uttrykk for at behovet for psykisk helsehjelp var økende, men at flere beboere hadde hatt betydelige vanskeligheter med å få slik hjelp. Opplevelsen var at utviklingshemmede ble «blankt avvist», at det «stoppet hos fastlegen» og at utviklingshemmede «falt mellom flere stoler».

Som et eksempel ble det vist til en beboer med lett utviklingshemning som hadde mye og vedvarende psykiske helseplager og ubehag. Det var beskrevet en sterk opplevelse av isolasjon, nedstemthet og i økende grad vonde stemmer. I ekstra dårlige perioder hadde beboeren i tillegg gitt uttrykk for tanker om selvsikking og selvmord. Beboeren hadde flere ganger tidligere vært til behandling, men gjennomføringen av behandlingstiltaket hadde variert på grunn av sviktende motivasjon hos beboeren. Da beboeren tok initiativ til å ha nye samtaler med psykolog, ble søknaden avslått fra kommunen til tross for fastlegens henvisning til slike samtaler. Kommunen begrunnet avslaget med at beboeren ikke hadde nyttiggjort seg terapi tidligere, at beboeren slet med å uttrykke seg og få til dialog og at beboeren hadde flere aktivitetstilbud i regi av kommunen som hadde til hensikt å bryte den isolerte tilværelsen. I avslaget ble det også lagt vekt på at beboeren hadde tilgang til ansatte i boligen døgnet rundt.

Beboeren ble underrettet om avslaget og sin rett til å klage på vedtaket. Dokumentasjonen i saken tydet ikke på at vedtaket hadde blitt påklaget. Det gikk heller ikke fram at vedtaket hadde blitt sendt

<sup>96</sup> Prop. 91 L (2010–2011) kapittel 31.7.2.

<sup>97</sup> Prop. 91 L (2010–2011) kapittel 31.7.2 og forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17.

<sup>98</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.10.

<sup>99</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

<sup>100</sup> Høyesteretts dom 25. september 1990 i Rt. 1990 side 874 (Fusa-dommen).



til beboerens verge. I journalen var vergen omtalt som «økonomisk verge», til tross for at vergens mandat også omfattet det personlige området. Vergen er beboerens rettslige representant, og skal bidra til å ivareta beboerens interesser (se kapittel 7.2 *Representasjon gjennom pårørende og verge*). En viktig oppgave for vergen er å utøve prosessuelle rettigheter på vegne av beboeren, slik som retten til å klage på manglende oppfyllelse av nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er derfor sentralt at vergen blir informert om vedtak og andre forhold som er nødvendig for at vergen skal kunne utføre vergeoppdraget sitt på en tilfredsstillende måte.

Sivilombudet påpeker at en døgnbemannet bolig ikke kan erstatte kommunens plikt til å sørge for et faglig forsvarlig helsetilbud til beboere som har behov for nødvendig psykisk helsehjelp. Kompetansekravet til de ansatte omfatter ikke at de skal kunne gi slike helsetjenester. Det store antallet tilkallingsvikarer og ufaglærte i faste stillinger understreker det problematiske i å legge slike oppgaver til personalet i boligen. At de ansatte i andre situasjoner skal bruke inngripende tvang overfor beboeren, gjør også en slik oppgave problematisk. Sivilombudet er på denne bakgrunn bekymret for at utviklingshemmede på grunn av sin diagnose mottar et dårligere helsetilbud i kommunen.

### 5.2.2 Beboeres helsetilbud i spesialisthelsetjenesten

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er betinget av at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og at ressursbruken står i et rimelig forhold til nytten av helsehjelpen.<sup>101</sup> Prioriteringen av helsehjelpen skal øke i tråd med alvorligheten av tilstanden, for eksempel ut fra graden av fysisk og psykisk funksjonstap, smerter eller fysisk eller psykisk ubehag.<sup>102</sup> Våre funn tydet på vesentlige svakheter i spesialisthelsetjenestens oppfølging av beboere i de boligene vi besøkte.

En beboer med alvorlig til dyp utviklingshemning og manglende verbalt språk hadde opplevd en stor økning i utagerende atferd og alvorlig og vedvarende selvskading. Utageringen og selvskadingen forekom både på dagen og på natten. Atferden førte generelt til mer og hyppigere bruk av inngripende fysisk makt for å stanse og hindre livstruende skade på beboeren selv og skade på ansatte i boligen. En økning i akutte situasjoner førte også til gjentatte henvendelser til legevakt og sykehus. Situasjonen hadde betydelige mellommenneskelige omkostninger i form av et stort lidelsestrykk for beboeren og en høy grad av slitasje hos personalet.

Dokumentgjennomgangen viste at ansatte som kjente beboeren godt, tidlig hadde uttrykt mistanke om fysiske smerter som mulig årsak til atferdsendringene. For Sivilombudet har de ansatte imidlertid beskrevet en opplevelse av å bli avfeid i møtet med spesialisthelsetjenesten, som manglet forståelse av beboerens utviklingshemning. I stedet ble personalet i hovedsak henvist til å følge opp med smertelindring, og det ble skrevet ut sterke, vanedannende legemidler. Etter påtrykk fra de ansatte i boligen gjennomgikk beboeren senere flere utredninger på ulike steder i spesialisthelsetjenesten, uten at dette ledet til riktig hjelp. Først etter et år ble en sannsynlig årsak til beboerens lidelse lokalisert og behandlet. Beskrivelsene i etterkant tydet på at behandlingen hadde ført til en reduksjon i beboerens smertetrykk, med påfølgende stabilisering i atferd og fungering.

For en annen beboer med lett utviklingshemning ble det på tilsvarende måte gitt uttrykk for stor frustrasjon over beboerens møte med ulike behandlingsinstitusjoner innen psykisk helsevern. Til

<sup>101</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften § 2.

<sup>102</sup> Prioriteringsforskriften § 2a.

tross for mangeårig og alvorlig psykisk lidelse, hadde beboeren i stor grad mestret dagliglivet. Det gikk fram at beboerens siste sykdomsutvikling hadde ført til et stort funksjonsfall og en sterk utagerende atferd. Atferden innebar fare for skade på beboeren selv, ansatte og andre beboere i bofellesskapet. Dette resulterte i et første vedtak med omfattende tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og økt isolering av beboeren.

Personalet i boligen opplevde store vanskeligheter med å bli hørt og få aksept for beboerens behov for psykisk helsehjelp. Beboeren ble hyppig innlagt og utskrevet fra psykisk helsevern med beskjed om at beboerens sykdom var utviklingshemningen. Antallet foreskrevne medisiner økte, og doseringene ble trappet opp. Utover dette mente sykehuset at videre behandling var miljøarbeid. De ansatte i boligen har beskrevet seg som «maktesløse» i denne perioden. Situasjonen hadde ikke bare konsekvenser for beboeren selv, men også for de andre beboerne i bofellesskapet som følte seg redde. For å ivareta deres trygghet, ble det vurdert som nødvendig å hindre beboeren fri utgang av leiligheten sin og tilgang til fellesrom.

Ansattes engasjement førte etter hvert til at beboeren fikk den helsehjelpen vedkommende trengte. Utredningene tydet i etterkant på at konkrete somatiske funn kan ha vært utløsende faktorer for beboerens sykdomsutvikling. Både ansatte og fastlegen hadde vært bekymret for at beboeren var overmedisinert. Det ble iverksatt seponering (reduksjon av medisiner), og dette syntes å føre til mindre utagerende atferd og en gradvis bedring i beboerens psykiske helsetilstand.

Sivilombudet ser alvorlig på disse beboernes erfaringer med spesialisthelsetjenesten. Erfaringene indikerer betydelige svakheter i helsetilbudet til personer med utviklingshemning som har omfattende behov for hjelp. En felles utfordring syntes å være at utagerende atferd og selvskading hos beboere ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor som mulige symptomer på helseplager og smerter. I stedet ble atferden forklart med utviklingshemningen, til tross for gjentatte innvendinger fra ansatte i kommunen som kjente beboeren godt. Dette så ut til å føre til lengre utredningstid, som bidro til å opprettholde en belastende totalsituasjon for beboeren, pårørende og ansatte i boligen. Utfordringer i samhandlingen med sykehuset der det var behov for bistand fra flere sykehusavdelinger økte også risikoen for feildiagnostisering og underdiagnostisering.

Det er bekymringsfullt at beboere er avhengig av langvarig innsats fra ansatte i boligen for å få hjelp av spesialisthelsetjenesten. Dette står i motstrid til helsemyndighetenes målsettinger om en forutsigbar, trygg og profesjonell helse- og omsorgstjeneste for alle.<sup>103</sup>

Helsetilbudet til personer med utviklingshemning har over lengre tid vært i et kritisk søkelys. Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemning (NAKU) beskrev utfordringene i en rapport i 2007.<sup>104</sup> Der ble det påpekt at personer med utviklingshemning oftere mangler gode helsetjenester enn befolkningen generelt. Et offentlig utvalg konkluderte i 2016 med at denne situasjonen ikke var vesentlig endret.<sup>105</sup> I 2019 ble Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse (NKUP) opprettet ved Oslo universitetssykehus som et svar på at det psykiske helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten for personer med utviklingshemning er mangelfullt.

<sup>103</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023, kortversjonen side 3.

<sup>104</sup> Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU): Helseoppfølging av personer med utviklingshemning desember 2007.

<sup>105</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.5.

Våre funn viser at det fremdeles er en mangelfull oppfyllelse av utviklingshemmedes rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester, og at det er behov for mer kompetanseheving og kvalitetsforbedrende tiltak i spesialisthelsetjenesten. Ubehandlete smerter og andre helseplager er i seg selv belastende. Når atferd på grunn av smerter og sykdomsutvikling møtes med fysisk makt og tvang, forsterkes risikoen for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Et godt og tilpasset helsetilbud er derfor viktig forebyggende arbeid.

Sivilombudet minner om at det i spesialisthelsetjenesten skal oppnevnes en koordinator for personer med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.<sup>106</sup> Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og andre innen spesialisthelsetjenesten. Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt en kontaktlege, eventuelt kontaktpsykolog.<sup>107</sup>

#### **Anbefalinger: Helseoppfølging og et likeverdig helsetilbud**

- Kommunen bør iverksette tiltak for å sette ansatte i stand til å kartlegge beboernes helsetilstand og gjenkjenne tegn på smerter og sykdomsutvikling.
- Kommunen bør sørge for mer opplæring og veiledning av ansatte om psykisk helse hos personer med utviklingshemning.
- Kommunen må sikre at beboerne har tilgang til et likeverdig kommunalt psykisk helsetjenestetilbud.
- Kommunen bør styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten for å sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer får nødvendig helsehjelp.
- Kommunen bør sikre at beboere med omfattende og sammensatte helseutfordringer tilbys individuell plan og koordinator.

<sup>106</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.

<sup>107</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

## 6 Beskyttelse mot vold og overgrep

### Rettslige rammer og standarder

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og seksuelle overgrep fra andre beboere, nærstående eller profesjonelle omsorgspersoner.<sup>108</sup> Etter menneskerettighetene plikter myndighetene å iverksette tiltak for å hindre at slike krenkelser skjer.<sup>109</sup> Tiltakene skal inkludere opplæring til personer med nedsatt funksjonsevne, deres familier og omsorgspersoner. Effektiv lovgivning og organisering må også være på plass for å sikre at vold og overgrep oppdages, etterforskes og straffeforfølges.<sup>110</sup>

Europarådets torturforebyggingskomité har understreket at tilstrekkelig bemanning til enhver tid og opplæring, støtte og veiledning av ansatte er viktige forebyggende tiltak.<sup>111</sup> Komiteen peker også på at virksomhetenes ledelse har et særlig ansvar for å følge opp enhver mistanke om krenkende atferd rettet mot beboere fra personalets side.<sup>112</sup>

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette forutsetter at kommunen har særlig oppmerksomhet rettet mot at beboere kan være, eller står i fare for å bli, utsatt for slike krenkelser. Det følger også av internkontroll- og tilsynsregelverket at kommunen har en generell plikt til å føre kontroll med egen virksomhet.<sup>113</sup>

Personell som yter helse- og omsorgstjenester, vil både kunne ha en opplysningsrett og en opplysningsplikt for eksempel til politiet dersom det er nødvendig å varsle for å avverge alvorlig skade.<sup>114</sup> Får det enkelte personell kjennskap til at beboere står i fare for å bli utsatt for eller har vært utsatt for, vold eller overgrep, må vedkommende vurdere om taushetsbelagte opplysninger kan eller skal videreformidles til politiet eller andre.<sup>115</sup>

### 6.1 Systematisk refleksjon om at vold og overgrep fra ansatte kan skje

Både menn og kvinner med utviklingshemning utsettes for seksuelle overgrep og ulike former for vold. Helsedirektoratet legger til grunn at voksne personer med utviklingshemning oftere er utsatt for vold og seksuelle overgrep enn resten av befolkningen.<sup>116</sup>

<sup>108</sup> Helsedirektoratets veileder: Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Habilitering i dagliglivet.

<sup>109</sup> Grunnloven § 92, EMK artikkel 1 og CRPD artikkel 16.

<sup>110</sup> Se EMDs dom I.C. mot Romania (nr. 36934/08) som viser at mangelfull etterforskning ved påstander om seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemning kan føre til brudd på statens positive plikter etter EMK artikkel 3.

<sup>111</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) (2020) avsnitt 5 og 17.

<sup>112</sup> CPT (2020) avsnitt 4.

<sup>113</sup> Helsetilsynsloven § 5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, 4-1 og 4-2 og kommuneloven § 25-1. Nærmere krav til internkontroll følger av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

<sup>114</sup> Helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

<sup>115</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-9/2015: Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet.

<sup>116</sup> Helsedirektoratets veileder: Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Habilitering i dagliglivet.

Sivilombudet fant ingen informasjon som ga mistanker om tilfeller av vold eller seksuelle overgrep utført av ansatte overfor beboerne vi besøkte. Samtidig tydet funnene på at kommunen bør arbeide mer systematisk når det gjelder å skape bevissthet om at mennesker med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep, og at dette kan skje i nære relasjoner og av ansatte. Mennesker med utviklingshemning vil ofte ha større vanskeligheter med å kommunisere egne grenser og melde fra om egne opplevelser på grunn av lav kognitiv fungering, lite språk og en sårbar posisjon i forholdet til personalet. Det er derfor avgjørende at kommunen har rutiner for å forebygge, fange opp og håndtere mistanke om vold eller overgrep mot beboere.

At noen utsettes for vold eller seksuelle overgrep er ikke alltid umiddelbart synlig for andre. Temaet er tabubelagt, og forbundet med fortielse, skyld, skam og lojalitetskonflikter. I tillegg kan symptomene på volds- og traumeerfaring ha likheter med andre erfaringer eller lidelser. Symptomene kan også forveksles med særlige utfordringer knyttet til personens utviklingshemning. Dette kan stille personalet overfor vanskelige vurderinger og dilemmaer.

Av Sivilombudets intervjuer med ansatte gikk det tydelig fram at de aller fleste var lite vant til å snakke om risikoen for at personer med utviklingshemning kan bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Flere ga uttrykk for at de hadde vanskeligheter med å forestille seg at beboere kunne bli utsatt for overgrep av kollegaer. De ansatte hadde liten eller ingen kjennskap til om boligen hadde varslingsrutiner ved mistanke om vold eller overgrep fra ansatte. I ett bofellesskap var kontaktinformasjonen i rutinene utdatert, og det var liten kontroll med at ansatte, særlig nyansatte, hadde lest og satt seg inn i rutinene.

Disse funnene tyder på at kommunen bør iverksette tiltak for å øke oppmerksomheten og kunnskapen til ansatte om temaet. Det bør sikres arenaer som legger til rette for refleksjon og læring slik at ansatte settes i stand til å gjenkjenne tegn og symptomer på vold eller seksuelle overgrep. Kommunen bør også ha klare varslingsrutiner og tydeliggjøre interne ansvarsforhold for å sikre god håndtering av mistanker om voldelig eller seksuelt krenkende atferd. Det vises til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) retningslinjer, veiledningsmateriale og verktøy som kan brukes i kommunens arbeid mot vold og overgrep.<sup>117</sup>

Når det gjelder opplæringstiltak rettet mot beboere, ble det opplyst at kommunen skulle gjennomføre det såkalte VIP-programmet (Viktig Interessant Person). VIP er et voldsforebyggende program som skal gi personer med utviklingshemning bedre evne til å forstå egne følelser, evne til å sette grenser og forstå hva som er vold og overgrep.<sup>118</sup> For beboere vil det også være viktig med god opplæring og veiledning om seksualitet for å forebygge overgrep, både ved at beboeren selv blir mindre utsatt, og at beboeren blir mer bevisst på andres grenser.

## 6.2 Forebygging av aggresjon og utagering mellom beboere

Ved to bofellesskap var det særlig behov for å beskytte beboere mot andre beboeres aggresjon eller utagering. Det var eksempler på at beboere enten hadde blitt skadet eller reddet. Enkelte beboere hadde også en atferd som kunne bidra til å sette dem i en økt risiko for å bli utsatt for grenseoverskridelser fra andre. Disse bofellesskapene hadde en høy bemanningsgrad og tett

<sup>117</sup> Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014): Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning. Det er også utarbeidet en veileder til retningslinjene og en lettlest brosjyre. Se også TryggEst-modellen som er utviklet av Bufdir.

<sup>118</sup> Se [www.likestillingssenteret.no/vip-viktig-interessant-person/](http://www.likestillingssenteret.no/vip-viktig-interessant-person/).

oppfølging av beboere med økt risiko for aggresjon eller utagerende atferd. For disse beboerne var det truffet vedtak med inngripende tvangstiltak. De hadde også betydelige somatiske og psykiske helseutfordringer, med smerter og markante funksjonsfall de siste årene.

Sivilombudets funn tydet på at det var iverksatt konkrete tiltak for å forhindre vold og hendelser som kunne skape frykt og stressreaksjoner. Det var høy bevissthet om å opprettholde trygg avstand mellom beboere som kunne trigge hverandre. De ansatte mottok også kursing i konflikthåndtering.

Samtidig gjorde byggets fysiske utforming og leilighetenes beliggenhet det krevende å ivareta beboernes trygghet og sikkerhet. Boforholdene ga i seg selv økt risiko for aggresjon og konfliktsituasjoner. Iverksatte tiltak innebar i stor grad frihetsbegrensninger for beboere med økt risiko for aggresjon eller utagerende atferd i form av omfattende skjermingstiltak og låsing av dører. Dette bidro til en totalsituasjon som etter Sivilombudets vurdering ga en bekymringsfull høy risiko for uforholdsmessig bruk av tvang og krenkelse av grunnleggende rettigheter (se kapittel 3.3 *Boforhold som risikofaktor for tvang, omfattende skjerming og isolasjon*). Funn tydet også på at ikke alle boligene hadde gode rutiner for registrering av avvik eller rutiner for evaluering av pågående risiko for vold fra andre beboere.

#### **Anbefalinger: Beskyttelse mot vold og overgrep**

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og seksuelle overgrep, slik at ansatte settes i stand til å forebygge, fange opp og håndtere slike forhold.
- Kommunen bør sikre rutiner for evaluering av risiko og registrering av avvik ved vold fra andre beboere.

## 7 Kontroll og rettssikkerhet

### Rettslige rammer og standarder

Menneskerettighetene stiller krav om effektive klage- og tilsynsordninger med adgang til å ha fortrolige samtaler med de berørte når det brukes tvang overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Dette går blant annet fram av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 12 nr. 4. En uavhengig kontrollmulighet er sentralt for å ivareta enkeltpersonenes rettssikkerhet og for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>119</sup>

Etter alminnelige forvaltningsrettslige regler og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 stilles det krav til saksbehandlingen av myndighetenes avgjørelser om bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Grundig saksbehandling og kontroll er spesielt viktig når forvaltningen er gitt et stort rom for skjønn ved valg av tvangstiltak. Menneskerettighetene legger i utgangspunktet få konkrete føringer på selve saksbehandlingen i forvaltningen.<sup>120</sup> Det er likevel et krav om at avgjørelser om inngrep i sentrale rettigheter etter Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) må bygge på et tilstrekkelig og oppdatert beslutningsgrunnlag, inneholde en tilstrekkelig bred og balansert avveining og ha en tilfredsstillende begrunnelse.<sup>121</sup> Jo mer inngripende avgjørelsen er, jo mer skjerpes kravene til begrunnelsen.<sup>122</sup>

CRPD artikkel 12 nr. 3 pålegger medlemsstatene å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne har tilgang til den støtte de trenger for å kunne ta beslutninger og påvirke egen livssituasjon. Representasjon gjennom pårørende og verger er derfor en viktig rettssikkerhetsgaranti for personer som er utsatt for tvang, og som ikke er i stand til å ivareta egne interesser overfor myndighetene. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir pårørende og verger en selvstendig rett til informasjon, medvirkning og klage.

### 7.1 Statsforvalterens oppgaver og ansvar

#### 7.1.1 Klagebehandling, overprøving og tilsyn

Statsforvalteren har flere oppgaver for å ivareta rettssikkerheten til personer med utviklingshemning. Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 skal alle beslutninger om tvang i enkeltstående akuttsituasjoner (a-tiltak) meldes til Statsforvalteren (ofte omtalt som a-melding). Beboere, pårørende og verger har i tillegg formell klagerett til Statsforvalteren over beslutninger om a-tiltak. Selv om en etterfølgende klage ikke får praktisk betydning for de tiltakene som allerede er utført, gir klageretten en styrket rettssikkerhet ved at Statsforvalteren må sikre at saken blir tilstrekkelig utredet i ettertid og at klageren får en begrunnet avgjørelse. En uttalelse i klagesaken kan legge føringer for kommunens framtidige praksis.

Alle vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) eller planlagte tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak) skal automatisk sendes Statsforvalteren for

<sup>119</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) (2020) avsnitt 33–35 og EMDs dom i M.S. mot Kroatia (2015) avsnitt 105. Se også CRPD artikkel 16 nr. 3.

<sup>120</sup> NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov punkt 7.5 side 124.

<sup>121</sup> Høyesteretts dom 24. mars 2021 (HR-2021-640-A) avsnitt 64.

<sup>122</sup> Sivilombudets uttalelse 22. oktober 2019 (SOM-2018-2278).



overprøving. Vedtaket skal overprøves som om det var påklaget.<sup>123</sup> Det betyr at Statsforvalteren har full overprøvingsmyndighet og skal prøve alle sider av saken, inkludert faglige skjønnsvurderinger.<sup>124</sup> Statsforvalteren behandler normalt søknader om dispensasjon fra utdanningskravet sammen med overprøvingen av tvangsvedtaket. Overprøvingen av vedtaket og behandlingen av dispensasjonssøknader skal skje fortløpende og som hovedregel være behandlet innen tre måneder.<sup>125</sup> Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før det er godkjent, eventuelt etter at nærmere vilkår fastsatt av Statsforvalteren er oppfylt. Statsforvalterens avgjørelse kan påklages til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.<sup>126</sup> Dersom en beboer eller vedkommendes pårørende eller verge klager til Fylkesnemnda, kan kommunen heller ikke iverksette vedtaket før det er godkjent av Fylkesnemnda.<sup>127</sup>

Alle aktive tvangsvedtak fra kommunen på tidspunktet for Sivilombudets besøk var godkjent av Statsforvalteren. Vedtakene var godkjent for inntil ett år om gangen, som er maksimal lengde etter loven. Vilårene for tvang må være oppfylt gjennom hele vedtaksperioden.<sup>128</sup> På tidspunktet for Sivilombudets besøk var ingen av Statsforvalterens overprøvinger påklaget til Fylkesnemnda. Dette inkluderte også tidligere vedtak for fire av beboerne hvor vi hadde innhentet vedtakshistorikk for opptil fem år. I etterkant av besøket er ombudet gjort kjent med at ett av vedtakene er påklaget. Alle søknader om dispensasjon fra utdanningskravet var innvilget, og dispensasjonene gjaldt en stor andel av personalgruppen. Det var ingen formelle klager til Statsforvalteren på beslutninger om tvang i enkeltstående akutsituasjoner (a-tiltak). De ansatte virket lite kjent med klageretten til Statsforvalteren på beslutninger om a-tiltak og klageretten til Fylkesnemnda.

Statsforvalteren har også et generelt ansvar for å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten.<sup>129</sup> Det ble opplyst at det hvert år gjennomføres fem planlagte systemrevisjoner i Innlandet fylke, som har 46 kommuner. Siste systemrevisjon i Hamar kommune ble foretatt i 2018 av en avlastningsbolig for barn og unge med utviklingshemning, der to personer hadde vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. I tilsynsrapporten ble det påpekt at kommunen ikke sikret at tjenestene ble utført uten ulovlig bruk av tvang og makt, og at det manglet systemer for oppfølging av vedtak.

Statsforvalteren skal i tillegg til systemrevisjonene ha stedlige tilsyn hos beboere med vedtak som godkjennes etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>130</sup> Formålet med det stedlige tilsynet er å evaluere vedtaket og sikre at kommunen overholder lovens krav og Statsforvalterens merknader i overprøvingen.<sup>131</sup> Hvor ofte stedlige tilsyn skal gjennomføres for den enkelte beboer, er ikke presisert i loven. Nærmere krav til omfanget av tilsynsaktiviteten gis gjennom ulike styringsdokumenter. I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til statsforvalterne er det gitt uttrykk for at stedlige tilsyn med personer som er utsatt for tvang, er en overordnet prioritert

<sup>123</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–95) punkt 3.7.6 side 31.

<sup>124</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8.

<sup>125</sup> Tildelingsbrev for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet punkt 3.3.1.3.2.4 og 3.3.1.3.2.5. Se også Hovedinstruksen (Virksomhets- og økonomiinstruks for statsforvalterne) oppgave 5.3.8.11.

<sup>126</sup> Ved klage til Fylkesnemnda har beboeren rett til gratis advokat, jf. rettshjelploven § 17 tredje ledd nr. 1.

<sup>127</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd siste setning.

<sup>128</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 andre ledd andre setning.

<sup>129</sup> Helsetilsynsloven § 4 andre ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

<sup>130</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 andre setning.

<sup>131</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995–1996) punkt 4.4.

oppgave for Statsforvalteren.<sup>132</sup> Det skal gjennomføres tilsyn når tvangstiltak er overprøvd og godkjent, og ellers skal Statsforvalteren prioritere tilsyn ut fra informasjon om risikoforhold, kjennskap til kommunene og vedtak om inngripende tvangstiltak.<sup>133</sup> Beboere, pårørende og verger har også rett til å anmode om at Statsforvalteren oppretter tilsynssak dersom de ønsker å klage på kvaliteten i tjenesten eller måten et tvangsvedtak gjennomføres på.<sup>134</sup>

Vår dokumentgjennomgang viste at Statsforvalteren i Innlandet hadde gjennomført ett stedlig tilsyn med de fleste som hadde aktive tvangsvedtak i kommunen, og at tilsynet var gjennomført etter at tvangsvedtaket var godkjent første gang. Tilsynsrapportene tydet på at Statsforvalteren hadde tilbudt beboerne en samtale under gjennomføringen av disse tilsynene, og at pårørende og verger også var inkludert.

For fire beboere manglet det informasjon om at Statsforvalteren hadde gjennomført stedlig tilsyn etter at det var fattet vedtak om bruk av tvang. Ingen av vedtakene var førstegangsvedtak. To av de fire bodde i samme bofellesskap. Det var flere risikoforhold ved denne boligen som tilsa at stedlig tilsyn burde ha vært gjennomført. Beboerne hadde omfattende omsorgsbehov, lite språk og inngripende tvangstiltak på grunn av mye utfordrende atferd. Det hadde også vært aggresjon og utagering mellom beboerne, og det var fortsatt en risiko for dette. Sett i sammenheng med andre forhold – at det ikke var foretatt en risikovurdering av langvaktturnus, stor andel ufaglærte og lite systematikk i veiledningen og oppfølgingen av ansatte – innebar manglende stedlig tilsyn med tvangsvedtaket for disse beboerne en svekkelse av rettssikkerheten og en økt risiko for krenkelser av beboernes grunnleggende rettigheter.

Dette funnet synes å bekrefte en generell tendens beskrevet av Statens helsetilsyn i årsrapporten for 2020 om at antallet stedlige tilsyn med tvangsbruk går ned selv om antallet overprøvd vedtak øker, i strid med styringssignaler gitt gjennom flere år, også før koronapandemien.<sup>135</sup>

### 7.1.2 Saksbehandling og vedtakskvalitet

Kravene til saksbehandlingstid syntes å være godt ivaretatt. Selve overprøvingen var imidlertid mangelfull. Statsforvalterens vurderinger i mange av sakene framstod som standardiserte, og tekst ble i stor grad gjenbrukt ved fornyet godkjenning av vedtak, uten at det gikk fram av vedtakets begrunnelse at det var gjort nye vurderinger. Dette gjorde det uklart om Statsforvalterens avgjørelse bygget på et tilstrekkelig oppdatert beslutningsgrunnlag.

Statsforvalteren hadde også få merknader til kommunens saksbehandling, innholdet i vedtaket eller søknaden om dispensasjon fra utdanningskravet. Det var gjennomgående vanskelig å se hvilke selvstendige vurderinger Statsforvalteren hadde gjort som ledd i overprøvingen. Dette samsvarer langt på vei med funnene som ble gjort av Likestillings- og diskrimineringsombudet i 2019.<sup>136</sup> Statsforvalteren hadde for eksempel ikke avdekket at noen tvangstiltak var begrunnet i strid med lovens vilkår. Dette gjaldt tiltak der kommunen hadde brukt bokstav c som hjemmel, men lagt vekt

<sup>132</sup> Tildelingsbrevet for 2021 punkt 2.14.

<sup>133</sup> Hovedinstruksen (Virksomhets- og økonomiinstruks for statsforvalterne) oppgave 5.3.8.11. Se også Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, Statens helsetilsyn, Internserien 6/2019 punkt 2.1 side 3.

<sup>134</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

<sup>135</sup> Se side 56.

<sup>136</sup> Tvang og makt mot personer med utviklingshemning etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Likestillings- og diskrimineringsombudets gjennomgang av 32 saker fra Fylkesmannen i Hedmark.

på hensyn som kun gjelder for tvang etter bokstav b. Statsforvalteren hadde ikke påpekt grensene for skjermingstiltak etter § 9-6 andre ledd eller at rutinemessig låsing av dører innebærer en form for frihetsberøvelse som det ikke er hjemmel til etter lovens kapittel 9. Statsforvalteren var også i liten grad kritisk til tiltak som var egnet til å reise spørsmål om kravet til en tilstrekkelig klar lovhjemmel var oppfylt i tråd med det alminnelige legalitetsprinsippet etter Grunnloven og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK).<sup>137</sup> Det var derfor uklart hvordan Statsforvalteren hadde vurdert alle lovens vilkår for de konkrete tiltakene.

I overprøvingen hadde Statsforvalteren heller ikke problematisert omstendigheter som kunne tale mot bruk av tvang og makt, for eksempel personens samtykkekompetanse eller kommunens manglende tilrettelegging av et egnet bomiljø. Statsforvalteren syntes ikke å legge vekt på beboerens helhetlige livssituasjon og totalopplevelse av tvangstiltakene. Det manglet også en vurdering av om fornyelsen av vedtaket og forlengelsen av tvangen ga grunnlag for å anse inngrepet som uforholdsmessig. Statsforvalterens avgjørelser bygget derfor ikke på en tilstrekkelig bred og balansert interesseavveining, en avveining som kreves ved inngrep i den enkeltes frihet og personlige integritet.

Det samlede inntrykket av Statsforvalterens saksbehandling etterlot tvil om den rettslige kontrollen med kommunens tvangsvedtak er forsvarlig. De påpekte svakhetene i Statsforvalterens vurderinger, det vil si stor grad av standardisering, få merknader til kommunens avgjørelser og manglende problematisering av omstendigheter som kan tale mot bruk av tvang, var etter Sivilombudets oppfatning vesentlige, og bidro til å øke risikoen for uhjemlet, unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang. Særlig er det alvorlig at tvangstiltak som klart gikk utenfor lovens grenser, for eksempel det å rutinemessig hindre beboeren fri utgang av leiligheten sin, ikke ble fanget opp til tross for at tiltaket var gjengitt i Statsforvalterens overprøving. Behovet for en grundig kontroll av kommunens saksbehandling og vedtak forsterkes også når det er lenge siden det er gjennomført tilsyn med situasjonen for beboeren som vedtaket gjelder.

Statsforvalteren har opplyst at man i hovedsak følger Statens helsetilsyns retningslinjer om at begrunnelsen i overprøvingene bør være kortfattet.<sup>138</sup> Sivilombudet understreker at Statsforvalteren på selvstendig grunnlag må vurdere om beslutningsprosessen og vedtakets begrunnelse i den konkrete saken oppfyller lovens krav. Mangelfulle begrunnelser kan gjøre det vanskeligere for pårørende og verger å vurdere innholdet i vedtaket og om det er grunnlag for å klage.

### **7.1.3 Forholdet mellom veiledningsrollen og rollen som kontrollør**

Statsforvalteren har ulike roller overfor kommunen. På habiliteringsområdet er Statsforvalteren klageorgan og tilsynsmyndighet, samtidig som Statsforvalteren har ansvar for å bistå og veilede kommunene.<sup>139</sup> De forskjellige rollene skal ivareta ulike hensyn. Dette krever rollebevissthet og en tydelig forankring av grensene for den enkelte oppgaveløsning, selv om oppgavene har det samme overordnede målet om å sikre gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning.

Våre funn tydet på at det var stor etterspørsel fra kommunen om veiledning i konkrete saker, og at ansatte og ledere i boligene ofte rådførte seg med Statsforvalteren ved utformingen av tvangstiltak

<sup>137</sup> Grunnloven § 102, jf. § 113 og EMK artikkel 5 og 8 nr. 2.

<sup>138</sup> Interserien 7/2011, revidert i 2020, punkt 4.6.

<sup>139</sup> Instruks for statsforvalteren 7. august 1981 nr. 3642 kapittel C. Se også Tildelingsbrev for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet punkt 3.1.3.1.8.

for bestemte beboere. En lett tilgjengelig dialog med Statsforvalteren syntes å være en viktig støtte for ansatte i arbeidet med å lage vedtak. Dette kunne tyde på et udekket behov for tilgang til relevant kompetanse og veiledning i kommunen.

Dersom Statsforvalterens ansatte går for langt i å veilede i en konkret sak de senere skal overprøve, vil dette kunne gjøre en tilstrekkelig kritisk gjennomgang av saken vanskelig for Statsforvalteren. I så fall reiser dette spørsmål om saken er gitt en tilstrekkelig uavhengig behandling og om det foreligger inhabilitet etter forvaltningsloven § 6 andre ledd.<sup>140</sup> Statsforvalterens veiledningsansvar overfor kommunen omfatter først og fremst veiledning av generell karakter. Ytterligere veiledning i enkeltsaker må balanseres mot hensynet til en reell overprøving av kommunens tvangsvedtak. Statsforvalterens involvering i konkrete saker før de var oversendt fra kommunen framstod som en risiko for å blande veiledningsrollen og rollen som kontrollør på en uheldig måte. At Statsforvalteren hadde godkjent alle kommunens aktive tvangsvedtak uten å kommentere kommunens mangelfulle vurderinger og begrunnelser, forsterket dette inntrykket.<sup>141</sup>

Sivilombudet påpeker at Statsforvalterens overprøving er en sentral rettssikkerhetsgaranti for personer med utviklingshemning som utsettes for tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir kommunen et stort rom for skjønn ved valget av type tvangstiltak. Tvangsvedtaket kan ha en varighet på inntil ett år av gangen, og flere utviklingshemmede har fornyede tvangsvedtak gjennom store deler av livet. Bruk av tvang og makt gir en økt risiko for integritetskrenkelser i strid med menneskerettighetene. Likevel er erfaringen at ytterst få godkjenningsvedtak blir pålagt videre til Fylkesnemnda eller brakt inn for domstolene eller Sivilombudet. Dette understreker betydningen av Statsforvalterens kontroll, og at Statsforvalteren er nøye med å ivareta de krav som stilles til behandlingen av denne typen saker.<sup>142</sup>

## 7.2 Representasjon gjennom pårørende og verge

Pårørende og verger er partsrepresentanter for personer som ikke er i stand til å ivareta egne interesser i dialogen med forvaltningen. Denne representasjonen er viktig for rettssikkerheten til personer med utviklingshemning. Kommunen har derfor ikke adgang til å treffe vedtak om tvang overfor utviklingshemmede uten at det først er oppnevnt en verge med et mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>143</sup> Loven forutsetter at verge oppnevnes tidlig i vedtaksprosessen, slik at retten til å bli hørt og medvirke ved utformingen av vedtaket blir ivaretatt.<sup>144</sup>

Verge oppnevnes av Statsforvalteren som lokal vergemålsmyndighet.<sup>145</sup> Kommunen har ansvaret for å begjære oppnevning eller endring av eksisterende vergemål for den det er aktuelt å treffe tvangsvedtak for.<sup>146</sup> Statsforvalteren kan også av eget tiltak beslutte endring av vergemålet.<sup>147</sup> Ved flere pårørende er det den beboeren oppgir som sin nærmeste pårørende, som har partsrettigheter.

<sup>140</sup> Dette er den skjønsmessige bestemmelsen som gjelder «andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til [tjenestepersonens] upartiskhet».

<sup>141</sup> På landsbasis ble 91 prosent av totalt 1980 tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 godkjent av statsforvalterne, se Statens helsetilsyns årsrapport for 2020 side 55.

<sup>142</sup> EMDs dom Aggerholm mot Danmark (nr. 45439/18) avsnitt 84–85.

<sup>143</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd og Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) side 56–57.

<sup>144</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

<sup>145</sup> Vergemålsloven §§ 6 og 25, jf. § 55.

<sup>146</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd andre setning.

<sup>147</sup> Vergemålsloven § 56.

Dersom nærmeste pårørende ikke er oppgitt, vil det være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med beboeren.<sup>148</sup>

Pårørende og verger vil langt på vei ha like rettigheter på vegne av utviklingshemmede som utsettes for tvang. Derimot vil rollene være ulike når det gjelder plikter. Pårørende kan for eksempel nekte å motta informasjon som de ikke ønsker.<sup>149</sup> Vergen plikter derimot å utføre vergeoppdraget i tråd med vergemandatet. Dette innebærer at vergen ikke kan motsette seg informasjon som er nødvendig for å kunne ivareta interessene til vergehaver på en god måte. Statsforvalteren skal føre tilsyn med vergene.<sup>150</sup> Pårørende, ansatte og andre kan komme med opplysninger (bekymringsmeldinger) av betydning for vurderingen av vergens egnethet og utførelse av vergeoppdraget.

Statsforvalteren skal også sørge for nødvendig opplæring, veiledning og bistand til verger.<sup>151</sup> Dette omfatter både opplæring ved oppnevningen, og senere dersom det er behov for det. Våre funn viste at oppnevnte verger, som i stor grad var faste (profesjonelle) verger, ikke så det som sin oppgave å utfordre kommunens avgjørelser om tvang. De var derfor tilbakeholdne med å klage på vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Denne oppfatningen ble delvis reflektert gjennom måten kommunen og vergen samhandlet på. Én verge beskrev det som en praktisk ansvarsfordeling. Tillit til kommunens vurderinger ble oppgitt som en årsak til at klageretten på tvangsvedtak sjelden ble benyttet.

Det gikk også fram at vergene i stor grad betraktet seg som økonomiske verger, til tross for at vergemandatet også omfattet det personlige området mer generelt. Det ligger i vergerollen å påse at beboeren har det tjenestetilbudet som han eller hun har rett på. Funnene viste imidlertid at vergene i liten grad var bevisste på å påberope manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, for eksempel der kommunen hadde avslått søknad om oppfølging fra psykisk helseteam, eller der beboeren trengte oppfølging fra andre deler av spesialisthelsetjenesten enn habiliteringstjenesten. Også ansatte og ledere i boligene var lite oppmerksomme på vergens rett til å klage på rettighetsbrudd til Statsforvalteren eller anmode om opprettelse av tilsynssak,<sup>152</sup> selv om de ansatte uttrykte stor frustrasjon på vegne av beboere som hadde kompliserte helsemessige oppfølgingsbehov og mye smerter. Dette ga inntrykk av at de fleste anså vergens oppdrag som kun å omfatte oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. På den måten fylte vergene ikke den rettssikkerhetsfunksjon som ligger i vergeordningen. Dette tydet på at vergene ikke fikk opplæring og veiledning tilpasset vergeoppdragets innhold.

Personer med utviklingshemning har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen, og opplever betydelige barrierer i å få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. I lys av dette er det bekymringsfullt at flere verger hadde en mangelfull forståelse av rollen sin, og i liten grad ivaretok beboernes helhetlige interesser innenfor vergemandatet. Funnene gir etter Sivilombudets syn et tydelig signal om at Statsforvalterens opplæring og veiledning av vergene ikke er god nok. Ombudet vil orientere Statens sivilrettsforvaltning som sentral vergemålsmyndighet, om rapportens funn.

<sup>148</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

<sup>149</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd, jf. § 3-3 andre ledd.

<sup>150</sup> Vergemålsloven § 6 og vergemålsforskriften § 2.

<sup>151</sup> Vergemålsloven § 6 og vergemålsforskriften § 1.

<sup>152</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 7-2 og 7-4.

**Anbefalinger: Kontroll og rettssikkerhet**

- Statsforvalteren må sikre at det gjennomføres stedlig tilsyn når tvangsvedtak er godkjent, og ellers når tvangstiltakenes karakter og andre risikoforhold tilsier det.
- Statsforvalteren må sikre forsvarlig kontroll av kommunens vedtak slik at all bruk av tvang og makt kun skjer når vilkårene for dette er oppfylt, og at de rettslige vurderingene går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Statsforvalteren bør sikre at veiledningsansvaret overfor kommunen balanseres mot hensynet til en reell og uavhengig overprøving av tvangsvedtak.
- Statsforvalteren bør sørge for tilpasset opplæring og veiledning av verger slik at de blir satt i stand til å ivareta vergehavers interesser på en helhetlig måte innenfor vergemandatet.



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



Område i Hamar kommune. Foto: Sivilombudet