



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

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

4. – 6. april 2022



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



SIVILOMBUDET

Bodø kommune
Postboks 319
8001 Bodø

Statsforvalteren i Nordland
Postboks 1405
8002 Bodø

Vår referanse
2022/1274

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
27.09.2022

Oversendelse av rapport etter besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Bodø kommune, 4.-6. april 2022

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Bodø kommune 4.–6. april 2022. Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for beboere, pårørende, verger og ansatte som ønsker å lese den.

Vi ber om at kommunen og Statsforvalteren i Nordland gir tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **15. januar 2023**. Vi ber om at svarene utformes slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, ber vi om at det opplyses om dette og sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at 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



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Boliger for personer med utviklingshemning i Bodø kommune

4.–6. april 2022

Innholdsfortegnelse

I. Sivilombudets forebyggingsmandat	3
II. Sammendrag	4
III. Anbefalinger til kommunen	6
IV. Anbefalinger til Statsforvalteren	7
1 Personer med utviklingshemning og risiko for menneskerettsbrudd	8
2 Gjennomføring av besøket	10
2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Bodø kommune	10
2.2 Metode og rapportformat	10
3 Avgjørelser om bruk av tvang	12
3.1 Nærmere om vilkårene for bruk av tvang og makt	13
3.2 Kvaliteten på vedtak om tvang i Bodø kommune	14
3.3 Perioder med uhjemlet tvang	16
4 Bruk av tvang og makt i boligene	18
4.1 To samlokaliserte bofellesskap	18
4.2 Bolig for enkeltbeboer	21
4.3 Bofellesskap med fire leiligheter	24
5 Forebygging av tvang	26
5.1 Boforhold og fysiske rammebetingelser	27
5.2 Bemanning og kompetanse	28
5.3 Selvbestemmelse og medvirkning	29
5.4 Helseoppfølging og habilitering	30
6 Beskyttelse mot vold og overgrep	35
7 Kontroll og rettssikkerhet	37
7.1 Overprøving	37
7.2 Tilsyn	40
7.3 Klager på tvangsvedtak og beslutninger mv.	42
7.4 Opplæring og veiledning av verger	42

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 FNs torturkonvensjon 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.¹ Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudets kontor for å utføre denne oppgaven.

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.² 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 de 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 er 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.

¹ Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

² 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 april 2022 seks voksne personer med utviklingshemning som bor i Bodø kommune og har et døgntilbud. Utvalget av personer som ombudet besøkte, ble gjort etter en gjennomgang av kommunens tvangsvedtak for totalt 17 personer. Personene vi besøkte hadde alle omfattende tvangsvedtak.

I to samlokaliserte bofellesskap besøkte vi tre beboere med oppfølgingsbehov og atferd som ga et stort behov for trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet. Forholdene i disse bofellesskapene, med beboere som hadde svært ulikt funksjonsnivå, små leiligheter, få fellesarealer og dårlig tilgang til uteområder, skapte uro og utrygghet som ga økt risiko for tvang. Bemanningssituasjonen fremsto som krevende, særlig i ferier og helger, da det var flere ansatte uten helsefaglig kompetanse. Ustabil bemanningssituasjon bidro til økt risiko for utagering og tvangsbruk. Bemanningssituasjonen syntes også å bidra til et redusert aktivitetstilbud for beboerne med størst behov for tilrettelegging. Vi fant også behov for å styrke dokumentasjon av gjennomført tvang.

En av personene vi besøkte bodde alene, nær en personalbase for ansatte. Beboeren hadde behov for omfattende oppfølging, med mange alvorlige episoder og et omfattende tvangsvedtak. Beboeren var i praksis innelåst hele døgnet, uten annen mulighet for fri utgang fra leiligheten enn et lukket uteområde. Denne formen for frihetsberøvelse gir helse- og omsorgstjenesteloven ikke adgang til. Selv om avdelingen hadde redusert det tidligere høye omfanget av alvorlige hendelser, levde beboeren fortsatt med ulovlig innlåsing, i en liten leilighet, med et uegnet uteområde og få aktiviteter. Innlåsing fremsto som et ulovlig inngrep i beboerens rett til frihet. Vi fant også lav kunnskap om tvangslovgivningen, for lite trening på teknikker for skånsom maktbruk, og svakheter i dokumentasjonen av tvang. Samlet bidro disse forholdene til en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling av beboeren.

To av personene vi besøkte, bodde i et bofellesskap med fire leiligheter. Tjenestetilbudet her var organisert og tilrettelagt på en måte som ga lav risiko for bruk av tvang og makt. Ansattgruppen kjente beboerne godt og relasjonene mellom ansatte og beboere så ut til å bidra til lite tvang, selv om begge beboerne i perioder hadde utfordrende atferd.

Kommunens tvangsvedtak om beboerne vi besøkte hadde flere svakheter. Blant annet var lovkravene om at tvangen må være nødvendig og forholdsmessig, ikke tilstrekkelig dokumentert. Flere vi traff hadde blitt utsatt for inngripende tvang i mange måneder uten godkjent vedtak, og i noen tilfeller i over ett år. Dette skyldtes både store svakheter i kommunens håndtering av tvangsvedtak og lang saksbehandlingstid hos Statsforvalteren.

Personalet som fulgte opp beboerne vi besøkte, syntes å ha god kunnskap om hvordan personer med store oppfølgingsbehov og nedsatt funksjonsevne kunne få hjelp til å bestemme over egen hverdag. Vi fant også gode eksempler på at de nærmeste pårørende ble brukt aktivt av personalet i det løpende arbeidet med å forebygge bruk av tvang og makt. Samtidig snakket vi med pårørende som ikke opplevde at de ble tilstrekkelig involvert i utformingen av tjenestetilbudet.

Vedvarende smertetilstander for noen av beboerne syntes å ha bidratt til økt utagering og tvangsbruk. Arbeidet med å fange opp og kartlegge beboernes helsetilstand fremsto som sårbart.

Det ble i liten grad brukt måling- og kartleggingsverktøy for å få objektive mål på helsetilstand, og flere av beboerne hadde ikke hatt årlige helsekontroller på grunn av motstand mot å bli med til legekontor. Flere fastleger tilbød ikke hjemmebesøk, selv om dette skal tilbys når det er behov for det. Ved én avdeling måtte ansatte kontakte legevakt eller ambulanse ved bekymring om beboernes helse. Kommunen brukte ikke individuell plan som et virkemiddel for å sikre beboerne nødvendige og koordinerte tjenester. Avdelingen som bestod av et mindre bofellesskap, skilte seg positivt ut. Her var helseoppfølgingen tydelig plassert hos en sykepleier som sikret koordinering og rask oppfølging av beboernes helse.

Flere av beboerne fikk oppfølging for psykiske helseutfordringer fra spesialisthelsetjenesten, som syntes å ha bidratt til gode kartlegginger av legemidler, og seponering av legemidler ved mistanke om uheldige bivirkninger. Spesialisthelsetjenestens veiledning av ansatte som fulgte opp beboere med særlig utfordrende atferd, syntes å ha bidratt til mindre tvangsbruk.

Det var ingen informasjon som ga mistanker om tilfeller av vold eller seksuelle overgrep overfor beboerne vi besøkte. Samtidig tydet funnene på at kommunen bør arbeide mer systematisk for å skape bevissthet hos alle ansatte om at personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep.

Statsforvalterens ansvarsområde

Alle tvangsvedtak fra kommunen ble overprøvd av Statsforvalteren i Nordland. I likhet med kommunens vedtak, inneholdt flere av Statsforvalterens vedtak mangelfulle begrunnelser av sentrale vilkår for tvangsbruk. De fleste vedtakene manglet tydelige begrunnelser for hvorfor tvangstiltakene var forholdsmessige. Kommunens manglende vurdering av lovbestemmelser som setter skranker for gjennomføring av mekanisk tvang og skjerming, ble ikke fanget opp av Statsforvalteren. Det er bekymringsfullt at Statsforvalteren overser krav som følger direkte av loven. I ett av tilfellene hadde Statsforvalteren oversett at loven ikke gir anledning til døgnskutt innlåsning. Slike lovbrudd gir høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Alle beboere hadde i løpet av siste femårsperiode hatt mange måneder uten godkjent tvangsvedtak, og i noen tilfeller atskillig lengre. Statsforvalterens saksbehandlingstid var en av årsakene til dette. En av beboernes vedtak ble aldri overprøvd på grunn av en krevende ressursituasjon. Vedkommende ble utsatt for omfattende fysisk maktbruk i nesten åtte måneder, før kommunen sendte inn et nytt vedtak, som ble godkjent. I en annen sak brukte Statsforvalteren over ni måneder på å overprøve et vedtak. Samlet ble konsekvensene for beboeren omfattende tvangstiltak uten godkjent vedtak i nesten ett år og ni måneder. Utstrakt bruk av tvang og makt uten godkjent tvangsvedtak er alvorlig.

For to av beboerne vi besøkte, var det ikke gjennomført stedlig tilsyn i løpet av de siste fem årene, selv om flere risikoforhold tilsa at tilsyn skulle vært gjennomført.

Alle beboerne vi besøkte hadde en oppnevnt verge. Statsforvalteren skal sørge for nødvendig opplæring og veiledning til verger. Våre funn tydet på at vergene ikke fikk tilstrekkelig opplæring og veiledning til å ivareta beboerens rettssikkerhet i saker om tvang og makt. Vergene syntes heller ikke å ha fått tilstrekkelig veiledning fra Statsforvalteren om tilgjengelige klagemuligheter.

III. Anbefalinger til kommunen

Avgjørelser om bruk av tvang

- Kommunen må sikre at vedtak og beslutninger om bruk av tvang oppfyller lovens vilkår og gir tilstrekkelige begrunnelser for dette.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av vedtak og beslutninger (a-meldinger) om bruk av tvang.
- Kommunen må sikre at nytt vedtak sendes statsforvalteren i tide, og at vedtak som ikke blir godkjent av statsforvalteren straks følges opp og sendes inn for ny overprøving.

Bruk av tvang og makt i boligene

- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig bruk av fysisk makt og skjerming.
- Kommunen må sikre at gjennomføring av all fysisk maktbruk og skjerming blir dokumentert i beboeres journal.
- Kommunen må iverksette tiltak for å sikre et tilrettelagt tjenestetilbud uten ulovlig frihetsberøvelse.

Bemanning og kompetanse

- Kommunen bør styrke sitt opplæringsarbeid slik at ansatte, inkludert ledere, har tilstrekkelig kunnskap om vilkårene for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Kommunen bør legge til rette for at ansatte får regelmessig øvelse i forebygging av utfordrende atferd og skånsomme teknikker ved bruk av tvang og makt.

Helseoppfølging og habilitering

- Kommunen bør styrke arbeidet med å sikre at beboernes helsetilstand og smerter kartlegges og fanges opp av personalet.
- Kommunen bør iverksette tiltak for å sikre at beboere med utfordrende atferd får tilrettelagt tilgang til legetjenester, inkludert hjemmebesøk der det er nødvendig.
- Kommunen bør sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer tilbys individuell plan og en koordinator.

Beskyttelse mot vold og overgrep:

- Kommunen bør utarbeide tydelige rutiner for forebygging og håndtering av vold og overgrep mot beboerne.
- 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.

IV. Anbefalinger til Statsforvalteren

Overprøving

- 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 overprøving av vedtak skjer innen satte tidsfrister, og at vedtak som omhandler inngripende tvang og som ikke godkjennes, følges opp innen rimelig tid, og at kommunen mottar nødvendig veiledning.

Tilsyn

- Statsforvalteren må sikre at det gjennomføres stedlig tilsyn med tvangsvedtak når nytt tvangstiltak er godkjent og ellers når tvangstiltakenes karakter og andre risikoforhold tilsier det.
- Under stedlig tilsyn bør Statsforvalteren tilby samtale med beboere som har tvangsvedtak, der dette er mulig. De som gjennomfører tilsynet, bør uansett forsøke å treffe beboeren.

Opplæring og veiledning av verger

- Statsforvalteren bør sikre at alle med vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har oppnevnt verge med et mandat som dekker oppgaver knyttet til dette lovverket.
- Statsforvalteren bør sikre at alle oppnevnte verger får tilstrekkelig opplæring og veiledning for å ivareta beboernes rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt.

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.³ 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.⁴

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 funksjonsnedsettelser, 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».⁵ Myndighetene må derfor vurdere forholdet til menneskerettighetene der disse er relevante og sentrale for myndighetenes handlinger og avgjørelser.⁶ Denne plikten gjelder også for kommunene.⁷

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 menneskerettskonvensjon (EMK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).⁸ EMK er gjort til en del av norsk lov gjennom menneskerettsloven, og skal i tilfelle motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.⁹

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.¹⁰ FNs spesialrapportør mot tortur har uttrykt bekymring over at personer med funksjonsnedsettelser fortsatt ofte utsettes for alvorlige krenkelser som frihetsberøvelse, inngripende tvang, omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep.¹¹

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

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

⁵ HR-2016-2554-P (Holship-dommen) avsnitt 70.

⁶ Sivilombudets uttalelse 2. juli 2020 (SOM-2020-292).

⁷ Dokument 16 (2011–2012) «Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven» punkt 9.4 side 47.

⁸ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, forkortet CRPD.

⁹ Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

¹⁰ CRPD artikkel 3.

¹¹ 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.¹² Konvensjonen er dermed folkerettslig bindende for Norge. Konvensjonen er foreløpig 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.¹³ Det er uenighet nasjonalt og blant internasjonale menneskerettighetsorganer om det er diskriminerende og i strid med CRPD å sette nedsatt funksjonsevne som et vilkår for bruk av tvang.¹⁴ Den internasjonale rettsutviklingen går samtidig klart i retning av økt vektlegging av selvbestemmelse for og ikke-diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.¹⁵

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.¹⁶ 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 gå foran, som en følge av at CRPD ikke er gjennomført i norsk lov.¹⁷

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er det ikke adgang til å beslutte administrativ 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.

¹² CRPD artikkel 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.

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

¹⁴ Se 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.

¹⁵ Se nærmere i Sivilombudets høringsvar – NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, 30. desember 2019.

¹⁶ Sivilombudets høringsvar 30. desember 2019 til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.

¹⁷ Høyesteretts 20. desember 2016 i HR-2016-2591-A avsnitt 63.

2 Gjennomføring av besøket

2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Bodø kommune

I Bodø kommune organiseres helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning av Miljøtjenesten, som er et tjenesteområde i kommunens Helse- og omsorgsavdeling. Tjenesten består av boenheter av ulik størrelse, hjemmetjenester, ett aktivitetssenter, avlastningsboliger og privatavlastning, samt støttekontakter og BPA. Tjenesten har 296 årsverk fordelt på 339 ansatte.¹⁸ Miljøtjenesten ledes av en overordnet områdeleder og to virksomhetsledere som følger opp ti avdelingsledere.

Bodø kommune ble i januar 2021 varslet om at Sivilombudets forebyggingsenhet planla å gjennomføre besøk til boliger for personer med utviklingshemning i løpet av våren 2022.

I forkant av besøket ble kommunen, de aktuelle boligene, utvalgte personer og deres pårørende og verger informert om når besøket ville finne sted. Tilrettelegging av besøket ble gjort i dialog med ledelsen ved de ulike boligene.

Besøket ble gjennomført 4.–6. april 2022.

2.2 Metode og rapportformat

I forkant av besøket innhentet vi informasjon om alle voksne personer med utviklingshemning bosatt i kommunen som hadde vedtak om tvang og makt. Vi fikk oversendt alle gjeldende tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 for disse personene, samt meldinger om bruk av tvang og makt i nødssituasjoner fra 2021. I forkant av besøket ble det også gjennomført samtaler med pårørende og verger.

Kommunen oversendte tvangsvedtak for 17 personer. I tillegg innhentet vi overprøvinger av vedtak, tilsynsrapporter og vedtakshistorikk for de fem siste årene fra Statsforvalteren i Nordland for seks av disse personene, som alle hadde omfattende tvangsvedtak. Basert på denne informasjonen gjennomførte vi besøk til seks personer fordelt på tre bosteder i kommunen.

Under besøket intervjuet vi ansatte og ledere. Vi møtte også samtlige av de personene besøket omfattet, og fikk se deres leiligheter, i tillegg til eventuelle fellesarealer og personalrom.

Følgende ansatte fra Sivilombudet deltok i besøket:

- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Silje Sønsterudbråten (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Sigrid Marie Fæhn Oftebro (seniorrådgiver, jurist)

¹⁸ Årsmelding (2021) Bodø kommune.

I etterkant av besøket gjennomførte vi en samtale med en representant for Psykiatrisk innsatsteam ved Nordlandssykehuset helseforetak. Det ble også avholdt digitale møter med ledelsen i Bodø kommune og med helse- og vergemålsavdelingen hos Statsforvalteren i Nordland, i etterkant av besøket. Det ble i tillegg hentet inn supplerende informasjon fra både kommunen og Statsforvalteren etter besøket.

I rapporten oppgis det ikke hvilke boliger eller personer vi har besøkt. Dette er for å ivareta taushetsplikten. Vi understreker at mottakeren av Sivilombudets anbefalinger i hovedsak er kommunen, som har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester som ytes der personene bor. I den grad det er avgjørende at kommunen får tilleggsinformasjon for å kunne følge opp anbefalingene, vil kommunen få dette i dialog med Sivilombudet.

3 Avgjørelser om bruk av tvang

Dette kapittelet ser nærmere på om Bodø kommune i tilstrekkelig grad har dokumentert at vilkårene for bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemning er oppfylt. Først gjennomgås de rettslige rammene for bruk av tvang og makt. Deretter beskrives Sivilombudets funn om kvaliteten på kommunes vedtak og beslutninger om tvang og makt for de seks personene vi besøkte.¹⁹

Rettslige rammer og standarder

Å bruke tvang og makt er et alvorlig inngrep i den enkeltes rett til selvbestemmelse og vern om personlige integritet.²⁰ Slike inngrep er i utgangspunktet straffbare etter norsk rett.²¹ Skadevirkningene av tvang mot personer med utviklingshemning kan være alvorlige.²²

Et samfunnsmessig behov for å bruke tvang og makt kan likevel oppstå der ulike beskyttede interesser står mot hverandre, slik som den enkeltes selvbestemmelsesrett og ivaretagelse av liv og helse. I tillegg kan inngrep overfor noen være nødvendig for å sikre beskyttelse av andres grunnleggende rettigheter. Tvangsbruk kan derfor i visse situasjoner være rettmessig og straffri, enten det er av hensyn til personen selv, av hensyn til andre eller av hensyn til de fysiske omgivelsene.

Menneskerettighetene stiller strenge vilkår for bruk av tvang. Tvang er kun tillatt der inngrepet har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig.²³ Tvang kan dermed ikke brukes rutinemessig, men må være individuelt begrunnet med utgangspunkt i konkrete omstendigheter.²⁴ Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles til vurderinger og begrunnelser. Unødvendig eller uforholdsmessig tvangsbruk gir risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.²⁵

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir hjemmel for bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning, på bestemte vilkår. Loven fastsetter særlige krav til kommunens saksbehandling, inkludert krav til begrunnelser av beslutninger og vedtak om bruk av tvang, plikt til å føre journal og krav til involvering av pårørende, verge og rådgjøring med spesialisthelsetjenesten.²⁶ Loven oppstiller også krav om evaluering av tvangstiltak og om kvalifikasjonene til helsepersonell som utfører tvang.²⁷

¹⁹ Sivilombudet har utelukkende vurdert tvang og makt med hjemmel i kap 9. i Helse- og omsorgstjenesteloven.

²⁰ Se bl.a. CRPD artikkel 3, jf. 17. EMK artiklene 3 og 8 og Grunnloven § 102.

²¹ Se straffeloven §§ 251 og 252 om tvang og §§ 254 og 255 om frihetsberøvelse.

²² NAKU, *Kunnskap om hva tvang og makt kan føre til på kort og lang sikt* (sist oppdatert 29. desember 2016).

²³ EMK artikkel 8, CRPD artikkel 17 og Grunnloven § 102.

²⁴ EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2), 2015, klagenr. 75450/12, avsnitt 103.

²⁵ Se f.eks. EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), klagenr. 75450/12, avsnitt 97 og i Bouyid mot Belgia (Storkammeravgjørelse), klagenr. 23380/09, avsnitt 100–113.

²⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 og 9-10.

²⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9.

3.1 Nærmere om vilkårene for bruk av tvang og makt

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 skal andre løsninger være prøvd før bruk av tvang og makt settes i verk.²⁸ Dette kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal gis en begrunnelse.²⁹ Tvang og makt skal bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte. Tvangstiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og det må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas (forholdsmessighet). Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.³⁰

Hvis disse grunnvilkårene er oppfylt, åpner kapittel 9 for bruk av tvang og makt mot personer med utviklingshemning i tre situasjoner.³¹ Dette omfatter for det første akutte, enkeltstående nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a (såkalte a-meldinger). For det andre planlagte skadeavvergende tvangstiltak for nødsituasjoner som forventes å gjenta seg eller vedvare (såkalte b-tiltak). Tiltak etter bokstav a og b kan både begrunnes ut fra hensynet til personen selv og hensynet til andre, i tillegg 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). Lovteksten slår fast at «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.³² 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.

Å iverksette tvangstiltak med hjemmel i bokstav c krever derimot ikke at det foreligger en konkret faresituasjon. Men også når det er snakk om å dekke personens grunnleggende behov, må det være sannsynlighetsovervekt for at manglende tiltak vil føre til vesentlig skade på personen.

Beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger) er inngripende tiltak og skal dokumenteres nøye i etterkant av gjennomføringen av tiltaket.³³

En avgjørelse om å iverksette b- eller c-tiltak skal treffes ved enkeltvedtak. Dette skal gjøres i tråd med krav til saksbehandlingen i forvaltningsloven og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Disse reglene skal sikre at helse- og omsorgstjenesten utreder og kartlegger årsaker til bruken 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 ulike tvangstiltak (både etter bokstav b og c).

²⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd.

²⁹ Se også helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 om kommunens plikt til å sørge for et tilrettelagt tilbud med minst mulig bruk av tvang. Denne plikten omtales nærmere i rapportens kapittel 5.

³⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 andre ledd.

³¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd.

³² Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) særmerknader til § 6A-3 og Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.11.

³³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd tredje punktum, jf. tredje ledd.

3.2 Kvaliteten på vedtak om tvang i Bodø kommune

Sivilombudet gjennomgikk tvangsvedtak for perioden 2017-2022 for de seks beboerne vi besøkte i Bodø kommune. Alle disse beboerne hadde vedtak som åpnet for flere typer tvangstiltak.

Vedtakene ga stort sett utfyllende beskrivelser av beboernes livssituasjon og behov.³⁴ Samtidig fant vi flere svakheter i vurderingene av om lovens strenge krav for bruk av tvang og makt var oppfylt i hvert enkelt tilfelle. Disse vurderingene skal dokumenteres skriftlig i vedtaket, for å oppfylle kommunens begrunnelsesplikt.³⁵

Alternativer til tvang

Flere av vedtakene inneholdt gode beskrivelser av hvilke alternative tiltak som måtte forsøkes før bruk av fastholding og andre fysiske tvangstiltak kunne settes i verk.

Vedtakene som gjaldt innlåsing av eiendeler eller mat, eller låsing av dører eller vinduer, manglet imidlertid ofte begrunnelser for hvorfor det ikke var mulig å bruke andre løsninger enn tvang og makt for disse tvangstiltakene.³⁶

Behovet for tvang

Et sentralt vilkår for å bruke tvang og makt, er at det er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Det innebærer for det første krav om at skaden som skal hindres eller begrenses må være vesentlig, og sannsynligheten for at skaden inntreffer dersom en ikke bruker tvang, må være av en viss størrelse. Tvangstiltaket må heller ikke være mer inngripende enn nødvendig for å oppnå formålet.³⁷

Flere av de seks vedtakene manglet dokumentasjon av at vilkåret om nødvendighet var oppfylt for det enkelte tvangstiltaket.³⁸ I ett vedtak var det for eksempel ikke beskrevet hvorfor beboerens atferd gjorde at det var nødvendig å låse verandadøren og hva slags vesentlig skade som kunne oppstå dersom døra ikke var låst. Også flere andre vedtak, blant annet ett som omfattet skjerming og ett om bruk av varslingssystemer om natten, manglet beskrivelser av skaderisikoen. Sivilombudet understreker at når et vedtak om tvang inneholder flere tvangstiltak, må hvert enkelt tvangstiltak vurderes opp mot grunnvilkårene i loven og begrunnes.

Etisk forsvarlighet og forholdsmessighet

Kravet om etisk forsvarlighet henger tett sammen med forholdsmessighet og det skal legges vekt på hvor inngripende tvangen er, og hvordan den oppleves av den som rammes.³⁹ Flere av kommunens vedtak manglet tilstrekkelig begrunnelse av at dette vilkåret var oppfylt. Flere av vedtakene manglet vurderinger av hvor stor belastning tvangstiltakene var for den enkelte, for eksempel hvor stort ubehag eller hvor sterke frihetsbegrensninger tvangen utgjorde for den aktuelle beboeren. Det

³⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 tredje ledd, bokstav b

³⁵ Se Forvaltningsloven § 25 og Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 tredje ledd.

³⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd.

³⁷ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning (heretter Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015), kapittel 4.5.3. Sist faglig oppdatert 1. juli 2015.

³⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 andre ledd siste setning, jf. § 9-7 tredje ledd bokstav e.

³⁹ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.5.5.4.

manglet også en vurdering av den totale livssituasjonen til tjenestemottakeren, og hvor inngripende tiltakene *samlet sett* ble for vedkommende.⁴⁰

I enkelte av vedtakene var forholdsmessighet kun vurdert for noen av tvangstiltakene. I ett vedtak manglet en tilstrekkelig vurdering av etisk forsvarlighet eller forholdsmessighet for alle tvangstiltakene, til tross for at tiltakene var svært omfattende og inngripende i beboerens liv.

Presis lovhjemmel

Loven stiller ulike krav til tvangstiltak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 b og c. Mens tiltak etter bestemmelsens bokstav b krever at det er en nødsituasjon, er tiltak etter bestemmelsens bokstav c tiltak som kan iverksettes utenom nødsituasjoner, for å sikre en persons grunnleggende behov, som tilgang til mat og drikke, søvn og hygiene. Det kreves høyere kompetanse hos personalet når det skal settes i verk tiltak etter bokstav b enn for et c-tiltak.⁴¹

Vedtakene hadde en standardisert liste med oversikt over mulige tvangstiltak, med et felt for utfylling av hjemmel for hvert enkelt tvangstiltak. I kommunens vedtak var det ofte uklart om hjemmelen for tvangstiltaket var forankret i § 9-5 tredje ledd bokstav b eller c. I flere vedtak var det for eksempel kun satt et kryss (x) for hva slags type tvangstiltak som skulle benyttes, uten å angi hjemmel. Når det ikke angis hva som er hjemmel for ulike typer tvangstiltak, øker risikoen for at man ikke tar utgangspunkt i riktig hjemmel, og at det ikke fanges opp at tvangen som gjennomføres er lovstridig. Dette gjelder spesielt vedtak som omfatter skjermingstiltak, som kun er tillatt i nødsituasjoner (se kapittel 4.1 *To samlokaliserte bofelleskap*).⁴²

I likhet med andre kommuner Sivilombudet har besøkt, benyttet Bodø kommune i all hovedsak en vedtaksmal utarbeidet av Helsedirektoratet.⁴³ Malen er ment å legge til rette for at alle sentrale vilkår i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 blir vurdert. At den legger opp til ett felles vedtak som omfatter både b-tiltak og c-tiltak, øker faren for at beslutningstakere i kommunene overser at loven stiller ulike krav avhengig av om tvangstiltaket som søkes godkjent er et nødtiltak eller ikke.⁴⁴ Sivilombudet vil ta utformingen av malen opp med sentrale helsemyndigheter.

Kommunen har imidlertid et selvstendig ansvar for å sikre at vurderingene og begrunnelsene i et vedtak tilfredsstiller lovens krav. Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte.

Svakhetene i tvangsvedtakene som er beskrevet ovenfor, førte til at beboerne ble utsatt for inngripende tvang som ikke var tilstrekkelig vurdert og begrunnet. Mangelfulle vedtak er et brudd på rettssikkerheten til den som utsettes for tvang. Det vanskeliggjør også intern og ekstern kontroll og mulighet for oversikt over hvor mye tvang en person faktisk utsettes for.

⁴⁰ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.5.5.2.

⁴¹ Se hhv. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-6 og 9-9 tredje ledd.

⁴² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd jf. § 9-5 tredje ledd bokstav a og b.

⁴³ Se Sivilombudets rapporter etter besøk til Hamar kommune 19.–21. oktober 2021 og besøk til Kristiansand kommune 16.–18. november 2021.

⁴⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 tredje ledd første og andre punktum.

3.3 Perioder med uhjemlet tvang

Et vedtak om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenestelovens § 9-5 b eller § 9-5 c må godkjennes av statsforvalteren før det kan iverksettes.⁴⁵ Vedtaket kan gjelde for tolv måneder fra datoen for statsforvalterens overprøving.⁴⁶ Dersom det er behov for tvang utover denne perioden, må det fattes et nytt vedtak, som også må godkjennes av statsforvalteren før det kan iverksettes. For å unngå perioder med uhjemlet tvang, må kommunen sende inn nytt vedtak tidsnok, slik at statsforvalteren rekker å overprøve vedtaket innen det pågående vedtaket utløper.

Områdelederen for Miljøtjenesten var overordnet ansvarlig for tjenesten og undertegnet vedtak før oversendelse til Statsforvalteren.⁴⁷ Miljøtjenesten hadde også en ressursgruppe som skulle jobbe med kompetansebygging, opplæring og veiledning om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Lengre perioder uten gyldig vedtak om tvang

Alle personene vi besøkte hadde vedtak om tvang som var fornyet flere ganger. På tidspunktet for Sivilombudets besøk hadde fem av seks av de aktuelle beboerne et tvangsvedtak som var godkjent av Statsforvalteren. Den sjettede manglet et gyldig vedtak på besøkstidspunktet, selv om beboeren ble utsatt for regelmessige tvangstiltak.⁴⁸

Vedtakene hadde en varighet på cirka tre til ti måneder. Gjennomgang av beboernes tvangsvedtak i tidsrommet 2017–2022 viste at samtlige personer hadde hatt perioder på mange måneder uten et godkjent tvangsvedtak.⁴⁹ Flere av dem så ut til å ha hatt sammenhengende perioder på mer enn et halvt år uten gyldig vedtak.

En av beboerne ble utsatt for svært inngripende tvangstiltak som omfattet fysisk maktbruk og innlåsing i nesten 1 år og ni måneder uten at det forelå et godkjent tvangsvedtak om dette. En annen beboer, som hadde omfattende hjelpebehov og bevegelshemming, hadde blitt utsatt for fysisk tvang i flere perioder uten vedtak, den lengste perioden pågikk i over 1 år og seks måneder.

De lange periodene uten godkjent vedtak skyldtes både store svakheter i kommunens håndtering av tvangsvedtak og lang saksbehandlingstid hos Statsforvalteren. Svakheter i Statsforvalterens håndtering beskrives nærmere i kapittel 7 *Kontroll og rettssikkerhet*.

Ifølge kommunens rutiner for utarbeidelse og innsending av tvangsvedtak skulle arbeidet med et nytt vedtak starte opp tre måneder før det pågående vedtaket utløp. Det var imidlertid ikke satt noen frist for når vedtaket skulle sendes til Statsforvalteren. I ett tilfelle ble et tvangsvedtak liggende i kommunen i tre måneder etter at det var fattet, før det ble sendt til Statsforvalteren. I et annet tilfelle fattet kommunen først vedtak tre måneder etter fristen som ble satt av Statsforvalteren, og etter å ha mottatt to purringer. I flere tilfeller gikk det mange uker, i noen tilfeller opptil måneder, fra et vedtak ble fattet hos kommunen til det ble registrert som mottatt hos Statsforvalteren.

⁴⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd.

⁴⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 andre ledd, andre setning.

⁴⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 andre ledd.

⁴⁸ Denne beboerens vedtak ble godkjent av Statsforvalteren i etterkant av Sivilombudets besøk.

⁴⁹ Vi ba om alle kommunens vedtak med vedlegg, og statsforvalterens overprøving av disse, for perioden 8. mars 2017 - 8. mars 2022.

Manglende bruk av a-meldinger i perioder uten gyldig vedtak

Dersom kommunen vurderer at det er nødvendig å bruke tvang for å hindre vesentlig skade før det foreligger et godkjent vedtak, skal det treffes beslutning om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-melding).⁵⁰ A-meldinger skal være skriftlige og inneholde en begrunnelse for det rettslige og faktiske grunnlaget for tvangen.⁵¹ Meldingen skal sendes til Statsforvalteren, den faglig ansvarlige for tjenesten, verge og pårørende.⁵² Den skal opplyse om adgangen beboeren, vergen og pårørende har til å klage til Statsforvalteren.⁵³ Statsforvalteren kan beslutte at a-meldinger ikke må sendes straks de er gjennomført, men for eksempel for en periode, i én forsendelse.⁵⁴

Selv om flere av beboerne vi besøkte hadde manglet godkjent tvangsvedtak i lange perioder, var det ikke sendt inn a-meldinger til statsforvalteren i alle tilfeller der tvangstiltakene var blitt opprettholdt. Kommunens uklare rutiner for håndtering av saker der tvangsvedtaket ikke var godkjent av Statsforvalteren, bidro til dette. Det var nylig avdekket en misforståelse hos ansatte om at det ikke var nødvendig å sende inn a-melding for tvangstiltak som ble gjennomført i tidsrommet fra kommunens oversendelse av vedtaket til Statsforvalteren og til Statsforvalterens godkjenning av vedtaket.⁵⁵ Vi fant også at gjennomførte tvangstiltak som var mer omfattende enn det som fulgte av vedtaket, ikke alltid ble meldt til Statsforvalteren.

Sivilombudet ser alvorlig på det som framstår som utstrakt bruk av tvang og makt mot mennesker med utviklingshemning uten godkjent tvangsvedtak. Kommunens og statsforvalterens mangelfulle ivaretagelse av beboerens rettssikkerhet på dette området fremstår som rettslig uforsvarlig (se også kapittel 7 *Kontroll og rettssikkerhet*)

Anbefalinger: Avgjørelser om bruk av tvang

- Kommunen må sikre at vedtak og beslutninger om bruk av tvang oppfyller lovens vilkår og gir tilstrekkelige begrunnelser for dette.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av vedtak og beslutninger (a-meldinger) om bruk av tvang.
- Kommunen må sikre at nytt vedtak sendes statsforvalteren i tide, og at vedtak som ikke blir godkjent av statsforvalteren straks følges opp og sendes inn for ny overprøving.

⁵⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a, jf. § 9-7 og Helsedirektoratet, rundskriv IS 10/2015, kapittel 4.5.6.3.

⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd jf. tredje ledd bokstav a-e og i.

⁵² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd fjerde punktum.

⁵³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd, siste punktum jf. § 9-11 første ledd.

⁵⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd, nest siste setning. Se også Helsetilsynet, Retningslinje for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, Internserien 7/2011, revidert 2020, side 6, kapittel 2.1.1.

⁵⁵ Dette ble gjort kjent for oss under besøket.

4 Bruk av tvang og makt i boligene

I dette kapittelet ser vi på gjennomføringen av tvangstiltak, som bruk av fysisk makt og skjerming, mot de seks beboerne vi besøkte. Vi har undersøkt om kommunens praksis er i tråd med menneskerettighetene og reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Vi har også vurdert hvordan boforhold og organisering av tjenestetilbudet påvirker risikoen for bruk av tvang og makt.

Rettslige rammer og standarder

Fysisk maktbruk og isolasjonslikende tiltak som skjerming gir høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵⁶ Menneskerettighetene tillater så inngripende tvangsbruk kun som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å hindre akutt fare for skade på personen eller andre.⁵⁷ Det kreves grundig saksbehandling og streng kontroll.⁵⁸

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.⁵⁹

Helse- og omsorgstjenesteloven åpner for bruk av fysisk makt for å hindre vesentlig skade i enkeltstående eller gjentatte nødsituasjoner og for å dekke beboerens grunnleggende behov, forutsatt at lovens strenge vilkår er oppfylt.⁶⁰ Fysisk maktbruk er svært inngripende for den det gjelder, og dette må vektlegges i vurderingen av om tiltaket er nødvendig og forholdsmessig.

Lovens § 9-6 andre ledd har særlige grenser for bruk av skjerming som gjelder i tillegg til de alminnelige vilkårene i § 9-5. Skjerming er kun tillatt i nødsituasjoner, og skal foregå i et ordinært beboerrom med ulåst dør.⁶¹ Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses.

4.1 To samlokaliserte bofellesskap

Tre av personene vi besøkte bodde i to ulike bofellesskap i en kommunal boligblokk med 28 leiligheter. Stedet hadde en stor personalgruppe. Beboerne hadde svært ulikt funksjonsnivå. En del av beboerne, særlig i etasjene vi besøkte, hadde omfattende omsorgsbehov og vedtak om bruk av tvang og makt etter kapittel 9.

Utforming av boligen

De fysiske rammebetingelsene gjorde det krevende å sikre at beboerne fikk et tilbud med minst mulig bruk av tvang og makt.⁶² Leilighetene til dem vi besøkte lå i to ulike bofellesskap i hver sin

⁵⁶ Se f.eks. FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 63.

⁵⁷ Se EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104; Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 95 og Aggerholm mot Danmark, klagenr. 45439/18, avsnitt 84.

⁵⁸ Se EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), avsnitt 105 og Aggerholm mot Danmark, avsnitt 85.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5.

⁶¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.

⁶² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.

etasje. De hadde et begrenset boareal, bestående av oppholdsrom, soverom og bad.⁶³

Bofellesskapene var sammensatt av beboere med svært forskjellig funksjonsnivå og behov. Ett av bofellesskapene hadde to felles oppholdsrom for beboerne, mens det andre kun hadde ett felles oppholdsrom. Ansatte beskrev at dette skapte utfordringer med uro og utrygghet blant beboere som kunne bli skremt fra å oppholde seg i fellesområdene. Flere beboere ble plaget av støy og høye lyder fra naboene.

Bygget var plassert ved en trafikkert vei og var utformet på en måte som gjorde det krevende for beboerne vi besøkte å komme ut i friluft, med unntak av balkonger med utgang fra fellesområdene. Det var nylig blitt lagt til rette for et uteområde på bakkenivå og dette området skulle deles av beboerne i hele bygget. Alle beboerne vi besøkte, hadde et funksjonsnivå som gjorde at de måtte følges ut av personalet eller pårørende. Av ulike årsaker kunne det også være svært krevende for beboerne vi møtte å benytte seg av andre tilbud i kommunen. Flere ansatte og pårørende etterlyste derfor fellesarealer i bygget som kunne gi større muligheter for tilrettelagte aktiviteter og variasjon i hverdagen for beboere som manglet eller hadde et begrenset dagtilbud utenfor hjemmet.

Skånsom utøvelse av fysisk makt

Alle de tre personene hadde over flere år hatt vedtak som omfattet ulike tiltak om bruk av fysisk makt for å hindre selvskading eller skade på andre. Vedtakene omfattet holdetiltak som føring, løsning av grep eller bitt, og fastholding.

Vedtakene inneholdt tydelige, trinnvise beskrivelser av hvordan tvangstiltakene om fysisk maktbruk skulle gjennomføres i ulike situasjoner. De ansatte syntes å ha gode faglige og etiske refleksjoner rundt tvang. Vårt klare inntrykk var at de ansatte jobbet godt med å finne alternativer til tvangsbruk gjennom tillitsskapende tiltak, og bruk av skånsomme teknikker.

Uklarhet om skjermingspraksis

Alle de tre beboernes vedtak omfattet også skjermingstiltak. Ingen av vedtakene inneholdt imidlertid noen vurdering av om disse tiltakene oppfylte lovens særlige krav for skjerming.⁶⁴ Heller ikke i Statsforvalterens overprøving kom det fram om det var vurdert om vilkårene for å bruke skjerming var oppfylt (se kapittel 7.1 *Overprøving*). Det var uklart om situasjonene som var beskrevet ville oppfylle vilkåret om at det må foreligge en nødsituasjon for lovlig skjerming.

Vedtak og tiltaksplaner beskrev hvordan skjerming skulle iverksettes, men det manglet beskrivelser av hva slags virkemidler som kunne brukes for å opprettholde skjermingstiltaket. Det var uklart om, eller i hvilke situasjoner, beboerne kunne bli låst inne i leiligheten sin. Samtaler med personalet tydet på at ikke alle var klar over at vilkårene for å holde beboere kortvarig innesperret i egen leilighet ved skjerming er strenge. Vi fant samtidig ingen dokumenterte tilfeller av slike hendelser.

Manglende dokumentasjon av tvangsbruk

Når tvang er blitt brukt skal det dokumenteres for å sikre at loven følges og at det ikke brukes tvang som går lenger enn vedtaket gir rom for. Dette er viktig for å ivareta beboernes rettssikkerhet og

⁶³ Kommunen har opplyst at leilighetene (ikke medregnet fellesarealer i etasjen) var henholdsvis 48, 44 og 52 kvm. Alle leilighetene var dermed under gjennomsnittlig størrelse på landsbasis, men over Husbankens minstenorm for leiligheter i bofellesskap med fellesarealer (40 kvm). Se J. Tøssebro og Christian Windelborg m.fl., *Utviklingshemmetes bosituasjon 2021*, NTNU Samfunnsforskning, desember 2021, side 47.

⁶⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.

forebygge ulovlig tvangsbruk.⁶⁵ Fortløpende dokumentasjon skal også sikre læring fra hendelser som leder til bruk av tvang og kartlegging av mulige årsaker til slike hendelser.

Vår journalgjennomgang viste at to av beboerne hadde hyppige utageringer eller forsøk på selvskading som ble håndtert med fysisk maktbruk fra personalet. De aller fleste av disse episodene var ikke dokumentert på en måte som forklarte hendelsesforløpet og hvordan tvangsbruken ble gjennomført. Funn tydet på at en del tvangsbruk forekom ofte uten å bli journalført. Enkelte ansatte mente at det kun var mer inngripende fysisk maktbruk, som fastholding i stol, som måtte journalføres. Vi fant svært få dokumenterte tilfeller av fysisk maktbruk for å stoppe slag mot personalet, til tross for opplysninger om at slike episoder inntraff ofte. Det var også uklart om andre tvangstiltak, som skjerming, ble brukt i situasjoner med utagering.

Krevende bemanningssituasjon

Hele blokken, som besto av fire bofellesskap og en enkeltstående leilighet, var organisert som én avdeling. Personalgruppen jobbet i hovedsak fast i hver sitt bofellesskap, men tok noen ganger vakter i andre etasjer. Avdelingen hadde én administrativ leder med ansvar for personaldrift og økonomi, og én fagleder som hadde ansvar for oppfølging av ansatte, beboere og pårørende.

Avdelingen hadde 52 årsverk og cirka 90 medarbeidere. Ti ansatte hadde autorisasjon som vernepleiere, åtte hadde barnevern- eller sosionomutdanning og 23 ansatte hadde autorisasjon som helsefagarbeidere. I tillegg hadde avdelingen 34 medarbeidere uten helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn i stillinger på 50 prosent eller lavere. Totalt ble det opplyst at ca. 40 prosent var deltidsansatte. Vi fikk opplyst at disse i hovedsak jobbet helger eller som vikarer. Avdelingen hadde ingen i stilling som sykepleier, og dette ble påpekt som et behov fra både ledelsen og personalet.

Ifølge kommunen var det mellom 25 og 30 ansatte i hvert av de to bofellesskapene ombudet besøkte. Bemanningssituasjonen i de to bofellesskapene vi besøkte fremsto til tider som krevende, særlig i ferier og helger, da det var flere ansatte uten helsefaglig kompetanse i disse periodene. Særlig under koronapandemien, men også tidligere, ble det beskrevet utfordringer med å få dekket opp sykefravær. En gjennomgang av to tilfeldig utvalgte uker i 2022 viste at de to bofellesskapene vi besøkte hadde 19 udekkete vakter i denne perioden, de fleste i helgene.

For to av beboerne vi besøkte, tydet våre funn på at begrenset bemanning hadde bidratt til et redusert aktivitetstilbud de siste årene. Begge hadde lavt funksjonsnivå og en atferd som gjorde det ressurskrevende for personalet å motivere for og legge til rette for aktivitet.

Den ene beboeren måtte alltid ha følge med to ansatte. Vår journalgjennomgang av én måned viste at h*n i denne perioden kun hadde hatt fire turer ut sammen med personalet. Tre planlagte turer var blitt avlyst av hensyn til drift eller personalmangel. Det var dokumentert veldig få tilbud eller forsøk på aktivitet utenfor bygget i denne perioden.

Den andre beboeren, som var rullestolbruker, måtte ha følge av to ansatte på bilturer, og én ved turer i friluft. Ifølge journalen hadde h*n i løpet av én måned kun hatt to turer ut av bygget med personalet. Fire planlagte aktiviteter ble avlyst av driftsmessige årsaker.

⁶⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10, med videre henvisninger til helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal. Se også Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.10.

Bemanningssituasjonen, med en stor personalgruppe og mye vikarbruk for å dekke sykefravær, utgjorde en økt risiko for bruk av tvang og makt. Beboerne vi besøkte hadde et tydelig behov for trygge rammer i hverdagen og fremsto som spesielt sårbare for endringer i bemanningen. Beboeren med vedtak om 2:1 bemanning ble fulgt opp av mer enn 30 forskjellige ansatte.

Habiliteringstjenesten ved Nordlandssykehuset HF var bekymret for at beboerens frustrasjoner med ukjente ansatte kunne føre til utagering, og Statsforvalteren hadde bedt kommunen om å lage en plan for å få redusert antallet ansatte.

Behov for å styrke helseoppfølgingen av beboerne

De tre beboerne hadde tilstander og helseproblemer som krevde tett helseoppfølging. Ansvar for helseoppfølging i avdelingen framsto som fragmentert og våre funn viste at det var risiko for at smerter og endret helsetilstand hos beboerne ikke ble fanget opp på et tilstrekkelig tidlig tidspunkt. Nærmere om risiko ved mangelfull helseoppfølging og anbefalinger på dette området omtales i kapittel 5.4 *Helseoppfølging og habilitering*.

Samlet vurdering

Beboerne vi besøkte i disse bofellesskapene hadde omfattende tvangsvedtak og utfordrende atferd. Det gjorde at de alle hadde et stort behov for trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet i hverdagen.

Sivilombudet fant flere forhold som bidro til økt risiko for tvangsbruk for disse beboerne. Beboere med svært ulikt funksjonsnivå, små leiligheter, få fellesarealer og dårlig tilgang til uteområder, skapte uro og utrygghet som ga økt risiko for tvang. Også ustabilitet i bemanningen, manglende tilbud om tilpassede aktiviteter til beboerne med ekstra behov, og svakheter i helseoppfølgingen, bidro til dette. Vi fant også behov for å styrke dokumentasjon av gjennomført tvang.

Anbefalinger: Bruk av fysisk makt og skjerming

- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig bruk av fysisk makt og skjerming.
- Kommunen må sikre at gjennomføring av all fysisk maktbruk og skjerming blir dokumentert i beboeres journal.

4.2 Bolig for enkeltbeboer

En av personene vi besøkte hadde et særlig omfattende behov for oppfølging. De siste årene hadde vært preget av mange alvorlige episoder med utagering og selvskading. Dette hadde ført til et omfattende tvangsvedtak som innebar inngripende frihetsbegrensninger og bruk av fysisk makt for å hindre eller begrense konsekvensene av atferden. Vedtaket innebar også begrensninger i tilgang til mat og eiendeler, bruk av mekaniske tvangsmidler under transport og velferdsteknologi i form av bevegelsessensor om natten. Beboeren bodde i en leilighet i tilknytning til avdelingens personalbase, og ble fulgt opp av to ansatte på dag- og kveldstid.

Utforming av boligen og uteområdet som en risikofaktor

Beboerens leilighet bestod av oppholdsrom, soverom og bad med toalett og dusj. Oppholdsrommet var lite og ga begrenset plass for beboeren til å bevege seg innendørs. Den begrensede plassen gjorde det også krevende å ivareta beboerens og personalets sikkerhet både i situasjoner der beboeren ble holdt fast for å avverge selvskading, og der det var behov for at ansatte trakk seg raskt ut av beboers leilighet. Det kom fram at ansatte i nødsituasjoner hadde vært nødt til å låse seg inne på beboerens soverom, fordi de ikke rakk å låse seg direkte ut til personalområdet. I forbindelse med vårt besøk hadde personalet blitt klar over at det måtte sendes a-melding til kommunen i slike tilfeller, fordi beboerens bevegelsesfrihet ble innskrenket mer enn vedtaket åpnet for.

Beboerens leilighet var nedslitt og preget av skadeverk. På besøkstidspunktet var oppholdsrommet innredet med en sofa, spisebord og en TV. På veggen hang det en tavle, der de ansatte hang opp piktogrammer med oversikt over beboerens daglige aktiviteter og gjøremål.⁶⁶ Ellers var det relativt nakent. Veggene i gangen inn til soverom og bad besto av grove, umalte trefiberplater.

Beboeren hadde tilgang til et lukket uteområde som var låst mot gaten. Uteområdet inneholdt bl.a. en benk og noen aktivitetsapparater. Uteområdet var dårlig tilpasset beboerens behov og bidro til utrygge situasjoner for både beboeren og de ansatte. Utformingen fremsto som utrygt og uverdig for beboeren.

Ulovlig frihetsberøvelse

Ifølge kommunens vedtak skulle alle dører ut av leiligheten være låst til enhver tid, med unntak av døren til lukkede uteområdet.

Bak en låst dør lå et rom som ble omtalt som mellomgangen. Rommet ble brukt som lagerrom og vaktrom for en av de to ansatte som til enhver tid fulgte opp beboeren. Kjøkkenet lå i et eget rom med inngang fra mellomgangen, som beboeren derfor ikke hadde direkte tilgang til. All mat ble oppbevart på kjøkkenet. Døren ut til avdelingens personalbase var også låst, i likhet med beboerens vaskerom.

Døren fra leiligheten til uteområdet stod ulåst på dagtid, med mindre beboeren ba personalet om å låse. Det var imidlertid ikke mulig for beboeren å forlate uteområdet uten bistand, fordi det var låst mot gaten. Beboeren var i praksis innelåst hele døgnet, uten annen mulighet for fri utgang fra leiligheten sin enn det lukkede uteområdet. Vi fikk forklart at den døgnskutinuerlige innlåsing var nødvendig for å hindre skade på beboeren og andre, hindre store materielle ødeleggelser og å verne beboeren mot nedverdiggende situasjoner. Kommunen hadde ikke beskrevet tiltak som var forsøkt eller vurdert for å unngå å bruke så omfattende tvangstiltak. Det var kun referert til at beboeren hadde utsatt seg for fare i et tidligere privat botilbud med ulåste dører, og at en på bakgrunn av disse erfaringene ikke hadde forsøkt andre løsninger. Alle bevegelser utenfor eiendommen ble nøye planlagt av ansatte som alltid fulgte beboeren på turer. De ansatte mente at å gi beboeren fri utgang med tett følge av personalet kunne medføre omfattende fysisk maktbruk for å hindre farlige situasjoner. Spesialisthelsetjenesten som fulgte opp beboeren og de ansatte, var av samme oppfatning.

Statsforvalteren i Nordland hadde lenge fulgt opp vedtaket gjennom overprøving, tilsyn og dialog med kommunen. Kommunens første vedtak i dette botilbudet ble truffet i 2020. Vedtaket ble ikke

⁶⁶ Piktogrammer er et visuelt språk laget for mennesker med kognitive vansker.

godkjent av Statsforvalteren fordi det manglet viktige opplysninger. Statsforvalteren innhentet ytterligere informasjon, blant annet gjennom et stedlig tilsyn, før vedtaket ble sendt tilbake til kommunen for videre behandling. Tilsynsrapportens konklusjon var at kommunen hadde brutt helse- og omsorgstjenesteloven på flere punkter som følge av omfattende og uhjemlet tvang. Når det gjaldt innlåsing, uttalte Statsforvalteren blant annet at kommunen måtte vurdere om det vil være mindre belastende for beboeren om h*n fikk anledning til å ferdes ute sammen med ansatte som har opplæring i å håndtere utagering, vurdert opp mot skadene det kunne påføre beboeren å være isolert i leiligheten sin.

Kommunens siste vedtak ble godkjent av Statsforvalteren våren 2021 etter at kommunen hadde beskrevet flere tiltak for å styrke ivaretagelsen av beboerens behov. Tvangstiltaket om låste dører og vinduer ble imidlertid videreført med samme begrunnelse som før. Statsforvalteren problematiserte ikke at det ikke finnes hjemmel for døgnkontinuerlig innlåsing i helse- og omsorgstjenesteloven. Heller ikke beboerens faste verge hadde innvendinger mot dette.

Måltrettet arbeid for å redusere fysisk maktbruk

Beboerens vedtak omfattet også fysisk maktbruk i form av holdetiltak og løsning av grep eller bitt. I innflyttingsfasen og i en lengre periode etterpå skal det ha vært flere alvorlige hendelser der personalet hadde brukt fysisk makt mot beboeren for å avverge alvorlige hendelser.

Våre funn tydet på at antallet hendelser med fysisk maktbruk hadde blitt tydelig redusert i månedene før vårt besøk. Dette ble blant annet forklart med at ansatte i større grad hadde blitt kjent med beboeren, og bedre hadde lyktes med å finne ut hva beboeren ønsket eller trengte.

Personalgruppen hadde jobbet mye med tiltak for å unngå aggresjon som måtte håndteres med fysisk maktbruk. Observasjoner under besøket viste at det var innført et systematisk opplegg for å gi beboeren økt forutsigbarhet og trygghet i hverdagen, ved bruk av dagsplaner med piktogrammer. Det ble også gjort løpende kartlegging av endringer i beboers atferd, ved bruk av et fargekodet skjema, for å fange opp utviklingen av utfordrende atferd. Ansattgruppen syntes også å ha stor nytte av råd fra beboerens nærmeste pårørende, som var en viktig støtte for beboeren. I tillegg opplevde de å få god veiledning fra spesialisthelsetjenesten (se kapittel 5.4 *Boforhold og fysiske rammebetingelser*).

Aggresjon og utagering ble i utgangspunktet håndtert ved å trekke seg ut av beboerens leilighet, ut fra erfaring om at dette roet ned situasjonen. Unntak gjaldt kun der dette ikke var mulig, eller det var nødvendig å gripe inn fysisk for å hindre vesentlig skade. Både dokumentgjennomgang og samtaler under besøket tydet på at personalgruppen hadde høy etisk standard og at de strakk seg langt for å unngå fysisk maktbruk.

Behov for bedre dokumentasjon av fysisk maktbruk

Vår dokumentgjennomgang etterlot samtidig tvil om hvor godt avdelingen ivaretok sin plikt til å dokumentere hendelser der fysisk maktbruk ble benyttet. I flere tilfeller stod det beskrevet i beboers journal at ansatte var utsatt for slag, klyp eller forsøk på biting. Det stod ingenting om hvordan slike hendelser ble håndtert, herunder om det var brukt fysisk makt mot beboeren. Beboerens vedtak inneholdte lite informasjon om hvordan slike hendelser blir dokumentert, og Statsforvalteren hadde etterlyst dokumentasjon for fysiske makttiltak.

Sivilombudet understreker at journalføring av gjennomførte tvangstiltak er viktig for å ivareta beboernes rettssikkerhet og er et forebyggende tiltak mot ulovlig tvangsbruk. Kommunen må kunne

dokumentere at loven etterleves og at tvangen gjennomføres i samsvar med vedtaket.⁶⁷

Dokumentasjonen er også viktig som utgangspunkt for å kunne analysere og om nødvendig endre uheldig praksis og håndtering.

Samlet vurdering

De samlede funnene tydet på at avdelingen det siste halve året hadde tatt nødvendige steg for å redusere det høye omfanget av alvorlige hendelser og fysisk maktbruk. Det var etablert en stabil og kompetent personalgruppe som i større grad enn tidligere lyktes med å redusere bruk av tvang og makt, identifisere beboerens ønsker og behov samt å gi nødvendig forutsigbarhet i hverdagen.

Samtidig levde beboeren fortsatt med svært inngripende og ulovlig innlåsing i sitt eget hjem døgnet rundt. Dette ble forverret av et begrenset innendørsareal og et uegnet uteområde som fremsto som uverdig og utrygt. I tillegg hadde beboeren nesten ingen aktiviteter utenfor boligen. Sivilombudet viser til kommunens plikt til å legge til rette for et verdig tjenestetilbud, og til at ansatte blir satt i stand til å overholde lovgivningen.⁶⁸ Kommunens plikt til å forebygge tvang, og kravet om å prøve andre løsninger, kan medføre at beboeren har krav på tjenester utover det som ellers ville anses som tilstrekkelig ut fra hjelpebehovet.⁶⁹ Der en beboer utsettes for ulovlig frihetsberøvelse, har kommunen plikt til å iverksette tiltak for å sikre at lovbruddet opphører.

I tillegg fant vi flere andre svakheter i beboerens tjenestetilbud. Risikofaktorene omfattet for lav kunnskap om tvangslovgivningen og trening på teknikker for skånsom fysisk maktbruk, samt svakheter i dokumentasjonen av tvangsbruken. Samlet bidro disse forholdene til at beboeren var utsatt for en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Anbefaling: Bruk av fysisk makt og skjerming

- Kommunen må iverksette tiltak for å sikre et tilrettelagt tjenestetilbud uten ulovlig frihetsberøvelse.

4.3 Bofellesskap med fire leiligheter

To av personene vi besøkte, bodde i et bofellesskap med totalt fire leiligheter. Vi fant at tjenestetilbudet til disse personene var organisert og tilrettelagt på en slik måte at det var lav risiko for bruk av tvang og makt.

Beboerne hadde begge tvangsvedtak som omfattet låste verandadører og utgang med følge (fotfølging), på grunn av fallrisiko og manglende forståelse for trafikkbildet. Vi fant ingen indikasjoner på at beboerne ble hindret i å forlate leilighetene sine. Journalgjennomganger for én måned viste at personalet regelmessig ble med dem ut på turer med bil eller til fots i nærområdet.

Ansattgruppen i bofellesskapet kjente beboerne godt og det så ut til at gode relasjoner mellom ansatte og beboere bidro til lite bruk av fysisk makt. Begge beboerne hadde i perioder utfordrende

⁶⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10, med videre henvisninger til helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal. Se også Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.10.

⁶⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav c og d.

⁶⁹ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 1.2.5 og kapittel 4.5.2.2.

atferd, men det ble ikke gjort funn verken i journalgjennomgang eller ved andre undersøkelser om konkrete hendelser med fysisk maktbruk. I motsetning til de andre avdelingene vi besøkte, fremsto helseoppfølgingen av disse beboerne som solid. Avdelingen hadde en erfaren sykepleier som synes å være en stor ressurs for beboerne, og en pådriver for at andre instanser fulgte opp deres helsebehov. Begge beboerne fikk årlig helsekontroll, og journalgjennomgang tydet på at det også ble holdt samarbeidsmøter der helseoppfølging inngikk som en viktig del.

5 Forebygging av tvang

Dette kapittelet ser på hvordan kommunen jobbet med forebygging av tvangsbruk. Forebygging omfatter faktorer som gode bomiljø, fysiske rammebetingelser, tilstrekkelig bemanning og riktig kompetanse. Også beboernes selvbestemmelse og medvirkning, og ivaretagelse av helseoppfølging og habilitering kan bidra til å forebygge tvang. Kapittelet omtaler overordnede forbedringsområder for å forebygge bruk av tvang.

Rettslige rammer og standarder

FNs torturkonvensjon pålegger medlemsstatene å iverksette effektive tiltak for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling.⁷⁰ Europarådets torturforebyggingskomité har gitt anbefalinger om ulike forebyggingstiltak for å sikre et trygt bomiljø for personer med nedsatt funksjonsevne og et tilstrekkelig kvalifisert personell.⁷¹

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 å forebygge bruk av tvang og makt. Det innebærer blant annet at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet, og så langt som mulig i samsvar med retten til selvbestemmelse.⁷²

Retten til selvbestemmelse og til å medvirke i eget liv gjelder alle, og mottakere av helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i utformingen og gjennomføringen av tjenestene de får.⁷³ Denne retten er et viktig tiltak for å forebygge tvang og gjelder uavhengig av om personen er samtykkekompetent.⁷⁴ Det innebærer blant annet at kommunene må legge til rette for at beboerne kan utvikle sine evner til å ta egne valg.⁷⁵

Plikten til forebygging av tvang omfatter både generell tilrettelegging av tjenestetilbudet, slik at disse holder en tilfredsstillende faglig og etisk standard, og en individuell tilrettelegging ut fra den enkelte tjenestemottakers situasjon og behov.⁷⁶ I tillegg innebærer kravet om forebygging at kommunen plikter å gi nødvendig opplæring, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapittel 9.⁷⁷

Plikten til å forebygge tvang gjelder også etter at et tvangsvedtak er godkjent. Kommunen må derfor kontinuerlig arbeide med å forebygge tvang.⁷⁸

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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.

⁷² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 andre setning. Bestemmelsen viser også til § 9-5 første ledd, om at andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapittel 9 settes i verk.

⁷³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-1 og 9-3.

⁷⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.

⁷⁵ Helsedirektoratet, rundskriv IS 10/2015, kapittel 4.4.2. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3.

⁷⁶ Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) pkt. 7.10 og kap. 11.

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd og Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.4.2.

5.1 Boforhold og fysiske rammebetingelser

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.⁷⁹ I dag er likevel bofellesskap og samlokaliserte boliger den dominerende boformen. Hjemmet skal gi en god ramme for det livet den enkelte ønsker å leve. Trygghet og forutsigbarhet i boligsituasjonen er sentralt.⁸⁰ Kommunens plikt til å forebygge bruk av tvang og makt omfatter derfor også å sikre at boligtilbudet ikke bidrar til, og så langt som mulig forebygger, at alvorlige situasjoner oppstår.

De aller fleste voksne personer med utviklingshemning leier bolig av kommunen.⁸¹ Boligene er ofte samlokaliserte i form av bofellesskap. Tilrettelagte kommunale boliger – såkalte omsorgsboliger – er ikke formelt en institusjon.⁸² Omsorgsboliger er dermed rettslig sett å regne som beboernes egne hjem. Helse- og omsorgstjenester tildeles i eget vedtak etter en individuell vurdering av hjelpebehovet på samme måte som for andre hjemmeboende.⁸³

Bofellesskap kan bidra positivt til gode levekår. Fellesløsninger kan samtidig gi risiko for at individuelt tilpassede tilbud blir mindre tilgjengelig.⁸⁴ Manglende tilpasning av boligforholdene kan også føre til frihetsbegrensninger som det ikke ville vært behov for andre steder.

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.⁸⁵ Dette omfatter boliger som er særlig tilpasset, med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det. Plikten til å medvirke til å skaffe tilpasset bolig bør sees i sammenheng med kommunens plikt til å forebygge tvang. Et trygt bomiljø som forebygger bruk av tvang, forutsetter både gode fysiske rammebetingelser og riktig sammensetning av beboere.⁸⁶

Boforholdene til flere av personene vi besøkte økte risikoen for bruk av tvang og makt. I to samlokaliserte bofellesskap gjorde små leiligheter, få fellesarealer og dårlig tilgang til uteområder det vanskelig å legge til rette for et trygt bomiljø for alle. Dette ble forsterket av at beboerne hadde svært ulike behov og funksjonsnivå og bodde tett på hverandre (se kapittel 4.1 *To samlokaliserte bofellesskap*). I et annet tilfelle fant vi også at utformingen av beboerens bolig og uteområder bidro

⁷⁹ NOU 2016: 17 På lik linje kapittel 14.2.2.

⁸⁰ Helsedirektoratet (2021). Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. juni 2021, lest 17. januar 2022), kap. 4.

⁸¹ 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.

⁸² Se 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.

⁸³ Se Helsedirektoratets brev 6. mars 2013: Svar på henvendelse vedr rettslig grunnlag for omsorgsbolig, og Prop. 99 L (2015–2016) punkt 3.6.

⁸⁴ Larun, L., & Thuve Dahm, K.T., (2020), Boformer for voksne med psykisk utviklingshemning, Folkehelseinstituttet.

⁸⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7.

⁸⁶ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 3.2.2.

til å øke risikoen for utagering og påfølgende bruk av fysisk makt (se kapittel 4.2 *Bolig for enkeltbeboer*).

Både boforholdene i de samlokaliserte bofellesskapene og i boligen for en enkeltbeboer som ble undersøkt under vårt besøk, reiste spørsmål ved om kommunens tilretteleggings- og forebyggingsplikt var oppfylt.

5.2 Bemanning og kompetanse

Å gi et trygt og riktig tjenestetilbud til personer med utviklingshemning som har utfordrende atferd krever en høyt kvalifisert personalgruppe som sammen jobber systematisk for å forebygge tvangsbruk. Krav til kompetanse og egnethet hos ansatte er viktig for å forebygge krenkelser av grunnleggende rettigheter og uforholdsmessig bruk av tvang.⁸⁷ De ansatte må også ha tilstrekkelig kunnskap om beboerne og deres særlige behov slik at tjenestene utføres på riktig måte og med minst mulig bruk av tvang og makt.

Beboeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tvangstiltak, og det skal være to tjenesteytere til stede hvis ikke dette er til ugunst for beboeren.⁸⁸ Loven stiller også krav til personalets utdanning. Kompetansekravene er strengere for planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) enn for tvangstiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak).⁸⁹

Kunnskap om vilkårene for bruk av tvang er også avgjørende for å sikre at det gjøres riktige vurderinger av blant annet nødvendighet og forholdsmessighet. Dette sikrer også at kommunens plikt til å forebygge bruk av tvang overholdes.⁹⁰

Alle avdelingene vi besøkte hadde ansatte med høyskoleutdanning innen sosial- eller pedagogiske fag eller med videregående utdanning som helsefagarbeidere, og en del som hadde høyskoleutdanning som vernepleiere. Kun en av de besøkte avdelingene hadde en sykepleier i personalgruppa. Alle beboerne vi besøkte ble også fulgt opp av ansatte som ikke oppfylte lovens kompetansekrav for gjennomføring av tvangsvedtak, men som hadde fått dispensasjon fra utdanningskravet. To beboere med tjenestevedtak om 2:1 bemanning, ble fulgt opp av henholdsvis 12 og 16 ansatte med dispensasjon fra utdanningskravene i § 9-9. Flere av disse var helsefagarbeidere, men det var også en del uten utdanning innen helse- og sosialfag.

Flere av beboerne ble fulgt opp av et høyt antall ansatte. Dette gjaldt spesielt i en av avdelingene, hvor antallet boenheter hadde påvirket organisering av driften. Ca 40 prosent av personalgruppen her var også deltidsansatte (se kapittel 4.1 *To samlokaliserte bofellesskap*). Ved de andre, mindre avdelingene, var andelen deltidsansatte lavere.

Kommunen plikter å gi nødvendig opplæring for å forebygge bruk av tvang og makt.⁹¹ Bodø kommune hadde opplæringspakker med grunnleggende opplæring i temaer som er viktige for alle yrkesgrupper. Det ble gjennomført fagdager og kurs om utvalgte temaer i henhold til en kompetanseplan. En del ansatte hadde også kurs i forebygging og håndtering av tvang og makt som skulle læres bort til resten av personalgruppa. E-læringskurs i regelverket om bruk av tvang og makt

⁸⁷ CPT (2020), avsnitt 17. Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.4.3.

⁸⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 andre ledd.

⁸⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 tredje ledd.

⁹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 første ledd andre punktum.

⁹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 med videre henvisning til § 8-1.

var obligatorisk for alle ansatte, og skulle gjentas hvert andre år.⁹² Nyansatte skulle gjennom tre opplæringsvakter der de fikk innføring i avdelingens rutiner og oppfølging av den enkelte beboeren.

Besøket avdekket behov for mer kunnskap om regelverket for bruk av tvang, særlig om forbud mot adgang til frihetsberøvelse, og om grenser for bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming. Personalet i flere av avdelingene vi besøkte opplevde å ha fått begrenset opplæring i regelverket om bruk av tvang og makt. Det var også behov for mer opplæring hos kommunens beslutningstakere om utforming og krav til begrunnelse av vedtak (se kapittel 3 *Avgjørelser om bruk av tvang*) og om lovens strenge krav til dokumentasjon av gjennomføringen av tvangstiltak.

Både ledelse og ansatte uttrykte bekymring for at opplæringsvaktene ikke var tilstrekkelig for å sette nyansatte i stand til å arbeide med beboerne som hadde mest utfordrende adferd. Opplæring av nyansatte i helge- og deltidsstillinger fremsto som spesielt sårbart. Flere ansatte pekte på behov for å få et bedre system på gjennomføringen av opplæringsvaktene. Mange ansatte opplevde at de hadde lite tid til faglig oppdatering i arbeidstiden uten at det gikk ut over beboerne.

Våre funn tydet også på behov for mer regelmessig opplæring og trening av personalgruppene i forebygging av utfordrende atferd og bruk av skånsomme teknikker ved bruk av tvang og makt.

Personalet som fulgte opp enkelte beboere ble regelmessig utsatt for spytt, slag og utageringer. De opplevde derfor både somatiske skader og betydelig psykisk belastning over tid. Dette vil også kunne ha negative konsekvenser for oppfølgingen av den enkelte beboer. Avdelingene vi besøkte synes gjennomgående å ha høy bevissthet om betydningen av å føre avvik, selv om flere erkjente at det fortsatt var et forbedringsområde. Ved flere av avdelingene ble det etterlyst tydeligere tilbakemeldinger fra ledelsen om oppfølgingen av avviksmeldingene. Ved en avdeling ble det pekt på behov for mer aktiv bruk av avvikene i det løpende kvalitetsarbeidet. En del ansatte hadde vært på kurs i psykologisk debriefing i regi av kommunens bedriftshelsetjeneste. Slike tiltak kan bidra til å hindre utbrenthet hos personalet og sikre gode helse- og omsorgstjenester.⁹³

Anbefaling: Bemanning og kompetanse

- Kommunen bør styrke sitt opplæringsarbeid slik at ansatte, inkludert ledere, har tilstrekkelig kunnskap om vilkårene for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Kommunen bør legge til rette for at ansatte får regelmessig øvelse i forebygging av utfordrende atferd og skånsomme teknikker ved bruk av tvang og makt.

5.3 Selvbestemmelse og medvirkning

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med beboeren og informasjonen som gis skal være tilpasset personens individuelle forutsetninger, som alder og modenhet.⁹⁴ Å tilrettelegge for selvbestemmelse er et viktig tiltak for å forebygge bruk av tvang.⁹⁵

⁹² Alle ansatte måtte ha e-læringskurs om bl.a. helsehjelp og bruk av tvang, tvang og makt - skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og planlagte tvangstiltak.

⁹³ CPT (2020), avsnitt 17.

⁹⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

⁹⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 jf. § 9-1 andre ledd.

Personalet syntes å ha god kunnskap om hvordan personer med store oppfølgingsbehov og nedsatt funksjonsevne kunne få hjelp til å bestemme over egen hverdag. Vi fant blant annet eksempler på systematisk bruk av alternative kommunikasjonsformer som piktogrammer og andre alternative former for kommunikasjonsteknikker for å sette beboerne i stand til å være med og bestemme innholdet i sin egen hverdag. Slike tiltak la til rette for økt forutsigbarhet og trygge rammer som kan bidra til å forebygge uro og tvangsbruk.

Både personen selv og deres pårørende og verge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndigheten og tingretten.⁹⁶ At verge og nærmeste pårørende trekkes inn i vedtaksprosessen sammen med den det gjelder, er et sentralt rettssikkerhetstiltak (se også 7.4 *Opplæring og veiledning av verger*).⁹⁷ Gjennom sin kjennskap til personen kan verge og nærmeste pårørende bidra med viktige synspunkter og tilleggsopplysninger, og deres syn skal derfor vektlegges.

Gjennomgående viste funnene at kommunen ga nærmeste pårørende og verger anledning til å uttale seg før vedtak om bruk av tvang og makt fattes, og at de fikk skriftlig informasjon om sin uttale- og klagerett. Vårt inntrykk var at både pårørende og verger gjennomgående hadde forståelse for tvangstiltakene som deres nærstående hadde vedtak om. Vi fant flere gode eksempler på at de nærmeste pårørende ble brukt aktivt av personalet i det løpende arbeidet med å forebygge bruk av tvang og makt. Samtidig var det enkelte pårørende som ikke opplevde at de ble tilstrekkelig involvert i utformingen av tjenestetilbudet og at dialogen med kommunen var krevende.

5.4 Helseoppfølging og habilitering

Personer med utviklingshemning har rett til somatisk og psykisk helsehjelp på lik linje med befolkningen ellers.⁹⁸ 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.⁹⁹ Det må sikres at personer med utviklingshemning får de helsetjenestene de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne.¹⁰⁰

Personer med utviklingshemning har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen.¹⁰¹ Dette skyldes flere faktorer, slik som økt risiko for å utvikle 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. Deres personlige språk og kommunikasjonsferdigheter vil variere, enten det gjelder talespråk,

⁹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

⁹⁷ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.3.3.

⁹⁸ Se FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ØSK, artikkel 12 jf. 2 nr. 2; FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 25, og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b, jf. prioriteringsforskriften (FOR-2000-12-01-1208) § 2.

⁹⁹ CRPD artikkel 25 a).

¹⁰⁰ CRPD artikkel 25 a og b.

¹⁰¹ NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.3.

tegnspråk eller alternativ supplerende kommunikasjon (ASK).¹⁰² 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 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 omsorgstjenester til personer med utviklingshemning er det beskrevet hva slik kompetanse, rutiner og opplæring bør inneholde.¹⁰³

God helseoppfølging er en forutsetning for å forebygge bruk av tvang.¹⁰⁴ Smertetilstander og sykdom som ikke oppdages og følges opp, kan komme til uttrykk som selvskading og aggresjon. Dette øker risikoen for at smerter møtes med bruk av tvang. Dette gjelder spesielt der personens nedsatte funksjonsnivå gjør at vedkommende ikke forstår hvorfor smertene eller ubehaget oppstår, eller ikke klarer å formidle dette til omgivelsene.¹⁰⁵ 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 og kan legge til rette for videre helseoppfølging.

Flere av beboerne vi besøkte, hadde omfattende og sammensatte helseutfordringer som krevde tett oppfølging og høy helsefaglig kompetanse hos ansatte. Disse var forårsaket av ulike somatiske og psykiske tilstander. De fleste hadde også svært reduserte språkferdigheter og behov for særlige tilpasninger for å få helsehjelp, blant annet på grunn av utfordrende atferd.

Beboeres helsetilbud i kommunen

Personer med utviklingshemning har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra den kommunen de oppholder seg i.¹⁰⁶ Dette innebærer at personen har krav på en minstestandard uavhengig av kommunens økonomi.¹⁰⁷ Minstestandarden fastsettes ut fra en individuell vurdering av personens behov.

Våre funn viste at personalet i boligene gjennomgående hadde god kjennskap til beboernes bakgrunn, behov og utfordringer i hverdagen. Det syntes å være god forståelse av at smerter eller andre symptomer kunne være underliggende årsak til uro eller utagering.

Kommunen brukte imidlertid i liten grad målings- og kartleggingsverktøy for å fange opp somatiske og psykiske helseutfordringer som smerter, angst og depresjon. Bruk av slike verktøy anbefales av Helsedirektoratet.¹⁰⁸ Helseoppfølgingen skjedde stort sett gjennom ansattes observasjon og tolkning av atferd basert på kjennskap til den enkelte beboer. Manglende objektive mål på allmenntilstand

¹⁰² 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 alternativ og supplerende kommunikasjon (forkortet ASK), se www.statped.no.

¹⁰³ Helsedirektoratet, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Nasjonal veileder kapittel 6. Sist faglig oppdatert 8. mars 2022. Veilederen er tilgjengelig digitalt på www.helsedirektoratet.no.

¹⁰⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 og Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 4.4.2.

¹⁰⁵ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 3.4.2.4.

¹⁰⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

¹⁰⁷ Høyesteretts dom 25. september 1990 i Rt. 1990 side 874 (Fusa-dommen).

¹⁰⁸ Helsedirektoratet, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Nasjonal veileder kapittel 6.

kan gi utfordringer i å fange opp alvorlig sykdomsutvikling og er særlig sårbart i avdelinger med et høyt antall ansatte, mange av dem deltidsansatte.¹⁰⁹

For flere av beboerne hadde også kommunen vanskeligheter med å få til årlige helsekontroller, som anbefalt av Helsedirektoratet.¹¹⁰ Flere av beboerne motsatte seg å bli med til fastlegekontor og sykehus. Flere fastleger tilbød ikke hjemmebesøk, selv om konsultasjon med fastlege skal skje ved hjemmebesøk der det ikke er mulig for pasienten å komme til legekontoret.¹¹¹ Ansatte i den største avdelingen opplevde at de måtte kontakte legevakt eller tilkalle ambulansetjenesten, dersom de var bekymret for beboernes helsetilstand. To av beboerne i denne avdelingen hadde ikke hatt helsekontroll på mange år. Dette ble begrunnet med at det var utfordrende å få med seg beboerne til undersøkelse hos fastlegen. Kontoret til en av fastlegene skal ha manglet tilpasninger for rullestolbruker.

Noen av beboerne hadde måttet vente lenge før smerter og helseutfordringer ble fulgt opp. Vedvarende smertetilstander for noen av disse beboerne syntes å ha bidratt til økt utagering og tvangsbruk. Selv om det var bevissthet om dette blant personalet, var arbeidet med å fange opp og kartlegge beboernes helsetilstand sårbart.

For to av beboerne i den største avdelingen, var det mistanke om at utfordrende atferd kunne skyldes smerter. Det ble gitt smertestillende, men det var usikkert når undersøkelser av mulige underliggende tilstander kunne gjennomføres. Ansvar for helseoppfølging i denne avdelingen framstod som fragmentert og våre funn viste at det var risiko for at smerter og endret helsetilstand hos beboerne ikke ble fanget opp på et tilstrekkelig tidlig tidspunkt.

Beboeren som bodde alene, hadde sammensatte helseutfordringer som krevde spesialisert oppfølging. H*n hadde lite talespråk, som gjorde det vanskelig å si klart fra om eventuelle symptomer. Dette forutsatte at personalet hadde god kjennskap til beboeren og at de var årvåkne når det gjaldt å fange opp endringer i helsetilstand og smertetilstander. Det var ikke foretatt helsekontroll av denne beboeren de siste årene. En stor utfordring var at det hittil ikke hadde vært mulig å få tatt blodprøver av beboeren. Vi ble orientert om pågående tryggingsforsøk for å legge til rette for dette. Manglende objektive mål for helsetilstand ga risiko for at helseutfordringer ikke ble fanget opp, og at henvisninger ikke var treffsikre nok. Avdelingen hadde høsten 2021 fått ansatt en vernepleier med hovedansvar for å følge opp beboerens helse. Det var ingen sykepleiere ansatt i avdelingen. Beboeren fikk ny fastlege i 2020.

Avdelingen som bestod av et mindre bofellesskap, skilte seg positivt ut. Her var helseoppfølgingen tydelig plassert hos en ansatt sykepleier som var proaktiv og sikret koordinering og rask oppfølging av beboernes helse.

Helseoppfølging fra spesialisthelsetjenesten

¹⁰⁹ Se også Sivilombudets rapport etter besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune 16.–18. november 2021, kapittel 5.1.

¹¹⁰ Helsedirektoratet, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Nasjonal veileder kapittel 6.

¹¹¹ Se forskrift om fastlegeordning i kommunene § 18 om krav til fastlegens oppfølgingstilbud og § 8 om kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er betinget av at pasienten kan ha nytte av helsehjelpen, og at ressursbruken står i et rimelig forhold til nytten av helsehjelpen.¹¹² 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.¹¹³ Flere offentlige rapporter har dokumentert at personer med utviklingshemning ofte møter på barrierer som hindrer deres tilgang til likeverdig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.¹¹⁴

Flere av beboerne fikk oppfølging for psykiske helseutfordringer og utfordrende atferd fra Psykiatrisk innsatsteam ved Nordlandssykehuset. Vårt inntrykk var at innsatsteamets psykiatere hadde bidratt til gode kartlegginger av legemidler, og seponering av legemidler ved mistanke om uheldige bivirkninger.

Bistand fra spesialisthelsetjenesten om tvang og makt

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal spesialisthelsetjenesten bistå kommunen ved utforming og gjennomføring av tvangstiltak.¹¹⁵ Bistanden handler om å utrede og kartlegge problemer og årsaker, og lage strategier for hvordan utfordrende atferd kan møtes på en forsvarlig måte. Bistanden kan munne ut i tiltak rettet både mot den som mottar tjenester, ansatte og det ytre miljøet eller andre rammebetingelser.¹¹⁶ Spesialisthelsetjenesten har derfor en sentral rolle i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning.

Ansatte med ansvar for oppfølging av beboerne som vi besøkte, fikk bistand i form av råd- og veiledning fra to forskjellige enheter i spesialisthelsetjenesten, habiliteringsteamet for voksne og psykiatrisk innsatsteam, som begge er del av helseforetaket Nordlandssykehuset.

Vårt inntrykk av spesialisthelsetjenestens bistand til kommunens ansatte var i hovedsak godt. Bistanden fra Psykiatrisk innsatsteam fremsto som spesielt nyttig for kommunen i saker som gjaldt beboere med særlig utfordrende atferd. Særlig oppfølgingen av beboeren som bodde alene, hadde medført redusert utfordrende atferd og mindre tvangsbruk. Det var gjennomført kartlegginger av beboerens psykiske helse ved bruk av validerte måleverktøy og medikament med kjente uheldige bivirkninger på atferden til personer med utviklingshemning var seponert. På besøkstidspunktet ble medikamentendringen vurdert å ha god effekt og antatt medvirkende til mindre utfordrende atferd.

Individuell plan

Pasient- og brukerrettighetsloven gir «pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester» rett til en individuell plan for å sikre at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.¹¹⁷ Det er kommunens ansvar å utarbeide en slik plan, å tilby en koordinator for å sikre nødvendig oppfølging, samordning av

¹¹² Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften § 2.

¹¹³ Prioriteringsforskriften § 2a.

¹¹⁴ Se bl.a. NOU 2016:17 På lik linje, kapittel 11.4.8; Oslo Universitetssykehus (OUS), Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk lidelse: Munkhaugen E.K. m.fl., Kartlegging av spesialisthelsetjenester til ungdom og voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse i Norge, 2021.

¹¹⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 andre ledd siste setning og 9-9 første ledd, jf. også § 9-13.

¹¹⁶ Helsedirektoratet, rundskriv IS-10/2015, kapittel 5.4.

¹¹⁷ Se Pasient og brukerrettighetsloven § 2-5 og Helsedirektoratets nasjonale veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 13.1.

tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.¹¹⁸ Ved behov for langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, skal det oppnevnes en koordinator der også.¹¹⁹

Alle beboerne vi besøkte hadde behov som tilsa at de hadde rett til individuell plan, men ingen av dem hadde en slik plan som var i bruk.¹²⁰ Kommunen syntes i liten grad å vurdere individuell plan som nødvendig for personer med utviklingshemning, med mindre de var unge i en overgangsfase (f.eks. flytting fra foreldrehjemmet eller ny skole).

Manglende koordinering av helse- og omsorgstjenester for personer med utviklingshemning er også en utfordring på landsbasis. Undersøkelser tyder på at kun et mindretall av disse får tilbud om individuell plan, selv om dette er en lovpålagt oppgave.¹²¹

Sivilombudet minner om at individuell plan er forutsatt av lovgiver å være et viktig virkemiddel for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for utviklingshemmede der det er aktuelt å bruke tvang eller makt.¹²²

Anbefalinger: Helseoppfølging og habilitering

- Kommunen bør styrke arbeidet med å sikre at beboernes helsetilstand og smerter kartlegges og fanges opp av personalet.
- Kommunen bør iverksette tiltak for å sikre at beboere med utfordrende atferd får tilrettelagt tilgang til legetjenester, inkludert hjemmebesøk der det er nødvendig.
- Kommunen bør sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer tilbys individuell plan og en koordinator.

¹¹⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2.

¹¹⁹ Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 andre ledd og 2-5a.

¹²⁰ Enkelte av beboerne hadde tidligere hatt individuell plan, men disse var etter det opplyste ikke lenger aktivt brukt.

¹²¹ NOU 2016: 17 *På lik linje*, kapittel 11.5.3.

¹²² Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) kap. 7.10 Krav til forebygging.

6 Beskyttelse mot vold og overgrep

I dette kapittelet omtales Sivilombudets funn om kommunens arbeid for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep mot beboere med tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Vi har undersøkt kommunens rutiner og tiltak på området, og undersøkt om det er iverksatt opplæring eller andre kompetansehevende tiltak blant ansatte.

Rettslige rammer og standarder

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep fra andre beboere, nærstående eller profesjonelle omsorgspersoner.¹²³ Etter menneskerettighetene plikter myndighetene å iverksette tiltak for å hindre at slike krenkelser skjer.¹²⁴ 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.¹²⁵

Europarådets torturforebyggingskomité har understreket at tilstrekkelig bemanning til enhver tid samt opplæring, støtte og veiledning av ansatte er viktige forebyggende tiltak.¹²⁶ 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.¹²⁷

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 brukere og pasienter 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.¹²⁸

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.¹²⁹ 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.¹³⁰

¹²³ Se EMDs dom *I.C. mot Romania*, 2016, klagenr. 36934/08, avsnitt 55. Se også Helsedirektoratets veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, kapittel 5 Habilitering i dagliglivet.

¹²⁴ Grunnloven § 92, EMK artikkel 1 og CRPD artikkel 16.

¹²⁵ Se EMDs dom *I.C. mot Romania*, 2016, klagenr. 36934/08 (se særlig avsnittene 51-61) som viser at mangelfull etterforskning ved påstander om seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemning kan medføre brudd på statens positive plikter etter EMK artikkel 3.

¹²⁶ CPT (2020) avsnitt 5 og 17.

¹²⁷ CPT (2020) avsnitt 4.

¹²⁸ 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. Se også <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemning/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet/kommunen-skal-arbeide-systematisk-for-a-beskytte-personer-med-utviklingshemning-mot-vold-og-overgrep>

¹²⁹ Helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

¹³⁰ Se Helsedirektoratet, rundskriv IS-9/2015, Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet.

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.¹³¹ 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 en sårbar posisjon i forholdet til ansatte.

I lys av dette, er det avgjørende at kommunens rutiner også tar for seg hvordan man kan jobbe for å forebygge at vold og overgrep skjer. Et sentralt tiltak vil være å øke ansattes kunnskap om risikoen for overgrep og styrke deres kompetanse om forhold og situasjoner som kan gi økt risiko for overgrep og hvordan de kan bidra til å redusere risikoen på deres arbeidsplass. Ledelsen bør sikre at plikten til å forebygge overgrep jevnlig er tema for refleksjon blant de ansatte. Bevissthet om risikoen og et felles språk for hva dette betyr i arbeidshverdagen er i seg selv et viktig forebyggende tiltak.

Samtalene med ansatte i Bodø kommune tydet på behov for å styrke arbeidet med forebygging, avdekking og håndtering av vold og overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Tematikken ble diskutert blant de ansatte der det var behov for å beskytte beboere mot aggresjon eller grenseoverskridende seksualisert atferd fra andre beboere. Det var i svært begrenset grad et tema at beboere også kan bli utsatt for vold eller overgrep fra ansatte. Personalgruppen fremsto som usikre på hvordan de skulle gå fram dersom de fikk mistanke om slike forhold. På besøkstidspunktet hadde kommunen ingen skriftlige prosedyrer for forebygging, avdekking og håndtering av vold og overgrep mot beboere.

Kommunen hadde på besøkstidspunktet vedtatt at programmet TryggEst skulle innføres. TryggEst er et verktøy utviklet av Bufdir som skal bidra i å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep mot risikoutsatte voksne.¹³² Arbeidet med implementering av TryggEst var imidlertid blitt forsinket av covid-19-pandemien og var i en tidlig fase.

Sivilombudet fant ingen informasjon som ga mistanker om vold eller overgrep utført av ansatte overfor beboerne vi besøkte. Samtidig var det klart at kommunen bør arbeide mer systematisk for å skape bevissthet om at mennesker med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep.

Anbefalinger: Beskyttelse mot vold og overgrep:

- Kommunen bør utarbeide tydelige rutiner for forebygging og håndtering av vold og overgrep mot beboerne.
- 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.

¹³¹ Helsedirektoratets veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, kapittel 5 Habilitering i dagliglivet..

¹³² Se bl.a. <https://ny.bufdir.no/vold/tryggest/>

7 Kontroll og rettssikkerhet

I dette kapittelet omtales Sivilombudets funn om hvordan Statsforvalteren i Nordland ivaretar rettssikkerheten til de seks beboerne med tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 som vi har undersøkt under vårt besøk. Vi har undersøkt Statsforvalterens kontroll med tvangsvedtak og beslutninger, klagebehandling og tilsyn med tvang samt opplæring av verger.

Rettslige rammer og standarder

Effektive kontroll- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta rettssikkerheten til personer som er underlagt tvangstiltak og for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹³³ Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det statsforvalterens oppgave å føre kontroll med tvangstiltak gjennom overprøving av tvangsvedtak, klagebehandling og stedlige tilsyn med tvangstiltak.¹³⁴

Statsforvalteren skal overprøve alle vedtak om tvang som planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) og tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak).¹³⁵

Statsforvalterens vedtak kan påklages til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker og eventuelt bringes inn for domstolene.¹³⁶

Statsforvalteren skal også gjennomgå alle beslutninger om tvang i akutte nødsituasjoner (a-tiltak), og behandle eventuelle klager på slike beslutninger.¹³⁷ Statsforvalteren behandler også rettighetsklager etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.¹³⁸

Statsforvalteren er også tilsynsmyndighet og kan sette i gang tilsyn, enten på eget initiativ eller på anmodning fra den det gjelder eller en annen som har rett til det.¹³⁹ I tillegg skal statsforvalteren føre stedlig tilsyn med tjenestene til beboere som har vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.¹⁴⁰

Statsforvalterens kontrollfunksjoner er en sentral rettssikkerhetsgaranti for beboere som utsettes for tvang. Mennesker med utviklingshemning kan trenge særlig beskyttelse for å få ivaretatt sine interesser, og ordningene skal blant annet sikre at vilkårene for å benytte tvang er til stede.¹⁴¹

7.1 Overprøving

Statsforvalteren skal prøve alle sider av kommunens tvangsvedtak, inkludert faglige skønnsvurderinger.¹⁴² Statsforvalteren har ansvar for at vedtaket er tilstrekkelig utredet, og om nødvendig innhente mer informasjon fra kommunen for å kunne vurdere om vilkårene for bruk av

¹³³ CPT, 2020, avsnitt 33-35 og EMDs dom i M.S. mot Kroatia, 2015, avsnitt 105.

¹³⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-8, 9-11 og § 12-3 første ledd, andre setning.

¹³⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8.

¹³⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-11 og 9-12.

¹³⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 første ledd regulerer klagebehandlingen. Hvordan statsforvalteren skal gjennomgå meldingene er ikke nærmere lovregulert, men må ses i sammenheng med tilsynsrollen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Se nærmere i Helsetilsynet, Retningslinje for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Internserien 7/2011, revidert 2020, kapittel 2.

¹³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

¹³⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

¹⁴⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd andre setning.

¹⁴¹ Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) avsnitt 7.5.2; IS-2015-10 punkt 4.8.1.

¹⁴² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8 første ledd, jf. IS-10/2015 kapittel 4.8.3.

tvang er oppfylt.¹⁴³ Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før det er godkjent av Statsforvalteren i et eget vedtak.¹⁴⁴ I forbindelse med besøket innhentet vi alle Statsforvalterens overprøvinger for de siste fem årene som gjaldt beboerne vi besøkte.

Mangelfull vurdering av forholdsmessighet

I likhet med flere av kommunens vedtak, inneholdt flere av Statsforvalterens vedtak mangelfulle begrunnelser av sentrale vilkår for tvangsbruk (se kapittel 3.2 *Kvaliteten på vedtak om tvang i Bodø kommune*).

De fleste vedtakene vi gjennomgikk manglet tydelige begrunnelser for hvorfor Statsforvalteren vurderte kommunens tvangstiltak som etisk forsvarlige og forholdsmessige. Kun to av de seks nyeste tvangsvedtakene inneholdt en vurdering av om den samlede belastningen av tiltakene for beboeren sto i et rimelig forhold til skaden tvangstiltaket skulle hindre eller begrense. Ett av vedtakene inneholdt ingen forholdsmessighetsvurdering, til tross for at vedtaket inneholdt svært omfattende tvangstiltak.

I ett vedtak som ble truffet rett før Sivilombudets besøk, påpekte Statsforvalteren at kommunens vedtak manglet beskrivelse av de konkrete forholdene som var vurdert med tanke på faglig og etisk forsvarlighet. Vedtaket ble likevel godkjent, uten at det kom fram om Statsforvalteren hadde foretatt en selvstendig, samlet vurdering av om disse vilkårene var oppfylt.

Ettersom kravet til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende et tiltak er, fremstår deler av Statsforvalterens saksbehandling i disse sakene som problematisk.¹⁴⁵ Dette gjelder særlig de mangelfulle vurderingene av etisk forsvarlighet og forholdsmessighet.¹⁴⁶ Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettsikkerhetsgaranti for den enkelte.

Uklar hjemmel for tvangstiltak

Statsforvalteren skal påse at tvangstiltakene har hjemmel i lov, og dersom kommunen har angitt uklar eller feil hjemmel for tvangstiltakene, må dette klarlegges.¹⁴⁷ Statsforvalterens vedtak må inneholde informasjon om de reglene som vedtaket bygger på.¹⁴⁸

De fleste av kommunens nyere vedtak som gjaldt de besøkte beboerne manglet beskrivelse av om tvangstiltakene hadde hjemmel som skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak), eller som tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak) (se kapittel 3.2 *Kvaliteten på vedtak om tvang i Bodø kommune*). Det gjelder ulike tilleggsvilkår for tvang etter de to bestemmelsene og det kreves blant annet høyere fagkompetanse hos personalet når det gjennomføres b-tiltak.¹⁴⁹ Statsforvalterens overprøvingsvedtak ga i de fleste tilfeller ingen klargjøring eller selvstendig vurdering av hjemmelen for de enkelte tvangstiltakene. Dette gir blant annet risiko for at

¹⁴³ Forvaltningsloven § 17, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

¹⁴⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd.

¹⁴⁵ Forvaltningsloven §§ 24 og 25, jf. Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 og Rt. 2011 s. 111, avsnitt 50 og 51. Se også Forvaltningslovutvalgets utredning i NOU 2019: 5 kapittel 23.2.5.2.

¹⁴⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 andre ledd.

¹⁴⁷ Se Statens helsetilsyn, Retningslinjer for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, internserien 7/2011, revidert 2020. Kapittel 4.3.2, side 14.

¹⁴⁸ Forvaltningsloven §§ 24 og 25 jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

¹⁴⁹ Se hhv. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-6 og 9-9 tredje ledd.

Statsforvalteren godkjenner tvangstiltak som gjennomføres uten personale med den fagkompetanse som kreves etter loven.

Manglende oppmerksomhet om absolutte skranker for tvang

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 fastsetter særlig grenser for enkelte typer tvangsbruk. Ett av kommunens vedtak inneholdt bruk av mekanisk tvang, ved bruk av belte i rullestol. Tre av de seks vedtakene inneholdt skjerming- eller innlåsingstiltak. Dette er alle former for tvang som reguleres av § 9-6. Ingen av kommunens aktive vedtak inneholdt noen vurdering av om denne bruken av tvang var lovlig etter denne bestemmelsen (se kapittel 3.2 *Kvaliteten på vedtak om tvang i Bodø kommune*).

De manglende vurderingene ble ikke adressert i Statsforvalterens vedtak.¹⁵⁰ Overprøvingene inneholdt ingen vurdering av om skjerming kun skulle brukes i nødsituasjoner, slik loven krever, eller om lovens strenge regler for gjennomføring av tiltaket var oppfylt.¹⁵¹ Det er bekymringsfullt at både kommunen og Statsforvalteren ser ut til å overse absolutte skranker for gjennomføring av tvangstiltak som følger direkte av loven. I ett av tilfellene hadde Statsforvalteren også oversett at loven ikke gir anledning til frihetsberøvelse i form av døgntilvaring i egen bolig (se kapittel 4.2 *Bolig for enkeltbeboer*).

Sivilombudets funn fra tidligere besøk tyder på at manglende kunnskap om lovens absolutte skranker for inngripende tvang og forbud mot frihetsberøvelse er utbredt både i andre kommuner og hos flere statsforvaltere.¹⁵² Dette gir høy risiko for ulovlig tvangsbruk og for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Sivilombudet vil følge dette opp i dialog med sentrale helsemyndigheter.

Perioder med uhjemlet tvang

På tidspunktet for besøket hadde fem av de seks besøkte beboerne et godkjent tvangsvedtak.¹⁵³ Gjennomgang av beboernes tvangsvedtak i tidsrommet 2017–2022 viste at samtlige personer hadde hatt perioder på over tre måneder uten et godkjent tvangsvedtak, og i noen tilfeller atskillig lengre.¹⁵⁴

Manglene i kommunens saksbehandling, der vedtak ble sendt inn for sent eller ble underkjent som mangelfulle av Statsforvalteren i Nordland, er beskrevet i kapittel 3.3 *Perioder med uhjemlet tvang*. Samtidig tydet vår gjennomgang på at periodene uten godkjente tvangsvedtak også må tilskrives svake rutiner og til tider lang saksbehandlingstid hos Statsforvalteren.

Statsforvalterens saksbehandlingstid hadde i perioder oversteget tre måneder for fem av seks beboere vi besøkte.¹⁵⁵ I enkelte tilfeller fremsto saksbehandlingstiden som særlig lang, i fire overprøvingssaker hadde saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren tatt mellom seks og ti måneder.

¹⁵⁰ Statens helsetilsyn, Retningslinje for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, internserien 7/2011, revidert 2020. Kapittel 4.3.4.

¹⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.

¹⁵² Se Sivilombudets rapporter etter besøk til Drammen kommune i november 2020, kapittel 4.4; Hamar kommune 19.–21. oktober 2021 kapittel 3.3 og Kristiansand kommune 16.–18. november 2021 kapittel 4.2.

¹⁵³ Den sjette beboerens vedtak ble godkjent av Statsforvalteren i etterkant av besøket.

¹⁵⁴ Vi ba om alle kommunens vedtak med vedlegg, og statsforvalterens overprøving av disse, for perioden 8. mars 2017 - 8. mars 2022.

¹⁵⁵ Tidsrommet 2017-2022 som helhet.

For en av disse beboerne brukte Statsforvalteren mer enn åtte måneder på en overprøving der utfallet ble at vedtaket ikke ble godkjent. Nytt vedtak fra kommunen ble mottatt hos Statsforvalteren et halvt år etter, og godkjent én måned senere. Beboeren ble i dette tilfellet utsatt for tvang uten godkjent vedtak fra mai 2019 til november 2020.

En annen beboers vedtak ble ikke overprøvd av Statsforvalteren på grunn av «en krevende ressursituasjon». Beboeren ble utsatt for omfattende fysisk maktbruk i en periode på nesten åtte måneder, før kommunens sendte inn et nytt vedtak, som ble godkjent. Et tredje tilfelle gjaldt beboeren som bodde alene og som hadde et svært omfattende tvangsvedtak (se kapittel 4.2 *Bolig for enkeltbeboer*). I stedet for å overprøve vedtaket, innledet Statsforvalteren en skriftlig dialog med kommunen og gjennomførte et stedlig tilsyn der det ble påpekt flere lovbrudd. Vedtaket som ble mottatt fra kommunen sommeren 2021 ble overprøvd og godkjent først over ni måneder senere. Konsekvensen for beboeren var vedvarende og svært omfattende tvangsbruk uten godkjent vedtak i en periode på nesten ett år og ni måneder.

Statsforvalterens vedtak manglet i de fleste tilfeller frister for når kommunen skulle sende et eventuelt nytt vedtak til overprøving. Dette er ikke i tråd med føringer fra Helsetilsynet om hvordan vedtaksfrie perioder skal unngås.¹⁵⁶ Kommunens ansatte opplevde videre sprikende, og noen ganger manglende, svar fra Statsforvalteren på spørsmål om oversendelse av vedtak og bruk av a-meldinger for dokumentasjon av tvang uten godkjent vedtak (se kapittel 3.3 *Perioder med uhjemlet tvang*).

Sivilombudet ser alvorlig på det som framstår som utstrakt bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemning uten godkjent tvangsvedtak. Statsforvalterens mangelfulle ivaretagelse av beboerens rettssikkerhet på dette området fremstår som rettslig uforsvarlig (se også kapittel 3.3 *Perioder med uhjemlet tvang*).

Anbefalinger: Overprøving

- 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 overprøving av vedtak skjer innen satte tidsfrister, og at vedtak som omhandler inngripende tvang og som ikke godkjennes, følges opp innen rimelig tid, og at kommunen mottar nødvendig veiledning.

7.2 Tilsyn

Statsforvalteren skal ha stedlige tilsyn hos beboere med vedtak som godkjennes etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.¹⁵⁷ Det stedlige tilsynet er viktig for å evaluere vedtaket, og for å sikre at kommunen overholder lovens krav og Statsforvalterens overprøving.¹⁵⁸ Hvor ofte stedlige tilsyn skal gjennomføres for den enkelte beboer, er ikke presisert i loven. Ifølge Kommunal- og distriktdepartementet skal stedlige tilsyn der det er vedtak om bruk av tvang overfor personer med

¹⁵⁶ Statens helsetilsyn, Retningslinje for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, kapittel 4.8.

¹⁵⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 andre setning. Se også Statens helsetilsyn, Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, Internserien 6/2019.

¹⁵⁸ Ot.prp. nr. 57 (1995–1996) kapittel 4.4.

utviklingshemning, være en prioritert oppgave for statsforvalterne.¹⁵⁹ Det skal gjennomføres tilsyn når et nytt tvangstiltak er overprøvd og godkjent, og ellers skal Statsforvalteren prioritere tilsyn ut fra informasjon om risikoforhold, kjennskap til kommunene og vedtak om inngripende tvangstiltak.¹⁶⁰ 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.¹⁶¹

I løpet av de siste fem årene hadde Statsforvalteren i Nordland gjennomført stedlig tilsyn hos fire av de seks beboerne vi besøkte.¹⁶²

For to av beboerne som bodde i samme bofellesskap, var det ikke gjennomført stedlig tilsyn i løpet av femårsperioden. Flere risikoforhold ved tjenestetilbudet og bomiljøet tilsa at stedlig tilsyn med deres vedtak skulle vært gjennomført (se kapittel 4.1 *To samlokaliserte bofellesskap*). Begge beboerne hadde de siste årene fått lagt til eller endret tvangstiltak i vedtakene sine. Beboerne hadde begge omfattende tvangsvedtak og omsorgsbehov, med begrenset talespråk og utfordrende atferd som jevnlig skapte behov for tvangsbruk. Bomiljøets størrelse og det høye antallet ansatte tilsa også at tilsyn burde vært utført.

I tre av tilsynsbesøkene fant Statsforvalteren ingen lovbrudd, selv om kommunen mottok anbefalinger om forbedringsområder. I ett av tilsynsbesøkene konkluderte Statsforvalteren med flere lovbrudd som følge av omfattende og ulovlig tvangsbruk. I dette tilfellet hadde Statsforvalteren imidlertid ikke fanget opp at helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ikke gir adgang til tvangstiltak som innebærer frihetsberøvelse ved døgntilværelse i egen leilighet (se kapittel 4.2 *Bolig for enkeltbeboer*).

En gjennomgang av tilsynsrapportene tydet ellers på at tilsynsbesøk gjennomgående ble gjennomført i tråd med føringer fra Statens helsetilsyn.¹⁶³ Det ble gjennomført besøk til beboernes bolig, inkludert befaring, samtaler med pårørende/verge, ansatte og ledelse, og dokumentgjennomgang. Av flere av tilsynsrapportene kom det likevel ikke klart fram om det var forsøkt å samtale med eller treffe beboeren selv. Der det er mulig, er det å treffe den som utsettes for tvangstiltaket, en viktig kilde til kunnskap om tiltakets etiske forsvarlighet og forholdsmessighet.¹⁶⁴

Anbefalinger: Tilsyn

- Statsforvalteren må sikre at det gjennomføres stedlig tilsyn med tvangsvedtak når nytt tvangstiltak er godkjent og ellers når tvangstiltakenes karakter og andre risikoforhold tilsier det.
- Under stedlig tilsyn bør Statsforvalteren tilby samtale med beboere som har tvangsvedtak, der dette er mulig. De som gjennomfører tilsynet, bør uansett forsøke å treffe beboeren.

¹⁵⁹ Kommunal- og distriktdepartementet, tildelingsbrev til statsforvalterne 2022, kapittel 2.6 Tilsyn.

¹⁶⁰ Hovedinstruksen (Virksomhets- og økonomiinstruks for statsforvalterne), kapittel 5.3.8.11, fastsatt av Kommunal- og distriktdepartementet 5. desember 2019. Se også Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, Statens helsetilsyn, Internserien 6/2019, punkt 2.1. side 3.

¹⁶¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

¹⁶² Aktuell tidsperiode var 8. mars 2017– 8. mars 2022.

¹⁶³ Statens helsetilsyn, Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, internserien 6/2019.

¹⁶⁴ Statens helsetilsyn, Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, internserien 6/2019, kapittel 4.5. Se også CPT, 2020, avsnitt 35.

7.3 Klager på tvangsvedtak og beslutninger mv.

Beboerne, deres pårørende og verger kan klage på vedtak som er overprøvd av Statsforvalteren til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.¹⁶⁵ De samme personene kan også påklage beslutninger om tvang i enkeltstående nødsituasjoner til Statsforvalteren.¹⁶⁶

I perioden fra 1. mars 2017 til 1. mars 2021 var det ikke fremmet noen klager på beslutninger om tvang i enkeltstående nødsituasjoner (a-meldinger) i Statsforvalterens embetsområde. Ett av Statsforvalterens overprøvingsvedtak som gjaldt bruk av tvang og makt mot en person med utviklingshemning i Bodø kommune ble påklaget i dette tidsrommet, og Statsforvalteren omgjorde sitt eget vedtak i saken. Saken gjaldt ingen av personene Sivilombudet besøkte. Det foreligger derfor ingen klagevedtak fra Fylkesnemnda eller saker som er brakt inn for domstolene i perioden.

Flere av beboerne vi besøkte var underlagt svært omfattende og inngripende tvang på en rekke livsområder. De fleste pårørende ga uttrykk for forståelse for behovet for tvangstiltak. Det kom også fram informasjon som tydet på at enkelte pårørende vegret seg for å klage på forhold som gjaldt innholdet i tjenestetilbudet fordi dialogen med kommunen opplevdes som vanskelig. God tilgang til informasjon om tjenestetilbudet og de faglige begrunnelsene for dette, er en forutsetning for å kunne vurdere behov for å klage (se også kapittel 5.3 *Selvbestemmelse og medvirkning*). En annen forutsetning for å utøve klageretten er grunnleggende kunnskap om regelverket om bruk av tvang og makt (se kapittel 7.4 *Opplæring og veiledning av verger*).

7.4 Opplæring og veiledning av verger

Verger er en viktig rettsikkerhetsgaranti for personer med utviklingshemning. Vergen skal høres før det fattes vedtak om tvang, og skal motta informasjon om muligheten til å uttale seg i saker som overprøves, og om retten til å klage (se kapittel 5.3 *Selvbestemmelse og medvirkning*).¹⁶⁷ Kommunen kan ikke treffe vedtak om tvang overfor personer med utviklingshemning uten at det først er oppnevnt en verge med et mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.¹⁶⁸ Verge oppnevnes av Statsforvalteren som lokal vergemålsmyndighet.¹⁶⁹ Kommunen har ansvaret for å begjære oppnevning eller endring av eksisterende vergemål for den det er aktuelt å treffe tvangsvedtak for.¹⁷⁰ Statsforvalteren kan også treffe vedtak om vergemål av eget tiltak.¹⁷¹ Det er Statsforvalteren som skal sørge for at oppnevnte verger får nødvendig opplæring, veiledning og bistand.¹⁷² Opplæringen skal tilpasses vergeoppdragets innhold og omfang og skal gis ved opplæring og senere ved behov.¹⁷³

Alle beboerne vi besøkte hadde en oppnevnt verge. De fleste vergene var en av beboerens nærmeste pårørende. To beboere hadde en fast (profesjonell) verge. Kun to av vergene hadde et vergemandat

¹⁶⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 andre ledd.

¹⁶⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 første ledd.

¹⁶⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

¹⁶⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd.

¹⁶⁹ Vergemålsloven §§ 6 og 25, jf. § 55.

¹⁷⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd andre setning.

¹⁷¹ Vergemålsloven § 56 første ledd.

¹⁷² Vergemålsloven § 6 andre ledd.

¹⁷³ Forskrift 15. februar 2013 nr. 201 til vergemålsloven (vergemålsforskriften), § 1.

som uttrykkelig omfattet saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. En av beboerne med omfattende tvangsvedtak, så kun ut til å ha en verge på det økonomiske området. De fleste vergemandatene omfattet ansvar for å ivareta vergehavers interesser på det personlige området.¹⁷⁴ Med mindre noe annet klart framgår, omfatter slike vergeoppdrag ivaretagelse av vergehavers rettssikkerhet etter helse- og omsorgslovgivningen, inkludert tvangstiltak etter kapittel 9.

Samtaler med flere av vergene, både nærstående og faste verger, etterlot tvil om de selv opplevde at de hadde noen formell rolle som verge når det gjaldt tvang og makt etter kapittel 9. Flere opplevde at vergeoppdraget kun handlet om å ivareta beboerens økonomi.

En av de faste vergene hadde ansvar overfor en beboer med et svært omfattende og lovstridig tvangsvedtak (kapittel 4.2 *Bolig for enkeltbeboer*). Heller ikke denne vergen hadde forstått at vergeoppdraget, som uttrykkelig omfattet helse- og omsorgssaker, innebar et ansvar for å ivareta beboerens rettssikkerhet i saker om tvang og makt. På besøkstidspunktet hadde vergen ikke møtt beboeren hjemme.

Funnene viste at flere av beboernes verger som hadde ansvar for å ivareta vergehavers rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt, var usikre på hva denne delen av vergeoppdraget innebar. Ingen av dem syntes å ha fått tilfredsstillende opplæring fra Statsforvalteren om vergeoppdraget som omfattet regelverket om bruk av tvang og makt, eller om deres ansvar for å ivareta vergehavers rettssikkerhet i slike saker. Det fremsto også som det var behov for mer opplæring og veiledning om andre klagemuligheter, slik som adgangen til å klage på vegne av vergehaver over manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, eller vergens anledning til å be Statsforvalteren om å vurdere opprettelse av tilsynssak.

En del personer med utviklingshemning, særlig personer med omfattende tvangsvedtak og oppfølgingsbehov, er ofte helt avhengige av personalet og sine nærmeste for å få oppfylt sine grunnleggende rettigheter. Det er godt dokumentert at personer med utviklingshemning er spesielt utsatt for rettighetsbrudd og krenkelser, og det er derfor avgjørende at deres rettssikkerhet kontrolleres strengt. I lys av dette er det bekymringsfullt at flere verger ikke hadde fått tilstrekkelig grundig opplæring og veiledning om vergeoppdraget. Dette svekket deres mulighet til å ivareta beboernes rettssikkerhet.

Anbefalinger: Opplæring og veiledning av verger

- Statsforvalteren bør sikre at alle med vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har oppnevnt verge med et mandat som dekker oppgaver knyttet til dette lovverket.
- Statsforvalteren bør sikre at alle oppnevnte verger får tilstrekkelig opplæring og veiledning for å ivareta beboernes rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt.

¹⁷⁴ Vergemålsloven § 21 andre ledd.

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
www.sivilombudet.no



Utsikt over Bodø. Foto: Sivilombudet