



**SIVILOMBUDET**

SIVILOMBUDETS BESØK TIL BOLIGER  
FOR MENNESKER MED UTVIKLINGSHEMNING  
2020–2022

Oppsummering av de viktigste funnene



Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte i 2020, 2021 og 2022 besøk til 15 boliger for mennesker med utviklingshemning i kommunene Drammen, Hamar, Kristiansand og Bodø. Beboerne i disse boligene var alle mennesker med omfattende hjelpebehov og vedtak om tvangstiltak. I forkant av besøkene ble alle kommunenes tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gjennomgått og boligene ble valgt ut basert på omfanget av tvang overfor den enkelte beboer.

Funn og anbefalinger fra disse besøkene er presentert i fire rapporter som Sivilombudet følger opp med de aktuelle kommunene.

Her presenteres de viktigste utfordringene Sivilombudet har avdekket gjennom besøkene.

## Bakgrunn for besøkene: risiko for nedverdiggende og umenneskelig behandling

Mennesker med utviklingshemning kan ha store hjelpebehov som gjør dem avhengige av andre. I tillegg kan de ha vansker med å formidle behov eller si ifra hvis noe ikke er greit. Nedsatt kognitiv funksjon kan også føre til oppførsel som andre kan oppfatte som problematisk. Alle disse faktorene øker risikoen for at mennesker med utviklingshemning opplever krenkelser.<sup>1</sup>

Sivilombudet skal gjennomføre besøk til steder der noen er, eller kan være, fratatt friheten. Formålet med besøkene er å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>2</sup> Selv om lovverket ikke gir en egen hjemmel for frihetsberøvelse eller tvangsplassering av mennesker med utviklingshemning, åpner helse- og omsorgstjenesteloven for bruk av tvang og makt i gjennomføringen av tjenestetilbudet til utviklingshemmede. I praksis kan derfor mennesker med utviklingshemning være underlagt omfattende begrensninger og frihetsberøvelse.

## Bruk av tvang mot mennesker med utviklingshemning – hva sier loven?

Alle mennesker har rett til å bestemme over seg selv og menneskerettighetene stiller derfor strenge krav til når tvang kan brukes. Tvang er kun tillatt som en siste utvei dersom tiltaket har tilstrekkelig hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig.<sup>3</sup> Flere menneskerettighetsorganer i FN har de siste årene uttalt seg kritisk til tvangsbruk overfor mennesker med nedsatt funksjonsevne, inkludert skjerming fra andre personer.<sup>4</sup> FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) slår fast at personer med nedsatt funksjonsevne har rett selvbestemmelse.<sup>5</sup>

Det er helse- og omsorgstjenesteloven som regulerer bruk av tvang og makt overfor mennesker som har diagnosen psykisk utviklingshemning. Loven stiller strenge vilkår for bruk av tvang og makt av hensyn til personens rettsikkerhet og menneskerettighetsvern.

Selv om vilkårene for bruk av tvang og makt er strenge, er det i stor grad opp til kommunene selv å vurdere hva slags tvangstiltak som kan iverksettes når vilkårene er oppfylt. Dette gir kommunen et betydelig ansvar for å sikre at makt og tvang ikke brukes i større utstrekning enn det er hjemmel for.

Vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 skal overprøves av statsforvalteren før det kan iverksettes. Statsforvalteren skal undersøke om vilkårene for å bruke tvang og makt er til stede og om tvangstiltakene kommunen ønsker å sette i verk er forholdsmessige og etisk forsvarlige.

#### Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5

Loven definerer fire vilkår som må være oppfylt for å bruke tvang:

- andre løsninger må være forsøkt
- tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade
- tiltaket og gjennomføringen må være faglig og etisk forsvarlig
- inngrepet må stå i et rimelig forhold til det som kan oppnås med tiltaket

Tvang kan brukes i tre situasjoner:

- Som skadeavvergende tiltak i en nødsituasjon
- Som planlagt skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner
- Som tiltak for å ivareta grunnleggende behov

Avgjørelse om å iverksette tvangstiltak skal treffes ved enkeltvedtak.

## Funn 1: Mangelfulle tvangsvedtak

**Sivilombudet fant dårlig begrunnede tvangsvedtak i alle kommunene vi besøkte. Dette svekker rettssikkerheten og gjør det uklart hvor omfattende tvangsbruken er.**

For å ivareta rettssikkerheten til den som utsettes for tvang, må et tvangsvedtak inneholde en konkret og tydelig beskrivelse av hvilke tvangstiltak som skal utføres. Det stilles klare krav til begrunnelse av hvert tiltak og kravet til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende tiltaket er.<sup>6</sup> Tvangsvedtak kan fattes for inntil 12 måneder av gangen og kommunen må fortløpende vurdere om det er grunn til å opprettholde tvangen eller om vilkårene ikke lenger er til stede.

#### Dårlig begrunnede vedtak

Uklare vedtak fører til utydighet for ansatte som skal utøve tvangen og gjør det vanskeligere å føre kontroll. Det blir vanskelig å få en god oversikt over hvor mye tvang en person i realiteten utsettes for. Mangelfulle vedtak er også et brudd på rettssikkerheten til den som utsettes for tvang, og svekker muligheten til å klage.

Under nesten alle besøkene fant vi vedtak om tvang med store svakheter. Mange av vedtakene Sivilombudet gikk gjennom inneholdt generelle vendinger og manglet nødvendige vurderinger av om tvangstiltakene var faglig og etisk forsvarlige og om de var forholdsmessige. Flere vedtak manglet også informasjon om forhold som talte mot bruk av tvang.

Svært få av vedtakene vi gikk gjennom inneholdt en vurdering av hvor inngripende tvangstiltakene *samlet sett* var for den enkelte. Helsedirektoratet krever at tvangstiltak ikke kan «*vurderes isolert, men må vurderes ut fra den totale livssituasjonen til tjenestemottakeren, og hvor inngripende tiltaket samlet sett blir for vedkommende.*»<sup>7</sup>

#### Upresis beskrivelse av hva slags tvang som kan utøves

Flere tvangstiltak ble beskrevet under en samlebetegnelse som f.eks. «tvang ved utfordrende adferd». Det kunne omfatte ulike typer inngripende tvang som holding, nedleggelse, føring, løsning av grep og skjerming. Slike samlebetegnelser svekker muligheten for å vurdere om vilkåret for det enkelte

tvangstiltaket er oppfylt. Det blir også uklart når det enkelte tiltaket skal brukes og hva de relevante forebyggende tiltakene er for å unngå bruken av tvang.

### Manglende løpende vurderinger av tvangsvedtak

Flere av menneskene vi besøkte hadde levd med tvangsvedtak i en årrekke. I slike tilfeller ser vi at det er en fare for at kommunens vedtaksarbeid blir redusert til en administrativ rutine der argumentasjon og tekst gjenbrukes, uten at det gjøres nye, reelle vurderinger av om vilkårene for et tvangstiltak fortsatt er til stede. En beboer vi møtte hadde de siste årene endret atferd slik at det ikke lenger var behov for å bruke tvang. Til tross for dette hadde beboeren et vedtak som inneholdt inngripende tvangstiltak som ikke lenger var nødvendige, men bare «hang igjen». Et tvangsvedtak skal vurderes kontinuerlig og tiltak skal avbrytes straks dersom vilkårene ikke er til stede eller det viser seg å ha negative virkninger.<sup>8</sup>

**Anbefaling 1:** Kommunene må skrive bedre vedtak om tvang overfor mennesker med utviklingshemning. Forholdsmessighet må alltid vurderes og effekten av tvangstiltak må både vurderes enkeltvis og samlet. Det må gjøres en løpende vurdering av om vilkårene for bruk av tvang fortsatt gjelder.

## Funn 2: Langvarig bruk av tvang uten gyldig vedtak

**I tre av de fire kommunene Sivilombudet besøkte, møtte vi mennesker som ble utsatt for uhjemlet tvang i lange perioder, som følge av forsinkelser og rot i arbeidet med tvangsvedtak.**

Alle planlagte tvangstiltak mot mennesker med utviklingshemning under helse- og omsorgstjenesteloven skal vurderes av statsforvalteren.<sup>9</sup> Overprøvingen av vedtaket skal skje fortløpende og som hovedregel være behandlet innen tre måneder.<sup>10</sup> Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent, eventuelt etter at nærmere vilkår fastsatt av statsforvalteren er oppfylt.

Vi fant flere tilfeller der kommunene ikke hadde gode nok rutiner for å sikre at vedtak ble sendt inn til statsforvalteren i tide. I tillegg fant vi også flere eksempler på forsinkelser som skyldes altfor lang saksbehandlingstid hos statsforvalteren. Disse førte til ulovlig tvang i lange perioder, noen ganger over ett år. Dette er kritikker med tanke på den enkeltes rettssikkerhet.

” 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 bevegelseshemning, hadde blitt utsatt for fysisk tvang i flere perioder uten vedtak, den lengste perioden pågikk i over 1 år og seks måneder.<sup>11</sup>

Det er mye som tyder på at forsinkelser i vedtaks- og overprøvingsarbeidet er en nasjonal utfordring. Ifølge Helsetilsynet var det i 2021 kun 69 % av vedtak om tvang som ble overprøvd av statsforvalteren innen 3 måneder.<sup>12</sup> I Oslo og Viken, der antall vedtak også er høyest, var det kun 23 % av vedtakene som ble overprøvd innen 3 måneder. Våre besøk bekrefter at uhjemlet tvang mot mennesker med utviklingshemning i norske kommuner er omfattende.

**Anbefaling 2:** Kommunene, statsforvalterene og overordnede myndigheter må sikre at mennesker med utviklingshemning ikke blir utsatt for ulovlig tvang som følge av manglende eller ugyldige tvangsvedtak.

### Funn 3: Ulovlig skjerming og innlåsing

**I alle de fire kommunene Sivilombudet besøkte, møtte vi beboere som ble ulovlig innlåst. Flere steder ble beboere også holdt skjermet fra andre uten at det var fattet vedtak om det.**

Å bli holdt tilbake eller innlåst i sin egen leilighet er et svært inngripende tiltak som kan oppleves ekstra belastende for mennesker med nedsatt kommunikasjonsevne. Slike tiltak, ofte beskrevet som skjerming, kan derfor kun gjennomføres i en nødsituasjon. Menneskerettslige krav tilsier at skjerming kun kan benyttes for å hindre akutt fare for skade på personen og at bruken av dette tiltaket bør være strengt overvåket. Skjerming skal aldri benyttes som straff.<sup>13</sup>

#### Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-6 andre ledd

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsa at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Sivilombudet avdekket flere feil og mangler som gjaldt skjerming og innlåsing:

#### Rutinemessig innlåsing er ikke lov

Å låse noen inne i sitt eget hjem er kun tillatt i unntakssituasjoner, dersom sikkerhetsmessige hensyn krever det. Til tross for dette, avdekket Sivilombudet ulovlig innlåsing i boligene i alle fire kommuner vi besøkte. Kunnskapen om vilkårene for innlåsing var gjennomgående lav.

” Ifølge kommunens vedtak skulle alle dører ut av leiligheten være låst til enhver tid.<sup>14</sup>

#### Skjerming uten vedtak

I flere kommuner ble beboere holdt skjermet fra andre uten at det var fattet vedtak om det.<sup>15</sup> Flere beboere hadde vedtak som beskrev at de skulle skjermes, men uten at det var vurdert om vilkårene for skjerming var oppfylt. I én kommune var skjerming beskrevet som «alternativ til tvang» og «vanlig rutine», i en annen kommune var skjerming en del av beboernes såkalte miljøregler. Ansatte hadde gjennomgående lite kunnskap om de strenge vilkårene som gjelder for bruk av skjerming.

#### Skjerming uten nødsituasjon

Kunnskapen om at skjerming kun kan brukes i en nødsituasjon var også svak i flere kommuner. I flere vedtak var skjermingspraksis begrunnet i hensyn som ikke oppfyller vilkårene, som at man skulle dekke beboerens grunnleggende behov, av hensyn til andres boforhold eller for å begrense stimuli. Dette er ikke gyldige grunner for å skjerme.<sup>16</sup>

### **Mangelfull kontroll fra statsforvalterene**

Det er ekstra bekymringsfullt at statsforvalterene, som skal føre kontroll med kommunens vedtak, ikke fanger opp ulovlig innlåsing. Sivilombudet fant mange tilfeller der lovens strenge regler for bruk av skjerming etter § 9-6 andre ledd ikke var vurdert. Som følge av dette, ble ulovlig skjerming og innlåsing godkjent av Statsforvalteren.

Det er behov for økt kunnskap og bevissthet både hos kommunene og statsforvalterene, om de strenge vilkårene for skjerming og innlåsing av mennesker med utviklingshemning.

**Anbefaling 3:** Kommunene og statsforvalterene må sikre at rutinemessig innlåsing av mennesker med utviklingshemning ikke forekommer og at skjerming kun skjer i en nødsituasjon.

## **Funn 4: Svakheter i helsehjelpen**

**Besøkene avdekket stor variasjon i kvaliteten på helseoppfølgingen. Det kom samtidig fram et tydelig behov for å styrke kvaliteten på helsetilbudet som gis til mennesker med utviklingshemning. Dette inkluderer tilgang til fastlege, spesialisthelsetjeneste og koordinering av ulike tjenester.**

Mennesker med utviklingshemning har rett til somatisk og psykisk helsehjelp på lik linje med befolkningen ellers.<sup>17</sup> Samtidig er det godt dokumentert at dette også er en gruppe med større helseutfordringer og dårligere tilgang til helsetjenester enn befolkningen generelt.<sup>18</sup>

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. God helseoppfølging er derfor også viktig for å forebygge bruk av tvang.<sup>19</sup> Dette gjelder spesielt der personens nedsatte funksjonsnivå gjør at vedkommende ikke forstår hvorfor smertene oppstår, eller ikke klarer å formidle det til omgivelsene.<sup>20</sup>

### **Oppfølging av sammensatte helseutfordringer**

Sivilombudet erfarte at koordinering av helseoppfølging ofte var en stor utfordring, særlig der beboeren hadde store helseutfordringer som krevde samhandling mellom ulike parter, som miljøpersonale, fastlege, habiliteringstjeneste og annen spesialisthelsetjeneste. I noen tilfeller var det også behov for støtte fra regionale- eller nasjonale kompetansetjenester. Nesten ingen av menneskene vi møtte hadde en individuell plan, til tross for at dette er en rett de har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.<sup>21</sup>

### **Fastlegens rolle**

Fastlegen spiller en viktig koordineringsrolle for alle innbyggere i kommunen.<sup>22</sup> Flere av beboerne vi besøkte hadde fastleger som enten ikke hadde møtt dem i det hele tatt, eller som møtte dem svært sjelden. Dette skyldtes ofte at legen ikke kom til boligen og at oppmøte på legekantoret var vanskelig for beboeren. Slike praktiske forhold kan ha stor betydning for helseoppfølgingen av den enkelte. Fastleger skal gjennomføre konsultasjon ved hjemmebesøk der det ikke er mulig for pasienten å komme til legekantoret.<sup>23</sup>

Selv om mye kan avklares via digital kommunikasjon med ansatte i boligene, er det avgjørende at fastlegen også selv kjenner beboeren og har mulighet til å gjøre uavhengige observasjoner av pasienten. Dette så ut til å fungere godt i en kommune som hadde primærhelseteam med leger og sykepleiere som gjennomførte besøk i personens hjem og dermed også fikk etablert en tettere relasjon til pasienten.

Videre var det variabelt om beboere fikk tilbud om årlig helsekontroll og tannhelsesjekk. En proaktiv tilnærming til helseoppfølging er avgjørende i møte med pasienter som i utgangspunktet kan ha utfordringer med å uttrykke egne helsebehov.

### Samhandling med spesialisthelsetjenesten

I to av kommunene vi besøkte opplevde ansatte i boligene at spesialisthelsetjenestene ikke klarte å møte pasienter med store tilretteleggingsbehov. Videre observerte vi at de fleste boligene hadde behov for bedre systemer for å kartlegge smerter og endret helsetilstand og videreformidle denne kunnskapen til primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi så også at boliger som hadde ansatte med sykepleierkompetanse ofte hadde bedre forutsetninger for å både dokumentere og følge opp helsebehov med andre aktører.

” Personalet i boligen opplevde store vanskeligheter med å bli hørt og få aksept for beboerens behov for psykisk helsehjelp. Beboeren ble hyppig innlagt og utskrevet fra psykisk helsevern med beskjed om at beboerens sykdom var utviklingshemningen. Antallet foreskrevne medisiner økte, og doseringene ble trappet opp. Utover dette mente sykehuset at videre behandling var miljøarbeid. De ansatte i boligen har beskrevet seg som «maktesløse» i denne perioden [...] Ansattes engasjement førte etter hvert til at beboeren fikk den helsehjelpen vedkommende trengte.<sup>24</sup>

Sivilombudets besøk har også avdekket svakheter i det psykiske helsetilbudet til personer med utviklingshemning, noe som også har blitt bekreftet av andre undersøkelser.<sup>25</sup> Flere ansatte og pårørende vi snakket med satt med en opplevelse om at mennesker med utviklingshemning ofte ble blankt avvist eller ble en kasteball mellom ulike instanser når de hadde behov for hjelp av psykisk helsevern.

**Anbefaling 4:** Helsehjelpen til mennesker med utviklingshemning må bli bedre koordinert og tilgangen til spesialisthelsetjenesten må styrkes.

## Funn 5: Boforhold øker risiko for bruk av fysisk makt og skjerming

**Sivilombudets besøk har vist at boforholdene i seg selv kan utgjøre en betydelig risikofaktor for tvang, skjerming og isolasjon.**

Ved flere av våre besøk møtte vi beboere med svært ulike behov som var plassert sammen i et større bofellesskap. Her ble beboere ofte skjermet fra hverandre av hensyn til andre eller som følge av mangler i utformingen av bygget. Dette er en praksis som er i strid med helse- og omsorgstjenesteloven, som påpeker at skjerming kun skal skje i en nødsituasjon. Vi erfarte at flere beboere fikk sin bevegelsesfrihet innskrenket som følge av uegnet bygningsmasse og beboersammensetning.

Vold og konflikt mellom beboere var en utfordring i flere av de større bofellesskapene. Et eksempel var to beboere som bodde vegg i vegg og var plaget av hverandre. Begge hadde en lav grad av sosial fungering, store omsorgsbehov og tvangsvedtak begrunnet i utfordrende atferd. Denne situasjonen førte til bekymring for om beboerne ble beskyttet godt nok mot vold fra hverandre og mot eskalerende situasjoner som gjorde bruk av tvang og makt nødvendig.



Også de fysiske omstendighetene kunne føre til økt utagering og påfølgende tvangsbruk. I et bofellesskap bidro smale ganger og uoversiktlige fellesområder til hyppige konflikter mellom beboere. Det vanskeliggjorde konfliktdempende arbeid. Høye lyder kunne øke stressnivået til mange av menneskene vi møtte, noe som ble ekstra krevende i bygg uten tilstrekkelig lydisolering.

Den fysiske utformingen av boligen hadde også mye å si når beboeren bodde alene. Også her traff vi mennesker som hadde tilbragt store deler av sitt liv i bygg som var dårlig tilrettelagt for deres behov og der byggets utforming økte risikoen for selvskading og dermed også bruk av tvang. Helt konkret kunne dette handle om smale døråpninger, uegnede fellesarealer eller mangel på personalrom.

Mennesker med utviklingshemning har ofte lite påvirkning på sin egen bosituasjon. Det anslås at bare 25 % i denne gruppen eier egen bolig mot 80 % i resten av befolkningen. Tallet er enda lavere for de som mottar tjenester fra kommunen og som Tøssebro m.fl. påpeker, vil ofte utviklingshemmede stilles «ovenfor valget mellom å si ja eller nei til det eneste alternativet som presenteres som mulig».<sup>26</sup>

**Anbefaling 5:** Kommunene må sikre at botilbud til mennesker med utviklingshemning tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødig bruk av fysisk makt og skjerming.

## Funn 6: Manglende kompetanse om risiko for vold og overgrep

**Ansatte som jobbet med mennesker med utviklingshemning var ofte ikke kjent med kommunens rutiner for å forebygge vold og overgrep.**

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep fra andre beboere, nærstående eller profesjonelle omsorgspersoner.<sup>27</sup> Etter menneskerettighetene plikter myndighetene å iverksette tiltak for å hindre at slike krenkelser skjer og helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.<sup>28</sup>

Sivilombudet fant ingen grunn til å mistenke at vold eller overgrep foregikk overfor beboerne vi besøkte. Flere av kommunene hadde utarbeidet rutiner for både forebygging og oppfølging av vold og overgrep. Til tross for dette, var ansatte ofte ikke kjent med kommunens rutiner på dette feltet. Mange var lite vant til å snakke om risikoen for at mennesker med utviklingshemning kan bli utsatt for overgrep. Det ser ut til at kommunene ofte sendte ut rutinene til ansatte for gjennomlesning, men sjelden inviterte til samtaler rundt tematikken. Enkelte ansatte ga også uttrykk for at de ikke kunne forestille seg at beboere kunne bli utsatt for overgrep av ansatte, noe som vitner om mangler i kommunens forebyggende arbeid.

**Anbefaling 6:** Kommunene må øke ansattes kompetanse og bevissthet om risikoen for vold og overgrep hos mennesker med utviklingshemning.

## Funn 7: Svak opplæring av verger

**Manglende kunnskap og opplæring av verger var en utfordring i alle kommunene Sivilombudet besøkte.**

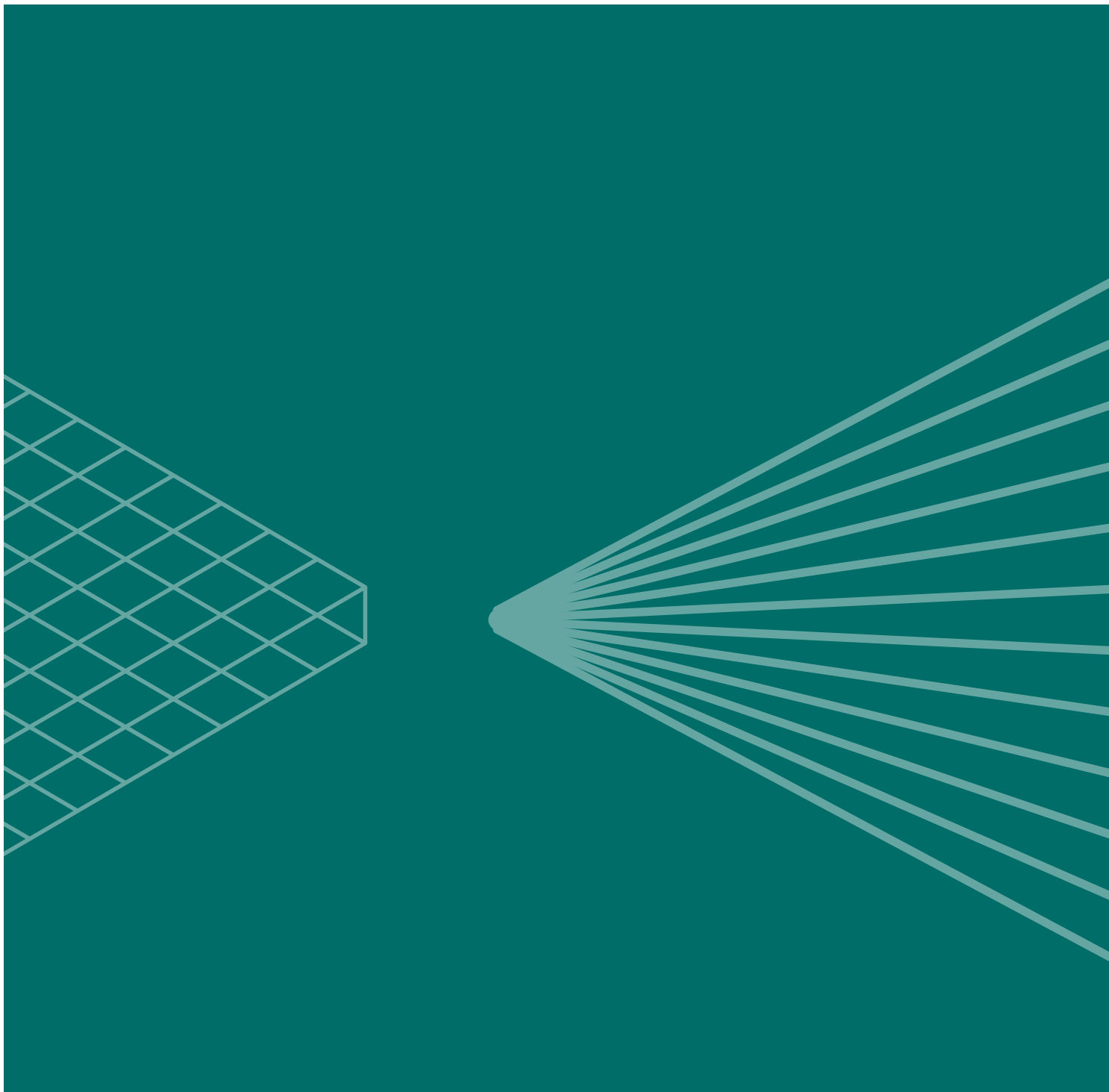
Verger bidrar til å sikre rettssikkerheten for personer med utviklingshemning.<sup>29</sup> Vergen skal høres før det fattes vedtak om tvang, og skal motta informasjon om at vergen har rett til å klage og til å uttale seg i saker som overprøves.<sup>30</sup>

Flere av vergene som Sivilombudet snakket med var ikke klar over at deres oppdrag også omfattet ansvar for å ivareta beboerens rettssikkerhet i forbindelse med tvangsvedtak. Det var også få som kjente til mulighetene for å klage på tvangsvedtaket til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

I noen tilfeller beskrev vergene seg som økonomiske verger, til tross for at vergemandatet også omfattet det personlige området generelt. Mange verger opplevde at de selv måtte finne ut av hvordan vergeoppdraget skulle ivaretas. Det overordnede inntrykket var at de relevante statsforvalterne ikke ga tilstrekkelig opplæring og veiledning til verger som representerte mennesker med tvangsvedtak under kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven.

**Anbefaling 7:** Statsforvalterenes opplæringstilbud for verger må styrkes.

- <sup>1</sup> NOU 2019:14 avsnitt 4.4.3 og NOU 1985:35.
- <sup>2</sup> Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT) artikkel 4.
- <sup>3</sup> Den europeiske menneskerettighetskonvensjon artikkel 8 nr.2.
- <sup>4</sup> Den europeiske torturforebyggingskomiteens (CPT) anbefalinger fra 2017 gjelder standarder ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, herunder «seclusion». CPT legger de samme standardene til grunn for tvang i helse- og omsorgssektoren, se CPT anbefalinger 2020. Se også Sivilombudets temarapport: Skjerming i psykisk helsevern (2018) og UK National Preventive Mechanism, Guidance: Isolation in detention, januar 2017, s.1.
- <sup>5</sup> FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artiklene 5 og 12. Se også Grunnloven § 98.
- <sup>6</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.
- <sup>7</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 og 9-9 fjerde ledd.
- <sup>8</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 og 9-9 fjerde ledd.
- <sup>9</sup> Vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) eller planlagte tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak).
- <sup>10</sup> Ot.prp. nr 58 (1994-95) punkt 3.7.4 side 31.
- <sup>11</sup> Se Sivilombudets besøksrapport fra boliger for mennesker med utviklingshemning, Bodø kommune s. 16.
- <sup>12</sup> Dette gjelder vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) eller planlagte tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak). Se Helsetilsynet (2022) Tall og fakta 2021 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2022/tall-og-fakta-2021/#toc-header-2>
- <sup>13</sup> 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.
- <sup>14</sup> Sivilombudets besøksrapport fra boliger for mennesker med utviklingshemning, Bodø kommune s. 22
- <sup>15</sup> Skjerming skjer «når tjenestemottakeren tas med til et annet rom enn der andre oppholder seg og tilbakeholdes der, eller holdes tilbake på et rom når andre forlater det» (Helsedirektoratet, 2015)
- <sup>16</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.
- <sup>17</sup> FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter OSK, 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 § 2.
- <sup>18</sup> Se bl.a. NAKU (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemning og NOU 2016:17 På lik linje.
- <sup>19</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 og Helsedirektoratets rundskriv.
- <sup>20</sup> Helsedirektoratets rundskriv, kap 3.4.2.4, s. 42.
- <sup>21</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 som stadfester at «pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern».
- <sup>22</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19: «Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere».
- <sup>23</sup> De 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.
- <sup>24</sup> Sivilombudets besøksrapport fra boliger for mennesker med utviklingshemning i Hamar kommune, s. 36.
- <sup>25</sup> Se bl.a. Likestillings og diskrimineringsombudet (2022) *Retten til å leve et selvstendig liv og være en del av samfunnet*.
- <sup>26</sup> Tøssebro og Wendelbort m.fl. (2021) Utviklingshemmetes bosituasjon.
- <sup>27</sup> Se bl.a. Helsedirektoratets veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, kapittel 5 Habilitering i dagliglivet, sist faglig oppdatert 8. mars 2022.
- <sup>28</sup> Grunnloven § 92, EMK artikkel 1, CRPD artikkel 16 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a.
- <sup>29</sup> § 20 i Lov om vergemål stadfester at «Den som har fylt 18 år, og som på grunn av sinnslidelse, herunder demens, psykisk utviklingshemning, rusmiddelmissbruk, alvorlig spilleavhengighet eller alvorlig svekket helbred ikke er i stand til å ivareta sine interesser, kan settes under vergemål hvis det er behov for det.»
- <sup>30</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.



Sivilombudet 2022

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo

Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo

Telefon: 22 82 85 00

Grønt nummer: 800 80 039

E-post: [postmottak@sivilombudet.no](mailto:postmottak@sivilombudet.no)

[www.sivilombudet.no](http://www.sivilombudet.no)

Forsidebilde: Sivilombudet