



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 69

Oslo universitetssykehus,
Regional sikkerhetsseksjon, Dikemark

30. august – 1. september 2022



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



SIVILOMBUDET

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
Klinikk psykisk helse og avhengighet
v/klinikkleder Petter Andreas Ringen
Postboks 4956 Nydalen
0424 OSLO

Vår referanse
2022/2991

Deres referanse
Pia Wiig

Vår saksbehandler
Tonje Østvold Byhre

Dato
16.01.2023

Oversendelse av besøksrapportrapport etter besøk til Regional sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark, ved Oslo universitetssykehus, 30. august - 1. september 2022

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Regional sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark, Oslo universitetssykehus 30. august - 1. september 2022. Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker å lese den.

Vi ber om at sykehuset gir tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalingen innen **17. april 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
HELSEDIREKTORATET
HELSE SØR-ØST RHF
Leder Kontrollkommisjonen RSA Dikemark

Postboks 8011 Dep
Postboks 220 Skøyen
Postboks 404

0030	OSLO
0213	OSLO
2303	HAMAR



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Oslo Universitetssykehus
Regional sikkerhetsseksjon, Dikemark

30. august – 1. september 2022

Innholdsfortegnelse

I. Sivilombudets forebyggingsmandat	4
II. Sammendrag	5
III. Anbefalinger	7
1 Gjennomføring av besøket	9
2 Om Regionale sikkerhetsavdelinger (RSA).....	10
2.1 Om sikkerhetspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger	10
2.2 Om Regional Sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark.....	11
3 Fysiske forhold	13
3.1 Generelt om de fysiske forholdene	13
3.2 Fysiske forhold som øker risikoen for bruk av tvang	15
3.3 Samlet vurdering av de fysiske forholdene.....	17
4 Bruk av tvangsmidler.....	18
4.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Dikemark.....	19
4.2 Mekaniske tvangsmidler (belter)	19
4.2.1 Omfang av bruk av mekaniske tvangsmidler	19
4.2.2 Risiko for krenkelser ved bruk av mekaniske tvangsmidler	20
4.2.3 Bruk av spyttthette.....	22
4.3 Bruk av kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon)	23
4.3.1 Omfang av bruk av isolasjon	23
4.3.2 Risiko for bruk av isolasjon uten vedtak	24
5 Bruk av skjerming.....	26
5.1.1 Omfang.....	26
5.1.2 Skjerming som gir risiko for krenkelser.....	26
6 Kontakt med omverdenen.....	28
6.1 Omfang.....	28
6.2 Begrensninger som kan innebære risiko for krenkelse	28
7 Forebygging av tvang	30
7.1 Oversikt over tvangsbruk	30
7.2 Forhold som påvirker forebygging av tvang	31
7.3 Pasienter i særlig utsatte situasjoner	34
7.3.1 Kjønn	34
7.3.2 Pasienter med behov for tolk.....	34
7.3.3 Utskrivningsklare pasienter	35
8 Klage og kontroll	37
8.1 Kontrollkommisjonen ved RSA Dikemark	37

8.2 Skriftlig informasjon om rettigheter	38
--	----

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 konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff 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 gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

Om besøket og RSA Dikemark

Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Oslo universitetssykehus, Regional sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark 30. august til 1. september 2022. Sykehuset ble på forhånd varslet om at Sivilombudet planla å gjennomføre et besøk i løpet av 2022, men dato for besøket ble ikke oppgitt på forhånd.

RSA Dikemark ligger i Asker kommune. Sykehusområdet består av flere bygninger fra 1920-tallet, og ligger nært skog og turområder. Flere av bygningene på området mangler vedlikehold og står tomme.

RSA Dikemark holder til i Granlibygget i utkanten av området, et murhus i tre etasjer med perimetersikring. Det er kjent at bygningen er nedslitt og ikke egnet for nåværende drift. En ny regional sikkerhetsavdeling skal bygges på Ila i Bærum kommune med planlagt ferdigstilling i 2025.

Besøket vårt omfattet alle de tre døgnetenhetene som ligger i Granlibygget og som utgjør RSA Dikemark. De tre døgnetenhetene lå i hver sin etasje.

Uverdige fysiske forhold bidro til bruk av tvang

Ventilasjonsanlegg og radiatorer fungerte dårlig. Det ble fortalt at det var vanskelig å holde en normal temperatur gjennom året og å få inn frisk luft. Et dårlig inneklima, lite dagslys i deler av lokalene og svært vanskelige lydforhold ble også erfart under besøket.

Det var tydelige sprekker i tak og vegger, avskallet maling og nedslitt interiør. Bygningsmassen var gjennomgående så dårlig vedlikeholdt at ledninger, rør og murstein kunne løsne og dras ut, og i verste fall brukes for å skade seg selv eller andre. Byggets interiør, som dørhåndtak, radiatorer og baderomsinventar var ikke utformet på en måte som reduserte risikoen for selvmord. Risiko som oppstod på grunn av disse forholdene gjorde pasientene mer utsatt for kontrolltiltak og begrensninger i hverdagen. Blant annet måtte ansatte kontinuerlig observere pasienter tett på der det ble vurdert å være selvmordsfare, og i en del situasjoner ble det gjennomført ransaker før pasientene fikk gå ut, for å hindre at de tok med seg farlige gjenstander. Dårlige siktlinjer inne på døgnetenhetene økte risikoen for farlige situasjoner. Det samme gjorde trange og uoversiktlige trappeløp.

Flere pasientrom manglet bad og toalett og dette bidro til å skape uverdige og utrygge situasjoner, blant annet for pasienter som ble holdt skjermet på eget rom og som i noen tilfeller var påført transportbelter.

Rom med belteseng lå slik at det var mulig med innsyn fra medpasienter. De dårlige lydforholdene og plasseringen av belterommene med direkte dør til fellesarealer skapte uverdige og utrygge forhold for pasientene. Plasseringen av belterommene utgjorde også en risiko for lavere terskel for og normalisering av mekaniske tvangsmidler.

Samlet fant Sivilombudet at de svært dårlige fysiske forholdene både bidro til økt tvangsbruk og fremsto uverdige for de innlagte og ansatte. I lys av at mange av pasientene er innlagt samme sted over lange perioder, noen i mange år, er forholdene spesielt kritikkverdige og medfører en klar risiko for at pasienter blir utsatt for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Langvarig og omfattende bruk av tvang

Personalgruppen syntes generelt å ha god kunnskap om den enkelte pasient og ønske om å bruke minst mulig tvang. De beskrev et godt tverrfaglig samarbeid og en kultur for å stille spørsmål, være uenig og drøfte ulike problemstillinger i åpenhet.

De ansatte syntes å ha kompetanse om vilkårene i psykisk helsevernloven for bruk av tvangsmidler, selv om en del ansatte manglet tilstrekkelig kompetanse om lovens vilkår for bruk av isolasjon. De fleste tvangsvedtakene vi gjennomgikk ga grundige og konkrete begrunnelser for bruken av tvang i det enkelte tilfellet.

Det var imidlertid store mangler når det gjaldt dokumentasjon av løpende vurderinger av om beltebruken fortsatte å være uomgjengelig nødvendig. Dette var spesielt problematisk fordi bruk av transportbelter i noen tilfeller kunne være sammenhengende i mange timer, dager og uker.

Enkelte pasienter opplevde at det ble brukt belter flere måneder i strekk. Vi fant også flere forløp hvor enkeltpasienter var underlagt både beltebruk og skjerming i mange måneder i strekk, og hvor situasjonen framsto som fastlåst. Mange ansatte uttrykte at det var spesielt krevende der noen i personalgruppa hadde blitt utsatt for alvorlig vold av enkeltpasienter hvor det var uforutsigbart når neste voldelige utfall ville kunne skje. Forsøk på å gå utendørs for å skape mulighet for bevegelse og positiv aktivisering for disse pasientene, ble i mange tilfeller ikke gjennomført av sikkerhetshensyn. Pasienter beskrev tomme og innholdsløse dager med manglende kontroll på det meste i hverdagen. Det å kunne gjøre aktiviteter, enten alene eller sammen med ansatte, uten forventning om å snakke, var et savn.

Det framsto som klart at de uegnede lokalene begrenset mulighetene for positiv og konfliktdempende samhandling mellom ansatte og pasienter. Samtidig savnet vi mer refleksjon om helhetssituasjonen for de enkeltpasientene som var underlagt langvarige belte- og skjermingsforløp og hvordan ulike faktorer samlet kunne bidra til risiko for situasjoner der det ble brukt tvang.

Samlet fant Sivilombudet flere forhold som bidro til å skape store utfordringer for arbeidet med å forebygge tvang. Spesielt gjaldt dette et mer systematisk forebyggingsarbeid tiltak tilpasset den enkelte pasienten. Forholdene medførte en klar risiko for at pasienter ble utsatt for umenneskelig og nedverdiggende behandling gjennom uforholdsmessig bruk av tvang.

Kontroll og klage

Det manglet oppslag om pasientenes rettigheter som tvangsinnlagte inne på døgnpostene.

Vi fant at kontrollkommisjonen, som har faste møtedager på RSA Dikemark hver 14. dag, var aktive og grundige og bidro til økt rettssikkerhet for de innlagte. Kontrollkommisjonen opplevdes også å bidra til økt bevissthet om lovverket og forebygging av tvang hos de ansatte.

III. Anbefalinger

Anbefalinger: Fysiske forhold

- Sykehuset bør iverksette umiddelbare tiltak for å sikre at bygningsmasse og interiør ivaretar pasientenes verdighet, pasientsikkerhet og sikkerhet for de ansatte.

Anbefalinger: Mekaniske tvangsmidler

- Sykehuset bør sikre at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av mekaniske tvangsmidler, og med kravene til å dokumentere fortløpende begrunnelser.
- Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler opphører så snart den nødrettsliknende situasjonen er over, og at det ikke skjer en normalisering ved langvarig bruk av transportbelter.
- Sykehuset bør sikre aktiviserings- og bevegelsesmuligheter ved langvarig bruk av transportbelter.

Anbefaling: Spyttette

- Sykehuset bør sikre at spyttetter ikke brukes. Seksjonen bør fjerne tilgangen til spyttetter i sine døgnenheter.

Anbefaling: Isolasjon

- Sykehuset bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolasjon, og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.
- Sykehuset bør påse at bemanningsmessige hensyn ikke fører til ulovlig isolasjon.

Anbefalinger: Skjerming

- Sykehuset bør sikre at det unngås isolasjonsliknende forhold under skjerming.
- Sykehuset bør iverksette særlige tiltak for å forebygge langvarig bruk av skjerming.
- Sykehuset bør sikre aktiviserings- og bevegelsesmuligheter ved langvarig skjerming på eget rom.

Anbefaling: Kontakt med omverdenen

- Sykehuset bør sikre at alle ansatte kjenner til lovens vilkår for begrensning av kontakt med omverdenen og sikre at begrensningene heller ikke griper inn i de innlagtes yringsfrihet.
- Sykehuset bør sikre at husordensregler ikke går utover det loven tillater. Inndragning av digitale enheter og besøkskontroll kan ikke gjøres uten at lovens krav er oppfylt og det er fattet vedtak om dette.

Anbefaling: Institusjonskultur/forebygging

- Sykehuset bør føre detaljert statistikk over varighet/hyppighet av tvangsmiddelbruk og sikre at disse dataene brukes aktivt i arbeidet med å forebygge tvang.
- Sykehuset bør sikre meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkelte pasients funksjonsnivå og interesser.
- Sykehuset bør fortsette arbeidet med å skape en institusjonskultur som fremmer pasientmedvirkning og minst mulig bruk av tvang, og styrke det helhetlige arbeidet med å forebygge bruk av tvang.

Anbefaling: Rettssikkerhet

- Sykehuset bør sikre at skriftlig informasjon om de innlagtes rettigheter og aktuelle klageordninger er tilgjengelig i fellesområdene på alle enhetene.

1 Gjennomføring av besøket

I mai 2022 ble Oslo universitetssykehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til regional sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark i løpet av høsten 2022. Besøket ble gjennomført 30. august til 1. september 2022.

I forkant av besøket hentet vi inn dokumenter fra sykehuset som interne prosedyrer, husordensregler, statistikk på tvangsvedtak, kopi av tvangsvedtak og beskrivelser av aktivitetstilbud. Vi var også i kontakt med kontrollkommisjonen og innhentet kopier av deres protokoller fra besøk.

Forebyggingsenheten besøkte alle tre døgnenheter ved RSA Dikemark.

Besøket ble godt tilrettelagt av seksjonens ledelse og ansatte.

Besøket ble innledet med en befaring som omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, rom for beltesenger, besøksrom og vaktrom. Gymsal, aktivitetsrom og utearealer ble også undersøkt.

Det ble under besøket gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell på dag/kveld og natt, behandlere og ledelse. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt. Det ble tilrettelagt for konfidensielle samtaler for alle pasienter som ønsket å snakke med oss.

I etterkant av besøket ble det gjennomført et avsluttende møte med ledelsen, der foreløpige funn ble presentert. Det ble gjennomført en ny runde med innhenting av dokumentasjon fra seksjonen. Og vi gjorde et intervju med lederen for kontrollkommisjonen.

Følgende personer deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Silje Sønsterudbråten (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Pia Kristin Lande (seniorrådgiver, jurist)
- Aurora Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist)
- Kristin Vegerstøl (ekstern ekspert, sykepleier)
- Karin Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)

2 Om Regionale sikkerhetsavdelinger (RSA)

2.1 Om sikkerhetspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger

Sikkerhetspsykiatri er den delen av psykisk helsevern som utreder og behandler personer med alvorlig sinnslidelse og samtidig aggresjons- eller voldsproblematikk. Fagområdet har kliniske enheter på regionalt og lokalt nivå.³ Det regionale nivået tar imot personer med mer alvorlig voldsproblematikk og behov for ekstra sikkerhetstiltak og økt bemanning, sammenliknet med lokalt nivå.⁴ Av den grunn er det også et eget kapittel i psykisk helsevernloven som gir de regionale sikkerhetsavdelingene noen flere verktøy for å håndtere sikkerhetsutfordringer.⁵

Døgnplasser i regionale sikkerhetsavdelinger pr. august 2022		
Helse Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	22
Helse Vest	Helse Bergen	10
Helse Midt	St. Olavs hospital	10
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset	5
Totalt antall døgnplasser		47

Alle de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge deltar årlig på en todagerssamling.⁶

Av innlagte på regionalt og lokalt nivå har omtrent tre fjerdedeler en psykoselidelse, og halvparten av disse har rusmisbruk/avhengighetsdiagnose i tillegg. Det er en klar overvekt av menn blant de innlagte.⁷

Innleggelser reguleres av både sivilrettslig og strafferettslig lovverk. Sivilrettslig er det psykisk helsevernloven som gjelder, som regel tvungent psykisk helsevern.⁸ Regionale sikkerhetsavdelinger mottar flest innleggelser fra lokale sikkerhetsavdelinger og akuttpsykiatriske avdelinger.⁹ I tillegg skjer de fleste utskrivelser fra regionale sikkerhetsavdelinger til lokale sikkerhetsavdelinger.¹⁰

Strafferettslig kan en tiltalt finnes utilregnelig av domstolen og dømmes til tvungent psykisk helsevern.¹¹ Domfelte pasienter opptar en fjerdedel av de regionale døgnplassene og halvparten av de lokale døgnplassene.¹² I tillegg kan personer være plassert på regional sikkerhetsavdeling som varetektsurrogat eller for å gjennomføre en judisiell døgnobservasjon når det utarbeides en

³ Ved innføring av psykisk helsevernlovens kapittel 4A ble det gitt anledning til å etablere enhet for særlig høy sikkerhet, i tilfeller der det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. En slik enhet er per oktober 2022 ikke blitt etablert.

⁴ I de lokale sikkerhetsavdelingene skal bemanningen være minst 3:1, mens det i de regionale sikkerhetsavdelingene skal være minst 5:1 jf. St. meld. Nr. 25 (1996-1997) s. 100 (boks 4.2). Dette betyr at det er henholdsvis tre eller fem ansatte per pasient i løpet av et døgn.

⁵ Se psykisk helsevernloven kapittel 4A-2.

⁶ Årlig melding 2021-2022, Regional sikkerhetsseksjon, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst, side 4.

⁷ «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport» ved SIFER Sør-Øst (Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri).

⁸ Psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3.

⁹ Samme kilde som note 10.

¹⁰ Samme kilde som note 10.

¹¹ Straffeloven § 62.

¹² Samme kilde som i note 7.

rettspsykiatrisk rapport.¹³ En person som det gjennomføres judisiell observasjon av, anses ikke som en pasient og skal ikke motta noen behandling for psykisk sykdom. I denne rapporten vil vi av hensyn til behov for anonymisering og for å forenkle språket omtale alle innlagte som pasienter.

2.2 Om Regional Sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark

Regional sikkerhetsseksjon, RSA Dikemark, er organisert under Klinikk for psykisk helse og Avdeling for nasjonale og regionale funksjoner, ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til døgnenhetene, driver seksjonen Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, samt polikliniske enheter i Ungdomsenhet Øst, Oslo fengsel og Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt.

Vårt besøk omfattet de tre døgnenhetene Granli 1, 2 og 3 som er lokalisert i Granlibygget på Dikemark sykehusområde i Asker.

Navn på døgnenheten	Antall døgnplasser
Granli 1	6 plasser (2 skjermingsplasser)
Granli 2	9 plasser (1 skjermingsplass)
Granli 3	7 plasser (2 beredskapsplasser)

Navnet på enheten angir etasjen enheten ligger i. De tre enhetene dekker samme pasientgruppe og har i utgangspunktet samme bemanningsfaktor.

Seksjonsleder, seksjonsoverlege og administrasjonen har kontorer og møterom i første etasje.

Granli 3 (i tredje etasje) har et eget mottaksteam som organiserer og har ansvar for alle mottak. Utgangspunktet er at kartlegging og stabilisering skal skje her. Men i praksis er ikke dette alltid tilfelle og en ny pasient kan bli innlagt på en av de andre enhetene.

Når pasienter var i bedring og det var konstatert lavere voldsrisiko, skulle de i utgangspunktet flyttes til Granli 1.

Granli 2 og 3 er plassert i hver sin etasje, mens Granli 1 og administrasjonen deler første etasje. Granli 1 er derfor noe mindre enn de to andre postene. Under besøket hadde Granli 1 høyest antall innlagte.

RSA Dikemark ledes av en seksjonsleder og en ledergruppe bestående av seksjonsoverlege, spesialrådgiver og enhetsledere. Hver av de tre døgnenhetene har enhetsleder, ledende sykepleier og to gruppekoordinatorer som sitter i enhetens ledergruppe sammen med enhetens medisinskfaglige rådgiver.

Det avholdes ukentlige ledermøter, gruppemøter, behandlingsmøter og inntaksmøter. Det avholdes månedlig seksjonsforum, samt jevnlig personalmøter, veiledning og undervisning, ansvarsvaktseminar og strategiseminar.

Seksjonen har i underkant av 180 årsverk, hvorav 160 årsverk er på de tre døgnenhetene. Det er et tverrfaglig miljø med mange ulike yrkesgrupper som sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere,

¹³ Straffeprosessloven §§ 188 og 167.

miljøterapeuter, husholder, sosionom, ergoterapeut, psykologer og leger. Det er en klar overvekt av mannlige ansatte.

Pr 01.01.22 var det 32 ubesatte stillinger på døgnenhetene.¹⁴

Bemanning miljøpersonale (helg i parentes)				
	Døgnplasser	Dag	Kveld	Natt
Granli 1	6	7 (7)	8 (7)	5
Granli 2	9	10 (8)	9 (9)	6
Granli 3	7	8 (7)	8 (7)	5
Totalt	22	25 (22)	25 (23)	16

Ledelsen opplevde antall stillinger i grunnbemanningen som god, men viste til at det var flere ledige stillinger og vanskelig å rekruttere fagpersonell. Både pandemien, de ubesatte stillingene og enkeltpasienter med særlig høy risiko for vold over lang tid, hadde samlet medført økt arbeidsbelastning spesielt de siste to årene.

De siste to-tre år hadde det vært en omfattende utskiftning både i ledelsen, blant behandlerne og i deler av miljøpersonalet.

Det ble påpekt at det over tid hadde vært svært krevende enkeltpasienter som i perioder hadde vist alvorlig voldelig atferd mot personale, samt enkeltpasienter som hadde utført hyppig vold, men hvor skadeomfanget var noe mindre. På besøkstidspunktet hadde den ene enheten på denne bakgrunnen fått aksept fra ledelsen til å ha færre innlagte enn de to andre enhetene.

Det var 13 innlagte per 1. september 2022. Omtrent halvparten var underlagt tvungent psykisk helsevern og halvparten dømt til tvungent psykisk helsevern. Det var en klar overvekt av mannlige pasienter med schizofrenidiagnose. Aldersspennet var fra 20 år til 43 år. Flertallet av pasientene hadde vært der siden 2020/2021, men enkelte pasienter hadde vært innlagt i mer enn 15 år.

¹⁴ Årlig melding 2021-2022, Regional sikkerhetsseksjon, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst.

3 Fysiske forhold

Rettslige krav og standarder

Frihetsberøvelse av pasienter i uegnede fysiske forhold kan utgjøre en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁵ De fysiske omgivelsene skal ivareta pasientenes behov for behandling og velferd og sikre et positivt terapeutisk miljø. Dette er sentralt både for pasienter og ansatte og forutsetter blant annet tilfredsstillende belysning, temperaturregulering og ventilasjon, og at stedet er godt vedlikeholdt og oppfyller hygienekrav. Pasientrom og fellesområder bør utformes slik at pasientene får tilstrekkelig visuelle stimuli.¹⁶

Etter nasjonal lovgivning skal alle institusjoner være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp ivaretas.¹⁷ Institusjoner med ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg så langt som mulig tilby enerom, ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer, lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål og ha tilgang til egnede utearealer i rimelig nærhet til institusjonen. Slike institusjoner skal også være utformet og utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås, og slik at bruken av tvang er forsvarlig.¹⁸

3.1 Generelt om de fysiske forholdene

Granlibygget på Dikemark sykehusområde er bygget i 1923 og består av tre etasjer. I tillegg er det en lufttegård, aktivitetsgård og gymsal. Gymsalen er et eget bygg rett ved siden av Granlibygget. De to byggene og uteområdet er omgitt av et høyt nettinggjerde.

Det har i mange år vært kjent at Granlibygget har omfattende rehabiliteringsbehov og er uhensiktsmessig for dagens bruk.¹⁹ I februar 2021 ble det derfor besluttet at det skulle etableres en ny regional sikkerhetsavdeling for Helse Sør-Øst på Ila i Bærum kommune, med planlagt ferdigstilling i 2025.²⁰

Behovet for et nytt bygg ble bekreftet under Sivilombudets besøk. Bygningsmassen fremsto gammel, slitt og dårlig vedlikeholdt. Det var tydelige sprekker i tak og vegger, avskallet maling og nedslitt interiør. Flere steder var det mulig å slite av bygningsdeler (se kapittel 3.2 *Fysiske forhold som øker risikoen for bruk av tvang*). Ventilasjonsanlegg og radiatorer fungerte dårlig, og det ble fortalt at det var vanskelig å holde en normal temperatur gjennom året. Når det var kaldt om vinteren var det veldig kaldt og på varme sommerdager ble det veldig varmt. Ventilasjonsanlegget fungerte dårlig og vinduene på døgnenhetene og på pasientrommene kunne ikke åpnes, eventuelt med en svært liten

¹⁵ Se f.eks. EMDs dom i Rooman mot Belgia, klagenr. 31. januar 2019, avsnitt 144, og Europarådets torturforebyggingskomité (CPT), Tvungen innleggelse i en psykiatrisk institusjon, utdrag fra CPTs 8. årsrapport 1998 (heretter CPT 1998), CPT/Inf(98) 12-part, avsnitt 32.

¹⁶ CPT 1998, avsnittene 32 og 34.

¹⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. psykisk helsevernforordningen § 3.

¹⁸ Psykisk helsevernforordningen § 3 andre ledd bokstav a-e.

¹⁹ Se for eksempel «Årlig melding 2021-2022» ved Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst og «Konseptrapport Ny regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus HF» datert 24.05.17 ved Helse Sør-Øst RHF.

²⁰ Oslo universitetssykehus, Ny sikkerhetspsykiatri: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/ny-sikkerhetspsykiatri>.

glipe, på grunn av rømningsfare. Det var derfor vanskelig å få inn frisk luft. De dårlige klima- og inneluftforholdene ble også erfart under besøket.

Det var dårlige lydforhold med dårlig lydisolering og hard akustikk. I enkelte rom var det så mye etterklang at det nærmest ikke var mulig å føre en samtale (se kapittel 5.2 *Bruk av mekaniske tvangsmidler*). På tross av støydempende plater enkelte steder var det fortsatt en omfattende støyproblematikk.

Hver døgnenhet besto av en fellesstue, samtalerom, pc-rom, spisestue, rom med belteseng, felles toalett og bad, i tillegg til pasientrom og vaktrom for personalet. Enhetene var preget av lange korridorer og særlig Granli 2 og 3 som omfattet hver sin hele etasje i byggets L-vinkel, var uoversiktlige. Alle døgnenhetene hadde lite dagslys i de lange og til dels trange korridorene. Flere store lenestoler var plassert i korridorene, som ellers var umøblerte. Fellesområdene var sparsomt møblert og enkelte var nærmest uten inventar.

Pasientrommene var møblert med seng og skap. Enkelte hadde skrivebord med stol. Flere av rommene manglet eget bad. Rommene bar gjennomgående sterkt preg av slitasje. I flere rom manglet vinduene helt lysskjerming, mens i andre var det hengt opp provisoriske gardiner eller laken med borrelås og teip på innsiden av vinduene. Noen av rommene hadde innsyn fra turområdet utenfor gjerdet.

Et eget rom med belteseng var i hver etasje plassert med direkte utgang til felleskorridoren der også pasientrommene lå. Det var ikke mulig å regulere lyset inne i rommene med belteseng. Belterommene hadde også svært dårlig akustikk med mye etterklang.

Hver etasje hadde en eller to egne skjermingsenheter. Enhetene bestod av soverom og stue, eventuelt ett stort rom med plass til seng og stuemøblement. Noen av skjermingsenhetene hadde eget bad, men ikke alle. Under besøket ble vi fortalt at det var flere pasienter med skjermingsbehov enn det var skjermingsenheter. Det ble derfor benyttet skjerming på eget rom (se kapittel 5 *Bruk av skjerming*).

I tredje etasje var det et besøksrom som var tilrettelagt for å kunne gjennomføre fortrolige samtaler dersom voldsrisikovurdering gjorde dette vanskelig. Rommet var delt i to med en glassvegg med én dør, slik at den ene parten måtte lukkes inn bak glassveggen og den andre hadde tilgang til utgang. Rommet ble blant annet brukt til advokatsamtaler i tilfeller der voldsrisiko gjorde det nødvendig. Det ble beskrevet at det var den besøkende som satt bak glassveggen, mens pasienten satt i hovedrommet, nærmest døren til korridoren utenfor.

I første etasje var det et treningskjøkken og et aktivitetsrom ment for alle innlagte på huset, men dette ble i praksis mest brukt av de som var innlagt i første etasje. Årsaken til dette var både at pasientene der ble vurdert som bedre fungerende enn de i etasjene over, og at bruk av rommene for de øvrige etasjene medførte bruk av trapper som ble vurdert som en sikkerhetsrisiko.

Bygningen hadde to trappeløp. Begge var trange, slitte og uoversiktlige. Det var ingen balkonger. Det ble fortalt under besøket at fasaden var verneverdig og at dette gjorde at det ikke var gitt tillatelse til å bygge balkonger.

Uteområdet var delt i to separate lufteområder og en aktivitetsgård. Det ene området besto av en gressplen med benker og et sted med overbygning for å kunne sitte under tak. Under besøket var det

bare én pasient som fikk oppholde seg utendørs uten følge av ansatte. Det andre området var et inngjerdet mindre område på nordsiden av bygget og dermed i skyggen store deler av året, med kun en sittebenk og som fremsto ganske innestengt. Aktivitetsgården var et inngjerdet tomt område med mykt utegulv, hvor personale kunne ordne aktivitetsutstyr, fotball, m.m. ved behov. Det var også en stor gymsal i en egen bygning like ved hovedhuset med utstyr til diverse ballspill, aktiviteter, musikkspilling og styrketrening.

3.2 Fysiske forhold som øker risikoen for bruk av tvang

Vi påvirkes av omgivelsene rundt oss. Gode fysiske omgivelser kan både bidra til gode behandlingsmiljøer og forebygge tvang.²¹ Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen.²² Enkelte studier tyder også på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan bidra til reduksjon av tvang. En studie sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvang på et psykiatrisk sykehus.²³ Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest sammenheng med reduksjon av tvang. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger.²⁴ Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten. Flere studier trekker frem at blant annet god nok plass, oversiktighet og flere alternative områder å være i, er viktige tiltak for å redusere tvangsbruk.²⁵

Under besøket kom det fram flere eksempler på at de fysiske forholdene i seg selv kunne bidra til både frustrasjon og økt uro, og til voldshendelser som igjen kunne medføre bruk av tvang fra personalets side.

Pasienter hadde flere ganger slått hull i veggen og fått tak i murstein, rør eller ledninger som kunne brukes som våpen for å skade seg selv eller andre. Byggets interiør, som dørhåndtak, radiatorer og baderomsinventar var ikke utformet på en måte som reduserte risikoen for selvmord.²⁶ Dette medførte at pasienter med høy selvmordsrisiko måtte ha kontinuerlig observasjon, der ansatte alltid

²¹ Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd: «Tvang - forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne» (2021).

²² Se bl.a. Jenkins, O., Dye, S., & Foy, C. (2015). A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), 27-35. doi:10.1017/S1742646414000065; Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T., & Nicholls, D. (2009). The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 207-211; og Alexiou, E., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Wijk, H. (2016). The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of forensic and legal medicine*, 42, 1-7.

²³ Madan, A. et al. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegjenstander, bytte ut gamle møbler, plassere interiør slik at det fremmer interaksjon mellom pasienter og ansatte). Hver avdeling gjennomførte disse tiltakene i randomisert rekkefølge. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart.

²⁴ Rohe, T. et al. (2017): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

²⁵ Ulrich, R. S., Bogren, L., & Lundin, S. (2012). Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. *ARCH12*.

²⁶ Se EMDs dom i storkammer 31. januar 2019 Fernandez de Oliveira mot Portugal, klagenr. 78103/14, avsnitt 112 og dom 22. november 2016 Hiller mot Østerrike, klagenr. 1967/14, avsnitt 55. Se også Helsedirektoratet, Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511, side 22-23.

var fysisk til stede i rommet (også når pasienten var på do eller dusjet), eventuelt at døren til badet ikke skulle lukkes og ansatte sto i døråpningen. Dette ble i noen tilfeller også gjort ved for å hindre pasienter i å skaffe seg våpenliknende gjenstander. Flere pasienter ble ransaket *før* de skulle forlate døgnetenheten fordi tilgangen til løse og potensielt farlige gjenstander var stor inne i bygningen.

Pasienter som skulle til uteområde eller gymsal, aktivitetsrom, treningskjøkken eller som skulle ta seg en røyk, få frisk luft eller gå en tur, måtte på grunn av sikkerhets- og rømningsrisiko følges ut av 1-3 ansatte. De trange trappeløpene ble opplevd som farlige og innebar en økt risiko for skader på både pasienter og ansatte dersom det oppsto konflikt. Risikoen for konflikt ble i seg selv forsterket av at ansatte kom tett på pasientene i de trange trapperommene. For innlagte i andre og tredje etasje gjorde dette dem særlig avhengig av personalressurser for å kunne komme ut av enheten der aktivitetsmulighetene var få, og få gå til for eksempel gymsalen og uteområdene.

Det medførte at pasienter som for eksempel ville ta seg en røyk eller være ute i frisk luft, hver gang måtte spørre personale om å få lov til å gå ut. Personale på sin side måtte vurdere om de hadde kapasitet til å følge ut og samtidig ha mange nok folk igjen inne på enheten til å håndtere hendelser der eller til å bistå ved hendelser på de to andre enhetene. Den økte risikoen i trappeløpene og manglende kapasitet hos personalet, medførte flere ganger at pasienter ikke fikk utgang. Dette ble omtalt av både ansatte og pasienter.

Bygget var svært lytt, og det var hard akustikk som gjorde at lyder bar langt. Dette medførte at tilspissede situasjoner for enkeltpasienter lett kunne overhøres av medpasienter. Konflikter, musikkspilling eller utageringer kunne medføre at flere pasienter ble urolige. Under besøket ble det observert flere håndklær som hang over dører for å hindre dørene i å smelle igjen.

Det var installert et felles lydvarslingsanlegg med høyttaler i alle etasjer. Når en ansatt utløste alarm, ble det varslet med høy lyd til samtlige ansattes alarmer og i tillegg over byggets felles høyttaler. Akustikken i bygget gjorde at lyden ble intens. Enkelte pasienter og ansatte fortalte at høyttalerlyden kunne medføre uro og redsel blant pasienter. Hvis det gikk alarm på nattestid vekket det hele huset. Flere ansatte fortalte at det alltid hadde vært sånn og hadde ikke tenkt at det kunne gjøres noe med. Under vårt besøk ble vi i et tilfelle vitne til at en alarm som ble utløst i én etasje medførte at en pasient i en av de andre etasjene ble så urolig at det endte i en situasjon der vedkommende ble lagt i belte. Ledelsen ved RSA Dikemark formidlet i etterkant av besøket at de hadde koblet av høyttaleranlegget ved alarmbruk. Det vil si at en utløst alarm kun skulle varsle videre til de ansattes alarmer.

Lydforholdene var også svært problematiske for pasienter som var plassert i belteseng i ett av belterommene som lå i hovedkorridoren i hver etasje. Flere ansatte oppga at de oftest satt i døråpningen og ikke inne i selve rommet når noen var beltelagt, blant annet fordi akustikken var så dårlig inne i rommet. Dette gjorde at medpasienter både kunne se og høre det som skjedde når de var i korridoren ved belterommet. Dårlig lydisolering også av disse rommene forsterket problemet med støy som skapte uro. Ett av belterommene som lå vis-a-vis pasientrom var tydelig merket med skilt på døren hvor det sto «Belterom». En slik synlig plassering av et eget rom for belteseng kan bidra til å skape unødvendig frykt blant pasientene også når sengen ikke er i bruk, og kan også bidra til å normalisere bruken av belter.

Mange i ansattgruppen var blitt så vant til de dårlige fysiske forholdene at de hadde vanskelig for å vurdere hvordan dette påvirket pasientene og dem selv. Slik «husblindhet» kan bidra til at tiltak for å bedre forholdene som er mulige og nødvendige, likevel ikke iverksettes.

Samtidig var det enkelte ansatte som fortalte at de hadde tatt noen grep selv, som ikke kostet så mye og som kunne gi et løft i hverdagen for både pasienter og ansatte. Konkrete eksempler var å male noen av veggene i hyggeligere farger, innrede med puter/annet interiør som lett kunne erstattes dersom det ble ødelagt, lysskjerming på pasientrom.

Blant miljøpersonalet var det svært få som hadde tenkt på at de fysiske forholdene kunne medføre tvangsbruk eller bidra til at tvang ble opprettholdt lenger enn nødvendig. I ledergruppen og i behandlergruppen var det noe større oppmerksomhet om at langvarig beltebruk og langvarig skjerming, eventuelt hyppig bruk av isolasjon, overfor enkeltpasienter, ville vært unngått hvis de fysiske forholdene hadde vært bedre. Det ble spesielt pekt på at plassering på bakkeplan med enkel tilgang til uteområder, tilgang til balkonger, bedre siktlinjer inne i enhetene, og rask reparasjon av ødelagt bygningsmasse slik at pasienter ikke fikk tilgang til farlige gjenstander, ville vært viktige tiltak for å redusere bruk av tvang (se kapittel 4.2 *Bruk av mekaniske tvangsmidler* og kapittel 5 *Bruk av skjerming*).

3.3 Samlet vurdering av de fysiske forholdene

Bygg og uteområder framsto som svært dårlige og ikke egnet for en regional sikkerhetsavdeling. Grunnleggende forhold som luft-, lys-, lyd- og temperaturregulering manglet. Det manglet trygg tilgang til uteområder og aktiviseringsmuligheter, og dette rammet spesielt de pasientene som var underlagt skjerming i andre og tredje etasje. Bygningsmassen er så dårlig vedlikeholdt at pasienter kan få tilgang til farlige gjenstander som kan løsnes, og som de kan skade seg selv eller andre med. Flere pasienter ble ransaket *før* de skulle ut av bygningen fordi de kunne ha farlige gjenstander med seg ut. Disse forholdene bidro også til at pasientenes mulighet til å komme ut ble sterkt redusert, samtidig som de dårlige fysiske forholdene på sengepostene forsterket behovet for å kunne bruke uteareal.

De fysiske forholdene på RSA Dikemark framstod som svært problematiske og uverdige for pasientene som må oppholde seg der over flere måneder og år. Det samme gjelder for personalet som jobber der og skal sikre ivaretaking og god pasientbehandling. Flere forhold ved bygget syntes klart å gi risiko for bruk av tvang som ikke er strengt nødvendig og for at pasienter derfor kan bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.²⁷ Dette omtales nærmere i kapitlene 4.2 *Mekaniske tvangsmidler* og 5.1.2 *Skjerming*, og mer helhetlig sett i kapittel 7.2 *Forebygging av tvang*.

Anbefalinger: Fysiske forhold

- Sykehuset bør iverksette umiddelbare tiltak for å sikre at bygningsmasse og interiør ivaretar pasientenes verdighet, pasientsikkerhet og sikkerhet for de ansatte.

²⁷ Psykisk helsevernloven § 4-2. Se også EMDs dom i Aggerholm mot Danmark, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 82.

4 Bruk av tvangsmidler

Rettslige krav og standarder

Menneskerettslige standarder stiller strenge krav til bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.²⁸ Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og når bruk av tvangsmiddelet er den eneste måten å forhindre nært forestående skade på pasienten eller andre.²⁹ Videre er ikke «potensiell» fare tilstrekkelig for bruk av tvangsmidler - faren for skade må være umiddelbar eller overhengende.³⁰ Det følger også av praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) som gjelder bruk av mekaniske tvangsmidler at det er et krav om at bruk av slike tvangsmidler ikke forlenges utover det som er strengt nødvendig.³¹

De senere år har EMD gått i retning av en mer intensiv prøving av om vilkårene for bruk av tvangsmidler er oppfylt og understreket behovet for ivaretagelse av rettssikkerhetsgarantier ved tvangsmiddelbruk.³² Ansvarlige myndigheter er blant annet pålagt å dokumentere at tvangsmiddelbruken var strengt nødvendig og proporsjonal, at ingen mindre inngripende tiltak kunne avverget risikoen for skade og at inngrepet ikke varte lenger enn strengt nødvendig.³³

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.³⁴

Bruk av tvangsmidler er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 og omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (belteseng, transportbelter og skadeforebyggende spesialklær), kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede («isolasjon»), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding («holding»).

Tvangsmidler kan etter norsk rett bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.³⁵ Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere

²⁸ Se bl.a. CPT, "Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)" 21. mars 2017, side 2, punkt 1.4. CPT/Inf (2017)6; Europarådets ministerkomité, Recommendation Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27.

²⁹ M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104.

³⁰ Aggerholm mot Danmark, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 111.

³¹ Aggerholm mot Danmark avsnitt 102.

³² Se NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven kapittel 7.3.3.

³³ Se særlig M.S. mot Kroatia avsnittene 104-105.

³⁴ Se FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs menneskerettighetsråd 1. februar 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b); FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt i komiteens 15. sesjon september 2015, avsnitt 12 med videre henvisninger.

³⁵ Phvl. § 4-8.

midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».³⁶

Bruken av tvangsmidler skal alltid gjøres så kortvarig som mulig, og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte.³⁷ Tvangen skal videre avbrytes straks dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkningene eller har uforutsette negative konsekvenser.³⁸

4.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Dikemark

Vi innhentet følgende vedtak om tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8: de tre lengste sammenhengende belteforløpene i 2021, alle vedtak etter § 4-8 som var iverksatt i perioden 22. august til 2. september 2022 inkludert journalnotater og de tre lengste belte- og skjermingsforløpene i perioden 1. januar til 2. september 2022. Vi ba også om siste to årsrapporter med statistikk over antall vedtak der følgende kom fram:

Psykisk helsevernloven (phvl) § 4-8	2020	2021	2022*
Phvl 4-8a Vedtak om mekaniske tvangsmidler (belter)	107	25	91
Phvl 4-8b Vedtak om bruk av isolasjon	11	118	91
Phvl 4-8c Vedtak om korttidsvirkende legemiddel	0	6	2
Phvl 4-8d Vedtak om kortvarig fastholding	46	48	52
	164	197	236

*01.01.2022-31.05.2022

Ifølge årsrapportene var det innlagt 15 pasienter i 2020, 18 pasienter i 2021 og 14 pasienter i 2022 (til 31. mai 2022). På besøkstidspunktet 1. september 2022 var det 13 pasienter.

Både antall vedtak om tvangsmiddel og antall pasienter som utsettes for tvangsmidler kan variere sterkt. I noen perioder vil en stor del av situasjonene hvor det fattes tvangsmiddelvedtak gjelde én eller et mindre antall pasienter.³⁹

Under vårt besøk fant vi at de aller fleste tvangsmiddelvedtak i all hovedsak gjaldt tre av pasientene, for perioden januar til besøkstidspunktet.

4.2 Mekaniske tvangsmidler (belter)

4.2.1 Omfang av bruk av mekaniske tvangsmidler

Beltene kan være fastmontert på en seng (belteseng) hvor pasienten ligger på ryggen og får et belte over brystet og et belte over hver arm og hvert ben. Når pasienten må på do eller skal drikke/spise, kan personalet utvide beltene med såkalte forlengere, eventuelt iføre pasienten transportbelter som gir noe større bevegelsesmuligheter. Transportbelter kan også påføres pasienten under selve nødsituasjonen før pasienten føres/bæres til egen seng eller til en belteseng. I noen tilfeller kan pasienten selv gå til rommet, iført belter rundt armene og overkroppen og belte fra den ene foten til

³⁶ Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, side 74 og Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) til § 4-8: «Formålet med bestemmelsen er å hjemle tiltak som kan brukes i nødrettslignende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd.»

³⁷ Psykisk helsevernforskriften § 26.

³⁸ Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd.

³⁹ Barseth, M. S. (2022). «Tvangsmidler i sikkerhetspsykiatri», masteroppgave i psykisk helsearbeid, NTNU, side 42.

den andre. Dette gir pasienten mulighet til å gå, men ikke løpe. Felles for disse innretningene er at pasientens mulighet til å bevege armer og/eller ben begrenses helt eller delvis.

På besøkstidspunktet var det to pasienter som hadde vedtak om belter. Begge pasientene hadde over en periode på mer enn seks måneder vært lagt i belter daglig eller flere ganger per uke, eller vært sammenhengende i transportbelter i opptil flere uker. Det var ytterligere tre pasienter som hadde vært beltelagt inneværende år, i noe mindre omfang.

De fleste belteleggingene som startet med full fastspenning i belteseng gikk direkte over til transportbelter, med gradvis økende bevegelsesmuligheter, før beltene ble løsnet helt. Dårlig dokumentasjon gjorde at det var uklart hvor lenge (antall minutter, timer, dager eller uker) den enkelte belteleggingen varte. Det var derfor ikke mulig å få en samlet oversikt over omfanget av beltebruken herunder hvor lenge belteseng ble brukt og hvor lenge pasienten var i transportbelter. Denne manglende oversikten beskrives nærmere i kapittel 7 *Forebygging av tvang*.

Sykehuset hadde fra mai i år gått over til en ny versjon av det elektroniske journalsystemet. Vi ble fortalt at ny versjon gjorde det enklere å tidfeste belteforløpene, som på sikt ville gi bedre oversikt over og kontroll med omfanget av bruk av belteseng og transportbelter.

Pasientene med lange belteforløp hadde samtidig lange skjermingsforløp (se kapittel 5 *Bruk av skjerming*).

4.2.2 Risiko for krenkelser ved bruk av mekaniske tvangsmidler

De fleste vedtakene redegjorde tilstrekkelig for at vilkåret om «uomgjengelig nødvendig» var oppfylt i den akutte situasjonen.

Det var imidlertid store mangler når det gjaldt dokumentasjon av løpende vurderinger av om beltebruken over tid fortsatt var uomgjengelig nødvendig. Gjennomgang av vedtak og journalnotater for flere pasienter, og særlig de som var lenge i transportbelter, avdekket at det i flere tilfeller ikke var mulig å vurdere om vilkårene for å bruke belter var oppfylt under hele forløpet.

Slike vurderinger var i flere tilfeller heller ikke dokumentert ved gjennomføring av 8-timers beltetilsyn.⁴⁰ Ofte ble det beskrevet at pasienten forholdt seg rolig under somatisk sjekk, men uten at legen tok stilling til om situasjonen tilsa at vilkårene for å bruke belter fortsatt var oppfylt. I andre tilfeller var det dokumentert at det var gjort vurderinger om at beltevedtaket skulle opprettholdes, men vurderingene oppfylte ikke kravene til begrunnelse av at vedtaket fortsatt var uomgjengelig nødvendig.

Det følger av psykisk helsevernforordningen § 26 første ledd at ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «friere forpleining». Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres. Bestemmelsen om friere forpleining er en av få bestemmelser i lov- og forskriftsverket som sier noe om hva som skal skje utover i belteleggingsforløpet. Bestemmelsen kan imidlertid skape et inntrykk av at institusjonen ikke

⁴⁰ Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1 psykisk helsevernforordningen § 26 første ledd siste setning: «Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler ut over 8 timer skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid, for eksempel løses fra belter eller gis transportbelter i stedet for belteseng. Kan dette ikke gjøres skal årsaken til dette nedtegnes. Dette skal gjentas hver 8 time.»

trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer. Det er ikke tilfellet. Tvangsbruken skal vurderes fortløpende⁴¹ og ikke opprettholdes lenger enn strengt nødvendig.⁴²

Sivilombudet har i november 2022 utgitt en rapport om kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern, og har i den forbindelse anbefalt at det gjøres en vurdering av ordlyden i psykisk helsevernforskriften § 26.⁴³

For noen pasienter kunne bruk av transportbelter være sammenhengende i mange timer, dager og uker. Enkelte pasienter opplevde belteforløp som varte flere måneder i strekk.

I journalnotater til en av pasientene sto det at pasienten «skal være i belter til mandagen etter» (skrevet på en onsdag), og at pasienten «må vise samarbeidsevne i 1-2 uker» før de kan løsne transportbeltene. Slike begrunnelser er åpenbart ikke i tråd med lovens krav om at tiltaket må være uomgjengelig nødvendig. De gir også sterk bekymring for at et tvangsmiddel med stor risiko for å krenke blir brukt som en form for behandling eller atferdsregulering. Bruk av belter med slike formål er ulovlig.

Der det er tale om svært inngripende vedtak stilles det strenge krav til begrunnelsen. Dette gjelder utvilsomt bruk av mekaniske tvangsmidler.⁴⁴ Sivilombudet understreker også at tiltaket blir mer inngripende jo lenger det varer.

I mange tilfeller manglet det en konkret vurdering av hvorfor pasienten skulle direkte over i transportbelter når han eller hun ble løsnet fra belteseng. En del intervjuer tydet på at transportbelter i disse situasjonene ble brukt «for sikkerhets skyld» og med en generell vurdering av at de er mindre inngripende enn belteseng. I situasjoner der det er helt nødvendig for å hindre en akutt faresituasjon, er bruk av transportbelter framfor full fiksering i en belteseng som utgangspunkt et mindre inngripende tiltak fordi det gir større bevegelsesfrihet. Transportbelter gir også mindre risiko for alvorlige somatiske komplikasjoner, som trombose (blodpropp). Sivilombudet understreker likevel at vilkårene for å bruke transportbelter er de samme som for belteseng. Mens transportbelter kan oppleves som noe mindre inngripende medfører de samtidig en klar risiko for at tvangen blir opprettholdt lenger.

Det kom fram at pasientene som var i langvarige belteforløp med transportbelter samtidig hadde vedtak om skjerming (se kapittel 5 *Bruk av skjerming*). I noen av disse tilfellene ble pasienten holdt skjermet på eget rom. Ansatte satt da oftest utenfor rommet med døren åpen for å kunne følge med på pasienten. Noen ansatte beskrev en opplevelse av å sitte og vente på neste voldshendelse. Dersom de ikke fikk til en samtale med pasienten, opplevde de å ha få andre muligheter til aktivisering og til å komme ut av et spor som virket fastlåst. Forsøk på å gå utendørs for å skape mulighet for bevegelse og positiv aktivisering, ble i mange tilfeller ikke gjennomført av sikkerhetshensyn. Dette handlet ikke utelukkende om pasientens tilstand eller atferd, men også om personalets kapasitet og om bygningsmessige forhold der blant annet trange trappeløp kunne være

⁴¹ Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd.

⁴² Se EMDs avgjørelse Aggerholm mot Danmark avsnitt 84 siste punktum: «It must also be shown that the coercive measure at issue was not prolonged beyond the period which was strictly necessary for that purpose.»

⁴³ Les hele rapporten på Sivilombudets nettsider: <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Kontroll-med-bruk-av-mekaniske-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-1.pdf>

⁴⁴ Se blant annet Rt. 2000 s. 1066.

farlig både for pasienten og for personalet (se kapittel 3.2 *Fysiske forhold* og kapittel 7 *Forebygging av tvang*).

Noen av personalet uttrykte at de i slike situasjoner ikke kom i gang med reell behandling fordi de brukte hele tiden på å hindre eller håndtere utageringer. Pasienter beskrev tomme og innholdsløse dager med manglende kontroll på det meste i hverdagen. Det å kunne gjøre aktiviteter, enten alene eller sammen med ansatte, uten forventninger om å snakke, var et savn.

Samlet ga disse pasientforløpene grunn til sterk bekymring for at det hadde skjedd en normalisering av både beltebruk og skjerming. Sivilombudet understreker at den omfattende og inngripende bruken av transportbelter overfor noen av pasientene, og manglene i dokumenterte begrunnelser for tvangsinngrepene, medfører en høy risiko for at disse ble utsatt for uforholdsmessig tvangsbruk og for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Anbefalinger: Mekaniske tvangsmidler

- Sykehuset bør sikre at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av mekaniske tvangsmidler, og med kravene til å dokumentere fortløpende begrunnelser.
- Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler opphører så snart den nødrettsliknende situasjonen er over, og at det ikke skjer en normalisering ved langvarig bruk av transportbelter.
- Sykehuset bør sikre aktiviserings- og bevegelsesmuligheter ved langvarig bruk av transportbelter.

4.2.3 Bruk av spyttthette

En spyttthette er en gjennomsiktig hette som tres over hodet på en person, i mange tilfeller med et felt ved nedre del av ansiktet som hindrer at det kan sendes spytt ut av hetten. Bruk av spyttthette kan være farlig av flere grunner, og Sivilombudet er kjent med flere rapporterte tilfeller fra andre land der uforholdsmessig bruk ser ut til å ha bidratt til eller forårsaket dødsfall.⁴⁵

Bruk av spyttthette er svært inngripende og kan skape angst hos pasientene, særlig når de allerede er fastspent i en belteseng. Når slikt utstyr er tilgjengelig, legger det til rette for at det blir brukt.⁴⁶

Under befaringen på RSA Dikemark fant vi spyttthetter i to av de tre døgnenhetene. Flere ansatte fortalte om bruk av spyttthetter på pasienter i forbindelse med beltelegging. Det ble samtidig understreket at det ikke skjedde ofte. Noen fortalte at ledelsen hadde sagt at det ikke var lov å bruke

⁴⁵ Se redegjørelse for Sivilombudets syn på bruk av spyttthette i Sivilombudets høringsuttalelse om forslag til endringer i straffegjennomføringsloven (bruk av spyttthette mv.) av 30.09.2019: <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2019/10/Sivilombudsmannens-h%C3%B8ringsuttalelse-om-forslag-til-endringer-i-straffegjennomf%C3%B8ringsloven-bruk-av-spyttthette-mv..pdf>

⁴⁶ I forbindelse med Sivilombudsmannens besøk til Stavanger universitetssjukehus 9.-12. januar 2017 fant man at pasienters ansikt i flere tilfeller ble tildekket under beltelegging (s. 21 i rapporten). Som ledd i oppfølgingen av ombudsmannens anbefalinger endret sykehuset sine rutiner til at ansatte skulle ha på seg beskyttende klær og utstyr heller enn at pasientens ansikt ble dekket til. I oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøk til Akuttpsykiatrisk seksjon ved Sykehuset i Vestfold i 2018 fjernet sykehuset spyttthettene umiddelbart. Se også besøksrapport Psykiatrisk klinikk Helse Bergen HF 14-16. august 2018. Besøksrapportene og sykehusenes svar er publisert på www.sivilombudet.no.

spytthette, mens andre sa at det bare ikke skulle brukes så ofte. At spytthette i noen tilfeller var blitt brukt, var også dokumentert i journal som omhandlet beltelegginger av enkelte pasienter.

Ledelsen ved RSA Dikemark fortalte at det flere ganger tidligere var blitt informert om at det ikke var lov å bruke spytthette.

Sivilombudet har ved flere besøk til døgnavdelinger innen psykisk helsevern påpekt at det ikke er lovhjemmel til å bruke spytthetter på pasienter innen psykisk helsevern.⁴⁷

Sivilombudet viser også til at andre sykehus har funnet alternative løsninger. I rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus uttrykte ombudet bekymring over at pasienters ansikt i flere tilfeller hadde blitt tildekket under beltelegging.⁴⁸ Som ledd i oppfølgingen av ombudsmannens anbefalinger, endret sykehuset sine rutiner til at det er de ansatte som ikler seg beskyttende klær og utstyr.⁴⁹

CPT har frarådet tildekking av ansiktet til pasienter i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler:

«When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain. Vital functions of the patient, such as respiration, and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. If a patient has a tendency to bite, suck or spit, potential damage should be averted in a manner other than by covering the mouth.»⁵⁰

Anbefaling: Spytthette

- Sykehuset bør sikre at spytthetter ikke brukes. Seksjonen bør fjerne tilgangen til spytthetter i sine døgnenheter.

4.3 Bruk av kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon)

4.3.1 Omfang av bruk av isolasjon

Etter at det ble truffet ca. 10 vedtak om isolasjon i 2020, fant det sted en markant økning i antall vedtak i 2021 (218 vedtak), med en ytterligere økende tendens fram til besøkstidspunktet i 2022.

Økningen ble forklart med at man overfor noen pasienter vurderte det som mindre inngripende å håndtere utageringssituasjoner med at ansatte trakk seg ut av rommet og låste eller lukket døren mellom seg og pasienten, enn med mekaniske tvangsmidler. Det ble opplevd at situasjonen da ble løst med mer kortvarig tvangsmiddelbruk. Pasientene det gjaldt hadde skjermingsvedtak og var flyttet inn på skjermingsenheter der utageringssituasjoner lettere kunne håndteres ved å kortvarig holde igjen døra.

⁴⁷ Se fotnote 49.

⁴⁸ Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus 9.–12. januar 2017, side 21

⁴⁹ Oppfølgingsbrev fra Stavanger universitetssjukehus, 27. september 2017, tilgjengelig på ombudsmannens hjemmesider: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

⁵⁰ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2006)35-part, avsnitt 48.

4.3.2 Risiko for bruk av isolasjon uten vedtak

Funn under besøket tydet på at det var en misforståelse blant flere ansatte om hvilke tiltak som utgjør isolasjon etter loven. Flere mente at å stenge døren midlertidig mellom seg og pasienten, ikke ville utgjøre isolasjon, og at terskelen for å fatte et vedtak var om døren ble låst. Dette er ikke riktig.

Vedtak om isolasjon skal fattes dersom døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss, stol eller liknende. Også situasjoner der døren står på gløtt, men hvor pasienten er alene i rommet og ikke har mulighet til å forlate dette, har karakter av en slik fysisk atskillelse at tiltaket må anses som isolasjon.⁵¹

Det ble gjort konkrete funn om at pasienter hadde blitt stengt inne på rom uten at vilkårene for isolasjon ble vurdert og dokumentert i et vedtak.

For enkelte pasienter med vedtak om skjerming bar skjermingen i stor grad preg av å være isolasjon (se kapittel 5 *Bruk av skjerming*). En av pasientene var som hovedregel alene inne på skjermingsenheten uten ansatte til stede og uten mulighet til å komme ut, bortsett fra når vedkommende skulle på do. Doen lå rett ved siden av skjermingsenheten. Ansatte befant seg på utsiden av skjermingsenheten med åpen dør. Dersom pasienten gikk mot døren og krysset en definert grense som var kjent for både ansatte og pasient, ble døren lukket mellom pasienten og personalet. Det kom fram under besøket at det ble fattet vedtak om isolasjon når døren i disse situasjonene ble låst, men ikke ellers.

Selv om bruk av isolasjon i gitte situasjoner kan vurderes som mindre inngripende enn å bruke mekaniske tvangsmidler, er isolasjon også et inngripende tvangsmiddel som har et klart skadepotensiale. Gjentatt eller langvarig bruk av isolasjon kan medføre psykiske senskader for pasienten.⁵²

Det kom også fram at døren til en pasient i enkelte tilfeller var blitt låst uten at pasienten hadde vist voldelig atferd. I disse situasjonene var pasienten ikke klar over at døren ble låst og personale informerte heller ikke om det. Låsingen ble gjort for å løse en situasjon der ansatte måtte forlate pasienten for å bistå kollegaer som trengte hjelp med en annen pasient. Dette var dokumentert i journal og det var redegjort for usikkerhet om det skulle fattes vedtak om isolasjon eller ikke. Hendelsene var også meldt som avvik og den faglig ansvarlige informerte kontrollkommisjonen om dem. Sivilombudet understreker at det ikke er hjemmel for å isolere noen av bemanningsmessige hensyn, uavhengig av om formålet er å frigjøre personal til å følge opp en annen akutt situasjon i avdelingen. Dersom enkeltpasienters tilstand tilsier særlig tett oppfølging, må det tas høyde for dette ved planlegging av hvordan alarmsituasjoner håndteres.

Det er et ledelsesansvar å sikre at alle ansatte har en riktig forståelse av regelverket, og at det fattes vedtak om isolasjon når vilkårene er til stede.

Anbefaling: Isolasjon

⁵¹ Psykisk helsevernloven med kommentarer § 4-8 annet ledd bokstav b andre setning.

⁵² Sivilombudsmannens temarapport «Skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling», 2018. <https://sivilombudet.no/aktuelt/tortur-forebygging/temarapport-om-skjerming-i-psykisk-helsevern/>

- Sykehuset bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolasjon, og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.
- Sykehuset bør påse at bemanningsmessige hensyn ikke fører til ulovlig isolasjon.

5 Bruk av skjerming

Rettslige krav og standarder

Etter menneskerettslige standarder er adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet snever.⁵³ Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse.

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og kan kun besluttet dersom «en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig». Tiltaket må kun skje av «behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter». Det er ikke adgang til å benytte skjerming av hensyn til personalet eller andre driftsmessige hensyn.

Skjerming er en innskrenkning i pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse som går utover det et opphold i tvungent psykisk helsevern i utgangspunktet gir adgang til.

Sivilombudet har ved en rekke tidligere besøk gjort bekymringsfulle funn om bruk av skjerming, og utga i desember 2018 en temarapport som sammenfatter og utdyper disse. De samlede funnene viste at skjerming ofte gir isolasjonsliknende forhold for pasientene. Det gjennomføres ikke sjelden i sterile, nakne rom der pasientene har lite meningsfull sosial kontakt og begrenset bevegelsesfrihet. Ofte praktiseres strenge regler for tillatt atferd, uten en klar plan for behandlingen.

5.1.1 Omfang

Vi innhentet vedtak om skjerming i to omganger, først for de tre lengste sammenhengende skjermingsforløpene i 2021 og deretter for alle pågående skjermingsvedtak for perioden 22. august til 02. september 2022 inkludert journalnotater og for de tre lengste belte- og skjermingsforløpene i perioden 1. januar til 2. september 2022. Vi ba også om årsrapporter med statistikk over antall vedtak for de siste to årene:

Psykisk helsevernloven § 4-3 vedtak om skjerming	2020	2021	2022*
Antall § 4-3 vedtak om skjerming	48	98	52
Antall personer innlagt	15	18	14

*01.01.2022-31.05.2022

På besøkstidspunktet var det 13 innlagte, og av disse var det syv pasienter som var underlagt skjerming. Skjermingen foregikk enten på en skjermingsenhet eller på eget rom hvis skjermingsenheten var i bruk av en annen pasient. Noen av pasientene var underlagt skjerming sammenhengende over mange måneder og enkelte over flere år, med vedtak som ble fornyet hver 14. dag.

5.1.2 Skjerming som gir risiko for krenkelser

Gjennomgang av en rekke vedtak viste at disse gjennomgående var grundig og konkret begrunnet. De fleste vedtakene beskrev «dynamisk skjerming», som åpnet for at pasienten i gode perioder

⁵³ Sivilombudsmannens temarapport «Skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling», 2018, side 32-36 og side 52. <https://sivilombudet.no/aktuelt/tortur-forebygging/temarapport-om-skjerming-i-psykisk-helsevern/>

kunne bevege seg ut i fellesområdet på døgnet, bruke pc-rom eller tv-stue, ha utgang med følge av personale utenfor bygningen, og kunne ta imot besøk på besøksrom med personal til stede.

Det var en eller to skjermingsenheter i hver døgnet (se kapittel 3 *Fysiske forhold*). Dersom det var flere pasienter med vedtak om skjerming samtidig på samme enhet, ble skjermingen gjennomført på pasientens eget rom. I praksis medførte skjerming på rom at døren til pasientrommet var åpen med personale sittende rett utenfor da rommet var for trangt til at personalet kunne være sammen med pasienten. Dette så ut til å skape klar risiko for at pasienten ble passivisert og fratatt privatliv i veldig stor grad. Vi ble for eksempel fortalt at en pasient som var underlagt skjerming på rom slet med forstoppelse, og ifølge de ansatte var årsaken sannsynligvis fordi de til enhver tid observerte når og hvor lenge vedkommende var på do.

Skjermingen kunne også bli gjennomført ved at pasienten hele tiden ble stoppet fra å gå ut av rommet bortsett fra når vedkommende skulle på do. Selv om det kom fram at personalet tilbød samtaler og var til stede, skapte denne formen for skjerming og pasientenes dårlige fungering og svært reduserte kontaktevne, en risiko for at pasienten i realiteten ble isolert (se kapittel 4.3 *Bruk av isolasjon*).

Enkelte pasienter som var underlagt langvarig skjerming beskrev meningsløse og tomme hverdager. Samtaler med personale kunne tidvis oppleves greit, men ofte var det krevende å måtte snakke. Det å kunne gjøre aktiviteter uten forventning om å snakke, var et savn.

Flere ansatte formidlet noe av det samme. Det ble pekt på at det tidvis var vanskelig å finne gode/passende aktiviteter som kunne gjennomføres inne på pasientrommet eller i skjermingsenheten uten å gi økt voldsrisiko for de ansatte. Enkelte pasienter var svært ambivalente til å forlate rommet sitt. Selv om ansatte kunne bruke mye tid på å motivere til utgang, gjorde den lange og utrygge veien fra andre eller tredje etasje og ut av bygningen at disse pasientene ofte ombestemte seg.

Samlet kom det fram flere bekymringsfulle forhold når det gjaldt skjermingen av pasienter. For enkeltpasienter med langvarig skjerming og *samtidig* langvarig eller omfattende bruk av belter fant vi en klar risiko for normalisering av både skjerming og beltebruk, og samtidig fravær av bevegelses- og aktiviseringsmuligheter (se kapittel 4.2 *Mekaniske tvangsmidler* og kapittel 7 *Forebygging av tvang*).

Anbefalinger: Skjerming

- Sykehuset bør sikre at det unngås isolasjonsliknende forhold under skjerming.
- Sykehuset bør iverksette særlige tiltak for å forebygge langvarig bruk av skjerming.
- Sykehuset bør sikre aktiviserings- og bevegelsesmuligheter ved langvarig skjerming på eget rom.

6 Kontakt med omverdenen

Rettslige krav og standarder

Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet som følger av både Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og Grunnloven. Eventuelle innskrenkninger i denne rettigheten krever hjemmel i lov. I tillegg må innskrenkninger av retten til kommunikasjon være forholdsmessig. For personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern følger det av loven at man blant annet har rett til å «benytte telefon».

Det kan vedtas innskrenkninger i en pasients kontakt med omverdenen for to uker av gangen dersom det kan begrunnes i sterke behandlingsmessige hensyn, sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person. For mennesker som befinner seg på regional sikkerhetsavdeling kan det i tillegg fattes vedtak om innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen av sikkerhetsmessige grunner, eksempelvis ved risiko for rømning, alvorlig voldsutøvelse eller innføring av rusmidler. Disse vedtakene kan fattes for inntil fire uker av gangen.

6.1 Omfang

Det var få vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen ved RSA Dikemark. I 2020 var det to vedtak, i 2021 tre vedtak og i 2022 (frem til 31. mai 2022) åtte vedtak.

Under besøket var det én pasient som hadde vedtak, og som hadde vært underlagt kontinuerlige vedtak om innskrenket kontakt under hele innleggelsesperioden.

6.2 Begrensninger som kan innebære risiko for krenkelse

I gjennomgangen av tvangsvedtak og journalnotater for enkelte pasienter underlagt langvarige belte- og skjermingsvedtak i perioden fra 1. januar til 2. september 2022 så vi også om det var fattet vedtak om innskrenket kontakt med omverdenen. Det var ett slikt vedtak som vi fant problematisk.

Vi fikk vite under besøket at en pasient nylig hadde blitt underlagt et slikt vedtak, med begrunnelse i at vedkommende ikke skulle sende bilder av seg selv i belter til media. Vedtaket innskrenket all bruk av iPad og telefon mens pasienten var i belter. Hovedbegrunnelsen var at pasienten hadde sendt bilder av seg selv i belter til media. Begrunnelsen tok ikke hensyn til at pasienten nettopp i en slik situasjon kan ha et stort behov for å formidle kontakt med omverdenen. Dette kan også være en viktig beskyttelse mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵⁴

En viktig årsak til at det var få vedtak om begrensning i kontakt med omverdenen, var antakelig at RSA Dikemark inntil nylig hadde hatt husordensregler som ikke tillot tilgang til egen telefon eller andre digitale enheter. Dette hadde vært en langvarig praksis, og innebar at pasientenes mulighet til å benytte kommunikasjonsmidler var begrenset til RSA Dikemarks egne hustelefoner, pc og iPad. En generell husordensregel om at ingen kan ha egne telefoner eller digitale enheter er ikke lovlig. Dersom det er behov for begrensninger i kontakt med omverdenen, må dette vurderes individuelt og fattes vedtak i tråd med lovens vilkår.

⁵⁴ Europarådets torturforebyggingskomité, Tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon, utdrag fra komiteens 8. årsrapport 1998, CPT/Inf (98) 12-part (heretter CPT 1998), avsnitt 54.

Under besøket kom det fram at husordensreglene nylig var blitt endret, og at pasientene fra 1. juli 2022 hadde tilgang til sin egen mobiltelefon, og andre digitale enheter som nettbrett og pc på dag- og kveldstid. Pasientene måtte levere disse inn før de la seg fordi de skulle oppbevares på vaktrommet mellom kl. 23:00 og 07:00.

Det var en oppfatning om at psykisk helsevernloven § 4A-6 femte ledd ga hjemmel for en slik begrensning. Det følger av denne bestemmelsen at det kan fastsettes begrensninger i husordensreglene «med hensyn til hvilke tider og med hvilken varighet kommunikasjon kan finne sted.» Rekkevidden av bestemmelsen er uklar. Bestemmelsen ble innført i 2012, og var begrunnet i sikkerhetshensyn. I bestemmelsens forarbeider er det understreket at «Innleggelse ved regional sikkerhetsavdeling skal ikke innebære at pasienten automatisk underlegges mer inngripende restriksjoner.»⁵⁵

RSA Dikemarks begrunnelse for å nekte pasientene tilgang til mobiltelefoner og andre digitale enheter på nattetid var imidlertid ikke sikkerhetshensyn, men nattero. En slik begrunnelse synes ikke å være i tråd med formålet med bestemmelsen.

I forbindelse med Sivilombudets besøk til RSA Sandviken (Helse Bergen) i desember 2022 kom det fram at pasientene der har tilgang til mobil og eventuelle andre digitale enheter hele døgnet.

Kontrollkommisjonens leder fortalte at kommisjonen flere ganger hadde påpekt at pasientene skulle ha tilgang til egen mobiltelefon/digitale enheter, bortsett fra der det var fattet vedtak om innskrenkninger (se kapittel 8 *Klage og kontroll*).

Husordensreglene ved RSA Dikemark regulerte også muligheten for besøk. Det gikk fram at det skulle tilrettelegges for besøk, så lenge det ikke forelå besøksforbud eller vedtak etter §§ 4-5 og 4A-6 i psykisk helsevernloven. Ifølge husordensreglene skulle personalet alltid være til stede ved besøk. Sivilombudet har tidligere, i forbindelse med besøk til en lokal sikkerhetsavdeling, påpekt at en slik rutinemessig besøkskontroll utgjør en innskrenkning i pasientens kontakt med andre, og ikke kan skje uten at vilkårene i § 4-5 er oppfylt.⁵⁶ Når det gjelder de regionale sikkerhetsavdelingene slår § 4A-6 fjerde ledd bokstav a fast at det skal fattes vedtak dersom besøk må foregå med personell tilstede eller med glassvegg som skiller pasient og besøkende, gitt at lovens øvrige vilkår er oppfylt.

Anbefaling: Kontakt med omverdenen

- Sykehuset bør sikre at alle ansatte kjenner til lovens vilkår for begrensning av kontakt med omverdenen og sikre at begrensningene heller ikke griper inn i de innlagtes ytringsfrihet.
- Sykehuset bør sikre at husordensregler ikke går utover det loven tillater. Inndragning av digitale enheter og besøkskontroll kan ikke gjøres uten at lovens krav er oppfylt og det er fattet vedtak om dette.

⁵⁵ Prop. 108 L (2011-2012) pkt. 4.6.5.1

⁵⁶ Se besøksrapport fra Sykehuset i Østfold (2018), sikkerhetspsykiatriske seksjoner, side 37.

7 Forebygging av tvang

Rettslige krav og standarder

FNs torturkonvensjon forplikter statlige myndigheter til å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵⁷ Selv om bruk av tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler understreket at:

«the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of healthcare staff, adequate initial and ongoing training of the staff involved in the restraint of patients, and the promotion of the development of alternative measures (including deescalation techniques).»⁵⁸

Utøvelsen av tvang må alltid skje på en forsvarlig måte og tvangsbruk skal så langt som mulig forebygges med nok personell og faglig kompetanse.⁵⁹

Pasienter som er tvangsinnlagte er avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv sårbarhet for overgrep og krenkelser. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern og i særlig grad de regionale sikkerhetsavdelingene. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet med menneskelighet og verdighet.⁶⁰ Institusjonskulturen vil ofte ha betydning for hvordan tvangsbruk forebygges.⁶¹

7.1 Oversikt over tvangsbruk

Det er kjent at detaljert og nøyaktig registrering av tvangsmiddelbruk, og særlig av spesielt inngripende tvang som beltelegging, er nødvendig for forebygging og reduksjon av denne

⁵⁷ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og 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.

⁵⁸ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁵⁹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og psykisk helsevernforordningen § 4 siste ledd.

⁶⁰ FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (ICCPR), artikkel 10. Se også Scottish Human Rights Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁶¹ Penal Reform International og Association for the Prevention of Torture (andre utgave, 2015): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

tvangsbruken.⁶² Oversikter over det som er registrert bør regelmessig tas opp og drøftes både på lokalt nivå (per enhet og avdeling) og på sentralt nivå i sykehuset.⁶³ En detaljert statistikk som jevnlig formidles til ansatte og ledere er et viktig virkemiddel for å forebygge tvang og bør inneholde type tvangstiltak, hvor lenge tvangen utøves, antall pasienter som utsettes for tvang, tidspunkt på døgnet/i uken som tvangen blir utøvd, etc.⁶⁴

RSA Dikemark førte statistikk over antall tvangsvedtak per år, men manglet statistikk på varighet av beltelegging (minutter, timer, uker eller måneder) og oversikt over hvor lenge en pasient var fullt fastspent i belteseng og hvor lenge vedkommende var i transportbelter.⁶⁵ Under vårt besøk ble det fortalt at ledere og behandlere hadde ukentlige fellesmøter, på tvers av de tre døgnetenhetene, hvor de blant annet drøftet alle de innlagte pasientene og aktuelle problemstillinger, herunder bruken av tvang overfor den enkelte. Det ble imidlertid ikke lagt frem eller drøftet konkrete tall og data for tvangsbruk i de tre døgnetenhetene mer systematisk.

7.2 Forhold som påvirker forebygging av tvang

Særlige utfordringer ved RSA Dikemark

Det hadde vært og var fortsatt under besøkstidspunktet flere forløp hvor enkeltpasienter var underlagt både beltebruk og skjerming i mange måneder i strekk, og hvor situasjonen framsto som fastlåst (se kapitlene 4 *Bruk av tvangsmidler* og 5 *Bruk av skjerming*).

Flere ansatte pekte på behov for flere og mer egnede skjermingsenheter, og kortere og enklere vei til uteområder og aktivitetsrom.

Det framsto som klart at rammene for positiv og konfliktdependende samhandling mellom ansatte og pasienter var svært begrensede i de uegnede lokalene. Samtidig savnet vi mer refleksjon om *helhetssituasjonen* for de enkeltpasientene som var underlagt langvarige belte- og skjermingsforløp og hvordan ulike faktorer samlet kunne bidra til situasjoner der det ble brukt tvang.

Det var for eksempel lite oppmerksomhet om innvirkningen på pasientene av den langvarige passiviteten og de statiske omgivelsene, mange av dem kom i liten grad ut og var over lange perioder nesten helt begrenset til én av etasjene i bygget, for enkelte pasienter bare til ett eller få rom. Det samme gjaldt hvordan manglende aktivisering samtidig med omfattende inngrep i privatlivet, der personalet satt i døråpningen og observerte alt i hverdagen inkludert dobesøk, kunne påvirke pasientens tilstand og voldspotensiale. Vi savnet også tydeligere uttrykk for refleksjon om hvordan de ansattes grunnlagsforståelse om voldelig atferd, det vil si om volden skjer på psykotisk grunnlag, og/eller på dyssosialt grunnlag, på grunn av kognitive vansker, på grunn av frykt, m.m., kan medvirke til hvordan det videre behandlingsforløpet utvikler seg.

Enkeltpasienter med langvarige skjermingsforløp fikk individuelt tilrettelagte aktiviteter. For eksempel hadde en pasient ukentlige turer med personalfølge til cafe/andre eksterne aktiviteter som

⁶² CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/inf (2017)11, side 5.

⁶³ Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd: «Tvang - forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne» (2021).

⁶⁴ Som note over.

⁶⁵ Årlig melding 2021-2022, RSA Dikemark. Ligger på hjemmesiden til Oslo universitetssykehus.

vedkommende selv kunne planlegge, en annen hadde fått et eget rom tilrettelagt for fysisk trening, og en tredje fikk besøk av musikk lærer to ganger per uke.

Samtidig fant vi at det manglet et mer systematisk arbeid for å forebygge bruk av tvang gjennom tiltak som var tilpasset den enkelte pasienten og de sterke begrensningene som fysiske forhold og bemanningsmessige begrensningene som preget deres hverdag. En sterkere oppmerksomhet om hvordan de fysiske forholdene og begrensningene i bemanningen påvirker arbeidet og pasientene, vil kunne bidra til at forebyggingsarbeidet styrkes.

Samlet bidro en rekke forhold til å skape store utfordringer for arbeidet med å forebygge tvang. Forholdene medførte en klar risiko for at pasienter ble utsatt for umenneskelig og nedverdiggende behandling gjennom uforholdsmessig bruk av tvang.

Trygghet og sikkerhet

I lys av voldsrisikoen på en regional sikkerhetsavdeling er det særlig viktig at personalet får opplæring i trygge og gode håndteringsmåter for de tilfellene hvor tvang brukes, slik at det kan foregå på en så skånsom og lite inngripende måte som mulig. Personalet syntes generelt å ha god kunnskap om den enkelte pasient. De fortalte om et godt tverrfaglig samarbeid og takhøyde for å stille spørsmål og drøfte problemstillinger, også å si at man var uenig. De virket trent i MAP (møte med aggresjonsproblematikk) som inkluderer både teori og fysisk trening for å forhindre vold. MAP er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjon og vold i helse- og sosialsektoren. Programmet er en kurspakke som består av 10 kapitler, hvor blant annet aggresjonsforståelse og forebyggende kommunikasjon inngår.

En annen viktig faktor er at miljøpersonalet føler seg trygge og ivaretatt på jobb. Generelt fant vi at de ansatte opplevde å være trygge. Enkelte sa at det kunne være litt utrygt hvis det var få ansatte på jobb og når en ny pasient som ikke var kjent fra før ble innlagt. De ansatte fortalte om god oppfølging av nærmeste leder etter alvorlige voldshendelser. Det ble også gitt tilbud om psykologstøtte fra Oslo universitetssykehus sentralt.

Flere i miljøpersonalet hadde blitt utsatt for alvorlig vold, og flere beskrev det som krevende å jobbe med enkeltpasienter som hadde utøvd alvorlig vold. Det ble spesieltpekt på pasienter som man opplevde at planla vold uten at personalet kunne forutse når det ville skje, og at enkelte ansatte hadde blitt traumatiserte. Det ble framhevet at situasjoner der ansatte over tid fryktet å bli skadet, kunne gjøre det spesielt vanskelig å oppheve et vedtak om bruk av belter. Vår gjennomgang av pasienter med lange belte- og skjermingsforløp syntes å gjenspeile dette.

Sivilombudet har forståelse for at arbeidet med svært syke pasienter der det er vurdert høy voldsrisiko kan være belastende og at det stiller særlige krav til ledelsen og de ansatte. Det er naturlig at voldshendelser skaper utrygghet. Samtidig er det en risiko for at voldshendelser, særlig der ansatte blir skadet, gjør at terskelen for å bruke transportbelter senkes også overfor andre pasienter. Det er derfor spesielt viktig at det kontinuerlig arbeides med å trygge miljøpersonalet, og sikre at alle har god kunnskap om vilkårene for å bruke tvang og kravene til å dokumentere en tilfredsstillende begrunnelse.

Under vårt besøk formidlet både ledelsen og flere av behandlerne og miljøpersonalet at RSA Dikemark gjennom de siste årene hadde jobbet for å skape en institusjonskultur preget av mer

pasientmedvirkning og dialog mellom pasient og ansatte, mer fleksibilitet og større grad av individuelle vurderinger av kontrollerende tiltak. Endringen ble beskrevet som en endring fra *statisk* sikkerhetstenkning, med stor rigiditet og gjennomgående strenge regler og lav pasientautonomi, til *dynamisk* sikkerhetstenkning. For eksempel hadde man gått vekk fra rutiner som å frata pasienten goder i hverdagen som (aktiviteter, tv og utgang) hvis vedkommende brøt husregler.

Vi opplevde at det gjennomgående var støtte blant de ansatte til denne endringen. Mange av dem vi snakket med påpekte at endringsprosessen var pågående og fortsatt ville ta noe tid. Enkelte i miljøpersonalet syntes at endringen hadde gått for raskt. Dette viser betydningen av at stedets ledelse jobber kontinuerlig med å forankre viktige institusjonelle endringer i ansattgruppen.

Ansatte som hadde arbeidet på flere enheter fortalte om enkelte kulturforskjeller mellom enhetene, for eksempel grad av pasientinvolvering eller grensesetting. Granli 1 i første etasje ble pekt på som en enhet med mer pasientinvolvering og mindre rigiditet enn de to andre enhetene. Samtidig ble det fortalt at første etasje oftest hadde pasienter som var i bedre form og med noe lavere voldsrisiko.

I en av enhetene fant vi et oppslag inne på personalets møterom som ga grunnlag for spørsmål om kulturen blant de ansatte på enheten og hvordan pasientene ble møtt. Oppslaget inneholdt en punktliste som tilsynelatende veiledet personalet til å være «firkantede» og «snakke høyere» når en gitt pasient ble krevende. I etterkant av besøket ble vi fortalt at oppslaget var fjernet, og at punktene var ment som diskusjonspunkter for personalet.

Ettersamtaler

Pasienter som blir utsatt for tvang skal tilbys minst én samtale i etterkant, om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken.⁶⁶ Slike ettersamtaler er viktige for å sikre pasientens mulighet til medvirkning og til å bli hørt. I tillegg skal ettersamtaler gi personalet kunnskap om hvordan de sammen med pasienten kan bidra til å forebygge fremtidig tvang og maktutøvelse.⁶⁷ Ettersamtaler må gjøres systematisk og på en måte som understøtter formålene om å høre pasienten og skape en arena for å forebygge framtidig tvang.

En gjennomgang av en rekke journalnotater knyttet til tvangsvedtak viste at personalet og/eller behandlere ofte gjennomførte ettersamtaler. Det kom fram av samtaler med de ansatte at det fortsatt var et forbedringspotensial, særlig når det gjaldt å dokumentere ettersamtalene mer systematisk og få tydeligere fram pasientens egne forslag til forebygging av tvang.

Anbefaling: Institusjonskultur og forebygging av tvang

- Sykehuset bør føre detaljert statistikk over varighet/hyppighet av tvangsmiddelbruk og sikre at disse dataene brukes aktivt i arbeidet med å forebygge tvang.
- Sykehuset bør sikre meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkelte pasients funksjonsnivå og interesser.

⁶⁶ Psykisk helsevernloven § 4-2, fjerde avsnitt.

⁶⁷ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

- Sykehuset bør fortsette arbeidet med å skape en institusjonskultur som fremmer pasientmedvirkning og minst mulig bruk av tvang, og styrke det helhetlige arbeidet med å forebygge bruk av tvang.

7.3 Pasienter i særlig utsatte situasjoner

7.3.1 Kjønn

Det er kjent at det er få kvinnelige innlagte på regionale sikkerhetsavdelinger i Norge. Det er overvekt av både mannlige innlagte og mannlige ansatte. En kvinne vil kunne føle seg ekstra utsatt eller sårbar i slike omgivelser.

I noen sammenhenger kan det være viktig at både kvinnelig og mannlig personale er tilgjengelig under en vakt, fordi det for mange kan være lettere eller tryggere å forholde seg til en av samme kjønn. Det var en klar overvekt av mannlige ansatte ved de tre enhetene og kun to av de faste nattevaktene var kvinner. Dette skiller seg fra RSA Sandviken hvor fordelingen av kvinner og menn i miljøpersonalet var omtrent 50/50, selv om det var et minimumskrav til antall menn på jobb under én vakt som gjorde at det ikke nødvendigvis var 50% kvinner på jobb på alle vakter.

De fysiske forholdene på RSA Dikemark gjør at mannlige ansatte kommer svært tett på kvinnelige pasienter i flere sammenhenger. Ved skjerming på eget rom eller ved kontinuerlig observasjon vil de mannlige ansatte være fysisk tett på når kvinnelige pasienter for eksempel dusjer eller er på do.

I situasjoner hvor det blir fysisk fastholding og/eller beltelegging vil det være klart flere mannlige ansatte enn kvinnelige ansatte som utfører tvangsbruken. I praksis kan det være fem-seks mannlige ansatte som holder en kvinnelig pasient fast, eller at de legger pasienten ned på gulvet og ligger over deler av kroppen hennes for å hindre bevegelse, eller at fastholding raskt går over til å påføre pasienten transportbelter eller at de bærer pasienten til en belteseng for å bli beltelagt der.

De ansatte fortalte at de var bevisst på dette og prøvde å ta hensyn der de kunne. Noen mannlige ansatte fortalte at de av og til var litt for forsiktige ved fysisk maktbruk, for å unngå å komme borti pupper og underliv, og at det kunne medføre at de ikke fikk like raskt kontroll som de kanskje ellers ville ha fått. Ut fra ettersamtaler med en kvinnelig pasient hadde de endret fra fastholding til beltelegging, det vil si at vedkommende (gitt fremtidig risiko for alvorlig selvskading eller vold mot andre) ønsket at de brukte belter så raskt som mulig, heller enn fysisk fastholding.

7.3.2 Pasienter med behov for tolk

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjon om helsehjelp «være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte». Tolkeloven § 6 slår fast at offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp, og at man i vurderingen av om tolk er nødvendig, blant annet skal vektlegge sakens alvorlighet og karakter.⁶⁸

⁶⁸ Tolkeloven § 6 første ledd: «Offentlige organer skal bruke tolk når det følger av lov. I tilfeller der plikt til å bruke tolk ikke er regulert i annen lov, skal offentlige organer bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er

Forskning har vist at minoritetsspråklige pasienter har høyere sannsynlighet for å bli innlagt i psykisk helsevern mot sin vilje, bli tvangsmedisinert og å bli utsatt for isolasjon og bruk av tvang.⁶⁹ I akutte situasjoner vil personalets evne til god kommunikasjon være helt sentralt som virkemiddel for å roe ned situasjonen og unngå bruk av tvang. Pasienter som mangler språkferdigheter, vil i disse situasjonene være særlig sårbare. For noen vil en slik situasjon kunne øke risikoen for vold mot seg selv eller andre, eller andre former for utagering. Pasienter som er psykotiske kan bli mer agiterte som følge av at de ikke opplever seg forstått eller at ansatte feiltolker deres oppførsel.⁷⁰

Alle institusjoner innen psykisk helsevern bør også være kjent med muligheten for at de som blir innlagt kan ha opplevd tortur eller krigstraumer eller ha nærstående som har opplevd tortur og som ikke er blitt identifisert eller behandlet. Denne typen erfaring kan påvirke enkeltmenneskets tillit til offentlige organer og myndighetspersoner, og kartlegging kan være viktig for å forstå personens handlingsmønster, og for å tilby en behandling som er tilpasset den enkelte. Det er et ledelsesansvar å sikre at innlagte som er overlevende etter tortur identifiseres og får oppfølging i tråd med FNs manual om etterforskning og dokumentasjon av tortur.⁷¹

Det kom ikke fram informasjon som tydet på at det under besøket var pasienter med behov for tolk eller pasienter som hadde erfaring med torturtraumer fra et annet land. Dette er imidlertid aktuelle problemstillinger også for regionale sikkerhetsavdelinger. I lys av risikoen som knytter seg til slike pasienter minner vi om viktigheten av at behandlere og miljøpersonale kjenner til disse problemstillingene.

7.3.3 Utskrivningsklare pasienter

Under besøket og ved gjennomgang av dokumenter kom det fram at det ikke var uvanlig at pasienter ble værende på RSA Dikemark til tross for at det ikke lenger var behov for sikkerhetsnivået på en regional sikkerhetsavdeling.

Det er flere grunner til at pasienter ikke kan skrives ut. I noen tilfeller mangler mottaksapparatet i kommunene eller på andre institusjoner, herunder lokal sikkerhetsavdeling, kapasitet til å ta imot pasienten når RSA Dikemark vurderer pasienten som ferdig behandlet på dette nivået. Det kan også være uenighet om RSAs vurdering av voldsrisiko, eller om hvordan videre behandling skulle finansieres.

En egen gruppe er pasienter uten lovlig opphold i Norge. Dette er pasienter som kun har rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Det kan innebære at det ikke er mulig å etablere polikliniske tjenester og kommunale tjenester. Selv om det er fattet vedtak om at pasienten skal utvises eller det er igangsatt prosess om et slikt vedtak, vil pasienten ikke alltid kunne uttransporteres. Årsaken til dette kan være at det aktuelle landet nekter å ta imot, at

nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter.»

⁶⁹ Se bl.a. Miteva et. al. (2022) Impact of language proficiency on mental health service use, treatment and outcomes: "Lost in Translation".

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X22000050#bb0295>; Norredam et. al. (2010) Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes

⁷⁰ Norredam et. al. (2010) Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes.

⁷¹ Istanbul Protocol, Manual on the effective investigation and Documentation of torture and other cruel, inhumane or degrading treatment or punishment. OHCHR Professional training series No. 8/Rev. 2, 2022.

pasientens tilstand ikke (ennå) er egnet for utreise, eller at det aktuelle landet ikke har et forsvarlig helsetilbud for vedkommende. Det kan heller ikke fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold dersom pasienten er bostedsløs.⁷² I noen tilfeller resulterer slike forhold i at enkeltpasienter blir værende på en regional sikkerhetsavdeling i mange måneder og over flere år.⁷³

Dersom pasienten vurderes å fortsatt ha behandlingsbehov, herunder for å forebygge fremtidig voldelig atferd, vil det være vanskelig for RSA å skrive en pasient ut til en situasjon uten oppfølgende instanser.

Under besøket kom det fram at fire av 13 innlagte på besøkstidspunktet var vurdert som utskrivningsklare. Av hensyn til personvern beskrives ikke dette nærmere. Funnene innebærer imidlertid at noen pasienter forblir underlagt omfattende tvangsbruk på det høyeste sikkerhetsnivået innen psykisk helsevern i veldig lang tid, uten at det er nødvendig ut fra klinisk vurdering. Dette er åpenbart problematisk.

⁷² Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1 psykisk helsevernforskriften med kommentarer kapittel 2, § 11 fjerde ledd.

⁷³ Sivilombudet har i et eget tiltak (sak 2020/1638) bedt om svar fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet angående særreaksjonsdømte uten lovlig opphold som over tid ikke er mulig å returnere til hjemlandet. Denne gruppen kan i årevis være tvangsinnlagt uten mulighet til behandlingsprogresjon til et lavere nivå i helse- og omsorgstjenesten, og totalsituasjonen over tid kan tenkes å utgjøre brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 3. Departementene bekreftet problemstillingen og ga sine underliggende etater (UDI, Helsedirektoratet, og evt i samarbeid med NAV) i oppdrag å finne løsninger for denne gruppen. I sitt svar av 28.10.2022 slår Helsedirektoratet fast at det ikke er lov hjemmel for å sikre stabile velferdstjenester for denne gruppen. Direktoratet kommer samtidig med forslag til løsninger for å avhjelpe situasjonen frem til retur.

8 Klage og kontroll

Rettslige krav og standarder

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern. Når det gjelder klageordninger har komiteen anbefalt at:

«...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»⁷⁴

Når det gjelder tilsynsvirksomhet, har komiteen uttalt:

«The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (eg. a judge or supervisory committee) which is responsible for the inspection of patients' care. This body should be authorized, in particular, to talk privately with patients, receive directly any complaints which they might have and make any necessary recommendations.»

I Norge er både klage- og tilsynsoppgaven i hovedsak gitt til kontrollkommisjonen.⁷⁵

Kontrollkommisjonen ledes av en jurist, og består ellers av en lege og to andre medlemmer.⁷⁶

Klager på blant annet etablering av tvungent psykisk helsevern, tvangsmiddelvedtak og skjermingsvedtak behandles av kontrollkommisjonen.

I tillegg til klagebehandling skal kontrollkommisjonen foreta jevnlige velferdskontroller på institusjonen, gjennomgå alle fattede vedtak og påse at husordensregler er i tråd med gjeldende lovverk.⁷⁷

8.1 Kontrollkommisjonen ved RSA Dikemark

Kontrollkommisjonen møtes fast hver 14. dag på RSA Dikemark. De er der en hel arbeidsdag og har fast møtestruktur.

Ifølge lederen for kontrollkommisjonen går de først gjennom protokollen fra sist møte og får oversikt over alle nye vedtak, deretter møter de behandlergruppa, før de besøker de tre døgnenhetene og snakker med de pasientene som ønsker det. Det er få klagesaker, så de fleste møtedagene går uten klagebehandling. Videre har de møter med ledelsen ved RSA Dikemark ved behov, og har flere ganger tatt opp de dårlige fysiske forholdene, de strenge husordensreglene, bruk av spyttthette. De

⁷⁴CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

⁷⁵ Psykisk helsevernloven § 6-1.

⁷⁶ Psykisk helsevernloven § 6-2, ett av de to andre medlemmene skal selv ha vært pasient eller pårørende, eller ha representert pasientinteresser i stilling eller verv.

⁷⁷ Psykisk helsevernloven § 6-1.

foretar også uanmeldte besøk til døgnenheterne, sist var for et par måneder siden. De har meldt et par saker videre til Statsforvalteren vedrørende langvarig belteforløp.

Kontrollkommisjonen legger sikkerhetsvurderingen fra RSA til grunn når det gjelder hvorvidt de kan snakke alene med pasient eller ikke.

Både innlagte og ansatte vi snakket med fortalte om en aktiv og god kontrollkommisjon. De beskrev en kommisjon som tok tak i saker, tok initiativ og var fremoverlente, og bidro til økt bevissthet om lovverket og forebygging av tvang. De ansatte fremhevet kommisjonens uavhengighet og aktive holdning som et klart gode. Også på temaer som de var uenige med kommisjonen om eller skeptiske til, som for eksempel at pasientene skulle få tilgang til egen mobiltelefon (se kapittel 6 *Kontakt med omverdenen*).

Gjennomgang av møteprotokollene og samtale med lederen for kontrollkommisjonen bekreftet dette inntrykket. Inntrykket av grundig og systematisk arbeid er også bekreftet av tidligere kontakt Sivilombudets forebyggingsenhet har hatt med kontrollkommisjonen ved RSA Dikemark.

8.2 Skriftlig informasjon om rettigheter

Under besøket fant vi kun ett eksemplar (utskrift) av pasient- og brukerrettighetsloven liggende tilgjengelig i fellesområdet i én av etasjene. I en av de andre etasjene var det hengt opp tidspunkter for når kontrollkommisjonen var på RSA, inkludert kontaktinformasjon, men ikke noe skriftlig informasjon om hva kontrollkommisjonen gjør.

Vi fant at det generelt manglet synlig og tilgjengelig skriftlig informasjon i fellesområdene på alle tre enheter om pasientrettigheter og de ulike klageordningene.

Anbefaling: Rettssikkerhet

- Sykehuset bør sikre at skriftlig informasjon om de innlagtes rettigheter og aktuelle klageordninger er tilgjengelig i fellesområdene på alle enhetene.

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



Foto: Sivilombudet