



## SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 71

Haukeland Universitetssjukehus,  
Regional sikkerheitspost (Bergen)

5.– 7. desember 2022



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



## SIVILOMBUDET

Helse Bergen HF  
v/divisjonsdirektør Hans Olav Instefjord  
Postboks 1400  
5021 Bergen

Kontrollkommisjonen for  
psykisk helsevern - RSA Bergen  
v/Haakon Meyer

Vår referanse  
2022/2993

Deres referanse  
«Ref»

Vår saksbehandler  
Aurora Geelmuyden

Dato  
12.05.2023

### **Oversendelse av besøksrapport etter besøk til Haukeland Universitetssjukehus, Regional sikkerheitspost Bergen 5.-7. desember 2022**

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til regional sikkerheitspost, RSA Bergen, 5.-7. desember 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 og kontrollkommisjonen gir tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **15. august 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:  
HELSEDIREKTORATET  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
HELSE VEST RHF



**SIVILOMBUDET**

## **BESØKSRAPPORT**

**Haukeland universitetssjukehus**  
**Regional sikkerheitspost (Bergen)**

5.– 7. desember 2022

## Innholdsfortegnelse

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Sivilombudets forebyggingsmandat .....</b>                                | <b>3</b>  |
| <b>II. Sammendrag .....</b>                                                     | <b>4</b>  |
| <b>III. Anbefalinger .....</b>                                                  | <b>6</b>  |
| <b>1 Gjennomføring av besøket .....</b>                                         | <b>7</b>  |
| <b>2 Regionale sikkerhetsavdelinger (RSA) .....</b>                             | <b>8</b>  |
| 2.1 Om sikkerhetspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger .....              | 8         |
| 2.2 Regional sikkerhetsavdeling (RSA) Bergen .....                              | 9         |
| <b>3 Fysiske forhold .....</b>                                                  | <b>10</b> |
| <b>4 Vilkår for tvangsinnleggelse .....</b>                                     | <b>13</b> |
| <b>5 Kroppsvisitasjon .....</b>                                                 | <b>14</b> |
| <b>6 Bruk av tvangsmidler .....</b>                                             | <b>16</b> |
| 6.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Bergen .....                             | 17        |
| 6.2 Mekaniske tvangsmidler (belter) .....                                       | 17        |
| 6.2.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) .....                             | 17        |
| 6.2.2 Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) .....       | 17        |
| 6.2.3 Mangler i begrunnelsene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler ..... | 18        |
| 6.3 Håndtering av spyting .....                                                 | 19        |
| <b>7 Bruk av skjerming .....</b>                                                | <b>21</b> |
| 7.1 Fysiske forhold og omfang av bruk av skjerming .....                        | 21        |
| 7.2 Skjermingspraksis ved RSA Bergen .....                                      | 22        |
| <b>8 Begrensninger i kontakt med omverden .....</b>                             | <b>23</b> |
| <b>9 Dokumentasjon på bruk av tvang og makt .....</b>                           | <b>25</b> |
| 9.1 Dokumentasjon av begrunnelse ved bruk av tvang .....                        | 25        |
| 9.2 Dokumentasjon av beslutning om bruk av hund .....                           | 26        |
| 9.3 Organisering av vaktordning utenom behandlernes arbeidstid .....            | 26        |
| <b>10 Forebygging av tvang .....</b>                                            | <b>28</b> |
| 10.1 Forhold som påvirker forebygging av tvang .....                            | 29        |
| 10.2 Pasienter i særlig utsatte situasjoner .....                               | 30        |
| Kjønn 30 .....                                                                  |           |
| Unge pasienter .....                                                            | 31        |
| Utskrivningsklare pasienter .....                                               | 31        |
| <b>11 Klage og kontroll .....</b>                                               | <b>33</b> |

## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming som ikke utelukkende undersøker om situasjonen er i overensstemmelse med norsk lov.

Sivilombudets vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten, er en særlig viktig informasjonskilde fordi 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.

---

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

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

## II. Sammendrag

### Om besøket og RSA Bergen

Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Haukeland universitetssjukehus, regional sikkerhetsavdeling (RSA), Bergen 5.-7. desember 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.

RSA Bergen er plassert i utkanten av et sykehusområde i Sandviken i Bergen, og ligger i samme bygg som den lokale sikkerhetsavdelingen. Sivilombudet besøkte de to døgnpostene ved den regionale sikkerhetsavdelingen.

### Grunnlag for tvangsinnleggelse

Vi ble under besøket kjent med at en pasient hadde vært innlagt ved RSA Bergen for utredning over en lengre periode. Et stykke ut i innleggelsen ble det skrevet en diagnostisk vurdering i pasientens journal som innebar at den behandlingsansvarlige ikke mente pasienten led av en alvorlig sinnslidelse, og dermed ikke oppfylte grunnvilkåret for tvangsinnleggelse. Det er sykehusets ansvar å sikre at ingen holdes ufrivillig tilbake dersom det ikke er hjemmel for tilbakeholdelse. Det er ikke kontrollkommisjonens oppgave å skrive ut en person sykehuset selv mener at ikke oppfyller vilkårene for tvangsinnleggelse.

### Problematiske forhold ved gjennomføring av kroppsvisitasjon

Ifølge den skriftlige rutinen for mottak av pasienter til RSA Bergen, skal pasienten først gå gjennom en metalldetektor og deretter skifte alle klær, inkludert undertøy. Rutinen manglet imidlertid nærmere veiledning om hvordan dette skulle foregå. Informasjon blant annet om en konkret kroppsvisitasjon avdekket at det var uklart for de ansatte hvordan rutinemessige kroppsvisitasjoner skulle gjennomføres og når behov for mer inngripende undersøkelser gjorde det nødvendig å fatte et vedtak. Mangelfulle retningslinjer og usikkerhet blant de ansatte om hvordan visitasjoner skal gjennomføres skaper risiko for at man rutinemessig gjennomfører mer omfattende inngrep enn det er adgang til. Det er derfor viktig at sykehuset har gode skriftlige rutiner og opplæring av ansatte for å sikre en enhetlig praksis som ivaretar pasientenes verdighet og integritet. Under besøket kom det også fram at nakenvisitasjonene ble gjennomført på besøksrommet. Å måtte kle seg naken i et rom som er utformet for besøk og gjennomgang til inngangsområdet, med flere dører og vinduer, er ikke egnet til å skape trygghet for en slik intim og potensielt krenkende situasjon.

### Vedtak med svake begrunnelser

I dokumentgjennomgangen så vi eksempler på at begrunnelsene for bruk av belter ikke tilfredsstilte vilkåret om at det må være «uomgjengelig nødvendig» å benytte belter. I noen av disse vedtakene var bruk av belter begrunnet med å forhindre en fare som kunne oppstå i framtiden. Det var også vedtak hvor det var vanskelig å forstå hva som gjorde at personalet mente beltebruk var nødvendig i situasjonen, og om man hadde vurdert mindre inngripende tiltak for å håndtere situasjonen.

Også andre typer vedtak manglet tilfredsstillende begrunnelser. Dette gjaldt blant annet en pasient som hadde langvarige begrensninger i adgangen til kontakt med omverden. I seks vedtak på rad var begrunnelsen for innskrenkningene identiske, og det var ikke gjengitt noen oppdatert vurdering av situasjonen eller omtale av pasientens oppførsel de siste ukene. Varigheten av restriksjonene skjerper kravet til begrunnelse og en konkret og individuell vurdering må være dokumentert for hvert vedtak.

**Forebygging av tvang**

Funn under besøket avdekket usikkerhet om hvem som hadde ansvar for å gjennomføre ettersamtaler med pasientene etter tvangsbruk. I lys av at pasienter på regionalt sikkerhetsnivå er underlagt betydelige begrensninger og at flere av pasientene ble underlagt omfattende tvang i lange perioder, er det viktig at institusjonen sikrer at ettersamtaler gjennomføres og blir brukt overfor den enkelte pasient. Dette er også viktig i det generelle forbedringsarbeidet.

**Klage og kontroll**

Dokumentgjennomgangen kunne tyde på at sykehuset i noen saker overlater legalitetskontrollen til kontrollkommisjonen. Siden det generelt er få tvangsvedtak som påklages ved RSA Bergen, understreker disse eksemplene behovet for at kontrollkommisjonen foretar en grundig dokumentkontroll også utenom mottatte klagesaker.

### III. Anbefalinger

#### Fysiske forhold

- Sykehuset må sørge for at pasientenes uteområder er sikret på en slik måte at pasientene ikke hindres i å bruke dem.
- Sykehuset bør arbeide for at alle pasienter har tilgang til toalett på sine rom.

#### Vilkår for tvangsinnleggelse

- Sykehuset må sikre at pasienter som ikke vurderes å oppfylle kravene for tvangsinnleggelse skrives ut.

#### Kroppsvisitasjon

- Sykehuset bør sikre at lokalene hvor visitasjoner gjennomføres ivaretar hensynet til trygghet og privatliv for pasientene.
- Sykehuset bør sikre at de ansatte har opplæring i en enhetlig praksis for kroppsvisitasjon som ivaretar pasientens verdighet og integritet.

#### Bruk av tvangsmidler

- Sykehuset bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.
- Sykehuset bør iverksette tiltak som sikrer at det gjøres en løpende vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av belter er oppfylt i perioden en pasient er påført belter.
- Sykehuset bør sikre at pasientens ansikt aldri tildekkes når pasienten er lagt i belter.

#### Begrensninger i kontakt med omverden

- Pasientenes rett til kontakt med omverden bør ikke begrenses som følge av de fysiske forholdene ved avdelingen.

#### Dokumentasjon på bruk av tvang og makt

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt når det fattes tvangsvedtak, og dokumenterer konkrete begrunnelser for dette.

#### Forebygging av tvang

- Sykehuset bør innføre faste rutiner for samtale med pasienten om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken i etterkant av tvangsbruk (ettersamtaler).

#### Klage og kontroll

- Kontrollkommisjonen bør foreta selvstendige vurderinger av om sykehusets grunnlag for vedtak som innskrenker pasientenes rettigheter er i tråd med lovverket.



## 1 Gjennomføring av besøket

I mai 2022 ble Helse Bergen HF varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til regional sikkerhetsavdeling (RSA) Bergen i løpet av høsten 2022. Besøket ble gjennomført 5.-7. desember 2022.

Besøket ble innledet med en befaring som omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheten, utearealer, gymsal og treningsrom. Det ble gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og ledelse.

I forkant av besøket fikk vi oversendt dokumenter som interne prosedyrer, husordensregler, statistikk for tvangsvedtak og kopi av tvangsvedtak fra sykehuset. I tillegg hadde vi innhentet protokoller fra den lokale kontrollkommisjonen.

I etterkant av besøket hadde vi samtaler med ytterligere noen ansatte og kontrollkommisjonen i tillegg til å innhente mer dokumentasjon fra avdelingen.

Vi gjennomførte også et avsluttende møte med ledelsen etter besøket var gjennomført.

Følgende personer deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)
- Aurora Lindeland Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist)
- Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jakob Mykland Revheim (rådgiver, jurist)

## 2 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 sikkerhetspsykiatri har kliniske enheter på regionalt og lokalt nivå.<sup>3</sup> Det regionale nivået tar imot personer med mer alvorlig voldsproblematikk og behov for ekstra sikkerhetstiltak og økt bemanning, sammenliknet med lokalt nivå.<sup>4</sup> Av den grunn er det også et eget kapittel i psykisk helsevernloven som gir de regionale sikkerhetsavdelingene noen flere verktøy for å håndtere sikkerhetsutfordringer.<sup>5</sup> De regionale sikkerhetsavdelingene i Norge har en årlig felles samling.<sup>6</sup>

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

Av innlagte på regionalt og lokalt nivå i sikkerhetspsykiatrien 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.<sup>7</sup>

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

Strafferettslig kan en tiltalt finnes utilregnelig av domstolen og dømmes til tvungent psykisk helsevern.<sup>10</sup> Domfelte pasienter opptar en fjerdedel av de regionale døgnplassene og halvparten av de lokale døgnplassene i sikkerhetspsykiatrien.<sup>11</sup> I tillegg kan personer være plassert på en regional

<sup>3</sup> 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 2021 ikke blitt etablert.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Se psykisk helsevernloven kapittel 4a II.

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

<sup>7</sup> SIFER Sør-Øst (Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport, pkt. 2.4

<sup>8</sup> Tvungen observasjon reguleres i psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-2 og tvungent psykisk helsevern i phvl. § 3-3.

<sup>9</sup> Se kilde i fotnote nr. 7, pkt. 2.3.

<sup>10</sup> Straffeloven § 62.

<sup>11</sup> SIFER Sør-Øst (Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport, pkt. 3.1.1.1

sikkerhetsavdeling som varetektssurrogat eller for å gjennomføre en judisiell døgnobservasjon i forbindelse med at det utarbeides en rettspsykiatrisk rapport.<sup>12</sup> 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 likevel av hensyn til behov for anonymisering og for å forenkle språket omtale alle innlagte som pasienter.

## **2.2 Regional sikkerhetsavdeling (RSA) Bergen**

Den regionale sikkerhetsavdelingen (RSA) for Helse Vest ligger under Helse Bergen. RSA Bergen er plassert i utkanten av et sykehusområde i Sandviken Bergen.

I 2020 var det 19 pasienter, i 2021 var det 20 pasienter og i 2022 var det 17 pasienter på RSA Bergen. På besøktidspunktet var åtte personer innlagt, og flertallet av disse var innlagt med hjemmel i psykisk helsevernloven § 3-3. Alle pasientene på besøktidspunktet var menn.

Den regionale sikkerhetsavdelingen er én av fem seksjoner i klinikk sikkerhetspsykiatri. De andre seksjonene er lokal sikkerhetsavdeling, sikkerhetspoliklinikken, fengselshelsetjeneste og kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Under klinikkdirektøren var det en felles seksjonsleder for de to postene ved den regionale sikkerhetsavdelingen, og seksjonslederen hadde to assisterende seksjonsledere. De ansatte i miljøpersonalet, som er de personene som jobber ute i posten med pasientene, jobbet på begge postene ved RSA Bergen.

I behandlergruppen ved RSA Bergen var det to psykiatere og én psykolog. I tillegg var den én psykologspesialist (nevropsykolog) som dekket hele klinikken.

---

<sup>12</sup> Straffeprosessloven § 188 og § 167.

### 3 Fysiske forhold

#### **Rettslige krav og standarder**

Frihetsberøvelse av pasienter i uegnede fysiske forhold kan utgjøre en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>13</sup> 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, i tillegg til at stedet er godt vedlikeholdt og oppfyller hygienekrav. Pasientrom og fellesområder bør utformes slik at pasientene får tilstrekkelig visuelle stimuli.<sup>14</sup>

Etter nasjonal lovgivning skal alle institusjoner være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp ivaretas.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Bergen hører til Haukeland sykehus, men befinner seg geografisk i utkanten av sykehusområdet i Sandviken i Bergen. Bygget er fra 1960-tallet med påbygg fra 1980-tallet, og huser både den regionale sikkerhetsavdelingen og den lokale sikkerhetsavdelingen. Den regionale sikkerhetsavdelingen ligger i en egen etasje og består av fire fløyer. To av fløyene utgjør de to sengepostene, én fløy utgjør skjermingsenheten og den siste fløyen inneholder kontorer og møterom for personale og behandlere. Inngangsarealet omfattet en metalledetektorportal.

Skjermingsenheten lå i en egen fløy tilknyttet en gang inn til de to sengepostene. Se nærmere beskrivelse av skjermingsenheten under *kapittel 7.1 Fysiske forhold og omfang av bruk av skjerming*. Ved innkomst til RSA Bergen ble pasienter ofte først plassert på skjermingsenheten, før de fikk tildelt et rom på en av postene.

Den ene døgnposten, post 3, inneholdt fem pasientrom, et spiserom med tekjøkken, en felles tv-stue og en felles stue med store vinduer ut mot hagen. I utgangspunktet plasseres pasientene som vurderes å være mest ustabile og ha høyest voldspotensiale på post 3. Tre av pasientrommene på denne posten hadde ikke eget bad på rommet, og pasientene på disse rommene måtte derfor benytte seg av ett felles bad og to felles toaletter på posten. At pasienter som er innlagt på en regional sikkerhetsavdeling må dele bad og toalett framstår svært uheldig. Dette er pasienter som er alvorlig syke, med høy voldsrisiko og som i mange tilfeller er innlagt over lang tid. Mangel på eget bad og toalett framstår som både uverdigg og konfliktfremmende.

I tilknytning til post 3 lå det et lite lufteområde med asfaltert underlag, utemøbler og en etasjehage. Dette uteområdet lå innenfor den større hagen, og var fullstendig inngjerdet.

Den andre døgnposten, post 2, inneholdt syv pasientrom, et spiserom med tekjøkken, en felles tv-stue og en felles stue med store vinduer og god utsikt mot fjorden. Pasientene som vurderes som

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> CPT 1998, avsnittene 32 og 34.

<sup>15</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. psykisk helsevernloven § 3.

<sup>16</sup> Psykisk helsevernloven § 3 andre ledd bokstav a-e.

mer stabile og med et høyere aktivitetsnivå plasseres normalt på post 2. Alle pasientrommene på denne posten hadde eget bad. I tillegg var det et felles bad og toalett på posten. Med direkte adgang fra post 2 lå en stor hage med drivhus, fiskedam, kompost, grill/utepeis, basketmål, pergola og flere sittemuligheter. Hagen lå i en skråning opp mot fjellet, med store trær rundt og utsikt mot fjorden. Tilgangen til en slik hage med gode muligheter for ulike aktiviteter og for avkobling og aktivitet i frisk luft og natur ble fremhevet som en viktig ressurs for pasientgruppen. Hagen var inngjerdet med høye nettinggjerd. Det var mulig å bevege seg inn i denne store hagen fra uteområdet på post 3. I en annen del av hagen var det et område hvor pasienter kunne kløve ved, og hvor det i tillegg var fotballmål. I denne delen av hagen ble vi fortalt at det normalt var sauer på sommerbeite.

Under besøket vårt påpekte flere av de ansatte at inngjerdingen av hagen ikke var sikker nok. At sikringen rundt området ikke var optimal ble bekreftet av at det nylig hadde vært en rømning fra avdelingen. Den manglende sikringen av hagen gjorde at avdelingen fryktet pasienter planla rømning med personer utenfor sykehuset, og dette medførte at pasienter ble ilagt begrensninger i kontakt med omverden, se *kapittel 8 Begrensninger i kontakt med omverden*. I tillegg fikk vi inntrykk av at situasjonen medførte at pasientene ikke kunne bevege seg fritt i hagen, men for eksempel fikk beskjed om å holde seg i ett område eller hele tiden ha ansatte i nærheten. Det er uheldig dersom manglende sikring begrenser pasientenes mulighet til å komme ut i hagen.

Den regionale sikkerhetsavdelingen hadde et eget rom med belteseng. Fra rommet var det direkte utgang til både fellesgangen og skjermingsenheten. Beltesengen var plassert i midten av rommet, som ellers hadde et skap med belter og annet utstyr og et vindu ut til en av hagene. Vi ble under befaringen informert om at man ønsket å ha film på glasset for å hindre innsyn samtidig som man fortsatt hadde innfall av dagslys, men at denne forespørselen foreløpig ikke hadde blitt fulgt opp av sykehuset.

I en etasje under døgnpostene ved RSA Bergen var det et omfangsrikt aktivitetsområde for pasientene som ble delt med den lokale sikkerhetsavdelingen i samme bygg. Her var det treningsapparater, gymsal og klatrevegg. I tillegg var det et område med bokhyller, et treningskjøkken og en stue med sofakrok, musikkinstrumenter, datamaskiner og VR-briller.<sup>17</sup>

Den regionale sikkerhetsavdelingen hadde ett besøksrom. Dette hadde direkte inngang fra inngangsområdet, i tillegg til en dør inn til en felles gang inn til døgnpostene. Rommet hadde en sofagruppe med bord og bilder på veggene. Det var også et mindre skrivebord med låsbar hylle der det var en datamaskin til utlån og en projektor med lydanlegg og nedtrekkbart lerret. Når lerretet var trukket ned dekket det et enveisvindu inn til et annet rom. Det ble opplyst at enveisvinduet ikke var i bruk. Rommet hadde også et vindu ut til inngangsområdet til sikkerhetsavdelingen. Besøksrommet ble brukt til gjennomføring av besøk til pasienter og som aktivitetsrom for pasienter som så på film/serier eller var på datamaskin. Rommet ble også brukt i forbindelse med mottak av nye pasienter. Under besøket kom det fram at det i tillegg ble gjennomført rutinemessig nakenvisitasjon i dette rommet, se *kapittel 5 Kroppsvisitasjon*.

---

<sup>17</sup> Virtual reality-briller som kunne brukes av pasientene til spill.

**Anbefaling: Fysiske forhold**

- Sykehuset må sørge for at pasientenes uteområder er sikret på en slik måte at pasientene ikke hindres i å bruke dem.
- Sykehuset bør arbeide for at alle pasienter har tilgang til toalett på sine rom.

## 4 Vilkår for tvangsinnleggelse

### *Rettslige krav og standarder*

Alle mennesker har rett til å være frie, og en frihetsberøvelse krever uttrykkelig hjemmel i lov.<sup>18</sup> Det er en rekke vilkår som må være oppfylt for at en person tvangsinnlegges i psykiatrien. Grunnvilkåret for tvangsinnleggelse er at personen har en «alvorlig sinnslidelse».<sup>19</sup>

I forbindelse med besøket kom det fram at en pasient hadde vært innlagt ved RSA Bergen over en lengre periode for utredning. Et stykke ut i innleggelsen ble det skrevet en diagnostisk vurdering i pasientens journal som innebar at den behandlingsansvarlige ikke mente pasienten led av en alvorlig sinnslidelse, og dermed ikke oppfylte grunnvilkåret for tvangsinnleggelse. Konsekvensen av en slik konklusjon er at det ikke lenger er lovlig for sykehuset å opprettholde tvangsplasseringen, med mindre det skulle foreligge et annet grunnlag for den.<sup>20</sup> Det følger av loven at den faglig ansvarlige skal treffe vedtak om opphør av det tvungne vernet dersom vilkårene for tvangsinnleggelse ikke lenger er oppfylt.<sup>21</sup>

Tre uker etter den oppdaterte vurderingen av pasientens psykiske helse, klaget pasienten til kontrollkommisjonen over innleggelsen. I sin redegjørelse til kontrollkommisjonen bekreftet behandler at grunnvilkåret for tvangsinnleggelse ikke var oppfylt. Samtidig uttrykte behandler bekymring for pasientens bosituasjon ved utskrivelse. Kontrollkommisjonen slo fast at pasientens skulle utskrives.

Det er forståelig at sykehuset trenger noe tid til å få i stand et forsvarlig tilbud til pasienten ved utskrivelse. Det er imidlertid svært problematisk at sykehuset i dette tilfellet så ut til å foreta seg lite fra tidspunktet for den oppdaterte psykiatriske evalueringen, til pasienten selv klaget til kontrollkommisjonen. Det er sykehusets ansvar å sikre at ingen holdes ufrivillig tilbake dersom det ikke er hjemmel for tilbakeholdelse. Det er ikke kontrollkommisjonens oppgave å skrive ut en person sykehuset selv mener at ikke oppfyller vilkårene for tvangsinnleggelse.

### **Anbefaling: Vilkår for tvangsinnleggelse**

- Sykehuset må sikre at pasienter som ikke vurderes å oppfylle kravene for tvangsinnleggelse skrives ut.

<sup>18</sup> Grunnloven § 94 og EMK art. 5.

<sup>19</sup> Psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 og EMK art. 5 nr. 1 bokstav e.

<sup>20</sup> Psykisk helsevernloven § 3-7 første ledd.

<sup>21</sup> Psykisk helsevernloven § 3-7 andre ledd.

## 5 Kroppsvisitasjon

### *Rettslige krav og standarder*

Visitasjon, spesielt i form av full avkledning, er et inngripende tiltak og kan ifølge den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD)<sup>22</sup> og den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT)<sup>23</sup> utgjøre brudd på menneskerettighetene. I Mandelareglens rule 52 slås det også fast at "Intrusive searches, including strip and body cavity searches, should be undertaken only if absolutely necessary."

Ved innleggelse og før og etter opphold utenfor avdelingen på regionale sikkerhetsavdelinger, kan det foretas en rutinemessig kroppsvisitasjon og ransaking av pasienten, og av pasientens rom og eiendeler uten at det fattes vedtak. Når pasienten befinner seg inne på den regionale sikkerhetsavdelingen kan det også besluttet visitasjon og ransaking, men da på bakgrunn av mistanke.<sup>24</sup> Hva som inngår i en «kroppsvisitasjon» er ikke redegjort nærmere for i loven eller forarbeidene.

Høyesterett har i flere avgjørelser konkludert med at rutinemessige kroppsvisitasjoner i fengslene har krenket det absolutte forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>25</sup> Disse sakene har omhandlet nakenvisitasjoner der innsatte har måttet sette seg i knebøy når de er avkledd, og i noen tilfeller er blitt bedt om å hoste eller liknende, for å avdekke om det har vært skjult gjenstander i kroppens hulrom.

Ifølge den skriftlige rutinen for mottak av pasienter til RSA Bergen, skal pasienten først gå gjennom en metall-detektor og deretter skifte alle klær, inkludert undertøy. Pasienten skal så få utlevert klær fra sykehuset eller klær som er gjennomgått. Mottaksrutinen gir ingen informasjon om hvordan avkledningen skal skje, om den skal foregå i to trinn (over- og underkropp hver for seg), eller om personalet kan kreve at pasienten inntar en bestemt posisjon, for eksempel ned på huk.

Under besøket kom det fram at rutinemessig nakenvisitasjon gjennomføres på besøksrommet, se *kapittel 3 Fysiske forhold*. Rommet framstod som uegnet for nakenvisitasjon. Det hadde flere dører, inkludert en direkte inn fra inngangspartiet, og to vinduer; det ene ut til plassen ved inngangsdøren og det andre et enveisvindu inn til et tilstøtende rom. Rommet hadde ikke direkte tilgang til hverken toalett eller bad. Å måtte kle seg naken i et rom som er utformet for besøk og med gjennomgang til inngangsområdet, med flere dører og vinduer, er ikke egnet til å skape trygghet for en slik intim og potensielt krenkende situasjon. Det er videre uheldig at rommet som brukes til kroppsvisitasjon også

<sup>22</sup> Se bl.a. EMD *Wainwright mot Storbritannia*, klagenr. 12350/04, 26. september 2006; *Djenek mot Polen*, klagenr. 9635/13, 1. juni 2017; *Roth mot Tyskland*, klagenr. 6780/18 og 30776/18, 22. oktober 2020.

<sup>23</sup> Se bl.a. CPTs besøk til Tyskland i 2020 [CPT/Inf (22) 18] avsnitt 145; til Spania i 2020 [CPT/Inf (21) 27] avsnitt 61; til Portugal i 2019 [CPT/Inf (20) 33] avsnitt 55.

<sup>24</sup> Psykisk helsevernloven § 4A-4.

<sup>25</sup> Se HR-2020-2136-A, HR-2020-2137-A, HR-2021-1155-A hvor rutinemessige kroppsvisitasjoner ble konstatert å være i strid med EMK art. 3 og Grunnloven § 93. Dette var tre straffesaker og rettighetskrenkelsen medførte et økt varetektsfradrag, altså at straffen ble noe redusert som følge av at de var utsatt for menneskerettighetskrenkelser mens de var varetektsfengslet. I november 2022 avsa Oslo tingrett dom i en sivil sak hvor tre innsatte gikk til sak mot staten og krevde oppreisningserstatning for at de var utsatt for nakenvisitasjoner mens de sonet dommer i fengsel. Oslo tingrett konstaterte av nakenvisitasjonene utgjorde et brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, men tilkjente ikke oppreisningserstatning. Dommen er anket, og dermed ikke rettskraftig.



er rommet pasientene skal møte sine besøkende i, se film og ha samtaler i. Full avkledding bør, der det er nødvendig, skje i tilknytning til eller på et egnet bad slik at pasienten eventuelt også kan dusje og få utlevert rene klær der det er nødvendig.

Under besøket kom det fram at en pasient hadde blitt visitert på en særlig inngripende måte ved ankomst til avdelingen. Avdelingen hadde for dette tilfellet fattet vedtak om visitasjon hvor det stod at det skulle utføres et «skjerpet mottak». Av pasientens journal framgikk det at pasienten var blitt bedt om å spre bakenden under visitasjonen. Pasienten hadde først motsatt seg dette, men hadde til slutt gitt etter og gjort det som ble krevd. Hva som ligger i et «skjerpet mottak» og hvor grensene for hva som kan gjøres i en slik situasjon framgår ikke av tilsendt mottaksrutine.

Informasjon knyttet til blant annet denne konkrete visitasjonen avdekket at det var uklart for de ansatte hvordan kroppsvisitasjoner skulle gjennomføres.. Mangelfulle retningslinjer og usikkerhet blant de ansatte om hvordan visitasjoner skal gjennomføres skaper risiko for at man rutinemessig gjennomfører mer omfattende inngrep enn det er adgang til. Det er derfor viktig at sykehuset har gode skriftlige rutiner samt opplæring av ansatte for å sikre en enhetlig praksis som ivaretar pasientenes verdighet og integritet.

Sivilombudet har tidligere anbefalt at kroppsvisitasjoner gjennomføres slik at personen aldri er helt naken, men at over- og underkropp avkles hver for seg. På denne måten kan vedkommende få tilbake klærne til overkroppen før klærne til underkroppen må tas av. Det er viktig at visitasjon gjøres på en mest mulig skånsom måte, som ivaretar pasientens verdighet og integritet. Dette er en praksis som tilrås av Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT).<sup>26</sup>

#### **Anbefaling: Kroppsvisitasjon**

- Sykehuset bør sikre at lokalene hvor visitasjoner gjennomføres ivaretar hensynet til trygghet og privatliv for pasientene.
- Sykehuset bør sikre at de ansatte har opplæring i en enhetlig praksis for kroppsvisitasjon som ivaretar pasientens verdighet og integritet.

<sup>26</sup> Se blant annet Sivilombudsmannens besøksrapporter til Bergen sentralarrest (rapport 1. juni 2016) og Vadsø fengsel (rapport 30. juni 2016). Se også CPTs besøk til Nederland 2011, (CPT/Inf (2012) 21], side 23, avsnitt 32. APT understreker også i sine retningslinjer at mindre inngripende metoder bør utvikles, se APT Detention monitoring tool: Body searches.

## 6 Bruk av tvangsmidler

### *Rettslige krav og standarder*

Menneskerettslige standarder stiller strenge krav til bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup> En mulig framtidig fare for skade er ikke tilstrekkelig for bruk av tvangsmidler - faren må være umiddelbar eller overhengende.<sup>29</sup> Bruk av slike tvangsmidler skal heller ikke forlenges utover det som er strengt nødvendig.<sup>30</sup>

De senere år har Den europeiske menneskerettighetsdomstol (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 i forbindelse med tvangsmiddelbruk.<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup>

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 blant annet overfor personer diagnostisert med psykiske lidelser i sitt lovverk og sin praksis.<sup>33</sup>

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 («isolering»), 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.<sup>34</sup> Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettsliknende situasjon».<sup>35</sup>

<sup>27</sup> Se blant annet; Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017) 6, avsnitt 1.4; Europarådets ministerkomité, Recommendation No. Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. september 2004, artikkel 27.

<sup>28</sup> EMD *M.S. mot Kroatia*, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104.

<sup>29</sup> EMD *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 111.

<sup>30</sup> EMD *Aggerholm mot Danmark* avsnitt 102.

<sup>31</sup> Se NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven, kapittel 7.3.3.

<sup>32</sup> Se særlig EMD *M.S. mot Kroatia* avsnitt 104-105.

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

<sup>35</sup> 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 nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd.»

Bruken av tvangsmidler skal alltid gjøres så kortvarig som mulig, og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte.<sup>36</sup> Tvangen skal avbrytes straks dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkningene eller har uforutsette negative konsekvenser.<sup>37</sup>

## 6.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Bergen

Oversikten nedenfor viser antall vedtak per år, og i parentes oppgis det hvor mange personer de aktuelle vedtakene er fordelt på. Tallene viser at én person gjerne får flere vedtak om bruk av ett tvangsmiddel, og det er grunn til å tro at flere personer også har fått vedtak om bruk av ulike tvangsmidler i perioden.

| Vedtak om bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling ved RSA Bergen* |            |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                                    | 2020       | 2021       | 2022       |
| Mekaniske tvangsmidler (belter) (phvl. § 4-8.2a)                   | 107 (5)    | 49 (6)     | 101 (3)    |
| Innskrenket kontakt med omverden (phvl. § 4-5)                     | 2 (2)      | 29 (6)     | 1 (1)      |
| Innskrenket kontakt med omverden (phvl. § 4a-6)                    | 4 (2)      | 0          | 3 (2)      |
| Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel (phvl. § 4-8.2c) | 10 (3)     | 2 (1)      | 0          |
| Kortvarig fastholding (phvl. § 4-8.2d)                             | 113 (2)    | 13 (1)     | 3 (2)      |
| Tvangsbehandling (phvl. § 4-4)                                     | 15 (6)     | 16 (8)     | 12 (9)     |
| <b>Totalt</b>                                                      | <b>251</b> | <b>109</b> | <b>120</b> |

\*antall personer i parentes

## 6.2 Mekaniske tvangsmidler (belter)

### 6.2.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belter)

RSA Bergen fører statistikk over antall vedtak og personer som har vært underlagt 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 den andre. Dette gir pasienten mulighet til å gå, men ikke løpe. Dersom transportbelter er tilstrekkelig til å håndtere den nødrettsliknende situasjonen vil slike kunne brukes også uten at pasienten blir lagt i belteseng. Felles for disse innretningene er at pasientens mulighet til å bevege armer og/eller ben begrenses helt eller delvis.

### 6.2.2 Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (belter)

Sivilombudet gjennomgikk i etterkant av besøket 12 vedtak om bruk av belter. For ni av disse vedtakene gjennomgikk vi løpende journal for perioden like forut for og under beltebruken. Tre av vedtakene var skrevet av psykiatere ved RSA Bergen, mens de øvrige ni var hastevedtak skrevet av miljøpersonalet.

<sup>36</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26.

<sup>37</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd.

I dokumentgjennomgangen så vi eksempler på at begrunnelsene ikke beskrev en pågående akutt situasjon som gjorde det «uomgjengelig nødvendig» å benytte belter, men at begrunnelsen i stedet var å forhindre en fare som kunne oppstå i framtiden. Disse begrunnelsene oppfylte dermed ikke lovens vilkår.

I ett vedtak som ble fattet om morgenen, var begrunnelsen for beltebruken at pasienten var truende mot medpasienter og hadde sparket etter personalet foregående natt. Uten nærmere beskrivelser av situasjonen på tidspunktet for vedtaket, ble det konkludert med at faren for alvorlig vold var overhengende, og pasienten ble besluttet beltelagt. I pasientens løpende journal ble imidlertid pasienten beskrevet som rolig. Slik situasjonen er beskrevet i vedtak og journal var vilkårene for å bruke belter ikke oppfylt.

Det kom også fram informasjon som tydet på at belter var blitt brukt gjentatte ganger mot samme pasient i situasjoner som gjaldt tvangsmedisinering, uten at det var gjort en vurdering av om mindre inngripende tiltak og forebygging i forkant av disse situasjonene kunne vært løst uten bruk av tvang, slik loven krever.

Under besøket fikk vi inntrykk av at det hadde vært en utvikling i retning av raskere bruk av tvangsmidler, blant annet belter, overfor pasientene for å skåne personalet mot potensielle utageringer og langvarige truende situasjoner. Blant miljøpersonalet opplevde vi at det var delte meninger om denne utviklingen, og noen ga uttrykk for at man var for rask til å benytte seg av inngripende tvangsmidler.

Det er åpenbart krevende for miljøpersonalet å stå i spente situasjoner med enkeltpasienter over lang tid. Kravet om at mindre inngripende tiltak skal være forsøkt eller være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig i situasjonen kan imidlertid ikke settes til side. Nettopp i situasjoner som strekker seg over tid vil det være viktig at det jobbes systematisk med forebyggende tiltak. Disse må beskrives for at et vedtak om bruk av belter skal være lovlig.

I noen vedtak om bruk av belter var det vanskelig å forstå hva som gjorde at personalet mente beltebruk var nødvendig i situasjonen, og om man hadde vurdert mindre inngripende tiltak for å håndtere situasjonen. Det er viktig at vedtaket i seg selv inneholder tilstrekkelig informasjon for å vurdere om vilkårene for bruk av belter faktisk var til stede i situasjonen, se *kapittel 9 Dokumentasjon på bruk av tvang og makt*.

### 6.2.3 Mangler i begrunnelsene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler

Det må være uomgjengelig nødvendig å bruke tvangsmiddelet i hele perioden tvangen opprettholdes.<sup>38</sup> Dette er i samsvar med psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd om at tvang skal innskrenkes til det som er strengt nødvendig.<sup>39</sup> Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har gitt

---

<sup>38</sup> Jf. lovens ordlyd "tvangsmidler skal bare brukes" og bestemmelsens formål om å være en nødrettsliknende hjemmel for skadeavverging.

<sup>39</sup> Dette er i samsvar med EMD *Aggerholm mot Danmark* avsnitt 102: «The Court will now proceed to examine the continuation and duration of the physical restraint measure. The Court recalls in this context that it is not sufficient that the decision to resort to the restraint measure was "strictly necessary" to prevent an immediate and imminent risk of harm to other persons. In addition, it is also a requirement that the restraint measure is not prolonged beyond the period which was "strictly necessary" (see paragraph 84 above), and that it is for the State to demonstrate convincingly that this condition was met.»

uttrykk for at belter skal brukes så kort som mulig, og at man da mener fra minutter til noen få timer.<sup>40</sup>

Det følger av psykisk helsevernloven § 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.<sup>41</sup>

Bestemmelsen om friere forpleining er en av få bestemmelser i lov- og forskriftsverket som sier noe om hva som skal skje utover i et belteleggingsforløp. Bestemmelsen kan imidlertid skape inntrykk av at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer. Det er ikke tilfellet. Tvangsbruken skal vurderes fortløpende<sup>42</sup> og ikke opprettholdes lenger enn strengt nødvendig.<sup>43</sup>

Sivilombudet utga i november 2022 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 helsevernloven § 26.<sup>44</sup>

Én av pasientene vi gjennomgikk både journal og vedtak for, var beltelagt uten at det var tilstrekkelig dokumentert at bruken av belter var «uomgjengelig nødvendig» endte med å ha beltene på i nesten et døgn. Belteleggingen skjedde om morgenen og samme ettermiddag/kveld beskrives pasienten som samarbeidsvillig og i samtale med personalet. Likevel sov pasienten hele natten med beltene på. Denne beltebruken framstår som ulovlig og det er spesielt urovekkende at pasienten var i belter i nesten ett døgn til tross for at vilkårene for beltebruk ikke synes å være oppfylt på noe tidspunkt i prosessen.

### 6.3 Håndtering av spytting

Sivilombudet har ved flere besøk til døgnavdelinger innen psykisk helsevern påpekt at det ikke er lov hjemmel for å bruke spytthetter på pasienter i psykisk helsevern.<sup>45</sup> RSA Bergen benyttet ikke spytthetter.

<sup>40</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf 2017(6), pkt. 4.1.

<sup>41</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, kommentar til forskrift om psykisk helsevern § 26 første ledd siste setning: «Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel 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.» Helsedirektoratet har tidligere ment at det kun er vurderingen etter de første åtte timene som må skriftliggjøres, men dette gikk direktoratet bort fra i fortolkning; Tvangsmiddelforskrift § 7 annet ledd 4 pkt 8-timersregelen (30.09.2011) saksnr. 11/5503.

<sup>42</sup> Psykisk helsevernloven § 26 tredje ledd.

<sup>43</sup> Se EMD *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.»

<sup>44</sup> 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>

<sup>45</sup> Det følger av Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999) pkt. 8.8.4.5 at «I § 4-8 annet ledd oppregnes de tvangsmidler som det er tillatt å benytte». Mekaniske tvangsmidler er ifølge de samme forarbeidene innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/ eller ben («begrenser ekstremitetenes rekkevidde»). Spythetter og liknende utstyr omfattes derfor ikke av ordlyden «skadeforebyggende spesialklær», jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd. Se omtale i besøksrapport og oppfølging i etterkant av besøk til Stavanger universitetssjukehus (2017) og Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner (2018) på Sivilombudets nettsider.

I dokumentgjennomgangen fant vi imidlertid beskrivelser som tilsa at en pasient hadde fått dekket til ansiktet som følge av spytting mens vedkommende var beltelagt.

Den europeiske forturforebyggingskomiteen (CPT) har tidligere 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.»<sup>46</sup>

Det er for Sivilombudet viktig å understreke at den kritikken vi tidligere har rettet mot bruk av spytthette også gjør seg gjeldende for improviserte former for tildekning av en pasients ansikt/munn.<sup>47</sup> Der pasienter spytter mot personalet, bør personalet derfor forsøke å holde avstand eller ved behov for nærkontakt benytte visir/beskyttelsesdrakt for å hindre å treffes av spytt.

#### **Anbefaling: Bruk av tvangsmidler**

- Sykehuset bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.
- Sykehuset bør iverksette tiltak som sikrer at det gjøres en løpende vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av belter er oppfylt i perioden en pasient er påført belter.
- Sykehuset bør sikre at pasientens ansikt aldri tildekkes når pasienten er lagt i belter.

<sup>46</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 16th General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (2006) 35, side 16, punkt 48.

<sup>47</sup> Se redegjørelse for Sivilombudets syn på bruk av spytthette i Sivilombudets høringsuttalelse om forslag til endringer i straffegjennomføringsloven (bruk av spytthette 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-spytthette-mv..pdf>

## 7 Bruk av skjerming

### **Rettslige krav og standarder**

Menneskerettighetene setter snevre rammer for adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet.<sup>48</sup> 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». Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det er ikke adgang til å benytte skjerming av hensyn til personalet, andre driftsmessige hensyn eller som en reaksjon på at pasientene bryter husordensregler.

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

### **7.1 Fysiske forhold og omfang av bruk av skjerming**

Skjermingsenheten lå i en egen fløy tilknyttet en gang inn til post 2 og 3. Selve enheten var på 140 m<sup>2</sup> og bestod av et isolatrom, et toalett, et bad, et pasientrom, en stue og et vaktrom, i tillegg til et pasientrom med eget bad. Det var en sluse inn til pasientrommet med bad. På isolatrommet var det tynne plastovertrukne madrasser på gulvet. Veggene var malt med brede striper i blått og grått. Det var et vindu i rommet som vendte ut mot en av hagene, men ingen gardiner eller annen form for skjerming for innsyn eller lys. Det var direkte atkomst til et lite lufteområde fra skjermingsenheten. Lufteområdet liknet et bur, og var utformet med et tett tak og vegger av tykk netting. Området ble etter det opplyste primært brukt til røyking. Skjermingsenheten var utformet på en måte som gjorde det vanskelig å skjerme to pasienter samtidig i enheten. Dette førte til at den pasienten som hadde størst behov for skjerming ble plassert på skjermingsenheten, mens andre med samtidige skjermingsvedtak ble skjermet på eget rom.

Skjerming på eget rom er i de fleste tilfeller mer inngripende enn skjerming i en skjermingsenhet. I en skjermingsenhet vil arealet pasienten kan bevege seg på som regel være atskillig større. I tillegg skal en skjermingsenhet ha oppholdsrom og mulighet til å gå ut av soverommet. Pasienter som er skjermet på eget rom vil oftest få begrenset sin mulighet til å gå ut av rommet fordi de da vil komme rett ut i fellesarealene hvor pasienter og personale, som pasienten normalt er skjermet fra, kan oppholde seg. Pasienter som er skjermet på eget rom vil derfor ofte bli oppfordret til eller få beskjed om å ha døren lukket, eller til ikke å gå ut rommet. Dette gjør at man i praksis kan bevege seg over i en situasjon som innebærer isolasjon av pasienten. Etter loven kan «kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede» (isolasjon) kun iverksettes når det er «uomgjengelig nødvendig», og maksimalt i to timer av gangen.<sup>49</sup>

<sup>48</sup> Sivilombudsmannens temarapport «Skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling», 2018, side 32-36 og side 52.

<sup>49</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav b og psykisk helsevernloven § 26.

Nedenfor er en oversikt over antall skjermingsvedtak for årene 2020-2022 ved RSA Bergen, i tillegg til en oversikt over hvor mange personer de aktuelle vedtakene fordelte seg på.

| Skjermingsvedtak ved RSA Bergen |               |                                           |
|---------------------------------|---------------|-------------------------------------------|
| År                              | Antall vedtak | Antall personer vedtakene fordelte seg på |
| 2020                            | 24            | 12                                        |
| 2021                            | 31            | 11                                        |
| 2022                            | 45            | 11                                        |

## 7.2 Skjermingspraksis ved RSA Bergen

Skjermingsvedtakene inneholdt gjennomgående tilstrekkelig konkrete og dekkende beskrivelser av behovet for skjerming, og samtidig en beskrivelse av hva skjermingen innebar for den enkelte pasienten. Ved gjennomgang av løpende journal så vi at det i mange tilfeller var gjort løpende justeringer av innholdet i skjermingen for den enkelte pasient. Personalet syntes å forholde seg aktivt til situasjonen og til at skjerming er et inngrep. Slike løpende vurderinger minsker risikoen for langvarige, fastlåste skjermingsforløp.

RSA Bergen inngikk i noen tilfeller «skjermingsavtaler» med pasientene. Her kunne det for eksempel stå at «Du skal være alene på rommet i 30 minutter hver time» eller «Du kan ikke se på TV». En slik «skjermingsavtale» kan bidra til forutsigbarhet for pasienten og til at innholdet i skjermingen blir tydelig for både pasienten og miljøpersonalet. Samtidig understreker Sivilombudet at skjermingsvedtak er tvangsvedtak og at alle reelle begrensninger i pasientens liv i forbindelse med skjerming, må være i overensstemmelse med loven, selv om de omtales som del av en avtale. At ikke pasienten fritt kunne nekte å inngå en «skjermingsavtale» kom også fram i dokumenter som ble gjennomgått i forbindelse med besøket.



## 8 Begrensninger i kontakt med omverden

### *Rettslige krav og standarder*

Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet som følger av både Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og Grunnloven.<sup>50</sup> Eventuelle innskrenkninger i denne rettigheten krever en klar hjemmel i lov. I tillegg må innskrenkninger i retten til kommunikasjon være nødvendige og forholdsmessige.<sup>51</sup>

Det kan vedtas begrensninger i en pasients kontakt med omverdenen for to uker av gangen dersom det kan begrunnes i sterke behandlingsmessige hensyn, sterke velferdsmessige hensyn eller hvis sterke hensyn til nærstående gjør en slik begrensning nødvendig.<sup>52</sup> Det følger av forarbeidene til loven at det «skal mye til» for å vedta begrensninger i kontakt med omverden, og at de kvalifiserte kravene til unntakssituasjonen viser at man nærmer seg nødrettssituasjoner. Det poengteres også i forarbeidene at «Kommunikasjonsretten er så viktig for et menneske at det ikke skal være nok til å vedta innskrenkninger at kommunikasjonen medfører noe ubehag for dem som berøres.»<sup>53</sup>

For mennesker som befinner seg på en regional sikkerhetsavdeling kan det i tillegg fattes vedtak for inntil fire uker om begrensninger i adgangen til kommunikasjon med omverden på nærmere gitte vilkår, eksempelvis ved risiko for rømning, alvorlig voldsutøvelse eller innføring av rusmidler.<sup>54</sup> Da er det et krav om at begrensningene står i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten, og det følger av bestemmelses forarbeider at «[i]nnleggelse ved regional sikkerhetsavdeling skal ikke innebære at pasienten automatisk underlegges mer inngripende restriksjoner.»<sup>55</sup>

Ved RSA Bergen hadde alle pasienter i utgangspunktet tilgang til bruk av privat mobiltelefon og datamaskin inne på eget rom.

Sivilombudet har gjennomgått en rekke vedtak om begrensninger i enkeltpasienters kontakt med omverden. Det følger av loven at restriksjoner overfor pasientene skal begrenses til det strengt nødvendige, og at der mindre inngripende tiltak er tilstrekkelige for å oppnå formålet skal disse benyttes.<sup>56</sup> I dokumentgjennomgangen så vi eksempler på at det overfor noen pasienter var besluttet begrensninger som gikk utover det begrunnelsen for begrensningene tilsa. Dersom en pasients kontakt med en enkeltperson eller en gruppe personer begrunner et forbud mot kontakt med omverden, bør for eksempel forbudet være begrenset til kontakt med denne personen eller gruppen av personer.

I dokumentgjennomgangen så vi at en pasient fikk innskrenket retten til kontakt med omverden som følge av sikkerhetshensyn etter det som beskrives som et «rømningsforsøk». Betegnelsen «rømningsforsøk» var imidlertid vanskelig å forene med beskrivelsen av hendelsen i løpende journal. I en periode på mer enn seks måneder etter denne hendelsen hadde pasienten vedtak om begrensninger i kontakt med omverden som innebar forbud mot bruk av privat telefon og

<sup>50</sup> Grunnloven § 102 og EMK art. 8.

<sup>51</sup> EMK art. 8 andre ledd.

<sup>52</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5.

<sup>53</sup> Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) til § 4-5.

<sup>54</sup> Psykisk helsevernloven § 4A-6.

<sup>55</sup> Prop. 108 L (2011-2012) pkt. 4.6.5.1

<sup>56</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2.

datamaskin, og overvåkning av alle samtaler. Pasientens samtaler med et nært familiemedlem foregikk på et annet språk og sykehuset brukte dermed tolk for å overvåke samtalen. Økonomiske og praktiske hensyn syntes å være bakgrunnen for at pasienten bare fikk snakke en halvtime ukentlig med dette nære familiemedlemmet. At pasientens adgang til å ha kontakt med nær familie begrenses i så stor grad, av økonomiske og praktiske hensyn knyttet til sykehusets overvåkning, er uheldig.

I ett tilfelle så vi at avdelingen ønsket å begrense en pasients kontakt med media av det som ble omtalt som velferdsmessige hensyn. I slike situasjoner er det viktig at sykehuset er bevisst pasientens ytringsfrihet, og at terskelen for innskrenkninger i retten til kontakt med omverden er høy. I tillegg gjelder det presseetiske regler som blant annet skal beskytte psykiatriske pasienter.<sup>57</sup>

Under besøket kom det fram at flere pasienter hadde hatt vedtak om begrensninger i kontakt med omverden som følge av at sykehuset fryktet rømning. Sykehuset opplevde områdesikringen rundt avdelingen som for dårlig, og hadde fått dette bekreftet da en pasient klarte å rømme fra avdelingen. Den manglende tilliten til områdesikringen gjorde at avdelingen vurderte det mer sannsynlig at rømning faktisk kunne gjennomføres, og førte til at det ble fattet vedtak om begrensninger i kontakten med omverden. Dette betyr at svak områdesikring gjorde at pasientene ble pålagt større begrensninger enn det i utgangspunktet var grunn til.

#### **Anbefaling: Begrensninger i kontakt med omverden**

- Pasientenes rett til kontakt med omverden bør ikke begrenses som følge av de fysiske forholdene ved avdelingen.

<sup>57</sup> Sivilombudsmannen har i SOM 2011-248 uttalt seg blant annet om forbud mot kontakt med media for en pasient innlagt på psykiatrisk institusjon.

## 9 Dokumentasjon på bruk av tvang og makt

### **Rettslige krav og standarder**

Inngrep i personlig integritet krever hjemmel i lov. Vedtak etter psykisk helsevernloven skal begrunnes.<sup>58</sup> Høyesterett legger i sin praksis til grunn at kravet om begrunnelse etter forvaltningsloven §§ 24 og 25 er skjerpet for svært inngripende tiltak.<sup>59</sup> Vedtak om bruk av tvangsmidler er inngripende tiltak overfor enkeltmennesket, og stiller særskilte krav til tydelighet og klarhet. Det må være mulig for den som utsettes for tvang å forstå hvorfor de rettslige vilkårene vurderes som oppfylt. Mangelfull vedtaksføring ved tvangsbruk er et brudd på pasientenes rettsikkerhet, blant annet ved at det svekker muligheten til å klage. Mangelfull vedtaksføring vil også klart redusere både interne og eksterne myndigheters mulighet til å utføre sine kontrolloppgaver.

I tillegg til pasienten selv skal pasientens nærmeste pårørende informeres om vedtak om tvang etter kapittel 4, med mindre pasienten motsetter seg at slik informasjon gis.<sup>60</sup> Dette skal i utgangspunktet gjøres skriftlig, men kan også skje muntlig, blant annet hvis det haster. Informasjonen må omfatte begrunnelsen for vedtaket, og i praksis er det derfor naturlig at pårørende mottar en kopi av selve vedtaket. I forbindelse med at det gis informasjon om vedtaket, skal det også gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage.<sup>61</sup>

### 9.1 Dokumentasjon av begrunnelse ved bruk av tvang

Begrunnelsesplikten er en sentral rettssikkerhetsgaranti og skal bidra til å sikre at forvaltningen treffer forsvarlige avgjørelser som kan overprøves. Noen av vedtakene vi gjennomgikk tilfredsstilte ikke kravene til begrunnelse, se *kapittel 6.2 Mekaniske tvangsmidler (belter)*. Dette gjaldt blant annet inngripende vedtak som ikke skilte tydelig mellom historisk informasjon om pasienten og informasjon om den aktuelle situasjonen.

For noen av vedtakene inneholdt pasientenes løpende journal mer informasjon om den faktiske situasjonen og vurderinger som var gjort og som begrunnet tvangsbruken. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig. For å oppfylle begrunnelsesplikten skal vedtaket inneholde tilstrekkelig informasjon om den konkrete situasjonen og om hvilke faktiske omstendigheter som gjorde at vedtaksansvarlig vurderte det slik at vilkårene var oppfylt.

I dokumentgjennomgangen så vi at en pasient hadde langvarige begrensninger i adgangen til kontakt med omverden. I seks vedtak på rad var begrunnelsen for innskrenkningene identiske, og det var ikke gjengitt noen oppdatert vurdering av situasjonen eller omtale av pasientens oppførsel de siste ukene. Dette er ikke tilstrekkelig. Jo lenger en begrensning varer, jo større sannsynlighet er det for at den kan utgjøre et uforholdsmessig inngrep. Varigheten av restriksjonene skjerper derfor kravet til begrunnelse og en konkret og individuell vurdering må være dokumentert for hvert vedtak.

I forbindelse med besøket gjennomgikk vi fire tvangsmedisineringsvedtak for én pasient. Slike vedtak fattes for tre måneder av gangen, og kan påklages til statsforvalteren. De fire

<sup>58</sup> Psykisk helsevernloven § 1-6 jf. forvaltningsloven § 24 og § 25.

<sup>59</sup> Se blant annet avgjørelse fra Norges Høyesterett HR-2000-35-A.

<sup>60</sup> Psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd. Det er antatt at pasienten kan motsette seg underretning av pårørende i alle saker etter kapittel 4, unntatt § 4-10 om overføring til annen institusjon, jf. Helsedirektoratet, kommentarer til psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

<sup>61</sup> Helsedirektoratet, IS-2017-1, kommentarer til psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

medisineringsvedtakene utgjorde ett års tvangsmedisinering for den aktuelle pasienten. Vedtakene inneholdt flere feil, for eksempel stod det at pasienten både hadde og ikke hadde samtykkekompetanse i ett og samme vedtak. I tillegg stod det i ett vedtak at pasienten skulle trappes ned på et legemiddel som følge av bivirkninger, og at denne nedtrappingen skulle skje over en måneds tid. Denne kommentaren var imidlertid gjentatt i neste vedtak tre måneder senere uten ytterligere forklaring. Begrunnelsen for medisineringsvedtakene var lite oppdatert fra gang til gang, og redegjorde i liten grad for hvilke virkninger medisinerne så langt hadde hatt eller hva man forventet i tiden fremover. Tvangsmedisinering er inngripende overfor pasienten, og når vedtakene har tre måneders varighet må det forventes at vedtaket inneholder en beskrivelse av virkningen de har hatt på pasienten fram mot nytt vedtak, og hva man forventer eller ønsker å oppnå med fortsatt medisinering.

Under besøket ble vi kjent med at en feil som oppstod i forbindelse med utskrift av vedtak til pasient og pårørende medførte at flere av vedtakene manglet tekst. Det er viktig at sykehuset forsikrer seg om at pasient og pårørende mottar de fullstendige vedtakene.

## 9.2 Dokumentasjon av beslutning om bruk av hund

RSA Bergen hadde ved to anledninger tilkalt politi med hund i forbindelse med gjennomføring av ransaking som følge av mistanke om at det ble oppbevart rusmidler på posten. Etter Sivilombudets besøk ba vi om å få oversendt dokumentasjon knyttet til disse hendelsene, herunder informasjon om vurderinger og beslutninger tatt før politiet kom til posten, dokumentasjon av selve gjennomføringen og eventuell evaluering i etterkant. Vi mottok en skriftlig redegjørelse for de aktuelle hendelsene, hvor avdelingen samtidig erkjente at ett av søkene hadde vært mangelfullt dokumentert i pasientenes journaler. I tillegg tilsa sykehusets tilbakemelding at det hadde blitt gjennomført en ransaking av en person som var innlagt til judisiell observasjon uten at det ble fattet vedtak om dette.

Ransaking med hund kan oppleves skremmende for pasientene. Det er uheldig at ikke vurderinger av nødvendigheten av tiltaket og beskrivelse av hvordan det ble gjennomført, er godt dokumentert.

## 9.3 Organisering av vaktordning utenom behandlernes arbeidstid

Utenom behandlernes arbeidstid på dagtid er det en vakthavende lege i spesialisering som har forvakt og en psykiater (legespesialist) som har bakvakt. Forvakten skal kontakte bakvakten ved behov, og bakvakten befinner seg ofte ikke fysisk på sykehusområdet. Turnusordningen innebærer at de fleste legene på vakt ikke har erfaring fra sikkerhetspsykiatrien eller kunnskap om den enkelte pasient ved RSA Bergen.

Under vårt besøk forstod vi det slik at forvakten i hovedsak ble benyttet for kontroll av beltebruk ved å gjennomføre en somatisk kontroll. Dette innebærer at en vaktlege kommer til posten og undersøker om beltene for eksempel er for stramme, men ikke foretar en selvstendig vurdering av om vilkårene for beltebruken er oppfylt. I praksis hadde RSA Bergen innrettet seg slik at én av de faste psykiaterne var tilgjengelig per telefon for personalet på avdelingen også utenom arbeidstid foretok vurderingen av om vilkårene for tvangsbruk var oppfylt. En positiv side ved en slik ordning er at miljøpersonalet får snakket med en person med god kjennskap til både avdelingen og pasientene som befinner seg der. Det er imidlertid også uheldige sider ved en slik ordning. En slik uheldig side

kan være praktiske vanskeligheter med journalføring og å sørge for at vurderinger og kommunikasjon blir riktig dokumentert. At dette er en reell risiko, ble bekreftet under besøket.

**Anbefaling: Dokumentasjon på bruk av tvang og makt**

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt når det fattes tvangsvedtak, og dokumenterer konkrete begrunnelser for dette.

## 10 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.<sup>62</sup> Selv om bruk av tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler også en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler understreket at:

«[T]he 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 de-escalation techniques).»<sup>63</sup>

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraint».<sup>64</sup> Utøvelsen av tvang må alltid skje på en forsvarlig måte, og tvangsbruk skal så langt som mulig forebygges med nok personell og faglig kompetanse.<sup>65</sup>

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 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.<sup>66</sup> Institusjonskulturen vil ofte ha betydning for hvordan tvangsbruk forebygges.<sup>67</sup>

<sup>62</sup> 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 av tortur (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

<sup>63</sup> CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

<sup>64</sup> Se kilde i fotnote 69, punkt 1.7.

<sup>65</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og psykisk helsevernloven § 4 siste ledd.

<sup>66</sup> FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) 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.

<sup>67</sup> Penal Reform International og Association for the Prevention of Torture (andre utgave, 2015): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

## 10.1 Forhold som påvirker forebygging av tvang

### 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 tvangsbruken.<sup>68</sup> Oversikter over det som registrert bør regelmessig tas opp og drøftes både på lokalt nivå (per enhet og avdeling) og på sentralt nivå i sykehuset.<sup>69</sup> 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 døgnnet/i uken som tvangen blir utøvd, etc.<sup>70</sup>

RSA Bergen brukte DIPS Arena for føring av journal, vedtak og tvangsprotokoller. Kunnskapen om systemene, og hva som skulle føres hvor, opplevdes å være varierende. Ingen i ledelsen hadde god nok kunnskap til selv å hente ut tall fra dette systemet. Under vårt besøk ble det opplyst å være tre personer som kunne hente ut tall av systemet, men alle disse var fraværende i dagene besøket varte. God oversikt over tvangsbruk og utviklingen i tvangsbruk over tid kan være viktig informasjon for avdelingens ledelse, og bør være lett tilgjengelig i hverdagen. Under besøket fikk vi opplyst at tallene for bruk av tvang ble gjennomgått i klinikkledermøtene. Det er ikke klart for oss om oversikten også ble formidlet nedover i systemet.

### 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.

Ved RSA Bergen hadde de internundervisning sammen med den lokale sikkerhetsavdelingen hver 14. dag, og ukentlige vedlikeholdstreninger i møte med aggresjonsproblematikk (MAP). For å sikre at de ansatte deltar på vedlikeholdsundervisningen i MAP føres det oversikt over deltakelse.

For å forebygge bruk av tvang er det også viktig at miljøpersonalet føler seg trygge og ivaretatt på jobb. I all hovedsak formidlet de ansatte at de følte seg trygge på jobb og at oppfølgingen i etterkant av hendelser som regel var god.

### Kunnskap om den enkelte pasient

Det er avgjørende at miljøpersonalet har god opplæring i forebyggende teknikker, slik at man unngår å havne i en situasjon der bruk av tvang oppleves nødvendig.

I tillegg til generell kunnskap om forebygging er det viktig at personalet som jobber tett med en pasient er kjent med informasjon som kan ha betydning for denne pasientens reaksjoner og handlingsmønster. Ansatte syntes generelt å ha god kunnskap om pasientene. Avdelingen brukte et dokument kalt tverrfaglig samarbeidsnotat hvor sentral informasjon om pasienten var samlet.

Ettersamtaler etter tvangsbruk er viktige for å sikre pasientens mulighet til medvirkning og til å bli hørt. Pasienter som blir utsatt for tvang skal tilbys minst én samtale i etterkant, om hvordan

<sup>68</sup> CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/inf (2017)11, side 5.

<sup>69</sup> Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd: «Tvang - forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne» (2021).

<sup>70</sup> Samme note som over.

vedkommende opplevde tvangsbruken.<sup>71</sup> I tillegg skal ettersamtaler gi personalet kunnskap om hvordan de sammen med pasienten kan bidra til å forebygge framtidig tvang og maktutøvelse.<sup>72</sup> Ettersamtaler må gjøres systematisk og på en måte som understøtter formålene om å høre pasienten og skape en arena for å forebygge framtidig tvang.

Funn under besøket avdekket usikkerhet om hvem som hadde ansvar for å gjennomføre ettersamtaler med pasientene etter tvangsbruk. Både intervjuene og dokumentgjennomgangen viste at avdelingen hadde et forbedringspotensiale når det gjaldt gjennomføring og dokumentasjon av ettersamtaler med pasienter. I lys av at pasienter på regionalt sikkerhetsnivå er underlagt betydelige begrensninger og at flere av pasientene ble underlagt omfattende tvang i lange perioder, er det viktig at institusjonen sikrer at ettersamtaler gjennomføres og blir brukt overfor den enkelte pasient, samt i det generelle forbedringsarbeidet.

## 10.2 Pasienter i særlig utsatte situasjoner

### Kjønn

Det er få kvinnelige innlagte på regionale sikkerhetsavdelinger i Norge. Dette var også tilfellet ved RSA Bergen. En kvinne vil derfor kunne føle seg ekstra utsatt eller sårbar i en slik situasjon.

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, særlig i mer intime situasjoner.

Omtrent halvparten av miljøpersonalet ved RSA Bergen var kvinner. Vi oppfattet dette som en ønsket fordeling fra ledelsens side. Dette skiller seg fra RSA Østmarka og RSA Dikemark hvor det var en stor overvekt av menn blant de ansatte i miljøpersonalet.<sup>73</sup>

Det skulle samtidig være et visst minsteantall menn på hver vakt. Dette gjorde at fordeling av menn og kvinner varierte fra vakt til vakt.

Under vårt besøk ga flere av de ansatte ved RSA Bergen uttrykk for at det ble brukt forholdsvis mer tvang overfor kvinnelige pasienter. Ledelsen opplyste at historiske tall viste at 85% av tvangsmiddelbruken skjedde overfor kvinner, men at kvinner kun utgjorde 15% av pasientene. I brev til Sivilombudet i forkant av besøket opplyste sykehuset at de hadde innledet et forbedringssamarbeid med Universitetet i Manchester for å styrke miljøterapien for kvinner, blant annet med mål om å redusere bruken av belter overfor kvinnelige pasienter.

---

<sup>71</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2, fjerde ledd.

<sup>72</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 16th General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (2006)35, (16. oktober 2006) side 16, avsnitt 46: «Once means of restraint have been removed, it is essential that a debriefing of the patient take place. For the doctor, this will provide an opportunity to explain the rationale behind the measure, and thus reduce the psychological trauma of the experience as well as restore the doctor-patient relationship. For the patient, such a debriefing is an occasion to explain his/her emotions prior to the restraint, which may improve both the patient's own and the staff's understanding of his/her behaviour. The patient and staff together can try to find alternative means for the patient to maintain control over himself/herself, thereby possibly preventing future eruptions of violence and subsequent restraint.»

<sup>73</sup> Besøksrapportene fra Dikemark og Østmarka er tilgjengelige på Sivilombudets nettsider.



### Unge pasienter

Under besøket ble vi kjent med at det de siste ti årene hadde vært innlagt flere mindreårige pasienter ved RSA Bergen. Den yngste av de innlagte hadde vært 13 år gammel. Avdelingen opplevde det som svært problematisk å ha barn innlagt sammen med voksne, og fortalte at det var sendt søknad til departementet om å opprette en egen sikkerhetspsykiatrisk avdeling for barn og unge.

Ordningen med å ha barn og unge i sengeposter for voksne reiser noen viktige menneskerettslige problemstillinger. Etter FNs barnekonvensjon skal alle barn som er fratatt friheten «holdes atskilt fra voksne, med mindre det motsatte anses å være det beste for barnet».<sup>74</sup> Dette er nødvendig for at barn som fratas friheten skal behandles med verdighet på en måte som tar hensyn til deres alder og modenhet. Sivilombudet understreker i denne sammenheng at mulighet til å ha kontakt med jevnaldrende er viktig for alle barn og unge som fratas friheten.<sup>75</sup>

### Utskrivningsklare pasienter

Under besøket og ved gjennomgang av dokumenter kom det fram at det ikke var uvanlig at personer ble værende på RSA Bergen til tross for at det ikke lenger var behov for det sikkerhetsnivået en regional sikkerhetsavdeling tilbyr. Utskrivningsklare pasienter kan fremdeles være vurdert å ha behov for tvangsbehandling, men ikke lenger på et så høyt sikkerhetsnivå. Grunnen til at pasientene ble værende kunne være at andre institusjoner ikke hadde kapasitet til å ta imot pasienten når RSA Bergen vurderte vedkommende som ferdig behandlet på regionalt sikkerhetsnivå.

Når utskrivningsklare pasienter fortsatt må være på regionalt sikkerhetsnivå, kan det medføre at de utsettes for mer tvang og større inngrep i deres personlige integritet enn det er grunnlag for. Dette er åpenbart problematisk.

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 pasienten har et utvisningsvedtak eller det er igangsatt prosess om et slikt vedtak, vil pasienten ikke alltid kunne uttransporteres.<sup>76</sup> Det kan ikke fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold dersom pasienten er bostedsløs.<sup>77</sup> I noen tilfeller resulterer slike forhold i at enkeltpasienter blir værende på en regional sikkerhetsavdeling i mange måneder og over flere år.

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

### Anbefaling: Forebygging av tvang

- Sykehuset bør innføre faste rutiner for samtale med pasienten om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken i etterkant av tvangsbruk (ettersamtaler).

<sup>74</sup> FNs barnekonvensjon artikkel 37 bokstav c.

<sup>75</sup> Havanareglene regel 32, som fastsetter at det fysiske miljøet frihetsberøvelsen skjer i, bør legge til rette for blant annet kontakt med jevnaldrende.

<sup>76</sup> Personer kan av ulike årsaker være ureturnerbare i lengre eller kortere perioder. Dette kan ha med personen selv å gjøre, eller med forholdene personen ville blitt sendt til i mottakerlandet.

<sup>77</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, kommentarer til psykisk helsevernloven § 11 fjerde ledd.



## 11 Klage og kontroll

### *Rettslige krav og standarder*

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern. Når det gjelder klageordninger har CPT 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.»<sup>78</sup>

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. I tillegg til klagebehandling skal kontrollkommisjonen blant annet gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen, gjennomgå alle fattede vedtak og påse at husordensregler er i tråd med gjeldende lovverk.<sup>79</sup>

Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal ha en kontrollkommisjon.<sup>80</sup> Kontrollkommisjonen ledes av en jurist, har ett medlem som er lege og to andre medlemmer.<sup>81</sup> Klage på etablering av tvungent psykisk helsevern og klage over tvangsvedtak og vedtak om skjerming behandles av kontrollkommisjonen. Klage over vedtak om tvangsmedisinering behandles ikke av kontrollkommisjonen, men av statsforvalteren. De fire medlemmene i kontrollkommisjonen har oppnevnt en personlig vara, slik at det totalt er åtte personer i en lokal kommisjon.

Kontrollkommisjonen ved RSA Bergen besøkte avdelingen minst én gang hver måned. Kommisjonen kontaktet ikke pasientene direkte selv, men brukte ansatte som mellomledd for å undersøke om pasientene ville snakke med kommisjonen. Sivilombudet har i en rekke besøksrapporter anbefalt at kontrollkommisjonen selv oppsøker pasientene der de oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas, og for selv å undersøke om pasientene ønsker å ta forhold opp med kommisjonen.<sup>82</sup>

<sup>78</sup>Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

<sup>79</sup> Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften kapittel 7.

<sup>80</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>81</sup> Ett av de to andre medlemmene i kontrollkommisjonen skal ha erfaring som pasient, nærstående til pasient eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv jf. psykisk helsevernloven § 6-2.

<sup>82</sup> Besøksrapport Diakonhjemmet sykehus (2015), Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2016), Besøksrapport Sykehuset i Telemark (2015), Besøksrapport Ålesund sykehus (2017), Besøksrapport Helse

I dokumentgjennomgangen så vi eksempler på at kontrollkommisjonen i klagesaker syntes å legge sykehusets redegjørelse for situasjonen til grunn uten å gjøre egne vurderinger. I et tilfelle som gjaldt klage over omfattende begrensninger i en pasients rett til kontakt med omverden og tilgang på internett i en periode på flere måneder, gikk det ikke fram av kontrollkommisjonens vedtak om det var foretatt en vurdering av forholdsmessigheten av å opprettholde denne formen for begrensninger over så lang tid. Det må forventes en grundigere prøving av om vilkårene fremdeles er oppfylt og om innskrenkningene er forholdsmessige når begrensningene har vart over tid.

Dokumentgjennomgangen ga eksempler på at sykehusets egne redegjørelser til kontrollkommisjonen i realiteten manglet begrunnelse for hele eller deler av inngrepene, se *kapittel 4 Grunnlag for tvangsinnleggelse*. Dette kan tyde på at sykehuset i noen saker overlater legalitetskontrollen til kontrollkommisjonen. Siden det generelt er få tvangsvedtak som påklages ved RSA Bergen, understreker disse eksemplene behovet for at kontrollkommisjonen foretar en grundig dokumentkontroll også utenom mottatte klagesaker.

#### **Anbefaling: Klage og kontroll**

- Kontrollkommisjonen bør foreta selvstendige vurderinger av om sykehusets grunnlag for vedtak som innskrenker pasientenes rettigheter er i tråd med lovverket.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo  
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo  
Telefon: 22 82 85 00  
Grønt nummer: 800 80 039  
Epost: [postmottak@sivilombudet.no](mailto:postmottak@sivilombudet.no)  
[www.sivilombudet.no](http://www.sivilombudet.no)



Foto: Sivilombudet