

S|OM

**Sivilombudsmannens forebyggingsenhet
mot tortur og umenneskelig behandling
ved frihetsberøvelse**

BESØKSRAPPORT

Sørlandet sykehus,

Kristiansand

7.-9. september 2015



Sørlandet sykehus HF
Adm. direktør Jan-Roger Olsen
Postboks 416
4615 KRISTIANSAND S

S | O M

Vår referanse
2015/1819

Deres referanse

Vår saksbehandler
Helga Fastrup Ervik

Dato
23.02.2016


OVERSENDELSE AV RAPPORT ETTER FOREBYGGINGSENHETENS BESØK TIL SØRLANDET SYKEHUS, KRISTIANSAND 7.–9. SEPTEMBER 2015

Det vises til Sivilombudsmannens besøk til Sørlandet sykehus, Kristiansand 7.–9. september 2015, gjennomført av forebyggingsenheten mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen medio juni 2016.

Sykehuset bes utforme sitt svarbrev slik at det kan offentliggjøres. Dersom brevet inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig kjent, bes det om at sykehuset opplyser om det og sender en sladdet versjon av brevet som kan offentliggjøres. Det bes om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet er opplyst fra sykehuset, vil det bli lagt til grunn at brevet kan offentliggjøres i sin helhet.


Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann


Helga Fastrup Ervik
kontorsjef
forebyggingsenheten

Vedlegg

Kopi:
Helse Sør-Øst
Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Vest-Agder
Fylkesmannen i Vest-Agder
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Statens helsetilsyn

Innhold

1	Sivilombudsmannens forebyggingsmandat	2
2	Tortur og umenneskelig behandling	2
3	Sammendrag	2
4	Generell informasjon om psykiatrisk sykehusavdeling ved Sørlandet sykehuset HF i Kristiansand	6
5	Gjennomføring av besøket	8
6	Funn og anbefalinger.....	9
6.1	Fysiske forhold.....	9
6.2	Pasientrettigheter	10
6.2.1	Vedtak.....	10
6.2.2	Klagemuligheter	11
6.3	Tvangsmidler	12
6.3.1	Utilbørlig bruk av tvangsmidler	14
6.3.2	Bruk av tvangsmidler etter eget ønske	15
6.3.3	Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler.....	15
6.3.4	Ettersamtale	16
6.3.5	Tvangsprotokoller.....	16
6.4	Behandling uten eget samtykke	17
6.4.1	Funn fra besøket.....	17
6.4.2	Nasjonalt lovverk.....	17
6.4.3	Internasjonal rettstilstand	18
6.4.4	Inngrepets alvorlighetsgrad.....	19
6.4.5	Behov for videre utredning	20
6.5	Skjerming.....	20
6.5.1	Skjermingsprotokoller	21
6.5.2	Utforming av skjermingsenheter.....	21
6.5.3	Belteseng i skjermingsenheter	22
6.5.4	Plassering av ansatte	23
6.5.5	Andre innskrenkninger under skjerming.....	23
6.6	Kontakt med omverdenen	25
6.6.1	Telefonbruk	25
6.6.2	Overvåking av besøk.....	26
6.7	Ransaking.....	27
6.8	Aktivisering.....	29

1 Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

På bakgrunn av Norges tilslutning til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon er Sivilombudsmannen gitt et eget mandat for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudsmannens kontor for å gjennomføre mandatet.

Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er frihetsberøvet, for eksempel fengsler, politiarrester, institusjoner innen psykisk helsevern og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan være varslede eller uvarslede.

På bakgrunn av besøkene skal det avgis anbefalinger med sikte på å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Sivilombudsmannen, ved forebyggingsenheten, har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er berøvet friheten. Videre har enheten tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse. Under besøkene søker enheten å avdekke risikofaktorer for krenkelse gjennom egne observasjoner og samtaler med de berørte. Samtaler med de frihetsberøvede er særlig prioritert.

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

2 Tortur og umenneskelig behandling

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) vedtatt i 1984. I tillegg nedfelles det samme forbudet i blant annet 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 menneskerettighetskonvensjon (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte psykiatrisk sykehusavdeling ved Sørlandet sykehus i Kristiansand 7.-9. september 2015. Sørlandet sykehus HF er et områdesykehus for befolkningen i fylkene Vest-Agder og Aust-Agder, og har også lokalsykehusfunksjon for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland. Sykehuset tilbyr alle tjenester innen spesialisthelsetjeneste for somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling og har drift på flere steder, herunder sykehus i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Klinik for psykisk helse - psykiatri og rusbehandling består av åtte avdelinger: psykiatrisk sykehusavdeling, avdeling for barn og unges psykiske helse, poliklinikk for psykosomatikk

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

og traumer, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, DPS Aust-Agder, DPS Solvang, DPS Strømme og DPS Lister. Psykiatrisk sykehusavdeling er lokalisert både i Kristiansand og Arendal.

Forebyggingsenhetens besøk til Sørlandet sykehus var begrenset til seks døgnenheter på psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand: akuttenehetene 6.1 og 6.2, psykoseenhetene 4.1 og 7.2, sikkerhetsenhet 4.2 og førstegangpsykoseenhet 2.1.

Forebyggingsenheten varslet sykehuset om et planlagt besøk, men det nøyaktige tidspunktet for besøket ble ikke oppgitt før besøket. Sykehuset oversendte etterspurte dokumenter både i forkant og etterkant av besøket.

Besøket begynte med en befaring av begge akuttenehetene og sikkerhetsenheten. Senere på den første besøksdagen hadde forebyggingsenheten et møte med avdelingens ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. Deretter ble det gjennomført samtaler med pasienter samt en befaring av de øvrige døgnenehetene. Besøket varte i tre dager og ble avsluttet med et møte med avdelingens ledelse hvor foreløpige funn ble presentert.

De fleste tilgjengelige tvangsinnlagte pasientene fikk tilbud om en privat samtale med forebyggingsenheten. Videre ble det gjennomført samtaler med ansatte. Forebyggingsenheten gikk også igjennom aktuelle dokumenter. Dette inkluderte alle tvangsprotokoller for 2014 og for 2015 til og med besøkstidspunktet. Det ble også bedt om dokumenter som omhandlet de tre siste belteleggingene som var blitt foretatt på hver av de besøkte sengepostene (4) før sykehuset hadde mottatt brevet som varslet besøket.

De fysiske forholdene på de forskjellige døgnenehetene fremstod som gode. Alle døgnenehetene hadde tilgang til uteområder, men døgnenehetene som lå i første etasje (enhetene 2.1, 4.1 og 6.1) hadde ikke uteområder som var utformet slik at pasienter innlagt på tvang kunne gå ut når de selv ønsket det.

Pasientene ble informert både muntlig og skriftlig om tvangsvedtak, men det var ikke en rutine for å gi skriftlig begrunnelse for vedtaket. En gjennomgang av dokumenter om pasienter som hadde blitt utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler, viste mangel på samsvar mellom dokumentasjon av forsøk på lempeligere midler for enkelte vedtak og journalnotater. Det ble også funnet mangler i føringer i tvangsprotokollene. Forebyggingsenheten fant ikke skriftlig informasjon om rettigheter ved tvang eller informasjon om kontrollkommisjonen, fylkesmannen eller Sivilombudsmannen oppslått på døgnenehetene.

Forebyggingsenheten merket seg at psykiatrisk sykehusavdeling har arbeidet for å redusere alle typer tvang i avdelingen, herunder tvangsmiddelbruk. En gjennomgang av dokumenter antydte at mekaniske tvangsmidler i de fleste tilfellene ble brukt i noen timer eller under ett døgn. To saker ga grunn til sterk bekymring. Den ene gjaldt en pasient som var blitt lagt i belter og der varigheten av tiltaket var blitt forhåndsbestemt uten at den vedtaksansvarlige tok en fortløpende vurdering av pasientens situasjon og om kriteriene for bruk av tvangsmiddelet fortsatt var til stede. I et annet tilfelle var en eldre pasient med demens beltelagt i seks timer, selv om faren for skade var opphørt.

Pasientenes pårørende ble stort sett informert etter bruk av tvangsmidler, slik at de blant annet kunne ivareta retten til å klage. I ett tilfelle tok det imidlertid to dager før pårørende ble informert.

Psykiatrisk sykehusavdeling hadde iverksatt en frivillig samtale, såkalt ettersamtale, mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk. Dette er et av tiltakene avdelingen satser på for å redusere alle typer tvang. Det kom imidlertid frem under besøket at ettersamtaler ikke alltid tilbys og at noen pasienter ble urolige av samtalene og ikke syntes at ettersamtalene var til nytte for dem.

Forebyggingsenheten fikk flere tilbakemeldinger fra pasienter om medisinbruk. Pasienter som var blitt tvangsmedisinert, hadde stort sett negative opplevelser av medisineringsen.

Alle døgnetenhetene hadde minst ett skjermingsrom eller en skjermingsenhet. Verandaer på enkelte av skjermingsenhetene ga ikke en tilfredsstillende opplevelse av opphold i friluft eller tilstrekkelig ivaretagelse av personvern. Plassering av belteseng i skjermingsenhetene fremstod som problematisk fordi det kunne skape unødvendig frykt, eller øke risikoen for at beltesengen brukes i stedet for lempeligere tiltak. Forebyggingsenheten fant pasienter som var skjermet i skjermingsenhet mens ansatte satt med lukket dør i hovedkorridoren utenfor. Denne praksisen, slik det ble observert under besøket, tydet på at skjermingen hadde karakter av isolasjon.

Besøket etterlot et inntrykk av at mange pasienter ønsket økte muligheter til å være ute, flere fysiske aktiviteter og mer aktive ansatte som kunne tilrettelegge aktiviteter innendørs.

På bakgrunn av besøket gis det følgende anbefalinger:

FYSISKE FORHOLD

- Sykehuset bør sikre at alle tvangsinnlagte pasienter har daglig tilgang til uteområder og bør legge til rette for at dette som hovedregel kan skje når de selv ønsker det, med færrest mulig fysiske begrensinger.

PASIENTRETTIGHETER

Vedtak

- Pasienter bør alltid få både muntlig og skriftlig underretning om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Vedtak og journalnotater bør inneholde grundig, korrekt og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk.

Klagemuligheter

- Sykehuset bør sørge for at informasjon om pasientrettigheter, klageinstanser og klageadgang er synlig og lett tilgjengelig på alle døgnetenheter som mottar tvangsinnlagte pasienter.

TVANGSMIDLER

Utilbørlig bruk av tvangsmidler

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede.

Bruk av tvangsmidler etter eget ønske

- Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.

Underretting av pårørende etter bruk av tvangsmidler

- Nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler med mindre pasienten motsetter seg dette.

Ettersamtale

- Pasienten bør få tilbud om en ettersamtale om tvangshendelsen, eventuelt bør pasienten kunne snakke med andre som ikke var delaktige i tvangen.

Tvangsprotokoller

- Sykehuset bør sikre at tvangsprotokollene alltid inneholder pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for tvangstiltakets begynnelse og slutt, begrunnelse, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtaket og registrering av skader på pasient eller ansatte. Pasienten bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.

SKJERMING**Skjermingsprotokoller**

- Sykehuset bør sikre at alle skjermingsprotokollene standardiseres og inneholder informasjon om gjennomføring av skjermingstiltak, graden av bevegelsesfrihet, eventuelle tilleggsvedtak og andre begrensninger.

Utforming av skjermingsenheter

- Sykehuset bør vurdere alternative muligheter for opphold i friluft for pasienter som er skjermet i tillegg til verandaene på døgnenhetene 4.1 og 6.2.

Belteseng på skjermingsenheter

- Beltesenger bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.

Plassering av ansatte

- Det bør sikres at skjerming ikke medfører isolasjon og at skjermingspasienter ikke holdes adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming. Pasienten bør derfor ikke være alene i skjermingsenheten mens ansatte oppholder seg i korridoren på den andre siden av en lukket dør.

Andre innskrenkninger under skjerming

- Det bør ikke fattes vedtak om begrensninger i kontakt med omverdenen etter psykiskhelsevernloven § 4-5 basert på «føre-var»-hensyn eller på grunnlag av at det kan skape ubehag for dem som berøres.

KONTAKT MED OMVERDENEN**Overvåking av besøk**

- Innskrenkninger i telefonsamtaler og besøk bør ikke forekomme med mindre det er lovhjemlet og strengt nødvendig.

RANSAKING

- Sykehuset bør bare foreta en gjennomgang av pasienters eiendeler ved «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander og det bør i slike tilfeller fattes vedtak.

AKTIVISERING

- Sykehuset bør styrke de miljøterapeutiske tiltakene for tvangsinnlagte pasienter.
- Sykehuset bør sørge for at alle tvangsinnlagte pasienter får tilgang til minst én time daglig friluft og daglig aktivitet tilrettelagt til pasientens behov.

4 Generell informasjon om psykiatrisk sykehusavdeling ved Sørlandet sykehuset HF i Kristiansand

Sørlandet sykehus HF er et områdesykehus for befolkningen i fylkene Vest-Agder og Aust-Agder, og det har også lokalsykehusfunksjon for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland. Sykehuset tilbyr alle tjenester innen spesialisthelsetjeneste for somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Sørlandet sykehuset HF dekker et befolkningsgrunnlag på rundt 290 000 mennesker, og har drift på flere steder, herunder sykehus i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord.

Klinikk for psykisk helse består av åtte avdelinger: psykiatrisk sykehusavdeling, avdeling for barn og unges psykiske helse, poliklinikk for psykosomatikk og traumer, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, DPS Aust-Agder, DPS Solvang, DPS Strømme og DPS Lister. Psykiatrisk sykehusavdeling er lokalisert både i Kristiansand og Arendal.

Forebyggingsenhetens besøk til Sørlandet sykehus var begrenset til psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand. I Kristiansand har psykiatrisk sykehusavdeling syv døgnenheter med til sammen 73 sengeplasser. Hver enhet har et lederteam som består av en enhetsleder, en overlege og en psykologspesialist.

Forebyggingsenheten besøkte alle døgnenheterne bortsett fra alderspsykiatrisk enhet. De besøkte følgende døgnenheter:

- *Akuttenehetene (enhet 6.1 og enhet 6.2)* har henholdsvis 13 og ti sengeplasser. Akuttenehetene tilbyr øyeblikkelig hjelp, utredning og diagnostisering ved heldøgns innleggelse. Tilstander som defineres som øyeblikkelig hjelp etter lov om psykisk helsevern er i hovedsak psykose preget av stor uro og aggressivitet eller destruktivitet, stor angst og depressive reaksjoner hvor det foreligger fare for suicidalitet, eller delirium. I tillegg til øyeblikkelig hjelp-funksjonen, mottar enhetene 6.1 og 6.2 pasienter fra andre enheter eller distriktpspsykiatriske sentere når tilstanden tilsier at pasienten ikke kan fortsette oppholdet ved den aktuelle enheten på grunn av forverret situasjon. Enhetenes behandlingsopplegg inneholder medikamentell behandling, miljøterapi, individuelle samtaler, utadrettede miljøtiltak, ECT-behandling (elektrokonvulsiv behandling) og familiesamtaler. Enhet 6.1 hadde 702 innleggelser i 2014 og enhet 6.2 hadde 390 innleggelser i 2014.²
- *Psykoseenhet, Spesialenhet for psykoselidelser (enhet 4.1)* har tolv sengeplasser. Enhetene tilbyr innleggelse for pasienter med alvorlige psykiske lidelser kombinert med utstrakt

² Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Psykiatrisk sykehusavdeling, Årsrapporter for enheter i Psykiatrisk sykehusavdeling 2014, side 36 og 40.

rusmiddelmisbruk eller med nedsatt funksjonsevne, som i perioder kan være farlige for seg selv eller andre.

- *Psykoseenhet, Enhet for rehabilitering ved alvorlige psykiatriske lidelser (enhet 7.2)* har åtte sengeplasser. Enheten er en lukket behandlings- og utredningsenhet for psykoser og har en døgnfunksjon. De fleste pasientene er overført fra akuttmottak og over halvparten av innleggelsene er med tvang. Enheten tilbyr rehabilitering av pasienter med alvorlige psykoselidelser som schizofreni, schizoaffektive lidelser og bipolare affektive lidelser. De fleste pasientene har vært innlagt i psykisk helsevern tidligere, men enheten har også førstegangsinnlagte pasienter over 35 år og utreder denne pasientgruppen. Pasientene i enheten er i aldersgruppen 23-65 år.
- *Spesialenhet, Sikkerhets- og rettspsykiatrisk enhet (enhet 4.2)* har ti sengeplasser. Enheten tilbyr observasjon og behandling av pasienter som av rettssystemet dømmes til psykiatrisk behandling.
- *Spesialenhet, Enhet for førstegangspsykoser (enhet 2.1)* har ti sengeplasser og tilbyr utredning/diagnostisering, psykoedukativ tilnærming og behandling av førstegangspsykoser og yngre voksne pasienter med psykose. Det er en høy andel av pasienter med samtidige sykdommer, særlig utviklingsforstyrrelser og rus. Enheten har også dag- og poliklinikkpasienter.³

Klinikk for psykisk helse har et eget brukerråd med representanter fra Mental Helse Aust-Agder, Mental Helse Vest-Agder, LLP Grimstad/Aust-Agder, LLP Vest-Agder, A-larm, proLAR, Kick-off miljøet i ABUP og WayBack. Psykiatrisk sykehusavdeling har også en erfaringskonsulent som bringer brukererfaringer og brukerperspektiv inn i tjenesten.

I 2014 hadde psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand⁴ 970 frivillige innleggelser, 172 innleggelser under tvungen observasjon,⁵ 264 innleggelser under tvungent psykisk helsevern⁶ og 15 innleggelser under dom til tvungent psykisk helsevern.⁷ Antall innleggelser på tvang var 231 per 100 000 i 2014.⁸

I 2014 fattet psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand⁹ til sammen 78 vedtak om skjerming.¹⁰ Samme år ble det fattet 107 vedtak om tvangsmidler¹¹, hvorav 31 vedtak var om bruk av mekaniske tvangsmidler, 33 vedtak var om kortidsvirkende legemidler og 43 vedtak var om kortvarig holding.

³ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Psykiatrisk sykehusavdeling, Årsrapporter for enheter i Psykiatrisk sykehusavdeling 2014, side 23-24.

⁴ Tall om innleggelse etter innleggelsesparagraf ble oppgitt av psykiatrisk sykehusavdeling.

⁵ Lov om psykisk helsevern §§ 3-2 og 3-5 første ledd.

⁶ Lov om psykisk helsevern §§ 3-3 og 3-5 første ledd.

⁷ Straffeloven § 62.

⁸ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Psykiatrisk sykehusavdeling, Årsmelding 2014, side 9.

⁹ Tall om antall vedtak om skjerming, tvangsmidler, og behandling uten eget samtykke ble oppgitt av psykiatrisk sykehusavdeling.

¹⁰ Lov om psykisk helsevern § 4-3.

¹¹ Lov om psykisk helsevern § 4-8.

Det ble også fattet 55 vedtak om behandling uten eget samtykke,¹² hvorav 51 vedtak var om tvangsmedisinering og 4 vedtak var om tvangsernæring.

5 Gjennomføring av besøket

I juni 2015 ble Sørlandet sykehus HF varslet om at det ville bli gjennomført et besøk i løpet av september. Dato for besøket ble ikke oppgitt.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet psykiatrisk sykehusavdelings årsrapport, retningslinjer og statistikk, avviksmeldinger og kopi av tvangsprotokoller. Det ble også innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene før sykehuset hadde mottatt brev som varslet besøket, på hver av de fire besøkte enhetene der belter ble brukt. Forebyggingsenheten hentet også inn opplysninger fra kontrollkommisjonen.

Besøket begynte med en befaring av akuttenehetene 6.1 og 6.2 og deretter sikkerhetsenhet 4.2. Befaringen omfattet blant annet pasientrom, skjermede avsnitt, felleskapsområder, uteområder og rom med beltesenger.

Senere på den første besøksdagen hadde forebyggingsenheten et møte med avdelingens ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. Behovet for å kunne gjennomføre private samtaler med pasienter ble spesielt vektlagt.

Den første dagen ble det gjennomført samtaler med pasienter fra akuttenehetene 6.1 og 6.2. På dag to gjennomførte forebyggingsenheten befaringer på psykoseenhetene 4.1 og 7.2 og samtaler med pasienter fra sikkerhetsenhet 4.2 og psykoseenhet 4.1. Den siste besøksdagen besto av befaring av og pasientsamtaler på førstegangpsykoseenhet 2.1 og pasientsamtaler på psykoseenhetene 4.1 og 7.2.

De fleste tvangsinnlagte pasientene fikk tilbud om en privat samtale med forebyggingsenheten. Enheten hadde også samtaler med frivillig innlagte pasienter som ønsket samtale. De private samtalene foregikk på pasientrom eller i samtalerom tilknyttet døgnetenhetene. Forebyggingsenheten hadde særlig fokus på pasienter som var tvangsinnlagt og/eller som hadde opplevd tvangsbehandling eller bruk av tvangsmidler under inneværende eller tidligere innleggelse.

Videre ble det gjennomført samtaler med ansatte. Under besøket gikk forebyggingsenheten også igjennom tvangsprotokoller fra alle døgnetenhetene.

Besøket ble avsluttet med et møte med avdelingens ledelse hvor foreløpige funn ble presentert.

Sykehusets ledelse og de øvrige ansatte bistod velvillig under hele besøket. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle avdelinger og ansatte syntes godt orientert om enhetens besøk.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)

¹² Lov om psykisk helsevern § 4-4.

- Kristina Baker Sole (seniorrådgiver, lege)
- Knut Evensen (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Johannes Flisnes Nilsen (rådgiver, jurist)
- Ragnfrid Kogstad (ekstern ekspert, professor i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark)

6 Funn og anbefalinger

6.1 Fysiske forhold

De fysiske forholdene på de forskjellige døgnerhetene fremstod som gode. Alle pasientrommene var utstyrt med seng og skap og hadde eget bad. Rommene hadde vinduer og dørene kunne låses fra innsiden. Hver døgnerhet hadde blant annet felles stue, spiserom og besøksrom/samtalerom. Alle vaktrommene hadde vinduer med direkte innsyn i døgnerhetene.

De fleste døgnerhetene var preget av en spartansk og institusjonell innredning. Psykoseenhet 7.2 var imidlertid utformet med tanke på å skape en mindre sykehuspreget atmosfære med fokus på pasientene. Gangen hadde bilder og sittegrupper med bord og planter. Enheten hadde også et lite bibliotek med bøker, blader, DVD-spiller og DVD-er, og en hyggelig sofakrok. Skjermingsenheten på 7.2 var malt slik at det var god kontrast mellom gulvet, veggene og taket og den hadde utgang til en separat veranda med bord og stoler. Førstegangsspsykoseenhet 2.1 hadde blant annet et musikkrom med sofaer, fjernsyn, piano og andre instrumenter og et aktivitetsrom med biljardbord.

Pasientrommene hadde utgang direkte til et felleslokale.

Alle døgnerhetene hadde tilgang til uteområder. Døgnerhetene som lå i første etasje (enhetene 2.1, 4.1 og 6.1) hadde imidlertid ikke uteområder som var utformet slik at pasienter innlagt på tvang kunne gå ut når de selv ønsket det. Sikkerhetsenhet 4.2 som lå i andre etasje hadde en utvendig trapp ned til en inngjerdet hage som var delvis avskjermet fra veien og andre bygninger. Hagen hadde en sittegruppe under halvtak. Døren til hagen ble opplyst å være ulåst på dagtid og tidlig kveld på alle dager. Akuttenhet 6.2 og psykoseenhet 7.2 hadde verandaer med sittegrupper, men dørene måtte låses opp når pasientene ønsket å gå ut. Skjermingsenhetene på akuttenhet 6.2 og psykoseenhetene 4.1 og 4.2 hadde separate små verandaer, mens skjermingsenhetene på akuttenhet 6.1 ikke hadde egne uteområder (se avsnitt 6.5.2 om skjerming).

Sykehuset opplyste at treningssenteret hadde vært stengt i ett år på grunn av vannskade etter en flom. Senteret skal repareres, men har ikke gjenåpnet ennå (se avsnitt 6.8 om aktivisering).

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De fysiske forholdene på døgnerhetene bør skape et trygt og helsefremmende miljø for pasientene slik at behandling kan utføres på en mest mulig skånsom og respektfull måte.

Anbefaling

- Sykehuset bør sikre at alle tvangsinnlagte pasienter har daglig tilgang til uteområder og bør legge til rette for at dette som hovedregel kan skje når de selv ønsker det, med færrest mulig fysiske begrensninger.

6.2 Pasientrettigheter

6.2.1 Vedtak

Det er de faglig ansvarlige på psykiatrisk sykehusavdeling som fatter vedtak om blant annet etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler. Vedtak lagres i en elektronisk pasientjournal. Her lagres også et separat journalnotat der begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaket angir kun hvilke lovbestemmelser som er vurdert og lagt til grunn for vedtaket, og gir ingen konkret begrunnelse. Pasienter mottar ikke den skriftlige begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet) sammen med vedtaket, men må be om innsyn i sin journal for å få dette. Dette er en praksis Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.¹³ Alle pasienter bør motta både en skriftlig og en muntlig begrunnelse for tvangsvedtak for å sikre ivaretagelse av rettighetene deres og forebygge mot vilkårlig bruk av tvang.

I forbindelse med at forebyggingsenheten ba sykehuset om dokumentasjon av tvangsmiddelsbruk, oppdaget sykehuset at det i ett tilfelle ikke var blitt fattet vedtak. På bakgrunn av dette ba sykehusets ledelse alle enheter om å sikre at alle som har vakt med ansvar for å fatte vedtak er klar over hvem som skal føre vedtak i journal. I forbindelse med besøket fant forebyggingsenheten likevel ett nyere tilfelle hvor vedtak om beltelegging ikke var blitt fattet.

Kontrollkommissjonen opplyste at den jevnlig fraråder helsepersonalet å bruke standardtekst i journalnotater som ikke gir en tilstrekkelig og konkret beskrivelse av hvordan lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt i det enkelte tilfellet, herunder en konkret beskrivelse av hvilke lempeligere midler som var brukt, hvor lenge dette varte, og hva som var utfallet.¹⁴

Et vedtak må være konkret begrunnet for å ivareta en reell rett til å klage. Vedtaket skal gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for at dette ble gjennomført. Det skal også gi pasienten informasjon om retten til å klage. En gjennomgang av dokumenter om pasienter som hadde blitt utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler, viste at noen vedtak ikke var i samsvar med journalnotat om samme hendelse, når det gjaldt dokumentasjon om forsøkt bruk av lempeligere midler.¹⁵ I ett tilfelle inneholdt journalnotatet ingen opplysninger om forsøk på bruk av lempeligere tvangsmidler selv om standardteksten om lempeligere midler var gjengitt i selve vedtaket. I et annet tilfelle dokumenterte den ansvarshavende at lempeligere midler i journalnotatet ikke hadde blitt brukt selv om standardteksten om forsøk på lempeligere midler var gjengitt i selve vedtaket. Motstridende opplysninger i vedtak og journalnotater kan svekke pasientens rettsikkerhet og mulighet til å klage.

¹³ Se Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Diakonhjemmet sykehus 24.-27. februar 2015 og Sykehuset Telemark 8.-10. april 2015.

¹⁴ Lov om psykisk helsevern § 4-8 første ledd: «Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.» Sørlandet sykehus HF, Psykiatrisk avdeling, Kristiansand S, vedtak om bruk av tvangsmiddel i henhold til § 4-8 i lov om psykisk helsevern: «Lempeligere midler har vært prøvd, men har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.»

¹⁵ I forkant av besøket ble sykehuset bedt om å oversende dokumenter som gjaldt de siste tre sakene før mottakelse av brevet om bruk av mekaniske tvangsmidler på hver enhet. Det ble bedt om kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse (journalnotat), pasientjournalnotater under pasientens opphold i beltesengen og opptil ett døgn etter hendelsen, og utfall av eventuell klagesak.

Anbefalinger

- Pasienter bør alltid få både muntlig og skriftlig underretning om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Vedtak og journalnotater bør inneholde grundig, korrekt og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk.

6.2.2 Klagemuligheter

Kontrollkommisjonen har som hovedoppgave å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles innenfor det psykiske helsevernet etter lov om psykisk helsevern § 6. Kontrollkommisjonen er klageinstans for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, innskrenkninger i forbindelse med omverdenen,¹⁶ ransaking og kroppsvisitasjon,¹⁷ beslag,¹⁸ tvungen urinprøve,¹⁹ bruk av tvangsmidler, skjerming, og overføring uten samtykke²⁰. I tillegg fører kontrollkommisjonen kontroll med alle vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern og etterprøver alle vedtak etter tre måneder. Vedtak om tvungen legeundersøkelse²¹ og behandling uten eget samtykke påklages til fylkesmannen. Effektive klageordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forbygge umenneskelig behandling. Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) har understreket dette i sine standarder for psykiatriske institusjoner:

«...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.»²²

«The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (e.g. 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.»²³

Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Vest-Agder møtes annen hver uke for å håndtere klagesaker, kontrollere vedtak og eventuell forlengelse av vedtak, utføre dokumentkontroll og besøke nyinnlagte pasienter. Pasientene blir spurt av personalet om de vil prate med kontrollkommisjonen, mens kommisjonsmedlemmene venter utenfor rommet. Kontrollkommisjonen anslo at omtrent halvparten av pasientene takket ja til tilbudet. Kommisjonen får alltid anledning til å

¹⁶ Lov om psykisk helsevern § 4-5.

¹⁷ Lov om psykisk helsevern § 4-6.

¹⁸ Lov om psykisk helsevern § 4-7.

¹⁹ Lov om psykisk helsevern § 4-7a.

²⁰ Lov om psykisk helsevern § 4-10.

²¹ Lov om psykisk helsevern § 3-1.

²² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56, avsnitt 53.

²³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56, avsnitt 55.

snakke med pasienter uten personale til stede, enten på egne besøksrom eller på pasientens rom. I den grad det er personale til stede, er det fordi pasientene selv i noen tilfeller gir uttrykk for at de ønsker sin kontaktperson til stede. Under besøk mottar kontrollkommisjonen både skriftlige og muntlige klager. Kontrollkommisjonen mente at avdelingens personale har en lav terskel for å ringe kontrollkommisjonen for å formidle klage på pasientenes vegne.

Kontrollkommisjonen gjennomførte syv uanmeldte besøk til psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand i 2014 og to uanmeldte besøk i første halvår 2015. Under uanmeldte besøk gjennomgikk kontrollkommisjonen tvangsprotokoller og snakket med pasienter. Kontrollkommisjonen skrev tilsynsrapporter som ble samlet i kommisjonens eget arkiv. Disse rapportene ble ikke sendt til sykehuset. I stedet tok kontrollkommisjonen opp eventuelle saker i brev til døgnetenhetene. Kontrollkommisjonens erfaring var at døgnetenhetene alltid ga grundige svar. I tilsynsrapportene kommenterte kontrollkommisjonen blant annet fysiske forhold, aktiviteter og miljøtiltak, stemning på enhetene, undervisning av pårørende, utskrivning av pasienter til kommunene, salg av narkotika i et utendørs røykeområde, skjerming og beltelegging på pasientenes rom, husordensregler, brannrutiner og manglende informasjon i tvangsprotokoller.²⁴

Kontrollkommisjonen opplyste at i den grad den har funnet forhold å følge opp under sine faste besøk hver 14. dag, er dette i hovedsak fulgt opp ved direkte henvendelse til postansvarlig.²⁵

Kontrollkommisjonen har også et årlig møte med sykehusledelsen hvor begge sider har anledning til å ta opp saker for drøfting. I januar 2015 tok kontrollkommisjon opp individuell plan og husordensregler med ledelsen.

Besøksteamet fant ikke tilgjengelig skriftlig informasjon om rettigheter ved tvang eller informasjon om kontrollkommisjonen, fylkesmannen eller Sivilombudsmannen oppslått på døgnetenhetene. Informasjon om klageinstansene og klageadgang bør være synlig og lett tilgjengelig på alle døgnetenhetene for å ivareta tvangsinnlagte pasienters rettigheter.

Anbefaling

- Sykehuset bør sørge for at informasjon om pasientrettigheter, klageinstanser og klageadgang er synlig og lett tilgjengelig på alle døgnetenheter som mottar tvangsinnlagte pasienter.

6.3 Tvangsmidler

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

Ifølge loven skal tvangsmidler 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,

²⁴ Kontrollkommisjonen for psykiatrisk sykehus i Vest-Agder, tilsynsrapporter fra 2014 og første halvår 2015.

²⁵ Brev fra Kontrollkommisjonen for psykiatriske sykehus i Vest-Agder til avdelingsleder Vegard Ø. Haaland ved Psykiatrisk sykehusavdeling, Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus, 1. juli 2015.

klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.²⁶ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til lov om psykisk helsevern § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslig situasjon».²⁷

Ifølge Klinikk for psykisk helse fattes vedtak om bruk av tvangsmiddel som hovedregel av den faglig ansvarlige for vedtak, det vil si overlege eller psykologspesialist. Utenom arbeidstid er det bakvakten som har dette ansvaret. Hvis en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved enheten, for eksempel ansvarshavende sykepleier, lege eller psykolog, vedta bruk av mekaniske tvangsmidler eller holding. Korttidsvirkende legemidler kan kun forordnes av lege.

Sykehuset opplysninger om tvangsmidler gjelder til og med 1. juli 2015. Akuttenhet 6.2, psykoseenhet 4.1 og sikkerhetsenhet 4.2 har beltesenger og transportbelter. De tre siste tilfellene av bruk av mekaniske tvangsmidler i akuttenhet 6.2 fant sted i juni 2015, mens de tre siste tilfellene på sikkerhetsenhet 4.2 fant sted i juli 2013, november 2013 og mai 2015. Psykoseenhet 4.1 brukte belteseng sist en gang i oktober 2013 og to ganger i mars 2015.

Førstegangpsykoseenhet 2.1 hadde ikke belteseng, og det siste tilfellet av bruk av transportbelter var i juni 2010. Akuttenhet 6.1 hadde ikke belteseng. De tre siste tilfellene av bruk av transportbelter var juli 2013, februar 2014 og oktober 2014.

Psykoseenhet 7.2 brukte ikke mekaniske tvangsmidler.

Psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand opplyste at det samlet ble fattet 31 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging eller transportbelter i 2014. De aller fleste tilfellene av bruk av mekaniske tvangsmidler skjedde på akuttenhet 6.2 med 29 vedtak. Psykiatrisk sykehusavdeling fattet også 43 vedtak om holding i 2014. Vedtak om korttidsvirkende legemidler ble fattet 33 ganger i 2014. Sørlandet sykehus HF opplyste at det ikke bruker kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon) som et tvangsmiddel. Under besøket ble det imidlertid funnet forhold som kunne tyde på uformell isolasjon som en praksis under skjerming (se avsnitt 6.5.4).

Psykiatrisk sykehusavdeling hadde utarbeidet en liste med prioriterte tiltak for reduksjon av alle typer tvang i avdelingen, herunder tvangsmiddelbruk.²⁸ Disse tiltakene la vekt på systematisk arbeid, kompetansebygging, brukermedvirkning og kommunikasjon. Avdelingen vurderte selv at et flertall av de prioriterte tiltakene var blitt oppfylt helt eller i betydelig grad.

I følge psykiatrisk sykehusavdeling har det vært en nedadgående trend i bruken av belteseng på akuttenhet 6.2 de siste fem årene, både når det gjelder antall vedtak (50 vedtak i 2010, 29 vedtak i 2014), antall minutter (20 100 minutter i 2010, 13 771 minutter i 2014) og antall pasienter (38 personer i 2010, 22 personer i 2014). Det bemerkes imidlertid her at disse tallene synes usikre, i lys av at det ble funnet at opphørstidspunkt ikke alltid ble ført (se avsnitt 6.3.1).

²⁶ Lov om psykisk helsevern § 4-8.

²⁷ Rundskriv IS-9/2012, side 76.

²⁸ Listen som ble tilsendt forebyggingsenheten ble sist revidert 1. juli 2015.

6.3.1 Utilbørlig bruk av tvangsmidler

Det ble i forkant av besøket innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene på hver av de fire besøkte enhetene der belter ble brukt.

En gjennomgang av disse, samt tvangsprotokollen for 2015, antydte at mekaniske tvangsmidler i de fleste tilfellene ble brukt i noen timer eller under ett døgn.

To saker ga grunn til sterk bekymring. Den ene gjaldt en pasient som var blitt lagt i belter en torsdag og der det dagen etter, fredag, ble vedtatt at vedkommende skulle bli liggende i belter frem til mandag. Av journalnotatet skrevet fredag fremgikk det: «Pas. får ligge i belter frem til mandag, og u.t. vil da vurdere videre.» Det fremgikk av dette notatet at pasienten var planlagt overført til en tilstøtende enhet tirsdagen etter. Mandag ble det fattet nytt vedtak om opprettholdelse av tvangsmiddelbruken frem til overføring til tilstøtende enhet dagen etter.

Tvangsmiddelbruken var ikke ført i tvangsprotokollen etter søndag formiddag selv om den fortsatte ytterligere to døgn. Hverken vedtaket mandag eller opphørstidspunkt for belteleggingen tirsdag var protokollført. Det var derfor uklart om pasienten fortsatt var iført transportbelter ved overføring til den tilstøtende enheten, eller om disse var tatt av i forkant av overføringen. Det fremgikk imidlertid at pasienten kort tid etter overføring til ny enhet oppholdt seg rolig og vennlig i fellesområdet sammen med andre pasienter.

Under bruk av et tvangsmiddel skal det tas en fortløpende vurdering av pasientens situasjon og om kriteriene for bruk av tvangsmiddelet fortsatt er til stede. Tvangsmiddelbruk skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er til stede.²⁹ I lys av lovens krav fremstår bruk av tvangsmidler hvor varigheten av tiltaket er forhåndsbestemt som klart problematisk. Selve lengden på tiltaket (fem døgn) gir ytterligere grunn til bekymring og det vises til at CPT i sine standarder for psykiatriske institusjoner slår fast følgende:

«The CPT has on occasion encountered psychiatric patients to whom instruments of physical restraint have been applied for a period of days; the Committee must emphasise that such a state of affairs cannot have any therapeutic justification and amounts, in its view, to ill-treatment.»³⁰

Videre fremstår det som svært bekymringsfullt at pasienten ble holdt flere dager i belter under henvisning til at vedkommende etter hvert skulle overføres til en annen enhet. Dokumentene i saken ga grunn til å stille spørsmål om hvorfor pasienten ikke raskere var blitt overført og om det kunne ha forhindret flere dagers beltelegging dersom overføringen var blitt fremskyndet.

I et annet tilfelle var en eldre pasient med demens lagt i transportbelter i seks timer. Vedkommende hadde fått korttidsvirkende legemiddel og hadde blitt holdt i 45 minutter på grunn av sterk forvirring og utagerende adferd mot personalet. Under den langvarige holdingen som ble gjennomført i pasientens seng av to personale av motsatt kjønn, uttalte pasienten at holdingen var invaderende og krenkende. Vedkommende ble da lagt i transportbelter, også i egen seng. Ifølge journalnotatet roet pasienten seg umiddelbart etter å ha blitt lagt i belter. Transportbeltene ble likevel ikke løsnet eller

²⁹ Helsedirektoratet, Lov om psykisk helsevern og psykisk helsevernforskriften med kommentar, IS-9/2012, kapittel 3, § 26, side 141.

³⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 54, avsnitt 48.

forsøkt løsnet. Det var notert i journalen at pasienten «har sovet godt fra beltene ble satt på, så vi velger derfor ikke å løse de opp.» De ble imidlertid heller ikke forsøkt løsnet eller tatt av da pasienten våknet og fikk ytterligere medisiner før vedkommende igjen sovnet. Det fremgikk av evalueringsnotatet at beltene først ble fjernet etter vaktskiftet, mens pasienten fremdeles sov. Tvangsprotokollen manglet en tydelig beregning av varigheten på holding og beltelegging. Det påpekes videre at pasienten var blitt innlagt etter lov om tvungen psykisk helsevern § 3-3 til tross for at kravet om alvorlig sinnslidelse ikke var oppfylt. Denne feilen ble rettet dagen etterpå da vedtak ble fattet etter lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A-5.

Saken reiser etiske spørsmål om bruk av tvang i demensomsorg. Det understrekes også her at tvangsmiddelbruk skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

Anbefaling

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede.

6.3.2 Bruk av tvangsmidler etter eget ønske

Det ble også funnet noen tilfeller der pasienter selv ønsket beltelegging. Det ble i disse tilfellene fattet vedtak og pasientene ble informert om sin klagerett. Tvangsmidler er imidlertid ikke et behandlingstiltak og bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske, uten at lovens vilkår er oppfylt, er derfor en urovekkende praksis. Dette kan være pasienter som prøver å uttrykke et behov for helsehjelp, omsorg eller trygghet.³¹ Pasientens samtykke er ikke et selvstendig rettsgrunnlag for bruk av tvangsmidler, etter lov om psykisk helsevern § 4-8. Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske kan også innebære en risiko for feiltolkning eller misbruk av pasientens samtykke.

Anbefaling

- Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.

6.3.3 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler

Pasientenes pårørende ble stort sett informert om beltelegging slik at de blant annet kunne ivareta retten til å klage. I ett tilfelle tok det imidlertid to dager før pårørende ble informert. Journalnotat i saken var skrevet på en lørdag: «U.t. har ikke ringt og informert pårørende om hendelsene i dag. U.t. drøftet dette med enhetsleder som var ansvarsvakt på dagtid i dag og han hadde heller ikke kontaktet pårørende. Vi ble enige om at dette kan vente til mandag. Pasientens mor kommer vanligvis på besøk hver mandag kl 18 og vi ble enige om at hun kan bli informert da.» Pasientens nærmeste pårørende kan ikke bruke sin klagerett uten at de informeres, og en forsinkelse i underretningen av pårørende svekker både pasientens og pårørendes rettigheter.

Anbefaling

- Nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler med mindre pasienten motsetter seg dette.

³¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), The use of restraints in psychiatric institutions, CPT(2012) 28, side 18, avsnitt 9.

6.3.4 Ettersamtale

En frivillig samtale mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk, såkalt ettersamtale, kan være et virkemiddel for å hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte og forebygge tvangsmiddelbruk generelt.³² Samtidig er det nødvendig å ta hensyn til at tvangens krenkende natur kan gjøre at slike samtaler oppleves negativt.

Psykiatrisk sykehusavdeling har iverksatt et tilbud om frivillige ettersamtaler etter tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og etter gjennomføring av alle andre typer tvang (§§ 4-3, 4-4, 4-5, 4-6, 4-7, og 4-8).³³ Dette er et av de prioriterte tiltakene avdelingen satser på for å redusere bruk av tvang. Det kom imidlertid frem under besøket at ettersamtaler ikke alltid gjennomføres. Det kom også frem at noen pasienter ble urolige av samtalene, og at de ikke syntes at ettersamtalene var til nytte for dem.

Forebyggingsenheten ble gjort oppmerksom på ett tilfelle hvor en pasient ikke fikk lov til å snakke om sine tvangsmiddelopplevelser med en medpasient. Dette er i så fall en bekymringsfull praksis.

Anbefaling

- Pasienten bør få tilbud om en ettersamtale om tvangshendelsen, eventuelt bør pasienten kunne snakke med andre som ikke var delaktige i tvangen.

6.3.5 Tvangsprotokoller

Bruk av tvangsmidler, herunder vedtak, den faglige begrunnelsen for vedtak og fortløpende tilsynsnotater journalføres i elektronisk pasientjournal. Bruk av tvangsmidler registreres også i en håndskrevet tvangsprotokoll som ligger på døgnenhetene. Tvangsprotokollene manglet noen opplysninger som pasientnavn, startdato eller opphørsdato for bruk av tvangsmidler, og varigheten av holding og beltefiksering. Noen ganger ble bruk av mekaniske tvangsmidler journalført som kun «full fiksering» eller «transportbelter», andre ganger med noe mer utdypende opplysninger slik som «transportbelter m/ venstre arm fiksert», «byttet H/ arm og ben fiksering til venstre side» eller «løsner ben igjen 1 pkt». Opplysninger om begrunnelse for bruk av tvang var i flere tilfeller sparsomme, for eksempel var det ofte notert «uro» eller «utagering» uten videre detaljer. Av skriftlige kommentarer fra ansatte i en av tvangsprotokollene fremgikk det faglig uenighet om hvorvidt holding som utøves i forbindelse med tvangsinjisering av legemidler uten samtykke (lov om psykisk helsevern § 4-4) bør registreres i protokollen for bruk av tvangsmidler etter § 4-8.

Kontrollkommisjonen gjennomgår regelmessig tvangsprotokoller som en del av sin velferdskontroll. Mangler i tvangsprotokollene blir tatt opp med ledelsen på den aktuelle enheten. Det er bra at kontrollkommisjonen kommuniserer direkte med enhetene om mangler i protokollene. Noen av de håndskrevne tvangsprotokollene fremstod imidlertid som uryddige og ufullstendige slik at det kunne skape utfordringer for kontrollkommisjonen å identifisere de mest utsatte pasientene. I enkelte tilfeller var ufullstendige tvangsprotokoller (herunder manglende opphørstidspunkt) signert av kontrollkommisjonen uten merknader.

³² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46. Ettersamtale med pasient beskrives også i fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern» versjon 1.0 utgitt av Helse Bergen. Fagprosedyren er tilgjengelig på <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>.

³³ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Ettersamtale etter bruk av tvang - KPH, Generelt dokument, dokument ID nummer II. KPH.FEL.2.2-36, revisjon 3.01, godkjent 2. juli 2015.

Det fremgår av CPTs standarder for psykiatriske institusjoner at pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentarer til tvangsprotokollen og bør bli informert om sine rettigheter. Etter eget ønske bør pasienter også få innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.³⁴

Det vises videre til CPTs standarder om hvilke forhold tvangsprotokollen bør dokumentere.³⁵

Det finnes ikke noe elektronisk registrerings- eller rapporteringssystem for tvangsvedtak i Norge. Dette er tidligere omtalt i forebyggingsenhetens besøksrapporter til Diakonhjemmet sykehus og Sykehuset Telemark og er et tema som vil bli fulgt opp overfor Helsedirektoratet.

Anbefaling

- Sykehuset bør sikre at tvangsprotokollene alltid inneholder pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for tvangstiltakets begynnelse og slutt, begrunnelse, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtaket og registrering av skader på pasient eller ansatte. Pasienten bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.

6.4 Behandling uten eget samtykke

6.4.1 Funn fra besøket

Psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand opplyste at det ble fattet 51 vedtak om tvangsmedisinering og fire vedtak om tvangsernæring i 2014. Ansatte mente at klinikken har stort fokus på brukermedvirkning og at behandlere samarbeider med pasienter som motsetter seg medisinsk behandling ved å prøve alternative tiltak og medisiner som er mer akseptable for vedkommende.

Forebyggingsenheten fikk flere tilbakemeldinger fra pasienter om medisinbruk. Noen pasienter tok ikke medisin eller hadde sluttet med medisin, og andre tok medisin frivillig som de syntes hadde god effekt og få bivirkninger. Pasienter som var tvangsmedisinert hadde imidlertid stort sett negative opplevelser som blant annet ble beskrevet som «forferdelig», «grusomt», og «tortur». Flere pasienter viste til ubehagelige bivirkninger som vondt i hodet, sløvhhet og oppgang i vekt, sykdomsforverring med mer hallusinasjoner og forvirring. Noen pasienter sa at medikamentene ikke hjalp dem. En pasient hadde mistet tilliten til de ansatte etter å ha blitt tvangsmedisinert. En annen pasient opplevde å ha samtykket til medisinering under press for å unngå et tvangsmedisineringsvedtak. En pasient opplevde å ha fått beskjed om at han ville bli tvangsmedisinert på ubestemt tid.

6.4.2 Nasjonalt lovverk

Etter lov om psykisk helsevern § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. Slik behandling omfatter legemiddelbehandling uten samtykke, som inntas som tabletter eller gis i form av en intramuskulær

³⁴ Det vises til brev fra Diakonhjemmet sykehus til Sivilombudsmannen av 25. november 2015 der sykehuset informerer om at tvangsprotokollen vil bli skannet og lagt inn i pasientens journal. Pasientens eventuelle kommentarer til hendelsen vil også bli skannet og lagt inn i journal. Det vises også til brev fra Telemark sykehus av 19. november 2015 der sykehuset formidler at pasientens eventuelle kommentarer til tvangsprotokollen vil bli skannet inn i pasientens journal.

³⁵ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 55, avsnitt 50 og side 63, avsnitt 52.

sprøyte. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal i følge loven bare kunne skje når det er forsøkt å oppnå samtykke fra pasienten, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Videre stilles det etter § 4-4 strenge krav til legemidlers effektivitet:

«Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.»

Beviskravet for at behandlingen vil ha effekt for den enkelte pasienten skal også tolkes strengt. Ifølge lov om psykisk helsevern kan tvungne behandlingstiltak «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».³⁶ I forarbeidene til lov om psykisk helsevern berørte det daværende Helse- og sosialdepartementet forholdet mellom behandlingstiltak uten eget samtykke og den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Departementet var av den oppfatning at et strengt faglig forsvarlighetskriterium, krav om grundige forundersøkelser og et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3.³⁷

Lov om psykisk helsevern gir ikke pasienter som diagnostiseres med en alvorlig psykisk lidelse rett til å nekte behandling på lik linje med andre pasienter. Rett til å nekte behandling anses som en del av den grunnleggende retten til helse etter FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12.³⁸ For at forskjellsbehandling ikke skal utgjøre diskriminering, kreves en saklig og rimelig begrunnelse. Rett til likebehandling og vern mot diskriminering følger av Grunnloven § 98 og en rekke internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Norges ratifikasjon av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i 2013 har ført til omfattende diskusjoner om lovgivningen innenfor det psykiske helsevernet kan opprettholdes i sin eksisterende form.

6.4.3 Internasjonal rettstilstand

Diskusjonen har handlet om, eller i hvilken grad, CRPD tillater særlige tvangshjemler for mennesker med nedsatt funksjonsevne, det vil si om den legger til grunn en lavere terskel for tvangsbruk sammenliknet med andre mennesker. Dette har spesielt omhandlet rekkevidden av artikkel 12 om likhet for loven og rettslig handleevne, artikkel 14 om rett til frihet og personlig sikkerhet, artikkel 15 om frihet fra tortur og umenneskelig behandling, artikkel 17 om vern av personlig integritet og artikkel 25 om rett til helse. Ekspertkomiteen med mandat til å fortolke konvensjonen (CRPD-komiteen), har i sin praksis hittil bygget på at tvangsbehandling helt *eller* delvis basert på en nedsatt psykososial funksjonsevne er i strid med CRPDs forbud mot tortur og umenneskelig behandling artiklene 15, 16 og 17 samt artikkel 12. I sine avsluttende merknader til Danmark, anbefalte komiteen at:

³⁶ Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

³⁷ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

³⁸ Se ØSK-komiteen, generell kommentar nr. 14, The right to the highest attainable standard of health, 11. August 2000, E/C.12/2000/4, avsnitt 8.

“...the State party amend its laws and regulations in order to abolish the use of physical, chemical, and other medical non-consensual measures, with regard to persons with psychosocial disabilities in institutions”.³⁹

FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) har gitt uttrykk for en liknende oppfatning og anbefalte i 2013 norske myndigheter å:

«... incorporate into the law the abolition of the use of restraint and the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as neuroleptic drugs and electroconvulsive therapy. »⁴⁰
Andre FN-organer har ikke tatt tydelig stilling,⁴¹ eller har inntatt et standpunkt til tvangsbehandling som åpner for at praksisen kan videreføres med strenge rettssikkerhetsgarantier.⁴²

Rettstilstanden internasjonalt er således ikke endelig avklart. Det er imidlertid liten tvil om at det pågår en utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering for personer med nedsatt funksjonsevne. Spørsmålet om tvang i psykisk helsevern utgjør en diskriminerende praksis, drøftes i økende grad kritisk og med utgangspunkt i alminnelige rettslige krav til nødvendighet og proporsjonalitet i stedet for diagnosebaserte kriterier.⁴³

Norske myndigheter har avgitt en tolkningserklæring som uttrykker et syn om at konvensjonen tillater «tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier». ⁴⁴ Dette har vært kritisert av blant andre Likestillings- og diskrimineringsombudet, som ved Norges ratifikasjon av CRPD ble gitt i oppgave å overvåke Norges oppfyllelse av konvensjonen.⁴⁵

6.4.4 Inngrepets alvorlighetsgrad

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen

³⁹ FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen), konkluderende merknader til Danmark, 29. oktober 2014, CRPD/C/DNK/CO/1, avsnitt 39. Se tilsvarende CRPD-komiteens konkluderende merknader til Sverige, 11. mai 2014, CRPD/C/SWE/CO/1, avsnitt 36: «The Committee also recommends that the State party ensure that all mental health services are provided with the free and informed consent of the person concerned.» Se også CRPD-komiteens generelle kommentar nr. 1 om CRPD artikkel 14, 11. April 2014, CRPD/C/GC/1, bl.a. avsnitt 42.

⁴⁰ FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen), konkluderende merknader til Norge, 13. desember 2013, E/C.12/NOR/CO/5, avsnitt 19. Se også FNs arbeidsgruppe mot vilkårlige fengslinger, “Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court”, 6. juli 2015, A/HRC/30/37, guideline 20, avsnitt 106 b); FNs spesialrapportør for helse og for nedsatt funksjonsevne, felles uttalelse 10. oktober 2015.

⁴¹ FNs spesialrapportør, Rapport til FNs generalforsamling, Torture in Healthcare Settings, 1. februar 2013, A/HRC/22/53 og spesialrapportørens “Response by the Special Rapporteur to the Joint Statement from the American Psychiatric Association and the World Psychiatric Association”, 22. januar 2014.

⁴² Til de sistnevnte hører FNs underkomité for forebygging (SPT), se dokumentet «Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on the rights of persons institutionalized and medically treated without informed consent», vedtatt under komiteens 27. sesjon 16.–20. November 2015.

⁴³ Se særlig Anna Nilsson, Objective and Reasonable? Scrutinising Compulsory Mental Health Interventions from a Non-discrimination Perspective, Human Rights Law Review, 2014, 14, sidene 459-498.

⁴⁴ Prop. 106 S (2011-2012).

⁴⁵ LDO, CRPD 2015, Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne - et supplement til Norges første periodiske rapport, side 20 flg.

behandling med antipsykotiske legemidler har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, fremstår som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekt («vedlikeholdsbehandling»). Kritikken mot kvaliteten av forskningsstudier reises i økende grad i medisinske fagmiljøer.

Senter for medisinsk etikk har uttalt at:

«Vi har ikke forskningsmessig belegg for å si at tvangsbehandling har positiv effekt, og vi vet at skadevirkningene ved bruk av tvang i psykiske helsetjenester er påtakelige.»⁴⁶

Legeforeningen har også uttalt at det kan være behov for å utrede nærmere behovet for tvangsmedisinering, særlig for unge personer, blant annet sett hen til alternative behandlingsformer og de alvorlige konsekvenser tvangsmedisinering kunne gi.⁴⁷

Det synes godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁴⁸ Bivirkningene kan være psykiske, som følelsesmessig avflating, nedsatt seksuell lyst eller apati. Metabolske bivirkninger kan blant annet omfatte kraftig vektøkning, glukoseintoleranse og forhøyet kolesterolnivå. Pasientene kan også oppleve motoriske bivirkninger. De kan blant annet komme i form av ukontrollerte muskelvridninger (akutte dystonier), stivhet i muskler og ledd som likner Parkinsons sykdom, ufrivillige kroppsbevegelser, særlig i ansiktet (tardive dyskinesier) og ekstrem kribling og hvileløs uro (akatisi). Mulige sammenhenger mellom antipsykotiske legemidler og dødelighet er også påpekt.

Samlet sett er det grunn til bekymring om at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

6.4.5 Behov for videre utredning

I en evaluering sommeren 2015 konstaterte Helsedirektoratet at man ikke har lyktes med å få ned bruken av tvang i psykisk helsevern tross klare målsetninger og en nasjonal strategi.⁴⁹

Helsedirektoratet anbefalte til Helse- og omsorgsdepartementet at det igangsettes en revisjon av lov om psykisk helsevern, og uttalte at: « Revisjonen bør omfatte både regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern, og spesielt se nærmere på adgangen til tvungen medikamentell vedlikeholdsbehandling.»⁵⁰ Sivilombudsmannen vil følge opp denne problemstillingen med helsemyndighetene.

6.5 Skjerming

Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.⁵¹

Skjerming kan skje på eget rom eller på skjermingsavsnitt. Dersom skjerming gjennomføres på eget skjermingsavsnitt, må det treffes vedtak for skjerming ut over tolv timer, og vedtaket kan treffes for

⁴⁶ Senter for medisinsk etikk's høringsuttalelse til Paulsrud-utvalgets utredning NOU 2011: 9

⁴⁷ Legeforeningens høringsuttalelse til Paulsrud-utvalgets utredning NOU 2011: 9.

⁴⁸ Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁴⁹ Helsedirektoratet, Vurdering av videreføring av «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)».

⁵⁰ Samme note, side 22-23.

⁵¹ Lov om psykisk helsevern § 4-3.

inntil to uker om gangen. For skjerming på eget rom må det treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes ut over 24 timer. Vedtak om skjerming og forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen.

Skjerming kan også benyttes overfor pasienter som er innlagt til frivillig psykisk helsevern, men dette forutsetter samtykke fra pasienten. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern, kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom vedkommende ønsker dette. Dette gjelder også under gjennomføring av skjerming. Pasienten må informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.⁵²

Det foreligger lite evidensbasert kunnskap om effekten av skjerming i Norge i følge en systematisk litteraturgjennomgang av den norske skjermingspraksisen.⁵³ Sykehuset opplyste imidlertid at den oppfattet et økende behov for skjerming. Samtidig ble det fremhevet at skjerming ble brukt for så kort tid som mulig.

6.5.1 Skjermingsprotokoller

En gjennomgang av skjermingsprotokollene⁵⁴ viste at pasientene ble skjermet i perioder som varte fra én dag til seks uker, men det var vanskelig å bekrefte presist varigheten av skjerming i alle tilfellene ettersom opphørsdato og klokkeslett ikke alltid fremgikk av protokollene. Fire pasienter hadde fått flere skjermingsvedtak i løpet av flere måneder, og to av dem hadde i tillegg fått en forlengelse av et skjermingsvedtak umiddelbart etter at det første vedtaket hadde løpet ut.

I en del tilfeller manglet det tydelige begrunnelser for skjermingen i protokollene (for eksempel var begrunnelsen i en sak «pas. psykisk tilstand»). Det var også ulik praksis for hvordan innholdet i skjermingstiltak ble registrert og hvorvidt andre vedtak om begrensninger ble registrert i tillegg. I psykoseenhet 7.2 ble skjermingstiltaket beskrevet i forhold til pasientens bevegelsesfrihet og tilgang til ting/media, som for eksempel «skjermet på skjermingsenhet m/ personell til stede. [Ikke]motta brev og pakker. [Ingen]besøk utover familie. Undersøkelse av eiendeler og kroppsvisitasjon». I akuttenhet 6.1 ble imidlertid skjermingstiltaket beskrevet kun som «skjerming § 4-3» eller «skjerming på rom» i alle tilfeller. Det ble også funnet et skjermingsvedtak som ikke var blitt registrert i protokollen. Ulik registreringspraksis og manglende opplysninger i skjermingsprotokollene gjorde det vanskelig å ha en god oversikt over omfanget av skjermingstiltak. Dette er blant annet viktig fordi protokollen utgjør grunnlaget for kontrollkommisjonens velferdskontroll.

Anbefaling

- Sykehuset bør sikre at alle skjermingsprotokollene standardiseres og inneholder informasjon om gjennomføring av skjermingstiltak, graden av bevegelsesfrihet, eventuelle tilleggsvedtak og andre begrensninger.

6.5.2 Utforming av skjermingsenheter

Alle døgnenhetene hadde et skjermingsrom eller en skjermingsenhet, og akuttenhet 6.1 hadde to skjermingsenheter. Det var noen forskjeller mellom skjermingsenhetene på de enkelte døgnenhetene, men en typisk skjermingsenhet bestod av et rom med seng og et oppholdsrom med

⁵² Helsedirektoratet, Lov om psykisk helsevern og psykisk helsevernforskriften med kommentar, IS-9/2012, kapittel 3, § 18, side 132. Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Skjerming - retningslinje, Retningslinje, ID nummer II.KPH.FEL.2.2-37, revisjon 1.01, godkjent 22. januar 2014.

⁵³ Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:414 – 5.

⁵⁴ Skjermingsprotokollene fra enhetene 4.1, 4.2, 6.1, 6.2 og 7.2 for 2015 til og fram til besøkstidspunktet.

en stol eller en sofa, og en liten gang med en stol. Noen skjermingsenheter hadde et vindu som ga direkte innsyn i sove- eller oppholdsrommet fra et rom i forkant som lå inne på skjermingsenheten. De fleste skjermingsrommene fremstod som sterile, uten bilder på veggene eller bruk av andre elementer for å skape en trygg atmosfære, bortsett fra noen ukeblader. Skjermingsenheten på psykoseenhet 7.2 var imidlertid malt i rolige og samtidig med kontrasterende farger mellom vegger og tak, se nedenfor. Det var klokke på alle skjermingsenhetene.

De to skjermingsenhetene på akutenhet 6.1 hadde utgang til sykehusets uteområde via låste dører fra enhetens hovedkorridor. Dørene inn til skjermingsenhetene fra enhetens korridor hadde frosted glass, og det var plassert stoler for ansatte i korridoren rett utenfor dørene til skjermingsenhetene. En av skjermingsenhetene lå i den roligste enden av døgnetenheten. Den andre skjermingsenheten var plassert i krysset mellom to fløyer og lå i tillegg ved siden av hovedinngangsdøren og mottaksrommet. Pasienten på dette skjermingsrommet kunne derfor bli utsatt for en god del støy. Vinduene i skjermingsrommet ved siden av hovedinngangen hadde frosted glass som ivaretok pasientens personvern, men som samtidig hindret utsyn for pasienten.

Pasienter på skjermingsenheten på akutenhet 6.2 hadde tilgang til en liten skjermet veranda. Verandaen var imidlertid bygget inn med tak og plexiglass-vinduer som ikke ga en tilfredsstillende opplevelse av opphold i friluft. Verandaen var en inngjerdet del av enhetens store felles veranda slik at den fremstod som et glassbur. Dette ga innsyn for andre pasienter og gjorde at pasientens personvern ikke ble ivare tatt fullt ut.

Skjermingsenheten på psykoseenhet 4.1 hadde direkte utgang til en liten veranda uten tak, men med høye trevegger for å hindre innsyn. Verandaen fremstod som mørk og ga ingen mulighet for utsyn til natur eller omgivelser. Det var heller ikke et tilfredsstillende lufteområde for pasienter.

Psykoseenhet 7.2 hadde en skjermingsenhet med veranda med utsikt over hagen. Veggene på skjermingsenheten var malt slik at det var god kontrast mellom gulvet, veggene og taket. Enheten hadde også store vinduer med utsyn og godt dagslysinfall. Skjermingsenheten på enhet 7.2 var den eneste som var bygget slik at ansatte hadde direkte innsyn i forgangen og oppholdsrommet fra korridoren.

Anbefaling

- Sykehuset bør vurdere alternative muligheter for opphold i friluft for pasienter som er skjermet i tillegg til verandaene på døgnetenhetene 4.1 og 6.2.

6.5.3 Belteseng i skjermingsenheter

På psykoseenhet 4.1 og akutenhet 6.2 var rom utstyrt med belteseng en del av skjermingsenhetene. Dette innebar at pasienter som ble skjermet på disse enhetene, bare var få skritt unna beltesengen som lå vegg i vegg med skjermingsrommet. Det skapte et inntrykk av skjerming som mer et middel for kontroll enn for ro og trygghet. Det understrekes her at skjerming ikke er et tvangsmiddel, jf. Lov om psykisk helsevern § 4-8. Pasienters kjennskap til at et inngripende tvangsmiddel ligger så nært, kan virke truende og skape unødvendig frykt. Den nærliggende plasseringen av beltesengen i skjermingsenheten kan øke risikoen for at beltesengen brukes i stedet for lempeligere tiltak overfor skjermingspasienter fordi den er lett tilgjengelig. Plasseringen av beltesenger i skjermingsenhetene fremstår som problematisk.

Anbefaling

- Beltesenger bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.

6.5.4 Plassering av ansatte

I forkant av besøket mottok forebyggingsenheten informasjon om tilfeller hvor pasienter fikk skjermingsvedtak, og der skjermingen ble utført i pasientens rom med lukket dør mens ansatte satt utenfor døren for å hindre vedkommende i å komme ut av rommet. Under besøket fant forebyggingsenheten pasienter som var skjermet i skjermingsenheter mens ansatte satt med lukket dør i hovedkorridoren utenfor. Dette ble begrunnet med at pasientene selv ønsket å være alene eller av behandlingsmessige hensyn. Skjermingsavsnittene var imidlertid utformet slik at de ansatte kunne være til stede i enhetene uten å sitte i samme rom som pasienten, dersom pasienten selv ønsket å være alene. Det var likevel forebyggingsenhetens inntrykk under besøket at pasientene var alene, og uten direkte tilsyn på skjermingsenheten, mesteparten av dagen. Selv om dørene mellom skjermingsenhetene og korridorene ikke ble holdt låst, var dørene lukket og personell kunne fra utsiden hindre pasienten i å forlate skjermingsenheten.

Helsedirektoratet har gitt en lovforklning av lov om psykisk helsevern angående bruk av skjerming.⁵⁵ Saken handlet om skjerming av en pasient i sitt eget rom i en skjermingsenhet mens helsepersonellet satt utenfor en dør som stod på gløtt og var i dialog med vedkommende. Helsedirektoratets vurdering var at dette skjermingstiltaket var å betrakte som isolasjon. Det vises til Helsedirektoratets vurdering av saken: «Personal og pasient oppholder seg imidlertid i forskjellig rom, og karakteren av fysisk atskillelse samt intensjonen (vi antar) om å holde døren *mellom* pasient og personal stengt ved fysisk makt dersom behov for det, peker i retning av at pasienten er undergitt faktisk isolasjon.»⁵⁶

På denne bakgrunn påpekes det at de ansattes plassering utenfor skjermingsenhetene, slik det ble observert under besøket, tydet på at skjermingen hadde karakter av isolasjon.

Anbefaling

- Det bør sikres at skjerming ikke medfører isolasjon og at skjermingspasienter ikke holdes adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming. Pasienten bør derfor ikke være alene i skjermingsenheten mens ansatte oppholder seg i korridoren på den andre siden av en lukket dør.

6.5.5 Andre innskrenkninger under skjerming

Innskrenkninger i kontakt med omverdenen

Befaringen, samtaler med pasienter og gjennomgang av aktuelle dokumenter viste at noen pasienter på skjerming også fikk vedtak om innskrenkninger i sin kontakt med omverdenen etter lov om psykisk

⁵⁵ Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015.

⁵⁶ Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015, side 2. Se også brev fra Fylkesmannen i Rogaland til Stavanger universitetssjukehus Helse Stavanger HF «Avslutning av tilsynssak – Stavanger universitetssjukehus – pliktbrudd» 23. juni 2015. Fylkesmannen slo fast at sykehusets gjennomføring av skjermingstiltak etter lov om psykisk helsevern § 4-3 på en rekke sengeposter «[ikke] åpner for å holde pasienten adskilt fra det personell som deltar i gjennomføringen av skjermingen. Dette innebærer at lov om psykisk helsevern er brutt.»

helsevern § 4-5 (se også avsnitt 6.6). Hensikten med noen av disse vedtakene var å beskytte pasienter i en akutt fase av psykose fra å «blamere seg». Det ble videre anført i et journalnotat at «det kan også være grunnlag til å begrense kontakt med pårørende dersom [vedkommendes] kontakt blir en belastning for dem...» og i et annet journalnotat at «en forhindrer pårørende fra ubehag ved å se [vedkommendes] tilstand». Dette spørsmålet er tidligere behandlet av Sivilombudsmannen i en klagesak om en pasients rett til telefonkontakt med nærstående familie og media.⁵⁷ Sivilombudsmannen kom i denne saken til at loven ikke ga anledning til å begrense pasientens kontakt basert på det som fremstod som et «føre-var»-hensyn. Det vises videre til Helsedirektoratets rundskriv om lov om psykisk helsevern: «Kommunikasjonsretten er så viktig at det ikke er tilstrekkelig for å vedta innskrenkninger at kommunikasjonen medfører noe ubehag for dem som berøres.»⁵⁸ Det vises også til FN-konvensjonen om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne:

«No persons with disabilities, regardless of place of residence or living arrangements, shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his or her privacy, family, or correspondence or other types of communication. Persons with disabilities have the right to the protection of the law against such interference or attacks.»⁵⁹

Det er bekymringsfullt at tvangsinnlagte pasienter, som ved skjerming allerede har begrenset kontakt med medpasienter og ansatte og derfor er særlig sårbare, også får innskrenket sin kontakt med omverdenen.

Anbefaling

- Det bør ikke fattes vedtak om begrensninger i kontakt med omverdenen etter psykiskhelsevernloven § 4-5 basert på «føre-var»-hensyn eller på grunnlag av at det kan skape ubehag for dem som berøres.

Innskrenkninger innenfor skjermingsenheten

Ved psykiatrisk sykehusavdeling lages det individuelle planer for gjennomføring av skjermingen, som lagres i pasientjournalen. En slik plan «kan for eksempel inneholde inne- og utetid, måltider, samtaler, frisk luft og fysisk aktivitet, røyk, bruk av stimulerende effekter som musikk og PC, kommunikasjon med omverdenen, telefon, besøk og hygiene. Planen skal, så langt det lar seg gjøre, lages i samarbeid med pasienten, jf. § 15 i psykisk helsevernforskriften».⁶⁰ I tillegg gjennomføres det en ettersamtale med pasienten og eventuelle pårørende etter at skjermingen har opphørt (se også avsnitt 6.3.4).

På bakgrunn av befaring, samtaler med pasienter og gjennomgang av aktuelle dokumenter, fikk forebyggingsenheten inntrykk av at pasienter stort sett ikke hadde tilgang til fjernsyn, radio, musikk, PC og andre aktiviteter under skjerming. Det er bekymringsfullt dersom skjermede pasienter rutinemessig ilegges slike restriksjoner. Pasientene mangler reell mulighet til å samtykke til eller

⁵⁷ Sivilombudsmannen, sak 2011/248.

⁵⁸ Helsedirektoratet, Lov om psykisk helsevern og psykisk helsevernforskriften med kommentar, IS-9/2012, kapittel 3, § 4-5, side 68.

⁵⁹ FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne, artikkel 22 nr. 1.

⁶⁰ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Skjerming - retningslinje, Retningslinje, ID nummer II.KPH.FEL.2.2-37, revisjon 1.01, godkjent 22. januar 2014.

motsi seg disse restriksjonene, og siden et vedtak ikke fattes i disse tilfellene, har de heller ikke mulighet til å klage. Det vises i denne sammenheng til at restriksjoner skal innskrenkes til det strengt nødvendige.⁶¹

6.6 Kontakt med omverdenen

Pasienter i lukkede psykisk helseverninstusjoner har som utgangspunkt rett til uhindret og ukontrollert kommunikasjon med omverdenen, på linje med den øvrige befolkningen. Dette gjelder blant annet kommunikasjon i form av telefonsamtaler, brevveksling og besøk. Disse rettighetene er i prinsippet uavhengig av hvem det kommuniseres med. Innskrenkninger i rettighetene, mot pasientens vilje, krever hjemmel i lov i henhold til legalitetsprinsippet. Slik hjemmel er gitt i lov om psykisk helsevern § 4-5.⁶² Det er i bestemmelsen satt strenge vilkår for begrensningene, en fast tidsramme i annet ledd og klare saksbehandlingsregler. Beslutning må treffes av den faglig ansvarlige, vedtak skal nedtegnes uten ugrunnet opphold og det er klagerett til kontrollkommissjonen. Bestemmelsen må sees i sammenheng med øvrige regler i lov om psykisk helsevern kapittel 4, særlig § 4-2, som omhandler vern om personlig integritet. Restriksjoner og tvang «skal innskrenkes til det strengt nødvendige», jf. § 4-2 første ledd. Begrensninger i retten til å ytre seg og ha kontakt med omverdenen, må også ha hjemmel i lov og være tilstrekkelig begrunnet for å være i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser.⁶³

Klinikk for psykisk helse har felles husordensregler for alle enheter, som blant annet omfatter regler for kontakt med medpasienter og omverden.⁶⁴ Mobiltelefon, nettbrett og PC var tillatt på alle sengeenheter. Medpasienter fikk, etter husordensreglene, ikke besøke hverandre på rommet. Det ble vist til at enhetene hadde hatt flere alvorlige hendelser som følge av besøk på rom og at begrensningen var begrunnet i hensynet til pasienters sikkerhet. Besøk av venner og pårørende kunne skje på eget rom eller på besøksrom.

6.6.1 Telefonbruk

En dokumentgjennomgang avdekket et tilfelle hvor en pasient fikk et vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen etter lov om psykisk helsevern § 4-5. Vedtaket ble begrunnet i at «[vedkommende] snakker i telefonen i medisinpåvirket tilstand, og informerer samboer om feilaktige opplysninger om egen tilstand, behandling og bl.a. om andre pasienter på avdelingen. Tidligere har [vedkommende] også ringt politi og 113 for å informere om liknende ting».

⁶¹ Lov om psykisk helsevern § 4-2 første ledd.

⁶² Se bestemmelsen annet ledd og fjerde ledd.

⁶³ Ytringsfriheten er vernet i Grunnloven § 100. Det fremgår imidlertid av tredje ledd at det kan settes «[...] klart definerte grenser for denne rett der særlig tungtveiende hensyn gjør det forsvarlig holdt opp imot ytringsfrihetens begrunnelser.». Forhåndssensur m.v. er i utgangspunkt forbudt, men det åpnes opp for dette i anstalter, jf. fjerde ledd. Ytringsfriheten er også vernet i den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 10 nr. 1, med adgang til inngrep i friheten i artikkel 10 nr. 2. EMK artikkel 8 verner retten til privatliv, familieliv, hjem og korrespondanse. Videre verner FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) ytringsfriheten i artikkel 19 og korrespondanse mv. i artikkel 17. Konvensjonsbestemmelsene er gjennomført i norsk rett gjennom menneskerettsloven 21. mai 1999 nr. 30 og har forrang fremfor annen lovgivning etter § 3 i denne loven.

⁶⁴ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Husordensregler døgnerheter KPH, Generelt dokument, ID nummer II.KPH.FEL.2.4-24, revisjon 2.00, godkjent 16. september 2014.

Ifølge lov om psykisk helsevern § 4-5 annet ledd kan retten til å benytte telefon innskrenkes «i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig». Det understrekes i lovforarbeidene til lov om psykisk helsevern⁶⁵ at det skal mye til før innskrenkninger kan vedtas:

«For at innskrenkninger i kommunikasjonsretten skal kunne vedtas, må hensynene være så sterke at man nærmer seg området for nødretten. Slik departementet ser det skal normalsituasjonen være fri kommunikasjonsnett for pasienter i institusjoner for tvungent psykisk helsevern. Restriksjoner skal derfor holdes på et absolutt minimum.»⁶⁶

I dette tilfellet synes vedtaket om innskrenkninger ikke å være begrunnet i så sterke hensyn som loven krever.

En annen tvangsinnlagt pasient fikk begrensninger i telefonbruk uten at et vedtak ble fattet. Det fremgikk av pasientens behandlingsplan at «personalet skal vite hvem pas. ringer og slå nr. for [vedkommende] og være tilstede mens [vedkommende] ringer... Pas. skal ikke ta kontakt med personal eller behandler via tlf». Et slikt inngrep i pasientens autonomi krever vedtak med hjemmel i lov om psykisk helsevern § 4-5.

6.6.2 Overvåking av besøk

Det ble fra flere kilder bekreftet at besøk overvåkes av personale på rommet dersom det er mistanke om fare for rusmisbruk eller innførsel av rusmidler til institusjonen. Det ble ikke fattet vedtak i alle tilfellene.

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, farlig gjenstand m.m. vil bli forsøkt innført, kan vedtak fattes om *brevkontroll*, jf. § 4-5 fjerde ledd, og gjenstander som evt. blir funnet kan beslaglegges etter § 4-7. Lov om psykisk helsevern § 4-5 annet ledd gir kun hjemmel for innskrenkninger i retten til å motta besøk «i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige grunner eller sterke hensyn til nærstående personer gjør dette nødvendig».

Det fremgår av lov om psykisk helsevern kapittel 4A om sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger at det kan vedtas at besøk må foregå med personell til stede dersom det er risiko for rømning, alvorlig voldsutøvelse, innføring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand eller risiko for angrep mot pasienten. Det er imidlertid ingen tilsvarende bestemmelse i loven for andre sengeposter.

Eventuelle innskrenkninger i retten til besøk på ordinære sengeposter må etter dette hjemles i hensynene i § 4-5 annet ledd. Det skal som nevnt mye til før dette oppnås/oppfylles (?). Mistanke om innføring av medikamenter og rusmidler kan kanskje anses som «sterke behandlingsmessige hensyn»

⁶⁵ Ot. prp.nr. 11 (1998-199), side114.

⁶⁶ Dette er også fulgt opp i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om bestemmelsen (Rundskriv I-10/2001, side 35): «Det skal mye til før det skal kunne vedtas innskrenkninger i retten til å kommunisere med omverdenen. Etter teksten i annet ledd kreves det at det foreligger sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person. Det dreier seg om kvalifiserte krav til unntakssituasjonen, krav som viser at man nærmer seg området for nødretten. Kravene relaterer seg dels til pasientens egen situasjon, dels til familiens eller nærstående persons situasjon.»

som kan begrunne innskrenkninger i retten til å motta besøk i noen tilfeller, men da må oppfyllelsen av lovens vilkår begrunnes nærmere og det må fattes vedtak.

Lov om psykisk helsevern § 4-6 gir eventuelt også hjemmel for undersøkelse av rom etter et besøk ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler el. er innført i institusjonen, uten at selve besøket overvåkes.

Forebyggingsenheten fant vedtaksmaler hvor det var krysset av for innskrenkninger i retten til å «motta besøk», «benytte telefon», «motta brev og pakker» og «sende brev og pakker» jf. § 4-5. Begrunnelsen for innskrenkningene var imidlertid mangelfulle i de tilhørende journalnotatene. I et journalnotat ble innskrenkningene for eksempel bare beskrevet slik: «pasienten har ikke tilgang til PC med internett i avdelingen. En har inndratt mobiltelefonen. [Vedkommende] har mulighet til å kontakte advokat og nærmeste familie etter nærmere avtale.» I et annet journalnotat ble innskrenkningen kun beskrevet som «pasienten fratas mobiltelefon, som oppbevares i posten». Begge pasienter hadde også besøk overvåket av personalet, uten at dette var særskilt beskrevet eller begrunnet.

På denne bakgrunn finner Sivilombudsmannen at de strenge vilkårene for innskrenkninger i telefonsamtaler og besøk i lov om psykisk helsevern ikke i tilstrekkelig grad ble overholdt. Det ble heller ikke fattet vedtak om alle innskrenkningene, og vedtakene som ble fattet var til dels mangelfulle. Dette gjør det vanskelig, og til dels umulig, for pasientene å påklage vedtakene.

Anbefaling

- Innskrenkninger i telefonsamtaler og besøk bør ikke forekomme med mindre det er lovhjemlet og strengt nødvendig.

6.7 Ransaking

Lov om psykisk helsevern § 4-6 gir hjemmel for undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon. Lovens krav er at det foreligger «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Dersom vilkårene er oppfylt, må det fattes vedtak. Kravet om «begrunnet mistanke» betyr at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken, for eksempel konkrete tips om innføring av farlig gjenstand, ruspåvirkning, aggressiv adferd eller adferd som gir mistanke om planlegging av selvmord.

Psykiatrisk sykehusavdeling har kun retningslinjer for visitasjon og ransaking for sikkerhetsenheten. Akuttenhetene 6.1 og 6.2 og de lukkede psykoseenhetene 4.1, 4.2 og 7.2 praktiserer imidlertid rutinemessig gjennomgang av bagasje ved innleggelse til tross for at avdelingen er kjent med lovens krav. Avdelingen og klinikken mener at lov om psykisk helsevern ikke gir tilstrekkelig sikkerhet for deres pasienter og et sikkert arbeidssted for deres ansatte. Avdelingens erfaring tilsier at farlige gjenstander har blitt funnet hos pasienter hvor det ikke var noen begrunnet mistanke for bagasjegenomgang. Avdelingen fortsetter å be sine lukkede døgnenheter om å systematisk

gjennomgå bagasjen til alle pasienter som innlegges, med det formål å sikre at farlige gjenstander ikke bringes inn.⁶⁷

Praksisen ved akutenhetene og de lukkede psykoseenhetene er å spørre pasienten om å få lov til å gjennomgå medbrakt bagasje. I de aller fleste tilfeller gir pasienten uttrykk for at dette er greit. Der det ikke gis tillatelse, og hvor det er sterk mistanke om at uønskede/farlige gjenstander forsøkes medbrakt, fattes vedtak om gjennomgang av bagasje. I noen tilfeller praktiseres det at bagasje lagres på et låst rom til pasienten drar.

Sikkerhetsenheten hadde en egen rutine for kroppsundersøkelse og ransaking.⁶⁸ Hensikten var å sikre at pasienter, pårørende og besøkende ikke kunne få med seg farlige gjenstander, rømningshjelpemidler, medikamenter eller rusmidler inn eller ut av enheten, samt å ivareta arbeidsmiljøet på en betryggende måte. Alle pasienter og besøkende ble undersøkt og måtte rutinemessig gå gjennom metalldetektor. I tillegg anmodes det om at gjenstander og artikler som ønskes medbrakt inn i enheten, uoppfordret ble fremvist til personalet for vurdering. Utover det hadde ansatte mulighet til å gjennomgå bagasje/tøy ved hjelp av undersøkelse og håndholdt metalldetektor. Ordningen var basert på frivillighet og samarbeid. Dersom en pasient motsatte seg undersøkelse eller ransaking, eller det var begrunnet mistanke, hadde den faglig ansvarlige anledning til å fatte vedtak, lov om psykisk helsevern §§ 4.6 og 4.7. Ved manglende samarbeid eller begrunnet mistanke av besøkende kunne personalet uten nærmere begrunnelse avslå besøk ved enheten. Besøkende ble informert om dette i eget skriv og på et skilt ved inngangspartiet.

Forebyggingsenheten er kjent med at flere psykisk helseverninstusjoner opplever ransaking av alle pasienter og bagasje ved ankomst som et nødvendig tiltak for å ivareta sikkerheten til pasienten selv, medpasienter og ansatte. Samtidig følger det blant annet av EMK artikkel 8 nr. 2 at behovet for å håndtere sikkerheten i en institusjon, må veies opp mot den enkeltes vern mot integritetskrenkende inngrep. På dette området har norske myndigheter gjennom vedtakelsen av lov om psykisk helsevern § 4-6 uttrykkelig tatt stilling til hvor terskelen for ransaking skal ligge. Etter gjeldende regelverk er det ikke adgang til å gjennomføre rutinemessig ransaking av pasienters eiendeler ved innkomst. Pasientens samtykke er heller ikke et selvstendig rettsgrunnlag for ransaking etter lov om psykisk helsevern § 4-6. Forebyggingsenheten viser til sine tidligere besøksrapporter⁶⁹ hvor det er omtalt at sykehus per dags dato ikke har hjemmel for rutinemessig ransaking.

Helse- og omsorgsdepartement har sendt forslag om endringer i lov om psykisk helsevern om utvidet tilgang til kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelige stoff, farlige gjenstander og rømningshjelpemiddel på høring.⁷⁰ Høringsfristen var 8. januar 2016.

Anbefaling

⁶⁷ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse, Psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand, brev fra klinikkjef Oddvar Sæther til Helsetilsynet i Vest-Agder, 2. oktober 2013.

⁶⁸ Sørlandet sykehus, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling, Inngang, utgang og besøk ved sikkerhetsenhet, Generelt dokument, ID nummer II.KPH.PSA.2.4-1, revisjon 1.00, godkjent 2. juli 2014.

⁶⁹ Sivilombudsmannens rapporter fra besøk til Diakonhjemmet Sykehus 24.-27. februar 2015 og til Sykehuset Telemark 8.-10. april 2015.

⁷⁰ Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring---forslag-til-endringer-i-psykisk-helsevernloven--kontroll-for-a-hindre-innforing-av-legemiddel-rusmiddel-skadelege-stoff-farlege-gjenstander-og-romningshjelpemiddel/id2457523/>

- Sykehuset bør bare foreta en gjennomgang av pasienters eiendeler ved «begrunnet mistanke» om innføring eller oppbevaring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander og det bør i slike tilfeller fattes vedtak.⁷¹

6.8 Aktivisering

I forkant av forebyggingsenhetens besøk oversendte psykiatrisk sykehusavdeling informasjon om aktivitetstilbudet for pasienter. Eksempler på aktiviteter var bilturer, fiske- og skogsturer, musikkgruppe, matlaging og trening. Akuttenhetene 6.1 og 6.2 setter opp et individuelt aktivitetstilbud til hver pasient med utgangspunkt i vedkommendes behandlingsplan. Pasienter på de andre døgnetenhetene får tilbud om både individuelle og felles aktiviteter som styres av behandlingsplanen til den enkelte pasient og vedkommendes behandlingsmål. Hver pasient ved sikkerhetsenhet 4.2 får anledning til å velge en aktivitet hver uke utenfor sykehuset, og enheten har felles faste ukentlige kjøreturer med muligheter for grilling, bading eller fiske. I tillegg gjennomføres det for langtidspasienter på sikkerhetsenhet 4.2 individuelle aktiviteter i samarbeid med pårørende, inkludert overnattingsturer. Pasienter på førstegangpsykoseenhet 2.1 kan delta i ukentlig undervisning om temaer innen rus og psykiatri. Psykoseenhet 7.2 tilbyr en ukentlig bowling-tur, fiske- eller skogsturer to ganger i uken, ukentlig trening med veiledning av fysioterapeut og felles fotballtrening med andre enheter. Pasienter får også individuelle timer med fysioterapeut etter avtale. I tillegg hadde enhet 7.2 et aktivitetsrom med kunst- og håndverkaktiviteter tilgjengelige for pasienter. Aktivitetstilbudet på psykoseenhet 4.1 var atskillig lavere, der det bare var én felles organisert aktivitet i uken (vedhogging i skogen), og denne var begrenset til at fire pasienter kunne delta.

Sykehusets treningssenter har vært stengt i ett år på grunn av omfattende vannskader etter en flom. Noen enheter brukte et treningssenter i kjelleren av 7-bygget som en midlertidig løsning. Mange pasienter og ansatte savnet imidlertid sykehusets treningssenter. På besøkstidspunktet visste leder for psykiatrisk sykehusavdeling ikke når treningssenteret ville bli gjenåpnet.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for psykiatriske institusjoner:

«Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work.»⁷²

De ansatte motiverer pasienter til aktivitetsdeltakelse gjennom informasjon om aktivitetene på tavler, muntlige påminnelser, motiverende samtaler, belønningsformer, og innkjøp av nødvendig utstyr og klær. Enhetene gjennomfører også aktivitetsplanlegging og forberedelser av ansatte. Besøket etterlot likevel et inntrykk av at pasientene i mange av døgnetenhetene ble lite aktivisert i løpet av en vanlig dag. De fleste pasientene opplevde at de hadde lite å gjøre og at de var mye alene med tankene sine. Mange ønsket økte muligheter til å være ute, flere fysiske aktiviteter og mer aktive ansatte som kunne

⁷¹ Se brev 15. oktober 2014 fra Helsedirektoratet til Kontrollkomisjonen for UNN, punkt 1, siste avsnitt vedrørende kravet om nedtegnelse «uten opphold».

⁷² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

tilrettelegge aktiviteter innendørs. Kontrollkommisjonen bekreftet at pasienter klaget på kjedsomhet særlig om ettermiddagen og kvelden.⁷³

Psykoseenhet 4.1 hadde åtte korte røyketider. Utover dette ble det lagt opp til individuelle uteaktiviteter. Det var uklart om alle pasientene fikk mulighet for uteaktiviteter hver dag. Det vises blant annet til at det er et *minstekrav* om en times uteaktiviteter daglig for alle innsatte i norske fengsler, som i likhet med pasienter under tvungent psykisk helsevern er fratatt friheten. Viktigheten av daglig uteaktivitet for alle pasienter understrekes av CPT, senest i komitéens rapport etter besøk til Tsjekkia i april 2014.⁷⁴

Anbefalinger

- Sykehuset bør styrke de miljøterapeutiske tiltakene for tvangsinnlagte pasienter.
- Sykehuset bør sørge for at alle tvangsinnlagte pasienter får tilgang til minst én time daglig friluft og daglig aktivitet tilrettelagt til pasientens behov.

⁷³ Kontrollkommisjonen for psykiatriske sykehus i Vest-Agder, tilsynsrapport 22. desember 2014.

⁷⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Rapport til tsjekkiske myndigheter etter besøk 1.-10. april 2014, <http://www.cpt.coe.int/documents/cze/2015-18-inf-eng.pdf>, Punkt. 155: «The CPT wishes to stress that, as a matter of principle, every patient, unless there are clear medical contraindications, should be offered at least one hour of outdoor exercise every day and preferably considerably more, and under no circumstances should daily outdoor exercise be prohibited for such patients as an informal sanction».



S|OM

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse

Kontaktinformasjon:

Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 800 39
E-post: postmottak@sivilombudsmannen.no

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo

www.sivilombudsmannen.no/om-torturforebygging/forsiden