

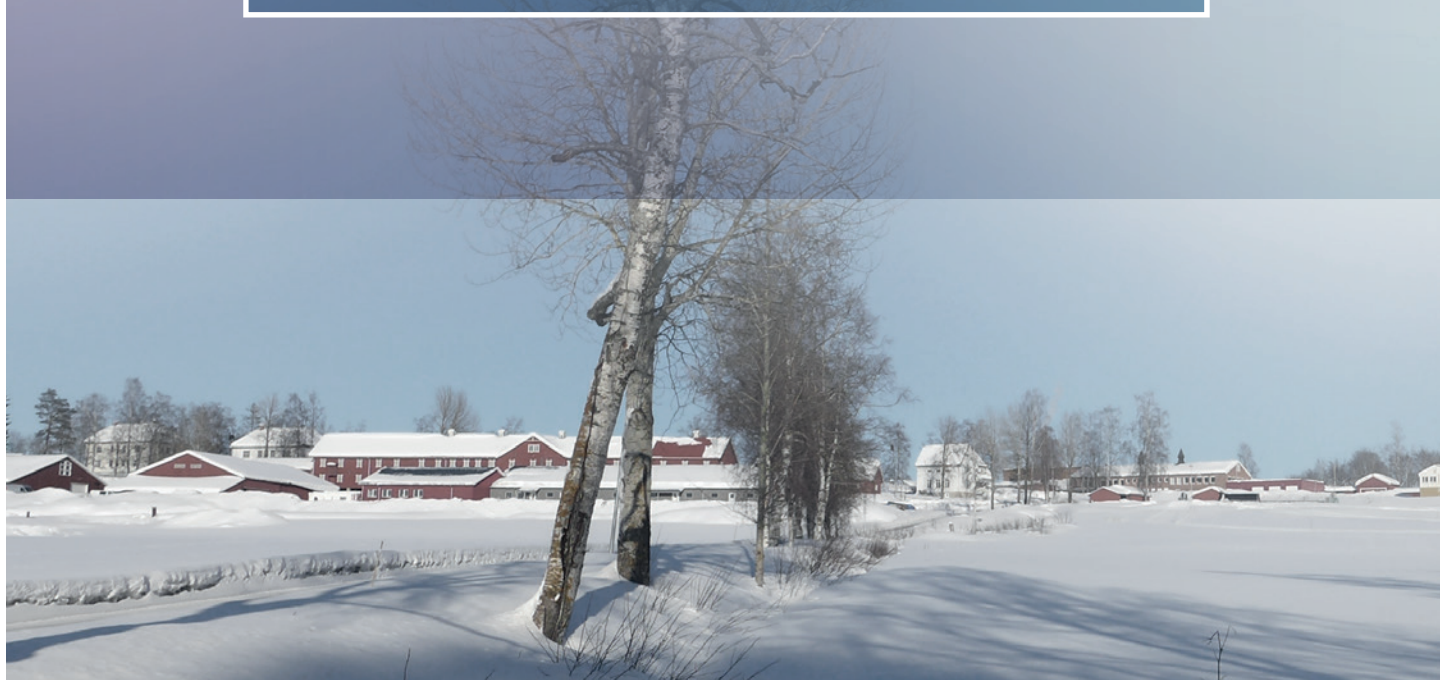


SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Reinsvoll sykehus,
avdeling for akuttpsykiatri og
psykosebehandling**

27. februar – 1. mars 2018



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Sykehuset Innlandet HF
Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling
Postboks 104
2381 BRUMUNDDAL

Vår referanse
2017/3967

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
03.05.2018

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 27. februar-1. mars 2018

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 27. februar–1. mars 2018.

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Reinsvoll sjukehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling 27. februar–1. mars 2018. Vedlagt følger rapporten for 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 utgangen av juli 2018.

Sykehuset bes utforme sitt svar slik at det kan offentliggjøres. Dersom svaret inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig kjent, bes det om at det opplyses om det og sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Det bes om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at svaret kan offentliggjøres i sin helhet.

Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
kontorsjef

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Kopi til:
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Helse Sør-Øst RHF



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling

27. februar–1. mars 2018

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat	4
2	Tortur og umenneskelig behandling	5
3	Sammendrag	6
4	Generell informasjon om Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling	8
5	Gjennomføring av besøket	9
6	Institusjonskultur	10
	6.1 Menneskerettslige standarder.....	10
	6.2 Funn om institusjonskultur ved avdelingen.....	10
7	Fysiske forhold og aktivisering	12
	7.1 Fysiske forhold	12
	7.2 Aktivitetstilbud og daglige opphold utendørs	13
8	Vedtak om bruk av tvang	15
	8.1 Begrunnelse for vedtak.....	15
	8.2 Pasientens rett til å motta tvangsvedtak med skriftlig begrunnelse	15
9	Bruk av tvangsmidler	17
	9.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	17
	9.2. Omfang av tvangsmiddelbruk.....	18
	9.2.1. Ø-hjelpspost 1 og 2	18
	9.2.2. Øvrige døgnenheter	18
	9.3. Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng)	18
	9.4. Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding	20
	9.5. Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler	20
	9.5.1. Internasjonale standarder.....	20
	9.5.2. Avdelingens tiltak for å forebygge tvangsbruk	21
10	Skjerming	24
	10.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk.....	24
	10.2. Bruk av skjerming	24
	10.3. Fysiske forhold på skjermingsenhetene	25
	10.4. Gjennomføring av skjerming	25
11	Behandling uten eget samtykke	27
	11.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk.....	27
	11.2. Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering	28
	11.3. Vedtak om behandling uten eget samtykke.....	28
12	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	31
	12.1. ECT-behandling ved avdelingen	31

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Som følge av Norges tilslutning til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013, ble 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 utføre mandatet.

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er fratatt friheten. Videre har Sivilombudsmannen tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse.

Risiko for tortur eller umenneskelig behandling påvirkes av faktorer som rettslige og institusjonelle rammer, fysiske forhold, opplæring, ressurser, ledelse og institusjonskultur.² Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming som ikke utelukkende fokuserer på om situasjonen er i overensstemmelse med norsk lov.

Ombudsmannens vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker ombudsmannen forholdene på stedet gjennom egne observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten er en særlig viktig informasjonskilde, fordi de har førstehånds kunnskap om forholdene på stedet. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, som lokale retningslinjer, tvangsvedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudsmannens nettside og stedene gis en frist for å orientere ombudsmannen om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

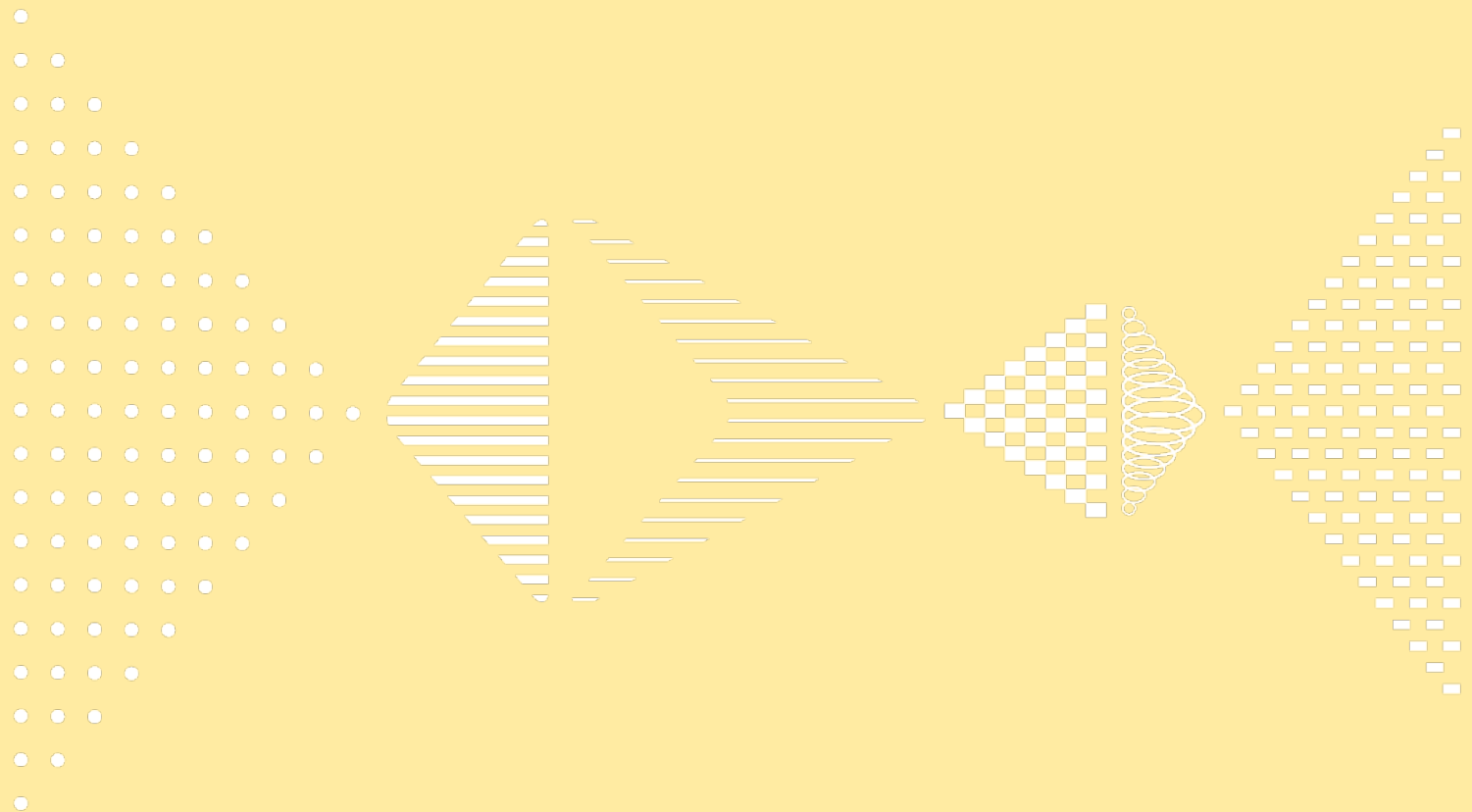
² Se FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. Desember 2010 CAT/OP/12/6.

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), som ble vedtatt i 1984. I tillegg er det samme forbudet nedfelt 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 menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten er mer sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013.



3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling 27. februar – 1. mars 2018. Dato for besøket ble ikke oppgitt på forhånd.

Et sentralt funn var at avdelingen som helhet syntes å ha en institusjonskultur preget av respekt for pasientenes integritet og behov. En klar overvekt av pasientene omtalte stedet og de ansatte på positive måter, inkludert pasienter som var innlagt mot sin vilje. Avdelingen hadde lagt til rette for å opprettholde en god institusjonskultur over tid, blant annet gjennom en tydelig ledelse og en grundig prosess for rekruttering av nyansatte med fokus på vurderinger av personlig egnethet. Flere sider av driften av avdelingen fremstod som et eksempel til etterfølgelse for andre sykehusavdelinger i det psykiske helsevernet.

Pasientene hadde tilbud om varierte aktiviteter tilpasset ønsker og funksjonsnivå. Avdelingen hadde flere ansatte med ansvar for å planlegge og arrangere felles aktiviteter. Områdene utenfor sykehuset hadde fine naturomgivelser og disse ble mye brukt til utendørsaktiviteter. Døgnetenhetene i avdelingen hadde imøtekommende og hyggelige fellesområder. Særlig inngangspartiene til flere av døgnetenhetene hadde en utforming som la til rette for en trygg mottakelse for pasienter i krise. Mange pasienter fremhevet mottakelsen som omsorgsfull og imøtekommende.

Det ble funnet svakheter ved avdelingens praksis når det gjaldt tvangsvedtak, særlig vedtak om behandling uten eget samtykke. Gjennomgangen av slike vedtak viste at de faktiske forholdene og vurderingene av om vilkårene var oppfylt, ofte ikke var tilstrekkelig beskrevet i vedtaket. Særlig gjaldt dette vilkåret om at pasienten mangler samtykkekompetanse, og vilkåret om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha positiv effekt. Fordi behandling uten eget samtykke utgjør et meget alvorlig inngrep, var det behov for ytterligere tiltak for å sikre at vurderingene av om lovens vilkår er oppfylt, blir tilstrekkelig dokumentert.

Avdelingen syntes å ha et stort fokus på å unngå at pasienter står på mange nevroleptika samtidig, og at eldre nevroleptika med alvorlige bivirkninger som klart utgangspunkt ikke skulle gis til pasientene. Samtidig var medikamentell behandling en helt fremtredende del av behandlingen ved avdelingen, og det syntes å være få andre behandlingstilbud, som kognitiv terapi. Avdelingen hadde få stillinger som var besatt av psykologer og psykologspesialister.

Funn under besøket viste også at pasientene i noen tilfeller ikke hadde blitt tilbudt vedtak om bruk av tvang, og at noen vedtak som ble gitt til pasientene ikke inneholdt en skriftlig begrunnelse. Sivilombudsmannen påpekte at alle pasienter rutinemessig og uoppfordret har krav på å motta en begrunnelse for tvangsvedtak for å sikre ivaretagelse av sine rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang.

Det hadde vært en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler ved enkelte poster i 2017. Det ble imidlertid ikke gjort funn som tydet på uforholdsmessig bruk. Det ble heller ikke gjort funn som tyder på at uforholdsmessig lang varighet av opphold i belteseng var utbredt. En gjennomgang viste at varigheten av beltelegginger normalt varte fra noen minutter til noen timer. Sivilombudsmannen uttrykte likevel bekymring for at enkelte beltelegginger hadde vart over seks timer.

Avdelingen foretok månedlige gjennomganger av tvangsprotokoller og vedtak slik at ledelsen kunne følge utviklingen i tvangsbruk. Det var positivt at arbeidet med å forebygge tvangsbruk i større grad syntes å være rettet mot holdninger og kommunikasjon for å unngå tilspissede situasjoner enn på trening i praktisk gjennomføring av tvang i en allerede oppstått konflikt.

Den lovpålagte plikten til å gi pasientene anledning til å uttale seg før vedtak om tvang ble fattet, var ikke godt nok innarbeidet som en del av rutinene ved døgnenhetene i avdelingen. Det ble også funnet at pasientene i varierende grad fikk tilbud om evalueringssamtaler etter bruk av tvangstiltak som iverksettes inne på døgnenhetene, som påkrevd etter loven.

I noen av skjermingsenhetene var beltesengene plassert synlig i korridoren utenfor pasientenes boenheter. Selv om beltereimene var tildekket med et laken, fremstod den synlige plasseringen som uheldig og kunne føre til lavere terskel for bruk og økt utrygghet for pasienter i en sårbar, akutt fase.

Flere av skjermingsenhetene hadde et noe sterilt preg, men var godt holdt i stand og rengjort. Skjerming i avdelingen ble gjennomført på en human måte, innenfor rammene av de begrensningene et skjermingstiltak innebærer. Det ble fremhevet at ansatte gjennomgående syntes å ha jevnlig kontakt med pasientene inne på skjermingsenhetene, og at avdelingsledelsen hadde gitt tydelige signaler om viktigheten av dette. Det var også positivt at skjærmede pasienter i all hovedsak fikk tilbud om daglige opphold utendørs, og også kunne ha fritidsaktiviteter inne i skjermingsenheten.

Ifølge sykehuset var det ikke gitt ECT på nødrett ved avdelingen i perioden 2015–2017. Sivilombudsmannen har merket seg avdelingsledelsens opplysninger om at man har valgt andre typer behandlingstiltak i et fåtall av tilfeller der ECT på nødrett ellers kunne ha vært aktuelt.

Anbefalinger

Vedtak om bruk av tvang

- Vedtak om tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.

Bruk av tvangsmidler

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre systematisk involvering av pasientene ved bruk av tvangstiltak under oppholdet.

Skjerming

- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.

Behandling uten eget samtykke

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vurdering og dokumentasjon av behandling uten samtykke ivaretar pasientenes rettssikkerhet på en tilfredsstillende måte.

4 Generell informasjon om Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling

Reinsvoll psykiatriske sykehus på Vestre Toten er en del av Sykehuset Innlandet HF, som eies av Regionalt helseforetak Helse Sør-Øst.

Sivilombudsmannen besøkte avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, som består av fem døgnerheter:

- **Øyeblikkelig hjelp 1 og 2** (20 sengeplasser, ti plasser i hver døgnerhet). De to døgnerpostene hadde til sammen 820 innleggelser i 2017; hvorav 17,4 prosent var tvangsinnlagt. Gjennomsnittlig liggetid for 2017 var 6,7 døgn og beleggsprosenten var 75,6. Til sammen dekker postene behovet for psykiatrisk Ø-hjelp for Oppland fylke (cirka 189 000 innbyggere). Døgnerhetene er fysisk atskilt med like inntakskriterier.
- **Subakutt behandling** (8 sengeplasser) 53 innleggelser i 2017, hvorav 28,3 prosent var tvangsinnlagt. Gjennomsnittlig liggetid i døgnerheten var 53,2 døgn og beleggsprosent 94,8. De fleste pasientene ble overført fra Ø-hjelpsenhetene. Målgruppen er pasienter med alvorlige stemningslidelser med behov for videre utredning og behandling utover den tid akuttpostene kan tilby.
- **Sikkerhetspsykiatri** (13 sengeplasser) 23 innleggelser i 2017 hvorav tolv var tvangsinnlagt etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og én fikk dom om overføring til behandling i psykisk helsevern. Gjennomsnittlig liggetid i 2017 var 267,2 døgn og beleggsprosent var 141,3. Målgruppen omfatter pasienter dømt til tvungen psykisk helsevern, pasienter med særlig behov for utredning, pasienter diagnostisert med alvorlig personlighetsforstyrrelse og pasienter med vurdert høy voldsrisiko.
- **Psykosebehandling og TIPS** (12 sengeplasser) 54 innleggelser i 2017, hvorav 42,6 prosent var tvangsinnlagte (inkludert to pasienter som ble overført fra frivillig til tvungen vern, jf. pshvl. § 3-4 andre ledd). Gjennomsnittlig liggetid i 2017 var 73,1 døgn og beleggsprosenten var 93,4. Døgnerheten var en sammenslåing av to tidligere døgnerheter: Én lukket avdeling for pasienter med psykoselidelser og en post for pasienter med høy risiko eller i en tidlig fase av psykoseutvikling.

5 Gjennomføring av besøket

I desember 2017 ble Reinsvoll sjukehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling i perioden 1. februar–1. mai 2018. Datoen for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 27. februar–1. mars 2018.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer, statistikk og avviksmeldinger. Det ble også innhentet dokumentasjon om bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming, behandling uten eget samtykke og ECT-behandling.

Besøket ble innledet med en befaring av de fem døgnenhetene. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, utearealer, rom for beltesenger, besøksrom og vaktrom. Senere samme dag ble det gjennomført et innledende møte med avdelingssjef og avdelingsoverlege, behandlere og enhetsledere. Aktivitetsbygg og tilbud som stall og svømmehall, ble også undersøkt.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og enhetsledere. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle enhetene og ansatte var orientert om Sivilombudsmannens besøk. Besøkslaget ble møtt med en profesjonell og vennlig innstilling under besøket.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog)
- Christian Ranheim (seniorrådgiver, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)

6 Institusjonskultur

6.1 Meneskerettslige standarder

Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt; mellom ledelse og ansatte på den ene siden og de som er plassert der på den andre. På et sykehus der det gjennomføres tvangsinnleggelse er pasientene avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv en sårbarhet for overgrep og krenkelser av menneskers verdighet og grunnleggende rettigheter. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten, arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet.³

Det vises til CPTs standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination. The absence of violence and abuse, of patients by staff or between patients, constitutes a minimum requirement.»⁴

Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene og holdningene blant de ansatte; holdningene om hva som er viktig på enheten, hvordan man løser problemer og hva slags type atferd som er akseptabel.⁵ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

6.2 Funn om institusjonskultur ved avdelingen

Et sentralt funn var at avdelingen som helhet syntes å ha en institusjonskultur preget av respekt for pasientenes integritet og behov. Respekten for pasientene, og betydningen av å ivareta hver enkelt pasient, kom blant annet til uttrykk i måten pasientene ble omtalt på av personalgruppen på samtlige døgnenheter. Sivilombudsmannen merket seg at ansatte på flere av døgnenheter syntes å strekke seg langt for å etterkomme pasientenes ønsker, for eksempel ved å kjøre pasienter til hjemmet for å hente personlige eiendeler. En klar overvekt av pasientene omtalte stedet og de ansatte på positive måter, inkludert pasienter som var innlagt mot sin vilje. Det ble ikke gjort funn under besøket om bruk av ulovlige eller uforholdsmessig rigide husregler.

Respekten for pasientene kom også til uttrykk i utformingen av aktivitetstilbudet, ved at pasientene fikk tilbud om flere typer aktiviteter tilpasset ønsker og funksjonsnivå (se kapittel 7.2 *Aktivitetstilbud og daglige opphold utendørs*). Et særlig viktig funn var at også pasienter som var underlagt skjerming gjennomgående fikk anledning til å ha daglige aktiviteter, også utendørs (se kapittel 10.4 *Gjennomføring av skjerming*). Respekten for pasientene ble også synliggjort ved den fysiske utformingen av lokalene (se kapittel 7.1 *Fysiske forhold*). Det fremkom eksempler på at ansatte selv

³ FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): *Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.*

⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, CPT/Inf(2006)35-part, avsnitt 37.

⁵ PRI og APT (2013): *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.*

hadde tatt initiativ til vedlikeholdstiltak som maling av vegger og utskifting av slitte møbler i enhetene.

Funn under besøket tydet på at avdelingen arbeidet målrettet med å involvere pasientene, og at pasientene gjennomgående ble gitt anledning til å medvirke i sin egen hverdag. Det var imidlertid behov for innskjerping av rutiner for å involvere pasienter før og etter tvangsbruk (se kapittel 9.5.2 *Avdelingens tiltak for å forebygge tvangsbruk*). Pasientene ble tilbudt jevnlig kurs, blant annet om pasientrettigheter. Flere av døgnetenhetene hadde også laget en innkomstperm med informasjon til pasientene om avdelings- og enhetstilbud og informasjon om deres rettigheter, inkludert informasjon om fylkesmannen og kontrollkomisjonens oppgaver.

Avdelingen hadde ikke tilsatt erfaringskonsulent eller liknende personell med egne erfaringer fra det psykiske helsevernet. Forskning viser at bruk av erfaringskonsulenter kan føre til effektive holdningsendringer i en helsetjeneste, samt være et viktig ledd i den enkelte pasients bedringsprosess.⁶ Et mulig tiltak for å sikre at arbeidet med pasientinvolvering opprettholdes og videreutvikles kan derfor være å knytte til seg en eller flere medarbeidere med egne erfaringer som pasient eller pårørende fra det psykiske helsevernet.

Avdelingen hadde lagt til rette for å opprettholde en god institusjonskultur over tid, blant annet gjennom en tydelig ledelse og en grundig prosess for rekruttering av nyansatte med fokus på vurderinger av personlig egnethet. Flere av enhetslederne hadde klare oppfatninger om hvilke personlige egenskaper som var påkrevd for å kunne gjøre en god jobb. I samtaler med ansatte fremkom det også at de opplevde å ha fått klare signaler fra ledelsen om at pasientenes rettssikkerhet og integritet var grunnleggende verdier som skulle respekteres av alle. Det fremstod også som viktig at det var iverksatt tiltak for å forebygge utvikling av uheldige subkulturer, blant annet ved å integrere nattevaktene i behandling også på dagtid. Flere sider av driften av avdelingen fremstod som et eksempel til etterfølgelse for andre sykehusavdelinger i det psykiske helsevernet.

⁶ Helsedirektoratet (2014), IS-2076, Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, side 21.

7 Fysiske forhold og aktivisering

7.1 Fysiske forhold

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

Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen.⁷ Enkelte studier tyder også på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan bidra til å oppnå reduksjon av tvang. En amerikansk forskningsstudie publisert i 2014 sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvang på et psykiatrisk sykehus.⁸ Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest og signifikant sammenheng med reduksjon av tvang. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger.⁹ Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten.

Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) har i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern uttalt:

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»¹⁰

Døgnenhetene i avdelingen hadde imøtekommende og hyggelige fellesområder, med bilder og annen utsmykning på veggene, grønne planter og blomster på bordene. Sivilombudsmannen merket seg spesielt at inngangspartiene til flere av døgnenhetene var pyntet med små detaljer som et bord med en blomsteroppsats, tydelige og imøtekommende angivelse av enhetens navn og en vennlig beskjed på veggen. Slike grep gjenspeilet en grunnleggende respekt for pasientene og kan legge til rette for en trygg mottakelse for pasienter i krise. Mange av pasientene trakk for øvrig frem mottakelsen ved ankomst til stedet som omsorgsfull og imøtekommende. Det fremkom at

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

⁸ Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., ... & Frueh, B. C. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegjenstander, bytte ut gamle møbler, plassere interiør slik at det fremmer interaksjon mellom pasienter og ansatte). Hver avdeling gjennomførte disse tiltakene i randomisert rekkefølge. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart.

⁹ Rohe, T. et al. (2017): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

¹⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), *Involuntary placement in psychiatric establishments*, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 34.

avdelingene i motsetning til enkelte andre sykehus sjelden opplevde utageringssituasjoner i forbindelse med mottakelsen.

Pasientrommene var romslige (mellom ca. 15 og 20 kvm) og innredet med klesskap, seng, bord og stol. Alle pasientene hadde et eget bad med WC og dusj. Lokalene var gjennomgående godt vedlikeholdt og rengjort, og bar preg av omtanke for pasientene.

7.2 Aktivitetstilbud og daglige opphold utendørs

Å kunne delta i varierte og meningsfulle aktiviteter og ha tilgang til utendørsaktiviteter og fritidstilbud utenfor sitt eget rom, er avgjørende for fysisk og mentalt velvære hos alle som er fratatt friheten. CPT har anbefalt at:

«Psychiatric treatment should be based on an individualized 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»¹¹

Pasientene som var innlagt på avdelingen på Reinsvoll hadde tilbud om varierte aktiviteter tilpasset ønsker og funksjonsnivå. Aktivitetene som var tilgjengelig for pasientene omfattet tilgang til treningsrom, gymsal, svømmehall, bibliotek, voksenopplæring og arbeidsstue. Avdelingen hadde flere ansatte med ansvar for å planlegge og arrangere felles aktiviteter. Dette omfattet fysiske aktiviteter som fotball, basket, svømming og innebandy og turer og kulturelle arrangementer som quiz, konserter, kurs og foredrag. I et aktivitetshus var det anledning til å spille musikkinstrumenter, biljard og bordtennis. Sivilombudsmannen merket seg spesielt at pasienter som ønsket kunne delta i aktiviteter med veiledning på et snekkerverksted, eller i en stall med hester. Avdelingen hadde også en prestatjeneste og kapell med faste gudstjenester. Selv om mange av aktivitetstilbudene i praksis ble benyttet mest av pasienter på intermediaer- og langtidsavdelingene, ble pasienter fra Ø-hjelpspostene også motivert til å benytte tilbudene. I døgnetenhetene var det blant annet mulighet til å spille brettspill og TV-spill.

Pasientene hadde i all hovedsak mulighet til å oppholde seg utendørs hver dag, enten i følge med ansatte eller alene i skogområdene utenfor sykehusavdelingen. Områdene utenfor sykehuset hadde fine naturomgivelser og var godt egnet til utendørsaktiviteter. I sommerhalvåret var det tilgang til turstier, tennis- og sandvolleyballbane, og om vinteren var det mulighet til å gå på ski. Det ble også arrangert lengre turer med pasienter som ønsket dette, slik som overnattingsturer på hytter i fjellet og aktivitetsdager ute i kommunene, som turer i slalåmbakke. De fleste pasientene hadde også en stor grad av bevegelsesfrihet inne på sykehuset, blant annet ute i resepsjonsområdet.

Sivilombudsmannen vil berømme avdelingens arbeid med å tilby pasientene et variert og godt aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes ønsker og funksjonsnivå. Dette er viktige tiltak for å fylle

¹¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 37.

dagene med innhold og sikre pasientene en så stor grad av autonomi som mulig. Det utgjør også et viktig forebyggende tiltak mot tvangstiltak.

8 Vedtak om bruk av tvang

Inngrep i personlig integritet krever hjemmel i lov. Mangelfull vedtaksføring ved tvangsbruk er et brudd på pasienters rettsikkerhet, blant annet ved at det svekker pasienters muligheter til å klage. I tillegg vil mangelfull vedtaksføring klart redusere både interne og eksterne kontrollorganers mulighet til å utføre sine oppgaver.

Det er de faglig ansvarlige som fatter vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler.

Det ble i forkant av besøket innhentet dokumentasjon om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke, inkludert vedtak og protokoller for de tre siste tilfellene av dette i hver døgnenhet.

8.1 Begrunnelse for vedtak

Høyesterett legger i sin praksis til grunn at kravet om begrunnelse etter forvaltningsloven §§ 24 og 25 er skjerpet for svært inngripende tiltak. Det stilles særskilte krav til tydelighet og klarhet, og det må være mulig for den som utsettes for tvang å forstå hvorfor de rettslige vilkårene vurderes som oppfylt. Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte.

Gjennomgående var døgnenhetenes vedtak om tvangsmidler (§ 4-8) begrunnet på en slik måte at det fremgikk klart hvorfor tiltaket ble iverksatt. En gjennomgang av vedtak om skjerming (§ 4-3) viste at de fleste vedtakene ble begrunnet på en måte som klargjorde bakgrunnen for at skjerming ble vurdert som nødvendig. Det bemerkes likevel at noen av de gjennomgåtte vedtakene som ble gitt til pasientene ikke inneholdt en skriftlig begrunnelse, til tross for at den reviderte vedtaksmalen la opp til at begrunnelse skulle utfylles (se kapittel 8.2 *Pasientens rett til å motta tvangsvedtak med skriftlig begrunnelse*). I ett av disse tilfellene manglet en faglig begrunnelse også i fremlagte deler av pasientens journal. Enkelte vedtak fremstod videre som for knapt formulert, og gav lite informasjon til pasienten om hvorfor tiltaket ble vurdert som nødvendig. Ett vedtak om skjerming ble for eksempel kun begrunnet slik: «Alvorlig sinnslidelse. Ukritisk og blamerende atferd».

En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4) avdekket flere svakheter når det gjaldt utformingen av disse vedtakene (se nærmere i kapittel 11.3 *Vedtak om behandling uten eget samtykke*).

8.2 Pasientens rett til å motta tvangsvedtak med skriftlig begrunnelse

Det fremkom at pasientene i hovedsak ble tilbudt et vedtak etter bruk av tvangstiltak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven. Vedtakene ble skrevet på grunnlag av en mal fra det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, og inneholdt også felter for å skrive inn en begrunnelse for inngrepet. Malen var utformet for alle sykehusavdelinger i Helse Sør-Øst, og inneholdt også tilpasninger som følge av lovendringene i psykisk helsevernloven som trådte i kraft høsten 2017.¹²

¹² Lov 10. februar 2017 nr. 6 om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet).

Funn under besøket viste imidlertid at pasientene i noen tilfeller ikke hadde blitt tilbudt et slikt vedtak.

Videre fremkom det at noen vedtak som ble gitt til pasientene ikke inneholdt en skriftlig begrunnelse, til tross for at den reviderte vedtaksmalen la opp til at begrunnelse skulle utfylles. I disse tilfellene ble det i vedtaket henvist til journal for den faglige begrunnelsen for vedtaket. Sivilombudsmannen har gjentatte ganger påpekt at alle pasienter rutinemessig bør motta en begrunnelse for tvangsvedtak både skriftlig og muntlig for å sikre ivaretagelse av sine rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang. Skriftlig begrunnelse skal gis uoppfordret, slik at pasienten ikke skal måtte be om journalinnsyn.

Det vises til Helsedirektoratets presisering om dette fra september 2016:

«Pasienten skal få skriftlig underretning om vedtak, herunder begrunnelsen, jf. forvaltningsloven §§ 24 og 27. Dersom begrunnelsen for vedtaket ikke fremgår av selve vedtaksskjemaet, men er nedtegnet i et journalnotat, skal dette legges ved vedtaket.»¹³

Anbefalinger

- Vedtak om tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene i loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret tilbys skriftlige vedtak med begrunnelse for tvangstiltaket.

¹³ Helsedirektoratets brev 27. september 2016, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016.

9. Bruk av tvangsmidler

9.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

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, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.¹⁴ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».¹⁵

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.¹⁶ Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. Bruk av inngripende tvang som belteseng utelukkende for å forhindre betydelig materiell skade fremstår med dette som tvilsomt i lys av menneskerettslige krav, selv om psykisk helsevernloven § 4-8 etter sin ordlyd åpner for dette.¹⁷

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.¹⁸ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har også gått i retning av en mer intensiv prøving av tvangsmiddelbruk når det gjelder tiltakets varighet, krav til praktisk gjennomføring og av om grunnleggende rettsikkerhetsgarantier er ivaretatt.

¹⁴ Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹⁵ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

¹⁶ Se bl.a. CPT, "Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)" 21. mars 2017, side 2, punkt 1.4. CPT/Inf(2017)6; Europarådets ministerkomité, Recommendation Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27.

¹⁷ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i klagesaker om beltelegging uttalt at «...such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» (M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104). Det samme fremgår av Europarådets ministerkomité's anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed». Ifølge artikkel 27 nr. 4 gjelder ikke disse kravene for "momentary restraint".

¹⁸ Se FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs menneskerettighetsråd 1. februar 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b); FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt i komiteens 15. sesjon september 2015, avsnitt 12 med videre henvisninger.

9.2. Omfang av tvangsmiddelbruk

9.2.1. Ø-hjelpspost 1 og 2

Statistikk oversendt fra avdelingen viste at det i 2015 ble fattet 74 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 23 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 56 vedtak om fastholding. Tilsvarende tall for 2016 viste at det ble fattet 10 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 18 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 14 vedtak om kortvarig fastholding. I 2017 ble det fattet 17 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 18 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 17 vedtak om fastholding. Tallene viser at Ø-hjelpspost 1 har hatt en markant nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler og fastholding i perioden 2015–2017.

Enhet for Ø-hjelp post 2 hadde i 2015 registrert 21 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 21 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 24 vedtak om kortvarig fastholding. I 2016 ble det fattet 13 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 10 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 22 vedtak om fastholding. I 2017 hadde sengeposten 31 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 24 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 42 vedtak om kortvarig fastholding. Tallene viser at Ø-hjelpspost 2 har hatt en tydelig oppgang i bruk av mekaniske tvangsmidler sammenliknet med 2015 og 2016 samt en dobling av antall vedtak om korttidsvirkende legemidler og fastholding. En protokollgjennomgang tydet på at økningen på denne posten skyldtes at et lite antall enkeltpasienter ble utsatt for gjentatte tvangstiltak.

9.2.2. Øvrige døgnerheter

Enhet for Subakutt behandling hadde i 2015 registrert 48 vedtak om mekaniske tvangsmidler og 24 vedtak om fastholding. Tilsvarende tall for samme enhet i 2016 viste tre vedtak om mekaniske tvangsmidler, åtte vedtak om korttidsvirkende legemidler og 19 vedtak om fastholding. I 2017 hadde enheten 32 vedtak om mekaniske tvangsmidler, tre vedtak om korttidsvirkende legemidler og 81 vedtak om fastholding. En protokollgjennomgang viste at den tydelige økningen av mekaniske tvangsmidler og særlig fastholding fra 2016 til 2017 var knyttet til to pasienter.

Enhet for Psykosebehandling og TIPS hadde i 2015 åtte vedtak om mekaniske tvangsmidler, 12 var vedtak om korttidsvirkende legemidler og 19 vedtak om fastholding. I 2016 ble det fattet 23 vedtak om mekaniske tvangsmidler, 26 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 11 vedtak om fastholding. I 2017 ble det fattet fire vedtak om mekaniske tvangsmidler, elleve vedtak om korttidsvirkende legemidler og ni vedtak om fastholding. Dette utgjør en nedgang for alle typer tvangsmidler på denne enheten.

Enhet for sikkerhetspsykiatri hadde i 2015 fem vedtak om mekaniske tvangsmidler og ett vedtak gjaldt korttidsvirkende legemidler. I 2016 ble det fattet 12 vedtak mekaniske tvangsmidler, 11 vedtak om korttidsvirkende legemidler og åtte vedtak om fastholding. I 2017 ble det fattet 22 vedtak om mekaniske tvangsmidler, fire vedtak om isolasjon, fem vedtak om korttidsvirkende legemidler og åtte vedtak om fastholding. Tvangsprotokollene viste at økningen i bruk av mekaniske tvangsmidler og bruken av isolasjon i hovedsak var knyttet til én pasient.

9.3. Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng)

I skjermingsenhetene tilknyttet døgnerhetene for Ø-hjelp var beltesengene plassert synlig inne i korridoren utenfor pasientenes boenheter. I et forebyggingsperspektiv fremstår det som kontraproduktivt å gjøre tvangsmidlene så umiddelbart tilgjengelig (se også kapittel 10.3 *Fysiske forhold på skjermingsenhetene*)

På besøkstidspunktet var ingen pasienter beltelagt. Det ble gjennomført samtaler med pasienter som hadde erfaring med dette fra tidligere eller nåværende innleggelse.

Det hadde vært en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler ved enkelte poster i 2017. Det ble imidlertid ikke gjort funn som tydet på uforholdsmessig bruk (se kapittel 9.2 *Omfang av tvangsmiddelbruk*). En gjennomgang av tvangsprotokoller viste at mye av økningen kan tilskrives at enkeltpasienter hadde blitt utsatt for gjentatte beltelegginger. En mulighet for å oppnå ytterligere redusert bruk av belteseng kan være å spisse innsatsen for å forhindre gjentatte beltelegginger av særlig utsatte pasienter. Et psykiatrisk akuttsenter i Danmark (Psykiatrisk Center Ballerup), som har lyktes med en markant reduksjon i bruk av tvangsmidler, har som et ledd i en flerårig satsning etablert et forebyggende intervensjonsteam som kan tilkalles i situasjoner der det er risiko for bruk av mekaniske tvangsmidler.¹⁹

En gjennomgang av døgnetenenes tvangsprotokoller fra 2017 viste at varigheten av beltelegginger normalt varte fra noen minutter til noen timer. Kun helt unntaksvis var beltelegginger registrert med en varighet over seks timer. Enhet for subakutt og enhet for psykose og TIPS hadde ingen slike hendelser i 2017. Enhet for Ø-hjelp 1 hadde en beltelegging som varte ti timer og 35 minutter, mens enhet Ø-hjelp 2 hadde et tilfelle med varighet i seks timer og tre minutter. Enhet for sikkerhet hadde én pasient som var blitt utsatt for gjentatte og langvarige beltelegginger i 2017, den lengste hadde vart i ett døgn og 23 timer. Funnene tydet på at døgnetenene hadde klare instruksjoner om å foreta hyppige og kritiske vurderinger av å løse pasientene ut av beltene. Ombudsmannen merket seg at det i interne prosedyrer fremgikk at pasientene som et klart utgangspunkt ikke skulle sove i belter, med mindre det likevel forelå nødrettsliknende forhold. Både samtaler med de vedtaksansvarlige og funn fra dokumentgjennomgangen underbygget at denne prosedyren også ble etterlevd i praksis.

Selv om gjennomgangen generelt sett ikke tyder på at mekaniske tvangsmidler benyttes i uforholdsmessig grad, minner ombudsmannen om CPTs tidligere uttalelser om at maksimal varighet for bruk av mekaniske tvangsmidler normalt ikke bør overstige seks timer,²⁰ og at:

«If, exceptionally, for compelling reasons, recourse is had to mechanical restraint or seclusion of a patient for more than a period of hours, the measure should be reviewed by a doctor at short intervals. Consideration should also be given in such cases and where there is repetitive use of means of restraint to the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment. »²¹

Sivilombudsmannen merket seg at avdelingen benyttet et observasjonsskjema for beltelagte pasienter. I skjemaet skulle vedtaksansvarlige og ansvarshavende i døgneteneten fylle ut detaljert informasjon om blant annet start- og slutt-tidspunkt for belter, antall fikseringspunkter for beltene, årsak til beltelegging, koder for observasjon av pasienten og om mat- og væskeinntak, medisiner mv. Bruk av et observasjonsskjema kan bidra til å sikre tilstrekkelige vurderinger og tiltak ved bruk av mekaniske tvangsmidler og at dette kan dokumenteres.

¹⁹ Se <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projekt-baeltefrit-center/Sider/Et-forebyggende-interventionsteam.aspx> Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte et læringsbesøk dit i januar 2018.

²⁰ CPTs rapport etter besøk til Danmark 4.–13. februar 2014, CPT/Inf (2014) 25, side 65, avsnitt 121.

²¹ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised standards), 21, mars 2017, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

9.4. Bruk av isolasjon og kortvarig fastholding

Avdelingen hadde i perioden fra 2015 til 2017 fattet vedtak om isolasjon overfor én pasient. Kontrollkommisjonen for Reinsvoll kritiserte i dette tilfellet avdelingen for bruk av isolasjon i tidsrom som oversteg to timer av gangen, uten at vurderinger om opprettholdelse av tiltaket var dokumentert. Da saken ble tatt opp av Fylkesmannen i Oppland erkjente avdelingen at lovens krav ikke var overholdt. Ifølge avdelingen viste deres gjennomgang at personalet hadde vært hyppig til stede, og at døren i hovedsak ikke var låst så lenge som dokumentasjon tilsa. Det skal ha vært iverksatt særlige undervisningstiltak for å sikre etterlevelse av lovkrav på den aktuelle døgnetenheten. Ombudsmannen har merket seg opplysningene om at avdelingens erfaringer om bruk av isolasjon var slik at isolasjon ikke vil bli brukt som tvangsmiddel ved avdelingen i alt annet enn ekstreme unntakstilfeller.

Kortvarig fastholding benyttes ved alle døgnetenhetene. Funn tyder på at tiltaket benyttes for å hindre pasientene i å skade seg selv, og som et mindre inngripende tiltak til bruk av belteseng i tilspissede situasjoner. En gjennomgang av tvangsprotokollene viste at tvang i form av fastholding gjennomgående hadde en kortere varighet (5-10 minutter) enn tilfeller der belteseng har vært benyttet. Dette er i tråd med forskningsfunn som viser at median varighet av mekaniske tvangsmidler i Norge i 2012 var 2,9 timer, mens median varighet for fastholding var 10,2 minutter.²² Bruk av mekaniske tvangsmidler er også forbundet med en særlig risiko for alvorlige somatiske og psykiske skadevirkninger.²³ Kortvarig fastholding bør derfor i normaltillfeller anses som et noe mindre inngripende tiltak enn mekaniske tvangsmidler. Andre steder i psykisk helsevern har etablert lokale føringer om at kortvarig fastholding så langt mulig skal benyttes før en eventuell bruk av mekaniske tvangsmidler besluttes.²⁴

Ombudsmannen minner samtidig om at der det treffes vedtak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig, med særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang (se kapittel 9.5.2 *Avdelingens tiltak for å forebygge tvangsbruk*).²⁵ Pasienter med traumeerfaringer vil på denne måten kunne påvirke praksis for tvangsmiddel. Avdelingen bes vurdere mulighetene for å bruke tid i innkomstfasen til å avklare slike forhold, spesielt der tidligere erfaringer har vist risiko for tvangsbruk.

9.5. Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

9.5.1. Internasjonale standarder

Etter FNs torturkonvensjon er statlige myndigheter forpliktet til å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.²⁶ Selv om bruk av

²² Knutzen M., Bjørkly S., Bjørnstad M., Furre A., Sandvik L., Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (SIFER), 17. desember 2014, side 7.

²³ Se Helse Bergen, Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern, fagprosedyre, oppdatert oktober 2017: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern#references>

²⁴ Se <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/jobber-mindre-tvang>

²⁵ Se psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.

²⁶ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and

tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade.²⁷ CPT har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler (2017) understreket at:

«...the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of health-care staff, adequate initial and ongoing training of the staff involved in the restraint of patients, and the promotion of the development of alternative measures (including de-escalation techniques).»²⁸

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraints.»²⁹ Dette bør etter ombudsmannens syn inkludere en tiltaksplan for å forebygge bruken av tvangsmidler. Funn under ombudsmannens besøk til institusjoner innen psykisk helsevern tyder på at en rekke forhold hver for seg eller samlet kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse, fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og institusjons- og postkultur.³⁰ CPT har uttalt at:

«It should be acknowledged that resort to restraint measures appears to be substantially influenced by non-clinical factors such as staff perceptions of their role and patients' awareness of their rights. Comparative studies have shown that the frequency of use of restraint, including seclusion, is a function not only of staffing levels, diagnoses of patients or material conditions on the ward, but also of the 'culture and attitudes' of hospital staff.»³¹

9.5.2. Avdelingens tiltak for å forebygge tvangsbruk

Avdelingen hadde utarbeidet en tiltaksplan for reduksjon av tvang i psykisk helsevern for perioden 2017–2018, i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst.³²

Det kom frem under besøket at avdelingen foretok månedlige gjennomganger av tvangsprotokoller og vedtak i pasientjournalssystemet slik at avdelings- og enhetsledelsen kunne følge utviklingen i tvangsbruk. Oversikter over tvangsbruk fordelt på hver døgnenhet, ble delt med avdelings- og

other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

²⁷ Se psykisk helsevernforordningen § 4, som fastsetter at: «Institusjoner som har ansvar for tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern med døgnopphold, skal ha personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å kunne forhindre bruk av tvang. Dersom tvang likevel benyttes, skal institusjonen ha tilstrekkelig personell til at tvangen blir forsvarlig.»

²⁸ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

²⁹ Se note over, punkt 1.7.

³⁰ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

³¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(2006)35-part, avsnitt 54.

³² Helse Sør-Øst, Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Innlandet, foretaksmøte 15. februar 2017.

enhetsledelsen og tatt opp på morgenmøter med personalgruppen. Oversikt over omfanget av tvangsbruken er en viktig forutsetning for å kunne forebygge tvangsbruk effektivt.

Tiltaksplanen inneholdt tydelige føringer fra ledelsen om plikten til å verne om personlig integritet, ved å ivareta lov- og menneskerettslige krav og å ha fokus på aktivitetstilbud, daglig uteaktivitet og kartlegging av den enkeltes interesser. I et forebyggende perspektiv er dette et viktig signal fra ledelsen om avdelingens verdier og kultur. Verdiene og holdningene som kom til uttrykk blant de ansatte i avdelingen gjenspeilte i stor grad disse føringene. Dette kom til uttrykk i de aller fleste pasientenes opplevelser av å bli møtt med respekt og i den gjennomgående respektfulle omtalen av pasientene. Funn under besøket viste også at samtlige døgneheter hadde et sterkt fokus på å tilby aktiviteter, inkludert daglige opphold utendørs (se kapittel 7.2 *Aktivitetstilbud og daglige opphold utendørs*).

Sivilombudsmannen merket seg som positivt at avdelingens arbeid med å forebygge tvangsbruk i større grad synes å være rettet mot holdninger og kommunikasjon for å unngå tilspissede situasjoner enn på trening i praktisk gjennomføring av tvang i en allerede oppstått konflikt. Det fremkom at mye av treningen hadde foregått ved hjelp av scenariobasert trening, for eksempel i hvordan formidle vanskelige beskjeder til pasientene uten å skape en tilspisset situasjon. Ved en døgnet var det stor oppmerksomhet om at trening i makt- og gripeteknikker potensielt kan senke terskelen for å bruke tvang. Dette sammenfaller med Sivilombudsmannens tidligere funn som også kan tyde på at et for sterkt fokus på praktiske teknikker utgjør en risiko for mindre oppmerksomhet mot tiltak som kan forebygge situasjoner.

Plikten til å gi pasientene anledning til å uttale seg før det ble fattet vedtak om tvang var ikke godt nok innarbeidet som en del av rutinene ved døgnetene i avdelingen. Ifølge psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd skal pasienten der det er mulig, gis anledning til å uttale seg før et vedtak etter kapittel 4 i loven fattes. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. En slik plikt var ikke omtalt i de lokale retningslinjene, men i de nye vedtaksmalene var det laget et felt for å fylle ut informasjon om pasientens syn på tvangstiltaket. En gjennomgang av vedtak og journalinformasjon viste at pasientens syn på tiltaket ofte ikke ble dokumentert. Det understrekes at pasientenes anledning til å uttale seg i forkant av en hendelse, for eksempel der skjerming er aktuelt, kan være et viktig tiltak for å forebygge tvangsbruk. Det vil blant annet kunne bidra til å klargjøre pasienters reaksjonsmønster på bakgrunn av tidligere traumatiske opplevelser. Avdelingen bes vurdere mulighetene for å bruke tid i innkomstfasen til å avklare slike forhold, spesielt der tidligere erfaringer har vist risiko for tvangsbruk.

Det ble også gjort funn under besøket som tydet på at pasientene i varierende grad fikk tilbud om evalueringssamtaler etter bruk av tvangstiltak som iverksettes inne på døgnetene.³³ Etter psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd skal pasienter som er blitt utsatt for tvangstiltak tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres. Det kom frem at man ikke alltid var tilstrekkelig oppmerksom på plikten til å tilby en slik samtale. Selv om krav om ettersamtale var gitt i avdelingens retningslinjer, syntes det ikke å være tilstrekkelig klarhet i praksis om hvordan slike samtaler skulle gjennomføres, herunder hvilke

³³ En slik evaluering skal skje etter avslutning av skjerming (§ 4-3), behandling uten eget samtykke (§ 4-4), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (§4-6 første ledd), rusmiddeltesting (§ 4-7a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8).

ansatte som skulle være involvert, når og hvordan tilbudet skulle gis og hvilke elementer en slik samtale burde bestå av. Avdelingsledelsen erkjente at det fortsatt var behov for å sikre at alle pasienter tilbys en slik samtale, og at dette også ble dokumentert i pasientens journal.

Å gi pasienten en anledning til å uttale seg om tvangsbruk i forkant og å tilby en frivillig samtale om erfaringer med tvangsbruk i etterkant, kan hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.³⁴ Momenter som kommer frem i slike samtaler kan for eksempel trekkes inn i forbindelse med trening av ansatte på forebygging gjennom kommunikasjon og kroppsspråk i tilspissede situasjoner. Lovendringene om pasientinvolvering i forkant og etterkant av tvangstiltak ble vedtatt i januar 2017 og trådte i kraft i september 2017. Sivilombudsmannen forutsetter at rutinene innskjerpes og tydeliggjøres.

Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre systematisk involvering av pasientene ved bruk av tvangstiltak under oppholdet.

³⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006)35-part, avsnitt 46.

10. Skjerming

10.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Skjerming er en innskrenkning i pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse som går utover det et opphold i tvungent psykisk helsevern i utgangspunktet gir adgang til. Tiltaket regnes dels som et behandlingstiltak og dels som et tiltak for å skjerme andre pasienter.

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og 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. Skjerming kan skje på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter.

Norge er et av få land som opererer med begrepet skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering.³⁵ Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av tilstedeværende helsepersonell. Det vil likevel i praksis kunne være flytende grenser mellom skjerming og isolasjon, og en del pasienter opplever skjerming som isolasjon.³⁶ Muntlige beskjeder fra personalets side (for eksempel om at pasienten skal trekke seg tilbake på eget rom i en viss periode) kan oppleves like begrensende som en låst dør. Ombudsmannen har ved tidligere besøk vært opptatt av hvorvidt skjermingspraksis ved et sykehus utgjorde isolasjonslignende forhold for pasientene.³⁷

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.³⁸ Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.³⁹ Fordi skjerming innebærer en innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8.⁴⁰ Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der personers autonomi allerede er begrenset, ser Den europeiske menneskerettsdomstolen strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien.⁴¹

10.2. Bruk av skjerming

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 45 vedtak om skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3 på enhet for Ø-hjelp 1, og 25 vedtak på Ø-hjelp 2. I 2016 ble det fattet 38 skjermingsvedtak på Ø-hjelp 1, inkludert ti vedtak om forlengelse. Samme år ble det fattet 20 vedtak på Ø-hjelp 2, hvorav seks var vedtak om forlengelse. I 2017 ble det fattet 54 vedtak om skjerming på

³⁵ I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærmning og avlåsning av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).

³⁶ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, kapittel 15, side 205.

³⁷ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.-12. januar 2017.

³⁸ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

³⁹ Se note over.

⁴⁰ Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

⁴¹ Munjaz mot Storbritannia, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80: «...when a person's personal autonomy is already restricted, greater scrutiny [will] be given to measures which remove the little personal autonomy that is left.»

Ø-hjelp 1, hvorav seks var vedtak om forlengelse. På Ø-hjelp 2 ble det i 2017 fattet 41 skjermingsvedtak, inkludert ni forlengelser.

I enhet for subakutt viste statistikken at det ble fattet fire vedtak i 2015, 28 vedtak i 2016 (inkludert 11 forlengelser), og åtte vedtak i 2017 (inkludert 5 forlengelser). Tilsvarende tall for enhet for psykosebehandling og TIPS viste 8 vedtak i 2015, 16 vedtak i 2016 (inkludert 12 forlengelser) og 23 vedtak i 2017 (13 forlengelser). Enhet for sikkerhetspsykiatri hadde tre vedtak i 2015, åtte vedtak i 2016 (tre forlengelser) og sju vedtak i 2017.

10.3. Fysiske forhold på skjermingsenhetene

Alle døgnetenhetene hadde skjermingsenheter. Hver skjermingsenhet bestod av et oppholdsrom, et soverom og bad med dusj og toalett.⁴² Enkelte døgnetenheter hadde også mulighet til å dele opp sengeposten. Flere av skjermingsenhetene hadde et noe sterilt preg, men var godt holdt i stand og rengjort. Lokalene for gjennomføring av skjerming var gjennomgående romslige. Det var positivt at alle skjermede pasienter ble sikret en viss grad av bevegelsesfrihet ved tilgang til et eget oppholdsrom.

Skjermede pasienter på Ø-hjelpspostene hadde tilgang til en egen utgang for opphold utendørs i et område uten inngjerding. Flere av de andre døgnetenhetene hadde også skjermingsenheter med egen utgang. Selv om dørene var låst og måtte åpnes av personale, la en slik direkte utgang fra skjermingsenheter til rette for mulighet til å oppholde seg utendørs hver dag i tråd med menneskerettslige standarder.

I skjermingsenhetene tilknyttet døgnetenhetene for Ø-hjelp var beltesengene plassert synlig inne i korridoren utenfor pasientenes boenheter. Selv om beltereimene var tildekket med et laken, fremstår en slik synlig plassering av et inngripende tvangsmiddel som uheldig. Det vil lett kunne oppfattes av pasientene at det står klare beltesenger, og kan føre til økt utrygghet i en allerede sårbar akutt fase. Synlig plassering av beltesenger i skjermingsenheter kan også bidra til en utvisking av skillet mellom behandlingstiltak og tvangsmidler. Et alternativ som bør vurderes, er å lagre belter i en utstyrskoffert. Erfaring fra andre mottaksposter i psykisk helsevern tilsier at fjerning av stasjonære beltesenger fra post kan bidra til redusert bruk.⁴³

Anbefaling

- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenhetene.

10.4. Gjennomføring av skjerming

Funn gjort under besøket tydet på at skjerming i avdelingen ble gjennomført på en human måte, innenfor rammene av den begrensningen et skjermingstiltak innebærer. Særlig er det grunn til å fremheve at ansatte gjennomgående syntes å ha jevnlig kontakt med pasientene inne på skjermingsenhetene og at avdelingsledelsen hadde gitt tydelige signaler om viktigheten av dette.

⁴² Én av skjermingsenhetene i døgnetenheten for psykosebehandling og TIPS hadde to sengeplasser med ett større oppholdsrom på deling.

⁴³ Se bl.a. <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>

Funn tydet samtidig på en noe ulik tilnærming på de ulike døgnetene når det gjaldt betydningen av kontakt med pasientene.

Sivilombudsmannen merket seg også som positivt at pasienter som underlegges skjerming i all hovedsak fikk tilbud om daglige opphold utendørs og at de ansatte tilstrebet å tilby aktiviteter inne i skjermingsenheten, som kortspill, bruk av musikkinstrumenter eller samtaler med avdelingens prest.

Skjermingsopplegget for den enkelte pasient ble planlagt og justert i fellesskap mellom pleiepersonalet og faglig ansvarlig for vedtaket på morgenmøter. Skjermingsvedtakene ble gjennomført på en fleksibel måte, med gradvis tilbakeføring av pasienter til fellesskap med de andre pasientene. Det ble ikke gjort funn som tydet på uforholdsmessig lang varighet av skjermingsvedtak. Det bemerkes samtidig at avdelingens skriftlige prosedyrer for bruk av skjerming i liten grad inneholdt nærmere beskrivelser av hvordan tiltaket skulle gjennomføres i praksis, herunder om behandlingsplan, tilrettelegging av aktivitet i skjermingsenheten og turer utendørs. Selv om det ikke ble gjort funn som gir grunn til bekymring om uforholdsmessig eller isolasjonsliknende skjermingspraksis, kan skriftlige prosedyrer være egnet til å gi føringer fra ledelsen som sikrer opprettholdelse av et humant skjermingsopplegg.

11. Behandling uten eget samtykke

11.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. Dette omfatter legemiddelbehandling uten samtykke, som inntas som tabletter eller gis som injeksjon. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal ifølge 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 positiv effekt for den enkelte pasient, er strengt. Ifølge loven kan tvungne behandlingstiltak dessuten «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».⁴⁴ 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 3.⁴⁵

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen 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»)⁴⁶ Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁴⁷ Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I 2017 vedtok Stortinget endringer i psykisk helsevernloven § 4-4. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 vil få anledning til å nekte behandling. Videre ble det innført en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes.⁴⁸ Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det ble også vedtatt strengere krav til begrunnelse for slike vedtak i ny § 4-4a. Bestemmelsen er en tydeliggjøring av krav som allerede fulgte av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven.

⁴⁴ Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁴⁵ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

⁴⁶ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁴⁷ Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁴⁸ Det er gjort unntak for krav om obligatorisk undersøkelsestid «...hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.»

De detaljerte kravene til skriftlig begrunnelse korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres av vedtaksansvarlige før behandling uten samtykke eventuelt kan iverksettes.⁴⁹

11.2. Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2017 ble fattet 10 vedtak om behandling uten eget samtykke i hver av de to enhetene for øyeblikkelig hjelp. Dette utgjorde en nedgang fra 2015, da de to enhetene hadde registrert 22 vedtak (Ø-hjelp 1) og 24 vedtak (Ø-hjelp 2). I 2017 hadde Enhet for psykose og TIPS registrert 14 vedtak, Enhet for sikkerhet åtte vedtak og Enhet for subakutt ett vedtak.

Funn i forbindelse med besøket tydet på at de faglige ansvarlige gjennomgående informerte pasientene om forventet effekt og om mulige bivirkninger av medikamenter. Videre ble det gjort funn som tydet på at de vedtaksansvarlige tilstrebet å oppnå enighet med pasienter som i utgangspunktet ikke ønsket behandling med legemidler, og at det i noen utstrekning ble gitt anledning til å påvirke gjennomføringsmåte, valg av preparat og dosering. Sivilombudsmannen merket seg som positivt at avdelingen syntes å ha et stort fokus på å unngå at pasienter står på mange nevroleptika samtidig. Avdelingsledelsen gav også uttrykk for at eldre nevroleptika med alvorlige bivirkninger som klart utgangspunkt ikke skulle gis til pasientene.

Samtidig fremstod det som klart at man ved avdelingen anså medikamentell behandling som en helt fremtredende del av behandlingen, og at det var begrensede muligheter for pasienter som hadde negative erfaringer med legemidler å få andre behandlingstilbud, som kognitiv adferdsterapi eller annen samtalerapi. Sivilombudsmannen merket seg i den forbindelse at avdelingen hadde få stillinger som var besatt av psykologer og psykologspesialister.

Flere av pasientene opplevde en høy grad av krenkelse som følge av å måtte ta medikamenter mot sin egen vilje. Selv om en del opplevde demping av symptomer eller bedre funksjonsnivå, var flere fortvilte over å bli utsatt for inngrep i tanke- og følelseslivet og enkelte opplevde ubehagelige bivirkninger som kraftig vektøkning og følelsesmessig avflatning. Ombudsmannen bemerker på generelt grunnlag at all tvang ifølge psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Videre kan det bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

11.3. Vedtak om behandling uten eget samtykke

En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak om behandling uten eget samtykke (vedtaksskjema, journalnotat og tvangsprotokoll) avdekket flere svakheter når det gjaldt utformingen av vedtak. Dette gjaldt alle døgnenheter og omfattet vedtak fattet både før og etter ikrafttredelsen av lovendringer 1. september 2017.

Gjennomgangen av vedtak viste at de faktiske forholdene og vurderingene som skulle begrunne at vilkårene etter § 4-4 var oppfylt, ofte ikke var tilstrekkelig beskrevet i vedtaket. Vurderingene fremsto i mange vedtak som knappe og standardiserte, særlig gjaldt dette kravet om fravær av samtykkekompetanse. Pasienters manglende samtykkekompetanse ble i flere tilfeller begrunnet i manglende «sykdomsinnsikt», uten at vurderingene eller omstendighetene som begrunnet dette var

⁴⁹ Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

beskrevet. Det vises til Helsedirektoratets redegjørelse om vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige psykiske lidelser, inkludert forholdet mellom begrepet sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse.⁵⁰

På liknende måte ble det ofte kun slått fast at kravet til «stor sannsynlighet» for behandlingseffekt etter § 4-4 fjerde ledd var oppfylt. Dette kunne også forekomme uten at vurderingen var knyttet til en spesifikk type legemiddel, og også i tilfeller der den aktuelle pasienten ikke hadde tidligere erfaring med bruk av nevroleptika.

Vedtaksmalene avdelingen benyttet var nye fra 1. september 2017. Det ble opplyst at avdelingen opplevde at vedtaksmalen som var tilpasset lovendringene fortsatt ikke var optimal, men at den skulle benyttes fram til en endelig revisjonsrunde. Vedtaksmalene gjenga ikke lovkrav i § 4-4 første ledd første punktum om at behandlingen anses klart i samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Lovkravene om at legemiddelbehandling bare kan gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser, og bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger, kom heller ikke tydelig frem, se § 4-4 andre ledd bokstav a.

Utover dette la malen opp til at det ble gitt begrunnelse som angitt i § 4-4a. I de fleste vedtak ble det opplyst om dette, inkludert om forventede effekter og bivirkninger og om hvordan tvangstiltaket ville påvirke pasienten og samarbeidet fremover. Malen var likevel ikke benyttet for alle vedtak som var fattet etter 1. september 2017, slik at noen vedtak manglet slike opplysninger. Flere vedtaksansvarlige syntes videre å ha misforstått innholdet i kravet om å opplyse i vedtaket om institusjonens opplegg for fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger av behandlingstiltaket. Dette begrunnelseskravet retter seg mot opplegg for fremtidig fortløpende evaluering av behandlingstiltak, ikke på om obligatorisk undersøkelsestid på fem døgn før evt. iverksettelse av behandling i forkant er overholdt eller fraveket.⁵¹

Samlet sett synes det å være behov for at det iverksettes ytterligere tiltak som sikrer at vurderingene av om lovens vilkår er oppfylt blir tilstrekkelig dokumentert. Behandling uten eget samtykke utgjør et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse, og det er derfor avgjørende at pasientens rettssikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte. Det bemerkes at avdelingen ikke har en felles prosedyre som redegjør for de vurderinger som skal gjøres av de vedtaksansvarlige ved vurdering av behandling uten eget samtykke.

Sivilombudsmannen har i forbindelse med besøket også gjennomgått klagevedtak fra Fylkesmannen. I gjennomgangen ble det ikke funnet vedtak der pasienter fikk medhold, eller der vedtaket ble opphevet av fylkesmannen. Enkelte av de påklagede vedtakene fremstod etter ombudsmannens syn som lite tilfredsstillende, jf. forvaltningslovens krav til begrunnelse etter §§ 24 og 25, jf. psykisk helsevernloven § 4-4a. I Fylkesmannens klagevedtak var lov- og forskriftskrav for behandling av klager korrekt gjengitt. Faktum i sakene fremstod også som godt klarlagt, blant annet ved lengre samtaler med pasientene, vedtaksansvarlige og ved gjennomgang av dokumentasjon.

⁵⁰ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS 1/2017, Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser.

⁵¹ Ifølge § 4-4a andre ledd nr. 3 skal det i vedtaket også opplyses om «vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd, og hva som i så fall er begrunnelsen.»

Klagevedtakene var imidlertid i flere tilfeller utformet på en slik måte at det ble uklart hvordan fylkesmannens vurderte at de ulike lovkravene forholdt seg til de faktiske omstendighetene.

Anbefaling

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at vurdering og dokumentasjon av behandling uten samtykke ivaretar pasientenes rettssikkerhet på en tilfredsstillende måte.

12. Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (tidligere kalt elektroshokkbehandling; ECT) er en behandlingsform der det utløses kunstige epileptiske anfall ved å lede elektrisitet i korte støt gjennom pasientens hjerne med lav strømstyrke. Behandlingen gis i serier på to til tre behandlinger per uke, vanligvis 6-8 til opptil 10-12 behandlinger. Behandlingen innledes ved å gi korttidsvirkende narkose intravenøst kombinert med et korttidsvirkende muskelavslappende middel.⁵²

Det er faglig uenighet i behandlingsmiljøer om bruk av ECT og om ECT kan føre til varige hjernesker.⁵³ En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.⁵⁴

Sivilombudsmannen har i flere tidligere besøksrapporter til andre sykehus uttrykt sterk bekymring for bruk av ECT uten pasientens samtykke, på grunnlag av nødrett.⁵⁵

12.1. ECT-behandling ved avdelingen

ECT-behandling for pasienter innlagt på avdelingen gjennomføres på en ECT-poliklinikk i Gjøvik. Ifølge tilsendt statistikk ble det i 2017 (t.o.m. 4. desember 2017) gitt 223 ECT-behandlinger, fordelt på 18 pasienter. I 2016 ble det gitt 129 behandlinger fordelt på 16 pasienter, og i 2015 ble det gitt 223 behandlinger fordelt på 28 pasienter.

Under besøket ble både pasienter og behandlere spurt om bruk av ECT. Behandlerne som hadde vært involvert i å tilråde ECT, redegjorde for hvordan informasjon ble gitt om gjennomføringen av behandlingen og om forventet virkning og mulige bivirkninger. Pasientene ble bedt om å samtykke skriftlig på et samtykkeskjema. Skjemaet inneholdt også informasjon om mulige bivirkninger. Det ble ikke gjort funn under besøket som tydet på manglende tilrettelagt informasjon om ECT-behandling.

Ifølge sykehuset var det ikke gitt ECT på nødrett ved avdelingen i perioden 2015–2017.

Sivilombudsmannen har merket seg avdelingsledelsens opplysninger om at man har valgt andre typer behandlingstiltak i et fåtall av tilfeller der ECT på nødrett ellers kunne ha vært aktuelt. Det ble ikke gjort funn under besøket som tydet på skjult forekomst eller manglende oversikt over slike hendelser.

⁵² Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, juni 2017, side 26 flg.

⁵³ Se bl.a. Aslak Syse, Gyldendal Rettsdata lovkommentar til psykisk helsevernloven § 4-4, sist revidert 5. november 2016; Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, juni 2017.

⁵⁴ Se oversikt: <https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykisk-helsevern>

⁵⁵ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra steder i psykisk helsevern: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Telefaks: 22 82 85 11
Epost: postmottak@sivilombudsmannen.no
www.sivilombudsmannen.no

