SIVILOMBUDSMANNEN

Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken

14.- 16. august 2018

1. Tortur og umenneskelig behandling

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdigende 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 nedverdigende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. Det samme forbudet er også 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 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 nedverdigende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013.

5. Gjennomføring av besøket

I mai 2018 ble Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til Psykiatrisk klinikk Sandviken i perioden august–desember 2018. Datoen for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 14.–16. august 2018.

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

Besøket ble innledet med en befaring av de aktuelle døgnenhetene. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, utearealer, rom for beltesenger, besøksrom og vaktrom. Aktivitetsbygg og liknende fasiliteter ble også undersøkt.

Senere samme dag ble det gjennomført et innledende møte med klinikkdirektør, avdelings- og seksjonsledere samt representanter for behandlergruppen.

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

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Forebyggingsenheten ble møtt med en profesjonell og hjelpsom innstilling under besøket.

I etterkant av besøket ble det gjennomført et avsluttende møte med ledelsen, der foreløpige funn ble fremlagt. Det ble også gjennomført en ny runde med innhenting av dokumentasjon fra klinikken.

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)
- Mona Keiko Løken (førstekonsulent ombudsmannens klagesaksavdeling)
- Joar Øveraas Halvorsen (psykolog, phd, ekstern ekspert)

Anbefaling

- Alle pasientene, inkludert pasienter i skjermingsenhet, bør sikres tilbud om minst én times daglig opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.
- Klinikken bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.

7. Skjerming

7.1. 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 i et rom på en skjermingsenhet.

Skjerming kan kun besluttes dersom «en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig». Tiltaket må kun skje av «behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter». Det er ikke adgang til å benytte skjerming av hensyn til personalet eller andre driftsmessige hensyn.

Norge er et av få land som har en egen tvangsbestemmelse om skjerming, i tillegg til isolering.[13] 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.[14]

Ombudsmannen har ved en rekke tidligere besøk gjort bekymringsfulle funn om bruk av skjerming,[15] og utga i desember 2018 en temarapport som sammenfatter og utdyper disse.[16] De samlede funnene viste at skjerming ofte gir isolasjonsliknende forhold for pasientene og gjennomføres i sterile, nakne rom der pasientene har lite meningsfull sosial kontakt og begrenset bevegelsesfrihet. Ofte praktiseres strenge regler for tillatt atferd, uten en klar plan for behandlingen. På bakgrunn av rapportens funn har Sivilombudsmannen anbefalt at sentrale helsemyndigheter, helseforetak og lokale sykehusavdelinger iverksetter en rekke tiltak for å redusere risiko for at pasienter utsettes for umenneskelig behandling. Anbefalingene omfatter å vurdere om lovverket for skjerming er i tråd med menneskerettslige krav og standarder og å vurdere tiltak for å unngå langvarig skjerming. Lokalt anbefalte ombudsmannen blant annet at det iverksettes tiltak for å unngå isolasjonsliknende forhold og unødvendige restriksjoner, tiltak for å forebygge skjerming og for å sikre at skjermingslokaler gis en human utforming.

Det finnes lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.[17] Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.[18] Norsk psykiatrisk forening har i en strategi om tvangsforebygging fra 2018 pekt på flere

[13] I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærmning og avlåsing av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).
[14] NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.
[15] Sivilombudsmannens årsmelding om forebyggingsarbeidet fra 2017, Dokument 4:1 (2017–2018), side 24–27.
[16] Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018, tilgjengelig her: https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf
[17] Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.
[18] Se note over.

forhold som bør være oppfylt for å gjennomføre skjerming.[19] Disse omfatter tilgang til kompetent personale med opptrening i etisk refleksjon og i tilnærminger som i minst mulig grad krenker pasienten, tilgang til skjermede uteområder og skjermingslokaler med pent interiør. Det pekes også på at skjerming utover 5-7 dager bør brukes med forsiktighet.

Etter menneskerettslige standarder er adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet snever.[20] Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdigende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse. Skjerming som et behandlingstiltak er problematisk fordi det svake kunnskapsgrunnlaget kan tilsi at menneskerettslige krav og standarder ikke er oppfylt. Skjerming som kontrolltiltak er også problematisk, fordi skjerming gir en betydelig lavere terskel for tvang enn det som kan utledes av menneskerettslige krav og standarder.

7.2. Bruk av skjerming

Statistikk oversendt fra klinikken viste at det i 2017 ble fattet totalt 640 vedtak om skjerming på de sju besøkte seksjonene.[21] I 2016 ble det fattet 625 vedtak totalt. Fremlagte tall første halvår av 2018 pekte mot en fortsatt oppgang dette året.[22] Nasjonale oversikter tyder på at Helse Bergen-området, som psykiatrisk klinikk er en del av, har det tredje høyeste omfanget av skjerming i landet.[23]

De fleste vedtakene om skjerming i klinikken fattes i avdeling for psykiatrisk akuttmottak. Ved PAM 1 ble det fattet 202 skjermingsvedtak i 2017, en økning fra 185 i 2016. PAM 2 hadde 174 skjermingsvedtak i 2017, en oppgang fra 164 i 2016.

I Avdeling spesialisert psykosebehandling hadde seksjon S5 klart flest, med over 100 skjermingsvedtak både i 2016 og 2017. De to andre besøkte psykosepostene, som har samme inntakskriterier som seksjon S5, hadde kun halvparten så mange vedtak de samme årene.[24] Skjerming ble også benyttet i avdeling for stemningslidelser. Seksjon S1 hadde 33 vedtak i 2017 og 44 vedtak i 2016, mens seksjon S6 hadde 30 vedtak i 2017 og 29 vedtak i 2016. For begge postene tydet foreløpige tall på en økning i 2018.

Psykiatrisk klinikk har utviklet et eget kvalitetsregister for å få bedre oversikt over tvangsbruk og et mer valid tallmateriale, blant annet om varighet av skjerming. [25] Beregninger for perioden 1. januar –

[19] Den norske legeforeningen, Norsk psykiatrisk forening, Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. November 2018, side 54–59.
[20] Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018, side 32–36 og side 52.
[21] Se rapportens kapittel 4 for en oversikt over besøkte seksjoner. Tallet omfatter forlengelser av vedtak om skjerming.
[22] En del av oppgangen kan sannsynligvis tilskrives at endring i psykisk helsevernloven § 4-3 andre ledd trådte i kraft 1. september 2017. Endringen innebærer at «[d]et skal fattes vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming».
[23] SAMDATA spesialisthelsetjeneste, Pasienter under vedtak om tvangsmidler og skjerming – regionale forskjeller. Oversikten viser antall standardavvik fra gjennomsnittet per 100.000 innbyggere. Helse Bergen-området hadde et omfang av skjermingsvedtak for 2017 som utgjorde 154 prosent av landsgjennomsnittet. Kun Lovisenberg-området og Helse Stavanger hadde høyere tall.
[24] Seksjon 3 hadde 31 vedtak i 2016 og 49 vedtak i 2017, mens seksjon 4 hadde hhv. 56 og 46.
[25] Beregningene er basert på uttrekk fra DIPS, og kontrollert manuelt i dialog med ansatte på sengepostene. Tallene må tolkes med forsiktighet.

31. august 2018 viste at gjennomsnittlig varighet for pasienter som ble innlagt via PAM 1 var sju døgn, med en median varighet på sju døgn og 19 timer. Tilsvarende beregning for pasienter som ble innlagt via PAM 2 viste seks døgn i gjennomsnitt og fire døgn og 1 timer median.[26]

7.3. Vedtak om bruk av skjerming

En gjennomgang av vedtak om bruk av skjerming viste at begrunnelsene ikke alltid gav en tilstrekkelig konkret beskrivelse av den faktiske bakgrunnen for vedtaket. Det ble blant annet funnet vedtak om forlengelse av skjerming som ordrett hadde samme begrunnelse som det opprinnelige vedtaket. Sivilombudsmannen understreker at skjerming er et inngripende tiltak, og at det bør stilles strengere krav til begrunnelser for tiltak som strekker ut i tid. Det ble også gjort funn som viste at flere pasienter fikk forlenget sine skjermingsvedtak uten at det var dokumentert forsøk på å avbryte tiltaket før ny skjerming ble påbegynt. Vi viser til CPTs kommentarer etter besøk til Norge i 2005:

> «[T]he delegation noted that it was possible for the same patient to be subjected to successive measures of "shielding" of up to 21 days, without any interruption[...] This is a highly debatable practice[...] The existing maximum period of "shielding" provided by the relevant regulations is already quite high; the CPT considers that such a measure should not be renewed without any interruption. »[27]

Ombudsmannen har også merket seg at vedtakene om skjerming ofte begrunnes både med pasientens psykiske tilstand og utagerende atferd, og at formålet angis å være både behandlingsmessige grunner og hensynet til andre pasienter. Dette viser at tiltaket er en vanskelig blanding mellom kontrolltiltak og behandling.

Anbefaling

- Klinikken bør sikre at det ikke fattes nytt skjermingsvedtak uten at det er dokumentert forsøk på å avbryte skjermingen.
- Klinikken bør sikre at alle vedtak, inkludert forlengelse av skjerming, alltid er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

7.4. Fysiske forhold på skjermingsenhetene

Alle de besøkte seksjonene hadde en skjermingsenhet der pasienter kunne holdes fysisk atskilt fra resten av pasientene i seksjonen. Disse besto i de fleste tilfeller av et pasientrom beregnet for skjerming, et isolatrom, og et rom med belteseng (kalt «teknisk rom»). Enkelte seksjoner hadde en skjermingsenhet som kun bestod av belterom og isolat, og i tillegg 1-3 pasientrom i en egen korridor nær skjermingsenheten som også kunne benyttes til skjerming. Noen av skjermingsenhetene i den eldre delen av bygget hadde tilgang til en skjermingsstue, eget røykerom og terrasse.

Lokalene ga svært uverdige forhold for pasientene. Rommene som var beregnet for skjerming manglet i de fleste tilfeller møbler, unntatt en seng som var boltet fast i gulvet. De var som regel noe større enn vanlige pasientrom, omtrent 15 kvadratmeter. Isolatrommene – som også ble brukt til

[26] Merk at gjennomsnittlig liggetid på PAM var 2,5 døgn. Tallene om skjermingsvarighet omfatter pasienter som blir overført til en av de andre seksjonene for videre behandling, med aktivt skjermingsvedtak.

[27] Se CPTs besøk til Norge i 2005, CPT/Inf (2006) 14, avsnitt 108.

skjerming, jf. nedenfor – liknet glattceller, med kun en madrass med sengetøy på gulvet, og et bad med dusj, vask og toalett i rustfritt stål i et tilstøtende rom. Utformingen gav et klart preg av avstraffelse. Selv om disse rommene var bygget som rom for gjennomføring av tvangsmiddelvedtak, ble de jevnlig benyttet som skjermingsrom på grunn av høyt belegg (se kapittel 6.1 *Fysiske forhold*). I alle skjermingsenhetene fantes det et rom med en belteseng som var fastmontert i gulvet.

Rommene i skjermingslokalene hadde ensfargede vegger i grått eller hvitt uten noen form for dekorasjon, farger eller ting å hvile blikket på. Takbelysningen kunne som regel ikke dimmes og lysbryterne befant seg utenfor døren til pasientrommene. På de fleste rommene var vinduene helt eller delvis tildekket med «frostet» vindusfolie, slik at det var vanskelig eller umulig for pasientene å se ut.

Mange av pasientrommene hadde runde dørvridere på pasientens side. Slike dørvridere kan gjøre det vanskeligere for pasientene å åpne døren. Flere pasienter hadde hatt utfordringer med å åpne disse dørene. Dørene inn til pasientrommene på skjerming hadde enten runde inspeksjonsvinduer eller omvendte kikkhull. Slike løsninger kan skape ytterligere avstand mellom pasient og ansatt og bidra til at skjermingsopplegget får et sterkere preg av bevoktning. Det øker også risikoen for at skjermingen i realiteten er isolasjon fordi tilsyn kan skje gjennom en lukket dør.

Det var også uheldig at skjerming ble gjennomført på samme sted som rom for tvangsmidler som isolat og mekaniske tvangsmidler. Som påpekt i tidligere besøksrapporter kan dette bidra til å senke terskelen for bruk av tvangsmidler og øke risikoen for at pasientene opplever skjerming som utrygt.[28] Sammenblandingen bidrar også til å viske ut skillet mellom skjerming og tvangsmidler. Det var symptomatisk at også rommene som egentlig var ment som isolat, ble omtalt av mange ansatte som skjermingsrom. I klinikkens retningslinjer ble isolatrommene betegnet som skjermingsrom, som kunne brukes både til skjerming og isolering.[29] En pasient beskrev skjerming som å bli «kastet på glattcelle». Også flere ansatte problematiserte forholdene på skjermingsenhetene.

En del sykehus har funnet praktiske løsninger for å hindre at tvangsmidler plasseres i skjermingsenhetene. Noen sykehus har for eksempel gått over til å ha løse belter som kan festes i den enkelte pasientens seng dersom bruk av belter fremstår som strengt nødvendig.[30] Beltene blir oppbevart i en koffert når de ikke er i bruk. Et slikt tiltak er hensiktsmessig for å unngå å skremme pasientene, og kan samtidig bidra til redusert bruk av tvangsmidler.

Samlet sett var skjermingsenhetene utformet på en måte som la opp til et nærmest totalt fravær av normale, positive sanseinntrykk. Ombudsmannen har ikke tidligere besøkt lokaler som i så stor grad legger opp til sansedeprivasjon, og kan ikke se at verken sikkerhetshensyn eller andre hensyn kan begrunne at skjermingslokalene er utformet slik. Etter ombudsmannens syn er dette en nedverdigende måte å ivareta mennesker i krise på. I et forebyggingsperspektiv er det sentralt at ivaretakelse av sikkerhet tar utgangspunkt i pasientenes behov for trygghet og verdighet. Forskning

[28] Se for eksempel Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehuspsykiatri, 19.–21. september 2017, side 18.
[29] Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk, Skjerming og mekaniske tvangsmidler, rombetegnelser i psykiatrisk klinikk [udatert].
[30] Se for eksempel Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri, 2.–4. mai 2017, side 22.

gir ikke støtte for at skjermingsrom med nakent interiør bidrar til å redusere skadeverk eller utagering.[31]

Sivilombudsmannens erfaringer fra besøk tyder på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan påvirke omfanget av tvangsbruk. Dette er også i samsvar med forskning om temaet.[32] Nakne omgivelser med sterkt sikkerhetspreg skaper en høy risiko for at pasientenes opplevelser preges av tvang og avstraffelse i stedet for støtte, omsorg og behandling. Det fremstod som vanskelig for de ansatte å gi en oppfølging som kunne oppheve denne opplevelsen.

Anbefaling

- Det bør iverksettes strakstiltak for å sikre en human utforming av lokaler til bruk ved skjerming. Rom innredet som isolat bør ikke benyttes til gjennomføring av skjermingsvedtak.
- Belteseng bør ikke være plassert i skjermingsenhetene.

7.5. Gjennomføring av skjerming

Skjerming ble gjennomført enten på pasientens eget rom eller i rom på skjermingsenhet. Det forelå ikke tallmateriale om hvor mange vedtak som ble gjennomført på pasientens eget rom og hvor mange som ble gjennomført på rom i skjermet enhet. En gjennomgang av tvangsprotokollene tydet på at skjerming på eget rom var vanligst, men at det på alle seksjoner også ble fattet mange vedtak om skjerming på egen enhet.

Funn under besøket tydet på at skjerming på eget rom ble benyttet mest ved urolig atferd som ikke omfattet utagering, eller som en gradvis overgang til miljøet etter opphold på skjermet enhet. Pasientene fikk som regel tilgang til miljøet på bestemte tider av døgnet, forutsatt at de overholdt avtaler om å trekke seg tilbake til eget rom.

Skjerming på skjermet enhet ble benyttet mest ved utagerende atferd der skjerming på rom ikke ble vurdert som tilstrekkelig. Denne skjermingsformen ble gjennomført i uverdige fysiske omgivelser (se kapittel 7.4 *Fysiske forhold på skjermingsenhetene*). Det fremkom blant annet at pasienter i flere tilfeller hadde måttet bo på isolatrom i ukesvis, uten annet inventar enn en madrass på gulvet. På noen seksjoner var det vanlig praksis ved fullt belegg at skjermingspasienter måtte oppholde seg der de første ukene. Etter ombudsmannens syn er bruk av isolat som oppholdsrom for pasienter helt uakseptabelt.

Det ble også gjort funn som tydet på at skjermingen ofte ble gjennomført på en isolasjonspreget måte. Mange pasienter tilbrakte mye tid alene inne på rommet på skjermingsenheten, spesielt i den første fasen. Ansatte oppholdt seg som regel i stoler utenfor døren til rommet der skjerming ble gjennomført. Det varierte om døren var åpen eller lukket. Det fremkom flere eksempler på at pasienten fikk beskjed om å være alene på rommet med døren lukket. Slike praksiser, der ansatte brukte kikkhull eller inspeksjonsvindu for å føre tilsyn, kan gi skjermingsopplegget et preg av

[31] Vaaler A., Morken G., Linaker O.M., Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward, Nord J Psychiatry 2005; 59:19-24. Oslo ISSN 0803-9488.
[32] Madan A., Borckardt J. J., Grubaugh A. L., Danielson C. K., McLeod-Bryant S., Cooney H., Herbert J., Hardesty S.J. og 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.

bevoktning. Det ble også gjort funn som tyder på at ansatte i enkelte tilfeller satt utenfor pasientrommet med en fot på døren uten at det ble fattet vedtak om isolering (se kapittel 8.7 *Bruk av isolering*). En del skjermingsopplegg bar preg av en vurdering av at pasienten hadde behov for begrensninger i sanseinntrykk. I lys av at omgivelsene på skjermingsenhetene allerede var svært nakne, fremstod noen av de iverksatte tiltakene som nedverdigende for pasientene. I en journal framgikk det for eksempel at det ble festet en plastpose foran pasientens vindu «for å redusere stimuli».

I klinikkens skriftlige rutiner for bruk av skjerming var det ikke nedfelt forventninger til selve innholdet i skjermingsopplegget, bortsett fra at personalet enten skulle være sammen med pasienten i rommet eller rett utenfor døren. Det ble henvist til at det skal være beskrevet i pasientens sykepleieplan hva skjerming innebærer. Det ble ikke alltid laget en egen sykepleieplan om skjermingsopplegget. En gjennomgang av sykepleieplaner tydet på ganske forskjellige tilnærminger til hva som var gode skjermingsopplegg både mellom seksjoner og mellom behandlingsteam på hver enkelt seksjon. Det var ofte uklart dokumentert i journal hvordan slike planer ble fulgt opp i praksis.

Det fremkom eksempler på fleksible skjermingsopplegg som tok utgangspunkt i respekt for pasientens verdighet, og hvor det fremgikk at opplegget var utformet i samråd med pasienten.

Flere steder fremstod likevel gjennomføringen av skjerming som sterkt preget av grensesetting og korrigeringer av uønsket adferd. Dette kom blant annet til uttrykk i miljøplaner som la svært detaljerte begrensninger på pasientens selvbestemmelse og tilgang til menneskelig kontakt. I en del tilfeller ble planen kalt en miljøavtale, uten at det fremkom at pasienten hadde bidratt til utformingen. En plan fastla at pasienten måtte oppholde seg på rommet sitt hele tiden med døren igjen, med mulighet til å ha samtaler med ansatte to ganger i timen med en maksimal varighet på 15 minutter. Dette gir skjermingsopplegget et tydelig isolasjonspreg. En annen plan ga detaljerte føringer om at pasienten kun fikk sminke seg en gang om dagen, hva pasienten kunne få lov å kjøpe i butikken, og hva pasienten kunne velge å spise til dessert av egeninnkjøpte varer. Slike begrensninger er det ikke adgang til å fastsette. Flere pasienter opplevde at de ble behandlet veldig strengt når de ble skjermet. Funn tydet på at det ved enkelte seksjoner hadde utviklet seg uformelle regler om at pasientene måtte forholde seg rolig på skjerming i 24 timer før en kunne slippe opp på skjermingen. Slike uformelle regler som ikke tar hensyn til individuelle forhold hos den enkelte pasient, kan også bidra til å skape konflikt og utageringer.

Verken klinikkledelsen eller faglige ansvarlige for vedtak synes å ha noen klar forventning til hva et skjermingsopplegg bør inneholde. Pasientene på flere av skjermingsenhetene hadde svært begrensede muligheter til å oppholde seg i friluft, på grunn av manglende tilgang til egnede uteområder fra skjermingsenheten og begrensede personalressurser. De fleste pasientene manglet også tilgang til en stue eller annet oppholdsrom, og hadde derfor normalt ikke tilgang til radio, TV eller liknende. Pasientene fikk i begrenset grad adgang til å ha med seg sine egne eiendeler inn på skjermingsenheten, og tilgang til ukeblader og annet lesestoff ble ofte begrenset. Det ble ikke gjort funn om at mobiltelefon ble inndratt uten eget vedtak om dette.

Det er en lovpålagt oppgave å tilby pasienten minst én samtale om hvordan skjerming som pasienten har motsatt seg, ble opplevd.[33] Et gjennomgående funn var at det som regel ikke ble gjennomført

[33] Se psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

slike evalueringssamtaler etter skjerming. Klinikken mister på den måten viktig informasjon fra pasientene om hvordan skjerming oppleves, hva som kan gjøres for å forebygge skjerming eller for å sikre at pasienten skal oppleve skjermingen som minst mulig belastende.

Anbefalinger

- Klinikken bør sikre at skjerming ikke gjennomføres på en måte som utgjør isolasjon, og gjøre det mulig for pasienten å ha meningsfullt sosialt fellesskap.
- Klinikken bør sikre at restriksjoner og tvang under gjennomføring av skjerming kun brukes der det er lovlig, strengt nødvendig og forholdsmessig.
- Klinikken bør sikre at det alltid utarbeides en behandlingsplan for skjerming, så langt som mulig i samråd med pasienten. En behandlingsplan bør inneholde terapeutiske tilbud, tilpasset aktivitet og sikre daglig opphold utendørs, samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket.

8. Bruk av tvangsmidler

8.1. 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.[34] Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».[35]

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.[36] 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.[37]

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor mennesker i en sårbar situasjon. 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.[38] 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 rettssikkerhetsgarantier er ivaretatt. Ansvarlige myndigheter er blant annet pålagt å dokumentere at tvangsmiddelbruken var strengt nødvendig og proporsjonal, at ikke mindre

[34] Psykisk helsevernloven § 4-8.
[35] Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.
[36] 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.
[37] 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 ministerkomités 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".
[38] 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.

inngripende tiltak kunne avverget risikoen for skade og at inngrepet ikke varte lenger enn strengt nødvendig.[39]

8.2. Vedtaksmyndighet ved bruk av tvangsmidler

Funn under besøket viste at det som regel var ansvarshavende sykepleier som fattet vedtak om tvangsmidler (med unntak av korttidsvirkende legemidler). Dette gjaldt særlig dersom hendelsen skjedde på kveldstid. En slik praksis synes ikke å være i tråd med regelverket om at slike vedtak skal fattes av den faglige ansvarlige, som må være psykiater eller psykologspesialist.[40] Ansvarshavende ved avdeling kan kun gjøre dette dersom en «akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig». Dersom dette har skjedd, skal «den faglig ansvarlige så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes».[41]

Sivilombudsmannen kan ikke se at en generelt manglende tilgang til psykiater eller psykologspesialist på kveldstid kan gi grunnlag for å gjøre unntak fra et lovpålagt krav om rett vedtaksmyndighet. Det er av stor betydning at vedtaksansvarlige har særlig god kompetanse i å vurdere behovet for bruk av tvang og hvilken innvirkning tvangsmiddelbruk kan få for pasientens psykiske og eventuelt somatiske tilstand.[42] I et forebyggingsperspektiv sikrer dette kravet at flere personer involveres i vurderingene. Involvering av flere kan også bidra til å motvirke at det utvikles uheldige subkulturer i enkeltposter.

Anbefaling

- Klinikken bør sikre at vedtak om bruk av tvangsmidler fattes av faglig ansvarlig psykiater eller psykologspesialist.

8.3. Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng og transportbelter)

Statistikk oversendt fra klinikken viste at det i 2017 ble fattet 152 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler på de sju besøkte sengepostene. Dette utgjorde en betydelig nedgang fra 2016 da det ble fattet 225 vedtak. Foreløpige tall fra 2018 tydet imidlertid på en ny økning. I slutten av juni 2018 var det fattet 125 vedtak om mekaniske tvangsmidler. En sammenlikning mellom seksjonene viste at PAM 1 i 2017–2018 hadde et betydelig høyere antall vedtak om mekaniske tvangsmidler enn PAM 2, som har samme antall sengeplasser og inntakskriterier.[43] Tilsvarende hadde Seksjon S5 et høyere antall vedtak enn de andre psykosepostene. Det var også fattet noen vedtak på seksjonene for stemningslidelser, de fleste på seksjon S6. En gjennomgang av tvangsprotokoller viste at enkelte pasienter utsettes for et høyt antall vedtak om tvangsmidler. Ifølge sykehusets beregninger stod færre enn fem pasienter for cirka halvparten av alle vedtak om mekaniske tvangsmidler i 1. tertial av 2018.

[39] Se særlig M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnittene 104-105.
[40] Se psykisk helsevernloven §4-8 femte ledd jf. § 1-4.
[41] Se psykisk helsevernforskriften § 25 andre ledd.
[42] Se Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v., særmerknader til ny § 4-8, side 91.
[43] PAM 1 hadde 48 vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2017 og 31 vedtak i første halvår av 2018. PAM 2 hadde henholdsvis 27 og 10 vedtak i det samme tidsrommet.

På besøkstidspunktet var ingen pasienter beltelagt. Det ble gjennomført samtaler med pasienter som hadde erfaring med dette fra tidligere eller nåværende innleggelse. Dokumentene viste at vedtakene om mekaniske tvangsmidler gjennomgående var begrunnet på en slik måte at det var klart hvorfor tiltaket ble iverksatt. Det fremgikk at kontrollkommisjonen over lengre tid hadde veiledet de vedtaksansvarlige på klinikken om krav til begrunnelse for vedtak.

Det ble ikke gjort konkrete funn som tyder på en for lav terskel for å benytte seg av mekaniske tvangsmidler. Sivilombudsmannen har likevel merket seg at klinikken har en utbredt bruk av transportbelter. Transportbeltebruken fremstår som mer vanlig enn ved de fleste andre sykehus som er besøkt. I situasjoner der det er helt nødvendig for å forhindre en akutt faresituasjon, er bruk av transportbelter som utgangspunkt et mindre inngripende tiltak fordi det kan gi en større grad av bevegelsesfrihet enn å bli fastspent i en belteseng. Transportbelter gir også mindre risiko for alvorlige somatiske komplikasjoner, som trombose.

I et forebyggingsperspektiv utgjør denne praksisen likevel en risiko for at bruk av mekanisk tvang normaliseres, ved at tvangsbruken integreres i vanlige daglige gjøremål for pasienten, og at ansatte anser tiltaket for mindre integritetskrenkende. Dette kan føre til at tvangsmiddelbruk blir iverksatt eller får pågå uten at det foreligger en akutt faresituasjon, og i verste fall at klinikken har innrettet seg for langtidsforløp. Det ble gjort flere funn under besøket som tilsier at denne risikoen må tas på alvor av ledelsen, inkludert ansatte som oppga å ha sett tendenser til en slik normalisering på sin seksjon. Det ble funnet flere eksempler på pasienter som hadde hatt på seg transportbelter i hverdagssituasjoner. Flere pasienter beskrev opplevelser av ydmykelse der andre pasienter hadde observert dem i transportbelter. Det ble også funnet beltesett til bruk i dusjen i utstyrsskap på skjermingsenhetene.

Tall innhentet i etterkant underbygger at klinikken bør ha oppmerksomhet om risikoen for normalisering. I perioden 1. januar–31. august 2018 hadde en av seksjonene over 24 timer gjennomsnittlig varighet der vedtak om tvangsmiddel kun besto av transportbelter, mens vedtak som kun involverte belteseng hadde en gjennomsnittlig varighet på seks timer og 38 minutter.

Anbefaling

- Klinikken bør iverksette tiltak for å sikre at transportbelter kun benyttes i akutte faresituasjoner, og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.

8.3.1. Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler

Det ble gjort enkelte funn under besøket om særlig langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert enkelte tiltak som varte over flere døgn. Enhver bruk av mekaniske tvangsmidler er svært inngripende og langvarig bruk utgjør en særlig høy risiko for umenneskelig og nedverdigende behandling.[44] I etterkant av besøket ble det derfor etterspurt detaljert informasjon om varighet av mekaniske tvangsmidler, brutt ned på den enkelte seksjon.

Psykiatrisk klinikk har utviklet et eget kvalitetsregister for å fremskaffe en bedre oversikt over tvangsbruk og et mer valid tallmateriale enn elektronisk pasientjournal (EPJ) i dag gir anledning til.

[44] Se særlig M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnittene 104-105

På ombudsmannens forespørsel ble det utarbeidet rapporter om varighet av mekaniske tvangsmidler, fordelt på de besøkte seksjonene.[45]

Beregninger for perioden 1. januar –31. august 2018 viste at gjennomsnittlig varighet for vedtak om mekaniske tvangsmidler på PAM 1 var 11 timer og 55 minutter (median 6 timer og 14 minutter). Tilsvarende tall for PAM 2 var 11 timer og 45 minutter i gjennomsnitt (median fire timer og 50 minutter). Oversikten viste også at enkelte vedtak varer i svært lang tid, på PAM 1 var seks vedtak registrert med en varighet over 24 timer, ett av dem varte i to døgn og ti timer. På PAM 2 var tre vedtak over ett døgn, ett av dem varte i over tre døgn.

På avdeling spesialisert psykosebehandling hadde seksjon S3 en gjennomsnittlig varighet på 15 timer og sju minutter (median tre timer og 41 minutter), seksjon S4 et gjennomsnitt på 11 timer og 31 minutter (median fire timer og 35 minutter), og seksjon S5 hadde en gjennomsnittlig varighet på tre timer og 42 minutter (median to timer og 22 minutter). Seksjon S3 og S4 pekte seg ut med enkelte svært langvarige vedtak. Seksjon S3 hadde fem vedtak over 24 timer, ett av dem varte ekstremt lenge – seks døgn, 18 timer og 50 minutter. Seksjon S4 hadde fire vedtak over 24 timer.

På avdeling for stemningslidelser hadde seksjon S1 en gjennomsnittlig varighet på fem timer og sju minutter (median 32 minutter), mens seksjon S6 hadde et gjennomsnitt på 18 timer og 28 minutter (median tre timer og 18 minutter). Enkelte vedtak hadde svært lang varighet også her: på seksjon S1 hadde ett vedtak en varighet på fem døgn, en time og 49 minutter, mens seksjon S6 hadde ett vedtak som varte i fire døgn.

Den fremlagte dokumentasjonen gir grunn til alvorlig bekymring omkring langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler. Mekaniske tvangsmidler er svært inngripende og kan påføre alvorlige somatiske og psykiske skadevirkninger. Tiltaket skal derfor opphøre så fort faren for skade ikke lenger er til stede.

Etter et besøk til en psykisk helseverninstitusjon i Danmark, uttalte CPT følgende:

> «In the CPT's view, the duration of the actual means of restraint should be for the shortest possible time (usually minutes to a few hours) and should always be terminated when the reason for the use of restraint has ceased. The maximum duration of the application of mechanical restraint should ordinarily not exceed 6 hours. »[46]

Komiteen uttalte også at

> «applying instruments of physical restraint to psychiatric patients for days on end cannot have any medical justification and amounts to ill-treatment».

Komiteen har også understreket at i ekstraordinære tilfeller, der bruk av mekaniske tvangsmidler varer mer enn noen timer, bør tiltaket vurderes hyppig. I saker med langvarig eller gjentatt bruk av tvangsmidler har komiteen anbefalt «the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment».

[45] Beregningene er basert på uttrekk fra DIPS, sammenholdt med data fra tvangsmiddelprotokollene på hver sengepost. Tallene må tolkes med forsiktighet.
[46] CPTs rapport etter besøk til Danmark i 4.–13. februar 2014, side 65, avsnitt 121 [CPT/Inf (2014) 25].

Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler er en utfordring ved flere sykehus i det psykiske helsevernet i Norge, inkludert flere av sykehusene som tidligere er besøkt av ombudsmannen.[47] I lys av menneskerettslige krav og den høye risikoen for skader og traumer slike tiltak utgjør, er det behov for å skaffe seg en bedre nasjonal oversikt over forekomsten av langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler. Kvalitetsregisteret til psykiatrisk klinikk viser at dette er mulig. Det er viktig at sentrale helsemyndigheter sikrer at elektronisk pasientjournal (EPJ) gis funksjonalitet som gjør det mulig å få en nasjonal oversikt over langvarig bruk av tvangsmidler.

Anbefaling

- Det bør iverksettes tiltak for å unngå langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler.

8.3.2. Bruk av mekaniske tvangsmidler under transport

Det fremkom under besøket at mekaniske tvangsmidler i flere tilfeller blir brukt under transport av pasienter med psykiatrisk ambulanse. Ambulansen hadde belter tilgjengelig for dette formålet. Klinikken viste til at lov om psykisk helsevern ikke gjelder for helsevirksomhet som foregår utenfor sykehusets område, og at disse tilfellene ble gjennomført på grunnlag av nødrett.

I etterkant av besøket ble det etterspurt dokumentasjon av omfanget av bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrisk ambulanse. Fremlagte tall viste at mekaniske tvangsmidler hadde blitt benyttet 36 ganger i 2016 (totalt 1563 oppdrag), 19 ganger i 2017 (1489 oppdrag) og 17 ganger per august 2018 (1080 oppdrag). I det samme tidsrommet hadde pasienter blitt fastholdt under ambulansetransport til sammen 42 ganger.

Den beskrevne praksisen mangler hjemmel i lov. Psykisk helsevernloven § 4-8 gir som klart utgangspunkt ikke hjemmel for bruk av mekaniske tvangsmidler utenfor institusjonens område, heller ikke under transport.[48] Helsedirektoratet har i en tolkningsuttalelse antatt at mekaniske tvangsmidler unntaksvis kan brukes i forbindelse med korte turer i umiddelbar tilknytning til bygningen, for eksempel i et lufteområde, ut på en trapp eller en veranda.[49] Forutsetningen er at det vurderes som faglig forsvarlig og er ønsket av pasienten. Direktoratet har senere uttalt at:

> «Planlagt bruk av tvangsmidler utenfor institusjon, for eksempel bruk av mekaniske tvangsmidler under transport, er imidlertid ikke tillatt.»[50]

Sivilombudsmannen er enig i dette. Bruk av et mekanisk tvangsmiddel er svært inngripende og forbundet med risiko for skader og traumer. Tiltaket krever grundig opplæring om forebygging og om trygg og mest mulig skånsom gjennomføring. Det bør derfor ikke tillates uten klar hjemmel i lov.

[47] Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk i psykisk helsevern: https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/.
[48] Ett unntak er Svalbard. Forskrift 22. juni 2015 nr. 757 om anvendelse av helselover og -forskrifter på Svalbard og Jan Mayen, § 7 bokstav c gir psykisk helsevernloven § 4-8 anvendelse på Svalbard «når det er nødvendig å anvende tvangsmidler i påvente av at pasienten kan bringes til fastlandet eller under transporten».
[49] Helsedirektoratet, Mekaniske tvangsmidler utenfor institusjon, 28. november 2011.
[50] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29.november 2017, 1/2017, kommentarer til lovens § 4-8.

8.4. Bruk av spytthette

Under befaringen ble det funnet spytthetter i skjermingsenheten på flere av seksjonene. Disse ble oppbevart i skap for lagring av utstyr til bruk ved beltelegginger. Det fremkom at maskene unntaksvis hadde vært benyttet for å dekke til pasienters munn og ansikt i tilfeller der pasienten spyttet på ansatte i forbindelse med beltelegging. I ettertid ble det fremlagt dokumentasjon av to hendelser der spytthette ble benyttet. Det er uklart om eller i hvilken grad spytthettene har vært benyttet utover dette. Det ble vist til ansattes behov for å beskytte seg mot smittsomme sykdommer. Ved noen av de besøkte seksjonene hadde man av hensyn til pasientene valgt ikke å benytte slike spytthetter, men i stedet dekke til sitt eget ansikt.

Spytthettene var laget i et materiale som gjør det mulig å puste og se gjennom, men som innebærer full tildekking av pasientens ansikt og munn. Sivilombudsmannen vil fraråde bruk av spyttemasker som dekker til pasientenes munn og ansikt. Bruk av spytthettene kan ha en ydmykende effekt og fremkalle angst, spesielt der pasienten samtidig er fiksert til en belteseng. CPT har tidligere frarådet tildekking av ansiktet til pasienter i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler:

> «When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain. Vital functions of the patient, such as respiration, and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. If a patient has a tendency to bite, suck or spit, potential damage should be averted in a manner other than by covering the mouth. » [51]

Ombudsmannen viser også til at andre sykehus har funnet alternative løsninger. I rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus uttrykte ombudsmannen bekymring over at pasienters ansikt i flere tilfeller hadde blitt tildekket under beltelegging.[52] Som ledd i oppfølgingen av ombudsmannens anbefalinger, endret sykehuset sine rutiner til at det er de ansatte som ikler seg beskyttende klær og utstyr.[53]

Slik ombudsmannen ser det, er det uansett tvilsomt om klinikken har rettslig adgang til å benytte et så inngripende tiltak uten særskilt lovhjemmel. Ifølge lovforarbeidene til psykisk helsevernloven § 4-8 var bestemmelsens andre ledd ment som en uttømmende regulering av hvilke tvangsmidler som kan benyttes.[54] Adgangen til å bruke spytthetter eller liknende utstyr er ikke regulert i lovverket, og det foreligger ingen tolkningsuttalelser fra Helsedirektoratet om slike praksiser.[55]

Anbefaling

- Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme. Klinikken bør fjerne tilgangen til spytthetter i sine seksjoner.

[51] CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006)35-part, avsnitt 48.
[52] Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger universitetssjukehus 9.–12. januar 2017, side 21.
[53] Oppfølgingsbrev fra Stavanger universitetssjukehus, 27. september 2017, tilgjengelig på ombudsmannens hjemmesider: https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/
[54] Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999), merknader til § 4-8.
[55] Ifølge lovforarbeidene er mekaniske tvangsmidler innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/ eller bein («begrenser ekstremitetenes rekkevidde»). Se Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999), kapittel 8.8.4.5 (Ulike typer tvangsmidler). Spyttehetter og liknende utstyr omfattes derfor ikke av ordlyden «skadeforebyggende spesialklær», jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd.

8.5. Bruk av kortvarig fastholding

Tall for bruk av kortvarig fastholding viser at det var fattet 179 vedtak på de sju sengepostene i 2017, en nedgang fra 270 vedtak året før. I 2018 var det imidlertid fattet 200 vedtak allerede i slutten av juni 2018.

Funn fra besøket tydet på en sprikende praksis for når det ble fattet vedtak om kortvarig fastholding.

På enkelte av seksjonene oppga ansatte at man ikke fattet vedtak ved «selvforsvar» eller «nødverge», der pasienter utagerte fysisk og en holdt kortvarig for å forsvare seg. Slike tiltak har skadeavvergende formål og befinner seg i kjerneområdet for hva psykisk helsevernloven § 4-8 er ment å regulere. For å sikre en korrekt oversikt over omfanget av tvangsbruk er det viktig at slike tiltak registreres som vedtak.

Enkelte ansatte mente at en ikke behøvde å fatte vedtak om fastholding ved iverksetting eller gjenoppretting av skjerming, selv om pasienten gjorde fysisk motstand og ble båret tilbake til skjermingsenheten.

Slike tiltak er så inngripende at de åpenbart utgjør kortvarig fastholding etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav d, som ikke kan gjennomføres med mindre det er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre skade. Etter psykisk helsevernforskriften § 18 første ledd om gjennomføring av skjerming, kan pasienten «fysisk ledes dit skjermingen gjennomføres». Det fremstår som klart at fysisk leding ikke omfatter så inngripende tiltak som å bli båret til stedet der skjermingen skal gjennomføres. Det er også tvilsomt om forskriftsbestemmelsen overhodet åpner opp for fysisk fastholding der pasienten motsetter seg tiltaket.[56] En mer naturlig tolkning av bestemmelsen er at et skjermingsvedtak kan omfatte situasjoner der en pasient blir holdt i armen og ledet til rommet uten å gjøre motstand.

I et rettssikkerhetsperspektiv vil ombudsmannen fremheve at det er problematisk dersom man ved iverksettelse og opprettholdelse av skjerming skal kunne ta i bruk tiltak som ellers ville kreve at de strenge vilkårene for bruk av tvangsmidler er oppfylt. Dette viser at skjerming er en vanskelig blanding mellom behandling og kontrolltiltak, ved at personalet kan oppleve at gjennomføringen av tiltaket er avhengig av at man fysisk kan kontrollere pasienten. Sentrale helsemyndigheter bør merke seg denne problemstillingen og vurdere behov for klargjøring av regelverket.

Anbefaling

- Klinikken bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av kortvarig fastholding og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.

[56] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til lovens §§ 4-8 og § 4-3 samt kommentarer til forskriftens § 18. Se også Høring – forskriftsendringer i forbindelse med endringer i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven, 20. oktober 2006, kapitlene 2 og 4.

8.6. Bruk av korttidsvirkende legemidler

Tall for korttidsvirkende legemidler viser at de sju besøkte sengepostene hadde fattet 100 vedtak totalt i 2017, en knapp oppgang fra 2016. Midtveis i 2018 var tendensen en klar økning, med 70 vedtak om korttidsvirkende legemidler.

Under besøket kom det fram at medikamentet Cisordinol Acutard[57] i en del tilfeller brukes som korttidsvirkende legemiddel etter lovbestemmelsen om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav c. Det har tidligere vært problematisert at medikamentet brukes slik fordi det har en virkningstid på to til tre dager, og det som utgangspunkt ikke kan anses som «korttidsvirkende». [58]

Helsedirektoratet har, med utgangspunkt i en tolkning av lovtekst og forarbeider, uttalt følgende om dette i sine merknader til psykisk helsevernloven § 4-8:

> «Når det gjelder legemidler vil det være begrunnelsen for bruken som er avgjørende for om det regnes som tvangsmiddel. Bruk av legemidler uten pasientens samtykke i behandlingsøyemed reguleres av psykisk helsevernloven § 4-4. Begrepet "korttidsvirkende" innebærer at valg av medikament og dosering må skje ut fra formålet å dempe akutt uro. Langtidsvirkende preparater kan derfor ikke anvendes.
>
> «Det vil som hovedregel ikke være anledning til å benytte legemidler med depotvirkning. Det vil ved medisinering likevel være riktig å ta hensyn til hvilke preparater som må antas å ha en generelt gunstig virkning på pasientens tilstand, og det må aksepteres at det kan ta noe tid før virkningen opphører helt. På denne bakgrunn vil det kunne gjøres unntak fra hovedregelen i særlige tilfeller. For eksempel vil bruk av Cisordinol Acutard aksepteres i tilfeller der faglig ansvarlig vurderer det sannsynlig at den akutte faren som utløser behovet for tvangsmiddelbruk vil ha en tilnærmet lik varighet som virkningstiden til dette preparatet (vanligvis to til tre døgn).»[59]

Selv om departementets merknader i lovforarbeidene isolert støtter en forståelse om at medikamenter med depotvirkning i særlige tilfeller kan brukes som tvangsmiddel, er en slik forståelse problematisk av flere grunner.[60] Begrepet «korttidsvirkende» må etter ombudsmannens syn først og fremst forstås i lys av at formålet med bestemmelsen om tvangsmidler er å gripe inn i akutte, nødrettsliknende situasjoner. Tolkninger som åpner for bruk av legemidler med lengre virkningstid enn det som fremstår som naturlig i lys av bestemmelsens ordlyd og formål, er problematisk. Å få injeksjoner med sterke legemidler er et stort inngrep i den enkeltes fysiske integritet, og lengre virkningstid fører til en mer vidtgående begrensning i selvbestemmelse. Det er

[57] Cisordinol Acutard er merkenavnet, det generiske navnet på medikamentet er zuclopenthixol acetat.
[58] Se bl.a. P. Fitzgerald, Long-acting antipsychotic medication, restraint and treatment in the management of acute psychosis, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, 33:660–666.
[59] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til phvl. § 4-8. Tolkningen som ligger til grunn for dette er gjengitt i brev fra daværende Sosial- og helsedirektoratet, Bruk av Cisordinol Acutard som tvangsmiddel i det psykiske helsevernet, 23. februar 2005.
[60] Se Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999), side 120. Se imidlertid også daværende sosial- og helsedepartementets merknader til rundskriv I – 10/2001, om at legemidler med depotvirkning «ikke [skal] brukes som Tvangsmiddel» og at «Dette gjelder selv om depotvirkningen er begrenset til et par Dager».

ikke opplagt at en slik praksis er i tråd med Grunnlovens krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.[61] I CPTs standarder for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern er det også anbefalt at kun korttidsvirkende medikamenter brukes som tvangsmiddel.[62]

Sivilombudsmannen fant eksempler på injeksjoner med bruk av dette preparatet ved de fleste av sengepostene som ble besøkt. Det fremkom at Cisordinol Acutard ble vurdert som et alternativ der forhold ved pasienten tilsa at en kunne forvente en vedvarende utagerende tilstand over noen dager, for å unngå gjentatte injeksjoner med et korttidsvirkende legemiddel. Cisordinol Acutard ble imidlertid ikke brukt som førstevalg, fordi det kunne ta mange timer før full effekt av legemiddelet inntrådte.[63] Slik bruksområdet og virkningen ble beskrevet, fremstår det som uklart om Cisordinol Acutard er et egnet tiltak for å håndtere en akutt faresituasjon, som påkrevd etter psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

Gjennomgang av dokumenter fra kontrollkommisjonen viste også eksempler på at det stilles spørsmål ved begrunnelser for bruk av korttidsvirkende legemidler, inkludert om pasienter har fått korttidsvirkende legemidler for «å samarbeide om videre behandling».

Anbefaling

- Klinikken bør iverksette tiltak for å unngå bruk av legemidler med lengre virkningstid enn strengt nødvendig for å håndtere en akutt faresituasjon.

8.7. Bruk av isolering

Psykiatrisk klinikk hadde et uvanlig høyt antall vedtak om isolering sammenliknet med hva som har vært vanlig ved de fleste sykehus ombudsmannen har besøkt så langt, der det sjelden fattes isoleringsvedtak. I 2017 ble det fattet 158 isolasjonsvedtak på de sju besøkte sengepostene. Dette var nesten en dobling av totalt antall vedtak om isolering i 2016 (86 vedtak). En stor del av økningen skyldes en kraftig økning på psykoseseksjon S4 (56 vedtak - nesten en tredobling fra året før), som også så ut til å vedvare i 2018. I slutten av juni 2018 lå det an til en nedgang totalt sett, og tre seksjoner hadde ett vedtak hver i 2018.

Omfanget av isolering synes å reflektere en oppfatning av at isolasjon var et mindre inngripende tiltak enn belteseng og derfor ble brukt som i stedet for belter. Det fremkom også at noen ansatte ikke oppfattet isolering som et spesielt inngripende tiltak. Dette står i klar kontrast til andre besøkte steder, der det ofte har vært uttrykt stor faglig skepsis til bruk av isolering som tvangsmiddel. Isoleringspraksisen preges også av at lokalene på de fleste seksjonene hadde et eget isolatrom som var jevnlig i bruk og plassert inne i skjermingsenhetene (se kapittel 7.5 *Gjennomføring av skjerming*)

[61] Se Grunnloven § 113.
[62] CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. Mars 2017, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 3.7.
[63] Ifølge Felleskatalogen beskrivelse av Cisordinol Acutard vil betydelig effekt inntre 4 timer etter parenteral innførsel (f.eks. intramuskulær eller intravenøs tilførsel).

Funn fra internasjonal forskning tyder på at tilgjengeligheten på isolat øker ansattes tilbøyelighet til å bruke isolering.[64]

Mange av skjermingsvedtakene ble gjennomført på isolatrom med kun en madrass på gulvet. Ofte manglet pasientene tilgang til en skjermingsstue eller andre bevegelsesmuligheter. Uverdige fysiske omgivelser og påtrengende opplevelse av å være innesperret vil kunne utløse situasjoner som øker risiko for bruk av tvangsmidler.

Isolering skal ifølge regelverket maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen.[65] Dersom tiltaket har vart i to timer, skal andre tiltak prøves ut før man eventuelt startet ny periode med isolasjon.[66] En ny periode kan derfor ikke følge etter kun en liten pause, men «etter noen timer» der man vurderer mindre inngripende tiltak eller eventuelt andre type tvangsmidler.[67] En gjennomgang viste at en del isoleringer hadde vart over to timer (noen få varte i omkring seks timer) uten at det ble gitt noen opplysninger i tvangsprotokoll om tidsavbrudd eller om alternative tiltak som var forsøkt for å hindre nytt vedtak.

Funn under besøket viste også at en del ansatte var usikre på grensedragningen mellom isolering og skjerming. En praksis som ble beskrevet var at personalet satt utenfor rommet der pasienten oppholdt seg i skjermingsenheten med døra på gløtt og foten på døren for å kunne sperre utgang om nødvendig. Til tross for at klinikkledelsen ga uttrykk for at slike situasjoner krevde vedtak om isolering, var det fortsatt en del ansatte som ikke opplevde at det skulle fattes isoleringsvedtak i disse situasjonene. Flere oppga at det var stor usikkerhet om forskjellen mellom isolering og skjerming i deres seksjon. Sivilombudsmannen understreker at det er et ledelsesansvar å sikre at ansatte på alle seksjoner har en riktig forståelse av regelverket.

Anbefalinger

- Isolasjonsrommene bør ikke benyttes som oppholdsrom for pasienter, uavhengig av situasjon eller varighet.
- Klinikken bør sikre at isolering avsluttes så raskt som mulig, og at alternative tiltak for å avbryte isoleringen iverksettes og dokumenteres.
- Klinikken bør påse at alle ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolering, og at tiltakene alltid blir registrert som vedtak.

[64] Se Pettit S.A., Bowers L., Tulloch A., Cullen A.E., Moylan L.B., Sethi F., McCrone P., Baker J., Quirk A and D. Stewart (2017), Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units, Journal of Advanced Nursing 73(4), 966.976. doi:10.1111/jan.13197, side 973.
[65] Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd andre setning.
[66] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, se kommentarer til forskriften § 26.
[67] Se note over.

9. Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

9.1. Internasjonale standarder

FNs torturkonvensjon forplikter statlige myndigheter til å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdigende behandling.[68] Selv om bruk av tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade.[69] CPT har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler understreket at

> «the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of 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).»[70]

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraints».[71] 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.[72] 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. »[73]

---

[68] FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

[69] Se psykisk helsevernforskriften § 4, som fastsetter at: «Institusjoner som har ansvar for tvungen observasjon eller tvungent 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.»

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

[71] Se note over, punkt 1.7.

[72] Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her: https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/

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

9.2. Klinikkens tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

Etter pålegg fra sentrale helsemyndigheter har Helse Bergen HF, Psykiatrisk divisjon laget tiltaksplaner for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang.[74] Det ble opplyst at flere av tiltakene var iverksatt i psykiatrisk klinikk. Av forebyggende tiltak for å unngå bruk av tvangsmidler, fremhevet klinikken tiltak for å sikre riktig dokumentasjon av tvangsmiddelbruk, kartleggingssamtaler for nyinnlagte pasienter, og systematisk bruk av risikovurderingsverktøy i klinikken.[75] De ansatte fikk også obligatorisk opplæring i såkalt terapeutisk mestring av aggresjon («TERMA»).[76]

Funn gjort under besøket viste at klinikken har lagt ned et viktig arbeid i å sikre pålitelige data om tvangsbruk inne på sengepost. Klinikken har utviklet sitt eget kvalitetsregister som gjennomgås i dialog med hver seksjon for å sikre korrekt registering. Ifølge klinikken ble registeret etablert fordi det nasjonale journalsystemet ikke legger til rette for dette. Kvalitetsregisteret gjorde det mulig for klinikken å trekke ut informasjon fra hver enkelt seksjon, som bl.a. dokumenterte tidsinformasjon og døgnvariasjon for bruk av mekaniske tvangsmidler.

Klinikken opplyste at tallene ble brutt ned på seksjonsnivå og regelmessig drøftet i ledelsesmøter og med de faglig ansvarlige for vedtak. Fra 2018 ble det også laget et nyhetsbrev om status for tiltak for å kvalitetssikre og redusere tvangsmiddelbruk som ble sendt ut til alle ansatte. Denne praksisen gir et godt utgangspunkt for å kunne forebygge tvangsbruk.

Samlet viste klinikkens tall fra 2017–2018[77] om tvangsmiddelbruk fra de besøkte seksjonene økt bruk av mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding og korttidsvirkende legemidler (se kapittel 8 *Bruk av tvangsmidler*).[78] Ifølge klinikken hadde det skjedd en betydelig økning i bruk av tvangsmidler i første tertial av 2018, sammenliknet med året før. Dette ble delvis forklart med at et lite antall pasienter hadde fått gjentatte tvangsmiddelvedtak. Ifølge ledelsen var det et satsningsområde for klinikken å finne mer lempelige tiltak for denne pasientgruppen.

Funn under besøket viste at risikokartlegging og kartleggingssamtaler ble brukt som verktøy for løpende å vurdere pasientenes behov. Vi så imidlertid at evalueringssamtaler etter bruk av tvangsmidler ikke var tilstrekkelig implementert (se kapittel 12 *Medvirkning og informasjon*). Dette er et lovpålagt og evidensbasert tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk.[79]

I samtaler med ledelse og ansatte på flere nivåer i organisasjonen kom det fram få refleksjoner om mulige årsaker til de høye og økende tallene for bruk av tvangsmidler. Dette var overraskende med tanke på arbeidet med å fremskaffe detaljert informasjon om tvangsmiddelbruk. Flere av lederne og en del ansatte fremsto som sikre på at man kun benyttet tvangsmidler når det var helt nødvendig, til

[74] Se Divisjon Psykisk Helsevern, Haukeland universitetssjukehus, Revidert handlingsplan for redusert og kvalitetssikra bruk av tvang, 13. januar 2016.
[75] Hensikten med kartleggingssamtalene var å komme fram til hva pasientene opplevde som gode intervensjoner i en krisesituasjon. Bruken av risikovurderingsverktøy ble ifølge klinikken ledsaget av forsøk på å få satt inn gode tiltak overfor pasientene, basert på hva som fremkom i tidligere kartlegginger.
[76] TERMA skal bidra til å redusere graden av tvang i psykiatriske avdelinger. Ifølge psykiatrisk klinikk gjennomføres fire dagers obligatorisk kurs for ansatte. Kurset fokuserer på etikk og holdninger, praktisk opplæring og trening.
[77] Tall per 31. juni 2018.
[78] Foreløpige tall fra 2018 om isoleringsvedtak viste en tendens til nedgang fra 2017, men likevel ser antallet vedtak ut til å bli høyere enn i 2016.
[79] Psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd. Bak J., Mechanical restraint: Preventive factors in theory and practice. PhD-avhandling København universitet 2015.

tross for økte tvangstall. De fleste forklaringer på tvangsbruk fokuserte på at pasientene var sykere enn før, eller på dårlige rammebetingelser som trange og uegnede lokaler. Funnene tydet på en lav vilje til å se kritisk på egen praksis, særlig i hvilken grad egen atferd, holdninger og praksiser virker inn på tvangsbruken. I lys av hvordan skjermingsenhetene var utformet og hvordan skjerming ble gjennomført (se kapittel 7 *Skjerming*), var det for eksempel lite oppmerksomhet om at forhold ved skjermingen i seg selv kunne bidra til konflikt og tvangsbruk.

Erfaringer fra andre prosjekter om tvangsreduksjon tyder på at klare ambisjoner og lederskap er viktige faktorer for å oppnå endring. Det er derfor viktig at føringer fra ledelsen er tydelige og stiller krav til ansatte. Enkelte sykehus har gjennomført gruppebaserte samlinger om etisk refleksjon omkring egen praksis. Slike diskusjoner kan være en god måte å løfte frem temaer som terskelen for å gripe inn med tvang eller hvordan utfordrende atferd best håndteres.[80]

I det videre arbeidet med å forebygge tvangsmiddelbruk, bør klinikken se forebyggende tiltak i sammenheng med andre funn gjort under ombudsmannens besøk. Se særlig kapittel 6 *Fysiske forhold og aktivisering*, kapittel 7 *Skjerming* og kapittel 12 *Medvirkning og informasjon.*

Sivilombudsmannen vil påpeke at det er alvorlig dersom det fortsatt ikke er mulig å registrere og hente ut pålitelige data om tvangsmiddelbruk fra det nasjonale pasientjournalsystemet. Tvangsmidler er et at de mest inngripende tiltak som kan iverksettes mot pasienter i helsevesenet, og informasjon om sentrale aspekter av tvangsmiddelbruk er viktig styringsinformasjon for å kunne følge utviklingen og vurdere nødvendige oppfølgingstiltak både lokalt og nasjonalt. Det er derfor viktig at arbeidet med å få på plass pålitelige nasjonale systemer for registrering og uttrekk av tvangsdata gis høy prioritet. Sentrale helsemyndigheter bør merke seg dette.

[80] Stokke Engerdahl I., Moljewijk A. og R. Pedersen, Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern, Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 2, 2016, side 102-110.

10. Behandling uten eget samtykke

10.1. 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 også legemiddelbehandling uten samtykke, i form av tabletter eller 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.» Sannsynlighetskravet 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».[81] 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.[82]

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»).[83] Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være svært alvorlige og irreversible.[84] Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdigende behandling.

I 2017 vedtok Stortinget endringer i psykisk helsevernloven § 4-4. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 skal ha anledning til å nekte behandling. Videre ble det innført en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes.[85] 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.

[81] Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.
[82] Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.
[83] NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.
[84] NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.
[85] 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.[86]

FNs torturkomité uttrykte i 2018 bekymring over tvangsmedisinering i Norge og viste blant annet til at praksisen skapte risiko for vedvarende og irreversible skadevirkninger.[87]

Sivilombudsmannen kom 18. desember 2018 med en uttalelse om anvendelsen av psykisk helsevernloven § 4-4 i en klagesak om tvangsmedisinering.[88] Det sentrale spørsmålet var det rettslige innholdet i kravet til «stor sannsynlighet» for at tvangsmedisineringen vil gi positiv behandlingseffekt for pasienten. Sivilombudsmannen fant at lovens krav til «stor sannsynlighet» for positiv effekt av tvangsmedisinering innebærer at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for slik effekt for at tvangsmedisineringen skal være lovlig. Kravet knytter seg til effekt for den enkelte pasient og ikke til en gruppe pasienter. Den faglig ansvarlige for vedtak må derfor kunne begrunne hvorfor den enkelte pasienten «med stor sannsynlighet» vil få en positiv behandlingseffekt av tvangsmedisineringen. Uttalelsen er fulgt opp i en senere sak, der det ble konstatert at tvangsmedisineringsvedtaket var ulovlig og at det ikke er tillatt «å prøve ut» tvangsmedisinering med antipsykotika, med mindre kravet til «stor sannsynlighet» til positiv effekt er oppfylt.[89]

10.2. Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

Statistikk oversendt fra klinikken viste at alle seksjoner hadde hatt pasienter med vedtak om tvangsmedisinering i tidsrommet 2016–2018. Enkelte seksjoner hadde også hatt noen få vedtak om tvungen ernæring overfor pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.[90] Seksjonene for psykose hadde klart flest vedtak om tvangsmedisinering. Omfanget varierte betydelig mellom de tre psykosepostene: Seksjon S5, med Bergen sentrum som opptaksområde, hadde registrert 46 vedtak i 2017, mens seksjon S3 og S4 hadde henholdsvis 22 og 24 vedtak samme år. Seksjon S5 hadde samtidig et lavere antall innleggelser (både totalt og tvangsinnleggelser) i 2017 sammenliknet med de to andre seksjonene. Inntakskriteriene var basert på geografisk opptaksområde, men var ellers identiske. Det kom ikke fram noe ytterligere som kunne forklare de store forskjellene i antall vedtak om tvangsmedisinering.

Flere av pasientene som ble eller hadde vært medisinert mot sin vilje, opplevde plagsomme bivirkninger som vektøkning, skjelvinger i hender, svimmelhet og følelse av utmattelse. Noen pasienter opplyste at de stod på flere antipsykotiske legemidler samtidig. En del pasienter hadde opplevd gjennomføringen av tvangsmedisineringen som krenkende. Noen av pasientene hadde opplevd tvangsmedisinering med høye doser av antipsykotiske legemidler over lange tidsrom, og uttrykte dyp fortvilelse og uro over den pågående tvangen og helsetilstanden sin.

[86] Prop. 147 L (2015-2016), side 39.
[87] FNs torturkomité, konkluderende merknader til Norges åttende rapport om gjennomføringen av FNs torturkonvensjon, 5. juni 2018, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 22 e). Se også FNs menneskerettskomité, konkluderende merknader til Norges sjuende rapport om gjennomføringen av FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, 25. april 2018, CCPR/C/NOR/CO/7, avsnitt 22–23.
[88] Sivilombudsmannens uttalelse 18. desember 2018 i klagesak 2017/43, Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt.
[89] Sivilombudsmannens uttalelse 21. januar 2019 i klagesak 2017/3156, Fylkesmannens vedtak om tvangsmedisinering – krav om «stor sannsynlighet» for vesentlig positiv effekt og enkelte andre vilkår.
[90] Psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav b.

All tvang skal ifølge psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak.[91] Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene ved tiltaket. Dette er strenge rettslige krav. For det første må tiltaket være strengt nødvendig, slik at ethvert mindre inngripende tiltak som er tilstrekkelig for å oppnå formålet, skal benyttes. For det andre innebærer kravet om at den gunstige virkningen *klart* må oppveie ulempene, at kravet om forholdsmessighet mellom inngrepet og det som søkes oppnådd, er strengt. Sivilombudsmannen vil understreke at disse vurderingene skal gjøres i alle tilfeller det er aktuelt å fatte vedtak om behandling uten pasientens samtykke.

Mange pasienter opplevde at de ikke hadde mottatt god nok informasjon om bivirkninger av medikamentene de stod på, og at de hadde liten mulighet til å påvirke egen behandling. Dette er i samsvar med funn fra en spørreundersøkelse av Folkehelseinstituttet ved Helse Bergen, psykiatrisk klinikk i 2016.[92] I undersøkelsen, som ble besvart av 57 pasienter, oppga 60 prosent at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde innflytelse på sin egen medisinering. Resultatet var klart dårligere enn resultater for landet samlet, der 29 prosent var like misfornøyd. 44 prosent mente at de var blitt feilbehandlet under det aktuelle behandlingsoppholdet.

Anbefalinger

- Klinikken bør sikre at faglige ansvarlige ved vurdering av vedtak om behandling uten eget samtykke alltid foretar en vurdering av om tiltaket er strengt nødvendig og forholdsmessig.
- Klinikken bør påse at det alltid gis tilpasset informasjon om forventet virkning og mulige bivirkninger av legemidler, også ved behandling uten samtykke.

10.3. Vedtak om behandling uten eget samtykke

En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak om behandling uten eget samtykke avdekket flere svakheter når det gjaldt utformingen av vedtak.[93] Gjennomgangen viste også at man i flere tilfeller ikke hadde dokumentert vurderinger av om alle lovens vilkår etter § 4-4 første til fjerde ledd var oppfylt.

Klinikken hadde tatt i bruk reviderte vedtaksmaler etter endringene i psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd og ny §4-4a. Vedtaksmalene omfattet ikke lovkravet om at behandlingen anses klart i

[91] Se også psykisk helsevernforskriften § 15 første ledd.
[92] Kjøllesdal J.K, Holmboe O, Danielsen K, Haugum M, Iversen HH. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016. Rapport nr. 2017: 234. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
[93] Gjennomgangen var basert på tre vedtak om behandling uten eget samtykke per seksjon, med tilhørende tvangsprotokoll. Det ble også innhentet tilleggsinformasjon vedrørende enkelte andre vedtak.

samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.[94] Som konsekvens ble det derfor ikke gitt noen konkret begrunnelse for at dette vilkåret var oppfylt i det enkelte tilfellet.[95]

Gjennomgangen avdekket også svakheter når det gjaldt vilkåret om at pasienten manglet samtykkekompetanse.[96] Det ble funnet flere tilfeller der den vedtaksansvarlige hadde huket av i vedtaksmalen for at pasienten manglet samtykkekompetanse uten at det var gitt begrunnelse for dette, eller hvor det ble henvist til en redegjørelse for sykdomsforløp andre steder i vedtaket. I noen tilfeller ble manglende samtykkekompetanse begrunnet med manglende «sykdomsinnsikt», uten at vurderingene eller omstendighetene som begrunnet dette var nærmere beskrevet: «Pasienten oppfatter seg ikke som psykisk syk og mener derfor at [hun/han] ikke trenger behandling».

Vilkåret om at legemiddelbehandling bare kan gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser, var gjengitt i malen.[97] Det var også kravet om at legebehandling bare kan gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Malen la imidlertid ikke opp til at den faglig ansvarlige skrev inn en individuell begrunnelse for disse vilkårene. Det innebar at ingen av vedtakene inneholdt en vurdering av hvordan disse vilkårene ble vurdert i forhold til den enkelte pasient.[98]

Begrunnelsen for at vilkåret om at behandling med legemidler «med stor sannsynlighet» ville gi positiv behandlingseffekt, var i mange tilfeller mangelfull.[99] I flere tilfeller ble dette kun slått fast uten noen nærmere begrunnelse. I mange tilfeller bar begrunnelsen preg av at vurderingene ikke var knyttet til pasienten selv eller til hvilke legemidler det var planlagt å benytte.[100] Som nevnt ovenfor knytter kravet om «stor sannsynlighet» seg til den enkelte pasient og ikke en gruppe pasienter.[101] At kravet er oppfylt, må derfor begrunnes for den enkelte pasienten.

Også de andre opplysningene som skal nedtegnes etter § 4-4a manglet en begrunnelse som var knyttet til virkningen for den enkelte pasienten. I stedet viste vedtakene til generell kunnskap om behandlingsmessig effekt og bivirkninger av legemidlene. En del vedtak manglet nedtegning av planlagt dosering.[102] For eksempel fremgikk det at ulike navngitte legemidler skulle gis «i alle doseringer», «i terapeutiske doser» eller liknende. Dette er uholdbart, ettersom doseringen vil kunne gi store utslag i risiko for bivirkninger.

Samlet sett synes det å være behov for tiltak som sikrer at vurderingene av om lovens vilkår er oppfylt, blir tilstrekkelig dokumentert. Behandling uten eget samtykke er et meget alvorlig inngrep i

[94] § 4-4 første ledd første punktum.
[95] Dette er et materielt lovkrav, som skal begrunnes i det enkelte tilfellet, jf. § 4-4a første ledd nr. 1. Les mer om dette i Helsedirektoratet, Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4a jf. § 4-4, revidert januar 2018, IS–2229, side 30 flg.
[96] § 4-4 første ledd andre og tredje setning jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
[97] § 4-4 annet ledd bokstav a.
[98] Dette er materielle lovkrav, som skal begrunnes i det enkelte tilfellet, jf. § 4-4a første ledd nr. 1. Les mer om dette i Helsedirektoratet, Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4a jf. § 4-4, revidert januar 2018, IS–2229, side 30 flg.
[99] § 4-4 fjerde ledd andre setning.
[100] Unntaket var dersom pasienten tidligere hadde stått på legemiddelet, eller allerede hadde et pågående vedtak om behandling som det var aktuelt å forlenge.
[101] Sivilombudsmannens uttalelse 18. desember 2018 i klagesak 2017/43, Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt.
[102] § 4-4a andre ledd nr. 2–11.

den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse, og det er derfor avgjørende at pasientens rettssikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte. Sivilombudsmannen har merket seg at det er få føringer i klinikkens retningslinjer om hvordan vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-4 skal forstås og anvendes i praksis. Klinikken oppfordres til å se nærmere på Helsedirektoratets lovkommentarer om vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige psykiske lidelser og kommentarene til lov- og forskriftsbestemmelsene om behandling uten eget samtykke.[103]

Anbefaling

- Klinikken bør iverksette tiltak for å sikre at pasienter ikke utsettes for ulovlige vedtak om tvangsmedisinering.

[103] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS 1/2017, se kommentarer til loven § 2-1, kommentarer til loven §§ 4-4 og 4-4a og kommentarer til forskriften §§ 19-22.

11. Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (tidligere kalt elektrosjokkbehandling; 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.

Det er faglig uenighet i behandlingsmiljøer om bruk av ECT og om ECT kan føre til varige hjerneskader.[104] En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.[105]

11.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Fordi ECT-behandling regnes som et alvorlig inngrep, er det i utgangspunktet forbudt å gjennomføre inngrepet uten pasientens informerte samtykke.[106] For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake.

I spesielle nødrettssituasjoner har norske myndigheter likevel åpnet for bruk av ECT uten samtykke. Som hjemmel brukes straffelovens nødrettsbestemmelse. Straffeloven 2005 § 17 lyder slik:

> «En handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den
>
> a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og
>
> b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.»

I lovforarbeidene til psykisk helsevernloven uttalte departementet at

> «nødretten kan komme inn som et eget grunnlag for å gi ECT-behandling uten pasientens samtykke, dersom det er fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Det vises her til straffeloven § 47 [nå straffeloven 2005 § 17], som krever at det må foreligge en uavvendelig fare som ikke kan avverges på annen måte og som må anses særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT-behandling uten samtykke utgjør. Behandlingen kan således bare utføres i en akuttsituasjon som ikke kan avhjelpes med andre midler, f. eks bruk av psykofarmaka, og den kan bare fortsette til den konkrete faren er avverget. En slik akuttsituasjon vil det typisk være hvor det foreligger en overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon.» [107]

[104] 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.
[105] Se oversikt: https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykisk-helsevern
[106] Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd.
[107] Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) side 108–109.

Bruk av ECT-behandling med hjemmel i straffelovens nødrettsbestemmelse har medført kritikk fra flere internasjonale menneskerettighetsorganer. I sine avsluttende merknader til Norge i 2013 anbefalte FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter at norske myndigheter

> «incorporate into the law the abolition of the use of (...) the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as (...) electroconvulsive therapy».[108]

I sin rapport etter et landbesøk i Norge 19.–23. januar 2015 uttrykte Europarådets menneskerettighetskommissær, Nils Muiznieks, bekymring over bruk av ECT på nødrett og understreket betydningen av å sikre pasientens frie og informerte samtykke.[109]

Helsedirektoratet har i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2016 uttalt at det er grunn til å vurdere behovet for regelverksutvikling av ECT gitt på nødrettslig grunnlag.[110] Direktoratet uttalte blant annet at «Det er [...] et spørsmål om nødrett er et tilstrekkelig rettsgrunnlag. ECT gis ved narkose, og krever en behandlingsserie over flere ganger for å gi god effekt». Direktoratet anbefalte derfor at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag vurderes nærmere av det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget.[111] Det bemerkes at straffeloven 2005 § 17 er en bestemmelse som kan gjøre en ellers straffbar handling lovlig, dersom vilkårene er oppfylt. Etter ombudsmannens oppfatning står dagens bruk av nødrett som et eget rettsgrunnlag for å gi ECT uten samtykke i et problematisk forhold til Grunnlovens krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.[112]

Helsedirektoratet utgav 26. juni 2017 «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling». Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag presiseres det:

> «Bruk av ECT uten samtykke vil kun være aktuelt å vurdere i situasjoner hvor:
>
> • det foreligger en akuttsituasjon for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand, vanligvis en alvorlig depresjon, og det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller alvorlig helseskade uten adekvat helsehjelp,
>
> • ECT fremstår som det eneste forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge akutt fare,
>
> • andre mindre inngripende behandlingstiltak ikke har ført frem eller ikke er aktuelle, og
>
> • en forholdsmessighetsvurdering tilsier at faren anses som særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT uten samtykke utgjør.» [113]

[108] UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations – Norway, 13 December 2013, E/C.12/NOR/CO/5.
[109] Report by Nils Muiznieks, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his visit to Norway 19 to 23 January 2015, CommDH (2015) 9.
[110] Helsedirektoratet, Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag – behov for regelverksutvikling, brev 4. juli 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet.
[111] Regjeringen oppnevnte 17. juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Utvalget ledes av professor Bjørn Henning Østenstad.
[112] Grunnloven § 113.
[113] Helsedirektoratet (juni 2017): Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, side 26-28.

Videre stilles det krav til dokumentasjon av beslutningen om bruk av ECT uten samtykke for hvert enkelt tilfelle av behandling, og det presiseres at bruken bare kan opprettholdes inntil den konkrete faren er avverget. Pasienter eller en representant for pasienten som mener at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag var urettmessig, kan klage til Fylkesmannen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Kontrollkommisjonen ble i 2018 gitt i oppgave å føre kontroll med institusjonens beslutning om å iverksette ECT på nødrettsgrunnlag.[114] Som ledd i kontrollen må institusjonen legge fram alle beslutninger om bruk av ECT på nødrettsgrunnlag for kommisjonen til gjennomgang. Ved gjennomgangen skal kommisjonen kontrollere at det forelå en nødrettssituasjon, og at beslutningen fremstår tilstrekkelig vurdert og begrunnet. Dersom gjennomgangen avdekker alvorlige mangler, eller det fremkommer andre opplysninger om praksis som er alvorlig, skal kommisjonen melde dette til fylkesmannen.

FNs torturkomité uttrykte i 2018 bekymring for bruk av ECT mot pasienters vilje i Norge, og anbefalte blant annet at myndighetene vurderer å forby praksisen ved lov.[115]

11.2. ECT-behandling ved Psykiatrisk klinikk

Seksjon for ECT var organisert under Avdeling for alderspsykiatri ved klinikken. Ifølge tilsendt statistikk ble det i 2018 (t.o.m. 21. juni) gitt 250 enkeltbehandlinger (28 behandlingsserier), fordelt på 27 pasienter. Tall fra 2017 viste at det ble gjennomført totalt 794 enkeltbehandlinger (91 behandlingsserier), fordelt på 85 pasienter.

Under besøket ble både pasienter og behandlere spurt om bruk av ECT. Behandlerne som hadde vært involvert i å anbefale ECT beskrev hvordan informasjon ble gitt til pasientene om innholdet, gjennomføringen og behandlingsprognosene for behandlingen. Klinikken hadde en metodebok som beskrev prosedyrene for ECT-behandling. Samtykkeskjema for skriftlig samtykke fra pasientene ble benyttet både ved oppstart av ECT-behandling og ved vedlikeholdsbehandling. Den skriftlige informasjonen som var laget for pasientene ga en beskrivelse av forventede virkninger og mulige bivirkninger og viste til manglende kunnskap om langsiktige bivirkninger.

Ingen av pasientene som hadde mottatt ECT, oppga at de hadde opplevd seg utsatt for utilbørlig overtalelse eller press for å motta behandling, eller at de ikke hadde fått tilrettelagt informasjon om ECT-behandlingen. Det fremkom likevel informasjon fra behandlersiden om at det enkelte ganger hadde vært helt på grensen om samtykket kunne betraktes som fritt og informert, på grunn av pasientens allmenntilstand eller sterk ambivalens.

11.3. ECT gitt på nødrett ved Psykiatrisk klinikk

Klinikken oppga at ECT på nødrettsgrunnlag ble benyttet overfor ni pasienter i tidsrommet 2016–2018. I forkant av besøket fremla klinikken en nylig utformet intern prosedyre om bruk av ECT på nødrett. I prosedyren ble det understreket at tiltaket ikke hadde hjemmel i psykisk helsevernloven og

[114] Helsedirektoratets brev til kontrollkommisjonene i psykisk helsevern, Behov for styrket kontroll med bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke, 17. april 2018.
[115] FNs torturkomité, konkluderende merknader til Norges åttende rapport om gjennomføringen av FNs torturkonvensjon, 5. juni 2018, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 22 i).

at ECT-behandling ikke kunne gis dersom pasienten er for syk til å gi informert samtykke. Unntakene for helt spesielle nødsituasjoner var i samsvar med føringer fra Helsedirektoratet om dette.

En gjennomgang av de ni sakene viser at de fleste pasientene som hadde mottatt ECT på nødrett, var diagnostisert med alvorlig depresjon med psykotiske symptomer. De fleste av pasientene hadde også problemer med næringsinntak på grunn av svekket almenntilstand, katatoni eller liknende tilstander. Det forekom også at pasientens alvorlige tilstand var et resultat av alvorlige bivirkninger av legemidler («Malignt nevroleptikasyndrom»). Mange av behandlerne ved klinikken hadde et reflektert forhold til de strenge grensene for bruk av ECT på nødrett, og de etiske dilemmaene der ECT gis uten informert samtykke. Det ble også vist til at det ofte fantes virksomme alternative behandlingstiltak, også for svært alvorlige tilfeller.

Enkelte av de dokumenterte begrunnelsene for iverksetting av ECT på nødrett fremstår likevel som svært problematiske. I en beslutning om iverksetting av nødrettsbehandling fremgikk følgende begrunnelse:

> «ECT vurderes å være den raskest effektive og mest skånsomme behandling for [X] katatone psykotiske tilstand nå. Uten rask psykiatrisk behandling, vil [X] ikke kunne ta til seg næring eller kooperere om behandling, medikamentell behandling ville ta noe lengre tid og ha noe mer usikker effekt.»

Slik begrunnelsen er formulert, fremstår det som tvilsomt at ECT fremstod som det eneste forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge akutt fare.

I et journalnotat for en pasient som skulle gis sin sjuende nødrettsbehandling med ECT, fremgår det at:

> «Det foreligger ingen absolutt behandlingsalgoritme vedrørende malign katatoni, men det kan være aktuelt med inntil 20 ECT-behandlinger før full effekt kan vurderes. Derfor besluttes det å gi ytterligere behandling med ECT på nødrett, ny vurdering etter behandling nr. 12.»

Slik denne begrunnelsen er formulert, fremstår det som at det er besluttet at pasienten skal ha fem ECT-behandlinger på nødrett før en ny nødrettslig vurdering skal gjøres. Denne vurderingen fremstår som problematisk i lys av reglene om nødrett, inkludert Helsedirektoratets tydelige krav om nødrettsvurdering før hvert enkelt tiltak.

Sivilombudsmannen finner grunn til å understreke at nødrett ikke under noen omstendighet er et tilstrekkelig rettsgrunnlag for å etablere et behandlingsopplegg som strekker seg utover det som er nødvendig for å avverge en akutt fare for pasientens helse.

Anbefalinger

- Klinikken bør sikre tilstrekkelig dokumentasjon av hvert enkelt tilfelle der ECT på nødrett benyttes.
- Klinikken bør gjennomgå sine rutiner for bruk av ECT på nødrett for å sikre at pasienter ikke utsettes for en ulovlig praksis.

12. Medvirkning og informasjon

12.1. Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Rett til informasjon og medvirkning er grunnleggende rettigheter for alle pasienter, inkludert i det psykiske helsevernet.[116] Pasientene har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Helsetjenestene har plikt til å involvere pasienten i behandlingen. En forutsetning for å kunne medvirke i behandlingen er at pasientene får oppfylt sin rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasientenes reelle mulighet til å medvirke i egen behandling er også et viktig tiltak for å forebygge umenneskelig og nedverdigende behandling. I psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd fremgår det at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Stortinget vedtok 19. januar 2017 endringer i psykisk helsevernloven for å styrke pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet. Flere av lovendringene, som trådte i kraft 1. september 2017, ble vedtatt for å styrke pasientens mulighet til å medvirke i behandlingen.

Endringene omfattet en plikt til å gi pasienten anledning til å uttale seg der dette er mulig, før det eventuelt fattes vedtak om tvangstiltak under en innleggelse i psykisk helsevern.[117] Videre ble det etablert en plikt til å evaluere inngripende tvangstiltak sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet, ved at pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken.[118] Pasientens syn på iverksatte tiltak skal også journalføres. En slik evaluering skal skje etter avslutning av skjerming (§ 4-3), undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§4-4), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (§ 4-6 første ledd), undersøkelse etter § 4A-4 andre ledd og tredje ledd, rusmiddeltesting (§ 4-7a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8).

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 (se kapittel 9 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*).[119] Momenter som kommer frem i slike samtaler kan for eksempel trekkes inn ved trening av ansatte på forebygging gjennom kommunikasjon og kroppsspråk i tilspissede situasjoner.

12.2. Informasjon om rettigheter, regler og rutiner

God og tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om rettigheter, regler og rutiner er en forutsetning for at pasienten skal kunne medvirke i behandlingen.

[116] Se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 jf. psykisk helsevernloven § 1-5.
[117] Se psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.
[118] Lovvedtak 50 (2016–2017), 19. januar 2017, § 4-2 tredje ledd.
[119] Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2006) 35-part, avsnitt 46.

Alle seksjonene hadde velkomstbrosjyrer eller husordensregler tilgjengelig for pasientene med informasjon om bl.a. tilbudet i seksjonen, dagsplan, regler for besøk, utgang og allmenne husordensregler. Pasientene var i hovedsak godt orientert om disse forholdene.

Det var likevel få pasienter som opplevde å ha fått god informasjon om rettighetene sine under oppholdet. Svært få skriftlige oppslag om pasientenes rettigheter som tvangsinnlagt var tilgjengelige ute i sengepostene eller andre steder der pasientene ferdes. Helsedirektoratets brosjyre om rettssikkerhet ved tvang, som blant annet inneholder informasjon om kontrollkommisjonenes rolle, var ikke allment tilgjengelig for pasientene. Denne skal ifølge Helsedirektoratet tilbys til alle pasienter.[120] Det manglet også oppslag ute i seksjonene om den lokale kontrollkommisjonen, inkludert informasjon om navn på medlemmer, kontaktinformasjon og tidspunkter for varslede besøk.[121]

Brosjyren om rettssikkerhet ved tvang laget av Helsedirektoratet inneholder viktig informasjon om tilgjengelige klageordninger, og om hvordan pasientene går fram for å benytte disse. Sivilombudsmannen har samtidig merket seg at det mangler sentralt utformet, tilpasset informasjonsmateriell til pasientene om hvilke regler som gjelder ved selve oppholdet under tvungent psykisk helsevern. Blant annet finnes det lite informasjon om hvilke regler som gjelder bruk av tvangsinngrep som tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering. Det mangler også informasjon om regler for visitering og bagasjegjennomgang, inndragning av mobiltelefon og besøk. Tilpasset informasjon om rettslig vern mot iverksetting og gjennomføring av tvangstiltak er viktig for pasientenes rettssikkerhet. Det kan bidra til klarhet for pasienten og pårørende i hva som er lovlige tiltak under opphold i en døgnenhet, både for tvangsinnlagte pasienter og de som er lagt inn på frivillig grunnlag. Helsedirektoratet bør vurdere behovet for å få laget tilpasset informasjonsmateriell om dette.

Anbefaling

- Skriftlig informasjonsmateriell om pasientenes rettigheter og tilgjengelige klageordninger bør gjøres tilgjengelig i fellesområdene på alle seksjoner.

12.3. Pasientinvolvering etter tvangsbruk

Det ble ikke gitt rutinemessige tilbud til pasientene om samtaler der inngripende tvangstiltak var blitt gjennomført, slik loven krever. Ved de fleste seksjonene ble tilbud om evalueringssamtaler ikke gjennomført for andre tvangstiltak enn mekaniske tvangsmidler, og heller ikke for slike tvangstiltak skjedde dette regelmessig. I klinikkens retningslinjer er plikten til å tilby evalueringssamtale kun nevnt i rutinene for bruk av tvangsmidler. Sivilombudsmannen vil understreke at klinikken er forpliktet til å tilby minst én samtale om hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken også etter

[120] Helsedirektoratet, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016, 27. september 2016.
[121] Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, sist oppdatert 19. desember 2016, IS 6/2016, se kapittel om velferdskontroll.

andre inngripende tvangstiltak, som skjerming som pasienten motsetter seg, behandling uten eget samtykke og andre tvangsmidler. [122]

Akuttseksjonene viste til praktiske vanskeligheter med å tilby slike samtaler, inkludert kort oppholdstid og at tilbud om slike samtaler var mest hensiktsmessig ved eventuell overføring til en seksjon med lengre oppholdstid. Funn gjort under besøket viste at det ikke var noen rutine som sikret at pasientene ble tilbudt en slik samtale etter overføring til en annen seksjon. En slik rutine vil heller ikke ivareta hensynet til pasienter som skrives ut direkte fra akuttseksjonene.

Enkelte pasienter som hadde vært utsatt for tvangsbruk, etterlyste en slik samtale. Der slik evaluering ble gjennomført, skjedde det som regel i regi av ansvarlig behandler og eventuelt pasientens primærkontakt. Det fremkom uklarheter omkring hvem som hadde ansvar for at evalueringssamtalene ble tilbudt og gjennomført.

Funn gjort under besøket viste også at noen pasienter som hadde deltatt i evalueringssamtaler hadde opplevd dette som ubehagelig. En pasient opplevde at fokuset i samtalene utelukkende var å få pasienten til å forstå hvorfor tvangstiltaket var nødvendig. Formålet med samtalene er læring for ansatte, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling.[123] Det er derfor viktig at samtalene tar utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd hendelsesforløpet og tvangsbruken. Det synes å være behov i klinikken for en kvalitetssikring av hvordan slike samtaler skal gjennomføres for å fungere etter intensjonen.

Sivilombudsmannen understreker at lovendringene ble vedtatt i januar 2017, og at klinikken har hatt god tid til å gjennomføre endringene. Rutinene bør derfor innskjerpes og tydeliggjøres.

Anbefaling

- Klinikken bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys til alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.

[122] Psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.
[123] Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29. november 2017, IS 1/2017, se kommentarer til phvl. § 4-2 tredje ledd.

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