



**SIVILOMBUDSMANNEN**

**BESØKSRAPPORT**

**Sykehuset Østfold,  
psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering,  
alderspsykiatrisk seksjon**

**9.-11. oktober 2018**



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



## SIVILOMBUDSMANNEN

Sykehuset Østfold  
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling  
v/ kliniksjeff Irene Dahl Andersen  
Pb. 300  
1714 GRÅLUM

Vår referanse  
2018/3126

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Aina Holmén

Dato  
01.04.2019

### **Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 9.–11. oktober 2018**

Det vises til Sivilombudsmannens besøk til Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, seksjon for alderspsykiatri, 9.–11. oktober 2018. Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen utgangen av 14. juni 2019.

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

Aage Thor Falkanger  
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik  
kontorsjef  
forebyggingsenheten

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

Fylkesmannen i Oslo og Viken  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Helsedirektoratet  
Kontrollkommissjon 1 Østfold



**SIVILOMBUDSMANNEN**

## **BESØKSRAPPORT**

**Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, seksjon for  
alderspsykiatri**

9.-11. oktober 2018

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Tortur og umenneskelig behandling .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Generell informasjon om alderspsykiatrisk seksjon.....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Gjennomføring av besøket .....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Fysiske forhold ved alderspsykiatrisk seksjon .....</b>	<b>9</b>
	6.1 Skjermingsrommet i alderspsykiatrisk seksjon .....	11
<b>7</b>	<b>Aktivisering .....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Bruk av tvangsmidler.....</b>	<b>13</b>
	8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	13
	8.2 Omfang av tvangsmiddelbruk.....	14
	8.3 Mekaniske tvangsmidler .....	14
	8.4 Kortvarig fastholding.....	14
<b>9</b>	<b>Skjerming .....</b>	<b>16</b>
	9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	16
	9.2 Omfang av og vedtak om skjerming .....	17
	9.3 Gjennomføring av skjerming.....	18
<b>10</b>	<b>Behandling uten eget samtykke .....</b>	<b>19</b>
	10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	19
	10.2 Omfang av tvangsmedisinering .....	20
	10.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke .....	21
<b>11</b>	<b>Forebygging av tvangsbruk.....</b>	<b>22</b>
	11.1 Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk .....	22
	11.2 Pasientmedvirkning for å forebygge tvangsbruk.....	24
<b>12</b>	<b>Andre inngrep.....</b>	<b>26</b>
	12.1 Samtykkekompetanse.....	26
	12.2 Husordensregler.....	26
<b>13</b>	<b>Informasjon til pasienter innlagt i psykisk helsevern .....</b>	<b>28</b>
<b>14</b>	<b>Klage og kontroll.....</b>	<b>29</b>
	14.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk .....	29
	14.2 Kontrollkommisjonen ved Sykehuset Østfold.....	29

# 1 Tortur og umenneskelig behandling

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner som er bindende for Norge.

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. 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 nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013

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

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

## 2 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013. Konvensjonen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at personer som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.<sup>1</sup> Sivilombudsmannen fikk denne oppgaven, og det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved vårt kontor for å utføre denne.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres. Enheten besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

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

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

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger om hvordan stedet kan forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

---

<sup>1</sup> Sivilombudsmannsloven § 3 a.

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

### 3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte 9.-11. oktober et besøk til Sykehuset Østfold, seksjon for alderspsykiatri. Seksjonen lå under Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering. Det ble i samme periode også gjennomført besøk til seksjonene for sikkerhetspsykiatri, som omtales i egen rapport.

Seksjonen var plassert i 3. etasje i sykehuset. Pasienter uten utgang eller som kunne oppleve det som utfordrende å finne fram til enten takterrasse eller hovedinngang, hadde kun mulighet til å få frisk luft ved å gå ut på en innburet balkong. Både pasientrom og fellesarealer hadde hvite og sterile flater, uten farge eller kontraster. På pasientrommene hadde ikke pasientene muligheten til selv å styre persiennene, som dessuten var gjennomskjinnelige. Skjermingsrommet besto av ett stort rom og et bad, og en egen liten innburet balkong. Rommet hadde seng med ferdig monterte remmer til belter, som hang godt synlig ned fra sengen.

Funn under besøket tydet på at det var usikkerhet knyttet til vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter som var innlagt på tvang. I ett tilfelle ventet man med å endre innleggelsesparagraf en uke selv om man vurderte pasienten som samtykkekompetent. Dette er det ikke anledning til. Dersom pasienten gjenvinner samtykkekompetanse underveis i behandlingen, har vedkommende rett til å avslutte behandlingen.

Det var gjennomgående lav forekomst av tvangsbruk ved seksjonen. Imidlertid ble ikke alle situasjoner der pasienter ble holdt fast mot sin vilje av ansatte, vedtaksført. Det hersket blant annet tvil i ansattgruppen om man kunne holde en pasient en periode før det ble skrevet vedtak, og hvor lang denne perioden i så fall kunne være. Vedtaksansvarlige var også usikre på om det skulle fattes et eget vedtak dersom en pasient som var på skjerming, ble holdt fast. Disse forholdene gjorde at seksjonen ikke hadde sikre tall for utøvelsen av tvang, og at pasienters rettigheter til blant annet å klage ikke fullt ut var ivaretatt.

Det syntes som det var lite interesse for og kunnskap om forekomst og utvikling av tvangstall ved seksjonen og hos avdelingsledelsen. Det var en oppfatning hos ledelsen om at tall på hvor ofte tvangsmidler ble brukt, i hovedsak var en konsekvens av pasientene som var innlagt og ikke forhold som seksjonen gjennom sin praksis kunne påvirke. Miljøpersonalet hadde ikke kjennskap til eventuell nedgang eller oppgang i bruk av tvangsmidler.

### Anbefalinger

#### Fysiske forhold

- Avdelingen bør sikre at pasientene har mulighet til å få styre dagslysinfall på egne rom.
- Sykehuset bør foreta en vurdering av om skjermingsrommet er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å kompensere for de svært begrensede bevegelsesmulighetene i seksjonens skjermingsrom.
- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

**Bruk av tvangsmidler**

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

**Skjerming**

- Avdelingen bør sikre at alle vedtak, inkludert forlengelse av skjerming, alltid er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

**Behandling uten eget samtykke**

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

**Forebygging av tvangsbruk**

- Avdelingen bør sikre at man får god oversikt og kunnskap om tvangsbruk på de ulike seksjonene, og at vedvarende variasjoner i tvangsbruk mellom seksjonene bør undersøkes.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienten får uttale seg om tvangsvedtak og skjerming i forkant av at vedtaket fattes. Dersom dette ikke vurderes som mulig, må det begrunnes i vedtaket.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.

**Andre inngrep**

- Seksjonen bør sikre at pasienter som gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen uten opphold.
- Seksjonen bør sikre at vedtakene inneholder gode nok redegjørelser for vurdering av samtykkekompetanse.
- Seksjonen bør gjennomgå husordensreglene for å sikre at innskrenkning i kontakt med andre, samt mulighet for utskriving, skjer i samsvar med loven.

**Informasjon**

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

**Klage og kontroll**

- Kontrollkommisjonen bør ha mulighet til å gjennomføre private samtaler med pasienter uten ansatte tilstede, med mindre dette ikke er mulig av sikkerhetshensyn. Samtalen bør uansett ikke kunne overhøres av ansatte.



## 4 Generell informasjon om alderspsykiatrisk seksjon

Alderspsykiatrisk seksjon er en døgnseksjon under Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering ved Sykehuset Østfold. Avdelingen ligger under Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Avdelingens døgnseksjon er lokalisert på Sykehuset Østfold Kalnes, sentralt plassert i Østfold.<sup>3</sup> Sammen med Sykehuset Østfold Moss, utgjør Sykehuset Østfold Kalnes sykehustilbudet for 300.000 mennesker bosatt i Østfold.

Alderspsykiatrisk seksjon har én sengepost med 10 plasser samt én skjermingsenhet. Seksjonen utreder og behandler personer som har fått en alvorlig psykisk sykdom etter fylte 65 år. I tillegg utredes kompliserte demenstilstander. På sykehusets hjemmesider står det at seksjonen ikke har akuttfunksjon, og at døgnenheten kun har planlagte innleggelser. Imidlertid oppgis det at 41 % av pasientene ved seksjonen siste år kom som øyeblikkelig hjelp. De fleste pasientene var innlagt frivillig (psykisk helsevernloven § 2-1) ved seksjonen siste år, mens over en tredjedel var innlagt på tvang (psykisk helsevernloven (§§ 3-2 og 3-3)). Dette gjaldt 15 av 41 innleggelser så langt i 2018. Seksjonen hadde noe varierende antall innleggelser de siste årene. Gjennomsnittlig liggetid per år varierte mellom 44 og 54 dager. Seksjonen rapporterte om høyt belegg de siste tre årene (2016, 2017 og frem til innrapportering i 2018), på mellom 82 og 87 %.

Arbeidet med pasienter ledes av pasientansvarlig lege eller psykolog, og seksjonen har rutiner for pårørendearbeid. Pårørende får informasjonsbrosjyre ved innleggelse, blir tilbudt pårørendesamtale 1-2 uker etter innleggelse og deltar på samarbeidsmøtet før utskriving. Seksjonen opplyser å være opptatt av å arbeide målrettet med informasjon til pårørende og primærhelsetjenesten samt å avklare videre oppfølging og ansvarsforhold etter utskriving.

---

<sup>3</sup> Avdelingen har til sammen ti døgnseksjoner, inkludert akuttpsykiatrisk mottak, psykoseposter og affektiv post.

## 5 Gjennomføring av besøket

I august 2018 ble Sykehuset Østfold varslet om at det ville bli gjennomført besøk til Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering i perioden 1. oktober til 15. desember 2018. Besøket omfattet de to lokale sikkerhetsseksjonene og alderspsykiatrisk seksjon og ble gjennomført 9.-11. oktober 2018. Denne rapporten omtaler funn og anbefalinger ved alderspsykiatrisk seksjon, se egen rapport fra de sikkerhetspsykiatriske seksjonene.

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

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

Senere samme dag ble det gjennomført et innledende møte med avdelingsleder, seksjonsledere og representanter for behandlergruppen.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og ledere for seksjonene. Samtaler med pasientene ble særlig vektlagt. Forebyggingsenheten ble møtt med en hjelpsom innstilling under besøket.

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

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Aage Thor Falkanger (sivilombudsman)
- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog/ PhD)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Silje Sønsterudbråten (rådgiver, samfunnsviter)
- Else Marie Molund (psykologspesialist, ekstern ekspert)

## 6 Fysiske forhold ved alderspsykiatrisk seksjon

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

Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen. <sup>4</sup> Enkelte studier tyder også på at de fysiske omgivelsene i seg selv kan bidra til å oppnå reduksjon av tvang. En amerikansk forskningsstudie publisert i 2014 sammenliknet effekten av fire ulike tiltak for å redusere bruk av tvang på et psykiatrisk sykehus. <sup>5</sup> Endringer i de fysiske omgivelsene viste sterkest sammenheng med reduksjon av tvang. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger. <sup>6</sup> Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten.

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

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»<sup>7</sup>

Flere studier trekker frem at blant annet god nok plass, oversiktighet og flere områder å spille på, er et viktig tiltak for å redusere tvang i psykiatriske sykehus. <sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Se bl.a. Jenkins, O., Dye, S., & Foy, C. (2015). A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), 27-35. doi:10.1017/S1742646414000065; Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T., & Nicholls, D. (2009). The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 207-211; og Alexiou, E., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Wijk, H. (2016). The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of forensic and legal medicine*, 42, 1-7.

<sup>5</sup> Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., ... & Frueh, B. C. (2014). Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Tiltakene omfattet opplæring i traumebasert omsorg, endringer i husregler og språkbruk, økt brukerinvolvering og enkle endringer i de fysiske omgivelsene (male vegger i nye farger, sette frem pyntegenstander, bytte ut gamle møbler, plassere interiør slik at det fremmer interaksjon mellom pasienter og ansatte). Hver avdeling gjennomførte disse tiltakene i randomisert rekkefølge. De samme forskerne gjennomførte en oppfølgingsstudie flere år etterpå som viste at redusert bruk av tvangstiltak hadde vedvart.

<sup>6</sup> Rohe, T. et al. (2017). Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures, *Der Nervenarzt* 88, side 70-77.

<sup>7</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), *Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf (98) 12-part, avsnitt 34.*

<sup>8</sup> Ulrich, R. S., Bogren, L., & Lundin, S. (2012). Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. Paper submitted to the conference ARCH12. Chalmers, Gothenburg, November 2012.

Sykehusbygget på Kalnes åpnet i november 2015. Alderspsykiatrisk seksjon var før dette lokalisert på Veum utenfor Fredrikstad.

Sykehusets del for psykisk helsevern var fordelt over tre etasjer. Seksjonen var plassert i 3. etasje. For å komme ut i frisk luft måtte pasientene enten ned til 1. etasje og hovedinngangen eller ut av seksjonen til avdelingens takterrasse. Pasienter innlagt i denne seksjonen hadde ofte problemer med orienteringsevne og kunne også ha problemer med fysisk forflytning. Dersom de ikke hadde utgang eller opplevde det utfordrende å finne fram til enten takterrasse eller hovedinngang, hadde pasientene kun mulighet til å få frisk luft ved å gå ut på en innburet balkong.

Flatene i seksjonens lokaler var hvite og ga gjennomgående et sterilt inntrykk. Seksjonen hadde relativt brede korridorer. Pasientrommene var stort sett av samme størrelse og utforming. Rommene var innredet med en plassbygget seng, et skrivebord og en lenestol. Rommene fremsto som rene og velholdte, men manglet utsmykning og interiør som kunne gjøre det hyggelig for pasientene. Alle rom hadde et eget bad med dusj, vask og wc. Ingen av de ordinære pasientrommene hadde gardiner. Rommene hadde utvendig lysavskjerming, som pasienten ikke kunne regulere selv. Lysavskjermingen var gjennomsiktig, og ansatte fortalte at flere pasienter opplevde at det var for lyst om natten. Det fremkom også at vind kunne skape plagsom støy fra den utvendige lysavskjermingen.

Fellesstuen var plassert i midten av seksjonen, og hadde en åpen løsning. Den hadde blant annet en benkerad med låsbare oppbevaringskuffer under, en sofaseksjon og et spisebord samt tv og piano. Alt inventar var nytt og flatene var velholdte og rene. Det var kunst på veggene, planter, blomster og enkelte pyntegenstander. Mat ble levert fra sykehusets hovedkjøkken.

Med unntak av fellesstuen opplevdes de fysiske forholdene som sterile og lite pasientvennlige. Uteområdene opplevdes heller ikke som tilfredsstillende for inneliggende pasienter. Dette var en oppfatning kontrollkommissjonen delte. I lys av pasientgruppens utfordringer og behov fremsto derfor flere av løsningene som var valgt for seksjonen som lite egnet.

### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at pasientene har mulighet til å få styre dagslysinfall på egne rom.

## 6.1 Skjermingsrommet i alderspsykiatrisk seksjon

Alderspsykiatrisk seksjon hadde ett skjermingsrom. Dette var plassert rett innenfor seksjonens hovedinngang. Rommet var sterilt, med få møbler og hvite vegger. Vinduene og verandadøren var utstyrt med gardiner. Pasientens bevegelsesområde besto av ett stort rom, hvor døren ledet rett ut til ordinær pasientkorridor. Det var ikke en egen skjermingsstue eller en egen gang utenfor skjermingsrommet. Under skjerming var pasientens bevegelsesfrihet ofte begrenset til dette ene rommet, hvor også ansatte oppholdt seg.

Skjermingsrommet hadde seng der det var montert remmer til belter som hang godt synlig ned fra begge sider av sengen. Dette har ikke vært observert på noen psykiatrisk avdeling vi tidligere har besøkt. Det er uheldig at pasienter som i utgangspunktet er skjermet, må sove i en seng som har ferdigmonterte og synlige remmer for belter. Skjerming skal ikke være et tvangsmiddel, og forskjellene mellom de to tiltakene bør være klare for både ansatte og pasienter. Belteremmene kan skape unødvendig utrygghet og uro for pasienter i en veldig sårbar fase. Det er vanskelig å forstå behovet for at sengene har slike belteremmer som standardutstyr.

Skjermingsrommet hadde en egen utgang til en inngjerdet luftebalkong. Inngjerdingen bestod av gitter og pleksiglass, og hindret både innsyn og utsyn. Både ansatte og pasienter opplevde at luftebalkongene var utformet som bur. Etter ombudsmannens syn gir disse burene uverdige forhold for pasientene.

### Anbefalinger

- Sykehuset bør foreta en vurdering av om skjermingsrommet er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å kompensere for de svært begrensede bevegelsesmulighetene i seksjonens skjermingsrom.
- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

## 7 Aktivisering

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

«Psychiatric treatment should be based on an individualized approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work. »<sup>9</sup>

De fleste pasientene ved seksjon for alderspsykiatri er innlagt i flere uker. En betydelig andel av pasientene er innlagt på tvang. Dette er også en pasientgruppe med kognitive og fysiske utfordringer som kan gi problemer med å bevege seg både på sykehusområdet eller i nærområdet alene. Dette forutsetter personalressurser til å følge pasientene ut av sengeposten.

Kalnes er et stort sykehus med kiosk, kantine og sittearealer i hovedinngangsområdet. Det er turstier nedenfor sykehusbygget. For øvrig ligger sykehuset for seg selv, et godt stykke utenfor Sarpsborg sentrum, og tett inntil E6. En gymsal med treningsrom var knyttet til de psykiatriske døgnsesjonene. Treningsrommet var velutstyrt, og seksjonene delte gymsal og treningsrom med andre psykiatriske seksjoner. Alderspsykiatrisk seksjon hadde tilgang til gymsal og treningsrom to ganger i uken.

Seksjonen arrangerte daglige morgenmøter for pasientene, samt trim hver formiddag. Én gang i uken arrangerte seksjonen tur utenfor sykehusområdet. Ansatte fortalte at de prøvde å gi alle pasienter tilbud om frisk luft hver dag, men det var ikke alltid de fikk dette til. Det var tilbud om enkelte felles organiserte aktiviteter, som månedlige avspenningsøvelser og pasientundervisning annenhver uke. I tillegg ble det tilrettelagt for fellesaktiviteter inne på posten, som bingo og baking.

Flere ansatte beskrev at de strakk seg langt for å få til aktiviteter som pasientene ønsket og var interessert i. Det var likevel flere ansatte som formidlet at aktivitetstilbudet kunne vært bedre. Enkelte pasienter opplevde også at aktivitetstilbudet ikke var godt nok.

---

<sup>9</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf (98)12-part, avsnitt 37.

## 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.<sup>10</sup> Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettsliknende situasjon».<sup>11</sup>

Menneskerettslige standarder setter strenge krav til bruk av tvangsmidler.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.<sup>14</sup> 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

---

<sup>10</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

<sup>11</sup> Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i klagesaker om beltelegging uttalt at «...such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» (M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104). Det samme fremgår av Europarådets ministerkomité's anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed». Ifølge artikkel 27 nr. 4 gjelder ikke disse kravene for "momentary restraint".

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

inngripende tiltak kunne avverget risikoen for skade og at inngrepet ikke varte lenger enn strengt nødvendig.<sup>15</sup>

## 8.2 Omfang av tvangsmiddelbruk

I forkant av besøket ba vi om at sykehuset sendte oss tall på vedtak for bruk av tvangsmidler i 2016, 2017 og frem til innrapportering i september 2018. Tallene for alderspsykiatrisk seksjon var lave. For hele perioden ble det rapport om ett vedtak om korttidsvirkende legemiddel (2018) og tre vedtak om kortvarig fastholding (ett i 2017, to i 2018). Tallene som ble innrapportert til oss, var imidlertid usikre. Under besøket kom det fram at det likevel hadde forekommet beltelegging i denne perioden, og at tallene for fastholding ikke var komplette (se nedenfor og kapittel 11.1 *Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk*).

## 8.3 Mekaniske tvangsmidler

Det var utført én beltelegging ved seksjonen de siste tre årene. Denne fremgikk av tvangsprotokollen som lå i seksjonen, men var ikke blitt oppgitt i de samlede tvangstallene. Gjennomgang av vedtaket for denne belteleggingen viste at det klart fremgikk hvorfor tiltaket ble iverksatt.

Flere ansatte formidlet at de var ukomfortable i situasjoner med tvangsbruk, og spesielt i belteleggingssituasjoner. Ved beltelegginger tilkalte seksjonen hjelp fra andre seksjoner i avdelingen som har personale med mer erfaring.

## 8.4 Kortvarig fastholding

Under besøket kom det fram at ikke alle situasjoner der pasienter ble holdt fast, ble registrert som vedtak i avdelingen. Enkelte ansatte, inkludert faglig ansvarlige, mente at en ikke behøvde å fatte vedtak om fastholding ved iverksetting eller gjenoppretting av skjerming, selv om pasienten gjorde fysisk motstand slik at de måtte bli båret tilbake til skjermingsenheten. I ett av skjermingsvedtakene ved seksjonen hadde faglig ansvarlig i vedtakets begrunnelse, skrevet at pasienten gjorde motstand og ble holdt fast mens han ble ført inn på skjermingsrommet. Fastholdingens korte varighet gjorde at faglig ansvarlig ikke fattet vedtak om dette. Slike tiltak er så integritetskrenkende 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». En 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. Det fremstår som klart at fysisk leding ikke omfatter så inngripende tiltak som å bli båret til stedet der skjermingen skal gjennomføres.<sup>16</sup> Det er dessuten tvilsomt om forskriftsbestemmelsen overhodet åpner opp for fysisk fastholding der pasienten motsetter seg tiltaket. 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

<sup>15</sup> Se særlig M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnittene 104-105.

<sup>16</sup> 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.



strengte 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.

### Anbefalinger

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

## 9 Skjerming

### 9.1 Meneskerettslige 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, behandling 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.<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup>

Ombudsmannen har ved en rekke tidligere besøk gjort bekymringsfulle funn om bruk av skjerming og utga i desember 2018 en temarapport som sammenfatter og utdypet disse.<sup>19</sup> 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 risikoen 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 utfordring.

Det finnes lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.<sup>20</sup> Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.<sup>21</sup> Norsk psykiatrisk forening har i en strategi om tvangsforebygging fra 2018 pekt på flere

<sup>17</sup> I Danmark gir Psykiatriloven § 18 d–f adgang til «personlig skærmning og avlåsning av døre i avdelingen». Se Bekendtgørelse nr. 1160 29. september 2015 om lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven).

<sup>18</sup> NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, kapittel 15, side 205.

<sup>19</sup> 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](https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf)

<sup>20</sup> Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35-39.

<sup>21</sup> Se note over.

forhold som bør være oppfylt for å gjennomføre skjerming.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse. Skjerming 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.

## 9.2 Omfang av og vedtak om skjerming

Seksjonen hadde relativt få skjermingsvedtak. Fram til besøket i oktober var det i 2018 fattet fire skjermingsvedtak som omfattet tre pasienter. Ett av vedtakene var et forlengelsesvedtak. I 2016 var det ikke fattet skjermingsvedtak, og 2017 ble det fattet fire slike vedtak av seksjonen. På samme måte som med tallene for bruk av mekaniske tvangsmidler (se kapittel 8.1 *Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk*).

var de innrapporterte tallene ikke korrekte. Sykehuset innrapporterte to skjermingsvedtak, mens det viste seg å være fattet tre vedtak i denne perioden.

Det fremgikk av sykehusets retningslinje for skjerming at det ikke var gjort noen endringer i prosedyren i forbindelse med ny lovendring 1. september 2017. Det fremkom derfor ikke at vedtak skal fattes i forkant av tiltaket dersom pasienten motsetter seg det. Retningslinjene bør oppdateres for å sikre at dette alltid gjøres.

En gjennomgang av vedtakene om bruk av skjerming i 2018 viste at enkelte manglet en konkret begrunnelse og tilstrekkelig beskrivelse av bakgrunnen for vedtaket. Et av vedtakene inneholdt kun en kort situasjonsbeskrivelse. Her ble det ikke konkret beskrevet hvordan vilkårene for skjerming var oppfylt.<sup>24</sup> To av vedtakene manglet informasjon om pasienten hadde fått uttale seg, og om hvordan vedkommende eventuelt hadde erfart liknende vedtak tidligere. Det var ikke kommentert i vedtaket hvorfor denne informasjonen var utelatt.

### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at alle vedtak, inkludert forlengelse av skjerming, alltid er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

<sup>22</sup> Den norske legeforening, Norsk psykiatrisk forening, Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern. November 2018, side 54–59.

<sup>23</sup> Sivilombudsmannen, Bruk av skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018, side 32–36 og side 52.

<sup>24</sup> Psykisk helsevernloven § 4-3, 1.ledd.

### 9.3 Gjennomføring av skjerming

Sykehusets retningslinjer for skjerming var kortfattede og bestod primært av gjengivelse av og referanser til lovtekst. Retningslinjene inneholdt lite om hva innholdet i skjerming skulle være, for eksempel hvilke behandlings- og aktivitetstilbud pasienten skulle ha. De ansatte var noe usikre på hvem som bestemte innholdet i skjermingen, men de fleste mente dette var den behandlingsansvarlige. De fleste fortalte at de forholdt seg til pasientens behandlingsplan i gjennomføringen av skjermingen. Noen ansatte opplevde at skjerming i enkelte tilfeller kunne vært løst opp tidligere.

Gjennomføringen av skjerming må ses i sammenheng med de fysiske forholdene ved seksjonens skjermingsrom (se kapittel 6.1 *Skjermingsrommet i alderspsykiatrisk seksjon*). Skjermingsarealet bestod kun av et pasientrom uten forgang eller tilstøtende oppholdsrom og ansatte måtte derfor sitte inne på pasientrommet under skjermingen. Enkelte ansatte påpekte at denne utformingen gjorde at man ble sittende tett på pasienten, og at dette kunne være uheldig.

## 10 Behandling uten eget samtykke

### 10.1 Meneskerettslige 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».<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup>

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunlaget 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»)<sup>27</sup> Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være svært alvorlige og irreversible.<sup>28</sup> Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I 2017 vedtok Stortinget endringer i psykisk helsevernloven § 4-4. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 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.<sup>29</sup> Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

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

<sup>25</sup> Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

<sup>26</sup> Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

<sup>27</sup> Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

<sup>28</sup> Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup>

FNs torturkomité uttrykte i 2018 bekymring over tvangsmedisinering i Norge og viste blant annet til at praksisen skapte risiko for vedvarende og irreversible skadevirkninger.<sup>31</sup>

Sivilombudsmannen kom 18. desember 2018 med en uttalelse om anvendelsen av psykisk helsevernloven § 4-4 i en klagesak om tvangsmedisinering.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup>

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.<sup>34</sup> 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 eget samtykke.<sup>35</sup>

## 10.2 Omfang av tvangsmedisinering

Innsendte tall viste at det var fattet 9 vedtak om tvangsmedisinering frem til innrapportering i 2018. I 2016 og 2017 innrapporterte sykehuset om henholdsvis 2 og 0 vedtak. I likhet med innrapporterte tall for tvangsmiddelbruk og skjerming var tallene sykehuset forholdt seg til, ikke korrekte. Tilsendte vedtak viste at det var fattet minst ett tvangsmedisineringsvedtak i 2017.

<sup>30</sup> Prop. 147 L (2015-2016), side 39.

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> Se Sivilombudsmannens uttalelse 18. desember 2018 i klagesak 2017/43, Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt.

<sup>33</sup> Se 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.

<sup>34</sup> Se også psykisk helsevernloven § 15 første ledd.

<sup>35</sup> Helsedirektoratet har i brev av 17. januar 2019, som svar på spørsmål fra fylkesmannen i Rogaland, gitt uttrykk for samme forståelse som ombudsmannen i spørsmålet om at «stor sannsynlighet» er mer enn sannsynlighetsovervekt og at denne må knyttes seg til den konkrete pasient.

### 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. 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. Det nyeste vedtaket vi gjennomgikk, var skrevet ved hjelp av revidert vedtaksmal etter endringene i psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd og ny § 4-4 a. Vedtaksmalen ivaretok begrunnelse av de fleste kriteriene, men inneholdt ikke lovkravet om at behandlingen anses klart i samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.<sup>36</sup> Vedtak skrevet etter malen manglet derfor en konkret begrunnelse for at dette vilkåret var oppfylt i hvert enkelt tilfelle.<sup>37</sup>

Ett av de innsendte vedtakene redegjorde for de fleste lovkravene til § 4-4a behandling uten eget samtykke, men manglet altså lovkravet om at behandlingen klart anses i samsvar med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig praksis. Det var heller ikke gitt begrunnelse under punktet om samtykke, hvor vedtaksansvarlig hadde krysset av for 'Det er forsøkt å oppnå samtykke til behandlingen uten at dette har lyktes.' Begrunnelsen for at vilkåret om at behandling med legemidler «med stor sannsynlighet» ville gi positiv behandlingseffekt, manglet fullstendig i vedtaket.<sup>38</sup> Under punktet om pasientens anledning til å uttale seg var kun vedtaksansvarliges vurdering av pasienten gjengitt, og at pasienten hadde avvist behandling. Vedtaket manglet også punktet om forhåndserklæringer eller uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Videre var det ikke dokumentert informasjon om institusjonens opplegg for evaluering av effekter og bivirkninger. Vedtaket tydet på at enkelte vedtaksansvarlige mangler kunnskap om de nye lovreglene for behandling uten eget samtykke.

Det synes 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 den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse, og det er derfor avgjørende at pasientens rettssikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte. Avdelingen 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.<sup>39</sup>

#### Anbefaling

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

<sup>36</sup> Se § 4-4 første ledd første punktum.

<sup>37</sup> 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.

<sup>38</sup> § 4-4 fjerde ledd andre setning.

<sup>39</sup> 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 Forebygging av tvangsbruk

### 11.1 Oversikt og kunnskap om forekomst av tvangsbruk

Avdelingen hadde ikke et pågående prosjekt for reduksjon av bruk av tvang. Avdelingsledelsen formidlet at de fulgte med på utviklingen i tvangsmiddelbruken gjennom månedlige rapporteringer. Disse rapportene ble sendt til seksjonsledelsen og behandlere ved alle seksjoner. Vi fikk oversendt et eksempel på en slik rapport. Rapporten ga en oversikt over alle innleggelser i avdelingen, fordelt på innleggelsesgrunnlag (frivillig psykisk helsevern, tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon) per måned i 2017 og 2018.

En tilsvarende oversikt ble gitt for vedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven (inkludert vedtak om tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering). Denne oversikten differensierte imidlertid ikke mellom ulike seksjoner, men gjaldt samlede tall for avdelingen. Dette gjør at avdelingens ledelse og ansatte går glipp av viktig kunnskap om ulikheter, for eksempel i forekomst av tvang over tid, mellom de ulike seksjonene. I tillegg til alderspsykiatrisk seksjon og to sikkerhetsseksjoner omfatter avdelingen blant annet akuttpsykiatriske mottakspost, tre psykoseposter og én affektiv post. Tallene omhandler derfor seksjoner med svært ulike pasientgrupper og innleggelsestid.

I tillegg ble det funnet at tallene som var innrapportert om tvangsmiddelbruk, skjerming og tvangsmedisinering, ikke var korrekte, men avvek fra tallene som fremgikk fra dokumentasjon i tvangsprotokollene og innsendte vedtak (se kapittel 9.2 *Omfang av og vedtak om skjerming*). Det manglet vedtak om skjerming, mekaniske tvangsmidler og behandling uten eget samtykke i innsendelsen. Ledelsen formidlet i korrespondanse etter besøket at de etter en omorganisering hadde store vanskeligheter med å ta ut korrekte tall for hver seksjon.

Begge disse forholdene, at tallene var gale og at det kun ble produsert samlede tall for en avdeling med svært ulike sengeposter, hindrer ledelsen i å følge med på bruken av tvang i seksjonene. Kontrollkommisjonen hadde også påpekt en rekke feil og mangler ved protokoll- og vedtaksføring ved tvang ved avdelingen.<sup>40</sup> For eksempel ble det påpekt at det manglet underskrift av faglig ansvarlig og informasjon om tidspunkt for opphør av fastholding.

Funn under besøket tydet på at det var lite interesse for og kunnskap om tvangstillene ved seksjonene og hvordan disse utviklet seg. Det var en oppfatning blant ledelse og vedtaksansvarlige at tvangsmiddelbruk i hovedsak knyttet seg til pasientene som var innlagt, og at det derfor var lite handlingsrom for å redusere tvangstillene. Miljøpersonalet på de aktuelle seksjonene hadde ikke kjennskap til omfanget av tvangsbruk.

På spørsmål om forebygging av vold og tvangsbruk i seksjonene trakk både ansatte og ledelse frem trening i «Terapeutisk konflikthåndtering» som et sentralt tiltak. «Terapeutisk konflikthåndtering» var et opplæringsprogram alle ansatte skulle gjennom og trene jevnlig på. En gjennomgang av opplæringsmanualen viste at programmet besto av opplæring og trening i teknikker for å håndtere pasienter som var truende eller voldelige.

---

<sup>40</sup> Det bemerkes at det her gjelder kontrollkomisjonens tilsynsprotokoller for hele avdelingen, og ikke bare seksjon for alderspsykiatri.



I tillegg skulle alle ansatte delta i såkalt Simuleringslab (SIM-lab), med fokus på kommunikasjon som kunne forebygge at situasjoner eskalerte til at man trengte fysisk inngripen.<sup>41</sup> På besøkstidspunktet var SIM-lab ikke systematisk tilbudt alle ansatte, og flere hadde ikke deltatt på SIM-lab.

Generelt kan det sies av tvangstallene ved alderspsykiatrisk seksjon var lave. Samtidig fant vi under besøket at pasienter ble fastholdt uten at det ble fattet vedtak (se kapittel 8.4 *Kortvarig fastholding*), og at det var fattet vedtak om beltelegging uten at dette fremgikk av tallene ledelsen forholdt seg til. Det understrekes at det er et lederansvar å arbeide aktivt både for riktig vedtaksføring og for tvangsreduksjon. Føringerne fra ledernivåene må være tydelige og stille krav til ansatte. Enkelte sykehus har blant annet gjennomført gruppebaserte samlinger om etisk refleksjon omkring egen praksis. I tillegg til korrekt informasjon om den tvangen som faktisk utøves, kan slike diskusjoner bidra til å øke bevisstheten om terskelen for å gripe inn med tvang, hvilke forhold som utgjør tvang og som skal hjemles i vedtak, eller hvordan utfordrende atferd best håndteres.<sup>42</sup>

### Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at man får god oversikt og kunnskap om tvangsbruk på de ulike seksjonene, og at vedvarende variasjoner i tvangsbruk mellom seksjonene bør undersøkes.

<sup>41</sup> Medisinsk simulering, realistisk trening og refleksjon over iscenesatte hendelser fra klinisk arbeid.

<sup>42</sup> 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.

## 11.2 Pasientmedvirkning for å forebygge tvangsbruk

Rett til informasjon og medvirkning er grunnleggende rettigheter for alle pasienter, inkludert i det psykiske helsevernet.<sup>43</sup> 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 nedverdiggende behandling. I psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd fremgår det at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til 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 rettsikkerhet. Flere av lovendringene, som trådte i kraft 1. september 2017, ble vedtatt for å styrke pasientens mulighet til å medvirke i behandlingen.

Endringene omfatter 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.<sup>44</sup> Blant annet i sine kommentarer til Psykisk helsevernlovens bestemmelser om skjerming beskriver Helsedirektoratet at pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, og at det «dersom dette er mulig (...) skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang». <sup>45</sup> Et vedtak om skjerming manglet en beskrivelse pasientens holdninger til tiltaket, mens et annet ikke inneholdt pasientens evaluering av tidligere tiltak. Når lovgiver har ønsket at dette beskrives, har intensjonene vært å øke pasienters medvirkning og å sikre evaluering av tvangsvedtak. Det bør begrunnes hvorfor man utelater å spørre pasienten om dette dersom det ikke blir gjort. I sine kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2 skriver Helsedirektoratet at det «skal nedtegnes i vedtaket hva pasienten har uttalt, eventuelt hvorfor det ikke var mulig å få pasientens uttalelse». <sup>46</sup>

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.<sup>47</sup> 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). I følge Helsedirektoratet bør samtalen gjennomføres av faglig ansvarlig, og formålet med samtalen skal være læring, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling. Direktoratet påpeker også at det må etableres rutiner ved den enkelte institusjon som sikrer at samtalen skjer raskest mulig og at formålet oppnås.<sup>48</sup>

<sup>43</sup> Se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 jf. psykisk helsevernloven § 1-5.

<sup>44</sup> Se psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd.

<sup>45</sup> Se kommentarer til Psykisk helsevernloven, 11. avsnitt i «kommentarer til § 4-3».

<sup>46</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, sist oppdatert 29. november 2017, IS 1/2017, se kommentarer til psykisk helsevernloven. § 4-2 annet ledd.

<sup>47</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

<sup>48</sup> Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Helsedirektoratet: IS-1/2017. Kapittel 4, § 4-2.

Forskning støtter at et slikt tiltak reduserer tvangsbruk.<sup>49</sup> 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.<sup>50</sup>

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. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal også journalføres.

Det var usikkerhet i personalgruppen om samtaletilbudet til pasientene etter gjennomførte tvangstiltak. Enkelte opplyste om at evalueringssamtaler ble gjennomført, mens andre mente at pasientene ikke rutinemessig ble tilbudt dette. Det hersket også tvil om det var ansvarlig behandler eller miljøpersonalet som var ansvarlig for at dette ble gjennomført.

### Anbefalinger

- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at pasienten får uttale seg om tvangsvedtak og skjerming i forkant av at vedtaket fattes. Dersom dette ikke vurderes som mulig, må det begrunnes i vedtaket.
- Avdelingen bør iverksette tiltak for å sikre at evalueringssamtaler tilbys alle pasienter etter inngripende tvangstiltak, og at samtalene gjennomføres med utgangspunkt i hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken.

<sup>49</sup> Bak J., Mechanical restraint: Preventive factors in theory and practice. PhD-avhandling København universitet 2015.

<sup>50</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2006) 35-part, avsnitt 46.

## 12 Andre inngrep

### 12.1 Samtykkekompetanse

For at en pasient skal vurderes som uten samtykkekompetanse, skal det være «åpenbart» at pasienten, på grunn av sin tilstand, ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.<sup>51</sup> Dette er et strengt krav. Vurdering av pasientens samtykkekompetanse krever en løpende vurdering. Dersom man finner at pasienten har gjenvunnet sin samtykkekompetanse, skal pasienten ikke lenger være innlagt på tvangsparagraf. Under besøket kom det frem at en pasient var vurdert som samtykkekompetent uten at tvangsvedtaket var blitt opphevet. Dette ble begrunnet med at tvangsvedtaket på 90 dager uansett utgikk en uke etter den reviderte samtykkevurderingen, og at pasienten skulle føle seg trygg og selv ønske å være ved seksjonen. Dette er det ikke anledning til. Dersom en pasient gjenvinner samtykkekompetansen under behandlingen, medfører dette at det ikke lenger er grunnlag for å opprettholde et tvangsvedtak, og pasienter får rett til å avslutte behandlingen.<sup>52</sup>

Helsedirektoratet har angitt formkrav for avgjørelser om samtykkekompetanse under sine kommentarer til psykisk helsevernloven, og det fremgår der at begrunnelsen må knyttes spesifikt til den enkelte pasient:

«Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd skal være begrunnet og skriftlig, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd. I begrunnelsen bør det gå fram hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Det vil si at det blant annet må fremgå hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, herunder en kort oppsummering av spørsmål og svar fra den kliniske samtalen, og hva som er gjort for å informere pasienten. Ved bruk av hjelpeverktøy (se kapittel 3 nedenfor), skal oppsummeringen av denne enten inngå i, eller henvises til, i avgjørelsen.»<sup>53</sup>

#### Anbefalinger

- Seksjonen bør sikre at pasienter som gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen uten opphold.
- Seksjonen bør sikre at vedtakene inneholder gode nok redegjørelser for vurdering av samtykkekompetanse.

### 12.2 Husordensregler

Det følger av både menneskerettslige standarder og psykisk helsevernloven § 4-2 at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Samtidig har institusjonen adgang til å fastsette interne regler for at

<sup>51</sup> Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Helsedirektoratet: IS-1/2017. Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser, avsnitt 2.1. Beviskravet.

<sup>52</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer.

<sup>53</sup> Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Helsedirektoratet: IS-1/2017. Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser, avsnitt 2.3 Nærmere om formkrav til selve avgjørelsen.

institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap.<sup>54</sup> Husordensregler kan ikke inneholde bestemmelser som utgjør inngrep i pasientenes rett til respekt for privat- og familieliv, ytringsfrihet, religionsfrihet eller andre grunnleggende rettigheter og friheter. Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ifølge Grunnloven § 113 ha grunnlag i lov. Fra et forebyggingsperspektiv utgjør strenge husordensregler også en risiko for at det utvikles en uheldig institusjonskultur som ikke fremmer god pasientbehandling.

Holdninger og kultur ved en institusjon kan komme til uttrykk i måten skrevne og uskrevne regler praktiseres overfor pasienter. Seksjonens husordensregler var hengt opp flere steder, blant annet på pasientrom. Husordensreglene var formulert på en noe autoritær måte, for eksempel: «Personalet har rett og plikt til å sette grenser ()». En slik formulering er uheldig og kan vitne om en nedlatende holdning til voksne pasienter.

Husordensreglene inneholdt også et punkt om pasientenes bruk av mobiltelefon og nettbrett: «Dersom pasienten har med seg mobiltelefon og/eller PC, lesebrett eller liknende elektronisk utstyr, vil vi under innleggelsessamtalen bli enige om bruken av dette under oppholdet.» Pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, har rett til å bruke kommunikasjonsmidler som telefon, nettbrett og pc. Innskrenkninger i retten til kontakt med omverdenen kan kun skje etter vedtak når de strenge vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-5 er oppfylt. Etter bestemmelsen er innskrenkninger kun tillatt der «sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig».<sup>55</sup> Ifølge forarbeidene til psykisk helsevernloven skal vilkårene tolkes så strengt at det i praksis kun er tillatt i situasjoner der «man nærmer seg området for nødretten».<sup>56</sup> En husordensregel om at ansatte og pasienten skal «bli enige om bruken» av elektroniske kommunikasjonsmidler, bidrar til uklarhet om pasientenes rettigheter.

Et punkt i husordensreglene om at ingen pasienter blir utskrevet på kveld, natt eller i helger, er også utenfor hva man har adgang til å regulere. Dersom en pasient er frivillig innlagt i psykisk helsevern, har vedkommende rett til å skrive seg ut når vedkommende ønsker dette, selv om seksjonen anser det som uhensiktsmessig. Ombudsmannen presiserer at husordensregler ikke skal legge opp til bruk av tvang som ikke er hjemlet i lov.

### Anbefaling

- Seksjonen bør gjennomgå husordensreglene for å sikre at innskrenkning i kontakt med andre, samt mulighet for utskrivning, skjer i samsvar med loven.

<sup>54</sup> Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS9/2012, side 59-60.

<sup>55</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 annet ledd.

<sup>56</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 161.

## 13 Informasjon til pasienter innlagt i psykisk helsevern

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

Sivilombudsmannen har tidligere uttalt seg kritisk til at institusjoner i psykisk helsevern har lite informasjon tilgjengelig for pasienter.<sup>57</sup> Dette gjelder generell informasjon, som aktivitets- og behandlingstilbud, men særlig informasjon om pasientrettigheter og klagemuligheter, slik som kontrollkommisjonen, fylkesmannen, Sivilombudsmannen og pasient- og brukerombudet. Dette er særlig kritisk når pasienter i perioder kan ha restriksjoner i utgang, mulighet for besøk og annen kontakt med omverdenen.

Seksjonen hadde oppslagstavle tilgjengelig for pasientene med informasjon om bl.a. aktivitetsplan, undervisning og måltider. Der fantes også informasjon om kontrollkommisjonen, inkludert den lokale kontrollkommisjonens kontaktinformasjon. Derimot var det ikke opplyst om møtetidspunkter for kommisjonen. Det ble opplyst at pasientene ble informert om når kontrollkommisjonen kom på morgenmøtet i seksjonen. Det fantes heller ikke skriftlige oppslag om pasientenes rettigheter som tvangsinnlagt ute i sengepostene eller andre steder der pasientene ferdes. Helseinspektorens brosjyre om rettssikkerhet ved tvang, som blant annet inneholder informasjon om kontrollkommisjonens rolle, var ikke allment tilgjengelig for pasientene. Denne skal ifølge Helseinspektorens tilbys til alle pasienter.<sup>58</sup> Ombudsmannen fikk også informasjon om at plakater med oppslag om ombudsmannens besøk først hadde blitt hengt opp i fellesarealene samme dag besøket ble innledet. Dette fordi det var vurdert at innholdet i denne informasjonen kunne uroe pasientene.

Pasientene i seksjonen opplevde ikke å ha fått god informasjon om rettighetene sine under oppholdet, verken om adgang til å klage eller informasjon om seksjonens regler.

Sivilombudsmannen har ellers merket seg at det mangler sentralt utformet tilpasset informasjonsmateriell til pasientene om hvilke regler som gjelder ved selve oppholdet når pasienter er underlagt tvungent psykisk helsevern. Tilpasset informasjon om rettslig vern mot iverksetting og gjennomføring av tvangstiltak er viktig for pasientenes rettssikkerhet. Helseinspektorens 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.

<sup>57</sup> Se for eksempel rapport etter besøk til Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner, 10.-12. april 2018.

<sup>58</sup> Helseinspektorens, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016, 27. september 2016.

## 14 Klage og kontroll

### 14.1 Meneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern. Når det gjelder klageordninger, har komiteen fremholdt at

«as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment. »<sup>59</sup>

Om tilsynsvirksomhet har komiteen uttalt:

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

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

Kontrollkommisjonens skal ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet ved kontroll av tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll i form av stedlig tilsyn.

Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages imidlertid til Fylkesmannen.<sup>60</sup>

### 14.2 Kontrollkommisjonen ved Sykehuset Østfold

Ingen av pasientene vi snakket med hadde møtt eller klaget til den lokale kontrollkommisjonen. Én pasient hadde ønsket dette, men ikke fått møtt dem og vedkommende ønsket ikke å snakke med kommisjonen på telefon. Ingen av pasientene vi snakket med kunne huske å ha fått informasjon om kontrollkommisjonen.

En gjennomgang av alle kontrollkommisjonens tilsynsprotokoller viste at kommisjonen jevnlig besøkte avdelingens seksjoner og snakket med pasientene og ansatte som var til stede. Det kom imidlertid fram av protokollene at alderspsykiatrisk seksjon ikke alltid ble besøkt. Dette betyr at det i enkelte tilfeller kan gå flere uker mellom hver gang kommisjonen er i seksjonen.

Protokollene viste at kommisjonen påpekte en rekke forhold i sine velferdskontroller, både om de generelle forholdene ved seksjonene og overfor enkelte pasienter. Blant annet påpekte de ved et tilfelle der en pasient var skjermet med mye restriksjoner at «rommets fysiske rammer ikke er hensiktsmessig for langvarig skjerming». Kontrollkommisjonen hadde også påpekt overfor klinikken at den, som en del av velferdskontrollen, også tar samtaler med pasienter som er frivillig innlagt. Det

<sup>59</sup>Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

<sup>60</sup>Se psykisk helsevernloven §§ 3-1 tredje ledd og 4-4a andre ledd.

hadde oppstått en misforståelse hos personalet på enkelte poster om at pasienter innlagt på frivillig grunnlag ikke skulle snakke med kommisjonen. Dokumentene viste også at kommisjonen tok stilling til grunnlaget for at tvang ble utøvd i sin kontroll av tvangsvedtak.

Kommisjonen hadde årlige møter med avdelingsledelsen, og løpende dialog med seksjonsledelsen, behandlere og pleiepersonale under velferdskontrollene.

### **Anbefaling**

- Kontrollkommisjonen bør ha mulighet til å gjennomføre private samtaler med pasienter uten ansatte tilstede, med mindre dette ikke er mulig av sikkerhetshensyn. Samtalen bør uansett ikke kunne overhøres av ansatte.



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](mailto:postmottak@sivilombudsmannen.no)  
[www.sivilombudsmannen.no](http://www.sivilombudsmannen.no)

