



SIVILOMBUDSMANNEN

Forebyggingsenheten

BESØKSRAPPORT

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

26.–28. april 2016



SIVILOMBUDSMANNEN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Pb.100
9038 TROMSØ
Adm. dir. Tor Ingebrigtsen

Vår referanse
2016/817

Deres referanse

Vår saksbehandler
Aina Holmén

Dato
29.08.2016

Oversendelse av rapport etter besøk til Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28. april 2016

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28. april 2016.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Det bes 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 1. desember 2016.

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



Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann



Helga Fastrup Ervik
kontorsjef
forebyggingsenheten

Vedlegg

Kopi til:
Helse Nord RHF
Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Troms
Kontrollkommisjonen for UNN Åsgård
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Fylkesmannen i Troms
Statens helsetilsyn



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

26.-28. april 2016

Innholdsfortegnelse

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	3
2 Tortur og umenneskelig behandling	4
3 Sammendrag	5
4 Generell informasjon om psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge.....	11
5 Gjennomføring av besøket	13
6 Fysiske forhold	14
7 Aktivisering	16
8 Pasientrettigheter	18
8.1 Vedtak	18
8.2 Klagemuligheter	19
8.3 Pasientsikkerhet.....	20
9 Vedtak om tvungent psykisk helsevern	22
9.1 Lovens hovedvilkår.....	22
10 Tvangsmidler	23
10.1 Utilbørlig bruk av tvangsmidler.....	25
10.1.1 Mekaniske tvangsmidler	25
10.1.2 Kortvarig fastholding	26
10.1.3 Behandling uten eget samtykke.....	26
10.2 Bruk av tvangsmidler etter eget ønske	27
10.3 Utførelse av tvang	27
10.4 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler	28
10.5 Ettersamtale.....	29
10.6 Tvangsprotokoller	29
11 Skjerming	31
11.1 Skjermingsvedtak	31
11.2 Utforming av skjermingsenheter	31
11.3 Belteseng i skjermingsenhet	32
11.4 Plassering av ansatte.....	33
11.5 Langvarig skjerming	33
12 Institusjonskultur	35
12.1 Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling.....	35
12.1.1 Akuttpost Nord.....	36
12.1.2 Ledelse	37

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

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

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

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

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

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

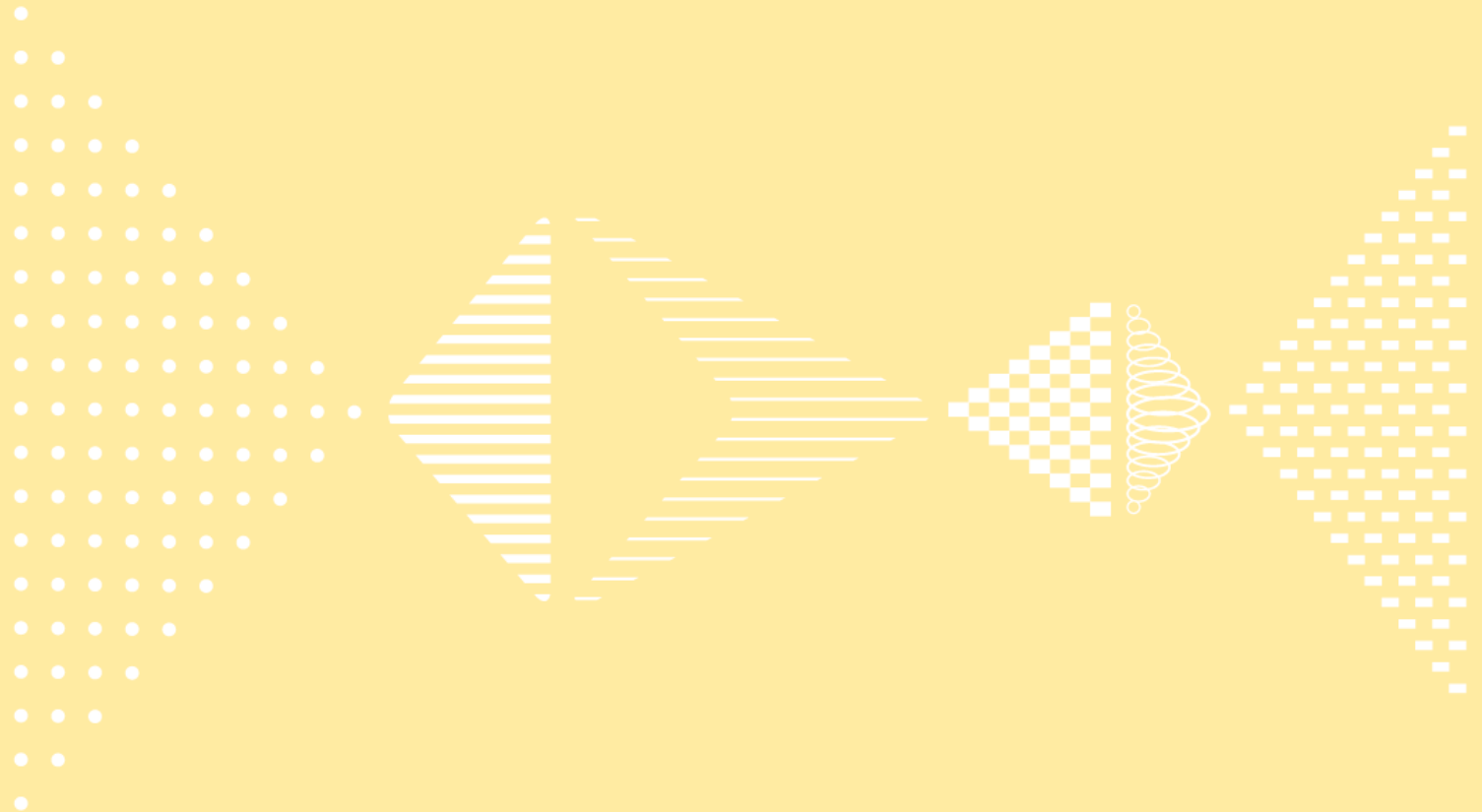
¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

2 Tortur og umenneskelig behandling

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

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen) vedtatt i 1984. I tillegg nedfelles det samme forbudet i blant annet FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten er mer sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2007.



3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte psykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) 26.-28. april 2016. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF har opptaksområde i fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard. Det har også lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Troms fylke og Ofoten i Nordre Nordland. Sykehuset tilbyr tjenester på alle områder innen spesialisthelsetjenesten for somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Universitetssykehuset Nord-Norge dekker et befolkningsområde på rundt 480 000 mennesker og har sykehusdrift flere steder, herunder Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen.

Psykisk helse- og rusklinikken består av fem avdelinger: psykiatrisk avdeling, rusavdelingen, avdeling sør, avdeling nord og avdeling for fagutvikling, forskning og utdanning. Psykiatrisk avdeling er lokalisert på Åsgård i Tromsø. Den består av tre seksjoner; akuttpsykiatrisk seksjon, sikkerhetspsykiatrisk seksjon og alderspsykiatrisk seksjon med til sammen åtte enheter. Forebyggingsenheten besøkte akuttpsykiatrisk seksjon og sikkerhetspsykiatrisk seksjon, og følgende enheter ble besøkt: akuttpost Nord, akuttpost Sør, akuttpost Tromsø, psykose- og rusenheten og sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet.

Forebyggingsenheten varslet sykehuset om at besøket ville finne sted, men det nøyaktige tidspunktet ble ikke oppgitt i forkant. Sykehuset oversendte etterspurte dokumenter både i forkant og etterkant av besøket.

Besøket begynte med en befaring av alle enhetene. Senere første besøksdag hadde forebyggingsenheten et møte med klinikkens og avdelingens ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. De fleste tilgjengelige tvangsinnlagte pasientene fikk tilbud om en privat samtale med forebyggingsenheten. Det ble videre gjennomført samtaler med ansatte og kontrollkommisjonen. Tvangsprotokoller fra alle enhetene i 2015 og frem til besøkstidspunktet i 2016 ble også gjennomgått. Besøket varte i tre dager.

De fysiske forholdene ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon fremstod som gode, og de pasientene på sikkerhetspsykiatrisk rehabiliteringsenhet som hadde avtale om dette, hadde anledning til å gå ut uten følge. De fysiske forholdene ved akuttpsykiatrisk seksjon var på den annen side i relativt dårlig forfatning. Med unntak av akuttpost Tromsø hadde ingen av disse enhetene direkte tilgang til hage eller ballbane eller andre områder der pasientene kunne gå ut uten følge. På akuttpost Nord fantes det ikke gardiner som kunne dras for vinduene på pasientrommene.

Det fantes ikke skriftlige rutiner eller oversikt over aktiviteter for pasientene ved noen av enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon. Klinikken hadde heller ingen oversikt over hvor ofte pasientene benyttet seg av aktivitetstilbud. Aktivitetssenteret ved sykehuset ble lagt ned 01.01.16, og pasienter og ansatte formidlet at det etter det var få organiserte tilbud ved sykehuset. Enhetene i akuttpsykiatrisk seksjon oppga at det var vanskelig å tilby pasienter innlagt på tvang daglige turer ut i friluft grunnet bemanningssituasjonen.

Vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler lagres i elektronisk pasientjournal. Her lagres også et separat journalnotat hvor

begrunnelsen for hvert enkelt vedtak går frem. Selve vedtaket gir ingen konkret begrunnelse. Pasienter mottok ikke den skriftlige begrunnelsen for vedtaket rutinemessig sammen med vedtaket.

Et gjennomgående funn ved gjennomgang av tvangsvedtak og faglig begrunnelse for tvangsbruk var at det ikke var dokumentert forsøk på lempeligere midler.

Kontrollkommisjonen for sykehuset møtes annenhver uke for å håndtere klagesaker, kontrollere vedtak og utføre dokumentkontroll. Kommisjonen hadde i 2015 og 2016 ikke utført velferdskontroller. De var heller ikke på rutinemessige besøk i postene og pasientene ble ikke tilbudt å snakke med kommisjonen når denne var på sykehuset. Det ble ikke funnet tilgjengelig skriftlig informasjon om rettigheter ved tvang eller informasjon om kontrollkommisjonen, Fylkesmannen eller Sivilombudsmannen oppslått på døgnenhetene.

Under besøket ble det klart at det rådet usikkerhet hos ledelsen på alle nivåer om hva som skal registreres og meldes av pasientskader. I følge avdelingens og enhetenes ledelse var det usikkert hvorvidt pasientskader faktisk ble meldt, og dermed om egen prosedyre for å identifisere og registrere pasientskader ble fulgt.

Én sak ga spesiell grunn til bekymring. Dette gjaldt en pasient som ble alvorlig skadet da vedkommende ble lagt i gulvet av personale på sengeposten. Skadene måtte følges opp av medisinsk personell utenfor enheten, men det var ikke journalført at undersøkende lege fulgte opp pasientens skader til tross for skadens karakter. Det forelå ingen melding av pasientskaden verken internt i sykehusets system for registrering av pasientskader, til Helsedirektoratet eller Helsetilsynet.

Kontrollkommisjonen opplyste å ha etterspurt informasjon om pasientskader fra ledelsen flere ganger. De hadde imidlertid ikke fått opplysninger om eventuelle skader selv om de blant annet gjennom journalopplysninger hadde kunnskap om at dette hadde forekommet.

I ett tilfelle ble gjentatte vedtak om tvangsinnleggelse etter § 3-3 basert på en foreløpig personlighetsforstyrrelsesdiagnose. I følge journal vurderte faglig ansvarlig den foreløpige diagnosen til å gi endring i mestringsevne og atferdsmønster i en slik grad at den kunne sidestilles med lovens krav om en alvorlig sinnslidelse. Det ble imidlertid ikke foretatt noen utredning for å undersøke om lovens krav var oppfylt til tross for at pasienten var blitt tvangsinnlagt på samme grunnlag flere ganger over en lengre periode.

Det ble oppdaget ett tilfelle hvor en pasient hadde ligget i belter i seks timer før ny vakthavende lege ble informert. Det fremstod som uklart hva som hadde skjedd i forbindelse med iverksetting av beltelegging på den foregående vekten, og det var ikke blitt fattet vedtak. I stedet for å avslutte belteleggingen eller å fatte vedtak for den pågående situasjonen, noterte vakthavende lege i journal at dette ble overlatt til legen som iverksatte belteleggingen og som kom på vakt neste dag. Pasienten lå til sammen i belter 25,5 timer.

Gjennomgangen av journaler viste gjentatte tilfeller av kortvarig holding som manglet vedtak. Enkelte pasienter fortalte også at de opplevde holding som en straff for atferd miljøpersonalet ikke likte.

Enkelte pasienter var blitt beltelagt etter selv å ha gitt uttrykk for et ønske om dette til tross for at tvangsmidler ikke er behandlingstiltak og at pasientens samtykke ikke er et selvstendig rettsgrunnlag for bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8.

Det ble rapportert fra flere kilder på akuttpost Nord at det forekom unødige maktbruk ved utøvelse av tvang. Det forelå ingen rutiner for trening på beltelegging ved psykiatrisk avdeling. Det fantes heller ikke rutiner for opplæring om eller refleksjon rundt hvilken påvirkning bruk av tvangsmidler kan ha på pasienter.

Pårørende ble sjelden eller aldri informert om beltelegging. Det fremkom at det ikke forelå noen overordnet føring eller retningslinjer i klinikken om varsling av pårørende.

Akuttpsykiatrisk seksjon hadde ikke et tilbud om frivillige ettersamtaler etter gjennomføring av tvangsmiddelbruk. Det fantes skriftlige rutiner for bruk av ettersamtaler ved enkelte av enhetene, men både pasienter og ansatte fortalte at disse normalt ikke ble fulgt.

Kontrollkommisjonen påpekte at sykehuset så ut til å mangle trygge rutiner ved føring i tvangsprotokoll. I tillegg bemerket kontrollkommisjonen at en del av tvangsmiddelvedtakene ikke ble ført i protokollene, kun i det elektroniske journalsystemet (DIPS). I flere tilfeller var ufullstendige tvangsprotokoller signert av kontrollkommisjonen uten merknader.

Under besøket ble det observert at én pasient ble holdt på et langvarig skjermingsregime hovedsakelig basert på miljøpersonalets rapporter og uten at vedtaksansvarliges egne vurderinger fremgikk.

Tre av enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon hadde egne skjermingsenheter. Ingen av disse hadde mulighet for direkte utgang til friluft fra skjermingsenheter.

På akuttpost Nord var et rom utstyrt med belteseng en del av skjermingsenheten. Plassering av beltesengen i skjermingsenheten kan øke risikoen for at beltesengen blir brukt i stedet for lempeligere tiltak overfor pasienter som er skjermet.

Det ble observert pasienter som var skjermet på eget rom med ansatte sittende utenfor, med døren lukket. Dette ga inntrykk av at pasientene i kortere eller lengre tidsrom var alene og uten direkte tilsyn.

På sikkerhetsavdelingens døgnpast var et større område av posten avsatt til skjermingsenhet for én pasient. Pasienten hadde ved besøket vært skjermet sammenhengende i om lag tre og et halvt år. Vedtakene var fornyet hver 14. dag. I mange av vedtakene fremgikk det at pasienten ikke hadde mottatt dette skriftlig, da «for mange 'rutine-skriv' blir vurdert å stresse pasienten». Ansatte ved enheten forklarte at pasienten kunne ha en psykisk helsetilstand som gjorde det vanskelig for ham å forstå tvangsvedtaket og klageretten i det øyeblikket vedtaket ble fattet.

Enkelte trekk og holdninger ved en institusjonskultur vil representere en klar risiko for umenneskelig behandling. Det kan særskilt nevnes interne kulturer hvor ansatte har mistet individet av syne, 'oss-og-dem'-holdninger, kultur for vold og maktbruk og kultur for straffefrihet. Det ble på akuttpost Nord erfart flere slike uheldige trekk og holdninger i personalgruppen.

Ledelsen har ansvar for at den sosiale identiteten og kulturen som utvikler seg blant ansatte er i tråd med menneskerettighetene og med grunnleggende rettigheter som pasientsikkerhet og alle menneskers iboende verdighet. Når ledelsens holdninger og verdier ikke er tydelige eller ikke blir respektert, øker risikoen for at kulturer som tillater krenkelser utvikler seg. Det kom frem en tydelig manglende tillit til ledelsen fra flere ansatte under besøket. Det ble også påpekt fra flere ansatte at

personalet i liten grad ble ivaretatt eller fikk oppfølging dersom det oppstod alvorlige hendelser på jobb.

Anbefalinger

Fysiske forhold

- Sykehuset bør sikre at de fysiske forholdene ved seksjon for akuttpsykiatri legger til rette for helsefremmende terapeutiske tiltak og forebygger umenneskelig behandling.
- Alle pasienter bør umiddelbart sikres mulighet for lysavskjerming om natten.

Aktivisering

- Sykehuset bør forbedre mulighetene for meningsfulle aktiviteter for sine pasienter.
- Sykehuset bør satse på forbedring av miljøterapeutiske tiltak i akuttpsykiatrisk seksjon.
- Sykehuset bør sikre at pasienter ved klinikken får tilgang til daglig friluft og daglig fysisk aktivitet.

Pasientrettigheter

Vedtak

- Pasienter bør alltid både få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn eller selv logge seg inn i elektronisk journal for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Vedtak og journalnotater bør inneholde konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og bør også inneholde informasjon om forsøk på bruk av lempeligere midler.

Klagemuligheter

- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
- Seksjonene bør sikre at informasjon om kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen alltid er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.

Pasientsikkerhet

- Sykehuset bør sørge for å ha rutiner som sikrer at skade på pasienter alltid meldes og følges opp internt og at meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
- Sykehuset bør ha rutiner som sikrer at behandlingsansvarlig helsepersonell har ansvar for oppfølging av pasientskader.
- Sykehuset bør sørge for at kontrollkommisjonen blir opplyst om alvorlige hendelser og pasientskader.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern

Lovens hovedvilkår

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt.

Tvangsmidler

Utilbørlig bruk av tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det alltid fattes vedtak ved bruk av tvangsmidler.
- Det bør sikres at alle som har vakt med ansvar for vedtak er klar over hvem som skal føre vedtak i journal.
- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede og at vedtak om tvangsmiddelbruk alltid baseres på samtidige vurderinger.

Kortvarig fastholding

- Det bør sikres at det alltid fattes vedtak for kortvarig fastholding.

Bruk av tvangsmidler etter eget ønske

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

Utførelse av tvang

- Tvangsmidler skal brukes på en så skånsom og respektfull måte som mulig.
- Klinikken bør sørge for opplæring og regelmessig trening på utførelse av bruk av tvangsmidler. Opplæringen bør også inkludere forståelse av hvordan pasienter kan oppleve bruk av tvang.

Underretting av pårørende etter bruk av tvangsmidler

- Pasientens nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler, med mindre pasienten motsetter seg dette. Sykehuset bør sørge for at det utvikles rutiner for dette som følges på samtlige enheter.

Ettersamtale

- Pasienten bør få tilbud om en ettersamtale om tvangshendelsen.

Tvangsprotokoller

- Sykehuset bør forbedre dokumentasjon i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangstiltak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte.
- Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og de bør ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at den ikke signerer mangelfulle tvangsprotokoller.

Skjerming

Skjermingsvedtak

- Det bør sikres at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

Utforming av skjermingsenheter

- Sykehuset bør legge til rette for at også pasienter som er skjermet jevnlig kan komme ut i friluft.

Belteseng i skjermingsenhet

- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

Plassering av ansatte

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

Langvarig skjerming

- Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.

Institusjonskultur**Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling**

- Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akuttpsykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes for å sikre dette ved akuttpost Nord.
- Sykehuset bør sørge for enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.

4 Generell informasjon om psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF har opptaksområde i fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard. Det har også lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Troms fylke og Ofoten i Nordre Nordland. Sykehuset tilbyr tjenester på alle områder innen spesialisthelsetjenesten for somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Universitetssykehuset Nord-Norge dekker et befolkningsområde på rundt 480 000 mennesker og har sykehusdrift flere steder, herunder Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen.

Psykisk helse- og rusklinikken består av fem avdelinger: psykiatrisk avdeling, rusavdelingen, avdeling sør, avdeling nord og avdeling for fagutvikling, forskning og utdanning. Psykiatrisk avdeling er lokalisert på Åsgård i Tromsø.

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte psykiatrisk avdeling i Tromsø. Den består av tre seksjoner; akuttpsykiatrisk seksjon, sikkerhetspsykiatrisk seksjon og alderspsykiatrisk seksjon med til sammen åtte enheter. Hver enhet styres av en enhetsleder. Seksjon for sikkerhetspsykiatri ledes av et felles tverrfaglig team.

Forebyggingsenheten besøkte alle seksjoner utenom alderspsykiatrisk seksjon, og følgende enheter ble besøkt:

- *Akuttpost Nord* har 13 sengeplasser. Enheten har ansvar for øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 og mottar pasienter over 18 år. Enheten tilbyr akutt- og krisetjenester og spesialisert utredning og behandling. Opptaksområdet er kommunene i Nord-Troms og Finnmark.² Enheten hadde 538 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Akuttpost Sør* har tolv sengeplasser. Enheten gir tilbud til befolkningen i Midt-Troms, Sør-Troms og Ofoten og tar imot pasienter som har behov for innleggelse når det gjelder kartlegging, utredning og behandling av psykoser, alvorlig depresjon, personlighetsforstyrrelser eller andre akutte kriser. Posten har øyeblikkelig hjelp-ansvar for pasienter over 18 år som blir innlagt på tvang etter psykisk helsevernloven, samt de som har behov for rammene på en lukket sengepost. Pasientene får et behandlingsteam bestående av lege og miljøpersonale. I følge sykehuset består behandlingstilbudet av et strukturert og trygt miljø, samtalebehandling, medikamentell behandling samt nettverkssamarbeid.³ Enheten hadde 501 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Akuttpost Tromsø* har ti sengeplasser. Enheten har ansvar for å ta imot pasienter med akutt behov for psykiatrisk hjelp ved sengepost og ivaretar øyeblikkelig hjelp-funksjonen for opptaksområdet: Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Storfjord og Lyngen. Ansvarsområdet innebefatter utrednings-, behandlings- og omsorgsoppgaver. I følge sykehuset består tilbudet av et strukturert, trygt og forutsigbart miljø, samtalebehandling, medikamentell behandling og familie- og nettverksarbeid.⁴ Enheten hadde 481 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.

² Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sykehusseksjon-nord/category23858.html>.

³ Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sykehusseksjon-sor/category23862.html>.

⁴ Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/akuttposten/category19818.html>.

- *Psykose- og rusenheten (PRE)* er en døgnpost med elleve sengeplasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse bestående av hovedsakelig psykoselidelser og eventuell samtidig ruslidelse. Helsetilstanden har ført til alvorlig funksjonsnedsettelse. Enheten tar imot pasienter fra hele UNNs opptaksområde. Enheten arbeider hovedsakelig etter nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging for personer med ROP-lidelser (rus og psykiatri) og psykoselidelser, og andre aktuelle retningslinjer avhengig av individuell problematikk. Enheten vektlegger videre samarbeid med pasientens private og profesjonelle nettverk.⁵ Enheten hadde 43 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Sikkerhetspsykiatri døgn* har seks sengeplasser. Opptaksområdet er Finnmark, Troms og Ofoten. Enhetens målgruppe er personer diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse kombinert med atferds- eller voldsproblematikk, personer idømt tvungent psykisk helsevern etter straffelovens § 39 samt personer med behov for utredning for uavklart voldsrisikoproblematikk. Enheten kartlegger ressurser og foretar funksjonsutredning i dagliglivsferdigheter. Den tilbyr også behandling med fokus på akutfunksjon, stabilisering, diagnostisk vurdering og voldsrisikokartlegging.⁶ Enheten hadde 15 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.

⁵ Fra UNNs hjemmesider, se: <https://unn.no/avdelinger/psykisk-helse-og-ruslinikken/psykiatrisk-avdeling/psykose-og-rusenheten-tromso>.

⁶ Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sikkerhetspsykiatri/category9973.html>.

5 Gjennomføring av besøket

I mars 2016 ble UNN HF varslet om at det ville bli gjennomført et besøk i løpet av de nærmeste åtte ukene. Dato for besøket ble ikke oppgitt.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet psykisk helse- og rusklinikkens retningslinjer og statistikk, innleggsestall og avviksmeldinger. Klinikken hadde ingen årsrapport for 2015. Det ble også innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene før sykehuset mottok brevet som varslet besøket, på hver av de fem enhetene som ble besøkt.

Besøket begynte med en befarings av akuttpost Nord, Sør og Tromsø. Senere samme dag fortsatte befaringen på enhet for sikkerhetspsykiatri rehabilitering og døgnet, samt psykose- og rusenheten. Befaringen omfattet pasientrom, fellesskapsområder, skjermede avsnitt, rom med beltesenger, vaktrom og uteområder.

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

Den første besøksdagen ble det gjennomført samtaler med pasienter på akuttpost Nord.

Den andre besøksdagen ble det gjennomført samtaler med pasienter på akuttpost Nord, Sør og Tromsø samt på psykose- og rusenheten. Det ble også gjennomført samtaler med pasienter og ansatte på akuttpost Nord på nattevakten denne dagen. Den tredje dagen ble det gjennomført samtaler med pasienter på enhet for sikkerhetspsykiatri døgnet og akuttpost Tromsø og enkelte gjestående samtaler med ansatte og pasienter på de øvrige enhetene.

Det ble i tillegg gjennomført samtaler med ansatte på alle enheter, samt enhetsledere ved alle enhetene med unntak av psykose- og rusenheten. Under besøket gikk forebyggingsenheten også gjennom tvangsprotokoller fra alle enhetene. Det ble gjennomført et møte med kontrollkommisjonen for sykehuset på besøkets andre dag.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle enhetene og ansatte syntes orientert om forebyggingsenhetens besøk.

Tre arbeidsdager etter besøket ble det gjennomført et møte med klinikken og avdelingens ledelse med sikte på å få diskutert og avklart en del sentrale forhold.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog PhD)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (rådgiver, jurist)

6 Fysiske forhold

De fysiske forholdene ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon i bygg 5 fremstod som gode. Her var begge enheter lyse og godt vedlikeholdte. Veggene var malt i lyse farger, rommene hadde gardiner og solskjerming og det var gjennomgående brukt interiør som ga enhetene en hyggelig og mindre sykehuspreget atmosfære. På sikkerhetspsykiatrisk rehabiliteringsenhet var det åpne dører slik at pasientene kunne gå ut på egenhånd etter avtale.

Bygg 1 på Åsgård huser akuttpost Nord og Sør. Bygningen fremstod som slitt.

Akuttpost Nord lå i tredje etasje og hadde 13 sengeplasser. Enheten bestod av kjøkken med tilhørende spisestue, stue/oppholdsrom, aktivitetsrom med blant annet piano, røykerom med balkong, vaktrom, pasientrom og en skjermingsenhet med to rom hvorav ett var utstyrt med belteseng samt et oppholdsrom utenfor disse to. To og to pasientrom delte bad og toalett.

Veggene trengte ny maling og det manglet gardiner foran de fleste vinduene. Badene var dårlig vedlikeholdt og mange av dem manglet dusjforheng. I tillegg var håndklekroker og såpedispensere fjernet fra veggene og ikke erstattet.

Det fantes ikke gardiner som kunne dras for vinduene til tross for at pasienter som legges inn i akutte faser må antas å ha spesielt behov for søvn og hvile. I sommermånedene blir det svært lyst på pasientrommene og i perioden med midnattssol vil det ikke være lysskjerming noen tid på døgnet. Enhetsleder opplyste at dette var et problem for enkelte av pasientene og at man derfor i perioder brukte svarte søppelsekker som ble teipet foran vinduene.

Akuttpost Sør lå i etasjen under akuttpost Nord og lignet denne i utforming. Enheten fremstod som noe lysere og noe mindre slitt enn akuttpost Nord. Med unntak av to pasientrom delte to og to pasientrom bad og toalett. Enheten hadde to fellesrom i tillegg til røykerom, medisinerrom og vaktrom. Posten hadde ikke egen skjermingsenhet.

Pasientene i bygg 1 hadde ikke direkte tilgang til hage eller ballbane fra enhetene, men det var utgang til en liten røykeveranda. I et annet bygg på området var det gymsal og treningsrom, men dette ble ifølge pasienter og ansatte lite brukt grunnet bemanningssituasjonen da pasientene må følges dit av personalet. Det samme gjaldt tilgang til de åpne utearealene i tilknytning til sykehusområdet (se nærmere kapittel 7 *Aktivisering*).

I bygg 2 lå psykose- og rusenheten. I likhet med de andre akutenhetene var helhetsinntrykket av avdelingen at den var slitt. Med unntak av skjermingsrommene delte to og to pasientrom bad og toalett. De var alle spartansk innredet uten noe som kunne gjøre inntrykket mindre institusjonspreget.

Akuttpost Tromsø lå i bygg 6. Dette var gjennomgående en nedslitt enhet, og forebyggingsenheten ble opplyst om at enheten skulle flytte inn i nyoppussete lokaler i løpet av 2016. Posten har ti plasser. Med unntak av to rom med egne bad, delte to og to rom bad og toalett. I tilknytning til enheten fantes det et atrium hvor pasientene kunne lufte seg. Døren ut til dette var låst og man måtte gå gjennom røykerommet for å komme til atriets.

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De fysiske

forholdene på døgnetenhetene bør skape et trygt og helsefremmende miljø for pasientene slik at behandling og omsorg kan gis på en mest mulig skånsom og respektfull måte. De fysiske forholdene for pasientene på akuttpsykiatrisk seksjon var bekymringsfulle og ga inntrykk av liten forståelse for hvilken betydning omgivelser og tilrettelegging har for pasienter som er fratatt friheten. Pasienter på akuttavdelinger er i en helsesituasjon som gir dem et særlig stort behov for omsorg og ivaretagelse i forsvarlige og helsefremmende omgivelser.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«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.»⁷

CPT har også uttalt at:

«Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis.»⁸

Anbefalinger

- Sykehuset bør sikre at de fysiske forholdene ved seksjon for akuttpsykiatri legger til rette for helsefremmende terapeutiske tiltak og forebygger umenneskelig behandling.
- Alle pasienter bør umiddelbart sikres mulighet for lysavskjerming om natten.

⁷ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 50, avsnitt 34.

⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

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 mental velvære hos alle som er fratatt friheten.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a regular basis.»⁹

I FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte i fengsler (de såkalte Mandela-reglene) slås det fast at de som er fratatt friheten daglig bør tilbys minimum én times utendørs aktivitet og at det bør legges til rette for trening og rekreasjon.¹⁰ Sivilombudsmannen har tidligere påpekt at standarden ikke bør være lavere for mennesker som er fratatt sin frihet innen psykisk helsevern.

Ledelsen ved klinikken påpekte at det ble prioritert å gjennomføre individuell aktivisering i stedet for organiserte fellestilbud. Klinikken hadde imidlertid ingen oversikt over hvor ofte pasientene benyttet seg av aktivitetstilbud. Ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon var aktivisering en sentral del av pasientenes behandlingstilbud, og dette ble individuelt vurdert og fulgt opp. Det fantes ikke skriftlige rutiner eller oversikt over aktiviteter for pasientene ved noen av enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon. Enhetene i akuttpsykiatrisk seksjon oppga at det var vanskelig å tilby pasientene som var innlagt på tvang daglige turer ut i friluft blant annet grunnet bemanningssituasjonen. Flere av de ansatte på enkelte av postene påpekte at det var få organiserte aktiviteter og at disse den siste tiden var blitt redusert ytterligere. Aktivitetssenteret ved sykehuset ble lagt ned 01.01.16 og både ansatte og pasienter formidlet at de etter dette hadde få organiserte aktivitetstilbud ved sykehuset. I flere av enhetene i begge de besøkte seksjonene ble det også påpekt at det var færre midler til å arrangere friluftsturer og at det blant annet var skåret ned på muligheter for å få dekket bussbilletter for å delta på aktiviteter i byen. Ledelsen begrunnet dette med at enhetene har kort liggetid. Imidlertid var det ved forebyggingsenhetens besøk flere pasienter som hadde lange opphold ved akuttpsykiatrisk seksjonen bak seg.

Det gir grunn til bekymring at pasienter som er fratatt friheten kan måtte oppholde seg i uker, og i flere tilfeller mange måneder, med få andre aktivitetstilbud enn kortere gåturer i området rundt sykehuset når personalet har kapasitet. Mangelen på direkte tilgang til gode uteområder fra flere av enhetene der pasientene kunne gå uten å være avhengig av følge, forverret denne situasjonen (se nærmere kapittel 6 *Fysiske forhold*).

⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

¹⁰ FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandela-reglene), vedtatt av FNs generalforsamling 17. desember 2015, regel 23.

Anbefalinger

- Sykehuset bør forbedre mulighetene for meningsfulle aktiviteter for sine pasienter.
- Sykehuset bør satse på forbedring av miljøterapeutiske tiltak i akuttpsykiatrisk seksjon.
- Sykehuset bør sikre at pasienter ved klinikken får tilgang til daglig friluft og daglig fysisk aktivitet.

8 Pasientrettigheter

8.1 Vedtak

Det er de faglig ansvarlige ved psykiatrisk avdeling som fatter vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler. Vedtak lagres i elektronisk pasientjournal, og her lagres også et separat journalnotat hvor begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaket angir kun hvilke lovbestemmelser som er vurdert og lagt til grunn for vedtaket, og gir ingen konkret begrunnelse. Pasienter mottar ikke den skriftlige begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet) rutinemessig sammen med vedtaket. Det ble opplyst fra ledelsen at pasienten kan se begrunnelsen for vedtaket gjennom å be om innsyn i journal. Dette er en praksis Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.¹¹ Et vedtak må være konkret begrunnet for å ivareta pasientens reelle rett til å klage. Vedtaket skal både gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for at det ble gjennomført, i tillegg til informasjon om retten til å klage. Alle pasienter bør rutinemessig motta både en skriftlig og en muntlig begrunnelse for tvangsvedtak for å sikre ivaretagelse av deres rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang. Helsedirektoratet har nylig opplyst at det arbeides med en teknisk løsning i det sentrale pasientjournalssystemet som vil sikre at journalnotatet alltid skrives ut samtidig med vedtaket.

Et gjennomgående funn ved gjennomgang av tvangsvedtak og faglig begrunnelse for tvangsbruk var at det ikke var dokumentert forsøk på bruk av lempeligere midler. I psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd heter det: «Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vært prøvd, men har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige». Denne formuleringen brukes som standardtekst i tvangsvedtak ved psykiatrisk avdeling på UNN. En slik bruk av standardtekst i journalnotater gir ikke en tilstrekkelig og konkret beskrivelse av hvordan lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt i det enkelte tilfellet. Vedtaksgrunnlaget bør inneholde en konkret beskrivelse av hvilke lempeligere midler som ble brukt, hvor lenge dette varte og hva som var utfallet.

Anbefalinger

- Pasienter bør alltid både få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn eller selv logge seg inn i elektronisk journal for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Vedtak og journalnotater bør inneholde konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og bør også inneholde informasjon om forsøk på bruk av lempeligere midler.

¹¹ Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk til Diakonhjemmet sykehus 24.-27. februar 2015, Sykehuset Telemark 8.-10. april 2015 og Sørlandet sykehus, Kristiansand 7.-9. september 2015.

8.2 Klagemuligheter

Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet etter psykisk helsevernloven.¹² Kontrollkommisjonen er klageinstans for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, innskrenkninger i forbindelse med omverdenen,¹³ ransaking og kroppsvistasjon,¹⁴ beslag,¹⁵ tvungen urinprøve,¹⁶ bruk av tvangsmidler,¹⁷ skjerming¹⁸ og overføring uten samtykke¹⁹. I tillegg fører kontrollkommisjonen kontroll med alle vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern og etterprøver alle vedtak etter tre måneder. Vedtak om tvungen legeundersøkelse²⁰ og behandling uten eget samtykke²¹ påklages til Fylkesmannen. Effektive klageordninger 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:

«...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»²²

«The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (e.g. a judge or supervisory committee) which is responsible for the inspection of patients' care. This body should be authorized, in particular, to talk privately with patients, receive directly any complaints which they might have and make any necessary recommendations.»²³

Kontrollkommisjonen for Åsgård sykehus Tromsø møtes annenhver uke for å håndtere klagesaker, kontrollere vedtak og eventuell forlengelse av vedtak, og utføre dokumentkontroll. Kommisjonen har i 2015 og 2016 ikke utført velferdskontroller. Den er heller ikke rutinemessig på besøk i postene og pasientene tilbys ikke å snakke med kommisjonen når denne er på sykehuset.

Ved akuttpost Sør var det et oppslag om pasientombudet og på akuttpost Tromsø fantes det en brosjyre om rettsikkerhet. Besøksteamet fant imidlertid ikke tilgjengelig skriftlig informasjon om rettigheter ved tvang eller informasjon om kontrollkommisjonen, Fylkesmannen eller Sivilombudsmannen oppslått på noen av døgnenhetene. Informasjon om klageinstansene og klageadgang bør være synlig og lett tilgjengelig på alle enhetene for å ivareta tvangsinnlagte pasienters rettigheter.

¹² Psykisk helsevernloven § 6-1.

¹³ Psykisk helsevernloven § 4-5.

¹⁴ Psykisk helsevernloven § 4-6.

¹⁵ Psykisk helsevernloven § 4-7.

¹⁶ Psykisk helsevernloven § 4-7 a.

¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-3.

¹⁹ Psykisk helsevernloven § 4-10.

²⁰ Psykisk helsevernloven § 3-1.

²¹ Psykisk helsevernloven § 3-3.

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

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

Anbefalinger

- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
- Seksjonene bør sikre at informasjon om kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen alltid er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.

8.3 Pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal hjelpe pasienter. Likevel blir pasienter tidvis skadet unødig i møte med helsetjenestene.²⁴ Pasientsikkerhet inkluderer beskyttelse mot vold og overgrep når pasienter mottar helsehjelp.²⁵ En vesentlig del av denne beskyttelsen tilrettelegges fra institusjonenes side ved sikring av prosedyrer for dokumentasjon og varsling av skader i tillegg til mulighet for å klage. For å ivareta pasientsikkerhet er det sentralt at helsetjenesten sikrer åpenhet om feil og utilsiktede hendelser.

Under forebyggingsenhetens besøk og oppfølgende møte med ledelsen ble det klart at det rådet usikkerhet både hos klinikk-, seksjons-, avdelings- og enhetsledelse om hva som skal registreres og meldes av pasientskader. Det fantes en prosedyre for å identifisere og registrere pasientskader, som sykehuset oversendte i etterkant av besøket. Det fantes ingen sikre prosedyrer for oppfølging og håndtering av disse.

I følge avdelingens og enhetenes ledelse var det usikkert hvorvidt pasientskader faktisk blir meldt, og dermed om egen prosedyre blir fulgt. Flere ansatte meddelte imidlertid at de opplevde at melding av pasientskader generelt ikke var prioritert. Det ble også meddelt at pasientskader i forbindelse med utageringer ikke ble meldt. Også kontrollkommisjonen opplyste å ha etterspurt informasjon om pasientskader fra ledelsen flere ganger. Kommisjonen hadde bedt om informasjon om avvik og pasientskader, men hadde ikke fått opplysninger om eventuelle skader selv om kommisjonen selv, blant annet gjennom journalopplysninger, hadde fått kunnskap om at dette hadde forekommet.

Én sak ga spesiell grunn til bekymring. Dette gjaldt en pasient som ble alvorlig skadet da vedkommende ble lagt i gulvet av personale på sengeposten som pasienten var innlagt på. Skadene måtte følges opp av medisinsk personell utenfor enheten. Likevel ble medisinsk oppfølging etter ytterligere undersøkelser ikke ført i pasientens journal, til tross for at det blant annet fremgikk av journal at pasienten gjentatte ganger de påfølgende dagene klaget over smerter knyttet til én av skadene pasienten hadde fått.

Episoden hvor pasienten ble skadet er bare kort omtalt i vedkommendes journal der den beskrives som en utagering. I følge journalen er det uklart hvordan pasienten pådro seg skadene. Det ble ikke fattet vedtak for kortvarig fastholdning, til tross for at pasienten ble lagt i gulvet. Det ble tidligere samme dag journalført et annet basketak mellom pasienten og personale som utløste fastholding av pasienten i cirka fem minutter. Også denne kortvarige fastholdingen manglet vedtak.

²⁴ Pasientsikkerhet kan beskrives som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser, jf. Kunnskapssenteret (2010): Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Notat.

²⁵ «En uønsket hendelse er en utilsiktet skade eller komplikasjon som er forårsaket av behandling eller pleie og ikke av pasientens sykdom», jf. Mogensen og Pedersen (2003): Pasiendsikkerhed – fra sanktion til læring. København: Munksgaard.

Det forelå ingen melding av pasientskaden verken internt i sykehusets system for registrering av pasientskader, til Helsedirektoratet²⁶ eller Helsetilsynet.²⁷

Saken er sterkt bekymringsfull av flere grunner. Det vekker alvorlig bekymring at det utvises en form for maktbruk som kan skade pasienten på en slik måte. Det er også dypt bekymringsfullt at pasientens skader ikke er meldt, verken internt eller til myndighetsinstansene som behandler slike skademeldinger. At enheten ikke har rutiner for pasientskademelding som blir etterfulgt, gjør pasienter svært sårbare for eventuelt maktmisbruk fra personalet. Dermed øker risikoen for at pasienter blir utsatt for umenneskelig behandling (se også kapittel 12 *Institusjonskultur*). Mangel på informasjon hindrer også klinikkledelse og myndighetsinstanser fra å ta nødvendige grep for å lære av og forhindre at lignende situasjoner oppstår igjen. I følge informasjon innhentet i løpet av forebyggingsenhetens besøk, var både enhetsleder og avdelingsleder kjent med hendelsen. Når slike hendelser skjer på en døgnenhet uten at ledelsen følger dette opp, sender det et sterkt signal både til pasienter og ansatte om at klinikken ikke tar ansvar for pasientenes sikkerhet.

Hendelsen gir også grunn til bekymring for den medisinske oppfølgingen av skader på pasient. Det var ikke journalført at undersøkende lege fulgte opp pasientens skader til tross for skadens karakter. Pasienten ble heller ikke tilbudt noen form for ettersamtale etter hendelsen.

Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for å ha rutiner som sikrer at skade på pasienter alltid meldes og følges opp internt og at meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
- Sykehuset bør ha rutiner som sikrer at behandlingsansvarlig helsepersonell har ansvar for oppfølging av pasientskader.
- Sykehuset bør sørge for at kontrollkommisjonen blir opplyst om alvorlige hendelser og pasientskader.

²⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

²⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

9 Vedtak om tvungent psykisk helsevern

9.1 Lovens hovedvilkår

I psykisk helsevernloven § 3-3 punkt 3 slås det fast at pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse» for at vilkåret for tvungent psykisk helsevern skal være oppfylt. I rundskriv til loven gis det veiledning om hvilke tilstander som omfattes av lovens hovedvilkår. Psykoser faller inn under begrepets kjerneområde, og enkelte andre tilstander omfattes også. Eksempelvis kan dette være alvorlige grader av spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser. Det står videre: «Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer».²⁸ Det slås altså fast at for at lovens hovedvilkår skal være oppfylt, må pasienten ha en alvorlig grad av for eksempel personlighetsforstyrrelse. I tillegg skal blant annet atferdsmønster og mestringssevne vektlegges.

I ett tilfelle ble gjentatte vedtak om tvangsinnleggelse etter § 3-3 basert på en foreløpig personlighetsforstyrrelsesdiagnose. I følge journal vurderte faglig ansvarlig den *foreløpige* diagnosen til å gi endring i mestringssevne og atferdsmønster i en slik grad at det kunne sidestilles med lovens krav om en alvorlig sinnslidelse. Det ble imidlertid ikke foretatt noen utredning for å undersøke om lovens krav var oppfylt. Saken ga ytterligere grunn til bekymring fordi den gjaldt en pasient som ble utsatt for en rekke tvangsinnleggelser på grunnlag av samme midlertidige vurdering over en periode på flere år. Tiden under innleggelsene hadde heller ikke blitt brukt til å avklare om pasientens lidelse faktisk tilfredsstilte lovens hovedvilkår for tvungent psykisk helsevern var oppfylt.

Sykehuset gjorde i etterkant av besøket Sivilombudsmannen oppmerksom på at klinikken har faste møter for faglig ansvarlige fire til seks ganger i året for drøfting av temaer som belyser ulike sider ved fortolkning av psykisk helsevernloven.

Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt.

²⁸ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 37.

10 Tvangsmidler

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

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.²⁹ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».³⁰

Psykiatrisk avdeling opplyste at det ble fattet 163 vedtak om mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging eller transportbelter i 2015. Alle akutenhetene, samt psykose- og rusenheten og sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet hadde tilgang til beltesenger og transportbelter. De aller fleste tilfellene av bruk av mekaniske tvangsmidler skjedde på akuttpost Tromsø og akuttpost Nord med henholdsvis 77 og 60 vedtak. Akuttpost Sør fattet 13 slike vedtak i samme periode, mens psykose- og rusenheten og sikkerhetspsykiatrisk seksjon fattet henholdsvis tre og seks slike vedtak i perioden. Vedtak om korttidsvirkende legemidler ble fattet 146 ganger i 2015. Under besøket ble det funnet forhold som kunne tyde på uformell isolasjon som praksis under skjerming (se kapittel 11.4 *Plassering av ansatte*). Likeledes ble det opplyst at det på sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet i ett tilfelle ble brukt kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon) som tvangsmiddel.

Psykisk helse- og rusklinikken hadde utarbeidet en plan for økt frivillighet 2014-2016.³¹ Planen inneholdt en lang rekke tiltak på ulike nivåer, som å bedre bruker- og pårørendemedvirkning, sikre god kvalitet og bedre kunnskap om tvang, tiltak for å bedre dokumentasjon og datakvalitet, gi verdige transportordninger for psykisk syke, bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt gi gode og verdige bygg for alvorlig psykisk syke. Gjennom klinikkens dialogavtale for 2014 var det satt følgende konkrete målsettinger for redusert bruk av tvang:

- Fem prosent reduksjon i antall tvangsinneleggelser ved akuttposter sammenlignet med 2013.
- Reduksjon til tolv prosent i tvungen innskriving (N-005).
- Reduksjon i antall vedtak om tvangsmiddelbruk med ti prosent sammenlignet med 2013.

Klinikk- og avdelingsledelsen opplyste at noen av tiltakene i planen var igangsatt, mens andre gjenstod. Det var usikkert om målene i dialogavtalen for 2014 var oppfylt.

Gjennom sykehusets egen statistikk over tvangsbruk i 2015 og 2016 fremstod det som tydelig at det var store interne forskjeller i tvangsbruk mellom enhetene i klinikken. Spesielt når det gjaldt vedtak om skjerming og vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler var det svært tydelige forskjeller

²⁹ Psykisk helsevernloven § 4-8.

³⁰ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

³¹ Planen som ble tilsendt forebyggingsenheten var utarbeidet 06.01.14.

enhetene imellom. Dette til tross for at inntaket til de ulike enhetene er styrt etter geografiske kriterier. Akuttpost Nord hadde høye tall både for vedtak om skjerming og mekaniske tvangsmidler.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«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.»³²

Se nærmere om betydningen av kultur og holdninger i kapittel 12 *Institusjonskultur*.

Hverken klinikk- eller avdelingsledelsen syntes å ha tematisert årsaken til de store forskjellene. Det forelå ikke noen plan for å bruke tallene i videre arbeid med reduksjon av tvang. Mangelen på synlig oppfølging av tvangstallene reiser spørsmål ved sykehusets vilje til å redusere bruken av tvang. Kontrollkommisjonen opplyste at de ikke var kjent med avdelingens statistikk, og at de ikke var kjent med de store interne forskjellene på sykehuset når det gjaldt tvangstiltak.

Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) understreker ledelsens avgjørende rolle i arbeidet med å redusere tvang:

«Reducing recourse to the use of restraint to a viable minimum requires a change of culture in many psychiatric establishments. The role of management is crucial in this regard. Unless the management encourages staff and offers them alternatives, an established practice of frequent recourse to means of restraint is likely to prevail.»³³

Under besøket ble det også klart at det ikke forelå en enhetlig praksis i klinikken for opplæring om og prosedyrer ved bruk av tvang. Det var til dels store forskjeller enhetene i mellom når det gjaldt innhold i og omfang av opplæring som ble gitt, og om det fantes rutiner for gjennomføring av debriefing av personale og ettersamtaler med pasienter. Ved sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet ble det alltid praktisert debriefing-samtaler med personale etter slike hendelser, og pasientene ble tilbudt ettersamtaler.

Akuttpost Sør hadde tatt i bruk Brøset Violence Checklist (BVC) som et ledd i arbeidet med å redusere tvang. BVC er en 6-punkts sjekkliste som skal bidra til at helsepersonell lettere kan forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv og ved dette forebygge uønsket og farlig atferd. Enhetsledelsen opplyste at tiltaket resulterte i bedre rapporter og mer målrettet overføring av informasjon mellom vaktene og at det ble oppfattet som effektivt for å oppnå tvangsreduksjon. Tiltaket understøtter praksisen med å ta tidlig kontakt med pasienter ved tegn på uro eller stress og finne måter å avhjelpe situasjonen.

Sykehuset oppfylte i all hovedsak kriteriene for registrering av tvangsvedtak til Norsk pasientregister.

³² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

³³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

10.1 Utilbørlig bruk av tvangsmidler

10.1.1 Mekaniske tvangsmidler

I forkant av besøket ble sykehuset bedt om å oversende dokumenter som gjaldt de tre siste sakene før mottak av varslingsbrevet om bruk av mekaniske tvangsmidler på akutenhetene samt sikkerhetsenheter.³⁴ I gjennomgangen av de totalt femten sakene ble det i ett tilfelle ved akuttpsykiatrisk seksjon funnet at vakthavende lege ikke ble informert ved vaktens start om at en pasient lå i belter. Pasienten hadde ligget i belter i seks timer før vakthavende lege på den nye vekten ble kontaktet. Da vakthavende lege undersøkte hva som hadde skjedd i forbindelse med belteleggingen på den tidligere vekten, fremstod dette som uklart også for personalet på enheten. Det var ikke blitt fattet vedtak for belteleggingen og det fremkom lite informasjon i notatet fra foregående vaktlag. I stedet for å fatte vedtak for den pågående belteleggingen, noterte vakthavende lege i journalen at dette ble overlatt til legen som iverksatte belteleggingen og som kom på vakt neste dag. Vedtak ble fattet dagen etter at belteleggingen ble iverksatt. Pasienten lå totalt i belter 25,5 timer.

Når en vakthavende lege blir klar over at det pågår en beltelegging det ikke er fattet vedtak for, påhviler det ham/henne å sørge for at en ulovlig situasjon opphører. Dette må enten gjøres ved at pasienten løses fra beltene fordi det vurderes at lovens vilkår ikke er oppfylt, eller at det fattes vedtak om bruk av tvangsmidler. Det bemerkes også at belteleggingen, i følge journalen, ble iverksatt etter at pasienten fikk «tilbud om å ligge i reimseng». Se kapittel 10.2 *Kortvarig fastholding* for nærmere anbefalinger vedrørende dette. Pasienten ble altså presentert for beltesengen som et miljøterapeutisk tiltak, til tross for at dette er et tvangsmiddel og ikke skal brukes som ledd i behandling.

Det vekker sterk bekymring at en pasient beltelegges uten at vedtak om tvangsbruk fattes, og ytterligere bekymring at ansvarlig lege utsetter vurderingen og dermed forlenger ulovlig bruk av tvangsmidler. Under bruk av et tvangsmiddel skal det fortløpende gjøres vurdering av pasientens situasjon og om kriteriene for tvangsbruk fortsatt er tilstede. Tvangsmiddelbruk skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.³⁵

Psykisk helsevernloven § 4-8 understreker at bruk av tvangsmidler skal vedtas idet det «anses uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienten i å skade enten seg selv eller andre. Det gir derfor grunn til bekymring at det ble funnet flere tilfeller av beltelegginger som var bestemt på forhånd, det vil si at avgjørelsen om beltelegging var tatt på grunnlag av pasientens tidligere oppførsel eller at det besluttet beltelegging som ble gjennomført selv om pasienten var rolig og har kontroll over situasjonen når belteleggingen igangsettes. Flere pasienter fortalte om beltelegginger som opplevdes som straff for atferd eller utsagn som miljøpersonalet eller vakthavende lege ikke likte.

Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det alltid fattes vedtak ved

³⁴ Det ble bedt om kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse (journalnotat), pasientjournalnotater under pasientens opphold i belter og opptil et døgn etter hendelsen, samt utfall ev eventuell klagesak.

³⁵ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 141.

bruk av tvangsmidler.

- Det bør sikres at alle som har vakt med ansvar for vedtak er klar over hvem som skal føre vedtak i journal.
- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede og at vedtak om tvangsmiddelbruk alltid baseres på samtidige vurderinger.

10.1.2 Kortvarig fastholding

Gjennomgangen av journaler viste gjentatte tilfeller av kortvarig holding som manglet vedtak ved enkelte enheter. Dette ble bekreftet av ansatte ved akuttpost Nord som oppga at rapporteringen av holding var mangelfull, og at enkelte ansatte så på holding av pasienter som en del av miljøterapien. Dette er en bekymringsfull praksis. Enkelte pasienter fortalte også om at de opplevde holding som en straff for atferd miljøpersonalet ikke likte.

Anbefalinger

- Det bør sikres at det alltid fattes vedtak for kortvarig fastholding.

10.1.3 Behandling uten eget samtykke

Sivilombudsmannen har tidligere uttalt at det samlet sett er grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasienter for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.³⁶

I en evaluering sommeren 2015 konstaterte Helsedirektoratet at man ikke har lyktes med å få ned bruken av tvang i psykisk helsevern tross klare målsettinger og en nasjonal strategi.³⁷

Helsedirektoratet anbefalte til Helse- og omsorgsdepartementet at det igangsettes en revisjon av psykisk helsevernloven, og uttalte: «Revisjonen bør omfatte både regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern, og spesielt se nærmere på adgangen til tvungen medikamentell vedlikeholdsbehandling».³⁸ 17. juni 2016 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal se på regelverket og foreslå endringer som møter behovene i dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Det nye regelverket skal støtte opp under målet om å skape 'pasientenes helsetjeneste'. Utvalget avgir sin innstilling innen 1. september 2018.³⁹

På grunn av de alvorlige funnene som ble avdekket under forebyggingsenhetens besøk på UNN på områder som pasientsikkerhet, bruk av tvangsmidler, skjerming og en bekymringsfull institusjonskultur i deler av klinikken, ble det i denne omgang ikke prioritert å foreta en gjennomgang av praksis for behandling uten eget samtykke.

³⁶ Se Sivilombudsmannens rapport etter besøket til Sørlandet sykehus, Kristiansand, 7.-9. september 2015.

³⁷ Helsedirektoratet (2015): Vurdering av videreføring av 'Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015).'

³⁸ Helsedirektoratet (2015): Vurdering av videreføring av 'Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)', side 22-23.

³⁹ Se: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-forbedre-tvangsreglene/id2505055/>.

10.2 Bruk av tvangsmidler etter eget ønske

Enkelte pasienter var blitt beltelagt etter selv å ha gitt uttrykk for et ønske om dette. Det er viktig å understreke at tvangsmidler ikke er behandlingstiltak. Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske uten at lovens vilkår er oppfylt er derfor en urovekkende praksis. Dette kan være pasienter som prøver å uttrykke et behov for helsehjelp, omsorg eller trygghet.⁴⁰ Pasientens samtykke er ikke et selvstendig rettsgrunnlag for bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8. Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske kan også innebære en risiko for feiltolkning eller misbruk av pasientens samtykke.

Av samme grunn bør beltelegging ikke tilbys pasienten som en mulighet hvis han eller hun opplever å ha det vanskelig. Det ble funnet flere tilfeller hvor beltelegging ble presentert for pasienten som en mulig løsning av situasjonen, hvor det var opp til pasienten å samtykke. Der pasienten valgte dette, ble det fattet vedtak og belteleggingen gjennomført. Likeledes ble det funnet tilfeller hvor pasienten selv ble bedt om å si fra til personalet når vedkommende var «klar til å bli løst fra beltene». Dette er praksiser som ikke har hjemmel i lov om tvungen psykisk helsevern.

Anbefalinger

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

10.3 Utførelse av tvang

Et grunnleggende prinsipp er at sykehuset skal være et trygt sted både for pasienter og ansatte. Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern om bruk av tvangsmidler:

«For the staff of a psychiatric hospital, it should be of the utmost concern that the conditions and circumstances surrounding the use of restraint do not aggravate the mental and physical health of the restrained patient».⁴¹

Og videre:

«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».⁴²

Det ble rapportert fra flere kilder på akuttpost Nord at det forekom unødig maktbruk ved utøvelse av tvang. Blant annet skal én pasient ha blitt beltelagt med en pute over ansiktet og én pasient hadde opplevd å bli liggende beltelagt naken. I tillegg ble det fortalt at det hovedsakelig var menn som la pasientene i belter. Dette kunne være syv til åtte pleiere på én pasient, som holdt ulike kroppsdeler hvorav én satt skreps over brystet eller magen. En kvinnelig pasient fortalte at dette var svært vanskelig å oppleve basert på hennes tidligere erfaringer.

⁴⁰ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 2012: The use of restraints in psychiatric institutions, side 18, avsnitt 9.

⁴¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 47.

⁴² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 48.

En annen pasient skal ha blitt dratt etter armene langs gulvet inn på rommet sitt foran andre medpasienter (se også kapittel 12.1 *Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling*).

CPT understreker generelt at pasienter det brukes tvangsmidler mot skal være påkledd og ikke eksponeres for medpasienter.⁴³

Det forelå ingen rutiner for trening på beltelegging ved psykiatrisk avdeling. Likeledes fantes ingen rutiner for opplæring om eller refleksjon rundt hvilken påvirkning bruk av tvangsmidler kan ha på pasienter.

Det vises til CPT-standarder om bruk av tvangsmidler:

«...training (is) essential and refresher courses need to be organized at regular intervals. Such training should not only focus on instructing health-care staff how to apply means of restraint but, equally important, should ensure that they understand the impact the use of restraint may have on a patient and that they know how to care for a restrained person».⁴⁴

Anbefalinger

- Tvangsmidler skal brukes på en så skånsom og respektfull måte som mulig.
- Klinikken bør sørge for opplæring og regelmessig trening på utførelse av bruk av tvangsmidler. Opplæringen bør også inkludere forståelse av hvordan pasienter kan oppleve bruk av tvang.

10.4 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler

Informasjon fra både pasienter, ansatte og enhetsledere bekreftet at pårørende sjelden eller aldri blir informert om beltelegging. Det fremkom at enkelte enheter har mål om samarbeid med pårørende som også inkluderer varsling etter tvangsmiddelbruk, mens andre enheter kun konstaterte at pårørende aldri blir varslet. Det forelå således ingen overordnet føring eller retningslinjer for varsling av pårørende fra klinikledelsens side. Dette ser Sivilombudsmannen alvorlig på. Pasientens nærmeste pårørende kan ikke bruke sin klagerett uten at de informeres som påkrevd i lovverket.⁴⁵ Denne type praksis svekker både pasientens rettsikkerhet og pårørendes rettigheter.

Anbefalinger

- Pasientens nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler, med mindre pasienten motsetter seg dette. Sykehuset bør sørge for at det utvikles rutiner for dette som følges på samtlige enheter.

⁴³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 48.

⁴⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 49.

⁴⁵ Psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

10.5 Ettersamtale

En systematisert bruk av frivillig samtale mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk, en såkalt ettersamtale, kan være et virkemiddel for å hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.⁴⁶ Samtidig er det nødvendig å ta hensyn til at tvangens krenkende natur kan gjøre at slike samtaler oppleves negativt for pasienten som derfor bør kunne velge om han eller hun ønsker en ettersamtale.⁴⁷

Akuttpsykiatrisk seksjon har ikke et tilbud om frivillige ettersamtaler etter gjennomføring av tvangsmiddelbruk. Det finnes skriftlige rutiner for bruk av ettersamtaler ved enkelte av enhetene, men både pasienter og ansatte fortalte at disse normalt sett ikke ble fulgt og at ettersamtaler i praksis sjelden fant sted. Dette ble bekreftet av de ulike enhetslederne. Kontrollkommisjonen påpekte også at det ikke fantes en praksis for å gjennomføre systematiserte ettersamtaler ved psykiatrisk avdeling.

Anbefalinger

- Pasienten bør få tilbud om en ettersamtale om tvangshendelsen.

10.6 Tvangsprotokoller

Kontrollkommisjonen har påpekt at sykehuset så ut til å mangle trygge rutiner ved føring i tvangsprotokoll. Kommisjonen fant mangler som løse ark i protokollen og at protokollene manglet signatur. I tillegg bemerket kontrollkommisjonen at en del av tvangsmiddelvedtakene ikke ble ført i protokollene, kun i det elektroniske journalsystemet (DIPS). De måtte derfor sjekke både protokollene og DIPS for å være sikre på å ha oversikt over alle fattede vedtak.

I forebyggingsenhetens møte med ledelsen ble det forklart at føring av vedtaket i DIPS ble prioritert og at dette kunne gå på bekostning av føring i tvangsprotokollene. En av legene forklarte at da vedkommende hadde glemt å føre vedtak i protokollen og bare ført i DIPS, hadde ikke kontrollkommisjonen påpekt dette. Vedkommende lege så derfor ikke poenget med å registrere vedtakene i tvangsprotokollen. Dette er en praksis som gir grunn til bekymring. Kontrollkommisjonen gjorde i etterkant av besøket oppmerksom på at de alltid gjennomgår journalnotater i DIPS, som de har fått opplyst fra sykehuset er sikre kilder for vurdering av tvangsvedtak. Den mener således at signering av mangelfull protokoll ikke er bekymringsfullt så lenge det i kommisjonens rapport fremgår at vedtakene er kontrollert. Ved manglende protokollføring og tvil om hvor vedtak føres, mister man imidlertid en sikker oversikt over det totale antall vedtak og kontrollkommisjonens arbeid for å sikre pasientenes rettigheter vanskeliggjøres. I tillegg registrerer ikke DIPS varigheten av bruken av mekaniske tvangsmidler, hvilket ytterligere reduserer dokumentasjonen av tvangsmiddelbruk.

⁴⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

⁴⁷ 'Pasienten skal tilbys samtale(r) i etterkant, og den første samtalen bør skje så snart som mulig etter hendelsen. Gjennomgangen bør fortrinnsvis ledes av en som ikke var involvert i hendelsen. Seksjonsleder og behandler har et felles ansvar for at samtalen(e) finner sted.' beskrives også i fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler – bruk psykisk helsevern» versjon 1.0 utgitt av Helse Bergen. Fagprosedyren er tilgjengelig på <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/mechaniske-tvangsmidler-bruk-ipsykisk-helsevern>.

Denne praksisen står i tillegg i motstrid til klinikkens vedtatte plan for økt frivillighet hvor et av tiltakspunktene er bedret dokumentasjon og datakvalitet.

I flere tilfeller var ufullstendige tvangsprotokoller signert av kontrollkommisjonen uten merknader. Dette er bekymringsfullt, fordi organet som skal ivareta pasientenes rettsikkerhet på denne måten er med på å legitimere en praksis for protokollføring som gir økt risiko for umenneskelig behandling.

Anbefalinger

- Sykehuset bør forbedre dokumentasjon i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangstiltak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte.
- Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og de bør har rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at den ikke signerer mangelfulle tvangsprotokoller.

11 Skjerming

Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.⁴⁸

Skjerming kan skje på eget rom eller på skjermingsavsnitt. Dersom skjerming gjennomføres på eget skjermingsavsnitt, må det treffes vedtak for skjerming utover tolv timer, og vedtaket kan treffes for inntil to uker av gangen. For skjerming på eget rom må det treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes utover 24 timer. Vedtak om skjerming og forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen.

Skjerming kan også benyttes overfor pasienter som er innlagt til frivillig psykisk helsevern, men dette forutsetter samtykke fra pasienten. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom vedkommende ønsker dette. Dette gjelder også under gjennomføring av skjerming. Pasienten må informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.⁴⁹

Det foreligger lite evidensbasert kunnskap om effekten av skjerming i Norge i følge en systematisk litteraturgjennomgang av den norske skjermingspraksisen.⁵⁰ Skjerming ble likevel brukt i utstrakt grad ved UNN, og for enkelte pasienter over lengre tidsperioder. Det ble fattet 245 vedtak om skjerming ved klinikken i 2015, hvor akuttpost Nord hadde et vesentlig høyere antall enn de andre akuttpostene.

11.1 Skjermingsvedtak

Under besøket fant forebyggingsenheten en praksis rundt skjermingsvedtak som ga grunn til bekymring. Det ble observert at én pasient ble holdt på et langvarig skjermingsregime hovedsakelig basert på miljøpersonalets rapporter. At skjermingen opprettholdes over lange perioder uten at vedtaksansvarliges egne vurderinger tydelig fremgår som grunnlag for vedtakene er bekymringsfullt. Skjerming er et stort inngrep i et menneskes privatliv. Jo lenger man er utsatt for skjerming, desto mer inngripende er tiltaket. I tillegg understrekes det at skjerming setter pasienter som ikke har pårørende rundt seg, i en spesielt sårbar situasjon.

Anbefalinger

- Det bør sikres at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

11.2 Utforming av skjermingsenheter

Det fantes egne skjermingsenheter på akuttpost Nord, Tromsø og psykose- og rusenheten, samt på sikkerhetsenheten. Akuttpost Sør oppga at det var et bevisst valg ikke å bruke areal på egen skjermingsenhet, for å få flere tilgjengelige ordinære pasientrom.

⁴⁸ Psykisk helsevernloven § 4-3.

⁴⁹ Helsedirektoratet (2012): Lov om psykisk helsevern og psykisk helsevernforskriften med kommentar, IS-9, kapittel 3, § 18, side 132.

⁵⁰ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, 35-39.

På akuttpost Nord lå skjermingsenheten innerst i korridoren. Den bestod av til sammen tre pasientrom og ett rom med belteseng. Innerste del av skjermingsenheten bestod av to pasientrom, en forgang/lite oppholdsrom med to stoler og et lite bord og et rom med belteseng. Det var eget bad i den innerste delen med ståtoalett og dusj. Ytterste del bestod av fellesrom med et lite kjøkken, spisebord og sofa med bord. Badet tilknyttet rommene i denne delen av skjermingsenheten hadde vanlig porselenstoalett. Det fantes et eget røykerom for skjermingsenheten. Det var også et lite vaktrom/personalrom med innsyn gjennom glass til begge deler av skjermingsenheten. Skjermingsenheten fremstod som steril, uten bilder på veggene eller andre elementer som kunne bidra til å skape en trygg atmosfære. Det var ingen mulighet for uhindret utgang til friluft fra skjermingsenheten.

Akuttpost Tromsø hadde to rom tilrettelagt for skjerming. Pasientrommet hadde forgang og et mindre rom i tilknytning, med to stoler som personalet kunne benytte. Dusj og toalett var knyttet til disse to rommene. Disse skjermingsrommene var i likhet med resten av avdelingen svært nedslitte. Det var ikke mulighet for utgang til frisk luft fra disse rommene.

Ved psykose- og rusenheten var skjermingsenheten under oppussing. Den bestod av soverom, oppholdsrom og bad og kunne møbleres etter behov. Den hadde i tillegg egen inngang slik at man ikke trengte å gå inn via fellesrom i posten, dette spesielt med tanke på behandling av fødselspsykosier. Det fantes ikke mulighet for uhindret utgang til frisk luft fra denne enheten.

Se kapittel 11.5 *Langvarig skjerming* for beskrivelse av skjermingsenheten på sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet.

Anbefalinger

- Sykehuset bør legge til rette for at også pasienter som er skjermet jevnlig kan komme ut i friluft.

11.3 Belteseng i skjermingsenhet

På akuttpost Nord var rom utstyrt med belteseng en del av skjermingsenheten. Skjermete pasienter var således få skritt unna beltesengen som lå i den innerste delen av enheten. Dette kan skape et inntrykk av skjerming mer som et middel for kontroll enn for ro og trygghet. Det understrekes i den forbindelse at skjerming ikke er et tvangsmiddel, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Plassering av beltesengen i skjermingsenheten kan øke risikoen for at beltesengen blir brukt i stedet for lempeligere tiltak overfor pasienter som er skjermet. I tillegg kan plasseringen være egnet til å skape unødvendig frykt hos pasienter ved kjennskap til at et inngripende tvangsmiddel ligger så nært. Plasseringen av beltesenger i skjermingsenheten fremstår som problematisk.

Det vises i denne forbindelse til klinikkens egen statistikk over bruk av tvangsmidler hvor akuttpost Nord ligger høyt på bruk av mekaniske tvangsmidler, jf. kapittel 10 *Tvangsmidler*.

Anbefalinger

- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

11.4 Plassering av ansatte

Under besøket ble det observert pasienter som var skjermet på eget rom med ansatte sittende i stol utenfor, med døren lukket. Denne praksisen ble også bekreftet av flere ansatte og pasienter ved de ulike enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon. Dette ga inntrykk av at pasientene i kortere eller lengre tidsrom var alene og uten direkte tilsyn. Døren kunne også være lukket slik at personell fra utsiden kunne hindre pasienten i å forlate rommet.

Helsedirektoratet har gitt en lovfortolkning av psykisk helsevernloven angående bruk av skjerming i en sak som handlet om skjerming av en pasient på eget rom i en skjermingsenhet.⁵¹ I denne saken satt helsepersonellet utenfor en dør som stod på gløtt. Helsepersonellet hadde dialog med pasienten gjennom dørgløtten. Helsedirektoratet slo fast at skjermingstiltaket var å betrakte som isolasjon og uttalte blant annet:

«Personal og pasient oppholder seg imidlertid i forskjellig rom, og karakteren av fysisk atskillelse samt intensjonen (vi antar) om å holde døren *mellom* pasient og personal stengt ved fysisk makt dersom behov for det, peker i retning av at pasienten er undergitt faktisk isolasjon».⁵²

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

Anbefalinger

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

11.5 Langvarig skjerming

På sikkerhetsavdelingens døgnpost var et større område av posten avsatt til skjermingsenhet for én pasient. Skjermingsenheten bestod av et soverom og et oppholdsrom samt eget bad. Dørene ut mot avdelingen stod oftest åpne, men et stort bord var plassert slik at det fylte dørråpningen. Bordet ble brukt til sosiale aktiviteter som kortspill, men var plassert på denne måten primært for å være en buffer mellom personalet og pasienten ved plutselige utageringer. I tilknytning til denne enheten var det bygget et eget uteområde med en liten hage samt forsterket trappeløp med utgang spesielt for denne pasienten.

⁵¹ Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015.

⁵² Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015, side 2. Se også brev fra Fylkesmannen i Rogaland til Stavanger universitetssykehus Helse Stavanger HF «Avslutning av tilsynssak – Stavanger universitetssykehus – pliktbrudd» 23. juni 2015. Fylkesmannen slo fast at sykehusets gjennomføring av skjermingstiltak etter lov om psykisk helsevern § 4-3 på en rekke sengeposter «[ikke] åpner for å holde pasienten adskilt fra det personell som deltar i gjennomføringen av skjermingen. Dette innebærer at lov om psykisk helsevern er brutt.»

Ved enkelte utageringer ble pasienten låst inne på skjermingsenheten uten personale til stede, etter en etablert prosedyre. Denne innlåsing kunne vare i inntil to timer. Det ble i slike tilfeller fattet vedtak om isolasjon. Dørene til den innerste enheten hadde innfelt glass og en åpning slik at personalet kunne være utenfor og kommunisere inn. Pasienten hadde ved forebyggingsenhetens besøk vært skjermet sammenhengende i om lag tre og et halvt år. Vedtakene var fornyet hver 14. dag og vedtaksprotokollen signert av kontrollkommisjonen. I realiteten hadde pasienten hatt skjermingsenheten som sin bolig i flere år, med svært begrenset mulighet for kontakt med omverdenen. Regelverket setter ingen begrensning for hvor lenge en pasient kan skjermes, og en pasient kan derfor leve isolert fra andre enn behandlingspersonalet i årevis. Dette er imidlertid problematisk med tanke på risiko for umenneskelig behandling.

I mange av vedtakene for henholdsvis skjerming, mekaniske tvangsmidler og isolasjon fremgikk det at pasienten ikke hadde mottatt dette skriftlig, da «for mange 'rutine-skriv' blir vurdert bare å stresse pasienten». Det er vanskelig å forstå at informasjon om grunnlaget for et tvangsvedtak og om mulighetene for å klage skal være en tilleggsbelastning for en pasient som er blitt beltelagt eller skjermet. Derimot bør god skriftlig og muntlig informasjon om hvorfor et vedtak har blitt fattet kunne bidra til en ettersamtale om tvangsbruken (se kapittel 10.5 *Ettersamtale*). Ansatte ved enheten forklarte at pasienten kunne ha en psykisk helsetilstand som gjorde det vanskelig for ham å forstå tvangsvedtaket og klageretten i det øyeblikket vedtaket ble fattet. Det bør i slike situasjoner tilstrebes å gi informasjon så snart tilstanden er endret, slik at vedkommende får en reell mulighet til å forstå at skjerming og tvangsmidler er tiltak som stadig må begrunnes.

For å ivareta pasientens rettsikkerhet og mulighet til å klage på vedtak, bør pasienten underrettes både skriftlig og muntlig når vedtak fattes. Det er derfor prinsipielt bekymringsfullt at den samme som fatter vedtaket vurderer at pasienten ikke vil tåle å få det skriftlige vedtaket presentert. Dette utgjør en risiko for umenneskelig behandling ved at pasienten blir fratatt muligheten til informasjon om begrunnelsen for vedtaket, som vil være det en klage baserer seg på.

Anbefalinger

- Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.

12 Institusjonskultur

12.1 Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling

I institusjoner som har hjemmel til å frata mennesker friheten, vil det alltid være en ubalanse i maktforholdet mellom ledelse og ansatte på den ene siden og beboere på institusjonen på den andre. På et sykehus der det gjennomføres tvangsinnleggelser er pasientene avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv en sårbarhet for overgrep og krenkelser av menneskers verdighet og grunnleggende rettigheter. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet.⁵³

Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene, holdningene og oppfatningene blant de ansatte; holdningene om hva som er viktig på enheten, hvordan man løser problemer og hva slags type atferd som er akseptabel.⁵⁴ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

Enkelte trekk og holdninger ved en institusjonskultur vil representere en klar risiko for umenneskelig behandling. Spesielt gjelder dette interne kulturer der de ansatte har mistet individet av syne og det har utviklet seg 'oss-og-dem'-holdninger, kultur for vold og maktbruk og kultur for reaksjons- og straffefrihet.⁵⁵

Dersom ansatte slutter å forholde seg til hver pasient som et enkeltindivid, men behandler dem som objekter eller som representanter for en gruppe (for eksempel basert på diagnose, kjønn eller alder), skapes det avstand. Allmennmenneskelige relasjoner svekkes da lett, og det oppstår en risiko for umenneskelig behandling. Forskning viser at «oss-og-dem»-holdninger i etater som utøver makt, kan føre til økt tvangsbruk.⁵⁶ I fengsler er det påvist at slike holdninger hos personalet generelt sett fører til økt stressnivå hos innsatte.⁵⁷

Kultur for vold og maktbruk utvikles der det er en rådende holdning om at vold er normalt eller nødvendig. Dette vil ofte være tilfellet på steder der de ansatte opplever at kontroll er en overordnet prioritet. En slik kultur vil få økt grobunn der de ansatte i tillegg ikke opplever at de har alternative virkemidler eller har kunnskap om andre måter å håndtere konflikter på.

⁵³ FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁵⁴ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

⁵⁵ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

⁵⁶ Terrill et al. (2003): Police culture and coercion, *Criminology*, 4, p. 1003-1034. Se også Norvoll og Husum (2011) *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*, Arbeidsforskningsinstituttet, der det blant annet slås fast at: «Flere studier viser at personalgrupper ved sykehusposter (spesielt de som er preget av kontrollkulturer), blant annet kjennetegnes ved at ansatte ønsker å opprettholde en avstand til pasientene. [...] Dette bidrar til å opprette et syn hos de ansatte på pasienten som «den andre» og som vesentlig annerledes enn en selv.», side 10.

⁵⁷ Liebling (2007). Why prison staff culture matter in *The culture of prison violence*, Byrne, Taxman and Hummer (eds.), Allyn and Bacon, side 105.

Når ansatte begår krenkelser uten å bli holdt ansvarlig, kan man tale om en kultur for reaksjons- og straffefrihet. Steder som er preget av at ansatte dekker over for hverandre eller ikke rapporterer urett som blir begått, bidrar til å opprettholde en slik kultur. En kultur for reaksjons- og straffefrihet får mulighet til å utvikle seg når ledelsen ved institusjonen ikke tar aktive grep mot maktmisbruk. Dersom ledelsen stilltiende aksepterer urett, sender den et sterkt signal om at dette kan pågå uten konsekvenser for de involverte.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination. The absence of violence and abuse, of patients by staff or between patients, constitutes a minimum requirement.»⁵⁸

12.1.1 Akuttpost Nord

Under besøket erfarte forebyggingsenheten en tydelig «oss-og-dem»-holdning på akuttpost Nord. Det ble funnet flere eksempler på at enkeltpasienter ble omtalt på måter som fremstod som dehumaniserende. Deler av personalgruppen uttrykte mistenksomhet når det gjaldt intensjoner og atferd hos pasientene. Det ble også funnet lignende holdninger til samfunnet utenfor enheten. Flere av pasientene rapporterte om krenkende, seksualiserte og nedverdiggende utsagn og holdninger som gjorde at de følte seg utrygge eller mindrevverdige når de var sammen med enkelte i personalgruppen.

Frihetsberøvelsen medfører at disse pasientene ikke har mulighet for å beskytte seg mot ansattes tilstedeværelse eller mulighet til å unndra seg negative og nedverdiggende kommentarer. Dette er alvorlig. Slike hendelser var flere steder journalført, og hadde i enkelte tilfeller utviklet seg til utageringssituasjoner med påfølgende holding og beltelegging. Kontrollkommisjonen opplyste at de ved gjennomgang av tvangsvedtak syntes å se eksempler på at bruk av tvangsmidler var foranlediget av konfronterende oppførsel fra ansatte. I én journal hadde vakthavende lege ført at pasientens opplevelser med miljøpersonalet skulle rapporteres til pasientens faste behandler. Det må derfor antas at dette var kjent i behandlergruppen.

Det fremkom også på akuttpost Nord at kortvarig holding gjentatte ganger ble brukt uten at det ble fattet vedtak (se blant annet kapittel 8.3 *Pasientsikkerhet*). Besøket etterlot et inntrykk av at enkelte av personalet så på holding som en del av miljøterapien. I tillegg ble beltelegging og holding av flere pasienter opplevd som straff for atferd personalet ikke likte, i stedet for å bli brukt som en siste utvei for å hindre skade på pasient eller andre. Et klart flertall av både ansatte og pasienter hadde ingen opplevelse av at reduksjon av tvang var et mål på posten. Fra flere kilder fremkom det informasjon om bruk av unødvendig makt i møte med pasientene, og flere ansatte opplevde at enkelte kolleger var sterkt opptatt av kontroll og makt over pasientene (se også kapittel 10 *Tvangsmidler*).

Det vises også her til CPT:

«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

⁵⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

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.»⁵⁹

Det kom også frem at pasienter skal ha blitt skadet i møte med personale, både i holde-situasjoner (se kapittel 8.3 *Pasientsikkerhet*) og under beltelegging. Det var ingen rutiner for å registrere slike skader, og det ble ikke opplevd at hendelsene ble fulgt opp overfor de som hadde vært involvert.

Det ble videre beskrevet et skarpt skille mellom personalet på nattskiftet og personalet på dag- og kveldsskiftene. Nattskiftet bestod av en fast personalgruppe, i all hovedsak menn, som nesten utelukkende jobbet natt. Personalet fremhevet selv at det var liten kommunikasjon mellom nattskiftet og det øvrige personalet, og det ble blant annet påpekt at møter og opplæring som foregikk på dagtid i liten grad ble organisert slik at nattpersonalet kunne delta. Flere i nattpersonalet ga uttrykk for at de ikke opplevde seg forstått av ledelsen, men samtidig at de stort sett kunne løse oppgavene slik de selv ønsket. Både ledelsen ved enheten og flere i både behandlergruppen og miljøpersonalet hadde en oppfatning om at et flertall av belteleggingene ble gjennomført om natten, men det ble påpekt at det manglet tall for å kunne slå fast om det faktisk var slik.

12.1.2 Ledelse

Ledelsen har ansvar for at den sosiale identiteten og kulturen som utvikler seg blant ansatte er i tråd med menneskerettighetene og med grunnleggende rettigheter som pasientsikkerhet og alle menneskers iboende verdighet. Når ledelsens holdninger og verdier ikke er tydelige, ikke blir respektert, eller blir oppfattet som støttende til en negativ kultur, øker risikoen markant for at kulturer som tillater krenkelser får utvikle seg. Undersøkelser av kulturer blant ansatte ved steder for frihetsberøvelse viser også at en sosialisering i retning av negative holdninger i stor grad avhenger av de ansattes opplevelse av om de vil bli holdt ansvarlig. Opplevelse av at man vil bli holdt til ansvar for krenkende praksis har, på den annen side, en sterkt sosialisierende effekt i positiv retning. På samme måte viser det seg at mangel på felles verdier fremmet av en tydelig ledelse, i seg selv skaper økt risiko for krenkelser.

Under besøket ble det funnet få eksempler på at ledelsen ved akuttpost Nord eller ledelsesnivåene over enheten, hadde adressert uheldige holdninger blant ansatte slik disse er beskrevet ovenfor (se blant annet kapittel 12.1.1 *Akuttpost Nord*). Det kom frem en tydelig manglende tillit til ledelsen fra flere ansatte under besøket.

Det ble erfart en manglende innsikt i og vilje fra ledelsen på alle nivåer til å gripe fatt i årsaker til de store forskjellene i bruk av tvang mellom enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon og til sikring av gode prosedyrer for registrering av pasientskader (se blant annet kapittel 8.3 *Pasientrettigheter* om en alvorlig pasientskade som ikke var meldt eller fulgt opp til tross for at ledelsen var kjent med denne). En slik manglende synlig vilje fra ledelsens side til å gjøre noe med tvangsbruken kan ha blitt tolket av de ansatte som en aksept av deres holdninger og praksis.

Det var et gjennomgående funn ved akuttpsykiatrisk seksjon at det manglet klare skriftlige rutiner for sentrale prosedyrer og at det var store forskjeller mellom enhetene i praksiser og rutiner. Det var også store forskjeller seksjonene imellom når det gjaldt skriftlige rutiner. Blant annet manglet det

⁵⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

felles rutiner for akuttpostene for opplæring av nye ansatte og for gjennomføring av ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler (se nærmere kapittel 10 *Tvangsmidler*).

Det ble også påpekt fra flere ansatte at personalet i liten grad ble ivaretatt eller fikk oppfølging dersom det oppstod alvorlige hendelser på jobb, eller dersom noen ble skadet i arbeidstiden.

I lys av disse risikomomentene og funnene som ble gjort under besøket til UNN, ser Sivilombudsmannen alvorlig på forholdene spesielt ved akuttpost Nord og påpeker at ansvaret for å endre på disse forholdene primært hviler på ledelsen.

Anbefalinger

- Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akuttpsykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes for å sikre dette ved akuttpost Nord.
- Sykehuset bør sørge for enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.

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/forebyggingsenheten

