



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Stavanger universitetssjukehus

9.–12. januar 2017



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Stavanger universitetssjukehus
Adm. dir. Inger Cathrine Bryne
Pb. 8100
4068 STAVANGER

Vår referanse
2016/1250

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
08.05.2017

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 9.–12. januar 2017

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Stavanger universitetssjukehus 9.–12. januar 2017.

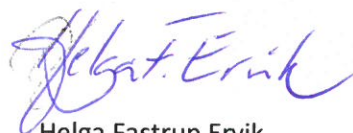
Vedlagt følger rapporten fra besøket. Det bes om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 1. september 2017.

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 Vest RHF
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Rogaland 1
Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Rogaland 2
Fylkesmannen i Rogaland
Statens helsetilsyn



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Stavanger universitetssjukehus, spesialavdeling for voksne

9.–12. januar 2017

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	4
2	Tortur og umenneskelig behandling	5
3	Sammendrag	6
4	Generell informasjon om Stavanger universitetssjukehus, spesialavdeling for voksne	10
5	Gjennomføring av besøket	12
6	Fysiske forhold og aktivisering	13
6.1	Fysiske forhold	13
6.2	Aktivitetstilbud.....	14
6.3	Daglig opphold utendørs.....	14
7	Bruk av tvangsmidler.....	16
7.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	16
7.2	Omfang av tvangsmiddelbruk	17
7.2.1	Antall vedtak om tvangsmidler	17
7.2.2	Variasjon i bruk av tvangsmidler mellom sengepostene	17
7.3	Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler	18
7.4	Bruk av mekaniske tvangsmidler	20
7.4.1	Beltesenger	20
7.4.2	Bruk av belteseng.....	20
7.4.3	Langvarig bruk av belteseng.....	21
7.4.4	Involvering av politi ved bruk av belteseng	22
7.5	Bruk av isolering.....	22
8	Skjerming	24
8.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	24
8.2	Omfang av skjerming	25
8.3	Fysiske forhold i skjermingsavsnittene	26
8.4	Gjennomføring av skjerming.....	27
8.4.1	Romskjerming på skjermingsavsnitt	27
8.4.2	Kortvarig bruk av kloss ved skjerming.....	28
8.4.3	Langvarig skjerming	29
8.4.4	Rutinemessig skjerming av pasienter innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven	29
9	Behandling uten eget samtykke	31
9.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	31
9.2	Gjennomføring av tvangsmedisinering.....	32
9.3	Vedtak om behandling uten eget samtykke	32
10	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	34
10.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	34

10.2	Bruk av ECT på nødrett ved Stavanger universitetssjukehus	36
11.	Andre inngrep i personlig integritet og frihet	39
10.3	Innskrenkninger i kontakt med omverden	39
10.4	Husordensregler.....	40
11	Ettersamtale ved bruk av tvang	42
12	Institusjonskultur.....	43
12.1	Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling.....	43
13	Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost	44
14	Pasientsikkerhet	45

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.

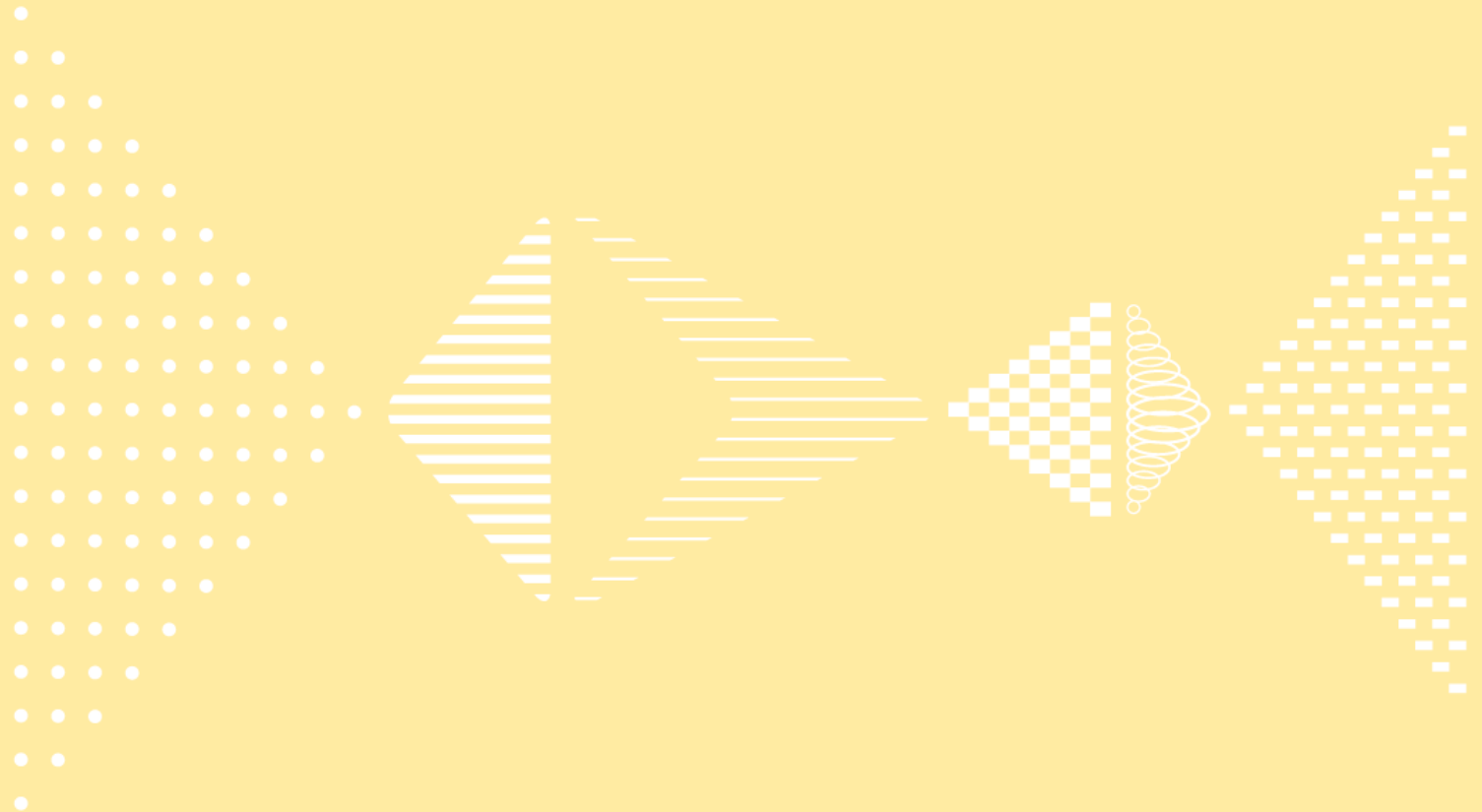
¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

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 2002.



3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Stavanger universitetssjukehus, spesialavdeling for voksne 9.–12. januar 2017. Sykehuset ble på forhånd varslet om at Sivilombudsmannen planla å gjennomføre et besøk, men dato for besøket ble ikke oppgitt.

De besøkte sengepostene hadde gjennomgående hyggelige og åpne fellesarealer. Pasientrommene hadde et nakent preg. Flere av sengepostene hadde et høyt fokus på å tilby pasientene fysisk aktivitet, men mange etterlyste andre former for meningsfulle aktiviteter og terapiformer og tilbud som var tilpasset deres funksjonsnivå og interesser. De fleste av de besøkte sengepostene manglet direkte utgangsmulighet fra posten for pasienter som ønsket å oppholde seg utendørs. Pasientenes tilgang til uteområder var begrenset, og utgjorde en særlig utfordring for pasienter i skjermingsavsnitt.

Ved de besøkte sengepostene rapporterte de fleste pasientene om at de i hovedsak opplevde seg behandlet humant, hyggelig og med respekt av miljøpersonalet. Både pasienter og ansatte oppgav at de over tid hadde opplevd en dreining i institusjonskulturen i en positiv retning. Det fremkom likevel hendelser der en autoritær holdning blant enkelte ansatte synes å ha utløst vold og utagering fra pasienter.

Funn under besøket viste at sykehuset har lyktes i å få til en markant reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler, men at bruken av isolering er høy i landsammenheng. Det var iverksatt viktige tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler. En god praksis var at det ble foretatt gjennomgang av tvangstall for de enkelte sengepostene, for å diskutere årsaker til variasjon i tvangsbruk. Sykehuset bør likevel vurdere iverksettelse av tiltak som også retter fokus mot andre faktorer som kan ha betydning for tvangsmiddelbruk, slik som fysiske forhold, aktivitetstilbud, institusjons- og postkultur samt pasientmedvirkning.

En dokumentgjennomgang viste at sykehuset gjennomgående sikrer god dokumentasjon for sin bruk av mekaniske tvangsmidler. Dokumentasjonen viste at mange av tiltakene var kortvarige, med hyppige forsøk på å løse pasienten fra beltene. Det var likevel bekymringsfullt at enkelte pasienter hadde ligget i belteseng i over 24 timer sammenhengende. De ansatte hadde i hovedsak god praktisk opplæring for å sikre en skånsom utføring av beltelegginger. Samtidig ble det funnet problematiske forhold i forbindelse med gjennomføring av beltelegginger, som tildekking av munn eller ansikt, aktiv involvering fra lokalt politi og pasienter som sov i belteseng.

Funn under besøket tydet på at skjerming var en integrert del av behandlingen. De fysiske forholdene på sengepostene, der over én fjerdedel av pasientrommene lå i postenes skjermingsavsnitt, syntes i seg selv å utgjøre en risiko for uforholdsmessig bruk av skjerming. Skjermingsavsnittene hadde et sterilt preg, spesielt på pasientrommene. Mange opplevde skjermingsavsnittene som fengselsliknende. Lokalene var trang og lite fleksible, og gjorde det utfordrende å ivareta alle pasientenes behov, særlig når alle skjermingsrommene var i bruk samtidig. Funn under besøket viste at dette var vanlig, og at mange pasienter derfor fikk beskjed om å holde seg på rommet sitt. Dørene ble ikke låst, men var vanskelige å åpne innenfra på grunn av runde dørrvidere. Denne måten å gjennomføre skjerming på gav et preg av isolasjon. Tiltaket fremstod som et klart mer inngripende tiltak enn skjerming med fri tilgang til skjermingsstuen, ved at bevegelsesfrihet, menneskelig kontakt, aktiviteter og stimuli var ytterligere begrenset. De fleste sengepostene hadde også hatt pasienter

som hadde vært underlagt skjerming kontinuerlig over flere måneder, noen få av oppholdene strakk seg over fem måneder. Skjerming over så lang tid utgjør en klar risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling, spesielt i lys av de fysiske forholdene ved skjermingsavsnittene og praksisen med romskjerming.

Når det gjaldt behandling uten eget samtykke, oppgav flere pasienter det som traumatisk å ta medisiner mot sin vilje, og noen opplevde plagsomme bivirkninger av medikamentene. Funn tydet samtidig på at behandlerne hadde respekt for at tvangsmedisinering var et svært integritetskrenkende tiltak. Dokumentgjennomgangen viste at sykehuset i hovedsak sikrer god dokumentasjon av hvilke vurderinger som er gjort før et vedtak fattes. En del vedtak fremstod likevel som mangelfullt utformet, ved at den vedtaksansvarlige ikke hadde tatt stilling til om alle lovens krav var oppfylt, eller at begrunnelsen for at vilkåret var oppfylt fremstod som mangelfull. Særlig gjaldt dette vilkåret om at det må være «stor sannsynlighet» for en positiv behandlingseffekt.

Stavanger universitetssjukehus har i senere år gjennomført ECT-behandlinger på nødrettsgrunnlag overfor et lite antall pasienter. Det var særlig grunn til bekymring når det gjaldt behandlingen av én av disse pasientene. Pasienten hadde minoritetsspråklig bakgrunn og ble gitt en rekke behandlinger på grunnlag av nødrett. Dokumentasjonen peker i retning av at det ikke ble foretatt tilstrekkelige vurderinger av om vilkårene for nødrett var oppfylt. Foreliggende funn tyder også på at tolk ikke ble benyttet, eller forsøkt benyttet, før iverksettelsen av en ECT-behandling på nødrett i en situasjon der pasienten ikke kunne forstå eller uttrykke seg på norsk. Pårørende ble bedt om å samtykke på pasientens vegne til det nødrettslige inngrepet. ECT på nødrett er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Saken belyser de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen. Det gir videre grunn til bekymring at sentrale helsemyndigheter ikke mottar informasjon når ECT er blitt gitt på nødrett. Dette fratar helsemyndighetene viktig informasjon om praksis av svært stor betydning for de som blir underlagt behandlingen.

Det var laget et nytt felles husordensreglement i spesialavdeling for voksne. Husordensreglementet var kortfattet, respektfullt og tydelig, og inneholdt også en forklaring om at rettighetene kan begrenses av vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Funn under besøket tydet likevel på at en del av de gamle husreglene fortsatt ble håndhevet på enkelte sengeposter.

Funn under besøket viste også at det lokale politiet i en del tilfeller hadde hatt vært involvert i iverksettelsen av omfattende former for kontroll- og tvangstiltak inne på sengepostene, slik som langvarig vakthold og ransaking. Politiets involvering i slike situasjoner viste et behov for å avklare hvilke situasjoner det er faglig forsvarlig å anmode om bistand fra politiet for kontroll- og tvangstiltak som iverksettes inne på sengepost.

Anbefalinger

Fysiske forhold og aktivisering

- Sykehuset bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.
- Alle pasienter bør tilbys minst én times opphold utendørs hver dag.

Bruk av tvangsmidler

Bruk av mekaniske tvangsmidler

- Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.
- Politiet bør ikke være involvert i bruk av mekaniske tvangsmidler.

Skjerming

Fysiske forhold på skjermingsavsnittene

- Sykehuset bør foreta en vurdering av om skjermingsavsnittene er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling. Vurderingen bør omfatte både avsnittenes utforming og deres andel av sengepostenes samlede antall sengeplasser.
- Pasienter i skjermingsavsnitt bør sikres tilbud om minst én times opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.

Gjennomføring av skjerming

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at det ikke gjennomføres romskjerming på skjermingsavsnitt som i realiteten innebærer isolasjon.
- Sykehuset bør iverksette særlig tiltak for å forebygge langvarig bruk av skjerming.
- Sykehuset bør utvikle sin praksis med rutinemessige skjermingsvedtak for pasienter som er innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10–2.

Behandling uten eget samtykke

Vedtak om behandling uten eget samtykke

- Sykehuset bør utarbeide felles rutiner for vurderinger og gjennomføring av vedtak om behandling uten eget samtykke, for å sikre en ensartet praksis og styrke pasientenes rettsikkerhet.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Bruk av ECT på nødrett ved Stavanger universitetssjukehus

- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for bruk av ECT på nødrett for å sikre at pasienter ikke utsettes for en ulovlig praksis.

- Sykehuset bør sikre at pasienter som har behov for det, mottar informasjon om behandling, vedtak og om sine rettigheter til å klage gjennom kvalifisert tolk.

Andre inngrep i personlig integritet og frihet

Innskrenkninger i kontakt med omverdenen

- Vedtaksdokument om innskrenkninger i kontakt med omverdenen bør inneholde en konkret begrunnelse for å ivareta pasientens klagerettigheter.

Husordensregler

- Sykehuset bør sikre at lokale husregler ikke griper inn i pasientenes ytrings- og religionsfrihet.
- Sykehuset bør sikre at besøkskontroll ikke gjennomføres uten en konkret individuell vurdering.

Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost

- Sykehuset bør i samråd med politiet gjennomgå sin praksis for politibistand iverksatt i sengepost.

Pasientsikkerhet

- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for å påse at pasientskader som oppstår i konfliktsituasjoner med personalet, alltid registreres i avvikssystemet.

4 Generell informasjon om Stavanger universitetssjukehus, spesialavdeling for voksne

Stavanger universitetssjukehus (SUS) Helse Stavanger HF, er et av landets seks universitetssykehus. Sykehuset betjener en befolkning på over 360.000 i Sør-Rogaland. Sykehuset eies av det regionale helseforetaket Helse Vest.

Ved sykehusets to psykiatriske klinikker behandles cirka 10.000 mennesker årlig. Det dreier seg om alle typer psykiske lidelser, hos barn, unge voksne, voksne og eldre. Sykehusets psykiatriske tilbud er organisert i en klinikk for psykisk helsevern for barn- unge og rusavhengige og en klinikk for psykisk helsevern voksne. Klinikken for psykisk helsevern voksne har avdelinger bestående av distriktskykiatriske sentre og en spesialavdeling for voksne.

Sivilombudsmannen besøkte spesialavdeling for voksne (SV) som ligger på Våland i Stavanger. På Våland har spesialavdeling for voksne fire avdelinger med tilsammen 114 sengeplasser, og pasientene fordeles ut fra kapasitet på postene og type problemstilling. I alt er det ni sengeposter samt andre enheter som poliklinikker, kompetansesentra og boenheter:

1. Avdeling akutt og intensiv psykiatri (sengepost AMC2, B3 og C1 samt TIPS-team og familiepoliklinikk)),
2. Avdeling affektiv og psykose (sengepost A2, A3, B2 og E1 samt ECT-poliklinikk),
3. Avdeling sikkerhetspsykiatri (sengepost A1 samt Eiketun, MIT, EVA, boenhet for voksne autister og nevropsykologisk poliklinikk),
4. Avdeling alderspsykiatri (sengepost B1 samt poliklinikk APP, regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling og senter for eldre medisin).

I alt 5 sengeposter, fordelt på alle avdelingene med unntak av avdeling for alderspsykiatri ble besøkt:

- AMC2: Dette er en mottakspost der alle innkommende pasienter kommer inn for en første observasjon og vurdering. De blir så overført til en av sengepostene for utredning og behandling. Posten har i alt åtte sengeplasser og tre av pasientrommene er på skjermingsavsnittet. Innleggelsestid på AMC2 skal være maksimalt 24 timer før en overføring til en annen post. Posten hadde 2029 innleggelser i 2015.
- B3: Den første av to akuttenheter som tar i mot alle typer psykiske lidelser for utredning og behandling. Enheten har i alt 14 sengeplasser. Fire av rommene ligger på en skjermingsenhet. Fire plasser er satt av til pasienter innlagt på vedtak § 10-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved rusmisbruk). Posten hadde 156 innleggelser i 2015. Flertallet var tvangsinnleggelser.
- C1: Den andre av to akuttenheter som tar i mot alle typer psykiske lidelser for utredning og behandling. Enheten har i alt 14 sengeplasser. Fire av rommene ligger på en skjermingsenhet. Posten hadde 165 innleggelser i 2015. Flertallet var tvangsinnleggelser.
- E1: Dette er primært en post for pasienter med etablerte bipolare eller unipolare lidelser som trenger lengre innleggelser. Enheten har i alt 14 sengeplasser. Fire av rommene ligger på en skjermingsenhet. Posten hadde 164 innleggelser i 2015. Under halvparten var innleggelser på tvang.

- B2: Dette er primært en post for pasienter med etablerte psykoselidelser. Enheten har per i dag 12 sengeplasser. Tre av pasientrommene ligger på en skjermingsenhet. Posten hadde 130 innleggelser i 2015. Omlag $\frac{3}{4}$ var tvangsinnleggelser.
- A1: Sikkerhetspost med Sør-Rogaland som opptaksområde. Enheten har spesialkompetanse innen observasjon, utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med alvorlig sinnslidelse, som også har langvarig dokumentert farlig atferd eller svært alvorlig voldspotensiale. Pasientgruppen kommer fra kriminalomsorgen eller internt innenfor psykisk helsevern. Posten har i alt ti sengeplasser. Tre av rommene var på en skjermingsenhet. Posten hadde elleve innleggelser i 2015, alle var tvangsinnleggelser.

5 Gjennomføring av besøket

I september 2016 ble Stavanger universitetssjukehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til spesialavdeling for voksne i løpet av de neste tre månedene. Dato for besøket ble ikke oppgitt. Sykehuset mottok så et brev i november 2017 der man opplyste om en utvidelse av tidsrammen for besøket til uke 7 i 2017. Besøket ble gjennomført 9.–12. januar 2017.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer og statistikk, innleggelsestall og avviksmeldinger. Det ble også innhentet dokumenter fra bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste sakene på hver enhet, fra før sykehuset mottok brevet som varslet besøket.

Besøket begynte med en befaringspostene B3, B2, C1, AMC2, og senere E1 og A1. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, rom med beltesenger, vaktrom og aktivitetsrom.

Senere første besøksdag hadde besøksteamet et møte med klinikkssjefen, avdelingsledere og postledere. Behovet for å kunne gjennomføre private samtaler med pasienter ble spesielt vektlagt.

Det ble i løpet av de neste dagene gjennomført intervjuer av pasienter, miljøpersonell, behandlere og postledere og avdelingsledere på aktuelle poster.

Tvangsprotokoller fra alle de aktuelle postene ble gjennomgått.

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

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Aage Thor Falkanger (sivilombudsmann)
- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Rolf Christian Ranheim (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Harald Aasen (ekstern ekspert, psykologspesialist)

6 Fysiske forhold og aktivisering

6.1 Fysiske forhold

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De fysiske forholdene på døgnenhetene bør skape et trygt og helsefremmende miljø for pasientene, slik at behandling og omsorg kan gis på en mest mulig skånsom og respektfull måte. Forskning underbygger at fysisk utforming av institusjoner innen psykisk helsevern påvirker hvordan pasienter og ansatte opplever behandlingen. En engelsk studie viste at pasientene kom seg signifikant raskere i en nybygget psykiatrisk avdeling sammenliknet med i den gamle avdelingen.² Oppholdstiden ble redusert med 14 prosent og pasientene tilbrakte kortere tid i sikkerhetsavdelinger. Dette er forhold som er av spesiell interesse når det gjelder pasienter som er fratatt friheten.

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

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»³

De besøkte sengepostene hadde gjennomgående hyggelige og åpne fellesarealer (stue/spisestue), med velholdte møbler, kunst på veggene, grønne planter og tilgang til bøker og spill. Post C1 hadde et eget aktivitetsrom inne på posten, som pasientene hadde fri tilgang til, med blant annet massasjestol, yogamatter og ergometersykkel. På sikkerhetspost A1 var det plassert et bordtennisbord i enden av en pasientkorridor. Det ble observert og rapportert om dårlig ventilasjon på flere av postene, inkludert på enkelte skjermingsavsnitt (se kapittel 8.3 *Fysiske forhold i skjermingsavsnittene*).

Utenfor sengepostene fantes et felles aktivitetsrom med treningsapparater, bordtennis, biljard og massasjestol. Det var også to PCer med internetttilgang der. Bruk av aktivitetsrommet ble fordelt per sengepost etter en timeplan. Det fantes også et eget musikkrom med instrumenter som kunne disponeres av pasientene, og to gymsaler.

Pasientrommene hadde et nakent preg, med hvite vegger, sykehussenger og liten grad av utsmykning. Alle pasientrom hadde eget bad med dusj og toalett, med unntak av sengepost E1 der enkelte pasienter delte et dusjrom. Til tross for at flere skjermingsavsnitt var nyoppusset ble de beskrevet som fengselsliknende, både av pasienter og ansatte (se nærmere kapittel 8.3 *Fysiske forhold i skjermingsavsnittene*). Dette gjaldt spesielt rommene i den eldre delen av spesialavdeling for voksne.

De fleste postene hadde to beltesenger, som var plassert på ulike steder i posten (se kapittel 7.4.1 *Beltesenger*). Flere av postene hadde egne rom til beltelegging.

² Lawson, B. & Piri, M. (2003): The architectural healthcare environment and its effect on patient health outcomes, University of Sheffield.

³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 50, avsnitt 34.

6.2 Aktivitetstilbud

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. CPT har anbefalt at:

«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...»⁴

Funn under besøket viste at flere sengeposter hadde et høyt fokus på å tilby pasientene fysisk aktivitet. Post B3 hadde en ansatt i stilling som aktivitetspsykologisk rådgiver. I denne posten var det et godt tilbud om fysisk aktivitet til de fleste pasientene. Sikkerhetspost A1 hadde en aktivitør i 50 prosent stilling. Flere ansatte på de andre besøkte sengepostene pekte på behov for å ha en aktivitør med et særlig ansvar for å organisere aktiviteter for pasientene. Pasienter på alle sengepostene ble tilbudt ukentlige organiserte aktiviteter som langturer, og alle sengeposter hadde tilgang til aktivitetsrommet som lå utenfor postene. Det varierte hvor mange pasienter som ønsket å benytte aktivitetsrommet, men innhentet informasjon tydet på at hver sengepost hadde pasienter i aktivitetsrommet flere ganger ukentlig. Samtidig etterlyste flere pasienter mer fysisk aktivitet og muligheter til å oppholde seg utendørs (se kapittel 6.3 *Daglig opphold utendørs*). Dette gjaldt særlig pasienter som var underlagt skjerming (se kapittel 8.3 *Fysiske forhold i skjermingsavsnittene*).

Mange pasienter og en del ansatte etterlyste særlig tilbud om andre former for meningsfulle aktiviteter og terapiformer slik som musikkterapi, kunst- og uttrykksterapi, ergoterapi og psykoedukative kurs. Flere pasienter opplevde at de ikke var i form til fysisk aktivitet, og savnet tilbud som var tilpasset deres funksjonsnivå og interesser. Mange pasienter oppgav at de ofte kjedet seg. Det bemerkes at nasjonale faglige retningslinjer anbefaler bruk av musikk- og kunstterapi og psykoedukative tilnærminger som ledd i behandling av psykoser og affektive lidelser.⁵ Sykehuset bør undersøke hvordan sengepostene kan tilby mer varierte aktiviteter og terapiformer. Dette bør gjøres i samråd med pasientene.

6.3 Daglig opphold utendørs

CPT har også anbefalt at pasientene bør ha regelmessig tilgang til opphold utendørs.⁶ I FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte i fengsler (de såkalte Mandelareglene) 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.⁷ Sivilombudsmannen har tidligere påpekt at standarden ikke bør være lavere for mennesker som er fratatt friheten innen psykisk helsevern.

⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

⁵ Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (juni 2013), Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar (november 2011).

⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

⁷ FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandela-reglene), vedtatt av FNs generalforsamling 17. desember 2015, regel 23.

De fleste av de besøkte sengepostene (med unntak av post C1 og A1) manglet direkte utgangsmulighet fra posten for pasienter som ønsket å oppholde seg utendørs. Disse sengepostene måtte avtale med sikkerhetspost A1 om å få låne deres uteområde dersom de vurderte at pasienten utgjorde rømningsfare, eller benytte hagen til C1. Uteplassen til A1 var asfaltert, med unntak av en sandvolleyballbane. Det var også en basketballkurv. Dette området hadde et høyt gjerde for å hindre pasienter fra å rømme. Hagen til post C1 kunne også lånes ut til de andre sengepostene. Hagen manglet et sted pasientene kunne stå i ly ved regnvær.

Funn under besøket viste at tilgangen til uteområdene var begrenset, blant annet på grunn av lav bemanning eller at pasienter fra andre sengeposter benyttet uteområdet. Vanskelig tilgang til utearealer fremstod som en særlig utfordring for pasienter som var plassert i skjermingsavsnitt (se kapittel 8.3 *Fysiske forhold i skjermingsavsnittene*).

Anbefalinger

- Sykehuset bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.
- Alle pasienter bør tilbys minst én times opphold utendørs hver dag.

7 Bruk av tvangsmidler

7.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.⁸ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».⁹

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.¹⁰ Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. Tvangsmiddelbruk utelukkende for å forhindre betydelig materiell skade fremstår med dette som tvilsomt i lys av menneskerettslige krav, selv om psykisk helsevernloven § 4-8 etter sin ordlyd åpner for dette.¹¹

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og praksis.¹² Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har også gått i retning av en mer intensiv prøving av tvangsmiddelbruk når det gjelder tiltakets varighet, krav til praktisk gjennomføring og av om grunnleggende rettssikkerhetsgarantier er ivaretatt (se kapittel 7.4.3 *Langvarig bruk av belteseng*).

⁸ Psykisk helsevernloven § 4-8.

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

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

¹¹ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i klagesaker om beltelegging uttalt at «...such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» (M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104). Det samme fremgår av Europarådets ministerkomités anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed»

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

7.2 Omfang av tvangsmiddelbruk

7.2.1 Antall vedtak om tvangsmidler

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 1262 vedtak om tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 ved sengepostene i avdeling akutt, affektiv psykose og sikkerhet, hvorav 280 vedtak gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler, 516 vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, 116 vedtak om korttidsvirkende legemidler og 350 vedtak om kortvarig fastholding. Tilsvarende tall for 2016 (per 31. august) viste at det var fattet 654 vedtak om tvangsmidler, hvorav 134 vedtak gjaldt mekaniske tvangsmidler, 328 vedtak gjaldt isolering, 77 vedtak gjaldt korttidsvirkende legemidler, 115 vedtak gjaldt kortvarig fastholding.

Sykehusets siste rapport til styret i Helse Stavanger HF gir en oversikt over vedtak om tvangsmidler etter § 4-8 i spesialavdeling for voksne* for perioden 2013–2016.¹³ Statistikken viser at sykehuset har redusert bruken av mekaniske tvangsmidler markant fra over 1800 vedtak i 2013 til 280 vedtak i 2015. Prognosene for 2016 var en ytterligere reduksjon til noe over 200 vedtak. I 2013 var det registrert 515 vedtak om isolering, 948 vedtak i 2014 og 516 vedtak i 2015. Sykehusets prognoser tilsa en økning til nesten 600 vedtak om isolering i 2016. Vedtak om korttidsvirkende legemidler har i perioden 2013–2016 sett under ett blitt nedbrakt. I 2013 ble det fattet 155 slike vedtak, mens det i 2015 ble fattet 116 vedtak. Statistikken viser at antall vedtak om kortvarig fastholding økte fra 225 vedtak i 2013 til nesten 400 vedtak i 2015 (medregnet alderspsykiatrisk sengepost).

Samlet tyder oversikten på at sykehuset har lyktes i å få til en markant reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler. Bruken av mekaniske tvangsmidler har samtidig tidligere ligget på et høyt nivå, og sykehuset bør opprettholde det viktige arbeidet med å minske bruken (se kapittel 7.3 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*).

Oversikten tyder imidlertid også på at sykehuset har en særlig utfordring når det gjelder bruk av isolering. Her fremstår tallene som høye i landssammenheng. Det er utfordringer knyttet til å sammenligne tvangstall sykehusene imellom samt å si noe om tallenes relative størrelse, blant annet på grunn av utfordringer med registrering av vedtak i Norsk pasientregister (NPR). I Helsedirektoratets rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014, fremkommer det at det på landsbasis ble fattet 1483 vedtak om isolering i 2014.¹⁴ Til tross for usikkerhet om statistikkens kvalitet gir dette klare indikasjoner på at sykehuset også bør iverksette tiltak for å redusere bruken av isolering (se også kapittel 7.5 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*).

7.2.2 Variasjon i bruk av tvangsmidler mellom sengepostene

Sykehusets oversikt over vedtak om tvangsmidler for 2015–2016 viser til dels stor variasjon når det gjelder sengepostenes bruk av tvangsmidler. Denne variasjonen må tolkes i lys av faktorer som antall sengeplasser, inntakskriterier og gjennomsnittlig liggetid per post. Funn under besøket tydet på at dette også knyttet seg til enkelte pasienter som hadde fått et høyt antall vedtak (se kapittel 7.4.2 *Bruk av belteseng*).

¹³ Notat 30. november 2016 til styret i Helse Stavanger HF, Status og hvordan det arbeides med å kvalitetssikre og redusere tvang og tvangsmiddelbruk i Helse Stavanger, styresak 92/16.

*Spesialavdeling for voksne omfatter også alderspsykiatrisk døgnpost.

¹⁴ Helsedirektoratet, Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014, mars 2016, se tabell side 53.

Det var imidlertid også stor variasjon i bruk av tvangsmidler mellom sengeposter der slike årsakssammenhenger ikke syntes like tydelige. For eksempel hadde akuttpost B3 en betydelig nedgang i alle typer tvangsmidler fra 2015 til foreløpige tall for 2016, mens akuttpost C1 ikke viste samme tendens. Blant affektiv- og psykosepostene hadde post A3 langt færre isoleringsvedtak (i alt 16 vedtak i 2015) enn post B2 (i alt 85 vedtak i 2016). Sengepostenes inntakskriterier tok i hovedsak utgangspunkt i pasientenes sykdomsbilde og funksjonsnivå, ikke ulike geografiske opptaksområder. Funn under besøket tydet likevel på at inntakskriteriene på sengepostene ikke var skarpt avgrenset, og at fordeling av pasienter også skjedde på bakgrunn av kapasitet og tidligere innleggelser. De dels store variasjonene peker på et potensial for å benytte tvangsmiddeltallene til læring mellom postene.

7.3 Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

FNs torturkonvensjon pålegger medlemsstatene å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹⁵ Selv om bruk av tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. CPT har i sine reviderte standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler (2017) understreket at:

«...the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of health-care staff, adequate initial and ongoing training of the staff involved in the restraint of patients, and the promotion of the development of alternative measures (including de-escalation techniques) ».¹⁶

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraints.»¹⁷ En slik policy bør etter ombudsmannens syn inkludere en tiltaksplan for å forebygge bruken av tvangsmidler.

Sykehusets siste rapport til styret i Helse Stavanger HF redegjør for tiltak i det videre arbeidet med å redusere bruk av tvangsmidler.¹⁸ Det lages blant annet sammenstillinger av tvangstall for de enkelte sengepostene, slik at disse kan følge sin egen tvangsbruk. Tallene presenteres på månedlige møter som ledelsen har med de vedtaksansvarlige og øvrige ledere, for å diskutere årsaker til variasjon. Ombudsmannen vil fremheve at dette er en god praksis som legger til rette for viktige felles diskusjoner om hva som kan gjøres for å redusere bruken av tvangsmidler. Funn under besøket tydet likevel på at kunnskapsoverføringen på tvers av sengepostene om bruk av tvangsmidler kunne styrkes, særlig blant miljøpersonalet.

¹⁵ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

¹⁶ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf(2017)6, side 2.

¹⁷ Se note over, punkt 1.7.

¹⁸ Notat 30. november 2016 til styret i Helse Stavanger HF, Status og hvordan det arbeides med å kvalitetssikre og redusere tvang og tvangsmiddelbruk i Helse Stavanger, styresak 92/16.

Sykehuset syntes videre å ha et forbedringspotensial når det gjelder systematisk forebygging av tvang, særlig på postnivå. Funn under besøket tydet på at det forebyggende arbeidet på postnivå var fokusert rundt opplæring og trening i TMA-metoden.¹⁹ TMA-metoden handler blant annet om å forstå årsaker til aggresjon og vold for å forhindre at konflikter oppstår. Slik TMA ble beskrevet av ansatte under besøket, var inntrykket at man ved enkelte poster forholdt seg til TMA mest gjennom trening i praktiske teknikker for å håndtere en allerede oppstått konfliktsituasjon. Praktisk trening er viktig for å sikre en så skånsom tvangsmiddelbruk som mulig, der tvang ikke kan unngås. Samtidig vil et sterkt fokus på trening i praktisk gjennomføring av tvang også kunne utgjøre en risiko for mindre oppmerksomhet mot tiltak som kan forebygge situasjon som kan utvikle seg til grunnlag for tvangsbruk. Det er derfor sentralt å legge til rette for en løpende og kritisk diskusjon ved sengepostene om forhold som kan forebygge tvangsbruk.

Ombudsmannen ser positivt på sykehusets opprettelse av et prosjekt for reduksjon av tvangsmiddelbruk, inkludert et initiativ med erfaringsutveksling med et annet sykehus som ledd i arbeidet.

Under besøket merket ombudsmannen seg at en forklaring blant ledelsen og de ansatte når det gjaldt årsakene til høy bruk eller store variasjoner i tvangsmiddelbruk, var at det skyldes enkeltpasienter eller pasienter med en bestemt type diagnoser. Enkelte ansatte mente at noe av tvangen skyldtes frykt, usikkerhet eller rigiditet hos ansatte, og kunne vært unngått. Ansatte som hadde arbeidet på flere poster meldte om forskjeller mellom postenes kultur, for eksempel når det gjaldt grad av pasientinvolvering eller grensesetting. Det kan ikke utelukkes at slike faktorer påvirker tvangsmiddelbruken.

Funn under ombudsmannens besøk til institusjoner innenpsykisk helsevern så langt tyder på at en rekke forhold hver for seg eller samlet kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse, fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og institusjons- og postkultur.²⁰ Det vises i den sammenhengen også til CPTs anbefalinger 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.»²¹

Hva som er effektive tiltak beror dels på lokale forhold. Likevel bør sykehuset vurdere å iverksette tiltak som også retter fokus mot andre faktorerens mulige betydning for tvangsmiddelbruk, slik som fysiske forhold, aktivitetstilbud, institusjons- og postkultur samt pasientmedvirkning. De ulike typene tvangsmidler bør også ses i sammenheng, slik at redusert bruk av ett tvangsmiddel ikke fører til økt bruk av et annet.

¹⁹ Terapeutisk Mestring av Aggresjon (TMA), se www.helse-stavanger.no

²⁰ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her: <https://www.sivilombudsmannen.no/rapporter/category2966.html>.

²¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

7.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler

7.4.1 Beltesenger

Alle de besøkte sengepostene hadde tilgang til to beltesenger, enkelte hadde også tilgang til transportbelter. De fleste beltesengene hadde hjul, slik at de kunne flyttes fra lagringsplass til rom der beltelegging ble gjennomført. De undersøkte beltesengene kunne heves og senkes, slik at pasientene hadde mulighet for å sitte oppreist ved inntak av mat og drikke.

De fleste beltesengene var lagret ute av syne for pasientene. En belteseng på sengepost B2 var plassert bak et skjerm Brett i enden av en pasientkorridor. Det bør vurderes å finne et mer egnet lagringssted for denne beltesengen. Det kan også reises spørsmål ved behovet for å ha to beltesenger på hver av sengepostene. Både sengepost B2 og B3 vurderte å fjerne en av sine beltesenger. Erfaring fra andre steder i psykisk helsevern tilsier at fjerning av slikt utstyr fra post kan bidra til redusert bruk av mekaniske tvangsmidler.

7.4.2 Bruk av belteseng

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

I forkant av besøket ble det innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene på hver av de fem besøkte sengepostene.²² En gjennomgang av disse og tvangsprotokollene per post for 2016, antydte at mekaniske tvangsmidler i hovedsak ble brukt i tidsrom på noen timer. Tvangsprotokollføringen var gjennomgående meget grundig.

Dokumentgjennomgangen viste at enkeltpasienter hadde vært utsatt for mange suksessive vedtak. Føringer i tvangsprotokollene viste at mange av tiltakene var kortvarige (se imidlertid kapittel 7.4.3 *Langvarig bruk av belteseng*), med hyppige forsøk på å løse pasienten fra beltene. I en del tilfeller viste tvangsprotokollen at pasienten etter kort tid igjen ble plassert i belteseng. Dette synes å ha gitt utslag i sykehusets statistikk for bruk av tvangsmidler.

Det fremkom under besøket at det forekom at pasienter på oppfordring la seg i/ selv gikk til beltesengen, i kjølvannet av situasjoner der alarm var utløst og personal samlet seg for å håndtere denne. Generelt finner ombudsmannen det klart at bruk av belteseng i tilfeller der konfliktnivået er redusert slik at pasienten ikke lenger utgjør en risiko for seg selv eller andre, ikke er i tråd med de strenge vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-8.

Sykehuset hadde tilsendt prosedyrer for praktisk gjennomføring av vedtak om mekaniske tvangsmidler. Prosedyrene var i tråd med gjeldende regelverk, og inneholdt også et krav om en «debrief» for personal og pasient (om sistnevnte, se kapittel 11 *Ettersamtale ved bruk av tvang*).

Funn under besøket tydet i hovedsak på at de ansatte hadde god praktisk opplæring for å sikre en trygg og skånsom utføring av beltelegginger. Kravet om at pleiepersonell skal være kontinuerlig tilstede i rommet der belteleggingen foregår, fremstod som ivaretatt. Dokumentasjonen tydet på at ansatte ved tilsyn sjekket at beltene ikke hindret pasientens blodsirkulasjon, og at beltene ble løst gradvis opp etter lengre tids opphold, typisk ved å løse opp beltene diagonalt – f.eks. venstre arm og

²² 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 av eventuell klagesak.

høyre fot. En pasient oppgav likevel å ha vært fullstendig fastspent i belteseng gjennom en hel natt, uten at det ble tatt hensyn til ryggsmarter.

Av dokumentasjonen fremkom det også at pasienters ansikt i flere tilfeller ble tildekket under beltelegging. En pasient fikk på grunn av spytting påsatt kirurgisk munnbind, og en pasient oppgav å ha fått lagt et laken over ansiktet i beltesengen. Det fremkom ikke informasjon om hvor lenge tildekkingen i disse tilfellene varte. Når det gjelder disse enkelttilfellene, viser ombudsmannen til CPTs uttalelser:

«When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain. Vital functions of the patient, such as respiration, and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. If a patient has a tendency to bite, suck or spit, potential damage should be averted in a manner other than by covering the mouth.»²³

Anbefaling

- Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.

7.4.3 Langvarig bruk av belteseng

En gjennomgang av vedtak og tvangsprotokoller viste at enkelte pasienter innlagt i spesialavdeling for voksne i løpet av 2016 hadde ligget i belteseng i over 24 timer sammenhengende. I noen få tilfeller ble pasienter beltelagt i over 24 timer i flere omganger etter hverandre. Det bemerkes at pasientene i flere av disse tilfellene hadde sovet mens de var beltelagt. Foreliggende funn gir ikke grunnlag for å gi en vurdering av sykehusets konkrete tiltak i disse enkeltsakene. Ombudsmannen finner likevel grunn til å understreke at bruk av mekaniske tvangsmidler kun bør anvendes i nødrettsliknende situasjoner og at tiltaket skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er til stede.²⁴ Etter et besøk til en psykisk helseverninstitusjon i Danmark, uttalte CPT følgende:

«In the CPT's view, the duration of the actual means of restraint should be for the shortest possible time (usually minutes to a few hours), and should always be terminated when the reason for the use of restraint has ceased. The maximum duration of the application of mechanical restraint should ordinarily not exceed 6 hours.»²⁵

Komiteen uttalte også at:

²³ CPT Standards, side 62, avsnitt 48.

²⁴ Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har i enkelte saker om langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler overfor pasienter konstatert krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling etter EMK artikkel 3. I M.S. mot Kroatia ble staten dømt i en sak der en pasient hadde vært plassert i belteseng i femten timer sammenhengende. Domstolen fant det ikke bevist at tvangstiltaket ble iverksatt som en siste utvei, og vektla også at det ikke ble tatt hensyn til klagerens somatiske helsetilstand. Dommen illustrerer at langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig der det skjer uten tilstrekkelig grundige vurderinger og oppfølging, kan medføre brudd på forbudet mot tortur eller umenneskelig behandling (M.S. mot Kroatia, (No. 2)). Se også Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012 og, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015.

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

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

Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler synes å være en utfordring ved flere sykehus i det psykiske helsevernet i Norge. Flere av sykehusene som tidligere er besøkt av ombudsmannen hadde slike utfordringer, også opphold med flere dagers sammenhengende varighet.²⁶ I lys av menneskerettslige krav og den høye risikoen for skader og traumer slike tiltak utgjør, synes det å være behov for å skaffe seg en bedre nasjonal oversikt over forekomsten av langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler.

7.4.4 Involvering av politi ved bruk av belteseng

Funn under besøket viste at lokalt politi som var tilkalt i en konfliktsituasjon, ved minst én anledning hadde vært aktivt involvert i å legge en pasient i belteseng. En slik praksis er uakseptabel, blant annet fordi politiet ikke har den samme opplæringen som helsepersonell i bruk av belteseng.

CPT har etter sine besøk i psykisk helsevern i andre stater ved gjentatte anledninger kritisert politiets involvering ved bruk av mekaniske tvangsmidler.²⁷ I sin rapport etter besøk til Tsjekkia i 2014 pekte komiteen på at uniformert politi hadde vært tilkalt for å bistå ved bruk av tvangsmidler når personalet ikke var i stand til å kontrollere situasjonen.²⁸ Komiteen anbefalte at tsjekkiske myndigheter iverksatte tiltak for å få slutt på involvering av politiet ved bruk av tvangsmidler overfor utagerende pasienter.

Anbefaling

- Politiet bør ikke være involvert i bruk av mekaniske tvangsmidler.

7.5 Bruk av isolering

På bakgrunn av de høye tallene for isolering ved de besøkte sengepostene, har ombudsmannen undersøkt hvordan dette tvangsmiddelet brukes i praksis. Det ble også foretatt en gjennomgang av kritikk og klagesaker om isolering fra kontrollkommisjonene og Fylkesmannen i Rogaland.

Det fremkom under besøket at isolering ble gjennomført ved å bruke en kloss på døren slik at den bare kunne åpnes på gløtt. Alternativt ble døren midlertidig holdt igjen utenfra.

Ombudsmannen har merket seg at sykehuset i 2016 ble gjenstand for kritikk fra både kontrollkommisjonene og Fylkesmannen i Rogaland for sin isoleringspraksis. Fylkesmannen konstaterte lovbrudd etter klage fra en pasient der døren til rommet ble sperret ved hjelp av en kloss i to timer, uten at det var fattet vedtak eller at den vedtaksansvarlige på annen måte var involvert i beslutningen.

En av kontrollkommisjonene ved sykehuset avdekket at tre pasienter på tre forskjellige poster hadde vært isolert lenger enn tillatt tid på to timer – inntil fem timer – i strid med lovverket, og uten at vedtaksansvarlig ble orientert. Ombudsmannen forutsetter at sykehuset sikrer at lovens krav etterleves.

²⁷ Se bl.a. CPTs besøk til Nederland 2.–13. mai 2016, CPT (2016) 62, avsnitt 138; besøk til Tsjekkia 1.–10. april 2014, CPT/Inf (2015) 18, avsnitt 168 og besøk til Danmark 4.–13. februar 2014, CPT/Inf (2014) 25, avsnitt 127.

²⁸ CPTs besøk til Tsjekkia 1.–10. april 2014, CPT/Inf (2015) 18, avsnitt 168.

Samlet fremstår omfanget av isolering som høyt i landssammenheng. Funn som gjelder isolering må også ses i sammenheng med funn om at sykehusets skjermingspraksis har et tydelig isolasjonspreg (se kapittel 8.4 *Gjennomføring av skjerming*).

8 Skjerming

8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Skjerming kan skje på eget rom eller på skjermingsavsnitt. Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter.

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.

Norge er et av få land som opererer med begrepet skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt atskilt fra isolering.²⁹ Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av helsepersonell. Det vil likevel i praksis kunne være flytende grenser mellom skjerming og isolasjon, og en del pasienter opplever skjerming som isolasjon.³⁰ Muntlige beskjeder fra personalets side kan for eksempel oppleves som synonymt med låst dør.

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.³¹ Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og mer like opplevelsene ved bruk av isolering enn behandlingstenkningen omkring skjerming skulle tilsi.³²

Selv om skjerming regnes som et behandlingstiltak, setter menneskerettslige standarder begrensninger for bruken.³³ Fordi skjerming innebærer en ytterligere innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8. Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der personers autonomi allerede er begrenset, vil domstolen dessuten underlegge ytterligere tiltak som begrenser dette, en strengere prøving.³⁴

På bakgrunn av menneskerettslige føringer og pasienters erfaringer med skjerming som tvang,³⁵ vedtok Stortinget 17. januar 2017 endringer i psykisk helsevernloven § 4-3 som innebærer at vedtak

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

³⁰ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

³¹ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, 35–39.

³² Se note over.

³³ Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

³⁴ Munjaz mot Storbritannia, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80: «...when a person's personal autonomy is already restricted, greater scrutiny [will] be given to measures which remove the little personal autonomy that is left.»

³⁵ NOU 2011:9, kapittel 15, side 204 flg. og 207 flg. og kapittel 19, side 248. Prop. 147 L (2015–2016), side 35.

om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket (dvs. før det har gått 12 eller 24 timer).³⁶ Lovendringene trer i kraft 1. september 2017.

8.2 Omfang av skjerming

Statistikk oversendt fra sykehuset viste at det i 2015 ble fattet 635 vedtak om skjerming ved sengepostene i avdeling akutt, affektiv psykose og sikkerhet. Tilsvarende tall for 2016 (per 31. august) viste at det var fattet 373 vedtak om skjerming. Enkelte sengeposter pekte seg ut med betraktelig høyere tall enn de øvrige. Akuttpost B3 (95 vedtak) og affektivpost B2 (98 vedtak) pekte seg ut med et høyt antall skjermingsvedtak i 2015, nesten det dobbelte sammenliknet med postene A2, A3 og E1. Mottaksposten AMC hadde i 2015 136 registrerte vedtak om skjerming, men også et klart høyere antall innleggelser som gjør tallet lite sammenliknbart med de øvrige.

Funn under besøket tydet på at skjerming er en integrert del av behandlingen i spesialavdeling for voksne. I samtaler med flere ansatte fremkom det at skjerming anses som et vanlig tiltak ved urolighet og for å hindre at pasienter skjemmer seg ut (ofte kalt «blamering»). Noen ansatte uttalte at bruk av skjerming i noen tilfeller fremstod som en litt for enkel løsning, og at terskelen for hva som anses som blamering tidvis kunne være lav.

En dokumentgjennomgang viste at vedtak om skjerming gjennomgående var begrunnet på en lite konkret måte, eller ved bruk av vage begreper. Ett vedtak var for eksempel begrunnet på følgende måte: «Basert på innleggende leges opplysninger og i samtaler med deg etter at du ble innlagt oppfattes du psykotisk og dette preger adferden din». Andre eksempler er henvisninger til urolig atferd, behandlingsmessige grunner og liknende, uten at begrunnelsen er knyttet til konkrete, tidfestede hendelser eller handlinger, for eksempel «pasient har en alvorlig sinnslidelese, samt betydelige atferds- og utageringspotensial. Ingen innsikt i sin sykdom. Er ikke stabil ennå, svingende i sin motivasjon». Måten en del vedtak er fattet på, synes å forsterke inntrykket av at skjerming anses som en integrert del av behandlingen. Svakt begrunnede vedtak er også vanskelige for pasientene å få etterprøvd ved klage.

De fysiske forholdene på sengepostene, der mange av pasientrommene lå i postens skjermingsavsnitt, syntes i seg selv å utgjøre en risiko for uforholdsmessig bruk av skjerming. På de besøkte sengepostene var det til sammen 73 pasientrom. Av disse var 21 av rommene lokalisert inne på sengepostenes skjermingsavsnitt. Dette utgjør 28,7 prosent av den totale kapasiteten. De besøkte sengepostene hadde alle enten tre eller fire sengeplasser i skjermingsavsnittet. Når over én fjerdedel av alle pasientrom er lokalisert inne på et skjermingsavsnitt, kan dette blant annet medføre at terskelen for bruk av skjerming er lavere i perioder der belegget i sengeposten er høyt.

Funn under besøket viste også at sykehuset i perioder hadde plassert pasienter i skjermingsavsnitt uten at vilkårene for skjerming etter § 4-3 ble ansett oppfylt. For disse pasientene måtte døren mellom skjermingsavsnittet og resten av posten holdes åpen eller låses opp dersom andre pasienter med skjermingsvedtak opphold seg der samtidig. Det ble ikke gjort funn som tydet på at pasienter uten vedtak ikke fikk tilgang til fellesområdene, men det påpekes at en slik praksis øker risikoen for reell skjerming.

³⁶ Lovvedtak 50 (2016–2017).

8.3 Fysiske forhold i skjermingsavsnittene

Under befaringen undersøkte besøksteamet samtlige skjermingsavsnitt. Lokalene hadde gjennomgående et sterilt preg, spesielt på pasientrommene. Mange av pasientene og enkelte ansatte opplevde skjermingsavsnittene som fengselsliknende.

Flere skjermingsavsnitt var nyoppusset, eller i ferd med å bli pusset opp. Det fremkom at sykehuset hadde konsultert en arkitekt med ekspertise på bygg for psykisk helsevern. Oppussingsarbeidene hadde ikke involvert pasientorganisasjoner eller pasienter med erfaring fra opphold i skjermingsavsnitt.

Alle pasientrommene hadde atskilt baderom med dusj og toalett. På de nyoppussede pasientrommene var sengen innfelt i veggen og hadde bord og stol som var tunge å flytte. Vegger og tak var i hovedsak hvitmalt, med enkelte detaljer i grønt eller blått. Det var fargekontrast mellom gulv og vegg. Vinduene gav tilstrekkelig innfall av dagslys og hadde utvendig solskjerming eller persiennner. Fra flere av skjermingsrommene var det begrenset utsikt fordi nedre del av vinduet var frostet. Takbelysningen i de oppussede skjermingsrommene kunne dimmes av pasienten fra et panel i veggen. Hvert pasientrom hadde låsbare skap for pasientenes eiendeler. Det var ikke klokke eller kalender på pasientrommene.

Dørvrideren på innsiden av pasientrommene var glatt, kuleformet og vanskelig å vri om. Både pasienter, besøkende og enkelte ansatte problematiserte dette. Flere pasienter oppgav at utformingen av dørvrideren gjorde det vanskelig å komme ut av rommet dersom døren var lukket, og enkelte opplevde døren som låst. Dette utgjorde en særlig utfordring for pasienter som slet med skjelvinger på hendene som bivirkning av medikamenter eller somatisk tilstand. Ansatte oppgav at de enkelte ganger festet teip på dørvrideren, for å gjøre dem enklere å åpne.

Fellesområdene på skjermingsavsnittene var gjennomgående spartansk innredet, men hadde spisebord og stoler, sofa, TV og klokke på veggen. I skjermingsavsnittene var det også et eget røykerom. Enkelte av skjermingsenhetene hadde dårlig ventilasjon, noe som ble fremhevet av både ansatte og pasienter.

Mange ansatte opplevde at forholdene i skjermingsavsnittene gjorde det utfordrende å ivareta alle pasientenes behov, særlig dersom det var fullt belegg i skjermingsavsnittet. Lokalene ble opplevd som trange og lite fleksible, og gjorde det vanskelig å oppholde seg nær pasientene uten å virke invaderende. Mange av pasientene opplevde støy fra andre pasienter, ettersom rommene ikke var godt lydisolert. En del ansatte opplevde at de tette forholdene medførte økt uro og i noen tilfeller aggresjon rettet mot ansatte. Flere mente at det var uheldig at pasienter med ulike behov for skjerming oppholdt seg samtidig i samme skjermingsavsnitt, og gav uttrykk for et ønske om å redusere antall skjermingsplasser. Der flere pasienter ble skjermet samtidig, anså de ansatte det ofte nødvendig å fordele tilgangen til skjermingsstuen til bestemte tidspunkt på dagen («stuetid») for den enkelte pasient. Ved fullt belegg i skjermingsavsnittene fremstod det som klart at pasientene ble henvist til å tilbringe mye av tiden inne på sitt eget rom (se kapittel 8.4 *Gjennomføring av skjerming* nedenfor).

Mange av de besøkte sengepostene befant seg i andre etasje og manglet direkte utgang til friluftsområder fra sengeposten. For å sikre skjermingspasientene tilgang til frisk luft måtte de ansatte normalt be om å få låne den inngjerdede luftegården på sikkerhetspost A1, som befant seg på bakkeplan. Utlån var avhengig av at luftegården ikke allerede var i bruk av pasienter fra sikkerhetsposten eller andre sengeposter. Ansatte opplyste om at dette kunne være krevende å få til i perioder med lav bemanning, fordi pasientene måtte følges dit. Dette medførte at handlingsmulighetene til pasienter som er underlagt skjerming ble ytterligere begrenset. Luftegården for sikkerhetsposten var en asfaltert plass omgitt av bygninger og høyt gjerde og ga små muligheter for sanseopplevelser. Funn under besøket tydet på at mange pasienter ikke ble sikret daglige opphold utendørs. Det bemerkes også at sykehusets interne prosedyrer om gjennomføring av skjerming ikke hadde fastsatt rutiner som sikrer at pasientene gis adgang til minst én times daglig opphold i friluft.³⁷

Samlet sett utgjorde de fysiske forholdene ved skjermingsavsnittene, særlig ved høyt belegg, en risiko for skjermingspraksiser der tvangselementene er sterkere og mer likt opplevelsene ved bruk av isolering enn formålet med skjerming tilsier.

Anbefalinger

- Sykehuset bør foreta en vurdering av om skjermingsavsnittene er egnet til å sikre den enkelte pasients rettigheter og humane behandling. Vurderingen bør omfatte både avsnittenes utforming og deres andel av sengepostenes samlede antall sengeplasser.
- Pasienter i skjermingsavsnitt bør sikres tilbud om minst én times opphold utendørs med god mulighet for fysisk aktivitet.

8.4 Gjennomføring av skjerming

8.4.1 Romskjerming på skjermingsavsnitt

Funn under besøket viste at det var vanlig at flere pasienter oppholdt seg på skjermingsavsnittene samtidig, og at mange pasienter derfor ble henvist til å tilbringe mye tid inne på sitt eget rom.

Dette ble ofte utført ved at pasientene fikk beskjed om å gå på rommet eller «å holde rommet», men uten at døren ble stengt eller sperret. De ansatte befant seg som regel utenfor døren til rommet, slik at pasienten kunne kommunisere med dem. Det syntes å variere om døren var lukket, på gløtt eller åpen. Det var ikke vanlig at de ansatte oppholdt seg inne på pasientens rom. Mange av de ansatte omtalte denne praksisen som «romskjerming», og beskrev den som et mer restriktivt tiltak enn ordinær skjerming, der pasienten kan bevege seg mer fritt rundt i skjermingsavsnittet. Samtidig ble begrepet holdt atskilt fra isolering, der døren stenges og pasienten ikke kan kommunisere med personalet, eventuelt har man døren «låst» på gløtt med bruk av en kloss som stenger døren i en gitt vinkel. Klinikkleidelsen formidlet på sin side at romskjerming var et begrep man ønsket å fase ut, fordi romskjerming er å betrakte som isolasjon.

³⁷ Prosedyre, Spesialavdeling for voksne, Minstestandard for skjerming, fastsatt 21. juli 2016.

Mange av skjermingsvedtakene inneholdt både vedtak om skjerming på skjermingsavsnitt og skjerming på eget rom. Journalgjennomgang viste at dette gjorde at henvisning til eget rom ble brukt av personalet der de så dette nødvendig.

I 2015 gav Helsedirektoratet en lovfortolkning etter en henvendelse fra Stavanger universitetssjukehus vedrørende skjerming av en pasient på eget rom i en skjermingsenhet, der døren sto på gløtt med helsepersonell utenfor. Helsedirektoratet fastslo at tiltaket måtte betraktes 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».³⁸

Ombudsmannen er kjent med at skjermingspraksisen ved Stavanger universitetssjukehus i ettertid har vært gjenstand for kritikk fra Fylkesmannen i Rogaland, som i flere tilsynssaker har konstatert pliktbrudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 ved at skjerming har vært gjennomført på en måte som reelt utgjør isolering.³⁹ Samlet synes det fortsatt å herske usikkerhet blant ansatte omkring den juridiske grensen mellom skjerming og isolering.

I et forebyggingsperspektiv er det sentrale at romskjermingspraksisen har et isolasjonspreg, særlig ved langvarig skjerming (se kapittel 8.4.3 *Langvarig skjerming*). Tiltaket fremstår som et klart mer inngripende tiltak enn skjerming i skjermingsavsnitt, ved at bevegelsesfrihet, menneskelig kontakt, aktiviteter og stimuli begrenses ytterligere. Utfordringene med bruk av romskjerming fremstår som nært knyttet til de fysiske forholdene, med et høyt antall skjermingsplasser på hvert skjermingsavsnitt.

Anbefaling

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at det ikke gjennomføres romskjerming på skjermingsavsnitt som i realiteten innebærer isolasjon.

8.4.2 Kortvarig bruk av kloss ved skjerming

Sykehuset har i en intern prosedyre fastsatt 21. juli 2016 angitt en «Minstestandard for skjerming». Prosedyren gjengir lov- og forskriftskrav direkte og det foretas utfyllende presiseringer om praktisk gjennomføring fra sykehusets side.

I prosedyren er det presisert at personalet under gjennomføring av skjerming ikke har mulighet til å holde døren stengt eller på gløtt ved hjelp av fot, kroppstygde eller ved å holde fast dørhåndtak.

³⁸ Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern, 11. oktober 2015, side 2.

³⁹ Se brev fra Fylkesmannen i Rogaland til Stavanger universitetssjukehus Helse Stavanger HF «Avslutning av tilsynssak – Stavanger universitetssjukehus – pliktbrudd» 23. juni 2015. Fylkesmannen slo fast at sykehusets gjennomføring av skjermingstiltak etter lov om psykisk helsevern § 4-3 på en rekke sengeposter «[ikke] åpner for å holde pasienten adskilt fra det personell som deltar i gjennomføringen av skjermingen. Dette innebærer at lov om psykisk helsevern er brutt.»

Det fremgår likevel at det i «konkrete situasjoner ut fra en sikkerhetsmessig vurdering kan være forsvarlig at døren blokkeres kortvarig (minutter) frem til en beslutning om mulig bruk av tvangsmidler blir fattet». Etter ombudsmannens oppfatning gir lovverket ikke adgang til å stenge eller sperre pasienten inne på rommet uten at vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-8 er oppfylt.

Det ble ikke gjort entydige funn under besøket som tilsa at en slik praksis fortsatt følges ved de besøkte sengepostene, uten at det ble fattet vedtak om isolering etter § 4-8.

Ombudsmannen forutsetter at denne skriftlige rutinen endres for å påse at isolering kun skjer dersom de strenge vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-8 er oppfylt.

8.4.3 Langvarig skjerming

Dersom skjermingen opprettholdes i lang tid uten at det resulterer i noen forandring i forholdet som gjorde skjermingen nødvendig, kan dette tilsa at pasienten har behov for en annen form for behandling.⁴⁰

Dokumentgjennomgangen viste at de fleste sengepostene hadde hatt pasienter som hadde vært underlagt skjerming kontinuerlig over flere måneder, noen få av oppholdene strakk seg over fem måneder. Én pasient hadde vært underlagt mer eller mindre kontinuerlig skjerming under både gjeldende og tidligere langtidsinnleggelser. Behandlers oppfatning var at behovet for skjerming ville vedvare også i tiden fremover, både av sikkerhets- og behandlingsmessige grunner. Samtidig fremkom det at pasienten under et behandlingsopphold ved en annen institusjon ikke hadde vært underlagt skjerming. Det ble vist til at dimensjoneringen av posten og bemanningen gjorde det mulig med tettere oppfølging der. Ombudsmannen finner grunn til å påpeke at det er uheldig dersom rammebetingelser er avgjørende for om langvarig skjerming opprettholdes.

Skjerming over så lange tidsrom som beskrevet ovenfor, utgjør en klar risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette gjelder spesielt i lys av de fysiske forholdene ved skjermingsavsnittene og den beskrevne praksisen med romskjerming. Etter ombudsmannens syn er et slikt skjermingsavsnitt lite egnet for opphold av så lang varighet.

Anbefaling

- Sykehuset bør iverksette særlig tiltak for å forebygge langvarig bruk av skjerming.

8.4.4 Rutinemessig skjerming av pasienter innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven

Psykiatrisk klinikk har påtatt seg et ansvar for døgntilrettelagt behandling av pasienter med rusavhengighet som er innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Disse sengeplassene er besluttet lagt til akuttpost B3.

Ruspatientene er besluttet innlagt etter vedtak i fylkesnemnda for sosial saker, men kan plasseres i det psykiske helsevernet.⁴¹ Ruspatienter kan også bli utsatt for enkelte tvangstiltak under gjennomføringen av institusjonsoppholdet etter psykisk helsevernloven kapittel 4, blant annet vedtak om skjerming etter § 4-3.

⁴⁰ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, Rundskriv IS-9/2012, side 146.

⁴¹ Psykisk helsevernloven § 1-1a andre ledd.

Under besøket fremkom det imidlertid at pasientene som var innlagt etter § 10-2 ble underlagt skjerming som en rutine de første ukene av institusjonsoppholdet. Denne praksisen er ikke i tråd med lovens krav. Lovverket krever at en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, noe som forutsetter en konkret individuell vurdering.

Ombudsmannen merket seg i denne sammenhengen at en del ansatte på sengepost B3 opplevde at de manglet kompetanse på behandling av denne pasientgruppen, og at noen mente de ikke burde vært plassert i det psykiske helsevernet. En bekymring er at rutinemessig bruk av skjerming for disse pasientene medfører økt risiko for andre former for tvangsbruk, slik som bruk av tvangsmidler.

Anbefaling

- Sykehuset bør avvike sin praksis med rutinemessige skjermingsvedtak for pasienter som er innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10–2.

9 Behandling uten eget samtykke

9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. Slik behandling omfatter legemiddelbehandling uten samtykke, som inntas som tabletter eller gis i form av en intramuskulær sprøyte. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal i følge loven bare kunne skje når det er forsøkt å oppnå samtykke fra pasienten, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt.

Videre stilles det etter § 4-4 strenge krav til legemidlers effektivitet: «Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.» Beviskravet for at behandlingen vil ha positiv effekt for den enkelte pasienten skal også tolkes strengt. Ifølge lov om psykisk helsevern kan tvungne behandlingstiltak «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».⁴² I forarbeidene til lov om psykisk helsevern berørte det daværende Helse- og sosialdepartementet forholdet mellom behandlingstiltak uten eget samtykke og den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Departementet var av den oppfatning at et strengt faglig forsvarlighetskriterium, krav om grundige forundersøkelser og et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3.⁴³

Tvangsmedisinering innebærer et meget alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsen over egen kropp, tanker og følelser. Kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en positiv effekt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, fremstår som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekt («vedlikeholdsbehandling»)⁴⁴. Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁴⁵ Samlet sett er det grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasientene for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Ombudsmannen har merket seg at Stortinget 17. januar 2017 vedtok endringer i psykisk helsevernloven § 4-4 som innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 vil få anledning til å nekte behandling, og en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid før vedtak kan fattes til minst fem døgn.⁴⁶ Vilkår om manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Det ble også vedtatt strengere krav til saksbehandling for slike vedtak i ny § 4-4a. Lovendringene trer i kraft 1. september 2017.

⁴² Lov om psykisk helsevern § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁴³ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

⁴⁴ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁴⁵ Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁴⁶ Det er gjort unntak for krav om obligatorisk undersøkelsestid «...hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.»

9.2 Gjennomføring av tvangsmedisinering

Det ble fattet 79 vedtak om behandling uten eget samtykke i sengepostene i spesialavdeling for voksne i 2015. Per 31. august 2016 var det fattet 54 vedtak.

Flere pasienter oppgav at de opplevde det som traumatisk å ta medisiner mot sin vilje, og noen opplevde plagsomme bivirkninger av medikamentene. Det ble også formidlet en opplevelse av et press om å ta medisiner, selv om flere også tok medisiner frivillig. En pasient opplevde at det ble gitt forsinket informasjon om bivirkninger av medikamenter gitt på tvang. En del pasienter oppgav også at medikamentene hjalp dem, selv om de opprinnelig motsatte seg inngrepet. Funn under besøket tydet på at behandlerne hadde respekt for at tvangsmedisinering var et svært integritetskrenkende tiltak, og at man skulle strekke seg langt for å få til en allianse med pasienten om frivillige tiltak.

9.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke

En gjennomgang av dokumentasjon for vedtak etter § 4-4 (vedtak, journalnotat og tvangsprotokoll) per sengepost viser at sykehuset i hovedsak sikrer god dokumentasjon av hvilke vurderinger som er gjort i forkant av et vedtak.

De fleste vedtakene var strukturert etter en mal fra Fylkesmannen, som var ment å sikre at den vedtaksansvarlige tar stilling til lovens vilkår på en systematisk måte. Gjennomgående inneholdt vedtaksnotatene redegjørelse av om pasienten var blitt tilstrekkelig undersøkt, om det i tilstrekkelig grad var blitt prøvd å få pasienten til å ta imot behandling frivillig, om behandlingen ble vurdert å være i klar overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis, om legemiddelets gunstige virkning klart oversteg ulempene knyttet til bivirkningene, om det ble vurdert å være stor sannsynlighet for at behandlingen kunne føre til vesentlig bedring av tilstanden eller hindre vesentlig forverring, og om pasientens egne forslag var blitt vurdert.

En del vedtak fremstod likevel som mangelfullt utformet, ved at den vedtaksansvarlige ikke hadde tatt stilling til om alle lovens krav var oppfylt, eller at begrunnelsen for at vilkåret var oppfylt fremstod som mangelfull.

Dette gjaldt særlig vilkåret om at tvungne behandlingstiltak «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen». Dokumentgjennomgangen viste at flere vedtaksnotat helt manglet redegjørelse for om dette vilkåret ble ansett oppfylt. Det ble også gjort funn der begrunnelsen fremstod som problematisk i lys av kravet om at det må foreligge «stor sannsynlighet» for positiv behandlingseffekt for å kunne fatte vedtak etter § 4-4. Dette gjaldt for eksempel for pasienter med førstegangsepisoder som aldri hadde tatt antipsykotiske legemidler. I flere av tilfellene ble det i begrunnelsen kun vist til den generelle anbefalingen i nasjonale faglige retningslinjer om å tilby pasienter å prøve ut behandling med et antipsykotisk legemiddel, uten en nærmere konkret vurdering. I et vedtaksnotat var for eksempel begrunnelsen for at behandlingstiltaket med stor sannsynlighet vil ha positiv behandlingseffekt at:

«Pasient har hatt den tilstanden i mange år uten psykiatrisk behandling. [X] har aldri forsøkt antipsykotisk medisin mer enn noen få tabletter før [X] har autoseponert. I

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for psykoselidelser anbefales det at pasienter med en diagnostisert psykoselidelse bør tilbys å prøve ut et adekvat behandlingsforsøk med et antipsykotisk legemiddel».

I et annet vedtaksnotat, som gjaldt en pasient som ikke hadde hatt vesentlig effekt av tvangsbehandling med legemiddelet Olanzapin, fremgikk det at en på grunnlag av en second opinion fra et annet sykehus «...vil [...] tenke seg om pasient kan bli stabil ved behandling med Haldol».

Funn under besøket tydet på at pasientene mottok skriftlig underretning om vedtak med begrunnelse, som påkrevd etter forvaltningsloven §§ 24 og 27.⁴⁷

Det fremkom under besøket at sykehuset manglet felles interne prosedyrer for vurderinger og gjennomføring av vedtak om behandling uten eget samtykke. I en tidligere tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern ble det anbefalt at:

«Alle institusjoner godkjent for bruk av tvang bør ha utarbeidet skriftlige rutiner for bruk av tvangsmedisinering. (...)»

Alle kliniske enheter innenfor psykisk helsevern bør ha et gjennomtenkt forhold til gjennomføringen av medikamentell behandling og ha utarbeidet rutiner/prosedyrer som reflekterer dette. Blant annet for å unngå at pasienter føler seg presset/overtalt til å godta medikamentell behandling som de i utgangspunktet ikke ønsker.»⁴⁸

I lys av funn gjort under dokumentgjennomgangen fremstår fastsettelse av felles rutiner for tvangsmedisinering som et hensiktsmessig tiltak for å sikre en ensartet praksis, og for å styrke pasientenes rettsikkerhet.⁴⁹

Fylkesmannen i Rogaland, som er klageinstans for vedtak om behandling uten eget samtykke, hadde i 2014 det høyeste antall opphevinger av vedtak i landet, som utgjorde 28 prosent av det totale antall klager. I tillegg ble det gitt medhold i klagen i én sak, ved at Fylkesmannen fattet vedtak om opphør av behandling. En gjennomgang av saker fra fylkesmannens klagebehandling viser at det foretas en inngående etterprøving av om vilkårene etter § 4-4 og forskriftskravene er oppfylt. En generell utfordring også for fylkesmannen er imidlertid å godtgjøre at kravet om «stor sannsynlighet» for positiv behandlingseffekt er oppfylt, særlig for pasienter med førstegangsepisoder.

Anbefaling

- Sykehuset bør utarbeide felles rutiner for vurderinger og gjennomføring av vedtak om behandling uten eget samtykke, for å sikre en ensartet praksis og styrke pasientenes rettsikkerhet.

⁴⁷ Helsedirektoratet, Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016, 27. september 2016.

⁴⁸ Sosial- og helsedirektoratet, tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, 2006, side 36.

⁴⁹ Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

10 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

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

Det er faglig uenighet i behandlingsmiljøer om bruk av ECT og om ECT kan føre til varige hjerneskader.⁵⁰ En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.⁵¹

Statistikk fra sykehuset viste at det i hele 2015 ble gjennomført 319 behandlinger med ECT fordelt på 45 pasienter. Per 31. august 2016 var det i 2016 gjennomført 274 behandlinger fordelt på 28 pasienter. Et lite antall pasienter var i senere år gitt behandling på grunnlag av nødrett (se kapittel 10.2 *Bruk av ECT på nødrett ved Stavanger universitetssjukehus*). ECT-behandlingen ved sykehuset ble gjennomført på en egen poliklinikk. Stavanger Universitetssykehus har utviklet en metodebok for gjennomføring av ECT-behandling som blant annet inneholder retningslinjer om opplæring, lovverk, ansvarsforhold, praktisk gjennomføring, bivirkninger og anestesi.

10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Fordi ECT-behandling regnes som et alvorlig inngrep, er det i utgangspunktet forbudt å gjennomføre inngrepet uten pasientens informerte samtykke.⁵² For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake.

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

«En handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den

- a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og
- b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.»

I lovforarbeidene til psykisk helsevernloven uttalte departementet at:

«... nødretten kan komme inn som et eget grunnlag for å gi ECT-behandling uten pasientens samtykke, dersom det er fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Det vises her til straffeloven § 47 [nå straffeloven 2005 § 17], som krever at det må foreligge en uavvendelig fare som ikke kan avverges på annen måte og som må anses særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT-behandling uten samtykke utgjør.

⁵⁰ Aslak Syse, Gyldendal Rettsdata lovkommentar til psykisk helsevernloven § 4-4, sist revidert 5. november 2016.

⁵¹ Se oversikt: <https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykisk-helsevern>

⁵² Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd.

Behandlingen kan således bare utføres i en akutsituasjon som ikke kan avhjelpest med andre midler, f. eks bruk av psykofarmaka, og den kan bare fortsette til den konkrete faren er avverget. En slik akutsituasjon vil det typisk være hvor det foreligger en overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon.»⁵³

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

«...incorporate into the law the abolition of the use of (...) the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as (...) electroconvulsive therapy.»⁵⁴

I sin rapport etter et landbesøk i Norge 19.–23. januar 2015 uttalte Europarådets menneskerettighetskommissær, Nils Muiznieks, følgende:

«Although the Mental Health Care Act would not appear to foresee the compulsory use of ECT for involuntarily placed patients, the Commissioner points out with concern that ECT has been applied against the patient's express will with reference to the "principle of necessity" (nødrett) laid out in Article 47 of the Penal Code (Straffeloven). This provision is generally used to exempt people from criminal responsibility when they have had no alternative courses of action in emergency situations.

(...)

It is essential that the use of highly intrusive treatments such as ECT is subject to robust safeguards. The Commissioner is not convinced that the documented involuntary use of ECT in Norway with reference to the "principle of necessity" in the Penal Code (Article 47) is in line with human rights standards, including the provisions of the CRPD. The Commissioner points out that particular care should be taken to ensure that information given by health professionals about ECT is correct and complete, including information on secondary effects and related risks, so that patients are able to express their free and fully informed consent to the procedure. It is also necessary to collect precise data on the use of ECT and make this available to the public. During the visit, the Norwegian authorities informed the Commissioner of their intention to issue national guidelines on the use of ECT and the Commissioner welcomes this development. »⁵⁵

Helsedirektoratet har i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2016 uttalt at det er behov for å vurdere behovet for regelverksutvikling av ECT gitt på nødrettslig grunnlag.⁵⁶ Direktoratet uttalte blant annet at «Det er [...] et spørsmål om nødrett er et tilstrekkelig rettsgrunnlag. ECT gis ved narkose, og krever en behandlingsserie over flere ganger for å gi god effekt». Direktoratet anbefalte derfor at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag vurderes nærmere av det regjeringsoppnevnte

⁵³ Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) side 108–109.

⁵⁴ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations – Norway, 13 December 2013, E/C.12/NOR/CO/5.

⁵⁵ Report by Nils Muiznieks, Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Following his visit to Norway 19 to 23 January 2015, CommDH (2015) 9.

⁵⁶ Helsedirektoratet, Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag – behov for regelverksutvikling, brev 4. juli 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet.

Tvangslovutvalget.⁵⁷ Helsedirektoratet har også laget et utkast til Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling. Ombudsmannen har merket seg at det foreliggende utkastet (datert 30. august 2016) foreløpig bygger på at:

«ECT på nødrettsgrunnlag bør helt unntaksvis vurderes. For eksempel bør det gjøres en individuell vurdering i en akutsituasjon for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand. Vanligvis er det ved en alvorlig depresjon og når pasienten er i nærliggende og alvorlig fare for å utvikle en livstruende tilstand som følge av dette (vital indikasjon) og når andre tiltak ikke er aktuelle.»

10.2 Bruk av ECT på nødrett ved Stavanger universitetssjukehus

Stavanger universitetssjukehus har i senere år gjennomført ECT-behandlinger på nødrettsgrunnlag overfor et lite antall pasienter. Det er særlig grunn til bekymring når det gjelder behandlingen av én av disse pasientene.

Pasienten hadde minoritetsspråklig bakgrunn og ble i et tidsrom på 16 dager gitt åtte behandlinger på grunnlag av nødrett. En dokumentgjennomgang viste at de vurderinger som ble gjort av de ansvarlige for behandlingen, gjennomgående var mangelfullt dokumentert i pasientens journal.

Den første ECT-behandlingen gitt på nødrett ble besluttet iverksatt uten at det i pasientens journal er konkret redegjort for at de strenge vilkårene for nødrett er oppfylt. Dokumentasjonen gir ikke tilfredsstillende informasjon om hvilke tiltak som allerede var forsøkt, eller hva som godtgjorde at pasienten var i nærliggende og alvorlig fare for å utvikle en livstruende tilstand (vital indikasjon). I forkant av de påfølgende åtte behandlingene på nødrett var vurderingene enda mer mangelfulle, ved at det kun ble vist til tidligere vurderinger, at tidligere vurderinger ble ordrett gjentatt i senere notat, eller det ble vist til at en slik vurdering ville bli gjort, uten at den var dokumentert i pasientens journal.

Dokumentgjennomgangen tydet videre på en feilaktig forståelse både av gjeldende rettsregler om samtykke til helsehjelp, og bruk av nødrett. I stedet for en vurdering av om vilkårene for nødrett var oppfylt, viste journalføringene at fokus hadde vært på å innhente samtykke fra nærmeste pårørende til at behandlingen kunne gis på nødrett. En slik fremgangsmåte synes hverken å være i tråd med sykehusets interne prosedyrer eller norsk lov.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd kan ikke pårørende samtykke til helsehjelp på vegne av en pasient. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, men det er helsepersonell som skal ta beslutninger om behandling.⁵⁸ Når det gjelder alvorlige inngrep som ECT, er det i lovforarbeidene avklart at det ikke er adgang til ECT uten pasientens informerte samtykke (bortsett fra nødrettstilfellene):

«Når det gjelder denne behandlingsformen må det [...] kreves at et eventuelt samtykke er gitt av en pasient som har fått skikkelig informasjon om behandlingen, som forstår hva behandlingen dreier seg om og som er i stand til å avgi samtykke. Dersom pasienten er så syk eller apatisk at vedkommende ikke er i stand til å gi et informert samtykke, må behandlingen

⁵⁷ Regjeringen oppnevnte 17. juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Utvalget ledes av professor Bjørn Henning Østenstad.

⁵⁸ Ot.prp. nr. 64 (2005–2006) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova, kapittel 3.5.

unnlates selv om det er aldri så gode faglige indikasjoner på at den ville ha ønsket virkning. Det er vanligvis heller ikke ønskelig at den nærmeste eller annen representant skal kunne samtykke til former for psykiatrisk behandling på den sykes vegne. Betydningen av god kommunikasjon med pasienter som kan få behov for ECT-behandling, må i det hele tatt sterkt framheves.⁵⁹

Den aktuelle saken gjaldt en særlig sårbar pasient med fremmedspråklig bakgrunn som ikke forstod eller kommuniserte på norsk. Pasientjournalen inneholdt imidlertid ingen informasjon om at bruk av tolk var vurdert eller prøvd i forkant av beslutning om å gjennomføre den første ECT-behandlingen. Kvalifisert tolk ble først benyttet nesten én måned etter første ECT-behandling. På det tidspunktet var det gjennomført totalt 13 ECT-behandlinger, åtte av dem formelt på nødrettsgrunnlag. I denne perioden ble nærmeste pårørende brukt som tolk. Senere i behandlingsforløpet ble det i noen situasjoner brukt annet helsepersonell som tolk.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjon om helsehjelp «være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte». I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. I lovforarbeidene frarådes det å bruke pasientens pårørende i slike tilfeller, fordi dette krever spesiell opplæring.⁶⁰ Det er også grunn til å understreke at nærmeste pårørende selv vil være berørt på en slik måte at vedkommende ikke vil ha tilstrekkelig nøytralitet til å ivareta en tolkerolle.

Helsedirektoratet påpeker i sin veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene blant annet at «Det brukes [...] til dels ukvalifiserte personer, familiemedlemmer, til og med barn, til tolking. Konsekvensene av dette kan være svært alvorlige, både for pasienter og helsepersonell.» Det fremgår også av samme veileder at personell med minoritetsbakgrunn som arbeider i helse- og omsorgsinstitusjoner, i utgangspunktet ikke bør benyttes som tolk og det pekes på at dette kan medføre en uklar rolle, at de ikke er upartiske og at de mangler nødvendige kvalifikasjoner som tolk.⁶¹

Ved den niende ECT-behandlingen fremgår det av pasientens journal at behandlingen ikke lenger ble gjennomført på grunnlag av nødrett, da det ikke lenger forelå vurdering om dette fra psykiater. Det er imidlertid ikke dokumentert om det ble foretatt noen ny vurdering av pasientens samtykkekompetanse før denne behandlingen ble gitt. Det fremgår heller ikke hvordan pasientens samtykke ble innhentet, herunder om pasienten ble informert om behandlingens mulig bivirkninger, eller om kvalifisert tolk i denne sammenheng ble benyttet. I journalen er det kun oppgitt at «Det antas difor at pas. samtykker til behandling». Pasienten undertegnet et samtykkeskjema før den tiende behandlingen ble gitt. Ytterligere to behandlinger ble så gjennomført på grunnlag av samtykke før ECT ble avsluttet. Både mangelen på kvalifisert tolk og den manglende dokumentasjon av hvordan pasientens informerte samtykke her ble innhentet, gir grunn til å stille spørsmål ved om kravene til innhenting av samtykke var innfridd.

⁵⁹ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) side 108–109.

⁶⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 131.

⁶¹ Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratet (IS-1924), side 7.

Etter kort tid ble ECT igjen iverksatt på nødrett. I pasientens journal oppgis det etter en rekke nye behandlinger at ECT hadde gitt «alvorlige kognitive bivirkninger».

I en etterfølgende periode ble det fattet to vedtak om behandling uten eget samtykke og en rekke vedtak om skjerming, isolering og mekaniske tvangsmidler. Det fremkommer ikke om pasienten i disse tilfellene ble informert gjennom tolk om begrunnelsen for vedtakene eller om sin klagerett.

Funnene gir samlet sett grunn til sterk bekymring. Dokumentasjonen peker klart i retning av at det ikke ble foretatt tilstrekkelige vurderinger av om vilkårene for nødrett var oppfylt.

Dokumentgjennomgangen tydet også på en bekymringsfull sammenblanding av rettsgrunnlagene nødrett (der en straffbar handling under gitte omstendigheter blir lovlig), og representert samtykke (som ikke er et gyldig rettsgrunnlag). I tillegg fremstår det som urovekkende at tolk ikke ble benyttet, eller forsøkt benyttet, før iverksettelsen av en ECT-behandling på nødrett i en situasjon der pasienten ikke kunne forstå eller uttrykke seg på norsk. Å gi nærmeste pårørende en slik oppgave fremstår som etisk og rettslig problematisk.

ECT på nødrett er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Denne enkeltsaken belyser de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen. Det gir videre grunn til bekymring at sentrale helsemyndigheter ikke mottar informasjon når ECT er blitt gitt på nødrett. Gjeldende regelverk stiller ikke opp en meldeplikt for disse tilfellene. Dette fratar helsemyndighetene viktig informasjon om praksis av svært stor betydning for de som blir underlagt behandlingen. Ombudsmannen vil følge opp problemstillingen i sin dialog med sentrale helsemyndigheter.

Anbefalinger

- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for bruk av ECT på nødrett for å sikre at pasienter ikke utsettes for en ulovlig praksis.
- Sykehuset bør sikre at pasienter som har behov for det, mottar informasjon om behandling, vedtak og om sine rettigheter til å klage gjennom kvalifisert tolk.

11. Andre inngrep i personlig integritet og frihet

10.3 Innskrenkninger i kontakt med omverden

Det ble i etterkant av besøket innhentet dokumentasjon for de tre siste vedtakene som var fattet om innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd) for hver av de besøkte fem enhetene. De mest utbredte formene for innskrenkninger handlet om inndragning eller begrensning i bruk av mobiltelefon eller tilgang til internett/sosiale medier. En dokumentgjennomgang viste at vedtaksnotatene i all hovedsak inneholdt konkrete begrunnelser for hvorfor de aktuelle innskrenkningene ble vurdert å være nødvendig på grunn av «sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person». Ett av vedtakene var imidlertid mangelfullt begrunnet, og vedtaksnotatet inneholdt kun følgende informasjon:

«Begrunnelse: Innskrenkning om bruk av datamaskin og telefon anses som nødvendig. Aktuelt: Pas er preget av psykotiske opplevelser som innebærer vrangforestillinger og feilvurdering av realiteten. Behandlingsprinsipp er reduksjon av stimuli.»

En slik begrunnelse fremstår ikke som tilstrekkelig i lys av de strenge kravene som følger av § 4-5 andre ledd, lest i sammenheng med forvaltningslovens krav til begrunnelse av enkeltvedtak.⁶² Det vises også til lovforarbeidene til psykisk helsevernloven, der departementet fastslår at:

«For at innskrenkninger i kommunikasjonsretten skal kunne vedtas, må hensynene være så sterke at man nærmer seg området for nødretten. Slik departementet ser det skal normalsituasjonen være fri kommunikasjonsrett for pasienter i institusjoner for tvungent psykisk helsevern. Restriksjoner skal derfor holdes på et absolutt minimum.»⁶³

Dokumentgjennomgangen ga ellers grunn til å påpeke at en bør unngå bruk av generelle begrep i begrunnelser, slik som referanser til informasjon fra pårørende om «blamering i sosiale media», uten nærmere konkret angivelse av hvilke konkrete forhold det gjelder. Ombudsmannen understreker betydningen av at inngripende vedtak rettet mot den enkelte inneholder en konkret begrunnelse, slik at pasienten kan ivareta sin rett til å klage.

Dokumentgjennomgangen tydet videre på at enhetene ivaretok kravet om at begrensningene ikke må gjøres mer omfattende enn nødvendig.⁶⁴ Funn under besøket tydet også på en allmenn holdning blant personalet om at kontakt med pårørende og omverdenen var en viktig rettighet for pasientene. Personalet syntes også å ha en klar bevissthet om at det ikke er tillatt å begrense muligheten til å kontakte offentlige instanser som nevnt i § 4-5 tredje ledd.

⁶² Forvaltningsloven § 25 andre ledd.

⁶³ Ot. Prp. nr. 11 (1998–1999), side 114. Se også Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 68.

⁶⁴ Psykisk helsevernloven § 4-2.

Anbefaling

- Vedtaksdokument om innskrenkninger i kontakt med omverdenen bør inneholde en konkret begrunnelse for å ivareta pasientens klagerettigheter.

10.4 Husordensregler

Det følger av både menneskerettslige standarder og psykisk helsevernloven § 4-2 at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. På den andre siden har institusjonen adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap, ofte kalt husordensregler.⁶⁵ Husordensregler kan ikke inneholde bestemmelser som utgjør inngrep i pasientenes rett til respekt for privat- og familieliv, ytringsfrihet, religionsfrihet eller andre grunnleggende rettigheter og friheter. Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ifølge Grunnloven § 113 ha grunnlag i lov. Fra et forebyggingsperspektiv utgjør finmaskede eller strenge husordensregler også en risiko for at det utvikles en uheldig institusjonskultur som ikke fremmer god pasientbehandling.

Det var laget et nytt felles husordensreglement for alle enhetene i spesialavdeling for voksne, med unntak av sikkerhetsenheten A1. Husordensreglementet var kortfattet, respektfullt og tydelig, og inneholdt også en forklaring om at rettighetene kan begrenses av vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4.

Funn under besøket tydet imidlertid på at en del av de gamle husreglene fortsatt ble håndhevet på enkelte sengeposter, enten i form av skriftlige oppslag/brosjyrer eller muntlige beskjeder fra deler av ansattgruppen.

I en velkomstbrosjyre til bruk i en av sengepostene fremgikk det for eksempel at: «Når man oppholder seg på fellesstuen må man være anstendig kledd, og unngå samtaletema som omhandler religion, rusmidler, seksualitet, sykdommer og behandlingsopplegg.» Henvisninger til at samtaler om religion bør unngås, går igjen også i andre enheters rutinebeskrivelser. Funn fra besøket tydet på at pasienter på flere av postene opplevde å ha fått tydelige føringer om at bestemte samtaleemner bør unngås. Ombudsmannen understreker betydningen av at pasientenes rett til ytringsfrihet og religionsfrihet respekteres.

I en rutineoversikt fra en annen sengepost fremkom det følgende om gjennomføring av besøk i den første fasen av oppholdet for pasienter innlagt etter § 10-2 i helse- og omsorgsloven: «Besøk av nærmeste pårørende vurderes. Alt besøk med tilsyn». En fast praksis om at alle besøk til en bestemt gruppe pasienter skal skje med tilsyn i en innledende fase, fremstår som problematisk. Begrensninger i pasientenes rett til kontakt med omverdenen må ha hjemmel i lov og være tilstrekkelig begrunnet for å være i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser. Det vises til forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Denne gjelder også for institusjoner innen psykisk helsevern som har ansvar for pasienter innlagt etter § 10-2. Ifølge forskriften § 7 andre ledd skal:

⁶⁵ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 59-60.

«Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at pasient og bruker ikke skal få ha besøk av en bestemt person eller at det skal være personale til stede ved besøk, dersom det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, herunder ved begrunnet mistanke om at personen vil medbringe legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlig gjenstand».

Anbefalinger

- Sykehuset bør sikre at lokale husregler ikke griper inn i pasientenes ytrings- og religionsfrihet.
- Sykehuset bør sikre at besøkskontroll ikke gjennomføres uten en konkret individuell vurdering.

11 Ettersamtale ved bruk av tvang

En systematisert bruk av frivillig samtale mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk, en såkalt ettersamtale, er et virkemiddel for å hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.⁶⁶ 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.⁶⁷

På besøkstidspunktet ble det ikke gjennomført systematiske samtaler i situasjoner som hadde utløst bruk av mekaniske tvangsmidler eller annen tvangsbruk på sykehuset. Funn under besøket viste at enkelte poster tilbød pasientene slike samtaler etter spesielle hendelser, eller at enkeltbehandlere praktiserte dette.⁶⁸ Under det avsluttende møtet erkjente sykehusets ledelse at dette var noe som ikke skjedde systematisk, men at dette var et av tiltakene sykehuset skulle i gang med å iverksette.

Sivilombudsmannen viser til at Stortinget 19. januar 2017 vedtok en lovpålagt plikt i psykisk helsevernloven § 4-2 om å evaluere inngripende tvangstiltak sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet, og at pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken.⁶⁹ Pasientens syn på iverksatte tiltak skal også journalføres. En slik evaluering skal skje etter avslutning av skjerming (§ 4-3), undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§4-4), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon (§ 4-6 første ledd), undersøkelse etter § 4A-4 andre ledd og tredje ledd, rusmiddeltesting (§ 4-7a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8). Lovendringene trer i kraft 1. september 2017.

⁶⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

⁶⁷ '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. Avdelingsleder 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>. NB: oppdateres februar 2017.

⁶⁸ I sykehusets prosedyrer for bruk av mekaniske tvangsmidler fremgikk det at: «Etter spesielle hendelser (bruk av alarm, bruk av tvangsmidler, utageringer o.l.) skal det være debriefing, både for personal og pasient.» TMA–Prosedyrer mekaniske tvangsmidler, gyldig fra 22. august 2014.

⁶⁹ Lovvedtak 50 (2016–2017), 19. januar 2017, § 4-2.

12 Institusjonskultur

12.1 Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling

Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt; mellom ledelse og ansatte på den ene siden og de som er plassert der på den andre. På et sykehus der det gjennomføres 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.⁷⁰

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. »⁷¹

Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene og holdningene blant de ansatte; holdningene om hva som er viktig på enheten, hvordan man løser problemer og hva slags type atferd som er akseptabel.⁷² Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

Ved de besøkte sengepostene rapporterte de fleste pasientene om at de i hovedsak opplevde seg behandlet humant, hyggelig og med respekt av miljøpersonalet. Både pasienter og ansatte oppgav at de over tid hadde opplevd en dreining i institusjonskulturen i en positiv retning, og at enkelte med dårlige holdninger nå ikke lenger var ansatt. Det fremkom likevel hendelser der en autoritær eller provoserende holdning blant enkelte ansatte synes å ha utløst vold og utagering fra pasienter. I følge sykehusets avvikssystem ble det registrert 481 tilfeller av trusler eller vold mot ansatte i 2015, og i en ukesoversikt fra september 2016 er det registrert 56 tilfeller. Dette synes å være et høyt antall registrerte voldshendelser. Tallene kan gjenspeile en god meldekultur. Det er likevel viktig å merke seg at flere pasienter beskrev en lav toleranse for misnøye eller sinne.

⁷⁰ FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Rights 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.

⁷¹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

⁷² PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

13 Politiets rolle ved tiltak iverksatt i sengepost

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i et felles rundskriv angitt føringer for ansvars- og oppgavefordeling mellom helsetjenesten og politiet i forhold til personer med psykiske lidelser.⁷³ I rundskrivet anbefales det at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi. Etter det opplyste foreligger det per i dag ingen slik formalisert samarbeidsrutine mellom politiet og Stavanger universitetssjukehus.

I enkelte tilfeller, slik som der innsatte fremstilles fra fengsel for undersøkelse ved psykiatrisk døgnpost eller ved behov for hjelp i ekstraordinære nødsituasjoner, forekommer det at politiet er involvert i vakthold eller maktanvendelse i sengepost.⁷⁴ Funn under besøket viste også at det lokale politiet i en del tilfeller hadde hatt vært involvert i iverksettelsen av mer omfattende former for kontroll- og tvangstiltak inne på sengepostene.

I minst ett tilfelle hadde politiet vært direkte involvert i belteleggingssituasjoner. Dette utgjør en økt risiko for integritetskrenkelser, blant annet fordi politiet ikke er trent i bruk av mekaniske tvangsmidler (se kapittel 7.4.4 *Involvering av politi ved bruk av belteseng*).

Det kom også frem under besøket at politiet tidvis ble brukt for å utøve en vaktfunksjon der ansatte opplevde at de ikke kunne håndtere aggressive pasienter. Politiets tilstedeværelse hadde i enkelte tilfeller vart over flere dager. Politiet kom som regel i sivilt ved slike planlagte oppdrag, men det hadde også forekommet at de holdt vakt i uniform. At politi utøver en vaktfunksjon inne på en psykiatrisk døgnpost fremstår som uheldig, spesielt der de stiller i uniform. CPT har etter besøk til psykiatriske døgnposter tidligere kritisert slike praksiser. I sin rapport etter besøk til Danmark i 2014, pekte komiteen for eksempel på at politiet tidvis ble tilkalt til to psykiatriske døgnposter for å bistå personalet med å håndtere pasienter. Komiteen uttalte at «...hospital staff should be sufficient in number and appropriately trained to handle violent situations without recourse to the police.»⁷⁵

Dokumentgjennomgang tydet også på at tilstedeværende politi hadde blitt gitt ansvaret for å gjennomføre ransaking etter vedtak som var fattet i medhold av psykisk helsevernloven § 4-6 første ledd.

Politiets involvering i slike situasjoner illustrerer at det er behov for å avklare hvilke situasjoner det er faglig forsvarlig å anmode om bistand fra politiet for kontroll- og tvangstiltak som iverksettes inne på sengepost.

Anbefaling

- Sykehuset bør i samråd med politiet gjennomgå sin praksis for politibistand iverksatt i sengepost.

⁷³ Se Politidirektoratet og Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, felles rundskriv 2012/7, IS-5/2012.

⁷⁴ Se politiloven §

⁷⁵ CPTs besøk til Danmark 4.–13. februar 2014, CPT/Inf (2014) 25, avsnitt 127.

14 Pasientsikkerhet

Under besøket undersøkte ombudsmannen sykehusets ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhet handler om vern mot unødige skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelse.⁷⁶ For å ivareta pasientenes sikkerhet er det sentralt at institusjonen sikrer læring av uønskede hendelser og aktivt forebygger at de gjentar seg.⁷⁷ En forutsetning for dette er at institusjonen sikrer gode rutiner for avvikshåndtering som gir en oversikt over uønskede hendelser.

Funn under besøket tydet på at sengepostene på flere områder hadde gode rutiner for å avviksføre skader. Det fremstod som at stedet hadde en god meldekultur når det gjaldt forhold som selvpåført skade fra pasient, feilmedisinering av pasienter samt vold og trusler rettet mot personalet. En lav terskel for avviksmeldinger sikrer at hendelser blir gjort kjent oppover i systemet og muliggjør risikovurderinger og nødvendige endringer i praksis.

En hendelse avdekket ved stikkprøve gav likevel grunn til bekymring. En pasient pådro seg fysiske skader i forbindelse med en konfliktsituasjon med personalet. Skaden ble anmerket i pasientens journal hvor det fremgikk at vedkommende ble undersøkt av lege i etterkant. Skaden ble imidlertid ikke registrert som pasientskade i sykehusets avvikssystem.

Ombudsmannen har også etter tidligere besøk påpekt at pasientskader oppstår i forbindelse med konflikt med personalet ikke har blitt avviksført.⁷⁸ Det understrekes at fysisk maktbruk for å håndtere en konfliktsituasjon alltid vil innebære en risiko for skader, både for ansatte og pasienter. For å kunne lære av slike hendelser er det avgjørende at man sikrer at det meldes avvik.

Anbefaling

- Sykehuset bør gjennomgå sine rutiner for å påse at pasientskader som oppstår i konfliktsituasjoner med personalet, alltid registreres i avvikssystemet.

⁷⁶ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

⁷⁷ Se spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁷⁸ Sivilombudsmannens besøksrapport etter besøk til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, 26.–28. april 2016.

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

Foto: Hallgeir Vågenes, VG / NTB Scanpix

