



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri

2.-4. mai 2017



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Akershus universitetssykehus
Adm. dir. Øystein Mæland
Postboks 1000
1478 LØRENSKOG

Vår referanse
2017/368

Deres referanse

Vår saksbehandler
Jannicke Godø

Dato
23.10.2017

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk 2.-4. mai 2017

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Akershus universitetssykehus, Avdeling akuttpsykiatri, 2.-4. mai 2017. Vedlagt følger rapporten for besøket. Vi ber om at denne blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker det.

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen utgangen av januar 2018.

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

Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
kontorsjef
forebyggingsenheten

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift

Kopi til:
Helse Sør-Øst
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Helsedirektoratet
Helse- og omsorgsdepartementet
Kontrollkommisjonen for Ahus 1



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri

[2.–4. mai 2017]

Innholdsfortegnelse

1	Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	3
2	Tortur og umenneskelig behandling	4
3	Sammendrag	5
4	Generell informasjon om Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri	9
7	Vedtak og protokollføring ved bruk av tvang	15
	7.1 Begrunnelse for vedtak.....	15
	7.2 Standardtekster og maler for vedtak.....	16
	7.3 Mangler i protokoll- og vedtaksføring	16
	7.4 Pasientens rett til å motta et begrunnet vedtak	17
9	Skjerming	27
	9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	27
	9.2 Omfang av skjerming	28
	9.3 Fysiske forhold i skjermingsenhetene.....	28
	9.4 Gjennomføring av skjerming.....	29
10	Behandling uten eget samtykke	30
	10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	30
	10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering.....	31
11	Ettersamtale ved bruk av tvang	32
12	Elektrokonvulsiv behandling (ECT)	33
	12.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	33
	12.2 Bruk av ECT-behandling på Ahus	35
	12.3 Bruk av ECT på nødrett ved avdeling akuttpsykiatri på Ahus	35
13	Andre inngrep i personlig integritet og frihet	38
	13.1 Restriksjoner i utgang fra avdelingen	38
	13.2 Husordensregler.....	39
14	Institusjonskultur.....	40
15	Pasientrettigheter og brukermedvirkning.....	42

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 utføre mandatet.

Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykiatriske institusjoner 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 har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er fratatt friheten. Videre har Sivilombudsmannen tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse. Under besøkene avdekkes risikofaktorer for krenkelse gjennom egne observasjoner og samtaler med de berørte. Samtaler med de frihetsberøvede er særlig prioritert.

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

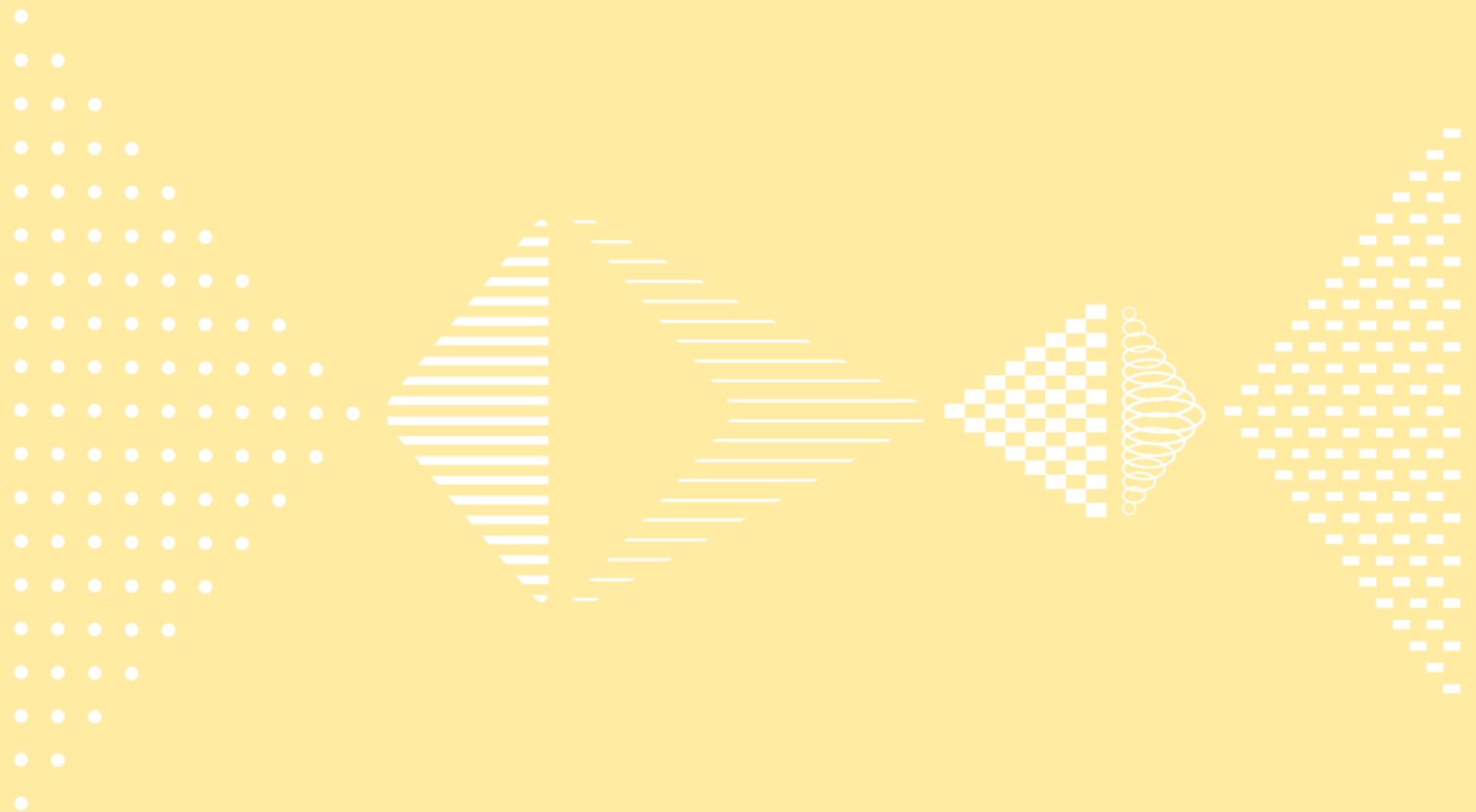
¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

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 Akershus universitetssykehus (Ahus), Avdeling for akuttpsykiatri 2.-4. mai 2017. Sykehuset ble på forhånd varslet om at Sivilombudsmannen planla å gjennomføre et besøk, men dato for besøket ble ikke oppgitt.

De seks sengeseksjonene tilhørende Avdeling for akuttpsykiatri lå i en eldre bygning på Ahus sitt sykehusområde. Seksjonenes fellesarealer var hyggelig innredet, men bygget var preget av slitasje og innkommstområdet gav et lite positivt førsteinntrykk for nyankomne pasienter og besøkende. Det var begrensede muligheter for opphold utendørs for flere av pasientene, særlig pasienter med utgangsrestriksjoner og pasienter på skjermingsenhetene. Seksjonene hadde ikke direkte utgang fra sine fellesområder eller skjermingsenheter.

Avdelingen hadde to tilsatte fysioterapeuter som tilbød både individuelt tilpasset fysisk aktivitet og felles ukentlige aktiviteter til pasientene. Utover dette var pasientenes aktivitetstilbud begrenset, og det var ikke lagt til rette for alternativer for de som ikke ønsket eller kunne delta i fysisk aktivitet.

En gjennomgang av innsendte vedtak og protokoller ved bruk av tvang i avdelingen viste at det var svakheter i dokumentasjon av tvangsbruk. De konkrete begrunnelsene for hvert vedtak, og særlig vedtak om behandling uten eget samtykke, var for lite spesifikke og bygget til dels på feil vilkår. Pasientens rett til å motta vedtaket var ikke tilfredsstillende ivaretatt, og den konkrete begrunnelsen for vedtak ble ikke rutinemessig gitt til pasienten.

Avdelingen hadde i starten av 2017 igangsatt et prosjekt for riktig og redusert bruk av tvang, og planla et større fokus på omfang og variasjon i bruk av særlig mekaniske tvangsmidler.

En gjennomgang av tall for bruk av mekaniske tvangsmidler viste en nedgang i siste år. De ansatte hadde opplæring for å sikre en trygg og mest mulig skånsom utføring av beltelegginger. Samtaler med pasienter som selv hadde opplevd beltelegging tydet likevel på at flere ikke følte seg godt nok ivaretatt under belteleggingen. Det var også bekymringsfullt at mange pasienter hadde ligget i belteseng over lengre tidsrom, i flere tilfeller med over et døgn varighet. Ved noen lengre beltelegginger var det svakt dokumentert hvilke vurderinger og forsøk på lemping eller oppløsning som var gjort. Flere ansatte og pasienter mente beltelegging enkelte ganger varte etter at den nødrettsliknende situasjonen ikke lenger var tilstede.

Funn under besøket tydet på at pasienter tidvis hadde blitt innestengt på eget rom uten at det ble fattet vedtak om isolering. Det ble også funnet at det var en for høy terskel for å nedtegne vedtak om fastholding, der man mente at fastholding av kortere varighet ikke trengte nedtegnning og protokollføring til tross for at pasienten motsatte seg fastholdingen.

Skjermingsenhetene fremsto som relativt sett luftige og med muligheter for pasientene til å bevege seg mellom flere rom innad i skjermingsenheten. Mulighetene for opphold i friluft, inkludert muligheten for fysisk aktivitet utendørs for pasienter under skjerming, var begrenset. Reguleringen av pasienters opphold på eget rom og på skjermingsstuen gjennom såkalte dagsplaner syntes også å ha lite fokus på isolasjonsliknende forhold som kan oppstå med for mye henvisning til eget rom under et opphold på skjerming.

Tall for tvangsmedisinering viste at det var en betydelig økning i vedtak siste år. Det var svakt dokumentert hvordan behandlerne hadde lagt til rette for pasientmedvirkning, og hva slags informasjon pasienten hadde fått om forventet effekt og mulige bivirkninger.

Avdelingen hadde i perioden fra januar 2015 til slutten av februar 2017 gjennomført ECT-behandlinger på nødrettsgrunnlag overfor åtte pasienter. Basert på den informasjonen som var forelagt om bruk av ECT på nødrett syntes flere av disse behandlingene å stå i et problematisk forhold til nødrettens krav.

Mange av pasientene hadde begrenset mulighet for å gå på turer ut fra avdelingen. Dette gjaldt også frivillig innlagte pasienter. Flere pasienter formidlet at de ikke forsto bakgrunnen for disse begrensningene. Bemanningsutfordringer ble fremhevet som en viktig grunn til at man ikke fikk fulgt pasienter ut.

Det var mange pasienter som rapporterte å bli behandlet godt ved avdelingen. Flere formidlet at de fleste ansatte var hyggelige mot pasientene, og at de ble godt ivaretatt. Det var likevel flere ansatte og pasienter som påpekte at det var en autoritær eller «oppdragende» holdning blant en del ansatte.

Særlig én seksjon pekte seg ut med dårlig arbeidsmiljø over lang tid, med lite dekning av sykepleiere eller andre med relevant fagbakgrunn, og stor personalgjennomstrømning. Det var flere pasienter i denne seksjonen som formidlet utrygghet. Funn tydet også på vansker med kontroll over og tegn til subkulturer i enkelte av nattevaktlagene i avdelingen.

Det var ikke plakater eller informasjonsbrosjyrer om pasienters klageadgang til Kontrollkommisjon, Fylkesmannen eller til Sivilombudsmannen, tilgjengelig inne på seksjonene. Det ble formidlet en generell holdning blant ansatte om at informasjon om dette kunne skape uro særlig blant tvangsinnlagte. Det var også lite brukermedvirkning som ble tydelig gjenspeilet i avdelingen på systemplan. Det var ingen med brukererfaring direkte involvert eller ansatt i avdelingen, og brukerrepresentanter i sykehusets brukerutvalg hadde lite erfaring og kjennskap til avdelingen.

Anbefalinger

Fysiske forhold og aktivisering

- Sykehuset bør vurdere i hvilken grad de fysiske forholdene, særlig luftearealene ved avdeling akuttpsykiatri, bidrar til å skape trygge rammer for behandling av pasienter i krise.
- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.

Vedtak og protokollføring ved bruk av tvang

- Avdelingen bør sikre at det blir foretatt individuelle og konkrete forholdsmessighetsvurderinger for alle vedtak om tvangsbruk.
- Vedtak om bruk av tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene etter loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at vedtak fattes så raskt som mulig i forbindelse med utøvelse av tvang og at vedtak aldri tilbakedateres.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret mottar skriftlige vedtak med begrunnelse.

Bruk av tvangsmidler

Bruk av mekaniske tvangsmidler

- Avdelingen bør sikre at pasienters verdighet og velferd ivaretas under bruk av belteseng og at retten til å kontakte advokat og klageinstanser ivaretas.
- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

Bruk av isolasjon

- Avdelingen bør sikre at det alltid fattes vedtak om isolasjon dersom inngrepet utgjør isolering av pasienten.

Bruk av kortvarig fastholding

- Avdelingen bør sikre at det alltid fattes vedtak når en pasient blir utsatt for fastholding.

Bruk av skjerming

- Avdelingen bør sikre at det unngås isolasjonslignende forhold under skjerming når pasienten henvises til eget rom.

Bruk av ECT på nødrett

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

Restriksjoner i utgang fra avdelingen

- Alle pasienter bør tilbys minst én times opphold utendørs hver dag med god mulighet for fysisk aktivitet, inkludert pasienter som oppholder seg i skjermingsenhetene.
- Avdelingen bør sikre at frivillig innlagte pasienter ikke urettmessig utsettes for begrensninger i mulighet til utgang.

Institusjonskultur

- Avdelingen bør sørge for at personalgruppen har en faglig sammensetning og felles kultur som gjør risikoen for umenneskelig behandling minst mulig.

Pasientrettigheter og brukervedvirkning

- Avdelingen bør sørge for at det finnes god og tilgjengelig informasjon om pasientrettigheter og brukerorganisasjoner for alle pasienter.
- Sykehuset bør sikre større brukervedvirkning i drift og utvikling av avdelingen.

4 Generell informasjon om Akershus universitetssykehus, avdeling akuttpsykiatri

Akershus universitetssykehus (Ahus) er et lokal- og områdesykehus for cirka 500 000 innbyggere. Sykehuset betjener befolkningen i Follo og på Romerike. I tillegg er Rømskog kommune i Østfold, og de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner, en del av opptaksområdet. Hovedsykehuset ligger på Nordbyhagen i Lørenskog kommune. Sykehuset har behandling innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, i tillegg til forskning, undervisning og pasientopplæring.

Divisjon psykisk helsevern består av følgende avdelinger: akuttpsykiatri, alderspsykiatri, spesialpsykiatri, voksenhabilitering, forskning og utvikling, rus og avhengighet, barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og fire distriktpsykiatriske sentre (DPS Follo, DPS Groruddalen, DPS Øvre Romerike og DPS Nedre Romerike).

Sivilombudsmannens besøk var til avdeling akuttpsykiatri. Avdelingen har 73 sengeplasser fordelt på 6 seksjoner samt en konsultasjon-liaison(CL)-tjeneste². Behandlere (leger og psykologer) er organisert i en egen seksjon. Avdelingen ligger på Nordbyhagen sykehusområde.

Følgende seksjoner ble besøkt:

- Mottak (12 sengeplasser). Seksjonen hadde 2332 innleggelser i 2016, med gjennomsnittlig liggetid på 1,15 døgn, og en beleggsprosent på 64 %.
- Affektiv (13 sengeplasser). Seksjonen hadde i alt 503 innleggelser i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 6,48 døgn, og en beleggsprosent på 70,14 %.
- Psykose 1 (12 sengeplasser). Seksjonen hadde i alt 233 innleggelser i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 15,37 døgn (median 11,11 døgn)³, og beleggsprosent på 86 %.
- Psykose 2 (12 sengeplasser). Seksjonen hadde i alt 254 innleggelser i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 13,67 døgn (median 9,75), og beleggsprosent på 81 %.
- Psykose 3 (12 sengeplasser). Seksjonen hadde i alt 218 innleggelser i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 16,71 døgn (median 13,99), og beleggsprosent på 86 %.
- Psykose 4 (12 sengeplasser). Seksjonen hadde i alt 200 innleggelser i 2016, med en gjennomsnittlig liggetid på 17,11 døgn (median 11,53), og en beleggsprosent på 85 %.

De aller fleste pasientene legges først inn ved mottaksseksjonen, der vanlig oppholdstid er 1–2 døgn før enten utskrivning eller overføring til en annen døgnseksjon. Affektiv seksjon tar imot innleggelser der stemningslidelser er hovedproblemstillingen. De øvrige seksjonene kalles Psykose 1–4. Disse

² CL-tjenesten yter tjenester til de somatiske avdelingene i sykehuset. Denne enheten har 3 spesialister i psykiatri og en spesialsykepleier.

³Alle psykoseseksjonene har avsatt 2 sengeplasser til såkalt sub-akutte plasser med liggetid opp mot 12 uker, derfor har de en høyere gjennomsnittlig liggetid enn median liggetid.

seksjonene tar imot pasienter med psykoseproblematikk, men også pasienter med annen alvorlig psykisk lidelse. Pasientene fordeles mellom psykoseseksjonene primært etter datoen pasienten er født i måneden, men også ut fra kapasitetshensyn. Avdelingen har en egen ECT-enhet som er organisert under affektiv seksjon.

I 2016 var 1010 av totalt 2360 innleggelser frivillige, resten under en tvangsparagraf. Tilsvarende var 1085 av i alt 2320 innleggelser frivillige i 2015.⁴

⁴ Merk at et visst antall av tvangsinnlagte endte med såkalt «nektet etablering av tvunget psykisk helsevern», det vil si at faglig ansvarlig ved avdeling akuttpsykiatri besluttet at det ikke var grunnlag for en tvungen innleggelse etter psykisk helsevernloven etter en vurdering inne på avdelingen (i henholdsvis 420 tilfeller i 2016 og 374 tilfeller i 2015).

5 Gjennomføring av besøket

I februar 2017 ble avdeling akuttpsykiatri ved Akershus universitetssykehus varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til avdelingen i løpet av månedene april til juni 2017. Dato for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 2.–4. mai 2017.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet retningslinjer, 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 før sykehuset mottok brevet som varslet besøket.

Besøket begynte med en befaring av døgnsesksjonene Mottak, Affektiv og Psykose 2. Befaringen omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, undersøkelsesrom og vaktrom. Øvrige seksjoner i avdelingen ble besøkt i løpet av de øvrige besøksdagene.

Senere første besøksdag hadde besøksteamet et møte med avdelingsleder, seksjonsledere og teamledere fra behandlerseksjonen. 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 seksjonsledere på aktuelle seksjoner.

Tvangsprotokoller fra hele 2017 på alle de aktuelle seksjonene ble gjennomgått, i løpet av besøket og i etterkant av besøket.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Ansatte syntes stort sett orientert om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og det aktuelle besøket. Sykehuset hadde valgt å ikke henge opp tilsendt informasjonsmateriell i forkant av besøket, men dette ble hengt opp på de fleste seksjoner da besøket startet. En del pasienter var derfor lite informert om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og det aktuelle besøket.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Jannicke Thoverud Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Helene Oeding Christensen (seniorrådgiver, jurist)
- Joar Øveraas Halvorsen (ekstern ekspert, psykolog og PhD.)

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.⁵ Oppholdstiden ble redusert med 14 prosent og pasientene tilbrakte kortere tid i sikkerhetsavdelinger. En annen studie så nedgang i bruk av tvang, samt generell økt trivsel, etter åpning av et nytt bygg med forbedrede arkitektoniske løsninger.⁶ 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.»⁷

Hovedbygningen til Ahus på Nordbyhagen sto ferdig i oktober 2008. Avdeling akuttpsykiatri lå et stykke unna hovedbygningen, på baksiden av en eldre bygning på sykehusområdet. Denne bygningen lå i en bakke, og avdelingens hovedinngang hadde et kjelleraktig og slitt preg med lite innfall av dagslys og trange korridorer med lav himling. Rett innenfor inngangen lå en resepsjon med et venterom. I forlengelsen av avdelingens resepsjon var det et familierom med leker, og et eget møterom for Kontrollkommisjonen. Familierommet var lite brukt, og fremsto rotete og trangt. Under besøket var det plassert store transporttraller i korridorene som ledet inn til akuttseksjonene. Innkomstområdet la ikke opp til et positivt førsteinntrykk for nyankomne pasienter og besøkende. Alle døgnseksjonene lå én eller flere etasjer opp fra hovedinngangen og alle pasientankomster, inkludert med politi og ambulanse, skjedde gjennom hovedinngangen. I tillegg til hovedinngangen var det én inngang i avdelingens felles trapperom. Denne krevde innlåsing med nøkkelkort, og ble brukt til gåturer ut fra døgnseksjonen, da den hadde direkte tilgang til sykehusområdets gangveier. Et felles atrium med glasstak lå i sentrum av avdelingen. Atriet var innredet med to sofagrupper, bokhyller, pingpongbord, fotballspill og leker og ble blant annet brukt til familiebesøk. I forlengelse av atriet var det et vaktrom med utsyn til atriet.

Seksjonenes fellesarealer var hyggelig innredet med planter, bilder på veggene og spill mv. i hyller. Alle seksjoner hadde vaktrom med store vindusflater ut mot fellesarealer (se avsnitt 9.3 *Fysiske forhold på skjermingsenhetene*). Avdelingen hadde en felles gymsal i tilfluktsrommet, som ble brukt

⁵ Lawson, B. & Piri, M. (2003): The architectural healthcare environment and its effect on patient health outcomes, University of Sheffield.

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

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

til balltrening og kroppsbevissthetsgruppe med pasienter, samt aktivitetstilbud til og opplæring av ansatte.

Flere ansatte fremhevet den store kontrasten mellom sykehusets nye hovedbygning og forholdene på avdeling akuttpsykiatri.

6.1.1 Muligheter for opphold utendørs

Affektiv seksjon hadde direkte utgang på bakkeplan til en luftegård inngjerdet med metallnetting. Inngjerdingen som nylig var satt opp ga lufteområdet et fengselsliknende preg. Pasienter som oppholdt seg inne i den inngjerdede luftegården var synlige for passerende fra gangveier på sykehusets område.

Øvrige døgnsesjoner hadde ikke direkte utgang fra egen seksjon. Disse hadde imidlertid luftebalkonger, både på skjermet enhet og på åpen del.⁸ Samtlige balkonger var inngjerdet med pleksiglass og metallgitter. Enkelte av balkongene hadde også tak, slik at innfallet av dagslys var begrenset. Noen av balkongene var plassert slik at det var mye innsyn fra sykehusets gangveier, og flere manglet benker, bord og annen innredning. Dette gav et sterilt preg som også ble påpekt av pasienter. Andre av balkongene fremsto som mer skjermet for innsyn, og med diverse sittemuligheter. Ved enkelte seksjoner var det kun lov til å være to pasienter ute om gangen. Dette fremgikk ikke av husordensreglene, men av plakater på verandadør.

Samlet sett viser funn fra besøket at mange pasienter har innskrenkede muligheter for utgang fra avdelingen. Dette hang også sammen med såkalt «utgangsstatus», dvs. restriksjoner i pasientens mulighet for å gå ut av avdelingen på egenhånd (se avsnitt 9.4 *Gjennomføring av skjerming* og avsnitt 13.1 *Restriksjoner i utgang fra avdeling*). Det antas at en bedre tilpasset fysisk utforming ville gjort opphold og aktivitet utendørs lettere, også for pasienter med rømningsfare eller behov for tett oppfølging av andre grunner.

Anbefaling

- Sykehuset bør vurdere i hvilken grad de fysiske forholdene, særlig luftearealene ved avdeling akuttpsykiatri, bidrar til å skape trygge rammer for behandling av pasienter i krise.

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 mentalt velvære hos alle som er fratatt friheten. CPT har anbefalt at:

«Psychiatric treatment should be based on an individualized approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group

⁸ Alle døgnsesjoner hadde låst dør. «Åpen del» referer her til delen av seksjonen som ikke var skjermingsavsnitt.

therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms...»⁹

De fire psykoseseksjonene hadde to fysioterapeuter, med ansvar for to seksjoner hver.

Fysioterapeutene tilbød både individuelt tilpassede opplegg for pasientene, og felles ukentlige aktiviteter som ballgruppe og kroppsbevissthetsgruppe (disse gruppene ble også tilbudt pasienter fra affektiv-seksjonen). Ansatte anslo at 1-2 pasienter fra hver seksjon deltok på disse gruppene. Pasienter som kunne gå ut med følge av personal, kunne delta på disse gruppene. Én psykoseseksjon hadde fastsatt tur ut hver dag, én hadde en tur i uken i sitt faste program. Tre av seksjonene hadde en samling om morgenen med en såkalt morgenstrek og/eller et morgenmøte.

Utover det nevnte tilbudet var pasientenes aktivitetstilbud begrenset. Det var ikke lagt til rette for alternativer for de som ikke ønsket eller kunne delta i fysisk aktivitet. Mange pasienter og ansatte formidlet at dagene ble lange, og mange pasienter kjedet seg. Flere pasienter formidlet at ansatte ikke hadde tid til aktiviteter som turer ut (se også avsnitt 13.1 *Restriksjoner i utgang fra avdelingen*).

Anbefaling

- Avdelingen bør, i samråd med pasientene, sikre et variert aktivitetstilbud tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og interesser.

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

7 Vedtak og protokollføring ved bruk av tvang

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

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

Det ble i forkant av besøket innhentet dokumentasjon om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke, inkludert vedtak og protokoller for de tre siste tilfellene av dette på hver seksjon. I tillegg gjennomgikk ombudsmannen en rekke andre vedtak som ble innsendt, inkludert vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern og innskrenkning i kontakt med omverdenen.

7.1 Begrunnelse for vedtak

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

Samlet sett var vedtakene som ble gjennomgått i forbindelse med besøket, for svakt begrunnet når det gjaldt lovens vilkår for det aktuelle inngrepet. Dette gjaldt alle typer vedtak som ble gjennomgått. Ved vedtak om tvangsmedisinering var det i de fleste tilfellene en inngående beskrivelse av symptomer og sykdomshistorikk. Vurderingen av om vilkårene for behandling under tvang var oppfylt, fremsto imidlertid i mange vedtak som knappe og basert på standardformuleringer. De faktiske forholdene som skulle gjøre at vilkårene for tvangsmedisinering var oppfylt, var ikke tilstrekkelig beskrevet. Ombudsmannen fikk tilsendt ett vedtak om førstegangs tvangsmedisinering. Dette fremsto som svært mangelfullt i begrunnelse og vurdering. I vedtakstekstene for tvangsmedisinering ble det i mange tilfeller benyttet formuleringen «[e]tter en helhetsvurdering fremstår behandling med legemidler mot pasientens samtykke som den klart beste løsningen». Teksten ga ikke nærmere anvisning på hvilke momenter som var avgjørende i denne helhetsvurderingen. Det er også meget uheldig at konklusjonen synes å bygge på et vurderingstema som ikke fremgår av lovteksten. At en medisinerings under tvang vurderes som den «klart beste løsningen», er ikke tilstrekkelig for behandling med legemidler uten samtykke. Et av vilkårene for tvungen behandling er om «behandlingstiltak [...] med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen». Det er med andre ord ikke tilstrekkelig at det fremstår som den klart beste løsningen.

Også andre typer vedtak hadde svakheter i hvordan de ble begrunnet. Jevnt over var begrunnelsene for beltelegging mer spesifikke, med beskrivelser av hvorfor beltelegging ble vurdert som uomgjengelig nødvendig. Enkelte av vedtakene var imidlertid for vagt begrunnet, for eksempel med at pasienten var «urolig», «voldelig» eller «utagerende, verbalt og fysisk truende» uten at den konkrete situasjonen ble nærmere beskrevet. Dette var også en svakhet ved enkelte av

skjermingsvedtakene. Et eksempel var begrunnelsen i et skjermingsvedtak der det stod at pasienten «fremstår manisk drevet» uten at dette var nærmere beskrevet. Et vedtak om begrensninger i forbindelse med omverdenen etter § 4-5, som omfattet fratakelse av telefon og begrenset adgang til å ringe til venner, familie og «offentlige etater», var lite tilfredsstillende begrunnet. Det var ikke gjort noen individuell vurdering av den enkelte begrensning, og begrensningen for å kontakte offentlige etater var ikke presisert nærmere. Ombudsmannen viser til at begrensningene innebærer et inngrep i retten til privatliv, og at det må foretas en forholdsmessighetsvurdering for den enkelte begrensning.¹⁰

I ett vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern ga ansvarlig behandler uttrykk for at rettslig overprøving av vedtaket om innleggelse var en «unndragelse» fra pasientens side. Her finner ombudsmannen grunn til å understreke at muligheten for å klage over og få et vedtak prøvet i rettssystemet er et grunnleggende rettssikkerhetskrav. Å anse pasientens bruk av sine rettssikkerhetsgarantier som en måte å unndra seg behandling på, er uttrykk for en manglende respekt for pasientens rettigheter.

Ombudsmannen vil påpeke at det er et ledelsesansvar å sikre at kunnskapen om den rettslige reguleringen av psykisk helsevern og de rammer helsepersonell utøver sin rolle og makt innenfor. Ombudsmannen er kjent med at det har pågått et arbeid i avdelingen i både gjennom et eget prosjekt om redusert tvang (beskrevet i avsn. 8.3 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*) og i forbindelse med lovendringene i Psykisk helsevernloven 1. september 2017. Lovendringene innebærer et økt krav til begrunnelser for vedtak om behandling uten eget samtykke.¹¹

7.2 Standardtekster og maler for vedtak

I de fleste vedtaksnotat ble det benyttet en mal med standardoverskrifter- og tekster. Som eksempel inneholdt vedtak om beltelegginger en setning om at «lempeligere midler er forsøkt/anses formålsløst». Vedtaksnotat om skjerming inneholdt en liknende standardformulering. I mange vedtak ble denne teksten stående uredigert. Det ble ikke tatt stilling til hva som passet i den konkrete situasjonen, eller gitt eksempler på hva som er forsøkt eller hvorfor det var formålsløst å forsøke lempeligere midler. Dette skapte usikkerhet om hva som faktisk var vurdert. Et annet eksempel var standardtekst om at pårørende var informert om vedtaket. Det var i flere tilfeller uklart om det faktisk var tatt kontakt med pårørende. I ett tilfelle var teksten gjengitt i vedtaket til tross for at pasienten ikke hadde noen pårørende. Kontrollkommisjonen bekreftet at det i noen tilfeller fremgikk av pasientens journal at pårørende ikke var kontaktet til tross for at det i vedtaket stod at dette var gjort. I standardteksten for tvangsmedisinering så man at teksten kun dekket noen av vilkårene for § 4-4, og vilkårene var gjennomgående ikke gjengitt på riktig måte.

7.3 Mangler i protokoll- og vedtaksføring

En gjennomgang av møtetreferatene fra Kontrollkommisjonen fra første del av 2017, viste at kommisjonen blant annet gjentatte ganger hadde påpekt manglende start- og slutt-tidspunkt for belteleggingsepisoder eller manglende opprettinger etter kommisjonens merknader.¹² Ved

¹⁰ Se psykisk helsevernloven kapittel 3, § 15, og den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 8.

¹¹ Se psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer § 4.4 a. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

¹² Leder i Kontrollkommisjonen kommenterte i personlig kommunikasjon med ombudsmannen at de mange kommentarene i tilsendte referater (for 2017) også dreide seg om at dette var et ønsket fokus fra

gjennomgang av protokoller under og etter Sivilombudsmannens besøk, fant man at protokollføring var bedret med hensyn til en del av påpekningene til Kontrollkommisjonen, (blant annet hva gjelder start- og slutt-tidspunkt for tvangsbruk).

I forbindelse med besøket kom det frem at vedtaksansvarlige i noen tilfeller tilbakedaterte vedtak i journal, slik at vedtak ble datert den dagen hendelsen fant sted, selv om det var skrevet mange dager etter dette. I selve vedtakene var det hverken mulig å spore at de var skrevet i ettertid, eller hvor lenge i ettertid, annet enn eventuelt å ved å gjennomgå logg for journalendringer. Vedtak om tvang skal nedtegnes straks og uten unødig opphold, og manglende nedtegnelse vil være et brudd på formkravene i forvaltningsloven § 23.¹³ Dersom ikke vedtaket er nedtegnet straks og uten unødig opphold må dette fremkomme, og forklares.

7.4 Pasientens rett til å motta et begrunnet vedtak

Vedtak ble lagret i elektronisk pasientjournal sammen med et separat journalnotat med begrunnelsen for det enkelte vedtak. Pasienten har rett til å motta vedtaket og den konkrete begrunnelsen for dette og skal ikke måtte be om journalinnsyn for å få dette.

Det fremkom flere eksempler på at pasienter ikke hadde fått kopi av vedtak om tvang utøvet overfor dem. I den grad pasientene mottok vedtaket skriftlig ble dette sendt til pasientens hjemadresse og inneholdt kun vedtaksskjema uten tilhørende begrunnelse i form av journalnotat.

Ledelsen formidlet i avsluttende møte med ombudsmannen at det ble sett på som vanskelig å gi begrunnelsen for vedtak til pasienter. Dette er en praksis Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.¹⁴ Et vedtak må være konkret begrunnet for å ivareta pasientens reelle rett til å klage. Vedtaket skal både gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for at det ble gjennomført, i tillegg til informasjon om retten til å klage. Alle pasienter bør rutinemessig motta både en skriftlig og en muntlig begrunnelse for tvangsvedtak for å sikre ivaretagelse av sine rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang.

Ombudsmannen minner om presiseringene Helsedirektoratet gav i 2016 vedrørende at vedtak, herunder begrunnelsen for vedtak, skal overleveres pasienten:

«Pasienten skal få skriftlig underretning om vedtak, herunder begrunnelsen, jf. forvaltningsloven §§ 24 og 27. Dersom begrunnelsen for vedtaket ikke fremgår av selve vedtaksskjemaet, men er nedtegnet i et journalnotat, skal dette legges ved vedtaket.»¹⁵

Helsedirektoratet, i et rundskriv fra årsskiftet. Kommisjonen hadde imidlertid også merket seg kvaliteten på protokollene tidligere (mangel på sluttdato for vedtak mv).

¹³ Se også Forskrift om pasientjournal §7: «(...) Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegnelsene skal dateres og signeres.»

¹⁴ Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF 26.-28. april 2016, og rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, ungdomspsykiatrisk klinikk 13.-15. september 2016.

¹⁵ Brev fra Helsedirektoratet til landets kontrollkommisjoner datert 27.09.2016: «Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016».

Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at det blir foretatt individuelle og konkrete forholdsmessighetsvurderinger for alle vedtak om tvangsbruk.
- Vedtak om bruk av tvang bør inneholde konkrete begrunnelser som gjør det mulig å se hvordan de gjeldende vilkårene etter loven er vurdert i den aktuelle saken.
- Avdelingen bør sikre at vedtak fattes så raskt som mulig i forbindelse med utøvelse av tvang og at vedtak aldri tilbakedateres.
- Avdelingen bør sikre at pasienter uoppfordret mottar skriftlige vedtak med begrunnelse.

8 Bruk av tvangsmidler

8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.¹⁶ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon».¹⁷

Menneskerettslige standarder bekrefter at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.¹⁸ 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.¹⁹

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor utsatte grupper som personer diagnostisert med psykiske lidelser. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur og FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler i sitt lovverk og sin praksis.²⁰ 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 avsnitt 8.4.2 *Langvarige beltelegginger*).

¹⁶ Psykisk helsevernloven § 4-8.

¹⁷ Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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».

²⁰ 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.

8.2 Omfang av tvangsmiddelbruk

8.2.1 Antall vedtak om tvangsmidler

Avdelingen ble i forkant av besøket bedt om å oppgi tall for tvangsbruk etter § 4-8 i 2015, 2016 og hittil i 2017. I ettertid kom det frem at tallene som var gitt på bakgrunn av en misforståelse kun omfattet beltelegginger, og ikke var tall på alle typene tvangsmidler. Avdelingen gav i etterkant av besøket en differensiert oversikt over bruken av tvangsmidler for 2016 og hittil i 2017. Disse tallene måtte frembringes for Sivilombudsmannen ved manuelle tellinger i protokoll.

For beltelegginger syntes det ut fra tallene som ble oppgitt å være en nedgang totalt sett mellom 2015 (totalt 317) og 2016 (totalt 282). Særlig seksjonene Psykose 1 og Psykose 2 hadde en betydelig nedgang i disse årene. Antall protokollførte fastholdinger varierte mye mellom seksjonene, med Psykose 3 som seksjonen med flest både i 2016 og hittil i 2017 (mer enn det dobbelte av andre seksjoner). Dette kan ses i lys av uklarheter i avdelingen om når vedtak skal fattes for fastholding (se avsnitt 8.6 *Bruk av kortvarig fastholding*), men kan også være et tegn på ulik praksis i bruken av fastholding.

8.3 Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler

FNs torturkonvensjon pålegger medlemsstatene å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.²¹ 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).»²²

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraints.»²³ Dette bør etter ombudsmannens syn inkludere en tiltaksplan for å forebygge bruken av tvangsmidler.

Avdelingen beskrev i tilsendt dokumentasjon at det var diverse rutiner for å evaluere og forebygge bruk av tvangsmidler. Blant annet ble alltid behandling og behandlingsplan gjennomgått i etterkant av eventuelle voldelige hendelser, for å forebygge nye hendelser. Det ble også innsendt informasjon

²¹ 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.

²² CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

²³ Se note over, punkt 1.7.

om prosjektet «Riktig og redusert bruk av tvang». Tidsperioden for prosjektet var fra 1. februar 2017 og ut året. Hver seksjon hadde en egen arbeidsgruppe. Formålet med prosjektet var å « redusere antall hendelser og pasienter som har minimum ett vedtak om mekaniske tvangsmidler». Det skulle engasjeres en ekstern veileder som skulle gjennomføre veiledning i kommunikasjonsteknikker. Målet for veiledningen var en «økt forståelse av egne og pasienters reaksjoner og handlinger, og gjennom dette kunne øke refleksjon i situasjoner med potensiell utageringsfare slik at disse håndteres mer hensiktsmessig».²⁴ Første undervisningsdag var ifølge avdelingen 24. mai 2017. Ved en eventuell beltelegging skulle situasjonen som førte til beltelegging vurderes etter fastlagte kriterier, og det skulle gjøres tilsvarende kontinuerlige vurderinger i hele perioden pasienten var beltelagt. Disse tiltakene ble igangsatt i mars 2017. I tillegg skulle rutiner og rammer i seksjonene gjennomgås, inkludert rutiner for skjerming og utgang. Måltall skulle være redusert bruk av belter, reduksjon i skade på personell og reduksjon i sykefravær knyttet til utageringssituasjoner. I etterkant av besøket rapporterte sykehuset at prosjektet hadde gitt effekt i nedgang i antall hendelser som endte med bruk av mekaniske tvangsmidler.

Funn under ombudsmannens besøk til institusjoner innen psykisk 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.²⁵ 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.»²⁶

På bakgrunn av dette ser ombudsmannen det som positivt og viktig at avdelingen gjennom 2017 har hatt et høyt fokus på reduksjon av tvang.

Det var en tydelig opplevelse for både ansatte og pasienter at ansatte jobbet under et tidspress. Mange pasienter opplevde at personalet ikke hadde nok tid til dem, og mange ansatte opplevde også dette. Blant ansatte ble det pekt på at lite tid til pasienter kunne føre til økt risiko for utagering og påfølgende tvangsbruk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde i 2015 en analyse av avviksmeldinger i psykisk helsevern.²⁷ Her ble bemanningsutfordringer trukket frem som én av de sannsynlige forbedringsområdene for forebygging av tvang, og det ble også vist til enkelte studier som har funnet dette. Et godt aktivitetstilbud er et sentralt tiltak i mange forskningsprosjekter om forebygging av tvang.²⁸ Aktivitetstilbudet ved avdelingen ble opplevd som begrenset, og flere pasienter bemerket at de kjedet seg (se også avsnitt 6.2 *Aktivitetstilbud*). En protokollgjennomgang

²⁴ Tilsendt dokument fra avdeling akuttpsykiatri ved Ahus kalt «Mandat riktig og redusert bruk av tvang».

²⁵ Se Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>.

²⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

²⁷ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015): Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et Pasientsikkerhetsperspektiv.

²⁸ Se oppsummering i Norvoll, R., Sintef Helse (2008): Delrapport 1: Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur.

viste i tillegg at mye av tvangsbruken startet på kveld og natt (se også avsnitt 8.4.1 *Gjennomføring av beltelegginger*, og kapittel 14 *Institusjonskultur*).

Å ha tilgang til differensierte tall for tvangsmiddelbruk per seksjon er en forutsetning for å kunne sette i verk effektive tiltak for å forebygge tvangsbruk, og også for å sikre at tiltak for å redusere én type tvangsbruk ikke utilsiktet fører til økning i andre typer tvangsbruk. Avdelingen hadde på besøkstidspunktet ikke en samlet oversikt over omfang og variasjon av tvangsmiddelbruk, og det foregikk lite erfaringsutveksling om dette på tvers av seksjonene. Det ble presisert at det tidligere hadde vært en slik oversikt, laget av en tidligere Kontrollkommisjonsleder. I forbindelse med avdelingens prosjekt om redusert bruk av tvang skulle avdelingen nå selv ta ansvaret for å utarbeide en slik oversikt (se beskrivelse over).

8.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng)

Alle de besøkte døgnsesjonene hadde en koffert på seksjonens vaktrom, med belter til å feste i den aktuelle pasientens seng. Alle pasientrommene hadde sykehussenger som beltene kunne spennes fast i. Transportbelter var også tilgjengelig på vaktrommene. Det var ikke anledning til å feste sengen fast i gulv. Sengene kunne heves og senkes, slik at pasientene hadde mulighet for å sitte oppreist ved inntak av mat og drikke. Koffertene inneholdt også et håndkle som var ment til bruk dersom vedkommende spyttet. Det ble formidlet fra avdelingens side at dette ble brukt som et slags skjermbrett mellom pasientens ansikt og personalet, og ikke til å tildekke pasienters munn eller ansikt.

8.4.1 Gjennomføring av beltelegginger

Funn under besøket tydet i hovedsak på at de ansatte hadde opplæring for å sikre en trygg og mest mulig skånsom utføring av beltelegginger. Ved såkalt vergetrening, som var obligatorisk for alle ansatte miljøpersonale å delta på seks ganger i året, ble det øvd konkret på samhandling og teknikk i forbindelse med situasjoner der pasienter utagerte. Det kom imidlertid frem at ikke alle ansatte fulgte opp kravet om deltakelse på vergetrening.

Kravet om at pleiepersonell skal være kontinuerlig tilstede i rommet der belteleggingen foregår, fremstod som ivaretatt. Funn under besøket tydet på at personale i all hovedsak satt inne i rommet når pasienten var beltelagt, men at det forekom at vedkommende satt i gangen utenfor med åpen dør. Det siste var angivelig dersom pasienten ønsket en slik avstand.

I gjennomgangen av protokoller for 2017 så man at den største andelen av beltelegginger skjedde på kveld, natt og til dels under eller rett etter, vaktskifter (se også avsnitt 8.3 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*, og kapittel 14 *Institusjonskultur*).

På befaringstidspunktet var ingen pasienter beltelagt. Det ble gjennomført samtaler med flere pasienter som hadde erfaring med dette fra tidligere eller nåværende innleggelse. Beltelegginger generelt ble opplevd som en inngripende og ubehagelig opplevelse for pasientene. Flere opplevde å ikke ha blitt ivaretatt i tilstrekkelig grad under belteleggingen. Enkelte fortalte de hadde urinert og blitt liggende i dette uten å få skiftet tøy, blitt nektet å gå på toalettet, eller at de hadde fått plager og smerter av å ligge lenge som ikke hadde blitt tatt hensyn til. En pasient mente å ha blitt nektet å ringe advokat da vedkommende lå i belteseng. Én pasient trakk fram at vedkommende hadde hatt en samtale med et personale i etterkant av belteleggingen, og at dette hadde følt bra. Andre etterlyste en slik samtale, da de selv tenkte på hvordan en lignende situasjon kunne unngås (se

avsnitt 8.4.2 *Langvarige beltelegginger*, og kapittel 11 *Ettersamtaler ved bruk av tvang*). Ved ett tilfelle så man at pasienten ikke var tilsett tilstrekkelig ofte av lege under en langvarig beltelegging (se avsnitt 8.4.2 *Langvarige beltelegginger*).

Ansatte trakk frem at såkalt grensesetting av pasienter kunne føre til situasjoner med aggresjon og tvangsbruk. De beskrev samtidig at man oftest ventet i lang tid før eventuell bruk av mekaniske tvangsmidler, og forsøkte først å få til en dialog med pasienten. Flere av de ansatte trakk frem at kortvarig fastholding ofte ble forsøkt før beltelegging, da dette ble sett på som mindre inngripende. Det ble formidlet at én ansatt alltid skulle ha kontakt med pasienten under beltelegging og snakke med vedkommende om hva som skjedde.

Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at pasienters verdighet og velferd ivaretas under bruk av belteseng og at retten til å kontakte advokat og klageinstanser ivaretas.

8.4.2 Langvarige beltelegginger

En gjennomgang av vedtak og tvangsprotokoller viste at enkelte pasienter innlagt ved avdeling akuttpsykiatri så langt i 2017 hadde ligget i belteseng over lengre tidsrom, i mange tilfeller i godt over 6 timer, flere tilfeller med over et døgn varighet, og i ett tilfelle i 5 døgn.

Miljøpersonale og behandlere trakk frem at det under en beltelegging ble gjort kontinuerlige vurderinger i muligheter for oppløsning fra beltene, og at det var hyppig dialog mellom miljøpersonale og faglig ansvarlig vedrørende dette. Vedtaksansvarlig behandler skulle alltid diskutere vedtak om beltelegginger på behandlermøte (et møte mellom behandlere på alle seksjoner, som ble holdt på morgenen på hverdager), der både selve situasjonen som førte til bruken av beltelegging, samt kvaliteten på det skrevne vedtaket, ble diskutert. Se også avdelingens prosjekt om riktig og redusert bruk av tvang (kapittel 8.3 *Tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler*), der systematiske og hyppige vurderinger av om pasienten kunne løses ut av belter, var ett av tiltakene.

Både pasienter og flere personale fra ulike faggrupper mente likevel det forekom at pasienter var beltelagt i lengre tid etter at pasienten var blitt rolig, og lengre enn det som ble oppfattet som strengt nødvendig. Det kom frem at man ved noen tilfeller ved vaktstart la føringer på at en person ikke skulle ut av beltene i løpet av vakten.

I ett av tilfellene der en pasient hadde mange og lange beltelegginger, ble det trukket frem av flere ansatte at pasienten hadde vært innlagt i lengre tid i påvente av plass på annen avdeling. Det ble påpekt at midlertidigheten og mangelen på et tilpasset behandlingsopplegg kunne ha bidratt til situasjoner som eskalerte til tvangsbruk overfor pasienten.

Avdelingen formidlet at situasjonen ble drøftet på avdelingsnivå dersom det forekom langvarig eller hyppig bruk av belter eller annen tvangsbruk. Det var imidlertid ingen utenfra avdelingen som rutinemessig ble innhentet til en «second opinion» i disse tilfellene. Ombudsmannen mener at avdelingen bør vurdere bruk av utenforstående ekspertise ved innleggelser med særlig omfattende eller langvarig bruk av tvang. Eventuelt bør sykehuset vurdere en tidligere overføring til en mer spesialisert behandlingsinstitusjon. Det vises til Helsedirektoratets generelle kommentarer til psykisk helsevernloven:

«Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming eller tvangsmidler kan si noe om institusjonens evne til å håndtere pasienten.»²⁹

Se også CPTs nye standarder om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, der det står følgende om gjentatt tvangsbruk:

«... Consideration should also be given in such cases and where there is repetitive use of means of restraints to the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialized psychiatric establishment.»³⁰

Protokoller og journaler viste at pasienter ofte var beltelagt gjennom natten, for så å bli løst opp tidlig på morgenen eller i løpet av formiddagen. Det samme så ut til å forekomme over helgen i enkelte tilfeller. Det fremkom også av dokumentgjennomgang at pasienter relativt ofte sov i lengre perioder i belter. Ombudsmannen har tidligere uttalt seg kritisk til at pasienter sover mens de er beltelagte, da en nødrettslignende situasjon antas å ikke lenger være tilstede når pasienten sover.³¹

Ifølge nasjonalt regelverk skal det «ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, «så langt som mulig ut i fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes».³² Ifølge vedtaksansvarlige var det fast praksis at pasienten skulle tilses av lege minst hver åttende time når vedkommende var lagt i belter, for å vurdere om pasienten kan løses ut av beltesengen, eller om beltene kunne løses opp. Ved ett tilfelle med en langvarig beltelegging forekom det at noen slike tilsyn ikke ble gjort, eventuelt at det ikke ble journalført (pasienten hadde ett legetilsyn gjennom ett døgn, i en beltelegging som varte i underkant av tre døgn). Det var ikke alltid ført tidspunkt for legetilsynet i journal. Dette gjorde det vanskelig å føre kontroll med tilsynet av pasienten. En gjennomgang av tilsynsjournaler viste at det ved slike tilsyn alltid ble gjort en vurdering av at beltene ikke hindret pasientens blodsirkulasjon, respirasjon, puls, mv. I tillegg var det oftest en generell vurdering av psykisk tilstand, slik som at «pasienten har stor taleflom». Det var imidlertid sjelden dokumentert at faglig ansvarlig tok stilling til om fremdeles ble vurdert som uomgjengelig nødvendig med fortsatt beltelegging.

Gjennomgangen av journaler (behandler- og sykepleie/miljøpersonelljournal) og protokoller viste at det ved noen lange beltelegginger var svak dokumentasjon av konkrete forsøk på og vurdering av lemping eller oppløsning fra belter. Det understrekes at belteseng i seg selv er et svært inngripende tiltak med stor risiko for umenneskelig behandling, og at denne risikoen øker med lengden på perioden pasienten er beltelagt.

²⁹ Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, kapittel 3, Generelle bestemmelser, Kommentar til § 30, tredje ledd.

³⁰ European Committee for the Prevention of Torture And Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Means of restraints in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards). CPT/Inf (2017)6.

³¹ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssykehus, 9.-12. januar 2017.

³² Se psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd. Ifølge Helsedirektoratets fortolkning 30. september 2011 skal et slikt legetilsyn gjennomføres hver åttende time.

Videre finner ombudsmannen 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.³³ 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.»³⁴

Komiteen uttalte også at:

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

Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler synes å være en utfordring ved flere sykehus i det psykiske helsevernet i Norge, inkludert flere av sykehusene som tidligere er besøkt av ombudsmannen.³⁵ 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. Dette vil ombudsmannen ta opp i møter med sentrale myndigheter.

Anbefaling

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

8.5 Bruk av isolasjon

Tall for 2016 og 2017 viste at avdelingen ikke hadde fattet noen vedtak om isolering i denne perioden. Ledelsen ved avdeling akuttpsykiatri fremhevet at bruk av isolering etter § 4-8b i psykisk helsevernloven var sjelden eller ikke forekommende ved avdelingen. Ansatte formidlet at isolering ikke var ønsket, da man ved isolering mister kontakt med pasienten. Flere formidlet at fastholding av pasienten var et bedre alternativ i faresituasjoner med pasienter.

Funn under besøket viste imidlertid at isolering forekom. Blant annet ble det rapportert at det var blitt brukt gjentatte ganger mot én spesifikk pasient. Besøksteamet observerte også at dette skjedde i praksis. Funn tydet videre på at enkelte nattevakter ved én seksjon isolerte pasienter ved å sitte fysisk inntil stengt dør til pasientrom.

³³ 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.

³⁴ CPTs rapport etter besøk til Danmark i 4.–13. februar 2014, side 65, avsnitt 121 [CPT/Inf (2014) 25].

³⁵ Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk i psykisk helsevern:
<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

Ansatte beskrev også en mer generell praksis der pasienter ble bedt om å gå på eget rom, og at døren kunne bli holdt igjen dersom pasienten forsøkte å komme seg ut igjen før en viss tid hadde gått. Også flere pasienter rapporterte om dette (se avsnitt 9.4 *Gjennomføring av skjerming*).

Ombudsmannen viser til Helsedirektoratets presiseringer om isolering i sine kommentarer til psykisk helsevernlov, der det presiseres følgende:

«At ikke bare låst, men også ”stengt” dør omfattes, innebærer at det skal fattes vedtak i akutte nødssituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss eller lignende.»³⁶

Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at det alltid fattes vedtak om isolasjon dersom inngrepet utgjør isolering av pasienten.

8.6 Bruk av kortvarig fastholding

Under besøket kom det frem informasjon som tydet på en utbredt praksis der pasienter ble holdt fast av personale uten at det ble fattet vedtak. Noen ganger forekom det protokollføring av disse fastholdingene, men det var ikke fattet vedtak av faglig ansvarlig. Det hersket tvil blant personalet om når fastholding av pasienter krevde vedtak. Noen mente at den lokale kontrollkommisjonen hadde fastsatt en nedre tidsgrense for fastholding på to minutter før man skulle fatte vedtak, mange ansatte mente grensen gikk på fem og noen mente grensen gikk på femten minutter. Helsedirektoratet nevner også varighet i sine kommentarer til psykisk helsevernloven vedrørende når vedtak for fastholding skal fattes, men angir ikke en nedre tidsgrense. Det legges imidlertid sterkest vekt på at vedtak skal fattes når holding av pasienter gjøres som et skadeavvergende tiltak, eventuelt for å hindre selvskading, og pasienten motsetter seg dette.

«Hvis pasienten aktivt motsetter seg tiltaket verbalt og/eller fysisk tilsier dette at holdingen skal regnes som fastholding i lovens forstand. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller inn under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading.»³⁷

Å holdes fast av ansatte er et tiltak som griper sterkt inn i pasientens integritet. Å bli holdt fast vil også oppleves forskjellig av ulike pasienter på bakgrunn av tidligere erfaringer, for eksempel tidligere traumehistorikk. Det er viktig at slike inngrep vedtaksføres for å sikre dokumentasjon av begrunnelsen for tiltaket, mulighet for etterkontroll og læring og pasientens klagemulighet.

Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at det alltid fattes vedtak når en pasient blir utsatt for fastholding.

³⁶ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 76.

³⁷ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 77.

9 Skjerming

9.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

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

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

Norge er et av få land som opererer med begrepet skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering.³⁸ 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.³⁹ Muntlige beskjeder fra personalets side (for eksempel om at pasienten skal trekke seg tilbake på eget rom i en viss periode) kan oppleves like begrensende som en låst dør. Ombudsmannen har ved tidligere besøk vært opptatt av hvorvidt skjermingspraksis ved et sykehus utgjorde isolasjonslignende forhold for pasientene.⁴⁰

Ifølge en systematisk litteraturgjennomgang fra 2015 foreligger det lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge.⁴¹ Pasientstudier tyder på at tvangselementene ved skjerming er sterkere og oppleves mer likt isolering enn behandlingsformålet skulle tilsi.⁴²

Selv om skjerming skal være et behandlingstiltak, setter menneskerettslige standarder begrensninger for bruken.⁴³ Fordi skjerming innebærer en innskrenkning i en allerede begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelse, utgjør tiltaket et inngrep i pasienters rett til privatliv etter EMK artikkel 8. Skjerming kan derfor kun skje med hjemmel i lov og må være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle. I tilfeller der personers autonomi allerede er begrenset, ser Den europeiske menneskerettsdomstolen strengt på tiltak som ytterligere begrenser autonomien.⁴⁴

På bakgrunn av menneskerettslige føringer og pasienters erfaringer med skjerming som tvang,⁴⁵ vedtok Stortinget 17. januar 2017 endringer i psykisk helsevernloven § 4-3 som innebærer at vedtak om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket (dvs. før det har

³⁸ 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).

³⁹ NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 15, side 205.

⁴⁰ Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Stavanger Universitetssjukehus, 9.–12. januar 2017.

⁴¹ Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, side 35–39.

⁴² Se note over.

⁴³ Se særlig EMDs dom Storck mot Tyskland, klagenr. 61603/00, avsnitt 143.

⁴⁴ 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.»

⁴⁵ NOU 2011:9, Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Kapittel 15, side 204 flg. og 207 flg. og kapittel 19, side 248. Prop. 147 L (2015–2016), side 35.

gått 12 eller 24 timer, som tidligere har vært tidsgrense).⁴⁶ Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017.

9.2 Omfang av skjerming

Sykehuset sendte i forkant av besøket en oversikt over antall vedtak om skjerming som ble fattet i 2015, 2016 og så langt i 2017. Avdelingen fattet i alt 385 skjermingsvedtak i 2015 og 371 skjermingsvedtak i 2016. Oversikten viser at mottaksseksjonen har de klart fleste skjermingsvedtakene (163 i 2015, og 209 i 2016 og 24 inntil rapporteringen i slutten av februar 2017). Dette kan sannsynligvis forklares av seksjonens funksjon som første instans ved en innleggelse. Skjermingsvedtakene ble ofte opprettholdt ved overføring til andre seksjoner. Forøvrig var det stor variasjon mellom psykosepostene, der Psykose 3 hadde jevnt over lavere tall enn de tre andre psykosepostene. Eksempelvis hadde Psykose 3 i alt 23 skjermingsvedtak i 2016, mens Psykose 1, 2 og 4 hadde henholdsvis i alt 41, 43 og 55. De fleste psykoseseksjonene hadde en betydelig reduksjon av skjermingsvedtak mellom 2015 og 2016 (med unntak av Psykose 4, men denne var under omorganisering fra affektiv- til psykoseseksjon i 2015 og tallene er derfor mindre sammenlignbare). På besøkstidspunktet hadde ansatte og seksjonsledere ikke kjennskap til disse til dels store variasjonene i omfang av skjermingsvedtak.

En gjennomgang av tilsendte protokoller i 2017 for skjerming viste at det var få protokoller med mer enn ett skjermingsvedtak. I praksis kan dette tyde på at de fleste pasientene som blir skjermet ved avdeling akuttpsykiatri, ikke skjermes over flere uker. Det forekom imidlertid at pasienter hadde flere påfølgende vedtak om skjerming. Noen hadde opptil tre eller fire påfølgende vedtak. I praksis betyr dette 6 til 8 ukers opphold i skjermingsenhet. Gjennomgangen tydet også på en variasjon mellom psykoseseksjonene i varighet av skjerming, der noen seksjoner pekte seg ut med færre langvarige skjermingsopphold enn andre, særlig Psykose 3. Tidspunktet for avslutningen av skjermingen var som regel ikke ført i protokoll, selv om det ut fra gjennomgang av noen journaler tydet på at pasienten i praksis ikke var skjermet hele perioden det maksimalt kunne fattes vedtak for.

9.3 Fysiske forhold i skjermingsenhetene

Under besøket ble samtlige skjermingsenheter besøkt for å tilby samtaler med pasientene som var plassert der. Lokalene hadde gjennomgående et sterilt preg. Skjermingsstuene hadde lite inventar og fremsto som nakne. Ett pasientrom hadde en mengde skriblerier på veggene. Pasientrommene i skjermingsenhetene hadde atskilte bad med dusj og toalett. Mottaksseksjonen hadde kun en seng inne på pasientrommene på skjermingsenheten. Skjermingsenhetene var noe ulikt utformet. Flere av seksjonene hadde luftige rom og korridorer, mens noen fremsto som trangere. Flere av skjermingsenhetene hadde én stue til hvert pasientrom. Dette økte sjansen for at pasienter som hadde et antatt behov for ro, kunne få dette. Samtidig minsket dette risikoen for isolasjonslignende forhold på eget rom ved at pasienten selv kunne bestemme om han eller hun ønsket å være på pasientrommet eller i stuen sammen med ansatte.

De fleste av de besøkte døgnsseksjonene manglet direkte utgang til friluftsområder fra døgnsseksjonen. Skjermingsenhetene hadde egen veranda, med overbygd tak. Flere av disse hadde direkte innsyn fra gangveier rett utenfor bygningen, og flere var helt uten sittemuligheter. Samlet sett ble det opplevd store begrensninger i muligheten for å være utendørs, inkludert mulighet for

⁴⁶ Vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet), lovvedtak 50 (2016–2017).

fysisk aktivitet utendørs, for pasienter under opphold i skjermingsenhetene (se avsnitt 6.1.1 *Muligheter for opphold utendørs*, og avsnitt 13.1 *Restriksjoner i utgang fra avdelingen*).

9.4 Gjennomføring av skjerming

I sykehusets oversendte retningslinjer for skjerming gis det en redegjørelse for hva som er vilkår for skjerming, og hvordan protokollføring og vedtak for skjerming skal føres. Retningslinjen hadde et kort avsnitt om skjermingsinnhold som i liten grad gikk inn på hva som er det faktiske innholdet i et opphold med skjerming (behandlingsmessige og annet).

Funn viste at pasienter i utgangspunktet kunne bevege seg fritt mellom eget rom, skjermingsstue og veranda på skjermingsenheten. Hvis det var to pasienter på skjermingsenheten samtidig, fikk de tildelt hver sin stue. Pasienten hadde som regel tilgang til kontakt med personale ved opphold på eget rom under skjerming, og det ble observert flere tilfeller av kontakt og omsorg mellom pasienter og ansatte.

En del pasienter ble henvist til såkalt «innetid» på eget rom, angivelig etter en dagsplan utarbeidet i samarbeid med pasienten. Det fremkom ingen regulering av, eller retningslinjer for, denne praksisen i dokumenter mottatt av ombudsmannen, men det syntes som én time ute og én time inne på eget rom, var en styrende regel. I tillegg formidlet personale at man kunne henvise pasienten til eget rom dersom det oppsto uro, og at man da kunne bestemme at vedkommende skulle oppholde seg på eget rom en viss tid (se også avsnitt 8.5 *Bruk av isolasjon*; dette forekom også i åpen del⁴⁷ av seksjonene). Mange ansatte beskrev at de fulgte med pasienten i disse tilfellene, men det ble også beskrevet at pasienten ble henvist til tid alene på eget rom, og at døren da kunne være lukket. Funn under besøket tydet på at det var personavhengig hvordan denne henvisningen til eget rom ble gjennomført. Flere pasienter beskrev henvisning til eget rom som en ydmykende og vanskelig hendelse, og flere formidlet at de synes de ble henvist til for mye alenetid på eget rom.

Det var eksempler på at enkelte ansatte iverksatte bevegelsesbegrensinger og andre restriksjoner (for eksempel i tilgang til radio, mat, røyk og kaffe) inne på skjermingsenheten på en lite fleksibel måte. Dette så ut til å skape økt uro og frustrasjon hos pasientene. Enkelte ansatte og pasienter formidlet at de opplevde at noen pasienter ble mer aggressive av begrensningene som skjerming innebar, og dokumentgjennomgang tydet også på at dette forekom.

Flere ansatte mente de hadde opplevd at pasienter ble skjermet lenger enn nødvendig.

Anbefalinger

- Avdelingen bør sikre at det unngås isolasjonslignende forhold under skjerming når pasienten henvises til eget rom.

⁴⁷ Alle døgnsseksjoner hadde låst dør. «Åpen del» referer her til delen av seksjonen som ikke var skjermingsavsnitt.

10 Behandling uten eget samtykke

10.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. 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 ifølge loven bare kunne skje når det er forsøkt å oppnå samtykke fra pasienten, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt.

Videre stilles det etter § 4-4 strenge krav til legemidlers effektivitet: «Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.» Beviskravet for at behandlingen vil ha positiv effekt for den enkelte pasienten, er strengt. Ifølge loven kan tvungne behandlingstiltak dessuten «bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».⁴⁸ I forarbeidene til psykisk helsevernloven 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 3.⁴⁹

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»)⁵⁰. Det er godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler er forbundet med mange bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.⁵¹ 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. Disse innebærer at pasienter med samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 vil få anledning til å nekte behandling. Videre innebærer det en utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid til minst fem døgn før vedtak om medisinering kan fattes.⁵² 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 trådte i kraft 1. september 2017.

⁴⁸ Psykisk helsevernloven § 4-4 tredje ledd siste setning.

⁴⁹ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) kapittel 8.4.6.

⁵⁰ Se NOU 2011:9, side 112 med videre henvisninger.

⁵¹ Se NOU 2011:9, side 113-114 med videre henvisninger.

⁵² 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.»

10.2 Omfang og gjennomføring av tvangsmedisinering

Det ble i 2016 fattet 150 vedtak om behandling uten eget samtykke i døgnsesjonene ved avdeling akuttpsykiatri på Ahus, mot 88 i 2015. Det har dermed vært en betydelig økning fra 2015 til 2016. Denne økningen skjedde samtidig med omgjøring av Seksjon 4 til psykoseseksjon, men økningen fordelte seg utover flere seksjoner (alle seksjonene med unntak av affektiv seksjon hadde en økning i antall vedtak).

I samtaler med vedtaksansvarlige ved avdelingen kom det frem at mange av pasientene var godt kjent over tid, og at medisinerer ofte dreide seg om å opprettholde eller gjenoppta tidligere utprøvd medikasjon. Det ble formidlet at man tilstrebet et samarbeid med pasienten, bl.a. ved å forsøke samtykke først, og ved å være åpen for å prøve andre medikamenter eller andre doser etter forslag fra pasienter. Flere pasienter formidlet at de tok medisiner frivillig og at det hjalp dem. Samtidig var det en del pasienter som formidlet at de opplevde et press for å ta medisiner, og at de fryktet tvangsbruk eller andre sanksjoner dersom de ikke frivillig tok medisiner.

Det varierte noe hvorvidt pasientene opplevde at de fikk god informasjon om virkning og bivirkning av medisiner. Noen syntes de hadde fått godt med informasjon, mens andre var usikre på hva de tok av medisiner og formidlet at informasjonen om medisinerne (både virkninger og bivirkninger) hadde vært dårlig. Noen pasienter som ble tvangsmedisinert fortalte om plagsomme bivirkninger, og noen av disse opplevde at de i liten grad hadde fått samtykke til eller påvirke medisineringsvalg.

Gjennomgangen av tvangsmedisineringsvedtak viste at det var svakt dokumentert både om og hvordan behandlerne hadde lagt til rette for reell pasientmedvirkning. Pasientens syn kom i liten grad frem. Videre manglet det ofte informasjon i vedtaksnotat om type preparat, dosering og gjennomføringsform (ifølge vedtaksansvarlige skal dette ha blitt praksis etter korrespondanse med fylkeslegen, for å øke muligheten for fleksibilitet i medisinvalg). I en del tilfeller ble det brukt en rekke ulike medisiner uten at det ble foretatt separate vurderinger av bivirkninger. Det var generelt lite informasjon i vedtaksnotatene om bivirkninger og hva slags informasjon pasienten hadde fått om dette. Det minnes om at der det er noen som helst indikasjoner på at en pasient kan ha, eller vil kunne få, bivirkninger av medisinerne, må det sikres at disse er vurdert etter § 4-4. Ombudsmannen ser det som problematisk at vedtak ikke gir en mer nøyaktig beskrivelse av hvilken medisin som er gitt. En slik beskrivelse vil også være i tråd med ny psykisk helsevernlov § 4-4a, som trådte i kraft 1. september 2017.

Se for øvrig kapittel 7 *Vedtak og protokollføring ved bruk av tvang*.

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.⁵³ Momenter som kommer frem i slike ettersamtaler kan for eksempel brukes i forbindelse med trening av ansatte på kommunikasjon og problemløsning. 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.⁵⁴

På besøkstidspunktet ble det ikke systematisk gjennomført samtaler etter situasjoner som hadde utløst bruk av mekaniske tvangsmidler eller annen tvangsbruk på sykehuset. Enkelte pasienter som hadde vært utsatt for tvangsbruk etterlyste en slik samtale. Miljøpersonalet opplevde at det var et ansvar for behandlere og vedtaksansvarlige å gjennomføre slike samtaler.

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.⁵⁵ 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 og undersøkelse etter § 4A andre og tredje ledd), rusmiddeltesting (§ 4-7 a andre ledd) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8). Lovendringene trådte i kraft 1. september 2017. Det fremkom i etterkant av besøket at sykehuset i denne forbindelse har igangsatt slike samtaler med pasienter etter bruk av tvang.

⁵³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

⁵⁴ «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>.

⁵⁵ Lovvedtak 50 (2016–2017), 19. januar 2017, § 4-2.

12 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (tidligere kalt elektrosjokkbehandling; ECT) er en behandlingsform der det utløses kunstige epileptiske anfall ved å lede elektrisitet i korte støt gjennom pasientens hjerne med lav strømstyrke. Behandlingen gis i serier på to til tre behandlinger per uke, vanligvis fra 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 hjerneskanader.⁵⁶ En del pasienter har opplevd alvorlige bivirkninger av ECT (som hukommelsestap), og enkelte har fått tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.⁵⁷

12.1 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.⁵⁸ For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake.

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

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

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

I lovforarbeidene til psykisk helsevernloven uttalte departementet at:

«nødretten kan komme inn som et eget grunnlag for å gi ECT-behandling uten pasientens samtykke, dersom det er fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Det vises her til straffeloven § 47 [nå straffeloven 2005 § 17], som krever at det må foreligge en uavvendelig fare som ikke kan avverges på annen måte og som må anses særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT-behandling uten samtykke utgjør. Behandlingen kan således bare utføres i en 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.»⁵⁹

⁵⁶ Aslak Syse, Gyldendal Rettsdata lovkommentar til psykisk helsevernloven § 4-4, sist revidert 5. november 2016.

⁵⁷ Se oversikt: <https://www.npe.no/nn/pasientsikkerhet-og-statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Psykisk-helsevern>.

⁵⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd.

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

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

«incorporate into the law the abolition of the use of (...) the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as (...) electroconvulsive therapy».⁶⁰

I sin rapport etter et besøk til 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.»⁶¹

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.⁶² Direktoratet uttalte blant annet at «Det er [...] et spørsmål om nødrett er et tilstrekkelig rettsgrunnlag. ECT gis ved narkose, og krever en behandlingsserie over flere ganger for å gi god effekt». Direktoratet anbefalte derfor at bruk av ECT på nødrettsgrunnlag vurderes nærmere av det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget.⁶³ Det bemerkes at straffeloven 2005 § 17 er en bestemmelse som kan gjøre en ellers straffbar handling lovlig, dersom vilkårene er oppfylt. Etter ombudsmannens oppfatning står dagens bruk av nødrett som et eget rettsgrunnlag for å gi ECT uten samtykke i et problematisk

⁶⁰ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations – Norway, 13 December 2013, E/C.12/NOR/CO/5.

⁶¹ 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.

⁶² Helsedirektoratet, Vedrørende bruk av ECT på nødrettsgrunnlag – behov for regelverksutvikling, brev 4. juli 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶³ 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.

forhold til Grunnlovens krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.⁶⁴

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

«Bruk av ECT uten samtykke vil kun være aktuelt å vurdere i situasjoner hvor:

- det foreligger en akuttsituasjon for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand, vanligvis en alvorlig depresjon, og det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller alvorlig helseskade uten adekvat helsehjelp,
- ECT fremstår som det eneste forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge akutt fare,
- andre mindre inngripende behandlingstiltak ikke har ført frem eller ikke er aktuelle, og
- en forholdsmessighetsvurdering tilsier at faren anses som særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT uten samtykke utgjør.»⁶⁵

Videre stilles det konkrete krav til dokumentasjon av beslutningen om bruk av ECT uten samtykke i hvert enkelt tilfelle av behandling, og det presiseres at bruken bare kan opprettholdes til den konkrete faren er avverget.

12.2 Bruk av ECT-behandling på Ahus

Avdeling akuttpsykiatri hadde en egen ECT-enhet under affektiv seksjon. Både fastleger i kommunehelsetjenesten samt leger og psykologer innen divisjon psykisk helsevern på Ahus kunne henvise pasienter til ECT-behandling her (det vil si at det ikke bare var pasienter innlagt ved avdeling akuttpsykiatri som mottok behandling ved denne enheten). Avdelingen oversendte i forkant av besøket sine retningslinjer for ECT-behandling. Denne inneholdt rutiner for henvisning, inkludert innhenting av skriftlig informert samtykke, en beskrivelse av indikasjoner for ECT-behandling, samt ansvarsfordeling for ulike oppgaver under ECT-behandlingen. Prosedyrer for ECT-behandlinger på nødrett ble ikke omtalt i denne retningslinjen. I alt skal enheten ha gjennomført 1050 ECT-behandlinger i 2015, og 1059 behandlinger i 2016. Det ble ikke opplyst om hvor mange pasienter dette var fordelt på.⁶⁶

Intervjuer med pasienter innlagt på avdelingen som mottok ECT-behandling, viste at flere opplevde at de selv kunne velge behandlingen. Det var likevel funn fra ulike kilder, inklusive pasientsamtaler, som reiste bekymring rundt om samtykke for ECT innebar full frivillighet, og hvorvidt samtykke ble innhentet med for stor grad av overtalelse. Flere av pasientene hadde problemer med å huske noe fra omstendighetene rundt ECT-behandlingen.

12.3 Bruk av ECT på nødrett ved avdeling akuttpsykiatri på Ahus

Avdelingen hadde i perioden fra januar 2015 til slutten av februar 2017 gjennomført ECT-behandlinger på nødrettsgrunnlag overfor åtte pasienter. Det var ingen innlagte pasienter på besøkstidspunktet som hadde mottatt ECT på nødrett. Behandlere ved avdelingen formidlet at

⁶⁴ Grunnloven § 113.

⁶⁵ Helsedirektoratet (juni 2017): Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT, s.26-28.

⁶⁶ Dette ble etterspurt i varslingsbrevet om besøket fra ombudsmannen 1. februar 2017.

indikasjoner for ECT-behandling på nødrett var opplevd fare for livet til pasienten. Dette gjaldt særlig der pasienten ikke spiste eller drakk eller ved alvorlig katatoni.⁶⁷ Det ble innhentet journalopplysninger om behandlingene på nødrett i 2016 og til og med innrapportering i 2017, i alt tre saker.

I et av tilfellene ble behandling på nødrett igangsatt to døgn etter innleggelse. Det fremgikk av pasientens journal at begrunnelsen for at nødrett ble iverksatt var: «Da pasienten tidligere har hatt svært god effekt av ECT, gis det i dag ECT på vitalt grunnlag da hun er til fare for eget liv». Det fremkom av journal at sykehuset var bekymret var lavt næringsinntak. Det var imidlertid ikke dokumentert i journal at det forelå akutt fare for liv og helse, og hvorfor denne faren ikke kunne avverges på en annen rimelig måte enn gjennom behandling med ECT. Det fremgikk ikke av journalen at sykehuset hadde vurdert andre måter å avverge faren for liv og helse. Ifølge pasientens journal ble vedtak om behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4–4 fattet først tre dager etter første nødrettsbehandling.

Også i et av de andre tilfellene der ECT-behandling ble gitt på nødrett, var begrunnelsen formulert på en måte som skapte tvil ved om det forelå en akutt fare for liv eller helse som ikke kunne vært avverget på en annen rimelig måte. Ifølge faglig ansvarlig ble ECT-behandlingen på nødrett begrunnet slik: «ECT-behandling per i dag vurdere[s] å være best[e] alternativ behandling for å forbedre pasientens tilstand, samt for å hindre nærliggende alvorlig forverring av pas[ientens] psykiske og somatiske tilstand».

I alle tre saker ble ECT-behandlingen gitt på nødrett gjentatte ganger. I ett av tilfellene ble det gitt ECT-behandling på nødrett i en full behandlingsserie på tolv behandlinger, over et tidsrom på over én måned. Det var tilsynelatende lagt til grunn at det forelå en vedvarende akutt faresituasjon i hele perioden hvor ECT-behandling på nødrett ble gitt. En gjennomgang av journal tyder imidlertid ikke på at pasientens tilstand var av en akutt karakter i hele perioden ECT-behandling ble gitt på nødrett.

I et annet tilfelle fremgikk det av pasientens journal at man i et spesialistmøte på sykehuset hadde funnet at det på grunnlag av ny forverring etter avslutning av forrige ECT-behandlingsserie på nødrett etter fire behandlinger «nå foreligger grunnlag for nødrett for en hel ECT serie». I en periode etter dette fremgikk det at pasienten spiste og at behandlingen med ECT flere ganger måtte utsettes fordi pasienten ikke hadde fastet, slik man skal før en ECT-behandling.

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

Journalgjennomgangen viste også at pasientene ble utsatt for flere andre tvangstiltak i behandlingsforløpet, enten i forbindelse med gjennomføring av ECT-behandling på nødrett, eller i forbindelse med væsketilførsel og blodprøvetaking. En av pasientene ble for eksempel beltelagt i forbindelse med flere av ECT-behandlingene på nødrett, uten at det forelå vedtaksnotat med nærmere begrunnelse for dette. Samme pasient fikk også tvungen væsketilførsel på grunnlag av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a. Ifølge pasientens journal ble det fattet vedtak om dette, men journalen inneholder ikke vedtaksnotat. Det fremkom også at man hadde tatt blodprøve

⁶⁷ Katatoni er en bestemt form for forstyrret atferd, som oftest innebærer ubevegelighet og stivhet. Kan bl.a. kan sees i forbindelse med psykoser ved schizofreni.

av pasienten med tvang, på grunnlag av helsepersonelloven § 7. Det forekom også en rekke fastholdinger som ble omtalt som vedtak, men uten at det forelå vedtaksnotat. Det understrekes at det alltid skal fattes vedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8, også der tiltaket skjer i forbindelse med gjennomføring av et inngrep på nødrettslig grunnlag.

Basert på den informasjonen som er forelagt om bruk av ECT på nødrett mener ombudsmannen at flere av disse behandlingene står i et problematisk forhold til nødrettens krav.

ECT-behandling på nødrett er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Funn gjort under besøket belyser de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen. Det er bekymringsfullt at sentrale helsemyndigheter ikke mottar informasjon når ECT-behandling 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.

Anbefaling

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

13 Andre inngrep i personlig integritet og frihet

13.1 Restriksjoner i utgang fra avdelingen

CPT har anbefalt at pasientene har regelmessig tilgang til opphold utendørs.⁶⁸ 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.⁶⁹ Sivilombudsmannen har tidligere påpekt at standarden ikke bør være lavere for mennesker som er fratatt friheten innen psykisk helsevern.⁷⁰

Mange av pasientene ved avdelingen var underlagt restriksjoner i muligheten for å komme ut på turer fra avdelingen. Dette gjaldt både pasienter i åpen del og i skjermet del av seksjonene. Restriksjonene kunne enten være at de helt var nektet utgang, eller at de kun hadde utgang med følge av personal. Noen hadde også utgang under forutsetning av følge av pårørende. Flere ansatte mente at restriksjoner rundt utgang ofte var strengere enn nødvendighet ved avdelingen. Ved enkelte seksjoner var det gjort endringer i daglige rutiner for å sikre at muligheter for lemping i utgangsrestriksjoner ble vurdert mer kontinuerlig enn tidligere.

Flere pasienter formidlet at de kom seg lite ut, eller ikke ut i det hele tatt, og at de ikke forsto bakgrunnen for de pålagte restriksjonene. Det kom frem at bemanningsutfordringer gjorde at mange som hadde «utgang med følge» ikke kom seg ut så mye som de skulle ønske. Også flere ansatte formidlet at de ikke fikk fulgt pasienter ut grunnet andre presserende oppgaver. For eksempel hadde en pasient vært innlagt i over to uker under tvangsparagraf og med utgangsstatusen «utgang med følge». Denne pasienten skal ikke ha vært tilbudt tur ut, og hadde heller ikke fått tilsendt sine egne sko i denne perioden. Samlet kan dette tyde på at ansatte ved avdelingen ikke hadde kapasitet til å sørge for at pasienter får tilstrekkelige muligheter for tid utenfor institusjonen. Enkelte ansatte fremhevet også at holdningene rundt betydningen av turer ut for pasientene, var variabel blant de ansatte.

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. De fysiske forholdene synes også å ha vanskeliggjort enkel utgang til friluft for pasienter med antatt rømningsfare (se også avsnitt 6.1.1 *Muligheter for opphold utendørs*).

Personer som er fratatt friheten og underlagt restriksjoner mot å selv gå ut av en institusjon, blir spesielt avhengige av at institusjonen ser viktigheten av å legge til rette for mest mulig bevegelsesfrihet og autonomi, både på ledelsesplan og blant miljøpersonale. Det forutsettes at vurderinger av «utgangsstatus» gjøres kontinuerlig ved de enkelte seksjoner, og at det legges til rette for at personer som har «utgang med følge» får tilstrekkelig tilbud om utgang ut i friluft.

Det var også pasienter som var frivillig innlagt som hadde utgangsrestriksjoner (de fleste hadde da «utgang med følge»). Ofte dreide dette seg om vurdert selvmordsfare. I utgangspunktet skal

⁶⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

⁶⁹ FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandelareglene), vedtatt av FNs generalforsamling 17. desember 2015, regel 23.

⁷⁰ Se sivilombudsmannens rapporter etter besøk i psykisk helsevern:
<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>.

pasienter som er frivillig innlagt kunne komme og gå som de vil, både under innleggelsen, og ved et eventuelt ønske om utskrivelse.

Anbefalinger

- Alle pasienter bør tilbys minst én times opphold utendørs hver dag med god mulighet for fysisk aktivitet, inkludert pasienter som oppholder seg i skjermingsenhetene.
- Avdelingen bør sikre at frivillig innlagte pasienter ikke urettmessig utsettes for begrensninger i mulighet til utgang.

13.2 Husordensregler

Det følger av både menneskerettslige standarder og psykisk helsevernloven § 4-2 at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. 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.⁷¹ Husordensregler kan ikke inneholde bestemmelser som utgjør inngrep i pasientenes rett til respekt for privat- og familieliv, ytringsfrihet, religionsfrihet eller andre grunnleggende rettigheter og friheter. Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ifølge Grunnloven § 113 ha grunnlag i lov. Fra et forebyggingsperspektiv utgjør strenge husordensregler også en risiko for at det utvikles en uheldig institusjonskultur som ikke fremmer god pasientbehandling.

Det var laget et nytt felles husordensreglement for seksjonene i 2017. Husordensreglementet fremsto som kortfattede og gode, og disse var slått opp på alle seksjoner. Det var imidlertid funn på at enkelte ansatte formidlet andre regler som ikke var omtalt i de nye husordensreglene. Dette dreide seg blant annet om at det ikke var lov til å snakke om politikk og religion i avdelingen, og om restriksjoner på røyk om natten. Se også avsnitt 9.4 *Gjennomføring av skjerming*. Det fremkom at avdelingen jobbet kontinuerlig med å gjøre de nye husordensreglene kjent for pasienter og ulike grupper ansatte.

⁷¹ Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, rundskriv IS-9/2012, side 59-60.

14 Institusjonskultur

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.⁷²

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.»⁷³

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.⁷⁴ Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

Det var mange pasienter som rapporterte å bli behandlet godt ved avdeling akuttpsykiatri ved Ahus. Flere formidlet at de fleste ansatte var hyggelige mot pasientene, og at de ble godt ivaretatt. Mange pasienter trakk frem at de hadde fått en god mottakelse på avdelingens mottaksseksjon. Mange personale hadde gode refleksjoner rundt forebygging av tvang, og sin generelle rolle som helsearbeidere i en lukket institusjon der mennesker er fratatt friheten. En del pasienter og personale formidlet at noen i personalgruppen holdt seg for mye på vaktrom, noe som skapte avstand til og til dels utrygghet hos pasienter. Det var flere pasienter som formidlet at de følte seg tidvis utrygge i avdelingen. Videre var det flere ansatte og pasienter som påpekte at det var en autoritær eller «oppdragende» holdning blant en del ansatte kunne føre til situasjoner der pasienter ble sinte eller utagerende.

Særlig én seksjon pekte seg ut med dårlig arbeidsmiljø over lang tid. Flere ansatte i den aktuelle seksjonen uttrykte bekymring for lite dekning av sykepleiere eller andre med relevant fagbakgrunn, en gjennomgående for ung personalgruppe, og stor personalgjennomstrømning. Det fremkom også informasjon om subkulturer i seksjonen, som til dels hadde en bekymringsfull praksis rundt pasienter ved skjermet enhet (se avsnitt 8.5 *Bruk av isolasjon*). Det syntes som det var ulik praksis i ulike vaktlag, og at planer og tiltak, som utarbeidet behandlingsplan, ble fulgt opp i ulik grad. Dette gjaldt særlig det faste nattevaktlaget, men også ellers i personalgruppen. Det skal ha vært igangsatt et

⁷² FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁷³ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

⁷⁴ PRI og APT (2013): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

arbeidsmiljøprosjekt i den aktuelle seksjonen og både seksjons- og avdelingsledelsen syntes engasjert i dette. Det var relativt sett flere pasienter i denne seksjonen som formidlet utrygghet, og noen påpekte også at personalet kanskje var i konflikt. Forskning har vist at behandlingsmiljøet innen døgnenheter i psykiske helsevern er viktig for utbyttet og kvaliteten for behandlingen for pasienter med psykoselidelser.⁷⁵ Selv om det ikke kan trekkes noen slutninger om at arbeidsmiljøet på denne eller andre seksjoner ved avdelingen går utover pasientbehandlingen, synes det klart at risikoen for dette var til stede.

Også ved andre seksjoner fremkom det at egne nattevaktlag var relativt adskilt fra resten av seksjonens funksjon. Funn tydet på vansker med kontroll over, og tegn på subkulturer, i enkelte av disse nattevaktlagene. Det fremkom også at det var vansker med å få nattevakter til å delta på obligatorisk undervisning for forebygging av tvang og riktig tvangsbruk på dagtid. Flere ansatte i ulike seksjoner mente at en del hendelser som endte i tvangsmiddelbruk startet på natten, og også flere pasienter var opptatt av hvem som til enhver tid skulle komme på vakt nattestid. En gjennomgang av alle tvangsprotokoller for alle seksjoner i 2017 viser at mye tvangsmiddelbruk skjer på natt (se kapittel 8 *Bruk av tvangsmidler*). Selv om ledelsen hadde en viss kontakt med disse lagene ved overlapp på morgenen, syntes ikke dagens situasjon optimal. Ombudsmannen har tidligere påpekt uheldige subkulturer i egne nattevaktlag.⁷⁶

Under Sivilombudsmannens forebyggingsmandat skal det påpekes forhold i en institusjon som fører til økt risiko for at mennesker utsettes for umenneskelig behandling. Når subkulturer får utvikle seg uten effektiv korreksjon vil en slik risiko øke. Ombudsmannen vil derfor påpeke at det er et ledelsesansvar å sørge for at slike egne praksiser og subkulturer ikke får danne seg.

Anbefaling

- Avdelingen bør sørge for at personalgruppen har en faglig sammensetning og felles kultur som gjør risikoen for umenneskelig behandling minst mulig.

⁷⁵ Se Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013), IS-1957, side 69, kapittel 8.6.1.: Sykehusmiljøet betydning.

⁷⁶ Rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, 26.-28. april 2016, <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/universitetssykehuset-nord-norge-hf/>. Se også sykehusets svar der det blant annet vises til endringer i turnus for nattevaktlag for å sikre at disse også i noen grad går dag- eller kveldsvakter.

15 Pasientrettigheter og brukermedvirkning

Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet etter psykisk helsevernloven. Vedtak om tvungen legeundersøkelse og behandling uten eget samtykke påklages til Fylkesmannen.⁷⁷ Effektive klageordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment. »⁷⁸

Ombudsmannen har i tidligere rapporter understreket at pasienter bør ha lett tilgjengelig informasjon om sine klagerettigheter når de er tvangsinnlagt.⁷⁹ Helsedirektoratet har i et rundskriv etter ombudsmannens besøk også presisert dette.⁸⁰ Det var ikke plakater eller informasjonsbrosjyrer om pasienters klageadgang til Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen eller til Sivilombudsmannen tilgjengelig inne på seksjonene. Det ble formidlet en generell holdning blant ansatte om at informasjon om dette kunne skape uro særlig blant tvangsinnlagte.

Det fantes en innkombrosjyre i avdelingens mottaksseksjon. I denne brosjyren fremgikk telefonnumre til diverse klageinstanser samt bruker- og pårørendeorganisasjoner på siste side, men det var ikke ytterligere informasjon om disse instansene. Denne brosjyren ble heller ikke gitt systematisk til pasientene. Også noen av de andre seksjonene hadde egne innkombrosjyrer, men dette ble heller ikke brukt systematisk.

Ahus har noen områder i sitt opptaksområde med meget høy andel minoritetsspråklige. Ingen av de nevnte informasjonsbrosjyrene om avdelingen var oversatt til andre språk. Dette ble i noen grad avhjulpet av at mange i personalet selv hadde flerkulturell bakgrunn, og det ble formidlet at dette var til stor hjelp i mange ulike situasjoner. Det synes også som at tolk ble benyttet i de tilfeller dette ble oppfattet som nødvendig.

Kontrollkommisjonen oppgav at den besøkte avdelingen og tilbød samtaler med alle nye pasienter én gang hver uke. Personalet fremhevet at de hjalp pasienter med klage til Kontrollkommisjonen så fort pasienten ønsket dette. Det fremkom at det fantes et klageskjema på engelsk, men skjemaet var ikke oversatt til andre språk. Intervjuer med pasienter under besøket viser at mange kjente til Kontrollkommisjonen, og en del hadde også erfaring med å klage. Noen mente de ikke hadde sett kommisjonen, og noen mente de ikke hadde hørt om kommisjonen selv om de var innlagt under tvangsparagraf.

⁷⁷ Se psykisk helsevernloven.

⁷⁸ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56, avsnitt 53.

⁷⁹ Se bl.a. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus, ungdomspsykiatrisk klinikk, 13.-15.september 2016, og til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF 26.-28. april 2016.

⁸⁰ Helsedirektoratet, ref.16/28161-3 (2017) Presisering av lovverk etter Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2015/2016 – Korrigert lenke.

Fylkeslegen behandler klager om behandling uten eget samtykke etter §4-4. Det ble formidlet av noen av de involverte at behandlingstiden fra fylkeslegens side kunne være noe lang (se også kapittel 10 *Behandling uten eget samtykke*).

Det var generelt lite brukermedvirkning som ble tydelig gjenspeilet i avdelingen på systemplan. Det var ingen med brukererfaring direkte involvert eller ansatt i avdelingen (erfaringskonsulent eller lignende), og brukerrepresentantene i sykehusets brukerutvalg hadde lite erfaring og kjennskap til avdelingen. Som et eksempel hadde prosjektet «riktig og redusert bruk av tvang» ikke involvert brukere. Det var heller ingen tilgjengelig informasjon inne på seksjonene om brukerorganisasjoner utover de beskrevne telefonnumrene på baksiden av brosjyren til mottaksseksjonen. I psykisk helsevern satses det i økende grad på ansettelser av personer med brukererfaring som såkalte erfaringskonsulenter. Forskning viser at dette kan føre til effektive holdningsendringer i en helsetjeneste, samt være et viktig ledd i den enkelte pasients bedringsprosess.⁸¹

Anbefalinger

- Avdelingen bør sørge for at det finnes god og tilgjengelig informasjon om pasientrettigheter og brukerorganisasjoner for alle pasienter.
- Sykehuset bør sikre større brukermedvirkning i drift og utvikling av avdelingen.

⁸¹ Helsedirektoratet (2014), IS-2076; Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, side 21.

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

