



**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT**

**Besøk til boliger for personer  
med utviklingshemning  
i Kristiansand kommune**

**16.–18. november 2021**



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



# SIVILOMBUDET

Kristiansand kommune  
Postboks 4  
4685 Nodeland

Statsforvalteren i Agder  
Postboks 504  
4804 Arendal

Vår referanse  
2022/1282

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Mette Jansen Wannerstedt

Dato  
27.04.2022

## **Oversendelse av rapport etter besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune, 16.-18. november 2021.**

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune 16.–18. november 2021. Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for beboere, pårørende, verger og ansatte som ønsker å lese den.

Vi ber om at kommunen og Statsforvalteren gir tilbakemelding på oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **15. august 2022**. Vi ber om at svarene utformes slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, ber vi om at det opplyses om dette og sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber 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.

Kirsten Sandberg  
setteombud

Helga Fastrup Ervik  
avdelingssjef

*Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner, og har derfor ikke håndskrevet underskrift.*

Kopi til:

HELSE-OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
KOMMUNAL- OG DISTRIKTSDEPARTEMENTET  
KULTUR- OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET  
BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET

HELSEDIREKTORATET  
STATENS HELSETILSYN  
STATENS SIVILRETTSFORVALTNING  
KONTROLLUTVALGET I KRISTIANSAND  
KOMMUNE



**SIVILOMBUDET**

## **BESØKSRAPPORT**

**Boliger for personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune**

16.–18. november 2021

## Innholdsfortegnelse

<b>I. Sivilombudets forebyggingsmandat</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>III. Anbefalinger</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Personer med utviklingshemning og risiko for menneskerettighetsbrudd</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Gjennomføring av besøket</b> .....	<b>11</b>
2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune .....	11
2.2 Metode og rapportformat .....	11
<b>3 Avgjørelser om bruk av tvang</b> .....	<b>13</b>
3.1 Vilkår for bruk av tvang og makt .....	13
3.2 Kommunens vedtak og beslutninger om tvang .....	14
<b>4 Bruk av fysisk makt og skjerming</b> .....	<b>19</b>
4.1 Boforhold som risikofaktor for bruk av tvang i et større bofellesskap .....	19
4.2 Ulovlig skjerming og innlåsing i bofellesskap .....	24
4.3 Omfattende risiko i bolig med enkeltbeboer .....	25
<b>5 Forebygging av tvang</b> .....	<b>29</b>
5.1 Risiko ved mangelfull helseoppfølging og habilitering .....	30
5.2 Risiko ved bomiljø og fysiske rammebetingelser .....	34
5.3 Risiko ved bemanning og kompetanse .....	36
<b>6 Beskyttelse mot vold og overgrep</b> .....	<b>38</b>
<b>7 Kontroll og rettssikkerhet</b> .....	<b>41</b>
7.1 Overprøving og tilsyn .....	41
7.2 Klager på tvangsvedtak og beslutninger mv. ....	44
7.3 Opplæring og veiledning av verger .....	44

## I. Sivilombudets forebyggingsmandat

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

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. Det samme forbudet er også nedfelt i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten, er sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs torturkonvensjon ble vedtatt av FN i 2002.

Protokollen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at mennesker som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.<sup>1</sup> Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudets kontor for å utføre denne oppgaven.

Sivilombudet har adgang til alle steder hvor mennesker er, eller kan være, fratatt friheten. Dette omfatter blant annet fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene gjøres med eller uten forhåndsvarsel. Ombudet har også tilgang til alle opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres.

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

Sivilombudets vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten, er en særlig viktig informasjonskilde fordi de har førstehåndskunnskap om forholdene. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet retningslinjer, vedtak, logger og helsedokumentasjon.

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

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudets nettside, og stedene som er besøkt gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

---

<sup>1</sup> Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

<sup>2</sup> FNs underkomité for forebygging av tortur (SPT), Anbefalinger om forebyggingsmandatet, 30. desember 2010 CAT/OP/12/6.

## II. Sammendrag

### Kommunens ansvarsområde

Sivilombudets forebyggingsenhet besøkte i november 2021 syv voksne personer med utviklingshemning som bor i Kristiansand kommune og har et døgnkontinuerlig tjenestetilbud. Utvalget av personer som ombudet besøkte, ble gjort etter en gjennomgang av kommunens tvangsvedtak for totalt 71 personer. Seks personer bodde i tre ulike bofellesskap, og én person bodde i en enkeltstående leilighet.

I et av bofellesskapene vi besøkte ga boforholdene i seg selv risiko for uforholdsmessig tvangsbruk, som fysisk maktbruk, bruk av skjerming og innlåsing av beboere. Lokalenes utforming, som mangelen på egne utganger, smale fellesganger, uoversiktlige arealer og dårlige lydforhold, skapte økt risiko for konflikter og tvangsbruk. Risikoen ble forsterket av størrelsen på bofellesskapet og av at mange beboere hadde svært omfattende behov. Forholdene ga bekymring for at beboere ble utsatt for risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Også forhold ved organiseringen og bemanningen, som antallet ansatte og vikarer, manglende kvalifisert personale og manglende kapasitet til veiledning av ansatte, bidro til dette.

Beboere vi besøkte i to av boligene ble utsatt for ulovlig skjerming og innlåsing. Skjerming er et særlig inngripende tiltak, som etter loven kun skal brukes i en nødsituasjon. En beboer hadde for eksempel vedtak om skjerming for å gi beboeren en mer forutsigbar hverdag og begrense stimuli. Skjerming med en slik begrunnelse er ulovlig. Skjerming skal foregå uten å låse dører, med mindre sikkerhetshensyn unntaksvis tilsier låsing. Flere av beboerne vi besøkte ble i perioder skjermet med låst dør eller på andre måter som i realiteten hindret personen i å komme ut av leiligheten sin. I noen av tilfellene ble skjerming gjennomført uten vedtak, mens det i andre tilfeller var fattet vedtak, men uten at lovens vilkår var oppfylt. Rutinemessig innlåsing av personer i deres egne hjem utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

En person som bodde i en egen leilighet, hadde svært sammensatte behov som forutsatte tett oppfølging. Beboeren opplevde omfattende og svært inngripende fysisk maktbruk samtidig som det var alvorlige svakheter i beboerens tjenestetilbud. Risikofaktorene omfattet en mangelfullt tilrettelagt bolig, mangel på planmessig oppfølging av beboeren og vedkommens behov, og svake strukturer for å sikre veiledning og oppfølging av ansatte. Beboerens smerter og helsetilstand var hittil ikke fulgt opp på en god nok måte verken av kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med forebygging av inngripende tvang fremsto som mangelfullt. Samlet bidro disse forholdene til at beboerens beskyttelse mot umenneskelig og nedverdiggende behandling ikke ble godt nok ivaretatt.

De siste årene hadde kommunen arbeidet med å innføre metoder for å gi bedre helseoppfølging til personer med utviklingshemning. Kommunen deltok også i et pilotprosjekt med bruk av primærhelseteam, for å gi et mer tilpasset primærhelsetilbud blant annet til personer med utviklingshemning. Denne måten å organisere helsetjenesten på fremsto som en god praksis som var tilpasset disse beboernes sammensatte behov.

Beboere med mye smerter og omfattende helsemessige oppfølgingsbehov opplevde likevel betydelige vanskeligheter med å få helsehjelp, særlig spesialisthelsetjenester. Alvorlig selvskadning og utagering gjorde at de ble utsatt for mye tvang. Flere hadde levd lenge med stort funksjonsfall og smerter. Manglende registreringer og målinger fra ansatte i kommunen, gjorde det vanskelig å få

henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det var behov for bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunen brukte ikke individuell plan som et virkemiddel for å sikre disse beboerne nødvendige og koordinerte tjenester. Samlet sett er det bekymringsfullt at denne pasientgruppens ikke ser ut til å få tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester.

Gjennomgangen av kommunens vedtak og beslutninger avdekket flere svakheter, blant annet i vurderinger av om tvangstiltakene var forholdsmessige. Flere beboere vi besøkte hadde tidligere manglet gyldig vedtak i lengre perioder, selv om tvangen ble opprettholdt. Dette er i strid med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Kommunen manglet gode rutiner for å sikre at vilkårene for tvangsvedtaket var til stede også underveis i vedtaksperioden, slik loven krever. Besøket avdekket flere tilfeller av ulovlig tvang og tvang som det ikke var fattet vedtak for. Ingen i kommunen hadde fanget opp de lovstridige forholdene. Dette viste at det mangler tilstrekkelig kompetanse hos ansatte om vilkårene for bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Det var ingen informasjon som ga mistanker om tilfeller av vold eller seksuelle overgrep utført av ansatte overfor beboerne vi besøkte. Samtidig tydet funnene på at kommunen bør arbeide mer systematisk for å skape bevissthet om at personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep.

### **Statsforvalterens ansvarsområde**

Alle tvangsvedtak fra kommunen på tidspunktet for Sivilombudets besøk var godkjent av Statsforvalteren. Statsforvalteren godkjente de fleste søknader om dispensasjon fra utdanningskravet. I ett tilfelle skulle tvangstiltakene gjennomføres av i alt 43 ansatte, og dispensasjonen ble gitt for alle de 29 ansatte det ble søkt for. Ingen av Statsforvalterens overprøvinger var blitt påklaget til Fylkesnemnda de siste fem årene.

Vår gjennomgang av overprøvingene viste at det ofte var uklart hvordan Statsforvalteren vurderte tvangstiltakene i det enkelte vedtaket konkret opp mot lovens krav. På bakgrunn av at det forvaltningsrettslige kravet til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende et tiltak er, fremstod Statsforvalterens saksbehandling i overprøvingene som problematisk.

Vi fant flere alvorlige svakheter i Statsforvalterens overprøving av og tilsyn med vedtak som omfattet bruk av skjerming og ulike innlåsingstiltak. Statsforvalteren hadde i flere omganger godkjent et vedtak om skjerming for å dekke personens grunnleggende behov, selv om det ikke er lov å benytte skjerming utenfor nødsituasjoner. I de samme overprøvingene, hadde Statsforvalteren også godkjent rutinemessig låsing av beboers dører ut av leiligheten, uten at det ble satt spørsmålstejn ved om det var lov. Statsforvalteren hadde ikke gjennomført stedlig tilsyn med denne beboerens vedtak de siste fem årene.

Statsforvalteren hadde også godkjent et tvangstiltak der døren ut fra en beboers leilighet kunne sperres med en port om natten. Tiltaket ble godkjent som et tiltak for å dekke personens grunnleggende behov. Heller ikke i dette tilfellet ble det satt spørsmålstejn ved om tiltak som innebærer innesperring er lovlig. I samme bofellesskap godkjente Statsforvalteren et vedtak som omfattet skjerming der det var tvilsomt om kommunens begrunnelse dokumenterte at lovens krav var oppfylt. I tillegg hadde ikke Statsforvalteren problematisert at døren ut av beboerens leilighet var låst under gjennomføring av skjermingen.

Disse sakene viser en alvorlig rettssikkerhetssvikt ved overprøving av inngripende og ulovlige begrensninger i bevegelsesfriheten til beboere i deres egne hjem. Funnene tydet på manglende kunnskap om lovgivningen ved bruk av tvang. De påpekte svakhetene i Statsforvalterens vurderinger var etter Sivilombudets oppfatning vesentlige, og bidro til å øke risikoen for uhjemlet, unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

Statsforvalteren skal sørge for nødvendig opplæring, veiledning og bistand til verger. Våre funn tydet på at vergene ikke fikk opplæring og veiledning tilpasset vergeoppdragets innhold. Vergene syntes heller ikke å ha fått tilstrekkelig veiledning fra Statsforvalteren om tilgjengelige klagemuligheter.



### III. Anbefalinger

#### Anbefalinger: Avgjørelser om bruk av tvang

- Kommunen må sikre at det enkelte tvangstiltak som er del av et tvangsvedtak, er vurdert opp mot alle lovens vilkår, og at dette går fram av vedtakets begrunnelse.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av vedtak og beslutninger om bruk av tvang.
- Kommunen bør sikre systematisk evaluering av alle tvangsvedtak gjennom vedtaksperioden for å påse at vilkårene for tvang til enhver tid er oppfylt.

#### Anbefalinger: Bruk av fysisk makt og skjerming

- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig bruk av fysisk makt og skjerming.
- Kommunen må sikre at beboerne ikke hindres i å forlate boligen sin (skjermes) med mindre det er nødvendig som et skadeavvergende tiltak i en nødsituasjon og at det foreligger vedtak eller fattes beslutning om dette.
- Kommunen må sikre at en beboer aldri låses inne i egen bolig, unntatt i akutte nødsituasjoner.

#### Anbefalinger: Risiko ved manglende helseoppfølging

- Kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre at beboernes helsetilstand og smerter kartlegges og videreformidles til helsetjenestene som skal gi videre helseoppfølging.
- Kommunen bør styrke rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten for å sikre utredning og behandling for tjenestemottakere med sammensatte helseutfordringer.
- Kommunen bør sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer tilbys individuell plan og en koordinator.
- Kommunen bør sikre at beboere, pårørende og verger får informasjon om alle tilgjengelige klagemuligheter for å ivareta beboerens grunnleggende rett til likeverdige helsetjenester.

#### Anbefaling: Bomiljø og fysiske rammebetingelser

- Kommunen bør sikre at bomiljøet og fysiske rammebetingelser tilrettelegges på en slik måte at beboerne ikke utsettes for unødvendig bruk av tvang.

#### Anbefaling: Bemanning og kompetanse

- Kommunen bør styrke sitt arbeid med opplæring slik at alle ansatte har tilstrekkelig kunnskap om vilkårene for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

#### Anbefaling: Beskyttelse mot vold og overgrep

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep, slik at ansatte settes i stand til å forebygge, fange opp og håndtere slike forhold.

**Anbefalinger: Kontroll og rettssikkerhet**

- Statsforvalteren må sikre forsvarlig kontroll av kommunens vedtak slik at all bruk av tvang og makt kun skjer når lovens vilkår for dette er oppfylt, og at de rettslige vurderingene går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Statsforvalteren bør sikre at oppnevnte verger får tilstrekkelig opplæring og veiledning for å ivareta beboernes rettssikkerhet.

# 1 Personer med utviklingshemning og risiko for menneskerettsbrudd

Utviklingshemning er en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander som medfører en intellektuell og kognitiv funksjonsnedsettelse.<sup>3</sup> Personer med utviklingshemning er en mangfoldig gruppe, og det er store individuelle forskjeller i språklige, sosiale og motoriske ferdigheter og evne til egenomsorg. Et felles kjennetegn er at den kognitive funksjonsnedsettelsen utløser noen særlige behov for tilrettelegging og støtte i dagliglivet og i møtet med samfunnet ellers.<sup>4</sup>

Mange personer med utviklingshemning har behov for omfattende og varige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Samtidig kan utviklingshemmede ha vanskeligheter med å formidle egne ønsker og behov, ubehag eller smerter. Nedsatt kognitiv fungering, særlig i kombinasjon med andre funksjonsnedsettelse, kan føre til at personer med utviklingshemning i stor grad uttrykker seg gjennom atferd som er utfordrende for omgivelsene eller som medfører skade. Utfordrende atferd har ofte blitt møtt med bruk av tvang og makt. Utviklingshemmede har derfor en høyere risiko for å bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Etter Grunnloven § 92 plikter myndighetene å respektere og sikre menneskerettighetene «på det nivå de er gjennomført i norsk rett».<sup>5</sup> Myndighetene må derfor vurdere forholdet til menneskerettighetene der disse er relevante og sentrale for myndighetenes handlinger og avgjørelser.<sup>6</sup> Denne plikten gjelder også for kommunene.<sup>7</sup>

Plikten til å håndheve menneskerettighetene omfatter rettigheter og friheter som er nedfelt i Grunnloven selv og i internasjonale avtaler som er folkerettslig bindende for Norge, slik som Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).<sup>8</sup> EMK er gjort til en del av norsk lov gjennom menneskerettsloven, og skal i tilfelle motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.<sup>9</sup>

CRPD ble vedtatt i 2006 for å fremme og sikre menneskerettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre. Sentralt står prinsippene om tilgjengelighet, likebehandling og forbudet mot diskriminering.<sup>10</sup> FNs spesialrapportør mot tortur har uttrykt bekymring over at personer med funksjonsnedsettelse fortsatt ofte utsettes for alvorlige krenkelser som frihetsberøvelse, inngripende tvang, omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep.<sup>11</sup>

---

<sup>3</sup> Se det diagnostiske kodeverket ICD 10 (den 10. utgave av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer) utgitt av Verdens helseorganisasjon (WHO).

<sup>4</sup> Det er vanlig å klassifisere utviklingshemning i fire kategorier: lett, moderat, alvorlig og dyp.

<sup>5</sup> HR-2016-2554-P (Holship-dommen) avsnitt 70.

<sup>6</sup> Sivilombudets uttalelse 2. juli 2020 (SOM-2020-292).

<sup>7</sup> Dokument 16 (2011–2012) «Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven» punkt 9.4 side 47.

<sup>8</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

<sup>9</sup> Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

<sup>10</sup> CRPD artikkel 3.

<sup>11</sup> FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling 28. juli 2008, A/63/175, avsnitt 37–41 og rapport til FNs generalforsamling 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 57–60. Se også Europarådets torturforebyggingskomité (CPT), anbefalinger om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner, 21. desember 2020, CPT/Inf (2020) 41 (forkortet CPTs anbefalinger 2020).

Norge sluttet seg til CRPD i 2013 med tolkningserklæringer til noen av konvensjonens sentrale bestemmelser.<sup>12</sup> Konvensjonen er dermed folkerettslig bindende for Norge. Konvensjonen er foreløpig ikke gjort til en del av norsk lov.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir kommunen hjemmel til å bruke tvang og makt overfor personer som har fått diagnosen «psykisk utviklingshemmet» når tvangstiltak er nødvendig *som en siste utvei* for å avverge vesentlig skade.<sup>13</sup> Det er uenighet nasjonalt og blant internasjonale menneskerettighetsorganer om det er diskriminerende og i strid med CRPD å sette som vilkår for bruk av tvang at noen har en nedsatt funksjonsevne.<sup>14</sup> Den internasjonale rettsutviklingen går samtidig klart i retning av økt vektlegging av selvbestemmelse for og ikke-diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.<sup>15</sup>

Konsekvensene av Norges tilslutning til CRPD er ett av spørsmålene som vurderes i arbeidet med nye og felles regler om tvang i helse- og omsorgstjenesten.<sup>16</sup> Sivilombudet går ikke her nærmere inn på forholdet mellom CRPD og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, men legger til grunn at de nasjonale rettsreglene så langt som mulig, i tråd med det såkalte presumsjonsprinsippet, skal tolkes i samsvar med konvensjonen. Ved motstrid skal de nasjonale reglene gå foran, som en følge av at CRPD ikke er gjennomført i norsk lov.<sup>17</sup>

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er det ikke adgang til å beslutte administrativ frihetsberøvelse i form av tvangsplassering eller tilbakeholdelse. Personer med utviklingshemning kan likevel være underlagt så omfattende begrensninger, for eksempel i form av låste dører og andre bevegelsehindrende tiltak, at det i praksis foreligger en frihetsberøvelse etter Sivilombudets forebyggingsmandat.

---

<sup>12</sup> CRPD artikkel 12, 14 og 25. Tolkningserklæringene gir uttrykk for Norges forståelse av konvensjonen og at disse bestemmelsene ikke er til hinder for tvungen vergemål og fratagelse av rettslig handleevne, tvungen omsorg og tvungen behandling når omstendighetene gjør slike tiltak nødvendig som en siste utvei, og tiltaket er undergitt rettssikkerhetsgarantier. Rettmessigheten av tolkningserklæringene er omstridt.

<sup>13</sup> Se Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5, som er en videreføring av tidligere sosialtjenestelov § 4A-5, se Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) kapittel 7.11 og særmerknader til § 4A-5. Se også tolkningserklæringene til CRPD.

<sup>14</sup> Se Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9), Rettighetsutvalget (NOU 2016: 17) og Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14). Se også FNs håndhevingsorgan for CRPD – CRPD-komiteen – og dens generelle kommentar til konvensjonens artikkel 12

<sup>15</sup> Se Sivilombudets hørings svar 30. desember 2019 til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.

<sup>16</sup> Se Sivilombudets hørings svar 30. desember 2019 til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.

<sup>17</sup> Se Høyesterettsdom 20. desember 2016 i HR-2016-2591-A avsnitt 63.

## 2 Gjennomføring av besøket

### 2.1 Tjenester til personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune

Fra 1. januar 2020 ble Kristiansand kommune slått sammen med de tidligere kommunene Songdalen og Søgne. Helse- og omsorgstilbudet til personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune er organisert slik at forvaltningen og tildelingen av individuelle helse- og omsorgstjenester ligger til området Forvaltning og koordinering, mens ansvaret for selve tjenestene ligger til Livsmestring.<sup>18</sup> Tjenestetilbudet er delt i tre enheter: øst, vest og sentrum. Besøket gikk til alle tre enheter.

Kristiansand kommunen hadde per september 2021 40 ulike avdelinger (bofellesskap/boliger) der det ble gitt tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Disse avdelingene hadde til sammen 338 beboere, hvor av 253 var personer med utviklingshemning. De fleste var bofellesskap der beboerne hadde egne leiligheter i tilknytning til ulike typer fellesarealer (innendørs og/eller utendørs) og personalrom.

Kristiansand kommune ble 23. august 2021 varslet om at Sivilombudets forebyggingsenhet planla å gjennomføre besøk til boliger for personer med utviklingshemning i løpet av 2021.

I forkant av besøket ble kommunen, de aktuelle boligene, utvalgte personer og deres pårørende og verger informert om når besøket ville finne sted. Tilrettelegging av besøket ble gjort i dialog med ledelsen ved de ulike boligene.

Besøket ble gjennomført 16.–18. november 2021.

### 2.2 Metode og rapportformat

I forkant av besøket innhentet vi informasjon om alle boligene og bofellesskapene for voksne i kommunen, inkludert opplysninger om antall beboere med utviklingshemning. Vi ba også om å få oversendt alle aktive tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 samt meldinger om bruk av tvang og makt i nødssituasjoner fra det siste året.

Kommunen oversendte tvangsvedtak for 71 personer. I tillegg innhentet vi overprøvinger, tilsynsrapporter og vedtakshistorikk for de fem siste årene fra Statsforvalteren i Agder for fem av disse. På bakgrunn av denne informasjonen valgte vi ut sju personer fordelt på fire bosteder som vi gjennomførte besøk til. Alle hadde vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, og stort behov for omsorg og hjelp i hverdagen.

Under besøket intervjuet vi ansatte og ledere. Vi besøkte samtlige av de personene besøket omfattet, og fikk se deres leiligheter, i tillegg til eventuelle fellesarealer og personalrom. I forkant av besøket ble det gjennomført samtaler med pårørende og verger. Et av stedene vi besøkte ble vurdert å være utenfor Sivilombudets forebyggingsmandat.

I etterkant av besøket gjennomførte vi intervjuer med enhetslederne for kommunens voksenhabilitering og en lege som ledet ett av kommunens primærhelseteam.

---

<sup>18</sup> For nærmere oversikt, se

<https://www.kristiansand.kommune.no/contentassets/90e3b61f2f9d4354ba548c625f13084c/helse-og-mestring-aarsberetning-2020.pdf>

Følgende ansatte fra Sivilombudet deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Silje Sønsterudbråten (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Katja Boye (rådgiver, jurist)
- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)

I rapporten oppgis det ikke hvilke boliger eller personer vi har besøkt. Dette er for å sikre at taushetsplikten blir ivaretatt. Det understrekes at mottakeren av Sivilombudets anbefalinger i hovedsak er kommunen, som har det overordnede ansvaret for boligene og de helse- og omsorgstjenester som ytes i tilknytning til disse. I den grad det er avgjørende at kommunen får tilleggsinformasjon for å kunne følge opp anbefalingene, vil kommunen få dette i dialog med ombudet.

### 3 Avgjørelser om bruk av tvang

#### Rettslige rammer og standarder

Å bruke tvang og makt er et alvorlig inngrep i den enkeltes rett til selvbestemmelse og vern om personlige integritet.<sup>19</sup> Slike inngrep er i utgangspunktet straffbare etter norsk rett.<sup>20</sup> Skadevirkningene av tvang mot personer med utviklingshemning kan være alvorlige.<sup>21</sup>

Et samfunnsmessig behov for å bruke tvang og makt kan likevel oppstå der ulike beskyttede interesser står mot hverandre, slik som den enkeltes selvbestemmelsesrett og ivaretagelse av liv og helse. I tillegg kan inngrep overfor noen være nødvendig for å sikre beskyttelse av andres grunnleggende rettigheter. Tvangsbruk kan derfor i visse situasjoner likevel være rettmessig og straffri, enten det er av hensyn til personen selv, av hensyn til andre eller av hensyn til de fysiske omgivelsene.

Menneskerettighetene stiller strenge vilkår for bruk av tvang. Tvang er kun tillatt der inngrepet har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig.<sup>22</sup> Tvang kan dermed ikke brukes rutinemessig, men må være individuelt begrunnet med utgangspunkt i konkrete omstendigheter.<sup>23</sup> Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles til vurderinger og begrunnelser. Unødvendig eller uforholdsmessig tvangsbruk gir risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>24</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir hjemmel for bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning, på bestemte vilkår. Tvang kan ikke brukes rutinemessig, men må være individuelt og konkret begrunnet.<sup>25</sup> Jo mer inngripende tiltaket er, desto strengere krav stilles det til myndighetenes vurderinger og begrunnelser.

Loven fastsetter særlige krav til kommunens saksbehandling, inkludert krav til begrunnelser av beslutninger og vedtak om bruk av tvang, plikt til å føre journal og krav til involvering av pårørende, verge og rådføring med spesialisthelsetjenesten.<sup>26</sup> Loven oppstiller også krav om evaluering av tvangstiltak og om kvalifikasjonene til helsepersonell som utfører tvang.<sup>27</sup>

#### 3.1 Vilkår for bruk av tvang og makt

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 åpner for bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i tre situasjoner. Dette omfatter for det første akutte, enkeltstående og uventede nødsituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a (såkalte a-meldinger). For det andre planlagte skadeavvergende tvangstiltak for nødsituasjoner som forventes å gjenta seg eller vedvare (såkalte b-tiltak). Tiltak etter bokstav a og b kan både begrunnes ut fra hensynet til personen selv og hensynet til andre, i tillegg til de fysiske omgivelsene.

<sup>19</sup> Se bl.a. CRPD artikkel 3, jf. 17. EMK artiklene 3 og 8 og Grunnloven § 102.

<sup>20</sup> Se straffeloven §§ 251 og 252 om tvang og §§ 254 og 255 om frihetsberøvelse.

<sup>21</sup> NAKU, *Kunnskap om hva tvang og makt kan føre til på kort og lang sikt* (sist oppdatert 29. desember 2016).

<sup>22</sup> EMK artikkel 8, CRPD artikkel 17 og Grunnloven § 102.

<sup>23</sup> EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2), 2015, (75450/12), avsnitt 103.

<sup>24</sup> Se f.eks. EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), 75450/12, avsnitt 97 og i Bouyid mot Belgia (Storkammeravgjørelse), klagenr. 23380/09, avsnitt 100–113.

<sup>25</sup> EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2) (nr. 75450/12) avsnitt 103.

<sup>26</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 og 9-10.

<sup>27</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9.

Utenom nødsituasjoner er det etter § 9-5 tredje ledd bokstav c adgang til å bruke tvang og makt for å ivareta personens grunnleggende behov (såkalte c-tiltak). Loven slår fast at «grunnleggende behov» kan være behovet for «mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet». Tiltak etter denne bestemmelsen kan bare begrunnes ut fra hensynet til personen selv og ikke hensynet til andre.

I alle tre situasjoner er det krav om at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense «vesentlig skade». For bokstav a og b må nødsituasjonen være konkret, og skademuligheten må være nærliggende og påregnelig.<sup>28</sup> Det må være mer sannsynlig enn ikke at skaden vil oppstå i den konkrete situasjonen. At det kan oppstå en skade i framtida dersom situasjonen får bygge seg opp over tid, er ikke tilstrekkelig som grunnlag for inngrep etter bokstav b.

Å iverksette tvangstiltak med hjemmel i bokstav c krever ikke at det foreligger en konkret faresituasjon. Men også når det er snakk om å dekke personens grunnleggende behov, må det være sannsynlighetsovervekt for at manglende tiltak vil føre til vesentlig skade på personen.

Beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger) har en klar parallell til straffelovens nødretts- og nødvergebestemmelser, og skal dokumenteres i etterkant av gjennomføringen av tiltaket.<sup>29</sup>

En avgjørelse om å iverksette b- eller c-tiltak skal treffes ved enkeltvedtak. Dette skal gjøres i tråd med krav til saksbehandlingen i forvaltningsloven og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Disse reglene skal sikre at helse- og omsorgstjenesten utreder og kartlegger årsaker til bruken av tvang og makt, hvordan slik tvangsbruk kan unngås ved utprøving av andre løsninger, og om aktuelle tvangstiltak, etter faglige og etiske vurderinger, oppfyller kravene til nødvendighet og forholdsmessighet. Et vedtak om tvang kan inneholde en rekke ulike tvangstiltak (både etter bokstav b og c).

### 3.2 Kommunens vedtak og beslutninger om tvang

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller strenge vilkår for bruk av tvang og makt av hensyn til personens rettssikkerhet og menneskerettighetsvern. Samtidig gir loven få konkrete føringer om hvilke tiltak som kan iverksettes når vilkårene er oppfylt.<sup>30</sup> Dette gir kommunen et handlingsrom og et forvaltningsansvar som stiller krav til de ansattes kunnskap om regelverket og bevissthet om at tvang og makt ikke brukes i større utstrekning enn det er hjemmel for. Hjemmelskravet er et grunnleggende prinsipp som skal sikre mot vilkårlige myndighetsinngrep overfor den enkelte.

De fleste av beboerne vi besøkte var underlagt omfattende tvangsvedtak, hadde et høyt omsorgsbehov og behov for tett oppfølging. De hadde vedtak som omfattet mellom ett og tretten tvangstiltak, og for noen rommet disse tiltakene også flere ulike typer tvang.

#### Vedtak om bruk av tvang

Vedtak etter bokstav b og c treffes av den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) skal bistå ved utformingen av tiltakene. I

<sup>28</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) særmerknader til § 6A-3 og Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) punkt 7.11.

<sup>29</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd tredje punktum, jf. tredje ledd.

<sup>30</sup> Se Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) kapittel 3.5.



tillegg til at avgjørelsen fattes på et høyere nivå i kommunen enn det som gjelder for beslutninger (a-meldinger), gjelder det ytterligere krav til innholdet av avgjørelsen, og beboer, pårørende og verge skal være hørt før vedtak treffes.<sup>31</sup> Vedtak om tvang skal begrunnes, og kravene til begrunnelsens innhold følger av forvaltningsloven § 25 og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7.

Begrunnelsesplikten gjelder for alle vilkårene for et tvangstiltak, og det må gå tydelig fram at alle relevante momenter og mothensyn har vært vurdert.<sup>32</sup> Kravene til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende tiltaket er.<sup>33</sup>

Tiltak etter bokstav b og c er planlagte tiltak, som også skal overprøves av statsforvalteren før de kan iverksettes (se kapittel 7 *Kontroll og rettssikkerhet*).<sup>34</sup>

På stedene vi besøkte var det i all hovedsak beboernes primærkontakt som hadde ansvar for utarbeidelsen av tvangsvedtak. Avdelingsleder og enhetsleder hadde ansvaret for den formelle prosessen og kvalitetssikringen før vedtaket gikk til overordnet faglig ansvarlig. Kommuneoverlegen hadde ansvar for kvalitetssikringen av vedtaket og oversendelse til Statsforvalteren.<sup>35</sup>

Gjennomgang av vedtakene til de personene vi besøkte viste at beskrivelsene av beboernes liv og situasjon i all hovedsak var grundig. Det var likevel flere svakheter i vurderingene av om lovens vilkår for bruk av tvang var oppfylt. Dette gjaldt blant annet vurderingene av om tvangstiltakene var faglig og etisk forsvarlige og om de var forholdsmessige.

I vedtakene vi gikk gjennom fant vi blant annet flere eksempler på vedtak der flere tvangstiltak var beskrevet samlet under samlebetegnelsen «tvang ved utfordrende atferd». Dette ene tiltaket kunne for eksempel omfatte ulike typer inngripende tvang som holding, nedleggelse, føring, løsning av grep og skjerming. Dette var problematisk av flere grunner. Først og fremst manglet vedtakene tilstrekkelig dokumenterte begrunnelser for at vilkårene for de enkelte typene tvang som «samletiltakene» omfattet, var oppfylt. Om for eksempel vilkårene for holding er oppfylt, vil ikke nødvendigvis vilkårene for nedleggelse eller skjerming være oppfylt. Beskrivelsen av hvordan tvangen skal gjennomføres og forebygges vil også være ulike. I noen vedtak var det også krysset av for at skjerming var en del av tiltaket «tvang ved utfordrende atferd», uten at dette var nevnt noe annet sted i vedtaket eller i Statsforvalterens overprøving.<sup>36</sup>

Videre kom det ikke fram hvordan vedtaket i praksis skulle brukes og hvilke situasjoner som hjemlet hvilke former for tvangstiltak. Dette gjorde også at det manglet beskrivelser av hvilke mindre inngripende tiltak som skulle forsøkes for de ulike situasjonene og tvangstiltakene. For å tilfredsstillere kravet om forholdsmessighet og etisk forsvarlighet må også den totale livssituasjonen til tjenestemottakeren, og hvor inngripende tiltakene *samlet sett* blir for vedkommende vurderes; det

---

<sup>31</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 tredje ledd og § 9-3 annet ledd.

<sup>32</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

<sup>33</sup> Sivilombudets uttalelse 22. oktober 2019 (SOM-2018-2278) med videre referanser til Høyesteretts praksis.

<sup>34</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8 første ledd.

<sup>35</sup> Under covid-19 pandemien hadde kommunen en midlertidig ordning der enhetslederne i de ulike regionene fikk delegert ansvaret som overordnet faglig ansvarlig. Denne ordningen var nylig blitt avsluttet på besøkstidspunktet.

<sup>36</sup> Sivilombudet forstår dette som at personene ikke hadde vedtak om skjerming.

enkelte tiltaket kan ikke ses isolert.<sup>37</sup> I vedtak som inneholdt flere tvangstiltak så vi at den samlede virkningen i liten grad var vurdert.

Disse svakhetene i tvangsvedtakene utgjør en risiko for at beboerne blir utsatt for svært inngripende tvang uten at det er tilstrekkelig vurdert og begrunnet. Kommunen benyttet en vedtaksmal utarbeidet av Helsedirektoratet. Malen er ment å legge til rette for at alle sentrale vilkår i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 blir vurdert. Malen legger opp til et felles vedtak som omfatter både tvangstiltak som skadeavverging i nødsituasjoner og tvang for å dekke beboerens grunnleggende behov. Dette øker faren for at beslutningstakere overser at loven stiller ulike krav avhengig av om tvangstiltaket som søkes godkjent er et nødtiltak eller ikke, blant annet er kompetansekravene til ansatte som skal gjennomføre tiltakene forskjellige.<sup>38</sup> Om tvangen er et nødtiltak eller iverksettes for å dekke grunnleggende behov, har også betydning for kommunens adgang til å bruke skjerming (se kapittel 4.2 *Ulovlig skjerming og innlåsing i bofelleskap*).<sup>39</sup> Malens utforming legger etter vårt syn opp til uoversiktlige vedtak. Sivilombudet vil ta opp dette forholdet med sentrale helsemyndigheter.

Kommunen har imidlertid et selvstendig ansvar for å sikre at vurderingene og begrunnelsene i et vedtak tilfredsstillers lovens krav. Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte. Det må være mulig å forstå hvorfor de rettslige vilkårene vurderes som oppfylt. Det skal også være mulig for eksterne som skal føre kontroll, å forstå og vurdere vedtakene i etterkant.

Mangelfulle vedtak ved bruk av tvang er et brudd på rettssikkerheten til den som utsettes for tvangen, blant annet fordi det svekker muligheten til å klage. Det vanskeliggjør intern og ekstern kontroll og mulighet for oversikt over hvor mye tvang en person utsettes for.

### **Fornyelse og kontinuerlig vurdering av tvangsvedtak**

Et vedtak kan gjelde for tolv måneder fra datoen for statsforvalterens overprøving. Dersom det er behov for tvang utover tolv måneder må det fattes et nytt vedtak.

Med unntak av én beboer, hadde alle vi besøkte vedtak om tvang som var fornyet minst en gang. Samtlige vedtak hadde gyldighet for ett år av gangen. Avdelingslederen hadde ansvar for å påse at Statsforvalterens frister om innsending av nytt vedtak ble overholdt.

Gjennomgang av vedtak fra perioden 2016–2021 viste at flere av beboerne vi besøkte hadde manglet gyldig vedtak i perioder på en til tre måneder, selv om tvangstiltakene var opprettholdt. I to tilfeller ble det utført tvang mot beboere uten gyldig vedtak i fem og åtte måneder. Dette er i strid med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, hindrer kontroll ved overprøving og klagemulighet og er ikke i tråd med de menneskerettslige kravene til begrunnelse og dokumentasjon ved bruk av tvang.<sup>40</sup>

Et tvangsvedtak skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks dersom vilkårene ikke er til stede eller det viser seg å ikke ha tilsiktet effekt eller å ha uforutsette, negative virkninger.<sup>41</sup>

<sup>37</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning, s 82.

<sup>38</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 tredje ledd første og andre punktum.

<sup>39</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.

<sup>40</sup> Se kapittel 4.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk.

<sup>41</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 og 9-9 fjerde ledd.

For noen beboere så vi at deres funksjonsnivå eller atferd hadde endret seg på en slik måte at enkelte tvangstiltak i vedtakene ikke lenger fremstod som nødvendige.

Selv om tvangstiltakene ble diskutert underveis i vedtaksperioden, blant annet i samarbeidsmøter, var det ikke tydelig for alle ansatte at et vedtak kan endres underveis i en vedtaksperiode. Det fremsto også som at det i større grad ble vurdert endringer i tvangsvedtak der atferden hadde endret seg negativt, enn for de beboerne som hadde endret seg på en slik måte at tvangen ikke lenger syntes å være nødvendig. Kommunens rutine for utarbeidelse av vedtak om tvang omtalte ikke kravet om at tvangstiltak skal avbrytes dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt.

### **Beslutninger om skadeavvergende tiltak i enkeltstående nødsituasjoner**

Beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (såkalt a-melding) tas på stedet, av den som har det daglige ansvaret for tjenesten.<sup>42</sup> Dersom den med det daglige ansvaret ikke er til stede, eller det ikke er tid til å vente på at vedkommende treffer slik beslutning, kan beslutningen treffes av den ansatte som er på stedet. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført, og det er stilt detaljerte krav til innholdet av beslutningen.<sup>43</sup> Melding om beslutningen skal som utgangspunkt sendes til den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og pårørende.<sup>44</sup> Meldingen skal opplyse om adgangen beboeren, vergen og pårørende har til å klage til statsforvalteren.<sup>45</sup>

Det var brukt tvangstiltak som skadeavverging i nødsituasjoner, overfor tre av beboerne vi besøkte, flere ganger i tidsrommet fra 1. januar 2020 til besøkstidspunktet.

Gjennomgang av tvangsprotokollene der beslutningene skulle dokumenteres viste stor variasjon i hvor godt begrunnelsen for tvangen og oppfølgingen i etterkant var dokumentert. I enkelte tilfeller var beslutningene så kortfattede at det var vanskelig å vurdere om alle vilkårene for tvangsbruk var oppfylt.

For en av beboerne hadde det flere ganger vært brukt fysisk makt, som fastholding og føring med ledsagergrep, for å hindre utagering. Mange av beslutningene bar preg av at det ikke var dokumentert godt nok hva som skjedde i forkant av tvangsbruken. Det var også begrensede forsøk på å analysere hva som kunne ha utløst hendelsene. I en beslutning ble situasjonene beskrevet som at beboeren «ble urolig ... og gikk til angrep på personalet», og vurderingen av hva som kunne ha utløst hendelsen var at beboeren «plutselig ble veldig grinete og tullete».

For en annen beboer var tvangsvedtak sendt for sent til Statsforvalteren og det ble derfor sendt inn beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger) i påvente av Statsforvalterens overprøving.<sup>46</sup> Beboeren ble utsatt for hyppige og omfattende tvangstiltak for å hindre selvskading, inkludert føring, fastholding, ledsagergrep og ulike mekaniske tvangsmidler. Det mest inngripende tiltaket var nedlegging og fastholding liggende på matte (såkalt T-kontroll). I perioden meldingen omfattet, var nedlegging på matte benyttet 23 av 28 dager, som regel mange ganger daglig. Begrunnelsene for at vilkårene for så inngripende tiltak var oppfylt, fremsto gjennomgående som

<sup>42</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd.

<sup>43</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd tredje punktum, jf. tredje ledd.

<sup>44</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd fjerde punktum.

<sup>45</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd, siste punktum jf. § 9-11 første ledd.

<sup>46</sup> Vedtaket ble senere godkjent av Statsforvalteren.

svake. I oversendelsen til Statsforvalteren ble det ofte kun vist til «uro» som begrunnelse for fysisk nedlegging. I ett tilfelle stod det kun «ukjent situasjon».

Mangelfulle beslutninger gjør det vanskeligere for pårørende og verge å vurdere innholdet i beslutningen og om det er grunnlag for å klage. Det vanskeliggjør også statsforvalterens kontroll med at avgjørelsen tilfredsstillende kravene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>47</sup> Begge deler svekker beboerens rettssikkerhet og øker risikoen for at vedkommende utsettes for inngrep det ikke er grunnlag for.

For en beboer i et annet bofellesskap, var beslutningene gjennomgående av høy kvalitet. Tvangsprotokollene, som gjaldt bruk av fysisk makt, dokumenterte på en tilfredsstillende måte hva som forårsaket situasjonene, og hvordan selve tvangstiltaket ble utført. Dokumentene viste også hvordan avdelings- og enhetsledelsen fulgte opp ansatte i etterkant gjennom veiledning. Etterfølgende dokumentasjon viste at personalet endret tilnærming for å forebygge situasjoner som kunne skape konflikt og håndtere situasjonene mer skånsomt der de likevel oppsto.

#### **Anbefalinger: Avgjørelser om bruk av tvang**

- Kommunen må sikre at det enkelte tvangstiltak som er del av et tvangsvedtak, er vurdert opp mot alle lovens vilkår, og at dette går fram av vedtakets begrunnelse.
- Kommunen bør styrke den interne kvalitetssikringen av vedtak og beslutninger om bruk av tvang.
- Kommunen bør sikre systematisk evaluering av alle tvangsvedtak gjennom vedtaksperioden for å påse at vilkårene for tvang til enhver tid er oppfylt.

<sup>47</sup> At statsforvalteren har en tilsynsrolle, følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

## 4 Bruk av fysisk makt og skjerming

### Rettslige rammer og standarder

Fysisk maktbruk og isolasjonslikende tiltak som skjerming gir høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>48</sup> Menneskerettighetene tillater så inngripende tvangsbruk kun som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å hindre akutt fare for skade på personen eller andre.<sup>49</sup> Det kreves grundig saksbehandling og streng kontroll.<sup>50</sup>

Forbudet mot nedverdiggende eller umenneskelig behandling er reflektert gjennom flere bestemmelser i helse- og omsorgslovgivningen, slik som plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, retten til et verdig tjenestetilbud og fastsatte grenser for bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og opplærings- og treningstiltak.<sup>51</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven åpner for bruk av fysisk makt for å hindre vesentlig skade i enkeltstående eller gjentatte nødsituasjoner og for å dekke beboerens grunnleggende behov, forutsatt at lovens strenge vilkår er oppfylt.<sup>52</sup> Fysisk maktbruk er svært inngripende for den det gjelder, og dette må vektlegges i vurderingen av om tiltaket er nødvendig og forholdsmessig. Loven har særlige grenser for bruk av skjerming som gjelder i tillegg til de alminnelige vilkårene i § 9-5. Skjerming er kun tillatt i nødsituasjoner, og skal foregå i et ordinært beboerrom med ulåst dør.<sup>53</sup> Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses.

### 4.1 Boforhold som risikofaktor for bruk av tvang i et større bofellesskap

#### Omfattende bruk av fysisk makt og skjerming

Det ene stedet vi besøkte var et større bofellesskap. Vårt besøk omfattet primært fire av beboerne. Stedet fremstod som en institusjon, der alle beboerne hadde et stort omsorgsbehov og alle unntatt én hadde omfattende tvangsvedtak. Bofellesskapet hadde en stor personalgruppe, og flere av beboerne hadde vedtak om at de skulle følges opp av to ansatte på dag- og kveldstid.

De fire beboerne vi undersøkte forholdene nærmere for hadde vedtak som omfattet ulike tiltak om bruk av fysisk makt for å hindre utfordrende atferd som selvskading eller utagering mot andre. Tiltakene omfattet føring, fastholding og nedlegging på gulv eller i seng eller sofa. Flere av dem hadde også vedtak eller miljørutiner som innbar skjerming og liknende begrensninger i bevegelsesfriheten for å beskytte andre beboere.

Mange av beboerne hadde et stemningsleie som varierte mye, og i perioder kunne det hyppig oppstå situasjoner som gjorde at personalet anså det nødvendig å gripe inn med fysisk makt ved fastholding,

<sup>48</sup> Se f.eks. FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 1. februar 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 63.

<sup>49</sup> Se EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104; Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 95 og Aggerholm mot Danmark, klagenr. 45439/18, avsnitt 84.

<sup>50</sup> Se EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), avsnitt 105 og Aggerholm mot Danmark, avsnitt 85.

<sup>51</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6.

<sup>52</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5.

<sup>53</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd.

nedlegging eller skjerming. I tillegg hadde flere av beboerne somatiske og psykiske helseutfordringer (se kapittel 5.1 *Risiko ved mangelfull helseoppfølging og habilitering*).

Bofellesskapet bestod av to etasjer. Leilighetene hadde soverom, stue, kjøkken, badrom og en bod for lagring av eiendeler. Begge etasjer hadde en fellesstue, og i andre etasje var fellesstuen tilknyttet et lite kjøkken. Det var et personalrom og noen kontorer i første etasje, og ett vaktrom i hver etasje. Ingen av leilighetene i andre etasje hadde egen utgangsdør, og beboerne der måtte derfor ut i fellesgangen for å komme seg videre ut.

Det var smale ganger mellom leilighetene, og fellesarealene var uoversiktlige. Plasseringer av dører og planløsningen i bygget gjorde at det flere steder var vanskelig for personalet å holde oversikt og forebygge at beboere kom i konflikt og utsatte hverandre for skade. Flere av beboerne var i perioder redde for naboers utfordrende atferd og personalet brukte mye tid på å hindre konflikter.

Det var også svært lytt både mellom etasjene og mellom de enkelte leilighetene. Høylytte beboere kunne i perioder være en stor påkjenning for andre beboere og personalet. Manglende mulighet til å beskytte seg mot høye lyder økte stressnivået og utløste utfordrende atferd fra andre beboere. Disse forholdene gjorde at beboernes bevegelser utenfor leilighetene ble fulgt tett, for å unngå at noen skadet eller skremte hverandre.

### **Særlig om risiko for ulovlig skjerming**

Tre av beboerne i bofellesskapet ble i perioder skjermet, enten på grunnlag av vedtak, eller som følge av miljøregler utarbeidet av personalet.

En av beboerne hadde et vedtak som omfattet skjerming som et planlagt skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner. Tiltaket ble gjennomført ved at beboeren ble ført fra fellesområdet til leiligheten og døren ble låst mens en ansatt var inne i leiligheten med beboeren. Beboeren kunne også skjermes ved utagering som begynte i leiligheten.

I vedtaket ble det beskrevet at det kunne være nødvendig å skjerme beboeren i situasjoner der h\*n gikk fysisk til angrep på personal og andre beboere. Det ble imidlertid også beskrevet at skjerming kunne brukes på grunnlag av roping og skriking i fellesområdene, av hensyn til andre beboere. Skjerming er et særlig inngripende tiltak, og skal etter loven kun brukes i en nødsituasjon.<sup>54</sup> Menneskerettslige krav tilsier at skjerming kun kan benyttes for å hindre akutt fare for skade på personen eller andre.<sup>55</sup> Selv om roping og skriking kan oppleves sterkt belastende for andre beboere, er skjerming på dette grunnlaget problematisk i lys av både menneskerettslige krav og helse- og omsorgstjenestelovens regler.<sup>56</sup>

Det sto i vedtaket at skjermingen av beboeren ble gjennomført ved å låse døren ut til fellesgangen. Dette var beboerens eneste utgangsmulighet. Låst dør ble vurdert som nødvendig for å unngå konflikter som kunne oppstå hvis beboeren gikk ut i gangen alene, selv om det alltid skulle være ansatte i leiligheten under skjerming. Praksisen var ikke i samsvar med lovens klare utgangspunkt om at skjerming skal foregå med ulåst dør, med mindre sikkerhetsmessige hensyn unntaksvis tilsier at

<sup>54</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd, jf. § 9-5 tredje ledd a og b.

<sup>55</sup> Se EMDs dom i M.S. mot Kroatia (nr. 2), klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104; Bures mot Tsjekkia, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 95 og Aggerholm mot Danmark, klagenr. 45439/18, avsnitt 84.

<sup>56</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 andre ledd siste punktum og § 9-6 andre ledd.

døren låses.<sup>57</sup> Vedtaket inneholdt ingen nærmere begrunnelse for hvorfor dørene måtte være låst i tillegg til at personalet skulle være til stede. En slik rutinemessig låsing av beboerens utgangsdør utgjør et sterkt inngrep i beboerens bevegelsesfrihet og gir en klar risiko for ulovlig frihetsberøvelse.<sup>58</sup>

Statsforvalteren hadde i sitt siste overprøvingsvedtak godkjent tiltaket. Det ble bygget på at skjermingen var nødvendig for å få kontroll i situasjoner med verbal og fysisk utagerende atferd. De særlige reglene for bruk av skjerming etter lovens § 9-6 andre ledd var ikke omtalt i vedtaket, og rutinemessig låsing av døren ut av beboerens leilighet ble ikke problematisert (se også kapittel 7.1 *Overprøving og tilsyn*).

Dokumentgjennomgang fra to måneder høsten 2021 viste at beboeren flere ganger ble ført tilbake til leiligheten sin og holdt tilbake der. Bakgrunnen for dette var beboerens skriking og uro i fellesstuen. Utfra dokumentasjonen var det usikkert om alle situasjoner der beboeren ble hindret fra å forlate leiligheten var dokumentert slik regelverket krever.<sup>59</sup> Vi fant også beskrevet en hendelse der beboeren ble låst inne i leiligheten alene, fordi det var få ansatte på jobb. Å låse noen inne alene på grunn av manglende bemanning er ulovlig.<sup>60</sup> Lovbruddet ble fanget opp og fulgt opp av ledelsen som avvik.

Hos en annen beboer ble døråpningen sperret ved hjelp av en port når beboeren var urolig om natten. Porten dekket ikke øvre del av døråpningen, slik at personalet fortsatt kunne se til beboeren. Tiltaket var ikke omtalt som skjerming i vedtaket, men som begrensing av bevegelse på natt. Når porten var i bruk, skulle beboeren sees til hvert 15. minutt. Tiltaket ble begrunnet med at beboeren kunne støte på utagerende beboere dersom h\*n gikk ut av leiligheten på natten. Bruk av porten ble godkjent av Statsforvalteren i dens siste overprøvingsvedtak, som et tiltak for å dekke tjenestemottakers grunnleggende behov (se kapittel 7.1 *Overprøving og tilsyn*).

Dokumentgjennomgang viste at porten hadde vært benyttet 15 ganger i løpet av oktober 2021. Lengde på tiltakene varierte, men noen ganger ble porten brukt det meste av natten. Ved en anledning viste dokumentasjonen at beboeren motsatte seg innlåsing ved å riste i dørhåndtaket og i porten. Det ble blant annet opplyst at når beboeren vandret på natten, var det som regel for å oppsøke de ansatte.

Å være innlåst i sin egen leilighet bak en port om natten er et svært inngripende tiltak, særlig for en person med nedsatt kommunikasjonsevne. Tiltaket innebar at beboeren ble hindret i å komme ut av sin egen leilighet, og de særlige vilkårene for bruk av skjerming etter § 9-6 andre ledd må derfor være oppfylt. Slik praksisen var dokumentert, er det tvilsomt om kravet til nødsituasjon var oppfylt. Beboeren klarte ikke å åpne porten, og beboerens dør måtte derfor anses som låst. Dette er i strid med lovens klare utgangspunkt om at døren skal være ulåst ved skjerming.<sup>61</sup> Etter Sivilombudets syn

---

<sup>57</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd første og andre punktum.

<sup>58</sup> Grunnloven § 94 og straffeloven § 254.

<sup>59</sup> For eksempel ble det i et journalnotat indirekte vist til en hendelse om utagering som skulle dokumenteres et annet sted i journalsystemet, men dette ikke så ut til å være gjort. Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 med videre henvisning til helsepersonelloven kapittel 8 og forskrift 1. mars 2019 nr. 168 om pasientjournal, se § 8 bokstav a om bruk av tvang. Se også Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015, IS. Kap. 4.10.4, side 109.

<sup>60</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd andre punktum og Ot. prp. Nr. 55 (2002-2003), kap. 11.1 spesialmerknader til sosialtjenesteloven § 4A-6 (videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6).

<sup>61</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd første jf. andre punktum.



vil en slik praksis kunne utgjøre en ulovlig frihetsberøvelse.<sup>62</sup> Slike tiltak gir risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I stedets beskrivelser av hvordan de ansatte skulle jobbe med beboeren, såkalte miljøregler, kom det også fram at h\*n skulle skjermes i dårlige perioder. Tiltaket ble begrunnet med at beboerens atferd kunne virke skremmende og føre til uro hos de andre beboerne. Det ble også vist til behov for å gi beboeren minst mulig stimuli. Miljøtiltaket innebar at beboeren i slike situasjoner skulle skjermes mest mulig ved å oppholde seg i sin leilighet. Denne skjermingen var imidlertid ikke omtalt i beboerens tvangsvedtak. Det inngripende tvangstiltaket var derfor hverken begrunnet i henhold til lovens vilkår, eller overprøvd av Statsforvalteren. Når pårørende og verge ikke mottar informasjon om tvangstiltaket, fratas de også mulighet til å klage. Vi fant ingen eksempler på at skjerming var brukt på dagtid som miljøtiltak høsten 2021. Slik tiltaket var beskrevet i miljøreglene, ville det være ulovlig å iverksette uten at vilkårene for bruk av skjerming er oppfylt.<sup>63</sup>

Også en tredje beboer hadde miljøregler som innebar bruk av skjerming omtalt som «avlysning». Tiltaket innebar at beboeren skulle være alene i leiligheten. Hvis ansatte besluttet skjerming, skulle de oppholde seg i gangen utenfor leiligheten og følge med i minimum 30 minutter for å påse at beboeren falt til ro. Ifølge rutinen skulle det være lav terskel for å iverksette slik skjerming. Heller ikke denne beboeren hadde et tvangsvedtak som omfattet skjermingstiltak, eller beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger) med dokumenterte beslutninger om skjerming. Beboerens journal viste likevel at skjerming hadde blitt iverksatt minst to ganger i perioden fra 1. september til 1. november 2021. Det var ikke klart dokumentert hvordan tiltaket var blitt gjennomført og skjermingstiltakene så ut til å være ulovlige. Denne beboerens leilighet var i svært dårlig forfatning på grunn av manglende renhold og skadeverk over en årrekke, og hadde en naken innredning med få møbler. Leilighetens forfatning gjorde at skjermingstiltak ville kunne oppleves som særlig belastende.

### **Bemanning, kompetanse og ledelse**

Det var 74 ansatte i faste stillinger i bofellesskapet, mange i deltidsstillinger. I tillegg kom vikarer. Beboerne vi besøkte ble alle fulgt opp av et høyt antall ansatte. En beboer ble fulgt opp av totalt 43 ansatte, hvorav 15 av dem hadde mellom 5 og 20 prosent stilling med beboeren. En annen ble fulgt opp av totalt 40 ansatte, der 19 av dem hadde tilsvarende små stillingsbrøker med beboeren. De to øvrige beboerne vi besøkte ble fulgt opp av 28 og 22 ansatte. En så stor personalgruppe gjør det krevende å sikre at beboerne får individuell oppfølging tilpasset sine behov, og øker risikoen for uklarheter og manglende felles tilnærming for å ivareta beboeren og forebygge tvangsbruk. Størrelsen på bofellesskapet utgjør derfor i seg selv en risiko. Å redusere antall ansatte i turnus, og å arbeide for en stabil bemanningssituasjon, er derfor viktig for å forebygge tvang.<sup>64</sup>

En stor andel av de ansatte oppfylte ikke lovens krav om helsefaglig utdanning ved bruk av tvang og makt.<sup>65</sup> For en av beboerne hadde Statsforvalteren godkjent søknad om dispensasjon fra utdanningskravet for 29 tjenesteytere som skulle gjennomføre tvangstiltakene mot beboeren. For to

<sup>62</sup> Grunnloven § 94 og straffeloven § 254.

<sup>63</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 jf. § 9-6 andre ledd.

<sup>64</sup> Helsedirektoratet, rundskriv side 66.

<sup>65</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 andre jf. tredje ledd.



av de andre beboerne var det gitt tilsvarende dispensasjon for 28 ansatte som ikke oppfylte utdanningskravet.

Statsforvalteren hadde også uttrykt bekymring over det høye antallet tjenesteytere som gjennomførte tvangstiltak ved dette bofellesskapet, og omfanget av søknader om dispensasjon fra utdanningskravet. I to av sakene som er omtalt over, hadde kommunen opprinnelig søkt om dispensasjon for et enda større antall ansatte, men dette ble avslått av Statsforvalteren (se også kapittel 7 *Kontroll og rettssikkerhet*).

Beboernes utfordrende atferd gjorde det videre nødvendig at personalet var kontinuerlig til stede med beboerne i miljøet. Dette ga begrenset tid til faglig arbeid og veiledning, og det ble begrenset tid til å jobbe systematisk med mål og tiltaksplaner for tjenestetilbudet til den enkelte. Manglende kontortid ga også risiko for at ansatte ikke fikk nok tid til å dokumentere hendelser og tiltak i beboernes journal.

Det manglet også tilstrekkelig ledelseskapasitet blant annet til å gi faglig veiledning av ansatte. Arbeidsbelastning i stillingen som avdelingsleder hadde medført flere sykemeldinger og liten kontinuitet i ledelsen de siste årene, med åtte ledere på tolv år. På besøkstidspunktet var det besluttet at lederfunksjonen ved bofellesskapet som en prøveordning skulle deles i to, med én faglig og én administrativ leder. Hensikten var blant annet å frigjøre kapasitet for å drive mer systematisk faglig veiledning overfor personalgruppen ved faste møter og tilstedeværelse i bomiljøet.

### **Samlet om risikoen for uforholdsmessig bruk av makt og tvang ved bofellesskapet**

Boforholdene syntes samlet å skape risiko for uforholdsmessig bruk av fysisk makt og skjerming i bofellesskapet. Lokalenes utforming, som mangelen på egne utganger, smale fellesganger, uoversiktlige arealer og dårlige lydforhold, skapte økt risiko for konflikter og behov for tvangsbruk. Risikoen ble forsterket av at bofellesskapet var stort og omfattet mange beboere med svært omfattende behov. Også flere forhold ved organiseringen og bemanningen, herunder antallet ansatte og vikarer, manglende kvalifisert personale og manglende kapasitet til veiledning og oppfølging av ansatte, bidro til å øke risikoen for bruk av tvang og makt.

For flere av dem vi besøkte, fremsto det som klart at tvangstiltakene de ble utsatt for i stor grad var et resultat av boforholdene. Dette omfattet både fysisk tvang og omfattende bruk av ulike former for skjerming, som låsing av dører, en port som sperret adgang til fellesarealene og skjerming i situasjoner som ikke utgjorde skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner. I flere tilfeller framstod skjermingstiltakene som ulovlige.

I de første seks månedene i 2021 var det ført 16 avvik for vold og trusler mellom beboerne. Flere av disse omfattet hendelser der beboere kom i konflikt i gangen mellom leilighetene, og der det ble utøvd vold. I samme tidsrom var det også registrert 241 avvik for vold og trusler mot personalet. Dette var et betydelig høyere tall enn for de øvrige 13 avdelingene i denne delen av kommunens habiliteringstjeneste til sammen. Tre av hendelsene medførte behov for legebehandling av den ansatte. Til tross for det høye antallet registrerte avvik opplevde ledelsen at det var en underrapportering. For å få et reelt bilde av omfanget av vold og trusler mot ansatte, registrerte personalet på besøkstidspunktet avvik per beboer ved å sette streker i et papirskjema som lå

tilgjengelig på personalrommene. Det svært høye antallet avvik og et sykefravær på nesten 18 prosent i denne perioden tydet på at forholdene i bofellesskapet også var belastende for personalet.

Samlet ga disse forholdene bekymring for at beboere ble utsatt for krenkelser av sine grunnleggende rettigheter og risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

## 4.2 Ulovlig skjerming og innlåsing i bofellesskap

Vi besøkte en beboer i et annet bofellesskap der det bodde fem personer med utviklingshemning. Bofellesskapet bestod av fem leiligheter, felles kjøkken og stue/spisestue. Det ble oppgitt at fellesområdene ble mye brukt, blant annet til felles måltider. Beboerens leilighet bestod av bad, soverom og stue. Fra en verandadør var det utgang til et atskilt uteområde med hage og terrasse. Leiligheten ga et svært nakent inntrykk, og var sparsomt møblert.

Beboeren hadde et vedtak om skjerming i leiligheten. Vedtaket var i all hovedsak begrunnet med at beboeren fikk bedre livskvalitet av å være i leiligheten enn i fellesarealet. Skjermingen skulle gi beboeren en mer forutsigbar hverdag ved å begrense stimuli som fellesskap med andre beboere innebar. Begrunnelsen omfattet ingen beskrivelse av hvordan lovens vilkår for skjerming var oppfylt. Det ble som hjemmel for tiltaket vist til helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav c om tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet.

Skjerming er et særlig inngripende tiltak, og skal etter loven kun brukes i en nødsituasjon.<sup>66</sup> Vilkårene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a eller b må være oppfylt. Det er ikke tillatt å bruke skjerming for å dekke beboerens grunnleggende behov etter bokstav c.<sup>67</sup>

Tvangsvedtaket omfattet også et eget tiltak om låsing av dører og vinduer i beboerens leilighet, inkludert døren ut til fellesområdene. Beboeren hadde adgang til sitt eget uteområde, men porten ut derfra skulle ifølge vedtaket låses. All låsing skulle gjelde hele døgnet. Ifølge vedtaket var det nødvendig å låse glassdøren ut til hagen for å hindre at beboeren ødela den og skadet seg. At døren ut til fellesområdene skulle låses, fremgikk kun av beskrivelsen av hvordan tvangstiltaket skulle gjennomføres og var ikke nærmere begrunnet.

Det er ikke hjemmel for regelmessig innlåsing av beboere etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, verken som eget tvangstiltak eller som del av et skjermingstiltak.<sup>68</sup> Dersom en nødsituasjon gjør det nødvendig å skjerme, skal døren som klart utgangspunkt være ulåst.<sup>69</sup> Sikkerhetsmessige hensyn kan kun unntaksvis tilsi at døren låses.

Slik skjermingen og innlåsing var begrunnet, fremsto det som klart at det ikke forelå en nødsituasjon og at tiltakene var ulovlige. Den rutinemessige innlåsing av beboeren fremstod også

<sup>66</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 annet ledd.

<sup>67</sup> Ot. prp. Nr. 55 (2002-2003), kap. 11.1 spesialmerknader til sosialtjenesteloven § 4A-6 (videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6).

<sup>68</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995-1996), kapittel 4.4.2.

<sup>69</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd første jf. andre punktum.

som en ulovlig frihetsberøvelse.<sup>70</sup> Rutinemessig innlåsing av personer i sine egne hjem er svært inngripende og utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Ingen i kommunens system hadde fanget opp de lovstridige forholdene. Statsforvalteren hadde i flere omganger godkjent skjerming og låsing av dører som tiltak etter helse- og omsorgslovens § 9-5 bokstav c, til tross for at denne bestemmelsen ikke gir adgang til dette. Det kom fram at det var Statsforvalteren som i sin overprøving opprinnelig hadde vurdert at tiltaket skulle baseres på dette grunnlaget. Statsforvalteren hadde ikke ført tilsyn hos denne beboeren de siste fem årene (se også kapittel 7.1 *Overprøving og tilsyn*). Sivilombudet ser alvorlig på disse funnene som viser en rettssikkerhetssvikt i flere ledd.

### 4.3 Omfattende risiko i bolig med enkeltbeboer

Vi besøkte en beboer med svært sammensatte behov som forutsatte tett oppfølging. H\*n bodde i egen leilighet, og ble fulgt opp av tre ansatte på dag- og kveldstid. Beboeren hadde utfordringer med omfattende selvskadning, som ga behov for å gripe inn hyppig med fysisk makt for å avverge alvorlig helseskade.

Kommunen hadde i 2020 tatt over ansvaret for tjenestetilbudet til beboerne. Fram til da ble beboerens helse- og omsorgstilbud gitt som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) i hjemmet.<sup>71</sup> På besøkstidspunktet bar tjenestetilbudet preg av å være i en overgangsperiode. Både ansattgruppen og organiseringen av arbeidet med beboeren fremstod som fragmentert og lite enhetlig. Vi fant flere risikofaktorer knyttet til tjenestetilbudet.

#### Omfattende fysisk maktbruk

Beboeren hadde vedtak som ga adgang til å bruke fysisk makt for å avverge forsøk på alvorlig selvskadning og utagering mot personalet. Den fysiske maktbruken som var tillatt i vedtaket omfattet fastholding, ledsagergrep ved forflytning, støttegrep ved behov for kontroll og nedleggelse på gulvet, løfting/bæring og liggende kontroll på matte. I tillegg ble det brukt ulike mekaniske tvangsmidler for å hindre selvskadning.

Dokumentasjonen fra kommunen tydet på at beboeren ble utsatt for fysisk makt flere ganger daglig. I periodene vi undersøkte, fant vi at beboeren regelmessig ble utsatt for svært inngripende fysiske makttiltak mange ganger daglig (se også kapittel 3.2 *Kommunens vedtak og beslutninger om tvang*).

Registreringsskjemaer skulle gi daglig oversikt over bruken av tvangstiltakene som var godkjent i beboerens vedtak. Vår gjennomgang viste at flere typer inngripende fysisk maktbruk, inkludert liggende kontroll på matte, ikke var godt nok dokumentert. I flere tilfeller var det uklart hvor lenge tvangstiltaket hadde pågått, og begrunnelsen for at tiltaket ble vurdert som nødvendig var stikkordspreget. Dokumentgjennomgangen viste også at det forekommer episoder der fysisk makt hadde vært brukt, uten å bli dokumentert. Kvaliteten på dokumentasjonen varierte betydelig fra dag til dag. Registreringsskjemaet hadde et felt for registrering av mulige årsaker til liggende kontroll på matte, som ble regnet som det mest inngripende tvangstiltaket. Disse feltene var gjennomgående

<sup>70</sup> Grunnloven § 94 og straffeloven § 254. Se også Ot.prp. nr. 57 (1995-1996), kapittel 4.4.2.

<sup>71</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

ikke fylt ut, og det var ikke fremlagt annen dokumentasjon om hvordan disse hendelsene ble evaluert.

Den samlede bruken av inngripende makt og tvang som beboeren ble utsatt for, fremsto som omfattende. Tvangstiltak som fysisk nedlegging med liggende kontroll er svært inngripende og har et alvorlig skadepotensial, selv om formålet er å hindre alvorlig skade. Det gir derfor en høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Nøyaktig dokumentasjon av gjennomførte tvangstiltak og evaluering av mulige årsaker er derfor avgjørende for å ivareta beboerens rettssikkerhet og forebygge menneskerettsbrudd.<sup>72</sup>

### **Utforming av boligen**

Beboeren bodde i en leilighet som var dårlig tilrettelagt for beboerens behov. Smale døråpninger og trange rom, særlig soverom og bad, økte risikoen for situasjoner som medførte selvskading og utagering, og dermed bruk av tvang, når personalet skulle hjelpe beboeren å forflytte seg.

Boligen manglet gode personalrom, og kommunen hadde siden våren 2020 forsøkt å etablere en midlertidig ordning for å løse disse utfordringene og gi personalet et sted å avvikle pauser. Denne løsningen var ikke tilrettelagt for at ansatte eller leder kunne gjøre kontoroppgaver, og det manglet mulighet til å ha personalmøter, overlappmøter og veiledningssamtaler.

Det var kun ett soverom i leiligheten for ansatte. Den andre ansatte på nattevakt måtte derfor overnatte i personalrom som lå i nærheten av leiligheten. Å ha ansatte alene på nattevakt fremstår som uheldig på grunn av økt risiko for alvorlige hendelser, inkludert vold og overgrep (se kapittel 6 *Beskyttelse mot vold og overgrep*).

Ifølge kommunen hadde det lenge pågått arbeid med å finne et forsvarlig botilbud. Da vi besøkte boligen, var det ingen utsikt til konkrete løsninger.

### **Ledelse, bemanning og kompetanse**

For å kunne gi forsvarlig omsorg over tid er det viktig at ansatte føler seg trygge på jobb, og mottar regelmessig veiledning og oppfølging både faglig og psykososialt. Dette er spesielt viktig der selvskading og bruk av tvang skjer hyppig.

De manglende fasilitetene gjorde det vanskelig for avdelingsleder å være jevnlig til stede for å veilede de ansatte, og avdelingsmøter kunne ikke gjennomføres i nærheten av boligen. Det var forsøkt å avhjelpe utfordringene med manglende lederoppfølging ved at avdelingsleder tok vakter som del av turnusen for å veilede personalet, og det forelå planer om økt tilstedeværelse og veiledning fra leder.

Ansattgruppens ulike utdanningsbakgrunn og erfaring økte behovet for ledelsesoppfølging og stilte store krav til organiseringen av tjenestetilbudet. Statsforvalteren konkluderte etter tilsyn høsten 2020 med lovbrudd fordi kommunen ikke hadde sikret tilstrekkelig kvalifisert bemanning ved

---

<sup>72</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10 jf. Helsedirektoratets rundskriv side 108 følgende.

avdelingen. Som oppfølging av dette ble det oppgitt at kommunen hadde ansatt flere med høyskolebakgrunn.

### **Tilrettelegging og organisering av tjenestetilbudet**

Beboeren hadde sammensatte oppfølgingsbehov, med utfordrende atferd i form av omfattende selvskading. Å arbeide med personer med slike oppfølgingsbehov stiller høye krav til etablering av felles mål og planer for tjenestetilbudet, og til at de ansatte jobber enhetlig og systematisk. Det er også sentralt med gode rutiner for dokumentasjon og formidling av informasjon.

Ifølge kommunen hadde det blitt jobbet mye med å utarbeide og samle mål, tiltak og annen relevant informasjon om beboeren i kommunens journalsystem Profil. Da vi besøkte boligen var journalsystemet nylig tatt i bruk, og de ansatte var fortsatt under opplæring. Noen ansatte ga uttrykk for at de foreløpig ikke var godt kjent med det nye journalsystemet.

Våre funn viste at det fortsatt ble ført journalverdig informasjon i andre dokumentasjonsplattformer. I perioder hadde ansatte også unnlatt å dokumentere beboerens selvskading, på grunn av en misforståelse om at dette ikke lenger skulle gjøres. Informasjon om oppfølging av beboeren ble også formidlet i flere andre kanaler. Dette bidro til en informasjonstung arbeidshverdag som gjorde det utfordrende å sikre en enhetlig praksis for oppfølging av beboeren.

Utover mål om å forstå og møte beboeren gjennom kommunikasjon, fremsto mange ansatte som usikre på hvilke konkrete mål og tiltak de skulle jobbe etter og hva som ble forventet av dem i det daglige miljøarbeidet i boligen. Mange dager for beboeren bar preg av lite aktivitet som innebar forflytninger utenfor soverommet og badet.

### **Smerter og behov for samordnet helseoppfølging**

På besøkstidspunktet fremsto beboeren som sterkt preget av smerter. Beboeren hadde de siste årene hatt et bratt funksjonsfall, blant annet når det gjaldt mobiliteten i beina, og hadde også vært plaget av andre smerter i lengre tid. Både pårørende, verge og personalet uttrykte bekymring for beboerens svekkede helsetilstand og for at smertene førte til økt selvskading, med påfølgende behov for inngripende maktbruk for å hindre eller begrense selvpåførte skader.

Funn tydet på at ansattgruppen som helhet ikke var satt tilstrekkelig i stand til å identifisere tegn og symptomer på mulige helseutfordringer. Avdelingen manglet sykepleierkompetanse. På besøkstidspunktet var måleverktøy for kartlegging av smerte ikke tatt i bruk i avdelingen. Dette gjorde det krevende for primærhelsetjenesten å vurdere oppfølgingstiltak, som henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Beboeren hadde siden 2020 hatt oppfølging via kommunens primærhelseteam. Dette synes å ha ført til mer systematikk rundt helseoppfølgingen til beboeren. Blant annet ble det gjort en kartlegging av bruk av legemidler med nedtrapping av antipsykotiske legemidler. Beboeren hadde også blitt utredet og fulgt opp av habiliteringstjenesten innen spesialisthelsetjenesten, inkludert av spesialister fra tredjelinjetjenesten.

Våre funn tydet likevel på utfordringer i å sikre at beboerens sammensatte helsebehov ble fulgt opp i spesialisthelsetjenesten. I flere tilfeller tok det svært lang tid fra symptomer ble fanget opp av kommunens ansatte, til helseundersøkelser i spesialisthelsetjenesten ble gjennomført. Kommunens manglende systematiske kartlegging av helsetilstand og smerter gjorde det krevende å nå fram med henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Samhandling med ulike sykehusspesialiteter når beboeren hadde henvisning til undersøkelser på sykehus, fremsto også som en stor utfordring. Vi fant dessuten tilfeller der helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ikke syntes å ha ivaretatt beboerens behov for tilrettelagt helsehjelp på en god måte.

Beboeren hadde ingen individuell plan, til tross for omfattende helsemessige utfordringer og pågående utredningsløp i ulike deler av primær- og spesialisthelsetjenesten. Nærmere om risiko ved mangelfull helseoppfølging og anbefalinger på dette området omtales i 5.1 *Risiko ved mangelfull helseoppfølging og habilitering*.

### Oppsummering

De samlede funnene viste at beboeren opplevde omfattende og svært inngripende fysisk maktbruk samtidig som det var alvorlige svakheter i beboerens tjenestetilbud.

Risikofaktorene omfattet en mangelfullt tilrettelagt bolig, ansatte som ikke var satt i stand til å gi beboeren en planmessig oppfølging, og svake strukturer for å sikre veiledning og oppfølging av ansatte. Arbeidet med dokumentasjon og forebygging av utfordrende atferd og inngripende tvangsbruk fremsto som mangelfullt. Beboerens smerter og helsetilstand var hittil ikke fulgt opp på en god nok måte fra verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Samlet bidro disse forholdene til risiko for at beboerens grunnleggende rettigheter og beskyttelse mot umenneskelig og nedverdiggende behandling ikke ble godt nok ivaretatt.

#### Anbefalinger: Bruk av fysisk makt og skjerming

- Kommunen bør sikre at alle botilbud planlegges og tilrettelegges slik at beboerne opplever trygghet og ikke utsettes for unødvendig bruk av fysisk makt og skjerming.
- Kommunen må sikre at beboerne ikke hindres i å forlate boligen sin (skjermes) med mindre det er nødvendig som et skadeavvergende tiltak i en nødsituasjon og at det foreligger vedtak eller fattes beslutning om dette.
- Kommunen må sikre at en beboer aldri låses inne i egen bolig, unntatt i akutte nødsituasjoner.

## 5 Forebygging av tvang

### Rettslige rammer og standarder

FNs torturkonvensjon pålegger medlemsstatene å iverksette effektive tiltak for å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>73</sup> Europarådets torturforebyggingskomité har gitt anbefalinger om ulike forebyggingstiltak for å sikre et trygt bomiljø for personer med nedsatt funksjonsevne og et tilstrekkelig kvalifisert personell.<sup>74</sup>

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 å forebygge bruk av tvang og makt. Det innebærer blant annet at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet, og så langt som mulig i samsvar med retten til selvbestemmelse.<sup>75</sup>

Retten til selvbestemmelse og til å medvirke i eget liv gjelder alle, og mottakere av helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i utforming og gjennomføringen av tjenestene de får.<sup>76</sup> Denne retten er viktig for å forebygge tvang og gjelder uavhengig av om personen er samtykkekompetent.<sup>77</sup> Det innebærer blant annet at kommunene må legge til rette for at beboerne kan utvikle sine evner til å ta egne valg.<sup>78</sup>

Plikten til forebygging av tvang omfatter både generell tilrettelegging av tjenestetilbudet, slik at disse holder en tilfredsstillende faglig og etisk standard, og en individuell tilrettelegging ut fra den enkelte tjenestemottakers situasjon og behov.<sup>79</sup> I tillegg innebærer kravet om forebygging at kommunen plikter å gi nødvendig opplæring, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapittel 9.<sup>80</sup>

Plikten til å forebygge tvang gjelder også etter at et tvangsvedtak er godkjent. Kommunen må derfor kontinuerlig arbeide med å forebygge tvang.<sup>81</sup>

<sup>73</sup> FNs torturkonvensjon artikkel 2, jf. artikkel 16; FNs torturforebyggingskomité, generell kommentar nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2; 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.

<sup>74</sup> CPTs anbefalinger (2020), avsnitt 27–28, med videre henvisninger til CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

<sup>75</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 andre setning. Bestemmelsen viser også til § 9-5 første ledd, om at andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapittel 9 settes i verk.

<sup>76</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-1 og 9-3.

<sup>77</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.

<sup>78</sup> Helsedirektoratet, rundskriv, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3.

<sup>79</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) pkt. 7.10 og kap. 11.

<sup>80</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 andre setning, med videre henvisning til lovens § 8-1 om kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell.

<sup>81</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første ledd og Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015, side 65.



## 5.1 Risiko ved mangelfull helseoppfølging og habilitering

Personer med utviklingshemning har rett til somatisk og psykisk helsehjelp på lik linje med befolkningen ellers.<sup>82</sup> Diskrimineringsforbudet innebærer at personer med utviklingshemning skal sikres lik tilgang til helse- og omsorgstjenester gjennom lovgivning og praksis, og at helsetjenestene må holde samme kvalitet og standard som tilsvarende helsetilbud til andre.<sup>83</sup> Det må sikres at personer med utviklingshemning får de helsetjenestene de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne.<sup>84</sup>

Personer med utviklingshemning har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen.<sup>85</sup> Dette skyldes flere faktorer, som økt risiko for å utvikle somatisk eller psykisk sykdom og atferdsforstyrrelser, diagnoserelevante sykdommer og livsstilssykdommer. For mange starter aldringsprosessen tidligere enn normalt. Dette øker blant annet risikoen for demens, syns- og hørselsvansker.

Personer med utviklingshemning kan ha ulike vansker med selv å identifisere og formidle sine plager. Deres personlige språk og kommunikasjonsferdigheter vil variere, enten det gjelder talespråk, tegnspråk eller alternativt supplerende kommunikasjon (ASK).<sup>86</sup> Det betyr at det ikke kan tas for gitt at en som er utviklingshemmet selv vil si fra om behov for helsekontroll eller helsehjelp.

Lite kunnskap om utviklingshemning og hvordan helse- og omsorgspersonell bør kommunisere med den enkelte, bidrar til å øke risikoen for underdiagnostisering og feildiagnostisering. Det er derfor viktig at helse- og omsorgstjenesten sørger for tilstrekkelig kompetanse, rutiner og opplæring som setter ansatte i stand til å fange opp tegn på mistriksel og sykdom. I Helsedirektoratets nasjonale veileder om gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning er det beskrevet hva slik kompetanse, rutiner og opplæring bør inneholde.<sup>87</sup>

God helseoppfølging er en forutsetning for å forebygge bruk av tvang.<sup>88</sup> Smertetilstander og sykdom som ikke oppdages og følges opp, kan komme til uttrykk som selvskading og aggresjon. Dette øker risikoen for at smerter møtes med bruk av tvang. Dette gjelder spesielt der personens nedsatte funksjonsnivå gjør at vedkommende ikke forstår hvorfor smertene eller ubehaget oppstår, eller ikke klarer å formidle dette til omgivelsene.<sup>89</sup> Det er derfor viktig at kommunen har gode systemer for å sikre rutinemessige helsekontroller, og at ansatte får nødvendig opplæring og veiledning slik at de blir i stand til å gjenkjenne tegn på smerter og sykdomsutvikling og kan legge til rette for videre helseoppfølging.

Flere av beboerne Sivilombudet besøkte, hadde omfattende og sammensatte helseutfordringer som krevde tett oppfølging og høy kompetanse hos ansatte. Disse knyttet seg til en rekke ulike somatiske

---

<sup>82</sup> Se FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ØSK, artikkel 12 jf. 2 nr. 2; FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 25, og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b, jf. prioriteringsforskriften § 2.

<sup>83</sup> CRPD artikkel 25 a).

<sup>84</sup> CRPD artikkel 25 a og b.

<sup>85</sup> NOU 2016: 17 På lik linje punkt 11.3.

<sup>86</sup> Personer med behov for alternativ og supplerende kommunikasjon er barn, unge og voksne som må bruke andre former enn tale i direkte kommunikasjon med andre. Å kommunisere på andre måter kalles alternativ og supplerende kommunikasjon (forkortet ASK), se [www.statped.no](http://www.statped.no).

<sup>87</sup> Veilederen er tilgjengelig digitalt på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Se kapittel 6 Helseoppfølging.

<sup>88</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 og Helsedirektoratets rundskriv

<sup>89</sup> Helsedirektoratets rundskriv, kap. 3.4.2.4, side 42.



og psykiske tilstander. De fleste hadde også svært reduserte språkferdigheter og behov for særlige tilpasninger for å få helsehjelp, blant annet på grunn av utfordrende atferd.

### **Kartlegging av smerter og helsetilstand**

De siste årene hadde det blitt jobbet mye i kommunen med å sikre god helseoppfølging til personer med utviklingshemning, i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Agder. Fra 2020 innførte kommunen nye metoder og verktøy for å legge bedre til rette for at ansatte skulle kunne fange opp endringer i helsetilstanden til beboerne og kommunisere bedre med helsetjenesten.<sup>90</sup> Kommunen hadde også arbeidet med prosedyrer for årlig helsekontroll og samarbeidet med fastlegetjenesten om dette.

Våre funn tydet likevel på at det fortsatt gjenstod mye arbeid med å sette ansatte i stand til å kartlegge smerter og endret helsetilstand og videreformidle denne kunnskapen til primær- og spesialisthelsetjenesten på en måte som la til rette for helseoppfølging. Tilsvarende gjaldt for arbeidet med å innføre rutiner for årlig helsekontroll som kommunen var i gang med på besøkstidspunktet.<sup>91</sup> Ved enkelte boliger, særlig der beboerne hadde de mest omfattende oppfølgingsbehovene, var det manglende eller begrenset tilgang til sykepleiekompetanse.

### **Beboeres helsetilbud i kommunen**

Personer med utviklingshemning har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra den kommunen de oppholder seg i.<sup>92</sup> Dette innebærer at personen har krav på en minstestandard uavhengig av kommunens økonomi.<sup>93</sup> Minstestandarden fastsettes ut fra en individuell vurdering av personens behov. Kommunen hadde siden 2018 deltatt i et pilotprosjekt med bruk av primærhelseteam. Primærhelseteam består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Formålet er å tilby et mer tilpasset helsetilbud blant annet til personer med utviklingshemning. Organiseringen i primærhelseteam fremsto som en god praksis tilpasset disse beboernes sammensatte behov.

De av beboerne som fikk oppfølging av kommunens primærhelseteam syntes gjennomgående å ha fått en bedre og mer tilpasset helseoppfølging. De hadde blant annet bedre kartlagt helsetilstand og redusert bruk av beroligende og antipsykotiske legemidler mot utfordrende atferd. Lege og sykepleier fra primærhelseteamet var regelmessig på pasientbesøk i boligene, og det ble brukt videokonsultasjoner med ansatte fra boligen, og noen ganger med pårørende og verger.

### **Involvering av habiliteringstjenesten**

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal spesialisthelsetjenesten, i praksis habiliteringstjenesten, bistå kommunen ved utforming og gjennomføring av tvangstiltak.<sup>94</sup> I tillegg til å bidra til størst mulig funksjons- og mestringsevne, har bistanden som formål å forebygge negativ atferd. Spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste har derfor en sentral rolle i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning. En offentlig undersøkelse tyder på at habiliteringstilbudet til personer med utviklingshemning på landsbasis har store mangler.

<sup>90</sup> <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/prosjekter/bedre-helseoppfolging-uh/>

<sup>91</sup> Prosjektet har blant annet tatt tid pga. arbeidsoppgaver og prosesser knyttet til covid19-håndtering.

<sup>92</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

<sup>93</sup> Høyesteretts dom 25. september 1990 i Rt. 1990 side 874 (Fusa-dommen).

<sup>94</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 andre ledd siste setning og 9-9 første ledd, jf. også § 9-13.

Undersøkelsen tyder på svikt når det gjelder samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, tverrfaglig kartlegging og ansvars- og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er også avdekket kapasitetsmangel i spesialisthelsetjenesten som gir begrensede muligheter til å ha ambulans oppfølging.<sup>95</sup>

Flere av beboerne hadde utfordrende atferd som ga behov for omfattende bistand fra spesialisthelsetjenesten for å forebygge bruk av tvang. Våre funn tydet på at Habiliteringstjenesten ved Sørlandet sykehus i all hovedsak ga råd og bistand i forbindelse med fornyelse av tvangsvedtak, eller i forbindelse med etablering av nye tvangsvedtak eller tiltak i et eksisterende vedtak. Vi fant samtidig at habiliteringstjenesten i noen tilfeller ikke hadde blitt involvert ved tilrettelegging av nytt tvangstiltak ved utfordrende atferd, slik loven krever.

Ved ett av bofellesskapene, der det bodde mange beboere med utfordrende atferd, var det behov for mer løpende involvering fra sykehusets habiliteringstjeneste. En av beboerne vi besøkte der, hadde hatt en økt utfordrende atferd, uten at kommunen hadde involvert habiliteringstjenesten for råd og veiledning. Kommunen erkjente at det var behov for å sørge for en mer regelmessig involvering av sykehusets habiliteringstjeneste, for å få råd og bistand i forbindelse med evalueringer av tvangsvedtak. Det forelå planer om å sikre mer systematisk involvering av habiliteringstjenesten gjennom månedlige samarbeidsmøter.

### **Beboeres helsetilbud i spesialisthelsetjenesten**

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er betinget av at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og at ressursbruken står i et rimelig forhold til nytten av helsehjelpen.<sup>96</sup> Prioriteringen av helsehjelpen skal øke i tråd med alvorligheten av tilstanden, for eksempel ut fra graden av fysisk og psykisk funksjonstap, smerter eller fysisk eller psykisk ubehag.<sup>97</sup> Flere offentlige rapporter har dokumentert at personer med utviklingshemning ofte møter på barrierer som hindrer deres tilgang til likeverdig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.<sup>98</sup>

Det var store utfordringer med å sikre tilgang til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for flere beboere, både psykisk og somatisk helseoppfølging. Flere beboere vi besøkte hadde over tid levd med stort funksjonsfall og smerter på grunn av tilstander som ikke var blitt godt nok utredet og fulgt opp (se kapittel 4.1 *Boforhold som risiko for bruk av tvang* og kapittel og 4.3 *Omfattende risiko i bolig med enkeltbeoer*).

Våre funn tydet på et behov for å bedre samhandlingen mellom kommunens habiliteringstjeneste og spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for god helseoppfølging som kan redusere tvangsbruk.

---

<sup>95</sup> Helsedirektoratet, Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering (2014), rapport IS-0429. Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet.

<sup>96</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften § 2.

<sup>97</sup> Prioriteringsforskriften § 2a.

<sup>98</sup> Se bl.a. NOU 2016:17 På lik linje, kapittel 11.4.8; Oslo Universitetssykehus (OUS), Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk lidelse, Kartlegging av spesialisthelsetjenester til ungdom og voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse i Norge, 2021 og

I en del av sakene syntes utfordringene delvis å handle om at manglende konkrete registreringer og målinger gjorde at det ble vanskelig å nå fram med en henvisning til spesialisthelsetjenesten, til tross for omfattende behov for oppfølging.

Flere av beboerne vi besøkte hadde en utfordrende atferd som gjorde gjennomføringen av undersøkelser krevende. En særlig utfordring var å få til godt samarbeid der beboeren hadde behov for å få gjennomført flere helseundersøkelser samtidig, ofte under bedøvelse eller i narkose. Slik pasientoppfølging krever god koordinering mellom kommunens habiliteringstjeneste, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slike saker kan også kreve god samhandling internt på et sykehus, inkludert bistand fra transporttjenesten.

I tillegg så vi at det var uenighet om hvem som hadde ansvar for å fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp under transport og ved bruk av narkose. Ved et tilfelle var Statsforvalteren blitt involvert for å avklare hvem som skulle ha ansvar for hvilke tiltak, inkludert vedtak om tvungen undersøkelse og behandling i somatikken. Dette skapte forsinkelser, som medførte at helseoppfølgingen av beboeren ble ytterligere forsinket.

Det kom også fram at beboere med behov for psykisk helsehjelp i praksis opplevde store utfordringer med å få oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Akuttinnleggelses ved mistanke om psykoser og liknende tilstander skjedde kun helt kortvarig, og lengre innleggelses var svært krevende. Overfor én pasient hadde uenighet mellom spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste og en avdeling innen psykisk helsevern medført at pasienten ble henvist fram og tilbake over lengre tid uten å få hjelp. Denne pasientgruppens tilgang til psykiske og somatiske spesialisthelsetjenester fremstår ikke som likeverdig, slik menneskerettslige og helseerettslige krav forutsetter.<sup>99</sup>

### Individuell plan

Kun en av beboerne vi besøkte hadde en individuell plan, til tross for at flere hadde sammensatte og omfattende helsemessige utfordringer som omfattet behov for oppfølging fra flere fagområder innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å understreke at personer som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til en individuell plan.<sup>100</sup> Kommunen har ansvar for å utforme en slik plan, og for å tilby en koordinator for å sikre nødvendig oppfølging, samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.<sup>101</sup> Ved behov for langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, skal det oppnevnes en koordinator der også.<sup>102</sup>

Manglende koordinering av helse- og omsorgstjenester for personer med utviklingshemning er også en utfordring på landsbasis. Undersøkelser tyder på at kun et mindretall av disse får tilbud om individuell plan, selv om dette er en lovpålagt oppgave.<sup>103</sup>

<sup>99</sup> CRPD artikkel 25 a og b og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1.

<sup>100</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

<sup>101</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2.

<sup>102</sup> Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 andre ledd og 2-5a.

<sup>103</sup> NOU 2016: 17 *På lik linje*, kapittel 11.5.3.

Sivilombudet minner om at individuell plan er forutsatt av lovgiver å være et viktig virkemiddel for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for utviklingshemmede der det er aktuelt å bruke tvang eller makt.<sup>104</sup>

### Veiledning til pårørende og verger om klageadgang

Pårørende og verger opplevde gjennomgående at de ble informert om retten til å klage på tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Flere hadde imidlertid et udekket informasjonsbehov når det gjaldt retten til å klage til Statsforvalteren på andre forhold, som manglende helsehjelp, eller til å be om igangsetting av en tilsynssak.<sup>105</sup> Basert på det som kom fram under besøket, syntes det å være behov for bedre veiledning om disse rettighetene. Sivilombudet viser til at kommunen har en alminnelig veiledningsplikt.<sup>106</sup> Pårørende og verger har behov for informasjon om tilgjengelige klagemuligheter, for å kunne ivareta interessene til sine nærstående.

#### Anbefalinger: Risiko ved manglende helseoppfølging

- Kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre at beboernes helsetilstand og smerter kartlegges og viderefremmes til helsetjenestene som skal gi videre helseoppfølging.
- Kommunen bør styrke rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten for å sikre utredning og behandling for tjenestemottakere med sammensatte helseutfordringer.
- Kommunen bør sikre at beboere med sammensatte og omfattende helseutfordringer tilbys individuell plan og en koordinator.
- Kommunen bør sikre at beboere, pårørende og verger får informasjon om alle tilgjengelige klagemuligheter for å ivareta beboerens grunnleggende rett til likeverdige helsetjenester.

## 5.2 Risiko ved bomiljø og fysiske rammebetingelser

Siden ansvarsreformen for utviklingshemmede på 1990-tallet, har det vært et tverrpolitisk mål at personer med utviklingshemning skal ha mulighet til å bo i mest mulig ordinære bomiljøer.<sup>107</sup> I dag er likevel bofellesskap og samlokaliserte boliger den dominerende boformen. Hjemmet skal gi en god ramme for det livet den enkelte ønsker å leve. Trygghet og forutsigbarhet i boligsituasjonen er sentralt.<sup>108</sup> Kommunens plikt til å forebygge bruk av tvang og makt omfatter derfor også å sikre at boligtilbudet ikke bidrar til, og så langt som mulig forebygger, at alvorlige situasjoner oppstår.

De aller fleste voksne personer med utviklingshemning leier bolig av kommunen.<sup>109</sup> Boligene er ofte samlokaliserte i form av bofellesskap. Tilrettelagte kommunale boliger – såkalte omsorgsboliger – er

<sup>104</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) kap. 7.10 Krav til forebygging.

<sup>105</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, hhv. § 7-2 og 7-4.

<sup>106</sup> Forvaltningsloven § 11.

<sup>107</sup> NOU 2016: 17 På lik linje kapittel 14.2.2.

<sup>108</sup> Helsedirektoratet (2021). Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. juni 2021, lest 17. januar 2022), kap. 4

<sup>109</sup> Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) § 15. Kommunen er videre forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv, se sosialtjenesteloven § 27.

ikke formelt en institusjon.<sup>110</sup> Omsorgsboliger er dermed rettslig sett å regne som beboernes egne hjem. Helse- og omsorgstjenester tildeles i eget vedtak etter en individuell vurdering av hjelpebehovet på samme måte som for andre hjemmeboende.<sup>111</sup>

Bofellesskap kan bidra positivt til gode levekår. Fellesløsninger kan samtidig gi risiko for at individuelt tilpassede tilbud blir mindre tilgjengelige.<sup>112</sup> Manglende tilpasning av boligforholdene kan også føre til frihetsbegrensninger som det ikke ville vært behov for andre steder.

Personer med utviklingshemning har ofte begrensede valgmuligheter når det gjelder bosted, og det er viktig at kommunen sikrer et botilbud som tar hensyn til den enkeltes behov og som i størst mulig grad forebygger bruk av tvang. Gode lokaler er en forutsetning for et godt bomiljø og kan bidra til å forebygge eller redusere behovet for tvangsbruk.<sup>113</sup> Antall og sammensetning av beboere er en viktig faktor for et trygt bomiljø, og for å legge til rette for et tjenestetilbud med minst mulig bruk av tvang.

Våre funn viste at boligtilbudet i kommunen hadde vesentlig betydning for bruken av tvang og makt for flere av de beboerne vi besøkte. Det kom fram at boforholdene i noen av boligene, både utformingen av byggene og sammensetningen av og antallet beboere, bidro til å skape risiko for uforholdsmessig bruk av fysisk makt og skjermingstiltak. Boforholdene gjorde det også vanskelig å beskytte beboere godt nok mot vold og skade i noen tilfeller. For flere av beboerne vi besøkte ble det sagt at det ikke ville vært behov for alle begrensningene dersom bosituasjonen var annerledes.

Vi fant også at utformingen av botilbudet økte risikoen for situasjoner som bidro til selvskadning og utagering når personalet skulle hjelpe en beboer å forflytte seg, og dermed økte behovet for bruk av tvang. (se kapittel 4.3 *Omfattende risiko i bolig med enkeltbeboer*).

Det kom også frem at manglende fasiliteter for de ansatte når det gjaldt mulighet for informasjonsdeling, møter, opplæring og veiledning skapte en belastende arbeidssituasjon. Ved et av bofellesskapene ble det trukket frem at det ikke var mulig å samle hele personalgruppen for å sikre at alle ansatte får lik informasjon (se kapittel 4.1 *Boforhold som risikofaktor for bruk av tvang i et større bofellesskap*). Ved en bolig for en enkeltbeboer manglet det egnede lokaler for ansatte og ledelse, som gjorde det vanskelig å jobbe godt og systematisk, blant annet med dokumentasjon og gjennomføring av møter for de ansatte. Det var ikke tilrettelagt for at ansatte eller leder kunne gjøre kontoroppgaver, og det manglet mulighet til å ha personalmøter, overlappmøter eller veiledningssamtaler (se kapittel 4.3 *Omfattende risiko i bolig med enkeltbeboer*). Det kom også frem at det var utfordringer knyttet til systematikk i arbeidet med noen av beboerne. Flere vi snakket med oppga at det var utfordrende å få hele personalgruppen til å jobbe samlet og systematisk.

---

<sup>110</sup> Se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav c og forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Dette må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e, som gir rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

<sup>111</sup> Se Helsedirektoratets brev 6. mars 2013: Svar på henvendelse vedr rettslig grunnlag for omsorgsbolig, og Prop. 99 L (2015–2016) punkt 3.6.

<sup>112</sup> Larun, L. og Thuve Dahm, KT., (2020), Boformer for voksne med psykisk utviklingshemning, Folkehelseinstituttet.

<sup>113</sup> Helsedirektoratet, rundskriv side 33.

Personer med utviklingshemning har få valgmuligheter når det gjelder bolig, og det er viktig at kommunen gir et botilbud som sikrer at de ansatte kan jobbe enhetlig og systematisk, som tar hensyn til den enkeltes behov og som i størst mulig grad forebygger bruk av tvang.

#### **Anbefaling: Bomiljø og fysiske rammebetingelser**

- Kommunen bør sikre at bomiljøet og fysiske rammebetingelser tilrettelegges på en slik måte at beboerne ikke utsettes for unødvendig bruk av tvang.

### **5.3 Risiko ved bemanning og kompetanse**

Å gi et trygt og riktig tjenestetilbud til personer med utviklingshemning som har utfordrende atferd krever en høyt kvalifisert personalgruppe som sammen jobber systematisk for å forebygge tvangsbruk. Krav til kompetanse og egnethet hos ansatte er viktig for å forebygge krenkelser av grunnleggende rettigheter og uforholdsmessig bruk av tvang.<sup>114</sup>

Beboeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tvangstiltak, og det skal være to tjenesteytere til stede hvis ikke dette er til ugunst for beboeren. Loven stiller også krav til personalets utdanning. Kompetansekravene er strengere for planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (b-tiltak) enn for tvangstiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (c-tiltak). De ansatte må også ha tilstrekkelig kunnskap om beboerne og deres særlige behov slik at tjenestene utføres på riktig måte og med minst mulig bruk av tvang og makt

Ved flere av boligene var det et høyt antall ansatte som ikke oppfylte lovens kompetansekrav. Det kom også frem at det ved spesielt en av boligene i perioder var omfattende bruk av vikarer (4.1 *Boforhold som risiko for bruk av tvang*). Både antallet dispensasjoner og antallet vikarer stiller store krav til opplæring og oppfølging fra kommunen for å sikre at alle ansatte får den kompetanse de trenger.

Kommunen hadde opplæringspakker som nyansatte skulle gjennomføre. Disse inneholdt grunnleggende opplæring om temaer som er viktige for alle yrkesgrupper. I tillegg skulle de gjennom praktisk opplæring på avdelingene der de skulle jobbe. Dette opplegget for opplæring ble innført sommeren 2020. Nærmeste leder skulle ha oversikt over hvem som hadde gjennomført opplæringen. Kommunen oppga at alle skulle gjennomføre kurs om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. I tillegg fikk ansatte i noen bofellesskap opplæring i konflikthåndtering.

Utover nyansatte, hadde alle ansatte et selvstendig ansvar for å sette seg inn i og følge kommunens regler, strategier og rutiner. Det kom fram at mange ikke hadde tid i sin arbeidsturnus til å opprettholde og utvikle egen kompetanse.

Besøket avdekket flere tilfeller av ulovlig tvang og tvang som det ikke var fattet vedtak for (se kapittel 4 *Bruk av fysisk makt og skjerming*). Dette tydet på at det manglet tilstrekkelig kompetanse hos ansatte om vilkårene for bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

<sup>114</sup> CPT (2020), nr. 17. IS-2015-10 avsnitt 4.4.3.

Mange og omfattende vedtak med inngripende tvangstiltak stiller høye krav til kompetanse og kunnskap om reglene og vilkårene for bruk av tvang. Det krever også at de ansatte får god opplæring om den enkelte beboer.

Kunnskap om vilkårene for bruk av tvang er avgjørende for å sikre at det gjøres riktige vurderinger av blant annet nødvendighet og forholdsmessighet. Det er også avgjørende for å sikre at kommunens plikt til å forebygge bruk av tvang overholdes.<sup>115</sup>

#### **Anbefaling: Bemanning og kompetanse**

- Kommunen bør styrke sitt arbeid med opplæring slik at alle ansatte har tilstrekkelig kunnskap om vilkårene for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

---

<sup>115</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4 første ledd andre punktum.



## 6 Beskyttelse mot vold og overgrep

### Rettslige rammer og standarder

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep fra andre beboere, nærstående eller profesjonelle omsorgspersoner.<sup>116</sup> Etter menneskerettighetene plikter myndighetene å iverksette tiltak for å hindre at slike krenkelser skjer.<sup>117</sup> Tiltakene skal inkludere opplæring til personer med nedsatt funksjonsevne, deres familier og omsorgspersoner. Effektiv lovgivning og organisering må også være på plass for å sikre at vold og overgrep oppdages, etterforskes og straffeforfølges.<sup>118</sup>

Europarådets torturforebyggingskomité har understreket at tilstrekkelig bemanning til enhver tid samt opplæring, støtte og veiledning av ansatte er viktige forebyggende tiltak.<sup>119</sup> Komiteen peker også på at virksomhetenes ledelse har et særlig ansvar for å følge opp enhver mistanke om krenkende atferd rettet mot beboere fra personalets side.<sup>120</sup>

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette forutsetter at kommunen har særlig oppmerksomhet rettet mot at brukere og pasienter kan være, eller står i fare for å bli, utsatt for slike krenkelser. Det følger også av internkontroll- og tilsynsregelverket at kommunen har en generell plikt til å føre kontroll med egen virksomhet.<sup>121</sup>

Personell som yter helse- og omsorgstjenester, vil både kunne ha en opplysningsrett og en opplysningsplikt for eksempel til politiet dersom det er nødvendig å varsle for å avverge alvorlig skade.<sup>122</sup> Får det enkelte personell kjennskap til at beboere står i fare for å bli utsatt for, eller har vært utsatt for, vold eller overgrep, må vedkommende vurdere om taushetsbelagte opplysninger kan eller skal videreformidles til politiet eller andre.<sup>123</sup>

<sup>116</sup> Se EMDs dom *I.C. mot Romania*, 2016, klagernr. 36934/08, avsnitt 55. Se også Helsedirektoratets veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, kapittel 5 Habilitering i dagliglivet, sist faglig oppdatert 8. mars 2022.

<sup>117</sup> Grunnloven § 92, EMK artikkel 1 og CRPD artikkel 16.

<sup>118</sup> Se EMDs dom *I.C. mot Romania*, 2016, klagernr. 36934/08 (se særlig avsnittene 51-61) som viser at mangelfull etterforskning ved påstander om seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemning kan medføre brudd på statens positive plikter etter EMK artikkel 3.

<sup>119</sup> CPT (2020) avsnitt 5 og 17.

<sup>120</sup> CPT (2020) avsnitt 4.

<sup>121</sup> Helsetilsynsloven § 5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 tredje ledd, 4-1 og 4-2 og kommuneloven § 25-1. Nærmere krav til internkontroll følger av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Se også Helsedirektoratet (2021). Kommunen skal arbeide systematisk for å beskytte personer med utviklingshemning mot vold og overgrep [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. juni 2021, lest 09. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemning/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet/kommunen-skal-arbeide-systematisk-for-a-beskytte-personer-med-utviklingshemning-mot-vold-og-overgrep>

<sup>122</sup> Helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

<sup>123</sup> Se Helsedirektoratets rundskriv IS-9/2015: «Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet.»



Både menn og kvinner med utviklingshemning utsettes for seksuelle overgrep og ulike former for vold. Helsemyndighetene legger til grunn at voksne personer med utviklingshemning oftere er utsatt for vold og seksuelle overgrep enn resten av befolkningen.<sup>124</sup>

Kristiansand kommune hadde sertifisert fem ansatte til å holde VIP kurs (Viktig Interessant Person) for utviklingshemmede.<sup>125</sup> Målet med programmet er å gi personer med intellektuell funksjonsnedsettelse kunnskap og trygghet til å sette grenser for seg selv, og kunne forstå egne og andres følelser og forstå hva som er vold. De første kursene ble ifølge kommunen holdt 11. oktober 2021.

Det var etablert et konsultasjonsteam i Agder politidistrikt i regi av Statens barnehus med deltakere fra seksjon for voksenhabilitering Sørlandet sykehus HF og fra ansatte i habilitering for voksne i Kristiansand kommune. Dette er et tverrfaglig konsultasjons- og rådgivningsteam som kan benyttes ved mistanke om vold og seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning. Målgruppen er alle som arbeider med personer med utviklingshemning i skole, aktivitetshus, tilrettelagte arbeidsplasser, bofelleskap, sykehus, NAV og andre helse og omsorgstjenester.<sup>126</sup> Teamet kan inviteres inn til avdelingene for å informere og gi kunnskap om temaet, og drøfte problemstillinger. Ved ett av stedene vi besøkte hadde Statens Barnehus bistått med opplæring av ansatte om tegn og symptomer på vold og overgrep.

Kommunen hadde også en rutine for «Seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne», som ble innført i 2020. Hensikten med rutinen var å «hindre seksuelt krenkende atferd eller overgrep mot voksne mottakere av helse- og omsorgstjenester. Sikre god håndtering ved mistanke om seksuelt krenkende atferd eller overgrep og forebygge at videre overgrep skjer». Rutinen bygget på Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) *Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning*.

Kommunens rutine skulle sikre god håndtering i situasjoner der det foreligger mistanke om seksuelt krenkende atferd eller overgrep, men handlet i liten grad om hvordan det skulle jobbes for å forebygge vold og overgrep i bofelleskapene og boligene.

Personer med utviklingshemning vil ofte ha større vanskeligheter med å kommunisere egne grenser og melde fra om egne opplevelser på grunn av lav kognitiv fungering, lite språk og en sårbar posisjon i forholdet til ansatte. Det er derfor avgjørende at kommunens rutiner også tar for seg hvordan man kan jobbe for å forebygge at vold og overgrep skjer. Et sentralt tiltak vil være å øke ansattes kunnskap om risikoen for overgrep og styrke deres kompetanse hvordan de kan bidra til å redusere risikoen på deres arbeidsplass. Ledelsen bør sikre at plikten til å forebygge overgrep jevnlig er tema for refleksjon blant de ansatte. Bevissthet om risikoen og et felles språk for hva dette betyr i arbeidshverdagen er i seg selv et viktig forebyggende tiltak.

Rutinen ble blant annet sendt ut til alle ansatte i boliger for personer med utviklingshemning, som skulle kvittere for at rutinen var lest og forstått. Likevel var det ved de fleste av bofelleskapene vi

---

<sup>124</sup> Helsemyndighetenes veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, kapittel 5 Habilitering i dagliglivet, sist faglig oppdatert 8. mars 2022.

<sup>125</sup> VIP er et voldsforebyggende program, som skal gi personer med intellektuell funksjonsnedsettelse bedre evne til å forstå egne følelser, evne til å sette grenser og forstå hva som er vold og overgrep.

<sup>126</sup> Det har blitt informert om teamet i alle ledermøte i habilitering hos Kristiansand kommune for å informere om konsultasjonsteamet og hva teamet kan benyttes til.

besøkte, ansatte som ikke kjente til at kommunen hadde denne rutinen. Vi kunne heller ikke se hvordan det ble sikret at rutinene ble operasjonalisert eller at kommunen la til rette for arenaer der dette var et tema for refleksjon og læring. Bare få av dem vi snakket med opplevde at forebygging og håndtering av mistanke om vold og overgrep utført av ansatte var et fokusområde i kommunen.

Sivilombudet fant ingen informasjon som ga mistanker om tilfeller av vold eller overgrep utført av ansatte overfor beboerne vi besøkte. Samtidig tydet funnene på at kommunen bør arbeide mer systematisk når det gjelder å skape bevissthet om at personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep.

#### **Anbefaling: Beskyttelse mot vold og overgrep**

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep, slik at ansatte settes i stand til å forebygge, fange opp og håndtere slike forhold.

## 7 Kontroll og rettssikkerhet

### Rettslige rammer og standarder

Effektive kontroll- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta rettssikkerheten til personer som er underlagt tvangstiltak og for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>127</sup> Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det statsforvalterens oppgave å føre kontroll med tvangstiltak gjennom overprøving av tvangsvedtak, klagebehandling og stedlige tilsyn med tvangstiltak.<sup>128</sup>

Statsforvalteren skal overprøve alle vedtak om tvang som planlagte skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov.<sup>129</sup> Statsforvalterens vedtak kan påklages til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker og eventuelt bringes inn for domstolene.<sup>130</sup>

Statsforvalteren skal også gjennomgå alle beslutninger om tvang i akutte nødsituasjoner og behandle eventuelle klager på slike beslutninger.<sup>131</sup> Statsforvalteren behandler også rettighetsklager etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.<sup>132</sup>

Statsforvalteren er også tilsynsmyndighet og kan sette i gang tilsyn, enten på eget initiativ eller på anmodning fra den det gjelder eller en annen som har rett til det.<sup>133</sup> I tillegg skal statsforvalteren føre stedlig tilsyn med tjenestene til beboere som har vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>134</sup>

Statsforvalterens kontrollfunksjoner er en sentral rettssikkerhetsgaranti for beboere som utsettes for tvang. Personer med utviklingshemning kan trenge særlig beskyttelse for å få ivaretatt sine interesser, og ordningene skal blant annet sikre at vilkårene for å benytte tvang er til stede.<sup>135</sup>

### 7.1 Overprøving og tilsyn

#### Overprøving

Statsforvalteren skal prøve alle sider av saken, inkludert faglige skjønnsvurderinger.<sup>136</sup> Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før det er godkjent av Statsforvalteren.<sup>137</sup> I forbindelse med besøket innhentet vi alle vedtak fra Statsforvalteren for de siste fem årene som gjaldt beboerne vi besøkte.

Vår gjennomgang viste at Statsforvalterens egne vurderinger i vedtakene ofte var knapt beskrevet og bar preg av standardformuleringer som etterlot tvil om hvor grundig den rettslige kontrollen med tvangsvedtakene var. De aktuelle tiltakene ble ofte omtalt som inngripende og omfattende, og det

<sup>127</sup> CPT, 2020, avsnitt 33-35 og EMDs dom i M.S. mot Kroatia, 2015, avsnitt 105.

<sup>128</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-8, 9-11 og § 12-3 første ledd, andre setning.

<sup>129</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8.

<sup>130</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-11 og 9-12.

<sup>131</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 første ledd regulerer klagebehandlingen. Hvordan statsforvalteren skal gjennomgå meldingene er ikke nærmere lovregulert, men må ses i sammenheng med tilsynsrollen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Se nærmere i Helsetilsynet, Retningslinje for fylkesmannens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Internserien 7/2011, revidert 2020, kapittel 2.

<sup>132</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

<sup>133</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

<sup>134</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd andre setning.

<sup>135</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) avsnitt 7.5.2; IS-2015-10 punkt 4.8.1.

<sup>136</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8 første ledd, jf. IS-2015-10 punkt 4.8.3.

<sup>137</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd.

ble fremhevet at de hindret beboerens alminnelige selvbestemmelse og bevegelsesfrihet. Utover slike generelle formuleringer, var det ofte uklart hvordan Statsforvalteren vurderte tvangstiltakene i vedtaket konkret opp mot lovens krav. På bakgrunn av at det forvaltningsrettslige kravet til begrunnelse skjerpes jo mer inngripende et tiltak er, fremstår Statsforvalterens saksbehandling i overprøvingene som problematisk.<sup>138</sup> Det stilles særskilte krav til tydelighet og klarhet i slike saker. Begrunnelsesplikten skal bidra til å sikre grundighet og nøyaktighet hos beslutningstakere, og er en viktig rettsikkerhetsgaranti for den enkelte.

### Stedlig tilsyn

Statsforvalteren skal ha stedlige tilsyn hos beboere med vedtak som godkjennes etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>139</sup> Det stedlige tilsynet er viktig for å evaluere vedtaket, og for å sikre at kommunen overholder lovens krav og Statsforvalterens overprøving.<sup>140</sup> Hvor ofte stedlige tilsyn skal gjennomføres for den enkelte beboer, er ikke presisert i loven. Ifølge Statens helsetilsyn skal nye tvangstiltak følges opp med tilsyn, og ellers skal Statsforvalteren prioritere tilsyn ut fra informasjon om risikoforhold, kjennskap til kommunene og vedtak om inngripende tvangstiltak.<sup>141</sup> Beboere, pårørende og verger har også rett til å anmode om at Statsforvalteren oppretter tilsynssak dersom de ønsker å klage på kvaliteten i tjenesten eller måten et tvangsvedtak gjennomføres på.<sup>142</sup>

I forbindelse med besøket innhentet vi alle tilsynsrapporter fra Statsforvalteren i Agder for de siste fem årene som gjaldt beboerne vi besøkte. I dette tidsrommet hadde Statsforvalteren gjennomført stedlige tilsyn til de fleste av beboerne vi besøkte, i noen tilfeller var det gjennomført flere år på rad. For en av beboerne vi besøkte hadde Statsforvalteren imidlertid ikke gjennomført stedlig tilsyn de siste fem årene (se nedenfor).

### Alvorlig rettssikkerhetssvikt ved bruk av skjerming og innlåsing

Vi fant flere alvorlige svakheter i Statsforvalterens overprøving av og tilsyn med vedtak som omfattet bruk av skjerming og ulike innlåsingstiltak.

På besøkstidspunktet hadde en av beboerne vi besøkte et vedtak som omfattet bruk av skjerming, selv om vedtaket var truffet med hjemmel i lovens § 9-5 tredje ledd bokstav c, som et tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Vedtaket hadde i flere omganger blitt godkjent av Statsforvalteren, til tross for at det ikke er adgang til å benytte skjerming etter denne bestemmelsen (se kapittel 4.2 *Ulovlig skjerming og innlåsing i bofelleskap*).<sup>143</sup> Det kom fram at det var Statsforvalteren som i en tidligere overprøving hadde vurdert at kommunen kunne gjennomføre skjermingen på dette grunnlaget. For den samme beboeren godkjente Statsforvalteren også et tvangstiltak som gikk ut på rutinemessig låsing av beboers dører ut av leiligheten, uten at det ble satt

<sup>138</sup> Forvaltningsloven §§ 24 og 25, jf. Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 og Rt. 2011 s. 111, avsnitt 50 og 51. Se også Forvaltningslovutvalgets utredning i NOU 2019: 5 punkt 23.2.5.2.

<sup>139</sup> Helsetilsynsloven § 4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Se Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning (Internserien 6/2019).

<sup>140</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995–1996) kapittel 4.4.

<sup>141</sup> Veileder for tilsyn med bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning, Statens helsetilsyn, Internserien 6/2019.. Og tildelingsbrev? Sjekk Hamar-rapport side 40, fotnote 124.

<sup>142</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

<sup>143</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 andre ledd. Se Ot.prp. nr. 55 (2002-2003), kapittel 11, spesialmerknader til dagjeldende sosialtjenestelov, § 4a-6 (videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6).

spørsmålstegn ved lovligheten av å låse beboeren inne i sitt eget hjem. Statsforvalteren hadde heller ikke gjennomført stedlig tilsyn med denne beboerens vedtak de siste fem årene.

Ved et annet bofellesskap vi besøkte, hadde Statsforvalteren godkjent et tiltak som innebar at døren ut fra en beboerens leilighet kunne sperres med en port ved urolig adferd om natten. Tiltaket ble godkjent som et tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov (se kapittel 4.1 *Boforhold som risiko for bruk av tvang*).<sup>144</sup> Heller ikke i dette tilfellet ble det satt spørsmålstegn ved om tiltak som innebærer innesperring er lovlig. I samme bofellesskap godkjente Statsforvalteren et vedtak som omfattet skjerming, selv om det fremsto som tvilsomt om kommunens redegjørelse i vedtaket dokumenterte at lovens krav var oppfylt. Statsforvalteren problematiserte heller ikke kommunens opplysninger om at døren ut av beboers leilighet var låst under gjennomføring av skjermingen.

Disse sakene avdekket alvorlig rettssikkerhetssvikt ved overprøving av inngripende og ulovlige begrensninger i bevegelsesfriheten til beboere i deres egne hjem. Vi har merket oss at helse- og omsorgstjenestelovens § 9-6, som oppstiller særlige begrensninger på bruk av skjerming, ikke er omtalt i noen av de gjennomgåtte overprøvingsvedtakene fra Statsforvalteren.

Det samlede inntrykket av Statsforvalterens saksbehandling etterlot tvil om kontrollen med kommunens tvangsvedtak er rettslig forsvarlig. Funnene tyder på manglende kunnskap om lovgivningen ved bruk av tvang. Behovet for en grundig kontroll av kommunens saksbehandling og vedtak forsterkes når det er lenge siden det er gjennomført tilsyn med situasjonen for beboeren som vedtaket gjelder.

De påpekte svakhetene i Statsforvalterens vurderinger var etter Sivilombudets oppfatning vesentlige, og bidro til å øke risikoen for uhjemlet, unødvendig og uforholdsmessig bruk av tvang.

### **Dispensasjoner fra utdanningskravet**

Helse- og omsorgstjenesteloven gir beboere rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tvangsvedtak.<sup>145</sup> Statsforvalteren kan i «særlige tilfeller» gi dispensasjon fra utdanningskravet.<sup>146</sup>

Kommunen hadde søkt dispensasjon i forbindelse med gjennomføring av tvangsvedtak for alle beboerne vi besøkte. Statsforvalteren godkjente de fleste søknader om dispensasjon fra utdanningskravet, også i tilfeller med et høyt antall tjenesteytere.

I ett tilfelle skulle tvangstiltakene gjennomføres av i alt 43 ansatte, og dispensasjonen ble gitt for alle de 29 ansatte det ble søkt for. Statsforvalteren vektla at beboeren ble fulgt opp av to ansatte på dag- og kveldstid. Det totale antallet ansatte ble derfor ikke vurdert som uforsvarlig, selv om Statsforvalteren uttrykte bekymring over det høye antallet ansatte som det ble søkt dispensasjon for.

For en annen beboer i samme bofellesskap ble søknad om dispensasjon for 25 ansatte først avslått, men godkjent etter ny søknad der kommunen søkte om dispensasjon for 17 ansatte og der det totale antallet ansatte var redusert fra 25 til 17. Statsforvalteren hadde tilsynelatende en høy terskel for å avslå søknader om dispensasjon, til tross for vilkåret om at det kun er i særlige tilfeller at dispensasjon kan gis.

---

<sup>144</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven 9-5 tredje ledd bokstav c.

<sup>145</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 andre og tredje ledd.

<sup>146</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 tredje ledd tredje punktum.

## 7.2 Klager på tvangsvedtak og beslutninger mv.

Beboerne, deres pårørende og verger kan klage på vedtak som er overprøvd av Statsforvalteren til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. De samme personene kan også påklage beslutninger om tvang i enkeltstående nødsituasjoner til Statsforvalteren.

I perioden fra 1. januar 2016 til 4. oktober 2021 var det ikke fremmet noen klager på verken beslutninger om tvang i enkeltstående nødsituasjoner eller på Statsforvalterens overprøvingsvedtak. Dermed foreligger det heller ingen klagevedtak fra Fylkesnemnda eller saker som er brakt inn for domstolene i perioden.

Flere av beboerne vi besøkte er underlagt svært omfattende og inngripende tvang som dekker en rekke livsområder. Det er uklart hva som er grunnen til at klageadgangen ved bruk av tvang og makt i praksis ikke blir benyttet. Flere beboere hadde et stort omsorgsbehov og utfordrende atferd som var godt kjent av pårørende og verge. I slike tilfeller er det en risiko for at pårørende vegrer seg for å klage av frykt for at dette vil gi negative konsekvenser for tjenestetilbudet til sin nærstående. Vi fant ingen konkrete indikasjoner på dette under vårt besøk.

## 7.3 Opplæring og veiledning av verger

Verger er en viktig rettsikkerhetsgaranti for personer med utviklingshemning. Vergen skal høres før det fattes vedtak om tvang, og skal motta informasjon om muligheten til å uttale seg i saker som overprøves, og om retten til å klage.<sup>147</sup> Kommunen kan ikke treffe vedtak om tvang overfor personer med utviklingshemning uten at det først er oppnevnt en verge med et mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>148</sup> Verge oppnevnes av Statsforvalteren som lokal vergemålsmyndighet.<sup>149</sup> Kommunen har ansvaret for å begjære oppnevning eller endring av eksisterende vergemål for den det er aktuelt å treffe tvangsvedtak for.<sup>150</sup>

Alle beboerne vi besøkte hadde en verge. Med ett unntak var den oppnevnte vergen en av beboerens nærmeste pårørende. De fleste av vergemandatene omfattet både økonomiske og personlige forhold, men hadde ikke uttrykkelig henvisning til saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. For en verge, som også var en nærstående, gikk det kun fram av vergemandatet at oppdraget var å «ivareta [beboerens] interesser», uten nærmere presisering av hva dette omfattet.

Alle vergene mottok jevnlig informasjon fra kommunen om bruk av tvang og makt i samsvar med helse- og omsorgsloven kapittel 9-3 andre ledd. Det var likevel uklart om alle vergene var klar over at vergeoppdraget omfattet ansvar for å ivareta beboerens rettsikkerhet i forbindelse med tvangsvedtak etter kapittel 9, og hvilke plikter et slikt vergeoppdrag innebærer.

Vergemålslovens regler innebærer at vedtak om vergemål skal ta uttrykkelig stilling til omfanget av vergemålet, og vergens mandat skal reflektere dette.<sup>151</sup> Helsedirektoratet har lagt til grunn at det må fremgå særskilt at mandatet omhandler oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

<sup>148</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd og Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) side 56–57.

<sup>149</sup> Vergemålsloven §§ 6 og 25, jf. § 55.

<sup>150</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd andre setning.

<sup>151</sup> Vergemålsloven § 21 tredje ledd.

<sup>152</sup> Helsedirektoratet, rundskriv, kapittel 4.3.4., side 63–64.

Statsforvalteren skal også sørge for nødvendig opplæring, veiledning og bistand til verger.<sup>153</sup> Dette omfatter både opplæring ved oppnevningen, og senere dersom det er behov for det. Våre funn tydet på at vergene ikke fikk opplæring og veiledning tilpasset vergeoppdragets innhold. Noen få av vergene hadde gjennomført eller fått tilbud om opplæring i forbindelse med etablert av vergemålet, men hadde siden ikke blitt tilbudt opplæring. Flere ga uttrykk for at de opplevde å måtte finne ut selv hvordan vergeoppdraget skulle ivaretas.

Vergene, som med ett unntak var en av beboerens nærmeste pårørende, syntes heller ikke å ha fått tilstrekkelig veiledning fra Statsforvalteren om tilgjengelige klagemuligheter, slik som adgangen til å klage på manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, eller vergens anledning til å be Statsforvalteren om å vurdere opprettelse av tilsynssak.

Personer med utviklingshemning har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen og opplever betydelige barrierer i å få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. I lys av dette er det bekymringsfullt at flere verger ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring og veiledning om vergeoppdraget. Dette svekket deres mulighet til å ivareta beboernes rettssikkerhet.

#### **Anbefalinger: Kontroll og rettssikkerhet**

- Statsforvalteren må sikre forsvarlig kontroll av kommunens vedtak slik at all bruk av tvang og makt kun skjer når lovens vilkår for dette er oppfylt, og at de rettslige vurderingene går klart fram av vedtakets begrunnelse.
- Statsforvalteren bør sikre at oppnevnte verger får tilstrekkelig opplæring og veiledning for å ivareta beboernes rettssikkerhet.

<sup>153</sup> Vergemålsloven § 6 og vergemålsforskriften § 1.



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

