



**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT | nr. 70**

**St. Olavs hospital,  
Regional sikkerhetsavdeling  
(Østmarka)**

**26. september – 28. september 2022**



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



## SIVILOMBUDET

St. Olavs Hospital HF  
v/klinikkjef Elin Ulleberg  
Postboks 3250 Torgarden  
7006 TRONDHEIM

Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern  
- RSA Østmarka  
v/ Henning Dragsnes  
Postboks 534  
7405 TRONDHEIM

Vår referanse  
2022/2992

Deres referanse  
«Ref»

Vår saksbehandler  
Aurora Geelmuyden

Dato  
14.02.2023

### **Oversendelse av besøksrapport etter besøk til St. Olavs hospital, Regional sikkerhetsavdeling (Østmarka)**

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til regional sikkerhetsavdeling, RSA Østmarka, 26. september - 28. september 2022. Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker å lese den.

Vi ber om at sykehuset og kontrollkommisjonen gir tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **15. mai 2023**.

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.

Hanne Harlem  
sivilombud

Helga Fastrup Ervik  
avdelingssjef

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

Kopi til:  
HELSEDIREKTORATET  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
HELSE MIDT-NORGE RHF



**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT**

St. Olavs hospital

**Regional sikkerhetsavdeling (Østmarka)**

26.09.22–28.09.22

## Innholdsfortegnelse

<b>I. Sivilombudets forebyggingsmandat</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>III. Anbefalinger</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Gjennomføring av besøket</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Regionale sikkerhetsavdelinger (RSA)</b> .....	<b>10</b>
2.1 Om sikkerhetspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger .....	10
2.2 Regional sikkerhetsavdeling (RSA) Østmarka .....	11
<b>3 Bruk av tvangsmidler</b> .....	<b>13</b>
3.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Østmarka .....	14
3.2 Mekaniske tvangsmidler (belter) .....	14
3.2.1 Omfang av bruk av mekaniske tvangsmidler .....	14
3.2.2 Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler .....	15
3.2.3 Mangler i begrunnelsene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler .....	15
3.3 Bruk av spyttette.....	18
<b>4 Bruk av skjerming</b> .....	<b>20</b>
4.1 Fysiske forhold og omfang av bruk av skjerming.....	20
4.2 Vedtak om skjerming .....	21
4.3 Gjennomføring av skjerming.....	21
Begrensninger i retten til kommunikasjon under skjerming.....	22
<b>5 Andre inngrep i personlig integritet</b> .....	<b>23</b>
5.1 Husordensregler.....	23
5.2 Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon .....	24
5.2.1 Vedtak om begrensninger i retten til kommunikasjon .....	25
5.2.2 Andre begrensninger i retten til kommunikasjon .....	26
5.2.3 Pasienttelefon .....	27
<b>6 Dokumentasjon på bruk av tvang og makt</b> .....	<b>29</b>
6.1 Begrunnelse for vedtak.....	29
6.2 Informasjon om vedtak til pårørende.....	29
6.3 Manglende dokumentasjon fra undersøkelse med politihund .....	30
<b>7 Forebygging av tvang</b> .....	<b>31</b>
7.1 Oversikt over tvangsbruk.....	31
7.2 Forhold som påvirker forebygging av tvang .....	32
7.3 Pasienter i særlig utsatte situasjoner .....	33
7.3.1 Pasienter med behov for tolk.....	33
7.3.2 Pasienter med krigs- eller torturerfaringer.....	34
7.3.3 Kjønn .....	35

7.3.4 Utskrivningsklare pasienter .....	35
<b>8 Klage og kontroll .....</b>	<b>37</b>
8.1 Kontrollkommisjonen ved RSA Østmarka .....	37

## 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 konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff 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 gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

---

<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

### Om besøket og RSA Østmarka

Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til St. Olavs hospital, regional sikkerhetsavdeling (RSA) Østmarka 26.-28. september 2022. Sykehuset ble på forhånd varslet om at Sivilombudet planla å gjennomføre et besøk i løpet av 2022, men dato for besøket ble ikke oppgitt.

RSA Østmarka flyttet inn i nye lokaler 16. november 2021, og er plassert i utkanten av et sykehusområde på Lade i Trondheim. Den regionale sikkerhetsavdelingen består av to døgnposter, og avdelingen er samlokalisert med den lokale sikkerhetsavdelingen og sentral fagenhet for tvungen omsorg. Sivilombudets besøkte de to døgnpostene ved den regionale sikkerhetsavdelingen.

### Mangelfulle vedtak og mangler i begrunnelser for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler

Vedtakene om bruk av belter var av varierende kvalitet, og i noen av vedtakene var det ut fra beskrivelsen av situasjonen vanskelig å se at lovens vilkår for bruk av belter var oppfylt. I flere vedtak var det også uklart om man hadde forsøkt å benytte seg av mindre inngripende virkemidler før det ble besluttet bruk av belter.

Loven krever at bruken av belter er «uomgjengelig nødvendig» i den aktuelle situasjonen. Dette kravet gjelder hele perioden pasienten er i belter. Vi fant flere eksempler på at det ikke ble foretatt en selvstendig vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av belter var oppfylt ved kontroll av beltene, og at pasienter sov med belter på. Når en pasient sover vil situasjonen i utgangspunktet ikke oppfylle lovens vilkår for bruk av belter.

Flere pasienter var i belter over lang tid. Lange opphold i transportbelter kan i seg selv medføre en normalisering av bruken som skaper risiko for at det brukes også utenom nødrettsliknende tilfeller, og uten at det foretas en kontinuerlig og reell kontroll av beltebruken. Gjennomgangen av vedtak og journaler for flere belteforløp ga Sivilombudet bekymring for en problematisk normalisering av bruk av belter, særlig transportbelter.

Flere av eksemplene på mangelfulle begrunnelser ble funnet i behandlerjournaler skrevet av vakthavende leger som normalt ikke jobber ved RSA Østmarka. Dette kan tilsi at vaktordningen ved RSA Østmarka ikke sikrer at det foretas nødvendig kontroll av om lovens vilkår er oppfylt, og at det for vaktleger som normalt jobber andre steder og med andre problemstillinger kan oppleves vanskelig å foreta selvstendige og tilstrekkelig grundige vurderinger av nødvendigheten av tvangsmidler.

### Omfattende og lovstridige begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon

RSA Østmarka hadde i utgangspunktet et forbud mot at pasientene fikk bruke sin private mobiltelefon under innleggelsen. Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern har rett til å benytte mobiltelefon. Lovverket åpner for at det, på gitte vilkår, kan fattes vedtak om begrensninger i den enkelte pasients kontakt med omverden. Lovverket åpner ikke for et slik generelt forbud som RSA Østmarka praktiserte. Sykehuset viste liten bevissthet om hvor inngripende det er å frata en person som allerede er frihetsberøvet helt sentrale kommunikasjonsmuligheter i dagens samfunn.

Retten til kontakt med omverden ble i praksis forsøkt ivaretatt ved at personalet ringte nummeret en pasient ønsket å komme i kontakt med fra avdelingens pasienttelefon, og så leverte denne telefonen

til pasienten for samtale. For pasienter som var skjermet var det imidlertid innført et generelt utgangspunkt om at besøk ikke var tillatt, og at telefonsamtaler utover til advokat og kontrollkommisjonen, kunne tillates etter en individuell vurdering. Slike begrensninger i kontakt med omverden må det fattes eget vedtak om og inngår ikke som en del av et skjermingsvedtak. Det er ikke adgang til å innføre en slik generell begrensning.

### **Forbedringspunkter som gjelder forebygging av tvang**

I forbindelse med besøket ble det funnet flere forhold som påvirket avdelingens forebygging av tvang.

Husordensreglene ved RSA Østmarka var strenge, svært detaljerte og holdt i et uvennlig språk. De var utformet som absolutte regler. Flere av reglene gikk langt i å begrense pasientens selvbestemmelsesrett uten at de var begrunnet i sikkerhetsbehov. Enkelte av reglene gikk også ut over det som det er lov til å regulere i husordensregler. Slike regler kan samtidig bidra til økt frustrasjon som kan bygge seg opp til konflikter og medføre økt bruk av tvang. At dette er en reell risiko ble bekreftet av et konkret tilfelle hvor en rigid gjennomføring av interne regler sterkt bidro til å eskalere situasjonen som endte med beltelegging.

I akutte situasjoner vil ofte personalet søke å roe ned situasjonen gjennom muntlig kommunikasjon, for å unngå bruk av tvang. God språkforståelse er derfor viktig. Pasienter som mangler språkferdigheter og for eksempel er i en psykotisk tilstand, kan bli mer agitert som følge av at de ikke opplever seg forstått eller at ansatte feiltolker deres oppførsel. I slike situasjoner er det viktig at personalet har en lav terskel for å tilkalle tolk.

Det er få kvinnelige innlagte på de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge, og majoriteten av de ansatte i miljøpersonalet ved RSA Østmarka er menn. I noen sammenhenger kan det være viktig at både kvinnelig og mannlig personale er tilgjengelig under en vakt, fordi det for mange kan være lettere eller tryggere å forholde seg til en av samme kjønn, særlig i mer intime situasjoner.

### **Kontroll og klage**

Kontrollkommisjonen ved RSA Østmarka hadde delt seg i to kommisjoner der den ene ble ledet av leder og den andre av nestleder. De to delene av kontrollkommisjonen besøkte avdelingen annenhver gang, slik at det i praksis var to ulike kommisjoner som møtte på institusjonen annenhver gang. At kommisjonen hadde delt seg i to innebærer en klar risiko for at informasjon om og fra pasientene går tapt fordi den ikke deles, eller ikke fanges opp på grunn av manglende kontinuitet i arbeidet.

Ansatte på avdelingen var ofte til stede under pasientenes samtaler med kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen så i liten grad ut til å gjøre egne vurderinger for å sikre at pasientene så langt som mulig fikk snakke med den i fortrolighet.

Kontrollkommisjonen hadde vurdert avdelingens forbud mot mobiltelefon på postene og konkludert med at det er rettslig adgang til et generelt forbud mot mobiltelefon i husordensreglene. Sivilombudet finner det urovekkende at kommisjonen ikke hadde foretatt grundigere juridiske undersøkelser av dette spørsmålet.



### III. Anbefalinger

#### **Anbefaling: Mekaniske tvangsmidler (belter)**

- Sykehuset bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.
- Sykehuset bør innføre rutiner som sikrer at det alltid vurderes, og som regel forsøkes, å løsne pasient fra belter under søvn.
- Sykehuset bør sikre at legene som betjener vaktordningen ved RSA Østmarka er godt kjent med regelverket for bruk av tvangsmidler, herunder vilkårene for bruk av belter.

#### **Anbefaling: Skjerming**

- Sykehuset bør sikre at vedtak om skjerming alltid inneholder en konkret beskrivelse av den faktiske bakgrunnen for skjermingsvedtaket, og hvorfor det er nødvendig med skjerming.
- Sykehuset må sikre at skjerming av en pasient ikke innebærer større begrensninger for pasienten enn det loven åpner for. Hvis det er behov for begrensninger utover det som ligger i et skjermingsvedtak, må det fattes vedtak.

#### **Anbefaling: Husordensregler**

- Sykehuset bør gjennomgå husordensreglene for å sikre at de holder seg innenfor lovens rammer og ikke medvirker til å forårsake unødvendige konflikter og tvangsbruk.
- Pasientenes pårørende bør ha innsyn i husordensreglene.

#### **Anbefaling: Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon**

- Sykehuset må avskaffe forbudet mot bruk av privat mobiltelefon.
- Sykehuset må sikre at det alltid fattes vedtak med en konkret begrunnelse når sykehuset nekter eller begrenser pasienters rett til besøk, telefonsamtaler eller annen kontakt med omverden.

#### **Anbefaling: Dokumentasjon på bruk av tvang og makt**

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt ved tvangsvedtak og dokumenterer konkrete begrunnelser for dette.
- Sykehuset bør sikre at det alltid står i vedtaket om pasientens nærmeste pårørende er informert om vedtaket, eventuelt hva som er årsaken til at de ikke informeres.

#### **Anbefaling: Forebygging av tvang**

- Sykehuset bør innføre faste rutiner for samtale med pasienten om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken i etterkant av tvangsbruk (ettersamtaler).

- Pasienter som ikke behersker norsk eller engelsk bør så raskt som mulig få tilgang til tolk i situasjoner hvor de utsettes for tvangsmidler. Det bør også tilbys tolk i samtaler med miljøpersonalet for å avklare forhold som kan skape konflikt.
- Sykehuset bør, for å kunne ivareta pasienter i ulike situasjoner og med ulike behov, arbeide for en bedre kjønnsbalanse i miljøpersonalet.

**Anbefaling: Rettssikkerhet**

- Kontrollkommisjonen bør sikre at den organiserer sitt arbeid på en måte som ivaretar pasientenes velferd og rettigheter, og sikrer kontinuitet og god informasjonsdeling.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at samtaler med pasienter som hovedregel skjer uten at ansatte hører samtalen, så langt dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.
- Kontrollkommisjonen bør sikre forsvarlig juridisk kontroll av sykehusets husordensregler.

## 1 Gjennomføring av besøket

I mai 2022 ble St. Olavs hospital varslet om at det ville bli gjennomført et besøk til regional sikkerhetsavdeling (RSA) Østmarka i løpet av høsten 2022. Besøket ble gjennomført 26.-28. september 2022. Forebyggingsenheten besøkte begge døgnpostene ved regional sikkerhetsavdeling.

Besøket ble innledet med en befaring som omfattet pasientrom, fellesområder, skjermingsenheter, utearealer, mottaksavdeling, vaktrom, gymsal og treningsrom. Det ble gjennomført private samtaler med pasienter, miljøpersonell, behandlere og ledelse.

I forkant av besøket fikk vi oversendt dokumenter som interne prosedyrer, husordensregler, statistikk for tvangsvedtak og kopi av tvangsvedtak fra sykehuset. Vi mottok også protokoller og klagesaker fra den lokale kontrollkommisjonen.

I etterkant av besøket hadde vi samtaler med ytterligere noen ansatte og kontrollkommisjonen i tillegg til å innhente mer dokumentasjon fra avdelingen.

Vi gjennomførte også et avsluttende møte med ledelsen, der foreløpige funn ble presentert.

Følgende personer deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)
- Aurora Lindeland Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist)
- Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Jannicke Ryun Sæther (seniorrådgiver, jurist)

## 2 Regionale sikkerhetsavdelinger (RSA)

### 2.1 Om sikkerhetspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger

Sikkerhetspsykiatri er den delen av psykisk helsevern som utreder og behandler personer med alvorlig sinnslidelse og samtidig aggresjons- eller voldsproblematikk. Fagområdet sikkerhetspsykiatri har kliniske enheter på regionalt og lokalt nivå.<sup>3</sup> Det regionale nivået tar imot personer med mer alvorlig voldsproblematikk og behov for ekstra sikkerhetstiltak og økt bemanning, sammenliknet med lokalt nivå.<sup>4</sup> Av den grunn er det også et eget kapittel i psykisk helsevernloven som gir de regionale sikkerhetsavdelingene noe større adgang til å benytte inngripende kontrolltiltak for å håndtere sikkerhetsutfordringer.<sup>5</sup> De regionale sikkerhetsavdelingene i Norge har en årlig felles samling.<sup>6</sup>

<b>Døgnplasser i regionale sikkerhetsavdelinger pr. august 2022</b>		
<b>Helse Sør-Øst</b>	Oslo universitetssykehus	22
<b>Helse Vest</b>	Helse Bergen	10
<b>Helse Midt</b>	St. Olavs hospital	10
<b>Helse Nord</b>	Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset	5
<b>Totalt antall døgnplasser i Norge</b>		<b>47</b>

Av innlagte på regionalt og lokalt nivå i sikkerhetspsykiatrien har omtrent tre fjerdedeler en psykoselidelse, og halvparten av disse har rusmisbruk/avhengighetsdiagnose i tillegg. Det er en klar overvekt av menn blant de innlagte.<sup>7</sup>

Innleggelse reguleres av både sivilrettslig og strafferettslig lovverk. Sivilrettslig er det psykisk helsevernloven som gjelder, som regel tvungent psykisk helsevern.<sup>8</sup> Regionale sikkerhetsavdelinger mottar flest innleggelse fra lokale sikkerhetsavdelinger og akuttpsykiatriske avdelinger. I tillegg skjer de fleste utskrivinger fra regionale sikkerhetsavdelinger til lokale sikkerhetsavdelinger.<sup>9</sup>

Strafferettslig kan en tiltalt finnes utilregnelig av domstolen og dømmes til tvungent psykisk helsevern.<sup>10</sup> Domfelte pasienter opptar en fjerdedel av de regionale døgnplassene og halvparten av de lokale døgnplassene i sikkerhetspsykiatrien.<sup>11</sup> I tillegg kan personer være plassert på en regional sikkerhetsavdeling i stedet for varetekt i fengsel («varetektssurrogat») eller for å gjennomføre en

<sup>3</sup> Ved innføring av psykisk helsevernlovens kapittel 4A ble det gitt anledning til å etablere enhet for særlig høy sikkerhet, i tilfeller der det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. En slik enhet er per januar 2023 ikke blitt etablert.

<sup>4</sup> I de lokale sikkerhetsavdelingene skal bemanningen være minst 3:1, mens det i de regionale sikkerhetsavdelingene skal være minst 5:1 jf. St. meld. Nr. 25 (1996-1997) s. 100 (boks 4.2). Dette betyr at det er henholdsvis tre eller fem ansatte per pasient i løpet av et døgn.

<sup>5</sup> Se psykisk helsevernloven kapittel 4A II Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger.

<sup>6</sup> Årlig melding 2021-2022, Regional sikkerhetsseksjon, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst side 4.

<sup>7</sup> «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport» ved SIFER Sør-Øst (Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), pkt. 2.4

<sup>8</sup> Tvungen observasjon reguleres i psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-2 og tvungent psykisk helsevern i phvl. § 3-3.

<sup>9</sup> Se kilde i fotnote nr. 7, pkt. 2.3.

<sup>10</sup> Straffeloven § 62.

<sup>11</sup> Se kilde i fotnote nr. 7, pkt. 3.1.1.1

judisiell døgnobservasjon i forbindelse med at det utarbeides en rettspsykiatrisk rapport.<sup>12</sup> En person som det gjennomføres judisiell observasjon av, anses ikke som en pasient og skal ikke motta noen behandling for psykisk sykdom. I denne rapporten vil vi likevel av hensyn til behov for anonymisering og for å forenkle språket omtale alle innlagte som pasienter.

## 2.2 Regional sikkerhetsavdeling (RSA) Østmarka

### Antall pasienter og organisering

Den regionale sikkerhetsavdelingen (RSA) for Helse Midt-Norge ligger under St. Olavs Hospital i Trondheim. RSA Østmarka er plassert i utkanten av et sykehusområde på Lade i Trondheim.

Antall innlagte pasienter på RSA Østmarka i løpet av et år varierer, i 2020 var det totalt 29 pasienter og i 2021 17 pasienter. På besøktidspunktet var ni personer innlagt, og flertallet av disse var innlagt med hjemmel i psykisk helsevernloven § 3-3. Alle pasientene på besøktidspunktet var menn. Mange av de innlagte på RSA Østmarka har vært innlagt flere ganger. Innleggelsestiden varierer fra noen dager til flere år.

RSA Østmarka består av to sengeposter med én felles postleder, som leder begge miljøpersonalgruppene. Postlederen rapporterer til en seksjonssjef som i tillegg til de to regionale sikkerhetspostene, har ansvar for den lokale sikkerhetsposten, behandlere og ergoterapeut. Disse er en del av avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som ledes av en avdelingssjef og sorterer under klinikk for psykisk helsevern - allmenn, rehabilitering og sikkerhet.

### Fysiske forhold

RSA Østmarka flyttet inn i nye lokaler 16. november 2021. Det nye sikkerhetsbygget mottok i juni 2022 pris for Europas beste psykiatribygg.<sup>13</sup> Vårt besøk omfattet post A og post B som sammen utgjør regional sikkerhetsavdeling. Post A og B ligger i tilknytning til hverandre og deler vaktrom, aktivitetsrom, samt et atrium med beplantning. I sikkerhetsbygget ligger også den lokale sikkerhetsavdelingen (post C) med seks sengeplasser og sentral fagenhet for tvungen omsorg (post F) med syv sengeplasser. Pasientene ved RSA Østmarka mottas normalt på post A, og etter stabilisering der kan pasienter overføres til post B før videre flytting til lokal sikkerhetsavdeling på post C, eller utskrivelse.

Sikkerhetsbygget fremstår moderne og funksjonelt med brede ganger, god belysning og behagelig akustikk. Det er gjennomgående store glassflater som gir godt innslipp av dagslys i fellesområdene og på pasientrommene.

Lokalene i sikkerhetsbygget er mindre og mer kompakte enn RSAs tidligere lokaler på Brøset. Den bygningsmessige utformingen og felles vaktrom har mange fordeler, men det ble også pekt på fra personalets side at de kompakte lokalene skaper færre naturlige steder for personalet å være sammen med pasientene.

Pasientrommene har eget bad og pasienten kan selv styre belysning og persiener via et panel på rommet. Under besøket ble vi informert om at det hadde vært utfordringer med persiennene både

<sup>12</sup> Straffeprosessloven § 188 og § 167.

<sup>13</sup> <https://europeanhealthcaredesign.salus.global/conference-static-page/ehd-awards-2022-winners-revealed>

på grunn av vindforholdene og fordi de ikke ga tilstrekkelig god lysskjerming, blant annet om natten. Sivilombudet understreker at pasientene må sikres tilstrekkelig lysavskjerming om natten.

Toalett for de ansatte, vaskerom og medisinrom var plassert utenfor postene. Dette ble pekt på som en utfordring fordi ansatte da var fraværende fra posten en rekke ganger i løpet av en vakt. Det ble også uttrykt savn etter et kjøkken inne på post, hvor man kunne lage mat med pasientene, og kjenne matlagingslukt i lokalene. Noen opplevde at disse løsningene skapte litt sterkere følelse av institusjon.

Det var en liten uteplass tilgjengelig for hver av postene, samt en større felles uteplass i atriet mellom postene.

Et moderne aktivitetsbygg henger sammen med resten av sikkerhetsbygget, og er lett tilgjengelig fra postene. I tilknytning til aktivitetsbygget ligger en stor inngjerdet hage med beplantning, stier, sitteområder og bane for ballspill.

### 3 Bruk av tvangsmidler

#### **Rettslige krav og standarder**

Menneskerettslige standarder stiller strenge krav til bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.<sup>14</sup> Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og når bruk av tvangsmiddelet er den eneste måten å forhindre nært forestående skade på pasienten eller andre.<sup>15</sup> Videre er ikke «potensiell» fare tilstrekkelig for bruk av tvangsmidler - faren for skade må være umiddelbar eller overhengende.<sup>16</sup> Bruk av slike tvangsmidler skal heller ikke forlenges utover det som er strengt nødvendig.<sup>17</sup>

De senere år har Den europeiske menneskerettighetsdomstol (EMD) gått i retning av en mer intensiv prøving av om vilkårene for bruk av tvangsmidler er oppfylt og understreket behovet for ivaretagelse av rettssikkerhetsgarantier i forbindelse med tvangsmiddelbruk.<sup>18</sup> Ansvarlige myndigheter er blant annet pålagt å dokumentere at tvangsmiddelbruken var strengt nødvendig og proporsjonal, at ingen mindre inngripende tiltak kunne avverget risikoen for skade og at inngrepet ikke varte lenger enn strengt nødvendig.<sup>19</sup>

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

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

Tvangsmidler kan etter norsk rett bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.<sup>21</sup> Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettsliknende situasjon».<sup>22</sup>

<sup>14</sup> Se blant annet; Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017) 6, avsnitt 1.4; Europarådets ministerkomité, Recommendation No. Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. september 2004, artikkel 27.

<sup>15</sup> EMD *M.S. mot Kroatia*, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104.

<sup>16</sup> EMD *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 111.

<sup>17</sup> EMD *Aggerholm mot Danmark* avsnitt 102.

<sup>18</sup> Se NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven, kapittel 7.3.3.

<sup>19</sup> Se særlig EMD *M.S. mot Kroatia* avsnitt 104-105.

<sup>20</sup> Se FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs menneskerettighetsråd 1. februar 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b); FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt i komiteens 15. sesjon september 2015, avsnitt 12 med videre henvisninger.

<sup>21</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

<sup>22</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, side 74 og Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) til § 4-8: «Formålet med bestemmelsen er å hjemle tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd.»

Bruken av tvangsmidler skal alltid gjøres så kortvarig som mulig, og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte.<sup>23</sup> Tvangen skal avbrytes straks dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkningene eller har uforutsette negative konsekvenser.<sup>24</sup>

### 3.1 Omfang av tvangsmiddelbruk ved RSA Østmarka

Sivilombudet innhentet statistikk over vedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 ved RSA Østmarka, tidligere RSA Brøset, i 2020 og 2021.<sup>25</sup> Oversikten nedenfor viser antall vedtak per år, og i parentes oppgis det hvor mange personer vedtakene er fordelt på. Tallene viser at én person gjerne får flere vedtak om bruk av tvangsmidler. Mekaniske tvangsmidler (belter) var det mest brukte tvangsmiddelet i 2020 og 2021.

Vedtak om bruk av tvangsmidler ved RSA Østmarka*		
	2020	2021
Mekaniske tvangsmidler (belter) (phvl. § 4-8.2a)	13 (7)	11 (4)
Innskrenket forbindelse med omverden (phvl. § 4-5)	14 (4)	9 (3)
Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel (phvl. § 4-8.2c)	2 (1)	6 (3)
Kortvarig fastholding (phvl. § 4-8.2d)	6 (5)	3 (3)
<b>Totalt</b>	<b>35</b>	<b>29</b>

\* Antall pasienter i parentes.

### 3.2 Mekaniske tvangsmidler (belter)

#### 3.2.1 Omfang av bruk av mekaniske tvangsmidler

RSA Østmarka fører statistikk over antall vedtak om mekaniske tvangsmidler (belter), antall pasienter som har vært beltelagt og hvor lenge beltene har vært i bruk. Beltene kan være fastmontert på en seng (belteseng) hvor pasienten ligger på ryggen og får et belte over brystet og et belte over hver arm og hvert ben. Når pasienten må på do eller skal drikke/spise, kan personalet utvide beltene med såkalte forlengere, eventuelt iføre pasienten transportbelter som gir noe større bevegelsesmuligheter. Transportbelter kan også påføres pasienten under selve nødsituasjonen før pasienten føres/bæres til egen seng eller til en belteseng. I noen tilfeller kan pasienten selv gå til rommet, iført belter rundt armene og overkroppen og belte fra den ene foten til den andre. Dette gir pasienten mulighet til å gå, men ikke løpe. Dersom transportbelter er tilstrekkelig til å håndtere den nødrettsliknende situasjonen vil slike kunne brukes også uten at pasienten blir lagt i belteseng. Felles for disse innretningene er at pasientens mulighet til å bevege armer og/eller ben begrenses helt eller delvis.

Tabellen nedenfor gjengir sykehusets tall og viser at det ble brukt belter overfor omtrent en fjerdedel av pasientene i 2020 og 2021. Timeantallet viser at noen av belteforløpene var svært lange.

<sup>23</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26.

<sup>24</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd.

<sup>25</sup> Oversikten er basert på oversendt årsrapport for 2021 og oversendt statistikk over innlagte pasienter for 2020.



Bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) ved RSA Østmarka						
	Antall timer belter var i bruk	Belteseng	Transportbelter	Antall personer	Antall vedtak	Antall innlagte
2020	473 timer 41 min	22 timer 21 min	451 timer 20 min	7	13	29
2021	890 timer 34 min	94 timer 27 min	796 timer 20 min	4	11	17

### 3.2.2 Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Sivilombudet gjennomgikk 18 vedtak om bruk av belter fra RSA Østmarka. For en del av disse vedtakene gjennomgikk vi også løpende journal for perioden pasientene hadde vært påført belter. Av de 18 vedtakene var det tre som ikke skulle ikke vært skrevet som vedtak. To av disse vedtakene beskriver endring i bruken av belter overfor en person som allerede er påført belter, i ett tilfelle er en beltekontroll feilaktig ført som vedtak.

De fleste av vedtakene vi gjennomgikk inneholdt beskrivelser som viste at vilkåret om «uomgjengelig nødvendig» var oppfylt i den akutte situasjonen.

I noen av vedtakene var det imidlertid ut fra beskrivelsen av situasjonen vanskelig å se at situasjonen hadde gjort beltebruk uomgjengelig nødvendig. I flere vedtak var det også uklart om man hadde forsøkt å benytte seg av mindre inngripende virkemidler før det ble besluttet bruk av belter.

I ett vedtak ble det for eksempel vist til at «[m]ed bakgrunn i aktuell situasjon samt tidligere behandlingserfaring (der pasienten under tilsvarende omstendigheter er vurdert med høy risiko for utagering) vurderes derfor bruk av mekaniske tvangsmidler som nødvendig.» I journalnotatene som beskrev denne situasjonen ble pasienten beskrevet som verbalt utagerende «[d]og ingen fysisk utagerende atferd.» Det var ingen nærmere begrunnelse for at det forelå en nødrettsliknende situasjon. Hverken muntlige trusler og skjellsord, eller en generell henvisning til tidligere behandlingserfaring, er tilstrekkelig begrunnelse for å bruke belter. Pasienten ble i dette tilfellet påført transportbelter direkte da vedkommende ankom institusjonen i følge med politi, iført spytthette og håndjern.

Vedtaks kvalitet omtales nærmere i kapittel 6.1 *Dokumentasjon på bruk av tvang og makt*.

### 3.2.3 Mangler i begrunnelsene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler

Det må være uomgjengelig nødvendig å bruke tvangsmiddelet i hele perioden tvangen opprettholdes.<sup>26</sup> Dette er i samsvar med psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd om at tvang skal innskrenkes til det som er strengt nødvendig.<sup>27</sup> Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har gitt

<sup>26</sup> Jf. lovens ordlyd "tvangsmidler skal bare brukes" og bestemmelsens formål om å være en nødrettsliknende hjemmel for skadeavverging.

<sup>27</sup> Dette er i samsvar med EMD *Aggerholm mot Danmark* avsnitt 102: «The Court will now proceed to examine the continuation and duration of the physical restraint measure. The Court recalls in this context that it is not sufficient that the decision to resort to the restraint measure was "strictly necessary" to prevent an immediate and imminent risk of harm to other persons. In addition, it is also a requirement that the restraint measure is not prolonged beyond the period which was "strictly necessary" (see paragraph 84 above), and that it is for the State to demonstrate convincingly that this condition was met.»

uttrykk for at belter skal brukes så kort som mulig, og at man da mener fra minutter til noen få timer.<sup>28</sup>

Det følger av psykisk helsevernforordningen § 26 første ledd at ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «friere forpleining». Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres.<sup>29</sup>

Bestemmelsen om friere forpleining er en av få bestemmelser i lov- og forskriftsverket som sier noe om hva som skal skje utover i et belteleggingsforløp. Bestemmelsen kan imidlertid skape inntrykk av at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer. Det er ikke tilfellet. Tvangsbruken skal vurderes fortløpende<sup>30</sup> og ikke opprettholdes lenger enn strengt nødvendig.<sup>31</sup>

Sivilombudet har i november 2022 utgitt en rapport om kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern, og har i den forbindelse anbefalt at det gjøres en vurdering av ordlyden i psykisk helsevernforordningen § 26.<sup>32</sup>

Ved RSA Østmarka ble særlig transportbelter i noen tilfeller brukt over lange perioder, se kapittel 3.2.1 *Omfang av bruk av mekaniske tvangsmidler*.

Ved gjennomgang av dokumenter fra RSA Østmarka så vi flere eksempler på at pasienter lå i belter mens de sov. Når en person sover vil vilkårene for bruk av tvangsmidler sjelden være oppfylt.<sup>33</sup> Helsedirektoratet har tydelig uttrykt at det alltid bør vurderes, og om mulig forsøkes, å løse pasienten fra beltene når vedkommende sover.<sup>34</sup>

I dokumentene så vi at en pasient hadde sovet i flere timer og at lege i samråd med personalet besluttet å ikke gjennomføre undersøkelse av beltene fordi dette kunne forstyrre nattesøvn og utgjøre en fare for nye episoder. Videre stod det at «Friere forpleining er uansett ikke aktuelt på nåværende tidspunkt gitt tidligere gjentatte alvorlige episoder med utagering.» Dette er ikke en tilstrekkelig begrunnelse for å fortsette bruken av belter. Belter kan kun brukes når lovens vilkår er oppfylt, og er ikke tillatt som et preventivt tiltak eller som straff. Dersom personalet har erfaring med at en person utgjør en fysisk trussel i gitte situasjoner og av den grunn mener at beltebruk er uomgjengelig nødvendig lenger enn det som ville vært utgangspunktet uten denne erfaringen, må

<sup>28</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf 2017(6), pkt. 4.1.

<sup>29</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, kommentar til forskrift om psykisk helsevern § 26 første ledd siste setning: «Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over 8 timer skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid, for eksempel løses fra belter eller gis transportbelter i stedet for belteseng. Kan dette ikke gjøres skal årsaken til dette nedtegnes. Dette skal gjentas hver 8 time.» Helsedirektoratet har tidligere ment at det kun er vurderingen etter de første åtte timene som må skriftliggjøres, men dette gikk direktoratet bort fra i fortolkning; Tvangsmiddelforskrift § 7 annet ledd 4 pkt 8-timersregelen (30.09.2011) saksnr. 11/5503.

<sup>30</sup> Psykisk helsevernforordningen § 26 tredje ledd.

<sup>31</sup> Se EMD *Aggerholm mot Danmark* avsnitt 84 siste punktum: «It must also be shown that the coercive measure at issue was not prolonged beyond the period which was strictly necessary for that purpose.»

<sup>32</sup> Les hele rapporten på Sivilombudets nettsider: <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Kontroll-med-bruk-av-mekaniske-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-1.pdf>

<sup>33</sup> Sivilombudet har ved flere anledninger uttalt seg kritisk til at pasienter sover i belter, da den nødrettsliknende situasjonen vanskelig kan sies å være til stede når pasienten sover. Rapporter fra tidligere besøk er tilgjengelig på nettsidene til Sivilombudet.

<sup>34</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, kommentaren til psykisk helsevernloven § 4-8.

det dokumenteres en konkret begrunnelse for dette. Vedtaket ble klaget inn til kontrollkommisjonen, og pasienten fikk medhold i at beltene var på for lenge. Det ble i denne sammenheng spesielt vist til at belter som hovedregel ikke skal brukes ved søvn.

Vi fant også flere eksempler på at legen som hadde gjennomført kontroll av beltebruken ikke hadde foretatt en selvstendig vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av belter var oppfylt. I ett tilfelle stod det i journalen at pasienten våknet av at legen kom inn i rommet, og uttrykte da et ønske om å sove videre. Likevel konkluderte vakthavende lege med at: «[Undertegnede] har ikke nok informasjon fra pas eller kjennskap til pasienten til at det vurderes trygt å fjerne beltene nå. Det vurderes nødvendig å beholde disse til pas våkner og samarbeider tydelig og kan vurderes på nytt.» Det er bekymringsfullt at et så inngripende tiltak som mekaniske tvangsmidler opprettholdes i flere timer med begrunnelse i mangel på informasjon om pasienten. En slik begrunnelse oppfyller åpenbart ikke lovens vilkår.

I dokumentasjonen av et legetilsyn i en annen pasientjournal ble det vist til begrunnelsen for at personen tidligere på dagen ble påført belter, og deretter at: «Pasienten er per nå vurdert for impulsiv og påvirket av paranoide vrangforestillinger, at lempeligere forpleining ikke vurderes forsvarlig. Ved tilsyn sover pasienten.» Heller ikke dette er en tilfredsstillende begrunnelse for at vilkårene for beltebruk fremdeles var oppfylt og at man fortsatt befant seg i en nødrettsliknende situasjon.

Personalet skal hele tiden følge med på den beltelagte pasienten, og foreta en løpende vurdering av om det fortsatt er uomgjengelig nødvendig å bruke belter. I miljøpersonalets journal stod det at en pasient som var påført transportbelter oppsøkte personalet i gangen, satte seg ned på gulvet og sa at han hadde fått beskjed om at nattevaktene skulle vurdere å låse opp beltene. Nattevaktpersonalets respons var gjengitt slik i journalen: «Personalet forklarer at han må ha på dette i kveld og i natt før det blir gjort noen ny vurdering.» Beskrivelsen tyder på at miljøpersonalet ikke foretok en løpende og aktiv vurdering av om beltene skulle tas av, slik regelverket krever.

I ett tilfelle ble en pasient i en periode lagt i belteseng, deretter ført over i transportbelter, og så lagt tilbake i belteseng. Dette ble begrunnet med at pasienten viste det som ble beskrevet i journal som «ikke-adekvat atferd» i transportbelter. En slik beskrivelse er åpenbart ikke tilstrekkelig som begrunnelse for å opprettholde tvangsmiddelbruk. Tvert imot er det naturlig å legge til grunn et skjerpet krav til begrunnelse der en pasient fastspennes i belteseng, da dette som utgangspunkt må betraktes som et enda mer inngripende tiltak enn transportbelter.

Gjennomgangen av vedtak og journaler for flere belteforløp ga Sivilombudet bekymring for en problematisk normalisering av bruk av belter, særlig transportbelter.

Utenom behandlernes arbeidstid på dagtid er det en vakthavende lege i spesialisering («forvakt») som har ansvar for kontrollen av bruk av tvangsmidler. Denne kan støttes av en psykiater som kan kontaktes ved behov, men som ikke befinner seg på sykehusområdet («bakvakt»). Denne turnusordningen dekker en stor del av sykehuset, og innebærer at de fleste legene på vakt ikke har erfaring fra sikkerhetspsykiatrien eller kunnskap om den enkelte pasient ved RSA Østmarka. Flertallet av eksemplene på mangelfulle begrunnelser som er omtalt her, er hentet fra behandlerjournaler som er skrevet av leger som normalt ikke jobber ved RSA Østmarka. Dette kan tilsi at vaktordningen ved RSA Østmarka ikke sikrer at det foretas nødvendig kontroll av om lovens vilkår er oppfylt, og at det for vaktleger som normalt jobber andre steder og med andre problemstillinger kan oppleves

vanskelig å foreta selvstendige og tilstrekkelig grundige vurderinger av nødvendigheten av tvangsmidler. Vi så imidlertid også et eksempel på at en behandler ved RSA Østmarka begrunnet fortsatt beltelegging av en sovende pasient med at man er redd for å vekke pasienten, som ble vurdert å ha behov for søvn.

Som tallene ovenfor viser, er det flere pasienter som er i belter over lang tid. Lange opphold i transportbelter kan i seg selv medføre en normalisering av bruken som skaper risiko for at det brukes også utenom nødrettslignende tilfeller, og uten at det foretas en kontinuerlig og reell kontroll av beltebruken.<sup>35</sup>

Sivilombudet understreker at det er et ledelsesansvar å sikre at de ansatte, både de fast ansatte og de som betjener i vaktordningen, har riktig forståelse av regelverket.

#### **Anbefaling: Mekaniske tvangsmidler (belter)**

- Sykehuset bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre at mekaniske tvangsmidler, både belteseng og transportbelter, kun benyttes i akutte faresituasjoner og at tiltaket avsluttes straks faren for skade ikke lenger er til stede.
- Sykehuset bør innføre rutiner som sikrer at det alltid vurderes, og som regel forsøkes, å løsne pasient fra belter under søvn.
- Sykehuset bør sikre at legene som betjener vaktordningen ved RSA Østmarka er godt kjent med regelverket for bruk av tvangsmidler, herunder vilkårene for bruk av belter.

### **3.3 Bruk av spytthette**

En spytthette er en gjennomsiktig hette som tres over hodet på en person, i mange tilfeller med et felt ved nedre del av ansiktet som hindrer at det kan sendes spytt ut av hetten. Bruk av spytthette kan være farlig av flere grunner, og Sivilombudet er kjent med flere rapporterte tilfeller fra andre land der uforholdsmessig bruk ser ut til å ha bidratt til eller forårsaket dødsfall.<sup>36</sup> Spytthette var tilgjengelig på felles vaktrom for de to postene på RSA Østmarka. Ansatte var kjent med at det var spytthette tilgjengelig på posten, og noen husket at den hadde vært i bruk. I tvangsprotokollen så vi at én pasient i løpet av de siste månedene hadde vært påført spytthette mens vedkommende var i belteseng.

Det er viktig å understreke at bruk av spytthette er svært inngripende og kan skape angst hos pasientene, særlig når de allerede er fastspent i en belteseng. Når slikt utstyr er tilgjengelig, legger det til rette for at det blir brukt. Den europeiske forturforebyggingskomiteen (CPT) har tidligere frarådet tildekking av ansiktet til pasienter i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler:

<sup>35</sup> Sivilombudet har i flere besøksrapporter påpekt farene ved langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler, se besøksrapport Helse Bergen HF, psykiatrisk klinikk Sandviken (2018) og besøksrapport Sykehuset Østfold, sikkerhetspsykiatriske seksjoner (2018).

<sup>36</sup> Se redegjørelse for Sivilombudets syn på bruk av spytthette i Sivilombudets høringsuttalelse om forslag til endringer i straffegjennomføringsloven (bruk av spytthette mv.) av 30.09.2019: <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2019/10/Sivilombudsmannens-h%C3%B8ringsuttalelse-om-forslag-til-endringer-i-straffegjennomf%C3%B8ringsloven-bruk-av-spytthette-mv..pdf>

«When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain. Vital functions of the patient, such as respiration, and the ability to communicate, eat and drink must not be hampered. If a patient has a tendency to bite, suck or spit, potential damage should be averted in a manner other than by covering the mouth.»<sup>37</sup>

Sivilombudet har ved flere besøk til døgnavdelinger innen psykisk helsevern påpekt at det ikke er lovhjemmel til å bruke spyttetter på pasienter innen psykisk helsevern.<sup>38</sup>

Sykehuset har i etterkant av besøket opplyst at det umiddelbart etter Sivilombudets besøk fjernet spyttetter fra alle sengeposter og informerte alle ansatte om at bruk av spyttette er ulovlig og derfor ikke skal brukes eller oppbevares på sykehuset.

---

<sup>37</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 16th General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (2006) 35, side 16, punkt 48.

<sup>38</sup> Det følger av Ot. Prp. Nr. 11 (1998–1999) pkt. 8.8.4.5 at «I § 4-8 annet ledd oppregnes de tvangsmidler som det er tillatt å benytte». Mekaniske tvangsmidler er ifølge de samme forarbeidene innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/ eller ben («begrenser ekstremitetenes rekkevidde»). Spyttetter og liknende utstyr omfattes derfor ikke av ordlyden «skadeforebyggende spesialklær», jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd. Se omtale i besøksrapport og oppfølging i etterkant av besøk til Stavanger universitetssjukehus (2017) og Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling, akuttpsykiatriske seksjoner (2018) på Sivilombudets nettsider.

## 4 Bruk av skjerming

### **Rettslige krav og standarder**

Menneskerettighetene setter snevre rammer for adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet.<sup>39</sup> Bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der den gjennomføres over lengre tid, på en inngripende måte med lav grad av bevegelsesfrihet, meningsfull menneskelig kontakt og selvbestemmelse.

Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og kan kun besluttes dersom «en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig». Tiltaket må kun skje av «behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter». Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det er ikke adgang til å benytte skjerming av hensyn til personalet, andre driftsmessige hensyn eller som en reaksjon på at pasientene bryter husordensregler.

Skjerming er en innskrenkning i pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse som går utover det et opphold i tvungent psykisk helsevern i utgangspunktet gir adgang til.

### **4.1 Fysiske forhold og omfang av bruk av skjerming**

RSA Østmarka har to skjermingsenheter i tillegg til en mottaksavdeling som i noen tilfeller ble benyttet som skjermingslokale. Mottaksavdelingen lå utenfor postene i sikkerhetsbygget, og ble brukt av alle fire poster.

Skjermingsenhetene, som hadde lik planløsning og utforming, består av en skjermingsstue med eget bad og et separat soverom som ble kalt for «smitterom». Vi ble fortalt at flere pasienter ikke ønsket å sove på dette rommet, og at noen derfor i stedet sov på skjermingsstuen. Den ene langveggen til skjermingsstuen var av glass og lå ut mot et rom som fungerte som gang/forstue der ansatte kunne være dersom de ikke var inne på skjermingsstuen sammen med pasienten. Nedre del av glassveggen var foliert slik at personale som satt i stolene i gangen/forstuen ikke så direkte inn i enheten når de satt.

I en del psykisk helsevernsinstitusjoner har Sivilombudet funnet at pasienter blir skjermet inne på sitt eget rom, også over lengre perioder. Dette oppleves ofte som ekstra inngripende for pasienten og kan innebære en klar risiko for at pasienten i realiteten er isolert. Vi gjorde ikke funn som tydet på at man benyttet skjerming på pasientens eget rom ved RSA Østmarka.

I 2020 ble det fattet 51 skjermingsvedtak fordelt på 22 personer, og i 2021 ble det fattet 58 vedtak fordelt på 11 personer. Dette betyr at de pasientene som ble skjermet normalt hadde flere skjermingsvedtak. I de vedtakene vi har gjennomgått var vedtaks kvaliteten varierende, se kapittel 6.1 *Dokumentasjon på bruk av tvang og makt*. Vi mottok totalt omtrent 40 skjermingsvedtak. Blant disse mottok vi tre skjermingsforløp, som alle inneholdt flere skjermingsvedtak og løpende journal under skjermingen.

<sup>39</sup> Sivilombudsmannens temarapport «Skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling», 2018, side 32-36 og side 52.

## 4.2 Vedtak om skjerming

RSA Østmarka (daværende Brøset) hadde utarbeidet en intern veiledning for skjerming, «Persontilpasset skjerming ved avd. Brøset». Dokumentet inneholder en gjennomgang av det rettslige grunnlaget for skjerming og en oppsummering av sentrale funn i Sivilombudets temarapport om skjerming fra 2018.<sup>40</sup> I tillegg til en beskrivelse av skjermingspraksisen for avdelingen, inneholder dokumentet også en sjekklister for gjennomføring av skjerming for personal og behandlere. Dokumentet gir en rekke gode føringer for hvilke vurderinger som skal gjøres, herunder et eget punkt om begrunnelse:

«Begrunnelsen for vedtak om skjerming iht §4-3 i PHL. Det skal være et stort fokus på begrunnelsen for vedtaket som fattes av spesialist og hva innholdet i skjermingen konkret skal være. Målet for skjermingen må også konkretiseres. Det må også beskrives tydelige kriterier som må være oppfylt for at skjermingen oppheves. Dette må gjennomføres for å unngå lengre perioder med skjerming enn nødvendig.»

I dokumentgjennomgangen så vi at flere vedtak inneholdt konkrete og forklarende begrunnelser, mens andre var så knappe at det ikke var mulig å vurdere om situasjonen oppfylte lovens krav. I enkelte vedtak var det krysset av for «behandlingsmessige grunner» som bakgrunnen for skjermingen, uten at begrunnelsen ga noen redegjørelse for disse grunnene og hvorfor de tilsa at pasienten skulle skjermes.

Bare få av vedtakene inneholdt en nærmere beskrivelse av hva skjermingen skulle innebære. Særlig er dette viktig når en person skjermes på grunn av behandlingsmessige hensyn. Det kan eksempelvis være snakk om pasientens tilgang til aktiviteter, lesestoff og TV. Beskrivelsene i vedtaket skal kunne utgjøre grunnlaget for en overprøving av vedtaket om skjerming fra kontrollkommisjonens side.

## 4.3 Gjennomføring av skjerming

Vi gjennomgikk både vedtak og løpende journal for flere pasienter som hadde vært skjermet for å få innsikt i hvordan skjerming ble gjennomført i avdelingen. Gjennomgangen ga inntrykk av at skjermingen ble individuelt tilpasset, og at pasientene med skjermingsvedtak gradvis fikk prøve å ha sosialt fellesskap igjen. Dokumentasjonen som gjaldt skjermingsforløpene, viste at personalet hadde et bevisst forhold til risikoen for at pasienter blir holdt borte fra fellesskapet over lange perioder.

At skjermingsvedtakene ble gjennomført med løpende vurderinger og utprøvinger av å være utenfor skjermingsenheten er positivt. Dette gjør skjermingen mindre inngripende og reduserer risikoen for negative konsekvenser for den enkelte pasient. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at vedtaket bør oppheves når vilkårene for skjerming ikke lenger er oppfylt.

For pasienter som skjermes var det egne regler om én røyk hver hele time i tillegg til en røyk etter frokost, middag og kveldsmat. I de oversendte dokumentene så vi at begrensningene i muligheten til å røyke bidro til konflikter. Pasienter som er innlagt på RSA generelt, og på skjermingsenhet spesielt, er allerede fratatt svært mange muligheter for selvbestemmelse. Det er viktig at gjennomføringen av interne regler som griper inn pasientenes selvbestemmelse avveies mot risikoen for å skape konflikter, se kapittel 7.2 *Forehold som påvirker forebygging av tvang*.

<sup>40</sup> Temarapport om skjerming finnes på Sivilombudets nettsider: <https://www.sivilombudet.no/aktuelt/tortur-forebygging/skjermining-i-psykisk-helsevern-skaper-risiko-for-umenneskelig-behandling/>



### Begrensninger i retten til kommunikasjon under skjerming

Det var egne regler om kontakt med omverden for pasienter som var skjermet. Ifølge reglene ble det normalt ikke tillatt besøk på skjermingsenheten og det skulle foretas en individuell vurdering av om pasienten kan ha telefonkontakt med pårørende. Slike innskrenkninger i kontakt med omverdenen er ikke en del av et skjermingsvedtak, og er kun tillatt dersom vilkårene i psykisk helsevernloven §§ 4-5 eller 4A-6 er oppfylt. Pasientene ved RSA Østmarka hadde ikke tilgang til egen mobiltelefon på posten, se kapittel 5.2. *Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon.*

At slike regler for kontakt med omverden under skjerming ble håndhevet av personalet er bekreftet i dokumentgjennomgangen. Her så vi at en skjermet pasient fikk avslag på å ringe en bekjent, og at det var notert i journalen at pasienten ikke fikk ringe andre enn advokat, kontrollkommisjonen og en forelder. Vi kunne ikke se at det var truffet vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen overfor denne pasienten, og begrensningene så ut til å være en konsekvens av skjermingen.

I en annen sak hadde avdelingen forbudt besøk til en skjermet pasient fra dennes familie i flere uker etter innleggelsen, uten at det var fattet vedtak om begrensninger i kontakt med omverden. Forbudet mot besøk uten at det var fattet vedtak ble kritisert av kontrollkommisjonen i forbindelse med en klage over senere vedtak om begrensninger i kontakt med omverden.

Det er bekymringsfullt at pasienter, som ved skjerming allerede har begrenset kontakt med medpasienter og ansatte og derfor er særlig sårbare, også får innskrenket sin kontakt med omverden.<sup>41</sup> Dette kan kun gjøres dersom tungtveiende grunner i en konkret situasjon taler for det og på grunnlag av at det er fattet et vedtak som pasienten blant annet skal ha mulighet til å klage på, se kapitlene 5.2 *Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon* og 8 *Klage og kontroll.*

#### Anbefaling: Skjerming

- Sykehuset bør sikre at vedtak om skjerming alltid inneholder en konkret beskrivelse av den faktiske bakgrunnen for skjermingsvedtaket, og hvorfor det er nødvendig med skjerming.
- Sykehuset må sikre at skjerming av en pasient ikke innebærer større begrensninger for pasienten enn det loven åpner for. Hvis det er behov for begrensninger utover det som ligger i et skjermingsvedtak, må det fattes vedtak.

<sup>41</sup> Se Sivilombudets besøksrapport Sørlandet sykehus, Kristiansand (2015) kapittel 6.5.5 og besøksrapport Sykehuset Østfold, sikkerhetspsykiatriske seksjoner (2018) kapittel 9.6.



## 5 Andre inngrep i personlig integritet

### 5.1 Husordensregler

#### **Rettslige krav og standarder**

Loven åpner for at institusjoner kan ha husordensregler.<sup>42</sup> Husordensregler er regler man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker befinner seg under samme tak, slik som nattero, besøkstider og hvor det er tillatt å røyke.<sup>43</sup>

Begrensninger i pasientens selvbestemmelsesrett utover selve frihetsberøvelsen er selvstendige inngrep i retten til privatliv. Slike inngrep må ha et klart lovgrunnlag, alltid begrenses til det som er nødvendig, og være forholdsmessig.<sup>44</sup> Dette betyr at husordensregler ikke kan inneholde bestemmelser som utgjør et inngrep i pasientens grunnleggende rettigheter og friheter uten en klar lovhjemmel. Husordensreglene kan heller ikke fravike eller sette til side lovens krav om at det skal treffes enkeltvedtak med mulighet til å klage til kontrollkommisjonen.

Forholdsmessighetsprinsippet innebærer at terskelen for hva som er greit å regulere i husordensreglene, er høyere for begrensninger på pasientenes rom enn i fellesarealene.<sup>45</sup>

Begge postene ved RSA Østmarka hadde omfattende husordensregler hengende godt synlig for pasienter og ansatte. Husordensreglene regulerte blant annet når pasientene ble vekket og tidspunkt for måltider, tilgang til internett og egen mobiltelefon, pasientenes bekledning og tidspunkter for røyking. Reguleringene var detaljerte og omfattet for eksempel forbud mot å ligge i møblelementet på stua, å skaffe seg tatoveringer mens man var innlagt, å drikke energidrikker og å bruke caps og hette.

Flere av disse reglene gikk langt i å begrense pasientens selvbestemmelsesrett uten at de var godt nok begrunnet i sikkerhetsbehov. For eksempel kan generelle begrensninger i hva pasientene får lov til å ha på seg være problematiske i lys av pasientenes rett til privatliv, yringsfrihet og tros- og religionsfrihet. Husordensreglene som gjaldt regulering av tilgang til internett og egen mobiltelefon innebærer generelle begrensninger i pasientens rett til kommunikasjon som det ikke er hjemmel for, se kapittel 5.2 *Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon*.

I samtaler med ansatte og ved gjennomgang av dokumenter fikk vi inntrykk av at det ble gjort unntak fra en del av husordensreglene overfor den enkelte pasient, og at flere av reglene mer var ønsket om hvordan ting skulle foregå på postene, enn noe som ble strengt overholdt. En slik fleksibilitet er i utgangspunktet positiv. Reglene var imidlertid utformet som absolutte regler. Dette er først og fremst problematisk når det gjelder grunnleggende rettigheter som ikke kan innskrenkes i generelle husordensregler. Fra et forebyggingsperspektiv utgjør imidlertid også absolutte og detaljerte

<sup>42</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2.

<sup>43</sup> Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) s. 100.

<sup>44</sup> Grunnloven §§ 102 og 113, EMK artikkel 8 og psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd: «Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.»

<sup>45</sup> Rundskriv IS-2017-1, kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2 syvende ledd: «Det innebærer at det skal mer til for å regulere aktiviteter og atferd på pasientrommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, enn aktiviteter og atferd i fellesarealene.»

husordensregler en risiko for unødvendige konflikter som igjen kan føre til økt bruk av tvang, se kapittel 7.2 *Forhold som påvirker forebygging av tvang*.

Pasientenes nærmeste pårørende fikk ikke utlevert husordensreglene, hverken uoppfordret eller hvis de ba om dem. Det er vanskelig å forstå hva som er begrunnelsen for dette. Informasjon om husordensreglene vil blant annet ha betydning for pårørendes mulighet til å ivareta pasientens rett til medvirkning.<sup>46</sup> I tillegg er det problematisk at de pårørende ikke får husordensreglene fordi de da er avskåret fra å foreta en kontroll av dem. Dette er særlig problematisk når husordensreglene faktisk inneholder generelle begrensninger i strid med loven, se kapittel 5.2 *Begrensninger i pasientens rett til kommunikasjon*, og kontrollkommisjonen i liten grad har foretatt noen grundig vurdering av lovligheten av husordensreglene, se kapittel 8.1 *Kontrollkommisjonen ved RSA Østmarka*.

Sivilombudet minner om at inngrep overfor personer som allerede er frihetsberøvet oppleves mer tyngende enn overfor personer som ikke er frihetsberøvet, og understreker at restriksjoner overfor pasientene skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Det er viktig at avdelingen er bevisst på den totale belastningen ulike inngrep medfører for pasientene når de er på RSA Østmarka.

#### **Anbefaling: Husordensregler**

- Sykehuset bør gjennomgå husordensreglene for å sikre at de holder seg innenfor lovens rammer og ikke medvirker til å forårsake unødvendige konflikter og tvangsbruk.
- Pasientenes pårørende bør ha innsyn i husordensreglene.

## **5.2 Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon**

### ***Rettslige krav og standarder***

Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet som følger av både Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og Grunnloven.<sup>47</sup> Eventuelle innskrenkninger i denne rettigheten krever en klar hjemmel i lov. I tillegg må innskrenkninger i retten til kommunikasjon være nødvendige og forholdsmessige.<sup>48</sup>

For personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern følger det av loven at man blant annet har rett til å «benytte telefon».<sup>49</sup> Den teknologiske utviklingen de siste tiårene har vært stor, og dagens mobiltelefoner har helt andre funksjoner enn da loven ble til. I dag er det klart at retten til kommunikasjon inkluderer elektronisk kommunikasjon.<sup>50</sup>

<sup>46</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

<sup>47</sup> Grunnloven § 102 og EMK art. 8.

<sup>48</sup> EMK art. 8 andre ledd.

<sup>49</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5.

<sup>50</sup> Grunnloven § 102 og EMK art. 8 slår fast den enkeltes rett til «kommunikasjon» og «korrespondanse». Det står følgende om ordvalg i Grunnlovsforarbeidene i Dok nr. 16 (2011-2012) s. 178: «Forslag til første ledd minner om formuleringen i EMK artikkel 8 nr. 1, men uttrykket «korrespondanse» er erstattet med uttrykket «kommunikasjon», slik man finner det i EUs Charter. Dette er gjort for å modernisere formuleringen i EMK, slik at det utvilsomt omfatter også nye digitale medier, telefon, e-post og sms. I motsetning til «korrespondanse» vil uttrykket «kommunikasjon» naturlig fange opp disse nye kommunikasjonsmidlene.» Se også Prop. 108 L (2011-2012) pkt. 4.6.5.1; Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1 kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-5; EMD *Saber mot Norge*, klagenr. 459/18, 17. desember 2020, avsnitt 48; EMD *Copland mot Storbritannia*, klagenr. 62617/00, 3. april 2007, avsnitt 41.

Det kan vedtas begrensninger i en pasients kontakt med omverdenen for to uker av gangen dersom det kan begrunnes i sterke behandlingsmessige hensyn, sterke velferdsmessige hensyn eller hvis sterke hensyn til nærstående gjør en slik begrensning nødvendig.<sup>51</sup> Det følger av forarbeidene til loven at det «skal mye til» for å vedta begrensninger i kontakt med omverdenen, og at de kvalifiserte kravene til unntakssituasjonen viser at man nærmer seg nødrettssituasjoner. Det poengteres også i forarbeidene at «Kommunikasjonsretten er så viktig for et menneske at det ikke skal være nok til å vedta innskrenkninger at kommunikasjonen medfører noe ubehag for dem som berøres.»<sup>52</sup>

For mennesker som befinner seg på en regional sikkerhetsavdeling kan det i tillegg fattes vedtak for inntil fire uker om begrensninger i adgangen til kommunikasjon med omverden på nærmere gitte vilkår, eksempelvis ved risiko for rømming, alvorlig voldsutøvelse eller innføring av rusmidler.<sup>53</sup> Da er det et krav om at begrensningene står i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten, og det følger av bestemmelses forarbeider at «[i]nnleggelse ved regional sikkerhetsavdeling skal ikke innebære at pasienten automatisk underlegges mer inngripende restriksjoner.»<sup>54</sup>

Dette betyr at det må være svært tungtveiende grunner for at man innskrenker pasienters mulighet til å kontakte omverdenen, at eventuelle innskrenkninger må begrunnes godt og vurderes kontinuerlig. I husordensreglement kan det fastsettes enkelte begrensninger på kontakten med omverden som med rimelighet følger av det å være i en helseinstitusjon. For de regionale sikkerhetsavdelingene innebærer dette at det kan fastsettes begrensninger med hensyn til hvilke tider og med hvilken varighet kommunikasjon kan finne sted i husordensreglene.<sup>55</sup> Slike begrensninger kan for eksempel skje for å ivareta forsvarlig drift og omsorgsansvaret man har overfor andre pasienter, slik som at det er visse tider på døgnet man ikke kan motta besøk, at telefonen skal være lydløs om natten, at telefonen ikke skal være i bruk i fellesarealene og at det ikke kan tas bilder av andre pasienter eller noe som identifiserer dem. Det er likevel viktig hele tiden å huske på at restriksjoner og tvang generelt «skal innskrenkes til det strengt nødvendige».<sup>56</sup>

### 5.2.1 Vedtak om begrensninger i retten til kommunikasjon

Sivilombudet har gjennomgått flere vedtak om begrensninger i kontakt med omverden. I ett tilfelle ble det fattet vedtak om å begrense pasientens kontakt med NAV og kommunen. Begrunnelsen var blant annet sterke hensyn for NAV og kommunen, som behandleren mente at kunne anses som «nærstående» i situasjonen. Bakgrunnen for vedtaket var at pasienten hadde ringt de offentlige instansene etter å ha fått beskjed om at vedkommendes bolig var sagt opp av kommunen. De offentlige instansene kontaktet sykehuset og varslet om at de ikke ønsket telefoner fra pasienten fordi de opplevde vedkommende som truende.

Det følger av loven at «sterke hensyn til nærstående person» kan utgjøre et grunnlag for å begrense kontakten med omverden. Helsedirektoratet skriver i sine kommentarer til bestemmelsen at dette alternativet er «tatt inn for å kunne begrense skadevirkninger på pasientens familie og miljø utenfor

<sup>51</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5.

<sup>52</sup> Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) til § 4-5.

<sup>53</sup> Psykisk helsevernloven § 4A-6.

<sup>54</sup> Prop. 108 L (2011-2012) pkt. 4.6.5.1

<sup>55</sup> Psykisk helsevernloven § 4A-6 femte ledd.

<sup>56</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd.

institusjon med tanke på mulighet for rehabilitering etter oppholdet.»<sup>57</sup> Av den grunn kan også arbeidsgiver i noen tilfeller anses som en nærstående.<sup>58</sup> Forutsetningen for å havne i denne kategorien må imidlertid være at kontakt på det aktuelle tidspunktet vil kunne ødelegge relasjonen i etterkant. Dette er ikke aktuelt for offentlige institusjoner som er forpliktet til å gi hjelp og veiledning, og vilkåret for å fatte vedtak om begrensninger er dermed ikke oppfylt.

Dagen etter vedtaket som gjaldt kontakt med NAV og kommunen, ble det fattet et nytt vedtak om fullstendig stans i pasientens mulighet til å ringe. Begrunnelsen var at pasienten hadde ringt familie og venner for å få hjelp til å rydde opp i boligsituasjonen mens sykehuset ønsket at deres eget personell skulle avklare situasjonen rundt bolig. Det var ingen spor av at familien selv hadde klaget til sykehuset over pasientens kontakt, eller bedt om at kontakten ble stanset. Tvert imot ga en av pasientens nærstående beskjed om at det var greit at pasienten ringte et par ganger per dag da sykehuset informerte om vedtaket. Vedtakene dokumenterer ikke hvordan lovens vilkår om «sterke hensyn til nærstående person» er vurdert.

### 5.2.2 Andre begrensninger i retten til kommunikasjon

Det var fastsatt i husordensreglene ved RSA Østmarka at ingen av pasientene fikk bruke sin egen mobiltelefon på posten. Disse husordensreglene var oppslått inne på postene der pasientene kunne lese dem.<sup>59</sup> I praksis ble pasientenes private mobiltelefoner oppbevart innelåst av personalet. Pasientene kunne så spørre personalet om å få sjekke meldinger og anrop på privat mobiltelefon, men som den klare hovedregel kunne pasientene ikke sende meldinger eller ringe ut fra telefonen sin. I forbindelse med besøket kom det fram flere ulike versjoner av regelsett om pasientenes tilgang til internett og egen mobil. Dette gjorde det vanskelig for Sivilombudet å slå fast hva som var den reelle praksisen. Når det gjelder tilgangen til egen mobil har sykehuset i etterkant av besøket opplyst at husordensreglene på dette området ikke praktiseres så strengt som de var formulert, og at det i realiteten er noe større adgang til bruk av privat mobiltelefon for pasientene enn reglene gir uttrykk for. Det er positivt dersom reglene ikke praktiseres så strengt som de er kommunisert til pasientene. Et generelt forbud og innlåsing av pasientenes telefon er likevel i strid med loven som kun åpner for slike begrensninger på grunnlag av et vedtak overfor den enkelte pasient.

En regional sikkerhetsavdeling kan ha legitime, spesielle sikkerhetsbehov og kommunikasjonsmulighetene som ligger i dagens mobiltelefoner kan virke uoverskuelige og utfordrende. Det å frata pasienter tilgang til egen mobiltelefon og alle dens muligheter for kommunikasjon er imidlertid et stort inngrep i deres privatliv, og kan i dagens samfunn ikke erstattes med tilgang til en telefon det kan ringes ut fra, se kapittel 5.2.3 *Pasienttelefon*. Blant annet mister pasientene muligheten til å kommunisere skriftlig med andre via for eksempel SMS og Messenger.

Sykehuset begrunnet forbudet mot bruk av mobiltelefoner i flere forhold. Det ble i hovedsak vist til frykt for at pasienter deler opptak eller bilder av seg selv, medpasienter eller ansatte på internett,

<sup>57</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1 kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd.

<sup>58</sup> Se fotnote 58 og Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) kap. 8.5.5.2.

<sup>59</sup> På besøkstidspunktet stod følgende husordensreglene oppslått for post A: "Mobiltelefon er ikke tillatt i avdelingen. Unntaksvis kan pasienten søke behandlingsmøte om å sjekke meldinger og anrop på mobiltelefon under tilsyn av personalet. Det er ikke anledning til å sende meldinger eller gjøre anrop." Og for post B var følgende regel oppslått på post: «Privat mobiltelefon tillates ikke i post, men oppbevares av personalet innelåst. Pasientene får sjekke meldinger og anrop på mobiltelefon under tilsyn av personalet. Det er ikke anledning til å sende meldinger eller gjøre anrop.»

frykt for at mobiltelefoner kan brukes til å planlegge eller gjennomføre ulovlige handlinger, og et ønske om å skåne personer utenfor sykehuset eller samfunnet fra kontakt med eller ytringer fra pasienter.

Når det gjelder frykt for deling av opptak eller bilder er utgangspunktet klart; Pasienter har rett til fri kommunikasjon også i tilfeller hvor personalet tenker at det ikke er til det beste for vedkommende. For å begrense risikoen for deling av informasjon som identifiserer andre pasienter, kan det for eksempel være naturlig å ha regler om at man ikke kan ta bilder av andre pasienter eller av informasjon som identifiserer disse.<sup>60</sup>

Når det gjelder faren for at mobiltelefoner brukes til å planlegge eller gjennomføre ulovlige handlinger, eller dersom de pasienten ønsker kontakt med ikke vil ha kontakt med pasienten, åpner loven for at det kan fattes vedtak om begrensninger. Vedtak om begrensninger forutsetter imidlertid at vilkårene i loven er oppfylt overfor den enkelte pasient.<sup>61</sup> Det kan ikke innføres generelle begrensninger med disse begrunnelsene.

Avdelingen må være bevisst på at pasientene har rett til kontakt med omverdenen, og at det skal mye til før det gjøres inngrep i denne rettigheten. Overvåkning av elektronisk kommunikasjon, slik som at personalet følger med på skjermen, innebærer et inngrep i retten til kontakt med omverden, og kan ikke gjennomføres uten at vilkårene for det er til stede overfor den enkelte pasient, og det er fattet et vedtak. Å begrense pasientenes rett til kontakt med omverden på rutinemessig grunnlag er i strid med loven.

Ombudet påpeker at et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon er et inngrep i grunnleggende rettigheter, der legalitetsprinsippet og kravet til et klart lovgrunnlag står sterkt. I forbindelse med Sivilombudets besøk til RSA Sandviken i desember 2022 kom det fram at pasientene der har tilgang til mobil og eventuelle andre digitale enheter hele døgnet.

### 5.2.3 Pasienttelefon

Siden pasientene ved RSA Østmarka var fratatt sin private mobiltelefon skjedde telefonkontakt med omverden via pasienttelefon på posten. I praksis ble dette gjort ved at personalet ringte nummeret pasienten ønsket å komme i kontakt med, og satte telefonsamtalen over til pasienttelefonen. Det var ikke mulig for pasientene å ringe fra pasienttelefonen selv.

Det var ikke bevissthet om hva som kommer opp på skjermen hos mottaker når det ringes fra en pasienttelefon, og om man ved søk på dette nummeret fikk informasjon om at nummeret hørte til en post i sikkerhetspsykiatrien. Dette er av betydning fordi pasienten selv bør kunne velge om vedkommende ønsker å opplyse den det kommuniseres med om at vedkommende befinner seg på en regional sikkerhetsavdeling i det psykiske helsevernet. Ordningen med pasienttelefon vil derfor kunne påvirke i hvilken grad pasienten benytter seg av muligheten til å ringe ut, og dermed utgjøre en begrensning i den reelle adgangen til kontakt med omverden. Avdelingen bør samtidig være oppmerksom på at dersom nummeret det ringes fra kommer opp som «skjult nummer» hos mottaker, så vil dette begrense den oppringtes mulighet til å ringe tilbake.

<sup>60</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1 kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2 syvende ledd.

<sup>61</sup> Psykisk helsevernloven § 4A-6 og § 4-5.

**Anbefaling: Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon**

- Sykehuset må avskaffe forbudet mot bruk av privat mobiltelefon.
- Sykehuset må sikre at det alltid fattes vedtak med en konkret begrunnelse når sykehuset nekter eller begrenser pasienters rett til besøk, telefonsamtaler eller annen kontakt med omverden.

## 6 Dokumentasjon på bruk av tvang og makt

### 6.1 Begrunnelse for vedtak

#### *Rettslige krav og standarder*

Inngrep i personlig integritet krever hjemmel i lov. Vedtak etter psykisk helsevernloven skal begrunnes.<sup>62</sup> Begrunningsplikten er en sentral rettsikkerhetsgaranti, og ett av grunnkravene for å sikre grundighet og nøyaktighet slik at forvaltningen treffer forsvarlige avgjørelser. Høyesterett legger i sin praksis til grunn at kravet om begrunnelse etter forvaltningsloven §§ 24 og 25 er skjerpet for svært inngripende tiltak.<sup>63</sup> Vedtak om bruk av tvangsmidler er inngripende tiltak overfor enkeltmennesket, og stiller særskilte krav til tydelighet og klarhet. Det må være mulig for den som utsettes for tvang å forstå hvorfor de rettslige vilkårene vurderes som oppfylt. Mangelfull vedtaksføring ved tvangsbruk er et brudd på pasientenes rettsikkerhet, blant annet ved at det svekker muligheten til å klage. Mangelfull vedtaksføring vil også klart redusere både interne og eksterne myndigheters mulighet til å utføre sine kontrolloppgaver.

Flere av vedtakene som ble gjennomgått i forbindelse med besøket tilfredsstilte ikke kravet til begrunnelser for hvorfor lovens vilkår for inngrep var oppfylt. Dette gjaldt både vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, skjerming og begrensninger i pasientens rett til kommunikasjon, se kapitlene 3.2.2 *Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler*, 4.2 *Vedtak om skjerming* og 5.2.1 *Vedtak om begrensninger i retten til kommunikasjon*. Også dokumentasjon av enkelte andre beslutninger virket mangelfull, se kapittel 6.3 *Manglende dokumentasjon fra undersøkelse med politihund*.

I noen tilfeller inneholdt pasientenes løpende journal mer informasjon om den faktiske situasjonen og vurderinger som var gjort og som begrunnet tvangsbruken. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig. For å oppfylle begrunnelsesplikten skal vedtaket inneholde tilstrekkelig informasjon om den konkrete situasjonen og om hvilke faktiske omstendigheter som gjorde at vedtaksansvarlig vurderte det slik at vilkårene var oppfylt.

### 6.2 Informasjon om vedtak til pårørende

I tillegg til pasienten selv skal pasientens nærmeste pårørende informeres om vedtak om tvang etter kapittel 4, med mindre pasienten motsetter seg at slik informasjon gis.<sup>64</sup> Dette skal i utgangspunktet gjøres skriftlig, men kan også skje muntlig, blant annet hvis det haster. Informasjonen må omfatte begrunnelsen for vedtaket, og i praksis er det derfor naturlig at pårørende mottar en kopi av selve vedtaket. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, skal det gis begrunnelse for vedtaket uavhengig av pasientens motstand.<sup>65</sup> I forbindelse med at det gis informasjon om vedtaket, skal det også gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage.<sup>66</sup>

<sup>62</sup> Psykisk helsevernloven § 1-6 jf. forvaltningsloven § 24 og § 25.

<sup>63</sup> Se blant annet avgjørelse fra Norges Høyesterett HR-2000-35-A.

<sup>64</sup> Psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd. Det er antatt at pasienten kan motsette seg underretning av pårørende i alle saker etter kapittel 4, unntatt § 4-10 om overføring til annen institusjon, jf. Helsedirektoratet, kommentarer til psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

<sup>65</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Se også Helsedirektoratets fortolkning 10. juli 2018 om informasjon til pårørende, saksnr. 18/15694-3.

<sup>66</sup> Helsedirektoratet, IS-2017-1, kommentarer til psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

Under gjennomgangen av vedtak fra RSA Østmarka så vi at det flere steder ikke var dokumentert om de nærmeste pårørende informeres om vedtaket. Dette er uheldig fordi det skaper usikkerhet ved om pårørende faktisk er varslet. Under besøket forstod vi det slik at det var rutiner for muntlig varsling av de pårørende om fattede vedtak, men at det ikke var noen rutine for oversendelse av skriftlige vedtak til pasientenes pårørende. Muntlig varsling kan være en praktisk og god måte å varsle de pårørende om vedtak, men det er også viktig at sykehuset har gode rutiner for å informere pasientenes pårørende om begrunnelsen for vedtaket. Dette gjøres mest praktisk ved oversendelse av selve vedtaket. Oversendelse av vedtak sikrer også at det gis korrekt informasjon om pårørendes klagerett.

### 6.3 Manglende dokumentasjon fra undersøkelse med politihund

RSA Østmarka hadde ved to anledninger tilkalt politi med hund i forbindelse med gjennomføring av ransaking som følge av mistanke om at det ble oppbevart rusmidler på posten. I det ene tilfellet var det fattet vedtak om ransaking etter psykisk helsevernloven § 4-6. Verken i vedtaket eller i journal stod det imidlertid at ransakingen ble utført med bruk av politihund. Dette ble bare opplyst om i oversendelsesbrevet fra RSA Østmarka til Sivilombudet. Det er ikke hjemmel for bruk av hund etter psykisk helsevernloven § 4-6.

I det andre tilfellet der politihund ble brukt inne på posten, var det fattet et vedtak om ransaking etter psykisk helsevernloven. § 4A-4. Av vedtaket framgikk det at man flere dager i forveien hadde gjennomført søk med politihund, men dette var det tilsynelatende ikke fattet vedtak for. Vi etterspurte nærmere dokumentasjon av hendelsene og av vurderingene som ble gjort i forkant, men mottok ingen skriftlig dokumentasjon av disse forholdene.

Ransaking med hund er et inngripende tiltak som kan oppleves skremmende for pasientene. Det er uheldig at ikke vurderinger av nødvendigheten av tiltaket og beskrivelse for hvordan ble gjennomført, er godt dokumentert.

#### **Anbefaling: Dokumentasjon på bruk av tvang og makt**

- Sykehuset bør iverksette tiltak for å sikre at vedtaksansvarlige på en systematisk måte tar stilling til om alle lovens vilkår er oppfylt når det fattes tvangsvedtak, og dokumenterer konkrete begrunnelser for dette.
- Sykehuset bør sikre at det alltid står i vedtaket om pasientens nærmeste pårørende informeres om vedtaket, eventuelt hva som er årsaken til at de ikke informeres.



## 7 Forebygging av tvang

### **Rettslige krav og standarder**

FNs torturkonvensjon forplikter statlige myndigheter til å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>67</sup> Selv om bruk av tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner, utgjør tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har i sine standarder for bruk av mekaniske tvangsmidler understreket at:

«the ultimate goal should always be to prevent the use of means of restraint by limiting as far as possible their frequency and duration. To this end, it is of paramount importance that (...) the management of psychiatric establishments develop a strategy and take a panoply of proactive steps, which should inter alia include the provision of a safe and secure material environment (including in the open air), the employment of a sufficient number of healthcare staff, adequate initial and ongoing training of the staff involved in the restraint of patients, and the promotion of the development of alternative measures (including de-escalation techniques).»<sup>68</sup>

CPT har på denne bakgrunn anbefalt at enhver institusjon innen psykisk helsevern har en «comprehensive, carefully developed policy, on restraint».<sup>69</sup> Utøvelsen av tvang må alltid skje på en forsvarlig måte, og tvangsbruk skal så langt som mulig forebygges med nok personell og faglig kompetanse.<sup>70</sup>

Pasienter som er tvangsinnlagte er avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv sårbarhet for overgrep og krenkelser. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern og i særlig grad de regionale sikkerhetsavdelingene. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet med menneskelighet og verdighet.<sup>71</sup> Institusjonskulturen vil ofte ha betydning for hvordan tvangsbruk forebygges.<sup>72</sup>

### **7.1 Oversikt over tvangsbruk**

RSA Østmarka har tatt initiativ til et prosjekt på sykehuset kalt *Forbedringsprosjekt 2022: Riktig bruk av tvang?* Som del av dette prosjektet var det nedsatt en gruppe som skulle arbeide for riktig bruk,

<sup>67</sup> FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1. Se FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, 24. januar 2008, CAT/C/GC/2 og FNs underkomité for forebygging av tortur (SPT), The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 30. desember 2010, CAT/OP/12/6.

<sup>68</sup> CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

<sup>69</sup> Se kilde i fotnote 69, punkt 1.7.

<sup>70</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og psykisk helsevernforordningen § 4 siste ledd.

<sup>71</sup> FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 10. Se også Scottish Human Rights Commission (2009): Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

<sup>72</sup> Penal Reform International og Association for the Prevention of Torture (andre utgave, 2015): Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.

registrering, dokumentasjon og evaluering av tvang. Gruppen møtes fire ganger årlig og omfatter også personell fra RSA Østmarka. Dette prosjektet er en del av avdelingens satsnings- og kompetanseområde «tvang» hvor det gjennomføres månedlige møter på tvers av ansattegruppen. Et slikt systematisk og bredere arbeid i organisasjonen kan være et viktig tiltak for å forebygge tvang, også ved å legge til rette for åpne diskusjoner internt i institusjonen.

RSA Østmarka fører statistikk over tvangsvedtak og over antall timer mekaniske tvangsmidler blir brukt. Denne informasjonen formidles jevnlig til ansatte og ledelsen. Det er positivt at institusjonen har en slik oversikt, og sykehuset beskrev at oversikt over bruken av tvang på de to postene var et viktig verktøy for å følge med på endringer og eventuelle ulikheter mellom postene.

## 7.2 Forhold som påvirker forebygging av tvang

### Strengt husordensregler

Husordensregler skal bidra til å gjøre hverdagen enklere på et sted der flere bor sammen. Et formål med husordensregler vil derfor ofte være å forebygge konflikter. Slike regler kan imidlertid ha motsatt effekt, som følge av hvordan de er utformet og hva de inneholder. RSA Østmarka hadde flere problematiske husordensregler, herunder husordensregler som var lovstridige, som at pasientene ikke fikk ha tilgang til privat mobiltelefon, se kapittel 5.1 *Husordensregler*. Det var imidlertid også flere eksempler på unødvendig strenge husordensregler, som at pasientene ikke kan ha på seg caps, eller kun kan røyke en gang i timen. Slike regler kan bidra til økt frustrasjon som kan bygge seg opp til konflikter og medføre økt bruk av tvang.

I dokumentgjennomgangen kom det spesielt fram ett eksempel på en slik situasjon som var urovekkende, fordi den endte med at pasienten ble lagt i belter. Her hadde en pasient gjentatte ganger gjennom to døgn fått avslag på ulike forespørsler om blant annet å røyke, få mat utenom de fastsatte måltidene og telefonsamtaler. Avslagene syntes å være begrunnet i generelle husordensregler. Beskrivelsen av perioden som ledet opp til belteleggingen tydet på at en rigid gjennomføring av interne regler sterkt bidro til situasjonen som i vedtaket ble beskrevet som begrunnelse for beltelegging, se kapittel 4 *Bruk av skjerming* og kapittel 5.1 *Husordensregler*. Personalets håndtering var enda mer bekymringsfull i lys av at pasienten ikke behersket norsk, og at det noen dager før belteleggingen var notert i journalen at pasienten «virker å ha problemer med å forstå hva som blir sagt til tider», se kapittel 7.3.1 *Pasienter med behov for tolk*.

### Trygghet og sikkerhet

I lys av voldsrisikoen på en regional sikkerhetsavdeling er det særlig viktig at personalet får opplæring i trygge og gode håndteringsmåter for de tilfellene hvor tvang brukes, slik at det kan foregå på en så skånsom og lite inngripende måte som mulig. RSA Østmarka jobber kontinuerlig med opplæring av de ansatte i det som kalles MAP (møte med aggresjonsproblematikk). MAP er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjon og vold i helse- og sosialsektoren. Programmet er en kurspakke som består av 10 kapitler, hvor blant annet aggresjonsforståelse og forebyggende kommunikasjon inngår. Slik opplæring av de ansatte er viktig for å sikre at ansatte er trent i teknikker for å roe ned tilspissede situasjoner og på den måten forebygge bruk av tvang. Dette er også viktig for å sikre at det ikke utøves mer tvang enn det som er nødvendig i situasjonen.

For å forebygge bruk av tvang på posten er det også viktig at miljøpersonalet føler seg trygge og ivaretatt på jobb. I all hovedsak formidlet de ansatte at de følte seg trygge på jobb, og vi fikk inntrykk

at av det var gode rutiner for ivaretagelse av ansatte etter ubehagelige eller skremmende opplevelser.

### **Ettersamtaler**

God kunnskap om den enkelte pasients behov, meninger og tidligere erfaringer er viktig for å forebygge tvang og sikre pasientens rett til å bli hørt. Slik kunnskap kan innhentes på flere måter, for eksempel ved å ha innkomstsamtaler med pasienten og eventuelle nærstående om erfaringer og kjente triggere hos den enkelte.<sup>73</sup> På den måten kan man tidlig få informasjon om mestringsstrategier for pasienten selv, og om det er ting personalet bør være ekstra oppmerksomme på når det gjelder den enkelte pasient. Denne typen informasjon kan også for eksempel fås fra institusjoner hvor pasienten har vært seg tidligere. Ansatte syntes generelt å ha god kunnskap om pasientene og det kom fram at det ble innhentet informasjon fra ulike kilder om pasientenes bakgrunn, erfaringer og behov, også fra pårørende. Det syntes samtidig å være et forbedringspotensial for å systematisere at pasienten selv ble hørt tidlig i en innleggelse og hvordan slik informasjon ble gjort tilgjengelig for alle som jobbet med pasienten.

Ettersamtaler etter tvangsbruk er også viktige for å sikre pasientens mulighet til medvirkning og til å bli hørt. Pasienter som blir utsatt for tvang skal tilbys minst én samtale i etterkant, om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken.<sup>74</sup> I tillegg skal ettersamtaler gi personalet kunnskap om hvordan de sammen med pasienten kan bidra til å forebygge framtidig tvang og maktutøvelse.<sup>75</sup> Ettersamtaler må gjøres systematisk og på en måte som understøtter formålene om å høre pasienten og skape en arena for å forebygge framtidig tvang.

Både intervjuer og dokumentgjennomgang viste at avdelingen hadde et forbedringspotensiale når det gjaldt gjennomføring og dokumentasjon av ettersamtaler med pasienter. I lys av at pasienter på regionalt sikkerhetsnivå er underlagt betydelige begrensninger og at flere av pasientene ble underlagt omfattende tvang i lange perioder, er det viktig at institusjonen sikrer at ettersamtaler gjennomføres og blir brukt overfor den enkelte pasient, samt i det generelle forbedringsarbeidet.

## **7.3 Pasienter i særlig utsatte situasjoner**

### **7.3.1 Pasienter med behov for tolk**

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjon om helsehjelp «være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte».

<sup>73</sup> Det følger av psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd at «Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.»

<sup>74</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2, fjerde ledd.

<sup>75</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 16th General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (2006)35, (16. oktober 2006) side 16, avsnitt 46: «Once means of restraint have been removed, it is essential that a debriefing of the patient take place. For the doctor, this will provide an opportunity to explain the rationale behind the measure, and thus reduce the psychological trauma of the experience as well as restore the doctor-patient relationship. For the patient, such a debriefing is an occasion to explain his/her emotions prior to the restraint, which may improve both the patient's own and the staff's understanding of his/her behaviour. The patient and staff together can try to find alternative means for the patient to maintain control over himself/herself, thereby possibly preventing future eruptions of violence and subsequent restraint.»

I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Det samme gjelder dersom helsepersonalet selv opplever at dette er nødvendig for å forstå pasienten, uavhengig av pasientens ønske. Tolkeloven § 6 slår fast at offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp, og at man i vurderingen av om tolk er nødvendig blant annet skal vektlegge sakens alvorlighet og karakter.<sup>76</sup>

Forskning har vist at minoritetsspråklige pasienter har høyere sannsynlighet for å bli innlagt i psykisk helsevern mot sin vilje, bli tvangsmedisinert og å bli utsatt for isolasjon og bruk av tvang.<sup>77</sup> I akutte situasjoner vil ofte personalet søke å roe ned situasjonen gjennom muntlig kommunikasjon, for å unngå bruk av tvang. Her vil pasienter som mangler språkferdigheter være ekstra sårbare. Pasienter i en psykotisk tilstand kan bli mer agitert som følge av at de ikke opplever seg forstått eller at ansatte feiltolker deres oppførsel.<sup>78</sup>

Innlagte som på grunn av manglende norsk- og engelskkunnskaper ikke kan kommunisere direkte med personalet, kan oppleve en stor avmaktfølelse om det benyttes tvangsmidler og man er avskåret fra å kommunisere i situasjonen. I tillegg vil mangelfull kommunikasjon mellom pasient og personalet kunne medføre misforståelser og frustrasjon, som kan medføre at situasjonen eskaleres til bruk av tvang. Se et mulig eksempel på dette under kapittel 3.2.2 *Mangelfulle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler* og kapittel 7.2 *Forhold som påvirker forebygging av tvang*. I denne saken hadde pasienten vært påført belter i 14 timer i strekk, uten at det var spor av at pasienten var tilbudt samtale med tolk mens beltene var påført. Dette til tross for at det noen dager før beltene ble påført står i journalen for miljøpersonalet at vedkommende «veksler mellom norsk og engelsk og virker å ha problemer med å forstå hva som blir sagt til tider.» Det ble gjennomført flere behandlersamtaler i tiden etter beltebruken, men det var først 11 dager etter beltebruken opphørte at det er notert at behandlersamtalen er gjennomført med tolk. I slike situasjoner er det avgjørende at personalet har gode rutiner for å tilkalle tolk så snart det lar seg gjøre.

I tillegg til at mobiltelefon brukes til kontakt med omverden på ulike måter, se kapittel 5.2 *Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon*, er mobiltelefon et praktisk hjelpemiddel i hverdagen. Oversettelsesprogrammer på mobiltelefonen kan for eksempel bidra til enkel kommunikasjon med pasienter som trenger tolk.

### 7.3.2 Pasienter med krigs- eller torturerfaringer

Pasienter med bakgrunn fra andre land og som tidligere har vært utsatt for krigstraumer eller har torturerfaringer vil ha behov for behandling som tar hensyn til denne erfaringen. Det er generelt mangel på systematisert arbeid for å identifisere og følge enkeltpersoner som kommer til Norge og

---

<sup>76</sup> Tolkeloven § 6 første ledd: «Offentlige organer skal bruke tolk når det følger av lov. I tilfeller der plikt til å bruke tolk ikke er regulert i annen lov, skal offentlige organer bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter.»

<sup>77</sup> Se bl.a. Miteva et. al. (2022) Impact of language proficiency on mental health service use, treatment and outcomes: "Lost in Translation"  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X22000050#bb0295>

<sup>78</sup> Norredam et. al. (2010) Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes.

som har opplevd tortur eller har nærstående som har opplevd tortur.<sup>79</sup> Denne typen erfaring kan påvirke enkeltmenneskets tillit til statlige organer og evnen til å ta imot behandling. Kartlegging av torturerfaring kan være viktig for å forstå personens handlingsmønster og forhold som kan utløse stress og utrygghet. Dette kan være viktig informasjon for å tilby en behandling som er tilpasset den enkelte og for å forebygge uforholdsmessig bruk av tvang.

Det kom under besøket fram informasjon som kunne tyde på at det kunne være pasienter som hadde behov for utredning av krigs- eller torturtraumer fra et annet land. I lys av risikoen som knytter seg til slike pasienter minner vi om viktigheten av at behandlere og miljøpersonale kjenner til disse problemstillingene.

### 7.3.3 Kjønn

Det er få kvinnelige innlagte på regionale sikkerhetsavdelinger i Norge. Dette var også tilfellet ved RSA Østmarka. En kvinne vil derfor kunne føle seg ekstra utsatt eller sårbar i en slik situasjon.

Når det gjelder de ansatte ved RSA Østmarka var omtrent 80% av de ansatte i miljøpersonalet menn, og det var ingen kvinner blant de faste nattevaktene på de to postene. Dette skiller seg fra RSA Sandviken hvor fordelingen av kvinner og menn i miljøpersonalet var omtrent 50/50, selv om det var minimumskrav til antall menn på jobb under én vakt som gjorde at det ikke nødvendigvis var 50% kvinner på jobb under hver vakt.

I noen sammenhenger kan det være viktig at både kvinnelig og mannlig personale er tilgjengelig under en vakt, fordi det for mange kan være lettere eller tryggere å forholde seg til en av samme kjønn, særlig i mer intime situasjoner.

Et eksempel på dette er at vi i dokumentene så at en kvinnelig pasient ba om å få snakke med en kvinnelig ansatt for å fortelle om plager i forbindelse med menstruasjon. Beskrivelser av dette og hendelser umiddelbart etterpå ga bekymring for at bruk av mekanisk tvang kunne vært unngått dersom pasienten tidligere hadde følt seg trygg til å formidle årsaken til plagene.

Under besøket kom det også fram at en ung kvinnelig pasient på grunn av alder, kjønn og seksualisert adferd ble skjermet fra de andre pasientene under et mange uker langt opphold. Begrunnelsen for skjermingen var todelt; at medpasientene måtte skånes fra pasienten og at det ville være farlig for pasienten å være i fellesskapet. Forholdene for den kvinnelige pasienten synliggjør at pasientens kjønn, sammen med andre forhold, kan resultere i en enda mer begrenset situasjon enn det som er utgangspunktet på en regional sikkerhetsavdeling. Dette stiller særlige krav til sykehusets ivaretagelse av kvinnelige pasienter.

### 7.3.4 Utskrivningsklare pasienter

Under besøket og ved gjennomgang av dokumenter kom det fram at det ikke var uvanlig at personer ble værende på RSA Østmarka til tross for at det ikke lenger var behov for det sikkerhetsnivået en regional sikkerhetsavdeling tilbyr. De utskrivningsklare pasientene kunne fremdeles være vurdert å ha behov for tvangsbehandling, men ikke lenger på et så høyt sikkerhetsnivå. Grunnen til at pasientene ble værende kunne være at mottaksapparatet i kommunene eller på andre institusjoner

---

<sup>79</sup> Se Røde Kors (2020) Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge; Torturutsatte i den norske asylprosessen, En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis, Fafo-rapport 2021:18.

ikke hadde kapasitet til å ta imot pasienten når RSA Østmarka vurderte vedkommende som ferdig behandlet på regionalt sikkerhetsnivå. Når utskrivningsklare pasienter fortsatt må være på regionalt sikkerhetsnivå, kan det medføre at de utsettes for mer tvang og større inngrep i den personlige integritet enn det er grunnlag for. Dette er åpenbart problematisk.

Samtidig synes samlokaliseringen og organiseringen av de regionale sikkerhetspostene (post A og B) og den lokale sikkerhetsposten (post C) ved RSA Østmarka å gi sykehuset en fleksibilitet ved at de kan flytte pasienter etter behov uten en omstendelig henvisningsprosess.

En egen gruppe er pasienter uten lovlig opphold i Norge. Dette er pasienter som kun har rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Det kan innebære at det ikke er mulig å etablere polikliniske tjenester og kommunale tjenester. Selv om pasienten har et utvisningsvedtak eller det er igangsatt prosess om et slikt vedtak, vil pasienten ikke alltid kunne uttransporteres.<sup>80</sup> Det kan ikke fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold dersom pasienten er bostedsløs.<sup>81</sup> I noen tilfeller resulterer slike forhold i at enkeltpasienter blir værende på en regional sikkerhetsavdeling i mange måneder og over flere år.

Dersom pasienten vurderes å fortsatt ha behandlingsbehov, herunder for å forebygge fremtidig voldelig atferd, vil det være vanskelig for RSA å skrive en pasient ut til en situasjon uten oppfølgende instanser.

#### **Anbefaling: forebygging av tvang**

- Sykehuset bør innføre faste rutiner for samtale med pasienten om hvordan vedkommende opplevde tvangsbruken i etterkant av tvangsbruk (ettersamtaler).
- Pasienter som ikke behersker norsk eller engelsk bør så raskt som mulig få tilgang til tolk i situasjoner hvor de utsettes for tvangsmidler. Det bør også tilbys tolk i samtaler med miljøpersonalet for å avklare forhold som kan skape konflikt.
- Sykehuset bør, for å kunne ivareta pasienter i ulike situasjoner og med ulike behov, arbeide for en bedre kjønnsbalanse i miljøpersonalet.

<sup>80</sup> Personer kan av ulike årsaker være ureturnerbare i lengre eller kortere perioder. Dette kan ha med personen selv å gjøre, eller med forholdene personen ville blitt sendt til i mottakerlandet.

<sup>81</sup> Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-1, kommentarer til psykisk helsevernforordningen § 11 fjerde ledd.

## 8 Klage og kontroll

### **Rettslige krav og standarder**

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

«[...] as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»<sup>82</sup>

Når det gjelder tilsynsvirksomhet, har komiteen uttalt:

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

I Norge er både klage- og tilsynsoppgaven i hovedsak gitt til kontrollkommisjonen. I tillegg til klagebehandling og etterprøving, skal kontrollkommisjonen blant annet jevnlig besøke institusjonen, gjennomgå alle fattede vedtak og tvangsprotokoller samt påse at husordensregler er i tråd med gjeldende lovverk.<sup>83</sup>

### **8.1 Kontrollkommisjonen ved RSA Østmarka**

Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal ha en kontrollkommisjon.<sup>84</sup> Kontrollkommisjonen ledes av en jurist, har ett medlem som er lege og to andre medlemmer.<sup>85</sup> Klage på etablering av tvungent psykisk helsevern og klage over tvangsvedtak og vedtak om skjerming behandles av kontrollkommisjonen. Klage over vedtak om tvangsmedisinering behandles ikke av kontrollkommisjonen, men av statsforvalteren. De fire medlemmene i kontrollkommisjonen har oppnevnt en personlig vara, slik at det totalt er åtte personer i en lokal kommisjon. Kontrollkommisjonen ved RSA Østmarka hadde delt seg i to kommisjoner som besøkte avdelingen annenhver gang, det vil si at hver del av kommisjonen besøkte RSA-postene én gang i måneden. De to kommisjonene ble ledet av henholdsvis leder og varaleder, som byttet gruppe en gang i løpet av året. På denne måten skulle både hoved- og varamedlemmene få erfaring med kommisjonens arbeid, og gjennom dette en trygghet i arbeidet.

Det var ett felles årlig møte for alle medlemmene av kontrollkommisjonen, og kommunikasjonen mellom de ulike delene av kommisjonen skjedde ellers gjennom protokoller fra møtene, eventuelt med noe tilleggsinformasjon ved oversendelsen og uformelle samtaler mellom medlemmene. Det var ingen andre strukturer som skulle sikre at informasjon som de to delene av kommisjonen mottok,

<sup>82</sup>Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 8th General Report on the CPT's activities (31. august 1998) CPT/Inf(98)12-part, punkt 53.

<sup>83</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>84</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>85</sup> Ett av de to andre medlemmene i kontrollkommisjonen skal ha erfaring som pasient, nærstående til pasient eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv jf. psykisk helsevernloven § 6-2.



eller vurderinger de gjorde, jevnlig ble utvekslet med den andre delen av kommisjonen. Denne praksisen framsto som problematisk av flere grunner.

Sivilombudet har gjennomgått noen av kontrollkommisjonens protokoller. Etter vår vurdering videreformidlet disse i liten grad informasjon kommisjonen hadde mottatt under sitt besøk, hverken fra pasienter eller fra sykehuset. At kommisjonen i realiteten hadde delt seg i to innebærer, slik Sivilombudet ser det, en klar risiko for at informasjon om og fra pasientene går tapt fordi den ikke deles, eller ikke fanges opp på grunn av manglende kontinuitet i arbeidet. Ordningen gjør det også vanskeligere både for pasienter og ansatte å vite hvem de skal forholde seg til i spørsmål som oppstår flere ganger. Videre skaper ordningen risiko for at de to kontrollkommisjonene løser samme utfordringer på forskjellige måter og gir ulike vurderinger.

Vi opplevde lite refleksjon fra kontrollkommisjonen selv rundt om ordningen med to ulike kommisjoner kunne ha noen negative sider for pasientene eller sykehuset, herunder om det kunne skape en høyere terskel for at pasientene tok kontakt med dem.

Kontrollkommisjonen besøker begge postene hver gang de er på besøk hver fjortende dag. Kommisjonen kontakter ikke selv pasientene direkte dersom de ikke oppholder seg i fellesarealene, men bruker ansatte som et mellomledd for å undersøke om de vil snakke med kommisjonen. Denne praksisen ble begrunnet med at personalet kjente pasientene best. Sivilombudet har i en rekke besøksrapporter anbefalt at kontrollkommisjonen selv besøker avdelinger og oppsøker pasientene der de oppholder seg for å påse at deres velferd og rettigheter ivaretas.<sup>86</sup>

Kontrollkommisjonen fortalte at de overlot vurderingen av om det er nødvendig for deres sikkerhet at personale er til stede i samtaler med pasientene til sykehuset. Kontrollkommisjonen så i liten grad ut til å gjøre egne vurderinger for å sikre at pasientene så langt som mulig fikk snakke med den i fortrolighet. I praksis var personalet til stede i de fleste samtalen mellom kontrollkommisjonen og pasienter. Det er viktig at pasienten, dersom det er sikkerhetsmessig forsvarlig, har anledning til å snakke med kontrollkommisjonen uten ansatte til stede, for å sikre pasienten mulighet til en fri og åpen kommunikasjon med kontrollorganet.

I dokumentgjennomgangen så vi at en behandler var til stede og avbrøt en samtale mellom pasient og kontrollkommisjonen med følgende begrunnelse; «Jeg vurderer det slik at samtalen avsluttes etter dette, da det ikke har noen hensikt at [pasienten] blamerer seg overfor KK og at sikkerhet må ivaretas». Det var ikke dokumentert noen nærmere vurdering av hva det konkret var som gjorde at samtalen måtte avbrytes. Slik denne episoden var beskrevet, er Sivilombudets vurdering at pasientens rett til å snakke med kontrollorganet ikke godt nok ivaretatt.

Under Sivilombudets besøk ble det tilrettelagt for at vi kunne ha konfidensielle samtaler med pasienter bak lukket dør, ved bruk av alarm og ved at personalet kunne følge med på enkelte av samtalen gjennom et vindu og dermed ha mulighet til å gripe inn hvis sikkerheten tilsa at det var nødvendig. Kontrollkommisjonen har et selvstendig ansvar for å tilby de innlagte konfidensielle samtaler med kommisjonen. Der det unntaksvis foreligger voldsrisiko som gjør at man ikke bør

---

<sup>86</sup> Besøksrapport Diakonhjemmet sykehus (2015), Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2016), Besøksrapport Sykehuset i Telemark (2015), Besøksrapport Ålesund sykehus (2017), Besøksrapport Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge (2019), Besøksrapport St. Olavs hospital Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (2020).



oppholde seg alene i et rom med den innlagte, bør kommisjonen undersøke løsninger for at pasientene kan møte dem uten personale til stede, for eksempel slik det ble lagt til rette for under Sivilombudets møter med pasienter.<sup>87</sup> Dette vil også være viktig for å ivareta tilliten mellom kontrollorganet og pasientene.

Kontrollkommisjonen hadde vurdert avdelingens forbud mot mobiltelefon på postene og konkludert med at det er rettslig adgang til et generelt forbud mot mobiltelefon i husordensreglene. Sivilombudet finner det urovekkende at kommisjonen ikke har foretatt grundigere juridiske undersøkelser eller tatt kontakt med Helsedirektoratet som har fått delegert fortolkingsansvaret for loven, se kapittel 5.2 *Begrensninger i pasientenes rett til kommunikasjon*.<sup>88</sup> Kontrollkommisjonen har en helt sentral rolle i å ivareta pasientenes rettssikkerhet, og det er derfor viktig at kommisjonen er grundige i sine undersøkelser og ivaretar en grunnleggende uavhengighet fra sykehuset.

#### **Anbefaling: Rettssikkerhet**

- Kontrollkommisjonen bør sikre at den organiserer sitt arbeid på en måte som ivaretar pasientenes velferd og rettigheter, og sikrer kontinuitet og god informasjonsdeling.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at samtaler med pasienter som hovedregel skjer uten at ansatte hører samtalen, så langt dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.
- Kontrollkommisjonen bør sikre forsvarlig juridisk kontroll av sykehusets husordensregler.

<sup>87</sup> Se Helsedirektoratets rundskriv IS-2016-6 Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, pkt. 1.

<sup>88</sup> Instruks for Helsedirektoratet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 10. januar 2018, justert 20. mai 2019 side 2-3.

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)



Foto: Sivilombudet