



SIVILOMBUDSMANNEN

Forebyggingsenheten

BESØKSRAPPORT

**Akershus universitetssykehus,
ungdomspsykiatrisk klinikk**

13.–15. september 2016



SIVILOMBUDSMANNEN

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

Vår referanse
2016/1729

Deres referanse

Vår saksbehandler
Johannes F. Nilsen

Dato
08.12.2016

Oversendelse av rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus HF, ungdomspsykiatrisk klinikk 13.-15. september 2016

Det vises til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til Akershus universitetssykehus HF, ungdomspsykiatrisk klinikk, 13.-15. september 2016.

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

Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen medio mars 2017.

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



Aage Thor Falkanger
sivilombudsmann



Helga Fastrup Ervik
kontorsjef
forebyggingsenheten

Vedlegg

Kopi til:
Helse- og omsorgsdepartementet
Helse Sør-Øst RHF
Kontrollkomisjonen for barn og unge 1
Helsedirektoratet
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Statens helsetilsyn



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Akershus universitetssykehus, ungdomspsykiatrisk klinikk

13.-15. september 2016

Innholdsfortegnelse

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	3
2 Tortur og umenneskelig behandling	4
3 Sammendrag	5
4 Generell informasjon om ungdomspsykiatrisk klinikk, Akershus universitetssykehus	8
5 Gjennomføring av besøket	9
6 Fysiske forhold	10
7 Aktivisering	11
8 Pasientrettigheter	12
• 8.1 Barn og ungdom	12
• 8.2 Aldersgruppen 12-16 år.....	12
• 8.3 Vedtak.....	13
• 8.4 Klagemuligheter.....	14
• 8.5 Pasientsikkerhet	15
9 Tvangsmidler	17
• 9.1 Behandling uten eget samtykke	18
• 9.2 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler	19
• 9.3 Ettersamtale	19
10 Mobilt behandlingsteam	21
11 Ledelse.....	22

1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

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

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

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

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

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

2 Tortur og umenneskelig behandling

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

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

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

3 Sammendrag

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte ungdomspsykiatrisk klinikk ved Akershus universitetssykehus (Ahus) 13.-15. september 2016. Akershus universitetssykehus HF er et lokal- og områdesykehus som leverer helsetjenester til cirka 500.000 mennesker. Ahus sitt opptaksområde utgjør alle kommunene i Follo, på Romerike (bortsett fra Nes kommune innenfor somatiske tjenester), Rømskog i Østfold samt de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner.

Ungdomspsykiatrisk klinikk (UK) ligger under avdeling for barn og unges psykiske helsevern og er lokalisert på Nordbyhagen i Lørenskog. Klinikken har én åpen og én lukket post som yter øyeblikkelig hjelp til ungdom under 18 år, og tilbyr elektive innleggelser for ungdom mellom 13-18 år til utredning og behandling. Den er godkjent for bruk av tvang. UK har dessuten et mobilt behandlingsteam (MOT) som reiser ut til ungdommen for både akutt bistand og etter søknad til utredning og behandling.

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

Besøket begynte med en befaring av hele klinikken. Senere første besøksdag hadde forebyggingsenheten et møte med klinikken ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. Alle pasienter fikk tilbud om en privat samtale med forebyggingsenheten. Det ble også gjennomført samtaler med pårørende og ansatte. Under besøket gikk forebyggingsenheten også gjennom tvangsprotokoller fra begge postene. Besøket varte i tre dager.

De fysiske forholdene ved klinikken fremstod som gode, og pasienter hadde tilgang til å gå ut enten i et atrium eller utenfor bygget uten følge, etter avtale. Klinikken hadde en ukentlig aktivitetsoversikt, og de fleste av disse aktivitetene vil inngå som en del av pasientenes miljøterapi.

For barn under 16 år er behandling i psykisk helsevern basert på foreldresamtykke. Dette medfører både at innleggelsen anses som frivillig uavhengig av barnets syn, og at også personalets tvangsbruk inne på klinikken i mange tilfeller vil bli registrert som frivillig fordi den vil være basert på foreldrenes samtykke. At innleggelser som ikke er basert på barnets, men på foreldres samtykke registreres som frivillig, skaper en rekke etiske og behandlingsmessige utfordringer. Når det som for noen kan oppleves som tvang ikke registreres som det, kan slike innleggelser kan blant annet skape vanskeligheter i relasjonen mellom pasient og behandler samt mellom pasient og foresatte.

Barnekonvensjonens artikkel 12 fastslår at barn har rett til både å uttale seg og bli hørt, og at deres synspunkter skal vektlegges i tråd med alder og modenhet.² Samtidig skal barn i følge barneloven høres fra de er syv år.³ Pasient- og brukerrettighetsloven bestemmer at barn skal få si sin mening i spørsmål om sin egen helse fra de er tolv år gamle.⁴ Likevel kan man legges inn på døgninstitusjon mot sin vilje når man er mellom 12 og 16 år. Ungdom mellom 12 og 16 år har etter loven ingen rett til å bli hørt når det gjelder innleggelser i psykisk helsevern. At barnekonvensjonens prinsipper ikke er

² Barnekonvensjonen: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>.

³ Barneloven § 33.

⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

innarbeidet i loven skaper risiko for at barnets sak ikke i tilstrekkelig grad vurderes opp mot de strenge vilkårene som er satt for beskyttelse av den personlige integriteten.

Besøket etterlot samtidig et inntrykk av at klinikken innenfor lovens rammer forvaltet spørsmål om innleggelser godt og med skjønn. Det fremkom flere eksempler på brukermedvirkning som kan ivareta opplevelsen av å bli hørt og å ha innvirkning på sitt eget behandlingsløp.

Vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler lagres i elektronisk pasientjournal, og her lagres også et separat journalnotat hvor begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaket gir ingen konkret begrunnelse. Det hersket noe usikkerhet hos ledelsen ved klinikken om pasientene mottok den skriftlige begrunnelse for vedtaket (journalnotatet) rutinemessig sammen med vedtaket.

I tilfeller hvor ungdommen er under omsorg av barnevernet, er det barnevernsleder i den aktuelle kommune som er ansvarlig for å samtykke til innleggelsen. Etter klinikkens erfaring har ingen av barnevernslederne i kommunene i Ahus' opptaksområde vakttelefon, og er derfor kun å treffe i vanlig kontortid. Det har ved enkelte tilfeller skapt vanskeligheter ved akutte innleggelser på kveldstid eller i helger hvor klinikken har stått uten formelt samtykke for innleggelse til neste arbeidsdag. Dette er bekymringsfullt da det i realiteten innebærer at en pasient kan være innlagt inntil 2 ½ døgn uten et lovlig fattet vedtak.

Under besøket var det på begge postene informasjon om kontrollkommisjonen og Sivilombudsmannen lett synlig. Det var imidlertid ingen synlig informasjon om Fylkesmannen på postene, og ingen av pasientene forebyggingsenheten snakket med hadde hørt om muligheten til å klage til Fylkesmannen.

Klinikken hadde innredet et eget rom med et medisinbord og fire stoler som var festet til gulvet, til bruk ved tvangsernæring. I rommet fantes det også en bøylepute til stolen som i enkelte tilfeller ble brukt. Denne ble festet over pasientens lår, slik at det ble vanskeligere for vedkommende å yte motstand med bena. Dette reiser spørsmål om stolen i tilfeller hvor bøylen blir benyttet er å anse som et tvangsmiddel hvor et vedtak om kortvarig fastholding ikke vil dekke tvangsbruken.

Anbefalinger

Pasientrettigheter

Vedtak

- Pasienter bør alltid både få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet).
- Det bør etableres et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som sikrer at ungdom ikke innlegges uten at lovens krav om samtykke er oppfylt.

Klagemuligheter

- Klinikken bør sikre at informasjon om Fylkesmannen er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.

Tvangsmidler

Behandling uten eget samtykke

- Det bør utredes om stolen som brukes til sondeernæring er et tvangsmiddel.

4 Generell informasjon om ungdomspsykiatrisk klinikk, Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er et lokal- og områdesykehus som leverer helsetjenester til cirka 500.000 mennesker. Ahus sitt opptaksområde utgjør alle kommunene i Follo, på Romerike (bortsett fra Nes kommune innenfor somatiske tjenester), Rømskog i Østfold samt de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. Sykehusets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasient- og pårørendeopplæring. Ahus leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus.

Ahus består av sykehuset på Nordbyhagen, Ski sykehus, avdelinger for psykisk helsevern ved Skytta i Nittedal, Gaustad i Oslo og Bråten og Lurud i Skedsmo, distriktspsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i Jessheim, Lillestrøm, Grorud, Furuset og Ski.

Divisjon for psykisk helsevern består av følgende avdelinger: akuttpsykiatri, alderspsykiatri, barn og unges psykiske helsevern, forskning og utvikling, rus og avhengighet, spesialpsykiatri, voksenhabilitering og fire distriktspsykiatriske sentre (DPS Groruddalen, DPS Follo, DPS Øvre Romerike, DPS Nedre Romerike).

Ungdomspsykiatrisk klinikk (UK) ligger under avdeling for barn og unges psykiske helsevern og er lokalisert på Nordbyhagen i Lørenskog. Klinikken har én åpen og én lukket post som yter øyeblikkelig hjelp til ungdom under 18 år, og tilbyr elektive innleggelser for ungdom mellom 13-18 år til utredning og behandling. Den er godkjent for bruk av tvang. UK har dessuten et mobilt behandlingsteam (MOT) som reiser ut til ungdommen for både akutt bistand og etter søknad til utredning og behandling. Ungdomspsykiatrisk klinikk har eget skoletilbud.⁵

I 2015 hadde UK 157 innleggelser, hvorav 143 var frivillige, 11 var under tvungen observasjon og 3 var under tvungent psykisk helsevern (TPH). I perioden 01.01–26.07.16 hadde de 58 innleggelser, hvorav 45 var frivillige, 7 var under tvungen observasjon og 4 var under tvungent psykisk helsevern samt at de hadde 2 innleggelser uten oppgitt paragraf.

⁵ Fra Ahus' hjemmesider: http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/ungdomspsykiatrisk-klinikk_.

5 Gjennomføring av besøket

I juli 2016 ble Akershus universitetssykehus HF varslet om at det ville bli gjennomført et besøk i løpet av de nærmeste tre månedene. Dato for besøket ble ikke oppgitt.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet ungdomspsykiatrisk klinikkens retningslinjer og statistikk, innleggsestall og avviksmeldinger samt avdeling BUPs årsmelding for 2015. Det ble også innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene før sykehuset mottok brevet som varslet besøket, på hver av de to døgnpostene.

Besøket begynte med en befaring av hele klinikken. Etasjen med behandlernes kontorer, skolen, gymsalen samt lokalene til mobilt behandlingsteam ble besøkt først, deretter døgnpost A og B. Befaringen omfattet pasientrom, fellesskapsområder, skjermede avsnitt, rom med belteseng, vaktrom og uteområder.

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

Det ble gjennomført samtaler med pasienter og pårørende på post A og B alle de tre besøksdagene.

Det ble i tillegg gjennomført samtaler med ansatte på begge postene, samt lederne ved begge postene. Det ble også gjennomført samtaler med behandlere i klinikkens fagstab. Under besøket gikk forebyggingsenheten også gjennom tvangsprotokoller fra begge postene.

Besøket ble avsluttet med et møte med klinikkens ledelse hvor det ble stilt avklarende spørsmål og foreløpige funn ble presentert.

Uken etter besøket ble det gjennomført samtaler med kontrollkommisjonen, Fylkeslegen samt leder for mobilt behandlingsteam.

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

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog PhD)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Caroline Klæth Eriksen (rådgiver, samfunnsviter)
- Christian Ranheim (ekstern ekspert, jurist)

6 Fysiske forhold

Ungdomspsykiatrisk klinikk holdt til i et bygg fra 2001/2002 som lå skjermet til på området til sykehusets hovedbygg. Bygget hadde to etasjer, med behandler- og administrasjonsavdeling i første etasje og to sengeposter i annen etasje som begge hadde direkte utgang til et atrium og utgang til terrenget på to sider av bygget. Klinikken hadde 14 ordinære pasientrom, disse plassene var likt fordelt mellom én åpen og én lukket post. Det fantes i tillegg enkelte andre rom uten fast seng. I bygget var det også inntaksrom og besøksrom. I et tilstøtende bygg fantes det gymsal og skole. Bygget fremstod som funksjonelt og relativt nytt.

De to døgnpostene hadde lik utforming, med unntak av to rom i post A som tidligere utgjorde en skjermingsavdeling. I tillegg til pasientrommene fantes det en felles stue, egen tv-stue samt kjøkken med spisebord. Det var utgang til atriet fra begge postenes stue. Atriet hadde en delvis skillevegg i midten. Fra den lukkede post A stod døren til atriet alltid åpen. Atriet hadde gressplen, utemøbler og grill, samt urter og blomster.

Døgnpostene fremstod som lyse og godt vedlikeholdte. Pasientrommene var relativt nakne, med seng, skrivebord, hyller, skap og en stol som fast innredning. Skapene hadde lås, men forebyggingsenheten ble informert om at låsene ikke ble benyttet. Alle rom hadde eget bad. Klinikken informerte om at det var mulig for pasientene selv å ta med eiendeler for å pynte opp rommet, som bilder og bamseser. I to av pasientrommene på post A var lampen over sengen skrudd ned.

På post A var det i tillegg et rom med belteseng. Dette var en oppreidd sykehusseng med løse belter. Rommet hadde tilstøtende bad. Post A hadde i tillegg to rom som tidligere utgjorde en skjermingsavdeling. Rommene var under besøket nymalte, men manglet annen innredning enn en sofa, en stol og et lite bord. Det ble opplyst om at rommet kunne innredes etter behov. På posten fantes det også et rom som var helt umøblert, kun med en madrass med plasttrekk på gulvet. Det ble opplyst at dette rommet ble brukt til å ta imot ungdommer som var ruset. Her var det ikke toalett i rommet, men et tilstøtende bad.

Post B hadde et eget rom som ble brukt til tvangsernæring. Dette rommet var nakent, kun med fire stoler plassert i midten av rommet samt et medisinsbord innerst. Den ene stolen ble brukt til pasienter som ble tvangsernært.

Klinikken hadde i tillegg en leilighet bygget som en egen enhet i flukt med post B. Den var lys og inneholdt et kombinert kjøkken og oppholdsrom samt to soverom og bad. Den var innredet med møbler, bilder og gardiner som gjorde inntrykket mindre institusjonspreget.

God utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. Ungdommer innlagt i psykisk helseverninstitusjoner er i en helsesituasjon som gir dem et særlig stort behov for omsorg og ivaretagelse i helsefremmende omgivelser.

7 Aktivisering

I følge klinikkens aktivitetsoversikt er det fire daglige måltider og mulighet for skole hver dag 9.15–11.30 og 12.30–14.00. Skolen tilpasses elevens behov og nivå. Hver av postene har et fellesmøte om ettermiddagen med pasienter og personale for å planlegge kvelden. Torsdager 12.30–14.00 er det felles fysisk aktivitet, og torsdager 14.30–15.00 er det husmøte, et felles møte mellom ungdommene og leder av posten. I tillegg er det vanligvis en felles aktivitet i uka per post utenfor klinikken.

Klinikken hadde ingen særskilt oversikt over hvor ofte pasientene benyttet seg av aktivitetstilbudene eller hvordan de ansatte motiverte pasienter til å delta. De viste til at de fleste aktiviteter vil inngå som en del av miljøterapien, og at de benyttes systematisk til utredning, kartlegging og behandling. Pasientens behov og tilstand styrte hva som ble planlagt og gjennomført. Eksempelvis kunne gymsalen og treningsrommet brukes på pasientens etterspørsel dersom det var forsvarlig og praktisk mulig. Dette ble bekreftet av pasienter. Det ble utarbeidet individuelle ukeplaner av behandlingsteamet i samarbeid med pasient og pårørende.

Det vises til Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for psykiatriske institusjoner:

«Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work.»⁶

Enkelte av pasientene etterlyste flere muligheter for aktiviteter og fortalte at dagene kunne bli lange under innleggelsen. De kunne ønske seg et mer variert utvalg av aktivitetsmuligheter. Dette kan være et mulig forbedringsområde for klinikken.

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

8 Pasientrettigheter

8.1 Barn og ungdom

Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe med få sterke stemmer som målbærer deres interesser. I Barneombudets fagrapport fra 2015, 'Grenseløs omsorg',⁷ blir regelverket for barn og ungdom i psykisk helsevern drøftet. Ombudet peker på at psykisk helsevernloven gjelder både for barn og voksne, men at regelverket i liten grad reflekterer barns særlige behov og rettigheter. Det er for eksempel ikke synliggjort i lovverket at barn er en sårbar gruppe med behov for særlig beskyttelse av sin personlige integritet, og barn er i begrenset grad gitt mulighet til å være part i egen sak. Barnekonvensjonens prinsipper om barnets beste og barnets rett til medvirkning er ikke innarbeidet i loven. Da det ikke er gitt at disse hensynene er allment kjente blant ansatte i psykisk helsevern kan dette i prinsippet utgjøre en risiko for barn og unges rettsikkerhet. I følge helselovgivningen er man myndig i helsespørsmål fra man er 16 år.⁸ Dette har imidlertid ført til at ungdom over 16 behandles som voksne også når det gjelder bruk av tvang. At ungdom mellom 16 og 18 behandles etter samme lovverk som voksne, medfører at de ikke får den særlige beskyttelsen barn og ungdom trenger.⁹

8.2 Aldersgruppen 12-16 år

For barn under 16 år er behandling i psykisk helsevern basert på foreldresamtykke. Dette medfører både at innleggelsen ansees som frivillig uavhengig av barnets syn, og at også personalets tvangsbruk inne på klinikken i mange tilfeller vil bli registrert som frivillig fordi den vil være basert på foreldrenes samtykke.¹⁰ At innleggelser som ikke er basert på barnets, men på foreldres samtykke registreres som frivillig, skaper en rekke etiske og behandlingsmessige utfordringer. Både ledelse, behandlere og miljøpersonale reflekterte rundt dette under besøket. Flere uttalte at denne type frivillighet hindrer åpenhet om den faktiske situasjonen, som kan oppleves som tvang både av pasient og ansatte. Blant annet ble det påpekt at mange av ungdommene som legges inn ved klinikken kommer dit nettopp fordi de ikke har ønsket behandling andre steder (ved for eksempel kommunehelsetjenesten eller BUP), og at det derfor er åpenbart at det dreier seg om opplevd tvang (se kapittel 10 *Mobilt behandlingsteam*). Når det som kan oppleves som tvang, ikke registreres som tvang, kan slike innleggelser blant annet skape vanskeligheter i relasjonen mellom pasient og behandler samt mellom pasient og foresatte.

Barnekonvensjonens artikkel 12 fastslår at barn har rett til både å uttale seg og bli hørt, og at deres synspunkter skal vektlegges i tråd med alder og modenhet.¹¹ Samtidig skal barn i følge barneloven høres fra de er syv år.¹² Pasient- og brukerrettighetsloven bestemmer at barn skal få si sin mening i spørsmål om sin egen helse fra de er tolv år gamle.¹³ Likevel kan man legges inn på døgninstitusjon mot sin vilje når man er mellom tolv og 16 år. Ungdom mellom tolv og 16 år har etter loven ingen rett til å bli hørt når det gjelder innleggelser i psykisk helsevern. De har allikevel mulighet til å

⁷ Barneombudet (2015) *Grenseløs omsorg*.

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

⁹ Barneombudet (2015) *Grenseløs omsorg*, side 21.

¹⁰ Barneombudet (2015) *Grenseløs omsorg*, side 21.

¹¹ Barnekonvensjonen: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>.

¹² Barneloven § 33.

¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

motsette seg innleggelsen ved å klage til kontrollkommisjonen (se kapittel 8.4 *Klagemuligheter*). At barnekonvensjonens prinsipper ikke er innarbeidet i loven skaper risiko for at barnets sak ikke vurderes opp mot de strenge vilkårene som er satt for beskyttelse av den personlige integriteten i tilstrekkelig grad.

Besøket etterlot inntrykk av at klinikken innenfor lovens rammer forvaltet spørsmål om innleggelser godt og med skjønn. Miljøpersonalet formidlet god forståelse av at ungdom kan oppleve som tvang en innleggelse som formelt er frivillig og at de var åpne for å snakke med ungdommene om deres opplevelse av innleggelsen. Ungdommen deltok også i behandlingsteam sammen med sine behandlere, lærer og kontaktpersonale i miljøet. Her deltok også ungdommens pårørende. I behandlingsteam drøftes og planlegges behandling, progresjon og aktiviteter for pasienten. Dette er et eksempel på brukermedvirkning som kan ivareta opplevelsen av å bli hørt og å ha innvirkning på sitt eget behandlingsløp.

Barn på 12-13 er vesentlig mer sårbare enn de som nærmer seg 18. Ved å ha barn mellom 12 og 18 år sammen på institusjon, har man barn på ulike utviklingsnivåer hvor de yngste i stor grad vil være vesentlig mer sårbare enn de eldre. Ved klinikken var så langt det lot seg gjøre ikke de yngste og de eldste innlagt på samme post, eller hadde felles aktiviteter. Pasienter kunne eksempelvis bruke leiligheten i tilknytning til én av postene, eller få familierommet som lå i utkanten av en post. Dette vitner fra klinikkens side om høy bevissthet rundt spesielt sårbare pasienter.

8.3 Vedtak

Det er de faglig ansvarlige ved klinikken som fatter vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler. Vedtak lagres i elektronisk pasientjournal, og her lagres også et separat journalnotat hvor begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaket angir kun hvilke lovbestemmelser som er vurdert og lagt til grunn for vedtaket, og gir ingen konkret begrunnelse. Både pasient, pårørende og kontrollkommisjonen får kopi av vedtaket. Det hersket noe usikkerhet hos ledelsen ved klinikken om pasientene mottok den skriftlige begrunnelse for vedtaket (journalnotatet) rutinemessig sammen med vedtaket. Begrunnelsen gis vanligvis muntlig, og enkelte behandlere viser ungdommen journalnotatet i tillegg. Praksisen med ikke å rutinemessig gi den skriftlige begrunnelsen for vedtaket, er noe Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.¹⁴ Et vedtak må være konkret begrunnet for å ivareta pasientens reelle rett til å klage. Vedtaket skal både gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for at det ble gjennomført, i tillegg til informasjon om retten til å klage. Alle pasienter bør rutinemessig motta begrunnelsen for et tvangsvedtak både skriftlig og muntlig, for å sikre ivaretagelse av deres rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang.

Det hersker usikkerhet om hvor mange barn innlagt i psykisk helseverninstitusjoner som samtidig får hjelp fra barnevernet. En undersøkelse fra 2005 viste at 20-30 prosent av alle ungdommer innlagt i psykisk helseverninstitusjoner hadde kontakt med barnevernet.¹⁵ Klinikken hadde ikke tall på hvor mange av ungdommene som var under barnevernets omsorg, men bekreftet at de hadde hatt

¹⁴ Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk til Diakonhjemmet sykehus 24.-27. februar 2015, Sykehuset Telemark 8.-10. april 2015, Sørlandet sykehus, Kristiansand 7.-9. september 2015 og Universitetssykehuset i Nord-Norge 26.-28. april 2016.

¹⁵ Birkhaug, K. m.fl. (2005) *En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*.

samarbeid med barnevernet i de fleste av kommunene innen Ahus' opptaksområde. I tilfeller hvor ungdommen er under omsorg av barnevernet, er det barnevernsleder i den aktuelle kommunen som er ansvarlig for å samtykke til innleggelsen. Etter klinikkens erfaring har ingen av barnevernslederne i kommunene i Ahus' opptaksområde vakttelefon, og er derfor kun å treffe i vanlig kontortid. Det har ved enkelte tilfeller skapt vanskeligheter ved akutte innleggelse på kveldstid eller i helger hvor det ikke har foreligget samtykke for innleggelse før neste arbeidsdag. Dette er bekymringsfullt da det i realiteten innebærer at en pasient kan være innlagt inntil 2 ½ døgn uten et lovlig fattet vedtak. Klinikken opplyste om at de hadde tatt problemstillingen opp med de berørte kommunene uten at dette har ført fram til noen løsning.

Anbefalinger

- Pasienter bør alltid både få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet).
- Det bør etableres et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som sikrer at ungdom ikke innlegges uten at lovens krav om samtykke er oppfylt.

8.4 Klagemuligheter

Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet etter psykisk helsevernloven § 6. Kontrollkommisjonen er klageinstans for vedtak om tvungen observasjon, tvungen psykisk helsevern, innskrenkinger i forbindelse med omverdenen,¹⁶ ransaking og kroppsvisitasjon,¹⁷ beslag,¹⁸ tvungen urinprøve,¹⁹ bruk av tvangsmidler,²⁰ skjerming²¹ og overføring uten samtykke²². I tillegg fører kontrollkommisjonen kontroll med alle vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungen psykisk helsevern og etterprøver alle vedtak etter tre måneder. Vedtak om tvungen legeundersøkelse²³ og behandling uten eget samtykke²⁴ påklages til Fylkesmannen. Effektive klageordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

«...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.»²⁵

«The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (e.g. a judge or supervisory committee) which is responsible for

¹⁶ Psykisk helsevernloven § 4-5.

¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-6.

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-7.

¹⁹ Psykisk helsevernloven § 4-7 a.

²⁰ Psykisk helsevernloven § 4-8.

²¹ Psykisk helsevernloven § 4-3.

²² Psykisk helsevernloven § 4-10.

²³ Psykisk helsevernloven § 3-1.

²⁴ Psykisk helsevernloven § 3-3.

²⁵ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

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.»²⁶

Kontrollkommisjonen ved ungdomspsykiatrisk klinikk møtes fast én gang i måneden samt ved enkelte tilleggsdager for å håndtere klagesaker, kontrollere vedtak og eventuell forlengelse av vedtak samt utføre dokumentkontroll. Kommisjonen gjennomgår alle innleggelser ved å lese inkomstnotatet, og alle utskrivninger og epikriser. I tillegg gjennomgås alle suicidalvurderinger. Ved alle innleggelser på tvang samt innleggelser med foreldresamtykke for ungdom under 16 år, undersøker kommisjonen hva barnet mener om dette. Kommisjonen besøker også postene for å undersøke forholdene der og være tilgjengelig for pasienter som ønsker å prate med dem. Kommisjonen møter klinikkleder én gang i året for å formidle deres vurdering av drift og praksiser ved klinikken.

Kontrollkommisjonen ved klinikken opplyste om at de behandlet omlag fire-fem klager på foreldresamtykke i året, men at det var sjelden ungdommene fikk medhold i disse klagen. Saker hvor ungdommen fikk medhold, karakteriseres ofte av at ungdommen har vært innlagt lenge, fått lite utbytte av behandlingen og mistrives. Kommisjonen påpekte tydelig overfor sykehuset at ungdommens mening om egen innleggelse ved foreldresamtykke ønskes journalført.

Ved innleggelse får pasientene rutinemessig et informasjonshefte utarbeidet av kontrollkommisjonen med informasjon om kommisjonens oppgaver. Både pasienter og pårørende blir også informert muntlig om kommisjonens arbeid og klageadgang hit ved innleggelse. Under besøket var det på begge postene informasjon om kontrollkommisjonen og Sivilombudsmannen lett synlig. Det var imidlertid ingen synlig informasjon om Fylkesmannen på postene, og ingen av pasientene forebyggingsenheten snakket med hadde hørt om muligheten til å klage til Fylkesmannen.

Anbefalinger

- Klinikken bør sikre at informasjon om Fylkesmannen er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.

8.5 Pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal hjelpe pasienter. Likevel kan det forekomme at pasienter blir skadet i møte med helsetjenestene.²⁷ I forbindelse med forebyggingsenhetens forberedelser til besøket, og under besøket, gjorde klinikken oppmerksom på at temaet selvmordsforebygging og forebygging av selvskade var et område det var satset mye på. Klinikken skriver:

«Intervensjoner for å forsøke å avverge selvmord og selvskading er i noen situasjoner påkrevet for UK. I andre situasjoner har slike intervensjoner lite effekt og kan medføre alvorlige behandlingsskader. En

²⁶ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56, avsnitt 55.

²⁷ Pasientsikkerhet kan beskrives som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser, jf. Kunnskapscenteret (2010): Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Notat.

sentral oppgave for UK er å vekke disse hensynene opp i mot hverandre og gjøre faglig begrunnede vurderinger i hver enkelt pasientsak.»²⁸

Klinikken informerte om at forebygging av selvmord og selvskading har gitt utslag i både fagutviklingsarbeid og organisatoriske konsekvenser. Fagpersoner ved klinikken har stått for flere publikasjoner som belyser dilemmaer i arbeid med selvmordsforebygging. Klinikken underviser både internt og eksternt for å motvirke en slik kultur preget av stort fokus på fysiske sikkerhetsintervensjoner. Organisatorisk vises det til fire endringspunkter:

- Opprettelse av mobilt behandlingsteam (se kapittel 10 *Mobilt behandlingsteam*)
- Åpning av en tidligere lukket akuttpost, slik at det ikke foregår unødig døgnbehandling i lukket avdeling for pasienter som ikke har behov for dette.
- Familieinnleggelse. Fokus på livssituasjon og familiekommunikasjon fremfor symptombehandling.
- Portvaktfunksjon (se også kapittel 9 *Tvangsmidler*). Denne håndterer alle henvendelser for øyeblikkelig hjelp, og har til hensikt å gi døgnkontinuerlig hjelp til familier i kriser både ved innleggelse i post, men også ved vurdering av ambulante tilbud for de som ikke har forventet nytte av innleggelse. Portvakten er proaktiv når det gjelder å holde kontakt med familier i kriser for rådgiving og rask tilgang til kontinuerlige vurderinger.

Klinikken har totalt syv rutiner og prosedyrer for forebygging av selvmord og selvskading. Rutinene er utarbeidet i tråd med *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsearbeid*.²⁹ Ved mobilt behandlingsteam forelå det egen opplæringsplan og samling av pensumlitteratur for egne ansatte om vurdering og arbeid med suicidalitet. Dette var også tilgjengelig for øvrige ansatte ved klinikken, og brukes i noen grad i opplæring av nyansatte.

I løpet av de siste tre årene har det ikke forekommet selvmord hos pasienter innlagt på klinikkens døgnposter. Det har heller ikke inntruffet alvorlige selvmordsforsøk i denne perioden hos pasienter innlagt på døgnpost eller innskrevet i mobilt behandlingsteam. I 2014 var mobilt behandlingsteam i ferd med å opprette kontakt med en ungdom som tok sitt eget liv, og i 2016 tok en ungdom sitt eget liv mens vedkommende var i behandling hos mobilt behandlingsteam.

²⁸ Svarbrev til forebyggingsenheten vedrørende innhenting av informasjon om 'rutiner og tiltak for forebygging av selvmord og selvbeskadigelse' 28.07.16.

²⁹ Helsedirektoratet (2008), *IS-1511 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsearbeid*.

9 Tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 og omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belteseng og transportbelter samt skadeforebyggende spesialklær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede ('isolasjon'), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt og kortvarig fastholding ('holding'). For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler eller kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede.³⁰

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.³¹ Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes «når det foreligger en nødrettslignende situasjon.»³²

I 2015 fattet klinikken seks vedtak om skjerming.³³ Det ble samme år fattet 140 vedtak om tvangsmidler,³⁴ hvorav 69 vedtak var om bruk av mekaniske tvangsmidler (66 vedtak om ernæring uten samtykke), ett vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, seks vedtak om korttidsvirkende legemidler og 64 vedtak om kortvarig fastholding. Det ble også fattet to vedtak om tvangsbehandling³⁵ i 2015.

I perioden 01.01-21.07.16 ble det ikke fattet noen vedtak om verken skjerming eller behandling uten eget samtykke. Det ble heller ikke fattet vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede eller om korttidsvirkende legemidler. Det ble tilsammen fattet 58 vedtak om kortvarig fastholding, fordelt på to pasienter (én med 54 vedtak under gjennomføring av ernæring og én med fire vedtak).

Klinikken oppga at ledelsens tiltak for å redusere bruk av tvang og tvangsbehandling i stor grad handlet om å skape trygghet for pasientene og om opplæring av personalet i vurdering og unngåelse av tvangstiltak. En gruppe miljøterapeuter hadde fordypet seg spesielt i dette, og disse hadde ansvar for regelmessig trening av øvrige ansatte. I tillegg var ledelsen opptatt av å bruke bemanning og ressursstyring bevisst som ledd i å begrense bruken av tvang. Dette innebar å sikre at det var nok personale på jobb, og at det ble brukt riktig antall personale i utfordrende situasjoner slik at disse ikke unødig eskalerte til bruk av tvangsmidler. God, tydelig og forutsigbar kommunikasjon mellom miljøterapeuter i slike situasjoner ble også fremhevet som noe det ble trent på.

Alle situasjoner hvor formell tvang har vært benyttet går igjennom av vaktlag, postledelse og vedtaksansvarlige. Det fremgikk at det gjennomføres debrief for alt miljøpersonale i etterkant av alle vakter. Disse ledes av ansvarsvakt.

³⁰ Psykisk helsevernloven § 4-8.

³¹ Psykisk helsevernloven § 4-8.

³² Helsedirektoratet (2012) *Rundskriv IS-9/2012*, side 76.

³³ Psykisk helsevernloven § 4-3.

³⁴ Psykisk helsevernloven § 4-8.

³⁵ Psykisk helsevernloven § 4-4.

Både ledelsen og flesteparten av de ansatte fremhevet at det hadde skjedd en sterk utvikling fra klinikken åpnet i 2002 og frem til nå hva gjelder tvangsbruk. De første årene etter åpning var det langt mer bruk av tvangsmidler, samt flere utageringer og en annen holdning blant ansatte til hva dette representerte. Det ble fremholdt at trygghet, stressreduksjon og forståelse av pasientenes symptomer og situasjon nå er viktige hjørnesteiner i klinikkens arbeid. Likeledes fokuseres det på trygge, forutsigbare ansatte som kommuniserer godt både med pasienter og kollegaer som nøkkelfaktorer i arbeidet med reduksjon av tvang.

Klinikken hadde også gjort flere organisatoriske grep for å forsøke å redusere tvangsbruk. Det var opprettet en såkalt portvaktfunksjon, et vaktlag som håndterer alle øyeblikkelig hjelp-henvendelser. Vaktlaget bestod av representanter for behandlerstab, mobilt behandlingsteam og miljøpersonale på døgnpostene. Hensikten med denne funksjonen var å hindre innleggelse dersom pasientene kan tilbys hjelp mobilt. Portvakten var gitt ulike verktøy i sitt arbeid for å forebygge innleggelse, som aktivt å ta kontakt med ungdommen eller familien i løpet av kveld eller helg, eller besøke ungdommen hjemme. Dette er tiltak som kan bidra til å unngå at ungdommen innlegges mot sin vilje. Klinikken har også opprettet mobilt behandlingsteam (MOT) (se kapittel 10 *Mobilt behandlingsteam*), som de mener har vært med på å redusere tvangsbruk.

9.1 Behandling uten eget samtykke

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke gis undersøkelse og behandling på nærmere angitte vilkår. Barn under 16 år kan gis behandling på foreldresamtykke. Slik behandling omfatter legemiddelbehandling uten samtykke og ernæring uten eget samtykke ved alvorlig spiseforstyrrelse. Dette skal i så fall fremstå som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.³⁶ Lovens § 4-4 gir kun hjemmel for gjennomføring av behandling som har til hensikt å behandle pasientens psykiske lidelse, og ernæringstilførsel uten eget samtykke vil derfor kun være aktuelt overfor svært syke pasienter med alvorlig undervekt.³⁷

Klinikken opplyste om at det i 2015 ble fattet vedtak om tvangsernæring for to pasienter. I 2016 hadde det foreløpig ikke blitt fattet slike vedtak. De ansatte formidlet at å utføre tvangsernæring var svært krevende, og at de hadde stort fokus på brukermedvirkning ved å prøve alternative tiltak før tvangsernæring ble igangsatt.

I tillegg medfører tvangsernæring ofte også annen tvangsbruk. I 2015 ble det ved klinikken fattet 69 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, 66 av disse omfattet bruk av belter ved tvangsernæring. Frem til 21. juli 2016 ble det fattet 58 vedtak om kortvarig fastholding, hvorav 54 av disse var fattet for én pasient under gjennomføring av tvangsernæring. Denne pasienten var under 16 år.

Kontrollkommissjonen opplyste om at det først i 2015, etter et pålegg fra Helsedirektoratet, ble krevd separate vedtak for bruk av mekaniske tvangsmidler eller holding ved gjennomføring av tvangsernæring. Før 2015 ble ikke kortvarig fastholding eller bruk av belter ved tvangsernæring registrert som separate vedtak.

Klinikken hadde innredet et eget rom med et medisinsbord og fire stoler som var festet til gulvet, til bruk ved tvangsernæring. Pasienten ble plassert i stolen i midten, mens ansatte satt i stolene ved siden av og bak pasienten for å holde. Ellers var rommet nakent. Klinikken informerte om at

³⁶ Psykisk helsevernloven § 4-4.

³⁷ Helsedirektoratet (2012) *Rundskriv IS-9/2012*, side 65.

hensikten med denne stolen var å redusere faren for skade på pasienter under tvangsernæring. Det hadde i tidligere situasjoner hvor ungdommer mottok sondeernæring mot sin vilje forekommet skade på pasienter når ansatte holdt dem. I rommet fantes det også en bøylepute til stolen som i enkelte tilfeller ble brukt. Denne ble festet over pasientens lår, slik at det ble vanskeligere for vedkommende å yte motstand med bena. Dette reiser spørsmål om stolen, i tilfeller hvor bøylen blir benyttet, er å anse som et tvangsmiddel. Dersom stolen med bøylen i realiteten er et tvangsmiddel vil et vedtak om kortvarig fastholding ikke dekke tvangsbruken. Det er bekymringsfullt dersom det benyttes et ikke godkjent tvangsmiddel for ungdom ved klinikken.

Forebyggingsenheten fikk under besøket informasjon om at enkelte av ungdommene som hadde opplevd tvangsernæring, heller ønsket å motta dette beltelagt i seng enn å bli holdt i stol på dette rommet.

Både ansatte og kontrollkommisjonen uttrykte bekymring for om tvangsernæring er god praksis. Flere ansatte ga uttrykk for at det var svært belastende å delta i å tvinge unge mennesker til å ta til seg næring på denne måten. Da post B er den enheten som tar imot de aller fleste ungdommene med alvorlige spiseforstyrrelser, ble slitasjen på personalet her til tider stort. Klinikken hadde i arbeidet med å fremme tiltak for å hindre bruk av sondeernæring lagt om praksis i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser mot et større fokus på å mestre egne måltider. Dette betød at mye av arbeidet ble rettet mot trening og støtte i spisesituasjonen med fokus på å innta nødvendig næring gjennom mat og drikke. Tvangsernæring ble først aktuelt som tema dersom pasienten over tid ikke mestret spisesituasjonene og hadde vekt på et nivå som kan medføre alvorlige helseskader.

Fylkesmannen er klageinstans for vedtak om tvungen ernæring, og Fylkeslegen i Oslo og Akershus opplyste om at de ikke hadde mottatt noen klager på vedtak om tvungen ernæring fra pasienter ved klinikken i 2015 eller 2016. Fylkeslegen informerte også om at den ikke hadde sett den aktuelle stolen ved klinikken.

Anbefalinger

- Det bør utredes om stolen som brukes til sondeernæring er et tvangsmiddel.

9.2 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler

Ansatte og ledelsen informerte om at pårørende rutinemessig blir informert om bruk av beltelegging. Dette var også skriftlig nedfelt i retningslinjene klinikken har for bruk av tvangsmidler. Dette er viktig for å ivareta pasientenes rettsikkerhet, da pasientens nærmeste pårørende er avhengige av å bli informert for å kunne bruke sin klagerett.³⁸

9.3 Ettersamtale

En systematisert bruk av frivillig samtale mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk, en såkalt ettersamtale, kan være et virkemiddel for å hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.³⁹ Samtidig er det nødvendig å ta hensyn til at tvangens

³⁸ Psykisk helsevernforskriften § 27 tredje ledd.

³⁹ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46.

krenkende natur kan gjøre at slike samtaler oppleves negativt for pasienten som derfor bør kunne velge om han eller hun ønsker en ettersamtale.⁴⁰ Klinikken hadde tilbud om frivillige samtaler for pasientene etter gjennomføring av tvangsmiddelbruk. Dette ble opplyst fra både ledelse og de ansatte ved klinikken. Da ingen av pasientene som var innlagt under besøket hadde fått vedtak om tvangsmiddelbruk under innleggelsen kunne det ikke innhentes informasjon om dette fra pasientene selv.

⁴⁰ 'Pasienten skal tilbys samtale(r) i etterkant, og den første samtalen bør skje så snart som mulig etter hendelsen. Gjennomgangen bør fortrinnsvis ledes av en som ikke var involvert i hendelsen. Seksjonsleder og behandler har et felles ansvar for at samtalen(e) finner sted.' beskrives også i fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler – bruk psykisk helsevern» versjon 1.0 utgitt av Helse Bergen. Fagprosedyren er tilgjengelig på <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/mekaniske-tvangsmidler-bruk-ipsykisk-helsevern>.

10 Mobilt behandlingsteam

Mobilt behandlingsteam (MOT) er et behandlingsteam på ti medarbeidere som arbeider med ungdommer og deres familier både hjemme, på skolen og i andre settinger, såkalt arenafleksibel behandling. Teamet har særlig kompetanse på vurdering av selvmordsrisiko. Hovedgruppen av pasienter er ungdommer med vedvarende suicidalitet. I følge leder ved mobilt behandlingsteam er dette tradisjonelt en gruppe pasienter som ofte har blitt lagt inn på tvang og som har vært utsatt for tvangsbruk når de har vært innlagt.

MOT baserer seg på frivillighet. Det er imidlertid oftest pårørende som tar kontakt og ønsker helsehjelp til sin ungdom, ofte etter at ungdommene har takket nei til hjelp fra andre instanser. Både dette forholdet og arbeidsmetodikken med aktivt å oppsøke ungdommen på deres arenaer, reiser nye problemstillinger når det gjelder ungdommenes opplevelse av tvang. Ledelsen i MOT påpekte blant annet at det kunne være krevende å vurdere hvor langt behandlere har mulighet til å gå inn i ungdommens privatsfære for å tilby og gi helsehjelp. De viste blant annet til utfordringen med å vurdere hvordan det oppleves å bli oppsøkt hjemme eller på skolen av en behandler man selv ikke har bedt om å få snakke med. Teamet opplyste at de brukte endel tid på å finne ut av hvordan de skulle forholde seg til et nei fra ungdommen. Handlet motvilje mot behandling om at den aktuelle ungdommen ikke ønsket helsehjelp, eller at han eller hun ikke hadde tro på helsehjelp? Eller handlet det om manglende tillit til voksne, eller manglende tro på at en selv har en verdi og av den grunn fortjener hjelp når noe er vanskelig? Skulle et nei til samtale fra ungdommen én gang bety at teamet skulle slutte å oppsøke vedkommende? Det ble påpekt at arbeidet potensielt kunne gi risiko for at ungdommene opplevde å bli påtvunget helsehjelp.

Samtidig opplevde både ledelsen ved klinikken og MOT at teamet bidro til å redusere antallet tvangsinnleggelse og at de kunne tilby tilpasset behandling for ungdommer i krise. Ved å ha muligheten til å behandle ungdommer med blant annet vedvarende suicidalproblematikk utenfor døgnpost, opplevde de at postene også unngikk å ha tvangsinnlagt i lengre perioder ungdom som kanskje ikke har nytte av slik innleggelse.

Mobilt behandlingsteams arbeidsmetodikk kan redusere risiko for tvangsbehandling av unge pasienter. Samtidig reiser metodikken også problemstillinger om ungdommenes opplevelse av frivillighet og om kontrollorganenes mulighet for å ivareta rettssikkerheten i de tilfellene ungdommen opplever tiltaket som tvang eller et inngrep i deres privatliv. Kontinuerlige refleksjoner om disse utfordringene og evne til å lytte til og til å styrke medvirkningen til de ungdommene det gjelder, vil være viktig i mobilt behandlingsteams videre arbeid.

11 Ledelse

Både ledelsen og de fleste ansatte fremhevet at de opplevde miljøet ved klinikken som godt for læring og fagutvikling. Dette kom til uttrykk blant annet ved at det var muligheter innenfor arbeidstid til å oppdatere seg faglig, ha kontakt med nærliggende fagmiljøer samt at det var satt av tid til interne møter som inneholdt undervisning og fagutvikling. Flere ansatte hadde også tatt videreutdanning mens de var ansatt ved klinikken. Likeledes deltok klinikken i flere ulike forskningsprosjekter, blant annet prosjekter innen etikk og tvangsbruk. Ansatte fremhevet at dette gjorde det faglig stimulerende å arbeide ved klinikken, og bidro til et kompetent og stabilt personale. I tillegg gjorde mulighet til faglig oppdatering miljøet mer robust når de ble stilt overfor nye eller spesielt komplekse problemstillinger. For spesielt krevende situasjoner ble det innkalt til refleksjonsmøter for alle som hadde mulighet til og ønske om det.

Flere ansatte trakk frem arbeidet spesielt med ungdommer med alvorlige spiseforstyrrelser som svært krevende. Det ble beskrevet som tøft og faglig utfordrende å stå i det som opplevdes som situasjoner der liv stod på spill, og flere var preget av belastningen dette kunne innebære. I tillegg pekte flere ansatte på at det tidvis kunne være en utfordring å ivareta et tverrfaglig samarbeid i slike situasjoner, selv om det også ble understreket at tverrfaglig samarbeid grunnleggende var et gode for pasientene. I slike situasjoner synes det viktig at ledelsen og behandlergruppen ser og anerkjenner den belastningen det kan innebære for miljøpersonalet å gjennomføre en behandling de ikke alltid vil være enig i. God kommunikasjon mellom de ulike nivåene ved klinikken og at ledelsen iverksatte tiltak for å ivareta alle ansatte, ble fremhevet som avgjørende for dette. Et eksempel på dette var at ble satt av tid til et 10 dagers internseminar ved den ene av postene etter en svært krevende og arbeidsintensiv periode. I følge både ledelse og ansatte var dette et grep som førte til at de ansatte følte seg sett og ivaretatt. Slike grep kan være gode investeringer i et arbeidsmiljø som også i fremtiden vil stå overfor faglige og menneskelige utfordringer.

Ledelsen har også et ansvar for at den sosiale identiteten og kulturen som utvikler seg blant ansatte er i tråd med menneskerettighetene. Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene og oppfatningene blant de ansatte; hvilke mål man har for enheten, hvordan problemer løses og hva slags type atferd som er akseptabel.⁴¹ Ved at ledelsens holdninger og verdier er gode, tydelige og blir respektert øker sannsynligheten for at en positiv og pasientsentrert kultur kan utvikles. Å motvirke negative trekk og utvikle positive trekk i en institusjonskultur er av stor betydning for å minimere risiko for umenneskelig behandling. Dette syntes ledelsen ved klinikken å ivareta på en god måte.

⁴¹ PRI og APT (2013) *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring*.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Telefaks: 22 82 85 11
Epost: postmottak@sivilombudsmannen.no
www.sivilombudsmannen.no/forebyggingsenheten

