



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

**Bofellesskap for personer
med utviklingshemning
i Drammen kommune**

3.-5., 16.-20. og 23.-27. november 2020



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



SIVILOMBUDSMANNEN

Drammen kommune
v/ kommunedirektøren
Engene 1
3008 Drammen

Statsforvalteren i Oslo og Viken
Postboks 325
1502 Moss

Vår referanse
2020/3623

Deres referanse

Vår saksbehandler
Aruna Eide Skingen

Dato
23.06.2021

Oversendelse av rapport etter Sivilombudsmannens besøk til bofellesskap, Drammen kommune, 3.–5., 16.–20. og 23.–27. november 2020

Vi viser til Sivilombudsmannens forebyggingsenhets besøk til bofellesskap i Drammen kommune, 3.–5., 16.–20. og 23.–27. november 2020.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for ansatte, pårørende, og beboere som ønsker å lese den. Sivilombudsmannen ber om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 1. oktober 2021.

Vi ber om at kommunen og Statsforvalteren utformer sine svar slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan gjøres offentlig, ber vi om at kommunen og Statsforvalteren opplyser om dette og sender 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
sivilombudsmann

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

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

Kopi til:
KOMMUNAL- OG
MODERNISERINGSDEPARTEMENTET
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
HELSEDIREKTORATET
KULTURDEPARTEMENTET
BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET



SIVILOMBUDSMANNEN

BESØKSRAPPORT

Bofellesskap for personer med utviklingshemning i Drammen kommune

3. –5., 16. –20. og 23. –27. november 2020

Innholdsfortegnelse

I. Tortur og umenneskelig behandling	4
II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....	5
III. Sammendrag	6
Anbefalinger til kommunen.....	9
Anbefalinger til Statsforvalteren.....	11
1 Rettighetene til mennesker med utviklingshemning når de er fratatt friheten .	12
1.1 Kort om utviklingshemning.....	12
1.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester og bofellesskap som boform.....	12
1.3 Hvorfor vi besøker bofellesskap.....	13
1.4 Likhetskravet og forbudet mot diskriminering.....	14
2 Gjennomføring av Sivilombudsmannens besøk	16
2.1 Om tjenester til personer med utviklingshemning i Drammen kommune.....	16
2.2 Gjennomføring av besøket.....	16
2.2.1 Utvelgelse av bofellesskap.....	16
2.2.2 Tilpasninger som følge av covid-19 pandemien.....	16
2.2.3 Metode og rapportformat	16
3 Selvbestemmelse og medvirkning.....	18
3.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	18
3.2 Tilpasset informasjon og alternative kommunikasjonsformer	19
3.3 Valgmuligheter og medvirkning i egen livssituasjon	20
3.4 Selvbestemmelse ved hjelp av verge og pårørende	20
4 Bruk av tvang	22
4.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	22
4.1.1 Vilkår for bruk av tvang.....	23
4.1.2 Situasjoner hvor tvang kan brukes.....	23
4.1.3 Kommunens saksbehandling ved bruk av tvang.....	24
4.2 Avgjørelser om tvang.....	25
4.2.1 Oversikt over avgjørelser om tvang.....	25
4.2.2 Krav om særskilt oppnevning av verge	26
4.2.3 Krav om involvering og orientering i avgjørelsesprosessen	27
4.2.4 Krav til avgjørelsenes innhold og begrunnelse	28
4.2.5 Gjentatte eller vedvarende nødsituasjoner.....	30
4.3 Perioder med uhjemlet tvang.....	31
4.4 Bruk av skjerming.....	33
4.4.1 Vilkår for bruk av skjerming	33
4.4.2 Skjerming i bofellesskapene.....	34

4.5	Andre forhold som gir særlig risiko for umenneskelig behandling.....	36
4.5.1	Langvarig fastholding	36
4.5.2	Tvang i omsorgssituasjoner.....	37
4.5.3	Mangler ved journalføring	37
4.5.4	Bemannings situasjonen for beboere med særlige utfordringer	38
4.5.5	Generelle begrensninger i bevegelsesfriheten	39
5	Forebygging av tvang	40
5.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	40
5.2	Ansattes bevissthet og refleksjoner om tvang om makt	40
5.3	Kompetanse og opplæring.....	41
5.3.1	Ansattes generelle kompetanse	41
5.3.2	Opplæring i forebygging og bruk av tvang.....	41
5.3.3	Manglende vergetrening.....	42
6	Statsforvalterens overprøving	44
6.1	Mangelfull behandling av motforestillinger og holdningen til beboer, pårørende og verge	44
6.2	Manglende begrunnelse	45
6.3	Saksbehandlingstid	46
6.4	Mangelfull dokumentasjon og oppfølging.....	47
7	 Rett til helse og helsehjelp	49
7.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	49
7.2	Tilgangen til helsehjelp for beboerne	49
7.2.1	Avvik ved medisin håndtering.....	50
7.2.2	Hvordan fanges smerter og sykdomsutvikling opp av ansatte?	50
7.2.3	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og oppfølging av psykisk helse	51
7.2.4	Bruk av medisiner ved utfordrende atferd	51
8	Beskyttelse mot vold og overgrep	52
8.1	Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk	52
8.2	Funn om forebygging av vold og overgrep i bofellesskapene	53
8.3	Mangler ved ansattes kompetanse og bevissthet om risiko for overgrep	53
8.4	Bevissthet og opplæring i seksuell helse som forebygging mot overgrep	54
9	Effekter av covid-19-pandemien.....	55

I. 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), som ble vedtatt i 1984. Det samme forbudet er også nedfelt 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 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. Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen i 2013.

II. Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013. Konvensjonen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at personer som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Sivilombudsmannen fikk denne oppgaven, og det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved vårt kontor for å utføre denne.

Sivilombudsmannen har adgang til alle steder hvor personer er, eller kan være, fratatt friheten. Ombudsmannen har tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres. Enheten besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan skje med eller uten forhåndsvarsel.

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

Ombudsmannens 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. De befinner seg i en utsatt situasjon og har et særlig krav på beskyttelse i forbindelse med samtaler. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre relevante parter. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet lokale retningslinjer, tvangsvedtak, 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 Sivilombudsmannens nettside, og stedene gis en frist for å orientere ombudsmannen om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

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

¹ Sivilombudsmannsloven § 3 a.

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

III. Sammendrag

Om kommunens ansvarsområde

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte tre bofellesskap hvor det bodde personer med utviklingshemning i Drammen kommune i november 2020. Bofellesskapene var av ulik størrelse og beboerne som bodde der hadde ulikt behov for hjelp og assistanse i hverdagen. Til sammen undersøkte vi tjenestetilbudet til og forholdene for totalt 20 personer med utviklingshemning i kommunen. I alle de tre bofellesskapene var det beboere som hadde tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Besøket ble gjennomført under covid-19-pandemien og var tilpasset dagjeldende smittevernråd. Utover en kort befarings av ett av bofellesskapene, ble besøket gjennomført ved hjelp av video- og telefonintervjuer og dokumentgjennomgang.

Mennesker med utviklingshemning som bor i bofellesskap har som alle andre rett til å bestemme over eget liv. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med den enkelte beboer. Norsk lov gir ingen særskilt hjemmel for frihetsberøvelse av mennesker med utviklingshemning, men mange kan i realiteten være underlagt omfattende begrensninger. Mange er også avhengige av tilrettelegging for å leve et fritt og godt liv. Disse forholdene gjør mennesker med utviklingshemning sårbare for at deres grunnleggende rettigheter blir krenket.

Hovedinntrykket var at kommunen var i gang med en betydelig kompetanseheving for å skape et helhetlig og godt tilbud til de som mottok tjenester, spesielt innen det som ble beskrevet som «målrettet miljøarbeid og hverdagsmestring». Ansatte ved bofellesskapene syntes å ha høy bevissthet om å gi beboerne mulighet til å ta valg og påvirke egen hverdag. Både lederne og ansatte vektla betydningen av å kjenne den enkelte beboer for å kunne ivareta beboeren best mulig og det var rutiner for samarbeidsmøter med pårørende og verger. De fleste pårørende var fornøyd med graden av involvering og kontakt. Noen av vergene som ikke også var pårørende syntes derimot å være lite informert om den enkelte beboers livssituasjon. Det var lite formaliserte samarbeidsformer som skulle sikre medvirkning og selvbestemmelse for beboerne som hadde oppnevnt verge.

Kommunens kursmateriale om forebygging av tvang og bruk av tvang holdt høy kvalitet. Det var etablert møtестrukturer for å følge opp avgjørelser om tvang og sikre fokus på forebygging, og det ble jobbet med faglig og etisk refleksjon om tvangsbruk. Flere ansatte gjennomførte jevnlig trening på vergeteknikker. De fleste ansatte mente også at de fikk tilstrekkelig opplæring og veiledning om bruk av tvang, og ansatte syntes å ha høy bevissthet om at bruk av tvang så langt som mulig skulle unngås. Til tross for dette avdekket besøket flere forhold som viste manglende kompetanse om og etterlevelse av regelverket som gjelder bruk av tvang.

I forbindelse med besøket gjennomgikk vi alle beslutninger om tvangsbruk i nødssituasjoner i en toårsperiode fram til besøkstidspunktet, og alle vedtak om tvangstiltak i situasjoner med vedvarende tvangsbruk tilbake til 2015. Flere av avgjørelsene var grundige og inneholdt konkrete beskrivelser av bakgrunnen for tvangstiltakene og hvilke andre tiltak som var prøvd først.

Vår gjennomgang viste likevel at flere avgjørelser ikke var begrunnet på en måte som dokumenterte at lovens vilkår for bruk av tvang var oppfylt. Flere av beboerne med slike mangelfulle vedtak hadde vært underlagt omfattende tvangstiltak gjennom flere år. Det var særlig store mangler når det gjaldt konkrete beskrivelser av hvorfor tvang var nødvendig. Mangelfulle begrunnelser for inngripende

tvang er problematisk i lys av menneskerettslige krav og svekker rettssikkerheten til den enkelte beboer. Det er statens ansvar å dokumentere og begrunne at tvangstiltakene er anvendt som en siste utvei, og at vilkårene om nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt. Etter ombudsmannens vurdering oppfylte flere av vedtakene ikke vilkårene.

Dersom det fattes vedtak om bruk av tvang skal den det gjelder involveres for å finne tiltak og metoder som vil oppleves som minst inngripende. Verge og pårørende er sentrale rettssikkerhetsfaktorer, og skal trekkes inn i vedtaksprosessen sammen med beboeren. Flere av vedtakene inneholdt lite informasjon om beboerens, vergens eller pårørendes holdninger til tiltaket. Funn tydet på at kommunen burde jobbe mer systematisk for å innhente og dokumentere informasjon om beboernes ønsker og behov. Dette omfattet også å involvere pårørende og verge mer i arbeidet med å forebygge bruk av tvang, og når det ble fattet vedtak om bruk av tvang.

Gjennomgangen viste videre at det var iverksatt planlagte tvangstiltak overfor flere beboere uten at det forelå godkjent vedtak fra Statsforvalteren. Blant beboere som hadde vært underlagt tvangstiltak gjennom mange år fant vi flere eksempler på at tvangstiltakene var opprettholdt selv om vedtaksperioden var utløpt. I flere av tilfellene skyldtes dette at kommunen var for sen med å sende inn nytt vedtak til overprøving. I noen tilfeller bidro lang saksbehandlingstid hos Statsforvalteren til at beboere hadde vært uten vedtak over lang tid, mens tvangstiltakene ble opprettholdt. Én beboer hadde på besøkstidspunktet vært underlagt flere inngripende tvangstiltak i en periode på to år og åtte måneder uten at det forelå gyldig vedtak for denne tvangsbruken. En annen av beboerne hadde vært utsatt for en rekke tvangstiltak uten gyldig vedtak i en periode på nesten syv måneder. Tiltakene omfattet bruk av mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfriheten.

Ombudsmannen ser alvorlig på at beboere utsettes for ulovlige tvangstiltak, og at dette skjer gjentatte ganger og over lange perioder. Praksisen bryter med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, hindrer overprøving og klagemulighet og er ikke i tråd med de menneskerettslige kravene til begrunnelse og dokumentasjon ved bruk av tvang.

I alle bofellesskapene ble det benyttet tiltak som ble omtalt som skjerming. Under besøket kom det frem at noen av de ansatte var usikre på når skjerming var et tvangstiltak og når det ikke var det. Gjennomgangen viste også at det var gjennomført skjerming som det ikke var fattet beslutning eller vedtak om, til tross for at det var et tvangstiltak. Skjermingsbruken overfor en av beboerne innebar at denne beboeren i perioder var stengt inne alene i sin egen leilighet. Besøket avdekket at beboeren hadde måttet oppholde seg i leiligheten sin gjennom store deler av døgnet, over mange dager. Leiligheten var i tillegg naken og nesten uten møbler og bar preg av slitasje og ødeleggelse. En kjetting på døren kunne brukes når ansatte var sammen med beboeren inne i leiligheten, for å hindre at beboeren gikk ut i fellesarealet. Det forelå ikke gyldig vedtak for denne tvangsutøvelsen og det manglet en dokumentert begrunnelse av at skjermingstiltaket og bruk av dørsperre var nødvendig og forholdsmessig. Risikoen for krenkelse av denne beboerens rettigheter fremsto på denne bakgrunn som høy.

Enhver har rett til høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk. Mennesker med utviklingshemning kan ha vansker med å formidle sine plager og selv identifisere sykdom, og symptombildet kan være annerledes enn det man vanligvis ser i befolkningen. Ubehandlete smerter og andre helseplager kan føre til utagerende atferd som igjen kan føre til økt bruk av tvang. God og tilpasset helsehjelp er derfor viktig forebyggende arbeid. Våre funn tydet på at ansvaret for å sikre helsehjelp i all hovedsak ble ivaretatt og at beboerne stort sett fikk jevnlig helsesjekk. Flere ansatte

formidlet imidlertid at de savnet mer kompetanse og veiledning om hvordan beboernes psykiske helse skulle følges opp. Flere beboere fikk medikamenter for å dempe uro og utfordrende atferd. Medikamentell håndtering av utfordrende atferd ligger i grenselandet mot tvangsmiddelbruk selv om beboeren ikke motsetter seg selve medisinnntaket. Overfor en beboer fremgikk det av journalen at beroligende medisin ble brukt hyppig, og at det i en periode var blitt gitt daglig. Journalen hadde svært knappe situasjonsbeskrivelser og vurderinger i forbindelse med at medisinen ble gitt. Selv om beroligende medikamenter i dette tilfellet ble gitt i samråd med spesialisthelsetjenesten er ombudsmannen bekymret for omfanget og for hvordan medisineren påvirker beboeren i hverdagen.

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt, fysisk og psykisk vold, og seksuell og økonomisk utnyttelse. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Under besøket fant vi at mange ansatte som jobbet direkte med beboerne var lite vant med å snakke om risikoen for at mennesker med utviklingshemning kan bli utsatt for overgrep. Flere kjente heller ikke til at arbeidsplassen hadde rutiner for å forebygge, gjenkjenne og rapportere eventuelle overgrep. Disse funnene tydet på at kommunen burde arbeide mer systematisk for å øke oppmerksomheten til ansatte om denne problematikken.

Om statsforvalterens ansvarsområde

Vedtak om tvang skal overprøves av statsforvalteren, og kan ikke iverksettes før det er godkjent. Statsforvalterens overprøving er en sentral rettssikkerhetsgaranti. Under besøket gjennomgikk vi overprøving av vedtak for flere beboere i perioden 2015–2021. Enkelte overprøvinger inneholdt konkrete drøftelser og vurderinger opp mot lovens vilkår. Vi fant imidlertid også flere tilfeller hvor overprøvingen var overfladisk og lite konkret, og hvor det ikke var dokumentert at alle vilkårene for tvang var vurdert. Det ble brukt standardpregede formuleringer og overprøvingen besto i stor grad av henvisninger til kommunens vedtak uten at disse ble kommentert nærmere. Dette etterlot tvil om Statsforvalteren hadde foretatt en selvstendig vurdering. Videre var flere vedtak som manglet tilstrekkelig informasjon til å vurdere om vilkårene for tvangsbruk var oppfylt, likevel godkjent av Statsforvalteren.

Flere overprøvningsvedtak manglet dokumentasjon av at synspunktene til beboeren og beboerens representanter var blitt behandlet ved overprøvingen. Det var bekymringsfullt at det også ble funnet eksempler på at Statsforvalteren hadde godkjent tvangsvedtak selv om beboeren ikke hadde fått oppnevnt særskilt verge med mandat som omfatter oppgaver etter kapittel 9. Disse forholdene svekker beboerens rettssikkerhet og øker risikoen for at det forekommer tvang som ikke oppfyller vilkårene i loven.

Rettssikkerhetsgarantien som ligger i at statsforvalteren skal overprøve kommunens vedtak om tvang, forutsetter at det ikke går lang tid fra et vedtak er oversendt til det blir overprøvd. I flere saker så vi at dette kunne ta flere måneder, og besøket avdekket at beboere i mellomtiden ble utsatt for til dels omfattende tvangsinngrep, uten at det forelå et godkjent vedtak. Det er svært bekymringsfullt at saken ikke har høyere prioritet, verken hos kommunen eller Statsforvalteren, når en person er undergitt inngripende tvang uten at det foreligger gyldig vedtak.

Anbefalinger til kommunen

Særskilt oppnevning av verge:

- Kommunen bør sikre at verge med mandat etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 begjæres oppnevnt med en gang kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang.

Involvering og orientering i avgjørelsesprosessen:

- Kommunen bør sikre og dokumentere at beboer, pårørende og verge har vært aktivt involvert og hørt i vedtaksprosessen.
- Kommunen bør sikre at den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og nærmeste pårørende, straks får skriftlig melding om tvangsbruk i nødssituasjoner.

Avgjørelsens innhold og begrunnelse:

- Kommunen bør sikre at avgjørelser om tvang etter kapittel 9 tilfredsstillende kravene til begrunnelse og inneholder konkrete vurderinger og informasjon som dokumenterer at vilkårene for tvang er oppfylt.

Gjentatte eller vedvarende nødssituasjoner:

- Kommunen bør sikre at vedvarende behov for tvang (gjentatte nødssituasjoner) identifiseres tidlig, og at det så raskt som mulig utformes vedtak som overprøves av statsforvalteren.

Perioder med uhjemlet tvang:

- Kommunen bør sikre at det ikke utøves tvang i gjentatte eller vedvarende nødssituasjoner uten gyldig vedtak.
- Kommunen bør sikre at nytt vedtak sendes statsforvalteren i tide, og at vedtak som ikke blir godkjent av statsforvalteren straks følges opp og sendes inn for ny overprøving.
- Kommunen bør sikre at prosedyren for beslutning om tvang i nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstav a følges inntil vedtak etter bokstav b er godkjent.

Skjerming i bofellesskapene:

- Kommunen bør sikre at beboere ikke hindres i å forlate boligen sin (skjermes) uten at vilkårene for bruk av tvang er oppfylt og at vurderingene er dokumentert i beslutning eller vedtak.
- Kommunen bør sikre at gjennomføringen av skjermingstiltak løpende dokumenteres på en måte som gjør det mulig å vurdere tiltakets nødvendighet og forholdsmessighet.
- Kommunen bør iverksette særlige tiltak for å forebygge langvarige og inngripende skjermingsforløp. Det bør også iverksettes tiltak som sikrer at rommet skjerming gjennomføres i, ikke øker belastningen av skjerming.
- Kommunen bør vurdere om boforholdene og beliggenheten til boligen passer for den enkelte beboer, og vurdere om forhold ved boligen eller bosituasjonen leder til økt tvangsbruk.

Tvang i omsorgssituasjoner:

- Kommunen bør sikre at det ikke blir utøvd tvang uten at det foreligger avgjørelser om dette og at tiltaket er nødvendig og forholdsmessig.

Mangler ved journalføring:

- Kommunen bør sikre god journalføring som muliggjør kontroll og etterprøving.

Bemanningssituasjonen for beboere med særlige utfordringer:

- Kommunen bør sikre at beboere med særlige utfordringer ivaretas av ansatte med høy kompetanse for oppgaven.

Generelle begrensninger i bevegelsesfriheten:

- Kommunen bør sikre at beboernes generelle rett til bevegelsesfrihet ivaretas.

Manglende vergetrening:

- Kommunen bør sikre at alle ansatte får jevnlig og god opplæring i lovverket om bruk av tvang og veiledning i hvordan tvang kan forebygges.
- Kommunen bør sikre at alle ansatte får opplæring og trening i konflikthåndtering og bruk av vergeteknikker.

Bruk av medisiner ved utfordrende atferd:

- Ved bruk av beroligende medikamenter bør kommunen være bevisst på at det ikke gis over lengre perioder uten å ha vurdert det helhetlige behandlingstilbudet til beboeren.

Beskyttelse mot vold og overgrep:

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep slik at ansatte settes i stand til å oppdage slike forhold.
- Kommunen bør gjennomgå om alle beboere som kan ha behov for det, har fått opplæring og veiledning i god seksuell helse.

Anbefalinger til Statsforvalteren

Særskilt oppnevning av verge:

- Statsforvalteren bør sikre at vedtak om tvang aldri godkjennes uten at det er dokumentert at det er oppnevnt verge med mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Statsforvalteren bør sikre at verger som oppnevnes blir gitt tilstrekkelig opplæring.

Behandling av motforestillinger og holdningene til beboer, pårørende og verge:

- Statsforvalteren bør sikre at synspunktene til beboeren og beboerens representanter er vurdert som ledd i overprøvingen og at dette tydelig fremgår av vedtaket.

Begrunnelser for bruk av tvang:

- Statsforvalteren bør sikre at det gis tilstrekkelige og etterprøvbare begrunnelser.

Saksbehandlingstid:

- Statsforvalteren bør sikre at overprøving av vedtak skjer innen satte tidsfrister, og at vedtak som omhandler inngripende tvang og som ikke godkjennes, følges opp innen rimelig tid, og at kommunen mottar nødvendig veiledning.

Dokumentasjon og oppfølging:

- Statsforvalteren bør sikre at vilkår som Statsforvalteren tidligere har satt for å godkjenne vedtak, følges opp.

1 Rettighetene til mennesker med utviklingshemning når de er fratatt friheten

1.1 Kort om utviklingshemning

Utviklingshemning eller psykisk utviklingshemning er en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander som er knyttet til kognitive, språklige og sosiale vansker. Mennesker med utviklingshemning er en stor og uensartet gruppe. Det er store individuelle forskjeller knyttet til hvor godt ulike personer med utviklingshemning fungerer i hverdagen og hvor stort behov den enkelte har for hjelp og assistanse. Et felles kjennetegn er at evnen til å lære og til å klare seg i samfunnet, er redusert. Utviklingshemning faller innenfor det mer overordnede begrepet funksjonshemning eller funksjonsnedsettelse.

Det er tre diagnostiske kriterier for å kunne gi den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemmet:

- redusert mental funksjon: en signifikant begrensning i intellektuell fungering (IQ). En signifikant begrensning i IQ innebærer et nivå på under 70.
- mangelfull tilpasning: en begrensning i sosial modenhet og tilpasningsevne vurdert etter standardiserte vurderingsskalaer og ved intervju med pårørende.
- en tilstand som har vist seg før fylte 18 år.

Innen medisinen er det vanlig å klassifisere psykisk utviklingshemning i fire kategorier: Lett psykisk utviklingshemning, moderat psykisk utviklingshemning, alvorlig psykisk utviklingshemning og dyp psykisk utviklingshemning.

1.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester og bofellesskap som boform

Kommunen har ansvar for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.³ Det finnes ulike typer kommunale boformer for personer som trenger et tilrettelagt botilbud for å sikres tilfredsstillende helse- og omsorgstjenester fra kommunen.⁴

Kommunale botilbud omfatter ulike typer boliger som er tilrettelagt for mennesker med særskilt hjelpe- og/eller tjenestebehov. Boligene kan være eid av kommunene, organisert som borettslag eller sameie med brukerne selv som eiere, eller på andre måter. Ofte er boligen organisert som et bofellesskap hvor flere brukere leier sin boenhet. I tillegg er bofellesskapene ofte tilrettelagt slik at boligen er tilknyttet fellesarealer, og/eller er tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Det er politisk mål at personer med utviklingshemning skal bo i mest mulig vanlige boliger og motta nødvendige tjenester der.⁵ Selv om reformarbeid har ført til at boligsituasjonen har endret seg, bor personer med utviklingshemning som mottar kommunale tjenester fortsatt annerledes enn befolkningen for øvrig. De aller fleste voksne personer med utviklingshemning leier bolig av

³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1.

⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a.

⁵ NOU 2016: 17 *På lik linje*, avsnitt 14.2.2. Se også regjeringens nasjonale strategier for boligsosialt arbeid, *Bolig for velferd* (2014–2020) og *Alle trenger et trygt hjem* (2021-2024).

kommunen.⁶ Bofellesskap er den vanligste boformen for personer med utviklingshemning. Bofellesskap kjennetegnes ved at beboerne har egne boenheter (leiligheter) med alle sentrale boligfunksjoner, men det er typisk også fellesarealer tilknyttet leiligheten og/eller personalbase integrert i bofellesskapet. I 2010 bodde om lag 80 prosent av alle voksne med utviklingshemning i bofellesskap.⁷

1.3 Hvorfor vi besøker bofellesskap

Sivilombudsmannen har som oppgave å gjennomføre besøk til steder der noen er, eller kan være, fratatt friheten for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁸ Dette er Sivilombudsmannens første besøk til bofellesskap for personer med utviklingshemning under forebyggingsmandatet.

Norsk lov gir ingen særskilt hjemmel for frihetsberøvelse av mennesker med utviklingshemning. Forebyggingsmandatet omfatter imidlertid mer enn de åpenbare situasjonene hvor personer sitter i arrest, er fengslet eller etter et vedtak holdes tilbake i en lukket institusjon. Ethvert sted, privat eller offentlig, som en person ikke er fri til å forlate, eller der man mistenker at en person kan være fratatt sin frihet, faller inn under forebyggingsmandatet, dersom det er en situasjon der myndighetene utøver, eller må forventes å utøve, myndighet.⁹

Selv om det ikke er fattet et formelt vedtak om frihetsberøvelse, kan en person være underlagt så omfattende begrensninger, for eksempel i form av låste dører og bevegelsehindrende tiltak, at det i praksis foreligger en frihetsberøvelse.¹⁰ Også svært kortvarig tilbakeholdelse kan utgjøre en frihetsberøvelse der tiltaket involverer inngripende tvangsmiddelbruk.¹¹

Flere mennesker med utviklingshemning kan ha behov for omfattende og varige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Samtidig har mange mennesker med utviklingshemning vanskeligheter med å formidle sine behov og si fra når noe ikke fungerer eller strider mot deres ønsker. Nedsatt kognitiv fungering vil ofte føre til at mennesker med utviklingshemning uttrykker seg gjennom atferd, og denne atferden kan oppfattes som problematisk av omgivelsene. Historisk har utfordrende atferd i utstrakt grad blitt møtt med tvang.¹²

⁶ NOU 2016: 17, avsnitt 14.3.4.

⁷ Söderström, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner?* Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

⁸ Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT) artikkel 4.

⁹ Se tolkningsuttalelse om OPCAT artikkel 4 i SPT sin niende årsrapport, CAT/OP/C/57/4, side 19.

¹⁰ Se f.eks. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) Guzzardi mot Italia, 1980 (7367/76), avsnitt 95, Austin mot Storbritannia, 2012 (39692/09), avsnitt 57–59 og De Tommaso mot Italia, 2017 (43395/09), avsnitt 80–84. Se også H.L. mot Storbritannia, 2004, (45508/99) særlig avsnitt 91, hvor EMD la til grunn at dersom en institusjon utøver fullstendig og effektiv kontroll av omsorgen og bevegelsesfriheten til en person, kan dette innebære frihetsberøvelse til tross for at innleggelsen/oppholdet er frivillig. Se også anbefalinger fra Europarådets torturforebyggingskomité (CPT), om behandling av personer som er fratatt friheten i omsorgsinstitusjoner, 21. desember 2020, CPT/Inf(2020) 41 (forkortet CPTs anbefalinger 2020), avsnitt 2 med videre henvisning til CPTs forklarende rapport til Den europeiske torturkonvensjonen, CPT/Inf/C (2002)1 avsnitt 28 og 32.

¹¹ EMDs dom D.D mot Litauen, 2012, (75450/12), avsnitt 149.

¹² NOU 2019: 14 side 71–72.

Selv om det etter dagens lovverk ikke er hjemmel for å tvangsplassere personer med utviklingshemning i bofellesskap, åpner helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 på nærmere vilkår for bruk av tvang og makt. Det er også kjent at mennesker med utviklingshemning kan oppleve tvangsbruk som ikke nødvendigvis er nedfelt i formelle tvangsvedtak.¹³ De som bor i bofellesskap kan også ha en rekke begrensninger for sin livsutfoldelse, for eksempel ved at de må ha tillatelse til å forlate boligen eller ved detaljerte regler om hva som er lov og ikke lov.¹⁴ Dette fører til at mange mennesker med utviklingshemning i praksis ikke har reell frihet til å bestemme hvor og hvordan de vil oppholde seg og bo.¹⁵ Mange vil også være avhengige av tilrettelegging for å leve et fritt og godt liv. Disse forholdene gjør mennesker med utviklingshemning sårbare for brudd på sine grunnleggende rettigheter og øker risikoen for at de blir utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

1.4 Likhetskravet og forbudet mot diskriminering

Personer med utviklingshemning er på samme måte som alle andre beskyttet av menneskerettighetene. At menneskerettighetene er universelle og at enhver er berettiget til samtlige av disse rettighetene og frihetene uten noen form for diskriminering, er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner.¹⁶ Likhetsprinsippet og ikke-diskrimineringsprinsippet er også inntatt i Grunnloven § 98.

Historisk har personer med utviklingshemning vært særlig utsatt for rettighetsbrudd.¹⁷ FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) var på mange måter en respons på dette. Konvensjonen slår fast at det er et særlig behov for å sikre at menneskerettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne ivaretas, uten forskjellsbehandling.¹⁸ CRPD inneholder derfor bestemmelser som sier noe om hvordan grunnleggende menneskerettigheter skal forstås og anvendes for å oppnå dette.

I CRPD står retten til selvbestemmelse sentralt. Det følger av konvensjonens artikkel 3 bokstav a at «respekt for menneskers iboende verdighet, individuelle selvstendighet med rett til å treffe egne valg, og uavhengighet» ligger til grunn for konvensjonen.¹⁹ Også ikke-diskriminering er et slikt

¹³ Se NOU 2019: 14 avsnitt 4.4.3 med videre henvisninger til blant annet «Røkkeutvalget» sin innstilling, NOU 1991: 20; Berge, K. og Ellingsen, K.E., (2015), *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt. En studie på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU).

¹⁴ Guddingsmo, H., «Da må jeg spørre Boligen først!» - Opplevelsen av selvbestemmelse i bofellesskap i J. Tøssebro (red.), (2019), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap* (side 78–94), Universitetsforlaget.

¹⁵ NOU 2016: 17 *På lik linje*, side 14 og kapittel 14, særlig avsnitt 14.3.5 og 14.4.2.

¹⁶ Se blant annet Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 14 og Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (ICCPR) artikkel 2 og 26.

¹⁷ Se NOU 2019: 14 avsnitt 4.4.3 og NOU 1985: 34.

¹⁸ Se fortalen til konvensjonen. Se også NOU 2016: 17 *På lik linje – Åtte løfter for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning*, kapittel 5.4.

¹⁹ FNs daværende spesialrapportør mot tortur, Juan Méndez, uttalte i 2013: "The CRPD offers the most comprehensive set of standards on the rights of persons with disabilities, and it is important that States review the anti-torture framework in relation to persons with disabilities in line with the CRPD.", *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*, Center for Human Rights and Humanitarian Law 2013, side xix.

generelt prinsipp, se artikkel 3 bokstav b. Disse prinsippene er utdypet i konvensjonens øvrige artikler.

Etterlevelsen av konvensjonen overvåkes av konvensjonsorganet Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD-komiteen). Komiteen publiserer blant annet generelle kommentarer om forståelsen av konvensjonsbestemmelsene og gir anbefalinger basert på statenes rapporter om hvordan konvensjonen følges opp.²⁰

Norge tilsluttet seg CRPD i 2013, men konvensjonen er ikke inkorporert i norsk lov.²¹ Det innebærer at konvensjonsbestemmelsene ikke i seg selv gjelder som norsk lov, og at de som hovedregel ikke vil ha forrang fremfor bestemmelser i annen norsk lovgivning. Konvensjonen har likevel betydning ved at norske lovbestemmelser så vidt mulig skal tolkes i samsvar med våre folkerettslige forpliktelser.²²

²⁰ Generelt gjelder at komitéuttalelser ikke er folkerettslig bindende, men kan ha vekt som tolkningsmoment, jf. HR-2016-2591-A avsnitt 57.

²¹ I forbindelse med ratifikasjonen avga Norge to tolkningserklæringer - en knyttet til konvensjonens artikkel 12 om likhet for loven og en knyttet til artikkel 14 om frihet og personlig sikkerhet og artikkel 25 om helse. Tolkningserklæringene legger føringer for anvendelsen av konvensjonen i norsk rett der det er motstrid mellom norske lovbestemmelser og konvensjonens løsninger, jf. HR-2016-2591-A avsnitt 58 følgende.

²² For en nærmere behandling av konvensjonens og komitéuttalelsenes stilling i norsk rett, se HR-2016-1286-A avsnitt 27 følgende og HR-2016-2591-A avsnitt 46 følgende. Se også Meld. St.39 (2015–2016) side 52 følgende.

2 Gjennomføring av Sivilombudsmannens besøk

2.1 Om tjenester til personer med utviklingshemning i Drammen kommune

Fra 1. januar 2020 omfatter Drammen kommune de tidligere kommunene Nedre Eiker, Drammen og Svelvik. Helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning i kommunen er organisert under virksomhetsområdet «Tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne». Disse tjenestene er organisert i tre virksomheter; Virksomhet 1, Virksomhet 2 og Avlastning og aktivitet.

Virksomhet 1 og 2 består av seks avdelinger, hvor hver avdeling kan bestå av én eller flere boenheter med mellom 2 og 15 beboere. I alt er det ca 120 personer som mottar heldøgntjenester fra disse to virksomhetene. Virksomheten Avlastning og aktivitet har også to bofellesskap med faste beboere.

2.2 Gjennomføring av besøket

2.2.1 Utvelgelse av bofellesskap

Sivilombudsmannen innhentet i forkant av besøket informasjon om alle bofellesskapene i kommunen, inkludert informasjon om antall tjenestemottakere per bofellesskap og personer i kommunen med vedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Basert på denne informasjonen valgte Sivilombudsmannen å gjennomføre besøk til tre bofellesskap i kommunen. Ved alle disse bofellesskapene, var det beboere som hadde vedtak om inngripende tvang. Vi undersøkte situasjonen til disse beboerne, men også forholdene for de andre beboerne i bofellesskapene. Til sammen undersøkte vi tjenestetilbudet til og forholdene for totalt 20 personer med utviklingshemning i kommunen.

2.2.2 Tilpasninger som følge av covid-19 pandemien

I september 2020 varslet Sivilombudsmannen Drammen kommune om at det ville bli gjennomført besøk til et utvalg bofellesskap i kommunen. Vi informerte også om når besøkene ville bli gjennomført. Normalt gir ikke ombudsmannen informasjon om tidspunktet for sine besøk. Endringen i våre varslingsrutiner var forårsaket av covid-19-pandemien, belastningene for kommunen i håndteringen av denne og behovet for tett dialog for å sikre en trygg gjennomføring av besøket. Planlegging foregikk med utgangspunkt i vår smittevernstandard for gjennomføring av besøk, utarbeidet i dialog med Folkehelseinstituttet.

Det kom en økning i smitte i både Oslo og Drammen like før besøket skulle gjennomføres, og den høye smitten vedvarte begge steder i lang tid. Dette førte til at besøket ikke kunne gjennomføres som planlagt, og nesten all fysisk tilstedeværelse i bofellesskapene ble avlyst for å beskytte beboere som var sårbare for infeksjoner. Ansatte på alle nivåer i kommunen utviste stor fleksibilitet, slik at vi kunne gjennomføre våre undersøkelser til tross for situasjonen.

2.2.3 Metode og rapportformat

Besøket ble i all hovedsak gjennomført per telefon og digitalt, med unntak av en befaring ved ett bofellesskap i desember 2020. I forbindelse med gjennomgang av dokumenter var to medarbeidere fra Forebyggingsenheten til stede i Drammen kommune ved to ulike anledninger i desember 2020. Samtidig ble det gjennomført en befaring ved ett av bofellesskapene, da dette ble vurdert som særlig

viktig for rapporteringen. Vi ønsket å besøke de to andre bofellesskapene i etterkant av dette, men dette viste seg umulig på grunn av vedvarende og økende smitte.

I løpet av besøket intervjuet vi pårørende, verger, ansatte og avdelingsledere, i tillegg til enkelte beboere ved bofellesskapene. Intervjuene ble gjennomført per telefon eller videomøte. Vi gjennomgikk også et omfattende skriftlig materiale i for- og etterkant av besøket.

Følgende ansatte fra ombudsmannen bidro i besøket:

- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Aruna Eide Skingen (rådgiver, jurist)
- Mari Dahl Schlanbusch (rådgiver, samfunnsviter)
- Jannicke Godø (seniorrådgiver, psykolog)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Helen Håkonsholm (seniorrådgiver, kriminolog/politi)

I rapporten redegjør vi ikke for hvilke bofellesskap vi har besøkt, eller hvor de ulike funnene vi beskriver er fra. Dette er for å sikre at taushetsplikten overfor den enkelte beboer blir ivaretatt fullt ut. Det har vært viktig å ta hensyn til at antallet beboere i hvert bofellesskap er relativt lavt. Adressaten for anbefalingene er kommunen, som har det overordnede ansvaret for alle boligene vi besøkte. Som ellers i Forebyggingsenhetens arbeid er hensikten med å offentliggjøre funn og anbefalinger også at disse skal ha videre effekt enn eventuelle endringer på det enkelte stedet. Det er derfor viktig at ikke bare de ansvarlige ved stedet vi besøker, men også ansvarlige ved andre liknende steder, sentrale myndigheter og aktuelle tilsynsmyndigheter kan få ombudsmannens vurderinger og anbefalinger beskrevet. Det samme gjelder for andre som kan ha interesse og nytte av dette. I de tilfellene det er avgjørende at kommunen får tilleggsinformasjon for å følge opp anbefalingene, vil kommunen få dette fra ombudsmannen.

3 Selvbestemmelse og medvirkning

3.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Mennesker med utviklingshemning har som alle andre rett til å bestemme over eget liv.²³ Enhver begrensning i denne grunnleggende retten må ha hjemmel i lov, og være nødvendig og forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle, og det må etableres effektive ordninger for å forhindre misbruk og diskriminering.²⁴ Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med personens selvbestemmelsesrett.²⁵ Der det gjøres inngrep i selvbestemmelsesretten som ledd i helse- og omsorgstjenester må dette gjøres etter en konkret vurdering hvor behovet for inngrep veies mot retten til selvbestemmelse, og et eventuelt inngrep må være tilpasset den enkeltes situasjon og behov.²⁶

For at adgangen til medvirkning og selvbestemmelse skal være reell, må informasjon om rettigheter, klagemuligheter, behandling og andre forhold gis på en forståelig måte, tilpasset den enkeltes evne til å motta informasjonen.²⁷ Om nødvendig må informasjonen gjentas. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal dokumenteres i personens journal.²⁸ Alternative kommunikasjonsformer bør vurderes og tilpasses den enkelte der det er behov for dette.

Tiltak og tjenester skal så langt mulig utformes og gjennomføres i samarbeid med den det gjelder.²⁹ Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for å hente inn beboernes erfaringer og synspunkter.³⁰ Kommunen er videre pålagt å ha prosedyrer som sikrer beboerne medbestemmelse og medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet.³¹

Beboerne i bofellesskap er en sammensatt gruppe. Hvilke tjenester den enkelte har behov for, må avgjøres etter en konkret vurdering. Det må tas hensyn til både interesser, personlighet, alder og livsfaser. Bofellesskap kan gi muligheter for å skape gode livsmiljø, aktiviteter og tjenester. Det er samtidig en risiko for at fellesløsninger innebærer at individualiserte tilbud blir mindre tilgjengelig.³²

²³ Grunnloven §102 første ledd, første punktum, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8, FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 17 nr. 1 og FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 3 jf. artikkel 12, 14, 15, 17, 22 og 25 bokstav d.

²⁴ EMK art. 8 nr. 2; EMDs avgjørelse A.-M.V. mot Finland, 2017, (53251/13), avsnitt 69–73.

²⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-1 og 9-3; pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første til tredje ledd. Se også Helsedirektoratets rundskriv til Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (IS-2015-10), side 29; Europarådets *Principles concerning the legal protection of incapable adults*, Recommendation No. R (99) 4, prinsipp 2, 6 og 13; Europarådets *Disability Strategy 2017–2023*, mars 2017, særlig side 25–27.

²⁶ A.-M.V. mot Finland, 2017, avsnitt 71–73 og avsnitt 83 følgende.

²⁷ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 og IS-2015-10 punkt 2.2.4. Se også CRPD artikkel 19 og 21.

²⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10 jf. helsepersonelloven § 40 jf. pasientjournalforskriften § 7.

²⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 første ledd. Se også Se også Helsedirektoratet, 20. august 2020, *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning (høringsutkast)*, kapittel 3.

³⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd.

³¹ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3.

³² Larun, L., & Thuve Dahm, KT., (2020), *Boformer for voksne med psykisk utviklingshemning*, Folkehelseinstituttet.

Manglende medvirkning er vist å øke bruken av tvang.³³ Forskning på feltet har pekt på at det har vært en nedgang i graden av selvbestemmelse over tid.³⁴

Mennesker med utviklingshemning har også rett til å få støtte til å ta beslutninger og til å utøve sin rettslige handleevne ved å utpeke en tredjepart av eget valg til å hjelpe med beslutningen.³⁵ Slik støtte og hjelp skal skje på forespørsel fra den det gjelder og i samsvar med vedkommendes vilje og preferanser.³⁶ Etter norsk lov kan personer med utviklingshemning få oppnevnt verge.³⁷ Dette forutsetter som hovedregel skriftlig samtykke fra den som er satt under vergemål.³⁸ Vergemålet skal være individtilpasset og ikke omfatte mer enn nødvendig – i forarbeidene kalt «det minste middels prinsipp».³⁹ Vergen har som hovedregel plikt til å høre den som er satt under vergemål før det tas avgjørelser.⁴⁰ I praksis er det ofte nærmeste pårørende som oppnevnes som verge, men rollen kan også fylles av andre med tilknytning til beboeren eller det kan benyttes en fast verge.⁴¹

Støtte til beslutninger fra pårørende, verge eller personale vil kunne bidra til å øke selvbestemmelsen til mennesker med utviklingshemning.⁴² Oppnevning av verge og involvering av pårørende skal blant annet sikre beslutningsstøtte og medvirkning for beboeren. Likevel kan disse ordningene noen ganger i praksis oppleves som en begrensning i muligheten til selvbestemmelse. Det er en viktig forutsetning at selvbestemmelse respekteres i så stor grad som mulig. Flere aktører er bekymret for at retten til selvbestemmelse og medvirkning ikke er godt nok ivaretatt.⁴³

3.2 Tilpasset informasjon og alternative kommunikasjonsformer

God kommunikasjon har stor betydning for blant annet forebygging av bruk av tvang (se kapittel 5 *Forebygging av tvang*) og for å sikre best mulig helsehjelp (se kapittel 7 *Rett til helse og helsehjelp*).

Flere beboere hadde nedsatt eller manglende funksjonelt språk og/eller vansker med språkforståelsen. Rutiner som gjaldt den enkelte beboeren beskrev i de fleste tilfellene hvordan de ansatte kunne tolke ulike uttryksformer, lyder og kroppsspråk for å få en best mulig kommunikasjon med beboeren. Ansatte understreket at det var viktig at de kjente beboerne godt for å få til en god kommunikasjon. Flere ansatte opplevde at det ikke var nok kompetanse og tiltak for å sikre

³³ Berge, K. og Ellingsen, K.E., (2015), *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt. En studie på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU); IS-2015-10 avsnitt 4.4.2

³⁴ Söderström, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner. Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Rapport. NTNU Samfunnsforskning.

³⁵ CRPD artikkel 12 nr. 3. Se også Helsedirektoratet, 20. august 2020, *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning (høringsutkast)*, kapittel 3.

³⁶ CRPD artikkel 12 nr. 4.

³⁷ Vergemålsloven § 20 første ledd.

³⁸ Vergemålsloven § 20 annet ledd.

³⁹ Vergemålsloven § 21 tredje ledd og § 22 annet og tredje ledd. Jf. Ot.prp.nr.110 (2008–2009) side 7 og Innst.154 L (2009–2010) side 15.

⁴⁰ Vergemålsloven § 33.

⁴¹ Vergemålsloven §§ 28 og 26.

⁴² NOU 2016: 17 punkt 6.2.3.3. Se også CRPD artikkel 12 nr. 3 og nr. 4.

⁴³ Berge, K. og Ellingsen, K.E. (2015); Likestillings- og diskrimineringsombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, 2015, side 31–36.

kommunikasjonen med de ulike beboerne. Det var blant annet et ønske om å bruke et verktøy for alternativ kommunikasjon for flere beboere som foreløpig ikke var igangsatt.

3.3 Valgmuligheter og medvirkning i egen livssituasjon

Mange ansatte hadde generelt en høy bevissthet når det gjaldt å gi beboerne mulighet til å ta valg og påvirke egen hverdag. Dette gjaldt både i den daglige kontakten med beboere og i mer langsiktig planlegging av aktiviteter. Beboernes ønsker og behov skulle blant annet kartlegges i forbindelse med innflytting i boligen. Det ble i mange tilfeller utarbeidet dags- og ukeplaner sammen med beboeren. Der det var mulig og beboeren ønsket det, var beboeren med på samarbeidsmøter.

I hovedsak syntes det å bli tatt hensyn både til beboernes ønsker om privatliv og til å være del av et sosialt fellesskap. Ett av bofellesskapene hadde ikke fellesskapslokaler, og dette satte en del begrensninger for felles aktiviteter og samvær i det daglige. Beboere som ikke disponerte egen bil, og der heller ikke bofellesskapet disponerte en bil, fikk mer begrensede muligheter for aktiviteter.

Personlig egnethet og evne til god kommunikasjon hos den enkelte ansatte kan ha betydning for at beboere opplever seg trygge og godt ivaretatt, og for forebygging av tvang (se kapittel 4 *Bruk av tvang*). Flere av lederne la stor vekt på dette. Ved ett bofellesskap jobbet imidlertid alle ansatte med alle beboere. Selv om denne ordningen skapte noen organisatoriske fordeler, syntes det som det gikk noe på bekostning av individuell tilpasning og forutsigbarhet for den enkelte beboer.

I dette bofellesskapet var det også flere ansatte som opplevde at de var underbemannet, spesielt under pandemien. Dette bofellesskapet hadde også tidligere hatt bemanningsutfordringer som hadde hindret enkelte beboere i å komme seg ut av boligen sin (se kapittel 4.5.5 *Generelle begrensninger i bevegelsesfriheten*). Bemanningsproblemer så ut til å kunne gi risiko for et mindre individtilpasset tilbud til beboerne.

3.4 Selvbestemmelse ved hjelp av verge og pårørende

Bofellesskapene hadde rutine for samarbeidsmøter med pårørende og verger halvårlig eller årlig. Beboere kunne også være med på disse møtene dersom dette lot seg gjennomføre. Ansatte beskrev at de ofte hadde løpende kontakt med pårørende, og mange pårørende var fornøyd med graden av involvering og kontakt, selv om noen savnet faste møtepunkter med de ansatte.

Selv om beboeren har oppnevnt verge, skal beboeren involveres for å kunne beslutte så mye som mulig selv. Riksrevisjonen har tidligere påpekt at praktiseringen av vergemålslovgivningen i liten grad har vært individtilpasset og sikret medinnflytelse for den som er satt under vergemål.⁴⁴

Det var lite formaliserte samarbeidsformer som skulle sikre medvirkning og selvbestemmelse for beboerne som hadde oppnevnt verge. Dette ble i stor grad overlatt til den enkelte verge. Noen av vergene syntes å være lite informert om den enkelte beboers livssituasjon og eventuelle ønsker og behov. Dette understreker behovet for å stille større krav til og veilede verger i hvordan de skal sikre

⁴⁴ Dokument 3:6 (2017-2018), *Riksrevisjonens undersøkning av korleis verjemålsreforma er sett i verk*.

selvbestemmelse og individtilpasset vergemål.⁴⁵ Spesielt gjelder dette ved bruk av tvang (se kapittel 4.2.2 *Krav om særskilt oppnevning av verge*, og kapittel 4.2.3 *Krav om involvering og orientering i avgjørelsesprosessen*).

⁴⁵ Se bl.a. regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025, side 28 om vergemandatet: «[...] «Videre er det utviklet en samtalemetodikk for å identifisere personens vilje, støtte denne i å ta egne beslutninger og å gi mer individtilpassede vergemål.»

4 Bruk av tvang

4.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Alle mennesker har rett til selvbestemmelse og personlig frihet. En viktig del av den personlige friheten er å kunne bestemme over seg selv og sin egen kropp. Dette omtales gjerne som retten til personlig integritet, og inkluderer både fysisk og psykisk integritet.⁴⁶

Bruk av tvang innebærer inngrep i den enkeltes frihet og integritet, og utgjør en risiko for nedverdiggende og umenneskelig behandling. Menneskerettighetene oppstiller derfor strenge vilkår for bruk av tvang. Tvang er kun tillatt der inngrepet har hjemmel i lov, og er nødvendig og forholdsmessig. Tvang kan dermed ikke brukes rutinemessig, men må være individuelt begrunnet med utgangspunkt i konkrete omstendigheter.⁴⁷ Videre må tvangen være undergitt tilstrekkelige rettsikkerhetsgarantier, herunder effektive prosedyrer for klage og kontroll.⁴⁸

Frihetsberøvelse er en særlig alvorlig form for tvang.⁴⁹ Retten til frihet er en grunnleggende menneskerettighet, og adgangen til å gjøre inngrep i denne rettigheten er snever.⁵⁰ For personer som er frihetsberøvet vil bruk av fysisk makt som ikke er strengt nødvendig som en følge av deres egen atferd, i prinsippet utgjøre en krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵¹ Utelukkelse og andre former for inngripende tvangstiltak overfor personer med utviklingshemning som befinner seg på steder hvor det forekommer frihetsberøvelse kan kun brukes i ekstraordinære tilfeller, som en siste utvei hvor bruk av tvang er den eneste muligheten for å hindre akutt fare for skade på vedkommende selv eller andre.⁵²

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) oppstiller krav til den nasjonale saksbehandlingen dersom det gjøres inngrep i sentrale menneskerettigheter.⁵³ Avgjørelser om inngrep må bygge på et tilstrekkelig og oppdatert beslutningsgrunnlag, inneholde en balansert og tilstrekkelig bred avveining og ha en tilfredsstillende begrunnelse. Det påhviler myndighetene å vise at beslutningsprosessen har vært forsvarlig og at det er gjort avveininger i tråd med EMDs praksis på det aktuelle området.

⁴⁶ Retten til frihet og personlig integritet følger blant annet av Grunnloven §§ 93 annet ledd, 94 første ledd, første punktum og 102 første ledd, første punktum, EMK artikkel 3, 5 og 8, FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7, 9, 10 og 17 nr. 1 og CRPD, særlig artikkel 3, 14, 15, 17 og 22.

⁴⁷ EMDs dom M.S. mot Kroatia (nr. 2), 2015, (75450/12), avsnitt 103.

⁴⁸ Dette forutsettes både i menneskerettighetskonvensjonene Norge har sluttet seg til, og i forvaltningslovgivningen, herunder helse- og omsorgstjenesteloven. Se også praksis fra EMD, eksempelvis M.S. mot Kroatia, 2015, avsnitt 105 og CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 33 – 35.

⁴⁹ Dette gjenspeiles blant annet i Grunnloven § 94 og EMK artikkel 5.

⁵⁰ Se EMK art. 5 nr. 1 og EMDs dom Selahattin Demirtaş mot Tyrkia (nr. 2) (14305/17), 2020, avsnitt 311 og 312.

⁵¹ M.S. mot Kroatia, 2015, avsnitt 97.

⁵² Se avgjørelser fra EMD: Bureš mot Tsjekkia, 2012, (37679/08), avsnitt 95; M.S. mot Kroatia, 2015, avsnitt 104; og Aggerholm mot Danmark, 2018, (45439/18), avsnitt 84. Se også CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 27 med videre henvisning til anbefalinger fra CPT om tvangsmidler i psykiatrien for voksne, 21. mars 2017, CPT/Inf(2017)6 (forkortet CPTs anbefalinger 2017) avsnitt 1.

⁵³ Se eksempelvis S., V. og A. mot Danmark, 2018, (35553/12, 36678/12 og 36711/12) avsnitt 73–77 og Aggerholm mot Danmark, 2018, avsnitt 84. Dette er også understreket i praksis fra Høyesterett. Se HR-2021-640-A om inngrep i retten til frihet etter EMK art. 5, avsnitt 64 flg. og HR-2020-661-S om inngrep i retten til familieliv etter EMK art. 8, avsnitt 171.

Skadevirkningene av tvang mot mennesker med utviklingshemning kan være alvorlige.⁵⁴ Utgangspunktet etter norsk rett er derfor at det ikke er anledning til å bruke tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir likevel hjemmel for bruk av tvang og makt som ledd i helse- og omsorgstjenester til personer med diagnosen psykisk utviklingshemning, på nærmere angitte vilkår.⁵⁵ Loven inneholder også særskilte rettssikkerhetsgarantier for å sikre at den enkeltes rettssikkerhet blir ivaretatt. Statsforvalterens overprøving, statsforvalterens stedlige tilsyn med tvangstiltak, involvering av pårørende og verge, kravet til kvalifisert personell og krav til avgjørelsens innhold er blant disse rettssikkerhetsgarantiene.⁵⁶

4.1.1 Vilkår for bruk av tvang

Etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven er det tvang dersom personen motsetter seg tiltaket fysisk eller verbalt.⁵⁷ Dersom motstanden lar seg overvinne ved bruk av milde påvirkninger, som «alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden» skal tiltaket ikke regnes som tvang.⁵⁸ Det er også tvang der tiltaket er så inngripende at det uavhengig av motstand må regnes som bruk av tvang. Det er presisert i loven at bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger alltid skal regnes som bruk av tvang eller makt.⁵⁹

Noen kan ha funksjonshemninger som gjør det vanskelig å yte fysisk motstand, eller ha andre vansker med å gi uttrykk for sine ønsker og behov. I slike tilfeller vil det ofte være nødvendig å kjenne personen godt for å forstå hvordan vedkommende stiller seg til tiltaket. Dersom det er tvil, skal det legges til grunn at personen motsetter seg tiltaket, og reglene om tvang i kapittel 9 skal følges.⁶⁰

I lovens § 9-5 oppstilles det fire grunnleggende vilkår for å bruke tvang: andre løsninger må være forsøkt, tvangstiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, tvangstiltaket og gjennomføringen skal være faglig og etisk forsvarlig, og inngrepet må stå i et rimelig forhold til det som kan oppnås med tiltaket. Samtlige vilkår må være oppfylt både på vedtaks- eller godkjenningstidspunktet og når tiltaket gjennomføres.

4.1.2 Situasjoner hvor tvang kan brukes

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd åpner for bruk av tvang i tre situasjoner: som skadeavvergende tiltak i en nødssituasjon (bokstav a), som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner (bokstav b) og som tiltak for å ivareta grunnleggende behov (bokstav c).⁶¹ Bokstav a gjelder enkeltstående nødssituasjoner, mens bokstav b og c skal brukes i situasjoner der behovet for tvang er mer vedvarende. For vedtak etter bokstav b og c stilles det derfor strengere

⁵⁴ NAKU, *Kunnskap om hva tvang og makt kan føre til på kort og lang sikt* (sist oppdatert 29. desember 2016).

⁵⁵ Loven bruker begrepet «tvang og makt». I rapporten vil vi gjennomgående benytte begrepet «tvang» som et samlebegrep.

⁵⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-7 første og tredje ledd, 9-8, 9-9 og 12-3 første ledd, annet punktum. Fylkesmannen endret navn til Statsforvalteren 1. januar 2021. Vi vil i rapporten gjennomgående vise til «statsforvalteren» når vi omtaler overprøvsorganet generelt, og «Statsforvalteren» der vi omtaler et konkret embete.

⁵⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 annet ledd.

⁵⁸ Grensene for hva som er å anse som alminnelige oppfordringer og lette fysiske påvirkninger er nærmere utdypet i rundskrivet, IS-2015-10, punkt 4.2.5.2.

⁵⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 annet ledd.

⁶⁰ IS-2015-10 punkt 4.2.5.2.

⁶¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a - c.

krav til saksbehandlingen. Det gjelder videre særlige krav til kompetanse hos personalet som utfører tvangstiltakene, og vedtakene skal overprøves av statsforvalteren før de iverksettes.⁶²

Både for bokstav a og b gjelder at det må foreligge en nødssituasjon. Dersom behovet for tvang må forventes å gjenta seg eller vedvare, må det fattes vedtak etter bokstav b. Bakgrunnen for dette er at en faglig og etisk forsvarlig håndtering av gjentatte nødssituasjoner forutsetter at det må utredes og kartlegges hvorfor situasjonene oppstår og hvordan de eventuelt kan unngås, samt at det må lages rutiner for hvordan situasjonene kan håndteres på en minst mulig inngripende måte. Dette gjelder uavhengig av om det antas at nødssituasjoner vil oppstå hyppig eller sjelden, og følger av de grunnleggende kravene til at bruk av tvang skal være en siste utvei og være minst mulig inngripende.⁶³ De strenge vilkårene om utredning, utprøving av andre løsninger, utforming av tiltak, saksbehandling, planlegging og gjennomføring som gjelder for bokstav b, ivaretar beboerens rettssikkerhet på en helt annen måte enn ved bruk av tiltak etter bokstav a.

I situasjoner der beboeren motsetter seg bistand for å få dekket grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, og det er nødvendig med tvang for å forhindre vesentlig skade på beboeren selv, skal det fattes vedtak etter bestemmelsens bokstav c. I disse tilfellene er det ikke krav om at det foreligger en nødssituasjon. Kravene om at andre løsninger er prøvd, nødvendighet, forholdsmessighet og faglig og etisk forsvarlighet, gjelder også for tiltak etter bokstav c.

4.1.3 Kommunens saksbehandling ved bruk av tvang

I tillegg til mer generelle forvaltningsmessige krav til saksbehandlingen, oppstiller helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 særlige krav til kommunens saksbehandling ved avgjørelser om bruk av tvang.⁶⁴ Formålet med disse reglene er å sikre gode og forsvarlige avgjørelser.⁶⁵

Avgjørelser om tiltak etter bokstav a treffes ved «beslutning».⁶⁶ Slik beslutning tas på stedet, av den som har det daglige ansvaret for tjenesten. Dersom den med det daglige ansvaret ikke er til stede, eller det ikke er tid til å vente på at vedkommende treffer slik beslutning, kan beslutningen treffes av den ansatte som er på stedet. Beslutningen skal nedtegnes «straks» etter at tiltaket er gjennomført, og det er stilt detaljerte krav til innholdet av beslutningen.⁶⁷ Melding om beslutningen skal sendes «straks» til den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og pårørende, eller på den måten statsforvalteren beslutter.⁶⁸ Meldingen skal opplyse om adgangen beboeren, verge og pårørende har til å til å klage til statsforvalteren.⁶⁹

⁶² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 andre til fjerde ledd og § 9-9.

⁶³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 første og annet ledd. Se også de menneskerettslige standardene som bl.a. er gjengitt i EMDs dom M.S mot Kroatia, 2015, avsnitt 104 – 105.

⁶⁴ Forvaltningsloven gjelder for kommunens saksbehandling, med de særregler som følger av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

⁶⁵ Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) side 56–57.

⁶⁶ I kommunen ble beslutninger etter bokstav a også omtalt som «enkeltmeldinger». Vi vil i det følgende benytte beslutning som term.

⁶⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd.

⁶⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd.

⁶⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd, siste punktum jf. § 9-11 første ledd.

Avgjørelser om tiltak etter bokstav b og c treffes ved «vedtak».⁷⁰ Vedtaket treffes av den i kommunen som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. I tillegg til at avgjørelsen fattes på et høyere nivå i kommunen enn det som gjelder for beslutninger, gjelder det ytterligere krav til innholdet av avgjørelsen, og beboer, pårørende og verge skal være hørt før vedtak treffes.⁷¹ Tiltak etter bokstav b og c er planlagte tiltak, som skal overprøves av statsforvalteren før de kan iverksettes.⁷² Verge og pårørende har anledning til å uttale seg ved overprøvingen, og skal informeres om dette.⁷³ Vedtak som er overprøvd av statsforvalteren, kan påklages av beboeren, vergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.⁷⁴ Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten av beboer, pårørende eller verge.⁷⁵

Informasjon om hvordan tvangstiltak etter kapittel 9 konkret blir gjennomført skal dokumenteres i den enkeltes journal.⁷⁶ Journalføring er blant annet sentralt for å sikre at det kan kontrolleres at reglene for tvangsbruk etterleves.⁷⁷

4.2 Avgjørelser om tvang

En gjennomgang av avgjørelser om bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 i de tre bofellesskapene viste at det var store variasjoner. Enkelte beboere var underlagt mye og inngripende tvang, mens andre hadde mer avgrensede tiltak.

4.2.1 Oversikt over avgjørelser om tvang

I perioden 3. november 2018 og frem til 3. desember 2020 hadde de tre bofellesskapene totalt 34 beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, etter § 9-5 tredje ledd bokstav a. Nesten alle (33) av disse var knyttet til ett bofellesskap og 22 gjaldt én beboer.

Beslutningene omfattet tiltak der beboere var blitt holdt fast, skjermet, forhindret fra å forlate boligen eller fotfulgt. Det var også enkelte eksempler på beslutninger om tvangsbruk i forbindelse med hygiene- og pleieoppgaver.

Av de 20 beboerne som var omfattet av besøket, var det fattet vedtak om planlagte tvangstiltak etter bokstav b og/eller bokstav c overfor sju beboere i den perioden vi undersøkte. Vedtakene som gjaldt to av beboerne var ikke blitt godkjent av Statsforvalteren i Oslo og Viken, mens fem var godkjent. Omfanget og intensiteten av tvangstiltakene varierte. Noen vedtak beskrev få og avgrensede tiltak slik som innlåsing av mat mellom måltider. Andre vedtak omfattet flere svært inngripende tiltak, slik som fotfølging, avstenging av dører og vinduer og fysiske holdegrep i nødssituasjoner. Flere av

⁷⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 annet ledd.

⁷¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 tredje ledd og § 9-3 annet ledd.

⁷² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8 første ledd.

⁷³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 fjerde ledd og § 9-3 annet ledd.

⁷⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 annet ledd.

⁷⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-12.

⁷⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10 jf. helsepersonelloven § 40 jf. pasientjournalforskriften §§ 4 og 8. Om hva som er relevante og nødvendige opplysninger, se nærmere IS-2015-10 avsnitt 4.10.4. Krav til dokumentasjon ved bruk av tvang gjelder også etter europeisk og internasjonal rett. Se EMDs dom Bureš mot Tsjekkia, avsnitt 103 – 105, og CPTs anbefalinger 2020, avsnitt 27, med videre henvisning til anbefalinger fra CPT om tvangsmidler i psykiatrien for voksne, 2017, avsnitt 11.

⁷⁷ Se IS-2015-10 punkt 4.10.2 og EMDs dom Bureš mot Tsjekkia, avsnitt 103.

beboerne hadde vært underlagt tvangsvedtak i mange år, og i forbindelse med besøket gjennomgikk vi vedtak som var fattet for disse tilbake til 2015.

Både ved beslutninger og vedtak brukte kommunen standardiserte maler som skulle dekke lovens krav til hva en slik avgjørelse skal inneholde.⁷⁸ Vi bruker her «avgjørelser» som samlebegrep for tvangsavgjørelser etter bokstav a, b og c.

4.2.2 Krav om særskilt oppnevning av verge

Dersom kommunen vurderer å fatte vedtak (bokstav b og c) om bruk av tvang etter reglene i kapittel 9, skal det oppnevnes verge.⁷⁹ Vergen skal bidra til å ivareta beboerens rettssikkerhet og interesser. Vergen skal derfor høres før det fattes vedtak om tvang, og skal motta informasjon om muligheten til å uttale seg i saker som overprøves, og om retten til å klage.⁸⁰ Det er ikke anledning til å fatte vedtak uten at beboeren har en verge med et mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og det er en forutsetning at oppnevningen skjer tidlig i prosessen.⁸¹

Det er statsforvalteren som oppnevner verger.⁸² Kommunen har ansvar for å begjære oppnevning av verge eller endring av vergemål under kapittel 9, men statsforvalteren har adgang til å oppnevne verge og endre vergemål av eget tiltak.⁸³

Vi fant eksempler på at beboere det var brukt tvang mot, manglet verge med mandat som omfattet kapittel 9. I noen tilfeller var vedtak om bruk av tvang blitt godkjent av Statsforvalteren, uten at det forelå dokumentasjon på vergemandat etter kapittel 9 (se kapittel 6 *Statsforvalterens overprøving*).

I disse sakene som gjelder inngripende tvang overfor enkeltpersoner, er det spesielt viktig at beboeren har en rettslig representant som kan vurdere tiltaket og ivareta beboerens rettssikkerhet.⁸⁴ Ombudsmannen understreker at oppnevning er obligatorisk og ikke underlagt skjønn. Det er urovekkende at en helt sentral rettssikkerhetsgaranti ikke er på plass på vedtakstidspunktet for flere beboere.

Statsforvalteren har også ansvar for at vergene får den opplæringen de trenger for å utføre vervet på forsvarlig måte.⁸⁵ I samtalene ombudsmannen gjennomførte under besøket kom det fram at vergene i liten grad kjente til vilkårene for bruk av tvang, og at de jevnt over ikke så det som sin oppgave å utfordre kommunens syn når det kom til tvangsbruk. Dette gjaldt også faste verger, som kan karakteriseres som profesjonelle verger. Funnene indikerte at vergene ikke fikk nødvendig opplæring og veiledning tilpasset vergeoppdragets innhold, og at dette svekker deres mulighet til å ivareta rettssikkerheten for den enkelte beboer som utsettes for tvang.

⁷⁸ Se helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første og tredje ledd.

⁷⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 tredje ledd jf. vergemålsloven § 21 tredje ledd.

⁸⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 annet ledd. Merk at et vergemål ikke kan omfatte kompetansen til å samtykke til tvang, jf. vergemålsloven § 21 fjerde ledd.

⁸¹ Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) side 56–57.

⁸² Vergemålsloven §§ 6, 25 jf. 55.

⁸³ Vergemålsloven § 56.

⁸⁴ Ot.prp. nr. 58 (1994–1995) Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. (bruk av tvang og makt m.v overfor personer med psykisk utviklingshemning), punkt 3.10, side 34.

⁸⁵ Vergemålsforskriften § 1.

Anbefalinger om krav om særskilt oppnevning av verge:

- Kommunen bør sikre at verge med mandat etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 begjæres oppnevnt med en gang kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang.
- Statsforvalteren bør sikre at vedtak om tvang aldri godkjennes uten at det er dokumentert at det er oppnevnt verge med mandat som dekker oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.
- Statsforvalteren bør sikre at verger som oppnevnes blir gitt tilstrekkelig opplæring.

4.2.3 Krav om involvering og orientering i avgjørelsesprosessen

Dersom det fattes vedtak om bruk av tvang skal den det gjelder involveres for å finne tiltak og metoder som vil oppleves som minst inngripende og belastende (se kapittel 3 *Selvbestemmelse og medvirkning*). Beboeren skal derfor gis informasjon og anledning til å gi uttrykk for sitt syn. Verge og pårørende er sentrale rettssikkerhetsfaktorer, og skal trekkes inn i vedtaksprosessen sammen med beboeren. De skal informeres og høres i forbindelse med avgjørelser om tvang.⁸⁶ De er gitt selvstendige prosessuelle rettigheter, og kan påklage beslutninger og vedtak og reise søksmål for domstolen.⁸⁷

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b eller c skal inneholde opplysninger om beboerens, pårørendes og verges holdning til tiltaket.⁸⁸ Dersom beboeren har motsatt seg tiltaket, må vedtaket vise at vedkommendes beslutningskompetanse er vurdert. Hvis en beboer ikke er i stand til å uttrykke sine holdninger, må vedtaket inneholde en objektiv beskrivelse av vedkommendes reaksjoner på tiltaket.⁸⁹ Beboerens syn skal klarlegges uansett om vedkommende er beslutningskompetent eller ikke.⁹⁰

Manglende involvering av beboer, verge og pårørende

Flere av vedtakene inneholdt lite informasjon om beboerens, vergens eller pårørendes holdninger til tiltaket. Formuleringer som at verge eller pårørende var «orientert» om vedtaket, uten nærmere opplysninger om deres standpunkt eller medvirkning, gikk igjen. Selv der det stod at verge og/eller pårørende var uenig i vedtaket, var det ikke nærmere beskrevet hva uenigheten gikk ut på. Flere verger opplyste at de fikk kopi av vedtakene til gjennomlesning, men at de ikke ble rådspurt eller oppfattet seg som noen drøftingspartner for kommunen i disse situasjonene. Også pårørende opplyste at de ble informert om vedtak, men at de i enkelte tilfeller opplevde det som en ren orientering hvor det ikke var rom for innspill (se også kapittel 3.4 *Selvbestemmelse ved hjelp av verge og pårørende* og 4.2.2 *Krav om særskilt oppnevning av verge*).

⁸⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-3 annet ledd, 9-7 første ledd, tredje ledd bokstav f og h og fjerde ledd annet punktum og 9-8 annet ledd.

⁸⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-11 første og annet ledd og 9-12 annet ledd annet punktum.

⁸⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 tredje ledd bokstav f; IS-2015-10 avsnitt 4.7.4.2, side 98.

⁸⁹ IS-2015-10 avsnitt 4.7.4.2, side 98.

⁹⁰ Dette følger direkte av lovens system og grunnleggende krav til en forsvarlig saksbehandling. Se tilsvarende synspunkt i NOU 2019: 14 avsnitt 28.7.3.

I flere vedtak ble det opplyst at beboer var «vant med» eller «ikke hadde forståelse om tiltaket», og derfor ikke motsatte seg tiltak. Gjennomgående var det få drøftelser av om den det gjaldt viste andre former for motstand. I et vedtak om omfattende og inngripende tvang ble det slått fast at beboeren ikke var i stand til å uttrykke meningen sin verbalt. Vedtaket manglet helt en beskrivelse av om beboeren på andre måter viste sine reaksjoner på tiltakene. I vedtaket til en beboer som hadde vært underlagt tvangstiltak løpende over flere år, ble fortsatt tvang blant annet underbygget med at det var dette beboeren var vant med og at tvangstiltakene ga beboeren trygghet. I intervju med ansatte var det flere som reflekterte over at tvangen nå var innlært og at dette kunne forklare at beboerens protester i stor grad hadde opphørt. Disse forholdene var ikke omtalt i vedtaket.

Liten eller ingen involvering av beboer, pårørende og verge øker risikoen for unødvendig tvang. At vedtakene mangler viktig informasjon om forhold som kan tale mot tvangstiltakene, vanskeliggjør også statsforvalterens overprøving, slik at rettssikkerheten svekkes ytterligere.

Manglende underretning om tvangsbruk

Der det besluttes bruk av tvang etter § 9-5 tredje ledd bokstav a, skal det straks sendes melding om dette til den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og pårørende. Meldingen skal opplyse om muligheten beboer, pårørende og verge har til å klage.⁹¹

Flere av beslutningene manglet dokumentasjon av at slik melding var sendt til alle de som skal underrettes. I halvparten av beslutningene vi gjennomgikk (16 av 34) manglet det dokumentasjon av at pårørende var skriftlig informert.⁹² Vi fant ikke dokumentasjon som tilsa at de pårørende hadde reservert seg fra å motta meldinger om tvang, eller at Statsforvalteren hadde besluttet andre meldingsrutiner.⁹³ For en beboer fant vi også, i tillegg til manglende skriftlig melding, at informasjon til pårørende ble forsinket på grunn av språkutfordringer.

For mennesker med utviklingshemning er pårørende og verge helt sentrale for ivaretagelsen av interesser og rettigheter.⁹⁴ Melding om beslutning om tvang er avgjørende for en reell klageadgang. Når melding om tvangsbruk mangler eller kommer sent er dette derfor en klar svekkelse av beboernes rettssikkerhet.

Anbefalinger om krav om involvering og orientering i avgjørelsesprosessen:

- Kommunen bør sikre og dokumentere at beboer, pårørende og verge har vært aktivt involvert og hørt i vedtaksprosessen.
- Kommunen bør sikre at den faglig ansvarlige for tjenesten, statsforvalteren, verge og nærmeste pårørende, straks får skriftlig melding om tvangsbruk i nødssituasjoner.

4.2.4 Krav til avgjørelsens innhold og begrunnelse

Flere av avgjørelsene var grundige og inneholdt beskrivelser av hvilke kartlegginger og utredninger som var foretatt, forebyggende arbeid som var iverksatt, forsøk på andre løsninger enn tvang, konkrete beskrivelser av forhold som gjorde at tvangstiltak ble vurdert som nødvendig, og konkrete

⁹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd.

⁹² Vi gjennomgikk alle enkeltvedtak i perioden 3. november 2018 til og med 3. desember 2020.

⁹³ Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 første ledd fjerde punktum.

⁹⁴ Se IS-2015-10 punkt 4.3.3.

vurderinger av tiltakenes forholdsmessighet og faglige og etiske forsvarlighet. Samtidig viste vår gjennomgang at kvaliteten på avgjørelsene varierte, og at noen mangler gikk igjen.

Beslutninger etter § 9-5 tredje ledd bokstav a (skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner)

Enkelte av beslutningene var så kortfattede at det var vanskelig å vurdere om alle vilkårene for tvangsbruk var oppfylt. I enkelte tilfeller var det uklart hvilke av vilkårene bekrivelsene i beslutningen gjaldt. Vurderingene av tiltakets faglige og etisk forsvarlighet var i noen tilfeller svært knappe og noen ganger ikke dekkende, for eksempel erstattet med en kort beskrivelse av årsaken til tvangen. I en av beslutningene var det hverken dokumentert at det forelå en nødssituasjon eller at tvangen hadde vært nødvendig for å begrense eller forhindre vesentlig skade. I bofellesskapet som kun hadde fattet én beslutning om tvang i perioden, var beslutningen ikke signert, og det stod hverken hvem som hadde besluttet eller hvem som hadde gjennomført tiltaket. Beslutningen inneholdt heller ingen vurdering av daglig ansvarlig på tjenestestedet, og det var ikke dokumentert at beslutningen var sendt til noen av de som skal motta melding etter loven.

Mangelfulle beslutninger gjør det vanskeligere for pårørende og verge å vurdere innholdet av beslutningen og hvorvidt det er grunnlag for å klage. Det vanskeliggjør også statsforvalterens kontroll med at avgjørelsen tilfredsstillende kravene i kapittel 9.⁹⁵ Begge deler svekker beboerens rettsikkerhet og øker risikoen for at vedkommende utsettes for inngrep det ikke er grunnlag for.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c (planlagte skadeavvergende tiltak og tiltak for å dekke beboerens grunnleggende behov)

Flere av vedtakene manglet tilstrekkelig informasjon til å vurdere om vilkårene for tvangsbruk var oppfylt. Det ble brukt generelle vendinger og flere steder ble det konstatert at lovens krav var oppfylt, uten at det ble redegjort nærmere for hvordan. Flere av beboerne med slike mangelfulle vedtak hadde vært underlagt omfattende tvangstiltak gjennom flere år. I enkelte tilfeller ble samme formuleringer gjentatt i vedtakene flere år på rad, uten at det kom fram at det var gjort konkrete vurderingen av dagens tilstand. Generelle henvisninger til «historikk» og «kjennskap» til beboeren gikk igjen i vedtakene.

Det var særlig store mangler når det gjaldt vedtakenes konkrete beskrivelser av hvorfor tvang var nødvendig. Det var i liten grad vist til spesifikke hendelser eller dokumentasjon på utfordrende atferd, herunder dokumentasjon som sa noe om hva atferden gikk ut på, hvor risikofylt den var og hvor ofte den skjedde.

For en beboer med et vedtak som innebar svært inngripende tvang manglet det en konkret beskrivelse av hvorfor tvangen var nødvendig og hva som faktisk utgjorde skaderisiko. Det forelå ingen dokumentasjon av den atferden som kommunen mente det var en risiko for og som skulle begrunne tvangstiltaket. I vedtaket var det opplyst at det ikke hadde vært registrert hendelser som det vedtaket skulle forhindre, på flere år, uten at dette var vektlagt i nødvendighetsvurderingen. Også de forholdene som opprinnelig hadde gitt grunnlag for tvangstiltak, og som lå svært mange år

⁹⁵ At statsforvalteren har en tilsynsrolle følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Det er ikke nærmere regulert i lov hvordan statsforvalteren skal følge opp meldinger om tvang etter § 9-5 tredje ledd bokstav a. Helsetilsynet har derimot gitt nærmere retningslinjer om statsforvalterens oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, *Internserien 7/2011, revidert 2020*. Her forutsettes det at meldinger skal gjennomgås så raskt som mulig, og at statsforvalteren skal vurdere om vilkårene for bruk av tvang er oppfylt.

tilbake i tid, fremstod som svakt dokumentert. Dette var særlig problematisk i lys av at kommunen og Statsforvalteren i et felles møte flere år tidligere hadde konkludert med at det var behov for en ny risikovurdering før vedtaket eventuelt ble fornyet. Til tross for dette, var nytt vedtak godkjent av Statsforvalteren og beboeren var på besøkstidspunktet fortsatt underlagt en svært inngripende form for tvang.

For en annen beboer var det fattet vedtak om «fjerning av løse gjenstander». Det var vist til at beboeren kunne kaste gjenstander og at målet var å hindre skade på materiell, personale og beboeren selv. Vedtaket inneholdt ingen nærmere beskrivelse av hvor mye og hvor ofte dette skjedde, hvor stor skaderisikoen var, eller hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt. Det manglet også en vurdering av om det ville være mulig at beboeren hadde tilgang til enkelte gjenstander/tilgang i enkelte perioder fremfor et generelt tiltak om fjerning av samtlige gjenstander.

Utilstrekkelige opplysninger og mangel på presisjon utgjør en risiko for unødvendig tvang og svekker rettssikkerheten til den enkelte beboer. Når et vedtak mangler konkrete beskrivelser, vurderinger og god dokumentasjon svekker dette også verge og nærmeste pårørendes mulighet til å uttale seg eller til å klage. Det svekker også statsforvalterens grunnlag for å sikre en god nok overprøving av vedtaket. Flere av disse vedtakene var likevel godkjent av Statsforvalteren (se nærmere kapittel 6 *Statsforvalterens overprøving*).

Mangelfulle begrunnelser for inngripende tvang er problematiske i lys av menneskerettslige krav (se kapittel 4.1 *Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk*). Det er statens ansvar å dokumentere og begrunne at tvangstiltakene er anvendt som en siste utvei, og at vilkårene om nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt. Det er vår vurdering at flere av vedtakene ikke oppfylte vilkårene.

Anbefaling om krav til avgjørelsens innhold og begrunnelse:

- Kommunen bør sikre at avgjørelser om tvang etter kapittel 9 tilfredsstillende kravene til begrunnelse og inneholder konkrete vurderinger og informasjon som dokumenterer at vilkårene for tvang er oppfylt.

4.2.5 Gjentatte eller vedvarende nødsituasjoner

Dersom behovet for tvang må forventes å gjenta seg eller vare over tid, skal det fattes vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav b. Bestemmelsen om skadeavvergende tiltak i *enkelstående* nødssituasjoner skal ikke brukes som erstatning for vedtak etter bokstav b. Dette er spesielt viktig fordi det er strengere vilkår for gjentatte eller langvarige tvangstiltak enn for tiltak som gjelder enkeltstående situasjoner.

Ved vår dokumentgjennomgang fant vi et tilfelle der en beboer over en periode på halvannet år hadde 19 beslutninger om tvang i enkeltstående situasjoner, før vedtak ble sendt inn til overprøving. Beslutningene beskrev bruk av skjerming og diverse holde- og vergegrep, også nedlegging. Vedtak om tvang i slike situasjoner ble sendt til overprøving mer enn 13 måneder etter at det var tatt opp i brukermøte for beboeren at det var behov for å fatte vedtak. Beslutningene viste at det i stor grad var kartlagt hva som kunne utløse utagerende atferd hos beboeren, og hva som var tidlige tegn på at atferd ville eskalere på en slik måte at tvang ble nødvendig. Selv om det ble prøvd ut andre løsninger

for å minimere bruken av tvang, fremstår den gjentatte bruken av enkeltstående beslutninger over en lengre periode som ikke å være i tråd med regelverket.

Når det brukes enkeltstående beslutninger istedenfor vedtak fratras beboeren rettssikkerhetsgarantien som ligger i statsforvalterens overprøving. Bruk av beslutninger øker også risikoen for at det ikke foretas en samlet vurdering av tiltakene overfor den enkelte. Dette gir også risiko for at man ikke kartlegger for å finne alternativer til tvang.

Anbefaling om gjentatte eller vedvarende nødssituasjoner:

- Kommunen bør sikre at vedvarende behov for tvang (gjentatte nødssituasjoner) identifiseres tidlig, og at det så raskt som mulig utformes vedtak som overprøves av statsforvalteren.

4.3 Perioder med uhjemlet tvang

Vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 bokstav b og c, kan ikke iverksettes før det er godkjent av statsforvalteren (se kapittel 4.1 *Bruk av tvang - Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk*). Et vedtak kan gjelde for tolv måneder fra datoen for statsforvalterens overprøving.⁹⁶ Dersom det er behov for tvang utover tolv måneder må det fattes et nytt vedtak.

Overfor flere beboere var det iverksatt tvangstiltak uten at det forelå godkjent vedtak fra Statsforvalteren. På besøkstidspunktet gjaldt dette to av de sju beboerne som kommunen hadde utformet vedtak om planlagt tvang for. Gjennomgangen av vedtak i perioden 2015–2021 viste at flere beboere hadde hatt lange perioder uten godkjente vedtak hvor tvangstiltakene like fullt var opprettholdt.

Blant beboere som hadde vært underlagt tvangstiltak gjennom mange år fant vi flere eksempler på at tvangstiltakene var opprettholdt selv om vedtaksperioden var utløpt. I enkelte tilfeller skyldtes dette først og fremst lang saksbehandlingstid hos Statsforvalteren (se nærmere kapittel 6 *Statsforvalteren overprøving*). I flere av tilfellene manglet det imidlertid gyldig vedtak fordi kommunen hadde sendt dette inn for sent. I noen av disse tilfellene var nytt vedtak ikke sendt inn før etter at det forrige vedtaket hadde utløpt. Dette skjedde selv om kommunen var informert om at nytt vedtak måtte sendes Statsforvalteren senest tre måneder før det gjeldende vedtaket utløp, dersom kommunen vurderte at det fortsatt var behov for tvangstiltak overfor beboeren. I enkelte av tilfellene gjentok dette seg flere år på rad, til for tross for at Statsforvalteren ved forrige overprøving forutsatte en gjennomgang av rutinene som sikret at vedtak ble sendt inn i tide.

Sen innsending og lang saksbehandlingstid gjorde at en av beboerne hadde vært utsatt for en rekke tvangstiltak uten gyldig vedtak i en periode på nesten syv måneder. Tiltakene omfattet bruk av mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfriheten.

En annen beboer som var underlagt flere inngripende tvangstiltak, som låste dører/vinduer, skjerming og holding med vergegrep, hadde på tidspunktet for våre undersøkelser vært uten godkjent vedtak i en periode på to år og åtte måneder. Av dokumentasjonen fremgikk det at

⁹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-7 annet ledd.

kommunen ikke hadde sendt inn nytt vedtak før nesten åtte måneder etter at forrige vedtak utløp. Det tok deretter syv måneder før overprøvingen forelå, og vedtaket ble da ikke ansett å oppfylle vilkårene etter kapittel 9 og ble ikke godkjent. Nytt vedtak ble deretter først sendt inn av kommunen mer enn syv måneder etter avslaget. Overprøvingen forelå etter fem måneder, og vedtaket ble på ny ikke godkjent. På tidspunktet for våre undersøkelser var nytt vedtak enda ikke innsendt.

Dersom kommunen vurderer at det er nødvendig å bruke tvang for å hindre vesentlig skade før det foreligger et godkjent vedtak, skal det sendes melding om bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner til statsforvalteren, som tvang i nødssituasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a.⁹⁷ En slik beslutning skal journalføres og melding må sendes både beboer, pårørende og verge, som har rett til å klage på gjennomføringen. Vi fant flere eksempler på at journalføringen var mangelfull (se kapittel 4.5.3 *Mangler ved journalføring*). Ved gjennomgang av journal for de to beboerne som hadde vært lengst uten gyldig vedtak, var det ikke journalført at det manglet gyldig vedtak. Flere av journalføringene om bruk av tvang var svært knappe og manglet konkrete beskrivelser av situasjonen og tvangsbruken. Vi fant heller ikke dokumentasjon på at verge eller pårørende rutinemessig ble varslet om tvangsbruk eller at kontakten med disse på annen måte var trappet opp i perioder hvor det ikke forelå godkjent vedtak.

I noen av disse tilfellene var det brukt tvang i gjentatte nødsituasjoner, uten at dette ble rapportert til Statsforvalteren, til tross for at tidligere godkjent tvangsvedtak var utløpt. For de to beboerne som hadde de lengste periodene uten gyldig vedtak, var det ikke sendt noen enkeltmeldinger i periodene uten gyldig vedtak. Journaloppføringer, rutinebeskrivelser og samtaler med ansatte viste imidlertid at tvangstiltakene hadde vært opprettholdt i samme periode.

Ombudsmannen er svært bekymret for at beboere utsettes for ulovlige tvangstiltak, og at dette skjer gjentatte ganger og over lange perioder. Praksisen bryter med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, hindrer overprøving og klagemulighet og er ikke i tråd med de menneskerettslige kravene til begrunnelse og dokumentasjon ved bruk av tvang.⁹⁸ At det blir utøvd tvang uten gyldig vedtak, innebærer en klar risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Anbefalinger om perioder med uhjemlet tvang:

- Kommunen bør sikre at det ikke utøves tvang i gjentatte eller vedvarende nødsituasjoner uten gyldig vedtak.
- Kommunen bør sikre at nytt vedtak sendes statsforvalteren i tide, og at vedtak som ikke blir godkjent av statsforvalteren straks følges opp og sendes inn for ny overprøving.
- Kommunen bør sikre at prosedyren for beslutning om tvang i nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstav a følges inntil vedtak etter bokstav b er godkjent.

⁹⁷ IS-2015-10 punkt 4.5.6.3.

⁹⁸ Se kapittel 4.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk.

4.4 Bruk av skjerming

Skjerming er ifølge Statens helsetilsyn blant de vanligste registrerte tvangstiltakene overfor personer med utviklingshemning.⁹⁹ I vår gjennomgang av tvangstiltakene i bofellesskapene kom det fram at skjerming ble brukt overfor flere av beboerne.

4.4.1 Vilkår for bruk av skjerming

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 åpner for at man i nødssituasjoner kan skjerme beboeren fra andre personer for å hindre skade. Som ved andre tiltak etter § 9-5 må tiltaket være faglig og etisk forsvarlig, det må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, det må være forholdsmessig og kan bare brukes for å hindre eller begrense *vesentlig* skade.

Skjerming er svært inngripende og loven stiller derfor særlige krav til hvordan dette skal gjennomføres.¹⁰⁰ Det er skjerming etter helse- og omsorgstjenesteloven både når beboeren tas med til et annet rom og holdes tilbake der, og når beboeren holdes tilbake på et rom når andre forlater det. Skjerming kan gjennomføres med ansatte til stede, eller beboeren kan være alene i rommet og holdes under oppsyn. Det er det tiltaket som er minst inngripende for beboeren som skal velges og det skal legges vekt på hvordan det oppleves for beboeren.¹⁰¹

Menneskerettighetene setter snevre grenser for adgangen til å benytte isolasjonsliknende tiltak i helsevesenet. Bakgrunnen for dette er skaderisikoen. Flere menneskerettighetsorganer i FN har de siste årene uttalt seg sterkt kritisk til tvangsbruk overfor mennesker med nedsatt funksjonsevne, inkludert bruk av skjerming («seclusion»)¹⁰² Isolasjonsliknende tiltak skal derfor kun brukes som en siste utvei der det er helt nødvendig for å forhindre øyeblikkelig eller overhengende skade på person.¹⁰³ EMD har slått fast at tvang mot noen som er fratatt friheten og som ikke er strengt nødvendig («strictly necessary») kan utgjøre en krenkelse av EMK artikkel 3. I en sak som gjaldt en pasient i tvungent psykisk helsevern understreket domstolen videre at

“... den underlegenhet og maktesløshet som er typisk for pasienter som holdes tilbake i psykiatriske institusjoner, krever særlig årvåkenhet i vurderingen av om konvensjonen blir etterlevd.”¹⁰⁴ (vår oversettelse)

Isolasjonsliknende tiltak som skjerming er inngripende og potensielt skadelig, og må derfor være underlagt særlige beskyttelsesmekanismer. Jo lenger isolasjonstiltaket varer, jo mer skjerpes kravet

⁹⁹ Se for eksempel Helsetilsynet (2017) Tilsynsmelding 2016, side 44.

¹⁰⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-6 annet ledd. Se også St.meld. nr. 26 (1997–1998) om begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting, punkt 3.3.3.5 hvor det fremgår at skjerming bare kan vurderes brukt der utageringen er av et slikt omfang at det ikke er å trekke seg ut av situasjonen og der andre tvangstiltak for å avverge situasjonen vil føre til betydelig maktbruk.

¹⁰¹ Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og lov om helsetjenesten i kommunene, side 39-40 og IS-2015-10 avsnitt 4.6.1 og 4.6.3.

¹⁰² CPTs anbefalinger fra 2017 gjelder standarder ved bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, herunder «seclusion». CPT legger de samme standardene til grunn for tvang i helse- og omsorgssektoren, se CPTs anbefalinger 2020. For en nærmere gjennomgang av begrepsbruk vedrørende isolasjonsliknende tiltak, se Sivilombudsmannens temarapport Skjerming i psykisk helsevern, 2018. Se også UK National Preventive Mechanism, Guidance: Isolation in detention, januar 2017, side 1.

¹⁰³ M.S mot Kroatia, 2015, avsnitt 104.

¹⁰⁴ M.S mot Kroatia, 2015, avsnitt 98. Se også årsrapport fra FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, avsnitt 63.

til beskyttelsesmekanismene. Vilkårene om nødvendighet og forholdsmessighet må være oppfylt og det må kunne dokumenteres at bruken av tvang ikke pågikk lenger enn nødvendig.¹⁰⁵ Dersom inngripende tiltak gjentas ofte eller varer over tid, skal det gjøres grundigere vurderinger av kvalifisert personell, og det bør også vurderes et mer spesialisert behandlingstilbud.¹⁰⁶ I institusjoner med formell adgang til frihetsberøvelse legger internasjonale menneskerettslige standarder også føringer for minimumskrav til opphold i friluft per døgn.¹⁰⁷

Skjermingsbruk i bofellesskap for personer med utviklingshemning er derfor et tiltak som i praksis vil kunne føre til krenkelse av EMK artikkel 3, særlig der skjermingen er langvarig og der den har et isolasjonspreg.

4.4.2 Skjerming i bofellesskapene

I alle bofellesskapene ble det brukt tiltak som ble omtalt som skjerming. I noen tilfeller ble skjermingen ansett som tvang og det var fattet beslutning etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a eller vedtak etter bokstav b. I andre tilfeller ble tiltak som ble omtalt som skjerming ikke ansett som tvang og reglene for bruk av tvang derfor ikke fulgt. Vi fant eksempler i rutinebeskrivelser på at beboere som ikke hadde vedtak om skjerming, ved visse typer atferd skulle «skjermes» fra andre. Flere ansatte beskrev dette som en vanlig rutine. Tiltakene ble begrunnet med risiko for utagering og skade, og behov for å skjerme beboeren fra stimuli.

Flere av tvangsvedtakene beskrev «skjerming i egen leilighet» eller liknende som alternativ til tvang. Dette er i seg selv problematisk, fordi skjerming i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, er et tvangstiltak. Noen av de ansatte var usikre på når skjerming var et tvangstiltak og når det ikke var det. Det gikk fram av rutinebeskrivelsene til flere av disse beboerne at de skulle «skjermes» og «motiveres» til å oppholde seg i egen leilighet ved enkelte typer atferd. Dette gjaldt beboere som hadde atferd som man av erfaring så at kunne være et tidlig signal om eskalerende utfordrende atferd. Selv om det kom fram at tiltaket om å oppholde seg i sin egen bolig kunne gå imot beboerens eget ønske og preferanser, var det i disse tilfellene ikke fattet vedtak.¹⁰⁸

Slik skjermingen i disse situasjonene ble beskrevet syntes dette i flere tilfeller å være tvangstiltak. For noen av beboerne som var underlagt denne typen begrensninger fremgikk det av rutinebeskrivelser og vedtak gjennom flere år at de samme beboerne var underlagt flere inngripende tvangstiltak. I en situasjon der beboere holdes tilbake i boligen vil ytterligere bruk av tvang utgjøre en risiko for krenkelse av forbudet mot nedverdiggende og umenneskelig behandling.

¹⁰⁵ M.S mot Kroatia, 2015, avsnitt 104 – 105. Se også CPTs anbefaling fra 2017, avsnitt 4.1. "Seclusion" er her definert som ufrivillig plassering av en pasient i et låst rom.

¹⁰⁶ Forts. CPT, 2017, avsnitt 4.2.

¹⁰⁷ Se f.eks. CPT (1998), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 37. I FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte i fengsler (de såkalte Mandelareglene) slås det fast at de som er fratatt friheten daglig bør tilbys minimum én times utendørs aktivitet, og at det bør legges til rette for trening og rekreasjon. Se Mandelareglene, regel 23.

¹⁰⁸ Ifølge Helsedirektoratets rundskriv kan det konstateres en nødssituasjon hvor beboeren utviser en atferd som personalet «av erfaring vet at raskt leder til situasjoner med fare for vesentlig skade». Inngrep, i form av for eksempel skjerming, på et tidlig tidspunkt kan da forebygge mer omfattende bruk av tvang som for eksempel nedleggelse eller fastholding, se IS-2015-10 punkt 4.5.6.2. Se også St.meld. nr. 26 (1997-1998), avsnitt 3.3.3.5.

Enkelte av beboerne hadde vedtak om bruk av skjerming som tvangstiltak etter bokstav b. I et vedtak kom det fram at tiltaket skulle gjennomføres ved at personalet trakk seg ut av leiligheten og oppholdt seg bak en dør i en mellomgang mellom fellesarealene og leiligheten. Vedtaket var på besøkstidspunktet ikke godkjent av Statsforvalteren (se nedenfor). Døren til mellomgangen var ikke låst, men ble enten holdt på gløtt eller holdt helt igjen med en fot, avhengig av atferden til beboeren. Den andre utgangsdøren (til friluft) var låst. I disse situasjonene var beboeren dermed i realiteten stengt inne i sin egen leilighet. Ansatte skulle følge med på beboeren gjennom et vindu i døren. Tiltaket skulle journalføres i beboerens journal.

Tiltaket innebar en sterk begrensning av beboerens bevegelsesfrihet. Inngripende tiltak hvor en person i realiteten er sperret inne alene i et lukket rom har et stort skadepotensial. Spesialisthelsetjenesten hadde gjentatte ganger drøftet forholdsmessigheten av tiltaket med kommunen, og det ble stilt spørsmål ved hvorvidt skjerming var det minst inngripende tiltaket i disse situasjonene. Det ble vist til at beboeren virket utrygg og preget av situasjonen i etterkant.

På grunn av lang saksbehandlingstid hos både kommunen og Statsforvalteren, hadde denne beboeren på besøkstidspunktet vært underlagt inngripende tvangstiltak i to år og åtte måneder, uten at det forelå godkjent vedtak om dette (se kapitlene 4.3. *Perioder med uhjemlet tvang* og 6.3. *Statsforvalterens overprøving - Saksbehandlingstid*). Statsforvalteren hadde heller ikke ved sin siste overprøving godkjent vedtaket og viste til at det ikke var sannsynliggjort at kommunen la til rette for minst mulig bruk av tvang. Statsforvalteren kommenterte også at det ut ifra kommunens beskrivelse av rutinene for journalføring, ikke var klart at kravene til registrering og rapportering ble ivaretatt.

Risikoen for krenkelse av denne beboeren fremsto som høy ved at inngripende tvangstiltak ble anvendt uten gyldig vedtak og uten at det var tilstrekkelig begrunnet at skjermingstiltaket var nødvendig og forholdsmessig. (Se også kapitlene 4.2.3 *Krav til avgjørelsens innhold og begrunnelse* og 4.5.4 *Mangler ved journalføring*).

I likhet med for flere andre beboere (beskrevet over) ble det ikke regnet som tvang når beboeren måtte oppholde seg i leiligheten med ansatte til stede, selv om dette var for å håndtere at vedkommende var urolig. Vedkommende beboer hadde også en kjetting på døren som kunne brukes for å hindre at beboeren gikk ut i fellesarealet. Denne skulle bare brukes når ansatte var sammen med beboeren inne i leiligheten. Vedkommende klarte ikke å åpne sperren. Praksisen medførte klare begrensninger på beboerens bevegelsesfrihet, og utgjør etter ombudsmannens syn et klart inngrep i beboerens integritet. Ombudsmannen er svært bekymret over at praksisen ikke ble ansett som tvang, og at hverken bruken av kjetting på døren eller skjerming med personal til stede var nedfelt i vedtak og fulgte rutinene for tvangsbruk. Dette strider mot helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 jf. § 9-6 annet ledd.

Begrensninger i bevegelsesfriheten er mer inngripende jo lenger tid det anvendes. Denne beboeren hadde måttet oppholde seg i leiligheten sin store deler av døgnet, over mange dager. Funn tydet på at personen hadde vært ute én time i løpet av tre dager, og ellers hadde måttet oppholde seg i leiligheten, der vinduer og terrassedør var låst. Øvrige funn tydet på at dette ikke var en engangshendelse. Leiligheten var i tillegg svært strippet og bar preg av slitasje og ødeleggelse. Skjerming over lengre tid utgjør en klar risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette gjelder spesielt der rommet der skjerming gjennomføres er i dårlig forfatning og tiltaket

gjennomføres på en restriktiv, isolasjonspreget måte. Tiltaket bør derfor registreres nøye, både hendelsesforløp, tidsangivelser og hva som er gjort for å lempe på situasjonen. Disse momentene var ikke godt nok redegjort for i den aktuelle journalen for perioden (se også 4.5.4 *Mangler ved journalføring*).

At skjermingstiltaket i dette tilfellet ikke ble regnet som tvang og underlagt de aktuelle rettssikkerhetsgarantiene og heller ikke ble godt beskrevet i journal, øker risikoen for at den samlede situasjonen til beboeren kan utgjøre umenneskelig behandling.

En beboer ble beskrevet å være til sjenanse for naboer, og flere av de ansatte ga uttrykk for at leilighetens beliggenhet mange ganger gjorde det vanskelig å være i hagen. Ombudsmannen er bekymret for at beboeren ble utsatt for hyppige og omfattende begrensninger av sin bevegelsesfrihet på bakgrunn av slike hensyn.

Beboere har få valgmuligheter når det gjelder bolig, og det er viktig at kommunen gir et botilbud som tar hensyn til den enkeltes behov og som i størst mulig grad forebygger bruk av inngripende tvang. For flere av beboerne så det ut til at det å bo sammen med andre bidro til at det oftere ble opplevd som nødvendig å begrense beboeres bevegelsesfrihet av hensyn til andre (se kapittel 4.5.5 *Generelle begrensninger i bevegelsesfriheten*).

Praksisen med tilbakeføring til og tilbakeholdelse i egen bolig, både med og uten tvangsvedtak, skaper bekymring for at inngripende tiltak ikke kvalitetssikres, vedtaksføres og forebygges godt nok.

Anbefalinger skjerming i bofellesskapene:

- Kommunen bør sikre at beboere ikke hindres i å forlate boligen sin (skjermes) uten at vilkårene for bruk av tvang er oppfylt og at vurderingene er dokumentert i beslutning eller vedtak.
- Kommunen bør sikre at gjennomføringen av skjermingstiltak løpende dokumenteres på en måte som gjør det mulig å vurdere tiltakets nødvendighet og forholdsmessighet.
- Kommunen bør iverksette særlige tiltak for å forebygge langvarige og inngripende skjermingsforløp. Det bør også iverksettes tiltak som sikrer at rommet skjerming gjennomføres i, ikke øker belastningen av skjerming.
- Kommunen bør vurdere om boforholdene og beliggenheten til boligen passer for den enkelte beboer, og vurdere om forhold ved boligen eller bosituasjonen leder til økt tvangsbruk.

4.5 Andre forhold som gir særlig risiko for umenneskelig behandling

4.5.1 Langvarig fastholding

Under gjennomgangen av utøvelse av tvang fant vi eksempler på svært lange episoder med fysisk fastholding av to beboere. I noen tilfeller ble beboeren holdt fast i opptil 30 minutter, i andre tilfeller gjaldt beslutningen enda lengre perioder med gjentatte holdegrep.

Det ble ikke gjort konkrete funn som tydet på en for lav terskel for å bruke versegrep i nødssituasjoner. Det kom likevel fram opplysninger som tydet på at det var et forbedringspotensial når det gjaldt forebygging og å være i forkant slik at fysisk makt i større grad kunne unngås.

Avgjørelsene i disse situasjonene viste at det ble jobbet med dette. Ansatte som jobbet tett med de aktuelle beboerne trente også jevnlig på vergegrep, og det var gjort flere tiltak som skulle sikre at de var samkjørte i håndteringen av utfordrende situasjoner (se kapittel 5.3.3 *Manglende vergetrening*).

Holdesituasjoner er risikofylte, og risikoen for skade øker med lengden på tiltaket. Flere av situasjonene involverte at beboere ble holdt fast mens de lå på gulvet, også i mageleie. Mageleie er et grep som gir økt risiko for skade.¹⁰⁹ Selv om funnene indikerte at det var høy bevissthet om å begrense fysisk maktbruk, understreker ombudsmannen viktigheten av at det jobbes metodisk for å forebygge og redusere situasjoner der beboere blir holdt fast.

4.5.2 Tvang i omsorgssituasjoner

Det kom fram av journalen til en av beboerne at vedkommende hadde blitt holdt i forbindelse med utførelse av stell og i andre situasjoner. Beboeren hadde vedtak om tvang i forbindelse med sårstell, men ikke i forbindelse med stell generelt eller i andre situasjoner. I motsetning til journalføringene i forbindelse med tvang under sårstell var disse journaloppføringene meget knappe og inneholdt ingen beskrivelse av hvordan tiltaket var gjennomført, varigheten eller reaksjonene til beboeren. (Se 4.5.3 *Mangler ved journalføring*). Det var ikke registrert beslutninger om bruk av tvang i nødssituasjoner etter § 9-5 tredje ledd bokstav a i perioden. Dersom en beboer som er urolig må holdes fast for å gjennomføre stell, er dette bruk av tvang som må nedfelles i en beslutning eller et vedtak.

Anbefaling om tvang i omsorgssituasjoner:

- Kommunen bør sikre at det ikke blir utøvd tvang uten at det foreligger avgjørelser om dette og at tiltaket er nødvendig og forholdsmessig.

4.5.3 Mangler ved journalføring

Bruk av tvang skal journalføres i tråd med reglene som gjelder for helsehjelp.¹¹⁰ Journalføring skal dokumentere at gjennomføringen av tvang er i tråd med regelverket, og er viktig for ivaretagelsen av beboernes rettssikkerhet. Dekkende journalføring er en forutsetning for en fungerende internkontroll og for at kommunen skal kunne oppfylle sin plikt til å evaluere tvangsbruken og iverksette tiltak som kan forebygge fremtidig tvangsbruk.¹¹¹ At tvangen dokumenteres er også en forutsetning for at statsforvalteren skal kunne kontrollere at lovens vilkår er oppfylt når det brukes tvang.

Journalføringene for beboerne ved boligene vi besøkte var i flere tilfeller svært knappe og syntes ikke å ivareta behovet for kontroll og etterprøvbarehet. Flere steder i journal kunne det stå at tvangstiltak var gjennomført, men det manglet beskrivelser av hvordan personalet opptrådte i situasjonen og hva som ble gjort i forkant av tvangstiltaket. Flere steder i journalene ble det også beskrevet episoder

¹⁰⁹ NOU 2019: 14. Tvangsbegrensningsloven. Kapittel 10.5.2.2.2 *Særlig om mageleie som skadeavvergende tiltak*. Se side 265, for en oppsummering av kunnskap om risiko knyttet til bruk av mageleie.

¹¹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10 jf. helsepersonell § 39 sammenholdt med § 40 og pasientjournalforskriften § 8.

¹¹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-9 fjerde ledd og 9-4, IS-2015-10 avsnitt 4.10 og CPTs anbefalinger (2017) avsnitt 11.

med mye uro og utagerende atferd uten at det var dokumentert hvordan dette ble håndtert eller hva som hadde forårsaket uroen (se kapitlene 4.4 *Bruk av skjerming* og 4.5.1 *Tvang i omsorgssituasjoner*).

Funnene om manglende journalføring er særlig bekymringsfull i lys av at flere ansatte var usikre på hvilke tiltak som utgjorde tvang og hva som var grensene for tvang.

Anbefaling om mangler ved journalføring:

- Kommunen bør sikre god journalføring som muliggjør kontroll og etterprøving.

4.5.4 Bemanningssituasjonen for beboere med særlige utfordringer

Flere av beboerne hadde hatt en stabil ansattgruppe rundt seg over tid. Ansatte ga uttrykk for at kjennskap til beboeren og god kontakt var svært viktig for å forebygge tilspissede situasjoner og bruk av tvang.

For én beboer var det laget en egen turnus med lengre vakter (12 timer) for å skape stabilitet. Så lange vakter kunne imidlertid være krevende for ansatte. Høy belastning over tid kan øke risikoen for overdreven maktbruk. Både ansatte og nærmeste leder syntes å være bevisst at slitne ansatte kunne være mindre i stand til å håndtere alle situasjoner like godt.

Det er et ledelsesansvar å forebygge situasjoner som kan øke risikoen for maktbruk ved å sikre riktig kompetanse, god veiledning og systemer for kollegastøtte. Selv om det var mange funn på slik forebygging, tydet funn på at dette arbeidet kunne styrkes og systematiseres bedre. Teamet rundt beboeren fremsto som erfarent, men noe lukket og selvtilstrekkelig til tross for de utfordrende oppgavene.

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om kvalifisert personale ved gjennomføring av tvangstiltak. Det var svært få ansatte i teamet som innfridde utdanningskravet på besøkstidspunktet (se kapittel 5.3 *Kompetanse og opplæring*). Dette hadde også Statsforvalteren påpekt da det siste tvangsvedtaket for beboeren ikke ble godkjent og kommunen ble bedt om å legge ved en rekrutteringsplan og plan for kompetanseheving i neste vedtak. Også spesialisthelsetjenesten hadde anbefalt økt kompetanse hos og veiledning av ansatte som jobbet med denne beboeren. Gjennomgangen av situasjonen til beboeren viste at oppfølgingen besto av krevende oppgaver som krever særlig kompetanse. Selv om mange ansatte uten formell kompetanse i henhold til kravene i loven hadde realkompetanse og høy grad av personlig egnethet, innebar det en risiko at det var få ansatte med relevant fagbakgrunn som jobbet direkte med beboeren.

Anbefaling om bemanningssituasjonen for beboere med særlige utfordringer:

- Kommunen bør sikre at beboere med særlige utfordringer ivaretas av ansatte med høy kompetanse for oppgaven.

4.5.5 Generelle begrensninger i bevegelsesfriheten

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven hjemler ikke tvangsplassering eller tvungent tilbakehold. Det er likevel ikke ukjent med låste utgangsdører og andre utgangsbegrensende tiltak i bofellesskap.¹¹² Slike tiltak kan også forekomme mer uformelt gjennom interne rutinebeskrivelser og praksis.

Under besøket undersøkte vi om beboerne hadde reell mulighet til å bevege seg fritt, og komme og gå fra eget hjem som de ville. De fleste ansatte mente at beboere som ikke hadde vedtak om bevegelsesbegrensninger kunne komme og gå som de ville. Samtidig brukte mange ansatte ord som «stikke av» om at personer hadde gått av gårde på egenhånd, selv om disse ikke hadde vedtak om bevegelsesbegrensninger. Det ble beskrevet at de fleste beboerne ikke selv tok initiativ til å gå ut alene, slik at det sjelden var et problem. Det ble imidlertid også forklart at beboere som forlot boligen ble innhentet og veiledet til å komme tilbake til boligen. Dette ble i mange tilfeller begrunnet med at vedkommende ikke ville klare seg selv eller ikke kunne ivareta personlig sikkerhet i trafikken eller lignende. Fordi mange beboere ble vurdert å ikke kunne gå ut alene, kunne mangel på personale til å følge, utgjøre en begrensning i beboerens bevegelsesfrihet (se også kapittel 3.3 *Valgmuligheter og medvirkning i egen livssituasjon*). Det er viktig at beboerne ikke begrenses utover det som er nødvendig og forholdsmessig, og at det fattes vedtak dersom begrensningene er så inngripende at de utgjør tvang.

Hos en av beboerne var døren direkte inn til fellesområdet låst og vedkommende måtte gå på utsiden av huset for å komme inn i fellesområdet. Hos to andre beboere var dører og/eller vinduer låst eller blokkert slik at beboeren ikke selv kunne åpne dem. Ingen av disse beboerne hadde godkjente vedtak om skjerming, og tiltakene var heller ikke beskrevet i de siste vedtakene fra kommunen.

Anbefaling om generelle begrensninger i bevegelsesfriheten:

- Kommunen bør sikre at beboernes generelle rett til bevegelsesfrihet ivaretas.

¹¹² NOU 2019: 14 avsnitt 24.6.2.2.

5 Forebygging av tvang

5.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 slår fast at lovbestemmelsene skal forebygge og begrense bruk av tvang.¹¹³ Kommunen plikter å legge til rette for minst mulig bruk av tvang.¹¹⁴ Dette omfatter et tilrettelagt tjenestetilbud og nødvendig opplæring, faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak.

Plikten til å forebygge bruk av tvang framgår videre indirekte av de menneskerettslige kravene om at tvangstiltak må være nødvendige og forholdsmessige. Også retten til selvbestemmelse og medvirkning innebærer et krav om forebygging. Økt selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemning er et uttalt mål.¹¹⁵ Loven legger opp til en helhetsvurdering ved tvangsbruk som forutsetter refleksjon og faglig skjønn.¹¹⁶

5.2 Ansattes bevissthet og refleksjoner om tvang om makt

Ansattes kunnskap og refleksjon om tvangslovgivningen, grensegangene mellom bruk av tvang og alminnelig påvirkning og veiledning, er viktig for å forebygge bruk av tvang. Ansatte skal både ivareta den enkeltes rett til selvbestemmelse og sikre at beboeren får riktig og god omsorg, og kan oppleve at disse hensynene står i et spenningsforhold i noen situasjoner.¹¹⁷ Mange personer med utviklingshemning har et særlig omsorgsbehov, og avveiningen mellom ivaretagelse og selvbestemmelse kan være utfordrende.¹¹⁸ En annen utfordring er at mennesker med utviklingshemning kan stå i et avhengighetsforhold til den som yter tjenesten. Dette gjør at personer med utviklingshemning kan være sårbare for uformell og skjult maktbruk. Disse forholdene gjør det særlig viktig at både ansatte og ledelse er spesielt oppmerksomme på å sikre og tilrettelegge for selvbestemmelse så langt det lar seg gjøre. Dette stiller særlige krav til kunnskap og kompetanse.

Under besøket erfarte vi at ansatte var bevisste på at de skulle forsøke å unngå tvang. For eksempel fortalte mange ansatte at dersom en beboer som trengte hjelp til nødvendig stell satte seg til motverge, kunne ansatte forsøke igjen senere, bytte på de ansatte som var i situasjonen, eller utsette dette stedet til neste dag.

Det kom imidlertid fram at mange fremholdt at de aldri brukte tvang, eller de tilkjennega lite eller ingen usikkerhet om hva som utgjorde tvang. Enkelte andre pekte derimot på at det var et vanskelig dilemma som kunne utfordre dem i arbeidshverdagen. Enkelte problematiserte grenseoppgangen mellom omsorgsplikt og selvbestemmelse, og fortalte at de ansatte snakket mye seg imellom om grensen mellom det de kalte «veiledning» og tvang. Flere brukte ordet «hverdagstvang» om situasjoner der det ble lagt føringer for beboere som kan oppleves som direktiver og maktbruk.

¹¹³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1, 1. ledd.

¹¹⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.

¹¹⁵ Se blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3; NOU 1991: 20, side 35–36; NOU 2016: 17, avsnitt 6.2.3.2.

¹¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-4 og 9-9; IS-2015-10 avsnitt 4.4.3.

¹¹⁷ Se Meld. St.45 (2012–2013) *Frihet og Likeverd – om mennesker med utviklingshemning*, avsnitt 3.2.

¹¹⁸ NOU 2016: 17, avsnitt 6.2.3.2.

Enkelte savnet mer veiledning om dette, mens flere mente dette var tema som stadig var oppe i boligene.

5.3 Kompetanse og opplæring

5.3.1 Ansattes generelle kompetanse

Høye krav til kompetanse og egnethet hos ansatte er viktig for å forebygge krenkelser og uforholdsmessig bruk av tvang.¹¹⁹ Kommunene er pålagt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.¹²⁰ I regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025 er økt kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene et eget tiltak.¹²¹ Kravene til kompetanse er skjerpet i forbindelse med utøvelse av tvang, der det stilles krav til relevant utdanning hos ansatte.¹²² Statsforvalteren skal bare gi dispensasjon fra dette utdanningskravet i særlige tilfeller.

Våre funn tydet på at det var gjort en betydelig innsats for styrke kompetansen innen det som ble beskrevet som «mållrettet miljøarbeid og hverdagsmestring». Mange ansatte hadde gjennomført kurs i forbindelse med satsningen de berørte kommunene hadde hatt de siste årene. Satsningen var finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet.¹²³ Kommunesammenslåing og pandemien hadde forårsaket noen forsinkelser, men hovedinntrykket var at man var i gang med en betydelig kompetanseheving for å skape et helhetlig og godt tilbud til de som mottok tjenester. De fleste ansatte mente de fikk mye opplæring, og at det var tilbud om gode og relevante kurs gjennom kommunen. Flere nevnte imidlertid at de savnet opplæring som rettet seg spesifikt mot hvordan man arbeidet med mennesker med utviklingshemning, og andre ønsket økt kompetanse i områder som kommunikasjonsverktøy (se også kapittel 3.2 *Tilpasset informasjon og alternative kommunikasjonsformer*) og psykisk helse (se også kapittel 7 *Rett til helse og helsehjelp*). Rundt enkelte av beboerne ble det søkt om svært mange dispensasjoner fra utdanningskravet, og få av de som jobbet tettest med beboeren hadde relevant utdanning (se også kapittel 4.5.4 *Bemannings situasjonen for beboere med særlige utfordringer*).

5.3.2 Opplæring i forebygging og bruk av tvang

De aller fleste ansatte mente det hadde vært jevnlig kurs og også kontinuerlig veiledning om bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Frekvensen av kurs og samlinger syntes å ha vært noe lavere i starten av pandemien, men dette ble gjenopptatt i løpet av høsten 2020. En gjennomgang av kommunens interne kursmateriale om forebygging av tvang og bruk av tvang, viste at dette holdt høy kvalitet. Kommunen oversendte også dokumentasjon på at det var opprettet en egen ressursgruppe «med særlig kompetente ansatte som ivaretar fokus på forebygging og begrenning av tvang, samt oppfølging av meldinger og vedtak.» Gruppen hadde representanter fra

¹¹⁹ CPT (2020), nr. 17. IS-2015-10 avsnitt 4.4.3

¹²⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

¹²¹ Et samfunn for alle - Likestilling, demokrati og menneskerettigheter. Regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025, mål nr 46: Kompetanseløft 2020.

¹²² Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9, tredje ledd.

¹²³ Se Helsedirektoratets hjemmesider om «Kompetanseløft 2020».

alle virksomhetenes bofellesskap og tjenester, og en gjennomgang av gruppens siste møtetreferater viste at det ble jobbet konkret med kvalitetssikring av bruk av tvang i de ulike boligene.

Til tross for dette avdekket besøket flere mangler og feil som viste manglende kompetanse om regelverket for bruk av tvang. Dette omfattet manglende vedtak i situasjoner der det ble utøvd tvang (se blant annet kapitlene 4.4.2 *Skjerming i bofellesskapene* og 4.5.1 *Tvang i omsorgssituasjoner*), mangelfulle begrunnelse ved avgjørelser om bruk av tvang (se kapittel 4.2.4 *Krav til avgjørelsens innhold og begrunnelse*) og mangelfull journalføring av bruk av tvang (se kapittel 4.5.3 *Mangler ved journalføring*). I flere av de siste overprøvingene av vedtak etter kapittel 9 hadde Statsforvalteren bedt om at det skulle redegjøres bedre for hvordan opplæring og veiledning var gitt, og til hvilke medarbeidere.

Enkelte ansatte som ikke jobbet direkte med beboere som hadde løpende vedtak eller tidvis utfordrende atferd, syntes å ikke ha kompetanse i regelverket om tvang. Alle ansatte bør være kjent med grensegangene mellom hva som kan regnes som alminnelig påvirkning og hva som må regnes som tvang (se kapittel 5.3 *Kompetanse og opplæring*). Dette er viktig fordi også beboere uten tvangsvedtak kan oppleve at ansatte utøver påvirkning på eller bestemmer over dem på måter som i realiteten utgjør tvang.

5.3.3 Manglende vergetrening

Praktisk trening på konkrete situasjoner som kan utløse bruk av makt, kan være viktig for å forebygge bruk av tvang. Ombudsmannen har tidligere understreket at denne type opplæring ikke bare bør inneholde fysisk håndtering i tilspissede situasjoner, men også praktisk trening i å roe ned («de-eskalere») situasjoner før de tilspisser seg.¹²⁴ Etter vår erfaring inneholder de fleste opplæringsprogrammer dette, men vi har også sett at denne delen ikke alltid prioriteres og at man i hverdagen kan glemme å øve på de-eskalerende kommunikasjon og teknikker.

Kommunen hadde et opplæringsprogram for håndtering av aggresjon og vold, og trening i slik håndtering ble omtalt som «vergetrening» av både kommunen og Statsforvalteren.

To av bofellesskapene hadde en egen ansatt som hadde ansvar for vergetrening. I ett av bofellesskapene hadde de som jobbet tettest med enkelte beboere, trening ved hver vaktstart. Noen av de ansatte her var usikre og savnet slik trening. Dette så ut til å skyldes både avlysninger på grunn av pandemien, og at noen ansatte etter en omorganisering hadde fått oppgaver overfor beboere der dette var mer aktuelt. Ved det andre bofellesskapet var det svært inngripende tvang mot en beboer. Her hadde Statsforvalteren i 2020, i sin overprøving av et vedtak som ikke ble godkjent, påpekt at det ikke var redegjort for at vergetreningen sikret forsvarlig bruk av slike teknikker. Det ble også påpekt at det var blitt gjennomført færre treninger enn planlagt i 2019 og at alle treninger var avlyst i perioden mars til juni 2020 på grunn av pandemien. Det tredje bofellesskapet hadde ikke vergetrening i det hele tatt, og flere av de ansatte mente de aldri hadde deltatt i denne typen trening. Også i dette bofellesskapet bodde det mennesker som hadde en historie med utagerende atferd der ansatte måtte håndtere beboer fysisk, og funn tydet også på at dette var en pågående risiko når det gjaldt enkelte av beboerne.

¹²⁴ Se f.eks. Sivilombudsmannens rapport etter besøk til Ålesund sjukehus, 19.-21. september 2017, side 24.

Manglende praktisk trening både på å roe ned og å håndtere konkrete situasjoner med fysisk maktbruk, øker risikoen for uforsvarlig maktbruk eller at man ikke griper inn i situasjoner der dette bør gjøres av hensyn til den enkelte eller andre. Overdreven maktbruk kan resultere i skader hos både beboere og ansatte.

Anbefalinger om manglende vergetrening:

- Kommunen bør sikre at alle ansatte får jevnlig og god opplæring i lovverket om bruk av tvang og veiledning i hvordan tvang kan forebygges.
- Kommunen bør sikre at alle ansatte får opplæring og trening i konflikthåndtering og bruk av vergeteknikker.

6 Statsforvalterens overprøving

Vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav b og c sendes statsforvalteren til overprøving, og vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av statsforvalteren. Statsforvalterens overprøving er en sentral rettssikkerhetsgaranti for beboere som utsettes for tvang. Mennesker med utviklingshemning kan trenge særlig beskyttelse for å få ivarettatt sine interesser, og ordningen med overprøving skal å sikre at vilkårene for å benytte tvang er til stede.¹²⁵ Statsforvalteren skal prøve alle sider av saken, inkludert faglige skjønnsvurderinger.¹²⁶

Under besøket gjennomgikk vi overprøving av vedtak for flere beboere i perioden 2015-2021. Det er Statsforvalteren i Oslo og Viken som er overprøvingsinstans for vedtak fra Drammen kommune. Før sammenslåingen av fylkesmannsembetene i Oslo og Akershus, Østfold og Buskerud 1. januar 2019, var det Fylkesmannen i Buskerud som var overprøvingsmyndighet. Når vi i det følgende henviser til Statsforvalterens overprøving vil dette kunne omfatte overprøvinger gjennomført av det tidligere fylkesmannsembetet.

6.1 Mangelfull behandling av motforestillinger og holdningen til beboer, pårørende og verge

Ved avgjørelser om bruk av tvang har beboerens meninger og opplevelser av tvangstiltak betydning for å vurdere om det er mulig med mindre inngripende tiltak, for å konstatere om det foreligger motstand og for å vurdere om tiltaket er nødvendig og forholdsmessig.

Kommunens vedtak manglet i stor grad informasjon om beboerens, vergens eller pårørendes holdningen til tvangstiltaket (se kapittel 4.2.3 *Krav om involvering og orientering i avgjørelsesprosessen*). Disse manglene ble ikke kommentert eller fulgt opp under Statsforvalterens overprøving.

Statsforvalterens vedtak beskrev i liten grad synspunktene til beboeren selv, og beboerens holdning ble gjennomgående heller ikke referert til i forholdsmessighetsvurderingen. Dette gjaldt selv der det var dokumentert at beboeren motsatte seg tiltaket. Alternative former for motstand og/eller meningsuttrykk ble ikke drøftet nærmere. Synspunktene til verge eller pårørende var i liten grad gjengitt og behandlet ved overprøvingen. I flere overprøvingsvedtak ble det kun konstatert at verge/pårørende var orientert eller kjent med at vedtaket ville bli fornyet. Også der det forelå uenighet, ble dette kun konstatert uten nærmere behandling.

Gjennomgangen avdekket flere eksempler på at Statsforvalteren avviste synspunktene til beboerens representanter eller konkluderte med at vilkår var oppfylt, uten at det fremgikk hva som lå til grunn for vurderingen.

I ett tilfelle der det var dokumentert at beboer, pårørende og verge var uenige i et tiltak om fotfølging, manglet det helt en beskrivelse av hva uenigheten gikk ut på, eller noen nærmere drøftelse av hvilken betydning Statsforvalteren tilla beboerens eller representantenes syn.

¹²⁵ Ot.prp. nr. 55 (2002–2003) avsnitt 7.5.2; IS-2015-10 punkt 4.8.1.

¹²⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-8 første ledd, jf. IS-2015-10 punkt 4.8.3.

Overprøvingsvedtaket inneholdt utelukkende en konstatering av at det var uenighet om tiltaket, og viste til at det var mulig å klage på vedtaket.

Manglende dokumentasjon i vedtaket av synspunktene til beboeren og beboerens representanter var blitt behandlet, strider mot forutsetningen om at statsforvalteren skal prøve alle sider av saken, og hindrer oppfyllelsen av retten til å bli hørt. Statsforvalterens overprøving i saker etter kapittel 9 kommer i tillegg til ordinær klageadgang, og skal være en ekstra rettssikkerhetsmekanisme.¹²⁷ Det er presisert både i forarbeidene og i Helsedirektoratets rundskriv at kommunens vedtak skal overprøves som om det var påklaget.¹²⁸

Som tidligere omtalt (se kapittel 4.2.2 *Krav om særskilt oppnevning av verge*) ble det også funnet eksempler på at Statsforvalteren godkjente tvangsvedtak selv om det manglet oppnevnt verge med mandat etter kapittel 9. Også dette er en alvorlig svekkelse av beboerens rettssikkerhet.

Anbefaling om mangelfull behandling av motforestillinger og holdninger til beboer, pårørende og verge:

- Statsforvalteren bør sikre at synspunktene til beboeren og beboerens representanter er vurdert som ledd i overprøvingen og at dette tydelig fremgår av vedtaket.

6.2 Manglende begrunnelse

Enkelte vedtak inneholdt konkrete drøftelser og vurderinger opp mot lovens vilkår. I flere tilfeller var overprøvingen derimot overfladisk og lite konkret, og det fremgikk ikke at alle vilkårene for tvang var vurdert. Det ble brukt standardpregede formuleringer og overprøvingen besto i stor grad av henvisninger til kommunens vedtak uten at disse ble kommentert nærmere. Dette etterlater etter ombudsmannens syn tvil om hvorvidt Statsforvalteren har foretatt en selvstendig vurdering. Dette øker risikoen for at det forekommer tvang som ikke oppfyller vilkårene i loven.

Flere av kommunens vedtak som etter vårt syn fremsto mangelfulle, ble godkjent uten ytterligere bemerkninger fra Statsforvalteren (se kapittel 4.2 *Avgjørelser om tvang*).

I et tilfelle fremgikk det at både kommunen, beboeren, pårørende og vergen, mente at det var til ugunst for beboer at det skulle være to ansatte til stede under et tvangstiltak om fotfølging. I sakens dokumenter kom det fram at beboeren i perioder ikke fikk gå ut fordi bemanningssituasjonen ikke gjorde det mulig at to ansatte fulgte beboeren, og at beboeren selv opplevde denne delen av vedtaket som så sterkt stigmatiserende at h*n i stedet holdt seg inne. Også dette ble avvist uten nærmere drøftelse av Statsforvalteren. Det fremstår etter ombudsmannens syn som klart mangelfullt at disse forholdene ikke var nærmere drøftet i forholdsmessighetsvurderingen. Heller ikke en svak dokumentasjon av nødvendigheten av vedtaket var nærmere drøftet. Ombudsmannen understreker at situasjonen ikke er den samme etter dagens vedtak, og at dispensasjon fra kravet om to ansatte er

¹²⁷ Vedtak som er overprøvd av statsforvalteren, kan påklages av beboeren, vergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, se helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11 annet ledd.

¹²⁸ IS-2015-10 punkt 4.8.2, side 100 og Ot.prp. nr. 58 (1994–95) om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunetjenesteloven, kapittel 3.7.6, side 31.

innvilget de fire siste årene. Samtidig er inntrykket fortsatt at Statsforvalteren ikke problematiserer mothensyn som kommer fram i underlagsmaterialet for vedtaket om fotfølging. Referat fra samtale med verge i forbindelse med fornyelse av vedtaket gjengir eksempelvis at «vedtaket ikke burde vært der», og dokumentasjon fra samtaler med beboer opplyser at vedkommende i enkelte situasjoner gir uttrykk for å ville bestemme selv og stiller spørsmål ved hvorfor h*n har vedtak/ikke kan gå alene til butikken e.l.

Behovet for tvang var i dette tilfellet upresist og vagt angitt i flere vedtak over flere år. Hverken kommunens vedtak eller Statsforvalterens overprøving inneholdt konkrete beskrivelser av hva som gjorde tvang nødvendig, og bakgrunnen for tvangsvedtaket fremsto som udokumentert. I ett av vedtakene fra kommunen var det flere ganger vist til at det var behov for nye kartlegginger og utredninger, og at det de siste to årene ikke var rapportert om uønskede hendelser som skulle tilsi at det var behov for et tvangsvedtak. Forholdene var ikke berørt i overprøvingen, og det fremgikk ikke at det var foretatt en forholdsmessighetsvurdering der dette var vektlagt. Dette er særlig problematisk i lys av at det i et tidligere møte mellom Statsforvalteren og kommunen var slått fast at det var behov for en ny risikovurdering før en eventuell fornyelse av vedtaket.

Anbefaling om manglende begrunnelse:

- Statsforvalteren bør sikre at det gis tilstrekkelige og etterprøvbare begrunnelser.

6.3 Saksbehandlingstid

Dersom rettssikkerhetsgarantien som ligger i at statsforvalteren skal overprøve kommunens vedtak om tvang skal fungere forutsetter det at det ikke går lang tid fra et vedtak er oversendt til overprøving finner sted. I flere saker så vi imidlertid at dette kunne ta flere måneder. I de tilfellene der vedtaket ikke ble godkjent og det måtte utformes et nytt vedtak for ny overprøving kunne det gå mer enn et år. Dette innebar at beboere i en mellomfase ble utsatt for til dels omfattende tvangsinngrep, uten at det forelå et godkjent vedtak fra Statsforvalteren (se kapittel 4.3 *Perioder med uhjemlet tvang*).

Ombudsmannen er særlig bekymret for situasjonen til en beboer som på besøkstidspunktet hadde vært utsatt for inngripende tvang uten gyldig vedtak i en periode på to år og åtte måneder. Statsforvalteren hadde avslått å godkjenne kommunens vedtak i to omganger under henvisning til at vilkårene etter kapittel 9 ikke var oppfylt. Kommunen fulgte heller ikke opp avslagene straks, slik det er forutsatt (se kapittel 4.3 *Perioder med uhjemlet tvang*.) I tillegg ble det konstatert avvik ved Statsforvalterens siste stedlige tilsyn. Stedlig tilsyn hos beboeren er ikke gjennomført siden 2016. I en slik situasjon er det særlig bekymringsfullt at saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren var syv måneder i første behandling og fem måneder da kommunen for andre gang oversendte vedtaket til overprøving. Det kom ikke fram om Statsforvalteren i denne perioden hadde foretatt ytterligere undersøkelser eller innhentet ytterligere dokumentasjon i forbindelse med overprøvingen. Det er svært bekymringsfullt at saken ikke har høyere prioritet, verken hos kommunen eller Statsforvalteren, når en person som er undergitt et inngripende tvangsregime står uten gyldig vedtak.

Anbefaling om saksbehandlingstid:

- Statsforvalteren bør sikre at overprøving av vedtak skjer innen satte tidsfrister, og at vedtak som omhandler inngripende tvang og som ikke godkjennes, følges opp innen rimelig tid, og at kommunen mottar nødvendig veiledning.

6.4 Mangelfull dokumentasjon og oppfølging

Vi fant flere eksempler på at Statsforvalteren godkjente vedtak, under forutsetning av at nærmere bestemte vilkår var oppfylt eller forelå. I flere av disse tilfellene ble det også forutsatt at nærmere dokumentasjon eller redegjørelser i tilknytning til disse forutsetningene måtte fremlegges av kommunen ved et eventuelt nytt vedtak. Dette omfattet blant annet dokumentasjon av opplæring og veiledning i kapittel 9 og fremleggelse av dokumentasjon på vergemandat som omfattet kapittel 9.

Disse forutsetningene ble imidlertid ikke fulgt opp neste gang Statsforvalteren skulle overprøve vedtak om å opprettholde tvangen. I noen tilfeller ble vilkårene som Statsforvalteren hadde stilt ved forrige godkjenning ikke nærmere omtalt, i andre tilfeller ble den samme dokumentasjonen etterlyst på ny, uten at dette fikk konsekvenser for godkjenningen. I et løpende vedtak hadde Statsforvalteren de siste tre gangene etterlyst dokumentasjon på at vergemandatet omfatter tiltak etter kapittel 9. Selv om kommunen ikke hadde fulgt opp dette, ble vedtakene godkjent uten begrensinger.

Motsatt fant vi at en overprøving fra Statsforvalteren hvor det ble satt tydelige krav og kravene ble fulgt opp, kunne utgjøre en stor forskjell for beboeren. I et tilfelle hvor en beboer i mange år hadde hatt vedtak om begrensning i tilgang til mat på grunn av overvekt, manglet vedtaket fra kommunen en beskrivelse av hva de ansatte gjorde for å motivere til fysisk aktivitet. Statsforvalteren godtok forlengelse av tiltaket som begrenset tilgang til mat, men stilte vilkår om at det i vedtaksperioden ble gjennomført en kartlegging av hvilke aktiviteter beboeren likte, og at det ble etablert rutiner for å motivere til fysisk aktivitet med journalføring av beboerens reaksjoner. Vilråene var ikke oppfylt av kommunen ved neste overprøving, og Statsforvalteren godtok derfor nytt vedtak kun for en kortere periode samtidig som det ble spurt etter utfyllende dokumentasjon på en rekke punkter. Ved neste overprøving fremgikk det at kommunen hadde leid inn en ekstern ernæringsfysiolog, og det var blitt avdekket at beboeren hadde et kaloriinntak som var for lavt. Det fremgikk videre at det var utarbeidet en ny matplan, og at beboeren hadde hatt en betydelig vektnedgang og «... er mer våken og virker mer motivert for aktiviteter», samtidig som beboeren ble vurdert å ha en bedre allmenntilstand.

Eksempelet illustrerer viktigheten av at Statsforvalteren gjennomfører grundige overprøvinger og følger dette opp overfor kommunen, særlig der det er svikt i kommunens saksbehandling. Dette er sentralt for at overprøvingen gir den rettssikkerheten som er forutsatt, herunder ved at det sikres at andre alternativer enn tvang er forsøkt og at det er det minst inngripende tiltaket som anvendes.

Det er svært problematisk at vedtak godkjennes uten at det foreligger dekkende og tilstrekkelig dokumentasjon som viser at vilråene for tvang er oppfylt. Dersom vedtak godkjennes under

forutsetning av at nærmere forhold foreligger må dette umiddelbart følges opp når dette er forhold som påvirker lovligheten av vedtaket.

På bakgrunn av gjennomgangen av Statsforvalterens overprøvinger de siste årene er ombudsmannen bekymret for at rettsikkerhetsgarantiene som skal ligge i denne overprøvingen ikke fungerer etter hensikten.

Anbefaling om mangelfull dokumentasjon og oppfølging:

- Statsforvalteren bør sikre at vilkår som Statsforvalteren tidligere har satt for å godkjenne vedtak, følges opp.

7 Rett til helse og helsehjelp

7.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Ifølge FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 har enhver rett til «den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». Likeverdige helsetjenester er et uttalt mål i nasjonal lovgivning og regjeringens strategier.¹²⁹ Mange mennesker med utviklingshemning kan ikke forventes å selv kunne si ifra om behov for helsekontroll eller helseoppfølging. Personer med utviklingshemning kan ha vansker med å formidle sine plager og selv identifisere sykdom. Psykiske vansker kan ha et annet symptombylle enn det man ser vanligvis i befolkningen.¹³⁰ Det er derfor nødvendig å ha klare rutiner som sikrer god oppfølging av personens fysiske og psykiske helse. Det er også nødvendig med en viss grad av kunnskap hos de ansatte om aktuelle sykdommer, både fysiske og psykiske, og typiske måter disse viser seg hos den enkelte beboer. Det bør utpekes en person som har ansvar for å sørge for at rutinene følges.¹³¹ Mennesker med utviklingshemning kan også ha behov for oppfølging og hjelp for å ha et kosthold, aktivitetsnivå og en levestandard som opprettholder god helse.¹³²

CPT understreker at det skal være kvalifisert helsepersonell i helse- og omsorgsinstitusjoner. Blant annet skal det være tilknyttet lege med ansvar for den medisinske behandlingen og beboernes helse skal følges opp jevnlig.¹³³ Ubehandlete smerter og andre helseplager kan i føre til utagerende atferd som igjen kan føre til økt bruk av tvang. God og tilpasset helsehjelp er derfor viktig forebyggende arbeid.

En annen utfordring på området er at enkelte mottar behandling de i utgangspunktet ikke trenger, men som blir gitt for å lette arbeidsbelastning eller minske ressursbruk hos tjenesten. Blant annet har flere uttrykt bekymring for overmedisinering med psykofarmaka, blant annet for å roe ned personer med utfordrende atferd.¹³⁴

7.2 Tilgangen til helsehjelp for beboerne

Alle beboere hadde en fast tjenesteansvarlig og en primærkontakt som var ansatte i boligen. Denne ordningen syntes i all hovedsak å sikre at ansvaret for å sikre helsehjelp ble ivaretatt. Tjenesteansvarlig koordinerte og fulgte opp helsehjelp, som fastlege og spesialisthelsetjeneste. Både funn fra dokumentgjennomgang og fra intervjuer tydet på at ansatte i boligen var aktive i å hjelpe

¹²⁹ Se bl.a. formålsbestemmelsene i Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Folkehelseloven. Se også Helsedirektoratet, 20. august 2020. *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning (høringsutkast)*, kapittel 1.

¹³⁰ Se en beskrivelse fra Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse her: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse>.

¹³¹ Rundskriv IS-10/2015, s 35.

¹³² Se også Helsedirektoratet, 20. august 2020, *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning (høringsutkast)*, kapittel 5 og 6.

¹³³ CPTs anbefalinger 2020 avsnitt 17–24.

¹³⁴ Wilhelmsen, M.S. (2019), *En studie om medisinering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning*, bacheloroppgave i vernepleie, NTNU; Haugen, T. O., Thorbjørnsen, R. A., Weiberg, E., Bakken, T.L., SOR rapport 6-2018, *Psykofarmaka, psykisk lidelse og utviklingshemning. Et pasienteksempel*; Baasland, G., Engedal, K., (2009), *Bruk av psykofarmaka hos mennesker med utviklingshemning*, Tidsskriftet for den Norske Legeforening, 2009, 129, side 1751-3.

beboerne i kontakt med helsehjelp på ulike nivåer (fastlege, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten), og at beboerne i all hovedsak fikk jevnlig helsesjekk. Det var imidlertid eksempler på at andre helsetjenester, inkludert fastleger, ikke tok beboernes symptomer og plager på alvor før betydelig påtrykk fra ledelse og ansatte i boligen. Beboere hadde i noen tilfeller gått lenge med smerter og alvorlige tilstander uten riktig behandling. Det var enkelte funn på at tilgangen til lege ble opplevd som for dårlig, eller at fastlege hadde for lite kunnskap om særskilte problemstillinger knyttet til mennesker med utviklingshemning.

7.2.1 Avvik ved medisinhandling

En gjennomgang av alle avvik i en periode på tre måneder i 2020 (f.o.m. 1. juli - t.o.m. 30. september 2020) viste at ett av bofellesskapene hadde svært mange medisinavvik i perioden. Ved flere anledninger i løpet av denne perioden var ikke medisiner gitt, og i noen tilfeller signert for som gitt uten å reelt sett bli gitt. Ifølge kommunen skyldtes dette en nylig sammenslåing av ulike enheter som førte til «*det var usikkerhet rundt reglement på medikament håndtering av enkeltmedisiner og faglig kompetansekrav hos ansatte.*» Videre beskrev kommunen at det var blitt igangsatt et samarbeid med tilsynsfarmasøyt og fastleger for å avklare og finne gode løsninger. Både ut fra den ansvarliges kommentarer i avviksmeldingene og kommunens redegjørelse kan det se ut som det var satt i gang systematisk arbeid for å følge opp de mange avvikene i gjeldende tilfelle. Ved et annet bofellesskap var det én avvikshendelse i perioden, og ved det tredje bofellesskapet var det ingen registrerte avvik.

7.2.2 Hvordan fanges smerter og sykdomsutvikling opp av ansatte?

I tillegg til at man i ansattgruppen bør ha medisinskfaglig ansatte, er kjennskap til den enkelte beboer viktig for å gjenkjenne den enkeltes smerteuttrykk, fange opp utvikling av sykdom og sikre kontinuitet i helseoppfølgingen. Særlig ved ett bofellesskap hadde det vært mye skifter av personal og ansvarlige. Ansatte mente imidlertid at de kjente brukerne godt og kunne fange opp endringer i atferd og uttrykk som tydet på smerter eller utvikling av sykdom. Flere henviste til at det var ansatt sykepleier og vernepleier i boligen, som de konfererte med ved bekymring om beboers helsetilstand.

Flere av beboerne hadde helt eller delvis manglende funksjonell tale og/eller vansker med språkforståelsen. Vi undersøkte derfor hvordan det ble arbeidet for å fange opp tegn på at beboer hadde smerter eller andre tegn på utvikling av sykdom eller andre plager. Mange ansatte var bevisst på at det kan være vanskelig å fange opp tegn på sykdomsutvikling, og at det er spesielt utfordrende når beboer ikke har språk (se kapittel 3.2 *Tilpasset informasjon og alternative kommunikasjonsformer*). Vi fant også at kartleggingsverktøyet («Mobid 2») var blitt brukt for å kunne avgjøre om personen hadde smerter.¹³⁵ Dette var imidlertid i liten grad fulgt opp over tid, slik kartleggingsverktøyet forutsetter.

Enkelte beboere hadde i tillegg til manglende eller svært redusert språk, også kompliserte somatiske tilstander som krevde tett oppfølging og kompetanse hos de ansatte. Disse beboerne hadde egne team av ansatte. Mange ansatte som jobbet fast med beboere med omfattende helseutfordringer,

¹³⁵ Husebø, B.S. (2009), *Smerteevaluering ved demens*, Tidsskrift for den norske legeforening, 129: side 1996–8. Selve skjema finnes her:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/478e85c05e654494896c9d78110ae963/mobid2.pdf>

kjente beboeren svært godt. Det kom imidlertid fram et ønske fra både ansatte og pårørende om økt kompetanse i helsefaglige problemstillinger som gjaldt enkelte av beboerne.

7.2.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og oppfølging av psykisk helse

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var tettere og mer kontinuerlig for beboere med komplekse helsemessige behov. Dokumentgjennomgang viste at mange av beboerne hadde vært til grundige utredninger og behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, og at det forelå detaljerte epikriser som også gikk til boligen i etterkant.

Flere ansatte formidlet at de likevel savnet mer kompetanse i boligen og veiledning fra spesialisthelsetjenesten om hvordan beboernes psykiske helse skulle følges opp.

7.2.4 Bruk av medisiner ved utfordrende atferd

Flere beboere fikk medikamenter for å dempe uro og utfordrende atferd, enkelte av disse relativt hyppig. Denne typen håndtering av utfordrende atferd vil ligge i grenselandet mot tvangsmiddelbruk selv om beboeren ikke motsetter seg selve medisinnntaket. Dette er spesielt tydelig når beboeren, på grunn av sin utviklingshemning, i liten grad vil være i stand til å forstå hva som skjer når han eller hun medisineres. Det er derfor viktig at medisiner loggføres og følges nøye av spesialisthelsetjenesten.¹³⁶ Det bør også dokumenteres godt i hvilke situasjoner man beslutter å gi slik medisin. Dersom beroligende medikamenter gis rutinemessig over lengre tid bør det gjøres en systematisk vurdering av underliggende årsaker til behovet og om personen er godt nok ivaretatt med miljøterapeutiske tiltak.

For en beboer fremgikk det av journalen at beroligende medisin ble brukt hyppig. Journalen hadde svært knappe situasjonsbeskrivelser og vurderinger i forbindelse med at medisinen ble gitt, oftest kun en henvisning til «uro». Det kom fram at beboeren i flere tilfeller sov mye av dagen i etterkant av at medisinen var gitt. I en periode ble denne typen medikament gitt daglig, i samråd med spesialisthelsetjenesten. Selv om beroligende medikamenter i dette tilfellet ble gitt i samråd med spesialisthelsetjenesten er ombudsmannen bekymret for omfanget og hvordan beboerens hverdag ble påvirket i etterkant av medisineringen.

Anbefaling om bruk av medisiner ved utfordrende atferd:

- Ved bruk av beroligende medikamenter bør kommunen være bevisst på at det ikke gis over lengre perioder uten å ha vurdert det helhetlige behandlingstilbudet til beboeren.

¹³⁶ CPTs anbefaling 2020, nr. 28.

8 Beskyttelse mot vold og overgrep

Personer med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt og fysisk, psykisk, seksuell eller økonomisk vold.¹³⁷ Forskning og annen dokumentasjon av hendelser viser at vold og overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemning også forekommer i Norge.¹³⁸ I faglitteraturen beskrives store mangler i kartlegging av omfang av og årsak til slike overgrep i Norge.¹³⁹ Det påpekes også at rettsikkerheten til mennesker med utviklingshemning som utsettes for vold og overgrep i realiteten er lavere enn for befolkningen for øvrig.¹⁴⁰

Det er flere faktorer som kan forklare at mennesker med funksjonsnedsettelse er mer sårbare for å bli utsatt for overgrep.¹⁴¹ Mange mennesker med utviklingshemning er avhengige av hjelp fra offentlige eller private tjenesteytere. Et skjevt maktforhold innebærer i seg selv en risiko. Det kan føre til at den som er avhengig av andre godtar situasjonen som den er, og ikke selv er bevisst egne grenser og rettigheter. Evne og mulighet til å forstå hva som skjer, og å kommunisere dette videre, kan også være en utfordring. Dette kan gjøre det vanskelig for personen selv og andre å avdekke vold og overgrep. En del mennesker med utviklingshemning kan leve isolert fra andre enn ansatte som utøver tjenestetilbudet. Det kan derfor være vanskelig for utenforstående å oppdage eventuelle overtredelser. Det å bo i bofellesskap tett på andre kan utgjøre en risiko for overgrep fra andre beboere. En betydelig andel av overgrepene som avdekkes mot mennesker med utviklingshemning, begås av andre mennesker med kognitive vansker og utviklingshemning. Forebygging og avdekking av overgrep har også betydning for personer med utviklingshemning som kan begå eller begår overgrep.¹⁴²

Samlet er det god grunn til å stille særlige krav til tiltak for å forebygge, avdekke og rettslig forfølge vold og overgrep som skjer mot mennesker med utviklingshemning.

8.1 Menneskerettslige standarder og nasjonalt lovverk

Fagpersoner som arbeider med personer med utviklingshemning skal kunne gjenkjenne tegn på overgrep, og kommunen må ha prosedyrer for å håndtere situasjoner der det er mistanke om at det er begått overgrep mot eller av mennesker med utviklingshemning.¹⁴³

¹³⁷ Barne- og likestillingsdepartementet, 2019, *Et samfunn for alle: Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 til 2030*, side 19.

¹³⁸ Grøvdal, Y. (2013), *Mellom frihet og beskyttelse? Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemning - en kunnskapsoversikt* (Rapport 2/2013), Oslo: Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.

¹³⁹ Olsen, T. & Kermit, P. (2020), *Utviklingshemmedes rettssituasjon - utsyn over kunnskapsfeltet*, i Olsen, T. m.fl. *Utviklingshemming og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*, kapittel 3, side 43.

¹⁴⁰ Søndena, E. og Dahl, N. C. (2020), *Utviklingshemmede i rettssystemet*, i Olsen, T. m.fl. *Utviklingshemming og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*, kapittel 12.

¹⁴¹ Se en oppsummering av faktorer i Eggen, K., Fjeld, W., Malmø, S. og Zachariassen, P. (2014), *Utviklingshemning og seksuelle overgrep - rettsvern, forebygging og oppfølging*, utgitt av Oslo universitetssykehus.

¹⁴² Opdalshei, E. (2018), *En sunn seksualitet - et bedre liv*, Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 56, nummer 4, side 276-282.

¹⁴³ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014), *Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning*. Se også tilhørende veileder til retningslinjene, også gitt ut av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i 2014.

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.¹⁴⁴

Fagpersoner som arbeider med personer med utviklingshemning skal kunne gjenkjenne tegn på overgrep, og kommunen må ha prosedyrer for håndtering av situasjoner der det er mistanke om overgrep begått mot eller av mennesker med utviklingshemning. Det vises til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning.¹⁴⁵ Det er også utarbeidet en veileder til retningslinjene og en lettlest brosjyre.¹⁴⁶

Stortingsmeldingen *Frihet og likeverd* (2012 – 2013) fremhever viktigheten av at personer med utviklingshemning får tilpasset opplæring om kropp, seksualitet og identitet for seksuell helse. Dette har også betydning for å forebygge overgrep. Utformingen av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning er avgjørende for den enkeltes muligheter for privatliv, men også den enkeltes mulighet til å beskytte seg mot seksuelle krenkelser og overgrep.

8.2 Funn om forebygging av vold og overgrep i bofellesskapene

Ingen vi snakket med kjente til tilfeller av vold eller overgrep fra ansatte mot beboer, og vi fant heller ikke forhold som tydet på dette i dokumentgjennomgang. Det samme gjaldt overgrep mellom beboere. Vi fant eksempler på at situasjoner hadde tilspisset seg mellom beboere, og at også beboere da hadde blitt utsatt for vold fra andre beboere, eller blitt skremt og reddet. Funn tydet på at ansatte grep inn ved slike hendelser, men at det varierte hvor mye trening og opplæring ansatte hadde i slike situasjoner (se kapittel 5.3.3 *Manglende vergetrening*).

Enkelte beboere hadde tidligere i livet vært utsatt for overgrep. Flere beboere hadde atferd som kunne sette dem i risiko for å bli utsatt for grenseoverskridelser fra andre.

Ansatte som jobbet med beboere som hadde lite språk og høyere grad av utviklingshemning syntes å være opptatt av at man skulle registrere alle blåmerker og andre tegn på skader hos personen og prøve å finne ut av hva som hadde hendt (se også kapittel 7 *Rett til helse og helsehjelp*).

8.3 Mangler ved ansattes kompetanse og bevissthet om risiko for overgrep

Ifølge kommunen var retningslinjer og veileder for forebygging av seksuelle overgrep mot voksne personer med utviklingshemning blitt iverksatt. Under vårt besøk fant vi imidlertid at mange ansatte som jobbet direkte med beboerne var lite vant med å snakke om risikoen for at mennesker med utviklingshemning kan bli utsatt for overgrep. Flere kjente heller ikke til at arbeidsplassen hadde rutiner for å forebygge, gjenkjenne og rapportere eventuelle overgrep. Funn tydet på at kommunen bør arbeide mer systematisk for å øke oppmerksomheten til ansatte om denne problematikken.

¹⁴⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a.

¹⁴⁵ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014), *Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning*.

¹⁴⁶ [https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Vern mot overgrep Brosjyre lettlest.pdf](https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Vern%20mot%20overgrep%20Brosjyre%20lettlest.pdf). Disse ressursene finnes også på nettstedet vernmotovergrep.no.

8.4 Bevissthet og opplæring i seksuell helse som forebygging mot overgrep

Mulighet for et seksualliv er viktig for alle, og ansatte som arbeider med personer med utviklingshemning har en nøkkelrolle i å bidra til et seksualvennlig miljø.¹⁴⁷

Retten til helse inkluderer retten til seksuell helse, og retten til privatliv innebærer også muligheten til et seksualliv. Denne rettigheten er også viktig fordi opplæring om seksualitet, inkludert egne og andres grenser, kan forebygge overgrep, både ved at en selv blir mindre utsatt og at en blir mer bevisst på andres grenser.

De fleste ansatte syntes å være bevisst at beboere skulle få ha et privatliv som også omfattet praktiseringen av egen seksualitet. Dokumentgjennomgang og intervjuer viste at enkelte beboere hadde mottatt god opplæring og veiledning om seksualitet, og det var også her skriftliggjort hvordan ansatte skulle forholde seg til dette overfor den enkelte beboer. For enkelte andre beboere der man bekymret seg for hvordan seksualitet spilte seg ut, var dette i liten grad synlig i rutiner, blant ansatte eller overfor beboer.

Anbefalinger om beskyttelse mot vold og overgrep:

- Kommunen bør iverksette tiltak for å øke ansattes bevissthet og kunnskap om vold og overgrep slik at ansatte settes i stand til å oppdage slike forhold.
- Kommunen bør gjennomgå om alle beboere som kan ha behov for det, har fått opplæring og veiledning i god seksuell helse.

¹⁴⁷ Se også Helsedirektoratet, 20. august 2020, *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning (høringsutkast)*, kapittel 5.

9 Effekter av covid-19-pandemien

Håndteringen av covid-19-pandemien har vist en risiko for at smittevernstiltak i sum kan bli så omfattende at beboerne i praksis må anses som fratatt friheten.¹⁴⁸ Nødvendige, men inngripende tiltak som tvungen isolering og smittekarantene er også tiltak som kan medføre særlige utfordringer og risiko for mennesker med utviklingshemning som mottar tjenester i sin bolig.

I pandemiens første uker i Norge, kom det fram at flere kommuner innførte besøksforbud og/eller portforbud for personer med utviklingshemning som mottok tjenester i egen bolig. Slike inngrep har ikke hjemmel i norsk lov, og er et alvorlig inngrep i enkeltpersoners menneskerettigheter, blant annet rett til bevegelsesfrihet og privatliv.¹⁴⁹ Helsemyndighetene presiserte at det ikke er hjemmelsgrunnlag for slike tiltak i beboeres egne hjem, og at eventuelle restriksjoner måtte gjøres på bakgrunn av dialog med beboer og pårørende og verge.¹⁵⁰ Det tok likevel tid før alle kommuner gikk tilbake på denne praksisen.¹⁵¹

Under vårt besøk undersøkte vi hvilke tiltak de ulike bofellesskapene hadde innført som følge av pandemien. Vi fant ikke at det var blitt innført uhjemlet besøksstans eller portforbud i de aktuelle boligene i forbindelse med pandemien. Ansatte syntes orientert om gjeldende retningslinjer og lovverk på dette feltet. Enkelte pårørende hadde forstått det som at det hadde vært besøksforbud i boligene, men dette var ikke et gjennomgående funn.

Mange aktivitetstilbud, slik som dagsenter og fritidsaktiviteter, var blitt avlyst på grunn av smittevernstiltak. Mye tydet på at dette gikk utover livskvaliteten til flere beboere, og enkelte beboere opplevde økt uro som følge av endringene. Det var blitt innført noen kompensierende aktiviteter i regi av bofellesskapet, slik som felles utflukter. Pandemien la imidlertid også begrensninger på hva man kunne få til inne i bofellesskapet, slik som at beboere tidligere hjalp til med å lage mat, dekke bord og liknende. Muligheten for selvbestemmelse og medvirkning syntes også å ha blitt innskrenket, blant annet når det gjaldt kosthold og tilberedelse av mat. Det var også lagt begrensninger i bruk av fellesskapsområdet for ett av bofellesskapene som hadde dette.

Kommunen hadde innført bruk av uniformer ved boligene som en del av smittevernsarbeidet. Selv om det er forståelig at det brukes egne arbeidsklær som et ledd i smittevernet, er det viktig at man tar stilling til om dette skal vedvare i etterkant av pandemien. Bruk av uniformer synes ikke å være i tråd med intensjonene om å skape minst mulig institusjonsliknende forhold i beboernes egne hjem.¹⁵²

¹⁴⁸ Se bl.a. OSCE/ODIHR and APT Guidance, *Monitoring Places of Detention through the COVID-19 Pandemic 2020*, side 4.

¹⁴⁹ EMK artikkel 5 og 8, se også Koronakommisjonens utredning, vurderinger og anbefalinger i NOU 2021: 6, kapittel 25: Særskilt om besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap.

¹⁵⁰ Helsedirektoratet (2020). *Frivillige og tvungne smitteverntiltak (Covid-19)*. Kapittel 2: *Frivillige tiltak er utgangspunktet*.

¹⁵¹ NOU 2021: 16, punkt 25.2: Omfanget av besøksforbud og besøksrestriksjoner.

¹⁵² Meld. St.45 (2012–2013), avsnitt 2.1., Ansvarsreformens intensjoner.

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

