

Sivilombudets besøk til steder for frihetsberøvelse

Psykologer kan bidra til å forebygge brudd på menneskerettighetene for pasienter som er fratatt friheten

TEKST

Johannes Flisnes Nilsen
Jannicke Godø

PUBLISERT 27. mai 2022

Sivilombudet er Stortingets kontrollorgan og skal føre kontroll med offentlig forvaltning for å hindre at den enkelte utsettes for urett (før juli 2021: Sivilombudsmannen). Siden 2014 har Sivilombudet hatt som en særlig oppgave å gjennomføre besøk til steder der mennesker er fratatt friheten. Oppgaven ble gitt Sivilombudet etter at Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon. Sivilombudet etablerte en egen forebyggingsenhet til å utføre oppgaven. Forebyggingsenheten er tverrfaglig sammensatt og består blant annet av personer med juridisk, samfunnsvitenskapelig og helsefaglig kompetanse.

Vi besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten. Ved utgangen av 2021 har vi besøkt 86 ulike steder, som fengsler, politiarrester, barnevernsinstitusjoner og avdelinger i det psykiske helsevernet. På Sivilombudets hjemmeside kan [rapporter fra alle besøk leses](#). Det siste året har vi også besøkt kommunale sykehjem og bofellesskap der mennesker med utviklingshemninger mottar helse- og omsorgstjenester. På bakgrunn av besøkene offentliggjør Sivilombudet rapporter med anbefalinger for å bidra til at stedene kan forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Mennesker som fratras friheten, er spesielt utsatt for tortur og annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Slike krenkelser anses som så alvorlige at de aldri kan forsvares, uavhengig av begrunnelsen. Forbudet handler om alvorlige krenkelser av personers fysiske eller psykiske integritet. Krenkelsene anses som tortur hvis de er utført bevisst med et formål om å straffe, true, tvinge eller diskriminere. Forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling kan også handle om uaktsomme handlinger og krenkelser som skyldes systemsvikt. Krenkelser vil for eksempel kunne skje ved uforholdsmessig tvangsbruk.

I Norge har vi få kjente eksempler på at forbudet mot tortur er brutt. På 90-tallet, før politiet la om sine avhørsteknikker, ble Norge kritisert etter informasjon om at en bevisst brukte isolasjon for å presse varetektsinnsatte til å tilstå (Europarådets torturforebyggingskomité, 1994 og 2000).

Derimot er det i en del tilfeller slått fast at forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling er krenket overfor mennesker som er fratatt friheten, som ved langvarig bruk av belteseng under uverdige forhold og bruk av rutinemessige nakenvisitasjoner (se dommer i Gulating lagmannsrett, LB-LG-2019–161767, og Høyesterett, HR-2020–2136-A, se også Dahl, 2020)

«Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt mellom ledelse og ansatte og personene som er plassert der»

Det har også vært konstatert brudd etter internering av en barnefamilie på Politiets utlendingsinternat på Trandum (Borgarting lagmannsrett LB-2016–8370). Et offentlig utvalg har uttalt at det neppe er tvil om at bruken av belter i det psykiske helsevernet krenker forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i «et ikke ubetydelig omfang» (NOU 2019: 14).

Funn fra Sivilombudets besøk tyder på at sakene hvor domstolene har konstatert brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, ikke er enestående. På grunn av sakskostnader og andre begrensninger i muligheten til å fremme søksmål havner svært få slike saker i domstolene. Dette gjelder blant annet bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern (Bårdsen, 2016). Ofte er det derfor opp til kontroll- og tilsynsorganer å avdekke og følge opp situasjoner som kan være i strid med menneskerettighetene og annen lovgivning.

De ansatte som jobber med mennesker som er fratatt friheten, er likevel de aller viktigste når det gjelder å hindre krenkelser. Psykologer har ofte betydelig innflytelse over oppfølgingen av personer som trenger helsehjelp i slike settinger. De kan ha fagansvar for oppfølging av pasienten, eller være del av et behandlerteam. Enkelte har også lederstillinger ved institusjoner eller andre stillinger knyttet til pasientoppfølging. I det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning jobber det vanligvis ikke psykologer. Spesialisthelsetjenesten, deriblant psykologer, skal likevel kvalitetssikre at tvangen disse personene utsettes for i egne hjem, er faglig forsvarlig. Dette gjelder i tilfeller der det utøves tvang etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Der pasienter er fratatt friheten og dermed underlagt tvang, er det avgjørende at psykologer er bevisste på den makten de, og systemet de er en del av, har over pasientene. Tvang kan være nødvendig for å verne om liv og helse, men overdreven tvangsbruk kan bryte menneskerettighetene, selv om formålet er behandling.

Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt mellom ledelse og ansatte og personene som er plassert der. Ubalansen i maktforholdet skaper en sårbarhet for integritetskrenkelser og brudd på grunnleggende rettigheter. Ansatte som jobber på lukkede steder, står ofte i vanskelige situasjoner, for eksempel med personer

som gjentatte ganger utagerer. Det vil være en risiko for at det utvikler seg holdninger og praksis der overdreven maktbruk aksepteres – enten hos enkelte ansatte eller i deler av eller hele organisasjonen (Stevens, 2014). Noen ganger har vi sett at det er svikt i systemene for å ivareta de ansatte og lære av hendelser som oppstår. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten, arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet. Retten til human behandling for alle som fratras friheten er stadfestet i FNs torturkonvensjon artikkel 10.

Nedenfor vil vi beskrive noen risikosituasjoner som psykologer som arbeider med frihetsberøvede pasienter, vil kunne bli stilt overfor.

Psykisk helsevern

Siden etableringen har Sivilombudets forebyggingsenhet besøkt 16 sykehus der pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Et gjennomgående funn er at mange sykehus har en bekymringsfull bruk av skjerming. Sivilombudet har oppsummert sine funn og anbefalinger om skjerming i en temarapport fra 2018 (Sivilombudsmannen, 2018). Skjerming betyr at pasienter er helt eller delvis avskåret fra resten av pasientene og kun har kontakt med helsepersonell. Tiltaket brukes både som et kontrolltiltak for å beskytte pasienten eller andre mot utagering og som et behandlingstiltak, der tanken er at reduserte sanseinntrykk skal gi pasienten ro.

«Langvarige skjermingsforløp er et særlig risikoområde»

Våre funn viser at skjerming er utbredt i det psykiske helsevernet, både på voksenposter og på noen ungdomsposter. Skjermingslokalene har ofte et nakent preg som gir uverdige forhold for pasientene. Pasientrommene mangler ofte møbler, bortsett fra en seng og noen ganger et bord og en stol som er tunge å flytte eller boltet fast i gulvet. Det mangler som regel hjemlig innredning, og veggene er hvite og sterile. Mange vinduer er dekket med frosting, slik at pasientene ikke kan se ut. Vi får ofte høre at skjermingslokaler er slik av sikkerhetshensyn. Men mange pasienter utgjør ingen sikkerhetsrisiko. Derimot kan nakne lokaler skape opplevelser av utrygghet. Enkelte hevder at rommene må utformes slik fordi en bør begrense pasientenes sanseinntrykk. Kunnskapsgrunnlaget for skjerming som behandling er imidlertid svakt, og vi mener det mangler oppmerksomhet om negative følger av manglende sanseinntrykk.

Funnene viste at skjerming ofte gjennomføres på en isolasjonsliknende måte. Mange pasienter tilbrakte store deler av døgnet alene, uten særlig kontakt med personalet. I tillegg var skjermingen ofte preget av strenge atferdsregler, for eksempel om når og hvor pasienter fikk ha samtaler med personalet. Bortsett fra strenge regler hadde skjerming ofte et uklart behandlingsinnhold. Mange skjermede pasienter fikk heller ikke tilbud om daglige turer utendørs eller tilrettelagt aktivitet inne. Videre fant vi at tvangsmidler ofte benyttes under skjerming. Isolatrom og beltesenger var ofte plassert i

skjermingslokalene. At slike tvangsmidler er lett tilgjengelige, kan senke terskelen for å bruke dem. Lett synlige tvangsmidler kan også skape økt uro hos pasientene, i strid med skjermingsintensjon. Fastholding ble hyppig brukt for å iverksette eller opprettholde skjerming. Av mange sykehus ble dette vurdert som en «del av skjermingsvedtaket», selv i tilfeller der pasienter ble båret til skjermingsenheten.

Å fysisk tvinge en pasient på denne måten er svært inngripende, og er kun tillatt i akutte situasjoner der vilkårene for tvangsmidler, som er strengere enn for skjerming, er oppfylt. Inngripende tvangsbruk i forbindelse med skjermingen bidro i mange tilfeller til at pasientene opplevde skjermingen som en form for straff.

Vi fant også at det ofte mangler en god begrunnelse for hvorfor pasientens atferd gjorde skjerming nødvendig, særlig ved forlengelse av vedtak. Kravet til begrunnelse blir strengere jo mer inngripende tiltaket er. Sivilombudet har særlig uttrykt bekymring over at skjerming ofte pågår i svært lang tid. Noen skjermes i flere måneder, og i enkelte tilfeller enda lenger. Langvarig skjerming gir en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Psykologer med spesialistkompetanse kan ha faglig ansvar for vedtak om skjerming. Den faglig ansvarlige skal vurdere og dokumentere at vilkårene for skjerming er oppfylt, og for å se til at tiltaket gjennomføres så skånsomt som mulig (psykisk helsevernloven §§ 4–3 jf. 4–2 første ledd). Psykologer som er en del av behandlingsteamet, har også et viktig medansvar for å sikre at skjermingen er i tråd med loven.

Ved vurdering av å bruke skjerming bør psykologer være særlig oppmerksomme på det svake kunnskapsgrunnlaget og på hvordan skjermingsenhetene bør utformes for å unngå å krenke pasientene.

Den faglig ansvarlige har ansvar for at skjerming ikke gjennomføres på en isolasjonsliknende måte, og at pasientene tilbys meningsfull sosial kontakt. Sivilombudet har anbefalt at den faglig ansvarlige alltid bør utforme en behandlingsplan, og at det så langt som mulig gjøres i samråd med pasienten (Sivilombudsmannen, 2018). En behandlingsplan bør inneholde et terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og daglig opphold utendørs samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket. Den faglig ansvarlige skal også sikre at ytterligere restriksjoner og tvang under skjermingen kun skjer der det er strengt nødvendig.

Langvarige skjermingsforløp er et særlig risikoområde. Skjerming må fortløpende evalueres av den faglig ansvarlige, som bør innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell. Pasienten skal også få uttale seg og bli hørt der det er mulig, og tiltaket skal evalueres i etterkant sammen med pasienter som ønsker det. Vedtak som forlenges gjentatte ganger uten endring i den situasjonen som førte til skjermingen, bør få varsellampene til å blinke. Dersom en ikke kan avslutte skjermingstiltaket, bør en annen faglig ansvarlig involveres, og en bør vurdere å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå (Sivilombudsmannen, 2018). Helseforetaket og den enkelte sykehusavdeling har et overordnet ansvar for å iverksette tiltak i samråd med pasienter for å forebygge bruk av skjerming, inkludert å utarbeide gode alternativer til skjerming.

Hos noen av sykehusene har vi sett praksiser som fremstår som gode alternativer til skjerming. Noen få sykehus gjør for eksempel aktivt bruk av uteområder til rekreasjon, der pasienter med store plager eller lavt funksjonsnivå tilbys turer eller andre fritidsaktiviteter i stedet for skjerming.

Psykologer kan også være fagansvarlige for bruk av tvangsmidler. Tvangsmidler skal bare brukes som en siste utvei og når tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. De ansvarlige for vedtak må dokumentere at tvangsmidlene var helt nødvendige, at mindre inngripende tiltak ikke kunne avverget skaderisikoen, og at tiltaket ikke varte lenger enn strengt nødvendig.

Sivilombudet har gjort bekymringsfulle funn om bruk av belteseng. Våre funn tyder på at lokal ledelse og kultur påvirker omfanget av denne tvangsbruken. Vi ser også at det ikke alltid er dokumentert at det foreligger en akutt situasjon, slik som loven krever. For eksempel har vi funnet forhåndsbeslutning om at en pasient skulle være beltelagt til over helgen. En særlig bekymring er pasienter som har vært beltelagt over lange tidsrom. Ved de fleste voksenpsykiatriske avdelingene vi har besøkt, har vi sett at pasienter har vært beltelagt mer eller mindre sammenhengende i flere døgn. En særlig utfordring er at beltelegginger kan bidra til «å fryse» en konflikt, og at det oppleves som utrygt for personalet å skulle løse vedkommende ut av beltene igjen, selv om pasienten har roet seg ned. I mange saker med langvarig beltelegging var det ikke dokumentert konkrete forsøk på å avslutte tiltaket. Danmark ble nylig dømt for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i en sak om beltelegging i nesten 23 timer. Myndighetene ble dømt fordi de ikke kunne dokumentere at det var strengt nødvendig at belteleggingen fikk pågå i så lang tid (Den europeiske menneskerettighetsdomstol, Aggerholm mot Danmark, 15. september 2020, klagenr. 45439/18). Psykologer med fagansvar har en viktig rolle når det gjelder å hindre at en iverksetter eller opprettholder beltelegginger uten at situasjonen er akutt, og å se til at pasientens helse og verdighet blir ivaretatt mens belteleggingen pågår.

Fengsel

Under forebyggingsmandatet har Sivilombudet siden 2014 gjennomført 20 besøk til 19 ulike høysikkerhetsfengsler. Et gjennomgående funn er omfattende isolasjon av innsatte. Isolasjon har et stort skadepotensial for personen som isoleres, og kan utgjøre et brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling.

I 2019 overleverte ombudet en særskilt melding til Stortinget om isolasjon i norske fengsler. I meldingen beskrives det blant annet at innsatte med psykisk sykdom får helseskader av soningsforholdene og særlig ved bruk av isolasjon, enten isolasjonen er selvvalgt eller pålagt av fengselet (Sivilombudsmannen, 2019b). Enkelte isolerte innsatte vi har møtt, har åpenbart alvorlige psykiske helseutfordringer. Flere av disse har vært isolert over veldig lange perioder, i noen tilfeller flere måneder og til og med år. Noen ganger ser vi at en gradvis oppskalering av sikkerhetstiltak som respons på uønsket atferd fungerer svært dårlig overfor den innsatte. Konsekvensen blir et svært

strengt sikkerhetsnivå som vanskeliggjør meningsfull kontakt og øker isolasjonen ytterligere.

Både Forebyggingsenheten og Europarådets torturforebyggingskomité har funnet tilfeller der personer fremstilles for innleggelse i psykisk helsevern, men blir sendt tilbake til fengselet etter svært kort tid (Europarådets torturforebyggingskomité, 2019). Noen ganger gjentar overføringene seg flere ganger. Etter korte opphold i psykisk helsevern kommer disse menneskene ofte tilbake til isolasjon i fengslene, uten behandlingstilbud. I fengsel fortsetter et soningsregime som innebærer mye isolasjon, og dermed øker faren for negativ utvikling og for at sykdomstilstanden blir langvarig.

Det er viktig at behandlere og inntaksansvarlige i psykisk helsevern er bevisst på slike forhold når de møter og vurderer innsatte i fengsel. Oftest har ansatte ved det mottakende sykehuset ikke vært i fengselet og kjenner ikke til forholdene der. Vi mener psykologer som møter innsatte innlagt på sykehus, bør være klar over rammene for et fengselsopphold generelt, og hvilke skadevirkninger som kan oppstå av langvarig isolasjon spesielt. I den særskilte meldingen konkluderte vi med at det er risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling som følge av isolasjon i norske fengsler, blant annet på bakgrunn av disse funnene.

Barnevern

Forebyggingsenheten har siden 2016 gjennomført 20 besøk til barnevernsinstitusjoner, både korttids-/akutt- og langtids-/behandlingsinstitusjoner. Mange av disse har hatt psykologer tilknyttet institusjonen, enten som behandlere eller som veiledere.

Flere av stedene vi har besøkt, er behandlingsinstitusjoner der barn kan plasseres uten eget samtykke. Dette kan gjøres dersom «barnet har vist alvorlige adferdsvansker» (barnevernloven § 4–24). Disse institusjonene skal tilby behandling som kan hjelpe barn og unge med deres utfordringer. Et vedtak om tvangsplassering på en barnevernsinstitusjon kan fattes for opptil ett år, med mulighet for forlengelse i ytterligere ett år. Tvangsvedtak med så lang varighet er et stort inngrep i ungdommenes liv. God kvalitetssikring av behandlingstilbudet er derfor av stor betydning. Flere har tatt til orde for at kvalitetssikringen ikke er god nok (Aase et al., 2020).

Andre faktorer som bidrar til å øke graden av inngrep, er at ungdommen kan flyttes svært langt geografisk, noen ganger til en helt annen landsdel enn der de har familie og nettverk. Ungdommen kan i tillegg være underlagt andre tvangsvedtak. Det gjelder begrensning av tilgang til kommunikasjonsmidler eller begrenset bevegelsesfrihet som fotfølging, begrensninger i å forlate institusjonen eller i bevegelsesmulighetene inne i institusjonen. Selv om slike enkelttiltak kan være godt begrunnet, kan den helhetlige situasjonen til ungdommen bli svært vanskelig, og ikke nødvendigvis utvikle seg i riktig retning (Sivilombudsmannen, 2019c). Våre funn tyder også på at ungdom kan bli satt i et behandlingsopplegg som inneholder mer tvang enn det lovverket tillater (Sivilombudsmannen, 2019a og 2020).

Det er viktig at psykologer er bevisst på at også tiltak som defineres som behandling, må være innenfor lovens grenser. Vi har sett at behandlingsopplegget rundt ungdommer noen ganger er lovstridige. For eksempel kan dette under visse omstendigheter gjelde det som kalles motivasjonsturer, der en ungdom mot sin vilje sendes på tur med et lite antall voksne. I tillegg kan behandlingen ha elementer i seg som kan være krenkende og øke faren for utagering. Dette gjelder blant annet tiltak som er uforutsigbare for ungdommen, eller som oppleves som straff. Her kan normalpsykologiske perspektiver som viktigheten av autonomi og forutsigbarhet være essensielt, men også kunnskap om traumer og traumesensitivitet.

Vi har ofte sett at barnets medvirkning i egen hverdag eller behandlingsopplegg kan være begrenset. Alle barn har rett til fritt å gi uttrykk for meninger om forhold som berører dem, og deres meninger skal tillegges vekt i takt med barnas alder og modenhet (Grunnloven § 104 første ledd, FNs barnekonvensjon artikkel 12). Det er helt nødvendig å lytte til barn for å kunne vurdere hva som er til barnets beste (FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1.).

Uavhengig av rolle er psykologen ofte en viktig premissleverandør for hvordan behandlingen av ungdom skal være. Psykologer har en mulighet til å peke på forhold ved behandlingen som kan være integritetskrenkende og uforholdsmessig inngripende, eller som utfordrer lovverket.

«Det er viktig at psykologer er bevisst på at også tiltak som defineres som behandling, må være innenfor lovens grenser»

Noen ganger har vi også sett at ungdom ikke får tett nok oppfølging av spesialisthelsetjenesten når de er plassert på en behandlingsinstitusjon i barnevernet. At en ungdom er plassert på en institusjon og dermed får hjelp til å håndtere de akutte atferdsuttrykkene, må ikke bli en sovepute for spesialisthelsetjenesten. Flere institusjonsansatte har formidlet fortvilelse over at de opplever å ikke ha den kompetansen de trenger, for eksempel for å håndtere selvskading. Resultatet kan bli mer tvangsbruk på barnevernsinstitusjonen. Når spesialisthelsetjenesten ikke følger tett nok opp, kan man i verste fall se høy tvangsbruk i barnevernet der en heller skulle ha forsøkt frivillig psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at løsningen er en overføring til psykisk helsevern, som kan innebære nok en forflytning for en ungdom som kanskje har flyttet mange ganger. Barn som er plassert på en barnevernsinstitusjon, har de samme rettighetene til helsehjelp som andre barn, og spesialisthelsetjenesten må tilpasse behandlingen slik at den også når fram til de som bor på institusjon.

Avslutning

Våre eksempler viser hvordan mennesker som er fratatt friheten, er særlig sårbare for integritetskrenkninger og brudd på sine grunnleggende rettigheter. Dette gjelder også når tiltak er ment å være behandling. Enkelte ganger er det psykologer som avgjør at noen skal utsettes for tvang, andre ganger kan de ha en veiledende rolle eller på andre måter kunne påvirke situasjonen til personer som er underlagt tvang. Det er avgjørende at offentlige myndighetsutøvere, inkludert psykologer, er bevisst sin makt og sine muligheter til å forebygge krenkninger mot mennesker i en særlig sårbar situasjon.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 454-459

TEKST

Johannes Flisnes Nilsen

KONTAKT: jfn@sivilombudet.no

Jannicke Godø

+ Vis referanser

Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M. A., Hagen, K. A., Gustavson, K. & Utgarden, I. H. (2020). Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering (Rapport 2020, s. 47). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Dahl, T. (2020, 8.mai). Staten erkjenner brudd på EMK artikkel 3 overfor tidligere innsatt. <https://www.advokatbladet.no/advokatforeningen-isolasjon-isolasjonsgruppen/staten-erkjenner-brudd-pa-emk-artikkel-3-overfor-tidligere-innsatt/150907>.

Bårdsen, A. (2016). Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet. Kritisk juss, 42(3), s. 238-262. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-4546-2016-03-04>

Europarådets torturforebyggingskomité (1994). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 1993, CPT/Inf (94) 11.

Europarådets torturforebyggingskomité (2000). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 1999, CPT/Inf (2000) 15.

Europarådets torturforebyggingskomité (2019). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 2018, CPT/Inf (2019) 1.

NOU 2019: 14 (2019). Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten (s. 479). Helse- og omsorgsdepartementet.

Sivilombudsmannen (2018). Skjerming i psykisk helsevern - Risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018. https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf Sivilombudsmannen (2019a). Melding for året 2018 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse. Dokument 4:1 (2018-2019) s. 24: Rutinemessig tvang på barnevernsinstitusjoner.

Sivilombudsmannen (2019b). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Dokument 4:3 (2018/19).

Sivilombudsmannen (2019c), rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Stendi AS, Nymogården barnevernsinstitusjon, 12.-14. november 2018.

Sivilombudsmannen (2020). Melding for året 2019 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved

frihetsberøvelse. Dokument 4:1 (2019-2020) s. 32-38, Når ungdom bor alene med voksne på barnevernsinstitusjon.

Stevens, J. Changing Cultures in Closed Environments: What Works? Artikkel publisert for Association for Prevention of Torture (APT), 2014.

<https://www.apr.ch/en/resources/publications/changing-cultures-closed-environments-what-works-2014>