

● **Konsernrevisjonen**
● **Rapport 3/2020**

● **Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern – Del 2**

● **Sykehuset Østfold HF**

● **15. januar 2021**



Introduksjon

Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.

Målet for revisjonen er å undersøke om bruk av tvangsmidler ved Sykehuset Østfold HF (SØ) er i tråd med overordnede mål og krav, og anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*.

Det er definert følgende problemstillinger:

- Har Sykehuset Østfold HF etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvangsmidler?
- Har Sykehuset Østfold HF innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?

Revisjonen består av to deler. Del 1 av revisjonen omfattet en spørreundersøkelse blant alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2019. Rapport ble sendt alle helseforetak og sykehus mars 2020.

Del 2 av revisjonen er gjennomført ved SØ i perioden august - november 2020.



Innhold

1. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	4
1.1 TYDELIG FOKUS PÅ REDUKSJON AV TVANGSMIDDELBRUK – BEHOV FOR ØKT BRUKERINVOLVERING OG BEDRE OVERSIKT I PASIENTFORLØPENE	4
1.2 ANBEFALINGER.....	5
2. KONTEKST	6
2.1 BRUK AV TVANGSMIDLER I PSYKISK HELSEVERN	6
2.2 MÅL OG KRAV	6
2.3 PROSJEKT REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST	7
2.4 FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	7
2.5 SYKEHUSET ØSTFOLD HF.....	8
3. TILNÆRMING	9
3.1 METODISK TILNÆRMING	9
3.2 OMFANG OG AVGRENSNING	9
3.3 REVISJONSKRITERIER.....	10
4. OBSERVASJONER OG VURDERINGER	11
4.1 LEDELSESOPPFØLGING	11
4.2 FOREBYGGING AV TVANGSMIDDELBRUK	13
4.3 GJENNOMFØRING OG REGISTRERING AV TVANGSMIDDELVEDTAK	17
4.4 OPPFØLGING ETTER BRUK AV TVANGSMIDLER	20
VEDLEGG 1	23
VEDLEGG 2	24



1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Tydelig fokus på reduksjon av tvangsmiddelbruk – behov for økt brukerinvolvering og bedre oversikt i pasientforløpene

Sykehuset Østfold HF er godt i gang med å implementere føringer og anbefalinger gitt i rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. Overordnede mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er konkretisert i handlingsplaner for både Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling og Psykiatrisk avdeling. Forbedringsarbeidet er forankret i - og følges opp - gjennom styringslinjen.

For å støtte linjeledelsen i arbeidet med å redusere tvangsmiddelbruk, er det utarbeidet en daglig oppdatert oversikt over tvangsmiddelbruk ved hjelp av et «dashbord». Det inneholder informasjon om tvangsmiddelbruk fordelt på seksjon og type tvangsmiddel og viser blant annet tvangsmiddelbruken i sanntid, når vedtaket ble iverksatt og når det opphørte. Dette gir mulighet for å monitorere bruken av tvangsmidler.

Sykehuset Østfold HF har et tydelig fokus på reduksjon av tvangsmiddelbruk. Revisjonen viser likevel at det gjenstår områder for forbedring. Basert på undersøkelser i de reviderte enhetene, begrunnes konklusjonen med følgende forhold:

- Manglende involvering av pasient i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende helhetlig oversikt i dokumentasjon av behandlingsforløpet
- Behov for å komme videre i forbedringsarbeidet

Manglende involvering av pasient i forebygging av utagerende og voldelig atferd

Oppmerksomhet på reduksjon av voldsrisiko er en kjerneoppgave for ledere, behandlere og miljøpersonell. Formålet er å beskytte pasienten mot seg selv, beskytte medpasienter og personell for frykt og skade, og i tillegg beskytte samfunnet under og etter et behandlingsopphold.

Tidlig voldsrisikovurdering og inkludering av pasientens egenvurdering av hva som kan utløse utagerende atferd, er et viktig verktøy for å kunne skille pasienter med høy risiko for vold fra de uten høy risiko for vold. Resultatet av en slik kartlegging vil føre til at gode beslutninger tas og at hensiktsmessige tiltak iverksettes.

Manglende bruk av standardiserte kartleggingsskjema og begrunnelse av vurdering av voldsrisiko kan medføre at voldsrisiko vurderes ulikt av behandlere, og dermed reduserer iverksetting av relevante tiltak. Når pasientens egenvurdering ikke inkluderes i voldsrisikovurderingen, kan det medføre at behandleren overser vesentlige forhold som burde inngå i den samlede vurderingen. Vektlegging av individuelle forhold kan ha avgjørende betydning ved forebygging av voldsrisiko. Det er i varierende grad benyttet standardiserte kartleggingsskjema i vårt utvalg.

For å legge til rette for brukermedvirkning, læring og forebygging av bruk av tvangsmidler skal pasienter gis tilbud om ettersamtaler. Hensikten er å finne ut hvordan pasienten opplevde tvangsbruken, undersøke pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen, samt hvordan lignende fremtidige

episoder kan forebygges. Det er i mindre grad gitt tilbud om ettersamtaler i vårt utvalg.

Bruk av ettersamtaler i det forebyggende arbeidet i etterkant av tvangsmiddelbruk, vil gi økt innsikt i hvorfor situasjoner eskaleres, og vil være et viktig bidrag i å redusere bruk av tvangsmidler.

Manglende helhetlig oversikt i dokumentasjon av behandlingsforløpet

I henhold til forskrift om pasientjournal skal journalen gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp.

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom pakkeforløpet. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Resultater fra voldsrisikovurderingen skal fremgå i denne planen. Ingen av pasientene i vårt utvalg har en slik plan.

Manglende oversikt over planlagt pasientforløp reduserer muligheten for informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell som er involvert i behandlingen. Ved at resultater av voldsrisikovurderinger ikke fremkommer i en samlet oversikt, gir dette risiko for at iverksatte risikoreducerende tiltak ikke videreføres og følges opp ut fra det aktuelle risikobildet.

Å bruke behandlingsplan som et verktøy for planlegging og oppfølging av pasientforløpet vil også gi grunnlag for å kunne evaluere om behandlingen gir ønsket effekt, både underveis og ved avslutning av behandlingen.

Behov for å komme videre i forbedringsarbeidet

Revisjonen viser at noen identifiserte tiltak ikke er ferdigstilt og innført. Dette gjelder blant annet flere kompetansetiltak, gjennomgang av prosedyrer for å

sikre trinnvis tilnærming, bruk av ettersamtaler og innføring av ordning der ansvaret og beslutningen for bruk av tvangsmidler ligger hos den som er tilstede i situasjonen.

Ved å innføre kompetansetiltak for blant annet kartlegging av voldsrisiko, simuleringstrening, deeskalering og håndtering av aggresjon og vold vil dette kunne bidra til at ansatte kan håndtere situasjoner med mindre bruk av tvangsmidler. Ved å ta i bruk ettersamtaler vil disse kunne gi viktig informasjon om hvordan pasienten opplevde situasjonen og få pasientens perspektiv på hvordan tilsvarende situasjoner kan håndteres senere.

Det er også påbegynt arbeid for å sikre trinnvis tilnærming for bruk av tvangsmidler. Sammen med de overnevnte tiltakene vil dette kunne bidra til at tvangsmiddelbruken blir så skånsom og kortvarig som mulig.

For å ferdigstille gjenstående tiltak fordrer dette fortsatt prioritet og videre oppfølging av gjenstående arbeid. Videre vil det være viktig å følge opp at innførte tiltak etterlevs og gir ønsket effekt, blant annet gjennom dashboardets mulighet til å monitorere bruken av tvangsmidler.

1.2 Anbefalinger

Til støtte for videre forbedringsarbeid har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- Innføre gjennomgående bruk av standardiserte skåringsverktøy i kartlegging og vurdering av pasientens risiko for utagerende atferd.
- Øke pasientens involvering og delaktighet i vurderingen av egen situasjon og behandlingsbehov.
- Innføre bedre oversikt over det helhetlige behandlingstilbudet ved bruk av behandlingsplan.
- Videreføre vedtatte forbedringstiltak slik at klinikken når egne mål om redusert bruk av tvangsmidler.

2. Kontekst

2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

I henhold til § 4-8 i Psykisk helsevernloven skal «tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige».

Lovens § 4-8 definerer tvangsmidler som:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig fastholding

Lovens § 1-4 gir hjemmel for at de som kan treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tvangstiltak, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning.

I Psykisk helsevernforskriften § 25 er det gjort unntak fra kravet om at faglig ansvarlig skal treffe vedtak om tvangsmidler. I akutte nødsituasjoner, hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, kan ansvarshavende ved avdelingen, eksempelvis lege, avdelingssykepleier eller psykolog, vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 c) må vedtas av lege.

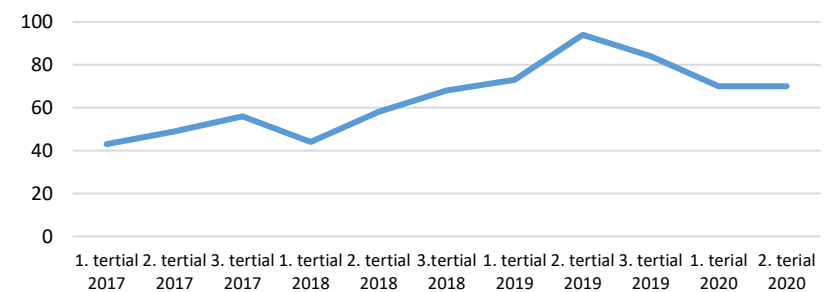
Lovens § 4-2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i psykisk helsevern. Helsedirektoratets kommentarutgave av loven avgrensner hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med forskriftens § 63.

2.2 Mål og krav

Det har gjennom flere år vært et mål om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF har gjennom sine årlige oppdrag satt krav om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern.

I oppdragsdokumentet (OBD) for 2017 ble det gitt krav om å redusere antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbyggere, som har minst ett tvangsmiddelvedtak. I OBD for 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres. For 2019 er det i tillegg gitt mål om at helseforetakene skal innføre anbefalinger i rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*. I OBD for 2020 er det gitt mål om at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres sammenlignet med 2019.

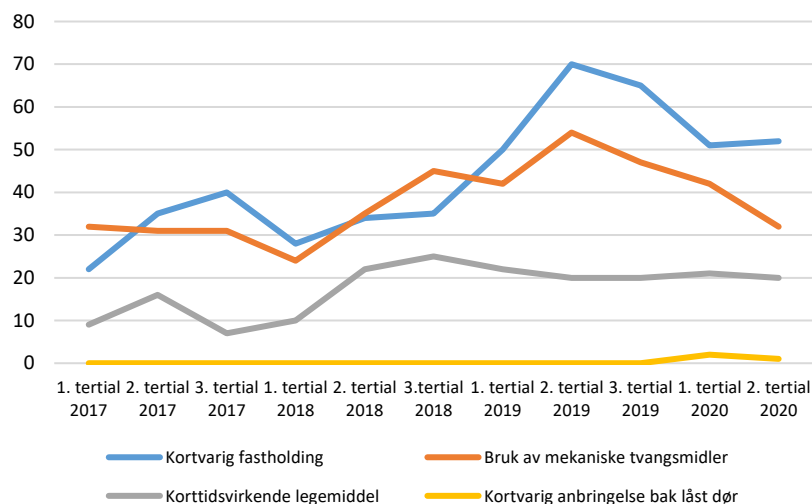
Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i SØ med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



Figur 1: Utvikling i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 - 2. tertial 2020 i SØ. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 1 viser at det har vært en økning i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak samlet for perioden, men at det har vært en nedgang siden 2. tertial 2019 da den var på det høyeste. I perioden har det samtidig vært en økning i befolkningsgrunnlaget, ved at SØ i 2018 overtok ansvaret for Vestby kommune.

Figur 2 viser utviklingen i antall pasienter med vedtak om bruk av ulike typer tvangsmidler ved SØ i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



Figur 2: Utvikling i antall pasienter med vedtak om bruk av ulike tvangsmidler i perioden 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020 for SØ. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 2 viser at det over tid har vært en økning i antall pasienter som får vedtak om kortvarig fastholding og bruk av mekaniske tvangsmidler. Det er rapportert at to pasienter har vedtak om bruk av kortvarig anbringelse bak låst dør i denne perioden.

2.3 Prosjekt redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

I 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* ble det gitt anbefalinger om at:

- ansvarshavende får myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet
- bruk av trinnsvis tilnærming i bruk av tvangsmidler
- felles kriterier for registrering av tvangsmidler
- gjennomgang av bygningsmessige forhold (ikke revidert)
- fjerning av ferdig monterte beltesenger
- gjennomgang av husordensregler
- kompetansetiltak
- systematisk bruk av voldsrisikovurderinger
- involvering av pasient i vurdering av voldsrisiko
- ettersamtaler etter situasjoner der tvang er benyttet

Rapporten ble sendt alle helseforetak og private ideelle sykehus våren 2019, og i oppdragsdokumentene for 2019 ble det gitt krav om at anbefalinger i rapporten skal innføres på samtlige aktuelle avdelinger i regionen.

2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten.

I forskriften fremkommer leders ansvar for at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd. Forskriften bruker begrepet kontinuerlig forbedring som en samlebetegnelse på denne prosessen.

2.5 Sykehuset Østfold HF

SØ er et områdesykehus og opptaksområdet er tidligere Østfold fylke (eksklusiv Rømskog kommune, inklusiv Vestby kommune). Folkemengden er om lag 320 000.

Ved Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling er ti enheter godkjent for bruk av tvangsmidler. Ni av disse er organisert i psykiatrisk avdeling, mens en enhet tilhører BUP.

Psykiatrisk avdeling er lokalisert på Sykehuset Østfold Kalnes, og har ansvar for pasienter over 18 år som har behov for akutte eller planlagte innleggelse. Psykiatrisk akuttmottak voksne tar imot alle pasienter som er vurdert å trenge øyeblikkelig psykiatrisk behandling på sykehus. I tillegg består avdelingen av følgende seksjoner:

- tre akutte døgnsesjoner
- to sikkerhetsseksjoner
- en alderspsykiatrisk seksjon og poliklinikk
- en seksjon for affektive lidelser og ECT-enhet
- en seksjon for psykiatrisk utredning

3. Tilnærming

3.1 Metodisk tilnærming

Revisjonen er delt i to deler. Konsernrevisjonen gjennomførte i desember 2019 en spørreundersøkelse (del 1) som omfattet alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Formålet var å kartlegge hvor langt helseforetakene og sykehusene hadde kommet i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 2 av revisjonen gjennomføres i tre utvalgte helseforetak høsten 2020. Konsernrevisjonen har valgt ut SØ som et av tre helseforetak for videre revisjon. Formålet har vært å undersøke hvor langt helseforetakene har kommet i å imøtekomme mål og krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019.

Gjennom dokumentgjennomgang og samtaler med administrerende direktør, fagdirektør, klinikkleder og avdelingsleder, har vi undersøkt hvordan helseforetaket følger opp og rapporterer på tvangsmiddelbruk.

Med bistand fra en fagrevisor har vi undersøkt pasientjournaler og tvangsmiddelprotokoller. Hensikten har vært å vurdere kvaliteten ved utførelsen og dokumentasjonen av hvordan de utvalgte seksjonene forebygger tvangsmiddelbruk, hvordan tvangsmiddelvedtak gjennomføres, og hvordan disse følges opp.

Det er gjennomført et møte med vedtaksansvarlige, faglig ansvarlige og seksjonsledere for de valgte seksjonene i etterkant av våre undersøkelser. Formålet har vært å gjennomgå observasjoner fra journalgjennomgangen og tvangsmiddelprotokollen, og få deres innspill og kommentarer på disse.

Helseforetakets svar fra spørreundersøkelsen del 1, inngår i våre observasjoner og vurderinger i rapporten.

3.2 Omfang og avgrensning

Undersøkelsen er avgrenset til psykoseseksjonene 1, 2 og 3 i Psykiatrisk avdeling. Pasientjournaler og tvangsmiddelprotokoller er valgt på bakgrunn av § 4-8 vedtak som er utført i perioden 1.1.2020 - 1.8.2020.

Totalt var det utført 441 tvangsmiddelvedtak fordelt på 42 pasienter ved de tre seksjonene i perioden. Pasientjournaler som tilfredstilte minst et av følgende kriterier ble valgt ut:

- Vedtak om isolasjon
- Mer enn et vedtak om mekanisk tvang
- Mer enn et vedtak om korttidsvirkende legemiddel
- Mer enn 10 vedtak om kortvarig fastholding

I tillegg valgte vi noen pasienter med få tvangsmiddelvedtak. Basert på kriteriene omfattet journalgjennomgangen totalt 17 pasienter, med til sammen 379 tvangsmiddelvedtak.

Antall vedtak per pasient i utvalget varierte fra 1 til i underkant av 100. Varighet på innleggelsene varierte fra i underkant av en måned til over ett år. For pasienter med flere enn 30 tvangsmiddelvedtak, ble det gjort et tilfeldig utvalg av rundt 70 prosent av vedtakene.

For hver pasientjournal gjennomgikk vi inkomstnotat, vurdering av risiko for vold, samtaler med behandler, behandlingsplan, tvangsmiddelvedtak, ettersamtaler, samt andre relevante dokumenter ved behov (journalnotater, epikriser). I tillegg ble føring av tvangsvedtak i tvangsmiddelprotokoll undersøkt, samt om det var samsvar mellom tvangsmiddelprotokollen og vedtaksoversikten i elektronisk pasientjournal (EPJ).

3.3 Revisjonskriterier

Følgende overordnede føringer har vært sentrale i revisjonen:

- Psykisk helsevernloven
- Psykisk helsevernforskriften
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst 2020

Revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder:

- Mål i OBD om bruk av tvangsmidler er formidlet og operasjonalisert ut i linjen. Disse følges opp og rapporteres regelmessig i styringslinjen
- Husordensregler er utarbeidet i henhold til Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, *Vern om personlig integritet*, og godkjent av kontrollkommisjonen
- Det gjennomføres kartlegging av risiko for utagerende adferd/vold ved innleggelse
- Pasientene får tilbud å gjøre en egen vurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd ved innleggelse
- Det iverksettes risikoreducerende tiltak ut fra alvorligheten i voldsrisikovurderingen.
- Enhetene benytter behandlingsplan hvor blant annet risikoreducerende tiltak inngår
- Seksjonene har etablert praksis om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler

- Enhetene har vurdert sitt behov for ferdig monterte beltesenger
- Personalgruppen trener regelmessig i å forebygge og håndtere utagerende/voldelig adferd
- Enhetene innhenter erfaringer fra pasienter, evt også pårørende i etterkant av tvangsmiddelbruk

Overnevnte revisjonskriterier definerer våre undersøkelsesmål i revisjonen. Innledningsvis under hvert delkapittel i kapittel 4 beskrives området som revideres. I de tilfeller hvor det vises til anbefalinger, har vi lagt rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* til grunn.

4. Observasjoner og vurderinger

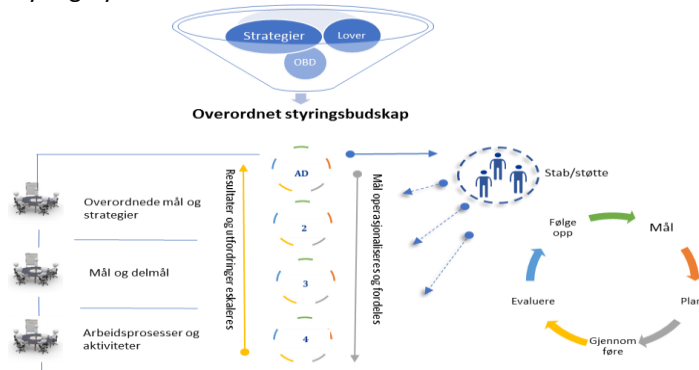
I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger om hvordan reviderte enheter i SØ har arbeidet for å redusere bruk av tvangsmidler.

Dette omfatter hvordan mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler har blitt fulgt opp i helseforetaket (kapittel 4.1), tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk (kapittel 4.2), gjennomføring og registrering av vedtak om bruk av tvangsmidler (kapittel 4.3), samt oppfølging etter tvangsmiddelvedtak (kapittel 4.4).

4.1 Ledelsesoppfølging

Leder har ansvaret for å planlegge og følge opp virksomheten på en strukturert måte gjennom et etablert system. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring. Forskriften understreker at det er ledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd.

Figur 3 illustrerer hvordan kontinuerlig forbedring er satt inn i et styringssystem.



Figur 3: Illustrasjon av en styringsmodell hvor prosessen for kontinuerlig forbedring fremkommer på de ulike ledelsesnivåene.

Figuren viser hvordan mål/krav operasjonaliseres og fordeles ut i virksomheten, hvor planer utarbeides, utføres, evalueres og følges opp innenfor det enkelte nivå, samt hvordan resultater og utfordringer rapporteres i virksomheten styringslinje.

4.1.1 Observasjoner

SØ har utarbeidet en virksomhetsstrategi for 2019-2023. Strategien bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan, oppdragsdokumentene fra HSØ RHF, samt SØ sin utviklingsplan mot 2035. I SØ sin virksomhetsstrategi inngår riktig bruk av tvang, og følgende tre mål er definert for perioden:

- Sikre riktig bruk av tvang og redusere omfanget av tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler. Implementere føringer og anbefalinger fra regional rapport, herunder redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern.
- Gjennom samarbeid med kommunene sørge for at lokal retningslinje for redusert og riktig bruk av tvang legges til grunn for forbedringsarbeidet.
- Gjennomføre kompetansecfremmende og holdningskappende tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler, gjennomføre strukturerte oppfølgingssamtaler med pasientene i etterkant av tvangstiltak, og forbedre praksis for måling og oppfølging av tvangsbruk.

Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling har utarbeidet en handlingsplan for 2020. I handlingsplanen er et av fokusområdene « redusert og riktig bruk av tvang ». Tiltakene er å « sørge for at føringer og anbefalinger i regional rapport Reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst blir implementert ». Psykiatrisk avdeling har inkludert de samme tiltakene i sin tiltaksplan for 2020.

Et av klinikkens tiltak var å nedsette en arbeidsgruppe for Redusert bruk av tvangsmidler i Psykiatrisk avdeling og Ungdomspsykiatrisk seksjon våren 2019. Gruppen fikk i mandat å utarbeide forslag til tiltak for åtte områder som

omhandler de anbefalingene som er gitt i *Redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. Frist for arbeidet var 1. november 2019. I mandatet fremkommer det at status og framdrift skal følges opp av klinikkens ledergruppe og som, ved behov, beslutter tiltak fortløpende.

Klinikken oppgir at arbeidet har vist seg å være omfattende, og ledelsen forlenget fristen for ferdigstilling til 1.5.2020. Konsernrevisjonen er informert om at arbeidet har blitt ytterligere forsinket på grunn av Covid-19 pandemien. Arbeidsgruppens milepælsplan per september 2020 viser at tiltak på fem områder er ferdigstilt, mens fire områder er under arbeid.

Driftsrapportene fra sykehusledermøtene i august og september i år gir et øyeblikksbilde på bruk av tvangsmidler, og inngår i den samlede faste gjennomgangen av driften.

Administrerende direktør følger opp klinikklederne månedlig basert på rapportering på et målekort med definerte parametere. Målekortet for klinikk psykisk helsevern og rusbehandling dekker områdene kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi. Tvangsmiddelbruken inngår i klinikkens rapporteringen av aktivitet, og gir en visuell fremstilling av utviklingen siste 12 måneder. Referater fra klinikkens ledermøter viser at status og fremdrift av milepælsplanen regelmessig tas opp.

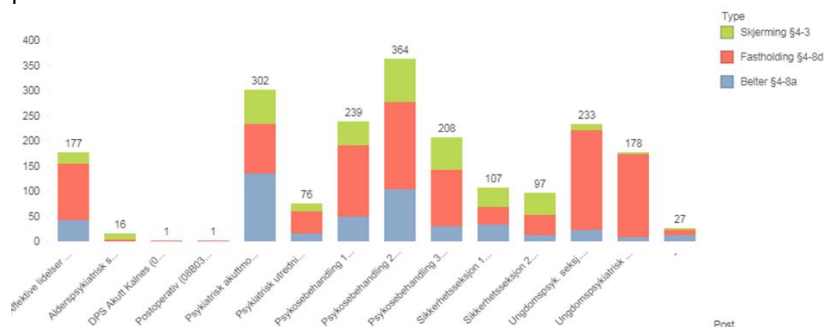
Klinikken har utarbeidet en oversikt over tvangsmiddelbruk ved hjelp av et «dashbord». Dashbordet oppdateres daglig og er tilgjengelig på intranett for ledere i klinikken, og inneholder informasjon om tvangsmiddelbruk fordelt på seksjon og type tvangsmiddel. Dashbordet viser blant annet tvangsmiddelbruken i sanntid, og når vedtaket ble iverksatt og opphørte.

Bilde 1 er et eksempel på et dagsbilde fra dashbordet, som viser tvangsmiddelbruken på et gitt tidspunkt en dag i august 2020.

Tvang i dag						
Post	Skjerming	Beltelegging	Fastholding	Medisinering	Isolasjon	
Affektive lidelser (04B02)	13	3	6	0	0	
Psykiatrisk akuttmottak voksne (04F01)	2	0	1	0	0	
Psykoosebehandling 1 (04F02)	1	1	0	0	0	
Psykoosebehandling 2 (04D02)	2	1	0	0	0	
Psykoosebehandling 3 (04C02)	4	0	0	0	0	
Sikkerhetsseksjon 1 (04FU1)	2	0	0	0	0	
Ungdomspsyki sekst Akutternh. (04C...	0	0	4	0	0	
Ungdomspsykiatriske seksjon (04C01)	0	0	1	0	0	
	0	1	0	0	0	

Bilde 1: Dagsbilde av tvangsmiddelbruk per post. Kilde: Klinikken oppfølgingsrapport august 2020.

Bilde 2 er et annet eksempel fra dashbordet, som viser tvangsmiddelbruken per post siste 12 måneder.



Bilde 2: Tvangsmiddelbruk per port siste 12 mnd. Kilde: Klinikken oppfølgingsrapport august 2020.

4.1.2 Vurderinger

Et godt system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for at SØ skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav.

Konsernrevisjonen vurderer at SØ har lagt til rette med et system for virksomhetsstyring som kan bidra til å imøtekomme overordnede mål og krav. Det er etablert et samlet målbilde hvor eksempelvis mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler inngår. Disse er videre forankret i

handlingsplaner for både klinikk psykisk helsevern og rusbehandling og psykiatrisk avdeling.

Det er også etablert overordnede tiltak for å støtte linjeledelsen i deres arbeid, samt at det er lagt til rette med styringsinformasjon som gir mulighet for å monitorere bruken av tvangsmidler.

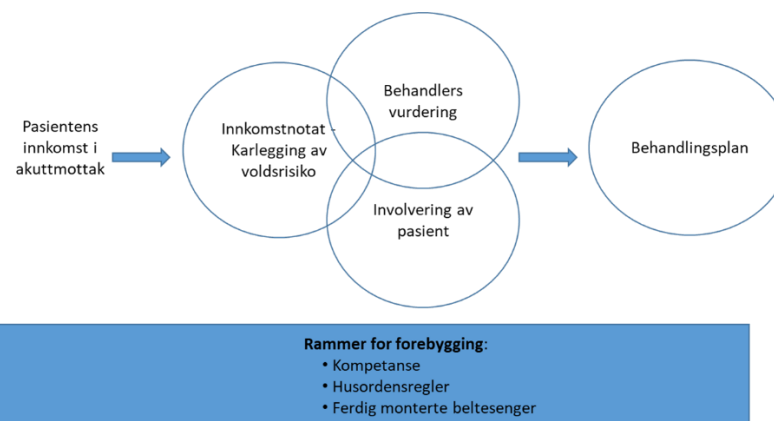
Klinikken har videre iverksatt et arbeid med bred deltakelse for å gjennomgå alle sider ved bruk av tvangsmiddelbruk og å komme med forslag for å implementere føringer og anbefalinger i henhold til *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. Milepælsplanen viser at arbeidet er forsinket, og at sykehuset derfor ikke har implementert alle anbefalinger som fremkom i rapporten.

Etter konsernrevisjonens vurdering er arbeidet med å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern forankret i styringslinjen. For å sikre effekt av innførte tiltak og ferdigstille gjenstående temaer i milepælsplanen, fordrer dette imidlertid videre oppfølging av arbeidet.

4.2 Forebygging av tvangsmiddelbruk

4.2.1 Observasjoner

Dette kapitlet omhandler hvilke forebyggende tiltak som SØ har iverksatt for å imøtekomme målet om redusert og riktig bruk av tvangsmidler. Vi har i tillegg testet etterlevelsen for enkelte tiltak. Nedenfor vises de forholdene som er undersøkt.



Figur 4: Prosessuell fremstilling av pasientnære områder for forebygging av bruk av tvangsmidler.

Husordensregler

For å fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Disse skal vurderes opp mot hensyn til medpasienter og driftsmessige hensyn.

Klinikken har gjennomgått seksjonenes husordensregler med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2 høsten 2019. Nye husordensregler ble godkjent av kontrollkommisjonen i januar 2020.

Ferdig monterte beltesenger

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å arbeide for å finne andre og mindre inngripende løsninger. Innstramningen i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng med vekt på dialog med pasienten og kartlegging av voldsrisiko.

I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* ble det anbefalt å fjerne ferdig monterte beltesenger. Ved en akutt nødsituasjon anbefales det i stedet å benytte kombinasjonsbelter.

Spørreundersøkelsen viste at halvparten av seksjonene som er godkjent for bruk av tvangsmidler ved SØ har ferdig montert belteseng. Av de reviderte seksjonene er det to av tre som har ferdig montert belteseng. Seksjonen uten ferdig montert belteseng oppga i spørreundersøkelsen at de har tilgang på belteseng hos en av de øvrige seksjonene.

SØ har startet et arbeid med å fjerne ferdig monterte beltesenger. Det opplyses imidlertid om at arbeidet er forsinket i forbindelse med håndteringen av covid-19. Klinikken milepælsplan angir ikke dato for når dette skal være gjennomført.

Kompetanse

Kompetansehevede tiltak har i klinisk praksis vist seg viktig i arbeidet med forebygging og reduksjon i bruk av tvangsmidler. Undervisning om tvang bør omhandle lovverk, grunnleggende holdningsarbeid og anerkjennende kommunikasjonsformer, kunnskap om aggresjonsforståelse, emosjonsregulering, psykiske lidelser og alternativer til tvang.

I henhold til SØ sin prosedyre *MAP¹ opplæring og organisering* skal helsepersonell i Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering gjennomføre MAP-grunnkurs, vedlikeholdstrening og internopplæring. Alle som jobber klinisk skal delta på tredagers MAP-grunnkurs. Etter gjennomført MAP-grunnkurs skal det gjennomføres vedlikeholdstrening minst en gang i halvåret gjennom internundervisning. Internundervisning planlegges og organiseres av leder/ fagutviklingsrådgiver og MAP-instruktør på den enkelte seksjon.

¹ Møte med aggresjonsproblematikk

MAP er en opplæringsmanual hvor hovedbudskapet er at aggresjon og vold kan forebygges og behandles i terapeutiske miljøkontekster. Manualen består av 10 temaer. Temaene dekkes i en samling av kapitler om aggresjonsforståelse, via voldsrisikovurdering og forebyggende kommunikasjon og til fysiske håndteringsstrategier.

I spørreundersøkelsen oppga enhetslederne at personalgruppene trener regelmessig på å håndtere voldelig eller utagerende adferd. Det ble oppgitt at det er krav om at alle ansatte skal gjennomgå trening for å håndtere voldelig eller utagerende adferd minimum to ganger per år, men at det gjennomføres trening og simulering 2 ganger pr uke. Dette blir fulgt opp blant annet gjennom den ansattes kompetanseoversikt i GAT.

Gjennomgang av prosedyrer for gjennomføring av simuleringstrening i deeskalering, håndtering av aggresjon inngår i klinikken tiltaksarbeid. Milepælsplanen viser at dette er påbegynt, og var planlagt ferdigstilt i april 2020.

Utarbeidelse av forbedringstiltak som skal sikre regelmessig oppfølging av den enkelte medarbeider med utgangspunkt i kompetanse og holdningsskapende arbeid skal ifølge milepælsplanen være ferdig desember 2020. Konsernrevisjonen har ikke undersøkt om ansatte gjennomfører opplæring i henhold til nevnte krav.

Behandlers vurdering av pasientens voldsrisiko

Å vurdere voldsrisiko hos pasientene ved innleggelsen, vil bidra til å forebygge bruk av tvangsmidler. Ved forhøyet voldsrisiko, skal det identifiseres og iverksettes tiltak for å forebygge potensielt farlige situasjoner. Ved vedvarende forhøyet voldsrisiko anbefales det å gjøre en utdypende voldsrisikovurdering ved HCR-20.

I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* er det anbefalt å benytte standardiserte kartleggingsverktøy, som V-RISK 10, i voldsrisikovurderingen.

I SØ sin *Veileder i akuttpsykiatri – Primærjournal* fremkommer det at voldsrisiko skal undersøkes i mottakssamtalen og dokumenteres i innkostnotatet. Det vises til at V-RISK 10 kan benyttes som verktøy, og som i etterkant skal skannes inn i DIPS.

I spørreundersøkelsen svarte enhetene ved SØ at alle pasienter kartlegges for risiko for vold ved innleggelse, og at det benyttes standardiserte kartleggings skjemaer.

Alle pasienter som innlegges i Psykiatrisk avdeling blir tatt imot i mottaksseksjonen, før de etter 1-3 dager blir overflyttet til en av behandlingsseksjonene. Journalgjennomgangen viser at det er skrevet innkostnotat etter fast mal for alle pasientene. Det er gjort en vurdering av voldsrisiko på alle pasientene. For 15 av 17 pasienter fremgikk det ikke en begrunnelse for voldsrisikovurderingen. For en av pasientene hvor det fremkom en begrunnelse, var det benyttet kartleggingsverktøyet V-RISK 10.

Gjennomgang av klinikkens gjeldende prosedyrer knyttet til vurdering av voldsrisiko ved innleggelse, inngår i klinikkens tiltaksarbeid. Frist for arbeidet er desember 2020, og ifølge milepælsplanen per september var arbeidet ikke påbegynt.

Klinikkens tiltaksarbeid omfatter også å gjennomgå gjeldende prosedyrer for simuleringstrening av blant annet håndtering av aggresjon og vold og kartlegging av voldsrisiko. Frist for dette arbeidet var april 2020. Ifølge milepælsplanen er arbeidet påbegynt.

Involvering av pasient i voldsrisikovurderingen

Pasientens involvering i voldsrisikovurderingen vil kunne hjelpe pasienten til å reflektere rundt uønsket aggressiv atferd som blant annet kan oppstå som følge av ubehagelig informasjon, frihetsberøvelse eller tap av autonomi. Involvering av pasienten bør skje raskt etter innleggelsen.

Konsernrevisjon har ikke mottatt prosedyrer knyttet til involvering av pasient i voldsrisikovurderingen. Ifølge milepælsplanen er det startet et arbeid i å innføre dette, og frist var satt til april 2020.

I spørreundersøkelsen svarte de reviderte enhetene at pasienter «av og til» gjør en egen vurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd.

Journalgjennomgangen viste at i vårt utvalg av journaler ikke er dokumentert at pasienter har gjennomført en egen vurdering av risiko for vold eller utagerende adferd.

Kontinuitet ved overflytting til behandlingsseksjon

For å sikre kontinuitet og at resultater av voldsrisikovurderingen blir en del av videre forløp, har vi undersøkt om voldsrisiko inngår som tema i de første samtalene mellom pasient og behandler, etter overflytting til behandlingsseksjon. Journalgjennomgangen viser at dette i ulik grad følges opp i samtalene med behandler, og at det etter overflyttingen varierer fra 1 til 4 dager hvor raskt pasienten har første samtale med behandler. Det opplyses at variasjonen kan skyldes høyt belegg i undersøkelsesperioden.

Videre opplyses det om at Brøset Violence Checklist (BVC) benyttes og registreres av miljøpersonalet i MetaVision (elektronisk kurveløsning). Det iverksettes tiltak på bakgrunn av skåren, og behandler og primærkontakt følger pasientenes skår over tid. Konsernrevisjonen har ikke funnet resultater i bruk av BVC i journal.

Behandlingsplan

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan. Den skal blant annet inneholde mål for behandlingen, samlet oversikt over alle planlagte tiltak, og tidspunkter for evaluering av disse. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Konsernrevisjonen har ikke mottatt prosedyrer knyttet til utarbeidelse av behandlingsplan. Konsernrevisjonen får imidlertid opplyst at avdelingen har igangsatt et arbeid med å oppdatere prosedyre og mal for behandlingsplan, slik at de imøtekommer kravene som er gitt til innhold og bruk i pakkeforløpene i psykisk helsevern.

I spørreundersøkelsen svarte de tre enhetene ved SØ, at pasienter får behandlingsplan. Videre oppga enhetslederne at pasientene i stor grad var involvert i utarbeidelsen av behandlingsplanen, men at dette påvirkes av pasientens innstilling og ønsker.

Journalgjennomgangen viser at det mangler behandlingsplan for alle undersøkte pasienter. I de tilfellene der konsernrevisjonen har undersøkt dokumentasjon for miljøtjenesten, er det en plan som inneholder tiltak som ivaretas av miljøpersonalet. Enkelte pasienter har også en spesifikk plan for sin somatiske problematikk, for eksempel ved spiseforstyrrelser.

En av seksjonene oppgir imidlertid at de benytter HONOS² som behandlingsplan i MetaVision. En annen seksjon oppgir at de fyller ut et 2-sidig ark for behandlingsplan etter 3. virkedag pasienten er ved seksjonen, og som deretter skal skannes inn i DIPS.

² HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales – er et skåringsverktøy for systematisk måling og dokumentasjon av alvorlighetsgrad innen 12 viktige problemområder.

4.2.2 Vurderinger

En særskilt oppmerksomhet på reduksjon av voldsrisiko er en kjerneoppgave for ledere, behandlere og miljøpersonell. Formålet med reduksjon av voldsrisiko er å beskytte pasienten mot seg selv, beskytte medpasienter og personell for frykt og skade, og i tillegg beskytte samfunnet under og etter et behandlingsopphold.

Virkemidlene for målrettet reduksjon av voldsrisiko er mange. Tidlig voldsrisikovurdering med begrunnelse for vurderingen, vil legge til rette for å iverksette tiltak som kan forebygge utagerende atferd.

Journalgjennomgangen viser manglende bruk av standardiserte kartleggings-skjema og begrunnelse ved vurdering av voldsrisiko, samt involvering av pasienten gjennom egen vurdering. Etter vår vurdering vil dette kunne medføre at voldsrisiko vurderes ulikt, og redusere iverksetting av relevante tiltak.

Ved at pasienten ikke involveres i vurdering av egen voldsrisiko, kan dette medføre at man overser vesentlige og individuelle forhold som er avgjørende for i størst mulig grad å tilrettelegge og om mulig unngå situasjoner som oppleves som vanskelige for pasienten.

Videre er det viktig at resultater av voldsrisikovurderinger som gjennomføres i mottaksenheten, følges opp av behandler i behandlingsseksjonen. Vår gjennomgang av de første samtaler med behandler viser at dette i ulik grad følges opp. Etter vår vurdering gir dette risiko for at iverksatte risikoreduserende tiltak ikke videreføres og følges opp ut fra det aktuelle risikobildet.

For å kunne gi god behandling er det viktig at det lages en plan for behandlingen. En behandlingsplan skal være et lett tilgjengelig dokument slik at alle som er involvert i behandlingen raskt skal kunne sette seg inn i den. Videre skal planen legge til rette for sammenheng i behandlingsforløpet til den enkelte pasient.

Revisjonen viser at ingen av pasientene i vårt utvalg har behandlingsplan. Manglende behandlingsplaner gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for at behandlingen ikke planlegges i tilstrekkelig grad. Videre gir manglende dokumentasjon av hva som er planlagt, risiko for at ikke alle som er involvert i behandlingen er tilstrekkelig. Dette vil også redusere muligheten for å evaluere effekten av behandlingen som gis, både underveis og ved avslutning av behandlingen.

I spørreundersøkelsen svarte de tre reviderte seksjonene at alle pasienter får behandlingsplan. I journalgjennomgangen har vi funnet bruk av plan for tiltak som miljøtjenesten gjennomfører. For å unngå eventuelle misforståelser om hva som er pasientens behandlingsplan vurderer konsernrevisjonen det hensiktsmessig å tydeliggjøre både benevnelsene av de to ulike dokumentene, og hva som er dokumentenes formål.

Konsernrevisjonen vil i tillegg påpeke at HoNos er et skåringsverktøy for å gradere alvorlighet av voldsrisiko hos pasienten. Etter vår vurdering er dette verktøyet ikke i henhold til nasjonale krav og føringer for hva en behandlingsplan skal inneholde.

I henhold til forskrift om pasientjournal er hovedregelen at den enkelte pasient skal ha en samlet journal. Der dette ikke er hensiktsmessig, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal imidlertid fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

Avdelingen viser til at de bruker MetaVision som tilleggsjournal hvor de dokumenterer resultater av BVC og HoNos. I vår journalgjennomgang fant vi ikke dokumentasjon på at pasientinformasjon registreres flere steder enn i pasientens hovedjournal. Etter vår vurdering gir dette en manglende helhetlig oversikt for den enkelte pasient, og gir risiko for at vesentlig informasjon blir oversett.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at det foreligger et potensiale for forbedring i SØ sitt forebyggende arbeid med reduksjon av tvangsmidler. Både i individualsamtaler og i det miljøterapeutiske arbeidet er det muligheter for mer målrettede tiltak. Økt bruk av standardiserte skåringsverktøy, tydelig videreformidling av identifisert voldsrisiko og bruk av pasienters egenvurdering vil bidra vesentlig i dette arbeidet. Ved dynamisk bruk av behandlingsplan vil dette være et godt hjelpemiddel for å kunne følge det helhetlige pasientforløpet. En mer inngående og aktiv bruk av MAP-metodikken vil redusere risikoen for situasjoner som ellers kunne eskalert.

4.3 Gjennomføring og registrering av tvangsmiddelvedtak

I dette kapitlet har konsernrevisjonen undersøkt hvordan seksjonene vurderer, begrunner og dokumenterer gjennomføring av det enkelte tvangsmiddelvedtak i EPJ og i tvangsmiddelprotokollen. Nedenfor vises de forholdene som er undersøkt.

4.3.1 Observasjoner

Dokumentasjon og registrering av gjennomførte tvangsmiddelvedtak i EPJ

For i størst mulig grad sikre at registreringen av tvangsmiddelvedtak foregår så likt som mulig i helseforetakene, anbefales at vedtaksansvarlige oppretter et standardisert vedtaksskjema i EPJ. For å unngå uønsket variasjon i hva som registreres er det viktig at det er bred enighet om hvilke parametere som skal registreres.

Klinikkens prosedyre for bruk av mekaniske tvangsmidler beskriver hvilke situasjoner mekaniske tvangsmidler kan benyttes, hvordan roller og ansvar er

fordelt, og hvordan vedtaket skal gjennomføres og dokumenteres. Prosedyren gir føringer for en trinnvis tilnærming i bruk av tvangsmidler.

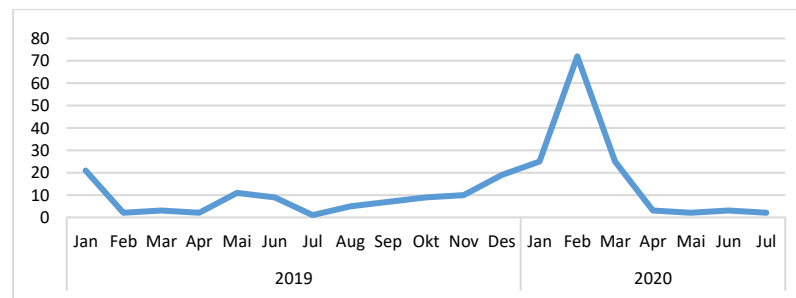
Klinikkens brukerveiledning for hvordan ulike tvangsmidler skal registreres i DIPS er utarbeidet i senere tid, og hvor anbefalinger i *Regional prosedyre for registreringer av tvangsmidler i EPJ* er innarbeidet.

Vedtakene registreres tre steder. Vedtaket føres skriftlig i en tvangsmiddelprotokoll, det fylles ut en vedtaksmal som lagres som et dokument i DIPS, samt at vedtaket registreres i en vedtaksoversikt i DIPS. Gjennomgangen viser at vedtaksoversikten og vedtaksskjemaene i EPJ er i overensstemmelse, og at det i all hovedsak er nøyaktige og etterrettelige registreringer. Det dokumenteres gjennomgående begrunnelser for tvangsvedtakene som fattes.

Alle undersøkte vedtak inneholder beskrivelser av at lempeligere midler, som samtaler og trygging, er forsøkt. Det er mindre beskrivelser av konkrete aggresjonsdempende tiltak som for eksempel deeskalerende teknikker, bekreftende kommunikasjon, aggresjonsdempende adferd, og bevissthet rundt posisjonering.

Vedtaksskjemaene viser videre at det i forkant av bruk av mekaniske tvangsmidler gjennomgående er forsøkt en trinnvis tilnærming, for eksempel med vedtak om kortvarig fastholding og eller bruk av korttidsvirkende legemiddel.

Journalgjennomgangen viser at mekaniske tvangsmidler benyttes i alle tre seksjonene. Figur 5 viser utviklingen i antall vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2019 og 2020.



Figur 5: Utvikling av antall tvangsvedtak i perioden 2019 - juli 2020

Figur 5 viser at antall vedtak om mekaniske tvangsmidler var betydelig høyere i januar, februar og mars i år, sammenlignet med 2019 og 2020 for øvrig. Økningen i antall vedtak disse månedene er relatert til et lite fåtall pasienter som har et betydelig antall vedtak. Seksjonene har samtidig hatt en betydelig nedgang i antall mekaniske tvangsmidler i perioden februar-juli i år.

Gjennomgangen viser imidlertid at det er variasjon i hvordan vedtaksskjemaets punkt «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» forstås. Som enkeltstående eksempler kan nevnes at noen beskriver om pasienten har vært utsatt for tvangsmiddelvedtak tidligere, andre igjen med fokus på pasientens *opplevelse* av tidligere tvangsmiddelsituasjoner.

Ved påfølgende bruk av tvangsmidler, som for eksempel fra fastholding til bruk av mekanisk tvangsmiddel, ser vi at det i flere vedtak gis beskrivelser som foregriper neste tvangsmiddel. I henhold til standard oppsett i vedtaksmalen er dette en praksis som ikke er forenlig med intensjonen for registrering av tvangsvedtak.

SØ har besluttet at den som er til stede i situasjonen (ansvarshavende) skal stå ansvarlig for beslutning om gjennomføring av tvangsmiddelbruk § 4-8 a, b og d når faglig ansvarlig ikke er tilstede. Dette var imidlertid ikke trådt i kraft på revisjonstidspunktet.

Våre undersøkelser viser at faglig ansvarlig i seksjonene skriver alle vedtak i vedtaksprotokollen og i tvangsmiddelprotokollen.

Registrering i tvangsmiddelprotokoll

For å få unngå dobbeltregistrering anbefales det at papirprotokoller avvikes og at registreringer må foregå tilknyttet elektronisk pasientjournal.

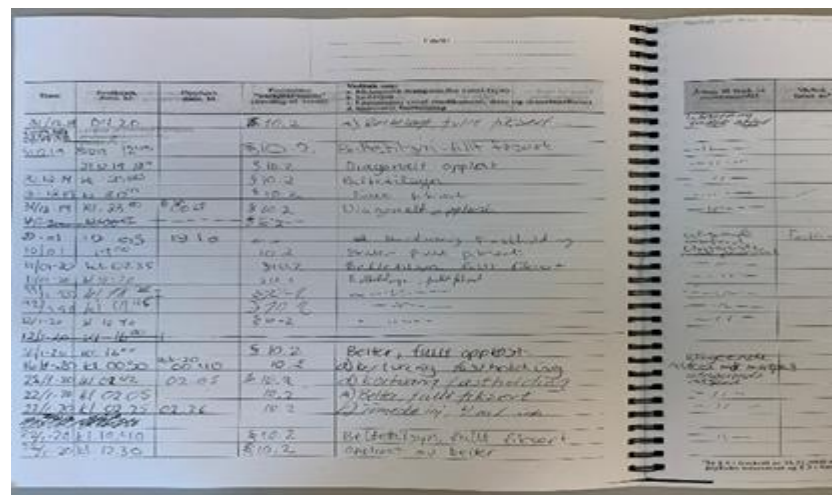
Det orienteres om at når det ikke finnes elektroniske tvangsmiddelprotokoller tilgjengelig i DIPS, må helseforetaket fortsatt benytte papirprotokoller. Det opplyses imidlertid om at elektronisk tvangsmiddelprotokoller er ønsket, og at dette umiddelbart vil bli innført ved innføring av DIPS-arena.

Gjennomgangen av de manuelle tvangsmiddelprotokollene viser at det gjennomgående er vanskelig å tyde skriften, og at det i liten grad fremgår hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av tidligere besluttede vedtak. Hvem som er vedtaksansvarlig og hvem som har gjennomført tvangsvedtakene er i varierende grad utfylt. Videre er det for seks pasienter enkelte vedtak som enten mangler i tvangsmiddelprotokollen eller i DIPS.

Kontrollkomisjonene er en rettssikkerhetsordning for pasienter og pårørende innen psykisk helsevern. Kommissjonene gjennomgår formalia ved alle innleggelses, behandler klager og kontrollerer bruk av tvang, herunder vedtak om bruk av tvangsmidler. En av kontrolloppgavene knytter seg til gjennomgang av tvangsmiddelprotokoller.

Gjennomgangen av tvangsmiddelprotokollene viser at kontrollkommissjonen har godkjent alle vedtak som konsernrevisjonen har undersøkt.

Bilde 3 viser et eksempel fra en tvangsmiddelprotokoll i helseforetaket.



Dato	Tidspunkt	Pasientnr.	Beskrivelse av tiltak
20/10/20	08:30	510.2	1) Beroligende fullt oppsett
20/10/20	12:00	510.2	2) Beroligende fullt oppsett
20/10/20	15:30	510.2	3) Beroligende fullt oppsett
20/10/20	18:00	510.2	4) Beroligende fullt oppsett
20/10/20	21:00	510.2	5) Beroligende fullt oppsett
21/10/20	08:00	510.2	6) Beroligende fullt oppsett
21/10/20	11:00	510.2	7) Beroligende fullt oppsett
21/10/20	14:00	510.2	8) Beroligende fullt oppsett
21/10/20	17:00	510.2	9) Beroligende fullt oppsett
21/10/20	20:00	510.2	10) Beroligende fullt oppsett
22/10/20	08:00	510.2	11) Beroligende fullt oppsett
22/10/20	11:00	510.2	12) Beroligende fullt oppsett
22/10/20	14:00	510.2	13) Beroligende fullt oppsett
22/10/20	17:00	510.2	14) Beroligende fullt oppsett
22/10/20	20:00	510.2	15) Beroligende fullt oppsett

Bilde 3: Utsnitt av tvangsmiddelprotokoll SØ

Vedtaksansvarlig

Ansvarshavende kan unntaksvis fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon eller kortvarig fastholding, dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig.

Klinikken har etter gjennomgang med juridisk avdeling i helseforetaket og kontrollkommissjonen besluttet å innføre en ordning der ansvaret og beslutningen for bruk av tvangsmidler ligger hos den som er tilstede i situasjonen og beslutter vedtaket (§4.8 – unntaksregelen). Arbeidet med å utarbeide nye prosedyrer/retningslinjer for vedtaksansvarlige er ikke ferdigstilt, og ordningen er dermed ikke innført på nåværende tidspunkt. Det er ikke angitt dato for når dette skal være innført.

Journalgjennomgangen viste gjennomgående at faglig ansvarlig var registrert som ansvarlig for vedtaket i EPJ og i tvangsmiddelprotokollen.

4.3.2 Vurderinger

Det er gitt anbefalinger om økt bevissthet rundt trinnvis tilnærming. I hvor stor grad belastningene de ulike tvangsmidlene utgjør kan variere fra pasient til pasient. Pasienter kan oppleve bruk av mekaniske tvangsmidler som mindre belastende enn fastholding. Andre kan oppleve det motsatt. Noen pasienter kan oppleve isolasjon som mindre belastende enn andre tvangsmidler, mens andre igjen kan oppleve isolasjon som angstskapende og forvirrende. Mange kan også oppleve bruk av korttidsvirkende legemiddel som det absolutt mest invaderende tvangsmiddelet.

Seksjonene dokumenterer gjennomgående begrunnelser for tvangsvedtakene som fattes. Slik hendelsene beskrives, framstår vedtakene som adekvate.

Gjennomgangen viser imidlertid at det er variasjon i hvordan punktet «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» skal forstås. Konsernrevisjonen forstår punktet som en oppfordring til å få fram pasientens opplevelser med tidligere tvangsmiddelbruk slik at en i etterkant av hendelsen, kan fokusere på om det er andre midler som kunne gjort opplevelsen mindre belastende. En felles forståelse av hvordan dette skal beskrives og benyttes, vil etter vår vurdering bidra til at informasjonen kan hensyntas ved fremtidige lignende situasjoner.

Gjennomgangen av de fysiske tvangsmiddelprotokollene viser at det til dels er utydelig skrift, og lite framhevelse av hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av allerede fattede vedtak. Dette kan gi grobunn for misforståelser. Vår vurdering er at ved å tydeliggjøre hvordan protokollen skal føres, vil dette i sterkere grad redusere risiko for

manglende samstemmighet mellom tvangsmiddelprotokollen, vedtaksmalen og vedtaksoversikten.

Det er vedtaksoversikten som danner grunnlaget for riktig rapportering av tvangsmiddelbruk. Ved at vedtaksoversikten og vedtaksskjemaene er samstemte, vil dette danne grunnlag for korrekt styringsinformasjon om tvangsmiddelbruk.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at seksjonene dokumenterer og registrerer tvangsmiddelvedtak i EPJ i henhold til de føringene som er gitt, men at det fortsatt er et forbedringspotensial i bevissthet rundt trinnvis tilnærming.

Ved at DIPS Arena innføres, vil også elektroniske tvangsmiddelprotokoller bli tilgjengelig. Dette vil redusere eventuelle misforståelser, for eksempel ved utydelig skrift og dobbeltføringer. Ved økt felles faglig forståelse av hvordan utfylling av vedtaksskjemaene skal foregå, vil avdelingen oppnå en mer ensartet praksis.

4.4 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

I dette kapitlet har konsernrevisjonen undersøkt om seksjonene gjennomfører ettersamtaler med pasient og involvert personell i etterkant av tvangsmiddelbruk.

4.4.1 Observasjoner

Ettersamtaler med pasient

For å legge til rette for brukermedvirkning, læring og forebygging av bruk av tvangsmidler skal pasienter gir tilbud om ettersamtaler. Hensikten er å finne ut hvordan pasienten opplevde tvangsbruken, undersøke pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen, samt hvordan nye episoder kan forebygges.

Gjennomgang av prosedyrer og retningslinjer for ettersamtaler inngår i klinikkens milepælsplan. Planen viser at arbeidet ble ferdigstilt og godkjent i

Klinikkens ledermøte i august 2020. Klinikken prosedyre *Pasientsamtale etter bruk av tvang - psykisk helsevern* definerer fremgangsmåte for samtalen, hvem som skal foreta samtalen, når den skal gjennomføres og hvordan dette skal dokumenteres i pasientjournalen. Standard oppsett for samtalen er definert.

Spørreundersøkelsen viste at enhetene ved SØ oppga at de alltid gir tilbud om ettersamtaler til pasientene etter bruk av tvangsmidler, og at pasientenes tilbakemelding benyttes i enhetenes vurdering av egen praksis.

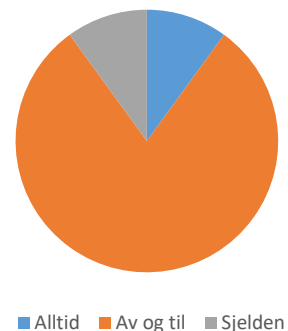
Vår utvalg for journalgjennomgang, til sammen 379 tvangsmiddelvedtak, viser at det samlet er gitt 17 tilbud om ettersamtaler fordelt på 10 pasienter. Gjennomgangen viser videre at i de tilfeller der samtale er gjennomført, er det et fåtall av disse igjen som har benyttet standard mal. Videre er det variasjon i hvilken situasjon ettersamtalene gjennomføres; noen er gjennomført mens pasienten ligger i belter, noen ved opphør av belter, eller i forbindelse med samtale med behandler i ettertid.

Ettersamtaler med involvert personell

For å reflektere over egen praksis og finne eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på i fremtiden, er det anbefalt å gjennomgå hendelsene med personalgruppen. Som et minimum anbefales det å gjennomgå tvangsmiddelbruk der det har vært brukt korttidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Gjennomgang av prosedyrer for rutinemessig gjennomgang av episoder med tvangsmiddelbruk (mekaniske tvangsmidler og brukt korttidsvirkende legemidler) inngår i klinikkens milepælsplan. Planen viser at arbeidet ikke er påbegynt, men er planlagt ferdigstilt desember 2020. Konsernrevisjonen har ikke fått tilsendt prosedyrer eller andre føringer for hvordan personellet i enhetene skal følges opp etter alvorlige situasjoner der tvangsmidler er benyttet.

Spørreundersøkelsen viste at 40 prosent av enhetsledere i regionen alltid gjennomfører ettersamtaler med involvert personell, mens ytterligere 50 prosent oppgir at de gjør dette av og til. Figur 6 viser hvor ofte enhetsledere ved SØ gjennomgår hendelser med involvert personell.

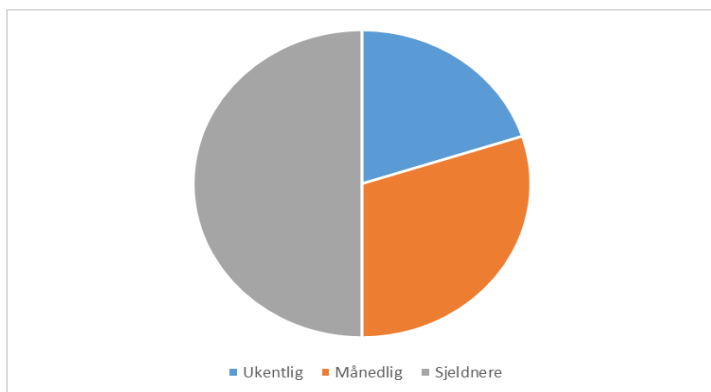


Figur 6. Hvor ofte gjennomgår du som enhetsleder den enkelte hendelse i etterkant med personalet som iverksatte tvangsmiddelet? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figur 6 viser at tilnærmet alle enhetslederne oppgir at de av og til gjennomgår hendelser med personalet som iverksatte tvangsmiddelet.

Spørreundersøkelsen viste videre at et flertall av enhetsledere i regionen oppga at tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås månedlig eller oftere med enhetens personale. I underkant av halvparten av enhetslederne oppga at tvangsmiddelbruken gjennomgås sjeldnere enn månedlig med seksjonens personale.

Figur 7 viser hvor ofte enhetsledere ved SØ gjennomgår tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale.



Figur 7. Hvor ofte gjennomgås tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figur 7 viser at et fåtall enhetsledere gjennomgår tvangsmiddelbruken ukentlig, mens halvparten gjennomgår sjeldnere enn månedlig.

Konsernrevisjonen har ikke testet etterlevelse på dette området. Seksjonene opplyser imidlertid om at de har ettersamtaler med involvert personell, men at dette kan gjøres i større utstrekning og mer rutinemessig enn hva tilfellet er i dag.

4.4.2 Vurderinger

Å bli utsatt for tvangsmidler er en opplagt og uttalt belastning for pasienten, og det er ulike oppfatninger av hva som regnes som mest skånsomt av de ulike tvangsmidlene.

Revisjonen viser at et flere av pasientene har fått tilbud om ettersamtale. Samtidig er antallet tilbud om ettersamtaler etter vår vurdering svært lite sammenlignet med antallet tvangsmiddelvedtak. Selv om det ikke vil være formålstjenlig å etterstrebe ettersamtaler etter hvert enkelt

tvangsmiddelvedtak, vurderer vi at tilbud om ettersamtale bør gis mer systematisk, og i tråd med helseforetakets egne føringer. Ved å benytte helseforetakets føringer, vil dette redusere risiko for variasjon i innhold i samtalen, tidspunkt for når ettersamtale tilbys og hvordan denne dokumenteres i journal.

Etter vår vurdering vil ettersamtaler gi økt innsikt i hvorfor situasjoner eskalerer slik at bruk av tvangsmidler blir nødvendig. Ved å innhente pasientens opplevelser og benytte disse ved eventuelle senere lignende situasjoner, kan dette bidra til både å redusere bruk av tvangsmidler.

Det er positivt at seksjonene selv vurderer behov for bedre struktur i bruk av ettersamtaler med involvert personell etter situasjoner der tvangsmidler er benyttet. Det vil være et godt utgangspunkt for dialog om egen praksis.

Samlet er vår vurdering SØ bør styrke oppfølgingen og det forebyggende arbeidet i etterkant av tvangsmiddelbruk. Økt bruk av ettersamtaler med pasienter, og diskusjoner og refleksjon blant involvert personell, vil etter vår vurdering kunne bidra til å håndtere lignende fremtidige situasjoner enda bedre.

Vedlegg 1

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Oppdrag- og bestillerdokument 2019 Sykehuset Østfold HF
Rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
Virksomhetsstrategi for 2019-2023 Sykehuset Østfold HF
Driftsrapporter Sykehuset Østfold HF
Oppfølgingsrapporter Sykehuset Østfold HF
Konsernrevisjonens Rapport 1/2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1)
Handlingsplaner /tiltaksplaner - nivå 1,2 og 3 Sykehuset Østfold HF
Mandat og milepælsplan, arbeidsgruppe Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling
Aktuelle prosedyrer - nivå, 1, 2 og 3
Referater - ledermøter Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling
Pasientjournaler, vedtaksmaler, tvangsmiddelprotokoller

Vedlegg 2

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
14.9.2020	Hege Gjessing, Administrerende direktør Sykehuset Østfold HF
14.9.2020	Irene Dahl Andersen, Kliniksjeff Psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold HF
14.9.2020	Ida Maria Mørk Snopestad, Avdelingssjef Psykiatrisk avdeling Sykehuset Østfold HF
14.9.2020	Knut-Erik Hymer, Avdelingssjef Psykiatrisk avdeling Sykehuset Østfold HF
14.9.2020	Helge Stene-Johansen, Direktør fag og utvikling Sykehuset Østfold HF
25.9.2020	Fellesmøte - vedtaksansvarlige, fagansvarlige og seksjonsledere i reviderte seksjoner

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: August-november 2020

Virksomhet: Sykehuset Østfold HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Cecilie Skule (avdelingsdirektør Psykisk helsevern og rusbehandling HSØ RHF)
- Anders Gaasland (psykiater)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sykehuset Østfold HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Østfold HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>