

Prosjekt

Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Cathrine M. Lofthus	Prosjekteier	Adm. direktør Helse Sør-Øst RHF	20.12.2018

FORORD	4
I. PROSJEKTETS NAVN OG EIER	4
II. MANDAT FOR PROSJEKTGRUPPEN: REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST	5
III. PROSJEKTETS ORGANISERING	8
1.0 INNLEDNING	10
1.1 Prosjektgruppens innledende refleksjoner	11
2.0 VEDTAKSANSVARLIG FOR §4.8 I PHVL	13
2.1 Ansvarlig for vedtak etter §4-8 – unntaksregelen	13
2.2 Begrepet «Ansvarshavende»	14
2.3 Begrepene «Akutte nødsituasjoner og umiddelbar nærhet»	14
2.4 Orientering til faglig ansvarlig	15
2.5 Effekt av ansvar	16
3.0 FRA MINDRE TIL MER INNGRIPENDE TVANG – EN TRINNVIS TILNÆRMING	17
3.1 Uomgjengelig nødvendig	17
3.2 Trinn 1	18
3.2.1 Kortvarig fastholding (§4.8d)	18
3.2.2 Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede (§4.8b)	18
3.3 Trinn 2	19
3.3.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4.8a)	19
3.3.2 Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4.8c)	19
4.0 FELLES KRITERIER FOR REGISTRERING AV TVANG OG TVANGSMIDLER I EPJ I HELSE SØR-ØST	21
4.2 Målsetting for ny registreringspraksis	21
4.3 Prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ	22
4.4 Sentralt tvangsregister	23
4.5 Lovforståelse	23
4.6 Rapportering som styringsindikator	23
5.0 TILTAK FOR REDUSERT BRUK AV TVANG ETTER PHL § 4.8	24
5.1 En vurdering av bygningsmessige forhold relatert til bruk av tvang	24
5.3 Husordensreglement («husordensregler») – unødvendig og konfliktskapende	25
5.4 Fjerning av ferdig montert belteseng	27
5.4.1 Fjerning av ferdig montert belteseng - risiko og sårbarhetsanalyse	28
5.5 Alternativer til bruk av tvangsmidler	30
5.6 Rutine for forebygging av tvang ved innleggelse og overføring	32
5.6.1 Identifisere risiko for skadelig adferd ved implementering av kartleggingsverktøy	32
5.6.2 Skade på pasient	33
5.6.3 Iverksette tiltak ut fra alvorlighetsgraden av voldsrisko	33

5.6.4 Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen	34
5.7 Ettersamtale etter situasjoner der tvang er benyttet	35
5.7.1 Tilbud og informasjon til pasienter	35
5.7.2 Tilbud og informasjon til pårørende	36
5.7.3 Vurdere når, og i hvilken form, ettersamtaler skal gjennomføres	36
5.7.4 Gjennomføring og rammer for ettersamtale	36
5.7.5 Dokumentasjon av ettersamtaler i EPJ	37
5.7.6 Opplevd tvang	37
5.8 Gjennomgang av tvangsmiddelbruk med personalet etter PHVL §4.8	37
6.0 REVISJONSGUIDE	39
6.1 Revisjonsgrunnlag	39
REFERANSER	44
VEDLEGG	46
VEDLEGG I - Mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler»	46
VEDLEGG II – Eksempel på prosedyre for registrering i EPJ	47
VEDLEGG III - Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.	49
VEDLEGG IV – Utdrag av bestemmelsene om husordensreglement (PHVL og Psykisk helsevernforskriften med kommentarer)	50
VEDLEGG V – Dynamisk kompetanseplan	51
VEDLEGG VI - Feedbackbasert kollegaveiledning (FBKV)	56
VEDLEGG VII - Bekreftende kommunikasjon	58
VEDLEGG VIII – Intervju om vold	59
VEDLEGG IX – Eksempel på skjema til ettersamtale/evalueringssamtale	61
VEDLEGG X – Gjennomgang av tvangsmiddelbruk – eksempel på skjema	63
VEDLEGG XI – Guide for gjennomgang av tvangsmiddelbruk	64

FORORD

Basert på mandat fra 30. mai 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvang i regionen. Arbeidsgruppen kommer gjennom denne rapporten med anbefalinger om hvordan dette kan gjøres. Rapporten vektlegger å fremme en felles forståelse av lov og forskrift fordi dette vil fremme en mer enhetlig praksis. Videre å tydeliggjøre lederansvaret for å sikre god kompetanse i egen organisasjon. Formålet med forslagene er å bidra til å sikre minst mulig inngripende tvang i klinisk praksis, sikre pasienters rettsikkerhet og samtidig ivareta samfunnets ansvar for aktuell pasientgruppe.

Rapporten kommer med tiltak som anbefales iverksatt for redusert og riktig bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. For at disse tiltakene skal virke etter sin hensikt, må *måten* personalet iverksetter dem på gjenspeile respekt for pasientens situasjon, kompetanse på aktivering og regulering av følelser hos seg selv og andre, samt et reflektert forhold til de problematiske sidene ved utøvelsen av tvang i helsetjenesten. Uten disse relasjonelle elementene blir tiltakene en rent instrumentell grensesetting som i seg selv kan bidra til å øke aktivering og risiko for situasjoner som fører til bruk av tvangsmidler.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, ved Arnhild Lauveng, og Helsedirektoratet har vært invitert med i prosjektet, men har ikke hatt anledning til å delta. De har fått alle innkallinger, er holdt løpende orientert og fått tilsendt saksdokumenter underveis. I oppstarten av prosjektgruppens arbeid ble mandatet gjennomgått. Ansvar for de enkelte underpunkter i mandatet ble fordelt på prosjektgruppens medlemmer. Høsten 2017 arbeidet den enkelte med sine tema mellom dagssamlingene, og foreløpige resultater ble fremlagt og drøftet i prosjektgruppen. Senere i prosessen har rapporten blitt bearbeidet i plenum.

Jeg vil gjerne presisere at ansatte vil kunne møte situasjoner hvor noen av anbefalingene som gis i denne rapporten ikke er mulig å følge. Prosjektgruppen har valgt å ikke eksemplifisere slike situasjoner, fordi virksomhetene selv må vurdere når det ikke er mulig å følge en anbefaling. Prosjektgruppen er klar over og har stor respekt for ekstremt farlige situasjoner som kan oppstå i virksomheter godkjent for tvang. Det er derfor viktig å presisere at noen av anbefalingene kan vurderes som uforsvarlige i unntakstilfeller.

Det har vært en stor glede å være prosjektleder for dette arbeidet, både fordi oppdraget har vært spennende, men ikke minst på grunn av en engasjert prosjektgruppe med mye kompetanse og bred erfaring på området. Det har også vært et stort engasjement og «drive» utenfor gruppen hvor styringsgruppe og referansegruppe har vært fremoverlent og medvirkende til å gjøre veivalg underveis. Takk til SIM-innlandet for produksjon av instruksjonsvideo og dyktige skuespillere. Takk til Marius Storvik for råd og innspill knyttet til juridiske refleksjoner rundt Psykisk helsevernloven. Takk til helseforetakene som svarte på vår henvendelse om bygg og husregler. På vegne av prosjektgruppen; takk til Helse Sør-Øst RHF for tillit og vilje til å ta et regionalt grep for riktig og redusert bruk av tvangsmidler.

Prosjektgruppens rapport er enstemmig.

Martin C. Veland (leder)

I. Prosjektets navn og eier

«Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst». Arbeidet prosjektorganiseres, og prosjekteier er administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i Helse Sør-Øst RHF.

II. Mandat for prosjektgruppen: Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

Innledning og bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern i tråd med styringskrav og nasjonale strategier. Data over tvangsbruk innen psykisk helsevern viser imidlertid at det fortsatt er uønskede variasjoner i tvangsbruk innen psykisk helsevern i regionen. I oppdragsdokument for 2017 har Helse Sør-Øst RHF mottatt klare styringsmål som tilsier at bruken av både tvangsinnleggelser og tvangstiltak skal reduseres i forhold til 2016 (Helse - og omsorgsdepartementet, 2017).

Aktuelt

Variasjonen i bruk av tvang innen psykisk helsevern er fortsatt en bekymring. I siste halvår 2016 har det vært rettet en særlig stor oppmerksomhet mot bruk av *tvangsmidler* innen psykisk helsevern og det mangelfulle tallgrunnlaget for samlet praksis i det enkelte helseforetak/sykehus. Det er derfor gjort en egen innsats med kvalitetssikring av tallgrunnlaget fra 2014/2015 og flere svakheter og utfordringer er avdekket. Noe av dette er knyttet til ulikheter i forståelse av regelverket og registreringspraksis.

Mer enhetlig forståelse av regelverk og enhetlig registreringspraksis er derfor viktige mål. Elektroniske protokoller for registrering av bruk av tvangsmidler er et viktig element for å komme videre med dette.

Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har et særlig sterkt fokus på all bruk av tvang innen psykisk helsevern, og det skal gjøres en forsterket innsats på alle nivåer i tjenesten, jfr. krav oppdragsdokument i 2017 og 2018 for Helse Sør-Øst:

- I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016 /Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017
- Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere / Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017

Det skal initieres et kvalitetsforbedringsarbeid for å redusere denne variasjonen. For å optimalisere presisjonen i kvalitetsforbedringsarbeidet vil tvangsmidler etter § 4.8 i lov om psykisk helsevern, bli behandlet særskilt i dette mandatet. Mandatet gir ikke oppdrag rettet mot institusjonstvang (tvangsinnleggelser) eller behandlingstvang. Under er en nærmere beskrivelse av hvordan arbeidet skal gjennomføres. Arbeidet skal gjennomføres i 3 trinn:

1. **Etablere felles kriterier for registrering av tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene.**
2. **Utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.**
3. **Lage en revisjonsguide og gjennomføre revisjonsrunde på alle helseforetak.**

Mandat for arbeidet

1. **Etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ**

Dersom praksis for å registrere i EPJ er komplett og ensartet, vil også NPR meldingen dekke tilstrekkelig opp de ulike sidene ved bruk av tvangsmidler.

Prosjektgruppen skal i samråd med Helsedirektoratet utarbeide en prosedyre for hvordan tvangsmidler skal registreres i EPJ. Helse Sør-Øst RHF vil deretter formidle prosedyren til helseforetakene og alle skal etter en gitt dato følge denne.

2. **Utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler**

Prosjektgruppen skal utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler. Prosjektgruppens hovedoppgave i dette er å anbefale hvilke tiltak som skal inngå i den regionale oversikten, og står også fritt til å foreslå tiltak som kan understøtte arbeidet. Den regionale oversikten vil derfor inneholde tiltak som skal implementeres, men også tiltak som er av mer anbefalende art. Følgende områder skal besvares og inngå i det regionale dokumentet:

- a. Gjøre en vurdering av de bygningsmessige forhold på hver institusjon.
- b. Prosjektgruppen bes om å gi en beskrivelse av husregler som kan være medvirkende til at pasienter opplever unødig belastning i behandlingsforløpet. Gruppen skal ta stilling til hvilke husregler som ikke kan benyttes.
- c. Prosjektgruppen bes å vurdere og beskrive mulighetene for at ferdig-monterte beltesenger ikke lenger skal være tilgjengelige i institusjoner som er godkjent for tvang. Gruppen bes om å utarbeide en «Risiko Og Sårbarhets -analyse» særskilt til dette punktet.
- d. Prosjektgruppen skal anbefale hva som bør inngå i opplæring og praktiske øvelser i et tvangsforebyggende perspektiv.
- e. Prosjektgruppen bes om å anbefale en rutine for hvilke tiltak som skal inngå ved innleggelser hvor det er økt sannsynlighet for at tvangsmidler vil kunne bli benyttet. Her inngår standardisering av voldsrisikovurderinger og hvilke tiltak som skal iverksettes ved forhøyet voldsrisiko. Det legges særlig vekt på involvering av pasienten. Prosjektgruppen skal derfor også foreslå en standardisering på hvordan fare for vold og aggresjon kan tematiseres/samtales om med pasienter.

- f. Prosjektgruppen bes om å gi anbefaling på hvordan forebygging av tvangsmidler kan implementeres i virksomhetene.
- g. Prosjektgruppen bes om å gi en anbefaling på hvordan det skal gjennomføres en etter-samtale med pasient (og eventuelt pårørende), i tilfeller hvor det er blitt benyttet tvangsmidler. En viktig del av etter-samtalen er å sikre dialog om pasientens opplevelser, samt å informere pasienten om retten til å klage til kontrollkommisjonen på gjennomførte tvangstiltak. Gruppen bes også om å gi en anbefaling på hvordan etter-samtalen dokumenteres.
- h. Prosjektgruppen bes om å gi en anbefaling på hvordan alle tvangsmiddelvedtak skal gjennomgås på enhet/avdelingsnivå. Gruppen skal også anbefale en standardisert sjekkliste som sikrer at ledelse, vedtaksansvarlig og ansvarlige for gjennomføringen av tvangsmidlene involveres i gjennomgangen.

Prosjektgruppens anbefalte sjekklister, skjema og dokumentasjonsmaler skal så langt det er mulig gjøres elektronisk tilgjengelig i DIPS for alle HF i HSØ.

3. Lage en revisjonsguide og gjennomføre revisjonsrunde på alle helseforetak

Revisjonsguide og revisjonsrunde skal gjennomføres med utgangspunkt i punktene over.

Målsettingen er å sikre at tiltakene knyttet til lik registreringspraksis og anbefalte tiltak for å redusere tvangsbruk er innførte på alle HF/Sykehus.

Organisering, ressurser, rapportering og tidsplan

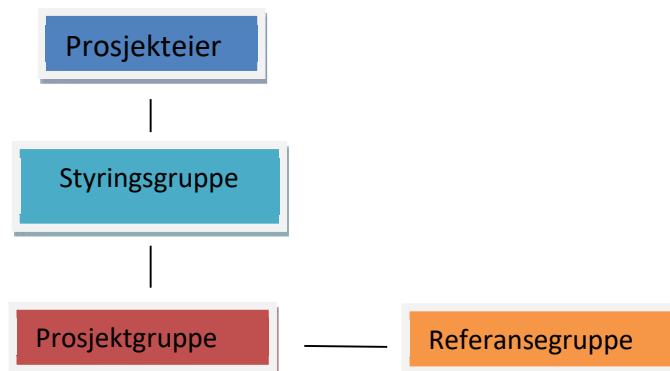
Helse Sør-Øst RHF oppnevner prosjektgruppen som er en tverrfaglig faggruppe bestående av minimum profesjonene psykiater, psykologspesialist og psykiatrisk sykepleier. Det skal være brukerrepresentasjon i arbeidet.

Arbeidet prosjektorganiseres. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier. Det opprettes en styringsgruppe som ledes av Helse Sør-Øst RHF. I tillegg skal styringsgruppen settes sammen av medlemmer av ledergruppen i Helse Sør-Øst, konserntillitsvalgte, brukerrepresentanter og representant fra klinikkledelsen i psykisk helsevern. Leder av arbeidsgruppen er sekretær i styringsgruppen.

Helse Sør-Øst RHF stiller ressurser til rådighet for arbeidet slik at leder for faggruppen kan frikjøpes i inntil 50 %. I tillegg stilles det med sekretærressurs til arbeidet. Prosjektgruppens arbeid vil følges opp av styringsgruppen og den skal rapportere til styringsgruppen.

Mandatet skal i sin helhet besvares innen 31.12.2017. Mandatet ble revidert 13.11.2017, hvor ny frist ble satt til 28.02.2018. Siste møte i styringsgruppen ble avholdt 24.10.2018.

III. Prosjektets organisering



Figur 1: Prosjektorganisering

Styringsgruppe

Adm. dir. Cathrine M. Lofthus	Helse Sør-Øst RHF
Geir Bøhler	Helse Sør-Øst RHF
Tommy Johansen	Konsernverneombud
Irene Kronkvist	Konserntillitsvalgt Unio
Gry Halvorsen	Brukerrepresentant

Det har vært 4 møter i styringsgruppen.

Prosjektgruppe

Navn	Arbeidssted
Martin Veland (leder)	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Sjur Seim (fagsjef og psykiater)	Akershus universitetssykehus
Bjørn Stensrud (spesialsykepleier, PhD)	Sykehuset Innlandet
Jan Hammer (spesialsykepleier, MSc)	Vestre Viken
Asbjørn Kolseth (sjefpsykolog)	Oslo universitetssykehus
Jytte Undrum (brukerrepresentant – regionalt fagråd psykisk helsevern i Helse Sør-Øst)	Bruker-/ pårørenderepresentant
Daniel Nguyen (spesialrådgiver, Medisin og helsefaglig analyse)	Helse Sør-Øst RHF
Ulrik Sverdrup (spesialrådgiver, Medisin og helsefaglig analyse)	Helse Sør-Øst RHF
Anne Aasen (spesialrådgiver, fag, kvalitet og pasientsikkerhet)	Helse Sør-Øst RHF
Kevin Ivanowitz (prosjektsekretariat)	Lovisenberg Diakonale Sykehus

Prosjektgruppen har hatt 11 møter av 4 - 5 timers varighet.

Oversikt over møtedatoer og deltagelse i prosjektgruppe:

	29.6	18.8	7.9	29.9	20.10	6.11	20.11	4.12	19.12	14.2	15.2
Martin Veland	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sjur Seim		x		x	x		x	x	x	x	x
Bjørn Stensrud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jan Hammer		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Asbjørn Kolseth		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Geir Bøhler	x					x					
Jytte Undrum		x	x			x	x				
Daniel Nguyen	x		x	x							
Ulrik Sverdrup	x	x		x	x						
Anne Aasen	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Kevin Ivanowitz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Referansegruppe (Klinikkledere PHV)

Øystein Kjos	Akershus universitetssykehus HF
Irene Dahl Andersen	Sykehuset Østfold HF
Gunn Gotland Bakke	Sykehuset Innlandet HF
Cecilie Skule	Diakonhjemmet Sykehus
Kirsten Hørthe	Vestre Viken HF
Finn Hall	Sykehuset i Vestfold HF
Lars Ødegård	Sykehuset Telemark HF
Oddvar Sæther	Sørlandet sykehus HF
Marit Bjartveit	Oslo universitetssykehus HF
Anne Aasen	Helse Sør-Øst RHF

Det har vært avholdt 2 møter i referansegruppen.

1.0 INNLEDNING

Arbeidet med denne rapporten tar utgangspunkt i Helse Sør-Øst sin visjon om å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Dette er særlig aktuelt i vårt oppdrag med å gi anbefalinger om felles registreringspraksis knyttet til tvang og om virkemidler for å jobbe mot riktig og redusert bruk av tvang. Anbefalingene er forankret i de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt i tillegg til helsepolitiske føringer om å fremme pasientens ressurser, medbestemmelse og autonomi.

Bruk av tvang i psykisk helsevern har i lang tid hatt helsemyndighetenes oppmerksomhet, med « redusert og riktig bruk av tvang » som overordnet føring (Helse - og omsorgsdepartementet, 2012; NOU 2011:9, 2011; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Til tross for dette har tall på omfanget av bruk av tvang vært tilnærmet uforandret, med store lokale og regionale variasjoner (Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016). Dette kan tyde på ulik lovforståelse, ulik registreringspraksis og ulike behandlingskulturer for når tvang kan benyttes. Lokale behandlingskulturer, menneskesyn i behandlingsmodeller og helsepersonells holdninger til tvang synes å ha betydning for bruk av tvang (Norvoll & Husum, 2011).

I tråd med overordnede helsepolitiske føringer har Helse Sør-Øst RHF gitt klare styringsinstrukser med målsetning om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Det er gitt detaljerte anbefalinger og tiltak i [Regional Plan «Økt frivillighet»](#), kapittel 3, for å nå dette målet (Helse Sør-Øst RHF, 2011). Ledelse og motivasjon for endring, er to helt sentrale områder og forutsetninger i planen. Fokus på harmonisering og reduksjon i bruk av tvangsmidler er et *delmål* i en overordnet, helhetlig målsetning om redusert og riktig bruk av tvang på alle aktuelle områder i psykisk helsevern, der korrekt lovforståelse og korrekte data er en del av det hele. Risiko for bruk av tvang før innleggelse, underveis i behandlingen og i etterkant av utskrivelse beskrives, og forebygging er sentralt i planen.

[Psykisk helsevernloven](#) (PHVL) § 1-2 definerer psykisk helsevern som «undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever» (Psykisk helsevernloven, 1999). Tvangsmidler er fire lovbestemte intervensjoner som anvendes med formål å forhindre skade. Som tvangsmiddel regnes:

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

(Psykisk helsevernloven, 1999)

[Psykisk helsevernforskriften](#) §25 forbyr bruk av tvangsmidler i behandlingsøyemed (Psykisk helsevernforskriften, 2011). Tvangsmidler er derfor en form for sikkerhetstiltak og oppgis ikke som del av oppdraget i psykisk helsevern. Denne rapporten omhandler bruk av tvang etter PHVL § 4-8. Lovteksten lyder:

«Tvangsmidler skal 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»

For å nå delmålet om redusert og harmonisert bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst må ledere på alle nivåer ta dette inn i sine lokale planer og styringsinstrukser, legge til rette for bruk av alternativer til tvangsmidler, og følge opp bruk av tvangsmidler i egen virksomhet¹ (Helse Sør-Øst RHF, 2011) Dette innebærer blant annet å:

- Følge med på utviklingen i omfang av bruk av tvangsmidler i egen enhet.
- Å bruke pasienters tilbakemeldinger i enhetens felles refleksjoner over egne holdninger og praksis i anvendelse av tvang.
- Å styrke personalets kompetanse i vurdering og håndtering av voldsrisiko.

1.1 Prosjektgruppens innledende refleksjoner

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) stiller spesifiserte krav til leder om å etablere et styringssystem som sikrer at enhetens virksomhet drives i tråd med [helse- og omsorgslovgivningen § 4](#) (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En av leders spesifiserte *sørge for*-oppgaver er å sikre at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet (§ 7, litra b). Dette omfatter alt personale, inklusive faglig ansvarlige for vedtak (lege/psykologspesialister) og de til enhver tid ansvarshavende i behandlingsmiljøet.

Psykisk helsevernloven (PHVL) gir hjemmel for spesifiserte enkeltvedtak som kan fattes overfor en pasient. Leder ved institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern kan gi myndighet til å fatte/være faglig ansvarlig for vedtak etter PHVL til lege- og psykologspesialister (psykiatere/spesialister i klinisk psykologi). For vedtak om bruk av tvangsmidler gjelder den samme hovedregelen om lege- eller psykologspesialist som faglig ansvarlig for vedtaket. Psykisk helsevernforskriftens § 25 åpner imidlertid for en unntaksregel der leder kan delegere myndighet til å fatte vedtak om ikke-medikamentelle tvangsmidler i akutte nødsituasjoner til ansvarshavende i behandlingsmiljøet.

Etter prosjektgruppen sin vurdering er bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler primært et sikkerhetsfaglig, og ikke et helsefaglig spørsmål (undersøkelse/ behandling/pleie og omsorg). Det dreier seg om tiltak som iverksettes for å unngå skade. Det er først og fremst personalet i behandlingsmiljøet som har den praktiske kompetansen på håndtering av sikkerhetsutfordringer i døgnenheter i psykisk helsevern. I praksis blir bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler ofte besluttet og iverksettes på bakgrunn av en akutt nødsituasjon som må håndteres umiddelbart av sikkerhetsmessige grunner, der det ikke er tid til å vente på vedtak fra lege-/psykologspesialist.

Psykisk helsevernlovens hovedregel vedrørende tvangsmidler er at disse skal iverksettes etter vedtak ved faglig ansvarlig lege-/psykologspesialist, altså vedtak først – deretter iverksettelse. Realiteten i dagens praksis er at formalisert vedtak ved faglig ansvarlig om bruk av tvangsmidler oftest fattes i etterkant av at tvangsmidlet er iverksatt. Som anført ovenfor gir unntaksbestemmelsen i psykisk helsevernforskriftens § 25 hjemmel for å delegere myndighet til å fatte vedtak om bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler til ansvarshavende i behandlingsmiljøet i akutte nødsituasjoner der umiddelbar kontakt med faglig

¹ Jfr. både Regional plan og brev av 16.01.17 «Bruk av mekaniske tvangsmidler etter psykisk helsevernloven §4.8, Helse Sør-Øst RHF», samt brev av 28.03.17 «Endringer i psykisk helsevernloven med ikrafttredelse 1.juli 2017 og 1.september 2017, Helse Sør-Øst RHF»

ansvarlige ikke er mulig. I dagens praksis er det med andre ord forskriftens unntaksbestemmelse, ikke lovens hovedbestemmelse, som oftest hjemler vedtak om bruk av tvangsmidler.

For å sikre lik praksis ved bruk av tvangsmidler i helseforetakene, og redusere uønsket og ubegrunnet variasjon, mener prosjektgruppen at det regionale helseforetaket bør innføre en felles regional prosedyre der ansvar for vedtak om bruk av tvangsmidler i akutte nødsituasjoner legges til personell som kan fatte vedtak *før* tvangsmiddelbruken iverksettes. Dette betyr at personale som *de facto* befinner seg i umiddelbar nærhet av situasjonen må ha faglig kompetanse og lederforankret myndighet til å fatte vedtak om å iverksette ikke-medikamentelle tvangsmidler i akutte nødsituasjoner. En slik prosedyre vil kunne:

- Sikre at vedtaket fattes før bruk av tvangsmiddel iverksettes
- Ivareta pasienters og medarbeideres rettsikkerhet ved at ansvaret for vedtak ikke legges til noen som ikke er tilstede
- Tydeliggjøre leders ansvar for å sikre at medarbeidere som *de facto* fatter vedtak om bruk av tvangsmidler, har den nødvendige kompetanse, og blir individuelt bemyndiget, til å fatte slike vedtak
- Tydeliggjøre *hvem* av personalet leder skal følge opp mtp. at tvangsmidler har vært i bruk

Prosjektgruppen vil kort nevne at hovedregelen i PHVL skiller seg fra andre nyere lovregler. I [forvaltningsloven](#) er ordningen at organet, og ikke personen, skal fatte vedtak. [Pasient- og brukerrettighetslovens](#) tvangshjemmel i § 4A gir myndighet til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp til den som er ansvarlig for helsehjelpen. Helse- og omsorgstjenesteloven gir ansvaret for vedtak om sikkerhetstiltak til tjenesteyteren, altså den som *de facto* er til stede og må fatte beslutninger i situasjonen. Prosjektgruppen sin videre anbefaling er innenfor gjeldende lovgivning, men innebærer at *unntaksbestemmelsen* i psykisk helsevernforskriftens § 25 vedrørende vedtak om tvangsmidler brukes som hjemmel for "hovedregel" i praksis. I det følgende redegjøres for utfordringer lovens hovedregel om faglig ansvarlig for vedtak innebærer i forhold til å kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.

2.0 VEDTAKSANSVARLIG FOR §4.8 I PHVL

Anbefalinger

- **Vilkåret for tvangsmiddelbruk er akutte nødsituasjoner.** Myndigheten til ansvarshavende må gjelde fullt ut ved bruk av unntaksregelen. Dette for at ansvaret skal ligge hos den som beslutter vedtaket og er til stede i situasjonen og ikke veksle mellom flere personer. Uten unødig opphold skal faglig ansvarlig orienteres om situasjonen og om hvilke tvangsmidler som vurderes eller tas i bruk. Den som fatter vedtak om bruk av tvangsmidler, skal dokumentere situasjon, vurderinger og tiltak i pasientens journal. Dersom vedtaksbemyndiget ansvarshavende har fattet vedtaket, skal faglig ansvarlig for vedtak dokumentere egen involvering og egne vurderinger i særskilt notat, med spesifisert referanse til vedtaksnotatet.
- *Ansvarshavende* er til enhver tid enhetsleder eller dennes stedfortreder. Ansvarshavende har delegert myndighet når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.
- *Umiddelbar nærhet* forstås som der den *akutte nødsituasjonen* oppstår.
- Prosjektgruppen anbefaler at det ikke treffes vedtak over telefon.

2.1 Ansvarlig for vedtak etter §4-8 – unntaksregelen

Hovedregelen etter PHVL § 4-8 er at vedtak fattes av faglig ansvarlig. Loven åpner imidlertid opp at det kan gjøres unntak fra hovedregelen gjennom Psykisk helsevernforskriftens § 25 annet ledd:

«Dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding.»

Bestemmelsen åpner for at ansvarshavende kan fatte vedtak. Vilkåret er at en akutt nødssituasjon gjør kontakt med faglig ansvarlig umulig. Dette siste er tvetydig. Det kan forstås som at den akutte nødssituasjonen er noe som forhindrer *kontakt* med faglig ansvarlig, eksempelvis at vedtaks-kompetansen delegeres fordi telefonnettet er nede eller at det ikke er frie personalressurser til å kontakte faglig ansvarlig. Alternativt kan forskriftsteksten forstås som at den akutte ved situasjonen gjør at en ikke kan vente med å fatte vedtak til faglig ansvarlig kan kontaktes.

Vilkåret for tvangsmiddelbruk er akutte nødsituasjoner. Utfordringen med hovedregelen er at faglig ansvarlig har hjemmevakt 2/3 av døgnet. I praksis er vedtaksansvaret da delegert til ansvarshavende ved den aktuelle enheten / avdelingen. [Ot.Prp. nr. 11](#) (1998-1999) s. 51 påpeker at «*Den faglig ansvarlige kan ikke være til stede til enhver tid for å fatte alle nødvendige vedtak. Man er derfor nødt til å ha ordninger om delegasjon ...*» (Ot.prp. nr. 11 (1998-99), 1998). Dette er formålet og bakgrunnen for delegasjons-hjemmelen. Normalsituasjonen er derfor at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig. Forarbeidene og forskriften legger opp til at *den ansvarshavende ved avdelingen* kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. I praksis er det oftest ikke mulig å følge lovens hovedregel. Prosjektgruppen mener det bør utarbeides organisatorisk forankrede strukturer som tydeliggjør kompetansekrav og myndighetsforhold for vedtak om bruk av tvangsmidler. Dette er et viktig grep for å sikre god kvalitet på håndtering og oppfølging av all bruk av tvangsmidler, både i tilfeller der bruken er hjemlet i

unntaksbestemmelsen, og i tilfellene der faglig ansvarlig for vedtak *de facto* er til stede i situasjonen og man kan følge lovens hovedregel.

2.2 Begrepet «Ansvarshavende»

Verken PHVL, Psykisk helsevernforskriften eller lovforarbeidene definerer «ansvarshavende». I [Ot.prp.nr 65 \(2005-2006\)](#) s. 54 pekes det på at det avgjørende er om kravet til faglig forsvarlighet ivaretas (Ot.prp. nr. 65 (2005-2006), 2006). Det pekes på at ansvaret for faglig forsvarlighet er et lederansvar.

Kompetansekrav til ansvarshavende for vedtak etter unntaksregelen i § 25 er ikke spesifisert i lov eller forskrift. Psykisk helsevernforskriftens § 25 gir likevel eksempler på at avdelingssykepleier (heretter kalt enhetsleder), lege eller psykolog kan være den som er *ansvarshavende*. Eksempelene oppgir profesjoner hvor én (enhetsleder) har lederposisjon i linje, men definerer ikke kompetansekravet til den enkelte. Dette henger sammen med forarbeidenes krav til faglig forsvarlighet.

Prosjektgruppen mener det er viktig at virksomhetene får en felles forståelse av hvem som kan inneha rollen som ansvarshavende og hva rollen i denne sammenheng innebærer. Ansvar i linje kan delegeres. En viktig forutsetning for rollen som ansvarshavende er at denne har en klinisk lederfunksjon og ikke en overvekt av administrative oppgaver. Hensikten er at ansvarshavende skal ha oversikt og være tilstede i det kliniske miljøet. Prosjektgruppen anbefaler at enhetsleders stedfortreder er den som er ansvarshavende på den enkelte sengepost. Dersom enhetsleder selv ikke inngår i det kliniske arbeidet/daglig klinisk drift, bør rollen som ansvarshavende delegeres til stedfortreder også når enhetsleder er tilstede.

Når enhetsleders stedfortreder anbefales, er dette begrunnet med at denne vil ha god oversikt over de pasientene som er innlagt, være tilstede i enheten og kjenne pasientsammensetning med tanke på risikobilde. Enhetsleders stedfortreder bør ha ansvar for sikkerheten gjennom å kjenne kompetansen og kapasitet/robusthet i vaktlaget. Virksomheter som ikke har organisert ansvarshavende på denne måten vil kunne oppleve usikkerhet dersom de er vant med at vakthavende lege tar ansvar for tvangstiltakene. Endringen vil derfor kreve god planlegging, opplæring, organisering og tydeliggjøring av ansvaret som følger med i rollen som ansvarshavende.

Vakthavende leger kan også være ansvarshavende, men dette bør sees opp mot begrepet «umiddelbar nærhet» og antall pasienter vakthavende lege har ansvar for. Prosjektgruppen vil peke på krav til nødvendig praktisk kompetanse hos den som skal fatte vedtak etter §4-8 a, b og d (c for lege).

2.3 Begrepene «Akutte nødsituasjoner og umiddelbar nærhet»

Bruk av tvangsmidler skal være skadeavvergende og relatert til en akutt nødsituasjon. En akutt nødsituasjon som krever tvangsmiddelbruk må kunne regnes som en situasjon som ikke gir rom for å vurdere andre alternativer. En slik situasjon kan oppstå uten forvarsel, men også etter gradvis økende truende adferd fra pasienten. I begge tilfeller er spørsmålet hvor faglig ansvarlig befinner seg, hvor lang tid faglig ansvarlig vil bruke på å komme til situasjonen, eller hvor lang tid det vil ta for å oppnå kontakt med denne.

Prosjektgruppen mener at *umiddelbar nærhet* er der den akutte nødsituasjonen oppstår. Dersom man ikke er der den akutte nødsituasjonen oppstår, er man heller ikke i *umiddelbar nærhet*. Et eksempel kan være at en pasient plutselig slår målrettet mot helsepersonell som på sin side finner det nødvendig å holde fast pasienten for å avverge/forhindre skade. I en slik situasjon må vedtak fattes umiddelbart. Dersom faglig ansvarlig ikke er tilstede, skjer dette etter unntaksregelen. I situasjoner hvor bruk av tvangsmiddel er et resultat av gradvis økende uro hvor man ikke lykkes ved hjelp av lempeligere midler, kan en slik episode utspille seg over mange timer. Når situasjonen blir akutt vil det også her være lite rom for å vurdere andre alternativer når situasjonen oppstår.

Ansaret for håndtering av potensiell og aktiv skadelig pasientadferd ligger stort sett hos miljøpersonalet, hvor det også er forventning om at kompetansen på slik håndtering skal ligge. Faglig ansvarlig er etter prosjektgruppens erfaring sjelden-del av denne håndteringen. Spørsmålet er da om det er riktig prioritering at faglig ansvarlig skal ta en større tilstedeværende rolle i situasjoner som utvikler seg gradvis over tid, for å være i umiddelbar nærhet dersom det oppstår en akutt nødsituasjon?

Som vist er tilstedeværelsen til faglig ansvarlig organisert på en måte som ikke innfrir lovens hovedregel på kveld og natt. Faglig ansvarlig kan av ulike grunner være utilgjengelig også på dagtid, og det er derfor åpenbart at det trengs en tydelig anbefaling på når, hvordan og hvorfor unntaksregelen brukes. PHVL sier ikke noe om hva som regnes som gyldig grunn for at faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Dette synes å være opp til den enkelte virksomhet å vurdere.

Prosjektgruppen ønsker å understreke viktigheten av å sikre solid kompetanse og tydelig ansvarsfordeling til den vanligst forekommende praksisen når det gjelder hvem som er ansvarlig for vedtak. Begrepene akutt nødsituasjon og umiddelbar nærhet er med på å synliggjøre dette.

2.4 Orientering til faglig ansvarlig

Der unntaksregelen benyttes, oppstiller psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd krav om at:

«... faglig ansvarlige [skal] så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.»

Selv om ansvarshavende ved bruk av unntaksregelen kan fatte vedtak, skal faglig ansvarlig i størst mulig grad kontaktes for å orienteres om situasjonen. Dersom det er rom for å kontakte faglig ansvarlig mens et tvangsmiddel pågår, skal dette gjøres. Faglig ansvarlig skal gjennom kontakten orienteres om situasjonen og hva som var de aktuelle alternativene. I den grad faglig ansvarlig skal vurdere vedtaket om bruk av tvangsmiddel / avslutning av et tvangsmiddel skal faglig ansvarlig være tilstede i situasjonen. Tilstedeværelse i situasjonen er etter prosjektgruppens syn en forutsetning for et godt nok grunnlag for å ta et standpunkt til en så alvorlig og inngripende situasjon.

Prosjektgruppen vil sterkt anbefale at vedtak *ikke* treffes over telefon og at unntaksregelen gjelder så lenge faglig ansvarlig ikke er tilstede i situasjonen. Vedtak om korttidsvirkende legemidler må treffes av lege som har kommet til situasjonen. Vedtak over telefon er etter prosjektgruppens syn svært uheldig med tanke på manglende grunnlag til å gjøre en kvalitetssikret beslutning. Prosjektgruppen mener det er

viktig at myndigheten til ansvarshavende gjelder fullt ut ved bruk av lovens unntaksregel. Formalia skal da dokumenteres av den som treffer vedtak, som deretter sendes faglig ansvarlig til informasjon og oppfølging. Dersom faglig ansvarlig kommer til en situasjon hvor det allerede er et tvangsmiddel i bruk, er det altså ikke faglig ansvarlig sitt ansvar å registrere formalia.

2.5 Effekt av ansvar

Disse anbefalingene forsøker å synliggjøre at den som reelt fatter vedtak, også er den som så langt som mulig oppretter vedtaksskjema, vedtaksdokument og således også den som står ansvarlig for redegjørelsene i etterkant. Med denne delegerte myndigheten følger også et tydeligere ansvar for å forebygge tvang, bruke tvangsmidlet riktig, kortest mulig og velge det minst inngripende tvangsmidlet som må til for å forhindre skadelig adferd fra pasienten. Det er uheldig dersom én må ta ansvar for hva den andre gjør med begrunnelse i at ansvarliggjøring av handlinger påvirker handlingene. En tydeliggjøring av ansvar for vedtak og gjennomføring av tvangsmidler vil bidra at man lettere vil kunne følge opp og oppnå hensiktsmessig ansvarliggjøring og læring. Virksomheter som er godkjent for tvang har ansvar for å sikre at vedtaksansvarlig har riktig kompetanse og holdninger med tanke på tvangsmiddelbruk. Dette gjelder alle som kan tenkes å fatte slike vedtak som enten er faglig ansvarlig eller ansvarshavende.

3.0 FRA MINDRE TIL MER INNGRIPENDE TVANG – EN TRINNVIS TILNÆRMING

Anbefalinger

- Bruk av tvangsmidler skal bare skje i akutte nødsituasjoner.
- Prosjektgruppen anbefaler en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Det underliggende prinsippet for tilnærmingen er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig*.
- Prosjektgruppen anbefaler at *uomgjengelig nødvendig* skal forstås som *når det ikke finnes andre løsninger*.

Den store variasjonen i bruk av tvangsmidler, lokalt og regionalt, gjør det vanskelig å angi spesifikke felles regionale tiltak for redusert og riktig bruk av tvangsmidler, samt opplegg for benchmarking og gjensidig læring mellom avdelinger og helseforetak. PHVL beskriver vilkårene for bruk av tvangsmidler og har en rekke presiseringer som angir når det ikke er anledning til å fatte vedtak etter §4.8. Prosjektgruppen mener at foretaksvis beskrivelser av praksis rundt tvangsmiddelbruk etter en felles mal vil kunne bidra til en mer enhetlig praksis. Virksomhetene kan da i større grad dra nytte av hverandres erfaringer.

Prosjektgruppen ønsker å bidra til å sikre en praksis der tvangsmidler ikke blir brukt utenfor akutte nødsituasjoner og viser til egne og andres erfaringer med at tvangsmidler er blitt planlagt og gjennomført uten at det har vært en pågående akutt nødsituasjon. Det finnes eksempler på at man har ventet til et vaktskiftet for å ha nok personell til å gjennomføre en beltelegging, uten at pasienten i øyeblikket var utagerende, eller at vedtak om mekaniske tvangsmidler har blitt gjennomført så raskt at man ikke har fått med seg at pasienten egentlig ønsker å samarbeide. Det er mange eksempler på at praksis rundt tvangsmiddelbruk i Norge har vært gjennomført utenfor akutte nødsituasjoner, eller etter at den akutte nødsituasjonen er over. Prosjektgruppen mener det er viktig å forhindre at bruk av tvangsmidler brukes som forebyggende tiltak.

For å sikre at bruk av tvangsmidler alltid blir det siste alternativet for å forhindre skade, anbefaler prosjektgruppen en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler, som vi mener kan bidra til en mer enhetlig praksis. Det underliggende prinsippet for tilnærmingen er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig, så skånsomt som mulig*.

3.1 Uomgjengelig nødvendig

I § 4.8 står det at tvangsmidler bare skal brukes overfor pasienter 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. Begrepet *uomgjengelig nødvendig* kan tolkes ulikt fra miljø til miljø. Forståelsen kan være avhengig av kompetanse, sammensetning av team og ferdigheter knyttet til håndtering av truende situasjoner. For en felles praksis mener prosjektgruppen *uomgjengelig nødvendig* skal forstås som: *Når det ikke finnes andre løsninger*.

3.2 Trinn 1

3.2.1 Kortvarig fastholding (§4.8d)

Prosjektgruppen anbefaler at dette tvangsmiddelet som hovedregel brukes for å få kontroll på situasjonen, for å forhindre skade og for å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler. Erfaringer viser at helsepersonell ofte oppnår samarbeid med pasienten ved kortvarig fastholding og at tvangsmiddelbruk kan opphøre etter kort tid uten behov for andre tvangsmidler. Fokus på løsningsorientert dialog i den akutte nødsituasjonen er avgjørende. Prosjektgruppen mener derfor at andre tvangsmiddelvedtak som hovedregel ikke bør fattes før man har forsøkt å løse situasjonen med kortvarig fastholding. I og med at akutte nødsituasjoner ofte krever rask handling, uten mulighet til å drøfte andre handlingsalternativer, vil vedtak om kortvarig fastholding være både fattet og iverksatt i det pasienten tas tak i.

Lov og forskrift åpner for at man ikke trenger å fatte vedtak om kortvarig fastholding dersom fastholding er et middel for å gjennomføre ett av de andre tvangsmidlene. Prosjektgruppen anbefaler å vurdere om vedtak om kortvarig fastholding likevel skal fattes i tilfeller hvor fastholding blir av en viss varighet og inngripende karakter i gjennomføringen av andre tvangsmidler. Når kortvarig fastholding brukes som et forsøk på å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler, krever det et selvstendig vedtak også når kortvarig fastholding viser seg å ikke være tilstrekkelig og etterfølges av andre tvangsmidler.

Ved bruk av kortvarig fastholding kan andre tvangsmidler vurderes dersom:

1. Pasienten ikke responderer på dialog som har til hensikt å finne en løsning slik at fastholding kan opphøre.
2. Pasienten yter sterk motstand uten å vise tegn på å kunne samarbeide. Risikoen ved å avslutte fastholding vurderes som for stor.
3. Pasienten fremsetter trusler om å skade mens han holdes.

Det er viktig at punktene over vurderes av helsepersonell som har solid kompetanse på terapeutisk og fysisk håndtering av aggressiv adferd. Selv om punktene 1-3 er tilstede kan det likevel hende at teamet av helsepersonell vurderer det som sikkerhetsmessig forsvarlig å avslutte tvangsmiddelet. Pasientens fysikk og grad av skadepotensiale vil noen ganger være avgjørende i forhold til å avslutte tvangsmiddelbruk eller ikke.

3.2.2 Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede (§4.8b)

Isolasjon som tvangsmiddel må ikke forveksles med «seclusion» som brukes som behandlingstiltak i andre land. Tvangsmidler er ikke behandling. Isolasjon vil være situasjoner med stengt dør eller døren på gløtt mellom pasient og helsepersonell på grunn av fare for skade der hensikten er å holde pasienten på rommet. Hvis personale er til stede i rommet vil ikke dette være isolasjon, men skjerming (selv om døren er låst). Dersom det eksempelvis oppstår en akutt nødsituasjon inne på pasientens rom kan personalet velge å trekke seg ut av rommet og stenge døren inn til pasienten. Når den akutte nødsituasjonen krever umiddelbar handling, uten mulighet til å drøfte andre handlingsalternativer, vil vedtak om isolasjon være både fattet og iverksatt i det døren stenges. Som første tvangsmiddeltiltak vil hensikten med isolasjon være å forhindre skade på dem som stenger/låser døren. Dette vil kunne gi anledning til å samle nok

helsepersonell til å håndtere en eventuell utagerende situasjon når døren igjen åpnes. Som ved fastholding skal vedtaket fattes og nedtegnes uavhengig av tvangsmidlets varighet.

Prosjektgruppen mener at all isolering representerer et *de facto* vedtak om bruk av tvangsmiddel og skal dokumenteres som sådan. Dette vil sikre at det ikke blir en underregistrering av stengte dører som etter loven regnes som isolasjon. Vedtaket/iverksettingen brukes for å håndtere en akutt nødsituasjon og bør oppheves så snart situasjonen ikke lenger er av en slik karakter.

Andre tvangsmidler kan vurderes dersom:

1. Pasienten forvolder stor skade på rommet han er i og ikke viser tegn til å roe seg ned.
2. Pasienten forvolder skade på seg selv.
3. Pasienten fremsetter alvorlige trusler om å påføre personskade, selv etter adekvate forsøk på dialog og deeskalerende kommunikasjon.

Psykisk helsevernforskriften § 3 bokstav g, sier at institusjonen skal sørge for at rom som tenkes brukt til § 4.8b er egnet til formålet. *Kommentar til § 3 bokstav g*, sier at rom som skal benyttes til isolasjon *bør* være lydisolert. Det materielle kravet forskriften oppgir definerer ikke hva som er akseptabel lydisolering målt i db. Prosjektgruppen mener derfor at det vil være opp til institusjonen selv å avgjøre hvilke rom som er egnet til dette formålet. Det er også viktig å bemerke at formålet er å forsvare seg mot skade og at det finnes akutte nødsituasjoner der HMS-hensyn er viktigere enn materielle krav.

3.3 Trinn 2

3.3.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4.8a)

Dersom det foreligger en akutt nødsituasjon, kan det fattes vedtak om mekaniske tvangsmidler. Vedtaket vil etter prosjektgruppens anbefaling av en trinnvis tilnærming i hovedsak være aktuelt å bruke når ett eller flere av de andre tvangsmidlene har vist seg å være utilstrekkelige for å forhindre skade. Dersom kortvarig fastholding og isolasjon brukes som beskrevet over vil dette redusere behovet for å planlegge bruk av mekaniske tvangsmidler. Det fordi vedtak om mekaniske tvangsmidler etter en slik praksis først kan iverksettes når pasienten allerede er underlagt vedtak om kortvarig fastholding eller isolasjon.

3.3.2 Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4.8c)

Bruk av korttidsvirkende legemidler skal ikke planlegges iverksatt uten at det foreligger en akutt nødsituasjon, hvor andre tvangsmidler viser seg å ikke være tilstrekkelige for å forhindre skade.

Dersom pasienten er underlagt *tvangsmidler* må vedtak om korttidsvirkende legemidler:

1. Være vurdert som en nødvendighet for å kunne avslutte tvangsmidler. Dersom pasienten eksempelvis ikke klarer å roe seg ned på egenhånd, og den akutte nødsituasjonen vedvarer i form av sterk motstand eller trusler, kan korttidsvirkende legemidler være aktuelt. Vedtaket fattes dersom det vurderes at dette vil kunne løse den akutte nødsituasjonen, slik at tvangsmidler kan avsluttes. Dette vil også kunne forkorte varigheten på øvrig tvangsmiddel som er i bruk.

Dersom pasienten er underlagt *mekaniske tvangsmidler* må vedtak om korttidsvirkende legemidler:

2. Ha til hensikt å forhindre skade på pasienten i og med at pasienten som er fiksert ikke lenger utgjør fare for andre eller materielle forhold.

Bruk av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel etter PHVL § 4.8c kan som nevnt understøtte bruk av andre tvangsmidler for raskere å avslutte disse, eller hindre eskalering fra mindre til mer inngripende tvang. Prosjektgruppen vil understreke at mange pasienter opplever bruk av korttidsvirkende legemidler som sterkt inngripende slik at vedtak må gjøres ut fra en streng vurdering med utgangspunkt i situasjon, pasientens opplevelse og alternative tilnærminger.

4.0 FELLES KRITERIER FOR REGISTRERING AV TVANG OG TVANGSMIDLER I EPJ I HELSE SØR-ØST

Anbefalinger

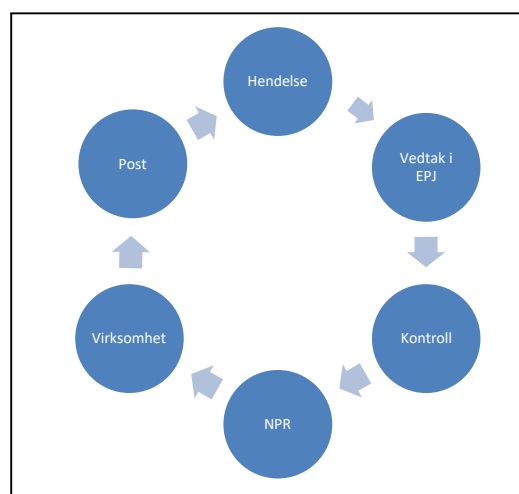
- Det etableres en felles prosedyre for registrering av tvang i Helse Sør-Øst.
- NPR oppretter rapporter om antall gjennomføringsvedtak etter underkapitlene i kapittel 4 i PHVL, inkludert vedtak om bruk av tvangsmiddel etter § 4.8 a-d. Disse tallene brukes til å kvalitetssikre klinisk praksis i enheter, avdelinger og virksomheter godkjent for bruk av tvang etter PHVL.
- Det anbefales at det opprettes egen mal/frase i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler» (eks; friere forpleining) der det er fattet vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. Sammen med den elektroniske registreringen av tvangsmiddelbruk vil dette erstatte eksisterende protokoller som fremvises for Kontrollkommisjonen.

I henhold til mandatet har prosjektgruppen utarbeidet et forslag til prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ. Det blir et oppdrag til hvert enkelt helseforetak å tilpasse prosedyren til eget malverk. Utgangspunktet var at skal NPR-meldinger og -rapporter gi representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, må det utarbeides en regional (helst: nasjonal) standard for registrering av bruk av tvangsmidler i EPJ. Standarden må implementeres i alle helseforetak. Forslaget representerer prosjektgruppen sitt syn. I tillegg til saksbehandling i styringsgruppen / Helse Sør-Øst RHF vil prosedyren måtte forankres i Helsedirektoratet.

4.2 Målsetting for ny registreringspraksis

Frem til i dag har det vært vanskelig å skaffe en god oversikt over tvangsbruk ved de ulike helseforetakene. Reduksjon av tvang er avhengig av god registrering av parametere som det er bred enighet om, god registrering må være enkel å utføre, og det må være enkelt å ta ut rapporter og aggregerte data. Dobbeltregistrering må unngås, papir-protokoller må utgå og registreringen må foregå tilknyttet elektronisk pasientjournal.

Alle avdelinger som er godkjent for tvang må rapportere jevnlig (månedlig eller kvartalsvis) om antall vedtak og varighet av vedtak etter § 4-8, a-d. Rapportene må ledelsesforankres i linjen som en del av den faglige ledelsen fra avdelinger til klinikk til sykehus og til Helse Sør-Øst RHF. Det vil si å inngå i en feedbacksløyfe hvor avdelingene både ser utviklingen over tid ved egen enhet og får informasjon om andre avdelinger og



Figur: Læringsløype

foretak for sammenligning. Regional plan «Økt frivillighet» (2011) fremhever blant annet korrekte data og sier:

Korrekte data og fokus på hele pasientforløpet:

- *Korrekte data er nødvendig når man skal vurdere tiltak og diskutere behovet for endring.*
- *Dataene må også være lett tilgjengelige – ”ett tastetrykk unna”*
- *Det skal derfor legges til rette for dette på flere nivåer, noe som også innebærer at alle data skal være elektroniske.*

Videre er følgende relevant og hentet fra samme plan:

Ledelse

Anbefaling og tiltak

- *Helse Sør- Øst RHF følger opp relevante tall relatert til bruk av tvang og de respektive planer i styringsdialogen med ledere for klinikker psykisk helsevern /foretak/divisjoner og ledelsen i helseforetakene/sykehusene gjør det samme med sine ledere.*
- *Helse Sør- Øst RHF bistår helseforetakene i å få korrekte data.*

Helse Sør- Øst RHF publiserer relevante data, tall for bruk av tvang og vellykkede prosjekter på eget nettsted/egen nettside.

Prosjektgruppen mener at en tilsvarende registrering og feedbacksløyfe også må opprettes mellom Kontrollkommisjonene og Helsedirektoratet.

4.3 Prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ

Tidligere har det vært et problem at ulike foretak ikke har kunnet legge frem sine tvangstall på en enkel og automatisert måte. For eksempel har noen foretak vært avhengig av manuell telling av tvangsprotokoller. Tallene som blir rapportert til NPR og videre til Helse Sør-Øst RHF har derfor hatt variabel kvalitet og sammenlikning har vært vanskelig.

Prosjektgruppen anbefaler at registreringen foregår så likt som mulig i alle foretak og foreslår følgende arbeidsflyt i registreringen av § 4-8 vedtak:

- Vedtaksansvarlig skriver et vedtaksnotat umiddelbart etter en hendelse som har ført til bruk av tvangsmiddel.
- Samtidig oppretter vedtaksansvarlig et standardisert vedtaksskjema som kodes. Vedtaksansvarlig registrer vedtaket i EPJ. Deretter sendes vedtaket automatisk til kodeansvarlig i administrativ stab/kontor for en kvalitetskontroll.
- Ved beslutning om opphør av vedtatt tvangsmiddel skriver den ansvarlige for beslutning om opphør eget notat om dette og registrerer opphør i EPJ. Registreringen går automatisk til administrativ stab/kontor, se punkt ovenfor.
- Kodeansvarlig ved kontor har ansvar for å kvalitetssikre at alle vedtakene er registrert i EPJ og for at alle registreringer så rapporteres til NPR.

Når et vedtak er iverksatt, skal det videre forløpet fortløpende observeres med tanke på pasientens status og mulighet for opphør av tvangsmiddel, eller bruk av lempeligere midler. Spesielt vil dette gjelde ved bruk av mekaniske tvangsmidler. For å sikre lett tilgjengelig og god registrering av opplysningene

anbefaler prosjektgruppen at det innføres en egen mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler» som oppdateres av ansvarshavende på hvert vaktskift, se vedlegg II.

4.4 Sentralt tvangsregister

NPR leverer i dag rapporter om antall vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern (tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern) for hvert foretak. NPR har formidlet at de kan ha tilsvarende rapporter om antall gjennomføringsvedtak etter de fleste underkapitlene i kapittel 4 i PHVL, inkludert vedtak om bruk av tvangsmiddel etter § 4.8 a-d. De vil også kunne skille mellom antall vedtak og antall unike personer med vedtak. Dette vil være rapporter på foretaksnivå. De enkelte enheter og avdelinger må fortsatt utarbeide egne rapporter for intern styring og revisjon.

Foreløpig mangler rapportene som foretakene utarbeider om varighet av tvangsmiddelet. Prosjektgruppen mener at etablering av elektroniske rapporter på tvangsmidler er nødvendig for å sikre gode og lett tilgjengelige tall på varighet av bruk av tvangsmidler.

4.5 Lovforståelse

Ulikheter i rapporterte tvangstall vil lett kunne føre til en diskusjon om lovforståelse. Reflekterer tallene ulik tvangsbruk, eller kan de forklares med ulik forståelse av hvilken praksis som krever et vedtak? For eksempel, når går fysisk føring og rettledning av en pasient over til å bli en tvangssituasjon som krever et vedtak om fastholding? Prosjektgruppen mener at rapportering om bruk av tvangsmidler slik det skisseres i denne rapporten vil bidra til en kalibrering av lovforståelse og vedtakspraksis mellom foretak og avdelinger på sikt. Prosjektgruppen mener også at de tiltak som her foreslås innført for å redusere bruk av tvangsmidler, vil bidra til en mer ensartet praksis i bruk av lempeligere midler for å forebygge tvang, og i neste omgang en mer ensartet vedtakspraksis.

4.6 Rapportering som styringsindikator

I dag rapporterer helseforetakene på antall pasienter med minst ett tvangsmiddel vedtak pr 10 000 innbygger. Denne rapporteringen differensierer ikke mellom hvilket av de fire tvangsmidlene etter §4.8 som er brukt. I dagens rapportering telles tvangsmiddelvedtak uavhengig av om det er kortvarig fastholding eller mekaniske tvangsmidler. Prosjektgruppen anbefaler Helse Sør-Øst RHF å innhente rapporter som angir forekomst på det enkelte tvangsmiddelvedtak, slik at en fremstilling i offentlige data kan avdekke i hvilken grad de ulike tvangsmidlene brukes og følge utviklingen.

5.0 TILTAK FOR REDUSERT BRUK AV TVANG ETTER PHL § 4.8

5.1 En vurdering av bygningsmessige forhold relatert til bruk av tvang

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at det enkelte helseforetak foretar en intern gjennomgang av de bygningsmessige forholdene ved enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, med listen over viktige bygningsmessige forhold i arbeidsnotatet fra Sykehusbygg HF som referanse.

Sammenhenger mellom utforming av sykehusbygg og pasientforløp som forskningsfelt har historikk tilbake til 1980-tallet da det ble publisert en artikkel om hvordan bygningsrelaterte forhold kunne påvirke postoperativ rekonvalesenstid og behov for smertestillende medikasjon (Ulrich, 1984). Det er vanskeligere å finne robust evidens for slike sammenhenger på feltet *evidence-based design* (Lundin, 2015; Papoulias, Csipke, Rose, McKellar, & Wykes, 2014). I hovedsak er det imidlertid *konsensus* om en rekke forhold. Disse er oppsummert i et internt arbeidsnotat som prosjektgruppen har fått fra Sykehusbygg HF (Reinaas, Ingdal, Vassenden, & 2017): Enerom med eget wc/bad; gode plassforhold med brede korridorer og romslige oppholdsrom; oversiktlige lokaler; tilrettelagte arealer for å kunne trekke seg tilbake/«skjerme» seg selv; tilrettelagte arealer for aktivitet som kan bidra til at pasienten samler og stabiliserer seg; døgnrytmestyring av lys/filtrering av blått lys; god akustikk, lite støy og forutsigbart lydbilde; utsikt og tilgang til natur; estetisk tiltalende omgivelser - herunder godt vedlikeholdte bygninger og inventar med et helhetsinntrykk som signaliserer «normalitet».

Prosjektgruppen har sendt forespørsel til de ti helseforetakene i Helse Sør-Øst om hvordan de selv vurderer kvaliteten på sine bygningsmessige rammer for døgnenheter godkjent for tvang i psykisk helsevern. Så vidt prosjektgruppen har kunnet bringe på det rene, finnes det ikke noe etablert instrument for kartlegging og vurdering av slike forhold. Prosjektgruppen har derfor laget et *ad hoc* spørreskjema basert på de materielle forskriftskravene til institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, og bedt foretakene karakterisere de bygningsmessige forholdene som henholdsvis *Gode*, *Mindre gode*, eller *Ikke tilfredsstillende* på hvert av de åtte punktene i Psykisk helsevernforskriften § 3 *Materielle krav*, se vedlegg II. De fleste foretakene vurderer sine bygningsmessige forhold totalt sett som gode. Når man konverterer de kvalitative vurderingene fra døgnenheter for voksne til tall, er det en tendens i tallene til sammenheng mellom mindre tilfredsstillende bygningsmessige forhold og mer omfattende bruk av tvangsmidler (2016-tall fra helsenorge.no). Det er imidlertid også eksempler på betydelige forskjeller i omfanget av bruk av tvangsmidler ved enheter som er vurdert bygningsmessig nokså likeverdige.

Slik prosjektgruppen vurderer svarene fra spørreundersøkingen, kan bygningsrelaterte forhold i noen tilfeller bidra til tvangsmiddelbruk som kanskje ville vært unngått i mer hensiktsmessige lokaler.

5.3 Husordensreglement («husordensregler») – unødvendig og konfliktskapende

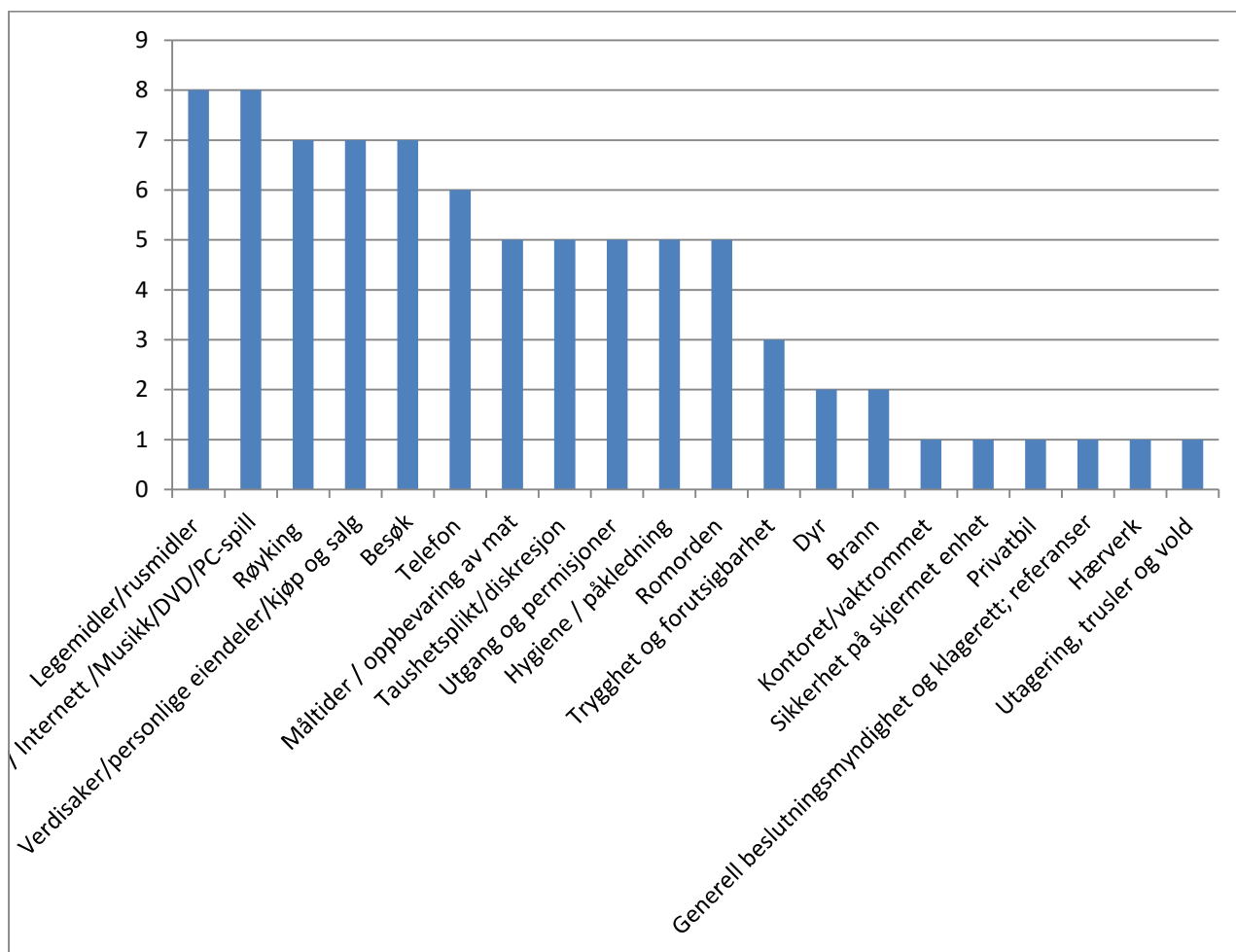
Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at aktuelle enheter i helseforetakene gjennomgår sine respektive husordens-reglement med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, Vern om personlig integritet. Generelt mener prosjektgruppen at husordensregler bør utarbeides i samarbeid med brukere og pårørende med målsetningen *så få som mulig – så mange som nødvendig*.

Psykisk helsevernlovens kapittel 4, Gjennomføring av psykisk helsevern, § 4.2 Vern om personlig integritet, syvende ledd, gir hjemmel for å etablere husordensreglement for institusjoner for psykisk helsevern. Det er ikke utarbeidet forskrift for husordensreglementer, men Helsedirektoratets kommentarutgave av loven gir føringer for avgrensning av hva institusjonene har anledning til å regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonen for den enkelte institusjon fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser, se vedlegg IV, utdrag av bestemmelsene om husordensreglement.

Prosjektgruppen kan vise til erfaringer hvor husregler har medført unødig frustrasjon hos pasienter, hvor regelen i seg selv gir mer ubehag enn nytte. Eksempelvis kan en husregel som sier at det ikke er lov å sove i fellesmiljøet skape unødig ubehag og muligens også konflikt dersom denne regelen skal følges til punkt og prikke. Dersom en stresset og agitert person med mye motorisk uro endelig finner roen og sovner i fellesmiljøet, mener prosjektgruppen at det noen ganger er viktigere at personen får sove enn at han/hun vekkes for å håndheve reglementet. I motsatt fall vil en streng håndheving av husregelen bety at personen vekkes og henvises til rommet, som igjen kan utløse en konfliktsituasjon. Et annet eksempel er begrensning på røyk og røyketider. Her finnes mange eksempler på at husregler er mer krevende å håndheve, enn nytteverdien regelen har i et behandlingsmiljø. Dersom en pasient vanligvis tar seg en røyk midt på natten for så å legge seg igjen, vil en begrensning på dette kunne medføre mye frustrasjon. Dersom de som er ansvarlige for behandlingsmiljøet håndhever husregelen på en streng måte vil dette kunne medføre meningsløse diskusjoner og forhandlinger om røyk. Alternativet kunne vært at pasienten gikk og tok seg røyken sin, og gikk og la seg igjen som han pleier. Et ganske vanlig argument for en slik husregel er at pasientene ikke skal holde seg våkne av ubegrenset røyking. Prosjektgruppen er ikke uenig i dette, men anbefaler heller en konstruktiv terapeutisk dialog rundt dette fremfor å gjøre begrensning på røyk til en husregel.

I henvendelsen til de ti helseforetakene i Helse Sør-Øst med spørsmål om vurdering av bygningsrelaterte forhold, ba prosjektgruppen om å få tilsendt eventuelle husordensregler. Noen enheter hadde husordensregler som særskilte dokumenter, andre hadde husordensliknende punkter integrert i en mer omfattende informasjonsbrosjyre gitt til pasientene i forbindelse med innleggelse i enheten. Med utgangspunkt i husordensreglement/informasjonsbrosjyrer fra åtte lukkede døgnenheter i psykisk helsevern har prosjektgruppen satt opp en liste over hvilke områder foretakene har valgt å regulere ved interne bestemmelser. Diagrammet nedenfor viser hvilke av disse områdene som er felles for de fleste husordensreglementene.



Skjønnsmessig kan innholdet i husordensreglementene grupperes i tre kategorier: 1) Ren informasjon; 2) Henstillinger om å vise vanlig folkeskikk og ta alminnelig hensyn til (hver)andre; og 3) Prosedyrelignende regler som er ment å ivareta sikkerhet for pasienter og personale, men som i noen tilfeller synes å være mer inngripende enn det loven gir hjemmel for etter Helsedirektoratets vurdering.

Prosjektgruppen anbefaler at aktuelle enheter i helseforetakene gjennomgår sine respektive husordensreglement med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til *Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, Vern om personlig integritet*. Erfaringskompetanse bør være representert ved denne gjennomgangen. Som hovedregel anbefaler prosjektgruppen at husordensreglement redigeres inn i et bredere anlagt informasjonsmateriell som kan deles ut individuelt og gjennomgås både med pasienter og pårørende ved innleggelse. Gjennomgangen av husordensreglementet på systemnivå bør gjennomføres som en verdi- og holdningsskapende prosess som bidrar til bevissthet og refleksjon hos personalet om verdier og holdninger knyttet til forvaltning og håndheving av regler, og i forlengelsen av dette forvaltning av tvang og tvangstiltak.

Generelt mener prosjektgruppen at husordensregler bør utarbeides med målsetningen *så få som mulig – så mange som nødvendig*.

5.4 Fjerning av ferdig montert belteseng

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at institusjoner godkjent for bruk av tvang ikke har ferdig monterte beltesenger.

Hvis vurderingen i en akutt nødsituasjon tilsier at mekaniske tvangsmidler skal benyttes, anbefaler prosjektgruppen at det benyttes mekaniske tvangsmidler av typen kombinasjonsbelter, belter som både kan brukes på stedet/i situasjonen, til forflytning av pasient og som kan kobles til seng uten at pasienten løses/overføres til annen type belter. Akuttsituasjoner kan oppstå hvor som helst i en enhet. Ved å benytte kombinasjonsbelter i situasjonen reduseres faren for nye risikosituasjoner under forflytning av pasienten til pasientrom/egnet område i enheten for videre oppfølging:

1. Pasienten fastholdes, legges eventuelt ned på gulvet
2. Pasienten påføres kombinasjonsbelter «på stedet»
3. Pasienten føres til egnet sted for videre oppfølging

Når pasienten er fiksert på alle ekstremiteter er situasjonen under kontroll, og montering av belter til seng er ikke tidskritisk. Medfølgende demonstrasjonsvideo viser hvordan beltelegging etter denne beskrivelsen kan gjennomføres på en trygg måte i praksis (<https://vimeo.com/271474261>).

Anbefalingen er begrunnet i at tilgjengelighet på ferdig montert belteseng kan føre til en lavere terskel for bruk av mekaniske tvangsmidler. Dessuten kan pasienter oppfatte ferdig monterte beltesenger som en form for «trussel», noe som kan øke opplevelsen av tvang. Selv om beltesengen ikke er en synlig del av enhetens bygningsmessige miljø, vil pasienter med tidligere erfaring fra å ligge i belter vite at beltesengen er der og at den kan bli tatt i bruk.

Til grunn for prosjektgruppens anbefaling om fjerning av ferdig montert belteseng ligger den trinnvise modellen fra mindre inngripende tvang til mer inngripende tvang. Videre at medarbeideres faglige fokus skal ligge på forebygging av situasjoner som kan føre til bruk av mekaniske tvangsmidler. Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å arbeide for å finne andre og mindre inngripende løsninger. Prosjektgruppen viser til erfaringer ved Lovisenberg Diakonale Sykehus der alternativer til mekaniske tvangsmidler har ført til reduksjon i bruk av tvangsmidler, uten at det har resultert i økt sykefravær, flere pasient- eller personskader. Samtidig er det viktig fortsatt å monitorere uønskede hendelser i form av skader på pasienter og/eller helsepersonell etter endring. Mange risikosituasjoner springer ut fra konflikter rundt medisiner, tilbakeholdelse og grensesetting. Erfaringer viser at ved å planlegge sammen med pasient og holde oppmerksomhet på disse situasjonene hele veien oppnår en ofte bedre relasjon og allianse med pasienten. Den foreslåtte innstramningen i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng med vekt på dialog med pasienter i risikosituasjoner basert på samtale og kartlegging av voldsrisiko. Prosjektgruppen mener det må være et krav at medarbeidere gis veiledning og opplæring på forebyggende tiltak, deeskalerende tiltak og prosedyrer for konflikthåndtering:

- Medarbeidere må både trene på å forebygge bruk av tvangsmidler og vedlikeholde praktiske ferdigheter på å håndtere situasjoner hvor tvangsmidler er uomgjengelig nødvendig.

- For å unngå feilmontering av sengebelter i en akuttsituasjon er det av stor betydning at det trenes regelmessig på hvordan belter festes til seng.
- Det er viktig å vedlikeholde kompetanse og rutiner for hvordan medpasienter skal ivaretas når personalet er opptatt med håndtering av utagering og montering av belteseng.
- Dette inkluderer også rutiner for hvor pasienten skal fikseres i seng, slik at man minimerer sjenanse både for pasienten selv og for medpasienter. Det er viktig at slike spørsmål er gjennomtenkt og avklart, slik at man unngår interne diskusjoner som kan bidra til utrygghet i enheten under pågående utageringshendelser.

5.4.1 Fjerning av ferdig montert belteseng - risiko og sårbarhetsanalyse

Prosjektgruppen er gjort kjent med argumenter for å ha ferdig monterte beltesenger fra behandlingsenheter som behandler pasienter med forhøyet risiko for å utøve vold. Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjort med utgangspunkt i overgang fra «gammel» til «ny» modell for bruk av mekaniske tvangsmidler.

Risikoområde 1

Gammel: Forflytning av pasient uten belter fra akuttsituasjon til rom med ferdig montert belteseng medfører økt risiko for pasient- og personalskade (1a). Ved bruk av transportbelter minskes risiko, men økt risiko for skade ved overføring fra transportbelte til ferdig monterte sengebelter (1b).

Ny: Ved bruk av kombinasjonsbelter minimeres risiko da pasienten holdes fiksert i hele prosessen (1c).

Risikoområde 2

Gammel: Tid på å rigge beltesengen kan flytte fokus og oppmerksomhet fra kjerneoppgavene i situasjonen, som er å trygge alle involverte og redusere potensiell fare for skade (2a).

Ny: Det er viktig at man ikke har oppmerksomhet på beltesengen før pasienten er under kontroll, altså når alle ekstremitetene er festet til beltesettet. Først da kan man avse ressurser til å montere sengen. Det trengs da ikke lenger like mye ressurser for å opprettholde kontroll, det tar beltene seg av (2b).

Risikoområde 3

Gammel: Helsepersonell vil kunne oppleve økt utrygghet ved at de må rigge beltesengen før den kan tas i bruk (3a).

Ny: Regelmessig trening på montering av belteseng og praktisk trening på ny arbeidsprosess vil motvirke denne utryggheten (3b).

Risikoområde 4

Gammel: Enheter som i dag har ferdig monterte beltesenger har disse på tilrettelagt areal i enheten.

Fiksering i seng på pasientrom vil ikke skjerme medpasienter godt nok mot lyd / utrop / høylytte verbale utsagn. Det kan være til sjenanse og skape utrygghet hos både pasienten selv og medpasienter (4a).

Ny: Anbefalingen tar utgangspunkt i fjerning av ferdig montert belteseng og er ikke til hinder for at enheter kan tilrettelegge areal etter arbeidsoppgaver. Hensikten er å ivareta helse, miljø og sikkerhet for de involverte i akuttsituasjonen først, for så å bringe pasienten til egnet sted i enheten (4b).

Risikoområde 5

Gammel: Enheter som i dag har ferdig monterte beltesenger har ofte spesialsenger som er fastmontert til underlaget. Det er risiko for at senger som ikke er fastmontert til underlaget, kan velte under episodene med store fysiske utfall/motstand i seng (5a).

Ny: Anbefalingen tar utgangspunkt i fjerning av ferdig montert belteseng og er ikke til hinder for at enheter kan ha senger fastmontert til underlaget. Hensikten er å ivareta helse, miljø og sikkerhet for de involverte i akuttsituasjonen først, for så å bringe pasienten til egnet sted i enheten (5b).

Risikoområde 6

Gammel: Andre pasienter kan komme til å blande seg inn i situasjonen dersom situasjonen håndteres i miljøet (6a).

Ny: Dette vil være situasjonen ved bruk av begge typer mekaniske tvangsmidler. Ved bruk av kombinasjonsbelter minskes denne risikoen da en tar kontroll over pasienten som utagerer og frigjør ressurser til å håndtere omgivelsenes reaksjoner (6b).

Områder/ konsekvens	Ufarlig	En viss fare	Farlig	Kritisk	Katastrofal
Svært sannsynlig					
Meget sannsynlig		6A ↓	1A 2A 3A ↓ ↓ ↓		
Sannsynlig		4A ↓ 4B ↓	1B ↓		
Mindre sannsynlig		6B ↓	1C ↓ 2B 3B ↓ ↓ ↓		
Lite sannsynlig			5A ↓ 5B ↓		

Risikomatrise viser vurdert endring i ROS-analyse mellom gammel og ny intervensjon. Vurderingen er generell og kan brukes som utgangspunkt for lokale vurderinger

5.5 Alternativer til bruk av tvangsmidler

Anbefalinger

- Prosjektgruppen anbefaler at simuleringstrening benyttes for å trene både på deeskalering og håndtering av aggresjon og vold, men også i å øve seg på samtaler, herunder kartlegging av voldsrisiko, ettersamtaler ved tvangsmiddelbruk og gjennomgang av tvangssituasjoner med personalet.
- Prosjektgruppen anbefaler at enhetsleder regelmessig (minst halvårig) følger opp den enkelte medarbeiderens holdningsarbeid og kompetanse, fortrinnsvis ved bruk av dynamisk kompetanseplan.
- Prosjektgruppen anbefaler at enheter godkjent for psykisk helsevern har en linjeforankret plan på alle ledernivåer for sikring av kompetanse på vurdering og håndtering av voldsrisiko/vold.
- Prosjektgruppen anbefaler regelmessig undervisning knyttet til temaet tvang og tvangsmidler.

For målsetningen om redusert og riktig bruk av tvangsmidler er både organisatoriske og holdningsskapende tiltak viktige (Hatling, 2013; Huckshorn, 2004). Organisatoriske forhold og tiltak vil påvirke behandlingskultur og bidra til å fremme holdninger hos den enkelte, som er i tråd med helselovgivningens føringer om respekt for pasientenes integritet, autonomi og rett til likeverdig medvirkning i egen behandling. De organisatoriske forholdene omfatter

- Tydeliggjøring av virksomhetens verdier
- Linjeforankret fokus på redusert og riktig bruk av tvang/tvangsmidler på alle ledernivåer
- Klare ansvarslinjer i forvaltningen av tvangsutøvelse
- Monitorering av enhetenes egen praksis med regelmessige tilbakemeldinger til det kliniske personale
- Sikring av personalets kompetanse gjennom definerte strukturer for veiledning og refleksjon

Dette kapitlet viser tiltak på strukturelle, kompetansehevende- og vedlikeholdende områder i klinisk praksis som har vist seg nyttige i arbeidet med forebygging og reduksjon i bruk av tvangsmidler (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012; Dahm et al., 2017; Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2009; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). En vellykket implementering av endret praksis med målsetting om reduksjon i bruk av tvangsmidler vil avhenge av flere forhold. Sentralt er særlig alternative, frivillige intervensjoner og personalets forståelse av disse. Implementering av nye handlingsmønstre krever at endringene oppleves meningsfulle av medarbeidere og skjer innenfor en ramme som ivaretar pasientens behandlingsbehov og personalets behov for sikkerhet. Behandlingskulturer må derfor utfordres gjennom kunnskapsbaserte alternativer og erfaringsbasert kunnskap i dialog mellom brukere, pårørende, ledere og alt personell med direkte pasientkontakt.

Sentrale tiltak, inkludert oppfølging og evaluering av disse, vil være:

- Systematisk voldsrisikovurdering- og håndtering
- Kontinuerlig opplæring og veiledning av helsepersonell
- Validerte kommunikasjonsferdigheter

- Strategier for både å deeskalere og kunne håndtere potensielt farlige situasjoner
- Intervensjoner som utvikler pasientenes og personalets evne til emosjonsregulering
- Opplæring og veiledning bør inkludere både teori og praktiske øvelser (eksempelvis simuleringstrening)

En linjeforankret plan bør operasjonaliseres gjennom strukturer på et overordnet nivå som omhandler undervisning og prioritering av faglig arbeid. Alle enheter som utøver tvang skal ha faglig, praksisorientert veiledning og refleksjon. Ledelsen må legge til rette for å følge opp dette. Enheten må sikre mestringsopplevelse hos medarbeiderne gjennom blant annet opplæring, veiledning, trening (rollespill med feedback, simuleringstrening), videreutdanning og kurs. Leder bør sikre regelmessig evaluering av medarbeiderne i forhold til hvordan kompetansen omsettes i praksis i det kliniske arbeidet. På bakgrunn av erfaringen fra Vestre Viken anbefales at en slik evaluering gjøres ved bruk av dynamisk kompetanseplan, vedlegg IV. Evalueringssamtaler bør gjennomføres minst halvårlig.

Voldsrisikovurdering er nærmere beskrevet i kapittel 5.6. Voldsrisikohåndtering har et særlig fokus på forebyggende og deeskalerende strategier som kan redusere forekomst av voldshandlinger og tvangsepisoder, se for eksempel [Early recognition method](#) (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjorkly, & Grypdonck, 2010) og [Safewards](#) (Berring & Bak, 2015; Bowers, 2014). Prosjektgruppen vil understreke at en god relasjon mellom pasient og personale er like betydningsfull i samarbeid med pasienter som har forhøyet voldsrisiko som i alle andre pasientrelasjoner. Det er derfor viktig å fremme god dialog med pasienter om både håndtering av voldsrisiko og behandlingssamarbeidet mer generelt. For tiden foregår det et nasjonalt prosjekt (MAP, møte med aggresjon og vold i psykisk helsevern), som skal utarbeide en opplæringsmanual for instruktører i voldsrisikohåndtering innen utgangen av 2018.

Temaer i undervisningen om tvang/bruk av tvangsmidler bør omhandle lovverk; grunnleggende holdningsarbeid og anerkjennende kommunikasjonsformer; kunnskap om både aggresjonsforståelse, emosjonsregulering, psykiske lidelser og miljøterapi; brukerperspektivet og opplevd tvang; pårørendeperspektivet; og alternativer til tvangsmidler. Det anbefales etablering av undervisningsgrupper etter modell av for eksempel det tidligere [BAT-prosjektet](#) (brukerorienterte alternativer til tvang i psykisk helsevern) (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). Undervisning i form av undervisningsserier eller fagdager var her ansett som viktig for å endre både kulturen i enhetene og personalets holdninger i en mer anerkjennende og medvirkende retning.

Fremgangsmåte for defusing og debriefing er beskrevet i [fagprosedyre Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern](#) (Helse Bergen, 2017). Det er spesielt viktig at personalet ivaretas og får mulighet til å ta opp egne følelsesmessige reaksjoner. Defusing bør gjennomføres etter hver situasjon som har ført til bruk av tvangsmidler. Alt personale som har vært på jobb skal inkluderes, og situasjonen skal følges opp av leder snarest mulig. Det er også mulig å bruke defusing uten at det nødvendigvis har skjedd en tvangsepisode. Det er like viktig å snakke om og lære av situasjoner hvor man har klart å forebygge en potensiell tvangsepisode. Debriefing er en strukturert gruppesamtale med varighet fra 1 - 1,5 timer, som gjennomføres 2-3 dager etter tvangsepisoden. Samtalen bør ledes av en person som ikke var direkte involvert i hendelsen og har erfaring med debriefingsamtaler (Helse Bergen, 2017).

[Etisk refleksjon](#) er en spesiell form for kritisk refleksjon hvor verdimeslige begrunnelser er sentrale, herunder hvordan organisasjonens verdier skal omsettes i klinisk praksis (Børslett, Heilmann, Lillemoen, & Pedersen, 2011). Etiske refleksjonsgrupper kan bidra til økt bevissthet om hvordan en kan bruke tvang og tvangsmidler på en mer etisk forsvarlig måte (Molewijk, Verkerk, Milius, & Widdershoven, 2008; Weidema, Molewijk, Kamsteeg, & Widdershoven, 2013). Bevisstheten som skapes gir et bedre grunnlag for det man gjør fremover.

Veiledning bør være et krav i alle enheter som bruker tvang. Prosjektgruppen anbefaler at slik veiledning gjennomføres i form av simuleringstrening, for å øke læringseffekten og sikre overføring fra trening til klinisk praksis. Erfaringen viser at det er essensielt at alle yrkesgrupper deltar i veiledning og trening, både for å skape fellesforståelse og kontinuitet, men også for å sikre felles eierskap til arbeidet (Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller, & Heggdal, 2016). Feedbackbasert kollegaveiledning kan være et nyttig alternativ eller supplement til simuleringstrening, se vedlegg VI.

Medarbeiderne må være bevisste på eget kroppsspråk, tonefall, ordvalg og egne emosjonelle reaksjoner i situasjonen. Prosjektgruppen anbefaler derfor å bruke [simuleringstrening](#) til å øve både på pasientsamtaler og fysisk trening (Moldal, 2016). Eksempler på samtaler er voldsrisikokartlegging, intervju om vold, ettersamtaler med pasient og pårørende og gjennomgang av § 4.8 vedtak. Eksempler på trening er fysisk håndtering av voldsepisoder (nedlegging, fastholding, sette på belter m.m.), men også deeskalering av situasjoner med høy emosjonell aktivering, for eksempel ved bruk av bekreftende kommunikasjon, se vedlegg VII.

5.6 Rutine for forebygging av tvang ved innleggelse og overføring

Anbefalinger

- Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen ved å undersøke pasientens erfaringer med vold, og fremtidige risikosituasjoner.
- Prosjektgruppen anbefaler bruk av systematisk voldsrisikovurdering.
- Prosjektgruppen anbefaler at voldsrisiko som vurderes til moderat eller høy risiko etter V-risk 10, kontinueres i en mer utfyllende voldsrisikovurdering innen 48 timer.

5.6.1 Identifisere risiko for skadelig adferd ved implementering av kartleggingsverktøy

V-risk 10 er eksempel på et verktøy som kan bidra til en standardisert voldsrisikovurdering i inntakstrutinen. Vurderingen som gjøres ved bruk av V-risk 10 er skjønnsmessig og vil således stille krav til opplæring i hvordan verktøyet skal brukes. Det kan være hensiktsmessig at pasienten også gjør en egen vurdering av voldsrisiko. Det er vist at inkludering av pasienters egen vurdering av risiko for vold er et nyttig bidrag i den totale voldsrisikovurderingen (Lockertsen et al., 2017; Roaldset & Bjorkly, 2010). Prosjektgruppen anbefaler at voldsrisiko som vurderes til moderat eller høy risiko etter V-risk 10, kontinueres i en mer utfyllende voldsrisikovurdering. Her inngår innhenting av opplysninger fra andre etater, pårørende eller annet helsepersonell som kjenner pasienten, som en viktig del av vurderingsgrunnlaget. En kontinuert voldsrisikovurdering bør gjennomføres så snart som mulig, senest to dager etter innleggelse. Dette for å bekrefte, senke eller øke det vurderte risikonivået slik at ikke den

initiale vurderingen blir «hengende», og sikre at tiltak rettet mot voldsrisko er dekkende i forhold til det aktuelle risikobildet. I tillegg bør en slik kontinuert risikovurdering også inneholde dokumentasjon fra pasientens perspektiv (se pkt. 3 nedenfor). Ved forhøyet og vedvarende voldsrisko anbefaler prosjektgruppen at det gjennomføres [HCR-20](#).

5.6.2 Skade på pasient

[Nasjonale retningslinjer](#) skiller mellom akutt suicidalitet og kronisk suicidalitet som ofte er kjennetegnet av hyppig selvskadingsatferd (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene gir imidlertid ikke noen anbefalinger om hvordan en risikovurdering skal gjennomføres ved selvskadende atferd under døgninnleggelsen. I motsetning til voldsriskovurderinger har vi ikke kunnet finne empiri for at risikovurderinger bidrar til å forebygge selvskading. Å redusere bruk av tvangsmidler relatert til personer som selvskader vil derfor ikke understøttes av gjennomføring av risikovurderinger. Litteraturen beskriver at selvskading hovedsakelig brukes som emosjonsregulering og som kommunikasjonsstrategi (Edmondson, Brennan, & House, 2016, Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Det bekreftes også fra klinisk erfaring at pasienter kan bruke selvskading som mestringsstrategi og kommunikasjonsverktøy, mens helsepersonell kan ty til tvangsmidler for å hindre pasienten i selvskadingen. Et overordnet mål bør være å hjelpe personer med denne mestringsstrategien til å forholde seg til ubehagelig følelser eller i å ta i bruk andre, mer konstruktive strategier for å regulere seg og til å kommunisere med (Hammer, Ludvigsen, Heggdal, & Fosse, 2017; Heggdal, Hammer, Alsos, Malin, & Fosse, 2015). Fokuset bør flyttes fra primært å ville avverge selvskadingen til en terapeutisk dialog om hva personen opplever at han/hun strever med. Dette kan føre til en reduksjon av tvangsmidler av flere grunner. For det første vil tvangsmidler ikke kunne legitimeres som førstevalg for å avverge selvskadingen. For det andre vil helsepersonell gjennom opplæring og kontinuerlig trening i validerende kommunikasjonsferdigheter få flere verktøy å spille på. For det tredje vil en mer bekreftende samhandling legge til rette for en mer terapeutisk relasjon. Prosjektgruppen er av en slik oppfatning at selvskading som ikke er alvorlig/livstruende heller ikke kan regnes som akutte nødsituasjoner, som igjen ikke oppfyller vilkårene for bruk av tvangsmidler.

Alvorlig selvskading som regnes å være psykotisk betinget vil kreve en annen tilnærming og kan i større grad gi grunnlag for bruk av tvangsmidler.

5.6.3 Iverksette tiltak ut fra alvorlighetsgraden av voldsrisko

Dersom det er identifisert risiko for vold, skal det iverksettes tiltak for å redusere risikoen for faktiske voldsepisoder. Det er viktig å understreke at hensikten med kartlegging av voldsrisko ikke er å predikere voldsepisoder, men å avklare hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes for å forebygge vold, trusler om vold, eller annen aggressiv/utagerende adferd. Tiltakene dokumenteres og følges opp inntil ny voldsriskovurdering indikerer at de kan avsluttes. Systematisk bruk av [Brøset Violence Checklist \(BVC\)](#) kan være et tiltak for å sikre fortløpende oppmerksomhet på voldsrisko, og gir mulighet til å iverksette forebyggende tiltak når forvarsler oppstår. Prosjektgruppen understreker at forvarslene i BVC gjelder der og da og må håndteres umiddelbart. Forvarsler om fare for utagering dokumentert med BVC må ledsages av en beskrivelse av hvilke tiltak som ble iverksatt for å håndtere det aktuelle forvarslet. Når eksempelvis irritasjon er observert gjennom et skift, gir dette liten informasjon dersom det ikke følger en beskrivelse av hvordan irritasjonen (forvarslet) ble håndtert. Her må man beskrive mulige årsaker til irritasjonen og tiltak som ble iverksatt for å håndtere den, om støtte til pasientens egenregulering gjennom dialog eller

avledning var tilstrekkelig, eller om det kom til fysisk konfrontasjon. BVC er et av forebyggingstiltakene prosjektgruppen anbefaler implementert (se [e-læringskurset](#)).

5.6.4 Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen

Tvangsinnleggelse kan være svært belastende for pasienter og det finnes en rekke forhold i døgnavdelinger som er med på å forsterke denne belastningen. Frihetsberøvelse, innskrenket autonomi og krav til oppførsel/adferd i et fremmed miljø med ukjente mennesker, er eksempler på forhold som kan gjøre situasjoner uutholdelig for pasienter. En tvangsinnleggelse starter ofte lenge før pasienten kommer til sykehuset, som kan være preget av mye dramatikk og psykologisk belastning. Det er derfor spesielt viktig å belyse disse forholdene sammen med pasienten så snart som mulig etter innleggelsestidspunktet. Mange pasienter er redde fordi de ikke har kontroll over det som skjer og lar seg stresse av manglende opplysninger og informasjon om hva som skal skje videre. Unnvikende helsepersonell, som av mange grunner henviser til andre som kan gi informasjon og svare på spørsmål, kan i seg selv være en krisetrigger. Å stadig bli bedt om å vente til «rette vedkommende» med myndighet er tilstede, kan være svært frustrerende. Prosjektgruppens anbefaling er derfor at virksomheter sikrer gode rutiner på å gi relevant informasjon til pasienter som del av konfliktforebyggende tiltak. Erfaring tilsier at informasjon ofte må gjentas ved flere anledninger for å sikre at informasjonen blir oppfattet og forstått. Pasienter trenger tydelig og kontinuerlig informasjon for å kunne tilpasse seg i forhold til den informasjonen som til enhver tid er tilgjengelig. Det er derfor en sterk anbefaling at informasjon med hensikt om å gi pasienter mulighet til å tilpasse seg, er del av pasientens behandlingsplan. Eksempler på informasjon som kan være med på å gi mer trygget og oversikt kan være:

- En enkel forklaring på virksomhetens oppdrag i samfunnet, siden man ikke kan forvente at pasienten har kjennskap til verken sykehus, organisering eller inndelinger i spesialisthelsetjenesten.
- Begrunnelse for at pasienten selv ikke kan bestemme utskrivelse, gjerne med henvisning til loven som jo er det som gir grunnlag for /legitimerer bruk av tvang.
- Faglig begrunnelse for innleggelsen. Adferd og/eller symptomer som tilsier at pasienten er på riktig sted. Informasjonen må være tydelig og konkret, men samtidig tilpasset og ivaretagende.
- Virksomhetens intensjon/plan for innleggelsen og hvordan dette kan foregå i samarbeid med pasienten.

Ved moderat til høy fare for vold etter V-risk 10 anbefaler prosjektgruppen at man gjør en utforskende samtale med pasienten om dette. Noe av hensikten er en bevisstgjøring på at det er noe ved adferden hans som er urovekkende og at man ønsker pasientens perspektiv på dette (Veland og Jacob 2014, 2016). Det er flere erfaringer som tilsier at pasienter kan respondere godt på en slik samtale, selv om man i forkant er usikker på om pasienten er for «skjør» til å gjennomføre en slik samtale. Det vil kunne være mange faktorer som tilsier at man bør avvente, men ofte er dette faktorer som er selve problemet man ønsker å kartlegge. Irritasjon, «kort lunte» og truende adferd er typiske faktorer som taler mot å gjennomføre en samtale om vold. Slike samtaler bør gjennomføres av helsepersonell med erfaring og kunnskap om voldsproblematikk og med gode terapeutiske ferdigheter. Lovisenbergs «Intervju Om Vold» (se vedlegg VIII) er et eksempel på hvordan man kan standardisere en slik samtale. Det anbefales at man trener på slike samtaler for eksempel ved hjelp av simuleringstrening.

Siden faren for skadelig adferd erfaringsmessig ofte er størst i starten av en innleggelse, er det viktig at forebyggende tiltak starter i det pasienten ankommer eller før, jmfør tiltak punkt 3, Plan for økt frivillighet (Helse Sør-Øst RHF, 2011). I den grad det er mulig vil det også kunne være hensiktsmessig å involvere de som ofte bringer pasienter til tvangsinleggelse i sykehus, gjerne gjennom simuleringstrening eller lignende. Dette vil kunne føre til at pasienter som legges inn på tvang får en mindre belastende erfaring i forkant av innleggelsen. Sykehuset Innlandet HF viser til positive erfaringer med dette.

Akutt- og sikkerhetsenheter har stort og nødvendig fokus på fysisk håndtering av utagerende adferd, noe de også skal ha høy kompetanse på. Dette kan føre til at det forebyggende perspektivet ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet. Erfaring tilsier at forebyggende tiltak er svært effektive for å forhindre konfliktsituasjoner som ender med bruk av tvangsmidler. Når det blir mindre reel bruk av tvangsmidler, altså færre fysiske konfrontasjoner mellom helsepersonell og pasienter, må man sikre at kompetansen opprettholdes gjennom trening og simulering.

5.7 Ettersamtale etter situasjoner der tvang er benyttet

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at alle situasjoner med bruk av tvang følges opp med bruk av ettersamtale til pasient og pårørende.
- Prosjektgruppen anbefaler at samtalen form og rammer er fleksibel slik at formålet kan oppnås i andre settinger enn i et samtalerom.

Bruk av ettersamtale er [lovpålagt](#) (Prop. 147 L (2015–2016), 2016). Gode rutiner skal sikre brukermedvirkning, at ettersamtaler skjer raskest mulig og at læring, forebygging og kvalitetsutvikling skjer som viktige prosessmål.

Hensikten med ettersamtaler er å finne ut av hvordan tvangsbruken ble opplevd av pasienten: undersøke pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen, samt hvordan nye episoder kan forebygges. Gjennom samtalen vil personalet få innsikt i pasientens perspektiv på situasjonen som førte til tvangsbruk og på selve tvangssituasjonen. Hensikten med samtalen er også å forsøke å finne ut hva man kunne gjort annerledes for å unngå at man kom i en situasjon hvor tvangsmidler kom til anvendelse. Ettersamtalen er derfor en mulighet til å få forklart bakgrunnen for iverksettelse av tvangsmiddel slik at pasienten kan få en mulighet til å forstå og ta stilling til personalets handlinger. Overordnet vil gjennomføringer av ettersamtaler gi felles erfaringer som kan brukes til å forebygge eller redusere bruk av tvang generelt i posten.

5.7.1 Tilbud og informasjon til pasienter

Pasienten skal få et tilbud om minst en samtale. Tilbudet skal si noe om hva som er hensikten og at det er et frivillig tilbud. Pasienten må få informasjon om hvem som skal delta, at pårørende kan inviteres med hvis pasienten ønsker det og at samtalen blir dokumentert. Det skal gjøres en innsats for å involvere pasienten, slik at samtalen finner sted.

Hvis pasienten ikke ønsker en slik samtale så skal pasienten likevel ha et nytt tilbud etter et eventuelt nytt tvangstiltak av annen eller samme type. Prosjektgruppen anbefaler at tvangsmiddelbruk uansett tematiseres i samtale med pasient, selv om pasienten ikke har ønske om ettersamtale. Dialog og avklaringer rundt en såpass inngripende og ofte dramatisk episode, bør alltid være en del av etterarbeidet.

5.7.2 Tilbud og informasjon til pårørende

Etter bruk av tvangsmidler kan pårørende ha behov for informasjon om hva som skjedde. Pasienten kan velge selv om pårørende skal være med i ettersamtalen eller ikke. For pårørende kan det være viktig å få en samtale med behandlingsapparatet. I tilfeller pasienten ikke ønsker at pårørende skal være med i ettersamtalen, bør pårørende tilbys en samtale med fokus på deres situasjon.

5.7.3 Vurdere når, og i hvilken form, ettersamtaler skal gjennomføres

Det er viktig å vurdere om alle tvangssituasjoner skal etterfølges av ettersamtaler. Det vil kunne være situasjoner der det er brukt tvangsmiddel, men hvor det ikke er hensiktsmessig å gjøre en formell ettersamtale. En typisk situasjon er ved bruk av kortvarig fastholding, som eksempelvis skjer gjentatte ganger i løpet av et døgn. I slike situasjoner kan det være mer hensiktsmessig at man avklarer situasjonen med pasienten før man avslutter vedtaket. Fem minutter kortvarig fastholding behøver ikke utløse prosedyre om evalueringssamtale, men pasientens syn skal fremkomme i vedtaksnotatet. I praksis vil en episode med uro og aggresjon kunne strekke seg over noe tid, opptil flere timer, og med flere tilfeller av tvangsmiddelbruk. Prosjektgruppen mener at det vil være naturlig å ha en samtale som tar for seg situasjonen/episoden i sin helhet og ikke hvert enkelt tilfelle av tvangsmiddelbruk. Det å vente med samtalen til pasienten er mottakelig kan være hensiktsmessig. Samtalen skal likevel skje så snart som mulig etter at tiltak er avsluttet. Tilbud og gjennomføring behøver ikke skje samtidig. Erfaring viser at pasienter gjerne vil ta imot tilbudet og at de setter pris på det, men sier samtidig at de ikke klarer å gjennomføre samtalen her og nå. Tilbud og informasjon om samtalen bør gis raskest mulig, samtalen anbefales å gjennomføres så snart som det er hensiktsmessig.

5.7.4 Gjennomføring og rammer for ettersamtale

Ettersamtalen er et tilbud og pasienten kan avslå tilbudet, men det skal gjøres en innsats for å formidle hensikten. Pasienten må gis anledning til å forberede seg til samtalen.

PHVL beskriver at samtalen bør gjennomføres av faglig ansvarlig. I tråd med tidligere argumentasjon for vedtaksansvarlig og ansvarshavende anbefaler prosjektgruppen at også sykepleier, vernepleier, vakthavende lege eller tilsvarende kan gjennomføre og dokumentere samtalen i samarbeid med faglig ansvarlig. Dokumentasjon av samtalen sendes elektronisk til faglig ansvarlig for godkjenning i EPJ når faglig ansvarlig selv ikke gjennomfører samtalen.

Det anbefales at en som har vært fysisk tilstede ved gjennomføring av tvangsmiddelet er tilstede i samtalen. Hvem som leder samtalen vurderes i hvert enkelt tilfelle. Hvis pasienten har en preferanse for hvem av personale han ønsker med i samtalen, bør dette imøtekommes så langt som mulig. Dersom samtalen gjennomføres av personale som selv ikke har vært fysisk tilstede i situasjonen er det viktig at de

er godt forberedt og kan svare på spørsmål om hvorfor tvangsmiddel ble benyttet. Det anbefales at samtalen gjennomføres av to helsepersonell. For mange tilstede i samtalen vil kunne oppleves overveldende og kan påvirke nytten pasienten har av samtalen i negativ retning. Prosjektgruppen anbefaler at samtalen form og rammer er fleksibel slik at formålet kan oppnås i andre settinger enn i et samtalerom. En god ettersamtale kan finne sted på en tur eller i sammenheng med andre aktiviteter. Pasienten skal likevel være informert om at samtalen er en ettersamtale.

Pasienter kan i samtalen komme til å peke på enkeltpersoner. Formålet med samtalen er ikke å avdekke hvilket personell som pasienten synes har medvirket til eskalering. Slik informasjon er et ledelsesansvar å følge opp videre.

5.7.5 Dokumentasjon av ettersamtaler i EPJ

Dokumentasjon av pasientens syn, opplevelse og vurderinger skal være en del av beslutningsgrunnlaget i eventuelle senere situasjoner. Dokumentasjonen må være enkel å finne i EPJ.

Prosjektgruppen anbefaler at dokumentasjon må inneholde informasjon om type vedtak det gjelder, dato og varighet, samt hvem som var tilstede. Prosjektgruppen anbefaler at det må brukes samme mal for alle typer av tvang. Det blir upraktisk med en mal for §4.8 og en annen for resten. Prosjektgruppen anbefaler at det må dokumenteres i samme dokument om pasienten takker nei til tilbudet om ettersamtalen. Under vedlegg IX er det et eksempel på «mal» som kan brukes til dokumentasjon av ettersamtaler.

5.7.6 Opplevd tvang

Myndighetene har primært vært opptatt av at den formelle tvangen (tvangsvedtak) skal ned. Vi er alle enige om at unødvendig tvang bør unngås. Samtidig er det personene som søker hjelp hos oss som sitter igjen med en opplevelse av hvordan de har blitt møtt, både under tvangstiltak, men også uten at det har blitt brukt tvang på dem (Nyttingnes et al., 2016; Tingleff et al., 2017). Denne opplevelsen er subjektiv og kan ikke defineres gjennom vedtak. Vi vil ikke at pasientene drar fra oss med en opplevelse av å ha blitt krenket eller ydmyket. Prosjektgruppen tenker derfor at opplevd tvang er minst like viktig å rette oppmerksomheten på som fokuset på redusert tvang. Prosjektgruppen anbefaler at alle enheter systematisk bruker spørreskjemaet om opplevd tvang (Experienced Coercion Scale, ECS) (Nyttingnes, Rugkåsa, Holmen & Ruud, 2017).

5.8 Gjennomgang av tvangsmiddelbruk med personalet etter PHVL §4.8

Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at enheter/avdelinger der tvangsmidler benyttes har faste rutiner for gjennomgang av hendelsene med personalgruppen.
- Prosjektgruppen anbefaler som et minimum gjennomgang av tvangsmiddelbruk der det har vært brukt kortidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Systematisk og rutinemessig gjennomgang av episoder med tvangsmiddelbruk i form av mekaniske tvangsmidler assosieres med reduksjon i bruk av disse (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-

Christensen, 2014). Prosjektgruppen anbefaler som et minimum gjennomgang av tvangsmiddelbruk der det har vært brukt kortidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Det anbefales å bruke et skjema som blant annet inneholder en beskrivelse av situasjonen, forhold som kan ha fremprovosert situasjonen, mulige «krisetriggere», tidligtegn og metodikk som ble brukt for forebygge og å deeskalere situasjonen (Bak & Hvidhjelm, 2017; Veland & Jacob, 2016). Skjemaet er et utgangspunkt for gjennomgang og utviklingsarbeid ved enheten og skal ikke ligge som en del av dokumentasjon i journal tilknyttet pasienten. I vedlegg X ligger et eksempel på skjema.

Gjennomgang av tvangsmiddelbruk er ikke tenk som en erstatning for debrief, defusing eller etiske refleksjonsgrupper. Det er en gjennomgang med personalet som fattet og gjennomførte vedtakene om tvangsmiddelbruk. Det er en kvalitetsutviklende og prosessorientert samtale der man sammen går gjennom hendelsesforløp, observasjoner, vurderinger, beslutningsprosesser og samarbeid i team for å kunne reflektere over egen praksis og eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på i fremtiden. Hovedmålet er læring og utvikling. Ettersamtalen med pasient og gjennomgangen med personell, vil sammen kunne gi erfaringer som gir utgangspunkt for dialog om egen praksis.

Det er beskrevet ulike måter å gjennomføre gjennomgang på. Man kan ha fast avsatt tid på morgenen til å gjennomgå tvangsmiddelbruk, man kan ha en gruppe bestående av ulike yrkesgrupper som gjennomgår tvangsmiddelbruken, men det anbefales som et minimum deltagelse fra nærmeste leder (Bak & Hvidhjelm, 2017). Erfaring med at gjennomgang gjøres av nærmeste leder med den/ de som fattet det faktiske vedtaket om bruk av tvangsmidler er god (Veland & Jacob, 2016). Eksempel på guide ligger som vedlegg XI.

6.0 REVISJONSGUIDE

Som ledd i arbeidet med implementering av tiltak for riktig og redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst, anbefaler prosjektgruppen at det gjennomføres en regional revisjon med bruk av tvangsmidler som tema. Prosjektgruppen anbefaler at regionens konsernrevisjon gjennomfører en slik revisjonen, gjerne som en fagrevisjon med tilknyttede fagpersoner.

Med utgangspunkt i anbefalte tiltak for riktig og redusert bruk av tvangsmidler i rapporten, har prosjektgruppen utarbeidet forslag til felles revisjonsguide for en regional revisjon som beskrevet ovenfor.

6.1 Revisjonsgrunnlag

- [Spesialisthelsetjenesteloven](#)
- [Psykisk helsevernloven](#)
- [Helsepersonelloven](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- Revidert enhets interne dokumenter som beskriver (delegert) ansvar og myndighet for vedtak om, og iverksetting av, tvang etter psykisk helsevernloven

I. Om virksomheten

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

Ansvarsforhold i henhold til interne prosedyrer

1.	Har enheten prosedyrer som klart beskriver (delegert) ansvar og myndighet for vedtak om, og iverksetting av, tvang etter psykisk helsevernloven?				
2.	Har enheten prosedyrer som spesifiserer kompetansekrav og systematikk for bemyndigelse av personell som i praksis fatter og iverksetter vedtak om bruk av tvangsmidler (lege- og psykologspesialister; ansvarshavende for sykepleietjenesten; leger i spesialisering (LIS) uten formell vedtakskompetanse)?				
3.	Har enheten prosedyre som beskriver hvordan faglig ansvarlig for vedtak involveres når vedtak og iverksetting av tvangsmiddel er fattet og gjennomført med hjemmel i forskriftens unntaksbestemmelse (IV. Tvangsmidler; § 25 Avgjørelse om bruk av tvangsmidler)?				

Husordensregler

4.	Har enheten husordensregler?				
5.	Hvis JA, hvordan er husordensreglene formelt forankret? (Prosedyre i foretakets/enhetens kvalitetshåndbok; dokument datert/signert av linjeleder; "oppslag" uten dokumentidentifikasjon)				
6.	Er (eventuelle) husordensregler integrert i et mer generelt, skriftlig informasjonsmaterieil (skriv/brosjyre/hefte)?				
7.	Er (eventuelle) husordensregler i tråd med forskriftsveilederens føringer om ikke å være av unødig inngripende karakter mtp. pasientens trivsel og velvære?				

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

Ferdig montert belteseng

8.	Har virksomheten ferdig montert belteseng?				
9.	Hvis JA, har virksomheten en plan for fjerning av ferdig montert belteseng, med angivelse av når dette skal være gjennomført?				

Strukturer for opplæring og vedlikehold av kompetanse

Ledelse og kvalitetsforbedring i forhold til bruk av tvangsmidler

10.	Driver enheten systematisk monitorering av omfang av bruk av tvangsmidler?				
11.	Hvis JA, blir resultatene fra denne monitorering gjennomgått systematisk med enhetens personale?				
12.	Har enheten en mal for gjennomføring av evalueringssamtale med pasienten etter bruk av tvangsmiddel?				
13.	Er <i>Spørreskjema om opplevelse av tvang i helsetjenesten</i> i systematisk bruk ved enheten?				
14.	Blir erfaringer og tilbakemeldinger fra evalueringssamtaler med pasienter brukt systematisk i enhetens arbeid med kvalitetsforbedring?				
15.	Blir erfaringer og tilbakemeldinger fra samtaler mellom leder og vedtaksansvarlig brukt systematisk i enhetens arbeid med kvalitetsforbedring?				

II. Gjennomgang av enkeltvedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

Hvem er det som *de facto* fatter vedtak om (og iverksetter) tvangsmidler?

1.	Er det dokumentert om tvangsmidlet er iverksatt etter vedtak av ansvarshavende i seksjonen, vakthavende (ikke-spesialist) lege, eller etter vedtak av bemyndiget faglig ansvarlig for vedtak (lege-/ psykologspesialist)?				
2.	Er tvangsmiddelvedtak v/ansvarshavende i seksjonen eller ikke-spesialist i primærvakt etterprøvd av vedtaksbemyndiget faglig ansvarlig spesialist?				
3.	Er det dokumentert at den primært vedtaksansvarlige fyller virksomhetens kompetansekrav og er bemyndiget til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler?				
4.	Fremgår det av vedtaksdokumentasjonen hvilke lempeligere midler som er vurdert/prøvd før vedtak om bruk av tvangsmidler?				
5.	Fremgår det av vedtaksdokumentasjonen om flere vedtak knyttet til én klinisk episode er fattet sekvensielt, dvs. hvert enkelt vedtak er iverksatt, og effekten av dette vurdert, før det fattes ytterligere vedtak?				
6.	Når tvangsmiddel er iverksatt etter unntaksbestemmelsen, er det redegjort eksplisitt i vedtaksdokumentasjonen for de konkrete omstendighetene som ble vurdert som en "akutt nødsituasjon der iverksettelse av tvangsmidlet var uomgjengelig nødvendig"?				

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

Journaldokumentasjon

7.	Er journaldokumentasjonen rundt den aktuelle bruken av tvangsmiddel/-midler skrevet av den som <i>de facto</i>				
----	--	--	--	--	--

	fattet vedtaket?				
8.	Er journaldokumentasjonen godkjent av bemyndiget, faglig ansvarlig for vedtak?				
9.	Er type tvangsmiddel angitt?				
10.	Er varighet av bruk av det aktuelle tvangsmiddel/tvangsmidlene angitt?				

Vurdering av voldsrisiko

11.	Er det gjennomført voldsrisikovurdering (V-risk) av pasienten?				
12.	Er det dokumentert planlagte tiltak i tråd med V-risk-vurderingen?				
13.	Er det dokumentert at tiltak i henhold til V-risk-vurderingen er gjennomført?				
14.	Er det foretatt fornyet V-risk-vurdering dersom den første angav behov for dette?				
15.	Har pasienten vært involvert i vurderingen av voldsrisiko og aktuelle tiltak for å forebygge vold?				

Evalueringsamtale med pasient/pårørende etter bruk av tvangsmiddel

16.	Er pasienten tilbudt (bedt om å delta i) evalueringssamtale?				
17.	Er pårørende tilbudt (bedt om å delta i) evalueringssamtale?				

Gjennomgang av bruk av tvangsmidler mellom leder og ansvarlig for vedtak

18.	Er det dokumentert gjennomgang av §4-8 vedtak mellom leder og ansvarlig for vedtak?				
-----	---	--	--	--	--

REFERANSER

- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint—Which interventions prevent episodes of mechanical restraint?—A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(2), 83-94.
- Bak, J., & Hvidhjelm, J. (2017). *Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder*. Retrieved from Roskilde:
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 155-166.
- Berring, L. L., & Bak, J. (2015). En ny måte at håndtere konflikter på. *Sygeplejersken*, 115(13), 89-93.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(6), 499-508. doi:10.1111/jpm.12129
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., & Pedersen, R. La etikken blomstre i praksis.
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2011). La etikken blomstre i praksis. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/etikkbok-refleksjon2011.pdf>.
- Dahm, K., Steiro, A., Leiknes, K., Husum, T., Kirkehei, I., Dalsbø, T., & Brurberg, K. (2017). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt, Forskningsoversikt 12/2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-899-6. Tilgjengelig på www.fhi.no*. Retrieved from Oslo:
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord*, 191, 109-117.
- Fluttert, F. A., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *J Clin Nurs*, 19(11-12), 1529-1537. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298-303.
- Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak: en retrospektiv undersøkelse. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 53(7), 518-529.
- Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D., & Fosse, R. (2017). Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal Eksponeringsterapi. *Suicidologi*, 21(1), 20-27.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse - Samfunnsvitenskapelig perspektiver*. (pp. 243-284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119-128.
- Helse Bergen (2017). Fagprosedyre. Mekaniske tvangsmidler - bruk i psykisk helsevern. Versjon 2.0. <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- Helse Sør-Øst RHF. (2011). *"Økt frivillighet" - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst*.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 42(9), 22-33.
- Lockertsen, O., Procter, N., Vatnar, S. K. B., Faerden, A., Eriksen, B. M. S., Roaldset, J. O., & Varvin, S. (2017). Screening for risk of violence using service users' self-perceptions: A prospective study from an acute mental health unit. *Int J Ment Health Nurs*. doi:10.1111/inm.12413
- Lundin, S. (2015). *Healing architecture: Evidence, intuition, dialogue. Thesis for the degree of Licentiate of Architecture*. Chalmers University of Technology. Gothenburg, Sweden
- Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. *Sykepleien*, 104(1), 46-48.

- Molewijk, B., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 43-56.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. (2008). "Det er nå det begynner!" Hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) (SINTEF A8450).
https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf.
- Norvoll, R., & Husum, T. L. (2011). Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. Retrieved from Oslo:
- NOU 2011:9. (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?q=&ch=1>.
- Nyttingnes, O., Rugkasa, J., Holmen, A., & Ruud, T. (2017). The development, validation, and feasibility of the Experienced Coercion Scale. *Psychol Assess*, 29(10), 1210-1220. doi:10.1037/pas0000404
- Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkasa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *Int J Law Psychiatry*, 49(Pt A), 147-153. doi:10.1016/j.ijlp.2016.08.009
- Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1>, (1998).
- Ot.prp. nr. 65 (2005-2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-65-2005-2006-/id188320/sec1>, (2006).
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br J Psychiatry*, 205(3), 171-176. doi:10.1192/bjp.bp.114.144873
- Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Skui, H. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014 (IS-2452)*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>
- Prop. 147 L (2015–2016). Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/>
- Psykisk helsevernforskriften (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Reinaas, Ingdal, Vassenden, & (2017). *Bygg for psykisk helse – Evidensbased design (EBD). Versjon 01 25.08.2017*. Sykehusbygg, Internt arbeidsnotat. .
- Roadset, J. O., & Bjorkly, S. (2010). Patients' own statements of their future risk for violent and self-harm behaviour: a prospective inpatient and post-discharge follow-up study in an acute psychiatric unit. *Psychiatry Res*, 178(1), 153-159. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.012
- Scanlan, J. N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading?. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129:754-8. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0454
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_redusert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(9-10), 681-698. doi:10.1111/jpm.12410
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.
- Veland, M., & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. *Sykepleien*, 104(4), 54-57.
- Weidema, F. C., Molewijk, B. A., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. A. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics*, 20(6), 617-631.

VEDLEGG I - Mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler»

[illegible]

VEDLEGG II – Eksempel på prosedyre for registrering i EPJ

Vedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 Prosedyre for registrering i elektronisk pasientjournal

1.0 Hensikt

Sikre at registrering av vedtak om bruk av tvangsmidler i elektronisk pasientjournal (EPJ) gjennomføres i h.h.t. gjeldende lovverk og felles Helse Sør-Øst EPJ-standard.

2.0 Omfang

Prosedyren omfatter registrering av vedtak om iverksettelse av tvangsmidler etter § 4-8 i psykisk helsevernloven (PHVL).

3.0 Arbeidsbeskrivelse

3.1 Ansvar

Prosedyren gjelder alt personale som fatter vedtak om bruk av tvangsmidler etter PHVL § 4-8, og personale som deltar i kvalitetssikring av dokumentasjon og registreringer i EPJ.

Linjeledelsen har ansvar for at prosedyren er kjent for det aktuelle personalet, og for at det er lagt til rette for at prosedyren kan følges.

3.2. Handling

3.2.1 Hvem som kan fatte vedtak om tvangsmidler

- **Hovedregel for å fatte vedtak om tvangsmidler:** Faglig ansvarlig for vedtak jf. PHVL § 1-4 og PHVFOR § 5, skal fatte vedtak etter § 4-8, dersom ikke andre unntak er fastsatt i forskrift.
- **Unntak knyttet til vedtak om medikamentelle tvangsmidler:** Vedtak om medikamentelle tvangsmidler etter § 4-8c skal etter PHVFOR §27 annet ledd, fattes av lege (altså ikke nødvendigvis faglig ansvarlig for vedtak).
- **Unntak knyttet til vedtak om ikke-medikamentelle tvangsmidler:** PHVFOR § 25 annet ledd åpner for at ansvarshavende ved avdelingen kan fatte vedtak etter § 4-8a, § 4-8b, og § 4-8d, i akutte nødsituasjoner der «umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig».
- I slike tilfeller er det krav om at faglig ansvarlig skal orienteres «så snart som mulig». I Helsedirektoratets rundskriv forstås dette slik at det må gjøres en vurdering i det enkelte tilfellet om hvorvidt dette kan vente til faglig ansvarlig er tilbake på avdelingen, eller om det må skje umiddelbart.

3.2.2 Handling: Registrering av vedtak og arbeidsflyt

- Vedtaksansvarlig skriver et vedtaksnotat i pasientens EPJ i umiddelbar tilslutning til hendelse som har ført til vedtak og iverksettelse av tvangsmiddel.
- Vedtaksansvarlig oppretter standard vedtaksskjema i pasientens EPJ, og registrerer vedtaket i EPJ.
- Vedtaksnotat og vedtaksskjema går i EPJ-arbeidsflyt til arbeidsgruppe merkantilt ansvarlig for kvalitetssikring av registreringer i EPJ.
- Etter kvalitetssikring rapporteres vedtak om bruk av tvangsmidler til NPR etter gjeldende regler.

4.0 Relaterte dokumenter

- *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*
Helsedirektoratet IS 1/2017
- *Psykisk helsevernloven § 4-8 – Bruk av mekaniske tvangsmidler – Gjennomføring og kontroll*
Helsedirektoratet, brev til HSØ RHF 19.12.2016 ref. 16/39643-1
HSØ RHF brev til HF og sykehus i HSØ 16.01.2017 ref. 16/00339-8

5.0 Vedlegg

6.0 Grunnlagsinformasjon

VEDLEGG III - Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsev...

§ 3. Materielle krav

Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d) ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f) være materielt utrustet slik at anvendelse av tvang er forsvarlig
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

VEDLEGG IV – Utdrag av bestemmelsene om husordensreglement (PHVL og Psykisk helsevernforskriften med kommentarer)

Syvende ledd gir hjemmel for forskrift om husordensreglement i institusjoner i det psykiske helsevernet. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

I kraft av institusjonens eierråderett er det adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø. Det kan for eksempel være nødvendig å regulere bruk av radio, TV, PC, telefon, faste tidspunkt for felles måltider, nattero, steder for røyking med videre. Her er det snakk om regler som man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker befinner seg under samme tak. Det er adgang til å regulere nevnte forhold i den grad det vurderes som nødvendig av driftsmessige hensyn eller av hensyn til medpasienter. Det innebærer at det skal mer til for å regulere aktiviteter og atferd på pasientrommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, enn aktiviteter og atferd i fellesarealene. Det må for eksempel være adgang til å regulere at telefoner skal stå på "lydløs" om natten, og at man ikke skal benytte telefon i fellesarealer eller til å ta bilder av andre pasienter eller med motiver som kan identifisere disse. Underholdning i fellesarealene må være tilpasset avdelingens pasientgruppe og behandlingsformål. Etter en konkret vurdering, kan for eksempel film og spill med 18-årsgrenser eller voldsscener forbys i fellesarealene av hensyn til behandlingen. Ved noen avdelinger må det også være anledning til å nedlegge et generelt forbud mot at det tas bilder eller videoopptak. Generelt må graden av regulering vurderes opp mot behovet ved de ulike avdelingene. Sikkerhetsmessige hensyn må for eksempel kunne tillegges større vekt ved en regional sikkerhetsavdeling.

Et husordensreglement kan ikke inneholde bestemmelser om tiltak som er av så inngripende karakter som tiltak regulert i paragrafene i lovens kapittel 4. Når det gjelder kommunikasjon er dette presisert i loven ved at det kun kan fastsettes "rimelige begrensinger" ([§ 4-5 tredje ledd](#) med kommentarer). Dette betyr at det for eksempel ikke kan settes et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon på en avdeling eller en generell regel om at ansatte skal være til stede ved besøk. Det kan heller ikke fastsettes adgang til rutinemessig ransaking av pasientens bagasje i husordensreglement. Begrensinger i pasientenes adgang til å besøke hverandre på rommene må også anses som et såpass inngripende tiltak at det krever et klarere rettsgrunnlag enn husordensreglement.

Pasientene kan ikke pålegges å delta i aktiviteter i avdelingen.

Husordensreglement kan sette viktige rammer rundt pasienters opphold på institusjon, og enkelte pasienter vil kunne oppleve slike regler som en stor inngripen. Hensynet til effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø kan likevel gjøre nærmere regler i husordensreglement nødvendig. Det er viktig at reglene ikke er strengere enn det som er absolutt nødvendig.

Kontrollkommisjonen fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser ([psykisk helsevernforskriften § 63 annet ledd](#)).

DYNAMISK KOMPETANSEPLAN RIKTIG OG REDUSERT BRUK AV TVANG

NAVN:

Dynamisk Kompetanseplan: I arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang legges det opp til regelmessige, individuelle fagutviklingssamtaler for å styrke kompetanse, engasjement, trivsel og eierskap til arbeidet, og sist men ikke minst, for å fremme helhetlig, effektiv behandling. I arbeidet med Dynamisk Kompetanseplan vil seksjonsleder og eventuelt fagutvikler og/eller faglig ansvarlig i samarbeid med hver enkelt medarbeider identifisere hans/hennes ressurser, utfordringer og forbedringsområder. Seksjonsleder bistår med tilrettelegging for videre fagutvikling og er i prinsippet den som tar avgjørelser hvis spesifikke fagutviklingstiltak skal settes i verk.

Din fagutvikling, din plan: Planen fører du selv i pennen. Husk å lagre planen på ditt område! Din Dynamiske Kompetanseplan utvikles og oppdateres ved at du før og etter fagutviklingssamtaler (og evt. ifm. oppfølgingssamtaler) fyller inn, justerer og supplerer slik at planen kontinuerlig gjenspeiler ditt arbeide, dine styrker og dine utfordringer. For å oppdatere planen bruker du dine egne vurderinger, det som kommer fram i felles refleksjon i fagutviklingssamtalene, samt tilbakemeldinger du får under og etter samtalene.

Prosedyre: Faste datoer for innsending av kompetanseplaner er 10. mars og 10. september hvert år. Du får en påminnelse via e-post før hver innsendingsdato. Du skriver ut planen, kopi(er), beholder originalen selv, og sender kopi av planen til seksjonsleder, eventuelt også til fagutvikler og/eller faglig ansvarlig. Det kommer så en ny e-post med tidspunkt for fagutviklingssamtale. Det er kun seksjonsleder som oppbevarer kopi av kompetanseplanen (i et arkiv). Vi anbefaler at du nå og da jobber med kompetanseplanen i ledige stunder. Dette er et prosessdokument, og å arbeide med planen vil kunne hjelpe deg i hverdagen til både å bli mer bevisst dine ressurser, ønsker og behov, og til å identifisere utfordringer og begrensninger du må/bør ta tak i og jobbe med.

På de neste sidene følger Dynamiske Kompetanseplan som danner grunnlaget for fagutviklingssamtaler knyttet til arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang. Les innledningen til hver del og fyll ut. **Der du blir bedt om å beskrive, skal du skrive i feltet der det er pil →. Du skal da identifisere og beskrive både dine styrker, utfordringer og forbedringsområder. I tillegg skal du sette skåre i kolonnen til høyre. Sett 0 hvis du ikke er involvert i oppgaven.**

Del 1. PASIENTARBEIDET – KOMPETANSE IFT. SPESIFIKKE ARBEIDSOMRÅDER

Beskriv hvordan du synes at du håndterer og mestrer ulike oppgaver gjennom arbeidsdagen. Vurder deg selv på en skala fra 1-4, der 1 er ingen kompetanse og 4 er særdeles god kompetanse.

1. PASIENTARBEIDET – SPESIFIKKE ARBEIDSOMRÅDER		Skåre
Hva konkret gjør jeg for å gjennomføre kartlegging av voldsrisiko så langt som mulig i samarbeid med pasienten (for eksempel Intervju om vold, Early Recognition Method, m.m.)	→	
Hva konkret gjør jeg for å involvere pårørende (både gi informasjon og innhente komparentopplysninger)	→	
Hva konkret gjør jeg for å forebygge potensielle tvangsepisoder (herunder fokus på individuell tilpasning vs. fokus på regler, m.m.)	→	
Hva konkret gjør jeg for å øve på kommunikasjonsferdigheter (for eksempel bekreftende kommunikasjon)	→	
Hva konkret gjør jeg for å håndtere egen uro i situasjoner preget av økt affektnivå	→	
Hva konkret gjør jeg for å bruke tvangsmidler i tråd med trappetrinns modellen til HSØ (herunder rigge belteseng hvis nødvendig)	→	
Hva konkret gjør jeg for å få til gode ettersamtaler med pasient (og pårørende)	→	

Del 2. HOLDNINGSSPEIL

Beskriv din grunnholdning, dvs. hvordan du selv opplever og mener at du fremtrer i arbeidet, og i hvilken grad du har gjort virksomhetens og enhetens visjon og verdigrunnlag til din egen og praktiserer den i hverdagen. Vurder deg selv på en skala fra 1-4 på hver indikator, der 1 er "ikke i tråd med visjon og verdigrunnlag" og 4 er "fullt og helt i tråd med visjon og verdigrunnlag".

2. HOLDNINGSSPEIL – HVORDAN ER MIN GRUNNHOLDNING?		Skåre
Verdiene virksomhetens og enhetens arbeid skal være forankret i, er:		
→		
Hva konkret gjør jeg for å jobbe i tråd med disse verdiene.		
→		
Hva konkret gjør jeg for å skrive og snakke saklig om pasienten, også dersom hans/hennes atferd kan provosere meg.		
→		
Hva konkret gjør jeg for å møte pasienten som et likeverdig, voksent menneske som selv er ansvarlig for sitt liv		
→		
Hva konkret gjør jeg for å møte mine medarbeideres bidrag med nysgjerrighet, interesse og anerkjennelse, også dersom de har andre meninger og perspektiver enn meg		
→		
Hva konkret gjør jeg for å dedikere, engasjere og inkludere meg i arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang når jeg er på jobb		
→		
Hva konkret gjør jeg for å fremsnakke medarbeidere og samarbeidspartnere		
→		

Del 3. SYSTEMARBEIDET

Beskriv hvordan du selv opplever å bidra til fokus, klarhet, kreativitet, produktivitet og kvalitet i systemarbeidet. Vurder deg selv på en skala fra 1-4, der 1 er bidrar ingenting og 4 er bidrar svært mye.

3. SYSTEMARBEIDET		Skåre
Hva konkret gjør jeg for å bidra til debrifing		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til rollespill (SIM-trening, eventuelt feedbackbasert kollegaveiledning)		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til etikkrefleksjon		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til undervisning knyttet til temaet tvang og tvangsmidler		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til god kommunikasjon, samhandling og samarbeid med a) kollegaer og b) samarbeidspartnere – i hvilken grad bidrar jeg til felles fokus på riktig og redusert bruk av tvang		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til systematisk gjennomgang av tvangsepisoder		
→		
Hva konkret gjør jeg for å bidra til at gjennomgang av § 4.8 vedtak blir en lærerikt og bevisstgjørende samtale		
→		

Del 4. RESSURSER, MÅLSETTINGER OG KOMPETANSEUTVIKLINGSTILTAK

Basert på Del 1-3: Oppsummer det du ser som dine sterke og mindre sterke sider når det gjelder kompetanse. Definer kortsiktige mål (fram til neste fagutviklingssamtale), og langsiktige mål (neste fem år). Beskriv hva hhv du selv og staben på kort og lang sikt kan gjøre for at du skal få å nå målene ift arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang. Vær konkret, beskriv spesifikke områder, tiltak og **dine forpliktende handlinger**.

4. RESSURSER, KORTSIKTIGE/LANGSIKTIGE MÅLSETTINGER OG KOMPETANSEUTVIKLINGSTILTAK
a) Oppsummert: Hva er mine sterke områder, spisskompetanse og spesielle ferdigheter
→
b) Oppsummert: Hva er mine mindre sterke sider, områder der jeg sliter og synes jeg ofte ikke får det helt til
→
c) Hva konkret kan jeg gjøre for å i større grad arbeide i takt med enhetens og virksomhetens verdier (beskriv spesifikke handlinger)
→
d) Hva konkret kan staben gjøre for å tilrettelegge for å understøtte at du arbeider i takt med verdiene (beskriv spesifikke handlinger)
→
Mine kortsiktige målsettinger ift. kompetanseutvikling
→
Mine langsiktige målsettinger ift. kompetanseutvikling
→
i) Hva konkret kan jeg selv gjøre for å styrke min kompetanse på kort og lang sikt
→
j) Hva konkret kan staben gjøre for å styrke min kompetanse på kort og lang sikt
→

VEDLEGG VI - Feedbackbasert kollegaveiledning (FBKV)

FBKV er et inkluderende veiledningsformat der hver medarbeider bidrar med sin unike kompetanse, både gjennom arbeidserfaring, utdanning og livserfaring. Arbeidet med FBKV foregår i en flat struktur. Det er ikke én veileder som veileder de andre. Vi veileder hverandre. Når det er nødvendig tydeliggjør den som leder veiledningen prosedyrene. Å presentere temaer for veiledningen er et kollektivt ansvar. Vi snakker ikke om saken vi skal arbeide med, vi rollespiller. Den innledende avklaringen av tema og hvem som skal rollespille skal ikke ta mer enn 5 minutter. Vi lærer ved å praktisere og få tilbakemeldinger på rollespill av en situasjon vi har vært i, en situasjon som vi skal inn i, eller typiske situasjoner vi stadig havner i. Ved intensiv ferdighetstrening øker vi våre forutsetninger for både å forebygge kriser og for å bidra til framdrift i de terapeutiske prosessene. FBKV bør implementeres som en fast rutine, minst to ganger i uken, helst tre. Hvis veiledningen gjennomføres sjeldnere vil ikke læringseffekten fortløpende styrkes og konsolideres.

Rollespillsituasjonen:

Før rollespillet settes i gang skal det defineres hvem som skal gi positiv eller negativ tilbakemelding. Rollespillet skal være kort, ofte begrenset til 3-5 minutter. Når vi rollespiller er det viktig at vi ikke ler, rister på hodet eller more oss på andres bekostning. De som rollespiller eksponerer seg for sine kollegaer og deres bidrag og innsats skal anerkjennes. Vi lærer alle av det de gjør, enten det de demonstrerer er funksjonelt eller ikke funksjonelt. Rollespillet avsluttes ved at de som rollespiller, evt. den som leder veiledningen, avbryter når aktuell situasjon er demonstrert. Medarbeiderne som ikke rollespiller noterer sine observasjoner. Det som observeres og noteres er handlinger og funksjonen av handlinger.

Å gi tilbakemelding:

Rollespillet foregår her og nå, og det er det vi gir tilbakemelding på. Det er terapeuten som får tilbakemelding, ikke pasienten. Medarbeiderne som ikke rollespiller identifiserer *én* spesifikk terapeutisk handling og gir ikke summariske beskrivelser. Den som gir tilbakemelding snakker ut fra sitt perspektiv; f.eks. ved å si: "fra mitt perspektiv observerte jeg [terapeutens handling] og dette påvirket slik jeg så det pasienten og relasjonen ved at [pasientens respons + konsekvensen for samhandlingen]". Tilbakemelding gis på konkrete handlinger som vi observerer uten å bruke begreper som for eksempel "bra", "dårlig", "varm" og "kald".

4.5.1. Regler for å gi tilbakemelding

Du skal

Være direkte og tydelig, dvs.

- ✓ Holde blikket på den du gir tilbakemelding til
- ✓ Bruke få ord og formuleringer

Snakke et handlingsspråk

- ✓ Referere kun til observerte handlinger
- ✓ Identifiser EN spesifikk atferd
- ✓ Beskriv detaljer i atferden

Forklare handlingenes funksjon, dvs.

- ✓ Beskrive effekten av handlingen opp mot handlingens intensjon:
 - Hvordan responderer pasienten?
 - Hvordan utvikler samspillet i relasjonen seg?

Du skal

Ikke pakke inn budskapet, f.eks.

- Si det motsatte først
- Snakke i generelle vendinger
- Snakke i negasjoner

Ikke peke på karaktertrekk, dvs.

- Snakke om personen eller andre ting personen har gjort
- Bruke "mentale" begreper som "snill", "flink", "streng", "sint" osv

Ikke være ute på hevntokt, dvs.

- Gå inn for å såre personen
- Gå inn for å sette personen i et dårlig lys

Å motta og utforske tilbakemeldingene:

Når tilbakemeldingen er gitt er tiden inne for en utforskende dialog mellom observatøren og terapeuten. Ingen andre skal bryte inn i denne dialogen. Terapeuten skal *ikke* forklare eller forsvare det som han eller hun har gjort i rollespillet. Oppgaven for terapeuten er å forsøke å se og forstå hva den som har gitt tilbakemelding har sett. Dette gjøres ved å stille utforskende spørsmål: "hva spesifikt var det jeg gjorde"; "kan du beskrive nærmere hvordan pasienten responderte"; "jeg forstår ikke helt ... kan du beskrive samhandlingssekvensen på en annen måte"? Dialogen pågår helt til den som mottar tilbakemeldingen gir uttrykk for å se det som observatøren hadde sett fra sitt perspektiv. Når denne klarheten begynner å vokse fram så skal terapeuten med sine egne ord reformulere tilbakemeldingen: "så det du sier er at når jeg [handling] så virket det for deg som om pasienten [respons]. Den som gav tilbakemelding bekrefter og evt. supplerer med ytterligere informasjon inntil terapeut og tilbakemelder gir uttrykk for at de har kommet fram til en fellesforståelse av hvordan den fokuserte sekvensen i rollespillet så ut *fra tilbakemelderens perspektiv*.

4.5.2. Regler for å motta tilbakemelding

Du skal	Du skal
Lytte ✓ Holde blikket på den som gir tilbakemelding ✓ Vise med kroppsspråk at du er engasjert og interessert i hva som sies	Ikke diskutere og argumentere, f.eks. ▪ Forklare hva du forsøkte å gjøre ▪ Med kroppsspråk vise/antydde - at du er uenig - at den som gir tilbakemelding tar feil
Holde fokus på deg selv ✓ Utforske hva den andre sier du gjorde ✓ Gjengi din forståelse av hva den andre sier du gjorde	Ikke snakke om den som gir tilbakemelding, f.eks. ▪ Snakke om hvordan tilbakemeldingen gis ▪ Snakke om noe den andre har gjort
Undersøke handlingenes funksjon ✓ Stille utdypende spørsmål ift. hvordan din handling virket ✓ På pasienten ✓ På samspillet i relasjonen ✓ Oppsummere hvordan du har forstått essensen i tilbakemeldingen	Ikke si "tusen takk"! (verbalt/nonverbalt) ▪ For å bli fort ferdig ▪ For å flytte fokus bort fra deg selv ▪ Som om du har fått en gave du egentlig ikke ville ha

Både positiv og negativ tilbakemelding er gaver som gis fra kollegaer til kollegaer. Å gi tilbakemeldinger til hverandre på denne måten er også en kontinuerlig øvelse i perspektivtakning, en ferdighet som gjør oss mer fleksible. Slik blir vi også bedre i stand til å ta pasientens perspektiv. Det kan være hensiktsmessig å gjennomføre det samme rollespillet umiddelbart en gang til etter en runde med tilbakemeldinger. Da får terapeuten anledning til å prøve ut noen av tilbakemeldingene med en gang, og så få nye tilbakemeldinger ut fra hvordan intervensjonene har blitt justert. Forskning viser at umiddelbar utprøving av tilbakemeldinger vil kunne optimalisere læringseffekten i veiledning (Joyce og Showers, 2002).

Kilde: Heggdal D. (2014). Manual for feedbackbasert kollegaveiledning. Vestre Viken. Internt materiale

VEDLEGG VII - Bekreftende kommunikasjon

Hensikten med bekreftende kommunikasjon er å validere og gyldiggjøre pasientens følelser og opplevelser, og styrke pasientens evne til å både oppleve og forholde seg til sine følelser. Bekreftelse/validering kommuniserer *"JEG SER DEG"* og pasienten inkluderes i en aksepterende relasjon. Det pasienten føler er, som en subjektiv opplevelse, sant og virkelig, uansett hva eller hvem det gjelder. Når utfordrende tanker og følelser får være som de er blir de også mindre farlige, og derigjennom vil også atferdsforstyrrelser avta og utslukkes. Bekreftelsen rettes mot følelser og opplevelser og er følgelig uavhengig av, og ingen gyldiggjøring av, sakens innhold.

Bruk av bekreftende kommunikasjon innebærer at terapeuten først identifiserer pasientens følelse eller tilstand. Dette krever inntoning, dvs. at terapeuten *"leser"* pasienten. Ut fra dette lager terapeuten seg en hypotese om hvilke følelsesmessige opplevelser pasienten har her og nå. Hypotesen blir formidlet til pasienten gjennom både holdning, handling og ord, der metabudskapet er: *"jeg ser deg"*.

Når terapeuten arbeider ut fra en hypotese om hva pasienten opplever må han også ta ansvar for sitt eget perspektiv. Bekreftelse er terapeutens subjektive observasjoner og tolkninger. Det skal gjøres tydelig for pasienten at terapeutens fortolkninger kan være helt forskjellig fra det han eller hun egentlig opplever. Et eksempel på hvordan terapeuten kan ta ansvar for eget perspektiv: «Det er mulig at jeg tar feil, men for meg så virker det som om du er trist».

Presentasjonen av hypotesen avsluttes med et tydelig punktum, både i konkret og i overført betydning. Vi skal ikke noe mer. Formulerer terapeuten bekreftelsen som et spørsmål, enten ved setningsoppbyggingen eller intonasjonen i formidlingen av hypotesen, flyttes fokuset bort fra den affektive tilstanden og *"opp på"* et kognitivt nivå. Pasienten kan da oppleve at det smertefulle ikke sees og anerkjennes, og at de bare sitter og *"snakker om det"*.

Bekreftende kommunikasjon handler altså om å *"se"* pasientens indre tilstand, formidle hva du ser, samtidig som du tar ansvar for eget perspektiv. Når et lidende menneske opplever å bli sett av en annen får smertefulle indre opplevelser plass og mulig å forholde seg til uten å ty til destruktive handlinger.

Kilde: Heggdal D. (2012). Basal eksponeringsterapi – Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. Vestre Viken. Internt material

VEDLEGG VIII – Intervju om vold

Intervju om vold, del A

Intervju om vold består av en del a og en del b.
Del a kartlegger faktorer som kan øke faren for aggressiv adferd. Både del a og b er ment å være en aggresjonsforebyggende samtale.

Navnelapp

Del A: Kartlegging av faktorer som øker faren for aggressiv adferd

- 1) Opplever du stress i hverdagen din? (Følelsen av å være stresser eller mye press fra omgivelsene)

Nei ☐ Moderat ☐ Høyt stressnivå ☐

Opplevelse av impulskontroll i stressede situasjoner: Full kontroll ☐ Redusert kontroll ☐ Mister kontrollen ☐

- 2) Opplever du irritasjon i hverdagen din? (Følelse av uforløst negativ energi)

Nei ☐ Moderat ☐ Mye irritasjon ☐

Hva er irritasjonen relatert til:

- 3) Har du nylig opplevd å bli krenket? (Opplevelse av å bli behandlet respektløst eller uten verdi)

Nei ☐ Moderat ☐ Alvorlig krenket ☐

Hva ble du krenket av:

- 4) Opplever du deg truet? (Følelse av å bli forfulgt, organisert overvåkning. Opplevelse av livet står i fare)

Nei ☐ Moderat ☐ Alvorlig truet ☐

Hva er trusselen:

- 5) Har du hatt foreldre eller andre relasjoner som har vært fysisk voldelig mot deg gjennom oppveksten? Ja ☐ Nei ☐

- 6) Har du noen gang blitt utsatt for trusler om å bli skadet? Ja ☐ Nei ☐

- 7) Har du noen gang blitt utsatt for fysisk angrep fra andre? Ja ☐ Nei ☐

- 8) Har du i løpet av det siste året:

a. Påført en annen person skade? Ja ☐ Nei ☐ (Ja= gå til spm. 10)

b. Truet mer å påføre en annen person skade? Ja ☐ Nei ☐

- 9) Har du etter at du fylte 16 år påført noen fysisk skade? Ja ☐ Nei ☐ (Nei= gå til spm. 17)

- 10) Dersom du har påført andre skade, var det da i selvforsvar? Ja ☐ Nei ☐ Både ja og nei ☐

- 11) Hadde du da inntatt rusmiddel i forkant av den voldelige handlingen? Ja ☐ Nei ☐ Både ja og nei ☐

- 12) Har du påført andre fysisk skade uten at du var påvirket av rus? Ja ☐ Nei ☐

- 13) Var det gjennomtenkt eller impulsiv handling? Gjennomtenkt ☐ Impulsiv ☐

- 14) Har du noen gang fått en behagelig følelse etter å ha utøvd vold? Ja ☐ Nei ☐ Kanskje ☐

- 15) Kan du tenke deg å jobbe for å finne alternativer til vold? Ja ☐ Nei ☐ Kanskje ☐

- 16) Har du tanker om å påføre andre skade? Aldri ☐ Noen ganger ☐ Ofte ☐

- 17) Finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?

Tips: Her kan risikosituasjoner som tilbakeholdelse i avdeling, medisiner og fysiske begrensninger spørres om.

- 18) Vurder sannsynligheten for voldelig adferd mens du er innlagt i avdelingen?

Lite sannsynlig 1 2 3 4 5 Meget sannsynlig

Intervju om vold, del B

Navnelapp

Del B:

Samtalen gjøres for å hjelpe pasienten til å *reflektere* rundt uønsket aggressiv adferd som kan oppstå som følge av bl.a. ubehagelig informasjon, opplevelse av frihetsberøvelse eller tap av autonomi. For mange er det en stor belastningen å være innlagt mot sin vilje, og det er mange potensielle konfliktsituasjoner som kan oppstå i behandlingsforløpet på bakgrunn av rammene av tvang. Det er derfor viktig at pasienten får god og tydelig informasjon, slik at pasienten får mulighet til å tilpasse seg i størst mulig grad. Dette baserer seg på tanken om at ubehagelig informasjon er lettere å forholde seg til dersom informasjonen er varslet i forkant, og gir mer forutsigbarhet for pasienten.

Spørsmålene stilles åpne, og søker samarbeid som kan bidra til at pasienten velger mer hensiktsmessige handlingsalternativer i møte med ubehagelig informasjon og krav. Under følger temaer som ofte er vanskelig for pasienter å forholde seg til. Hvordan du formulerer og stiller spørsmålene må du tilpasse situasjonen.

TIPS: Del B kan også flettes inn i gjennomgangen av del A under «finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?». Del B kan også gjennomføres som en egen samtale uavhengig av om del A er aktuell eller gjennomført.

- 1) Hvordan tror du at du vil reagere dersom du ikke får lov å forlate avdelingen, eller selv ikke får bestemme når du vil dra herfra?

- 2) Å bli sint er en naturlig del av livet, men vi har alle forskjellige måter å bli sint på. Dersom du skulle bli sint når du er innlagt; på hvilken måte tror du dette vil komme til uttrykk hos deg? (Her kan man undersøke bråsinne, energi i språkbruk og fysiske uttrykk).

- 3) Hvordan stiller du deg til å bruke medikamenter som anbefales av oss? (Dersom pasienten stiller seg kritisk, kan du følge opp med tilleggsspørsmål) Hvordan tror at du vil reagere dersom disse medisinene vurderes å være så viktige at vi vil insistere på at du tar dem?

- 4) Dersom det skulle oppstå uenighet mellom deg og oss; Hvordan foretrekker du at denne uenigheten håndteres fra vår side og hvordan tror du at du vil håndtere den? (For eksempel; skjerming. Å informere om bakgrunnen for skjerming og å gi forklaring om hvorfor pasienten skjermes, er ofte vår måte å dempe energien i uenigheten).

- 5) Andre opplysninger:

VEDLEGG IX – Eksempel på skjema til ettersamtale/evalueringssamtale

Evalueringssamtale etter avslutning av:

- ☐ Vedtak om skjerming §4-3
- ☐ Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke §4-4
- ☐ Vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler/eller kroppsvisitasjon §4-6
- ☐ Vedtak om rusmiddeltesting av biologisk materiale §4-7
- ☐ Vedtak om tvangsmiddel §4-8: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

Tvangsvedtaket ble iverksatt dato og kl:

Tvangsvedtaket ble avsluttet dato og kl:

Pasienten har fått tilpasset informasjon og tilbud om samtalen og takket ja ☐ nei ☐

Deltagelse fra pårørende ja ☐ nei ☐

Tilstede i samtale:

Kort beskrivelse av hendelsesforløp:

Tre aspekter som må ivaretas:

1. Pasientens opplevelse og syn på tvang og brukermedvirkning
2. Pasientens syn/refleksjon om hvordan unngå bruk av tvang fremover i lignende situasjoner
3. Gjennomgang av hendelsen / begrunnelse for vedtak – hvis pasienten ønsker det

Spørsmål må reformuleres og tilpasses den enkelte pasient og hendelse. Reformuleringer bør ta hensyn til om det er en samtale med fokus på tvangsmidler eller annen tvang.

Forslag på spørsmål

Kan du beskrive situasjonen slik som du husker den?

Hva trodde du ville skje?

Hva oppfatter du som årsak til tvangsbruken?

Når begynte «situasjonen» for deg?

Hva pleier å hjelpe deg når du har slik du hadde det, og hva kunne du selv ha gjort for å forebygge hendelsen?

Hvilke «tegn» hos deg som viser at du begynner å ha det vanskelig burde vi vite noe om?

Var det noe du tenker vi misforstod, burde ha sett eller forstått, som vi ikke gjorde?

Hvilke vurderinger tror du personalet gjorde?

Hvis du hadde vært i situasjonen som et personal hva hadde du gjort da?

Hva tenker du at vi kunne ha gjort som ville ha løst situasjonen annerledes, eller på en bedre måte for deg?

Hvordan opplevde du gjennomføringen av tvangsbruken?

Hva merket du i kroppen i situasjonen (følelser, tanker, andre opplevelser)?

Hva vil du si om måten personalet behandlet deg på?

Hvordan kunne tvangen vært gjennomført på en måte som kunne ha blitt opplevd som mer skånsom for deg?

Hva synes du vi gjorde som var bra eller ivaretagende i forkant, under eller etter tvangsepisoden?

Hvilken informasjon kunne du ha trengt før, under og etter tvangsepisoden?

Hvor/ når opplevde du at du falt til ro?

Hva ville være det optimale vi kan gjøre i en lignende situasjon?

Hva kan personalet lære av denne situasjonen, slik at det ikke skjer igjen?

Er det noe vi ikke har snakket om, som du eller vi kunne gjort annerledes for å forebygge dette?

Hvis du ønsker det, så kan vi fortelle om hvordan vi opplevde situasjonen, hva vi prøvde på og hvorfor vi til slutt gjorde det vi gjorde

VEDLEGG X – Gjennomgang av tvangsmiddelbruk – eksempel på skjema

Gjennomgang av tvangsmiddelbruk

Pasient: mann ☐ kvinne ☐ Alder:
Antall pasienter innlagt:..... menn:..... kvinner:.....

Dato:	Post:
På jobb: menn: kvinner: faglært:	
Tilstede i situasjonen: menn: kvinner:	
Hvor startet situasjonen:	

1) Var noen av disse tiltakene for å vurdere voldsrisiko iverksatt eller gjennomført før iverksetting av tvangsmiddel			
V-Risk 10 ja ☐ nei ☐ (Skår lav ☐ moderat ☐ høy ☐) BVC ☐ Skår BVC: Kontinuert ☐ Samtale om vold, del a ☐ del b ☐			
2) Skader/ avvik/ SOAS/ ettersamtale			
Skader på personalet ja ☐ nei ☐	Skader på pas. ja ☐ nei ☐	Meldt avvik v/skade ja ☐ nei ☐	Fylt ut SOAS ja ☐ nei ☐
Er ettersamtale gjort ja ☐ nei ☐		Hvis nei, er ettersamtale lagt inn i behandlingsplanen ja ☐ nei ☐	

3) Hvilke tvangsmidler ble brukt med klokkeslett og varighet.			4) Var tvangsmiddelbruk nært i tid med tanke på innleggelse eller overføring?	
Tvangsmidler	Klokkeslett	Varighet	Ja ☐ Nei ☐	Innleggelse ☐ Overføring ☐ Antall timer:
a) Mekaniske tvangsmidler			5) Hvor lang tid i forkant av tvangsmiddelbruken ble det observert forvarsler?	
b) Isolasjon			I det situasjonen oppstod ☐	Under 10 min i forkant ☐
c) Korttidsvirkende legemidler			10-30 min i forkant ☐	Under 1 time i forkant ☐
d) Kortvarig fastholding			1-2 timer i forkant ☐	Mer enn 2 timer ☐

6) Atferd som førte til bruk av tvangsmiddel						
Truet med utagering ☐	Trusler om vold ☐	Motorisk urolig ☐	Fysisk truende ☐	Gikk løs på inventar ☐	Provoserende atferd ☐	Kastet gjenstander ☐
Gikk til fysisk angrep på medpasient ☐ personalet ☐ seg selv ☐			Annet:			
7) Vurdering av pasientens tilstand						
Forvirret ☐	Hallusint ☐	Redd ☐	Paranoid ☐	Mållrettet aggressiv ☐	Adekvat sint ☐	
Ruset ☐	Abstinent ☐	Annet:				
8) Var tvangsmiddelet reletart til noen av disse situasjonene						
Videreføring av politiets tvangsmiddel v/innkomst ☐		Planlagt medisinerings ☐		Informasjon om å måtte bli på sykehuset ☐		
Informasjon om tvangsmedisinering ☐		Paragrafvurdering ☐		Vaktskifte ☐ Møtevirksomhet ☐		
Korrigerings fra helsepersonell ☐		Uro i posten ☐		Annet:		
9) Hvilke tiltak ble iverksatt for å hindre bruk av tvangsmidler						
De-eskalerende kommunikasjon: Ja, bar ikke frem ☐ Nei, ikke mulig å oppnå dialog ☐		Tett terapeutisk oppfølging og skjerming ☐		Prøvde å motivere til alternativ atferd ☐		
Tilbød pasienten medisiner, som pasienten tok ☐ Pasienten ikke tok ☐		Ingen. Situasjonen oppstod akutt, uten forvarsler ☐		Andre tiltak:		
10) Beskriv kort eskaleringen av situasjon og tilsynelatende utløsende årsak for tvangsmiddelbruk, evt. bruk baksiden.						

11) Hendelse gjennomgått med leder og personal som iverksatte tvangsmidlet. Leders vurdering:	
Dato:	Sign.:

Guide for gjennomgang av §4.8

Dette kan være en samtale både ledere og medarbeidere synes er vanskelig. Den kan oppleves som en «pekefinger» - du har gjort noe galt. Standardisering av samtalen med en guide har blitt opplevd positivt. Fokuset er på læring og utvikling.

Vi er en lærende organisasjon, og ønsker å forbedre vår praksis ved å gjennomgå situasjoner, og undersøke om vi kan lære av våre felles erfaringer. Grunnlaget for manualen baserer seg på teori hentet fra medisinsk simulering (Sim Oslo), modell for etisk refleksjon fra Senter for Medisinsk Etikk ved UiO.

Gjennom guiden ønsker vi å bidra til økt bevisstgjøring: Hvordan forholder vi oss aktive til informasjon, sjekker ut kommunikasjon, og bidrar slik at I god informasjonsflyt gir bedre grunnlag for de tiltak man velger, og at vi sammen kan forebygge vanskeligere situasjoner.

Sett av tid (og rom til inviterte, og anbefalt forberedelse er å ha lest dokumentasjonen. Strukturen i selve samtalen er tredelt:

Del 1) Etablere et faktuel/ objektiv forståelse av hendelsesforløpet ved å gå gjennom skjemaet.

Del 2) Reflektere over prosessene som fant sted, både individuelt og i teamet. Fokus er hvordan man forstod, fortolket, følte, hva man tenkte og hvordan det påvirket handlinger.

Spørsmålene er i tilfeldig rekkefølge, og er overlappende. Man kan la den det gjelder velge fem tall, og ta de spørsmålene. Noe av hensikten er å fjerne «pekefingeren».

Del 3) Læringspotensialet, hva kan man ta med seg videre, og hvordan kan man gjøre det i praksis.

Et eksempel på hvordan gjennomgang av tvangsmiddelbruk kan gjøres:

1. Ansvarsvakt, eller den som i praksis har fattet beslutningen om å benytte tvangsmidler fyller ut skjemaet «gjennomgang av tvangsmidler».
2. Leder leser gjennom dokumentasjon i EPJ og skjemaet, kaller inn til samtale og gjennomfører denne.
3. Hvis ønskelig så arkiveres skjemaet på egnet sted for å samle inn data for å kunne evaluere, se sammenhenger over tid.

Noen institusjoner har tilpasset gjennomgangen lokalt, og har valgt ut spørsmål de ønsker å fokusere på og gjort de til en forlengelse av selve skjemaet.

Gjennomgangen

- 1) Etabler en «faktuell/objektiv» forståelse av hendelsesforløpet, bl.a. ved å gå gjennom «Gjennomgang av §4.8». Gjenfortell kort og oppsummert din forståelse. Tolkninger og forståelse er hovedfokus i del to.

- 2) Reflektere over prosessene, og den indre dialogen, som fant sted:

Den det gjelder velger fem tall, og ta de spørsmålene.

- 1) Hva var det som gjorde at du/ dere gjennomførte beslutningen?
- 2) Hvordan kom du/ dere frem til beslutningen din?
- 3) Hva var det som gjorde at du/ dere valgte å bruke tvangsmiddelet/ tvangsmidlene?
- 4) Før situasjonen oppstod, var det tilgjengelig noe informasjon om at noe slikt kunne skje?
 - a. Hvis ja, ble den informasjonen brukt på noe vis?
 - b. Hvis nei, forelå det ikke noe dokumentasjon/ informasjon fra før, rakk ikke sjekke, eller andre grunner?
- 5) Var det, eller dukket det opp underveis, i situasjonen informasjon som ikke passet inn i «bildet» ditt av situasjonen?
 - a. Hvis det var det, hva gjorde du med den informasjonen?
 - b. I ettertid, har det dukket opp noe som du ikke «så» der og da? Hvis du hadde «sett» det da, hvordan kunne det ha påvirket hvordan situasjonen ble håndtert?
- 6) Spurte du etter informasjon eller synspunkter fra andre?
 - a. Hvis ja, fikk du informasjon, og hvordan forholdt du deg til den?
 - b. Hvis nei, hva var det som gjorde at du ikke gjorde det?
- 7) Var det et «miljø» tilstede som gjorde det mulig å dele informasjon, komme med andre fortolkninger/ opplevelser av situasjonen?
- 8) Hva fikk du til i situasjonen?
- 9) Hva fikk dere til som et team?
- 10) Ser du noen forbedringsområder i måten å håndtere tilsvarende situasjoner på i fremtiden?
- 11) Spurte du deg selv om du kunne forstå/ tolke situasjonen annerledes enn hva du gjorde?
 - a. Hvis ja, hva var den alternative tolkningen? Hvorfor førte ikke den frem?
 - b. Hvis nei, i ettertid – finnes det en annen måte å forstå situasjonen på?
- 12) Når begynte situasjonen?
- 13) Når så dere tidligtegn?
 - a. Hva var det dere så/observerte?
 - b. Hva gjorde dere med det?
- 14) Hvilke parter var involvert?
 - a. Hvilke verdier og holdninger var presentert?
 - b. De ulike partene, hadde de ulike verdier eller ståsteder og eventuelt hvilke?

Har pasienten fått tilbud om ettersamtale?

 - c. Hvis ja, hvorfor det?
 - d. Hvis nei, hvorfor ikke?
- 15) Har du noen tidligere erfaringer som «informerte» deg om hvordan det kunne være hensiktsmessig å håndtere denne situasjonen?
- 16) Hvordan undersøkte dere pasientens opplevelse i situasjonen?
- 17) Hvis du ikke var den som ledet, var du enig i vurderingen og løsningen?
 - a. Hvis ja, hva var det som gjorde at du var det?
 - b. Hvis nei, hva var det som gjorde at du ikke delte din vurdering?

18) Hva følte du i situasjonen?

- a. I situasjonen, var du klar over hva du følte?
- b. Hvis ja, hvordan forholdt du deg til det du følte?

19) Nå, i ettertid, det du følte i situasjonen, påvirket det hvordan du valgte å løse situasjonen?

- a. Hvis ja, på hvilken måte?

20) Kunne situasjonen vært løst annerledes?

21) Hvordan påvirket følelsene dine deg i situasjonen?

22) Hvordan jobber du med å «emosjonelt regulere» deg i situasjoner som denne?

23) Hvordan fungerte ledelse av situasjonen?

24) Når startet hendelsen?

- a. Når startet hendelsen for personalet?
- b. Når startet hendelsen for pasienten?
- c. Hvis hendelsen startet forskjellig, hvordan kan det ha seg? Er det viktig, og hvordan kan det påvirke hvordan man jobber?

3) Hva konkret kan du ta med deg fra situasjonen og gjennomgangen videre?