



Konsernrevisjonen
Rapport 1/2020

Bruk av tvang i psykisk helsevern
(delrapport 1)

Helse Sør-Øst

Dato: 5. mars 2020



Introduksjon

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

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*.

Det er definert følgende problemstillinger:

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

Del 1 av revisjonen omfatter en spørreundersøkelse blant alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2019.

Del 2 av revisjonen vil bli gjennomført ved tre helseforetak i perioden mars - mai 2020.



Innhold

1.	Sammendrag	4
2.	Kontekst	6
2.1	Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	6
2.2	Psykisk helsevernloven	6
2.3	Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst	7
2.4	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	7
3.	Tilnærming	8
3.1	Innretning og metodebruk	8
3.2	Omfang og avgrensning	8
3.3	Temaer for spørreundersøkelsen	8
4.	Resultater fra spørreundersøkelsen	9
4.1	Styring og oppfølging	9
4.2	Kompetanse	12
4.3	Forebygging i bruk av tvangsmidler	14
4.4	Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak	18
4.5	Registrering av tvangsmiddelbruk	22
4.6	Oppfølging etter bruk av tvangsmidler	23
	Vedlegg	



1. Sammendrag

Denne rapporten er en oppsummering av en spørreundersøkelse til alle 118 enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter kjenner til anbefalingene som ble gitt i rapporten om redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.

Et stort flertall har også iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene. Tiltakene dekker både forebygging, gjennomføring og oppfølging etter bruk av tvangsmidler. Samtidig viser undersøkelsen at det er noen svakheter ved lederoppfølgingen på dette området. Nedenfor gir vi et sammendrag av de ulike områdene undersøkelsen omfatter.

Styring og oppfølging

For å nå målet om redusert bruk av tvang er det viktig at enhetene blir fulgt opp på dette. Øverste leder har ansvar for å sørge for at mål og krav operasjonaliseres og for å følge opp resultater.

Et flertall av enhetene oppgir at de ikke har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler for 2019. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at de sjeldnere enn månedlig blir fulgt opp av overordnet leder om enhetens tvangsmiddelbruk. For å sikre kontinuerlig oppmerksomhet om bruk av tvangsmidler bør dette i større grad synliggjøres og inngå i ledelsesoppfølgingen gjennom hele styringslinjen.

Kompetanse

Det er viktig at de som har vedtaksmyndighet får tilstrekkelig opplæring slik at faglig forsvarlighet ivaretas. Tilnærmet alle enhetene har spesifiserte kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige. Enhetene

med hyppigst bruk av tvangsmidler gjennomfører regelmessig trening i å håndtere utagerende og voldelig atferd. Samtidig er det variasjoner både innad og mellom enheter og helseforetak i hvordan opplæringen er utformet. Det vil også være viktig at det gjennomføres regelmessig trening i enheter som sjelden har behov for å benytte tvangsmidler, slik at kompetansen vedlikeholdes.

Forebygging i bruk av tvangsmidler

Forebyggende tiltak skal i størst mulig grad forhindre situasjoner som kan resultere i bruk av tvangsmidler. For at både personell og pasienter skal kunne fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Et stort flertall av enhetene har husordensregler. Disse er i stor grad nylig revidert og gjennomgått av kontrollkomisjonene.

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å finne mindre inngripende løsninger. Et mindretall av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Det er i hovedsak enhetene med hyppigst bruk av tvangsmidler som fortsatt har dette. Flere enheter har imidlertid en plan om å fjerne ferdig montert belteseng.

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger og risikoreduserende tiltak, kan bidra til færre situasjoner der tvangsmidler blir benyttet. De fleste enhetene gjennomfører dette. Samtidig er det færre enheter hvor pasientene selv gjør en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd. Enhetene med mest bruk av tvangsmidler gjør dette i større grad enn andre enheter.

Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak

Tvangsmidler skal bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, er det viktig med en trinnvis tilnærming. Prinsippet er minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig, så skånsomt som mulig.

De fleste enhetene oppgir at de benytter en trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Likevel oppgir kun halvparten av enhetene at de har en beskrivelse av hvilke situasjoner de ulike tvangsmidlene kan benyttes. Dette kan medføre uønsket variasjon i tilnærmingen til bruk av tvangsmidler.

Det er faglig ansvarlig (psykiater eller psykologspesialist) som kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. Tilnærmet alle enhetene oppgir at det er faglig ansvarlig alene som står som ansvarlig for vedtaket i elektronisk pasientjournal (EPJ), når vedkommende er tilstede.

I situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, kan ansvarshavende som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog fatte vedtak om bruk av tvangsmidler. I rapporten blir det anbefalt at den som fatter vedtaket også skal stå som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

Om lag halvparten av enhetene oppgir at det i slike tilfeller er ansvarshavende alene som står som ansvarlig for vedtaket i EPJ. De resterende oppgir at det er faglig ansvarlig som står ansvarlig for vedtaket.

Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

Ettersamtaler med ansatte, pasienter og pårørende kan være et nyttig verktøy til å innhente erfaringer og tilbakemeldinger. De kan legges til rette for økt læring og kvalitetsutvikling, samt benyttes til å håndtere lignende situasjoner på andre måter i fremtiden. Helseforetakene har i stor grad lagt til rette for å innhente erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende.

Samtidig har et mindretall av enhetene endret praksis på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende. Dette indikerer at det er et potensiale for å i større grad benytte tilbakemeldingene til systematisk læring og forbedring. Dette kan gi økt brukermedvirkning og en praksis som ytterligere er tilpasset pasientenes behov.

Registrering av tvangsmiddelbruk

Korrekt styringsinformasjon er nødvendig for å kunne følge utviklingen, vurdere behovet for endring og iverksette korrigerende tiltak.

Det har tidligere vært utfordringer med å skaffe god oversikt over tvangsmiddelbruk ved de ulike helseforetakene da det har vært variasjoner i hvordan registreringen har blitt utført.

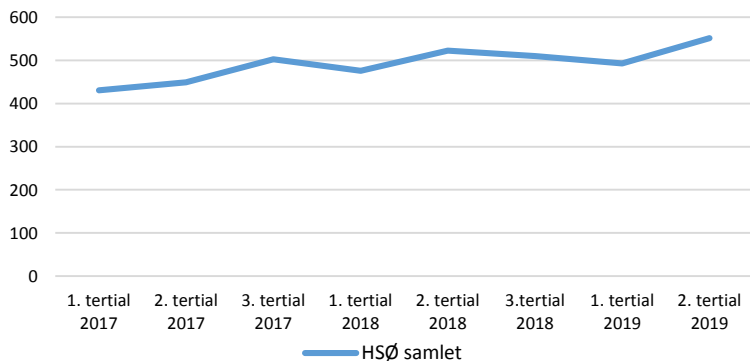
De fleste enhetene har føringer for registreringer av tvangsmiddelbruk, og det gis opplæring. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at registreringspraksis regelmessig følges opp. Manglende oppfølging av registreringspraksis kan redusere helseforetakenes evne til å fange opp om registreringene er korrekte og i henhold til gjeldende føringer.

2. Kontekst

2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

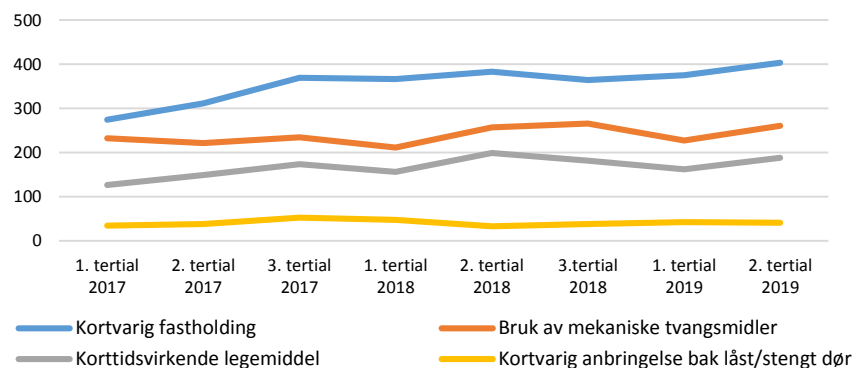
Gjennom flere år har det vært mål om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF har gjennom sine årlige styringsinstrukser etablert mål om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Gjennom blant annet rapporten «Økt frivillighet» (2011) ble det gitt anbefalinger og forslag til tiltak for redusert og riktig bruk av tvang.

I oppdragsdokumentene til helseforetakene er det gjennom flere år gitt krav om reduksjon i bruken av tvang. For 2017 ble det gitt krav om å redusere antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbyggere som har minst ett tvangsmiddelvedtak. For 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres. Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i HSØ med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019.



Figur 1 Utvikling i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 - 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 2 viser utviklingen i bruken av de ulike tvangsmidlene samlet for HSØ, og at det er flest pasienter som får vedtak om kortvarig fastholding. Bruk av kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør (isolasjon) er det tvangsmiddelet som benyttes minst i regionen.



Figur 2: Utvikling i bruk av ulike tvangsmidler i perioden 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

2.2 Lov om psykisk helsevern

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

I henhold til psykisk helsevernloven § 4.8 regnes tvangsmidler som:

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

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

Psykisk helsevernforskriften § 25 åpner for at leder, unntaksvis, kan delegere myndighet til å vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding til ansvarshavende, som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Lovens § 4.2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i Psykisk helsevern. Helseinspektorens kommentarutgave av loven gir føringer for avgrensning av hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med lovens § 63.

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

I 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* ble det gitt anbefalinger om hvordan bruken av tvangsmidler kan reduseres. Rapporten ble sendt alle helseforetak våren 2019. Gjennom oppdragsdokumentet for 2019 er det gitt krav om at anbefalinger i rapporten skal innføres på samtlige aktuelle avdelinger i regionen.

Det er opprettet en regional faggruppe som skal bidra til erfaringsutveksling, og en mest mulig enhetlig forvaltning og operasjonalisering av anbefalingene i rapporten. Faggruppen planlegger å besøke alle helseforetak og sykehus som er godkjent for bruk av tvang våren 2020. Der vil de gjennomgå hvordan helseforetakene har tilrettelagt for redusert bruk av tvang, samt gi råd og veiledning for videre arbeid. I etterkant er det planlagt møter for både ledere og klinkere for videre erfaringsutveksling.

2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvang i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten. Dette er tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

3. Tilnærming

3.1 Innretning og metodebruk

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og status på helseforetakenes og sykehusenes arbeid i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 1 av revisjonen er en spørreundersøkelse til alle enheter i regionen som er godkjent for bruk av tvang.

3.2 Omfang og avgrensning

Helseforetak og sykehus har oversendt oversikter over alle enheter som er godkjent for bruk av tvang, samt kontaktinformasjon til nærmeste leder av disse. En samlet oversikt viser at det varierer mellom helseforetakene om enheter innen DPS eller BUP er godkjent for bruk av tvang. Antall enheter fordelt per helseforetak vises i vedlegg 1.

Et elektronisk spørreskjema ble sendt til totalt 118 enheter og alle enheter har besvart undersøkelsen.

For å kunne sammenligne mest mulig like enheter har vi delt enhetene inn i kategorier. Vår plassering av enhetene er basert på enhetenes- og avdelingens navn. De kan derfor være plassert i andre kategorier enn hva helseforetakene selv ville ha gjort. Se tabell 1.

Tabellen gir også en oversikt over gjennomsnittlig antall vedtak pr måned for ulike type enheter. I tabellen er regional sikkerhetsavdeling og de lokale sikkerhetsavdelingene adskilt på grunn av betydelig forskjell i antall tvangsmiddelvedtak. Videre i rapporten er derimot disse slått sammen.

Type enheter	Antall enheter	Gjennomsnitt antall vedtak pr mnd.
Mottak /akutt	30	11,7
Alderspsykiatri	14	0,9
Barn og unge (BUP)	8	3,6
Døgn (i hovedsak psykose/affektive lidelser)	32	6,7
Sikkerhet (lokale)	12	3,9
Sikkerhet (regional)	3	21
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	10	0,3
Psykiatri og utviklingshemning (Psyk og utv.)	3	3,5
Spiseforstyrrelser	6	6,6
Samlet	118	12,8

Tabell 1: Antall enheter og gjennomsnittlig antall tvangsmiddelvedtak fordelt på type enhet.

3.3 Temaer for spørreundersøkelsen

Følgende temaer er kartlagt i spørreundersøkelsen:

- Styring og oppfølging.
- Føringer for hvordan enhetene/avdelingene skal forebygge, håndtere og følge opp etter bruk av tvangsmidler.
- Hvem som er gitt myndighet til å være vedtaksansvarlig og hvilke oppgaver som ligger i dette.
- Kompetansekrav og føringer for opplæring.
- Bruk av trinnsvis tilnærming når bruk av tvangsmidler er besluttet.
- Registrering for bruk av tvangsmidler i EPJ.

4. Resultater fra spørreundersøkelsen

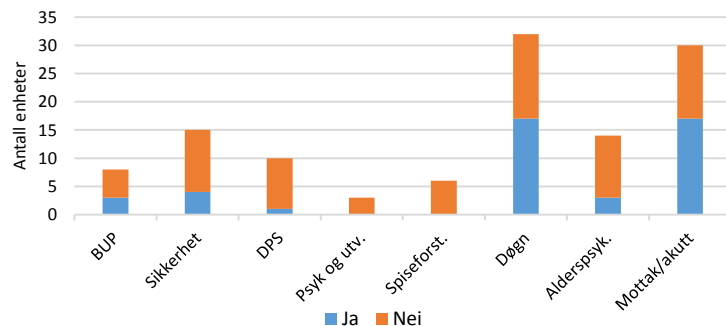
4.1 Styring og oppfølging

For å styre og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet i enhetene, må ledere vite hva de skal oppnå. Det må settes et klart og tydelig mål for alle sentrale områder det skal leveres på.

Dette kapittelet omhandler i hvilken grad enhetene har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål- og resultatkrav for reduksjon i bruk av tvangsmidler, og videre hvordan dette følges opp i styringslinjen.

4.1.1 Krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019

Undersøkelsen viser at et flertall av enhetene ikke har operasjonalisert mål og krav som er gitt i oppdragsdokumentet for å redusere bruk av tvangsmidler.

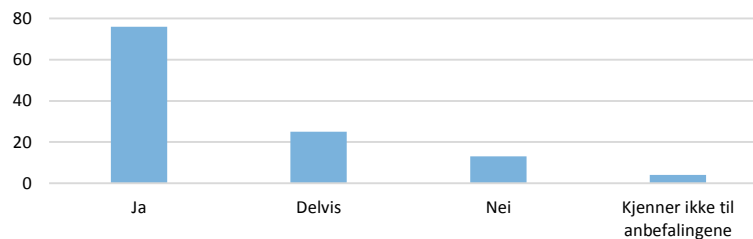


Figur 3: Antall enheter med definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler fordelt på type enheter.

Figur 3 viser også at dette varierer innad i og mellom type enheter. For eksempel er det definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler for 4 av de 15 sikkerhetsenhetene. For akutt- og døgnenhetene er det om lag halvparten som har definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

4.1.2 Anbefalinger gitt i rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

Spørreundersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene kjenner til anbefalingene i rapporten. Videre har et stort flertall av enhetene iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene, jf. figur 4.

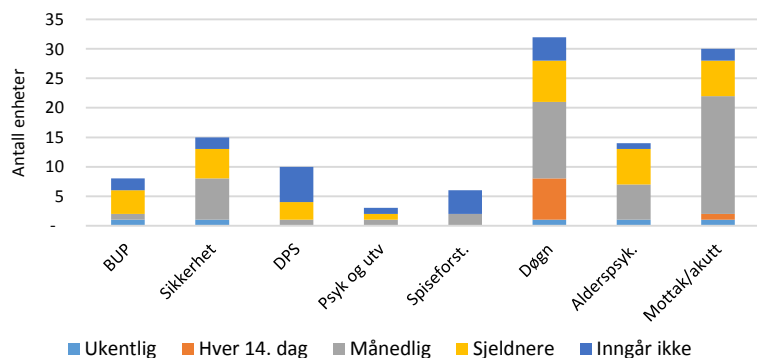


Figur 4: Antall enheter som har iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene.

Noen kommenterer at de har iverksatt kompetansehevende tiltak, bruk av ettersamtaler, og bedre oppfølging av involvert personell i etterkant av hendelser. Flere oppgir i tillegg at de har økt bruk av deeskaleringsteknikker, og fastholding og medisinerings framfor mekaniske tvangsmidler. Flere har fjernet ferdig monterte beltesenger, og økt oppmerksomhet på kortere tid i belter.

4.1.3 Oppfølging av overordnet leder

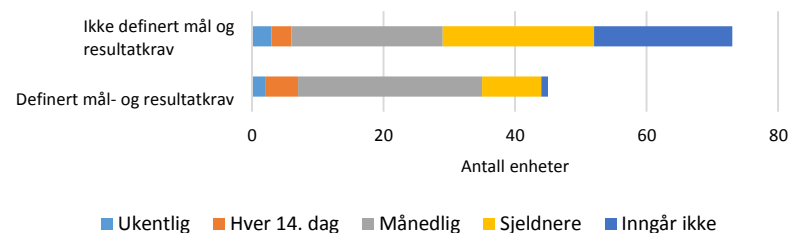
Figur 5 viser at om lag halvparten av enhetene følges opp månedlig eller hyppigere av overordnet leder i bruken av tvangsmidler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. For eksempel er det 7 av 15 sikkerhetsenheter som følges opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.



Figur 5: Fordeling av hvor hyppig overordnet leder følger opp utviklingen i bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

De fleste enhetene som ikke blir fulgt opp på dette området, kommenterer at enheten har liten bruk av tvangsmidler. Et lite fåtall viser til at dette ikke har oppmerksomhet fra overordnet ledelse, selv om enheten benytter tvangsmidler.

Figur 6 viser forskjellen i hvor hyppig enheter blir fulgt opp av overordnet leder, avhengig av om enheten har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

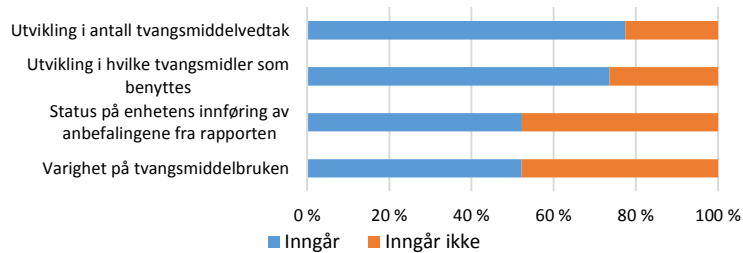


Figur 6: Hyppighet på oppfølging fra overordnet leder fordelt på om enhetene har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

Figuren viser at 45 enheter har fått definert mål- og resultatkrav. Av disse er det en stor andel som følges opp månedlig eller hyppigere.

Av de 73 enhetene som ikke har mål- og resultatkrav er det et mindretall som blir fulgt opp månedlig eller hyppigere. De fleste av disse blir fulgt opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.

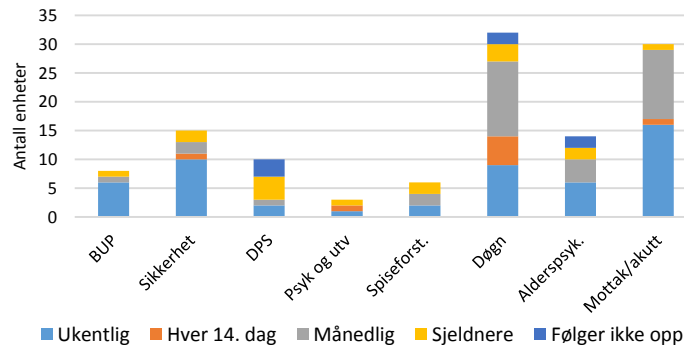
For de enhetene som følges opp, viser figur 7 at det i all hovedsak er utvikling av antall tvangsmiddelvedtak og hvilke tvangsmidler som benyttes, som inngår i ledelsesoppfølgingen. For halvparten av enhetene inngår også varighet på tvangsmiddelbruken og status på innføring av anbefalte tiltak i oppfølgingen.



Figur 7: Fordeling av hvilke forhold som inngår i ledelsesoppfølgingen fra overordnet leder.

4.1.4 Enhetslederens egen oppfølging

Undersøkelsen viser at om lag 80 prosent av enhetslederne følger opp enhetens bruk av tvangsmidler månedlig eller hyppigere. Figur 8 viser samtidig at hyppigheten varierer både innad i og mellom type enheter.

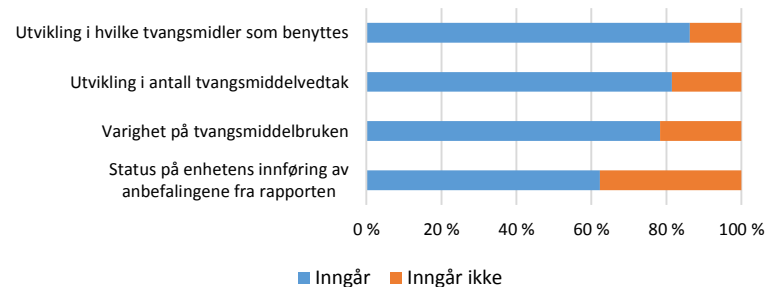


Figur 8: Fordeling av hvor hyppig enhetsledere følger opp utviklingen i tvangsmiddelbruk fordelt på type enheter.

Enhetsledere innenfor sikkerhet og BUP har hyppigst oppfølging. For eksempel oppgir 10 av 15 ledere for sikkerhetsenheter at de følger opp ukentlig.

Flere kommenterer at alle tvangsvedtak diskuteres i morgenmøter, behandlingsmøter, personalmøter og i kvalitetsutvalg. Andre kommenterer at tvangsmiddelbruk også diskuteres med verneombud og tillitsvalgte.

Figur 9 viser at et stort flertall av enhetslederne følger opp utviklingen av antall tvangsmiddelvedtak, hvilke tvangsmidler som benyttes mest og varighet på tvangsmiddelbruken. Videre er det 60 prosent som følger opp status på innføring av anbefalingene i rapporten.



Figur 9: Fordeling av hvilke forhold som inngår i oppfølgingen hos enhetsleder.

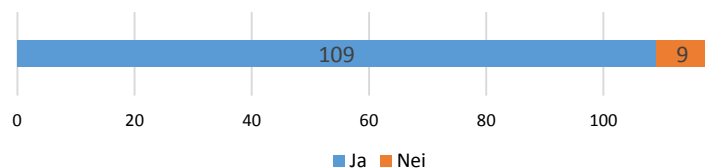
4.2 Kompetanse

Å redusere bruken av tvangsmidler vil blant annet innebære andre tilnærminger eller handlingsmønstre. For å nå målsetningen om redusert bruk av tvangsmidler er det derfor viktig med kompetansehevende tiltak. I dette kapitlet belyser vi om enhetene har definert kompetansekrav og iverksatt opplæringsaktiviteter for å imøtekomme kravet om å redusere bruken av tvangsmidler.

4.2.1 Kompetansekrav og opplæringstiltak

For vedtaksansvarlige

Figur 10 viser at 109 av de 118 enhetene har spesifisert kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige.

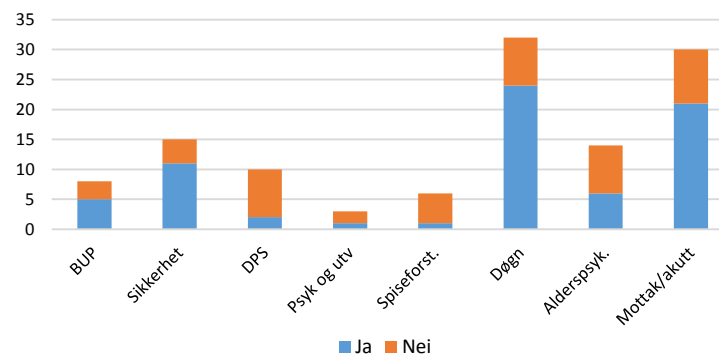


Figur 10: Antall enheter som har spesifisert kompetansekrav for alle vedtaksansvarlige.

Noen enheter beskriver at det har vært gjennomført opplæring i å skrive tvangsmiddelvedtak for alle med høyskoleutdanning, og at ansatte deltar på ulike kurs som berører tvang.

For enhetene generelt

Undersøkelsen viser at om lag 60 prosent av enhetene har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler. Figur 11 viser videre at det varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 11: Antall enheter som i 2019 har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

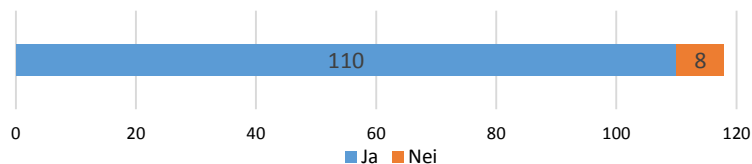
En stor andel av sikkerhet-, døgn- og akuttene har iverksatt kompetansetiltak i 2019. Enheter i blant annet DPS og alderspsykiatri har i mindre grad iverksatt kompetansetiltak.

Av iverksatte kompetansetiltak beskriver flere enheter følgende områder:

- Samhandlingskurs som skal bygge kompetanse om tvangsforebyggende tiltak
- Konfliktdependende kommunikasjon
- Opplæring i deeskalering og konflikthåndtering

- Utdanning av instruktører i håndtering av utfordrende atferd - terapeutisk konflikthåndtering
- Involvering av pasient ved kartlegging av voldsrisiko

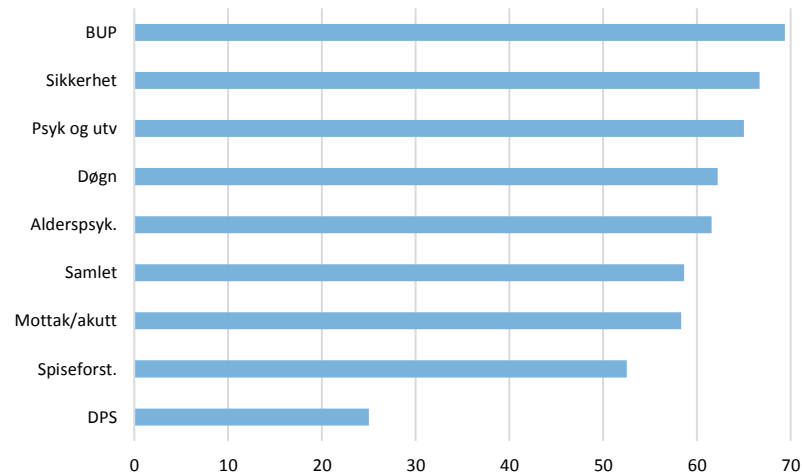
Figur 12 viser at tilnærmet alle enhetene har iverksatt opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd i 2019.



Figur 12: Antall enheter hvor personalgruppen i 2019 har fått opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd.

Figuren viser at det er 8 enheter hvor personalgruppen ikke har fått opplæring. Dette er enheter innen DPS og alderspsykiatri, som generelt har lite bruk av tvangsmidler.

Enhetslederne har videre anslått hvor stor andel av personalgruppen som de siste tre månedene har trent på å håndtere utagerende/voldelig adferd. Samlet har i underkant av 60 prosent av ansatte i enhetene trent, men dette varierer mellom type enheter jf. figur 13.



Figur 13: Gjennomsnittlig andel av personalgruppen som har trent i å håndtere utagerende og voldelig adferd de siste tre månedene fordelt på type enheter.

Figuren viser at andelen av personalgruppen som har trent på å håndtere utagerende og voldelig atferd de siste tre månedene varierer fra rundt 20 til 70 prosent mellom de ulike type enhetene. Nærmere analyser viser også at andelen varierer fra 40 til 80 prosent mellom helseforetakene.

Flere kommenterer samtidig at treningen rullerer etter turnus, og at personalgruppene har krav om å trene hver 6. måned. Andre viser til at enhetene har ulik tilnærming til opplæring i og med at de svært sjelden har utagerende pasienter og at det derfor er viktig å ha regelmessig trening, andre igjen viser til at de derfor ikke prioriterer slik trening.

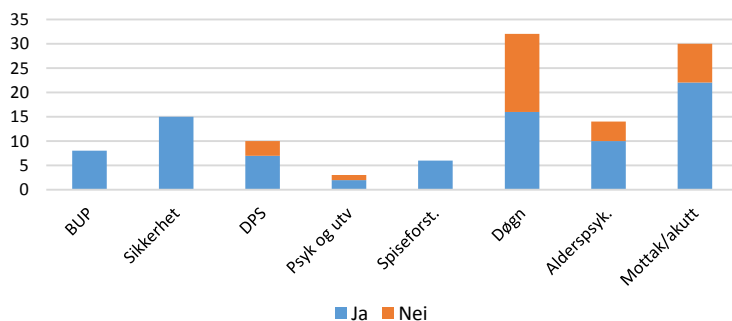
4.3 Forebygging i bruk av tvangsmidler

I dette kapittelet viser vi resultatene i hvordan enhetene forebygger bruk av tvangsmidler. I dette inngår resultatene om husordensregler, om enhetene har ferdig monterte beltesenger og om voldsriskovurderinger.

4.3.1 Husordensregler

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

Figur 14 viser at et stort flertall av enhetene har husordensregler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. Alle enheter i BUP og sikkerhet har husordensregler, og om lag halvparten av døgnenheterne.

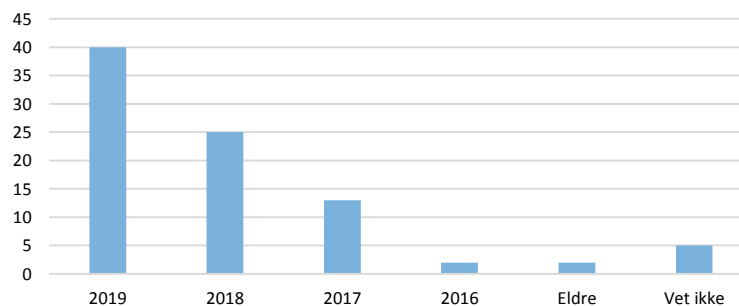


Figur 14: Antall enheter som har husordensregler fordelt på type enheter.

Noen enheter kommenterer om det å ha husordensregler:

- Det er fokus på å ha minst mulig generelle regler.
- Husordensreglene er kun generelle regler som gjelder for vanlig orden og høflighet for hele klinikken.
- Har pasientene behov for spesielle begrensninger på grunn av sin sykdom, skal dette nedfelles i den enkeltes behandlingsplan.

I figur 15 ser vi at om lag halvparten av enhetene reviderte sine husordensregler i 2019. Et fåtall av dagens husordensregler er fra 2017 eller eldre.



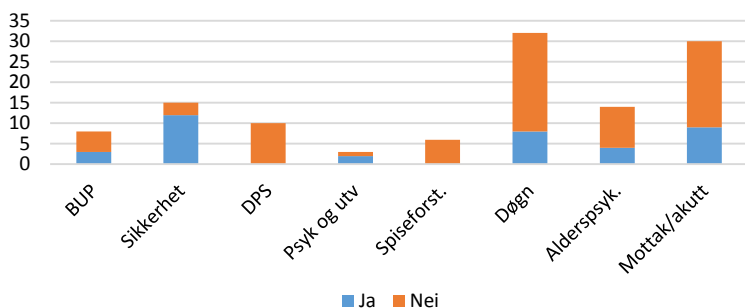
Figur 15: Fordeling av når dagens husregler sist ble revidert.

Spørreundersøkelsen viser også at kontrollkomisjonene har gjennomført tilsyn av tilnærmet alle av dagens husordensregler. Et overveiende flertall oppgir at de har lagt til grunn krav som er gitt i Lov om psykisk helsevern.

4.3.2 Ferdig monterte beltesenger

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

Spørreundersøkelsen viser at om lag 30 prosent av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Figur 16 viser at dette varierer både innad i og mellom type enheter.



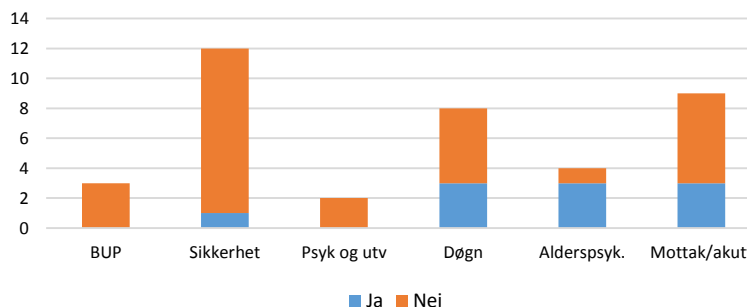
Figur 16: Antall enheter med ferdig montert belteseng fordelt på type enheter.

Mens tilnærmet alle sikkerhetsenheter har ferdig monterte beltesenger, har DPS og enheter for pasienter med spiseforstyrrelser ingen.

Noen enheter har kommentert sin bruk av ferdig monterte beltesenger:

- Vi mener vi ivaretar trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel selv om belteseng er tilgjengelig i seksjonen.
- Belteseng brukes svært sjelden, og kun til manisk psykotiske pasienter hvor alt annet er prøvd. Det går år mellom hver gang sengen er i bruk.

Vi har videre kartlagt om enhetene har en plan for å fjerne ferdig monterte beltesenger, jf. figur 17.



Figur 17: Antall enheter med plan om å fjerne ferdig montert belteseng fordelt på type enheter.

Om lag 20 prosent av enhetene med ferdig montert belteseng har en plan for å fjerne disse.

Et fåtall sikkerhetsenheter planlegger å fjerne beltesenger, mens ingen enheter innen BUP og psykiatri og utviklingshemning har planer om å fjerne ferdig montert belteseng.

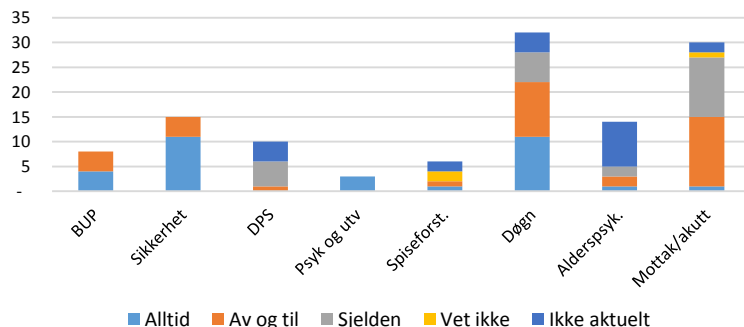
4.3.3 Vurdering av risiko for utagering eller vold

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger som videre danner grunnlaget for risikoreducerende tiltak, vil kunne redusere risikoen for at skadelige situasjoner oppstår. For pasienter med forhøyet voldsrisiko er det i tillegg viktig å få mulighet til å gjøre egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd.

Behandlers vurdering av risiko for vold

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter har prosedyrer for å kartlegge og vurdere pasientens voldsrisiko ved innleggelse. Videre viser undersøkelsen at flertallet også kartlegger pasientenes risiko for vold ved innleggelse, og at det i stor grad benyttes standardiserte kartleggings-skjemaer for denne vurderingen.

Ved forhøyet og vedvarende voldsrisiko anbefales en utdypende vurdering av voldsrisiko. Om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører alltid, eller av og til, en utdypende vurdering av utagerende/voldelig adferd, jf. figur 18.

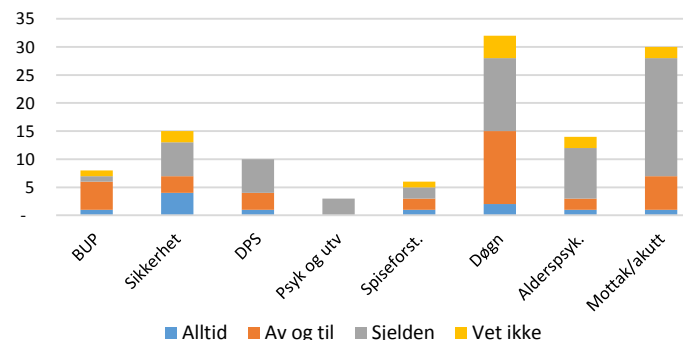


Figur 18: Antall enheter som gjennomfører utdypende voldsrisikovurderinger. Fordelt på type enheter.

Figuren viser at bruk av utdypende vurdering av voldsrisiko varierer både innad i og mellom type enheter. Enheter innen sikkerhet, BUP og døgn gjør dette i hovedsak alltid eller av og til, mens det i mindre grad gjøres ved eksempelvis DPS og alderspsykiatri.

Pasientens egen vurdering av risiko for vold

Figur 19 viser at om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører samtaler med pasientene om deres egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd. De øvrige enhetene svarer at pasientene sjelden tar del i dette.



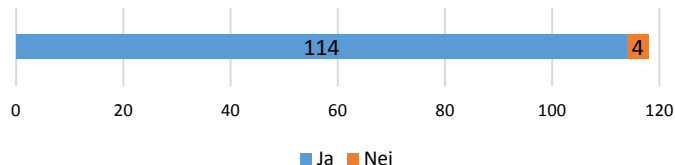
Figur 19: Antall enheter hvor pasienter gjennomfører en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd ved innleggelse. Fordelt på type enheter.

Figuren viser videre at bruk av egenvurderinger gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

4.3.4 Bruk av behandlingsplan

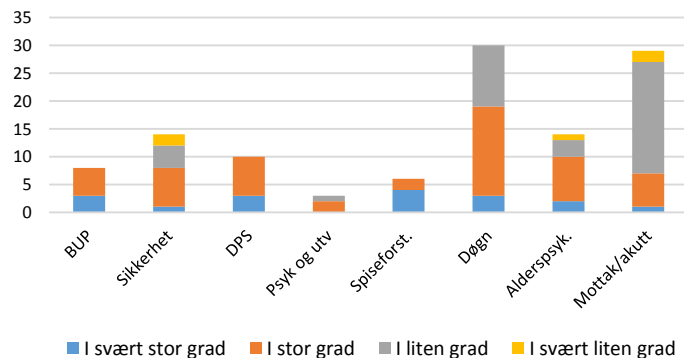
For å ha en samlet oversikt over planlagte tiltak og tidspunkt for evalueringer gjennom behandlingsforløpet, skal alle pasienter ha en behandlingsplan. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter oppgir at pasienter har behandlingsplan, jf. figur 20.



Figur 20: Antall enheter hvor alle pasienter har behandlingsplan.

Samtidig viser undersøkelsen at pasientene i liten grad involveres i utarbeidelsen av behandlingsplanen, jf. figur 21.



Figur 21: Fordeling av i hvilken grad pasienten involveres i utarbeidelse av behandlingsplan. Fordelt på type enheter.

I de enhetene pasientene involveres i utarbeidelse av behandlingsplanene viser figuren at dette gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

Flere har imidlertid kommentert at pasientene ofte er i en tilstand eller forfatning som vanskeliggjør involvering av pasientene i utarbeidelsen av behandlingsplanen.

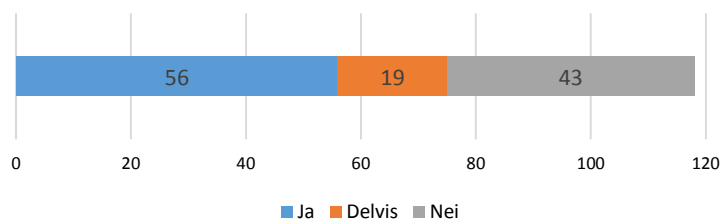
4.4 Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak

I dette kapittelet viser vi resultater knyttet til gjennomføringen av et tvangsvedtak – om enhetene har beskrivelser av i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes, og om enhetene har oppmerksomhet rettet mot trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Videre viser vi resultatene i enhetenes praksis ved vedtak om tvang.

4.4.1 Rutiner for bruk av tvangsmidler

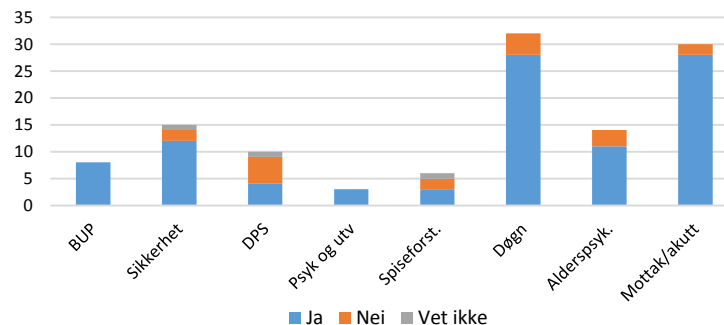
For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, anbefaler rapporten en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Det underliggende prinsippet er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig*.

Figur 22 viser at under halvparten av enhetene har beskrevet i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes.



Figur 22: Antall enheter som har beskrevet når tvangsmidler kan benyttes i enhetene.

80 prosent av enhetene oppgir at de har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Figur 23 viser samtidig at dette varierer noe mellom type enheter.



Figur 23: Fordeling av om enheten har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Fordelt på type enheter.

Noen enheter har kommentert følgende vedrørende valg av tvangsmidler:

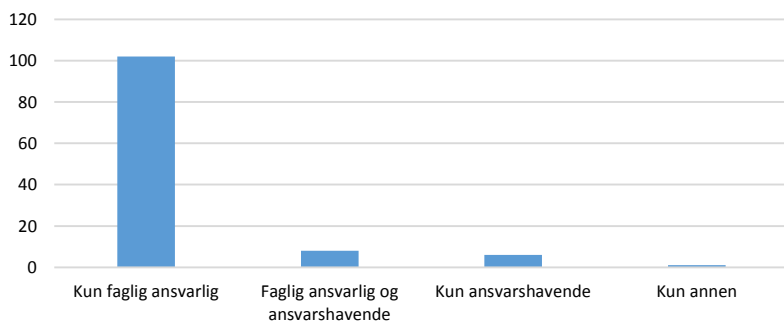
- Enheten følger lov om psykisk helsevern.
- Det er vanskelig å forutse hvilke tvangsmidler som eventuelt er hensiktsmessig å bruke i hvert enkelt tilfelle, det må vurderes fortløpende.
- Vi velger alltid det som kan oppleves som minst inngripende.
- Enheten har de siste fem årene kun brukt fastholding som tvangsmiddel.

4.4.2 Enhetenes praksis for registrering og dokumentasjon når faglig ansvarlig er tilstede

Psykisk helsevernloven gir hjemmel for at den faglig ansvarlige kan fatte vedtak om tvangsmiddelbruk. Dette vil enten være psykiater eller psykologspesialist. Psykisk helsevernforskriften åpner for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Spørreundersøkelsen viser at 110 enheter har prosedyrer som beskriver hvem som kan fatte vedtak om bruk av tvang.

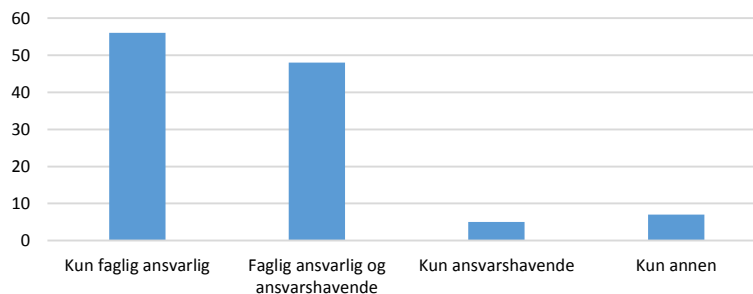
Figur 24 viser hvem som står som ansvarlig for tvangsmiddelvedtak i EPJ når faglig ansvarlig er til stede.



Figur 24: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figuren viser at tilnærmet alle enhetene oppgir at faglig ansvarlig alene står som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

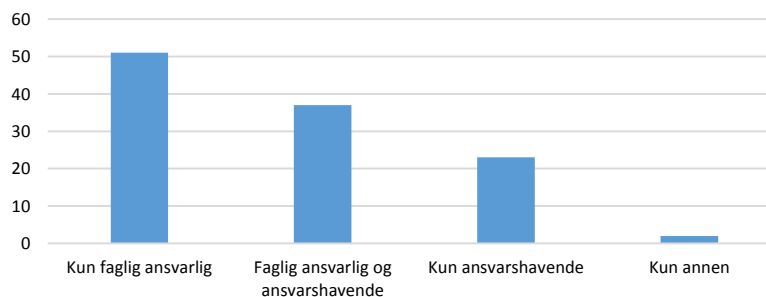
Figur 25 viser fordelingen av hvem som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 25: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figuren viser at det er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen.

Figur 26 viser at det også er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som protokollfører tvangsvedtaket.

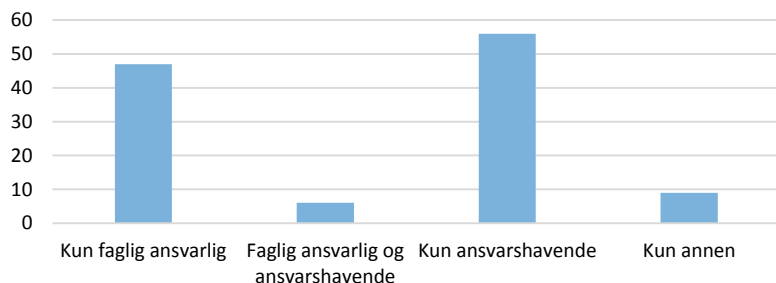


Figur 26: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

4.4.3 Enhetenes praksis når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet

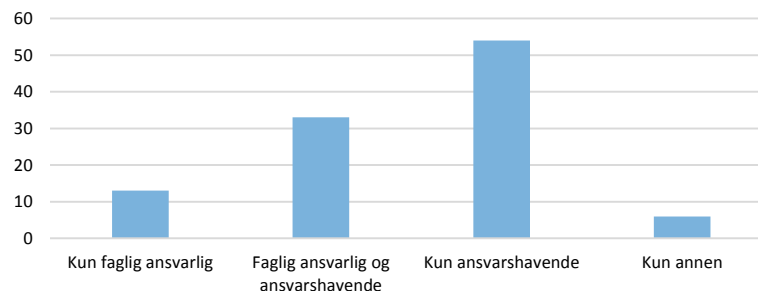
Psykisk helsevernforskriften åpner som tidligere nevnt for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Figur 27 viser at det i disse tilfellene er om lag like mange ansvarshavende som står ansvarlig for vedtaket i pasientens journal som den som er faglig ansvarlig.



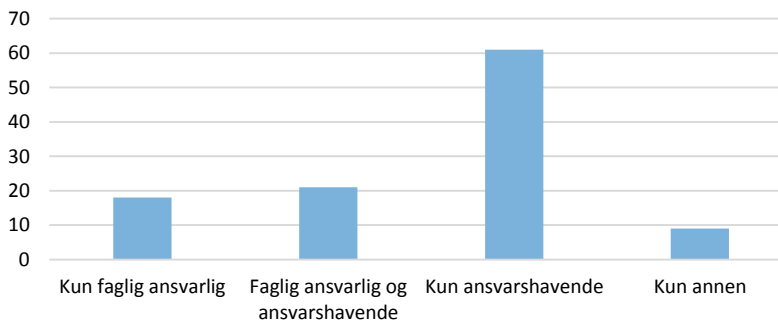
Figur 27: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figur 28 viser videre at det i hovedsak er ansvarshavende alene eller sammen med faglig ansvarlig som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen. Det er således ikke gitt at den som står ansvarlig for vedtakene, også er den som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 28: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figur 29 gir svar på hvem som protokollfører i tvangsmiddelprotokollen. Fordelingen er stort sett lik den vi ser av figuren over.



Figur 29: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

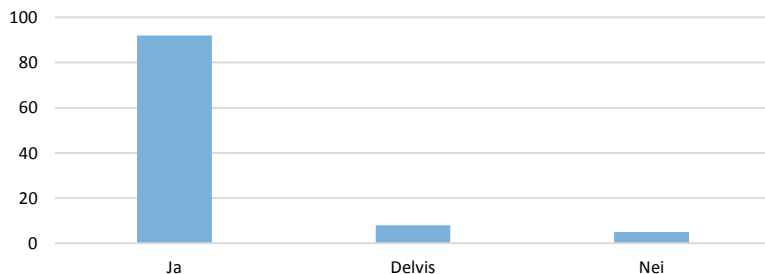
For alle tre figurene er det om lag 6-9 enheter som krysser av for «annen». Disse enhetene er tilknyttet ulike type enheter og helseforetak. Flere oppgir at «annen» ofte er bakvakt eller vakthavende lege.

Enkelte har videre kommentert hvordan vedtak om tvangsmidler praktiseres når faglig ansvarlig ikke er tilstede:

- Ansvarshavende sykepleier protokollfører og spesialist med vedtakskompetanse signerer.
- Når ansvarshavende skriver protokoll, signerer faglig ansvarlig. I helger vil disse oppgavene ligge til vakthavende lege.
- Dersom faglig ansvarlig ikke er tilstede (vakthavende lege), er ansvarshavende sykepleier/vernepleier opplært til iverksetting og dokumentering.
- Ansvarsvakt sykepleier kan fatte vedtak om kortvarig fastholding.

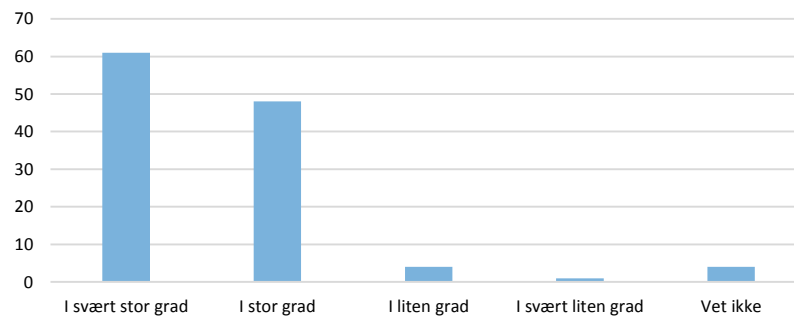
Flere kommenterer videre at de planlegger å endre til at § 4-8 vedtak skal gjennomføres og dokumenteres av ansvarshavende når faglig ansvarlig ikke er tilstede.

Som figur 30 viser har tilnærmet alle enhetene spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres hvis iverksetting av tvangsmidler er fattet og gjennomført av andre.



Figur 30: Har enheten spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres dersom iverksetting av vedtak er fattet av andre?

Figur 31 viser i hvilken grad valg av tvangsmiddel begrunnes i pasientens journal.



Figur 31: Fordeling av i hvilken grad enhetene begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

Figuren viser at et stor flertall oppgir at de i svært stor eller i stor grad begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

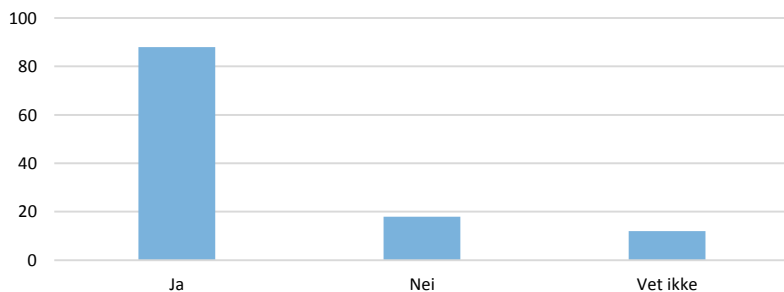
4.5 Registrering av tvangsmiddelbruk

For å få tilstrekkelig oversikt til å følge opp bruken av tvangsmidler fordrer dette blant annet korrekt registrering av tvangsmiddelbruken. I dette kapitlet belyses hvordan enhetene har kontroll og oversikt over om registreringspraksis er i henhold til gjeldende føringer.

4.5.1 Registrering i EPJ

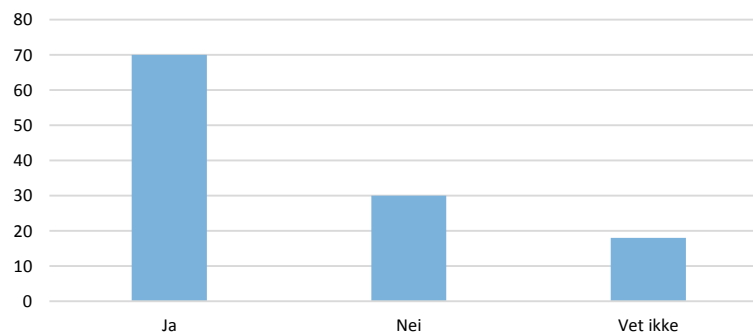
Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene har føringer for registrering av tvangsmiddelbruk i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Figur 32 viser at et flertall av enhetene har gitt opplæring i hvordan tvangsmiddelbruk skal registreres i EPJ.



Figur 32: Fordeling av antall enheter som har gitt opplæring i registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ.

Videre oppgir over halvparten av enhetene at det regelmessig gjennomføres oppfølging av om registreringspraksis av tvangsmiddelbruk er i henhold til gitte føringer, jf. figur 33.



Figur 33: Gjennomføres det regelmessig oppfølging av om registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ er i henhold til gitte føringer?

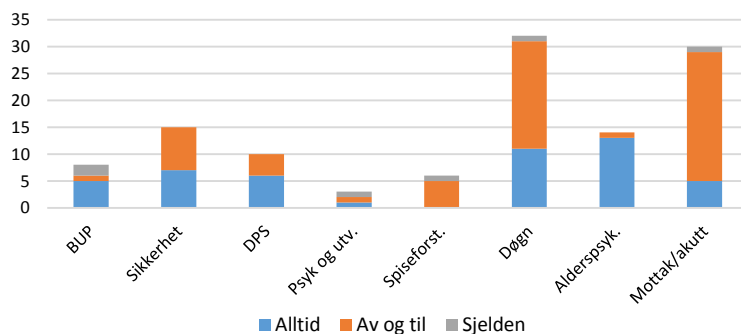
4.6 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

Dette kapittelet omhandler hvordan ledere følger opp personell, pasient og pårørende etter hendelser der tvangsmidler har blitt iverksatt. I tillegg belyser vi hvordan tilbakemeldinger benyttes i enhetenes forbedringsarbeid.

4.6.1 Ettersamtaler med involvert personell

Undersøkelsen viser at over halvparten av enhetsledere gjennomfører ettersamtaler med involvert personell av og til.

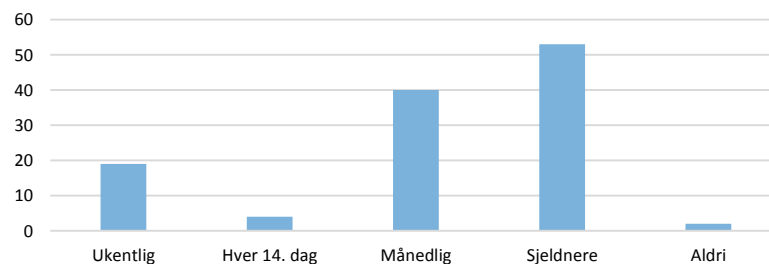
Figur 34 viser imidlertid at bruk av ettersamtaler varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 34: Bruk av ettersamtaler med involvert personell fordelt på type enheter.

Figuren viser for eksempel at tilnærmet alle enheter innen alderspsykiatri alltid gjennomfører ettersamtaler, mens det er mer ulik praksis i de andre enhetene.

Figur 35 viser hvor ofte tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås med enhetens personale.



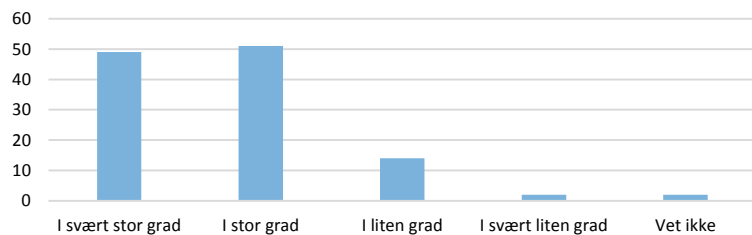
Figur 35: Fordeling av hvor ofte tvangsmiddelbruken gjennomgås med enhetens personale.

Figuren viser at et flertall av enhetene gjennomgår tvangsmiddelbruken månedlig eller oftere. Samtidig er det en betydelig andel som gjennomgår tvangsmiddelbruken sjeldnere.

Flere kommenterer at de sjelden bruker tvangsmidler og at tvangsmiddelbruken tas opp i forbindelse med konkrete hendelser, som kan være en til to ganger i halvåret. Andre kommenterer at bruken av tvangsmidler blir tatt opp i den daglige rapporten i seksjonen, eller ved enkelte personalmøter. I tillegg vises det til at gjennomgang av tvangsmiddelbruk ikke er blitt satt i et rutinemessig system.

4.6.2 Ettersamtaler til pasienter og pårørende

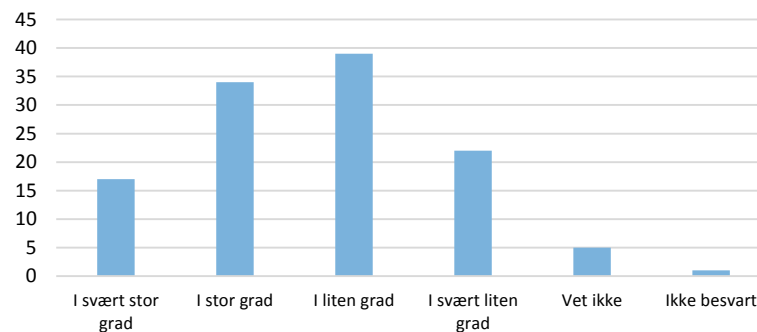
Figur 36 viser at tilnærmet alle enheter gir tilbud om ettersamtaler til pasientene etter bruk av tvangsmidler.



Figur 36: Fordeling av i hvilken grad enheter gir pasienter tilbud om ettersamtale etter bruk av tvangsmidler.

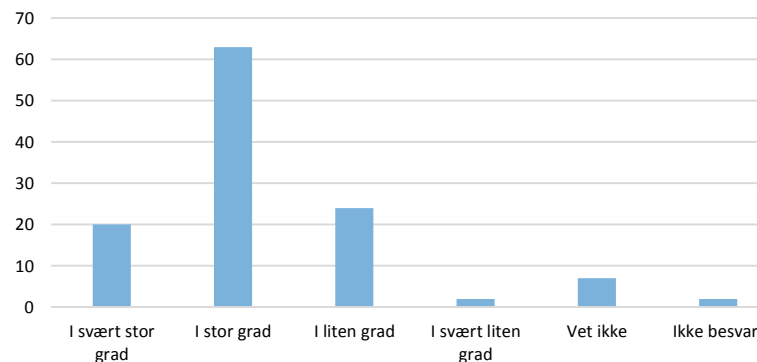
Flere kommenterer i tillegg at de benytter tilbakemeldingene i ettersamtalen til å tilrettelegge for hvordan pasienten ønsker et behandlingsforløp ved reinnleggelse. Andre påpeker at det har blitt høyere terskel for å bruke belteseng, og at pasienter ligger kortere tid i belter.

Når det gjelder tilbud til pårørende viser figur 37 at et flertall av enhetene i liten eller i svært liten grad tilbyr dette.



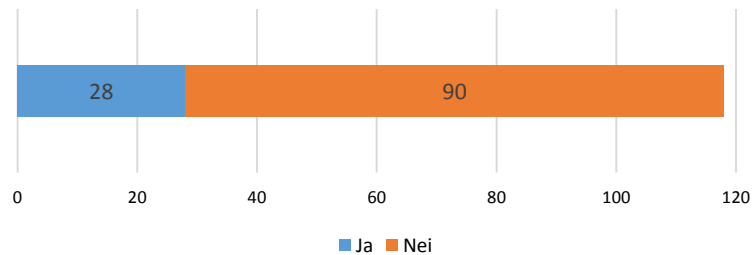
Figur 37: Fordeling av i hvilken grad pårørende får tilbud om ettersamtale etter bruk av tvang.

Figur 38 viser at et stort flertall av enheten benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.



Figur 38: Fordeling av i hvilken grad enheter benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.

Samtidig viser undersøkelsen at det er færre enheter som har endret praksis etter tilbakemeldinger fra pasientene, jf. 39.



Figur 39. Antall enheter som i 2019 har endret praksis for bruk av tvangsmidler på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende.

Flere kommenterer at de på bakgrunn av ettersamtaler har endret praksis for enkeltpasienter, men ikke på systemnivå.

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

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

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

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

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: Desember 2019

Virksomhet: Enheter med godkjent bruk av tvangsmidler i HSØ

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisjonsteam:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Cecilie Skule, avdelingsdirektør Psykisk helse og rus HSØ RHF

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene og sykehus i HSØ
- Administrerende direktører i helseforetakene og sykehusene

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen

Vedlegg 1

Oversikt antall enheter per helseforetak som er godkjent for bruk av tvang.

Helseforetak	Antall enheter
Akershus universitetssykehus	12
Diakonhjemmet	3
Lovisenberg sykehus	7
Oslo universitetssykehus	24
Sykehuset Innlandet	16
Sykehuset i Vestfold	10
Sykehuset Østfold	10
Sørlandet sykehus	11
Sykehuset Telemark	10
Vestre Viken	15
Samlet	118