

Konsernrevisjonen

Rapport 9/2020

Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern - Del 2

Oslo universitetssykehus HF

8. mars 2021



Introduksjon

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

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

Det er definert følgende problemstillinger:

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

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

Del 2 av revisjonen er gjennomført ved OUS i perioden november 2020 - januar 2021.



Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER | 4 |
| 1.1 OPPMERKSOMHET PÅ REDUKSJON AV TVANGSMIDDELBRUK - BEHOV FOR ØKT BRUKERMEDVIRKNING OG BEDRE OVERSIKT I PASIENTFORLØPENE | 4 |
| 1.2 ANBEFALINGER..... | 6 |
| 2. KONTEKST | 7 |
| 2.1 BRUK AV TVANGSMIDLER I PSYKISK HELSEVERN | 7 |
| 2.2 MÅL OG KRAV | 7 |
| 2.3 PROSJEKT REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST | 8 |
| 2.4 FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN | 8 |
| 2.5 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF..... | 8 |
| 3.0 TILNÆRMING | 10 |
| 3.1 METODISK TILNÆRMING | 10 |
| 3.2 OMFANG OG AVGRENSNING | 10 |
| 3.3 REVISJONSKRITERIER..... | 11 |
| 4. OBSERVASJONER OG VURDERINGER..... | 12 |
| 4.1 LEDELSEOPPFLØGING | 12 |
| 4.2 FOREBYGGING AV TVANGSMIDDELBRUK | 14 |
| 4.3 GJENNOMFØRING OG REGISTRERING AV TVANGSMIDDELVEDTAK | 18 |
| 4.4 OPPFLØGING ETTER BRUK AV TVANGSMIDLER | 22 |
| VEDLEGG 1 | 24 |
| VEDLEGG 2 | 25 |

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Oppmerksomhet på reduksjon av tvangsmiddelbruk – behov for økt brukermedvirkning og bedre oversikt i pasientforløpene

Oslo universitetssykehus HF har over tid arbeidet med å innføre anbefalingene i rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. Krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er forankret i mål- og handlingsplaner på klinikk- og avdelingsnivå. Bruk av tvangsmidler følges opp gjennom månedlige målinger, og antall vedtak 1. halvår i 2020 var betydelig lavere enn samme periode i 2019.

For å sikre varig effekt av innførte tiltak, og ferdigstille gjenstående tiltak, fordres det etter vårt syn imidlertid en mer systematisk oppfølging av arbeidet i styringslinjen. Det er behov for økt brukermedvirkning og bedre oversikt i pasientforløpene.

Basert på undersøkelser i de reviderte seksjonene begrunnes konklusjonen med følgende forhold:

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

Manglende involvering av pasient i forebygging av utagerende og voldelig atferd

Oppmerksomhet på reduksjon av voldsrisiko er en kjerneoppgave for ledere, behandlere og miljøpersonell. Formålet med reduksjon av voldsrisiko er å beskytte pasienten mot seg selv, beskytte medpasienter og personell for frykt

og skade, og i tillegg beskytte samfunnet under og etter et behandlingsopphold.

Tidlig og begrunnet voldsrisikovurdering vil legge til rette for å iverksette tiltak, som igjen vil kunne forebygge utagerende eller voldelig atferd. Ved at det i varierende grad dokumenteres at risikoreducerende tiltak er iverksatt for pasientene med forhøyet risiko for utagerende og voldelig atferd, gir dette risiko for at potensielt farlige og uforutsette situasjoner oppstår. Selv om tiltak fra risikovurderingene dokumenteres i klinisk sykepleiedokumentasjon er det viktig at tiltak og resultater fra regelmessige evalueringer av om disse har forventet effekt, tydeliggjøres i en overordnet plan for behandlingen. Dette for at involvert helsepersonell raskt skal kunne få tilgang på nødvendig informasjon, og at tiltak kan justeres ut fra aktuelt risikobilde.

Vektlegging av individuelle forhold kan ha avgjørende betydning ved forebygging av voldsrisiko. Det er i liten grad dokumentert om pasientene har fått tilbud om å gjøre en egen vurdering av voldsrisiko i vårt utvalg. Når pasientene ikke gis mulighet til å vurdere hva som kan trigge utagerende eller voldelig atferd, kan det medføre at behandleren overser vesentlige forhold som burde inngå i den samlede voldsrisikovurderingen.

For å legge til rette for brukermedvirkning, læring og forebygging i bruk av tvangsmidler, skal pasienter gis tilbud om ettersamtaler. Hensikten er å gi pasienten mulighet til beskrive sin egen opplevelse av tvangsbruken, reflektere over hva som kan ha utløst situasjonen, samt hvordan lignende fremtidige situasjoner kan forebygges. Vårt utvalg av pasientjournaler viser

dokumentasjon på at et fåtall pasienter har fått tilbud om slike samtaler. Manglende bruk og dokumentasjon av ettersamtaler, reduserer muligheten for at pasientens opplevelser vil være en del av beslutningsgrunnlaget ved eventuelle senere lignende situasjoner.

Tydeliggjøring av identifisert voldsrisiko og mere målrettede tiltak gjennom individualsamtaler, samt bruk av pasientens egenvurdering vil bidra positivt i det forebyggende arbeidet.

Manglende helhetlig oversikt i dokumentasjon av behandlingsforløpet

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

Å bruke behandlingsplan som et verktøy for planlegging og oppfølging av pasientforløpet vil være et godt hjelpemiddel for å kunne følge det helhetlige pasientforløpet. Denne skal blant annet gi en samlet oversikt over planlagte tiltak og tidspunkt for evalueringer.

Journalgjennomgangen viser at en av de tre reviderte seksjonene har opprettet behandlingsplaner for sine pasienter. Disse inneholder i liten grad dokumentasjon av resultater av voldsrisikovurderingene, og det er ikke dokumentert at behandlingsplanene er evaluert. De to øvrige seksjonene har i liten grad opprettet behandlingsplaner.

Manglende bruk av og evaluering av behandlingsplaner, gir risiko for at behandlingen ikke planlegges i tilstrekkelig grad. Ved at tiltakene ikke fremkommer i en samlet oversikt, gir det risiko for at det personellet som er involvert i pasientens behandling ikke får tilstrekkelig og likelydende informasjonen om hva som er planlagt, og videre at iverksatte risiko-reducerende tiltak ikke videreføres og følges opp.

Behov for å fortsette forbedringsarbeidet

Et godt system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for at OUS skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har lagt til rette med et system for virksomhetsstyring som vil imøtekomme dette. Bruk av tvangsmidler følges opp i styringslinjen, og antall tvangsvedtak 1. halvår i 2020, er betydelig lavere sammenlignet med samme periode i 2019. Det er likevel behov for ytterligere systematikk og kontinuitet i videre forbedringsarbeid.

Implementeringen av anbefalinger gitt i HSØ-rapporten startet i 2018. For å imøtekomme anbefalingene ble det iverksatt flere tiltak. Det er i etterkant ikke dokumentert om alle tiltakene er gjennomført, eller om dette har gitt ønsket effekt.

Revisjonen viser at flere av anbefalingene i HSØ-rapporten ikke er fullt ut implementert. For å innføre gjenstående tiltak fordrer dette prioritet og oppfølging av det gjenstående arbeidet. Videre er det viktig å følge opp at innførte tiltak etterleves og gir ønsket effekt.

Opplæring og innføring i MAP-metodikken vil gi større innsikt i hvordan personalet skal kunne forebygge og håndtere utfordrende situasjoner. Avdelingen er i startfasen av dette arbeidet og venter nå på tilslutning til å kunne få gjennomført en systematisk og målrettet opplæring og implementering av MAP.

1.2 Anbefalinger

Til støtte for videre forbedringsarbeid har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- Øke pasientens involvering og delaktighet i vurderingen av egen situasjon og behandlingsbehov
- Innføre bedre oversikt over det helhetlige behandlingstilbudet ved bruk av behandlingsplan
- Øke systematikk og kontinuitet i videre forbedringsarbeid
- Iverksette den planlagte implementeringen av MAP-metodikk

2. Kontekst

2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

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

Lovens § 4-8 definerer tvangsmidler som:

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

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

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

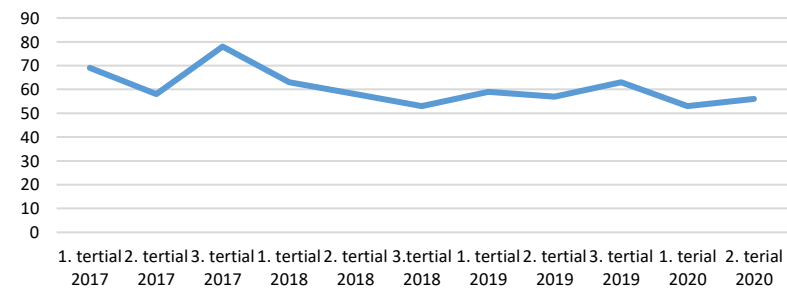
Lovens § 4-2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i psykisk helsevern. Helsedirektoratets kommentarutgave av loven avgrensner hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkomisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med forskriftens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

2.2 Mål og krav

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

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

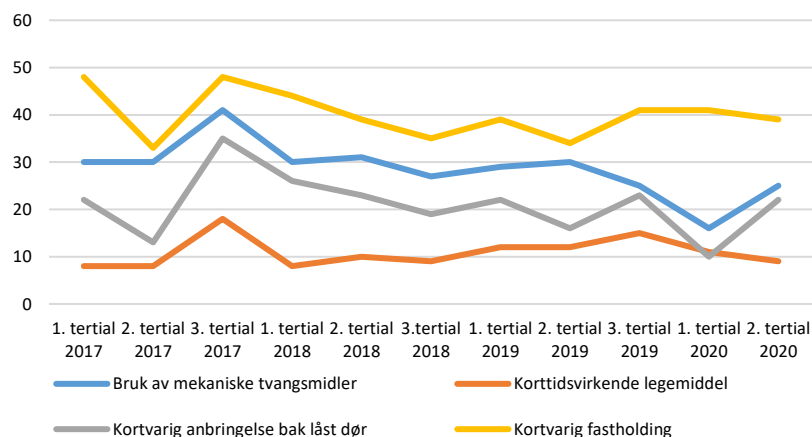
Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i OUS med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



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

Figur 1 viser at det har vært en gradvis reduksjon i antall pasienter med minst ett tvangsvedtak i denne perioden.

Figur 2 viser utviklingen i bruk av ulike typer tvangsmidler ved OUS i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



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

Figur 2 viser at det siden 3. tertial 2017 har vært en nedgang i antall pasienter med vedtak om alle typer tvangsmidler.

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

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

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

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

2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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

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

2.5 Oslo universitetssykehus HF

OUS er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttpsykiatri for store deler av Oslo-området og regionsykehus for innbyggere i HSØ. I tillegg har helseforetaket flere nasjonale oppgaver. Helseforetaket er landets største med over 24.000 ansatte.

OUS har 15 klinikker hvorav den ene er Klinikk psykisk helse og avhengighet. Klinikken tilbyr døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. Klinikken har åtte avdelinger, som igjen har flere seksjoner og enheter lokalisert på flere steder i Oslo-området.

Akuttpsykiatrisk avdeling har ansvar for pasienter over 18 år som har behov for akutte innleggelser og er lokalisert på Ullevål sykehus. Avdelingen har ansvaret for befolkningen i bydelene Bjerke, Sagene, Nordre Aker, Østsjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Avdelingen har en akuttpsykiatrisk affektiv enhet, tre akuttpsykiatriske psykoseenheter og en mottaksenhet.

3.0 Tilnærming

3.1 Metodisk tilnærming

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

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

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

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

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

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

3.2 Omfang og avgrensning

Journalgjennomgangen er avgrenset til psykoseenhetene 2, 3 og 4 i Akuttpsykiatrisk avdeling. Pasientjournaler og tvangsmiddelprotokoller er valgt på bakgrunn av § 4-8 vedtak som er utført i perioden 1.1.2020 - 1.8.2020.

Totalt var det utført 99 tvangsmiddelvedtak fordelt på 32 pasienter ved de tre enhetene i perioden. Pasientjournaler som tilfredstilte minst et av følgende kriterier ble valgt ut:

- Vedtak om isolasjon
- Mer enn ett vedtak om mekanisk tvang
- Mer enn ett vedtak om korttidsvirkende legemiddel
- Mer enn to vedtak om kortvarig fastholding

Basert på kriteriene omfattet journalgjennomgangen totalt 17 innleggelser fordelt på 16 pasienter med 76 tvangsmiddelvedtak. En pasient hadde innleggelse ved to poster i perioden.

Antall vedtak per pasient i utvalget varierte fra 1 til 15. Varighet på innleggelsene varierte fra to uker til tre måneder.

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

3.3 Revisjonskriterier

Følgende overordnede føringer har vært sentrale i revisjonen:

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

Revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder:

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

- Seksjonene har etablert praksis om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler
- Enhetene har vurdert sitt behov for ferdig monterte beltesenger
- Personalgruppen trener regelmessig i å forebygge og håndtere utagerende/voldelig adferd
- Enhetene innhenter erfaringer fra pasienter, evt også pårørende i etterkant av tvangsmiddelbruk

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

4. Observasjoner og vurderinger

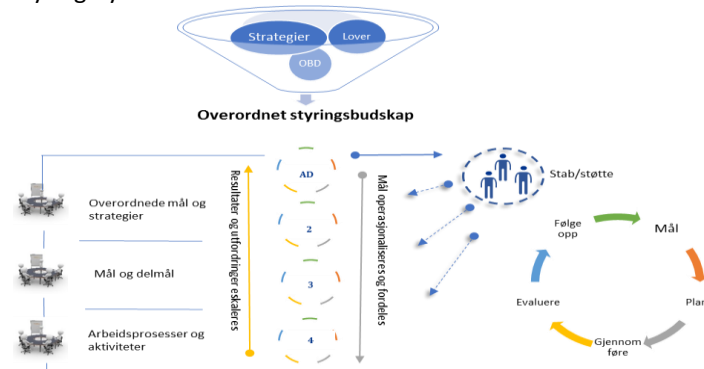
I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger om hvordan reviderte enheter i OUS har arbeidet for å redusere bruk av tvangsmidler.

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

4.1 Ledelsesoppfølging

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

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



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

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

4.1.1 Observasjoner

OUS sin retningslinje om utarbeidelse og oppfølging av mål- og plandokument gir føringer om at ledere på alle nivåer skal utarbeide et årlig mål- og plandokument. Lederne skal med utgangspunkt i tildelte oppgaver og krav, sette mål og beskrive tiltak for de oppgavene som skal prioriteres.

Oppdragsdokumentets mål og krav om reduksjon i bruk av tvang er formidlet av administrerende direktør i klinikkledermøtene og gjennom oppfølgingsmøtene med den enkelte klinikkleder. Det rapporteres i tillegg på dette området i ledelsens gjennomgang, som gjennomføres tre ganger i året.

Klinikken handlingsplan for 2020-2021 beskriver tre strategiske satsningsområder, hvor det ene er å redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak med ni prosent sammenliknet med året før.

I mål og handlingsplan for Akuttpsykiatrisk avdeling 2020-2021 er det identifisert tiltak for å redusere tvangsmiddelbruk. I planen er det definert seks tiltak som skal være gjennomført innen 30. desember 2020. Disse omfatter:

- innføre triageringsmetodikk på mottaksposten
- følge anbefalingene fra rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*
- trene på å gi informasjon som konfliktforebyggende tiltak/intervju om vold/kartlegging av pasienters erfaring med bruk av tvang ved hjelp av simulering
- anvende defusing etter hver situasjon som har ført til bruk av tvangsmiddel
- etablere faste rutiner for å gjennomgå hendelser som har ført til bruk av tvangsmiddel

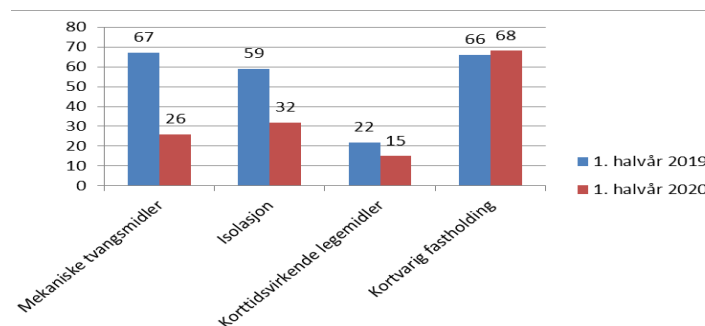
- årlig oppfølging av medarbeideres holdningsarbeid og kompetanse ved hjelp av dynamisk kompetanseplan

OUS opplyser om at implementering av anbefalinger gitt i HSØ-rapporten startet i 2018. Rapporteringen på planen fra 2018 for innføring av tiltakene viser at de fleste ble iverksatt dette året. Det er samtidig ikke dokumentert om alle tiltakene er gjennomført, eller om det har gitt ønsket effekt. Det orienteres om at det som i hovedsak gjenstår på revisjonstidspunktet, er å innføre en mer systematisk gjennomføring av samtaler med pasientene om egen voldsrisiko.

Det gis videre informasjon om at det er en tydelig forventning til at enhetsledere skal følge opp at praksis er i overensstemmelse med det som er vedtatt. Avdelingens fag- og kvalitetsrådgiver har faste møter med enhetslederne der man går gjennom alle forhold i forbindelse med reduksjon i bruk av tvangsmidler. Bruk av tvangsmidler følges opp gjennom månedlige målinger.

Konsernrevisjonen har ikke mottatt informasjon som viser status på de ulike tiltakene i avdelingens mål og handlingsplan 2020-2021. Avdelingen opplyser imidlertid om at planen har blitt evaluert i senere tid.

Figur 4 viser antall tvangsmiddelvedtak fordelt på de ulike vedtakstypene ved avdelingen i 1. halvår i 2019 og 2020. Figuren viser at det for tre av vedtakstypene har vært en betydelig nedgang i antall vedtak i 2020 sammenlignet med 2019. Antall vedtak om kortvarig fastholdning er på samme nivå som 2019.



Figur 4: Antall vedtak om tvangsmidler i perioden 1. halvår 2019 og 1. halvår 2020.

Kilde: OUS, Akuttpsykiatrisk avdeling, halvårsmelding 2020.

4.1.2 Vurderinger

Et godt system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for at OUS skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har lagt til rette med et system for virksomhetsstyring som vil imøtekomme dette.

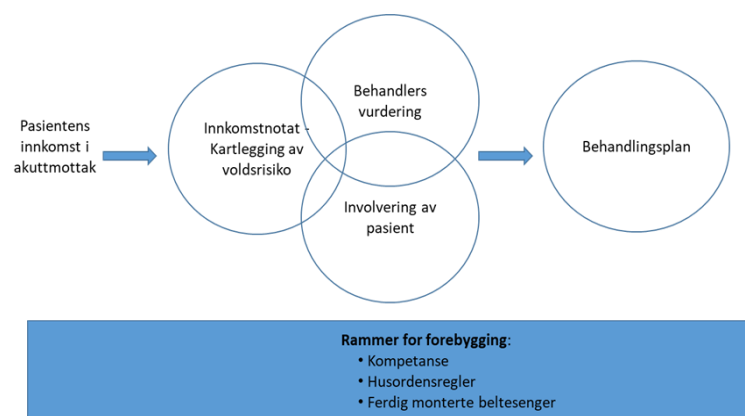
Krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er forankret i mål- og handlingsplaner på klinikk- og avdelingsnivå. Bruk av tvangsmidler følges opp gjennom månedlige målinger, og antall vedtak 1. halvår i 2020 er betydelig lavere sammenlignet med samme periode i 2019.

Konsernrevisjonen har imidlertid ikke mottatt referater fra ledermøter, rapportering eller annen dokumentasjon som viser status på gjennomføringen av tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler, eller effekten av de enkelte tiltakene. For å sikre varig effekt av innførte tiltak, og for å ferdigstille gjenstående tiltak, fordrer dette etter vår vurdering mer systematisk oppfølging av arbeidet i styringslinjen basert på et styrket informasjonsgrunnlag.

4.2 Forebygging av tvangsmiddelbruk

4.2.1 Observasjoner

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



Figur 5: Prosessuell fremstilling av pasientnære områder for forebygging av bruk av tvangsmidler.

Husordensregler

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

Besvarelsene i spørreundersøkelsen (del 1) viser at alle klinikkens enheter som er godkjent for bruk av tvang, har husordensregler. De fleste er

revidert i perioden 2017-2019, og med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2. I klinikken svarer 17 av 24 enheter at husordensreglene er godkjent av kontrollkommisjonen.

Ferdig monterte beltesenger

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

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

Spørreundersøkelsen viser at 15 enheter fortsatt har fastmontert belteseng. Av disse svarer 11 enheter at de ikke har en plan for å fjerne sine fastmonterte beltesenger. Ifølge tiltaksplanen 2018 for Akuttpsykiatrisk avdeling, fjernet psykoseenhetene 2, 3 og 4 fastmonterte beltesenger i årene 2017/18.

Kompetanse

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

Avdeling for akuttpsykiatri har prosedyre for opplæring av nyansatte som skal sikre nødvendig opplæring. Det er utarbeidet egne opplæringsplaner for de ulike yrkesgruppene, og gjennomførte kurs skal registreres i bemannings-systemet GAT.

Spørreundersøkelsen viser at alle enhetene oppgir at personalgruppen har fått opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd, samt at de trener

regelmessig på å håndtere dette. Videre oppgis det at det er sikkerhet- og samhandlingstrening hver uke, og at en til to ansatte fra hver enhet deltar. Det opplyses samtidig at ivaretagelse av daglig drift av og til gjør det vanskelig å etterleve dette.

Avdelingen har igangsatt et arbeid med å legge en plan for innføring av MAP¹. Det er utdannet egne instruktører i MAP som skal ivareta undervisningen, når denne etter hvert innføres.

Konsernrevisjonen har ikke undersøkt om ansatte gjennomfører opplæring i henhold til nevnte krav.

Behandlers vurdering av pasientens voldsrisiko

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

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

Klinikken har føringer for at risiko for vold og utagerende adferd skal kartlegges. Spørsmål om risiko for utagerende atferd eller vold skal inngå i inntakssamtalen. Forhøyet risiko for vold kartlegges og vurderes ved bruk av definerte indikatorer. Ved indikasjon på forhøyet risiko skal det gjøres en systematisk kartlegging av risikofaktorer med V-RISK-10.

I enhetene som er godkjent for bruk av tvang, viser spørreundersøkelsen at de aller fleste pasientene kartlegges for risiko for vold ved innleggelse.

¹ Møte med aggresjonsproblematikk.

Det benyttes i all hovedsak standardiserte kartleggings skjemaer. I de reviderte enhetene svarte to av enhetene at dette blir *gjort av og til*, mens den tredje svarte *alltid*. Alle tre enhetene oppgir at standardiserte kartleggings skjemaer benyttes.

Alle pasienter som innlegges i Akuttpsykiatrisk avdeling blir tatt imot i mottak før de etter 1-2 dager overflyttes til en av behandlingsenhetene. Journalgjennomgangen viser at det er skrevet utfyllende inkomstnotat etter fast mal for alle pasientene i utvalget.

Journalgjennomgangen viser videre at det er gjort en vurdering av voldsrisiko for alle pasientene. Kartleggingsverktøyet V-RISK 10 er benyttet i 13 av de 17 undersøkte journalene. For et fåtall er det ikke dokumentert en begrunnelse for vurderingen. Det er i varierende grad dokumentert tiltak for å redusere risiko der det fremkommer forhøyet risiko for utagerende og voldelig atferd. Avdelingen oppgir at tiltak basert på resultatene av voldsrisikovurderinger vanligvis skal fremkomme i klinisk sykepleiedokumentasjon.

Involvering av pasient i voldsrisikovurderingen

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

I OUS sin retningslinje *Tvangsmidler § 4-8 i psykisk helsevernloven* gis det føringer for at pasientene skal involveres på et tidlig tidspunkt i forløpet om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og sinne, hvilke tiltak pasienten selv ønsker skal iverksettes i slike situasjoner og videre hvilke erfaringer pasienten har med aggresjon og vold rettet mot seg selv eller andre.

I spørreundersøkelsen svarte ni enheter at pasienter *alltid* eller *av og til* gjennomfører en egen vurdering av risiko for voldelig eller utagerende atferd ved innleggelse. De øvrige svarte *sjelden* eller *aldri*. Av de reviderte enhetene svarte en enhet *av og til*, mens to svarte *sjelden*.

Journalgjennomgangen viser at det er få pasienter som har fått tilbud om, eller har gjennomført egen vurdering av risiko for vold/utagerende adferd.

Ledere og behandlere gir uttrykk for at det kan være vanskelig å få gjennomført slike samtaler. Noen opplever det som farlig eller truende, andre at det er for tidlig i forløpet, eller at pasienter ikke er i stand til å snakke om dette før mot slutten av behandlingsperioden. Det opplyses videre at innføring av pasienters egen vurderinger av risiko for vold/utagerende atferd skal gis større oppmerksomhet i tiden som kommer.

Kontinuitet ved overflytting til behandlingsseksjon

For å sikre kontinuitet og at resultater av voldsrisikovurderingen blir en del av videre forløp, har vi undersøkt om voldsrisiko inngår som tema i de første samtalene mellom pasient og behandler, etter overflytting til behandlingsenhet.

Journalgjennomgangen viser at pasientene har samtaler med behandler etter overflytting til psykoenhetene innen 1-2 dager. Pasientene i alle enheter får regelmessige samtaler med behandler. Voldsrisikovurderingene som er gjennomført i mottaksenheten følges i varierende grad opp i påfølgende samtaler med behandler i behandlende enhet.

Det orienteres imidlertid om at enhetene benytter Brøset Violence Checklist (BVC) som prediksjonsverktøy ved voldsrisikovurdering. Voldsrisikovurderingene gjøres fortløpende, og dokumenteres i MetaVision (elektronisk kurveløsning). Konsernrevisjonen finner ingen dokumentasjon på bruk av BVC i vår gjennomgang av journaldokumenter i pasientens hovedjournal.

Behandlingsplan

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

I OUS sin retningslinje *Tvangsmidler § 4-8 i psykisk helsevernloven* gis det føringer for at det skal utarbeides en behandlingsplan, fortrinnsvis i dialog med pasienten. Planen skal angi pasientens sårbarhetsområder, utløsende faktorer for vold og aggresjon, varselsignaler og egne mestringsstrategier.

I spørreundersøkelsen svarte alle enhetene at pasientene får behandlingsplan. Videre oppga enhetslederne at pasientene i liten grad er involvert i utarbeidelsen av planen.

Journalgjennomgangen viser at en av de reviderte enhetene har opprettet behandlingsplan for alle pasientene. For enkelte pasienter er det opprettet flere behandlingsplaner tilknyttet samme innleggelse. De to øvrige reviderte enhetene benytter i svært liten grad behandlingsplaner. Der det er opprettet behandlingsplan er det i liten grad dokumentasjon av resultater av voldsrisikovurderingene. Det er ikke dokumentert noen form for evaluering av behandlingsplanene.

I enhetene fremkommer det blant enkelte at behandlingsplaner oppleves som et overflødig dokument, da samme informasjon vil fremkomme i løpende journalnotater. Det oppleves samtidig at det er lite «kommunikasjon» mellom behandlerjournal og sykepleiedokumentasjon.

Tiltaksplanene i sykepleiedokumentasjon inneholder flere sykepleie- og miljøterapeutiske tiltak. I møte med ledere og behandlere i etterkant av journalgjennomgangen gis det en forståelse om at denne planen ikke erstatter en helhetlig plan for behandlingen.

4.2.2 Vurderinger

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

Virkemidlene for målrettet reduksjon av voldsrisiko er mange. Tidlig og begrunnet voldsrisikovurdering, vil legge til rette for å iverksette tiltak, som igjen vil kunne forebygge utagerende eller voldelig atferd.

Journalgjennomgangen viser at det ved de fleste innleggelseser er gjennomført en kartlegging av voldsrisiko. Vi ser imidlertid at det i varierende grad dokumenteres at risikoreducerende tiltak er iverksatt for pasientene med forhøyet risiko for utagerende og voldelig atferd i behandlerjournal. Manglende iverksettelse av forebyggende tiltak gir risiko for at potensielt farlige og uforutsette situasjoner oppstår. Disse kan få store konsekvenser for både pasienten, og for det personalet som må håndtere den akutte situasjonen. Avdelingen oppgir at tiltak basert på resultatene av voldsrisikovurderinger vanligvis fremkommer i klinisk sykepleiedokumentasjon.

Selv om tiltak fra risikovurderingene dokumenteres i klinisk sykepleiedokumentasjon er det etter vår vurdering viktig at tiltakene tydeliggjøres i en overordnet plan for behandlingen. Dette for at involvert helsepersonell raskt kan få tilgang på den nødvendige informasjon for å kunne forebygge aktuelle situasjoner.

Videre er det etter vår vurdering viktig at risikovurderingen følges opp i påfølgende samtaler med behandler, slik at tiltak iverksettes ut fra det aktuelle risikobildet.

Manglende involvering av pasient gjennom vurdering av egen voldsrisiko, kan etter vår vurdering medføre at seksjonene overser vesentlige og individuelle forhold som er avgjørende for å i størst mulig grad unngå situasjoner som kan trigge utageringssituasjoner.

I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* er det et forslag til en intervjuguide for intervju om vold. Etter vår vurdering kan denne være til hjelp i forebyggingen av voldshendelser. Den strukturerte samtalen vil gi individuell informasjon og skape et meta-perspektiv til her og nå-situasjonen for både pasient og personell.

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

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

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

Kun en av enhetene i vårt utvalg har opprettet behandlingsplaner for pasientene. Der det er opprettet flere behandlingsplaner for samme pasient, er det lite sporbarhet på hva som er en videreføring av tiltak og hva som

eventuelt er nytt. Dette reduserer muligheten til å korrigere eventuelle tiltak som er iverksatt, både underveis og ved avslutning av behandlingen.

Manglende behandlingsplaner gir etter vår vurdering risiko for at behandlingen ikke planlegges i tilstrekkelig grad, og at det personellet som er involvert i pasienten ikke får tilstrekkelig og likelydende informasjonen om behandlingsforløpet. Ved at tiltakene ikke fremkommer i en samlet oversikt, gir dette risiko for at iverksatte risikoreduserende tiltak ikke videreføres og følges opp.

Revisjonen viser at det er iverksatt opplæringstiltak gjennom opplæringsplaner for de ulike yrkesgruppene, og at disse følges opp gjennom GAT. Innføring i MAP vil etter vår vurdering kunne styrke kompetansen i å forebygge og håndtere situasjoner med utagering eller voldsproblematikk.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at det foreligger et potensiale for forbedring i Akuttpsykiatrisk avdeling sitt forebyggende arbeid i å redusere bruk av tvangsmidler. Tydeliggjøring av identifisert voldsrisiko, mer målrettede tiltak gjennom individualsamtaler samt bruk av pasientens egenvurdering vil bidra vesentlig i dette arbeidet. Ved dynamisk bruk av behandlingsplan vil dette være et godt hjelpemiddel for å kunne følge det helhetlige pasientforløpet. En mer inngående og aktiv bruk av MAP-metodikken vil gi større innsikt i hvordan personalet skal kunne forebygge og håndtere utfordrende situasjoner.

4.3 Gjennomføring og registrering av tvangsmiddelvedtak

I dette kapitlet omtaler konsernrevisjonen hvordan enhetene vurderer, begrunner og dokumenterer gjennomføring av det enkelte tvangsmiddelvedtak i EPJ og i tvangsmiddelprotokollen.

4.3.1 Observasjoner

Dokumentasjon og registrering av gjennomførte tvangsmiddelvedtak i EPJ

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

Klinikken har en prosedyre som definerer hvordan tvangsmiddelvedtak skal registreres i EPJ. Det er videre utarbeidet flere brukerveiledninger.

Vedtakene registreres tre steder. Vedtaket føres skriftlig i en tvangsmiddelprotokoll, det fylles ut en vedtaksmal som lagres som et dokument i DIPS samt at vedtaket registreres i en vedtaksoversikt i DIPS. Gjennomgangen viser at disse registreringene er i overensstemmelse.

Slik hendelsene beskrives i vedtaksskjemaet, framstår de som adekvate, og det er gjennomgående begrunnelser for hvorfor vedtakene fattes. Det er imidlertid mindre beskrivelser av forebyggende tiltak som for eksempel deeskalerende teknikker, aggresjonsdempende adferd, og bevissthet rundt posisjonering.

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

Vedtaksskjemaets punkt «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» er fylt ut med ulik tilnærming. Som enkeltstående eksempler kan nevnes at noen beskriver *om* pasienten har vært utsatt for tvangsmiddelbruk tidligere, andre har fokus på pasientens *opplevelse* av tidligere tvangsmiddelsituasjoner. I samtale med ansvarlige i enhetene gis det en forståelse av at punktet skal dokumentere pasientens opplevelse fra slike situasjoner.

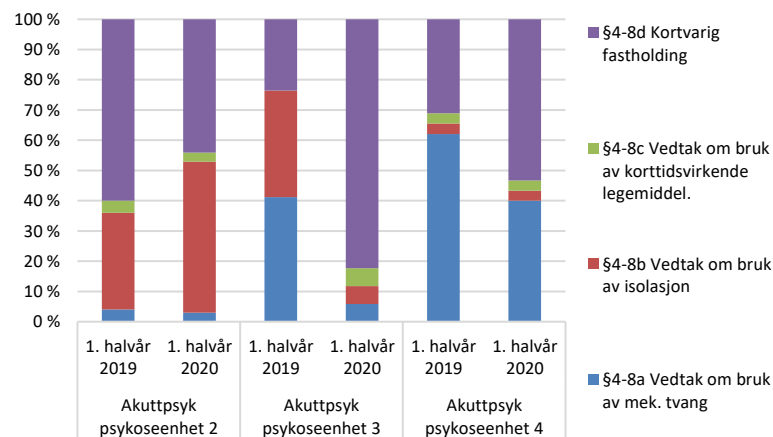
Punktet «pasienten er gitt anledning til å uttale seg der dette er mulig, og mener følgende» er generelt lite utfyllt. Ansvarlige i enhetene opplever dette punktet som lite nyttig og at det burde vært fjernet.

Journalgjennomgangen viser at det er flere oppsett for vedtaksmal. Følgende oppsett blir brukt i de tre reviderte enhetene:

- Egen vedtaksmal for hvert av de spesifikke tvangsmidlene, for eksempel § 4.8 a
- Felles vedtaksmal med avkrysning for alle vedtak i henhold til § 4.8 a-d

I den felles vedtaksmalen er det i tillegg et femte avkrysningspunkt for «Skadeforebyggende spesialklær». I henhold til § 4-8 i Psykisk helsevernloven inngår bruk av skadeforebyggende spesialklær som mekaniske tvangsmidler, og ikke som et selvstendig tvangsmiddelvedtak.

Journalgjennomgangen viser at isolering benyttes i alle de tre reviderte enhetene, men uttrekk indikerer at bruken er ulik mellom enhetene. Figur 6 viser bruk av tvangsmidlene ved de utvalgte enhetene.



Figur 6. Andel bruk av de ulike tvangsmidlene per enhet i 1. halvår 2019 og 1. halvår 2020. Kilde DIPS-rapport 1341.

Figur 6 viser at psykoseenhet 2 hadde en høyere andel vedtak om isolasjon i 2019 og 2020, sammenlignet med psykoseenhet 3 og særlig psykoseenhet 4. Samtidig har psykoseenhet 4 høyere andel vedtak om mekaniske tvangsmidler enn de to andre enhetene.

I vår gjennomgang av journalnotater var det ett tilfelle hvor det beskrives en situasjon som kunne resulterte i et vedtak om isolasjon, men hvor dette ikke ble gjort. I situasjonen har pasienten fått *romstatus* og det er gitt beskjed om at hvis pasienten prøver å komme ut, så skal pasienten føres tilbake til rommet. I etterkant av revisjonen ble praksis for fastsettelse av vedtak om tvangsmidler ved slike situasjoner diskutert med ansvarlige i enhetene. Det fremkom at slike tilfeller kan grense opp mot isolasjon og at det bør inkluderes i vedtak om skjerming.

Registrering i tvangsmiddelprotokoll

For å unngå dobbeltregistrering anbefales det at papirprotokoller avvikles og at registreringen må foregå tilknyttet elektronisk pasientjournal.

OUS har ikke tatt i bruk elektronisk tvangsmiddelprotokoll, og benytter fortsatt papirbøker. Det oppgis imidlertid at det er et ønske om å innføre elektronisk tvangsmiddelprotokoll, men at dette ikke har vært mulig frem til nå. Innføring av elektronisk tvangsmiddelprotokoll er utsatt i påvente av innføring av DIPS Arena. Det gis uttrykk for at det er utfordrende å holde de fysiske protokollene oversiktlige og samstemte med vedtaksmalen i EPJ.

Gjennomgang av tvangsmiddelprotokollene viser at antall vedtak i all hovedsak er i overensstemmelse med vedtak i EPJ. For fire pasienter fant vi et fåtall enkeltvedtak og tidspunkt for vedtak, som ikke var samstemt. Det er samtidig enkelte svakheter i dokumentasjonen i tvangsmiddelprotokollene:

- manglende dato for opphør av tvangsmiddelet
- manglende dokumentasjon av hvem som har fattet vedtaket
- føring av dato ved beltetilsyn, gjør at det fremstår det som uklart om det er nytt tvangsmiddelvedtak eller ikke

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

Kontrollkomisjonen har godkjent alle tvangsmiddelvedtak som konsernrevisjonen har undersøkt.

Vedtaksansvarlig

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

Klinikken har innført anbefalingen i *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* om at ansvarshavende får myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Dette er operasjonalisert i en prosedyre.

I spørreundersøkelsen svarte enhetsledere ved OUS at faglig ansvarlig står som ansvarlig for vedtaket i EPJ, når vedkommende er tilstede. I de tilfellene hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, svarer et flertall av enhetslederne at ansvarshavende står som ansvarlig for vedtaket i EPJ. Samtidig svarer noen enhetsledere at faglig ansvarlig står som ansvarlig for vedtaket.

Journalgjennomgangen viste at både ansvarshavende og faglig ansvarlig sto som ansvarlig for vedtak i EPJ og i protokollen. I avdelingens halvårsrapportering er det rapportert på andel tvangsmiddelvedtak fattet av ansvarshavende 1. halvår i 2019 og 1. halvår 2020.

| Type tvangsmiddel | Antall 2019 | Andel vedtak fattet av sykepleier som ansvarshavende | Antall 2020 | Andel vedtak fattet av sykepleier som ansvarshavende |
|-----------------------------|-------------|--|-------------|--|
| Mekaniske tvangsmidler | 67 | 63 % | 26 | 31 % |
| Isoasjon | 59 | 81 % | 32 | 38 % |
| Korttidsvirkende legemidler | 22 | - | 15 | - |
| Kortvarig fastholding | 66 | 69 % | 68 | 40 % |

Tabell 1: Andel tvangsmiddelvedtak fattet av sykepleier som ansvarshavende. Kilde: Avdelingens halvårsrapport 2020.

Tabellen viser at det fra 2019 til 2020 har vært en nedgang i andel vedtak som fattes av ansvarshavende, og at det i større grad er faglig ansvarlig som fatter vedtakene.

4.3.2 Vurderinger

For å skaffe god oversikt over tvangsbruken i helseregionen anbefales det at registrering av tvangsmiddelvedtak foregår så likt som mulig. På den måten vil regionen i større grad oppnå representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler.

I de reviderte enhetene dokumenterer de vedtaksansvarlige gjennomgående en begrunnelse for tvangsvedtakene som fattes i EPJ. Slik hendelsene beskrives, framstår vedtakene etter vår vurdering som adekvate. Gjennomgangen viser imidlertid at det er variasjon i hvordan punktet «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» forstås. Konsernrevisjonen forstår punktet som en oppfordring til å få fram pasientens opplevelser med tidligere tvangsmiddelbruk, slik at en i etterkant av hendelsen, kan fokusere på om det er andre midler som kunne gjort opplevelsen mindre belastende. En felles forståelse vil etter vår vurdering bidra til at denne informasjonen i større grad kan hensyntas ved fremtidige lignende situasjoner.

Akuttpsykiatrisk avdeling har innført en ordning om at ansvarshavende kan fatte tvangsmiddelvedtak når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Avdelingen oppgir samtidig en halvering av andel vedtak som fattes av ansvarshavende i første halvår i 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. Dette kan ha flere årsaker. For eksempel at tvangsvedtakene i større grad ble iverksatt på tidspunkter der faglig ansvarlig har vært tilstede. Det kan også skyldes at avdelingen har gått tilbake til «gammel praksis» uten at dette har vært et bevisst ønske. Etter vår vurdering kan det være hensiktsmessig å se nærmere på årsakene, og om denne vridningen er ønsket eller ikke.

Revisjonen indikerer at det er store variasjoner mellom enhetene i bruk av mekanisk tvangsmiddel og isolasjon. Det er anbefalt en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Bruk av mekaniske tvangsmidler anses som en hovedregel å være det mest inngripende og skal først brukes når andre tvangsmidler som fastholding og isolasjon har vist seg å være utilstrekkelig. Selv om det er ulike oppfatninger av hva som regnes som mest skånsomt av de ulike tvangsmidlene, vil det etter vår vurdering være nyttig å avklare om det er faglige begrunnelser eller andre forhold, som ligger til grunn for denne variasjonen.

For å i størst mulig grad sikre at pasienter ikke utsettes for tvangsmiddelvedtak uten å registrere det etter § 4.8 b, er det etter vår vurdering nødvendig at avdelingen beslutter hvordan vedtak om skjerming versus vedtak om isolasjon skal forstås.

Det er vedtaksoversikten som danner grunnlaget for riktig rapportering av tvangsmiddelbruk. At vedtaksoversikten og vedtaksskjemaene er samstemte, vil etter vår vurdering danne grunnlag for korrekt styringsinformasjon om tvangsmiddelbruk.

Gjennomgangen av de fysiske tvangsmiddelprotokollene viser noen svakheter, blant annet ved at det i noen tilfeller er utydelig hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av allerede fattede vedtak. Dette kan gi grobunn for misforståelser. Vår vurdering er at ved å tydeliggjøre hvordan tvangsmiddelprotokollene skal føres, vil det redusere risikoen for manglende samstemmighet mellom tvangsmiddelprotokollen, vedtaksmalen og vedtaksoversikten.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at enhetene i all hovedsak registrerer tvangsmiddelvedtak i EPJ i henhold til de anbefalinger som er gitt. Ved ytterligere felles faglig forståelse av hvordan utfylling av vedtaksskjemaene skal gjøres, vil avdelingen oppnå en mer ensartet praksis.

Ved innføring av DIPS Arena vil elektroniske tvangsmiddelprotokoller bli tilgjengelige. Elektroniske tvangsmiddellprotokoller vil kunne redusere eventuelle misforståelser og redusere tidsbruk til å føre tvangsmiddelvedtakene.

4.4 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

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

4.4.1 Observasjoner

Ettersamtaler med pasient

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

I klinikkens retningslinje «Tvangsmidler - oppfølging av pasient og personale» gis det føringer for at det skal gjennomføres minst én ettersamtale med pasienten, og at samtalen skal gjennomføres så snart pasienten er i stand til å delta og hvis mulig innen en uke etter opphør av tvangen, eller senest ved utskrivelse.

I spørreundersøkelsen svarer 18 enheter at det i *svært stor grad* gis tilbud om ettersamtaler til pasientene etter bruk av tvang og 4 enheter i *stor grad* og at ca. halvparten av disse igjen benyttes i enhetenes vurdering av egen praksis.

Vårt utvalg for journalgjennomgang, som til sammen har 76 tvangsmiddelvedtak i perioden 1.1.2020 til 1.8.2020, viser at det samlet er fire pasienter som har mottatt tilbud om ettersamtaler. I vår samtale med ansvarlige i enhetene gis det imidlertid et klart uttrykk for at de har

flere ettersamtaler enn det som fremkommer av vår gjennomgang. Det opplyses at dette kan skyldes at det som oftest er sykepleie- og miljøpersonalet som har disse samtalen, og at det således nedtegnes i sykepleie-dokumentasjon, men uten nødvendigvis tydelig overskrift på disse notatene.

I avdelingens halvårsmelding er det vist til at avdelingen har et forbedringspotensial ved å tilby pasienter ettersamtale etter tvangsbruk og skjerming, samt ved å dokumentere samtalen på riktig måte i DIPS.

Ettersamtaler med involvert personell

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

I klinikkens retningslinje om oppfølging av pasient og personale ved bruk av tvangsmidler gis det føringer for at minst én defusing og/eller debriefingsamtale skal gjennomføres med personalet etter bruk av tvangsmidler. Den definerer hvilke hendelser det skal gjennomføres samtale etter og hvem som skal delta.

Spørreundersøkelsen viste at 40 prosent av enhetslederne i helseregionen alltid gjennomfører ettersamtaler med involvert personell, mens ytterligere 50 prosent oppgir at de gjør dette av og til.

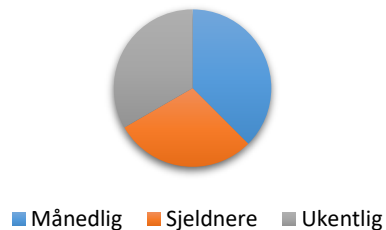
Figur 7 viser hvor ofte enhetsledere ved OUS gjennomgår hendelser med involvert personell.



Figur 7. Hvor ofte gjennomgår du som enhetsleder den enkelte hendelse i etterkant med personalet som iverksatte tvangsmiddelet? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figur 7 viser at tilnærmet halvparten av enhetslederne oppgir at de alltid gjennomgår hendelser med personalet som iverksatte tvangsmiddelet. Spørreundersøkelsen viste videre at et flertall av enhetsledere i helseregionen oppga at tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås månedlig eller oftere med enhetens personale. I underkant av halvparten av enhetslederne oppga at tvangsmiddelbruken gjennomgås sjeldnere enn månedlig med seksjonens personale.

Figur 8 viser hvor ofte enhetsledere ved OUS gjennomgår tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale.



Figur 8. Hvor ofte gjennomgås tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figuren viser at om lag 70 prosent gjennomgår tvangsmiddelbruken månedlig eller oftere, mens 30 prosent gjennomfører dette sjeldnere. Konsernrevisjonen har ikke testet etterlevelse på dette området.

4.4.2 Vurderinger

Å bli utsatt for tvangsmidler er en opplagt og uttalt belastning for pasienten, og det er ulike oppfatninger av hva som regnes som mest skånsomt av de ulike tvangsmidlene. Enkelte pasienter kan oppleve bruk av mekaniske tvangsmidler som mindre belastende enn fastholding. Andre kan oppleve det motsatt. Noen pasienter kan oppleve isolasjon som mindre belastende enn andre tvangsmidler, mens andre igjen kan oppleve isolasjon som angstskapende og forvirrende.

Bruk av ettersamtaler etter tvangsmiddelbruk kan gi økt innsikt i hvorfor situasjoner eskaleres slik at bruk av mer inngripende tvangsmidler blir nødvendig. Slike samtaler kan dermed også bidra til å forebygge framtidige lignende situasjoner.

Revisjonen viser lite dokumentasjon på gjennomførte ettersamtaler. Selv om det ikke vil være formålstjenlig å etterstrebe ettersamtaler etter hvert enkelt tvangsmiddelvedtak, vurderer vi at tilbud om ettersamtale bør gis mer systematisk, og i tråd med de føringer som er gitt. Manglende bruk og dokumentasjon av ettersamtaler, reduserer muligheten for at pasientens opplevelser vil være en del av beslutningsgrunnlaget ved eventuelle senere lignende situasjoner.

Etter vår vurdering bør OUS styrke oppfølgingen og det forebyggende arbeidet i etterkant av tvangsmiddelbruk. Økt bruk av ettersamtaler med pasienter og diskusjoner og refleksjon blant involvert personell vil etter vår vurdering kunne bidra til å håndtere fremtidige situasjoner med mindre bruk av tvangsmidler.

Vedlegg 1

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

| Dokumentasjon |
|--|
| Oppdrag- og bestillingsdokument for 2019 og 2020 |
| Rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst |
| Konsernrevisjonens Rapport 1/2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1) |
| Handlingsplaner /tiltaksplaner - nivå 1, 2 og 3 |
| Aktuelle prosedyrer - nivå, 1, 2 og 3 |
| Referater - ledermøter Klinikk psykisk helse og avhengighet |
| Pasientjournaler, vedtaksmaler, tvangsmiddelprotokoller |
| DIPS-rapport 1341 i perioden 1.1.2019 - 1.8.2020 |
| DIPS-rapport 7297 i perioden 1.1.2019 - 1.8.2020 |
| |

Vedlegg 2

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

| Dato | Navn og stilling/funksjon |
|----------|---|
| 29.10.20 | Administrerende direktør Bjørn Atle Bjørnbeth |
| 29.10.20 | Fagdirektør Hilde Myhren |
| 30.10.20 | Klinikkleder Marit Bjartveit |
| 30.10.20 | Avdelingsleder Thorbjørn Sundin |
| 6.11.20 | Fellesmøte - vedtaksansvarlige, fagansvarlige og seksjonsledere i reviderte seksjoner |

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

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

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

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

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: November 2020 - januar 2021

Virksomhet: Oslo universitetssykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

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

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Oslo universitetssykehus HF
- Administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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