

**Redegjørelse til Sivilombudet knyttet til alvorlig bekymring for
langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler på
sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset Østfold**

Sykehuset Østfold HF ved administrerende direktør Helge Stene-Johansen,
klinikksjef klinikk Psykisk helsevern og rusbehandling Andreas Joner, advokat
Anne Cathrine Strekerud Gjøs, og avdelingssjef Psykiatrisk avdeling
døgnseksjonene Ida Mørk Snopestad

23.08.2024

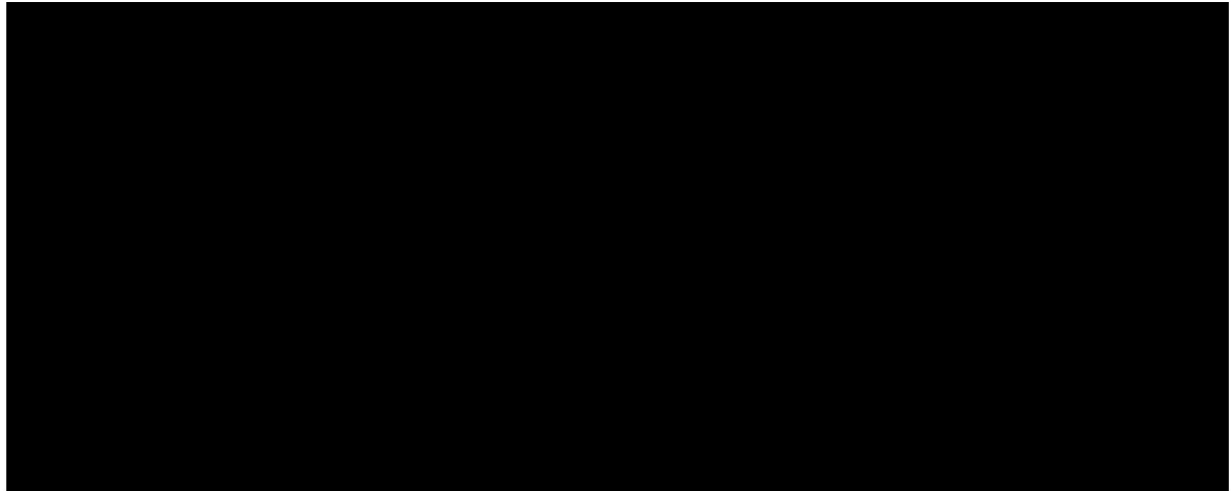
Innhold

Innledning.....	3
1 Igangsatte strakstiltak	4
2. Tiltaksplan.....	5
2.1 Tydeligere ansvarslinjer i håndtering av tvangsbruk	6
2.1.1 Forbedring av prosedyrer	6
2.1.2 Tydelige roller	6
2.2 Monitorering	6
2.2.1 Oppdatert dashboard.....	6
2.2.2 Tvangstavle.....	6
2.2.3 Utvide tallgrunnlaget i kvalitetsrådsmøtene.....	7
2.2.4 Utvikle internrevisjon knyttet til bruk av tvangsmidler.....	7
2.2.5 Oppfølging av journalføring.....	7
2.3 Sikring av ledere og medarbeideres kompetanse innen tvangsmiddelbruk	7
2.3.1 Gjennomgang av episoder etter bruk av mekaniske tvangsmiddel	7
2.3.2 Sikre kompetanse innen lov og forskrift hos nøkkelfunksjonene i seksjonene	8
2.3.3 Øke kompetansen til ansvarshavende	8
2.3.4 Rådføring ressurs- personer/institusjoner	8
2.4 Alternativer til bruk av mekaniske tvangsmidler i nødrettslignende situasjoner	8
2.4.1 Isolasjonsrom.....	8
3. Kontinuerlig forbedring	8
3.1 Forbedringstavle og forbedringsmøter	8
3.2 Forankring av tiltaksplanen	9
3.2.1 Seksjonsledermøte	9
3.2.2 Fagutviklingsrådgivernettnettverket.....	9
3.2.3 Tverrfaglig forbedringsgruppe på avdelingsnivå	9
3.2.4 Regelmessige møte med behandlerne.....	10
3.3 Kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling	10
5. Avsluttende kommentarer.....	11

Innledning

Sykehuset Østfold (SØ) viser til mottatt brev fra Sivilombudet 03.06.24 hvor Sivilombudet ber sykehuset gi en skriftlig redegjørelse for hva SØ gjør for å sikre at sykehuset ikke bryter pasientenes grunnleggende rettigheter ved bruk av mekaniske tvangsmidler.

SØ ønsker først å takke Sivilombudet for møtet 21.06.24 som har bidratt til en større felles forståelse for Sivilombudets bekymring. Sykehuset håper samtidig at Sivilombudet fikk en økt forståelse for [REDAKERT] pasientsakene, som sykehuset redegjorde for i møtet:



Det vil ikke bli gitt ytterligere redegjørelse for disse pasientsakene i dette svarbrevet. For det tilfellet at Sivilombudet har behov for ytterligere skriftlig informasjon knyttet til disse pasientsakene i sine vurderinger, vil SØ ettersende dette på forespørsel.

På bakgrunnen av dialogen i møtet, vil derfor SØ svare på Sivilombudets forespørsel med hovedfokus fremover på hvilke strakstiltak som er iverksatt etter møtet med Sivilombudet, samt hvilke tiltak som vil bli iverksatt fremover knyttet til bekymringen rundt: Kvaliteten på journalføringen, kompetansen til lederne og medarbeiderne knyttet til regelverk rundt bruk av mekaniske tvangsmidler, samt videre holdninger og forståelse blant ledere og medarbeidere rundt viktigheten av å påse at regelverket, prosedyrer og rutiner følges i forhold til riktig bruk av mekaniske tvangsmidler.

Innledningsvis vil SØ vise til redegjørelsen som ble gitt på møtet 21.06.2024 knyttet til systemer og en arbeidsmetodikk for kontinuerlig forbedring som har blitt implementert i hele Psykiatrisk avdeling fra våren 2021. Bakgrunnen for at dette gjentas i sykehuset sitt svarbrev til Sivilombudet er at det er nettopp dette systemet og metodikken som nå er innarbeidet, som vil medføre at arbeidet med å identifisere og følge opp tiltakene rundt anvendelsen av mekaniske tvangsmidler vil være mer effektivt og virkningsfullt. Flere av tiltakene som allerede er iverksatt i forbedringsarbeidet knyttet til kompetanse og kapasitet siden 2021, vil dessuten kunne styrke oppom de nye tiltakene som nå skal innføres knyttet til bruk av tvangsmidler, se pkt. 3.3. I tillegg er kontrollen og resultatene Psykiatrisk avdeling har fått

gjennom forbedringsarbeidet som har blitt gjort, en helt nødvendig forutsetning for å klare å følge opp de nye og omfattende tiltakene som nå skal iverksettes.

Nasjonale råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern understreker at det er liten forskningsstøtte for at enkelttiltak alene er tilstrekkelige for å endre tvangsbruk. I stedet vektlegges en helhetlig tilnærming hvor tiltak både på system- og individnivå er nødvendige. Siden sivilombudets besøk i 2018 har SØ gjort en rekke tiltak for å sikre riktig bruk av tvangsmidler, og disse forutsettes Sivilombudet å være kjent med etter sykehuset sin gjennomgang i møtet 21.06.2024. Resultater av dette arbeidet er at medarbeidere og ledere har fått økt kompetanse om riktig bruk av tvang. Blant annet har gjennomføringen av antall ettersamtaler etter bruk av tvang økt betydelig. Imidlertid ser SØ at det fortsatt gjenstår arbeid knyttet til at alle tiltakene blir fulgt opp til enhver tid av alle ledere og medarbeidere i avdelingen, slik Sivilombudet påpeker. Dette avdekkes ved revisjoner, tilsyn, og internkontroller. I dialog med andre helseforetak får SØ tilbakemelding om at vi ikke er alene om denne utfordringen.

På bakgrunn av Sivilombudet sin bekymring og identifiserte forbedringsområder rundt bruk av mekaniske tvangsmidler anser SØ at det er nødvendig å iverksette ytterligere tiltak enn det som allerede er iverksatt. Tiltakene som nå iverksettes vil ha en annen dimensjon av oppfølging og opplæring enn tidligere tiltak som har blitt iverksatt. Dette nettopp for å bedre: Kvaliteten på journalføringen, kompetansen til lederne og medarbeiderne knyttet til regelverk rundt bruk av mekaniske tvangsmidler, samt videre holdninger og forståelse blant ledere og medarbeidere rundt viktigheten av å påse at regelverket, prosedyrer og rutiner følges. For å sikre at SØ lykkes med disse tiltakene kreves det flere og annerledes kontrollsystemer og evalueringer.

Redegjørelsen vil ha følgende disposisjon: 1) Igangsatte strakstiltak, 2) Tiltaksplan, 3) Kontinuerlig forbedring, og 4) Avsluttende kommentarer.

1 Igangsatte strakstiltak

Klinikkssjef og avdelingssjef for døgnsesksjonene i psykiatrisk avdeling (heretter avd.sjef dogn) identifiserte behov for flere strakstiltak, og innkalte 26.06 seksjonslederne/stedfortrederne på alle ti døgnsesksjonene til et ekstraordinært ledermøte for dialog rundt følgende strakstiltak:

1. Pasienter skal sikres dialog med sin advokat, uavhengig av skjermingsinstruks eller tvangsvedtak.
2. Prosedyren «Mekaniske tvangsmidler § 4-8 a» revideres med følgende tilføyning: «*Ved bruk av mekaniske tvangsmidler med varighet over 8 timer skal klinikkssjef og avdelingssjef psykiatrisk avdeling døgnsesksjoner kontaktes kl. 09, 14 og 20 av seksjonsleder eller ansvarshavende. Det må gjentas på oppsatte klokkeslett, så lenge tiltaket vedvarer*» (se vedlegg 1).
3. Videre presiseres følgende i prosedyren: «*Bruk av mekaniske tvangsmidler skal vurderes fortløpende og straks opphøre dersom vilkårene for å anvende mekaniske*

tvangsmidler ikke lenger er oppfylt. Det skal så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Dersom mekaniske tvangsmidler brukes sammenhengende i mer enn åtte timer skal dette journalføres og begrunnes av faglig ansvarlig, eventuelt ansvarshavende. Dette må gjentas hver åttende time, så lenge tiltaket vedvarer.»

4. Det opprettes en frase i DIPs, som skal benyttes til journalnotatet som skal skrives hver åttende time/hver vakt (se vedlegg 2 og 3). Frasen er en sjekklister som vil sikre at alle relevante vurderingsmomenter blir ivarettatt.
5. Seksjonsleder må følge opp, ved å lese journal, at det gjøres fortløpende vurderinger av behov for videre bruk av mekaniske tvangsmidler, og at dette oppsummeres og journalføres av faglig ansvarlig eller ansvarshavende hver 8.time, i henhold til prosedyre. Ved kontroll av journal skal det gis tilbakemelding til medarbeidere hvis det er behov for bedre kvalitet på journalføringen.

Den 01.07.2024 var prosedyrene oppdaterte og frasen utarbeidet, og endringene beskrevet over iverksatt på alle døgnsesjonene. Den 03.07.2024 ble også prosedyrene:

«Ansvarshavende – psykisk helsevern og rusbehandling», og «rolle- og ansvarsfordeling – vedtaksansvarlig § 4-8 PHVL» oppdatert (se vedlegg 4 og 5). Det ble utarbeidet informasjon til alle medarbeidere om endringene, som er videreformidlet av seksjonslederne. Avd.sjef dogn ledet alle de daglige møtene med alle seksjonslederne/stedfortrederne den første uken, for mulighet til å svare på spørsmål og uklarheter rundt tiltakene, samt for å validere gjennomføringen av disse tiltakene sammen som felles ledergruppe.

Bakgrunnen for disse strakstiltakene, er å sikre at det gjøres fortløpende vurderinger av behov for videre bruk av mekaniske tvangsmidler, og at dette blir journalført. Kontroll på at dette gjøres følges nå opp av tre ledernivåer: Seksjonsleder, avd.sjef dogn, og klinikksjef. Førstnevnte har også ansvar for å lese alle journaldokumentene som skrives i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler. Seksjonsleder kan da avdekke behov for bedre journalføring, eventuelle uklarheter i håndtering av situasjonen, og følge opp dette med dialog og veiledning. Når avd.sjef dogn og klinikksjef kontaktes gir det også mulighet for oppfølging og dialog fra disse to ledernivåene. Innføringen av frasen gjøres for å veilede medarbeidere i hvilke områder som må dokumenteres knyttet til vurderingen. Presiseringen om fortløpende vurderinger er for å minne medarbeidere på at det, i tråd med regelverket, kontinuerlig skal vurderes behov for videre bruk av mekaniske tvangsmidler.

2. Tiltaksplan

For å sikre riktig bruk av tvangsmidler som ikke bryter med pasienters grunnleggende rettigheter er både organisatoriske og holdningsskapende tiltak avgjørende. Organisatoriske tiltak legger grunnlaget for en strukturert behandling i tråd med helselovgivningen og anerkjent praksis. Holdningsskapende tiltak styrker ledere og medarbeideres forståelse av viktigheten av minst mulig inngripende tiltak. Disse tiltakene vil samlet sett fremme en kultur der bruken av tvangsmidler ses som en siste utvei, og dersom tvangsmidler likevel må tas i bruk, at pasientens rettigheter ivaretas under gjennomføringen.

Alle tiltak som beskrives nedenfor vil bli gjennomført på alle ti døgnsseksjonene i Psykiatrisk avdeling samtidig, og avgrenses ikke til å kun innføres på sikkerhetsseksjonene. Tiltakene omfatter således ti seksjonsledere og ca. 600 medarbeidere fordelt på: Psykiatrisk akuttmottak, fire psykoseseksjoner, Seksjon for affektive lidelser, Seksjon for psykiatrisk utredning, Alderspsykiatrisk seksjon, og de to sikkerhetsseksjonene. Tiltakene i pkt. 1 og 2 er nå satt inn i en egen forbedringstavle på avdelingsnivå med tidsfrister for gjennomføring (se vedlegg 6), og redegjørelse i pkt. 3.1. I tillegg til allerede iverksatte strakstiltak vil følgende tiltak bli iverksatt:

2.1 Tydeligere ansvarslinjer i håndtering av tvangsbruk

2.1.1 Forbedring av prosedyrer

I forbindelse med revidering av prosedyrer i uke 26 og 27 var avdelingsrådgiver i dialog med Oslo Universitetssykehus og Vestre Viken i forhold til sammenligning med deres prosedyrer for bruk av mekaniske tvangsmidler. Disse to sykehusene benytter prosedyrer utarbeidet av Helse Bergen. Psykiatrisk avdeling ønsker på bakgrunn av dette å revidere egne prosedyrene ytterligere i henhold til innspill fra disse tre sykehusene. Dette dreier seg om å inkludere en større grad av beskrivelse i prosedyrene enn SØ har i dag.

2.1.2 Tydelige roller

I dialog med medarbeiderne og lederne er det også viktig å se på eventuelle uklarheter i dagens eksisterende praksis, for å tydeliggjøre og unngå misforståelser i roller og ansvar rundt bruk av tvangsmidler.

2.2 Monitorering

2.2.1 Oppdatert dashboard

SØ har siden 2021 hatt en oversikt/dashboard på sin intranettside som viser bruken av tvang i sanntid. Denne viser kun antall tvangsmiddel i bruk per seksjon, og ikke varigheten av tvangsmiddelet. Det arbeides nå for å innhente rapporter som også inkluderer varighet, og som vil være lett tilgjengelig for ledelsen på de ulike nivåene. Hensikten med dette er å øke bevisstheten og kontrollen på hvor lenge pasienter er underlagt tvangsmidler. I forbindelse med innføringen av oppdatert journalsystem, DIPS Arena, i mai 2025 kan det bli mulig med bedre integrering av DIPS og pasient-tavlene på seksjonene. Dette vil lette arbeidet med å innhente rapporter og holde oversikt i sanntid over tvangsbruken og oppfølgingen av denne på seksjonene.

2.2.2 Tvangstavle

Fra april 2024 har det blitt testet ut en digital tavle på en seksjon som inneholder informasjon om tvangsmiddelbruk på seksjonen, og oppfølgingen av denne knyttet til blant annet gjennomførte ettersamtaler. Formålet er å gi medarbeidere lett tilgjengelig informasjon, slik at de kan sikre oppfølging i henhold til regelverk. Grunnet manglende integrering mellom journalsystemet og pasienttavlen forutsetter bruken av denne tavlen at lederen hele tiden oppdaterer tavlen manuelt. Tavlen skal evalueres og vil bli vurdert innført på øvrige seksjoner

i avdelingen. Se pkt. 2.2.1 knyttet til mulig bedre integrering av datasystemene etter innføringen av DIPS Arena våren 2025.

2.2.3 Utvide tallgrunnlaget i kvalitetsrådsmøtene

Kvalitetsrådsmøtene i avdelingen har hittil kun gjennomgått antall tilfeller av tvangsmiddelbruk. Fremover vil møtene også inkludere en gjennomgang av varigheten på de ulike tvangsmidlene, for å få en mer helhetlig forståelse av tvangsmiddelbruken i Psykiatrisk avdeling. Dette vil kunne bidra til å identifisere mønstre, sikre at tvangsmidler utøves i tråd med gjeldene prosedyrer, og identifisere nødvendigheten av ulike tiltak.

2.2.4 Utvikle internrevisjon knyttet til bruk av tvangsmidler

Frem til nå har det ikke vært gjennomført internrevisjon av bruk av tvangsmidler i Psykiatrisk avdeling. Det fremstår nå som helt nødvendig å innføre jevnlig internrevisjon av bruken av tvangsmidler. Dette skal planlegges og gjennomføres på avdelingsnivå, med den første internrevisjonen planlagt til å være gjennomført innen 31.12.24. Disse revisjonene vil sikre at praksisen er i samsvar med gjeldende prosedyrer og lovverk, og bidra til kontinuerlig forbedring av pasientbehandlingen.

2.2.5 Oppfølging av journalføring

Seksjonsleder skal sørge for at alle journalnotater om pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler blir gjennomgått. Ved avvik, mangler, åpenbare feil, eller formuleringer som krever nærmere undersøkelse, skal leder følge opp med de aktuelle medarbeiderne for veiledning og retting. Avd.sjef dogn og avdelingsrådgiver vil også gjennomføre stikkprøver av disse journalnotatene. Dersom det oppdages avvik vil det gis tilbakemelding til aktuell seksjonsleder. Målet med dette er at pasientenes rettigheter ivaretas ved all bruk av tvangsmidler, samt at vurderingen dokumenteres korrekt.

2.3 Sikring av ledere og medarbeideres kompetanse innen tvangsmiddelbruk

2.3.1 Gjennomgang av episoder etter bruk av mekaniske tvangsmiddel

Systematisk og rutinemessig gjennomgang av episoder med bruk av mekaniske tvangsmidler er anbefalt i nasjonale retningslinjer og er i forskningslitteraturen assosiert med en reduksjon i bruk. Dette er en kvalitetsutviklende og holdningsskapende samtale der man sammen går gjennom hendelsesforløp, observasjoner, vurderinger, beslutningsprosesser og samarbeid i team for å kunne reflektere over egen praksis og eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på i fremtiden. Hovedmålet er læring og utvikling. Det gjennomføres vaktevaluering på alle ti dognseksjonene, hvor dette kan inkluderes i denne tiden. Seksjonslederne er ansvarlig for at det regelmessig blir gjennomført slike gjennomganger seksjonsvis.

2.3.2 Sikre kompetanse innen lov og forskrift hos nøkkelfunksjonene i seksjonene

Sikre kompetanse innen psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskrift ved å gi opplæring til nøkkelfunksjonene i seksjonene: Seksjonslederne, stedfortrederne, faglige ansvarlige og fagutviklingsrådgivere. Dette gjennomføres gjennom et obligatorisk to-dagers kurs med juridisk avdeling og avdelingsrådgiver for fagutviklingsrådgiverne, og et obligatorisk et-dagers kurs for seksjonslederne, stedfortrederne, og de faglige ansvarlige. Fagutviklingsrådgivere skal deretter planlegge og gjennomføre internundervisning for medarbeidere i egen seksjon. Ved at undervisningen skjer lokalt, vil den enkelte kunne benytte relevante eksempler fra praksis og fokusere mer på lokale problemstillinger. Dette sikrer at opplæringen blir mer relevant og tilpasset de spesifikke utfordringene i hver seksjon, og bidrar til en dypere forståelse og etterlevelse av lovverket.

2.3.3 Øke kompetansen til ansvarshavende

Ansvarshavende har en ledende rolle i vaktlagene, hvor de blant annet veileder medarbeidere og påser at prosedyrer følges. For å imøtekomme de høye kravene som stilles til denne rollen, skal det sees på muligheter for å utarbeide høyere sertifiseringsordninger for ansvarshavende, som inkluderer ytterligere opplæring og kompetanseheving. Målet er å sikre at ansvarshavende har høy grad av kunnskap, noe som vil bidra til et tryggere og mer effektive vaktlag.

2.3.4 Rådføring ressurs- personer/institusjoner

I svært kompliserte pasientsaker, hvor SØ ender i en situasjon hvor bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes å kunne bli langvarig, skal saken drøftes med behandlerkollegaer i drøftingsmøter i avdelingen, og vurderes drøftet med etablerte nettverk/institusjoner, som f.eks. Regional sikkerhetsavdeling, Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme, Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Statsforvalter.

2.4 Alternativer til bruk av mekaniske tvangsmidler i nødrettslignende situasjoner

2.4.1 Isolasjonsrom

Etter tilsyn av CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) ble psykiatrisk avdeling oppfordret til å utrede muligheter for bruk av isolasjonsrom. Isolasjon ble betraktet som et mildere tvangsmiddel enn mekaniske tvangsmidler ved at det ikke begrenset personens fysiske bevegelsesfrihet. SØ er klar over at både isolasjon og mekaniske tvangsmidler har sine etiske, juridiske og praktiske utfordringer, og disse aspektene vil inngå i utredningen.

3. Kontinuerlig forbedring

3.1 Forbedringstavle og forbedringsmøter

Tiltakene i pkt. 1 og 2 er nå satt inn i en egen forbedringstavle på avdelingsnivå knyttet til bruk av tvang (se vedlegg 6), hvor denne skal arbeides videre med i henhold til metodikken i kontinuerlig forbedring. Denne arbeidsmetodikken innebærer særlig korrigering av tiltakene

underveis basert på evalueringer, samt at det blir identifisert nye og bedre tiltak gjennom evalueringene og forbedringsforslag, og at ikke-effektive tiltak avsluttes. Det gjennomføres regelmessige forbedringsmøter knyttet til forbedringstavlene i avdelingen. Tiltaksplanen vil således fremover hele tiden være i utvikling. Dette er en annen, mere systematisk, og med større grad av involvering fra medarbeiderne i oppfølgingen av tvangsbruk enn hvordan dette har blitt arbeidet med tidligere. Det har allerede vært en bred involvering av medarbeiderne i utarbeidelsen av tiltaksplanen, som vil bli redegjort kort for i pkt. 3.2.

3.2 Forankring av tiltaksplanen

For å involvere medarbeidere og ledere i å identifisere virksomme og gode tiltak som har forankring ute i døgnsesksjonene har systemene for forbedringsarbeidet med ulike plattformer for dialog også blitt benyttet for utarbeidelse av tiltaksplanen. At ledere og medarbeidere er involvert i og medvirker til alle deler av arbeidet har også en holdningsskapende effekt, og gir en helt annen form for eierskap til problemstillingen. Dette innebærer dialog på følgende faste møtearenaer i avdelingen, som også benyttes til det videre forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang:

3.2.1 Seksjonsledermøte

Det gjennomføres ukentlige seksjonsledermøter for seksjonslederne for døgnsesksjonene og avd.sjef døgn, hvor det også gjennomføres regelmessige forbedringsmøter på avdelingsnivå. Tiltakene har blitt drøftet på tre seksjonsledermøter, 05.08, 12.08 og 19.08, hvor seksjonslederne har innhentet innspill fra medarbeiderne mellom disse møtene.

3.2.2 Fagutviklingsrådgivernetverket

Psykiatrisk avdeling har faste møter hver 14.dag med alle ti fagutviklerne, en per seksjon, avdelingsrådgiver, og avd.sjef døgn månedlig. Hensikten med møtene er mulighet for felles dialog om ulike faglige satsningsområder og informasjonsutveksling. Fagutviklerne har en sentral rolle i opplæring av medarbeidere, og monitorering av ulike satsningsområder. Tiltaksplanen ble drøftet på nettverksmøtet 15.08. Fagutviklerne vil ha en sentral rolle i oppfølging av tiltakene, i samarbeid med seksjonsleder, faglige ansvarlige og stedfortreder.

3.2.3 Tverrfaglig forbedringsgruppe på avdelingsnivå

Avdelingen har etablert en tverrfaglige forbedringsgruppe på avdelingsnivå, som er bredt sammensatt av medarbeidere med ulike stillinger/profesjonsbakgrunn og seksjonstilhørighet. Gruppen møtes månedlig med avdelingsrådgiver og avd.sjef døgn. Målet med forbedringsgruppen er å ha regelmessig dialog med et utvalg av representanter fra avdelingen direkte rundt ulike forbedringstiltak som det arbeides med, og som blir identifisert. På møte i tverrfaglig forbedringsgruppe 15.08 ble tiltaksplanen drøftet.

3.2.4 Regelmessige møte med behandlerne

I 2022 ble det innført månedlige møter med alle behandlerne i avdelingen og begge avdelingssjefene. Avdelingssjef legene har også etablert egne ukentlige møter med alle legene. På sistnevnte møte 13.08 ble tiltaksplanen drøftet.

I pkt. 3.3 vil kort de viktigste forbedringsområdene som avdelingen har jobbet med siden 2021, og som er særlig viktig for arbeidet med riktig bruk av tvang, bli presentert.

3.3 Kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling

Hovedfokusområder i forbedringsarbeidet har så langt vært kapasitet og pasientflyt, og å øke kompetansen hos medarbeiderne. Psykiatrisk avdeling har over flere år hatt store utfordringer knyttet til overbelegg, og har nå redusert dette betraktelig. Kontroll på pasientbelegget bidrar til bedre pasientsikkerhet og bedre pasientbehandling. I forhold til å øke kompetansen til medarbeiderne har det blitt gjort flere tiltak, som å tilrettelegge for at fast ansatte medarbeidere som manglet fagbrev fikk mulighet til å ta dette. Videre har det blitt utviklet traineeprogram for vernepleiere, og avdelingen deltar nå også i traineeprogram for sykepleiere. Avdeling har også inngått avtale med Bemanningsavdelingen, hvor avdelingen nå har egne fast ansatte vikarer der. Det ansettes ikke lengre ufaglærte i avdelingen. Økt formalkompetanse hos medarbeiderne i avdeling er en viktig forutsetning for arbeidet med tiltaksplanen knyttet til bruk av tvang.

Et av områdene som har blitt identifisert hvor det er behov for økt kompetanse er i grunnleggende miljøterapi. Miljøterapi er en behandlingsform som anbefales i nasjonale retningslinjer, men som mangler klare retningslinjer for praktisering. I 2023 startet Psykiatrisk avdeling et prosjekt for å utvikle et enhetlig perspektiv på miljøterapi, som skulle gjelde for alle døgnetenhetene. Målet var å skape en standardisert tilnærming som kunne implementeres på tvers av seksjonene for å sikre høy kvalitet og konsistens i behandlingen. Dette resulterte i et éndagskurs som inkluderte hovedtemaene postatmosfære, struktur, persontilpassede tiltak, terapeutisk relasjon og aktiv tilnærming. I alle kapitlene vektlegges holdninger overfor pasienter, og spesielt de pasientene med uttrykk som utfordrer og som skaper motoverføringseffekter. Kurset fokuserte på å forbedre personalets ferdigheter i å håndtere utfordrende situasjoner, samt å styrke deres evne til å etablere og opprettholde en terapeutisk relasjon med pasientene. Kurset ble gitt til alle ansatte og inngår nå som en del av opplæringen for nyansatte. Denne dagen skal utvides med ytterlige to dager opplæring i miljøterapi knyttet til blant annet bruk av skjerming. Nettopp økt kompetanse på miljøterapi, i kombinasjonen med kompetanse på MAP, bidrar til at alle medarbeiderne i miljøet blir bedre rustet til å forsøke å avverge utageringssituasjoner. Det gir også pasientene bedre pasientbehandling, som miljøterapien er en viktig del av.

5. Avsluttende kommentarer

Arbeidet som nå er igangsatt, og redegjort for, med mål om å sikre at Sykehuset ikke bryter pasientens grunnleggende rettigheter i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler, vil også ses i sammenheng med oppfølging av øvrig bruk av tvang overfor pasienter i avdelingen. Dette inkluderer helhetlig gjennomgang av prosedyrer og praksis, samt tiltak for å øke bevisstheten og kompetanse blant medarbeidere. Avdelingen skal sikre at all tvangsbruk er nødvendig, forsvarlig, og i tråd med gjeldende lovverk, samtidig som det fremmes alternativer til tvang og opprettholdelse av et trygt miljø for både pasienter og medarbeidere.

Tiltaksplanen som nå iverksettes har en annen dimensjon av oppfølging, involvering og medvirkning av ledere og medarbeidere, enn tidligere tiltak som har blitt iverksatt knyttet til bruk av tvang. Dette vil sikre en forankring og dypere forståelse av gjeldende regelverk og det vil være holdningsskapende knyttet til bruk av tvang. Arbeidet med tiltakene blir heretter en del av det kontinuerlig forbedringsarbeidet i avdelingen, hvor det vil gjøres evalueringer og forbedringer av tiltakene underveis i prosessen, med mål om å bli litt bedre hver dag.

- Vedlegg 1: Prosedyre Mekaniske tvangsmidler § 4-8a
- Vedlegg 2: Frase Begrunnelse for langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler
- Vedlegg 3: Prosedyre Begrunnelse for sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler
- Vedlegg 4: Prosedyre Ansvarshavende – psykisk helsevern og rusbehandling
- Vedlegg 5: Prosedyre Rolle og ansvarsfordeling – Vedtaksansvarlig § 4-8 i PHVL
- Vedlegg 6: Forbedringstavle tvangsmiddelbruk