

**Oppfølging av redegjørelsen til Sivilombudet fra 23.08.24, knyttet
til alvorlig bekymring for langvarig bruk av mekaniske
tvangsmidler på sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset Østfold**

Sykehuset Østfold HF ved administrerende direktør Helge Stene-Johansen,
klinikkssjef Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling Andreas Joner,
advokat Anne Cathrine Strekerud Gjøs, og avdelingssjef Psykiatrisk avdeling
Ida Mørk Snopestad

30.01.2025

Innhold

Innledning.....	4
1 Oppdatert forbedringstavle	4
1.1 Tydeligere ansvarlinjer i håndtering av tvangsbruk	5
1.1.1 Tydeligere roller.....	5
1.1.2 Oppdatere prosedyrer	6
1.2 Monitorering	6
1.2.1 Oppdatert dashboard	6
1.2.2 Tvangstavle.....	6
1.2.3 Utvide tallgrunnlaget til kvalitetsrådsmøtene.....	7
1.2.4 Utvikle internrevisjon knyttet til bruk av tvangsmidler	7
1.2.5 Oppfølging av journalføring.....	8
1.2.6 Varsle klinikkssjef og avdelingssjef ved bruk av mekaniske tvangsmidler over åtte timer	8
1.3 Sikring av ledere og medarbeideres kompetanse innen tvangsmiddelbruk	9
1.3.1 Gjennomgang av episoder etter bruk av mekaniske tvangsmidler.....	9
1.3.2 Sikre kompetanse innen lov og forskrift hos nøkkelfunksjoner i seksjonene	9
1.3.3 Øke kompetansen til ansvarshavende	10
1.3.4 Rådføring ressurs- personer/institusjoner	10
1.4 Alternativer til bruk av mekaniske tvangsmidler i nødrettslignende situasjoner	11
1.5 Nye identifiserte forbedringsområder knyttet til bruk av tvang	11
1.5.1 Ettersamtaler etter tvangsvedtak.....	11
1.5.2 Bedre oppfølging av sikkerhetspasientene	11
1.5.3 Økt tverrfaglighet på seksjonene	12
1.5.4 Utvikle videre opplæring i miljøterapi (del 2 og 3).....	12
1.5.5 Pasientflyt og pleietyngde	12
1.5.6 Lang saksbehandlingstid hos statsforvalter.....	13
2. Kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling.....	13
2.1 Forbedringstavle og forbedringsmøter	13
2.2 Møtearenaer for kontinuerlig forbedring	13
2.2.1 Seksjonsledermøter	13
2.2.3 Fagutviklingsnettverket	14
2.2.4 Tverrfaglig forbedringsgruppe på avdelingsnivå	14
2.2.5 Regelmessige møter med alle behandlerne	14
2.2.6 Kvalitetsråd	14
2.2.7 Møter med tillitsvalgte og koordinerende verneombud.....	14
2.2.8 Oppfølging på de ti døgnsseksjonene	15

2.3	Øvrig kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling	15
3	Funn fra internrevisjonen, og foreløpige resultater	15
3.1	Internrevisjon knyttet til bruk av tvang	15
3.1.1	Beskrivelse av revisjonen.....	15
3.1.2	Resultat og oppfølging.....	16
3.1.3	Konklusjon fra internrevisjon	18
3.2	Beskrivelse av tvangsdata før og etter tiltak i juli 2024.....	19
4	Avsluttende kommentarer med plan for videre oppfølging	20

Innledning

Sykehuset Østfold (SØ) viser til brev fra Sivilombudet datert 18.10.24, hvor Sivilombudet ber sykehuset innen 01.02.25 om en ny tilbakemelding med redegjørelse for hvilke tiltak som er gjennomført av tiltakene beskrevet i redegjørelsen til SØ fra 23.08.24. Sivilombudet ber også om de foreløpige resultatene av tiltakene, inkludert funn fra internrevisjonen.

Innledningsvis vil SØ presisere at det aldri har vært noen intensjon om å unndra informasjon til Sivilombudet om SØ sin oppfølging fra Statsforvalteren knyttet til en enkelt pasient. SØ ønsker åpenhet til alle kontrollorganer. Styret og alle ledernivåene i SØ har tatt Sivilombudets bekymring på største alvor. Omfanget av tiltak som er iverksatt, og skal iverksettes, samt graden av kontroll og oppfølging har en helt annen dimensjon enn tidligere iverksatte tiltak for å sikre at SØ lykkes med tiltakene.

I redegjørelsen som ble sendt 23.08.24 ble iverksatt strakstiltak, og tiltak som skulle bli iverksatt fremover, knyttet til bekymringen rundt: Kvaliteten på journalføringen, kompetansen til lederne og medarbeiderne vedrørende regelverk om 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 redegjort for. Det ble også redegjort for at systemet og metodikken for kontinuerlig forbedring, som allerede var implementert i hele psykiatrisk avdeling, skulle brukes i det videre forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang. Det vil i det følgende bli beskrevet hvordan dette har blitt fulgt opp i praksis på alle ti døgnsseksjonene, de foreløpige resultatene og funnene i dette arbeidet, samt plan for videre tiltak og oppfølging. Det vil bli noe gjentagende informasjon om tiltakene fra tidligere redegjørelse i dette svarbrevet, siden oppfølgingen av disse skal redegjøres for nå.

Den 01.01.25 ble psykiatrisk avdeling omorganisert til en avdeling med enhetlig ledelse og en avdelingssjef for hele avdelingen.

Denne redegjørelsen har følgende disposisjon: 1) Oppdatert forbedringstavle/tiltaksplan, 2) kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling, 3) funn fra internrevisjonen og foreløpige resultater, og 4) avsluttende kommentarer med plan for videre oppfølging.

1 Oppdatert forbedringstavle

Som beskrevet i redegjørelsen fra 23.08.24 så ble alle tiltakene knyttet til bruk av tvang, som da var identifisert, satt opp i en egen tavle for kontinuerlig forbedring på avdelingsnivå¹ i psykiatrisk avdeling. Forbedringstavlen og forbedringsarbeid som gjøres på avdelingsnivå, omfatter alle ti døgnsseksjonene i avdelingen. Kontinuerlig forbedring innebærer at tiltakene

¹ Avdelingsnivå er nivået over hver enkelt døgnsseksjon.

kan blir revidert basert på evalueringer, at det blir identifisert nye eller bedre tiltak gjennom forbedringsforslag, samt at ikke-effektive tiltak avsluttes. Avsluttede tiltak loggføres med en begrunnelse for hvorfor tiltaket avsluttes. Ingen av tiltakene beskrevet i redegjørelsen fra 23.08.24 er avsluttet.

Fokuset i avdelingen er å forbedre alle områder hvor avdelingen identifiserer behov for forbedringer knyttet til bruk av tvang. Forbedringstavlen fra 25.01.25 er derfor oppdatert (se vedlegg 1), og utvidet med flere områder og tiltak enn forbedringstavlen og tiltaksplanen som var vedlagt redegjørelsen av 23.08.24. Resultatene fra internrevisjonen, som var ferdigstilt 28.01.25, blir presentert for avdelingen 04.02.25, og vil da gi grunnlag for ytterligere tiltak og forbedringsområder. Disse blir implementert i forbedringstavlen og forbedringsarbeidet.

1.1 Tydeligere ansvarslinjer i håndtering av tvangsbruk

Under forbedringsområdet: «Tydeligere ansvarslinjer i håndtering av tvangsbruk» ble det i august identifisert to forbedringstiltak knyttet til tydeliggjøring av roller og behov for revisjon av prosedyrer. Det ble prioritert å oppdatere prosedyren med rolleavklaring først.

1.1.1 Tydeligere roller

Tydeligere roller handler om rolleavklaring mellom medarbeidere som har ansvar for bruk av tvangsmidler. Avdelingen startet kartleggingen av dette i august, og avdekket uklarheter knyttet til ansvarsfordelingen mellom ansvarshavende, faglig ansvarlige og husvakt i forhold til hvem som gjør hva på ulike tider av døgnet. Kartleggingen avdekket også behov for at journalføringen viser tydeligere hva de ulike rollene har gjort knyttet til et tvangsmiddel: Som et eksempel nevnes at ansvarshavende fikk signatur på vedtaket de hadde fattet fra faglig ansvarlig, som dokumentasjon på at faglig ansvarlig hadde vurdert vedtaket.

Det ble satt ned en arbeidsgruppe med avdelingsrådgiver, tillitsvalgt for legeforeningen, avdelingssjef for legene, avdelingssjef for døgnsesksjonene, og to jurister i sykehuset for å revidere prosedyren med rolleavklaring. Det ble gjennomført fire møter i arbeidsgruppen 13.09.24, 20.09.24, 24.09.24 og 21.10.24, med høring av prosedyren i ulike møtefora med seksjonsledere, behandlere og fagutviklingsrådgivere i perioden 13.09.24-25.10.24.

Avdelingen tok opp problemstillingen knyttet til fordeling av oppgaver rundt bruk av tvang i akuttnettverket SØ deltar i med Vestre Viken, Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Innlandet den 15.10.24 for innspill på hvordan man i respektive foretak løser ansvars- og arbeidsfordeling. Gjennom diskusjonen med andre HF fikk avdelingen et sammenligningsgrunnlag, som gjør det mulig å påse at det er lik praksis i foretaksgruppen.

Den 12.11.24 ble revidert prosedyre gjort kjent i hele psykiatrisk avdeling (se vedlegg 2). Etter implementeringen har det ikke kommet tilbakemelding om at rolleavklaringen er utydelig. Det følges opp med stikkprøver om prosedyren blir fulgt og internrevisjon (se pkt. 3.1).

1.1.2 Oppdatere prosedyrer

Avdelingsrådgiver har innhentet prosedyrer fra andre helseforetak knyttet til bruk av tvang, slik at sykehuset kunne vurdere om prosedyrene burde endres. Prosedyrene til psykiatrisk avdeling har innhold som samsvarer med disse, men det er allikevel ønskelig å se på forenklinger og forbedringer av prosedyrene. Arbeidet fortsetter og slutføres innen 31.05.25.

1.2 Monitorering

Monitoreringen skal bidra til at tvangsmidler dokumenteres korrekt og at pasienters rettigheter ivaretas. Det er etablert systemer for oppfølging fra ledere og nøkkelfunksjoner i seksjonene. Under monitorering ble det iverksatt seks forbedringstiltak knyttet til oppdatert dashboard med tvangsdata, tvangstavle, utvidet tallgrunnlag i kvalitetsrådsmøtene, systematisk internrevisjon med tema bruk av tvangsmidler, oppfølging av journaldokumentasjon, samt at klinikksjef og avdelingssjef skal varsles når pasienter er underlagt mekaniske tvangsmidler over åtte timer, så lenge vedtaket varer.

1.2.1 Oppdatert dashboard

Det har over tid vært et samarbeid med ressurspersoner ved sykehuset for å etablere en sanntidsoversikt over tvangsbruk og oppfølging av denne på seksjonene. Det innhentes rapporter fra analyseavdelingen, som viser oversikt over tvangsbruken. Deler av dette er også tilgjengelig på felles filområder i avdelingen. Oversikter og rapporter gjennomgås i kvalitetsrådsmøter og andre møter hvor tvangsbruken evalueres, men fungerer ikke godt nok for oppfølging av pågående tvangsbruk på seksjonene. For å sikre bedre oppfølging av pågående tvangsbruk, arbeides det med utvikling av en digital tvangstavle for alle seksjoner.

1.2.2 Tvangstavle

For bedre overvåkning av pågående tvangsbruk, utarbeidet avdelingen allerede i april 2024 en pilot med tavle som ble testet ut på en av psykoseseksjonene. Denne tavlen har imidlertid kun integrering med pasientjournalen i forhold til når det fattes et tvangsvedtak. Den viser ikke om og eventuelt når det er gjennomført ettersamtaler i etterkant av tvangsvedtaket, eller når det er skrevet vurderingsnotat knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler over åtte timer. Det krever manuell utfylling og oppdatering av tavlen fra medarbeidere på seksjonen. Psykoseseksjonen som testet ut tavlen, opplevde at til tross for dette fungerte tavlen godt som sjekkliste for oppfølging og oversikt. Denne seksjonen hadde også høy etterlevelse av gjennomførte ettersamtaler etter skjermingsvedtak. Tavlen ble revidert og forbedret på seksjonsledermøter i oktober, og innført på alle ti døgnsseksjonene 29.10.24. Det er varierende erfaringer med denne tavlen på øvrige ni døgnsseksjoner, men det er det beste alternativet for tavle som nå foreligger for å sikre oversikt over pågående tvangsbruk.

SENG	PARAGRAF FRA DIPS	8 TIMERS VURD	ES §4-3	ES §4-4	ES §4-6	ES §4-8A	ES §4-8B	ES §4-8C	ES §4-8D
D032	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)			Samtale 1 Ettersamtale innen 02.03.25 kl. 10.30					
D038	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)		Samtale 1 Ettersamtale innen 24.01.25 kl. 10.00	Samtale 1 Ettersamtale innen 24.01.25 kl. 10.00					
E014	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)								
E018	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)								
E016	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)								
D031	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)			Samtale 1 Ettersamtale innen 14.02.25 kl. 09.54					
D036	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)			Samtale 1 Ettersamtale innen 10.04.25					
D034	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)			Samtale 1 Ettersamtale innen 20.03.25 kl. 9.30					
E017				Samtale 1 Ettersamtale innen 03.04.25 kl. 11.00					
D037	§3-3 Tv. psyk helsevern m/dagn (PHVL)			Samtale 1 Ettersamtale innen 27.2.25 kl. 09.25					

Bildet av tavlen fra en seksjon som bruker tavlen aktivt

Parallelt med forbedringer av eksisterende tavle arbeides det med å undersøke muligheter for full integrering mellom pasientjournal og pasienttavlen ved oppdatering av pasientjournalsystemet til DIPS-Arna i april. Dette ville medført at tavlen oppdaterte seg når ulike notat som for eksempel ettersamtale er godkjent. Sist oppdatering fra ressursperson 20.01.25 er at slik funksjonalitet må ses på etter at DIPS-Arena er innført i SØ i april/mai 2024.

1.2.3 Utvide tallgrunnlaget til kvalitetsrådsmøtene

Avdelingsrådgiver har siden august arbeidet med å hente ut best mulig tall til kvalitetsrådsmøtene, inkludert data over tid i mekaniske tvangsmidler. Rapportgrunnlaget er under stadige forbedringer etter innspill fra deltagerne i kvalitetsrådsmøtene. Dette kan bidra til en mer helhetlig forståelse av den totale tvangsmiddelbruken i hele psykiatrisk avdeling.

Gjennomgang av rapportene har også avdekket ulikheter mellom seksjonene når det gjelder bruk av nødmedisinering, jf. §4-8 c, som også kan påvirke bruken av mekaniske tvangsmidler. Etter en dialog i akuttnettverket SØ deltar i sammen med andre helseforetak i HSØ, har det kommet frem at det også er ønskelig å kartlegge bruk av medikamenter i helseforetakene nærmere, spesielt bruk av antipsykotisk medisinering. Analyseavdelingen har nå laget en egen oversikt over dette basert på innkjøp fra apotek til seksjonene, som ligger tilgjengelig på intranett. Legene i avdelingen ble informert om hvor de kan hente denne informasjon 24.10. Dette er nå satt inn i forbedringstavlen for videre oppfølging.

1.2.4 Utvikle internrevisjon knyttet til bruk av tvangsmidler

For nærmere monitorering av tvangsbruken ble det besluttet i august at det skulle innføres halvårslige internrevisjoner knyttet til bruk av tvangsmidler, med første gjennomføring i desember. Dette har blitt gjennomført (se punkt. 3.1 for beskrivelse av internrevisjonen fra desember 2024). Revisjonen fra desember 2024 skulle også danne grunnlag for opplæringsdagene knyttet til bruk av tvang som er planlagt i mars 2025. De regelmessige

revisjonene skal sikre at praksis er i samsvar med gjeldende prosedyrer og lovverk, og vil bidra til evalueringer og identifisering av nye tiltak i det kontinuerlige forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang.

1.2.5 Oppfølging av journalføring

Et annet viktig identifisert forbedringsområde som måtte følges opp tett, og som også ble innført som strakstiltak allerede 01.07.24, var at seksjonslederne skal sørge for at alle journalnotater om bruk av mekaniske tvangsmidler blir gjennomgått. Dette for å sikre seksjonsledernes nødvendige oppfølging og veiledning av miljøpersonell² både knyttet til journalføring og eventuelt gjennomføring av tvangsvedtaket. Målet med forbedringstiltaket er at pasientenes lovfestede rettigheter ivaretas ved all bruk av tvangsmidler, samt at observasjoner og vurderinger dokumenteres korrekt.

Det ble også 01.07.24 utarbeidet og implementert en frase med hjelptekst til hva som må inkluderes i en vurdering for videre bruk av mekaniske tvangsmidler, når bruken har vedvart i åtte timer. Det ble presisert at vurderingen for videre bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjøres kontinuerlig.

Evalueringer med seksjonslederne, stikkprøvekontroller og internrevisjonen, viser at det arbeides godt med å forbedre dokumentasjonen. Planlagt opplæring for alle seksjonsledere, assisterende seksjonsledere, behandlere, og fagutviklingsrådgivere i bruk av tvang i mars 2025 vil bidra til felles forståelse med bruk av tvang, som deretter må følges opp seksjonsvis. Det er viktig at alle seksjonslederne og nøkkelpersoner bidrar i oppfølging på seksjonene. Der hvor avdelingsrådgiver og/eller avdelingssjef har avdekket behov for forbedringer, er det gitt tilbakemelding til aktuell seksjonsleder om dette. Oppfølging av journalføringen blir videre forbedringsarbeid.

1.2.6 Varsle klinikkssjef og avdelingssjef ved bruk av mekaniske tvangsmidler over åtte timer

Under monitorering ble det også innført et akuttiltak 01.07.24 knyttet til at både avdelingssjef og klinikkssjef skulle ringes og orienteres ved bruk av mekaniske tvangsmidler over åtte timer. Dette skulle gjøres på faste tidspunkter kl. 09.00, 14.00, og 20.00 så lenge pasienten fortsatt var underlagt mekaniske tvangsmidler. Stikkprøvekontroller av etterlevelsen av dette viser at dette følges opp. I desember 2024 ble det endret fra at kontakt per telefon til per SMS. Klinikkssjef og avdelingssjef kan på bakgrunn av SMS om varighet i mekaniske tvangsmidler og seksjon, selv ta kontakt med seksjonen ved behov for ytterligere informasjon og/eller oppfølging. Tiltaket har bidratt til at avdelingssjef og klinikkssjef har fullstendig oversikt ved bruk av mekaniske tvangsmidler over tid.

² Miljøpersonell er sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, og øvrige som arbeider i miljøet med pasientene.

1.3 Sikring av ledere og medarbeideres kompetanse innen tvangsmiddelbruk

Under; «sikring av ledere og medarbeideres kompetanse innen tvangsmiddelbruk» ble det identifisert flere forbedringsområder og tiltak. Under følger oppdatert informasjon av arbeidet med disse.

1.3.1 Gjennomgang av episoder etter bruk av mekaniske tvangsmidler

Seksjonslederne skal sikre at episoder etter bruk av mekaniske tvangsmidler gjennomgås regelmessig. Gjennomgangen skal bidra til etisk refleksjon rundt egen praksis og eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på. I tillegg er det et viktig HMS-tiltak når det gjelder å ivareta medarbeidere som i forbindelse med slike situasjoner kan ha blitt utsatt for vold. I disse gjennomgangene, med mål om læring og utvikling, skal hendelsesforløp, observasjoner, vurderinger, beslutningsprosesser, og samarbeidet evalueres.

Oppfølgingen av dette tiltaket har blitt fulgt opp i ulik form, blant annet gjennom vaktevalueringer, individuelt med enkeltmedarbeidere, og oppfølging av en gruppe medarbeidere etter enkelthendelser. Det har også vært dialog rundt dette i primærgruppene til pasienter hvor det har blitt brukt ulike tvangsmidler over tid.

Seksjonslederne må kontinuerlig følge opp tiltaket på seksjonene. Medarbeidere uttrykker at de setter særlig pris på vaktevalueringene, debrief etter alvorlige hendelser, og individuell oppfølging fra seksjonsleder og Bedriftshelsetjenesten. Bruk av tvang er også et fast tema på medarbeidersamtalene.

1.3.2 Sikre kompetanse innen lov og forskrift hos nøkkelfunksjoner i seksjonene

For å sikre kompetansen til alle medarbeiderne om psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskrift er tiltaket at nøkkelfunksjonene i seksjonene; seksjonslederne, stedfortrederne, behandlerne og fagutviklingsrådgivere, skal få merkompetanse på dette. Kompetansehevingen skal gjennomføres som et obligatorisk to-dagers kurs med juridisk avdeling og avdelingsrådgiver, for fagutviklingsrådgiverne, og et obligatorisk et-dagers kurs for seksjonslederne, stedfortrederne, og alle behandlerne i mars 2025. Juridisk avdeling er en selvstendig avdeling i SØ, organisert direkte under administrerende direktør, som bistår ved gjennomføring av kompetansehevende tiltak og endringsarbeid i hele sykehuset.

Datoer for opplæringen er reservert, og første møte for å planlegge de kompetansehevende tiltakene ble gjennomført 17.01.25. Temaer som blant annet skal inkluderes i undervisningen, som Sivilombudet påpeker, er menneskerettighetens betydning for tolkningen og praktiseringen av psykisk helsevernloven inklusiv rettspraksis fra den europeiske menneskerettsdomstolen knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler.

Videre skal det undervises i juridisk metodikk særlig knyttet til å skille mellom observasjoner og vurderinger, herunder subsumsjon av faktum opp mot regelverket for å vurdere hvorvidt vilkår for bruk av mekaniske tvangsmidler er oppfylt. Ansvar til lederne og faglige ansvarlige, samt rettspolitiske føringer, og intensjoner bak viktige lover og forskrifter vil også inkluderes i undervisningen. Resultatene fra internrevisjonen blir presentert for avdelingen 04.02.25, og gjennom dialog om resultatene kan det også bli avdekket ytterligere områder undervisningsdagene bør belyse.

Fagutviklingsrådgivere (FUR) skal deretter, delegert fra seksjonslederne, planlegge og gjennomføre internundervisning for medarbeidere i egen seksjon. FUR kan da også be om bistand fra juridisk avdeling til undervisning på fagdager og internundervisning som gjøres seksjonsvis. Ved at undervisningen skjer seksjonsvis, vil rådgiverne kunne benytte relevante eksempler fra praksis og fokusere mer på seksjonsvise problemstillinger. Dette sikrer at opplæringen blir tilpasset de spesifikke utfordringene i hver seksjon, og bidrar til en dypere forståelse for og etterlevelse av lovverket.

I tillegg er det i forbindelse med dette i FUR-nettverket i avdelingen også identifisert et nytt tiltak som går ut på at det må utarbeides en opplæringsplan i forhold til hvilke tema/regelverk/problemstillinger knyttet til bruk av tvang som må gjennomgås hvert år. Dette slik at FUR kan trekke ut elementer av opplæringen når medarbeidere står i aktuelle situasjoner, men samtidig sikre at aktuelle tema årlig blir gjennomgått.

Dette tiltaket med å øke kompetanse og forståelsen for det juridiske landskapet, og ansvaret som følger med det å forvalte tvang, er et svært viktig kunnskaps- og holdningsskapende tiltak. Dette tiltaket vil forsterkes ytterligere ved at dette følges opp med øvrige tiltak, særlig med refleksjon i etterkant av hendelser med bruk av tvang, og individuelt med oppfølging av medarbeidere og ledere.

1.3.3 Øke kompetansen til ansvarshavende

Det har også blitt identifisert behov for å øke kompetansen til ansvarshavende for å sikre at ansvarshavende har høy grad av kunnskap, noe som vil bidra til et tryggere og mer effektivt vaktlag. Det foregår foreløpig en kartlegging av hva ansvarshavende trenger mere kompetanse på, som blant annet er journalføring og lovverk knyttet til bruk av tvang. Dette tiltaket skal det arbeides videre med i 2025, og vil også inkludere et tett samarbeid med tillitsvalgtorganisasjonene i forhold til eventuelle sertifiseringsordninger.

1.3.4 Rådføring ressurs- personer/institusjoner

Det siste tiltaket som ble identifisert i august var at i svært kompliserte pasientsaker, hvor SØ kan ende 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, og andre helseforetak.

Det har vært et stort fokus på dette tiltaket høsten 2024, med tett oppfølging og drøftinger i saker hvor pasienter har vært underlagt mekaniske tvangsmidler over noe tid. Behandlere og ledere har også dialog med kollegaer i ulike nettverk ved behov. Siden 2023 har det ikke vært noen pasienter med slik langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler, som de tilfellene Sivilombudet har undersøkt. Det har også blitt en økt bevissthet i avdelingen, i samarbeid med juridisk avdeling, rundt riktig bruk av lovverk knyttet til blant annet 4A-vedtak i Pasient- og brukerrettighetsloven.

1.4 Alternativer til bruk av mekaniske tvangsmidler i nødrettslignende situasjoner

Etter tilsyn av CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) ble psykiatrisk avdeling oppfordret av psykiater i CPT til å vurdere å utrede muligheter for bruk av isolasjonsrom som alternativ til bruk av mekaniske tvangsmidler i særlige tilfeller. Sykehuset har foreløpig ikke startet noen utredning knyttet til dette da øvrige tiltak har hatt høyere prioritering, samt at avdelingen ser flere behandlingsmessige utfordringer med dette tiltaket. SØ ønsker å drøfte denne problemstillingen sammen med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst.

1.5 Nye identifiserte forbedringsområder knyttet til bruk av tvang

I tillegg til oppfølging av overnevnte tiltak, og identifisering av behov for opplæringsplan for fagutviklingsrådgiverne, har det foreløpig blitt identifisert ytterligere seks forbedringsområder knyttet til bruk av tvang, som det arbeides med tiltak knyttet til.

1.5.1 Ettersamtaler etter tvangsvedtak

Internrevisjonen fra desember, og andre revisjoner - sist knyttet til skjermingspraksisen fra Helsetilsynet, viser at det ikke alltid blir tilbudt ettersamtaler etter avsluttede tvangsvedtak. Dette har blitt fulgt opp med stadige påminnelser fra avdelingsledelsen, men etterlevelsen er fortsatt ikke 100 % på alle døgnsesjonene. Dette er noe avdelingsledelsen tar på alvor, og som blir fulgt opp av seksjonslederne. Tilbud om ettersamtaler etter tvangsvedtak må derfor fortsatt følges opp videre som et eget forbedringsområde. Et ytterligere igangsatt tiltak fra 29.10.24 er bruk av tvangstavlen på alle seksjoner som et hjelpeverktøy til monitoreringen. Undervisningen i bruk av tvang for nøkkelpersoner i mars, og seksjonsvis etter dette, skal også bidra til økt forståelse for intensjonen med ettersamtalene, herunder viktigheten av å ivareta pasientens lovfestede rett til ettersamtale.

1.5.2 Bedre oppfølging av sikkerhetspasientene

SØ har høyt belegg på sikkerhetsseksjonene, og har et behov for å bedre koordineringen av sikkerhetspasientene i Østfold, øke pasientflyten ut sikkerhetsseksjonene, øke kompetansen på sikkerhetspsykiatri ved avdelingene utenfor sykehuset, og ivareta sikkerhetspasientene utenfor sykehuset som ikke klarer å nyttiggjøre seg et vanlig tilbud på en bedre måte i en overgangsperiode. På bakgrunn av dette er det bevilget finansiering og besluttet å opprette et

ambulant sikkerhetsteam, som vil være forankret i sikkerhetsseksjonene i psykiatrisk avdeling. Forslag til organiseringen av teamet er allerede utarbeidet og skal drøftes med tillitsvalgte 05.02.25. SØ har også vært i dialog med ulike helseforetak for å innhente erfaringer fra tilsvarende team andre steder, og deltar i et etablert sikkerhetsnettverk med andre helseforetak, ledet av SIFER. Målet er at det ambulante sikkerhetsteamet skal være operativt fra høsten 2025. Dette teamet vil kunne bidra til å redusere tvangsbruken på flere områder, blant annet i forhold til varigheten av døgninnleggelser.

1.5.3 Økt tverrfaglighet på seksjonene

Flere medarbeidere med ulike profesjonsbakgrunner, og tverrfaglig forbedringsgruppe, melder om behov for økt tverrfaglighet mellom de ulike yrkesgruppene på seksjonene for å ytterligere bedre pasientbehandlingen. Ved kompliserte pasientsaker er samarbeidet i primærgruppene spesielt viktig, også i forhold til å vurdere alternativer til bruk av tvangsmidler. Økt tverrfaglighet har blitt arbeidet med over tid blant annet ved å øke formalkompetansen til miljøpersonell, og med egen opplæringsdag i grunnleggende miljøterapi. Det er også opprettet en stilling for psykologfaglig rådgiver i 20 % på avdelingsnivå fra 01.01.25. I tillegg vil omorganisering av avdelingen med en avdelingssjef medføre at leder for behandlerne, som også har fått økt lederstøtte, vil få frigjort mere tid til rollen som medisinskfaglig rådgiver i avdelingen. Flere seksjoner har også et økt fokus på bruk av primærgruppene til pasientene. Forbedringsområdet vil arbeides videre med fremover, hvor flere tiltak vil bli identifisert.

1.5.4 Utvikle videre opplæring i miljøterapi (del 2 og 3)

SØ har i likhet med andre helseforetak i akuttnettverket, som avdelingen er i regelmessige møter med, sett behov for å øke kompetansen innen miljøterapi, for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen. God miljøterapi er avgjørende for pasientbehandlingen og kan bidra til å redusere bruken av tvangsmidler. I den forbindelse ble det innhentet oversikt over opplæringen fra andre sykehus, for så å utvikle eget opplæringsmaterieell og det ble gjennomført opplæring for alle medarbeiderne høsten 2023. Denne kursdagen gjennomføres regelmessig for nyansatte. Målet siden da har vært å utarbeide del 2 og 3, som vil gå inn på mere fagspesifikke områder som blant annet bruk av skjerming. Opplæringsmaterieell til del 2 skal utvikles høsten 2025, og undervisning vil bli gitt i forbindelse med fagdager på seksjonene våren 2026.

1.5.5 Pasientflyt og pleietyngde

Psykiatrisk avdeling ser en klar sammenheng mellom høyt pasientbelegg med bruk av tilleggsrom, flere pasienter på seksjonen som trenger tett oppfølging (høy pleietyngde), og høyere risiko for vold og trusler, samt bruk av tvang. Det kontinuerlige forbedringsarbeidet som følges opp knyttet til kapasitet og pasientflyt, i egen forbedringstavle, er derfor i seg selv satt opp i forbedringstavlen knyttet til bruk av tvang for å gi en økt bevissthet rundt sammenhengene mellom de ulike tiltakene som avdelingen arbeider med. Det redegjøres ikke her for alle tiltakene som har blitt arbeidet med i den andre forbedringstavlen.

1.5.6 Lang saksbehandlingstid hos statsforvalter

Et av disse er et forbedringsområde utenfor avdelingen, som gikk på lang saksbehandlingstid hos statsforvalter på klagesaker knyttet til tvangsmedisineringsvedtak. Lang saksbehandlingstiden kan redusere rettsikkerheten for pasientene, bidra til forsinket oppstart av medikamentell behandling med konsekvensen dette kan ha for pasientbehandling, samt at det kan øke risikoen for økt bruk av andre tvangsmidler. SØ sendte bekymringsmelding til statsforvalter om dette 03.10.24, og fikk svar 04.11.24 om at de skal følge opp dette med flere tiltak for å redusere saksbehandlingstiden hos seg. Dette skal evalueres på nytt om noen måneder. SØ arbeider nå etter innspill fra statsforvalter også med en bedre løsning for oversendelse av klagen, for å unngå forsinkede vurdering grunnet tiden før klagen blir mottatt. I tillegg til bekymringsmeldingen sendt 03.10.24 har SØ også i 2023 sendt en bekymringsmelding til statsforvalter om samme tema.

2. Kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling

2.1 Forbedringstavle og forbedringsmøter

Forbedringstavlen følges opp systematisk med stor grad av involvering fra seksjonslederne og medarbeiderne. Det gjennomføres regelmessige forbedringsmøter knyttet til forbedringstavlen i avdelingen, både på seksjons- og avdelingsnivå. At ledere og medarbeidere er involvert i og medvirker til forbedringsarbeidet har i seg selv en holdningsskapende effekt, og gir eierskap til problemstillingen. Hyppige møtepunkter med seksjonslederne og andre nøkkelfunksjoner på avdelingsnivå er i tillegg et viktig verktøy for at avdelingssjef kan informere disse medarbeiderne direkte, samt ha dialog rundt arbeidet som gjøres. Dette muliggjør en likere oppfølging på alle ti døgnsseksjonene.

2.2 Møtearenaer for kontinuerlig forbedring

I redegjørelsen fra 23.08.24 ble noen av møtearenaene for oppfølging av kontinuerlig forbedring beskrevet. Totalt er det gjennomført 40 møter på avdelingsnivå f.o.m 01.08.24 t.o.m 30.01.25. Alle disse møtene på avdelingsnivå er referatført, og referatene er gjort tilgjengelig for møtedeltagerne, klinikkssjef, og medarbeiderne via seksjonslederne. De ligger også lagret i SØ sitt dokumentasjonssystem. I det følgende vil det kort oppsummeres hvilke møter som har blitt gjennomført siden 01.08.24, og hva som har vært tematikken i møtene.

2.2.1 Seksjonsledermøter

Det gjennomføres ukentlige seksjonsledermøter for alle seksjonslederne på døgnsseksjonene, hvor det også er regelmessige forbedringsmøter. Det har blitt gjennomført forbedringsmøter knyttet til bruk av tvang på 18 av seksjonsledermøtene på følgende datoer siden august 2024: 05.08, 19.08, 26.08, 02.09, 16.09, 23.09, 07.10, 10.10, 21.10, 28.10, 04.11, 11.11, 18.11, 25.11, 09.12, 06.01.25, 14.01.25, og 21.01.25. På disse møtene har ulike områder i forbedringstavlen blitt fulgt opp, og tiltak har blitt identifisert og evaluert. Tvangstavlen (se pkt. 1.2.2) har for eksempel blitt utarbeidet i dette forumet.

2.2.3 Fagutviklingsnettverket

Psykiatrisk avdeling har faste møter, ca. hver 14.dag, mellom alle ti fagutviklingsrådgiverne (FUR) på døgnsesksjonene og avdelingsrådgiver. Avdelingssjef deltar også regelmessig på møtene. FUR har en svært sentral rolle i oppfølging av forbedringstiltakene i samarbeid med seksjonslederne, assisterende seksjonslederne, og faglige ansvarlige. Hensikten med møtene er mulighet for felles dialog om ulike satsningsområder og informasjonsutveksling. Det har blitt gjennomført møter med avdelingsrådgiver og avdelingssjef 15.08.24, 17.10.24, og 16.01.25. På møtene har tiltak blitt identifisert, som for eksempel behov for tydeligere rolleavklaring mellom behandlere og ansvarshavende. FUR har også fått delegerte oppgaver som de skal følge opp i samarbeid med lederne, som for eksempel å følge opp journalføringen knyttet til bruk av tvang på seksjonene (se pkt. 1.2.5).

2.2.4 Tverrfaglig forbedringsgruppe på avdelingsnivå

Avdelingen har en etablerte tverrfaglig forbedringsgruppe på avdelingsnivå, som består av medarbeidere med ulike stillinger, profesjonsbakgrunn, og seksjonstilhørighet, avdelingsrådgiver og avdelingssjef. Målet med gruppen er regelmessig tverrfaglig dialog mellom et utvalg av representanter fra avdelingen rundt ulike forbedringstiltak. Det har blitt gjennomført møter 15.08.24, 24.09.24, 19.11.24, og 20.01.25. Gjennom møtene er det identifisert flere forbedringsforslag, blant annet behov for økt tverrfaglig samarbeid på seksjonene for å styrke pasientbehandlingen og redusere tvangsbruken. Det er også avdekket behov for økt kompetansen om lovverk blant ledere og medarbeidere.

2.2.5 Regelmessige møter med alle behandlerne

Det avholdes månedlige møter med avdelingssjef og alle leger og psykologer i avdelingen. Siden august 2024 har møter blitt gjennomført: 29.08, 26.09, 24.10, 28.11, 19.12, og 30.01.25. Hensikten med møtene er å fremme informasjonsutveksling, dialog og oppfølging. Bruk av tvang har vært et fast tema, og møtene har blant annet behandlet prosedyrer for rolleavklaring ved bruk av tvang, ettersamtaler etter tvangsvedtak, tilsyn og den lange saksbehandlingstiden hos statsforvalteren.

2.2.6 Kvalitetsråd

Som en del av det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet gjennomføres det kvalitetsrådsmøter på alle nivåer i klinikken. På avdelingsnivå deltar alle seksjonslederne, avdelingsrådgiver, klinikkrådgiver, og avdelingssjef på møtene. Det har blitt gjennomført møter 09.09.24, 16.09.24, og 09.12.24. Bruk av tvang gjennomgås på alle møtene, hvor rapporter om tvangsbruk presenterer for dialog om tall, utvikling og eventuelle oppfølgingstiltak. Det innhentes stadig bedre rapporter, som en del av forbedringsarbeidet, for eksempel også oversikt over varighet på bruk av mekaniske tvangsmidler (se pkt. 1.2.3).

2.2.7 Møter med tillitsvalgte og koordinerende verneombud

Det er faste månedlige møter mellom tillitsvalgte på avdelingsnivå, koordinerende verneombud, HR-rådgiver, økonomirådgiver, avdelingsrådgiver, en representant for

seksjonslederne (en seksjonsleder), og avdelingssjef. Forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang har vært tema på alle de regelmessige møtene fra august 2024, som har blitt gjennomført 15.08, 19.09, 17.10, 26.11, 17.12, og 16.01.25. Tillitsvalgte har da kommet med tilbakemeldinger på hvordan medarbeidere har opplevd dette arbeidet, i tillegg til innspill til tiltakene og arbeidet som gjøres.

2.2.8 Oppfølging på de ti døgnsesksjonene

På døgnsesksjonene følges forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang opp gjennom forbedringsmøter, personalmøter, fredagsbrev, vaktevalueringer, kvalitetsrådsmøter, individuelt med medarbeidere på medarbeidersamtale. Oppfølgingen omfatter blant annet kvaliteten på journalføringen, samt individuelt i forhold til enkeltpasientsaker.

2.3 Øvrig kontinuerlig forbedring i psykiatrisk avdeling

Som beskrevet i redegjørelsen fra 23.08.24, pkt. 3.3, er det iverksatt og iverksettes flere tiltak knyttet til andre områder som rekruttering, kompetanseheving, tilgang på faste vikarer, samt kapasitet og pasientflyt, som påvirker bruken av tvang. Det kontinuerlige forbedringsarbeidet knyttet til disse områdene pågår parallelt med forbedringsarbeidet knyttet til bruk av tvang.

3 Funn fra internrevisjonen, og foreløpige resultater

3.1 Internrevisjon knyttet til bruk av tvang

Internrevisjonen ble gjennomført i desember 2024 og første uken i januar. Rapporten var klar 28.01.25 (se vedlegg 3). Formålet med denne internrevisjonen var å undersøke om praksisen knyttet til bruk av tvangsmidler ved psykiatrisk avdeling er i samsvar med gjeldende lover, forskrifter og egne prosedyrer. Resultatet fra revisjonen vil gi føringer for videre tiltak og undervisning.

3.1.1 Beskrivelse av revisjonen

Internrevisjonen bestod av å undersøke pasientjournaler og aggregerte rapporter, med fokus på bruk av tvangsmidler. Hensikten var å vurdere kvaliteten ved utførelsen og dokumentasjonen av tvangsmiddelbruk, hvordan tvangsmiddelvedtak ble gjennomført, og hvordan disse ble fulgt opp.

Internrevisjonen avgrenset utvalget til fem døgnsesksjoner: Sikkerhetsseksjon 1, Sikkerhetsseksjon 2, Psykiatrisk akuttmottak, Psykosebehandling 2 og Psykosebehandling 4. Den ble videre avgrenset til pasientjournaler som inneholdt minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 01.07.24-30.11.24. Det ble foretatt et uttrekk av totalt 39 tvangsmiddelvedtak fra de inkluderte døgnsesksjonene. Dette omfattet:

- Tilfeldig uttrekk av to vedtak for hver av paragrafene § 4-8b³, § 4-8d⁴ og § 4-8a⁵ med varighet under åtte timer, fra hver seksjon. Totalt 30 vedtak.
- Ni vedtak for § 4-8a (med varighet over åtte timer), hvor det ble trukket ut de tre med lengst varighet, de tre med kortest varighet, og de tre som lå nærmest median for tidsperioden.

For hvert tvangsmiddelvedtak ble følgende gjennomgått:

- Vedtaksformalia
- Behandlernes notater og sykepleienotater så lenge tiltaket var iverksatt
- Dokumentasjon av ettersamtaler
- Andre relevante dokumenter, ved behov

Revisjonen brukte en egen sjekkliste for å vurdere det overnevnte.

3.1.2 Resultat og oppfølging

Uttrekket ble gjennomført i henhold til beskrivelsen. Median for § 4-8a vedtak med en varighet på over 8 timer i den aktuelle tidsperioden var 14,62 timer (median for alle § 4-8a vedtak i tidsperioden var 4,58 timer). Varigheten til de 9 inkluderte vedtakene over 8 timer fordelte seg slik: De korteste vedtakene hadde en varighet på 8-, 9- og 9,33 timer. Vedtakene nærmest medianen hadde en varighet på 10,92-, 11,13- og 12,65 timer. De lengste vedtakene varte i 19-, 26- og 93,33 timer.

Under gjennomgangen ble det avdekket at ett av vedtakene feilaktig var beskrevet som et vedtak om mekaniske tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 a. Vedtaket viste seg i realiteten å være et vedtak om bruk av tvangsmidler etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A, og var dobbeltført. Dette vedtaket ble derfor tatt ut av revisjonen, som dermed omfatter totalt 38 vedtak med tilhørende dokumentasjon.

Internrevisjonen avdekket mangler i utfyllingen av vedtaksmalen tilhørende tvangsmiddelvedtaket i 10 av 38 vedtak. Dette inkluderer manglende fjerning av hjelpetekster, feil bruk av kolonner, eller manglende utfylling av felt i skjemaene. To av vedtakene om isolasjon manglet nødvendig dokumentasjon og formalia. Det var også ett tilfelle hvor vedtaket om mekaniske tvangsmidler var dokumentert to ganger. Det vil være økt fokus på korrekt utfylling av vedtaksdokumentet i opplæringen knyttet til tvangsmiddelvedtak, fremover. Seksjonslederne, ansvarshavende, og faglige ansvarlige må ha opplæring på dette, for korrekt utfylling og kontroll. Dette må også følges opp seksjonsvis, ved stikkprøvekontroller, og ved neste internrevisjon i juni.

³ Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede

⁴ Kortvarig fastholding

⁵ Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær

Videre var det ikke mulig gjennom journalen å se at faglig ansvarlig ble orientert om bruk av tvangsmidler i 13 av 38 tilfeller, som internrevisjonen kontrollerte ved å undersøke om vedtaket ble sendt til faglig ansvarlig for signering. Som en konsekvens har faglig ansvarlig da heller ikke signert på at vedtakene er gjennomgått slik det er beskrevet i interne prosedyrer. I 4 av disse tilfellene viser dokumentlogg imidlertid at faglig ansvarlig har lest vedtaket. Internrevisjonen baserer seg kun på journalgjennomgang, slik at faglig ansvarlig kan ha være orientert selv om vedtaket ikke ble sendt til signering eller lest av faglig ansvarlig. Dette er uansett et brudd på prosedyre, og må følges opp videre med påminnelser og kontroller fra seksjonslederne.

Interne prosedyrer beskriver at pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler skal motta legetilsyn så snart som mulig etter iverksettelsen, samt så ofte som nødvendig og senest hver åttende time så lenge tiltaket vedvarer. I 1 av tilfellene med mekaniske tvangsmidler over åtte timer, er det dokumentert legetilsyn umiddelbart etter iverksettelsen av tiltaket, men det mangler ett påfølgende legetilsyn som skulle vært gjennomført innen åtte timer. I ytterligere 1 tilfelle er det ikke dokumentert legetilsyn før fem timer etter at pasienten ble lagt i mekaniske tvangsmidler. Gjeldende prosedyrer knyttet til dette er blitt gjennomgått, hvorpå det ble funnet at rollefordelingen mellom faglig ansvarlig, husvakt og ansvarshavende har vært uklart beskrevet. Se pkt. 1.1.1. Ny prosedyre var klar først 12.11.24, og det må nå følges opp at prosedyren følges ved påminnelser og kontroller fra seksjonslederne.

Når det gjelder begrunnelsen for vedtakene, ble det funnet en journalført begrunnelse i alle tilfeller bortsett fra de to nevnte vedtakene med manglende formalia. I tillegg vurderer revisjonen at det i 3 fastholdingsvedtak, 3 isolasjonsvedtak og 1 vedtak om mekaniske tvangsmidler, så var vurderingen knyttet til begrunnelsen for bruk av tvangsmidler noe vagt og bare delvis begrunnet. I disse vedtakene er det beskrevet situasjoner som kan tolkes som nødrettslignende, imidlertid er det ikke tydelig journalført hvilke vurderinger som lå til grunn for nødvendigheten av å iverksette tvangsmidler. I 1 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler med en varighet på mer enn 8 timer, ble det ikke funnet dokumentasjon om hvorfor det var nødvendig med sammenhengende bruk og hvorfor det ikke var mulig å gi løse opp. I 5 av vedtakene er det journalført en begrunnelse, som beskriver årsaken til at pasient innledningsvis ble underlagt mekaniske tvangsmidler, men begrunner ikke klart hvorfor sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler er nødvendig. Det er i flere tilfeller heller ikke journalført tydelig hvorfor det ble vurdert som nødvendig å opprettholde tvangsmidlene mens pasienten sov. Om dette er uttrykk for at tilstrekkelige vurderinger ikke er foretatt, eller at de er foretatt og ikke dokumentert, kan ikke revisjonsteamet med utgangspunkt i journalgjennomgangen si noe sikkert om. Basert på erfaringer med driften over tid, legger revisjonsteamet imidlertid til grunn at mangelfull dokumentasjon av vurderinger er uttrykk for manglende kunnskap om juridisk tankemåte, her mer konkret hvordan man skal vurdere og dokumentere bruken av rettsregler på et konkret faktum. Det vurderes som avgjørende for å ivareta pasientenes grunnleggende rettsikkerhet å sikre nødvendig juridisk kompetanse hos helsepersonellet som skal forvalte tvangen. Det vises her til at det allerede er planlagt

opplæring om juridisk metodikk i mars 2025 (se pkt. 1.3.2), og det arbeides videre med å øke kompetansen til ansvarshavende (se pkt. 1.3.3).

I ett tilfelle knyttet til bruk av fastholding beskrives det at pasienten ble fastholdt i en varighet på én time. Ved nærmere gjennomgang fremgår det imidlertid at vedtaksansvarlig sikter til at pasienten ble instruert til å være på pasientrommet i én time, noe som i realiteten utgjør en skjerming. Dette tyder på en uklarhet knyttet til forståelsen av gjeldende lovverk og de kriteriene som må oppfylles for iverksettelse av ulike typer tvangstiltak. Dette må også adresseres i opplæringen til ansvarshavende (pkt. 1.3.3).

I 10 tilfeller med tvangsmidler ble det ikke funnet dokumentasjon på at pasient har fått tilbud om ettersamtale etter bruk av tvangsmidler. Dette er allerede avdekket som et forbedringsområde hvor det iverksettes, og skal iverksettes, tiltak knyttet til dette (se pkt. 1.5.1).

Av positive funn fant revisjonen at med unntak av de to vedtakene som manglet formalia, så fremgår det av pasientjournal at samtlige pasienter er blitt informert om retten til å klage på tvangsmiddelbruk og at informasjon til pårørende er ivaretatt. Videre at det fremkommer i journal at helsepersonell i stor grad forsøker lempeligere tiltak der det er mulig. Samtidig beskrives det flere tilfeller hvor pasienter uventet går til fysisk angrep, uten at helsepersonellet har mulighet til å forsøke lempeligere midler. Flere av vedtakene er også godt begrunnet med utfyllende informasjon om hvilken skade tiltaket skal avverge og hvorfor det ikke kan unngås uten bruk av tvangsmidler.

3.1.3 Konklusjon fra internrevisjon

Internrevisjonen avdekket svakheter i dokumentasjon og manglende forståelse av lovverk knyttet til vurderinger av tvangsmidler, samt flere tilfeller med manglende orientering til faglig ansvarlig og gjennomføring av ettersamtaler. Det var også to brudd på prosedyrene knyttet til legetilsyn. Forbedringstiltakene som allerede er iverksatt, og skal iverksettes, skal ha et tydelig fokus på å rette opp disse manglene for å sikre at tvangsmiddelvedtak blir korrekt journalført i tråd med gjeldende lovverk og prosedyrer, samt at pasientenes rettssikkerhet blir ivaretatt.

Intensjonen med internrevisjonen var nettopp å skulle bidra til å identifisere hvilke områder det bør undervises i knyttet til bruk av tvang, samt å eventuelt identifisere ytterligere forbedringsområder og tiltak som bør iverksettes fremover. Tiltakene i forbedringstavlen knyttet til bruk av tvang vil i stor grad dekke disse områdene som må forbedres. Innført tiltak om at seksjonsleder må sørge for å all dokumentasjon knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler blir gjennomgått, pkt. 1.2.5, vil kunne bidra til å avdekke disse manglende i dokumentasjonen. Dette forutsetter at nøkkelpersonene har tilstrekkelig kompetanse selv i dette som må dekkes gjennom planlagt opplæring som beskrevet (se pkt. 1.3.2).

Internrevisjonen skal presenteres i avdelingen fra 04.02.25, hvor det i etterkant av dette også kan komme flere forbedringsforslag knyttet til funnene, som også blir inkludert i forbedringstavlen. Avvikene og forbedringsområdene som internrevisjonen har avdekket er et ledelsesansvar, og vil bli fulgt opp med tiltak og evalueringer i det videre arbeidet. Det er planlagt videre halvårlig internrevisjon knyttet til bruk av tvang for å følge opp om videre at tiltakene har ønsket effekt. Revisjonsteamet anbefaler å fokusere revisjonen på ett tvangsmiddel av gangen, slik at et større antall vedtak kan trekkes ut per tvangsmiddel. Dette vil dermed kunne gi mulighet for noe mer generaliserbare konklusjoner. Det vil derfor i juni bli gjort en internrevisjon avgrenset til bruk av mekaniske tvangsmidler.

3.2 Beskrivelse av tvangsdata før og etter tiltak i juli 2024

Tiltakene som ble implementert fra juli 2024, med et høyt fokus i avdelingen på bruk av tvang, har hatt en betydelig positiv effekt på bruken av mekaniske tvangsmidler i psykiatrisk avdeling. Resultatene viser en tydelig nedgang i antall vedtak, total bruk av belter, median varighet og antall langvarige tiltak. Den samlede reduksjonen i bruk av tvang reflekterer en økt bevissthet rundt bruken av tvang.

Tabell 1. Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrisk avdeling første halvår 2024 sammenlignet med siste halvår 2024 (etter iverksatte tiltak fra 01.07.24)

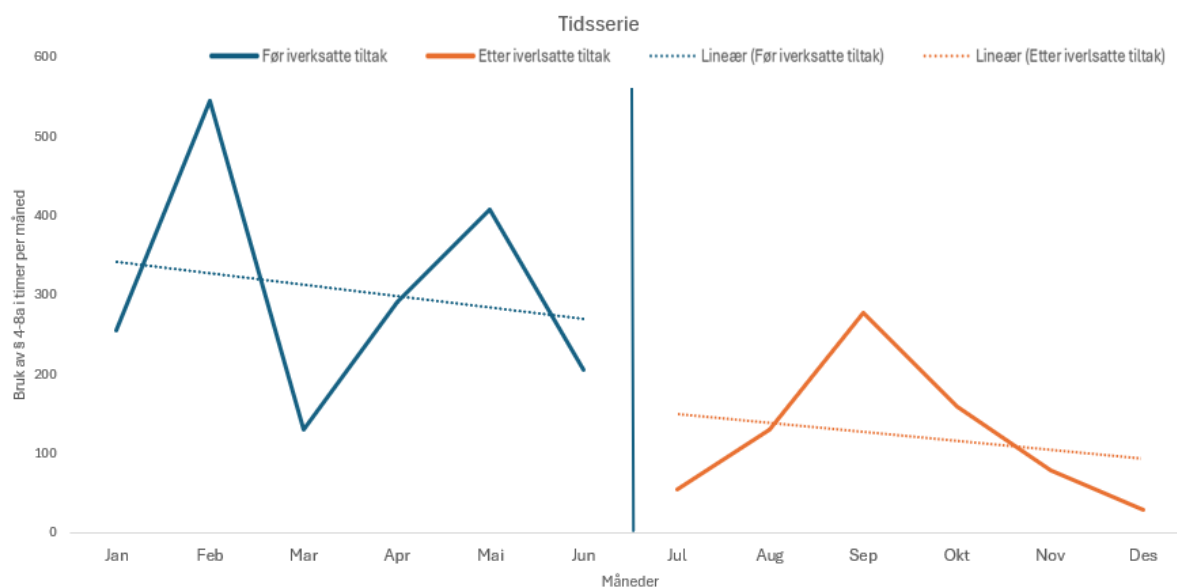
	Før tiltak	Etter tiltak	Netto endring	Prosentvis endring
Antall §4-8a	149	76	-73	-49%
Median timer	5,7	4,58	-1,12	-17%
Antall vedtak over 8 timer	59	23	-36	-61%

Tabell 1 viser en reduksjon i antall vedtak (§4-8a): Antallet vedtak knyttet til mekaniske tvangsmidler har sunket med 73 vedtak, noe som tilsvarer en nedgang på 49 %.

Nedgang i varighet: Median varighet per vedtak har gått ned med 1,12 timer, fra 5,7 timer til 4,58 timer, en reduksjon på 17 %.

Antall tilfeller med sammenhengende bruk over 8 timer: Antallet vedtak som varte i mer enn 8 timer har hatt en betydelig reduksjon, fra 59 tilfeller til 23, noe som utgjør en nedgang på 61 %.

Figur 1. Tidsseriedata over antall timer med § 4-8a per måned



Figur 1. viser en betydelig reduksjon i samlet antall timer per måned hvor pasienter var underlagt mekaniske tvangsmidler. Selv om en nedadgående trend kan observeres både før og etter implementeringen av tiltakene, er det spesielt tydelig en markant reduksjon i overgangen mellom trendene. Dette knutepunktet viser en nedgang fra 284 timer rett før tiltakene ble iverksatt til 161 timer rett etter. Denne endringen understreker effekten av tiltakene på reduksjonen i bruken av mekaniske tvangsmidler.

4 Avsluttende kommentarer med plan for videre oppfølging

Denne redegjørelsen beskriver hvordan seksjons- og avdelingsledelsen følger opp bruken av tvang i psykiatrisk avdeling, som en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette innebærer hyppige møter med ulike nøkkelpersoner på avdelingsnivå og med seksjonsvis oppfølging i ulike forumer (se del 1). Det er identifisert mange forbedringsforslag og tiltak, som det har blitt arbeidet systematisk med, og hvor ytterligere tiltak iverksettes også fremover knyttet til blant annet opplæring i lovverk fra mars. Det er nå et høyt fokus på bruk av tvang i avdelingen, og resultatene fra perioden juli-desember 2024 viser en betydelig reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler både knyttet til varighet av vedtaket og i antall vedtak.

Bruk av tvang er også et regelmessig tema på klinikkledermøter i klinikken, og sykehusledermøter, med hyppigere og grundigere rapportering på bruk av tvangsmidler. Styret i sykehuset ønsker regelmessige oppdateringer på statusen i arbeidet, resultater, og tiltak, hvor det 22.01.25 ble gitt en orientering til styret med samme innhold som denne redegjørelsen. Kontrollkommisjonen har også bedt om regelmessig møter med ledelsen i psykiatrisk avdeling for statusoppdatering på arbeidet avdelingen gjør knyttet til bruk av tvangsmidler, hvor neste møte er planlagt 13.02.25.

SØ skal sende en redegjørelse til statsforvalteren innen 01.03.25, som har åpnet tilsyn, hvor SØ vil svare ut det samme som i denne redegjørelsen: Evaluering av iverksatte tiltak,

redegjørelse for hvordan ledelsen ved helseforetaket vil følge med på og følge opp problemstillingen videre, herunder plan for å evaluere tiltak som iverksettes, redegjørelse for hva som kom frem i internrevisjonen, samt hvordan ledelsen vil følge opp eventuelle avvik i rapporten. Denne redegjørelsen vil derfor også bli oversendt til statsforvalteren.

Som nevnt i den forrige redegjørelsen, er det i nasjonale råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern 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. 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, og dette må helt ut i alle ledd hos alle ledere og medarbeidere i avdelingen. 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.

Omfanget av iverksatte tiltak, og graden av oppfølging og kontroll, viser i praksis hvordan SØ har tatt Sivilombudet sin bekymring på største alvor.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Forbedringstavlen knyttet til bruk av tvang i psykiatrisk avdeling
- Vedlegg 2: Oppdatert prosedyre: «Tvangsmidler - rolle- og ansvarsfordeling ved bruk av tvangsmidler i psykiatrisk avdeling, vedtaksansvarlig»
- Vedlegg 3: Internrevisjonen knyttet til bruk av tvangsmidler i psykiatrisk avdeling fra 30.01.25