

Klinikk psykisk helse og avhengighet

SIVILOMBUDET STORTINGETS OMBUD FOR KONTROLL
MED FORVALTNINGEN
Postboks 3 Sentrum
0101 OSLO

Vår ref.
25/04248-10

Deres ref.
2025/5748

Dato
28.08.2026

Oversendelse av handlingsplan etter besøksrapport

Tilbakemelding til Sivilombudet om handlingsplan for Psykiatrisk sykehusavdelingen Vestfold basert på besøksrapportens funn og anbefalinger.

Vi viser til rapport fra Sivilombudets besøk til Sykehuset i Vestfold HF 10.-12. november 2025, og vil takke for samarbeid i forkant, under og i etterkant av besøket fra Sivilombud.

Avdelingsledelsen ved Psykiatrisk sykehusavdeling ønsket fra varsel om besøk å være helt åpne og tydelige om at dette besøket er ønsket når det gjelder å kunne forbedre oss og utøvelsen av vårt faglige ansvar i gjennomføring av tvang og spesifikt bruk av mekaniske tvangsmidler. Vi valgte fra første møte å dele med Sivilombud hva vi oppfatter er forbedringspunkter og områder som vi har nytte av å få en objektiv vurdering av vår praksis. Derfor tok vi et valg å være transparente ovenfor hele klinikken og alle medarbeidere om potensialet som kunne følge med et slikt besøk. Selv om rapport er kritisk, spesielt til flere episoder med lang varighet og flere aspekter av dokumentasjonspraksis opplever avdelingens ledelse at dette var områder hvor vi forventet kritikk og behov for betydelig forbedringsarbeid. Avdelingsledelse påpekte dette i innledende dialog. Samtidig er det viktig for avdelingens ledelse at Sivilombud påpeker gode holdninger, høy terskel for å bruke tvang og medarbeidere som strekker seg langt for å redusere bruk av tvangsmiddelet. For Psykiatrisk sykehusavdeling innebærer dette at tiltakene vi har vurdert handler om å forbedre teknikk og kompetanse som er betydelig mer tilgjengelig å jobbe med enn andre typer utfordringer.

I forbindelse med muntlig gjennomgang fra Sivilombud (dato) valgte vi å invitere alle relevante seksjonsledere i Psykiatrisk sykehusavdeling i tillegg til Klinikkenes ledergruppe (KLG) ved Sykehuset i Vestfold. Dette valget handlet nettopp om å operasjonalisere åpenhetskultur, også på områder der det var forventet å få kritikk.

I avdelingens ledergruppe er besøksrapport grundig gjennomgått i ledermøte og kvalitetsråd. På seksjonsnivå er rapport gjennomgått i personal- og stabsmøter, hvor aktørene og alle profesjoner fikk i oppgave å bidra med innspill til relevante tiltak. I arbeidet med å utvikle en

relevant handlingsplan har klinikkens fagsjef vært ansvarlig for å definere relevante tiltak i samarbeid med avdelingssjef og medisinsk faglig ansvarlig i Psykiatrisk sykehusavdeling. Målsetting i dette arbeidet er todelt, primært å sørge å identifisere relevante tiltak for å forbedre praksis i pasientforløpene og samtidig sørge for at anbefalingene og forventning om kvalitetsforbedring fra Sivilombudet blir oppfylt og ivaretatt. Det har vært et konkret behov og målsetting at tiltakene er konkrete og treffsikre i forhold til Sivilombudet rapport, funn og anbefalinger.

Besøksrapport er grundig gjennomgått i alle seksjoner som vil kunne ha behov for å bruke tvang ovenfor pasienter og som derfor må kvalitetssikre sin praksis. Dette betyr at også seksjoner som ikke ble gjennomgått i besøket har hatt samme gjennomgang og iverksatt praksisendring som de to undersøkte seksjonene. Avdelingen har også egne strukturer/møtepunkter for vaktlag og spesialister som forvalter tvang og er vedtaksansvarlige, og har inkludert disse i utvikling av tiltak og for å understøtte god implementering.

Vårt etterarbeid har vært preget av noen hindringer som det kan være greit å adressere. Som de fleste av helseforetakene benytter vi oss av journalsystemet DIPS Arena. I dette systemet har utvikling av vedtaksmodul, den tekniske løsningen der gjennomføring av tvangstiltak dokumenteres, vært betydelig forsinket. Dette har bidratt til at spesielt ett av de sentrale tiltakene vi har definert, har vært mer utfordrende enn sykehusavdelingen hadde forventet å utvikle. Se tiltak 1

Endring i psykisk helsevernloven og -forskriften 1. juni 2026, inneholdt momenter som ikke var på høring, men som også endrer hvordan praksis i forvaltning av tvang må være.

Endring i psykisk helsevernloven og -forskriften 1. juni 2026, inneholdt momenter som ikke var på høring, men som også endrer hvordan praksis i forvaltning av tvang må være.

Sykehusavdelingen har gjennom sommeren 2026 definert det vi oppfatter som relevante tiltak som vi har tydelig implementeringsplan for. Vi vil presentere disse og se de opp mot funn og anbefalinger. Vi ønsker også å være tydelige på at vi ikke er i mål med implementering og at dette er arbeid vi på noen områder er i mål, mens det på andre områder vil være et pågående arbeid.

Kort om hovedfunn i forbindelse med besøk:

Avdelingens ledergruppe opplever at det mest sentrale funnet i besøket er mangelfull eller utydelig dokumentasjon av episoder som medførte at pasienter erfarte bruk av tvang. Inkludert i dette er fravær av dokumentasjon og faglig vurdering for at tiltak iverksettes, hva som skjer underveis i forpleiningen og vurderinger om hvorfor vedtak vedvarer over tid. Svært sentralt er funn som omhandler dokumentasjon om hvorvidt lovens krav er oppfylt. Sivilombudet beskriver det slik i sin oppsummering:

Svakheter i vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Loven krever at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke belter. Ansatte syntes å ha et bevisst forhold til den høye terskelen for når belter kan brukes. Likevel hadde mange vedtak en uklar begrunnelse som gjorde det vanskelig å vurdere om belteleggingene oppfylte lovens vilkår. Begrunnelsene inneholdt ofte vage beskrivelser av pasientens atferd og kun generell omtale av mindre inngripende tiltak.

De faglige ansvarlige tok gjennomgående ikke stilling til om belteleggingene skulle opprettholdes, slik regelverket stiller krav om. Den faglige ansvarlige har en viktig rolle i å kvalitetssikre slike beslutninger. Manglende vurderinger kan bidra til at pasienter blir liggende i belter lenger enn loven åpner for.

Vi fant svært få beskrivelser av hvorfor vilkårene var oppfylt underveis i belteleggingene. Beskrivelsene av pasientenes atferd og vurderingene av denne var ofte svært mangelfulle, og i flere tilfeller tydet dokumentasjonen på at fortsatt beltelegging var ulovlig. For eksempel ble en pasient i en periode på elleve timer beskrevet som enten sovende eller samarbeidsvillig uten at det kom fram om det ble vurdert å avslutte belteleggingen. En annen pasient var beltelagt i rundt to døgn før atferd og behov for belter igjen ble vurdert. Vi fant også flere eksempler på at pasienter som sov i belter ikke ble forsøkt løst ut, selv når de sov over lengre tid. Beltelegging av sovende pasienter vil lett komme i strid med lovens strenge vilkår.

Dokumentasjonen gjorde det imidlertid vanskelig å få et klart bilde av hvordan pasientene ble ivaretatt under beltelegging. Beskrivelser av observasjoner, vurderinger og tiltak varierte. Dialog med pasienten og opplysninger om mat- og væskeinntak var ikke systematisk dokumentert, selv ved beltelegginger som varte over ett døgn.

Gjennom dette har vi identifisert behov for å styrke opplæring i hva helsepersonell skal dokumentere, hvor man skal dokumentere og hva som er nødvendig og riktig dokumentasjon av vurderinger rundt hele forvaltningen av denne typen vedtak. Det oppfattes også at det i PSY er en utydighet rundt hvordan sentrale roller, for eksempel rolle som faglig ansvarlig blir involvert som ressurs for å redusere bruk av tvang. Videre er det et sentralt funn fra Sivilombudets besøk at det er utydelig hvordan avdelingens medarbeidere forsøker å benytte lempeligere tvangsmidler og spesielt i forbindelse med gjennomføring av tvang med lengre varighet. Vår målsetting er å finne relevante kvalitetsforbedrende handlinger som vi i dette svaret forsøker å dele opp i mindre og ganske konkrete tiltak som vi har mulighet til å konkretisere og operasjonalisere.

Tiltak:

1: Etablering av det vi benevner som en mal for god dokumentasjon av tvangsvedtak

I dette tiltaket er oppgaven delt opp slik at det i dokumentasjon fremkommer tydelig hva som er situasjon, hvilke handlinger som er forsøkt for å redusere risiko, hvilken respons pasienten har hatt på intervensjonene og hvordan situasjon har utviklet seg. Sivilombud har påpekt i sin rapport at det fremstår som tydelig at personalet ved de aktuelle akuttseksjonene har gode holdninger og høy terskel for å bruke tvangsmiddelet. Disse handlingene må tydeligere komme frem i dokumentasjonen. Samlet vil dette kunne vise at avdelingen forholder seg konkret til lovkravet om tvangsmiddelet er «uomtvistelig nødvendig». Sivilombudet tilkjenner at det er gjort vurderinger blant annet i behandlingsmøter som antyder god drøfting angående tvangsmiddelets prosess, men at dette ikke er tilstrekkelig og riktig dokumentert. Dokumentet som inneholder denne gullstandarden har vært på intern høring i avdelingen, og gjennom denne høringen opplever vi at det er bred støtte for hvordan vi mener riktig dokumentasjon er utformet. Seksjonsledere ved relevante kliniske seksjoner er ansvarlig for at mal brukes i opplæring og gjennomføring av tvangsvedtak.

Utforming av mal for god dokumentasjon av tvangsvedtak er vedlagt.

2: Etablering av drop-in verksted med fagutviklere

Avdelingen har valgt å allokere 25% stilling til hver av døgnsesksjonene til fagutvikling. Dette strategiske valget ble tatt for å utvikle miljøterapi og innført i forkant av og uavhengig av Sivilombudets besøk. Fagutviklerne har selv tatt initiativ til å etablere faste tidspunkter for drop-in verksted for miljøpersonell, syke- og vernepleiere. Funksjonen av dette er at alt av miljøpersonell og ikke minst ansvarsvakter har løpende tilbud om å møte fagutviklere for å gjennomgå og forbedre seg på egen dokumentasjon. Fagutviklere har en sentral rolle i løpende opplæring av både nye og mer erfarent personell. Fagutviklere er oppdaterte på nivå for god faglig standard, inkludert dokumentasjon av tvangsmidler. Seksjonslederne som har totalansvar for drift og kvalitet i egen seksjon, kan benytte denne møtetiden til å gi enkeltpersonell i oppgave å drøfte utfordringer som er identifisert. Tiltaket er etablert og gjennomføres.

3: Ansvarsvakt seminarer for å heve kompetansenivå

Seksjonslederne sammen med avdelingsoverlege og fagutviklere har lagt plan og innhold for å heve kompetanse til de som går ansvarsvakter. I tillegg til forvaltning av tvang har ansvarsvaktene en svært viktig funksjon i å sørge for gode løsninger på forskjellige krevende situasjoner. I perioder hvor ledere, fagpersonale og stab ikke er til stede har ansvarsvaktene blant annet i oppgave å vurdere og gjennomføre hastevedtak, når vakthavende lege ikke er til stede. Vi ønsker gjennom målrettet kursing og opplæring å øke ansvarsvaktenes kompetanse gjennom å gjennomføre undervisning på deltemaer som forståelse av lovkrav, forpliktelser til å gjennomføre løpende vurderinger og krav til dokumentasjon. Dette har vi besluttet at må gjennomføres i 2 identiske seminarer siden det totalt er opp mot 60 medarbeidere som har denne rollen i sykehusavdelingen. Vedlagt finner dere program og innhold for opplæringen. Avdelingsledelsen erkjenner blant annet gjennom erfaringene fra Sivilombudets besøk, at overgangen til at hastevedtak kan fattes av ansvarsvakt i stedet for av vakthavende lege, var for dårlig planlagt og ikke sørget for at medarbeiderne fikk tilstrekkelig kompetanse til å ha dette ansvaret. Tiltaket er planlagt, undervisningsplan er definert og gjennomføres høst 2026

4: Bredde ettersamtale og forventningssamtale som klinisk tiltak

Flere av seksjonene i avdelingen har behov for å strukturere ettersamtale som klinisk tiltak. Til tross for at dette har vært pålagt praksis har vi hatt utfordring med å strukturere dette som tiltak for å redusere og eventuelt tilpasse behandling som innebærer tvang. Som tiltak var dette arbeidet godt i gang allerede i forkant av varsel om besøk fra Sivilombud. Vi har i etterarbeidet drøftet mye hvordan dette kan styrkes og spesielt i Psykiatrisk akuttmottak (PAM). For å få opp frekvens har dette vært et fokusområde både i forkant og etterkant av at besøket fra Sivilombud ble gjennomført. PAM har definert at fagutvikler sammen med seksjonsleder har hovedansvar for å registrere behov og veilede miljøpersonale i gjennomføring. Tiltaket har også vært drøftet i klinikkens ledergruppe og det er enighet om det er flere arenaer som kan være aktuelle for gjennomføring av ettersamtale. En kjerneutfordring er at en majoritet av tvangsvedtak som ble undersøkt i besøket fra Sivilombud gjennomføres ved PAM hvor pasientene er i kort tid. Enten fordi pasienten skrives ut eller overføres annen seksjon i klinikken. Etter innspill fra klinikkens fagsjef ønsker vi i tillegg at ettersamtale og forventningssamtale kan gjennomføres også av andre aktører. En konkret mulighet er at ettersamtale gjennomføres av pasientens faste behandler i poliklinikk. Som hovedregel ønskes det imidlertid at ettersamtale gjennomføres av personell involvert i situasjonen. Når dette ikke

er mulig å gjøre i forbindelse med aktuell innleggelse er det vår vurdering at det er et alternativ å gjennomføre samtale om temaet i etterkant.

Vi vil jobbe med å finne en god praksis for å gjøre dokumentet Etter-samtale lett tilgjengelig slik at det kan benyttes iht. intensjon som er at vurderingen fra ettersamtale skal legges til grunn ved eventuelle senere vedtak om tvang, for eksempel om det er aktuelt å bruke kritisk informasjon i DIPS til dette. Tiltaket er godt etablert i flere seksjoner, gjennomføring følges opp av ansvarlig leder ved hver seksjon.

5. Leders ansvar

Det er tydeliggjort en forventning om at leder er kjent med alle gjennomførte tvangstiltak og at leder gjennomgår dokumentasjon og vurderinger enten samme dag eller første virkedag. Seksjonsleder har anledning til å drøfte medisinskfaglige spørsmål og dokumentasjonsoppgaver løpende både med egne faglig ansvarlige og med avdelingsoverlege og avdelingspsykolog.

Videre er det etablert som ny praksis at vanskelige forløp meldes som avvik, og skal gjennomgå i lokalt arbeidsutvalg for avviksbehandling, problemstillinger, vurderinger og tiltak presenteres i avdelingens Kvalitetsråd for drøfting, læring og identifikasjon av behov for endring. Avdelingen har etablert fast struktur «Læringsforum» hvor læringssaker tas opp med avdelingens leger og psykologer månedlig som kan brukes til å gjennomgå definerte læringssaker. Ved behov kan konkrete saker drøftes i Pasientsikkerhetsrådsom ledes av klinikkens fagsjef. Tiltaket er iverksatt.

6. Involvering av Kontrollkommisjon ved lengre forløp

Avdelingen har drøftet med leder av kontrollkommisjon og besluttet at episoder med varighet over 16 timer betyr at avdelingen har ansvar for at kontrollkommisjon, primært ved leder, skal informeres om tiltaket. Funksjon er å sørge for å få relativt tidlig vurdering av sykehusets beslutninger, kontroll av faglig vurdering og avklaring i forhold til videre prosess. Tiltaket er etablert. Viser til egen tilbakemelding fra Kontrollkommisjon.

7. Utarbeiding av forbedret belteskjema

Som det kom frem av oversendelse av informasjon, data om vedtak og prosedyrer underveis i prosess med Sivilombud skal de som følger opp pasienten underveis dokumentere i eget skjema. Belteleggingskjema skal vise pasientens status i forhold til hvordan pasient er fiksert, forsøk på lempeligere bruk av tvangsmidler, gjennomføring av grunnleggende behov og psykiske status. Både gjennom dialog med medarbeidere og ved å undersøke praksis ble det tydelige at aktuelt skjema ikke fungerte godt. Fagutviklere ved avdelingen har utformet nytt skjema som skal sikre bedre og likere dokumentasjon og tydeliggjøre hvordan tiltaket fungerer og pasientens status. Ny versjon av skjema sikter mot å redusere mulighet for utydelig dokumentasjon og skal fungere bedre som verktøy for miljøpersonalet. Endring i skjema er at det inneholder flere momenter, forklaringer og tydeliggjør hva som er sentralt å dokumentere. Temaet her handler også om behov for å dokumentere i vedtak og journal hvilke tiltak som forsøkt og effekt av disse. Vedlagt ligger kopi av ny versjon av skjema. I utarbeidelse av nytt skjema har personalgruppene vært godt involvert. Tiltaket er iverksatt.

8. Forbedring av prosedyre som beskriver forvaltning av tvangsmiddelet

Prosedyre ble utviklet da avdelingen implementerte MAP som strategi for å redusere risiko og uønsket variasjon i gjennomføring av tvangsvedtak og kontrollovertagelse. Siden MAP var strukturering av teknikk, inneholder prosedyren mye om hvordan MAP skal gjennomføres. Klinikken har besluttet at prosedyren, som er på 20 sider er for omfangsrik og bør evalueres og endres, blant annet ved at tiltak som er knyttet til MAP etableres i bedre og mer egnet format, mens prosedyre skal fokusere dokumentasjon og lovmessige elementer. Dette arbeidet er påbegynt, men ikke fullført.

9: Gjennomføring av revisjon

Klinikken skal primo januar gjennomføre internrevisjon som fokuserer på de samme temaene som Sivilombudets besøk fokuserte på. Revisjonen vil gjennomføres i alle seksjoner som gjennomfører tvang, altså at også sikkerhet- og langtids psykoseseksjoner inkluderes. Revisjonsteamet bør inkludere fagsjef og representanter både fra PSY og annen avdeling i KPA. Revisjonsform vil typisk være at siste 10 gjennomførte belteleggingsepisoder ved hver av de aktuelle seksjonene gjennomgås. Klinikksjef har bestilt presentasjon av revisjon i løpet av mars måned 2027.

Avsluttende kommentarer:

Vi takker for Sivilombudets tilbakemelding og rapport etter besøket den 10-12.november 2025. Det har gjennom beskrevne funn og anbefalinger gitt oss viktige bidrag i avdelingens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, ikke bare i seksjonene med besøk, men også i andre av avdelingens enheter. Rapporten brukes og vil også fremover brukes aktivt i vårt lærings- og forbedringsarbeid. Ovenfor har vi listet opp områder og tiltak i vår handlingsplan. Alle ansatte har eller skal få opplæring i aktuelt regelverk og prosedyrer. Leder har ansvar for oppfølging og kontroll av gjennomføring og dokumentasjon av tvang. Vi har jobbet frem forskjellige hjelpeverktøy som er beskrevet i tiltakene. Oppsummert er det vår oppfatning at tiltakene er relevante i forhold til forbedringsbehov identifisert i besøket.

Vi jobber aktivt med en kultur der det skal oppleves trygt å melde ifra om uønskete hendelser og bruke avvikssystemet som et læringsverktøy.

Med vennlig hilsen

Jørgen Strand
avdelingssjef
PSY - Psykiatrisk sykehusavdeling

Cecilie Rollesfsen
konsulent
PSY - Psykiatrisk sykehusavdeling

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Vedlegg 1:» Bruk av mekaniske tvangsmidler. En guide til riktig og god dokumentasjon»

Vedlegg 2: Ny versjon av belteskjema