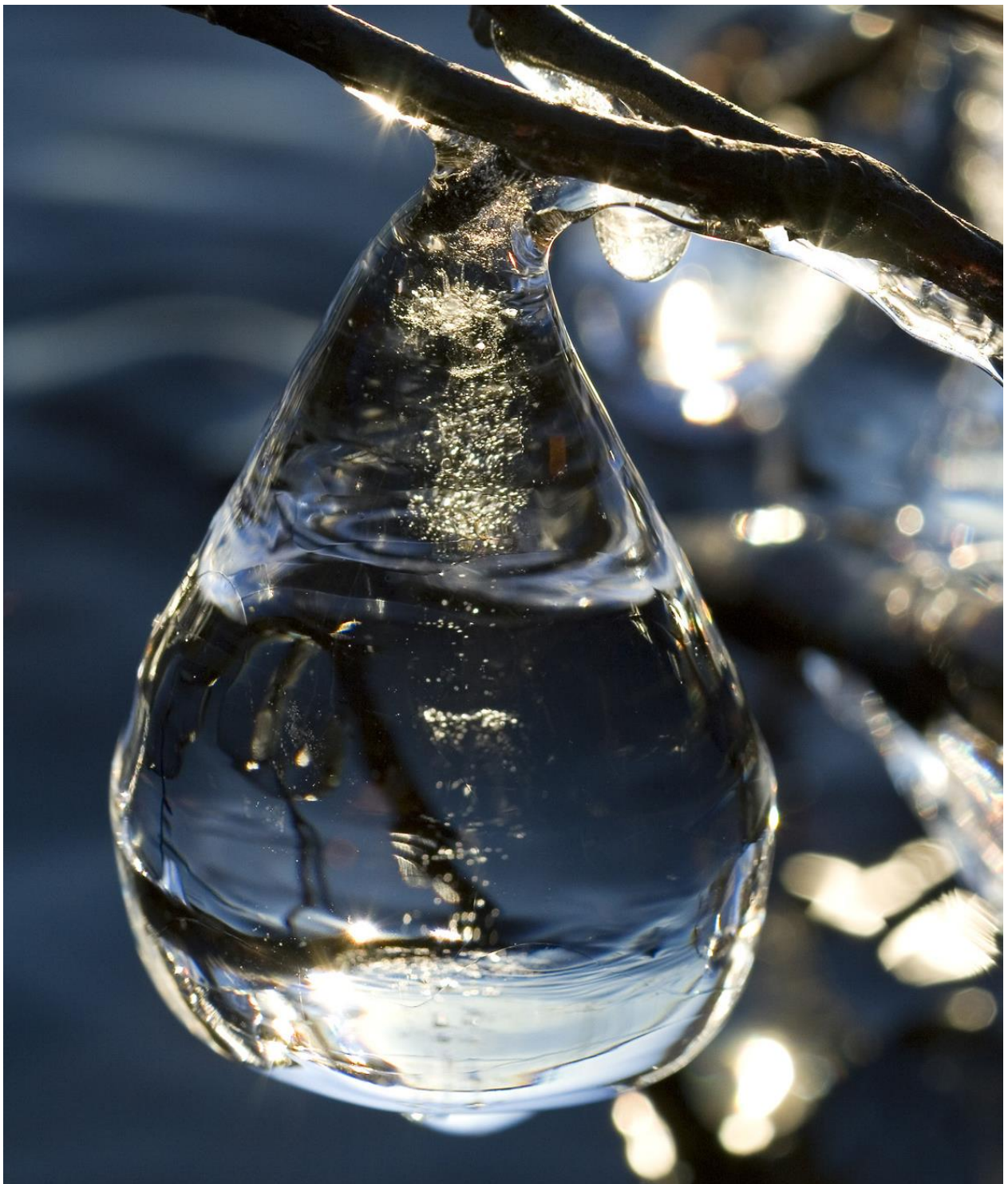


Internrevisjonen

TVANGSBRUK I PSYKISK HELSEVERN

Helse Vest, august 2021



INNHALD

Innhald	2
1 Samandrag	4
2 Innleiing	8
2.1 Føremål og problemstillingar	8
2.2 Revisjonskriterium	8
2.3 Metode	9
2.4 Avgrensingar	10
3 Omfang og former av tvangsbruk	11
3.1 Innleiing	11
3.2 Tvangsinnleggingar (§§ 3-2 og 3-3 i psykisk helsevernlova)	11
3.2.1 Revisjonskriterium	11
3.2.2 Prosess for tvangsinnleggingar	12
3.2.3 Omfang av tvangsinnleggingar	13
3.2.4 Kva kan forklare variasjonane i omfanget av tvangsinnleggingar?	16
3.2.5 Vurdering	18
3.3 Bruk av tvangsmiddel (§ 4-8 i psykisk helsevernlova)	19
3.3.1 Revisjonskriterium	19
3.3.2 Kvar skjer bruk av tvang?	20
3.3.3 Kven fattar vedtak om bruk av tvang?	20
3.3.4 I kva høve blir tvang nytta?	21
3.3.5 Omfanget av tvangsbruk i Helse Vest - kor stor del av pasientane har vedtak om tvangsmiddel	22
3.3.6 Bruk av ulike typar tvang	24
3.3.7 Kva kan forklare omfang og variasjon i bruk av ulike typar tvang?	33
3.3.8 Vurdering	35
3.4 Andre vedtak om tiltak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova	37
3.4.1 Innleiing	37
3.4.2 Skjerming (§ 4-3)	37
3.4.3 Undersøking og behandling med legemiddel uten eige samtykke (§ 4-4)	40
3.4.4 Innskrenkingar i kontakten med omverda (§4-5)	43
3.4.5 Vedtak om undersøking av rom, eigedelar samt kroppsvisitasjon og vedtak om beslag	45
3.4.6 Vurdering	48
4 Registrering og rapportering av tvangsbruk	50
4.1 Innleiing	50
4.2 Revisjonskriterium	50
4.3 Protokollar over tvangsbruk	50
4.4 Regionale rutinar for å registrere vedtak om tvangsbruk	50

4.5	System for å halde oversikt over utvikling i tvangsbruk	51
4.6	Vurdering	51
5	System for å handtere tvangsbruken	53
5.1	Innleiing	53
5.2	Revisjonskriterium	53
5.3	Styringssignala frå Helse Vest RHF til føretaka	55
5.3.1	<i>Styringsdialog</i>	55
5.3.2	<i>Rapportering</i>	55
5.4	Føretaka si oppfølging av styringsdokumentet	56
5.5	Planar og tiltak knytt til tvangsbruk	57
5.6	Kompetanse og opplæring	59
5.7	Prosedyrar for bruk av tvang	60
5.8	Risikovurderingar knytt til tvang	62
5.9	System for å melde og følge opp avvik	63
5.10	Informasjon til pasient og pårørande om vedtak om tvang	65
5.11	Opplever brukarane at det blir sett i verk tilstrekkelege tiltak for å førebyggje tvang?	65
5.12	Kontrollkommisjonane i psykisk helsevern	66
5.12.1	<i>Kommisjonane i Helse Vest</i>	67
5.12.2	<i>Kommisjonane sine kontrollar og behandling av klagesaker</i>	68
5.13	Vurdering	68
6	Vurderingar og tilrådingar	71
7	Vedlegg	75

1 SAMANDRAG

Internrevisjonen i Helse Vest RHF har med bistand frå Deloitte gjennomført ein internrevisjon av tvangsbruk i psykisk helsevern.

Bakgrunnen for revisjonen er at det i 2014 blei gjennomført ein revisjon av samme tema, som viste at det låg føre klare manglar når det gjaldt å sikre korrekt rapportering av omfanget av tvangsbruk, og at det var systematiske forskjellar mellom føretak og mellom institusjonar når det gjaldt tvangsbruk. Målsettinga med denne revisjonen er å få ein oppdatert status på forholda i dag, og det er lagt til grunn same problemstillingar og metode som ved førre revisjon.

Føremålet med internrevisjonen er å undersøkje om Helse Vest har gode prosessar som sikrar at bruken av tvang er i samsvar med regelverk, samt med eksterne og interne retningslinjer. Revisjonen har omfatta alle dei fire helseføretaka i regionen. Det har blitt gjennomført intervju både med føretaksleiing i Helse Vest RHF og med leiing i helseføretaka, i tillegg til intervju med leiarar og tilsette ved utvalde avdelingar. Det er også gjennomført intervju med brukarrepresentantar og kontrollkommisjonar. Til saman er det gjennomført 55 intervju. I tillegg har internrevisjonen gjennomgått sentrale planar, retningslinjer og prosedyrar for tvangsbruk og analysert statistikk.

Hovudkonklusjonen er at sidan 2014 har det blitt arbeidd med betre registrering og rett bruk av tvang både regionalt og i alle føretaka, som etter internrevisjonen si vurdering har gitt gode resultat. Det er likevel behov for å arbeide ytterlegare med å sikre rett og lik regeletterleving når det gjeld i kva tilfelle det skal fattast vedtak om tvang. Det er høg merksemd rundt det overordna målet om å redusere tvangsbruken, slik det også er krav om i oppdragsdokument til Helse Vest RHF og styringsdokumenta til føretaka. Samtidig viser undersøkinga at utviklinga knytt til tvangsbruk varierer og at det fortsatt er potensiale for ytterlegare reduksjon i tvangsbruk. For å klare dette meiner internrevisjonen at det må etablerast betre overordna og heilskapleg styring og kontroll med utviklinga av tvangsbruken, både regionalt og i dei enkelte føretaka.

Omfanget av tvangsinnleggingar er ulikt mellom føretaka. Samanlikna med 2014 har delen tvangsinnleggingar av alle innleggingar i psykisk helsevern auka i alle føretak, med unntak av i Helse Fonna. Trenden ser også ut til å vere aukande dei siste tre åra. Fleire framhevar at omfanget av tvangsinnleggingar er avhengig av forhold som helseføretaka i liten grad kan styre, men at det også er føresetnadar som det er mogeleg å arbeide med. I alle føretaka er det vist til potensiale for å redusere tvangsinnleggingar/førebyggje reinnleggingar. Innan tvangsbehandling blir det gjennomført ulike tiltak, der bruk av tvangsmiddel (kortvarig fasthalding, mekanisk tvang, isolasjon og korttidsverkande legemiddel) er eitt av fem tiltak, jf. psykisk helsevernlova § 4-2.

Omfanget av bruk av tvangsmiddel er ulikt mellom føretaka. Totalt sett har *delen pasientar med tvangsmiddelvedtak* auka i Helse Vest i perioden 2017-2020, sjølv om det var ein nedgang frå 2019 til 2020. Undersøkinga viser at utviklinga har vore ulik i føretaka. Samanlikna med 2014, blir det i 2020 totalt sett gjort færre vedtak om tvangsmiddel i Helse Vest.

Også når det gjeld kva *typar tvangsmiddel* som blir mest brukt er det forskjellar mellom føretaka. Kortvarig fasthalding er det klart mest nytta tvangsmiddelet i alle føretaka, med unntak av i Helse Stavanger, der isolasjon er mest brukt.

I tillegg til tvangsmiddel er det også eit betydeleg **omfang av andre tiltak som krev vedtak under gjennomføringa av psykisk helsevern**, slik som skjerming, behandling med legemiddel utan samtykke, innskrenkingar av pasienten sin kontakt med omverda, undersøking av rom/eigedelar/kroppsvisitasjon og beslag. Også her er det variasjonar mellom føretaka, og over tid.

Det blir gjennomgåande vist til at det er **høg terskel** for å bruke tvang, og at ein alltid prøver å finne andre løysingar før tvangsmiddelbruk blir iverksett. Samtidig er det også vist til at det er mogeleg å redusere eller endre tvangsbruken, dersom ein i endå større grad arbeider med **føresetnadane** tvangen skjer innanfor. Det som særleg blir framheva å **påverke tvangsbruken**, er knytt til bygningsmessig forhold/fysisk utforming og tilstrekkeleg kapasitet på rett type plassar, slik som i sikkerheitspsykiatrien der kapasitet i dag er for lav. Vidare er kompetanse, bemanning og tilgang til spesialistar og faglært personell framheva som viktig. Kultur og leiing er også framheva av mange som avgjerande for å få nødvendig endring i praksis. Samtidig er det både i Helse Vest RHF og i føretaka peikt på at det er ein viktig balansegang mellom å redusere tvangsbruk og samtidig ivareta helse, miljø og tryggleik for tilsette i psykisk helsevern.

Både Helse Vest RHF og føretaka har satt i verk tiltak knytt til fleire av dei forholda som dei meiner har betydning for tvangsbruken som er nemnt over. Undersøkinga viser samtidig at **målet i oppdrags- og styringsdokument om reduksjon i tvangsbruk i liten grad er operasjonalisert**. Det finst likevel nokre unntak. Internrevisjonen meiner at ikkje tilstrekkeleg operasjonalisering av reduksjon av tvangsbruk kan medverke til manglande heilskapleg styring og oppfølging av tvangsbruk i Helse Vest RHF og helseføretaka. Internrevisjonen meiner derfor at RHF-et og føretaka bør arbeide med å konkretisere kva dei konkret ønskjer å oppnå (resultat) og hva forhold (innsatsfaktorar) dei meiner har vesentleg innverknad på rett bruk av tvang. Dette mogeleggjør betre vurdering av utviklinga og om områda ein arbeider med har ønskt effekt.

Det er etablert både regionale og lokale rutinar for arbeidet med tvang. Rutinar er likevel ikkje alltid godt nok implementert og forankra, og på fleire område er gråsoner i regelverket ikkje tilstrekkeleg avklara. Dette inneberer at det både er ulik praksis og at praksisar kan vere i strid med regelverk. Ulik oppfatning av regelverket fører også til ulik registrering av tvangsbruk, noko som påverker statistikken. Det er fleire eksempel på at endra praksis for registrering har ført til vesentleg endring i statistikken utan at praksis for tvangsbruken er endra. Internrevisjonen meiner derfor at Helse Vest RHF og føretaka må arbeide ytterlegare med å få ei sams forståing slik at både praksis og registrering av tvangsbruken blir så rett som mogleg, og at regelverk blir etterlevd. Dette er viktig for pasientane sin rettstryggleik, og for at føretaka skal få eit korrekt bilde av faktisk tvangsbruk slik at statistikken kan vere eit nyttig verktøy i utviklingsarbeidet. Det er gjennomgåande vist til underrapportering av avvik, og avviksoversiktene gir dermed ikkje eit rett bilde av det faktiske omfanget av avvik. Nokre er også tydelege på at meldte avvik ikkje blir følgt opp med tilstrekkelege forbetringstiltak. Internrevisjonen vil understreke viktigheita av å etablere ein god avviksmeldekultur slik at avvika kan systematiserast og analyserast som ein del av arbeidet med læring og forbedring knytt til rett bruk av tvang i Helse Vest.

For å sikre betre harmonisering og rett praksis på tvers av føretaka vil det være viktig at det blir lagt til rette for utveksling av erfaring i endå større grad enn i dag. Sjølv om det er etablert fleire møtepunkt, vil internrevisjonen særleg framheve viktigheita av å legge til rette for betre erfaringsdeling mellom fagpersonell.

Basert på det som er kome fram i undersøkinga kjem internrevisjonen med følgjande tilrådingar:

1. Helse Vest RHF og helseføretaka bør i større grad konkretisere mål og innsatsfaktorarar knytt til tvang, for å legge til rette for målretta arbeid og god oppfølging og vurdering av utviklinga i tvangsbruken. Under dette må føretaka vurdere kva tiltak som er mest relevante både for å redusere og førebyggje tvangsinnleggingar, vedtak om tvang og andre tiltak, under dette
 - a. Kultur og leiing
 - b. Samhandling med kommunar (m.a. FACT/ACT)
 - c. Bemanning, kompetanse, rettleiing
 - d. Fysiske omgjevnader og kapasitet
2. Helse Vest RHF og helseføretaka må sikre at praksis knytt til tvangsbruk er i samsvar med regelverket og at det er ei så lik forståing som mogleg av regelverket i føretaka og i avdelingane knytt til dei utfordringsområda som er identifisert i denne rapporten (sjå punktlista i rapporten sin konklusjon s. 72) og eventuelt andre område som føretaka og Helse Vest RHF er kjent med. Helse Vest RHF bør ta eit særskilt ansvar for å avklare med Helsedirektoratet kva som er rett praksis når det gjeld pasientar som er tilvist frivillig, og som manglar samtykkekompetanse.
3. Helse Vest RHF og helseføretaka bør arbeide ytterlegare med å sikre rett registrering av tvangsbruk på tvers av føretaka
4. Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere om det kan vere føremålstenleg å fortsette med å utvikle og halde vedlike felles rutinar og rettleiing for bruk av tvang for å sikre likare praksis og fortolkning av regelverk på tvers av føretaka. RHF-et og føretaka bør som del av dette også vurdere å legge betre til rette for erfaringsdeling mellom fagpersonell
5. Helseføretaka må sikre at rutinar knytt til tvang er oversiktlege, tilgjengelege og gjort kjent blant dei tilsette
6. Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere å utvide styringsdata og tvangsrapport til å inkludere ytterlegare data slik som lengden på vedtaka og tid på døgnet tvangen blei brukt. Helse Vest RHF kan også vurdere kva indikatorarar som er mest hensiktsmessige for å måle utvikling i tvangsbruk og tvangsinnleggingar.
7. Helseføretaka bør etablere system for å sikre at statistikk over tvangsbruk blir gjennomgått på avdelingar som brukar tvangsmiddel slik at omfanget av tvangsbruk blir jamleg diskutert og vurdert av den enkelte avdeling
8. Helseføretaka bør tydeleggjere for dei tilsette viktigheita av å melde avvik, og avvika må følgjast opp. Vidare bør forbetringstiltak som blir iverksett i samband med avvikshandtering, tilsyn, andre hendingar m.m gjerast kjent for alle tilsette ved aktuell avdeling, og om aktuelt også på tvers, slik at læring av hendingar skjer på alle nivå
9. Helseføretaka bør sørge for at episodar med tvangsbruk alltid blir gjennomgått med vedtaksansvarleg og personell som har vore involvert for å kunne lære av situasjonen og vurdere om bruken av tvang kunne vore unngått

10. Helseføretaka bør følgje opp at det blir iverksett og gjennomført pasientretta tiltak som kan førebyggje bruk av tvang, slik som ettersamtalar med pasientar og bruk av kriseplanar/tiltaksplanar for pasientar

2 INNLEIING

2.1 Føremål og problemstillingar

Internrevisjonen i Helse Vest har med bistand frå Deloitte gjennomført ein internrevisjon av tvangsbruk i psykisk helsevern. Revisjonen har omfatta alle dei fire helseføretaka i regionen.

I 2014 blei det gjennomført ein internrevisjon¹ av samme tema, som viste at det låg føre klare manglar når det gjaldt å sikre korrekt rapportering av omfanget av tvangsbruk, og at det var systematiske forskjellar mellom institusjonar og mellom føretak når det gjaldt tvangsbruk. Føremålet med denne revisjonen er å få ein oppdatert status på forholda i dag, og er elles likt som ved revisjonen i 2014.

Føremålet har vore å undersøkje om Helse Vest har gode prosessar som sikrar at bruken av tvang er i samsvar med regelverk samt med eksterne og interne retningslinjer.

Problemstillingar:

- Kva typar av tvangsbruk vert nytta?
 - I kor stor utstrekning nyttar ein tvang?
 - I kva slags høve nyttar ein tvang?
- Kva slags prosedyrar finst for bruk av tvang?
- Kva type vurderingar vert gjort – og kva tiltak vert sett i verk - for å førebyggje bruk av tvang?
- Korleis sikrar føretaka korrekt registrering og rapportering av tvangsbruk?
- Korleis sikrar den enkelte verksemd redusert og riktig bruk av tvang i det psykiske helsetilbodet?

2.2 Revisjonskriterium

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som blir lagt til grunn for å vurdere observasjonane i undersøkinga. Revisjonskriterium skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området. I dette prosjektet er i hovudsak følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Pasient- og brukarrettslova
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.
- Forskrift om leing- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta
- Rundskriv frå Helsedirektoratet (psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskrifta med kommentarar samt andre normerande produkt)
- Oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF, samt styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka i regionen

¹ Helse Vest RHF, internrevisjonen: [Bruk av tvang i psykisk helsevern](#). 2014

2.3 Metode

For å gjennomføre undersøkinga er det nytta intervju, dokumentgransking og analyse av statistikk. Vi har fått tilsendt ei rekke dokument og rutinar både frå føretaka og frå Helse Vest RHF. Vi har gjennomført 55 intervju med over 100 personar som både omfattar øvste leing i Helse Vest RHF og i føretaka, fagressursar i Helse Vest RHF, avdelingsleiarar, behandlarar/spesialistar (legar og psykologar), miljøpersonell og representantar frå brukarutval. I tillegg har vi gjennomført intervju med eit utval kontrollkommisjonsleiarar, ettersom kontrollkommisjonane har ei viktig oppgåve knytt til å sikre rettstryggleiken til pasientar i psykisk helsevern.

Vi har både lagt til grunn nasjonal statistikk frå Helsedirektoratet der det har vore tilgjengeleg, samt Helse Vest RHF sin statistikk. Internrevisjonen merkar seg at det er noko diskrepans mellom Helse Vest RHF sin statistikk og den nasjonale statistikken. Fagavdelinga i Helse Vest RHF opplyser at det truleg skuldast at det blir nytta ulike «filter» i statistikkane. Det er også diskrepans mellom talgrunnlaget som er tilgjengeleg i dag og talgrunnlaget som var tilgjengeleg i samband med revisjonen som blei gjennomført i 2014. Dette medfører at det ikkje på alle område er mogeleg å samanlikne utviklinga.

I samband med høyring av rapporten, har Helse Førde påpeikt følgjande ved indikatorane for tvangsbruk som blir nytta i rapporten:

- *Helse Førde vil peike på at ein gjennomgåande nyttar «delen tvangsinnleggingar» og «delen døgnpasientar som det vert fatta vedtak for» som indikator for omfanget av tvangsbruk. Det er misvisande og er berre somme stader kompensert med omtale av absolutte tal. Ettersom delen tvangsinnleggingar er ein brøk der nemnaren er det samla talet innleggingar, vil det totale omfanget av døgnbehandling vere avgjerande. Endringar i det samla talet innleggingar kan soleis kamuflere vesentlege endringar i talet tvangsinnlagde.*

Internrevisjonen har drøfta talgrunnlaget som skal nyttast i rapporten internt i prosjektgruppa ved fleire høve, og det har vore gjort vurderingar av kva talgrunnlag og kor omfattande talgrunnlag som skal inkluderast i rapporten, ettersom omfanget av tvangsinnleggingar og tvangsbruk kan målast på ulike måtar.

Det er ikkje gjort analysar av absolutte tal eller ratar for tvangsinnleggingar i revisjonsarbeidet. Vi har likevel inkludert ei omtale av absolutte tal over tvangsinnleggingar i kapittel 3.2.3. Innspelet frå Helse Førde om at Helse Vest bør nytte ratar eller absolutte tal istadenfor del tvangsinnleggingar er også inkludert i rapporten.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

Ei nærare omtale av kriterier, metode og kjelder ligg i rapporten sitt [vedlegg](#).

Rapporten har vore sendt på høyring til alle føretaka samt til RHF-et. Det er gjort nokre justeringar i rapporten på bakgrunn av tilbakemelding i samband med høyringa.

2.4 Avgrensingar

Internrevisjonen vil framheve at dette er ein overordna revisjon på systemnivå, og ikkje ein revisjon av den enkelte institusjon og avdeling som har bidratt med dokumentasjon og medverka til intervju. Avdelingar som har stilt med dokumentasjon og som vi har gjennomført intervju ved har bidratt med viktig informasjon om korleis føretaket legg til rette for å kunne sikre rett bruk av tvang og førebyggje bruk av tvang. Intervjua og dokumentasjonen frå avdelingane er altså lagt til grunn for å kunne vurdere kva system og prosessar føretaka har. Internrevisjonen legg til grunn at informasjon frå desse einingane ikkje nødvendigvis er representantive for føretaket, men viser korleis praksis er i deler av føretaka.

Denne internrevisjonen har i hovudsak omhandla tvangsbruk i institusjonar for døgnopphald, ettersom det er institusjonar for døgnopphald som kan fatte vedtak om bruk av ulike tvangsmiddel overfor pasientane. Pasientar kan også vere underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald. Dette kan då berre omfatte pålegg om frammøte til undersøking (ved tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig hentast, og hentinga kan gjennomførast med tvang.

Vidare har denne internrevisjonen berre omfatta dei fire føretaka i regionen, og ikkje dei private ideelle distriktpsikiatriske sentera (DPS-a) som har avtale med Helse Vest RHF.

Statistikken som er lagt til grunn i denne rapporten tar ikkje omsyn til oppgåvefordeling mellom føretaka og dei private, ideelle, ettersom den tar utgangspunkt i innleggingar i føretaka. For nokre av føretaka, og då særskilt Helse Bergen, er mange av pasientane som er under frivillig behandling innlagt ved private, ideelle DPS. Det inneberer at når ein måler kor stor del av pasientane som er innlagt på tvang i Helse Bergen, og kor stor del av pasientane som har vedtak om tvangsmiddel eller andre tiltak, vil dette vere høgare enn om frivillege innleggingar ved dei private, ideelle DPS-a var inkludert i statistikken.

Det er ikkje i internrevisjonen sitt mandat å vurdere om tenester eller tvang som er utøvd overfor enkeltpasientar har vore forsvarlege. Dette er oppgåver som ligg til tilsynsmynde, og det er berre tilsynsmynde som kan gje pålegg om retting.

Utval og metode er relativt tilsvarende som ved sist revisjon i 2014, men det er gjort nokre justeringar både i utval og i kva som er nærare undersøkt.²

Vidare har vi ikkje gjort undersøkingar av bemanningsfaktor eller kapasiteten/belegget i helseføretaka, men merkar oss at det blir peikt på at desse faktorane har betydning med omsyn til å kunne førebyggje bruk av tvang. Vi vil i rapporten peike på forhold knytt til dette som har kome fram i intervju.

Internrevisjonen vil trekke fram faktorar som kan bidra til å forklare utvikling og variasjon når det gjeld tvangsbruk, men vil presisere at vi ikkje kan seie noko om årsakssamanhengar. Dette vil eventuelt krevje nærare undersøkingar av konkrete hypotesar.

² Etter dialog med enkelte føretak og Helse Vest er det gjort noko justering i utval av avdelingar som har stilt til intervju. Det er diskrepans mellom talgrunnlaget som er tilgjengeleg i dag og talgrunnlaget som var tilgjengeleg i samband med revisjonen som blei gjennomført i 2014. Dette medfører at det ikkje på alle område har vore mogeleg å samanlikne utviklinga. Vidare har vi ikkje gjort vurderingar av vedtak om overføring og vedtak om tvungen ernæring utan samtykke, samt vedtak om rusmiddeltesting utan samtykke.

3 OMFANG OG FORMER AV TVANGSBRUK

3.1 Innleiing

I dette kapittelet vil vi belyse følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Kva typar av tvangsbruk vert nytta?

- *I kor stor utstrekning nyttar ein tvang?*
- *I kva slags høve nyttar ein tvang?*

I 2017 vedtok Stortinget endringar i psykisk helsevernlova om auka sjølvbestemming og rettstryggleik for pasientane. Det blei mellom anna innført eit krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen behandling og tilbakehalding.³ Lovendringa innebar dermed ei skjerping av vilkåra for å behandle pasientar med tvang.

Både i forkant og etterkant av lovendringa som blei iverksett i 2017 har det vore eit overordna helsepolitisk mål å redusere bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionane har over fleire år hatt målformuleringar om reduksjon i tvangsbruken i helseføretaka. Oppdragsdokumenta for 2017 og 2018 hadde mål både knytt til å redusere tvangsinnleggingar i psykisk helsevern, og å redusere talet på pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern. Dei seinare åra (frå 2019) er målformuleringane om å redusere tvangsinnleggingane tatt vekk, men oppdragsdokumenta inneheld formuleringar om at det må leggjast til rette for å førebyggje kriser, akuttinnleggingar og bruk av tvang. Målet om å redusere talet på pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern er vidareført.

3.2 Tvangsinnleggingar (§§ 3-2 og 3-3 i psykisk helsevernlova)

Samla sett har Helse Vest over tid hatt ein høgare del tvangsinnleggingar i psykisk helsevern enn dei andre regionale helseføretaka. Unntaket er i 2020.

Samanlikna med 2014 har delen tvangsinnleggingar i psykisk helsevern auka i alle føretak i 2020, med unntak av Helse Fonna, som har hatt ein reduksjon. I 2020 har delen tvangsinnleggingar auka i alle helseføretaka i Helse Vest. Nasjonal statistikk viser at auken i 2020 ikkje berre gjeld Helse Vest, men at det også har auka i dei andre helseregionane.

3.2.1 Revisjonskriterium

Psykisk helsevernlova regulerer vilkåra for vedtak om tvungen observasjon (§ 3-2) og vedtak om tvungent psykisk helsevern (§ 3-3), også omtalt som *tvangsinnleggingar*.

Tvungent psykisk helsevern (TPH): Inneber at pasienten etter vedtak blir tvangsinnlagd på institusjon på ubestemt tid. I tillegg kan pasientar vere underlagde tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald.

³ [Helsedirektoratet](#). Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017.

Tvungen observasjon (TO): Inneber at pasienten etter vedtak blir innlagd til tvungen observasjon i ti dagar slik at institusjonen kan kartleggje tilstanden til pasienten og vurdere om vilkåra for tvungent psykisk helsevern er tilstade.

Lova stiller ei rekke vilkår for å kunne tvangsinnlegge pasientar. Vi vil gjere greie for nokre av dei her.

Hovudvilkåret for tvungent vern er at pasienten må ha **ei alvorleg sinnsleiding**. I tillegg må minst eitt av behandlings- og farevilkåra under vere oppfylte.

- **Behandlingsvilkåret** inneber at tvangsinnlegging anten er nødvendig for å hindre at pasienten sin moglegheit til vesentleg betring blir redusert, *eller* at pasienten utan tvangsinnlegging vil få sin tilstand vesentleg forverra.
- **Farevilkåret** inneber at tvungent vern er nødvendig for å hindre nærliggande og alvorleg fare for eige *eller* andres liv og helse.

Pasienten må i tillegg **mangle samtykkekompetanse**. Vilkåret gjeld alle pasientar som ikkje utgjer nærliggande og alvorleg fare for eige eller andres liv og helse (farevilkåret).

Det er eit krav om at pasienten skal vere undersøkt av to legar, kor den eine skal vere uavhengig av den ansvarlege institusjonen. Den faglege ansvarlege ved institusjonen skal treffe vedtak etter § 3-2 og § 3-3 på grunnlag av føreliggande opplysningar og eigen undersøking av pasienten (jf. § 3-3 a). Vedtaket skal treffast snarast og seinast innan 24 timar etter at pasienten har kome til institusjonen.

3.2.2 Prosess for tvangsinnleggingar

Institusjonar som skal behandle pasientar på tvang må vere godkjende for dette. Einingane i spesialisthelsetenesta som behandlar pasientar på tvang er dei psykiatriske akuttmottaka, ulike sjukehusavdelingar og dei distriktpsykiatriske sentera (DPS).

Dei fleste innleggingar på tvang skjer i dei psykiatriske akuttmottaka. Pasientane kan bli tilvist til tvangsinnlegging av fastlege, legevakt, somatiske sjukehusavdelingar og DPS.

Spesialist ved dei psykiatriske akuttmottaka vurderer om vilkåra for TO/TPH er tilstade, og pasienten blir deretter anten skriven ut (fordi vilkåra ikkje er tilstade) eller innlagt.

Akuttpsykiatrien i regionen er noko ulikt organisert, men ein hovudregel er at pasienten har eit meir eller mindre kort opphald på akuttmottak før pasienten deretter anten blir skriven ut eller overført til anna avdeling i sjukehuset eller til eit DPS.⁴

Oftast vil kravet om to legevurderingar vere handtert ved at den første legevurderinga blir gjort av tilvisande lege (t.d. fastlege eller legevakslege) og den andre blir gjort av spesialist på sjukehuset.

Internrevisjonen får opplyst at det ofte er ein sjukepleiar og/eller lege/psykolog som tek i mot pasienten først. Pasienten møter spesialist neste dag. I intervjuet får vi opplyst at sjukehusa i all

⁴ Statistikken internrevisjonen har fått tilgang til viser berre kva avdeling pasienten først blei innlagd ved, og ikkje kor pasienten blei behandla seinare. Data på avdelingsnivå vil dermed ikkje gi eit riktig bilede av delen pasientar som er tvangsinnlagde på dei ulike avdelingane, ettersom statistikken berre viser kva avdeling som fatta vedtak om tvangsinnlegging. Vi har derfor valt å vise delen tvangsinnleggingar per føretak, og ikkje på avdelingsnivå. I all hovudsak blir vedtak om tvangsinnlegging gjort ved dei psykiatriske akuttmottaka, før pasienten deretter blir overført til anna sjukehusavdeling/DPS eller utskriven.

hovudsak klarer å overhalde 24 timars fristen, og det blir ikkje meldt om utfordringar knytt til dette utover at det i nokre tilfelle i helgar er nødvendig å hente inn ekstra spesialist dersom det er stor pågang. Internrevisjonen er ikkje kjent med at det blir ført noko oversikt over eventuelle brot på 24 timars fristen.

Internrevisjonen får opplyst at innleggingar som skjer på dagtid i hovudsak er begjært av fastlege, DPS og andre sjukehusavdelingar, medan tvangsbegjæringar på kveld og helg i stor grad blir gjort av legevakt. Internrevisjonen blir fortalt at nokre av vurderingane frå tilvisande lege kan vere mangelfulle, slik at det ikkje ligg føre tilstreккеlege opplysningar til at spesialisten på sjukehuset kan vurdere om vilkåra for tvangsinnlegging er tilstade. Ved behov for ytterlegare opplysningar/vurderingar av pasienten, tek spesialist kontakt med tilvisande lege.

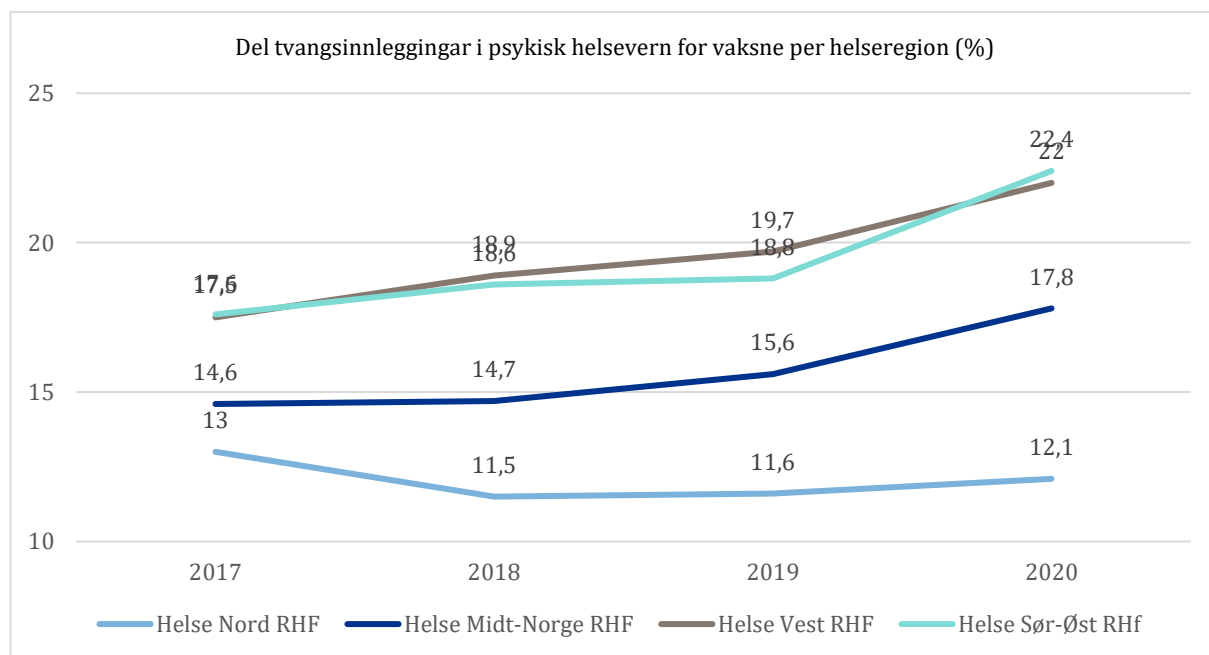
Tilsette ved fleire av dei psykiatriske akuttmottaka i regionen opplyser at ein høg del av tvangsinnleggingane blir underkjent når spesialist møter pasienten neste dag fordi vilkåra for tvangsinnlegging ikkje er oppfylte.

Internrevisjonen får opplyst i intervju at tvangsinnleggingar som blir underkjent i mange tilfelle er knytt til rus, rusutløyste psykosar og/eller suicidalfare der pasientane ikkje oppfyller hovudvilkåret om å ha ei alvorleg sinnsliding, og at ein stor del av desse innleggingane gjeld innleggingar frå legevakt på kveld/helg.

3.2.3 Omfang av tvangsinnleggingar

Helse Vest har over tid hatt ein høgare del tvangsinnleggingar⁵ (målt i delen tvangsinnleggingar av alle innleggingar i psykisk helsevern for vaksne) samanlikna med dei andre regionale helseføretaka. Unntaket er for 2020. Sjå figuren under som viser utviklinga frå 2017 til og med 2020.

Figur 1: Del tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne per helseregion. Kjelde: Helsedirektoratet

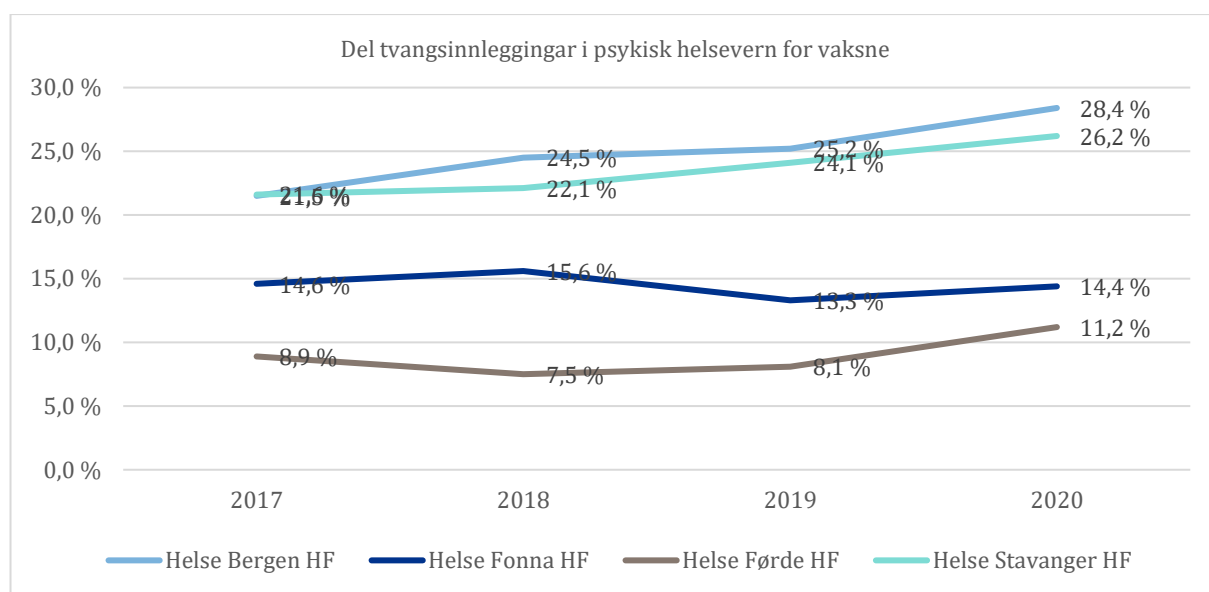


⁵ Sjå nærare skildring av indikatoren på www.helsedirektoratet.no

Figuren over viser at delen tvangsinnleggingar er aukande i Helse Vest i perioden 2017-2020. I 2020 har delen tvangsinnleggingar auka i alle helseregionane. Helse Vest har over tid hatt ein høgare del tvangsinnleggingar samanlikna med dei andre helseregionane, men i 2020 er det Helse Sør-Øst som har den høgaste delen tvangsinnleggingar.

Figuren under viser del tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne i perioden 2017-2020 for dei fire helseføretaka i Helse Vest.⁶

Figur 2: Del tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne per helseføretak. Kjelde: Helsedirektoratet



Både i Helse Bergen og i Helse Stavanger er det ein auke i delen pasientar som blir innlagt på tvang i fireårsperioden 2017-2020, frå omlag ein femtedel av pasientane i 2017 til over ein fjerdedel av pasientane i 2020. I Helse Fonna er det ikkje ei eintydig utvikling når det gjeld kor stor del av pasientane som blir innlagt på tvang, det varierer frå 13,3 % (lågast) til 15,6 % (høgast). Det er heller ikkje ei eintydig utvikling i Helse Førde, som over tid har hatt den lågaste delen tvangsinnleggingar (varierer frå 7,5 % til 11,2 % i fireårsperioden). I samband med høyring av rapporten påpeikar Helse Førde at auken i delen tvangsinnleggingar kan forklarast med at det i same tidsrom har blitt færre akuttinnleggingar (sjå også kommentarar frå Helse Førde i kapittel 2.3 om metode).

Alle helseføretaka har hatt ei auke i delen tvangsinnleggingar i 2020 samanlikna med 2019. Samanliknar ein med 2017, er det berre Helse Fonna som har ein lågare del tvangsinnleggingar i 2020.

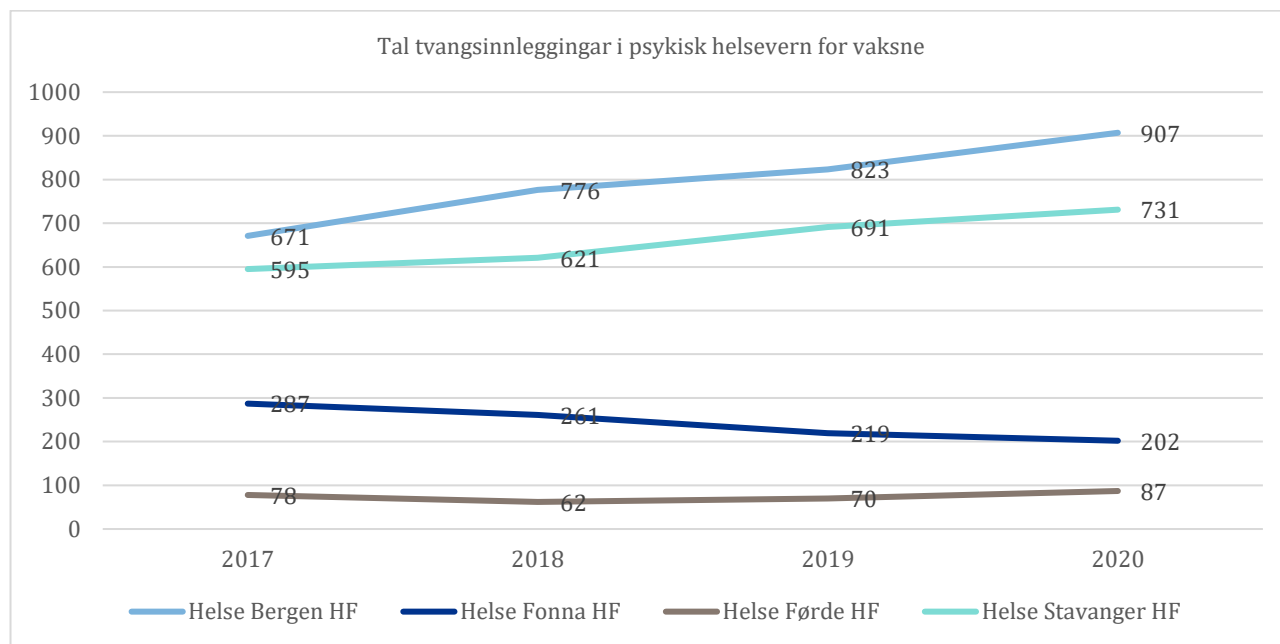
I internrevisjonen som blei gjennomført i 2014 blei helseføretaka bedt om å utarbeide oversikt over tvangsbruken i 2013, inkludert tal på tvangsinnleggingar. Den gongen utgjorde tvangsinnleggingar av alle innleggingar høvesvis 20 % i både Helse Bergen og Helse Stavanger, 22 % i Helse Fonna og 10 % i Helse Førde.

⁶ Tal på innleggingar (totalt tal på innleggingar) framgår i rapporten sitt vedlegg.

Det er altså ein høgare del av pasientane i Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Førde som blir tvangsinnlagde i 2020 samanlikna med revisjonen i 2014, men ein mindre del som blir tvangsinnlagde i Helse Fonna.

Figur 3 under viser at det har vore ei auke i tvangsinnleggingar målt i absolutte tal i Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Førde, og nedgang i Helse Fonna i perioden 2017-2020. Utviklingsbildet i fireårsperioden ser altså relativt likt ut uavhengig av om ein ser på absolutte tal eller kor stor del av pasientane i psykisk helsevern som er tvangsinnlagde (som vist i figur 2).

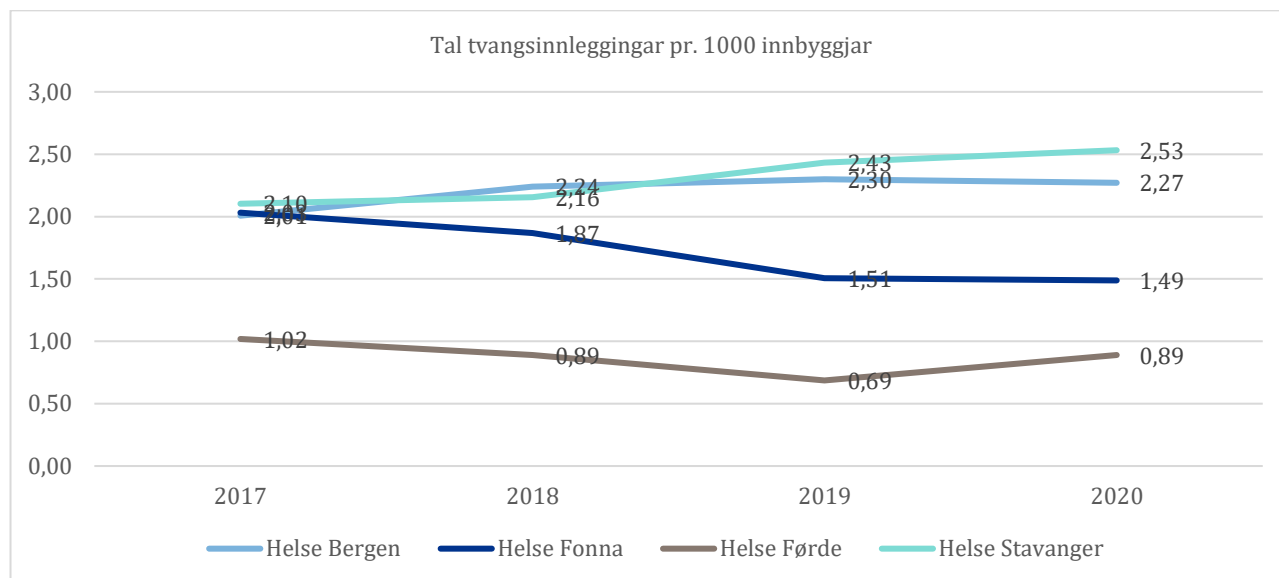
Figur 3: Tal tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne. Absolutte tal. Kjelde: Helsedirektoratet



Figuren under viser tal på tvangsinnleggingar pr. 1000 innbyggjar. Som figuren under viser, blir bildet over utviklinga noko nyansert når ein måler tvangsinnleggingar på denne måten. For to av føretaka – Helse Bergen og Helse Stavanger – har det vore ei auke i tal tvangsinnleggingar pr. 1000 innbyggjar frå 2017 til 2020. I Helse Fonna og Helse Førde er det eit lågare tal tvangsinnleggingar pr. 1000 innbyggjar i 2020 enn i 2017.⁷

⁷ Helsedirektoratet publiserer også tal på tvangsinnlagde pasientar relatert til befolkningsgrunnlaget i regionen (pasientrate). Når det gjeld fireårsperioden 2017-2020 viser Helsedirektoratet til at helseregion vest hadde ei auke på 10 % i pasientrate i løpet av perioden. Helsedirektoratet viser vidare til at helseregion vest har ein høgare pasientrate enn landsgjennomsnittet i denne perioden. For meir informasjon sjå supplerande [notat](#) frå Helsedirektoratet til kvalitetsindikatoren som måler tvangsinnleggingar.

Figur 4: Tal tvangsinnleggingar pr. 1000 innbyggjar. Kjelde: statistikk frå Helse Vest



3.2.4 Kva kan forklare variasjonane i omfanget av tvangsinnleggingar?

Det blir gitt ulike forklaringar for variasjonar i omfanget av tvangsinnleggingar, og bilete er samansett.

Endring i regelverket i 2017 kan ha påverka delen tvangsinnleggingar og vurderingane knytt til desse. Fleire framhevar at pasientane som blir tvangsinnlagde generelt blir opplevd å vere sjukare enn før lovendringa i 2017, og viser til at det før lovendringa i 2017 var lågare terskel for å bli innlagt og at pasientane fekk hjelp på eit tidlegare tidspunkt. Det blir vist til at samtidig som vilkåra for tvangsinnleggingar har blitt strengare, kan *delen* pasientar som blir innlagt på tvang auke. Representantar frå fleire føretak hevdar at helseføretaka ikkje kan ta i mot pasientar som er henvist til frivillig behandling dersom dei manglar samtykkekompetanse, sjølv om pasienten ikkje motset seg behandlinga. Dette fordi pasienten ikkje reelt kan samtykke til innlegging og behandling, og at samtykkekompetanse er ein føresetnad for frivillig behandling.⁸⁹ Eit av føretaka viser til ein praksis der dei ikkje tek imot pasientar til frivillig behandling som manglar samtykkekompetanse.

I samband med internrevisjonsarbeidet har Helse Vest RHF drøfta tema i førre avsnitt med juristar, som meiner:

1. Dersom vilkåra for etablering av tvang ligg føre, skal ein alltid fatte tvangsvedtak, sjølv om pasienten gjev uttrykk for frivilligheit
2. Ikkje samtykkekompetente pasientar som er tilvist til frivillig behandling, og som ikkje motset seg slik behandling, og der vilkåra for tvang ikkje er tilstades, skal bli tatt inn til behandling under vilkåret om presumert samtykke

I samband med høyring av internrevisjonsrapporten, har fleire av føretaka kommentert og stilt spørsmål ved kva som er den rette juridiske vurderinga av punkta over. Internrevisjonen har

⁸ Helsedirektoratet: Brev til Helse Bergen – svar på spørsmål om samtykkekompetanse og konverteringsforbudet i psykisk helsevern

⁹ Pasient- og brukarrettslova § 4-3 femte ledd seier at «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3»

ikkje gjort ei sjølvstendig vurdering av lovfortolkinga og meiner dette forholdet bør følgjast opp av RHF-et for å avklare kva som er rett praksis.

Gjennomgåande blir det også vist til at omfanget av tvangsinnleggingar i all hovudsak er påverka av forhold utanfor det helseføretaka kan påverke. Fleire viser til at **befolkningssamansetning** i det geografiske området er viktig for å forklare variasjon i delen tvangsinnleggingar. Det blir spesifikt vist til at omfanget av tvangsinnleggingar generelt er høgare i bynære område, der det gjerne er større rusmiljø samanlikna med mindre plassar (t.d. større omfang av pasientar med rusutløyste psykosar). Tilvisingane kjem i stor grad frå **kommunane** (legevakt/fastlege). Kommunane sitt eige helsetilbod både med omsyn til førebygging og tilbod til pasientar vil dermed også påverke den enkelte si sjukdomsutvikling og vidare også terskelen til å henvise pasientar.

Fleire er også inne på **utviklinga innan sikkerheitsspsykiatrien og overføring av domfelte**, og at det har vore ei klar auke i innlagte etter straffeprosessloven eller personar som er dømde til psykisk helsevern. I alle føretaka er det peikt på at mangel på kapasitet i sikkerheits-psykiatrien påverkar tvangsbruken på avdelingane (dette vil vi også kome tilbake til seinare i rapporten).

Alle føretaka viser likevel til at det likevel er fleire forhold helseføretaka kan påverke, og tiltak som det blir arbeidd med, for å få ein reduksjon i omfanget av tvangsinnleggingar.

Dette kan skje gjennom samarbeid med kommunane, mellom anna gjennom konkrete samhandlingsprosjekt samt satsing på **førebyggjande tilbod og tiltak som kan forhindre kriser**. Eksempel på slike tiltak er FACT-team/ACT-team (oppsøkjande team som rettar seg mot personar med alvorlege psykiske lidningar og/eller rusproblematikk). Helse Fonna, som har hatt ein reduksjon i tvangsinnleggingane, viser til at viktige tiltak har vore å arbeide med å etablere ACT eller FACT-team ved alle DPS-a i opptaksområdet og at dette, saman med polikliniske tenester, har hatt den ønskede effekten i form av at tvangsinnleggingane har gått ned. Helse Vest RHF opplyser at alle føretaka har FACT-team/ACT-team, men at organiseringa av teama og kor oppsøkjande dei er i si verksemd varierer.

Sjølv om mange viser til at tvangsinnleggingar og hindring av reinnleggingar i stor grad er avhengig av samhandling med kommunane, er også fleire inne på at interne forhold ved helseføretaka kan ha betydning for utvikling av tvangsinnleggingar.

Det blir vist til talet på tvangsinnleggingar kan bli påverka av både **kompetanse og kultur** knytt til å ta imot pasientar på tvang. Det blir vist til at nokre spesialistar kan ha høgare tersklar for å ta imot på tvang enn andre. Enkelte av informantane trekk også fram at vurderingar av om vilkåra er oppfylte, slik som vurdering av samtykkekompetanse, er basert på skjønnsmessige vurderingar, og at det dermed kan bli vurdert ulikt.

På tidspunkt når dei faste behandlarane ikkje er på jobb er det vaktlag med legar/spesialistar som ikkje nødvendigvis har si tilsetjing på den avdelinga der pasienten blir tatt imot. Enkelte viser til at nokre av innleggingane som blir gjort i vaktssamanheng kan bli gjort litt «føre var» for å sikre at pasienten blir ivaretatt.

Nokre av dei intervjuar er inne på betydninga av behandlingsmetodar, og at det er viktig å finne den behandlinga som er god for pasienten slik at reinnlegging med tvang kan unngåast – her er det også gitt eksempel på nye tilnærmingar som vektlegg medverknad og meistring (t.d. **recovery-baserte tilnærmingar**)

Fleire er inne på at det må jobbast med den gruppa personar som ikkje er alvorleg sjuke, men som har risiko for å bli det. God **kapasitet på poliklinikkar og DPS blir peikt på som viktig**. Det blir peikt på at dei fleste som blir lagt inn på tvang er kjende pasientar der ein kan arbeide med ulike tiltak for å hindre gjentatte innleggingar på tvang. Fleire er inne på at det å kunne førebyggje tilbakefall og innlegging for dei pasientane som dei kjenner er eit viktig tiltak. **Brukarstyrte senger og ettervernspoliklinikk** blir peikt på som gode tiltak.

Det blir også peikt på som viktig å sikre god kapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien for å kunne arbeide førebyggjande i eit lengre perspektiv og sørge for at barn og unge får hjelp på eit tidleg nok tidspunkt.

I samband med høyring av rapporten viser nokre av føretaka til at kva som kan forklare forskjellar i tvangsbruk og kva som vil vere effektive tiltak er usikkert og at vurdering av dette krev ei meir forskningsbasert tilnærming.

3.2.5 Vurdering

Med lovendringa i 2017 blei vilkåra for tvangsinnlegging strengare. For å kunne bli tvangsinnlagd er det ein føresetnad at pasienten manglar samtykkekompetanse, med mindre farevilkåret (sjå side 12) er oppfylt. Det var ei forventning om at dette ville føre til ein reduksjon i tvangsinnleggingane. Likevel viser utviklinga at delen pasientar som blir tvangsinnlagde har vore aukande frå 2017 i Helse Vest, og Helse Vest har over tid hatt den høgaste delen tvangsinnlagde samanlikna med dei andre helseregionane. Unntaket er 2020 der Helse Sør-Øst har den høgaste delen tvangsinnleggingar.

Helsedirektoratet viser til at det ikkje kan utelukkast at effekten av strengare vilkår for tvangsinnlegging til ei viss grad blir motverka av auka merksemd på vedtaksplikt for pasientar som ikkje motset seg vern, men som ikkje kan avgje eit gyldig samtykke og der det derfor må fattast vedtak. Effekten av auka merksemd på vedtaksplikt vil isolert kunne gje ei auke i talet på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helsedirektoratet viser vidare til at effekten av auka vedtaksplikt kan ha ramma helseregionane på ulikt vis. Denne undersøkinga viser at i fleire av tilfella der pasientar er henvist frivillig blir det vurdert at pasientane ikkje har nødvendig samtykkekompetanse. Undersøkinga viser vidare at handteringa av manglande samtykke ved frivillig innlegging kan bli handheva noko ulikt i Helse Vest. Det er difor behov for at ein på regionalt nivå må sikre rett forståing og lik praktisering av lovverket. Internrevisjonen vil tilrå at RHF-et får eit særskilt ansvar for å avklare med Helsedirektoratet kva som er rett lovfortolkning og korleis regelverket skal etterlevast.

Internrevisjonen merkar seg at det ikkje lenger er eit mål i oppdragsdokumenta til helseregionane å redusere delen tvangsinnleggingar, men at oppdragsdokumenta inneheld formuleringar om at det må leggjast til rette for å førebyggje kriser, akuttinnleggingar og bruk av tvang. Fleire av faktorane som påverkar omfanget av tvangsinnleggingar er knytt til forhold utanfor føretaka, og som dei i ulik grad kan styre åleine. Det er likevel i alle føretaka gitt uttrykk for at det også er forhold dei kan påverke for å redusere tvangsinnleggingar, mellom anna knytt til samhandling med kommunane og tilbod som kan forhindre reinnlegging på tvang. Sjølv om fleire viser til at det allereie blir jobba med betre samhandling med kommunar er det i liten grad formulert kva konkrete mål ein jobbar for å nå når det gjeld tvangsinnleggingar.

Det er berre Helse Fonna som per i dag har hatt ein reduksjon i delen pasientar som blir tvangsinnlagde samanlikna med førre revisjon i 2014. I dei tre andre helseføretaka er det i dag (2020) ein høgare del pasientar som blir innlagde på tvang samanlikna med 2014.

Vi merkar oss at Helse Fonna sjølv viser til at viktige tiltak har vore å arbeide med å etablere ACT eller FACT-team ved alle DPS og at dette, saman med polikliniske tenester, har hatt den ønskete effekten i form av at tvangsinnleggingane har gått ned. Når det gjeld ACT/FACT-team konkret, opplyser Helse Vest RHF at alle føretaka har etablert slike team, men at organiseringa av teama og kor mykje tid dei brukar på oppsøkjande verksemd kan variere. Vi vil derfor tilrå at helseføretaka evaluerer og vurderer dei tiltaka som allereie er sett i verk, mellom anna med omsyn til korleis FACT og ACT-team fungerer med omsyn til å redusere tvangsinnleggingar.

Internrevisjonen vil også tilrå Helse Vest å vurdere kva som er den mest hensiktsmessige indikatoren eller indikatorane for å kunne vurdere utviklinga i omfanget av tvangsinnleggingar.

3.3 Bruk av tvangsmiddel (§ 4-8 i psykisk helsevernlova)

Det finst ikkje data som gjer det mogeleg å vurdere om delen pasientar med tvangsmiddelvedtak har endra seg sidan 2014, men ser ein utelukkande på talet på tvangsmiddelvedtak, er det eit lågare omfang i 2020 enn i 2014.

I den siste fireårsperioden (2017-2020) har det vore ei auke i delen pasientar med tvangsmiddelvedtak i Helse Vest, sjølv om det var ein liten nedgong frå 2019 til 2020. Statistikken viser at utviklinga i føretaka går i ulike retningar, og utviklinga er ikkje eintydig. Ein kompliserande faktor er at statistikken blir påverka av endringar i registreringspraksis, utan at dette nødvendigvis har ført til endringar i faktisk tvangsbruk. Det synast likevel å vere systematiske forskjellar når det gjeld kva tvangsmiddel som blir mest brukt i føretaka.

3.3.1 Revisjonskriterium

I tillegg til vedtak om tvangsinnlegging kan det gjerast vedtak om bruk av ulike typar tvangsmiddel, jf. kap. 4 i psykisk helsevernlova.

Institusjonar som er godkjent for å ha ansvar for pasientar under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphald kan bruke tvangsmiddel som er nemnt i psykisk helsevernlova § 4-8:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede. (isolasjon, vår tilføyning)
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding

Psykisk helsevernlova (§ 4-8) seier følgjande om bruken av tvangsmiddel: *Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.*

Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

I utgangspunktet er det fagleg ansvarleg som kan fatte vedtak om bruk av tvang. Fagleg ansvarleg er ei definert rolle i psykisk helsevernlova, og det er krav til at den faglege ansvarlege skal vere spesialist (lege eller psykolog). Psykisk helsevern forskrifta gir likevel adgang til at ansvarhavande ved avdelinga kan fatta vedtak om bruk av mekaniske tvangsmiddel, isolering eller kortvarig fastholding dersom det er ein akutt nødsituasjon som gjer at umiddelbar kontakt med den faglege ansvarlege ikkje er mogeleg (§ 25 andre ledd).

3.3.2 Kvar skjer bruk av tvang?

I det alt vesentlege skjer bruken av tvang i føretaka på dei akuttpsykiatriske mottaka, og andre sjukehusavdelingar slik som psykoseavdelingar. Det er også bruk av tvang på sikkerheitsavdelingane.¹⁰ Det er avgrensa bruk av tvangsmiddel på distriktpsikiatriske senter (DPS). Dette følgjer også av at pasientane på DPS-a er meir stabiliserte og er komne lenger i behandlingsforløpet samanlikna med dei pasientane som blir behandla på sjukehusavdelingane. Fleire av DPS-a viser vidare til at dei normalt har opne dører og at pasientane ikkje fysisk blir forhindra frå å forlate institusjonen, noko som betyr at det relativt sjeldan oppstår situasjonar med høg grad av eskalering.

3.3.3 Kven fattar vedtak om bruk av tvang?

Internrevisjonen får opplyst at det i mange tilfelle er slik at det er ansvarshavande på avdeling (t.d. sjukepleiar) og ikkje nødvendigvis fagleg ansvarleg (sjå avsnitt 3.3.1) som iverkset/fattar vedtak om tvangsbruk. Internrevisjonen får opplyst at bruk av tvang blir drøfta med fagleg ansvarleg så langt vedkomande er fysisk tilstade/det er tid til å tilkalle vedkomande. Men det er også fleire eksempel på at bruk av tvang blir gjort i akutt nødsituasjon eller på tidspunkt der fagleg ansvarleg ikkje er tilstade, slik at det er andre som iverkset og fattar vedtak om tvangsmiddelbruk. I Helse Bergen blir det opplyst at tvang også er blitt iverksett av andre enn ansvarshavande, eks. assistent, fordi det ikkje er tid til å tilkalle ansvarshavande. Det blir peikt på at dette kan bli opplevd som utfordrande fordi den ansvarshavande i etterkant då må fatte vedtaket og stå inne for beslutninga sjølv om dei kan vere ueinige om den. Også i Helse Stavanger blir det kommentert at helsefagarbeider o.l. ikkje har lov til å sette i gang tvang, men at det i praksis ikkje er mogeleg å unngå viss pasienten går til angrep på personalet og ein må isolere pasienten for å beskytte seg.

I samband med høyring av rapporten gir Helse Bergen følgjande tilbakemelding til dette avsnittet:

I Helse Bergen skal vedtak om bruk av tvang som hovedregel fattes av faglig ansvarlig. Utenom ordinær arbeidstid skal øvrig personell forholde seg til forvakt da er faglig ansvarlig. I akutte nødsituasjoner kan ansvarshavende ved avdelingen vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Faglig ansvarlig skal i alle tilfeller underrettes umiddelbart og ta standpunkt til om bruken av tvangsmiddel skal opprettholdes.

Gjennom intervju er det eit hovudinntrykk at behandlarar/spesialistar og miljøpersonell gjennomgåande er **samstemte** når det gjeld behovet for å bruke tvang i dei situasjonane som

¹⁰ Det er 29 lokale sikkerheitsplassar i Helse Vest, og ein regional sikkerheitspost. Pasientane kan vere innlagde etter psykisk helsevernlova og/eller straffeprosesslova.

oppstår. Unntaket som blir vist til er når det oppstår behov for å involvere vaktlaget (forvakter og bakvakter), som miljøpersonalet må kontakte/samhandle med utanom den ordinære arbeidstida for dei faste behandlarane på avdelingane. Både i Helse Bergen og i Helse Stavanger er det peikt på utfordringar knytt til bruk av vaktlaget for å fatte vedtak om tvang:

- Vaktlaget føreslår tiltak som ikkje blir opplevd som hensiktsmessige, eller opphevar tvangstiltak som er opplevd som nødvendige av miljøpersonalet. Internrevisjonen har fått eksempel på at dette har fått uheldige konsekvensar (t.d. oppheva vedtak om isolering som har medført at pasientar har gått til angrep på og skada tilsette)
- I Helse Bergen blir det vist til at det er rutine på at tilsette skal kontakte forvakt dersom det oppstår situasjonar med behov for å bruke tvang, men at dette ikkje alltid skjer fordi dei tilsette på avdelingane ikkje opplever at forvakt har tilstrekkeleg tid eller anledning til å bistå dei. I samband med høyring av rapporten gir Helse Bergen følgjande tilbakemelding til dette punktet:

Ved Helse Bergen, psykiatrisk klinikk, skal øvrig personell, utenom ordinær arbeidstid, forholde seg til forvakt som faglig ansvarlig for vedtak. Forvakt skal rapportere til bakvakt. Hovedregelen er at forvakt er ansvarshavende ved avdeling fra 15:30 til 08:00. Det kan oppstå samtidighetskonflikter i vaksammenheng som kan utfordre prioritering og samhandling. Når samtidighetskonflikter på tidskriske oppgaver oppstår skal dette meldes som avvik. Det er kun unntaksvis i nødvergesituasjoner at det er aktuelt at annet helsepersonell enn forvakt fatter og godkjenner vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Forvakt skal da underrettes så snart som mulig og ivaretar nødvendig dialog med bakvakt.

- Tilsette ved avdelingar i både i Helse Stavanger og Helse Bergen har vist til utfordringar knytt til at vaktlag ikkje har tilstrekkeleg erfaring og/eller kompetanse i lovverk.

3.3.4 I kva høve blir tvang nytta?

Internrevisjonen har intervjuet ei lang rekke behandlarar og miljøpersonell i helseføretaka. Eit hovudinntrykk frå intervjuet er at det er **høg terskel** for å bruke tvang.

Mange av dei intervjuet trekk fram at dei dagleg er utsett for eit betydeleg omfang av truslar, utagering og høg «temperatur» på avdelinga, utan at dette er noko som medfører at det blir brukt tvang overfor pasienten. I alle intervju blir det framheva at det blir forsøkt å løyse situasjonen utan bruk av tvang dersom det er mogeleg, mellom anna ved å trygge pasientane med samtalar, avledning, bytte av personell som er tilstade, ta bort gjenstandar som pasienten kan skade seg sjølv eller andre med m.m. I nokre tilfelle vil det likevel ikkje vere tilstrekkeleg, og/eller det er tydeleg at t.d. det å snakke med pasienten ikkje vil føre fram. Eksempel på dette er psykotiske pasientar som har hallusinasjonar og vrangforestillar og som derfor kan ha ei åtferd som er farleg for seg sjølv eller andre. I andre tilfelle oppstår situasjonen så akutt at det ikkje er mogeleg å avverge (for eksempel åtak på personal). Gjennomgåande blir det vist til at bruk av tvang er siste utveg. Det blir framheva at det å bruke tvang også kan vanskeleggjere vidare behandling av pasienten, fordi tvangsbruk kan ødelegge tillit og relasjonen til dei tilsette. Ein prøver derfor i det lengste å unngå bruk av tvang.

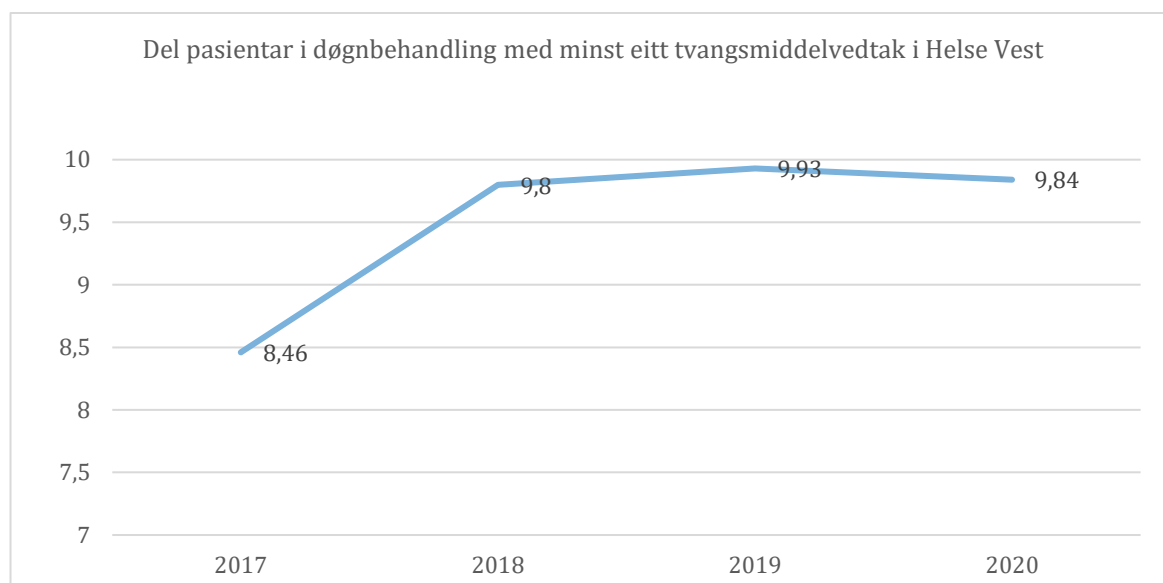
Sjølv om bruken av tvang altså blir vurdert som siste utveg, er det ikkje dermed sagt at det ikkje er mogeleg å arbeide for å redusere tvangsbruken for eksempel ved å førebyggje situasjonane der tvang skjer. Mange av informantane er tydelege på at betre rammevilkår, slik som betre tilrettelagde bygg og høgare bemanningsfaktor, kan redusere tvangsbruken ved at ein kan førebyggje tvangssituasjonane.

3.3.5 Omfanget av tvangsbruk i Helse Vest - kor stor del av pasientane har vedtak om tvangsmiddel

I oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Vest RHF er det definert mål om å redusere bruken av tvang samanlikna med året før, under dette at talet på pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgntil behandling) skal reduserast. Helse Vest RHF vidareformidlar dette oppdraget i dei årlege styringsdokumenta til helseføretaka.

Figuren under viser delen pasientar i Helse Vest (i døgntil behandling) som har minst eitt tvangsmiddelvedtak.

Figur 5: Del pasientar i døgntil behandling med tvangsmiddelvedtak i Helse Vest. Kjelde: Helsedirektoratet

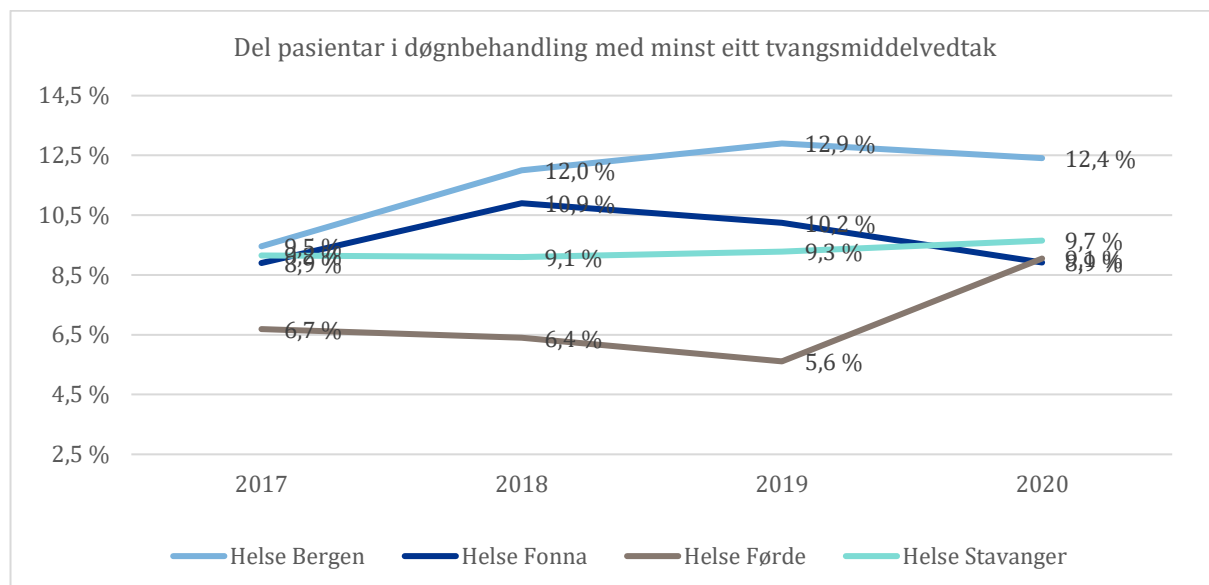


Som figuren viser har det vore ein auke i delen pasientar som har tvangsmiddelvedtak i Helse Vest i fireårsperioden 2017-2020, sjølv om det er noko reduksjon frå 2019-2020.¹¹

Figuren under viser kor stor del av pasientane i døgntil behandling som har tvangsmiddelvedtak i dei fire helseføretaka.

¹¹ Det er noko diskrepans mellom Helse Vest RHF sin eigen statistikk, og den nasjonale statistikken som er vist over i figuren. Helse Vest RHF rapporterte i årleg melding til HOD (Helse Vest: [oppdrags- og styringsdokument](#)) at delen pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern var 10 % i 2020, og 10,6 % i 2019, altså ein reduksjon i 2020. Nasjonal statistikk viser at delen pasientar med tvangsmiddelvedtak var 9,9 % i 2019 og 9,8 % i 2020, altså både ein lågare del pasientar med tvangsmiddelvedtak og ein mindre reduksjon i 2020 enn rapportert i årleg melding.

Figur 6: Delen pasientar i døgntbehandling med tvangsmiddelvedtak. Kjelde: Helsedirektoratet¹²



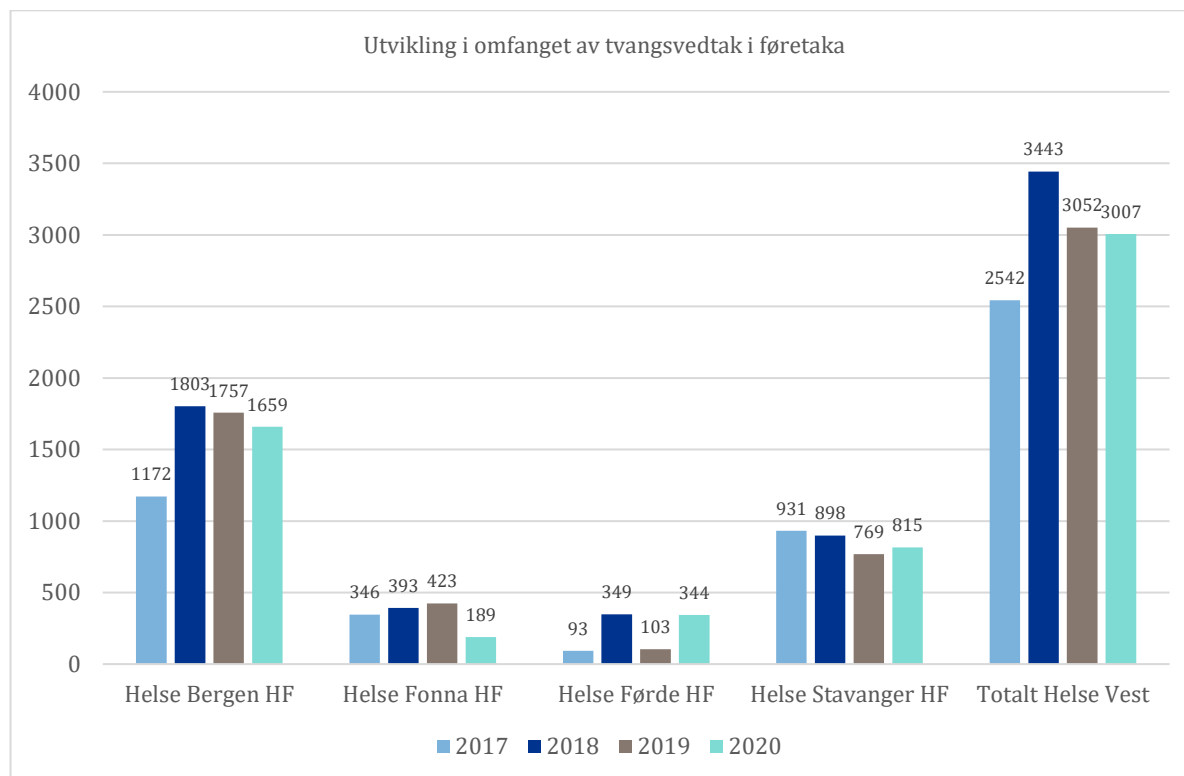
Som figuren over viser, er det vesentlege forskjellar mellom føretaka når det gjeld kor stor del av pasientane som har tvangsmiddelvedtak, men det er variasjonar frå år til år, og utviklinga går i ulike retningar:

- Helse Bergen hadde ein auke fram til 2019, deretter noko nedgang i 2020
- Helse Fonna hadde ein auke frå 2017 til 2018, deretter noko nedgang i 2019, og ytterlegare nedgang i 2020
- Helse Førde hadde ein nedgang fram til 2019, deretter auke i 2020
- Helse Stavanger har hatt noko auke kvart år i perioden 2017-2020, men ligg meir stabilt enn dei andre.

Figuren under viser talet på tvangsmiddelvedtak etter § 4-8 fordelt per år og helseføretak (ein pasient kan ha fleire vedtak).

¹² Indikatoren angir antall pasienter med registrerte tvangsmiddelvedtak for pasienter over 16 år i institusjon for døgntopphold i psykisk helsevern for voksne.

Figur 7: Utvikling i omfanget av tvangsvedtak i føretaka. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



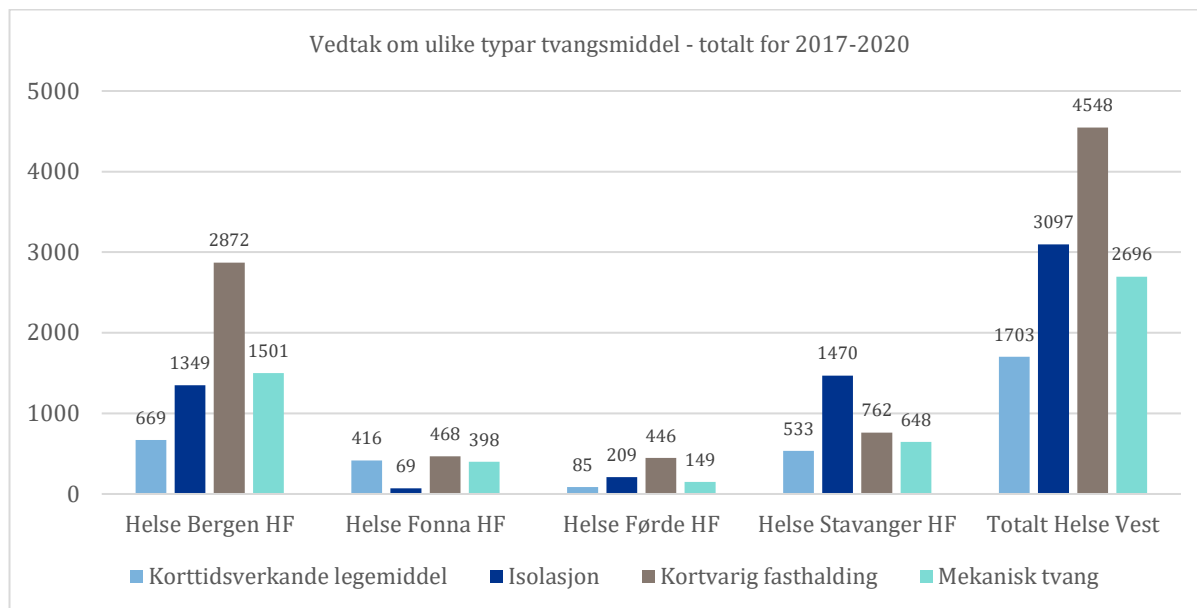
Utviklinga i talet på vedtak har vore ulik i føretaka, og statistikken viser ikkje tydelege trendar. Ser ein på det totale talet på tvangsmiddelvedtak i Helse Vest auka det betydeleg frå 2017 til 2018. I 2019 og 2020 er tala reduserte igjen, til noko over 3000 tvangsvedtak per år.

I internrevisjonen frå 2014 blei det presentert tal for eitt år (2013). Det blei då fatta totalt ca. 3500 tvangsvedtak i Helse Vest, altså på om lag same nivå som i 2018. Det går ikkje fram kor stor del av pasientane som hadde vedtak om tvangsmiddel, eller kor mange unike pasientar det var. Dette gjer at vi ikkje kan vurdere om delen pasientar med tvangsmiddelvedtak har endra seg sidan den gongen.

3.3.6 Bruk av ulike typar tvang

Ser vi nærare på kva tvangsmiddel helseføretaka nyttar, viser statistikken at det er systematisk variasjon mellom helseføretaka. Under har vi slått saman vedtaka for kvart av tvangsmiddela for perioden 2017-2020.

Figur 8: Kva vedtakstype dominerer i åra 2017-2020 for dei ulike helseføretaka? Tala viser vedtak for heile fireårsperioden, ikkje per år. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Figuren viser over at det er tydelege forskjellar mellom helseføretaka. Kortvarig fasthalding er det mest nytta tvangsmiddelet samla sett i Helse Vest, men ikkje i alle føretaka.

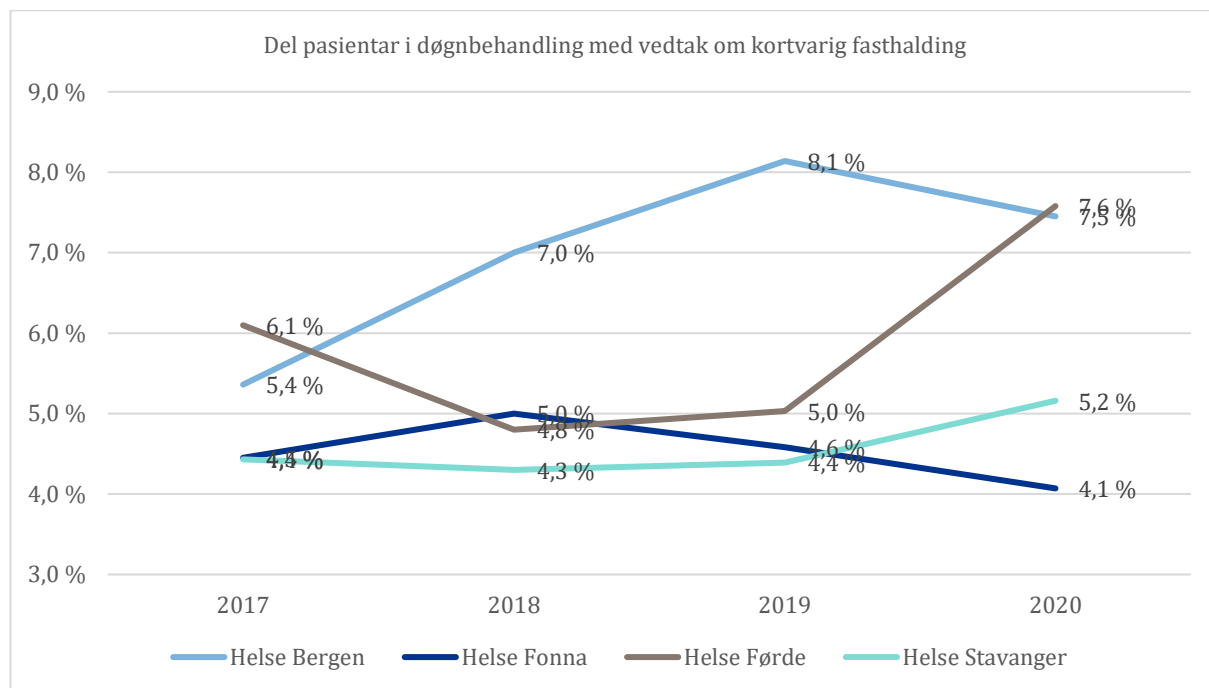
- **Helse Bergen:** Kortvarig fasthalding blir nytta klart mest, dernest mekanisk tvang. Bruk av korttidssvirkande legemiddel blir nytta minst.
- **Helse Fonna:** Kortvarig fasthalding blir nytta mest, og dernest korttidssvirkande legemiddel. Men det er små skilnader. Unntaket er at isolasjon blir nytta langt mindre enn i dei andre føretaka
- **Helse Førde:** Kortvarig fasthalding blir nytta klart mest, dernest isolasjon. Bruk av korttidssvirkande legemiddel blir nytta minst.
- **Helse Stavanger:** Skil seg tydeleg frå dei andre føretaka ved mest bruk av isolasjon som tvangsmiddel, dernest er det kortvarig fasthalding som er mest av dei andre tvangsmidla. Korttidssvirkande legemiddel blir nytta minst.

Merk at fordelinga av bruk av ulike tvangsmiddel endrar seg noko dersom vi ser på utvikling over tid i dei enkelte føretak. Dette vil vi omtale nærare i dei påfølgjande avsnitta.

Kortvarig fasthalding

Kortvarig fasthalding er å halde fast ein pasient – anten som eige tiltak eller noko ein gjer for å iverksette bruk av andre tvangsmiddel. Figuren under viser delen pasientar i døgntil behandling som har hatt minst eitt vedtak om kortvarig fasthalding.

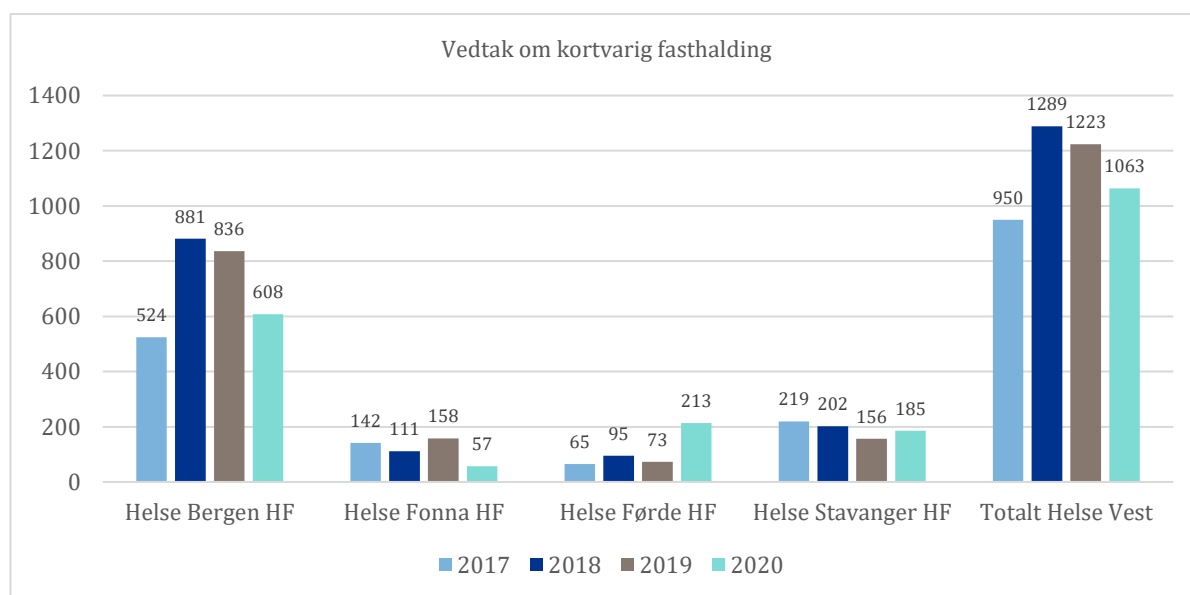
Figur 9: Delen pasientar i døgntillegnad med vedtak om kortvarig fasthalding. Kjelde: Helsedirektoratet



Figuren viser at delen pasientar i døgntillegnad med minst eitt vedtak om kortvarig fasthalding jamnt over er lågare i Helse Stavanger enn i dei andre helseføretaka. Unntaket er 2020 då delen pasientar med kortvarig fasthalding er lågast i Helse Fonna. Helse Bergen har den høgaste delen pasientar i døgntillegnad med vedtak om kortvarig fasthalding.

Figuren under viser utviklinga i kvart føretak når det gjeld kor mange vedtak om kortvarig fasthalding som blir fatta. Vi gjer merksam på at ein pasient kan ha fleire vedtak.

Figur 10: Vedtak om kortvarig fasthalding. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Det er verdt å merke seg i figuren over at Helse Stavanger nokre år ligg på omlag same nivå som Helse Fonna/Helse Førde når det gjeld talet på vedtak om kortvarig fasthalding, sjølv om det er eit større helseføretak. Fleire av informantane i Helse Stavanger opplyser at dei bevisst unngår

fasthalding i størst mogeleg grad, som følgje av at det går på bekostning av HMS og auka risiko for personskader.

I Helse Førde gjekk talet på vedtak om kortvarig fasthalding betydeleg opp i 2020. Vi får opplyst frå føretaket at auken i talet kan knytast til endring i registreringspraksis etter at det har vore diskusjonar om kva som skal reknast som kortvarig fasthalding, og om det skal fattast vedtak eller ikkje, og at dette bidrar til å forklare auken i registreringa av kortvarig fasthalding. Føretaket opplyser at dei har jobba med å avklare praksis opp mot lovverket, men at det framleis synast å vere eit område der det er krevjande å samanlikne praksis, då vurderinga er skjønnsmessig, og må skje i den einskilte situasjon.

Også i andre føretak får vi eksempel på at praksis knytt til kortvarig fasthalding er mykje diskutert. Mellom anna får vi opplyst at det har variert og framleis kan variere om det blir fatta eigne fasthaldingsvedtak for å iverksette andre typar tvang (t.d. beltelegging), eller om fasthalding er rekna som ein del av belteleggingsvedtaket. Det blir vidare peikt på diskusjonen mellom kva som er forskjellene på å «føre» pasienten i samband med skjerming (skjerming er nærare omtalt i. kap. 3.4.2) og kva som skal reknast som kortvarig fasthalding. Nokre av dei intervjuar viser til at dersom pasienten bryt seg ut av skjerminga kan nokon meine at tilbakeføring ikkje utløyser eit vedtak om kortvarig fasthalding, medan andre seier at det kjem an på kor mykje motstand pasienten gjer. Det blir peikt på at dette dermed blir ei subjektiv oppfatning av kva som er mykje motstand.

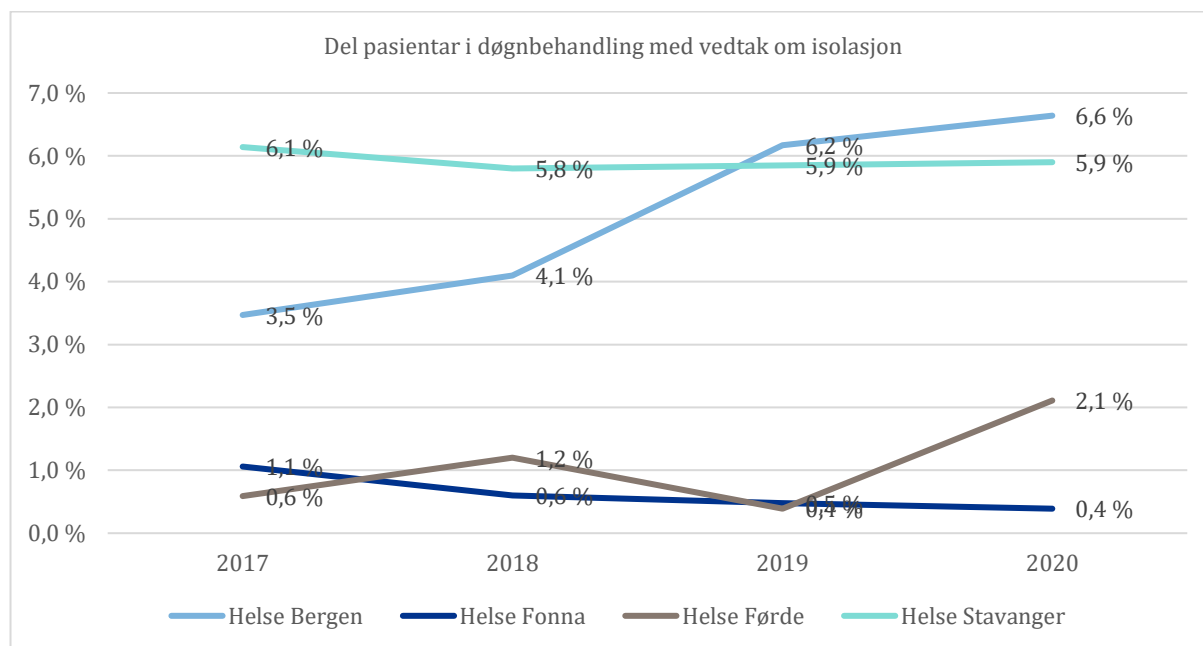
Samanlikna med revisjonen i 2014 er det fatta langt fleire vedtak om kortvarig fasthalding dei seinare åra. I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at det totalt blei fatta 307 vedtak om kortvarig fasthalding i Helse Vest i 2013 (29 vedtak i Helse Bergen, 33 vedtak i Helse Fonna, 15 vedtak i Helse Førde og 230 vedtak i Helse Stavanger). Til samanlikning er det fatta 1063 vedtak 2020 i Helse Vest.

Isolasjon

Vedtak om isolering inneber at pasienten er stengt inne på eit rom utan personal til stade.

Figuren under viser delen pasientar i døgntil behandling som har hatt minst eitt vedtak om isolasjon.

Figur 11: Del pasientar i døgnbehandling med vedtak om isolasjon (kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør). Kjelde: Helsedirektoratet

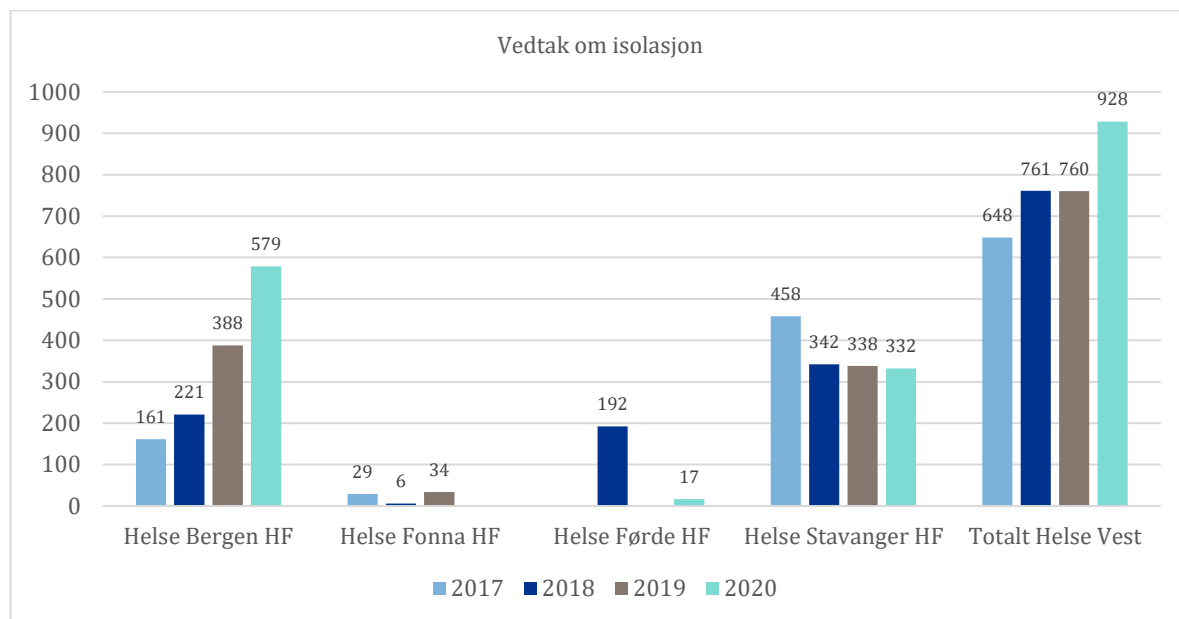


Helse Stavanger har fram til 2019 hatt den høgaste delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om isolasjon. I 2019 og 2020 er delen høgare i Helse Bergen, som har hatt ei betydeleg auke i delen pasientar med vedtak om isolasjon. I Helse Fonna og Helse Førde ligg delen pasientar med minst eitt isoleringsvedtak stabilt lågt, men for Helse Førde var det ei tydeleg auke i 2020.

Figuren under viser utviklinga i kvart føretak når det gjeld kor mange vedtak om isolasjon det blir fatta i perioden 2017-2020.¹³

¹³ Vi gjer merksam på at ein pasient kan ha fleire vedtak. I samband med høyring av rapporten har Helse Førde kommentert at det må vere ein feil i figur 9 eller 10, ettersom det er dårleg samsvar mellom del pasientar med vedtak om isolasjon og tal vedtak om isolasjon for Helse Førde. Tala i figur 9 er henta frå Helsedirektoratet, og internrevisjonen har ikkje nærare innsikt i desse. I statistikken frå Helse Vest går det derimot fram at dei 192 vedtaka om isolasjon i 2018 gjaldt eit fåtal pasientar (ein eller fleire av desse pasientane har fleire vedtak om isolasjon). I 2020 er det gjort langt færre vedtak om isolasjon, men det er fleire pasientar som har slike vedtak. Dette kan bidra til å forklare kvifor det er ein høgare del pasientar med vedtak i 2020, sjølv om det totale talet på vedtak er langt lågare i 2020 enn i 2018.

Figur 12: Vedtak om isolasjon. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



I Helse Bergen har talet på isoleringsvedtak gått betydeleg opp i perioden 2017-2020. I intervju blir det peikt på at det har blitt retta merksemd mot kva som skal reknast som isolasjon etter at Sivilombodsmannen var på besøk ved psykiatrisk klinikk i Helse Bergen i 2018, og at dette forklarar auken i isoleringsvedtak. Det blir vist til at omfanget av isolering ikkje har auka, men at endra registreringspraksis har medført at det blir fatta fleire vedtak no enn tidlegare.

I Helse Stavanger var det ein betydeleg reduksjon frå 2017 til 2018, og deretter noko ytterlegare nedgang dei neste åra. Likevel er isolasjon det tvangsmiddelet det er fatta flest vedtak om alle åra. I intervju blir det peikt på at det ofte er isolasjon som blir forsøkt først dersom det blir behov for å bruke tvangsmiddel. Samtidig blir det i Helse Stavanger kommentert at det kan vere ulike definisjonar på kva som skal definerast som isolasjon på tvers av føretaka, slik at også registreringspraksis blir ulik.

Ein av dei intervju i Helse Stavanger viser til at det i ein del tilfelle blir fatta to isoleringsvedtak sjølv om det i utgangspunktet er same situasjon, fordi isolasjonen blir forsøkt oppheva eller varer utover to timar og at det dermed må fattast nytt vedtak. Internrevisjonen har fått opplyst at psykiatrisk klinikk i Helse Bergen relativt nyleg har fått tilbagemelding frå kontrollkommisjon om at det skal skrivast nytt vedtak dersom isolasjonen overstig to timar. Dette kan også medverke til at det har vore ulik registreringspraksis.

Helse Førde hadde ikkje registrert vedtak om isolasjon verken i 2017 eller i 2019, men 192 slike vedtak i 2018. Tala viser at vedtaka var knytt til eit fåtal pasientar. Det blir vist til at det blei varsla om at det ikkje blei fatta vedtak om isolasjon for desse pasientane, og at føretaket etter dette starta å registrere tilfella av isolasjon. I 2020 er det fatta 17 isoleringsvedtak i Helse Førde. Vi får vidare opplyst frå føretaket at det har vore dialog med ein av kontrollkommisjonane om kva som skal reknast som isolering av pasientar, særleg spørsmålet om kva som gjeld dersom personalet stod utanfor med fot på døra. Internrevisjonen får opplyst at kontrollkommisjonen først hadde gitt melding om at det skulle fattast vedtak om isolasjon, men seinare utdjupe at det ikkje nødvendigvis alltid skulle fattast vedtak, avhengig av kor stor opning det er på døra og om pasienten kan kome seg ut eller ikkje.

Helse Fonna ligg jamnt over lågt med omsyn til vedtak om isolasjon. Det er ikkje fatta eit einaste vedtak om isolasjon i 2020, og det blir også uttalt at det ikkje er ønskjeleg å nytte isolasjon som tvangsmiddel. Vi finn ikkje ei tilsvarende like tydeleg uttalt haldning til at isolasjon skal unngåast i dei andre føretaka.

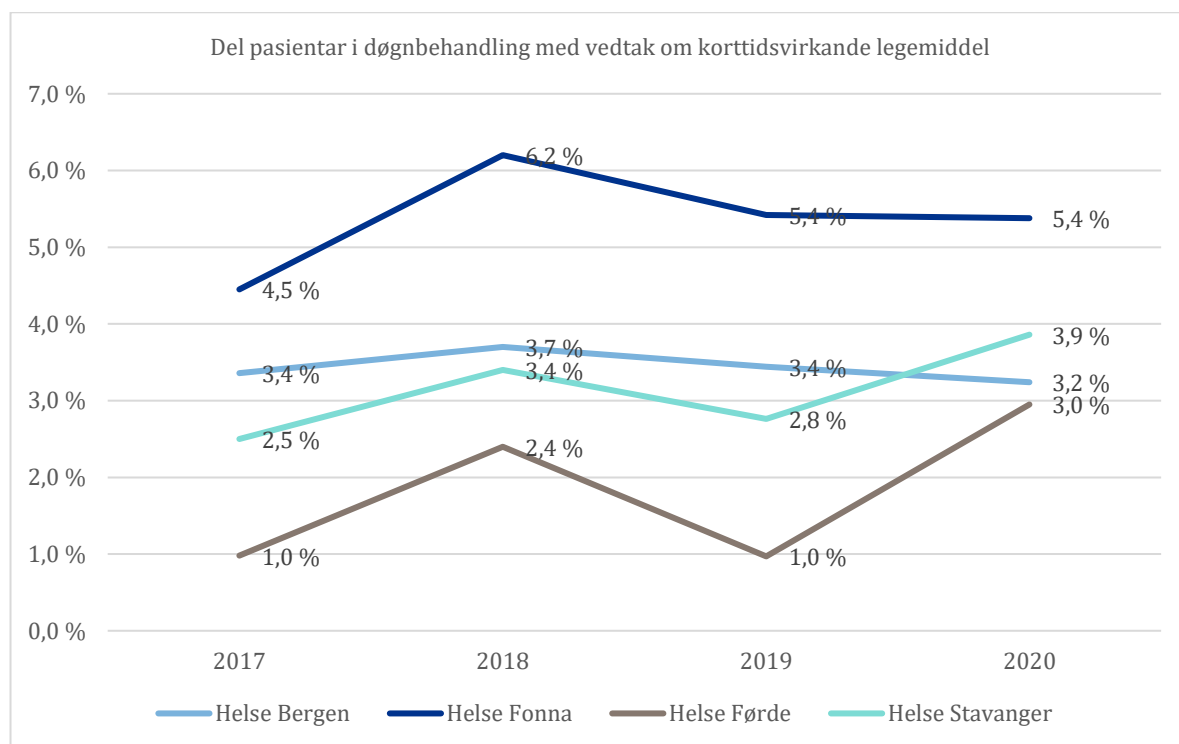
Det har kome fram i intervju i ulike føretak at det kan vere krevjande å sikre at alle tilsette har tilstrekkeleg kjennskap til grenseoppgangen mellom isolasjon og skjerming. Sjå nærare omtale i kap. 3.4.2 som omhandlar skjerming.

Samanlikna med revisjonen i 2014 er det fatta langt fleire vedtak om isolasjon i 2020. I rapporten frå 2014 går det fram at det var fatta 527 vedtak om isolasjon i 2013 i Helse Vest. Ein majoritet av vedtaka var fatta i Helse Stavanger (515 av 527 vedtak). Helse Bergen hadde fatta 8 vedtak, Helse Fonna 4 vedtak, og Helse Førde hadde ingen vedtak om isolasjon. Til samanlikning er det fatta 928 vedtak om isolasjon i 2020, men som figur 12 viser er det framleis variasjon mellom føretaka når det gjeld vedtak om isolasjon. Det blir vist til at endringane frå år til år også kan vere knytt til endringar i registreringspraksis.

Korttidsverkande legemiddel

Figuren under viser delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om korttidsverkande legemiddel.

Figur 13: Del pasientar i døgnbehandling med vedtak om korttidsverkande legemiddel. Kjelde: Helsedirektoratet



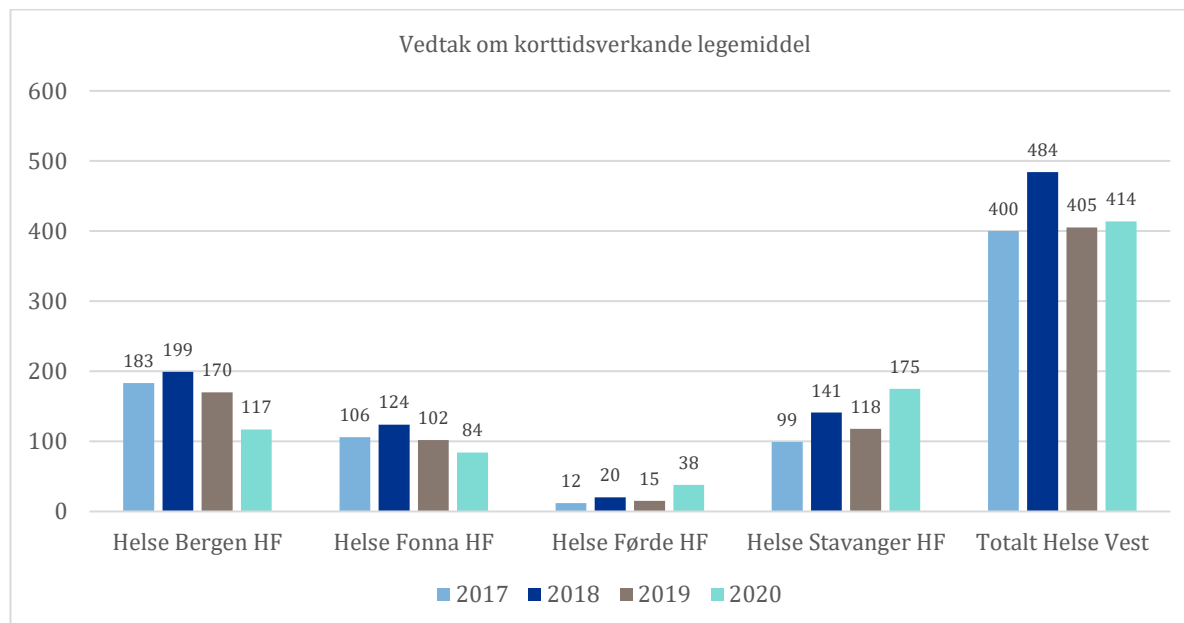
Helse Fonna har den høgaste delen pasientar med korttidsverkande legemiddel, medan Helse Førde har den lågaste delen. Helse Bergen og Helse Stavanger ligg mellom desse to. Utviklinga er ikkje eintydeg i føretaka. Som figuren over viser er det noko variasjon frå år til år.

Nokre av dei intervju i Helse Fonna viser til at dei prøvar kortvarig fasthalding og/eller korttidsverkande legemiddel, heller enn å bruke mekanisk tvang. Samtidig har Helse Fonna

likevel den høgaste delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang (sjå neste overskrift).

Figuren under viser kor mange vedtak som er fatta om bruk av korttidsverkande legemiddel.

Figur 14: Vedtak om korttidsverkande legemiddel. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



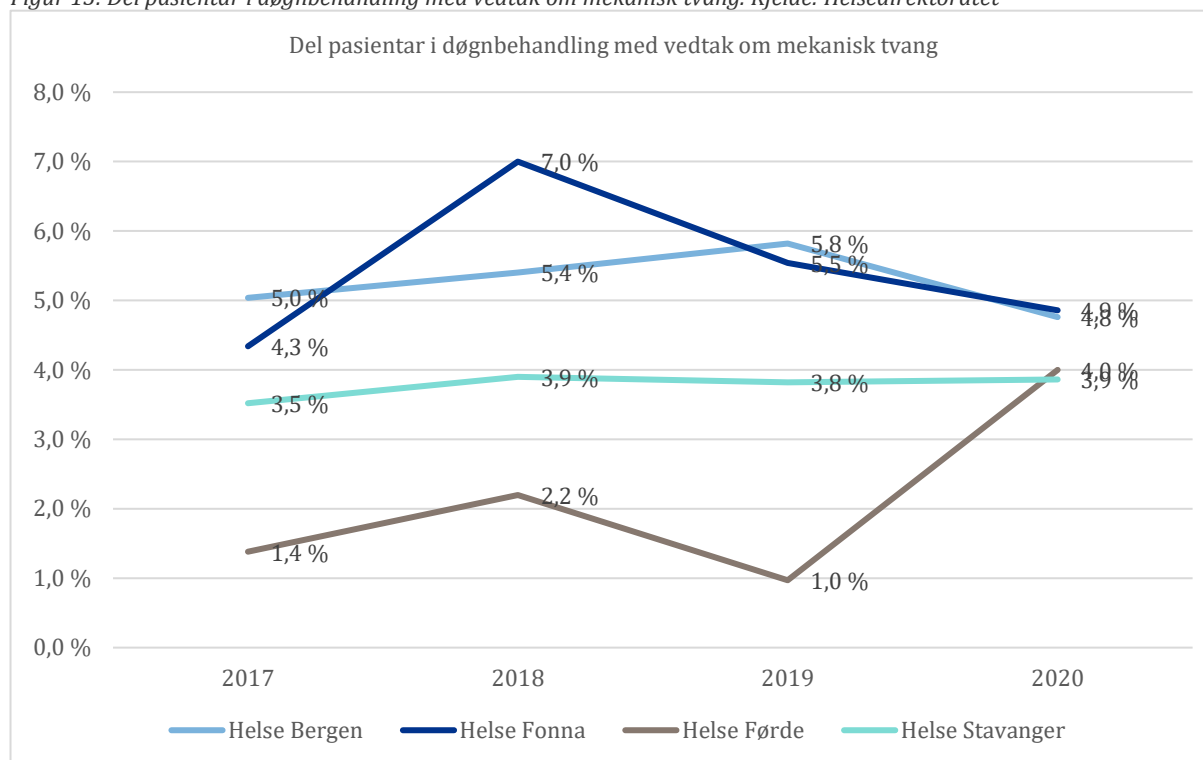
I Helse Fonna og i Helse Bergen er talet vedtak om korttidsverkande legemiddel redusert i 2020 samanlikna med dei tre føregåande åra. I Helse Førde og i Helse Stavanger er det ei auke samanlikna med dei tre føregåande åra.

Talet på vedtak om korttidsverkande legemiddel i Helse Vest er omtrent det samme i 2020 som ved førre revisjon i 2014. I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at det var fatta 418 vedtak om korttidsverkande legemiddel i Helse Vest i 2013 (167 i Helse Bergen, 56 i Helse Fonna, 40 i Helse Førde og 155 i Helse Stavanger). I 2020 er det fatta totalt 414 vedtak i Helse Vest.

Mekaniske tvangsmiddel

Figuren under viser del pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang.

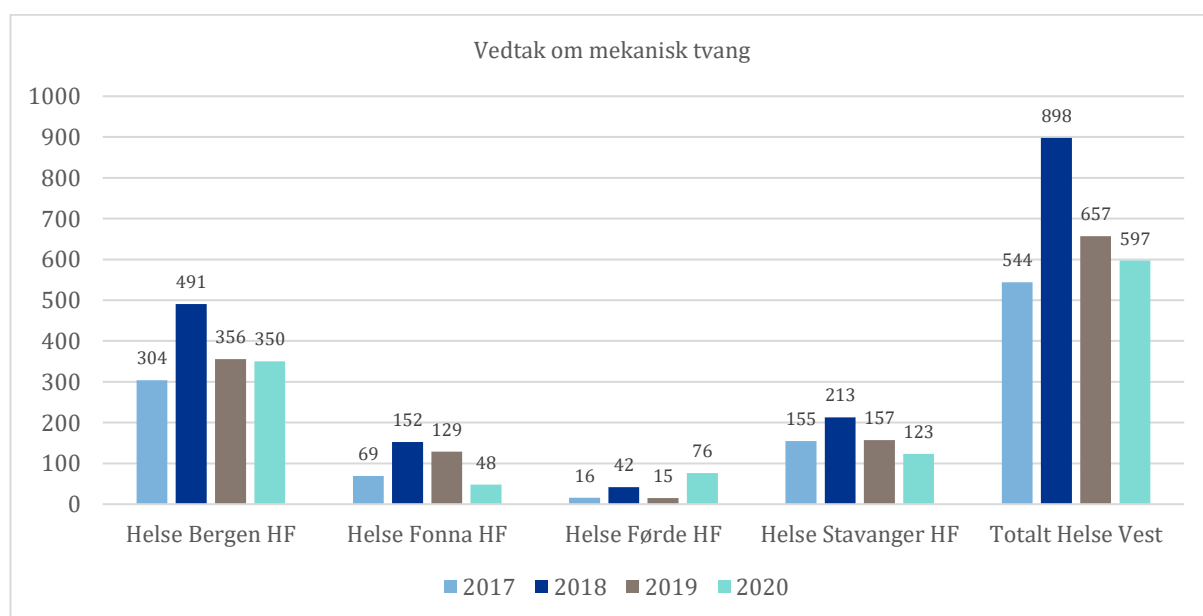
Figur 15: Del pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang. Kjelde: Helsedirektoratet



Delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang er høgast i Helse Bergen og i Helse Fonna. Helse Fonna hadde ei auke frå 2017 til 2018, deretter var ein nedgang. Helse Bergen hadde også ei auke frå 2017, og nedgang frå 2019. Delen pasientar med vedtak er meir stabilt i Helse Stavanger enn i dei andre føretaka. I Helse Førde har det vore noko variasjon frå år til år, men føretaket har over tid hatt den lågaste delen pasientar med vedtak om mekanisk tvang. Unntaket er 2020 når delen auka betydeleg.

Figuren under viser talet på vedtak om mekanisk tvang.

Figur 16: Vedtak om mekaniske tvangsmiddel. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



2018 skil seg ut i figuren over, i form av at det dette året blei fatta langt fleire vedtak om mekanisk tvang samanlikna med året før. Dette gjeld alle føretaka.

Både i Helse Fonna og i Helse Stavanger har det blitt arbeidd særskilt med å redusere bruken av mekanisk tvang, gjennom konkrete prosjekt. I Helse Fonna er beltesengane ved akuttpostane på Valen og i Haugesund fjerna. Statistikken viser at det både i Helse Fonna og Helse Stavanger har vore ein reduksjon dei siste tre åra når det gjeld vedtak om tvang. Likevel har altså Helse Fonna fortsatt den høgaste delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang.

Som figuren over viser auka bruken av mekanisk tvang i 2020 i Helse Førde, men det er variasjonar frå år til år. Internrevisjonen får opplyst at det heller ikkje er eigne beltesenger i Helse Førde etter innflytting til nytt bygg i mars 2021. Belta må hentast på anna rom og kan festast på dei vanlege pasientsengene. Det blir peikt på at det at tilsette må hente belte på andre rom er gjort bevisst, slik at belta ikkje er like tilgjengeleg og at det krev ei aktiv handling frå personalet.

I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at det var fatta 2241 vedtak om mekanisk tvang i Helse Vest i 2013. Til samanlikning er det fatta 597 vedtak i Helse Vest i 2020. Ein betydeleg del av vedtaka i 2013, heile 1831 vedtak, var fatta i Helse Stavanger. Som det framgår av figuren over har det vore ein betydeleg reduksjon i Helse Stavanger når det gjeld vedtak om mekanisk tvang samanlikna med den gongen (123 vedtak i 2020). Internrevisjonen har fått opplyst at det var eit fåtal pasientar som stod for mange av vedtaka i 2013. Også i Helse Fonna er det færre vedtak om mekanisk tvang i 2020 samanlikna med 2014 (215 i 2013 mot 48 i 2020). I Helse Bergen er talet på vedtak auka frå 144 i 2013 til 350 i 2020. I Helse Førde har det også vore noko auke om ein samanliknar 2013 og 2020, frå 51 i 2013 til 76. Men som det framgår av figuren over er forskjellar frå år til år, og i 2019 blei det berre fatta 15 vedtak om mekanisk tvang i Helse Førde.

3.3.7 Kva kan forklare omfang og variasjon i bruk av ulike typar tvang?

Som det går fram i dette kapittelet er det variasjonar mellom helseføretaka og over tid når det gjeld omfang av og kva typar tvang det er fatta vedtak om. Det er særleg tre hovudfaktorar som blir trekt fram for å forklare omfanget av og variasjonar i tvangsbruken; rammevilkår, registreringspraksis, samt kultur og merksemd omkring ulike tvangstiltak.

Rammevilkår

Mange av dei vi har intervjuar viser til at det er mogeleg å førebyggje/ redusere tvangsbruken, men at det på fleire nivå er hindringar/faktorar som vanskeleggjer reduksjonen og som har betydning for i kva grad ein opplever å kunne arbeide godt med å førebyggje bruk av tvang.

Fleire peikar på at både tvangsinnleggingar og tvangsbruk må sjåast i samanheng med **sikkerheitspsykiatrien** der det er for liten kapasitet i Helse Vest per i dag. Det blir vist til at for liten kapasitet på rett nivå inneberer at pasientar må leggjast inn og behandlast på avdelingar som i utgangspunktet ikkje er dimensjonert for å ivareta desse pasientane.¹⁴ Dette er ofte pasientar med omfattande valds- og aggresjonsproblematikk. Helse Vest RHF har utarbeidd ein regional plan for sikkerheitspsykiatri og vil arbeide med å auke kapasiteten.

¹⁴ Internrevisjonen har ikkje undersøkt talgrunnlag for personar innlagt etter straffeprosesslova og personar dømd til psykisk helsevern og kva påverknad dette har på tvangsbruk.

Både i Helse Bergen, Helse Fonna og i Helse Stavanger blir det peikt på at **bygningmessige forhold/fysisk utforming** er ein medverkande årsak til tvangsbruk og/eller ei betydeleg hindring for å kunne førebyggje/reducere tvangsbruk. Dette fordi lokala ikkje er tilstrekkeleg tilrettelagde til å behandle alvorleg psykisk sjuke pasientar og å ivareta pasientane sine behov for rom, ro og tilgang til frisk luft. Som tidlegare nemnd pågår det allereie arbeid knytt til ein del av dei bygningmessige utfordringane som er identifiserte.

Fleire er inne på at **bemanningsfaktor** har betydning for i kva grad ein klarar å førebyggje og dermed redusere tvangsbruken, og fleire av dei intervjuar viser til at dei ikkje alltid opplever å ha tilstrekkeleg bemanning til å arbeide førebyggjande per i dag. Særleg i periodar med høgt pasientbelegg blir dette opplyst å vere vanskeleg.

Kompetanse i å førebyggje tvang blir også påpeikt å ha betydning for tvangsbruken. Fleire peikar på at det innan psykisk helsevern er ein større del **ufaglært personell**. Sjølv om det blir peikt på at desse ressursane gjer ein svært viktig og god jobb blir det påpeikt at ein gjerne skulle sett at delen faglærte var høgare, for å auke den totale kompetansen, mellom anna med omsyn til miljøterapeutiske tilnærmingar.

Tilgangen til spesialistar blir også trekt fram som ei til dels betydeleg utfordring. Vi merkar oss at det særleg i Helse Stavanger blir vist til at det er krevjande å rekruttere og behalde tilstrekkelege spesialistressursar, og at føretaket erfarer at ein i stor grad må utdanne spesialistane sjølv. Også Helse Fonna peikar på at tilgang til spesialistar er viktig for å kunne arbeide førebyggjande med tvangsbruk.

Fleire av tiltaka som føretaka meiner har innverknad på tvangsbruken er ressurskrevjande, og det blir peikt på at det har vore ei utfordring å sikre tilstrekkeleg vekst i **ressursbruken** i psykisk helsevern. Sjølv om det har vore mål om at veksten i psykisk helsevern og rus skal vere høgare enn i somatikken, har ikkje dette skjedd.

I tillegg til desse rammefaktorane, er det fleire som viser til at **grensesetting/husordensreglar** kan medverke til konflikt/eskalering. Eksempelvis blir restriksjonar når det gjeld pasientane sin adgang til å røyke peikt på som ei kjelde til konflikt og frustrasjon. I intervju at det blir opplyst å vere ulikt frå avdeling til avdeling kva som er tillate, noko som blir sett i samanheng med kva type avdeling og pasientar det er snakk om. Ved nokre av DPS-a blir det særskilt framheva at det er viktig å ha ei haldning til at det ikkje skal vere for mange reglar og at pasienten må få bestemme sjølv på dei områda det er mogeleg, og at dette også bidrar til mindre konflikt. Vi får opplyst at dette mellom anna kan handle om enkle ting slik som moglegheit til å lage seg kaffi seint på kveld.

Det er også gjennomgåande peikt på at det er ein vanskeleg balansegang å redusere tvangsbruken og samtidig ivareta **HMT og arbeidsmiljøet** til dei tilsette. Ein risikofaktor som blir peikt på knytt til reduksjon i tvang, innafor dei rammene ein har i dag, er at det kan gå på bekostning av tilsette si helse, miljø og tryggleik. Ei rekke av dei intervjuar har peikt på at ein må sjå dette i samanheng, også med omsyn til rekrutteringsutfordringar og utfordringar med å behalde personell. I ei lang rekke av intervjuar blir det vist til at tilsette innan psykisk helsevern står i tøffe situasjonar og arbeider under forhold som er beteikna som krevjande og belastande.

Registreringspraksis

Ei rekke av dei intervjuar viser til at registreringspraksisen er betydeleg betra samanlikna med 2014, og understrekar at det over tid har vore **fokus på å registrere all tvangssbruk korrekt og**

at dette kan føre til at ein får betre og auka registrering av tvangsbruk, utan at dette treng å bety at det har vore ein auke i det faktiske omfanget.

I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at datakvaliteten i føretaka var ulik og derfor lite eigna for samanlikning. Det er derfor også krevjande å samanlikne omfanget i 2014 med omfanget i dag. Helse Stavanger som hadde betydeleg fleire vedtak enn dei andre føretaka når det gjaldt mekanisk tvang og isolasjon, har peikt på to forklaringsfaktorar; det eine er knytt til registreringspraksisen og det andre er knytt til at det var relativt få pasientar som stod for mykje av tvangsmiddelbruken.

Sjølv om dei intervju viser til at **registreringspraksisen er betra i dag samanlikna med revisjonen i 2014, blir det vist til at det framleis er variasjon.** Dette som følgje av eit komplekst regelverk som i mange tilfelle krev tolking/skjønsmessige vurderingar av regelverket og den enkelte situasjon. Både på grunn av endringar i regelverk og på grunn av ulik forståing av regelverk vil registreringspraksis kunne endre seg utan at dette speglar ei faktisk endring i tvangsbruken. Det er fleire som understreker dette i intervju, men det er særleg tydeleg når det gjeld vedtak om kortvarig fasthalding i Helse Førde, samt vedtak om isolasjon både i Helse Førde og i Helse Bergen. I fleire av døma er det vist til at dette er knytt til at det har blitt gitt tilbagemelding om behov for å endre praksis (frå kontrollkommisjonar og også frå Sivilombodsmannen).

I intervju blir det gitt fleire eksempel på at det kan vere **vanskeleg å vurdere kva som er rett praksis med omsyn til å fatte vedtak om ulike tvangsmiddel.** Mellom anna er det tilsette som viser til at det er vanskeleg å vurdere grenseoppgangane mellom det å «fysisk lede» pasienten og kva som skal reknast som kortvarig fasthalding, og tilsette som viser til at dei i nærast kvar situasjon det er snakk om beltelegging av pasientar er usikre på om det skal fattast vedtak om kortvarig fasthalding i tillegg, fordi det er vanskeleg å vurdere om fasthaldinga skal reknast som ei eiga episode eller om fasthaldinga blei brukt for å iverksette beltelegginga. Nokre av dei intervju viser til at det også internt på eiga avdeling kan bli gitt ulike signal om kva som er rett praksis, eller at ein ikkje er samde om kva som er rett praksis. Mellom anna får vi eksempel på at det er variasjon i registrering av kortvarig fasthalding på to ulike postar i same avdeling i eit av føretaka.

Kultur og merksemd omkring ulike tvangstiltak

Det er vesentleg variasjon både i utvikling og kva tvangsmiddel som blir nytta mest i dei ulike føretaka. Det er tydeleg at det er ulike oppfatningar mellom føretaka og avdelingar av kva tvangsmiddel som ein ønskjer å nytte i størst eller minst grad, og dei ulike føretaka har også i ulik grad retta merksemd mot nokre tvangsmiddel og sett iverk tiltak for å redusere eller endre praksis. For eksempel med å redusere bruken av mekanisk tvang. I nokre av intervju blir det også peikt på at det kan vere ulike behandlingsskulturar, samt ulike tersklar og syn på tvangsbruk som kan påverke omfanget av tvangsbruken.

To av føretaka har i samband med høyring av rapporten peika på at kultur og behandlingsfilosofi er – eller er antatt å vere - av dei viktigaste forklaringane til variasjon i bruk av tvang.

3.3.8 Vurdering

Omfanget av tvangsbruk, i form av delen pasientar i døgnbehandling som har minst eit tvangsmiddelvedtak, har totalt sett auka i Helse Vest i perioden 2017-2020, sjølv om det var ein

reduksjon frå 2019 til 2020. Når det gjeld talet på tvangsmiddelvedtak, merkar 2018 seg ut med høgare tal enn andre år. Sidan 2018 har talet på tvangsmiddelvedtak i Helse Vest gått ned igjen.

Basert på det som er kome fram i undersøkinga er det internrevisjonen si vurdering at det er høge tersklar for å bruke tvang. Vi merkar oss også at ulike personalgrupper i hovudsak gir uttrykk for å vere samstemte når det gjeld behovet for å bruke tvang. Vi merkar oss likevel at det både i Helse Bergen og Helse Stavanger blir peikt på at det kan vere utfordringar i samhandlinga mellom miljøpersonell og vaktlag (forvakt/bakvakt).

Det ligg ikkje føre data som gjer det mogeleg å vurdere utviklinga i delen pasientar med tvangsmiddelvedtak samanlikna med førre revisjon, ettersom det i rapporten frå 2014 ikkje går fram kor mange pasientar som hadde vedtak om tvangsmiddel. Ser ein utelukkande på tal på tvangsmiddelvedtak, er det samla omfanget av vedtak i Helse Vest redusert i 2020 samanlikna med revisjonen i 2014. Det er likevel ikkje eintydeg reduksjon i alle føretaka, ei heller for alle typar tvangsmiddel. Den mest betydelege reduksjonen ein kan lese av tala er nedgangen i mekanisk tvang i Helse Stavanger, men føretaket har også hatt ein nedgang i vedtak om isolasjon samanlikna med revisjonen i 2014. Det blir vist til at det var eit fåtal pasientar som stod for mykje av tvangsbruken, men det er også peikt på variasjonar i registreringa som forklaring på kvifor tala var høgare i Helse Stavanger enn i dei andre føretaka. For dei andre føretaka, er det eksempel på at tvangsmiddelbruken har auka sidan 2014. For eksempel hadde Helse Bergen 8 vedtak om isolasjon i 2013, og 579 vedtak i 2020. Med omsyn til det som har kome fram i denne undersøkinga, er det etter internrevisjonen si vurdering sannsynleg at auken kan tilskrивast endringar i registreringspraksis, sjølv om vi ikkje kan seie noko om kor stor del av auken som er knytt til registreringa. Vi vil påpeike at det både i revisjonsrapporten i 2014 blei stilt spørsmål ved om tala var rett og at det i samband med denne revisjonen gjennomgåande er vist til at registreringspraksisen er betra samanlikna med den gongen. Vi vil omtale registrering og rapportering av tvangsbruk meir inngåande i kap. 4.

Når det gjeld utviklinga dei seinare åra (2017- 2020) viser undersøkinga at noko av variasjonen framleis er knytt til variasjonar i registreringspraksis, jf. dei eksempela som er vist i dette kapittelet. Etter vår vurdering er det sannsynleg at det både er tilfelle av under- og overrapportering av tvangsmiddelvedtak, og at dette heng saman med at regelverket er komplekst og blir fortolka ulikt.

Sjølv om registreringspraksis kan ha stor innverknad på statistikken er det revisjonen si vurdering at både omfang av tvangsbruk samla sett, og omfang av kva type tvangsmiddel som blir nytta, også blir påverka av ulike faktorar ved dei enkelte føretak og avdelingar. Statistikken viser at føretaka har ulik «profil» i tvangsbruken. Det vil i praksis innebære at det er ulik sannsynlegheit for at ulike typar tvang blir brukt avhengig av kva helseføretak pasienten blir innlagd ved. Faktorane som blir peika på handlar om alt frå bygningsmessige forhold, talet på tilsette, kompetansen til dei tilsette, til kulturen ved avdelinga. Denne undersøkinga indikerer at dersom føretaket eller avdelinga har retta merksemd mot eit område, og sett klare mål om for eksempel å betre registrering av tvangsbruk eller få til ein reduksjon i bruk av eit bestemt tvangsmiddel, so får dette resultat. Dette handlar i stor grad om kultur «korleis gjer vi det i denne avdelinga» og eventuelle endringar vil kreve god forankring hos både leiing og tilsette. Internrevisjonen meiner at eit godt startpunkt er å diskutere kvifor det er ulikskap i omfang og bruk av tvangsmiddel på tvers av føretaka, og i kva grad ein kan lære av kvarandre med omsyn til gode tiltak og prosjekt for å få til mest mogleg rett bruk av tvang.

3.4 Andre vedtak om tiltak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova

Kap. 4 i psykisk helsevernlova gir anledning til å fatte vedtak om andre tiltak under gjennomføringa av psykisk helsevern. Det er betydeleg variasjon mellom helseføretaka med omsyn til omfang og type tiltak som det blir fatta vedtak om. Dette er særskilt tydeleg når det gjeld kor stor del av pasientane som har vedtak om skjerming. For fleire av tiltaka finn internrevisjonen også grunn til å stille spørsmål ved om det blir fatta tilstrekkeleg med vedtak.

3.4.1 Innleiing

I tillegg til bruk av tvangsmiddel regulerer kapittel 4 i psykisk helsevernlova bruk av andre tiltak under gjennomføringa av psykisk helsevern. I dette kapitlet vil vi gjere greie for bruken av slike tiltak, under dette bruk av skjerming, vedtak om behandling med legemiddel utan eige samtykke, vedtak om innskrenkingar i pasienten sin kontakt med omverda, vedtak om undersøking av rom, eigedelar og kroppsvisitasjon samt vedtak om beslag.

3.4.2 Skjerming (§ 4-3)

Skjerming er eit tiltak som kan iverksettast av behandlingsmessige grunnar (t.d. dersom det er nødvendig å begrense sanseinntrykk) eller av omsyn til andre pasientar.

Revisjonskriterium

Psykisk helsevernlova seier (§ 4-3):

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det er ikkje ein føresetnad for bruk av skjerming at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. I Helsedirektoratet sine kommentarar til psykisk helsevernlova¹⁵ er det presisert at sjølv om pasienten samtykkar til skjerminga, skal det fattast vedtak. Det er noko ulike reglar for på kva tidspunkt vedtaket skal fattast. Dersom pasienten samtykkar skal det fattast vedtak viss skjerminga blir oppretthaldt utover 24 timar eller etter 12 timar dersom pasienten blir overført til skjerma eining eller liknande som inneber ei betydeleg endring av omgjevnadar eller frihet til å bevege seg. I tilfelle der pasienten motset seg skjerminga, skal det fattast vedtak om skjerming før tiltaket blir sett i verk. Dette gir pasienten større rettstryggleik, mellom anna ved at tiltaket må grunngjevast og at pasienten får klagemoglegheit.

Psykisk helsevernlova utdypar nærare vilkåra for skjerming (§ 16). Her blir det presisert at det ved skjerming som blir gjort med omsyn til pasienten sjølv skal det vurderast om tiltaket vil ha ein gunstig behandlingseffekt. Omsynet til andre pasientar kan danne grunnlag for skjerming

¹⁵ Helsedirektoratet: Psykisk helsevernlova med kommentarar: Helsedirektoratet sine kommentarar til kap. 4 om vedtak når pasienten samtykkar samt kommentarar til § 4-3.

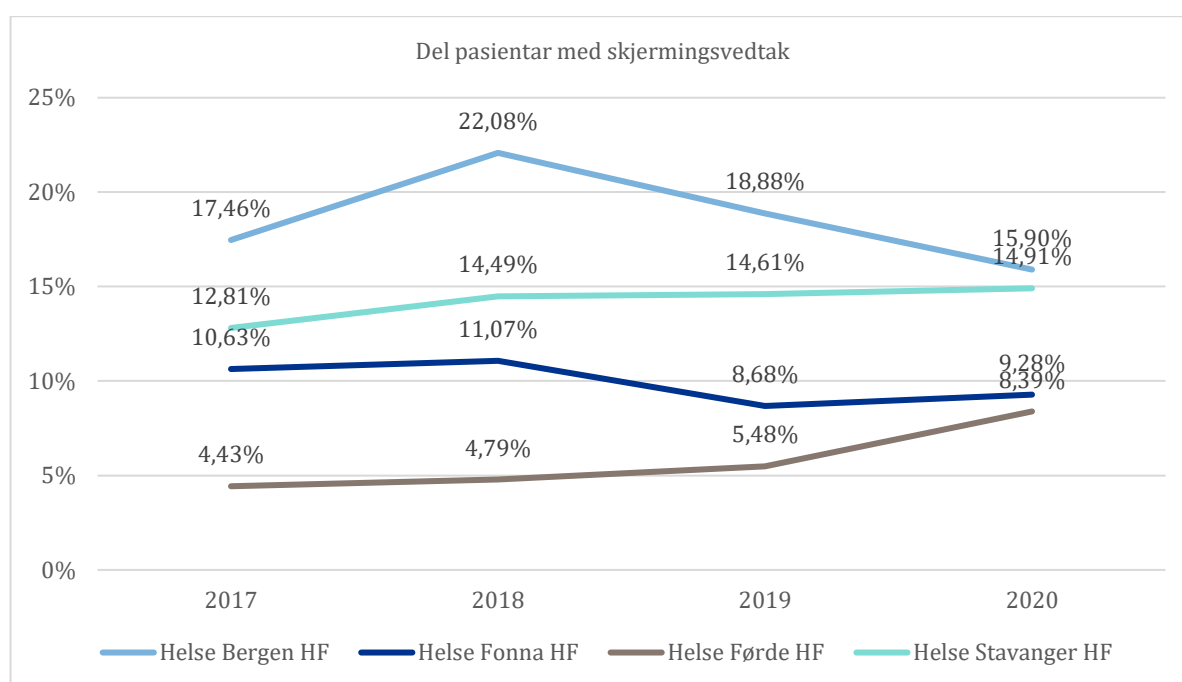
dersom pasienten sin oppførsel er «svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter». Ved skjerming av omsyn til andre, må medpasientane sitt behov vurderast opp mot dei uheldige konsekvensane skjerming kan få for pasienten.

Det er adgang til å fysisk lede pasienten dit skjerminga skal gjennomførast, og Helsedirektoratet viser til at lovfortolkning indikerar at det i nokon grad er adgang til å anvende fysisk makt i føringa. Helsedirektoratet viser vidare til at i mangel av ytterlegare utdjuping i forskriftstekst, er det etter direktoratet sitt syn naturleg å sjå hen til begrepet «kortvarig fasthalding», og at det som er mindre enn eller under grensa for kortvarig fasthalding som tvangsmiddel, må vere lovleg «fysisk leiding» til skjermingsrom.¹⁶

Vedtak om skjerming

Figuren under viser utviklinga av bruk av skjerming som tiltak i føretaka for dei siste fire åra.

Figur 17: Del pasientar med minst eitt skjermingsvedtak per føretak per år. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF

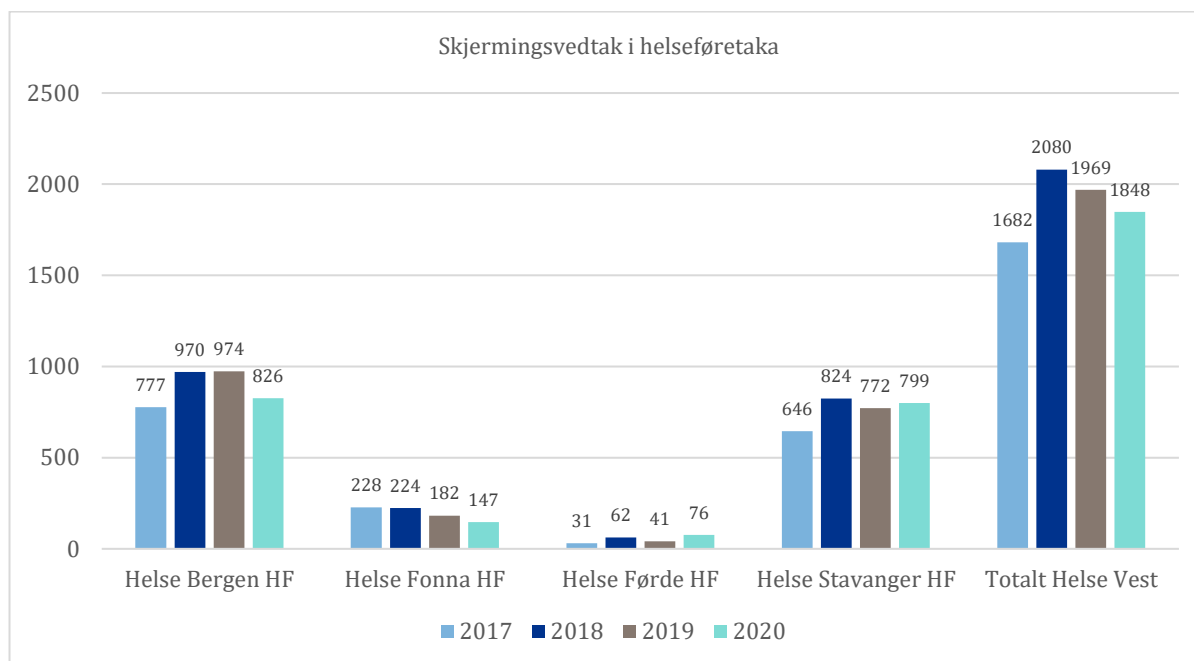


Delen pasientar med skjermingsvedtak er høgast i Helse Bergen, nest høgast i Helse Stavanger, tredje høgast i Helse Fonna og lågast i Helse Førde. Delen pasientar med skjermingsvedtak har gått noko ned i Helse Bergen og Helse Fonna i perioden 2017-2020. I Helse Stavanger og Helse Førde har delen pasientar med skjermingsvedtak auka.

Figuren under viser talet på skjermingsvedtak i kvart av føretaka i same tidsperiode. Ein pasient kan ha fleire vedtak.

Figur 18: Skjermingsvedtak i helseføretaka. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF

¹⁶ [Helsedirektoratet: Psykisk helsevern forskrifta med kommentarar](#). Helsedirektoratet sine kommentarar til § 18 første og andre ledd.



Som det går fram av figuren, er det ei noko varierende utvikling i bruk av skjerming som tiltak dersom ein ser på talet på slike vedtak. Verken i Helse Bergen, Helse Stavanger eller i Helse Førde er det ei tydeleg utvikling – det ser ut til å variere frå år til år. I Helse Fonna er trenden tydeleg nedadgåande.

I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at det totalt var fatta 1606 vedtak om skjerming (tal frå 2013) i Helse Vest, under dette 614 vedtak i Helse Bergen, 164 vedtak i Helse Fonna, 46 vedtak i Helse Førde og 782 i Helse Stavanger. Med unntak av Helse Fonna, har føretaka hatt ei auke i vedtak om skjerming dersom ein samanliknar tala i 2020 med tala i revisjonsrapporten frå 2014. Totalt er det fatta 1848 vedtak om skjerming i Helse Vest i 2020.

Fleire av avdelingane har eigne skjermingsavsnitt med rom der pasientane kan skjermast. Skjermingsavsnitta er som hovudregel adskilte frå den opne delen av avdelinga, og dørene er låste. Det blir særskilt i Helse Bergen (psykiatrisk klinikk, Sandviken) og for sjukehusavdelingar i Helse Stavanger peikt på problematiske sider ved dei fysiske skjermingsforholda, samt også for skjermingslokalitetane i Helse Fonna. Helse Førde har nyleg tatt i bruk nytt bygg og det blir ikkje peikt på utfordringar knytt til skjermingslokala der.

Dei intervjuar som omtalar problematiske skjermingsforhold trekk fram at det er trangt, lytt og at det er avgrensa moglegheit for at pasientane kan få gå ut. Det blir også vist til at små, trange rom gjer det vanskeleg for personalet å vere tilstade inne på romma. Nokre av informantane viser til at dei ikkje har eigne skjermingsavsnitt, noko som kan skape utfordringar med tanke på å halde pasienten fysisk adskilt frå resten av avdelinga.

Internrevisjonen får opplyst at det ofte er under skjerming at det blir behov for å bruke tvang etter § 4-8. Fleire framhevar at det oppstår situasjonar som utløyser tvangsbruk fordi dei sjukaste pasientane er for tett på kvarandre, at skjerminga ikkje virkar skjermende på pasienten (lytt mellom rom, trangt), eller at behovet for tvang blir utløyst som følgje av grensesetting under skjerminga (pasienten får ikkje gå ut når den vil, får ikkje røyke når den vil, får ikkje bevege seg ut i fellesareal osv).

Nokre av dei intervjuja peikar på at skjerminga også kan opplevast som *isolasjon* av pasientane som følgje av utforminga av romma og at det er så trangt at personalet må sitte på utsida. Internrevisjonen har fått beskrive at skjermingsrom kan vere svært sparsomt innreia med nakne veggjar og ei seng. Nokre av kontrollkommisjonsleiarane som er intervjuja har også bemerka skjermingsforholda. Utfordringar knytt til skjermingsforhold blir også påpeikt av Sivilombudsmannen¹⁷ som viser til at sjølv om skjerming ikkje er meint å vere isolasjon eller avstraffing, har funn i deira gjennomgangar både i Helse Vest og andre helseføretak vist at skjerminga ofte blir opplevd slik. Sivilombudsmannen har kome med anbefalingar til alle helseføretak og sjukehusavdelingar om å iversette tiltak for å sikre at lokale som blir brukt til skjerming er utforma på ein human måte som unngår sansedeprivasjon.¹⁸

Nokre av dei intervjuja viser til at dei bruker fysisk aktivitet/gå tur med pasientane som alternativ til skjerming, medan andre viser til at dette er utfordrande å få til grunna bemanningssituasjonen. Nokre viser til at ein til ein-kontakt mellom pasient og tilsett kunne forhindre bruk av skjerming, men at det ikkje er tilstrekkeleg bemanning til dette.

Både Sivilombudsmannen¹⁹ og fleire av dei intervjuja i føretaka viser til at det ligg føre lite kunnskap om effekten av skjerming som behandlingstiltak. Samtidig blir det vist til at sjølv om det er avgrensa evidens for bruk av skjerming, er det gode kliniske erfaringar med tiltaket for enkelte pasientar.

Internrevisjonen er kjent med at det pågår arbeid med å utbetre lokale/skjermingsforhold både i Helse Bergen (psykiatrisk klinikk i Sandviken) og i Helse Fonna (i Haugesund vil ein flytte til nye lokale i august 2021 og på Valen er ein i prosess med ombygging av eksisterande sikkerheitspost). I Helse Stavanger blir det arbeidd med å innlemme psykisk helsevern i byggetrinn 2 av nytt sjukehus, der det også blir drøfta og vurdert kva areal (både innvendige areal og uteareal) psykisk helsevern har behov for og korleis det kan tilretteleggjast. I samband med høyring av rapporten opplyser Helse Stavanger at pasientarealet på nokre av skjermingseiningane i Helse Stavanger har blitt utvida ved at det har blitt laga verandaer og tidlegare kjøken har blitt tatt i inn i dette arealet.

Når det gjeld skjerming er det også kommentert i intervju at sjølv om det har vore merksemd knytt til kva som er forskjellane mellom isolasjon og skjerming, kan det vere krevjande å sikre at alle tilsette har tilstrekkeleg kjennskap til kva som skiljer isolasjon og skjerming. Under skjerminga er det ikkje tillatt å låse døra eller på annan måte halde døra stengt utanfrå slik at pasienten er stengt inne, men personal som er *inne* i rommet kan hindre pasienten i å ta seg ut av døra. Dersom det blir nødvendig for personalet å gå ut av rommet og halde døra stengt utanfrå, blir det peikt på at tilsette dermed både må vere bevisste på at dei har haldt døra stengt utanfrå (for eksempel haldt foten på døra ein kort periode) og vere merksame på at dette i praksis inneber at pasienten er isolert og at det må fattast vedtak om dette.

3.4.3 Undersøking og behandling med legemiddel uten eige samtykke (§ 4-4)

Pasientar som er under tvungent psykisk helsevern kan undersøkjast og behandlast utan eige samtykke. For behandling med legemiddel må det fattast eigne vedtak om dette. Det er vilkår at

¹⁷ Sivilombudsmannen: [Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018.](#)

¹⁸ I samband med høyring av rapporten påpeikar Helse Stavanger at også UKOM har kome med tilrådingar med omsyn til utforming av skjermingseiningar, sjå <https://ukom.no/rapporter/utforming-av-skjermingsenheter/sammendrag>

¹⁹ Sivilombudsmannen: [Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport 2018.](#)

pasienten manglar samtykkekompetanse, med mindre farevilkåret er oppfylt (sjå nærare omtale av farevilkåret i kap. 3.2.1).

Revisjonskriterium

Lova seier mellom anna følgjande om undersøking og behandling med legemiddel utan eige samtykke (§ 4-4):

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a. Pasienten kan behandles med legemidler. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.*

Når det gjeld samtykke til behandling, skriv Helsedirektoratet følgjande i psykisk helsevernlova med kommentarar (om § 4-4 første ledd andre punktum):

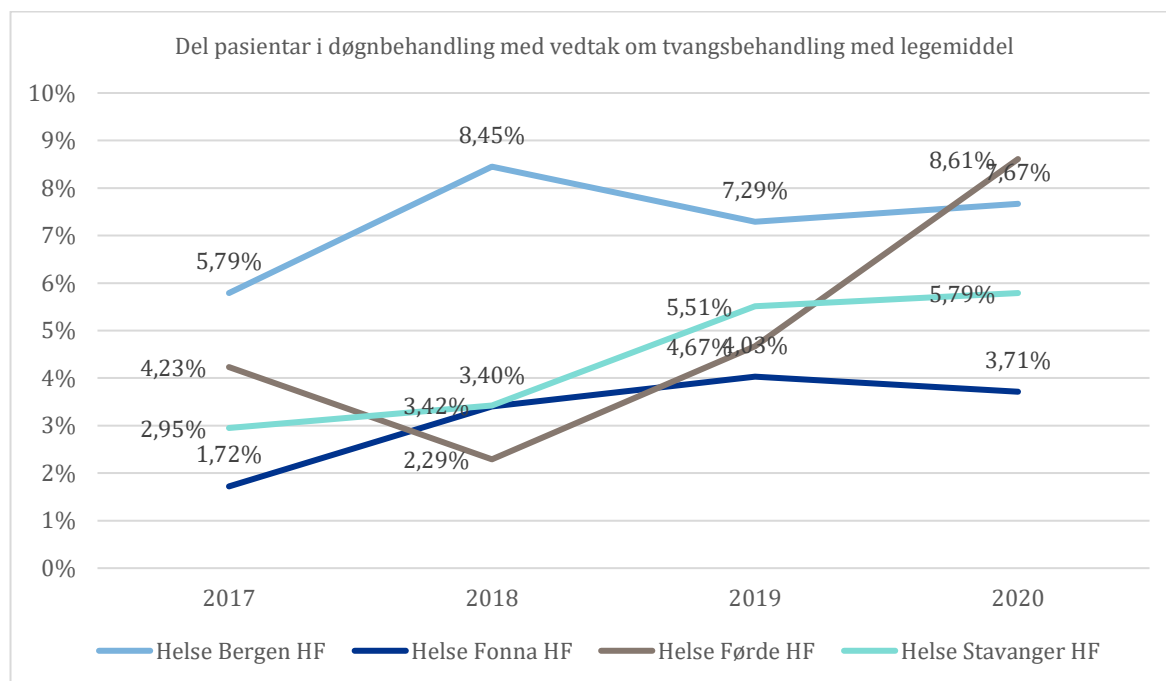
Når pasient mangler samtykkekompetanse i relasjon til legemiddelbehandling, kan legemiddelbehandlingen bare iverksettes etter vedtak med hjemmel i § 4-4 – selv om pasienten ikke motsetter seg behandlingen. Dette følger av at helsehjelp for alvorlige sinnslidelser bare kan gis med hjemmel i samtykke fra en samtykkekompetent pasient eller med hjemmel i psykisk helsevernloven. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd. En pasient som mangler samtykkekompetanse kan altså ikke "frivillig" gå med på legemiddelbehandling

Vedtak om legemiddelbehandling kan ikkje fattast før pasienten er forsøkt hjulpen i minst fem døgn frå etableringa av vernet.

Vedtak om undersøking og behandling med legemiddel utan eige samtykke i Helse Vest

Figuren under viser kor stor del av pasientane i dei ulike føretaka som har vedtak om tvangsbehandling med legemiddel.

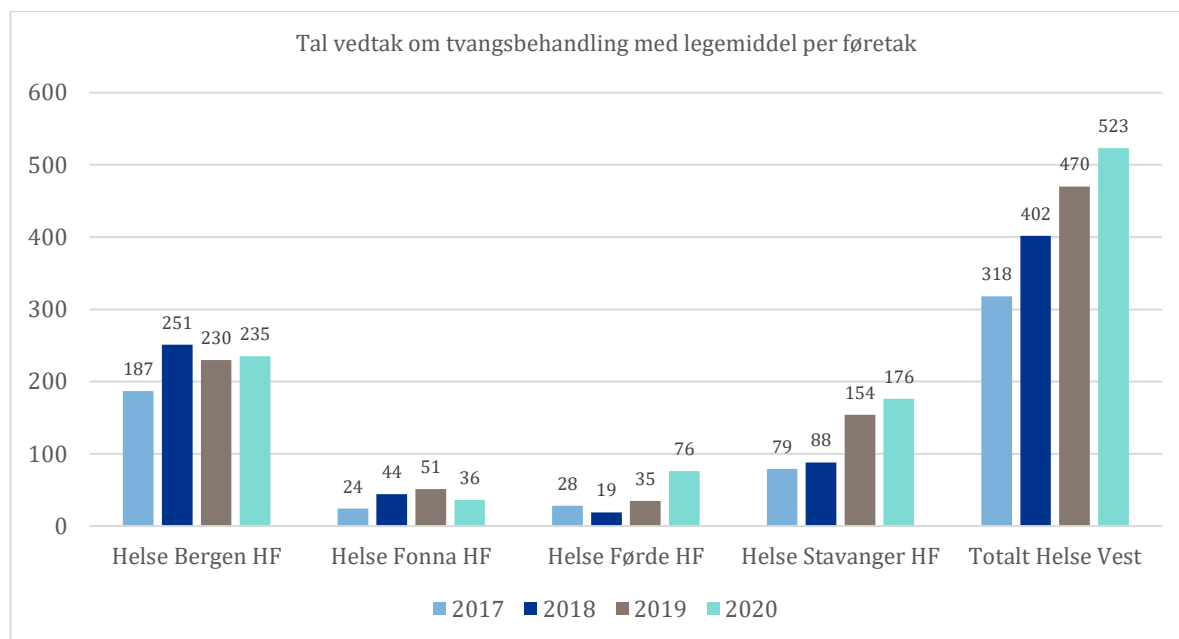
Figur 19: Del pasientar i døgntilleg med vedtak om tvangsbehandling med legemiddel. Kjelde: statistikk frå Helse Vest



Figuren viser at Helse Bergen har hatt den høgaste delen pasientar med vedtak om tvangsbehandling med legemiddel fram til 2020. Det varierer noko frå år til år kor stor del av pasientane som har slike vedtak. I 2020 er delen pasientar med tvangsbehandlingsvedtak høgast i Helse Førde, og det har vore ei betydeleg auke. Også i Helse Stavanger og i Helse Fonna har det vore ei auke frå 2017 i perioden, men i Helse Fonna har det vore ein reduksjon frå 2019 til 2020.

Figuren under viser kor mange vedtak det er fatta i helseføretaka per år.

Figur 20: Tal vedtak om tvangsbehandling med legemiddel per føretak. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Det er ikkje ei heilt eintydig utvikling i føretaka over talet på vedtak om tvangsbehandling med legemiddel, men samanliknar ein omfanget i 2020 med omfanget i 2017 har alle helseføretaka

hatt ei auke. Totaltala for Helse Vest viser at det kvart år har vore ei auke i talet på slike vedtak i fireårsperioden 2017-2020.

Samanlikna med 2014 då sist revisjon blei gjennomført, er det totalt sett i Helse Vest gjort noko fleire vedtak om behandling utan samtykke i 2020. I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at blei fatta 224 vedtak i Helse Bergen, 39 vedtak i Helse Fonna, 28 vedtak i Helse Førde og 95 vedtak i Helse Stavanger (totalt 386 vedtak.) I revisjonsrapporten frå 2014 er det påpeikt at talet på vedtak om behandling utan samtykke sannsynlegvis var høgare enn rapportert.²⁰ I 2020 er det totalt fatta 523 vedtak.

Ei rekke av dei intervju har påpeikt at dei opplever at regelverket med omsyn til medisinerer for restriktivt, og framheva særleg observasjonstida på fem dagar før ein kan iverksetje medisinerer. Fleire peikar på at det å starte med medisinerer på eit tidlegare tidspunkt vil kunne forhindre anna tvangsmiddelbruk, fordi pasienten blir betre av medisineringa.

Gjennom intervju er det kome fram indikasjonar på at det kan vere ulike praksisar når det gjeld vedtak om tvangsbehandling med legemiddel. Det var særleg tilsette i to av føretaka som viste til moment knytt til tvangsmedisineringa og som indikerer at praksisen er ulik, men internrevisjonen kan ikkje utelukke at dette også gjeld i andre føretak/avdelingar.

I intervju kom det fram at det var ulikt om det blir fatta vedtak i dei tilfella pasienten ikkje gjer motstand mot å ta medisinen. Det blei vist til at det alltid blei fatta vedtak dersom det må brukast tvang for å gi medisinen, men det kom fram at det ikkje nødvendigvis blei fatta vedtak dersom pasienten tok medisinen frivillig. Nokre viste til at pasienten kan vere samtykkekompetent i spørsmålet om å ta medisin, men ikkje samtykkekompetent i spørsmålet om å vere innlagt, og gav dette som årsak til at det ikkje alltid blei fatta vedtak, medan andre viste til at også andre pasientar fekk tilbod om medisin frivillig utan at det blei fatta vedtak.

Enkelte viser også til at det er ulikt om det blir fatta vedtak om fasthalding ved tvangsmedisinerer, og at det internt er usemje om dette.

3.4.4 Innskrenkingar i kontakten med omverda (§4-5)

Pasientar som er innlagde kan etter vedtak bli underlagde restriksjonar når det gjeld kontakten med omverda.

Revisjonskriterium

Psykisk helsevernlova § 4-5 seier følgjande:

Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkningar i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dagar, i den utstrekning sterke behandlingssmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten

²⁰ Tala i revisjonsrapporten frå 2014 skil ikkje mellom behandling med legemiddel og behandling med ernæring.

I psykisk helsevernlova med kommentarar skriv Helsedirektoratet mellom anna følgjande om kva avgrensingar som kan følgje av husordensreglar med omsyn til pasienten sin kontakt med omverda (kommentarar til § 4-5)

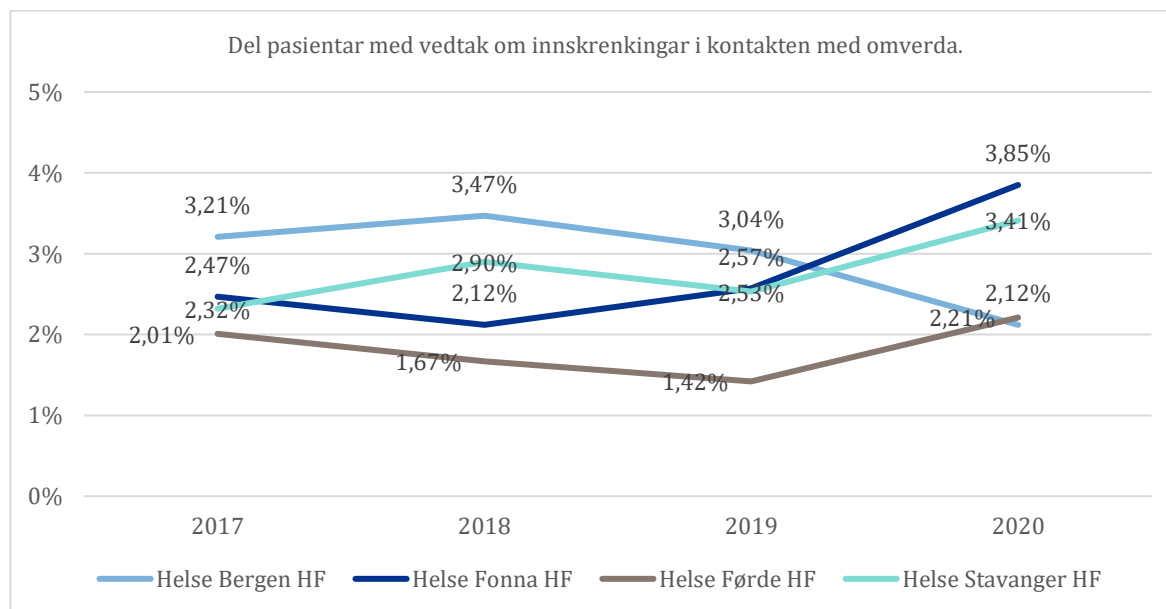
Det kan imidlertid gis generelle bestemmelser i husordensreglementet om bruk av mobiltelefon og internett. Dette vil bare kunne omfatte mindre inngripende regler som for eksempel tidspunkt for når PC på et fellesrom kan benyttes, eller at det ikke er adgang til å bruke telefon, nettbrett og lignende til å ta bilder av andre pasienter eller med motiver som kan identifisere disse. Etter direktoratets vurdering må mobiltelefon, ipad o.l. med kamerafunksjon kunne inndras dersom husordensreglementet og hensynet til medpasienters personvern ikke respekteres. Dette forutsetter imidlertid at pasienten gis adgang til å kommunisere via fasttelefon, PC, eventuelt en utlånstelefon uten kamerafunksjon, slik at retten til kommunikasjon ikke brytes.

Vedtak om innskrenkingar i kontakten med omverda i Helse Vest

Vi får opplyst at vedtak om innskrenkingar i kontakten med omverda i praksis er knytt til at pasienten blir fråtatt mobiltelefon/nettbrett. Dei intervjuja gir uttrykk for at det er høg terskel for å fatte slike vedtak, og at i dei tilfella det blir gjort ofte er knytt til omsyn til pasienten sine pårørande. Nokre viser til at pasienten kan bli fråtatt eigen telefon på grunn av brot på husordensreglar (t.d. filming av andre pasientar/tilsette i avdelinga), men at pasienten då får tilgang til avdelinga sin telefon, og at kontakten med omverda dermed ikkje er innskrenka.

Figuren under viser at det er ein relativt låg del av pasientane i føretaka som har vedtak om innskrenka kontakt med omverda.

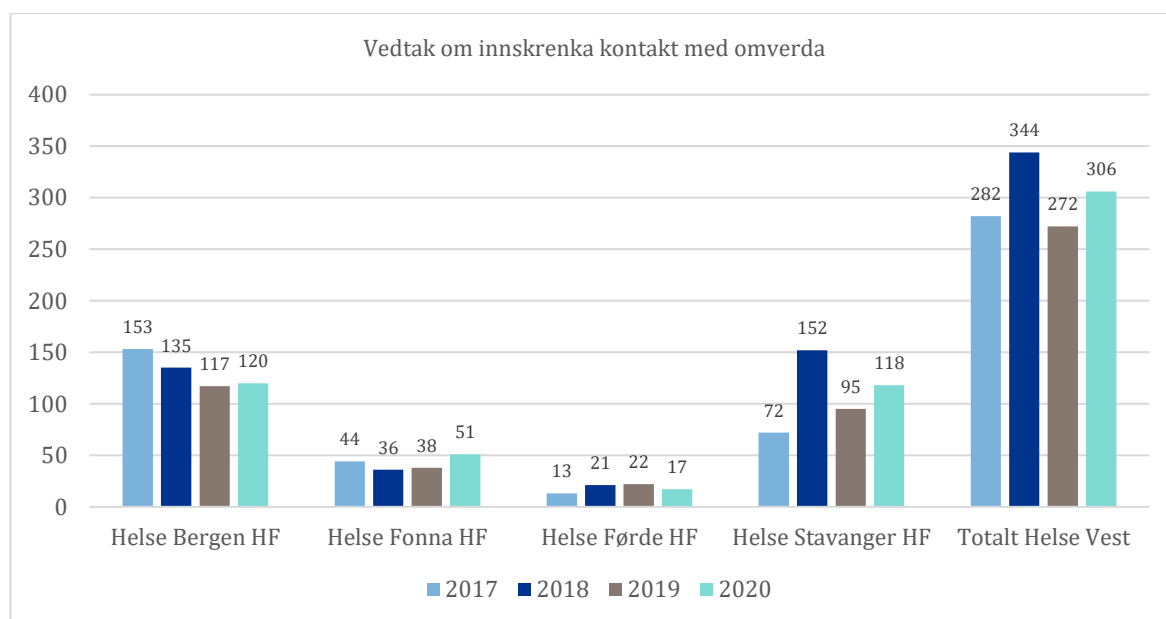
Figur 21: Del pasientar med vedtak om innskrenkingar i kontakten med omverda. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Helse Bergen har til og med 2019 hatt den høgaste delen pasientar med vedtak om innskrenka kontakt med omverda, men prosentdelane som skiljer føretaka er relativt små. I 2020 er delen pasientar med slike vedtak redusert i Helse Bergen, og føretaket har dette året lågast del av alle føretaka. I 2020 aukar delen pasientar med vedtak om innskrenka kontakt i Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger. Per 2020 er det Helse Fonna og deretter Helse Stavanger som har den høgaste delen pasientar med vedtak om innskrenka kontakt.

Figuren under viser kor mange vedtak det er fatta i føretaka om innskrenkingar i pasientane sin kontakt med omverda.

Figur 22: Vedtak om innskrenka kontakt med omverda. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Figuren viser at det er noko variasjon frå år til år i føretaka når det gjeld kor mange vedtak det blir fatta om innskrenkingar i pasienten sin kontakt med omverda.

Samanlikna med revisjonen i 2014, blir det i 2020 gjort noko færre vedtak i Helse Vest om innskrenka kontakt med omverda. Det var den gong fatta totalt 327 vedtak, per 2020 er det fatta 306 vedtak om innskrenkingar i kontakten med omverda.

3.4.5 Vedtak om undersøking av rom, eigedelar samt kroppsvisitasjon og vedtak om beslag

Pasientar som blir innlagde til døgnopphald kan bli kontrollerte for å forhindre at rusmiddel, farlege gjenstandar mm, skal bli tatt inn i institusjonen, og uønskete/farlege gjenstandar som blir funne kan beslagleggast etter vedtak.

Revisjonskriterium

Psykisk helsevernlova § 4-6 første ledd seier at ved begrunna mistanke om at rusmiddel, legemiddel, skadeleg stoff, rømingshjelpemiddel eller farlege gjenstandar er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen, kan den faglege ansvarlege vedta at pasienten sitt rom eller eigedelar skal undersøkjast og at det skal gjennomførast kroppsvisitasjon av pasienten.

§ 4-6 andre ledd opnar også for at den enkelte døgninstitusjon eller eining for døgnopphald kan innføre rutinekontroll av pasientar ved innlegging eller etter opphald utanfor institusjonen. Kontrollen kan omfatte undersøking av pasienten sine eigedelar og kroppsvisitasjon utan avkledning av pasienten. Det er ikkje nødvendig å fatte vedtak før gjennomføring av rutinekontrollar. Rutinekontrollane skal gjelde alle pasientar, og bruken av slik kontroll skal dermed ikkje knytast til subjektive forhold ved den enkelte pasient, men vere ein generell regel.

Dersom det blir funne uønskete gjenstandar under kontroll etter § 4-6 eller § 4-5 fjerde ledd kan den faglege ansvarlege vedta at gjenstandane skal beslagleggast (jf. § 4-7). Regelverket seier at

beslag av uønska gjenstand som blir funne ved kontrollar, vil måtte skje ved at det fattast vedtak om dette etter § 4-7.

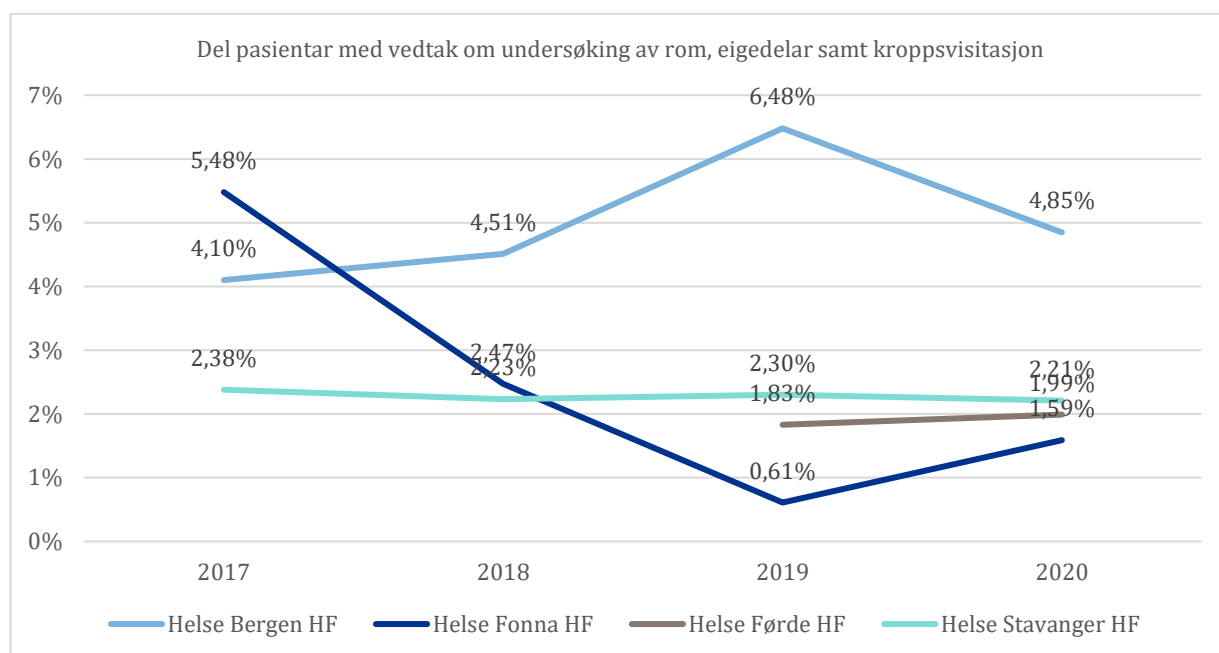
Vedtak om undersøking av rom, eigedalar samt kroppsvisitasjon og vedtak om beslag

Fleire av døgninstitusjonane i helseføretaka har rutinekontrollar ved innlegging som inneber at alle pasientar blir kontrollert ved innlegging. Dette gjeld særleg akuttmottaka som i mange tilfelle er den første avdelinga pasienten blir innlagd ved. Fleire av akuttmottaka har også metalldetektor som pasientar må gå gjennom før innlegging.

Dersom institusjonen ikkje har innført rutinekontroll ved innlegging av pasientar, må det fattast særskilt vedtak om undersøking av rom, eigedelar og kroppsvisitasjon. Også i dei tilfella der det på eit seinare tidspunkt enn ved innlegginga er identifisert behov for ein slik kontroll må det fattast eit eige vedtak.

Figuren under viser kor stor del av pasientane som har fått vedtak om undersøking av rom, eigedelar samt kroppsvisitasjon. Dette viser ikkje omfanget av undersøkingar som blir gjort som rutinekontrollar, ettersom det ikkje er nødvendig å fatte vedtak om slike.

Figur 23: Del pasientar med vedtak om undersøking av rom, eigedelar samt kroppsvisitasjon. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Sjølv om fleire har innført rutinekontrollar ved innlegging, er det likevel fatta nokre vedtak om undersøking av rom, eigedalar og kroppsvisitasjon. Som figuren over viser hadde Helse Fonna i 2017 den høgaste delen pasientar med vedtak om undersøking av rom, eigedelar og kroppsvisitasjon. Sidan 2018 er det Helse Bergen som har hatt den høgaste delen.

Helse Fonna har hatt ein betydeleg nedgang. I intervju går det fram at det blei fatta fleire slike vedtak tidlegare, men at det er innført rutinekontroll ved innskriving og at det dermed blir fatta færre vedtak.

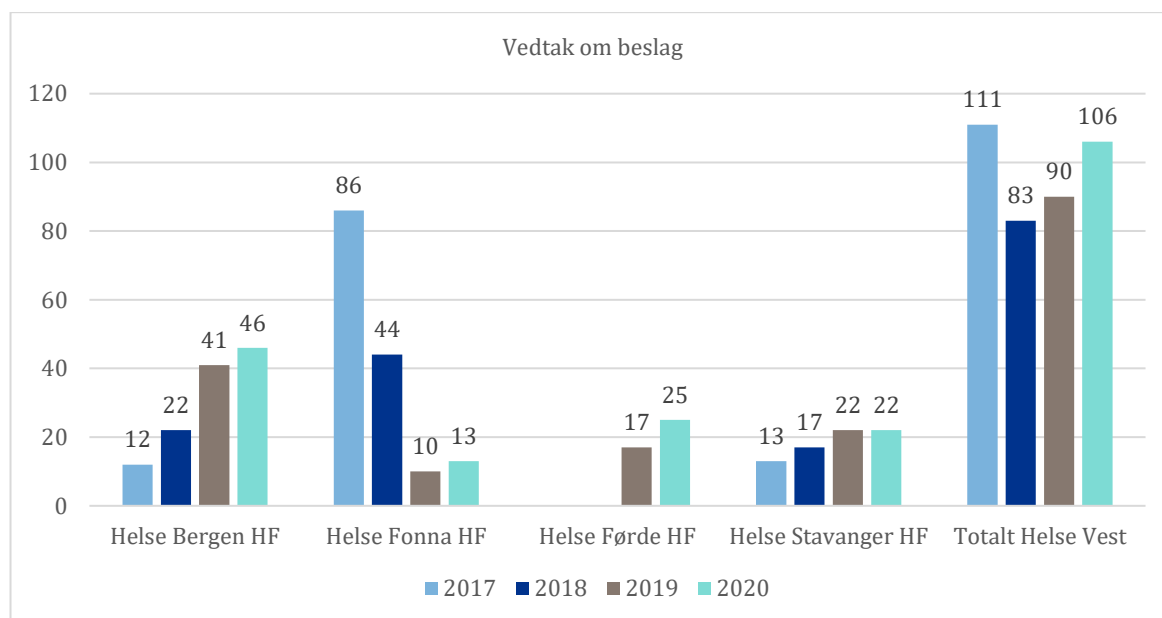
I Helse Førde er det berre i 2019 og 2020 at det er fatta vedtak om undersøking av rom/eigedalar/kroppsvisitasjon av pasientar. Dei andre åra er det ingen pasientar med slike vedtak.

Helse Stavanger ligg relativt stabilt når det gjeld delen pasientar som har fått vedtak om undersøking av rom/eigedelar/kroppsvistasjon. Det samme gjeld også Helse Bergen, med eit unntak i 2019.

I internrevisjonen i 2014 blei det fatta totalt 237 vedtak om undersøking av rom og eigedelar (125 i Helse Bergen, 40 i Helse Fonna, 1 i Helse Førde og 71 i Helse Stavanger). Til samanlikning er det i 2020 fatta totalt 305 vedtak i 2020 (219 i Helse Bergen, 15 i Helse Fonna, 59 vedtak i Helse Stavanger og 12 vedtak i Helse Førde). Det har altså vore ei auke av slike vedtak i Helse Bergen og i Helse Førde, og ein reduksjon i dei to andre føretaka.

Ved funn av uønskte gjenstandar under kontroll av pasientane (anten ved rutinekontroll eller kontrollar det er fatta vedtak om) skal det fattast vedtak om beslaglegging av gjenstandane. Figurane under viser vedtak om beslag. Her viser vi faktisk tal på vedtak for føretaka, og ikkje del pasientar med slike vedtak.

Figur 24: Vedtak om beslag. Kjelde: statistikk frå Helse Vest RHF



Figuren viser at det har vore ein auke i vedtak om beslag i Helse Bergen i perioden 2017-2020. Helse Stavanger har også hatt ein liten auke, men det er veldig små tal. Helse Førde har berre fatta vedtak om beslag dei siste to åra (2019 og 2020). Det er ikkje gjort nokon slike vedtak i 2017 og 2018. Helse Fonna fatta flest vedtak om beslag både i 2017 og 2018, på trass av at både Helse Bergen og Helse Stavanger har langt fleire innlagde pasientar per år. I 2019 og 2020 er det derimot svært få vedtak om beslag i Helse Fonna.

I revisjonsrapporten frå 2014 går det fram at det blei fatta 11 vedtak i Helse Bergen, 2 vedtak i Helse Fonna, 1 vedtak i Helse Førde og 13 vedtak i Helse Stavanger (totalt 27 vedtak). Som det går fram av figuren over har det altså vore ei auke av slike vedtak i alle føretaka. Totalt er det fatta 106 vedtak i Helse Vest i 2020.

I revisjonen i 2014 blei det påpeikt at det formelt blei gjort få beslag, men at det var sannsynleg at institusjonane i realiteten gjorde langt fleire beslag i løpet av året. Dette blei kategorisert som «oppbevaring» i revisjonsrapporten. Sjølv om det totalt sett blir fatta fleire vedtak om beslag i dag samanlikna med 2014, opplyser fleire av dei intervjuja at dei ikkje fattar vedtak om beslag dersom

pasienten gir frå seg gjenstanden frivillig og/eller det er avtalt med pasienten at gjenstanden skal oppbevarast fram til utskriving. Det er også fleire som erkjenner at ein ikkje er flinke nok til å fatte vedtak om beslag. I Helse Stavanger blir det opplyst at det ikkje blir fatta vedtak om beslag for gjenstandar som er oppdaga i metalldetektor, ettersom metalldetektoren er plassert utanfor avdelinga og «beslaget» dermed blir gjort før pasienten formelt er innlagt på post.

3.4.6 Vurdering

Som for vedtak om tvangsmiddel, er det også når det gjeld vedtak om andre tiltak under gjennomføringa av psykisk helsevern, variasjon mellom helseføretaka. Vi gjer merksam på at det er relativt små tal og at endringar frå år til år kan vere uttrykk for tilfeldig variasjon.

Det er betydeleg variasjon mellom føretaka når det gjeld kor stor del av pasientane som har **vedtak om skjerming**. Vi merkar oss likevel at variasjonen er mindre mellom føretaka i 2020 samanlikna med dei tre føregåande åra. Med unntak av Helse Fonna, har føretaka hatt ei auke i vedtak om skjerming dersom ein samanliknar tala i 2020 med tala i revisjonsrapporten frå 2014.

Internrevisjonen kan ikkje uttale seg om bruk av skjerming som eit behandlingstiltak, men merkar seg at det av fleire blir peika på at skjerminga, som følgje av dårleg tilrettelagde lokale, ikkje virkar skjermende på pasienten. Vi vil derfor understreke at det er tydeleg presisert i psykisk helsevernforskrifta at det ved skjerming av omsyn til pasienten sjølv, må vurderast om tiltaket vil ha ein gunstig behandlingseffekt. Ettersom det er avgrensa evidens for bruk av skjerming meiner internrevisjonen det er særleg viktig at det blir vurdert om skjerming som blir gjort av behandlingsmessige omsyn vil ha og har ein gunstig behandlingseffekt for den enkelte pasient eller ikkje. Internrevisjonen meiner at dette blir underbygd ved at enkelte kontrollkommisjonar i Helse Vest også gir tilbakemelding om at skjerminga må grunnleggjast betre.

Når det gjeld **behandling med legemiddel utan samtykke, er det også variasjon mellom helseføretaka når det gjeld kor stor del av pasientane som har slike vedtak, men variasjonen endrar seg mellom ulike år**. Helse Bergen hadde fram til 2020 den høgaste delen pasientar med vedtak om slik behandling, medan det i 2020 er ein høgast del i Helse Førde, som har hatt ei betydeleg auke. Også i Helse Stavanger og i Helse Fonna har det vore ei auke frå 2017 i perioden, men i Helse Fonna var det ein reduksjon frå 2019 til 2020.

Samanlikna med 2014 då sist revisjon blei gjennomført, er det totalt sett i Helse Vest gjort noko fleire vedtak om behandling utan samtykke i 2020.

Som internrevisjonen har påpeikt er det indikasjonar på at vedtak om legemiddelbehandling utan samtykke ikkje alltid blir gjort i samsvar med regelverket. Helsedirektoratet er tydelege på at ein pasient som manglar samtykkekompetanse (i relasjon til legemiddelbehandling) ikkje frivillig kan gå med på legemiddelbehandling.²¹ Det å ta medisinen «frivillig» kan også etter internrevisjonen si vurdering vere ein form for skjult tvang, ettersom det ikkje nødvendigvis er slik at pasienten opplever det som eit reelt val. På bakgrunn av det som er kome fram vil vi tilrå at alle helseføretaka tydeleggjer for dei tilsette, gjennom både opplæring og rutinar, at det skal

²¹ Helsedirektoratet: Psykisk helsevernlova med kommentarar. Helsedirektoratet skriv mellom anna om § 4-4 første ledd andre punktum: Når pasient manglar samtykkekompetanse i relasjon til legemiddelbehandling, kan legemiddelbehandlingen bare iverksettes etter vedtak med hjemmel i § 4-4 – selv om pasienten ikke motsetter seg behandlingen. Dette følger av at helsehjelp for alvorlige sinnslidelser bare kan gis med hjemmel i samtykke fra en samtykkekompetent pasient eller med hjemmel i psykisk helsevernloven. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd. En pasient som mangler samtykkekompetanse kan altså ikke "frivillig" gå med på legemiddelbehandling

fattast vedtak om behandling utan samtykke i dei tilfella pasienten manglar samtykkekompetanse i relasjon til legemiddelbehandling, sjølv om pasienten ikkje gjer motstand mot å ta medisinen. Det bør også sikrast at det er tydeleggjort at det skal fattast vedtak om tvangsmiddel etter § 4-8 dersom det er nødvendig å bruke tvang for å gjennomføre medisineringsa.

Også når det gjeld **vedtak om innskrenka kontakt med omverda**, er det variasjonar mellom føretaka, men prosentdelane som skiljer føretaka er relativt små, og det er endringar mellom ulike år. Samanliknar ein tala på vedtak i 2020 med revisjonen i 2014 er det noko reduksjon i talet på vedtak om innskrenka kontakt med omverda.

Statistikken viser vidare at det er variasjon mellom føretaka når det gjeld kor stor del av pasientane som har **vedtak undersøking av rom, eigedelar samt kroppsvistasjon**. I to av føretaka (Helse Bergen og Helse Fonna) er det variasjon i kor stor del av pasientane som får slike vedtak i fireårsperioden 2017-2020. Helse Stavanger ligg meir stabilt. I Helse Førde er det berre i 2019 og 2020 at det er fatta slike vedtak. Samanliknar ein talet på vedtak i 2020 med talet på vedtak som blei rapportert i internrevisjonen i 2014, blir det gjort noko fleire vedtak per i dag. Ved alle føretaka er det innført rutinekontrollar ved innlegging, og for denne typen kontroll er det ikkje nødvendig å fatte vedtak. Dersom det blir funne ønskte gjenstandar (slik som legemiddel, farlege gjenstandar m.m.) skal det likevel fattast **vedtak om beslag**.

I revisjonsrapporten frå 2014 blei det rapportert om eit svært avgrensa omfang av vedtak om beslag (totalt var det fatta 27 vedtak om beslag i heile Helse Vest i 2013). Det er framleis eit relativt lågt omfang av vedtak om beslag, sjølv om det samanlikna med revisjonen i 2014 har vore ei klar auke i slike vedtak (totalt 106 vedtak i 2020). Etter internrevisjonen si vurdering er det klare indikasjonar på at det framleis er slik at det ikkje alltid blir fatta vedtak om beslag i samsvar med regelverket, ettersom det går fram at det ikkje nødvendigvis blir fatta vedtak dersom pasienten gir frå seg gjenstanden frivillig eller det blir avtalt at gjenstanden skal oppbevarast på avdelinga fram til utskriving. Internrevisjonen merkar seg at det blir gitt uttrykk for at ein ikkje er flinke nok til å fatte vedtak, og tolkar dette som at dei intervjuar er kjende med regelverket men at dei ikkje fattar vedtak likevel. Internrevisjonen stiller vidare spørsmål ved at det i Helse Stavanger blir vist til at det ikkje blir fatta vedtak om beslag for gjenstandar som er oppdaga i metalldetektor, ettersom metalldetektoren er plassert utanfor avdelinga og «beslaget» dermed blir gjort før pasienten formelt er innlagt på post. Internrevisjonen kan vanskeleg sjå at dette er i samsvar med regelverket, med mindre det er politiet som beslaglegg gjenstanden.

4 REGISTRERING OG RAPPORTERING AV TVANGSBRUK

I etterkant av revisjonen i 2014 blei det gjort fleire tiltak for å betre registreringa av tvangsbruk i føretaka. Sjølv om registreringa av tvang er betre i dag samanlikna med 2014, er det framleis variasjonar i registreringspraksis, som påverkar statistikken. Korrekte data er ein føresetnad for å kunne bruke statistikk over tvangsbruk til kvalitets- og forbetningsarbeid.

4.1 Innleiing

Vi vil i dette kapittelet belyse følgjande hovudproblemstilling:

Korleis sikrar føretaka korrekt registrering og rapportering av tvangsbruk?

4.2 Revisjonskriterium

Psykisk helsevernforskrifta § 30 seier at opplysningar om vedtak om skjerming, behandling utan eige samtykke og bruk av tvangsmidlar skal førast inn i protokollar som er godkjende av Helsedirektoratet.

4.3 Protokollar over tvangsbruk

Tvangsprotokollar er dokument der all tvangsbruk som blir brukt fortløpande skal førast inn. Desse har vore, og er framleis hos nokre av føretaka, papirbaserte. I revisjonen av tvangsbruk som blei gjennomført i 2014, var ei av tilrådingane at føretaka burde innføre elektroniske protokollar over all tvangsbruk.

I samband med innføring av nytt EPJ-system (DIPS Arena) er det lagt til rette for å bruke elektroniske tvangsprotokollar. Internrevisjonen har fått opplyst at Helse Vest RHF lenge har jobba med å få dette på plass, og at det ikkje har vore mogeleg tidlegare som følgje av manglande funksjonalitet i DIPS Classic.

Vi får opplyst at alle føretaka med unntak av Helse Stavanger har gått over til DIPS Arena. Internrevisjonen får opplyst at det er vedtatt at DIPS Arena først skal innførast i Helse Stavanger i november 2022. I Helse Stavanger er det dermed framleis papirprotokollar i bruk. På intervjutidspunktet i mars 2021 fekk vi opplyst at papirprotokollar framleis også var i bruk i Helse Førde, og det blei opplyst at elektroniske protokollar skulle takast i bruk så snart det var gjennomført opplæring i nytt system.

Både Helsedirektoratet og helseføretaka har ønska å få på plass elektroniske protokollar fordi ein då unngår dobbeltregistrering av tvangsbruken (både i papirprotokollen og deretter i eit vedtak i EPJ-systemet), og fleire peikar på at dette vil heve kvaliteten på registreringa ytterlegare. I vedtaksmodulen i DIPS Arena er det lagt til rette slik at alle vedtak som blir fatta automatisk blir ført inn i tvangsprotokollen.

4.4 Regionale rutinar for å registrere vedtak om tvangsbruk

I etterkant av internrevisjonen av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2014 blei det etablert ei regional ressursgruppe som mellom anna hadde som oppgåve å etablere rutinar for å sikre rett

registrering av tvang på tvers i Helse Vest. Innføring av vedtaksmodul i DIPS Arena har også vore ein sentral del av arbeidet til ressursgruppa.

Ressursgruppa har utarbeidd **regionale registreringsrutinar** for kvar enkelt vedtakstype (mellom anna for skjerming, tvangsmiddel, beslag m.m.). Internrevisjonen får opplyst at rutinane som blei utarbeidd innleiingsvis i hovudsak var knytt til faktisk registrering i EPJ-systemet, men at rutinane seinare er utvida/reviderte med meir tekstlege skildringar av/tilvisingar til lovverk enn dei gjorde innleiingsvis. Rutinane er daterte i 2016, med unntak av rutine for skjerming som er datert i 2019. Internrevisjonen får opplyst at rutinane er forankra i fagdirektørmøtet der alle føretaka er representert.

Fleire viser til at det er nyttig med regionale registreringsrutinar, og det blir også framheva at fokuset på betre registeringspraksis har ført til betre og meir korrekt registrering av vedtak om tvangsbruk og dermed meir påliteleg statistikk, samanlikna med revisjonen i 2014. Det blir likevel gitt uttrykk for at det truleg både er mørketal og innslag av dobbeltregistrering. Gjennom intervju med leiarar og tilsette i helseføretaka går det fram at det er ulikheiter i registrerings- og vedtakspraksis som følgje av ulike fortolkningar av og kjennskap til regelverket, jf. også det vi har omtalt i tidlegare kapittel. Internrevisjonen får opplyst at det er gjort eit vedtak i fagdirektørmøtet om at dei regionale registreringsrutinane ikkje lenger skal nyttast. Årsaka til dette blir opplyst å vere at Helsedirektoratet har utarbeidd rettleiing til registrering i DIPS Arena, og at det dermed ikkje lenger er behov for eigne registreringsrutinar i Helse Vest.

For meir om prosedyrar knytt til bruk av tvang sjå kapittel 5.7.

4.5 System for å halde oversikt over utvikling i tvangsbruk

Revisjonsrapporten om tvangsbruk i psykisk helsevern frå 2014 viste at det ikkje låg føre pålitelege data for tvangsbruken i helseføretaka verken regionalt eller nasjonalt, og helseføretaka måtte sjølv legge fram og kvalitetssikre eigne tal som blei brukt i revisjonsrapporten.

Etter internrevisjonen av tvangsbruk i 2014 har Helse Vest RHF utarbeidd ein elektronisk rapport over tvangsbruken i helseføretaka som er tilgjengeleg i Styringsportalen. Rapporten hentar data frå EPJ-systemet. Rapporten gjer det mogeleg for helseføretaka å løpande følgje med på tvangsbruken i eiga verksemd, og fleire klinikkleiarar og administrerande direktørar viser til at dette er eit nyttig verktøy. På avdelingsnivå finn vi likevel at det er varierende kjennskap til og bruk av rapporten i Styringsportalen.

Regelverket presiserer at bruken av tvangsmiddel skal gjerast så kortvarig som mogeleg og gjennomførast på ein mest mogeleg skånsom og omsorgsfull måte.²² Statistikken/rapporten til Helse Vest RHF seier ikkje noko om lengden på tvangsbruken, t.d. kor lenge ein pasient har vore beltelagt eller isolert, men informasjon om det skal nedteiknast i tvangsprotokollane. Enkelte av leiarane viser til at ein gjerne skulle sett at rapporten/statistikken til Helse Vest RHF inneheldt ytterlegare data, slik som for eksempel lengde på tvangsbruken.

4.6 Vurdering

Det er internrevisjonen si vurdering at registreringa av tvangsbruk er meir korrekt i dag samanlikna med det som kom fram i revisjonen i 2014. Likevel er det eksempel som viser at det

²² Psykisk helsevernforskrifta § 26 første ledd

framleis er variasjonar i kva som blir registrert, og at endra registreringspraksis fører til endringar i statistikken utan at det faktisk skjer endringar i tvangsbruken. Som vist i kapittel 3 er det særleg nokre vedtakstypar der det blir vist til at det har vore, og framleis er, utfordringar knytt til ei lik registrering på tvers av føretaka og avdelingane. Dette gjeld særleg fasthalding og isolasjon vs. skjerming, men det er også peikt på at ein ikkje er flinke nok til å fatte vedtak om beslag, og som nemnd også indikasjonar på ulik praksis når det gjeld behandling med legemiddel utan samtykke.

I tillegg viser undersøkinga at det er ulik praksis knytt til om det skal fattast eit eller fleire vedtak når tvangsmiddel blir nytta over tid. Det er ulik forståing av kva som skal reknast inn som del av ein episode med eitt vedtak, og kva som skal reknast som fleire episodar med separate vedtak. Vi har omtalt dette nærare i kapittel 5.7.

Det er i denne undersøkinga vist til fleire eksempel på at auka merksemd rundt registreringspraksisk har ført til ei auke i talet på vedtak knytt til ulike tvangsmiddel. Både helseføretaka og RHF-et bør derfor arbeide ytterlegare med å heve kvaliteten og harmonisere registreringa. Korrekt registrering er viktig for pasientane sin rettstryggleik, og vil også heve kvaliteten på statistikken i form av at den kan gi eit meir rett bilde av faktisk tvangsbruk. Då vil statistikken kunne vere eit nyttig verktøy i utviklingsarbeidet. Internrevisjonen merkar seg at mange framhevar at innføring av elektroniske tvangsprotokollar vil heve kvaliteten på registreringa ytterlegare.

Internrevisjonen får opplyst at det ikkje lenger skal ligge føre regionale rutinar for registrering av tvang. Sjølv om det kanskje ikkje lenger er behov for felles rutinar knytt til sjølve registreringa i EPJ-systemet, meiner revisjonen at felles rutinar med skildringar av kva det skal treffast vedtak om, og i kva situasjonar, vil vere viktig om ein ønskjer ein likare registreringspraksis. Desse rutinane kan med fordel omtale kva forhold tilsette må vere særlege merksame på/vurdere for å kunne følgje regelverket. Fleire av dei intervjua opplever at regelverket er komplekst, og det er vist til mange eksempel der registreringa er ulik som følgje av ulike fortolkningar og/eller kjennskap til regelverket. Sjølv om rutinar aleine ikkje kan bidra til å sikre lik praksis, kan det vere eitt av fleire tiltak for å sikre likare praksis og felles forståing av lov- og regelverk. Det at regelverk er komplekst, aukar i seg sjølv risikoen for ulike fortolkningar og ulik registrering.

Internrevisjonen meiner vidare at det kan være føremålstenleg om RHF-et legg til rette for at helseføretaka kan samanlikne praksis på tvers når det gjeld vedtak om tvangsmiddelbruk og andre tiltak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova – for eksempel ved hjelp av opplæringscase og benchmarking av praksis for registrering. Dette både for å kunne sjå nærare på omfanget av variasjon, og bidra til læring både i og på tvers av føretaka.

Internrevisjonen vil vidare oppmode RHF-et til å utvikle eigen tvangsrapport ytterlegare. Når alle helseføretaka har tatt i bruk elektroniske protokollar, bør det undersøkast om det kan leggjast til rette for at m.a. lengden på vedtaka og tid på døgnet tvangen blei brukt, også blir tatt inn i rapporten i Styringsportalen. Dette vil gi helseføretaka betre innsikt i tvangsbruken både i eiga verksemd og i andre føretak, og legg til rette for ytterlegare data som kan nyttast i kvalitetsarbeidet.

5 SYSTEM FOR Å HANDTERE TVANGSBRUKEN

Representantar for alle dei fire føretaka viser til at føretaka er opptatt av å redusere og førebyggje bruk av tvang. Dette kjem klart til uttrykk både hos øvste leiing og hos tilsette i dei enkelte avdelingane. Det blir framheva at det er viktig å sikre rett bruk av tvang, og at det ikkje utelukkande blir fokusert på reduksjon av tvang.

Sjølv om det er høg merksemd på rett bruk av tvang, er det samtidig i alle helseføretaka uttalt at det er eit potensiale for å redusere tvangsbruken i føretaka og at det er viktig å følgje dette opp. Undersøkinga viser at det i for liten grad er sett konkrete mål eller definert tydelege korleis Helse Vest og føretaka framover skal arbeide med å sikre rett bruk av tvang og førebyggje bruk av tvang.

5.1 Innleiing

Som nemnt i kapittel tre har det vore eit krav i oppdragsdokumenta i fleire år at tvangsbruken skal reduserast.

Vi vil i dette kapittelet svare på følgjande hovudproblemstillingar:

- *Korleis sikrar den enkelte verksemd redusert og riktig bruk av tvang i det psykiske helsetilbodet?*
- *Kva slags prosedyrar finst for bruk av tvang?*
- *Kva type vurderingar vert gjort – og kva tiltak vert sett i verk - for å førebyggje bruk av tvang?*

5.2 Revisjonskriterium

Krav til internkontroll og kvalitetsforbetring i spesialisthelsetenesta er mellom anna regulert i forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Føremålet med forskrifta er å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivinga blir overholdt (§ 1).

Forskrifta inneheld ei rekke plikter knytt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda. Mellom anna inneber dette at verksemda skal

- ha oversikt over område i verksemda kor det er risiko for svikt eller manglar, samt planlegge korleis risiko kan minimaliserast
- ha oversikt over medarbeiderande sin kompetanse og behov for opplæring, samt sørge for at medarbeiderane har nødvendig kunnskap og kompetanse om aktuelt fagfelt, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem
- utvikle, iverksette og forbetre naudsynnte prosedyrar, instruksar, rutinar m.m
- ha oversikt over avvik samt gjennomgå avvik for å førebyggje liknande forhold

Eit sentralt moment knytt til tvangsbruk, er at det blir fatta vedtak om tvangsbruk, og at pasienten og næraste pårørande blir informert om vedtak som er fatta, ettersom vedtak gir klageadgang og i nokre tilfelle også rett til advokatbistand.

Psykisk helsevernforskrifta § 10 tredje ledd sier følgjande om **underretning** om vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern:

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende. Dersom offentlig myndighet har framsatt begjæring etter § 7, skal også denne underrettes om vedtaket. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 17 tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7

Pasienten og næraste pårørande har i tillegg rett til å uttale seg før vedtak blir fatta jf. psykisk helsevernlova § 3-9.

For vedtak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova (slik som tvangsmiddelvedtak) har pasienten rett til å uttale seg før det blir treft vedtak, men pårørande har ikkje denne retten. Pårørande har imidlertid rett til å bli underretta om ei rekke vedtak etter psykisk helsevernlova kapittel 4, mellom anna vedtak om tvungen legemiddelbehandling, bruk av tvangsmidlar og skjerming, samt rett til å påklage slike vedtak til kontrollkommisjonen/fylkesmannen.

I psykisk helsevernforskrifta med kommentarar²³ skriv Helsedirektoratet om § 27 tredje ledd at pasient og næraste pårørande skal underrettast om vedtaket så snart som mogeleg, og at underretning i utgangspunktet skal gis skriftlig (i praksis i form av ein kopi av vedtaket). Vidare skal det gis opplysningar om klageadgang, klagefrist, klageinstans og framgangsmåte for klage.

Vidare skriv Helsedirektoratet i psykisk helsevernforskrifta med kommentarar at sjølv om pasienten motset seg at pårørande får underretning om vedtak etter kap. 4, vil næraste pårørande likevel ha rett til informasjon om pasienten si helsetilstand og den helsehjelpa som følgjer av vedtaket dersom forholda tilseier det eller pasienten openbart ikkje kan ivareta egne interesser (pasient og brukarrettslova § 3-3). Informasjonen er viktig for at pårørande skal kunne ivareta pasienten sine rettar, særleg medverknad til behandling og klagerettane.

Pasientar har også rett på å få tilbod om ein samtale *etter* tvangsbruken, jf. psykisk helsevernlova § 4-2 tredje ledd. I psykisk helsevernlova med kommentarar skriv Helsedirektoratet m.a. følgjande (om § 4-2 tredje ledd):

I dette ligger det en klar forpliktelse for institusjonen til å gjøre en innsats for å trekke pasienten med i evaluering av tvangsbruken.

(...)

Formålet er læring, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling. Evalueringen skal belyse om det mest hensiktsmessige av aktuelle tiltak ble valgt, om det ble iverksatt på riktig tidspunkt, om det kunne ha vært gjennomført på en måte som pasienten ville ha opplevd som mer skånsom og om pasienten fikk tilpasset informasjon før iverksettelsen. Pasientens

²³ [Helsedirektoratet: Psykisk helsevernforskrift med kommentarar](#)

vurdering av hva som utløste situasjonen der tvangen ble tatt i bruk og hvordan nye episoder kan forebygges, er også viktige å få frem.

5.3 Styringssignala frå Helse Vest RHF til føretaka

5.3.1 Styringsdialog

I oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF blir det som nemnt i kapittel tre, stilt krav om å redusere tvangsbruken. Dette er vidareført i styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til føretaka. Det er ikkje nærare spesifisert i styringsdokumenta frå RHF-et kor mykje tvangen skal reduserast, kva tvangsbruk som skal reduserast eller korleis RHF-et ønskjer at føretaka arbeider med å redusere tvangsbruk.

RHF-et opplyser at det er høg merksemd på å kartlegge utfordringsbildet for å finne ut korleis dei kan redusere tvangsbruken. Sjølv om dei formelle styringssignala blir gitt i styringsdokumenta og i føretaksmøta, er det lagt til rette for å arbeide konsensusbasert med temaet mellom føretaka. Det er etablert ulike fora for dialog der RHF-et kan rette merksemd på temaet og utfordre føretaka på kor handlingsrommet er, slik som dialogmøte mellom Helse Vest RHF og dei administrerande direktørane i føretaka.

I tillegg til dialogen som føregår på toppleiarnivå, får internrevisjonen opplyst at det også er dialog om tvangsbruk i fagdirektørmøta, samt tett kontakt mellom klinikkdirektørane innan psykisk helsevern. Det er også samarbeid og dialog mellom tenestene i føretaka og fagavdelinga i Helse Vest RHF, samt i den regionale ressursgruppa for tvang. Vi vil omtale ressursgruppa nærare i kap. 5.5.

5.3.2 Rapportering

Internrevisjonen får opplyst at styret i Helse Vest RHF får månedleg rapportar om tvangsinnleggingar og tvangsmiddelbruk. Føretaka rapporterer også til RHF-et gjennom årleg melding på om måla knytt til tvangsbruk er nådde, og RHF-et rapporterer vidare til HOD.

I dei årlege meldingane til HOD er det i liten grad skildra kva konkrete tiltak som har hatt effekt for å redusere tvangsmiddelbruk, men det er vist til ulike forklaringsfaktorar på tvangsbruken, og kva tiltak det blir arbeidd med.

I 2020 rapporterte Helse Vest RHF i si årlege melding til HOD om at tal pasientar med tvangsmiddelvedtak samla sett har gått ned frå 2019 til 2020. Helse Vest RHF rapporterer om at felles tiltak for heile regionen er innføringa av det nasjonale kompetanseprogrammet MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), og at RHF-et i 2021 vil jobbe vidare med innføring av programmet. I tillegg blir det vist til at alle helseføretaka har hatt ulike tiltak for å førebyggje tvang. Eksempel er etablering av ACT-team og FACT-team, innføring av recovery som verdigrunnlag, innføring av nye behandlingsmetodar som IMR i psykosebehandling, brukarstyrte senger og auka kompetanse hjå vedtaksansvarlege.²⁴

I 2019 rapporterte Helse Vest RHF i årleg melding at Helse Vest RHF ikkje er nøgd med at tala på tvangsbruk innan psykisk helsevern ikkje ser ut til å gå ned, og at målet ikkje blei nådd. I rapporteringa til departementet blir det vist til at endringane i tvangslovgivinga frå 2017 har ført til at fleire pasientar har avslutta behandling, fått forverring og ny innlegging (få og langvarige

²⁴ [Årleg melding 2020](#)

innleggingar er erstatta med kortare, men fleire innleggingar for same pasient). Helse Vest RHF viser også til aukande grad av dom for overføring av straffedømte til tvungent psykisk helsevern. Når det gjeld bruk av tvangsmiddel, viser Helse Vest RHF til at det er omfattande endringar av bruk av rusmidlar (såkalla syntetiske rusmiddel) og at mange slike nye rusmiddel kan føre med seg åtferd som gjer at tvangsbruk blir nødvendig. Helse Vest RHF rapporterer vidare om tiltaka som er sett i verk i regionen, under dette innføring av tvangsrapporten i Styringsportalen i 2017 som gjer at helseføretaka kan følgje med på eigne tvangstal, utarbeiding av felles regionale rutinar for registrering og praktisering av tvangsmiddelbruk samt regionale kurs om lov om psykisk helsevern.²⁵ Det er rapportert om at helseføretaka også har iverksett tiltak, men desse er ikkje nærare gjort greie for.

I 2018 rapporterte Helse Vest RHF i årleg melding både på tvangsinnleggingar (ettersom det var eit mål om å redusere tvangsinnleggingar i oppdragsdokumentet for 2017) samt bruk av tvangsmiddel. I den årlege meldinga blir det vist til at Helse Vest RHF ikkje nådde målet om færre tvangsinnleggingar, og at tala ser ut til å gå opp. Helse Vest RHF rapporterer vidare at tala på tvangsbruk ikkje ser ut til å gå ned, og at målet om å redusere dette heller ikkje er nådd. Det blir vidare rapportert om ulike regionale tiltak for å følgje opp dette, samt kva spesifikke tiltak føretaka har arbeidd med for å redusere tvang/sikre rett bruk av tvang.

5.4 Føretaka si oppfølging av styringsdokumentet

Føretaka gir uttrykk for at styringssignalet frå Helse Vest RHF om reduksjon av tvang er klart oppfatta. Ingen av føretaka har per i dag operasjonalisert ytterlegare kva som ligg i målet om redusert tvangsbruk for sine føretak, med omsyn til kor stor reduksjon dei meiner er realistisk, ev. om det er nokre typar tvangsbruk som skal reduserast meir enn andre.

Fleire av toppleiarane viser til at det å sette mål og følgje opp desse er viktig for å kunne redusere bruken av tvang, og fleire framhevar også at merksemd omkring temaet i seg sjølv er eit viktig verkemiddel. Samtidig er det på alle leiarnivå framheva at det er viktig å ha eit fokus på rett bruk av tvang, og at det ikkje einssidig blir fokusert på ein reduksjon. Det blir framheva at det ikkje nødvendigvis er talfesting av reduksjon som er det viktigaste for å følge opp tvangsbruken, men heller følgje opp at ein set iverk tiltak som ein meiner har betydning for å få etablert ein *rett bruk av tvang*.

Internrevisjonen får opplyst at det er noko ulikt i kva grad styra i føretaka etterspør eller får systematisk rapportering omkring tvangsbruk utover rapportering på dei nasjonale kvalitetsindikatorane. For Helse Stavanger får vi opplyst at styret blir haldne jamleg orientert om tvangsbruk gjennom verksemdsrapporten. I Helse Bergen får vi opplyst at styret har godkjent handlingsplan som er utarbeidd for å følgje opp rapport frå Sivilombodsmannen²⁶ i 2018, og at styret vil be om rapportering på korleis tiltak i handlingsplanen er følgt opp. Helse Førde opplyser at styret har vore opptatt av psykisk helsevern og har ved fleire høve etterspurt dette i administrerande direktør (AD) si orientering. AD opplyser at det ligg føre planar om tettare rapportering om tvangsbruk frå klinikken til AD, og at det har blitt føreslått at også styret får innsikt i denne rapporteringa. Helse Fonna opplyser at det var styret i si tid som vedtok plan for

²⁵ [Årleg melding 2019](#)

²⁶ [Mandat, metode og arbeidsområder - Sivilombudsmannen](#). Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten. Det er for eksempel fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. På bakgrunn av besøkene gir Sivilombudsmannen anbefalinger med sikte på å forebygge tortur og umenneskelig behandling.

psykisk helsevern som også omhandla tvang, men at det ikkje har vore konkrete saker som omhandlar tvangsbruk den seinare tida.

5.5 Planar og tiltak knytt til tvangsbruk

Både i Helse Vest RHF og i føretaka er det vist til fleire viktige område som det må arbeidast meir med for å få etablert rett bruk av tvang i føretaka. Noko av desse områda er også peikt på å kunne virke førebyggjande på tvangsbruken.

RHF-et har iverksett ulike planar og tiltak på regionalt nivå som er knytt til tvangsbruk:

- I 2011 blei det etablert ein regional plan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helse i Helseregion Vest²⁷. Denne er ikkje revidert, men Helse Vest RHF vedtok i 2019 Regional plan for psykisk helsevern 2020-2024. Planen skal vere retningsgivande for utviklinga innan psykisk helsevern i føretaksgruppa i Helse Vest. I planen er eit av satsingsområda «Medverknad, samval og frivilligheit», og eit av underpunkta gjeld «Kvalitetssikra og redusert bruk av tvang». Det går fram at sentrale tiltak for dette område vil vere å følgje opp handlingsplanar for rett bruk og redusert bruk av tvang, og å auke kompetansen om psykisk helsevernlova, mellom anna gjennom e-læringskurs. Det er også utarbeidd ein regional handlingsplan i forlengelsen av planen²⁸. Tvang blir ikkje særskilt nemnt i handlingsplanen, men eit av tiltaka er «Vidareutvikling av sikkerheitspsykiatrien i Helse Vest, herunder dimensjonering, samarbeid og kompetanseheving».
- Administrerende direktør i Helse Vest RHF framhevar arbeidet med **Regional plan Sikkerhetspsykiatri – 2021-2025** som eit av dei viktigaste regionale tiltaka for å førebyggje/reducere tvang. Bakgrunn for ein regional plan på dette området er ein for lav kapasitet i sikkerhetspsykiatrien i Helse Vest. Konsekvensen av lav kapasitet i sikkerhetspsykiatrien er at pasientane blir innlagde på ordinære akutt/psykosepostar, som i utgangspunktet ikkje er dimensjonerte for å behandle desse pasientane. Fleire er inne på at åtferda til desse pasientane fører til bruk av tvang. Det blir også peikt på at det vanskeleggjer miljøterapeutisk arbeid i avdelingane. Å få auka kapasiteten på sikkerhetspsykiatrien blir derfor vurdert som eit viktig tiltak for å kunne førebyggje bruk av tvang.

I tillegg har Helse Vest RHF sett i verk følgjande konkrete tiltak:

- I etterkant av førre internrevisjon i 2014 blei det som tidlegare nemnt etablert ei **regional ressursgruppe** knytt til arbeidet med tvangsbruk. Sjå nærare omtale av ressursgruppa under.
- Det har også blitt etablert **e-læringskurs** for å auke kompetansen om psykisk helsevernlova.
- Det er utarbeidd ein rapport over tvangsmiddelbruken i Styringsportalen som gjer det mogeleg å følgje med på utviklinga i tvangsmiddelbruken (sjå nærare omtale i kap. 4)

I den **regionale ressursgruppa for tvang** deltek representantar frå fagavdelinga i RHF-et, brukarrepresentant samt representantar frå helseføretaka. Internrevisjonen får opplyst at ressursgruppa blei etablert i 2014 etter revisjonen som blei gjennomført, og at hovudoppgåvene

²⁷ Mest mogleg frivillig behandling! Regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helse i Helseregion Vest 2011–2015

²⁸ Regional plan for psykisk helsevern 2020-2024 i Helse Vest. Handlingsplan. Styresak 02.09.2020

dei første åra var å arbeide med å sikre rett registrering av tvangsbruk. Internrevisjonen får opplyst at mandatet til gruppa er utvida dei seinare åra, for å fungere som ei ressursgruppe også utover det som gjeld faktisk registrering. Ressursgruppa har følgjande oppgåver (henta frå ressursgruppa sitt mandat):

- *Gjensidig orientering om nasjonalt og regionalt arbeid med tvang*
- *Innføring av vedtaksmodul i DIPS Arena*
- *Følg med på utviklingen av bruk av tvang*
- *Foreslå nye prosjekt som understøtter rett og kvalitetssikret bruk av tvang som helseforetakene kan samarbeide om*
- *Samarbeide om opplæring og kompetansebehov*
- *Samarbeide om registreringspraksis*
- *Følg med på utviklingen av bruk av tvang etter ny lovendring*
- *Bidra til å spre aktuell informasjon i fagmiljøene i helseforetakene*

Representantar frå RHF-et viser til at ressursgruppa har oppe fast sak om orienteringar om nasjonalt og regionalt arbeid, og at tilsynsrapportar alltid blir drøfta og delt på tvers mellom føretaka.

Det blir vidare vist til at ressursgruppa har tatt initiativ om felles opplæring, og at dei elles har ei rolle i å drøfte statistikken og påpeike variasjonar/stille spørsmål ved tala til eksempelvis klinikkdirektørar. Det blir peikt på at ressursgruppa har ei rolle i å bidra til harmonisering og lik fortolkning, men det blir samtidig understreka at rolla til RHF-et er å oppmode og leggje til rette, og at ansvaret ligg i linja i helseføretaka.

Det er også samarbeid mellom føretaka i andre fora. På leiarnivå er det fleire som peikar på at psykisk helsevern er «best i klassen» når det gjeld samarbeid på tvers. Sjølv om det gjennomgåande blir vist til at det er godt samarbeid på leiarnivå, blir peikt på at det kunne vore lagt betre til rette for læring/samarbeid på tvers for fagpersonell. Nokre framhevar at «benchmarking» opp mot andre er viktig for å avstemme praksis. Dette blir i liten grad gjort per i dag, sjølv om det som nemnd over også blir vist til eksempel der ein har gjennomgått tilsynsrapportar for å vurdere eigen praksis.

Internrevisjonen i 2014 viste at føretaka hadde utarbeidd handlingsplanar for tvangsbruk, men at dei i varierende grad blei følgt opp. Ei av tilrådingane frå revisjonen i 2014 var at desse planane i større grad burde følgjast opp. Helse Fonna har ein eigen handlingsplan for rett og redusert bruk av tvang frå 2013, som internrevisjonen har fått opplyst at blir gjennomgått årleg og revidert kvart andre år med unntak av for 2020 grunna covid-19. For dei andre føretaka ligg det i liten grad føre slike overordna handlingsplanar frå nyare tid som er førande for aktivitetane i dag (utover dei som er nemnt over frå regionalt nivå). Føretaka viser til utviklingsplanen for føretaka som dei enten har etablert, eller som dei er i ferd med å revidere, men desse er i liten grad konkrete med omsyn til mål for tvangsbruk. I Helse Fonna sin handlingsplan for redusert og korrekt bruk av tvang i klinikk for psykisk helsevern (datert i 2018) er det sett både kvantitative og kvalitative mål, mellom anna at alle medarbeidarar skal gjennomføre MAP. Helse Fonna opplyser også at alle DPS skal ha ACT og/eller FACT team, samt at det er etablert og sett i system faste årlege dialogmøte med fokus på tvang. Desse blei gjennomført digitalt under covid-19.

Helse Bergen viser til at handlingsplanen som er utarbeidd ved psykiatrisk klinikk etter rapport frå Sivilombodsmannen i 2018 er sentral for føretaket sitt arbeid med å sikre rett bruk av tvang.

Planen inneheld ei rekke oppfølgingspunkt knytt til skjerming, kompetanse, rutinar og bruk av tvang.

To av føretaka har hatt konkrete prosjekt for å redusere tvangsbruk. Helse Stavanger har gjennomført eit prosjekt ved to akuttpostar med mål om å redusere bruken av mekanisk tvang. Prosjektet hadde parallelle mål, som at reduksjon ikkje skulle gå på bekostning av pasienten eller personalet sin tryggleik. I prosjektet var det definert tydeleg mål for reduksjon i tvangsbruk, og resultat/utvikling blei jamleg følgt opp og analysert. Det blei oppnådd reduksjon i bruk av mekanisk tvang på begge sengepostane ifølgje sluttrapporten frå prosjektet. Det går fram at det var ei forventning om at reduksjon i mekanisk tvang ville auke talet på kortvarige fasthaldingar, noko som også skjedde. Prosjektrapporten viser vidare til at skadar på pasient og tilsette (meldt i Synergi) ikkje auka i prosjektperioden. Føretaket opplyser at prosjektet vil bli implementert i andre døgnpostar.

Helse Fonna har hatt eit prosjekt om riktig og redusert bruk av tvang i akuttpostane (2016). Måla var å redusere talet pasienter som blir tilvist på tvang med 15 %, redusere bruken av mekaniske tvang med 50 % og redusere bruken av skjerming med 20%. Det blir opplyst at prosjektet enda med at beltesengene i akuttpostane både i Haugesund og på Valen blei fjerna. Som påpeikt tidlegare har Helse Fonna fortsatt den høgaste delen pasientar i døgnbehandling med vedtak om mekanisk tvang.

Nokre av føretaka har henta inspirasjon og brukt erfaringar frå institusjonar utanfor regionen. Både Helse Stavanger og Helse Fonna viser til Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo. Mellom anna har tilsette i Helse Stavanger hospitert ved Lovisenberg for å lære om korleis dei har jobba med å redusere tvangsbruk. Dette blir framheva som eit godt tiltak og som noko ein burde gjort meir av. Øvste leiing i Helse Bergen peikar på at ein truleg kunne vore flinkare til å hente erfaringar/lære frå andre samanliknbare regionsjukehus.

5.6 Kompetanse og opplæring

Alle helseføretaka viser til at **kompetanse er eit viktig tiltak for å sikre rett bruk av tvang**, og samtlege er i gang med å implementere det nasjonale opplæringsprogrammet **MAP, møte med aggresjonsproblematikk**, slik også Helse Vest RHF har rapportert om i årleg melding for 2020.

Opplæringsprogrammet MAP inneheld både teori, simulering og trening i fysiske teknikkar. I tillegg til MAP har føretaka anna internundervisning, mellom anna knytt til psykisk helsevernlova.

I intervju i dei ulike føretaka går det fram at det er variasjon når det gjeld kor mykje MAP-aktivitet det har vore. Noko av dette blir tilskrive at det har vore krevjande å gjennomføre fysisk trening under koronapandemien og/eller mangel på lokale der treninga kan gjennomførast, men i intervju blir det også peikt på at planlagt MAP-aktivitet kan utgå som følge av at det er travelt på avdelingane. Vi får også opplyst at defuse/debrief, som er «etterarbeidet» i MAP (samtalar med tilsette etter episodar med tvangsbruk) kan utgå.

I intervju er det fleire som trekk fram at MAP er eit godt tiltak for å førebyggje tvangsbruk og trygge tilsette i situasjonar med aggresjon. Samtidig er det nokre som uttalar at dei ikkje opplever at den opplæringa/treninga dei får tilbod om er tilstrekkeleg, og andre som gir uttrykk for at MAP i stor grad er «brannsløkking» og at det er behov for betre rammer (fysiske og personalmessige) for å kunne førebyggje tvangsbruk i tilstrekkeleg grad.

Helseføretaka har i tillegg til formaliserte kurs/opplæringsmodular slik som MAP, gjennomføring av felles kurs innan t.d. psykisk helsevernlova og planar for internundervisning ei rekke arenaer som skal bidra til læring og/eller har ein internkontrollfunksjon når det gjeld bruk av tvang. Det varierer litt mellom helseføretaka kva fora som er etablert og på kva nivå det blir arbeidd med ulike saker. Eksempel på slike fora er mellom anna ulike leiarmøte, møteplassar for spesialistar/vedtaksansvarlege, møte/dialog med kontrollkommisjonane, avdelingsmøte/personalmøte, kvalitetsråd/pasienttryggleiksforum, gjennomgangar av hendingar og etisk refleksjon.

Fleire av informantane, både tilsette og leiarar, påpeikar viktigheita av **miljøterapeutisk arbeid** i avdelingane. Nokre av leiarane er også inne på at det truleg er eit uutnytta potensial med omsyn til å få brukt den kompetansen miljøpersonalet har til å førebygge bruk av tvang. Fleire av dei som er intervjuar i avdelingane fortel at det å arbeide godt med miljøterapi er med på å skape relasjonar mellom tilsette og pasientar, som kjem godt med i prekære situasjonar der det kan hindre bruk av tvang. For faglært personell vil miljøterapi vere ein sentral del av utdanninga, men internrevisjonen får opplyst at det er ein høg del ufaglærde i psykisk helsevern. Enkelte peikar på at det er eit behov for betre kunnskap og/eller haldningsendring kva gjeld miljøterapeutisk tilnærming til pasientar for å ikkje bli låst til reglar/rutinar, men heller vurdere og tilpasse samhandlinga til pasienten sin tilstand.

5.7 Prosedyrar for bruk av tvang

Dei elektroniske kvalitetshandbøkene til helseføretaka er omfattande og inneheld rutinar og prosedyrar for alt i frå administrative forhold, personalhandbok, HMS, fagspesifikke prosedyrar, rutinar knytt til pasientbehandling m.m. I kvalitetshandbøkene ligg også rutinar som er knytt til tvangsbruk. Oppbygging, utforming og innhald i kvalitetshandbøkene varierar noko mellom føretaka.

Som omtalt i kapittel fire ligg det føre felles regionale rutinar for registrering av ulike typar tvangsmiddel og andre vedtak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova. Det er etablert regionale rutinar for alle typar tiltak som krev vedtak etter psykisk helsevernlova, og dei ulike rutinane inneheld omtale av kva praksis som er i samsvar med regelverket. Det er også ytterlegare referansar/tilvising til regelverket i rutinane.

Helseføretaka viser til at desse regionale rutinane blir nytta, men dei har i tillegg eigne prosedyrar for bruk av tvang. Både dei regionale rutinane og dei føretaksspesifikke rutinane er tilgjengelege i kvalitetshandbøkene til føretaka.

Helse Førde opplyser at føretaket i hovudsak legg til grunn dei regionale rutinane som er utarbeidd når det gjeld tvang, men føretaket har også nokre lokale rutinar (rutinar for kvalitetssikring av tvang, helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse, handsaming av klagesaker frå pasientar, ettersamtale ved tvangstiltak og praktisk gjennomføring av skjerming).

I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen er det i tillegg til regionale rutinar utarbeidd eigne rutinar knytt til gjennomføring av tvang etter § 4-8, som er tilgjengeleg i dei elektroniske kvalitetshandbøkene. Det er i ulik grad av overlapp mellom regionale rutinar og rutinar i føretaka. Det er også i varierende grad vist til dei regionale rutinane i dei føretaksspesifikke rutinane om same tema. Rutinane varierer også mellom føretaka på dei same områda.

I intervju med tilsette har vi spurt om det er tilstrekkeleg med rutinar knytt til tvang og om dei er kjende med kor dei kan finne rutinane. Det blir i hovudsak gitt uttrykk for at det er tilstrekkeleg med rutinar og at dei tilsette er kjende med at rutinar finst i dei elektroniske kvalitetshandbøkene. Når det gjeld kjennskap til dei regionale rutinane var det fleire av dei intervjuua som ikkje kjende til den regionale rutinen for skjerming. Nokre av dei intervjuua viser til at det kan vere vanskeleg å orientere seg i alle rutinane og korleis dei heng saman.

Det blir vidare vist til at det er ei utfordring å sikre tilstrekkeleg implementering av rutinar, og at det kan vere ulike tersklar knytt til om tilsette aktivt går inn i kvalitetshandbøkene for å lese seg opp på rutinar. Mellom anna blir det peikt på at ikkje alle tilsette (t.d. miljøpersonalet) har eigne PC-ar. Vidare blir det peikt på at det kan vere ei utfordring å ha tilstrekkeleg tid til å lese seg opp på rutinar og/eller at tilsette ikkje opplever at dei har behov for å lese seg opp på rutinar ettersom dette er ting dei kan og arbeider med kvar dag. I intervju blei det også av nokre av behandlarane peikt på at dei oppsøkte lovtekstar/lovfortolkningar direkte ved tvil eller ved behov for oppdatering.

Samtidig har fleire av dei intervjuua, på tvers av føretaka, framheva at det som er vanskeleg er «gråsonene» i regelverket, og at det er vanskeleg å vurdere kva som skal tolkast og korleis. Rutinane omtalar berre i avgrensa grad slike gråsonar, sjølv om det også er eksempel på at nokon slike «gråsoner» er omtalt (slik som Helse Stavanger og Helse Fonna sine rutinar for skjerming som særskilt omtalar forskjellar mellom isolasjon og skjerming). I intervju med tilsette i Helse Bergen blir det vist til at det har vore snakka om at det skal vere fokus på slike «gråsoner» framover, men at det i liten grad skjer per i dag. Også i andre føretak/avdelingar går det fram at det er gråsonar som inneber vurderingar og at det blir diskusjonar av kva som er rett praksis fordi det ikkje er definert tydeleg korleis ein skal handtere dette.

Det er fleire konkrete eksempel på at dei skriftlege rutinane ikkje nødvendigvis blir etterlevd. Det blir vist til ulike årsaker til dette, slik som at:

- tilsette ikkje er kjent med rutinane,
- det er uklart kva som skal gjerast i dei einskilte tilfella (pga grensetilfelle),
- tilsette har ulike tolkingar av lovverket og rutinane,
- leiinga og fagleg ansvarlege har ulike tolkingar av regelverket som dei tilsette på avdelingane må forholde seg til

I intervjuua som internrevisjonen har gjennomført er det fleire eksempel på at dei intervjuua tolkar reglar ulikt og at det er etablert ulik praksis knytt til kva det skal fattast vedtak om. Det er ikkje berre mellom føretaka det er ulik praksis, men også mellom avdelingar og postar i same føretak. I eit av intervjuua blir det vist til at «kvar enkelt post prøver å gjere det som står i lovverket, men dei har ulik forståing av kva som er meint».

Eksempel på tilfelle der praksis synes å vere ulik, og der det er praksisar som kan vere i strid med regelverk og rutinar:

- praksis når ein pasient som blir tilvist frivillig, ikkje har samtykkekompetanse
- kva som tel som fasthalding (både som eige tiltak og i samband med andre tvangsmiddel, eller knytt til lengden på fasthaldinga samt fasthalding sett opp mot «føring»)
- vedtak om isolasjon vs. skjerming

- vedtak om legemiddelbehandling utan samtykke når pasienten ikkje motset seg å ta medisinen
- vedtak om bruk av tvangsmiddel dersom legemiddelbehandling utan samtykke må gjennomførast med tvang
- vedtak om beslag
- involvering av pårørande
- utarbeiding av skjermingsplan for pasientane
- gjennomføring av ettersamtalar
- bruk av tvang etter at vedtaksperioden er utløpt (nokre viser til at det er vanskeleg å følgje med på fristane, men mange viser også til det motsette)

Internrevisjonen får opplyst at fleire av desse problemstillingane blir drøfta i føretaka og i dei ulike avdelingane.

5.8 Risikovurderingar knytt til tvang

Risikovurderingar på verksemdsnivå

Internrevisjonen har fått tilsendt ei rekke risikovurderingar og handlingsplanar på klinikk- og/eller avdelingsnivå frå både Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen. Ein betydeleg del av risikovurderingane frå desse føretaka omhandlar risiko knytt til HMS og vald og truslar, og korleis ein skal redusere slike risikoar. Noko av risikovurderingane omhandlar også direkte eller indikerte risikoar knytt til tvang, men ein betydeleg del er altså knytt til HMS. Helse Førde opplyser at dei ikkje har gjennomført risikovurdering på einings- seksjons- eller avdelingsnivå når det gjeld tvang dei siste åra.

Risikovurderingar og tiltak på pasientnivå

Internrevisjonen får opplyst at det blir gjort risikovurderingar av den enkelte pasient. Det er ulike metodar/verktøy som blir nytta for å gjennomføre desse vurderingane (t.d. Brøset Violence Checklist, V-risk og HCR-20 v3). Risikovurderingane legg opp til at det skal setjast i verk tiltak på pasientnivå ved identifiserte risikoar for vald. Eksempel på tiltak er mellom anna skjerming av pasient, abstinensbehandling, samtalar, begrense utgang og besøk m.m. Risikovurderinga kan også danne grunnlag for korleis pasienten skal bli mottatt (dersom tidlegare voldsadferd kan det vere forsterka mottak av pasient, ev. hyppigare tilsyn i påvente av innkomstsamtale).

Ein del av dei intervjuar viser til bruk av ulike typar kriseplanar/klarskjema for pasientane som også kan omhandle bruk av tvang. Slike planar kan mellom anna vere baserte på risikovurderingar, historikk, informasjon frå lege/pårørande og samtalar med pasienten om korleis pasienten opplever tvangsbruk. Fleire er inne på viktigheita av å bruke slike kriseplanar for å kunne førebyggje/avgrense bruken av tvang. Frå intervjuar går det fram at det er noko variasjon når det gjeld bruk av denne typen planar – nokre viser til at dei aktivt brukar dette, medan andre viser til at dei er i ferd med å implementere bruk av denne typen tiltak.

Når det gjeld tiltak på pasientnivå, har alle føretaka utarbeidd rutiner for å gjennomføre ettersamtalar med pasientar etter tvangsbruk, og nokre viser til at det som har kome fram i desse også kan bli lagt til grunn for vidare behandling av pasienten og/eller bruk av tvang. Det er likevel i alle føretak opplyst at ettersamtalar ikkje alltid blir gjennomført i praksis, og at det er ulike årsaker til dette. Mellom anna blir det vist til at det kan vere ulikt om pasienten ønskjer ei slik samtale, eller at det kan ta tid før pasienten er i ein slik tilstand at det er føremålstenleg. Andre

viser til at det er uklart kven som skal gjennomføre samtalen. Det er likevel opplyst at ein ofte snakkar om pasienten om tvangsbruken, men at det ikkje nødvendigvis skjer i ein eigen dedikert samtale, eller at det ikkje skjer etter ein fast systematikk. Det blir også peikt på at slike samtalar ikkje nødvendigvis blir dokumentert i angitte malar. Betre dokumentasjon på ettersamtalar er også etterlyst av enkelte kontrollkommisjonar.

5.9 System for å melde og følgje opp avvik

Oversikt over meldte avvik som er knytt til tvangsbruk viser at omfanget av meldte avvik varierer betydeleg mellom føretaka.

I **Helse Førde** er det meldt omlag 70 avvik/uønskte hendingar i Synergi som er knytt til tvangsbruk i perioden 2017 t.o.m februar 2021. Det er meldt avvik knytt til brot på regelverk/prosedyre, mellom anna knytt til manglande fatting av vedtak ved kortvarig fastholding, manglande informasjon til pårørande om bruk av tvang når pasientar manglar samtykkekompetanse, bruk av tvang etter at vedtaksperioden er utløpt, manglande vurdering av samtykkekompetanse mv. Mange avvik omhandlar andre tilhøve, som at pasient har skada tilsette, tvangsinnlagde pasientar som har rømt, for lite bemanning mv.

Internrevisjonen får opplyst at avvika i Helse Førde månadleg blir gjennomgått i psykiatrisk klinikk med leiarar og administrativt tilsette. I intervju blir det peikt på at ein kan bli betre på å ta opp avvik på personalmøte.

I **Helse Bergen** er det totalt meldt om 117 uønskte hendingar i Synergi som er knytt til tvangsbruk i perioden 2017 t.o.m desember 2020. Dei fleste avvika er knytt til fasthalding og «anna tvangsbruk», men det er ulikt kva som blir registrering under «anna tvangsbruk». Avvik registert i kategorien omhandlar både bruk av mekanisk tvang og personal som har måtte bruke fysisk makt for å hindre personalskade. Vidare er det meldt avvik om manglande vedtak eller utgått vedtak.

Nokre tilsette i Helse Bergen uttalte i intervju at det ikkje er oppfølging eller system på å gå gjennom avvik, og at det berre blir drøfta avvik dersom personalet har gjort større feil. Det blir samtidig peikt på at ein også opplever at det er lite respons på alvorlege avvik, og at desse forholda påverkar motivasjonen til å melde avvik. Det blir vidare opplyst at rapportar/tilsyn slik som rapporten frå Sivilombodsmannen i 2018 ikkje blir gjennomgått på ein systematisk måte med dei tilsette, men at det blir sendt epost med informasjon frå klinikkleiinga.

I samband med høyring av rapporten gir Helse Bergen følgjande kommentar:

Helse Bergen ønsker å vise til det omfattende oppfølgingsarbeidet som er gjort i forbindelse med Sivilombudsmannens rapport. Psykiatrisk klinikk har i oppfølgingsarbeidet nedsatt flere arbeidsgrupper der ansatte har fått medvirke innenfor ulike forbedringsområder, rapportens handlingsplan har vært et fast tema på klinikkens informasjons- og dialogmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten, rapporten har vært en del klinikkens internundervisningsplan og de ansatte har deltatt i brukergrupper for de fysiske utbedringene.

I **Helse Fonna** er det registrert 15 saker under «Tvangsbruk» i perioden 2017-2020 i Synergi. Internrevisjonen får opplyst at nokre av dei 15 sakene omhandlar same hending, medan andre ikkje nødvendigvis skulle vore rapportert inn under kategorien tvangsbruk i avvikssystemet. Dei avvika som er meldt omhandlar tvangsinnlagde pasientar som har rømt, brukt av tvang utan

vedtak, avvik frå prosedyre, m.v. Internrevisjonen får opplyst at desse 15 sakene berre gjenspeglar ein særst liten del av alle avvika som er assosierte med tvangsbruk i aktuell periode. Internrevisjonen får opplyst at ein stor del av uønskte hendingar som er knytt til tvangsbruk vil vere meldt under kategorien «vald og truslar». Føretaket opplyser at det ikkje er mogleg å hente ut ei systematisk oversikt over kor mange av dei 874 hendingane er meldt under «vald og truslar» som er knytt til bruken av tvang utan å manuelt gjennomgå dei.

I intervju i Helse Fonna er det ikkje kommentert spesifikke utfordringar knytt til avvik utover at avvikssystemet ikkje er tilrettelagt på ein god måte med omsyn til «kategoriar» i systemet (slik at det ikkje er mogleg å hente ut fullstendige oversiktar) og at ein kan bli flinkare på å melde avvik.

Helse Stavanger har registrert 21 avviksmeldingar i Synergi i perioden 2018-2020 (internrevisjoen får opplyst at det ikkje er registrering nokon saker i Synergi i 2017). Avvika er m.a. knytt til manglande vedtak/dokumentasjon om tvangsmiddelbruk, samt eksempel på at tvang er blitt iverksett av andre enn ansvarshavande på avdelinga. Vidare er det meldt avvik på at pasientar som ikkje er innlagt på tvunge psykisk helsevern blir igjen haldne mot deira vilje på nødrett, og at den som har meldt avviket ikkje er samd i at det er grunnlag for å halde igjen på nødrett. Det er også meldt nokre avvik knytt til skade på pasient/tilsette i samband med tvangsbruk eller situasjonar som har oppstått.

Nokre av dei intervju i Helse Stavanger peikar på at avvik ikkje blir følgt opp tilstrekkeleg, anten fordi det tar for lang tid før saka blir behandla eller at tiltaket som blir iverksett ikkje reelt sett er avhjelpande.

Det er gjennomgåande i intervju med tilsette i alle føretak vist til at det er **underrapportering av avvik**. Det blir opplyst at dette særleg gjeld avvik som gjeld vald og truslar mot tilsette, men det blir også peikt på at det er lite rapportering av andre typar avvik. Fleire framhevar at avviksoversiktene dermed ikkje gir eit rett bilde av omfanget av faktiske avvik og hendingar som er relatert til tvangsbruk.

Nokre leiarar viser til at det er usikkert kvifor det blir meldt få avvik som omhandlar tvang, og om det skuldast at det reelt er få avvik eller om det er knytt til at avvika ikkje blir meldt. Fleire er inne på at det å melde avvik føreset at personalet fangar opp at det har skjedd eit avvik.

I intervju med tilsette går det fram at årsakene til at dei ikkje melder avvik er samansette. Fleire uttaler at det å melde avvik ikkje fører fram, og at dei då ser liten hensikt med å bruke tid på å skrive avviksmeldingar. Gjennomgåande blir det også vist til at tilsette i psykiatrien er utsett for eit så stort omfang av vald, truslar og kritiske situasjonar, at det skal svært alvorlege hendingar til før det blir meldt som eit avvik. Vidare blir det vist til at det tar mykje tid å melde avvik, som går på bekostning av pasientarbeid/miljøarbeid, og at det kan vere enklare å løyse saka direkte med den det gjeld. Enkelte peikte også på at dei ikkje meldte avvik som omhandla dei sjølv, ettersom dei allereie hadde lært av hendinga. I intervju blir det også peikt på at avvikssystemet ikkje fungerer tilfredsstillande når det gjeld å følgje opp avvik som går på tvers av avdelingar, og fleire viser særskilt til hendingar som involverer vaktlaget (forvakt/bakvakt) som tilsette på avdelingane må samhandle med store deler av veka (kveldstid og natt). Det blir peikt på at når tilsette ved avdelingane melder avvik er det avdelingsleiar ved same avdeling som er ansvarleg for å følgje det opp, sjølv om ressursane i vaktlaget ofte er tilsett ved andre avdelingar og avdelingsleiar ikkje har personalansvar for desse.

Internrevisjonen får opplyst frå nokre av dei intervjua i Helse Bergen og Helse Fonna at «**Det grønne korset**» er tatt i bruk i tillegg til Synergi. Det grønne korset er eit system der det frå dag til dag blir vurdert om det har oppstått avvik/uønskete hendingar. Dagar uten uønskete hendingar blir markert med eit grønt kors. Avvik skal i tillegg meldast i Synergi.

Internrevisjonen får også opplyst at Synergi no er oppdatert med funksjonalitet som gir moglegheit til å krysse av for at avviket kan ha relevans for læring på tvers, slik at andre avdelingar/føretak får tilgang til ein anonymisert versjon av avviket. Fleire viser til at dette er eit positivt tiltak for å kunne lære av avvik på tvers i regionen.

5.10 Informasjon til pasient og pårørende om vedtak om tvang

Når det gjeld vedtak om bruk av tvangsmidlar etter § 4-8, er det fleire som framhevar at bruk av tvangsmidlar berre skjer når det er siste utvei eller ved akutt nød, og at det i slike tilfelle kan vere krevjande å få formidla vedtaket til pasienten. Det blir peikt på at sjølv om pasienten blir underretta om vedtaket, kan pasienten vere i ein slik tilstand at han/ho ikkje er stand til å oppfatte den informasjonen som blir gitt. Internrevisjonen har inntrykk av at dei tilsette er påpasselege med å informere pasientane om vedtak om tvangsbruk og om klageretten som følgjer med, og at det i dei situasjonane det er vanskeleg, blir tatt opp med pasienten når han/ho er i stand til å oppfatte informasjonen.

Ein del av dei intervjua viser til at pårørende ikkje alltid ønskjer informasjon om alle vedtak som er gjort, men at det då er gjort ei særskilt avtale med pårørende om dette. Samtidig er det tilsette som viser til at det er krevjande å manøvrere i regelverket med omsyn til kva informasjon pårørende har rett på når det gjeld vedtak om tvangsmiddelbruk og andre vedtak etter kapittel fire i psykisk helsevernlova dersom pasient motset seg at pårørende skal få informasjon.

Internrevisjonen har blitt informert om at det er mogeleg å krysse av i EPJ-systemet for at pårørende ikkje skal ha informasjon om tvangsvedtak dersom pasienten motset seg dette, men at det her ikkje er tatt omsyn til om pasienten har samtykkekompetanse.

I intervju med behandlarar/spesialistar er det gjennomgåande vist til at dei er kjende med at pårørende har særlege rettar i samband med tvangsinnlegging. Det blir samtidig opplyst om at involvering av pårørende ikkje alltid er godt nok ivareteke, i form av at dei ikkje alltid blir kontakta og/eller at det ikkje er dokumentert at det er gjort. I fleire av føretaka er det også vist til at det kan vere nokre praktiske utfordringar knytt til å informere pårørende, t.d. dersom pasienten nektar å informere kven som er næraste pårørende, eller oppgir ein heilt annan person enn som den reelt sett er næraste pårørende.

5.11 Opplever brukarane at det blir sett i verk tilstrekkelege tiltak for å førebyggje tvang?

I intervju med brukarrepresentantane går det fram at det er ulikt korleis dei vurderer at helseføretaka arbeider med å førebyggje tvangsbruk. Nokre viser til at dei opplever at aktuelt helseføretak jobbar godt med dette, medan andre viser til at det ikkje er sett i verk tilstrekkelege tiltak for å kunne førebyggje tvangsbruk. Brukarrepresentantar, i likheit med dei føretakstilsette, peikar på hindringar knytt til mellom anna kapasitet/ressursar og kompetanse/fagutvikling. Fleire framhevar også at haldningar og at det å involvere brukarane i større grad vil kunne førebyggje/reducere tvangsbruken.

Fleire av brukarrepresentantane viser også til at det er viktig at det blir lagt til rette for at innlagde pasientar får tilbod om aktivitetar og meningsfylte opphald, og at det ikkje er tilstrekkeleg fokus på dette. Enkelte viser også til at det er lite fokus på å lære dei sjukaste pasientane å meistre livet, og det finst pasientar som er inneliggande i lange periodar. Det blir også peikt på at det er for lite merksemd på kontinuitet for pasientar. Overføringar mellom avdelingar og at pasientane generelt må forholde seg til mange ulike tilsette blir nemnd i denne samanheng.

Fleire av brukarrepresentante trekk fram at pårørande er ein viktig ressurs og at dei har lovfesta rettar til involvering og at det ikkje alle stadar er sikra nok fokus på dette.

Når det gjeld brukarinvolvering på systemnivå blir det også gitt fleire eksempel der brukarrepresentantane meiner det burde vore betre lagt til rette for brukarmedvernad, eller at innspel/synspunkt som kjem frå brukarar/organisasjonane i større grad burde blitt tatt omsyn til. Sjølv om fleire viser til at dei har blitt involvert eller fått informasjon om prosessar, blir det også peikt på at det må leggjast til rette for at brukarane reelt sett kan medverke, og at dei ikkje berre blir tatt med som «alibi».

5.12 Kontrollkommisjonane i psykisk helsevern

Kontrollkommisjonane skal sikre pasientane sin rettstryggleik gjennom å føre kontroll med tvangsvedtak, behandle klagesaker og gjennomføre velferdskontrollar. Kontrollkommisjonane er uavhengig i si verksemd.

Institusjonar, distriktspsykiatriske senter (DPS) og poliklinikkar i det psykiske helsevernet er alle knytt til ein kontrollkommisjon. Kvar kommisjon består av ein jurist (ofte ein dommar eller advokat) som leiar, ein lege og to andre medlemmer. Éit av medlemmene skal sjølv ha vore pasient eller pårørande eller representere pasientinteresser i stilling eller verv. Kvart medlem har fast vara.

Kontrollkommisjonane har tre hovudoppgåver:

- **Dokumentkontroll:**
 - Kontrollkommisjonen skal på eige initiativ kontrollere at dei formelle og materielle vilkåra for tvangsinnleggingar er oppfylt
 - Kontrollkommisjonen skal vurdere om det er behov for tvungent vern når det er gått tre månader etter innlegginga (tremånadars kontroll)
 - Når det er gått eit år sidan det tvungne vernet blei etablert, er det ein føresetnad for vidare vern at kontrollkommisjonen samtykkar til forlenging (etterårskontroll)
- **Klagebehandling:** Kontrollkommisjonen behandlar klagesaker frå pasient/pårørande, både når det gjeld:
 - Klage på vedtak om etablering, oppretthalding eller opphør av tvungent vern. Kommisjonen skal prøve om alle vilkåra for tvungent vern er oppfylte. Dersom dei ikkje er det, må pasienten skrivast ut.
 - Klage på gjennomføringsvedtak under tvungent vern (skjerming, beslag, innskrenka kontakt med omverda, bruk av tvangsmidlar mv)
- **Velferdskontrollar:** Kontrollkommisjonen er tillagt eit ansvar for å sikre pasientane sin velferd på eit meir generelt grunnlag. Kontrollkommisjonen skal jevnleg besøk institusjonane. Under besøka har pasientane anledning til å framsette klager over vedtak etter psykisk

helsevernlova, og elles ta opp forhold av betydning for pasienten sitt opphald ved institusjonen.

5.12.1 Kommisjonane i Helse Vest

I Helse Vest er det fleire kontrollkommisjonar, og arbeidsdelinga går på tvers av føretaksgrensene. Det er fire kontrollkommisjonar i Helse Bergen sitt opptaksområde, tre i Helse Stavanger sitt opptaksområde, to i Helse Fonna sitt opptaksområde og to i Helse Førde sitt opptaksområde.

Eit inntrykk frå intervju med kontrollkommisjonsleiarane er at helseføretaka (under dette avdelingane som dei kontrollerer) i det vesentlege forvaltar regelverket på ein god måte, men at det også er ting å påpeike. I intervju med kommisjonsleiarane blir det peikt på ulike forhold som avdelingane kan jobbe betre med, mellom anna blir det peikt på:

- Ettersamtalar med pasientar etter tvangsbruk, og dokumentasjon på at dette er gjennomført
- Vedtak om beslag når gjenstandar blir tekne frå pasienten
- Betre dokumentering av førebygging før tvangsbruk blir satt iverk
- Betre grunngjeving av skjerming blir også nemnd

I intervju med leiarar og tilsette i føretaka blir det av fleire vist til at kommisjonane kan ha litt ulike fortolkningar av regelverket og gi ulike føringar knytt til kva som skal leggjast til grunn som rett praksis. Ein av kommisjonsleiarane viser til at det historisk har vore lite merksemd på å sikre einheitleg praksis mellom kontrollkommisjonane, som er frie og sjølvstendige forvaltningsorgan, men at Helsedirektoratet har retta større merksemd på dette dei seinare åra. Internrevisjonen får opplyst at det er blitt arrangert årlege konferansar for kontrollkommisjonsmedlemmer og leiarar, og at det er etablert ei ressursgruppe for kontrollkommisjonar i regi av Helsedirektoratet, som også har representasjon frå Helse Vest-området. Gråsonar i regelverket/overgangar mellom ulike lovverk blir drøfta her. Kommisjonsleiarane vi har snakka med fortel at dei også har jamleg kontakt med leiarar i andre kontrollkommisjonar.

Ved mangelfullt begrunna vedtak/manglande dokumentasjon gir kontrollkommisjonen direkte tilbakemelding til den som er ansvarleg for vedtak. Nokre fortel at dei også sender kopi til leiinga. Dersom kontrollkommisjonen avdekkar ting som gjeld fleire/går igjen kan kontrollkommisjonen ta opp dette på eit systemnivå med aktuell institusjon. Fleire av dei intervju i helseføretaka trekk fram at dei opplever dialogen med kontrollkommisjonane som viktig og god. Vi får også fått eksempel på at det har vore dialog mellom helseføretak og kontrollkommisjonar med omsyn til fortolkning av regelverk, mellom anna med omsyn til i kva tilfelle det skal fattast vedtak om isolasjon (t.d. med omsyn til kor opning det skal vere på døra) og om forskjellar mellom «føring» og kortvarig fasthalding.

I tillegg til dokumentkontrollane som kontrollkommisjonane gjennomfører, har dei også eit ansvar for å gjennomføre velferdskontrollar. Dette skjer ved at kommisjonane jamleg besøker institusjonane, det kan både vere meldte og uanmeldte besøk. Under velferdskontrollane snakkar kommisjonane med pasientane og pasientane får anledning til å framsette klager eller ta opp forhold som har betydning for dei.

5.12.2 *Kommisjonane sine kontrollar og behandling av klagesaker*

Kontrollkommisjonane gjennomgår som nemnt over dokumentkontroll uavhengig av om pasienten klagar. Statistikken frå Helsedirektoratet viser at det tvungne vernet blir oppretthaldt i nær alle dokumentkontrollar (i 2019 blei vernet oppretthaldt i 99,9 % saker som gjeld tvungen observasjon og i 99 % av sakene som gjeld tvungent psykisk helsevern).

Når det gjeld klagesaker (og saka blir sendt til kontrollkommisjonen), har det vore ei lita auke i klagesaker i Helse Vest på vedtak om etablering eller oppretthalding av tvungent psykisk helsevern i perioden 2017-2019. Helsedirektoratet sin [statistikk](#) viser ei auke frå 530 (ink. trekte søknader) i 2017 til 569 saker i 2019 innanfor THP. Medhaldsprosent i klagesaker er noko høgare i Helse Vest enn i landet elles. I Helse Vest fekk 16,5 % medhald i 2017, 13 % i 2018 og 12,3 % i 2019. På landsbasis var tala høvesvis 13% i 2017, 12 % i 2018 og 9 % i 2019. Nokre av kommisjonsleiarane viser til at dei opplever noko auke i klager frå pårørande i saker der pasienten ikkje blir innlagt.

Pasientane og deira pårørande kan også klage på gjennomføringstiltak etter kapittel 4 i psykisk helsevernlova. På grunn av små tal er tala berre presentert på nasjonalt nivå, men vi har spurt kontrollkommisjonane om inntrykket rundt klageomfanget. Vedtak om skjerming og vedtak som innskrenkar pasienten sin kontakt med omverda kan ha ei viss lengde, og det er derfor mogeleg å få prøvd klagesaka medan tiltaket er under gjennomføring. På nasjonalt nivå er det flest klagesaker på bruk av skjerming og innskrenka kontakt med omverda, og dette virkar å vere tilfelle også i Helse Vest. Ein av kommisjonane viser til at klage på skjerming har gått ned, og kommenterer at det kan vere eit uttrykk for at skjermingsforholda er blitt betra etter at det blei varsla om dette. Lite klager på andre typar vedtak, som bruk av tvangsmiddel, blir peikt på at kan henge saman med at tiltaket ikkje kan «omgjerst» fordi det allereie er gjennomført.

5.13 Vurdering

Helseføretaka har etter internrevisjonen si vurdering sett i verk mange føremålstenlege tiltak som skal bidra til å sikre rett bruk av tvang. Internrevisjonen si overordna vurdering er likevel at utviklinga når det gjeld tvangsbruk i liten grad er strategisk styrt. Både Helse Vest RHF og føretaka viser til ei rekke område og tiltak som skal bidra til å sikre rett bruk av tvang og som til dels også skal førebyggje bruk av tvang, men det er berre i avgrensa grad blitt operasjonalisert mål og innsatsfaktorar som ein skal styre etter og følgje opp. Internrevisjonen merkar seg at det berre er Helse Fonna som har operasjonalisert konkrete måltal for reduksjon av tvangsbruk. Dette samtidig som at fleire av leiarane er inne på viktigheita av å sette mål og å ha fokus på tvangsbruk for å kunne styre og følgje opp utviklinga.

Internrevisjonen vil framheve at måla og innsatsfaktorane ikkje nødvendigvis treng å vere kvantitative, men at dette også kan handle om å sette konkrete styringsmål og følgje opp rapportering på faktorar som ein trur vil ha ein positiv effekt for å kunne sikre rett bruk av tvang og som eventuelt kan bidra til førebyggjing av tvang. For eksempel er opplæring og medarbeidarane sin kompetanse noko fleire leiarar framhevar som eit viktig tiltak for å sikre rett bruk av tvang. Målsetningar og systematisk rapportering på gjennomført MAP opplæring kan vere eit slikt mål som føretaka og Helse Vest RHF kan styre etter og rapportere på. Her må føretaka velje dei tiltaka som synest å ha best effekt. Det vil vere føremålstenleg at dette også blei diskutert på tvers av føretaka for å dele beste praksis og vurderingar omkring gode tiltak. Som nemnt i kapittel 4 meiner internrevisjonen at det er viktig at det blir lagt til rette for å diskutere kvifor det er ulikskap i omfang og bruk av tvangsmiddel på tvers av føretaka, og i kva grad ein kan

lære av kvarandre med omsyn til gode tiltak og prosjekt for å få til mest mogleg rett bruk av tvang både når det gjeld omfang og typar tvangsbruk. Fleire er inne på at det på leiarnivå er etablert godt samarbeid innan psykisk helsevern, men at det er potensiale for å leggje til rette for betre samarbeid/erfaringsdeling mellom fagpersonell. Dette vil vi oppmode Helse Vest RHF og føretaka om å følgje opp.

Når det gjeld prosedyrar for bruk av tvang, finst det både regionale rutinar, samt lokale rutinar som varierer noko i form og omfang. Dei regionale rutinane skal no avviklast, samtidig som denne undersøkinga har vist at det framleis er variasjonar i registreringspraksis som følgje av ulik fortolkning av eller kjennskap til regelverket. Sjølv om det kanskje ikkje er behov for rutinar knytt til sjølve registreringa i EPJ-systemet, meiner internrevisjonen det bør vurderast om det kan vere føremålstenleg å ha felles rutinar knytt til vurdering av og iverksetjing av tvang. Det at regelverket er komplekst og omfattande, aukar i seg sjølv risikoen for variasjon, og kan tale for at det kan vere føremålstenleg med rutinar eller rettleiing på tvers av føretaka for utvalde område. Tilsette gir i hovudsak uttrykk for at det er tilstrekkeleg med rutinar, men viser samtidig til at det er utfordrande å handtere «gråsonene» i regelverket. Dette er berre i avgrensa grad omtalt i rutinar per i dag. Etter internrevisjonen si vurdering talar dette for at ein bør utarbeide rutinar/rettleiing knytt til desse gråsonene, som omtalar kva forhold tilsette må vere særlege merksame på/vurdere for å kunne følgje regelverket. Undersøkinga viser ei rekke område der det er peikt på ulik praksis og manglande etterleving av regelverket og rutinane der det kan vere trong for ytterlegare rettleiing på tvers av føretaka for å sikre rett forståing og rett registrering av tvang.

Internrevisjonen meiner det er positivt at avvikssystemet er lagt til rette slik at avvik kan delast på tvers. Dette krev samtidig at avvik blir meldt. Ein god avvikskultur kjenneteiknast ved at avvik systematisk blir meldt, følgt opp og brukt til læring og forbetring. Undersøkinga viser at det i alle føretaka er underrapportering av avvik, og gjennom intervju blir det vist til at tilsette kan oppleve at det ikkje fører fram å melde avvik. Fleire framhevar at det særleg er avvik knytt til vald og truslar som ikkje blir meldt. Men det er også for få avvik som blir meldt knytt til bruk av tvang. Det blir også vist til at avvik knytt til tvang som ikkje er i samsvar med regelverket føreset at tilsette i tilstrekkeleg grad kjenner regelverket, og undersøkinga viser at det kan vere krevjande å sikre dette. Vi merkar oss også at nokre avdelingar/føretak gir uttrykk for at dei kan bli flinkare til å ta opp avvik med tilsette på personalmøte.

Mange av informantane i føretaka viser til at dei opplever kontakten med kontrollkommisjonane som viktig og god. Nokre viser samtidig til at det kan bli gitt noko ulike føringar frå kontrollkommisjonane. Dersom helseføretaka opplever dette som ei utfordring, vil internrevisjonen tilrå helseføretaka å ta dette opp med kontrollkommisjonane og ev. med Helsedirektoratet ved behov for avklaring av lovverk. Vi merkar oss at det ofte er specialistane og/eller leiinga som er i møte med/får tilbakemelding frå kontrollkommisjonar. Vi vil derfor understreke at det er viktig at føretaka har system som sikrar at informasjon som blir formidla frå kontrollkommisjonane blir tatt vidare til øvrig personell som ikkje deltek i møte eller får direkte tilbakemeldingar.

Pårørande har særlege rettar til involvering når det gjeld tvungent psykisk helsevern. Pårørande sine rettar er omtalt både i regelverket knytt til psykisk helsevern, samt i pasient- og brukarrettslova. Pårørande har etter psykisk helsevernlova både rett til å uttale seg før vedtak om tvungent vern blir fatta, og å få underretning om vedtak. Når det gjeld gjennomføringsvedtaka etter kap. 4 i lova, har Helsedirektoratet presisert at dersom pasienten ikkje samtykker til at

pårørnde kan underrettast om vedtaket, vil påørnde likevel ha rett til informasjon om pasienten sin helsetilstand og den helsehjelpa pasienten får som følge av vedtaket. Denne retten følger av pasient- og brukarrettslova. I Helsedirektoratet si fortolking av psykisk helsevernlova og informasjon til påørnde (brev 10. juli 2018) blir dette oppsummert på følgjande måte:

Oppsummert kan en pasient altså motsette seg at nærmeste påørnde får underretning om vedtak etter phvl. kap 4, men ikke hindre at nærmeste påørnde får slik informasjon om vedtaket og helsehjelpen som følger av vedtaket, og som de har krav på etter pbrl. § 3-3 dersom pasienten ikke kan ivareta egne interesser.

I undersøkinga er det fleire som viser til at det er krevjande å manøvrere i regelverket som gjeld påørnde sine rettar til informasjon. Internrevisjonen meiner det også på dette punktet kan vere føremålstenleg med regionale rutinar/rettleiing for å sikre mest mogeleg lik praksis.

Alle føretaka har utarbeidd rutinar som seier at det skal gjennomførast ettersamtalar med pasientar etter tvangsbruk, men undersøkinga viser samtidig at det i varierende grad blir gjort, og/eller at det ikkje i tilstrekkeleg grad blir dokumentert at det er gjort. Etter internrevisjonen si vurdering er ikkje dette tilfredsstillande, og vil påpeike at pasienten etter psykisk helsevernlova skal tilbys minst ein samtale om korleis vedkomande har opplevd tvangsbruken (jf. § 4-2 tredje ledd). Pasienten sitt syn på tiltaka skal nedteiknast i journalen. Helsedirektoratet viser til at føremålet med samtalen er læring, førebygging av nye episodar og kvalitetsutvikling, og evalueringa skal mellom anna belyse om det mest hensiktsmessige av aktuelle tiltak blei valgt, om det blei iverksett på rett tidspunkt, og om det kunne ha vore gjennomført på ein måte som pasienten ville ha opplevd som meir skånsam. Pasienten si vurdering av kva som utløyste situasjonen der tvangen blei tatt i bruk og korleis nye episoder kan førebyggjast er også viktige å få fram. Internrevisjonen har forståing for at det kan vere krevjande å få gjennomført dette i praksis i nokre situasjonar, men vil påpeike viktigheita av at pasienten får eit tilbod, og vil også framheve at slike samtalar kan vere ei viktig informasjonskjelde til korleis ein kan førebyggje tvangsbruk.

6 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

Basert på det som har kome fram i denne undersøkinga er det internrevisjonen si vurdering at tiltaka som blei føreslått etter førre revisjon i stor grad er følgt opp. I etterkant av revisjonen blei det innført regionale rutinar for registrering av tvangsbruk, det er innført nytt EPJ-system som legg til rette for at helseføretaka kan ta i bruk elektronisk tvangsprotokollar og det er etablert ei regional ressursgruppe for tvang som arbeider med erfaringsdeling og rutinar for Helse Vest knytt til psykisk helsevern og tvangsbruk. Det er likevel fortsatt ei auke i tvangsinnleggingar i fleire av føretaka i Helse Vest, og det er fortsatt betydeleg variasjon i omfang av tvangsmiddelbruk og kva tvangsmiddel som blir nytta.

Fortsatt auke i tvangsbruk og vesentleg variasjon i omfang og bruk av ulike tvangsmiddel, er etter internrevisjonen si vurdering ikkje i samsvar med overordna styringssignal frå HOD til Helse Vest RHF, og frå Helse Vest RHF til helseføretaka, om redusert bruk av tvang. Både Helse Vest RHF og føretaka viser også i denne undersøkinga til at det er **mogleg å redusere og/eller endre bruk av ulike tvangsmiddel** dersom ein i endå større grad arbeider med føresetnadane tvangen skjer innanfor.

Det er fleire forklaringar på kva variasjonen i bruk av tvang mellom føretaka skuldast, og det er eit samansett bilete. Dei fleste som blir spurt opplyser at det er vanskeleg å peike på enkeltstående årsaker bak dei ulike tala og variasjonane som er avdekka, sjølv om det er kjent kva forhold som kan verke positivt for å få ned tvangsbruken/sikre rett bruk av tvang, og kva som kan hindre dette.

Ulik registreringspraksis er også etter internrevisjonen si vurdering framleis ein kompliserande faktor når ein skal vurdere utviklinga av tvangsmiddelbruken og andre tiltak etter kap. 4 i psykisk helsevernlova, sjølv om registreringa er klart betre i dag enn i 2014. Etter vår vurdering er det sannsynleg at det både er tilfelle av under- og overrapportering, som heng saman med at regelverket er komplekst og blir fortolka ulikt. Internrevisjonen meiner det framleis er nødvendig at Helse Vest RHF saman med føretaka arbeider vidare for å heve kvaliteten og auke harmoniseringa knytt til registrering av tvangsbruken.

Sjølv om registreringspraksis kan påverke tala, meiner internrevisjonen at det er reelle forskjellar mellom føretaka når det gjeld tvangsbruk. Det er derfor viktig å vurdere kva tiltak som kan settast i verk for å få meir rett tvangsbruk. For **tvangsinnleggingar** er det særleg samhandling med kommunane, og etablering og god bruk av FACT og/ACT team som blir peika på som viktige tiltak. Det som særleg blir framheva å påverke **bruk av tvangsmiddel** er knytt til bygningsmessig forhold/fysisk utforming og tilstrekkeleg kapasitet på rett type plassar, slik som i sikkerheitspsykiatrien der kapasiteten i dag er for lav. Vidare blir det peikt på at det er viktig å ha tilgang på spesialistar og anna faglært personell, samt at det kontinuerleg blir arbeidd med opplæring og kompetanseheving. Kultur og leing er også framheva av mange som avgjerande for å få nødvendig endring i praksis.

Undersøkinga viser at **målet i oppdrags- og styringsdokument om reduksjon i tvangsbruk i liten grad er operasjonalisert**, verken av Helse Vest RHF eller av dei enkelte føretaka med omsyn til konkrete mål for kva ein ønskjer å oppnå, kor mykje og korleis, sjølv om Helse Fonna i nokon grad har gjort dette. Internrevisjonen meiner at mangelfull operasjonalisering av reduksjon i tvangsbruk kan medverke til manglande heilskapleg styring og oppfølging av

tvangsbruk i Helse Vest RHF og helseføretaka. Denne undersøkinga viser at dersom det blir retta merksemd og innsats inn på eit område, slik som det å jobbe med reduksjon av mekanisk tvang i Helse Stavanger og Helse Fonna, betre registrering av fastholding i Helse Førde, og betre registrering av isolasjon i i Helse Bergen, så har dette betydning for resultatet. Internrevisjonen meiner derfor at Helse Vest RHF og føretaka bør arbeide med å konkretisere kva dei konkret ønskjer å oppnå (resultat) og hva forhold (innsatsfaktorar) dei meiner har vesentleg innverknad på rett bruk av tvang. Dette mogeleggjør betre vurdering av utviklinga og om områda ein arbeider med har ønskt effekt.

Det er etablert både regionale og lokale rutinar for arbeidet med tvang. Det blir likevel vist til at rutinar ikkje alltid er godt nok implementert og forankra, og at gråsoner i regelverket ikkje er tilstrekkeleg avklara. Undersøkinga viser at ikkje alle bestemmingar i regelverk, rutinar og prosedyrar blir etterlevd og det er på mange område ulik praksis mellom føretaka, og mellom avdelingar og postar i same føretak. Internrevisjonen stiller derfor spørsmål ved om avgjersla om å kutte dei regionale rutinane er føremålstenleg. Det er heller ikkje etablert ein tilfredsstillande avviksmeldekultur. Internrevisjonen meiner at Helse Vest RHF og føretaka må arbeide ytterlegare med å få ei sams forståing slik at både praksis og registrering av tvangsbruken blir så rett som mogleg, og at regelverk blir etterlevd. Dette vil understøtte ei meir systematisk tilnærming til bruk av tvang på tvers av føretaka i Helse Vest. Eksempel på område der praksis synast å vere ulik, og der det i dag er praksisar som kan vere i strid med regelverk og rutinar:

- praksis når ein pasient som blir tilvist frivillig, ikkje har samtykkekompetanse
- kva som tel som fastholding (både som eige tiltak og i samband med andre tvangsmiddel, eller knytt til lengden på fasthaldinga samt fastholding sett opp mot «føring»)
- vedtak om isolasjon vs. skjerming
- vedtak om legemiddelbehandling utan samtykke når pasienten ikkje motset seg å ta medisinen
- vedtak om bruk av tvangsmiddel dersom legemiddelbehandling utan samtykke må gjennomførast med bruk av tvang
- vedtak om beslag
- involvering av pårørande
- utarbeiding av skjermingsplan for pasientane
- gjennomføring av ettersamtalar
- bruk av tvang etter at vedtaksperioden er utløpt (nokre viser til at det er vanskeleg å følge med på fristane, men mange viser også til det motsette)

Omfanget av desse uklare og tildels mangelfulle praksisane som kan vere i strid med regelverket er vanskeleg å konkludere på bakgrunn av kvalitative intervju med eit utval tilsette på eit utval av postar. Det kan derfor vere føremålstenleg å kartlegge dette meir i bredden med for eksempel ei spørjeundersøking for å avdekke kva av desse områda som det er størst variasjon omkring. Internrevisjonen meiner at det vil vere naturleg at RHF-et har ei sentral rolle når det gjeld å sikre meir sams praksis både for bruk og registrering av tvang, men at dei ulike føretaka må identifisere kva forbetningsområde og tiltak som vil vere mest relevant for kvart føretak gitt omfanget og bruk av tvang i det enkelte føretak og avdeling.

Basert på det som er kome fram i undersøkinga kjem internrevisjonen med følgjande tilrådingar:

1. Helse Vest RHF og helseføretaka bør i større grad konkretisere mål og innsatsfaktorarar knytt til tvang, for å legge til rette for målretta arbeid og god oppfølging og vurdering av utviklinga i tvangsbruken. Under dette må føretaka vurdere kva tiltak som er mest relevante både for å redusere og førebyggje tvangsinnleggingar, vedtak om tvang og andre tiltak, under dette
 - a. Kultur og leiing
 - b. Samhandling med kommunar (m.a. FACT/ACT)
 - c. Bemanning, kompetanse, rettleiing
 - d. Fysiske omgjevnader og kapasitet
2. Helse Vest RHF og helseføretaka må sikre at praksis knytt til tvangsbruk er i samsvar med regelverket og at det er ei så lik forståing som mogleg av regelverket i føretaka og i avdelingane knytt til dei utfordringsområda som er identifisert i denne rapporten (sjå punktlista i rapporten sin konklusjon s. 72) og eventuelt andre område som føretaka og Helse Vest RHF er kjent med. Helse Vest RHF bør ta eit særskilt ansvar for å avklare med Helsedirektoratet kva som er rett praksis når det gjeld pasientar som er tilvist frivillig, og som manglar samtykkekompetanse.
3. Helse Vest RHF og helseføretaka bør arbeide ytterlegare med å sikre rett registrering av tvangsbruk på tvers av føretaka
4. Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere om det kan vere føremålstenleg å fortsette med å utvikle og halde vedlike felles rutinar og rettleiing for bruk av tvang for å sikre likare praksis og fortolkning av regelverk på tvers av føretaka. RHF-et og føretaka bør som del av dette også vurdere å legge betre til rette for erfaringsdeling mellom fagpersonell
5. Helseføretaka må sikre at rutinar knytt til tvang er oversiktlege, tilgjengelege og gjort kjent blant dei tilsette
6. Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere å utvide styringsdata og tvangsrapport til å inkludere ytterlegare data slik som lengden på vedtaka og tid på døgnet tvangen blei brukt. Helse Vest RHF kan også vurdere kva indikatorarar som er mest hensiktsmessige for å måle utvikling i tvangsbruk og tvangsinnleggingar.
7. Helseføretaka bør etablere system for å sikre at statistikk over tvangsbruk blir gjennomgått på avdelingar som brukar tvangsmiddel slik at omfanget av tvangsbruk blir jamleg diskutert og vurdert av den enkelte avdeling
8. Helseføretaka bør tydeleggjere for dei tilsette viktigheita av å melde avvik, og avvika må følgjast opp. Vidare bør forbetringstiltak som blir iverksett i samband med avvikshandtering, tilsyn, andre hendingar m.m gjerast kjent for alle tilsette ved aktuell avdeling, og om aktuelt også på tvers, slik at læring av hendingar skjer på alle nivå
9. Helseføretaka bør sørgje for at episodar med tvangsbruk alltid blir gjennomgått med vedtaksansvarleg og personell som har vore involvert for å kunne lære av situasjonen og vurdere om bruken av tvang kunne vore unngått

10. Helseføretaka bør følgje opp at det blir iverksett og gjennomført pasientretta tiltak som kan førebyggje bruk av tvang, slik som ettersamtalar med pasientar og bruk av kriseplanar/tiltaksplanar for pasientar

7 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på [Helse Vest](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisjonen i Helse Vest ved internrevisor Haakon Totland med bistand frå Deloitte.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteria er krav eller forventningar som revisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte område. I dette prosjektet er i hovudsak følgjande kriterier anvende:

- [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#)
- [Pasient- og brukarrettslova](#) (mellom anna kap. 4 om samtykke til helsehjelp og kap. 3 om rett til medverknad og informasjon)
- [Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.](#)
- [Forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta](#)
- Rundskriv frå Helsedirektoratet ([kommentarar til psykisk helsevernlova](#) og [kommentarar til psykisk helsevernforskrifta](#)). Mellom anna direktoratet sine kommentarar til:
 - Kap. 4 i psykisk helsevernlova om vedtak når pasienten samtykkar
 - § 3-9 i psykisk helsevernlova
 - § 4-2 i psykisk helsevernlova
 - § 4-3 i psykisk helsevernlova
 - § 4-4 første ledd andre punktum i psykisk helsevernlova
 - § 4-5 i psykisk helsevernlova
 - § 18 første og andre ledd i psykisk helsevernforskrifta
 - § 27 i psykisk helsevernforskrifta
- [Oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF](#), samt styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka i regionen

Metode

For å gjennomføre undersøkinga er det nytta intervju, dokumentgransking og analyse av statistikk.

Totalt er det gjennomført 55 intervju, med til saman over 100 personar. Fleire av intervju er gjennomført som gruppeintervju. I Helse Vest RHF har vi gjennomført intervju med administrerande direktør og fagressursar. I føretaka har vi gjennomført intervju med administrerande direktørar, klinikk/divisjonsleiing, samt avdelings/postleiarar, behandlarar/spesialistar (legar og psykologar) miljøpersonell (sjukepleiarar, vernepleiarar m.m.) ved utvalde avdelingar. Det er også gjennomført intervju med administrativt tilsette i Helse Fonna og Helse Stavanger, der vi også har fått ein gjennomgang av dei elektroniske kvalitetshandbøkene.

Utvalet av avdelingar som har stilt til intervju er relativt likt som i revisjonen i 2014, men det er gjort nokre justeringar etter dialog med føretaka og internrevisjonen i Helse Vest RHF.

I tillegg til intervju med tilsette i Helse Vest RHF og i føretak har vi gjennomført intervju med representantar frå fire brukarutval²⁹, samt intervju med fire kontrollkommisjonsleiarar. Utvalet av kommisjonsleiarar er gjort slik at alle helseføretaka er dekkja (ein kommisjon per føretak). Vi vil understreke at vi ikkje har gjennomført kontroll- eller revisjonshandlingar ovanfor kontrollkommisjonane.

Vi har gjennomført analyser av statistikk for å kunne vurdere utviklinga i tvangsinnleggingar og kor stor del av pasientane som har vedtak om tvangsmiddel og andre tiltak etter kapittel 4 i psykisk helsevernlova. På nokre område finst det både nasjonal statistikk og statistikk frå Helse Vest RHF. Vi har då lagt nasjonal statistikk til grunn (tvangsinnleggingar og vedtak om tvangsmiddel). Internrevisjonen merkar seg at det er noko diskrepans mellom Helse Vest RHF sin statistikk og den nasjonale statistikken. Fagavdelinga i Helse Vest RHF opplyser at det truleg skuldast at det blir nytta ulike «filter» i statistikkane. Det er også diskrepans mellom talgrunnlaget som er tilgjengeleg i dag og talgrunnlaget som var tilgjengeleg i samband med revisjonen som blei gjennomført i 2014. Dette medfører at det ikkje på alle område har vore mogeleg å samanlikne utviklinga.

I dei tilfella det har vore nødvendig å bruke Helse Vest RHF sin statistikk fordi det ikkje finst nasjonal statistikk (slik som statistikk på talet på skjermingsvedtak og kor stor del av pasientane som har vedtak om skjerming) har vi brukt grunnlagsdata frå tvangsrapporten til Helse Vest RHF på Styringsportalen, samt fått tilsendt grunnlagsdata i Excel. For å berekne kor stor del av pasientane som har vedtak, har vi lagt til grunn tal på pasientar i døgnbehandling i kvart føretak og tal på pasientar som har vedtak (for kvar vedtakstype).

Vi har fått tilsendt dokumentasjon både frå Helse Vest RHF og frå føretaka. Frå Helse Vest RHF har vi mellom anna fått tilsendt regionale rutinar og planar, samt anna bakgrunnsinformasjon. Frå føretaka har vi fått tilsendt ei rekke rutinar og dokument som er knytt til tvangsbruk. Vi har også fått oversikt over avviksmeldingar. Dokumentførespurnaden til dei fire føretaka var likt utforma, men det er likevel noko variasjon i kva vi har fått tilsendt.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

²⁹ Alle brukarutvala i regionen, både på RHF-nivå og i føretaka, fekk invitasjon til å stille til intervju.

Tal på innleggingar i psykisk helsevern for vaksne

Tabellen under viser talet innleggingar i psykisk helsevern for vaksne i føretaka i Helse Vest. Tala er henta frå [Helsedirektoratet](#).

Tabell 1: Tal innleggingar i psykisk helsevern for vaksne. Kjelde: Helsedirektoratet

Tertial	Helse Bergen HF	Helse Fonna HF	Helse Førde HF	Helse Stavanger HF
2013	3284	1619	898	2717
2014	3373	1738	838	2687
2015	3405	1797	876	2571
2016	3348	2003	1145	2671
2017	3124	1962	872	2759
2018	3173	1678	849	2821
2019	3277	1662	869	2878
2020	3409	1416	799	2802

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

