

**Tiltaksplan utarbeid i etterkant av Internrevisjonens rapport fra revisjon av Klinikk psykisk helsevern voksne, Helse Stavanger, med status pr. 10.03.23.**

Internrevisjonen si tilråding	Tiltak	Status 01.03.23
<p><b>1. Konkretisera mål og innsatsfaktorar:</b></p>	<p>Andel pasientar med tvangsmiddelvedtak skal reduseres stabilt lågare (3 mnd i rekke) enn nivå siste halvår 2021.</p>	<p>Totalt sett har det vært ein liten nedgang i tvangsmiddelbruken fra 2021 til 2022. Nedgangen har likevel ikkje vore stabil frå månad til månad. Tvangsmiddelbruk er ofte knytt til enkeltpasientar kor det i periodar vert anvendt relativt ofte. Og dermed vert det vanskelig å få jamn nedgang over tid.</p>
<p><b>a. Kultur og leiing</b></p>	<p>Sette tvang opp som tema på ledermøter (alle nivå) for dei postane som forvaltar tvang og på leiermøter i klinikken. Gjennomgang av utvikling, og arbeid med forbetring.</p>	<p>Dette har vore tema på dei ulike einingane. Det er og starta eit arbeid der ein går gjennom Helsedirektoratets vegleier om rett bruk av tvang i postane.</p>
	<p>Rapportere utvikling av tvangstal i virksomhets-rapport, i kvalitetsråd, i dialogmøter med HTV/KVO og avdelingssjefer.</p>	<p>Pågåande</p>
	<p>Rapportere utvikling i forhold mellom tvangsvedtak og ansattskader i AMU og skadeutvalg. Identifisere diagnosegrupper.</p>	<p>Dette er eit arbeid som ikkje har blitt gjennomført systematisk enda men som vil bli fulgt opp i det vidare med kvartalsvis rapportering i kvalitetsråd og skadeutvalg/AMU halvårlig</p>

<b>b. Samhandling med kommunane</b>	Utrede etablering av FACT i samarbeid med Stavanger kommune	Saken har blitt ferdig utreia. I og med sjukehuset og Stavanger kommune i dag allereie samarbeider om OBS-teamet ønskte ikkje Stavanger kommune å bidra inn i eit slikt nytt team.
	Etablere FACT ung i samarbeid med Sandnes kommune	Teamet startet opp med å ta inn pasientar 1. mars 2023
	Utvikle samhandling om «VIP»pasienter (storforbrukere av døgn/innleggjelser)	Prosjektet er pågåande. Det er og planlagt at det skal gjennomførast eit liknande prosjekt i regi av Helsefelleskapa - Tenestemodellgruppa psykisk helse og rus.
	Ta initiativ til auka samarbeid med kommunar: -Tilby undervisning/veiledning og telefonkonsultasjonar til legevaktslegar i vårt opptaksområde	Dette tiltaket er endå ikkje gjennomført
<b>c. Bemanning, kompetanse og rettleiing</b>	Auke kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien	Ny sikkerheitspost blei åpna 1. februar 2023 med 4 plasser. Posten skal gradvis auke til 10 sengeplasser.
	Etablere ambulant sikkerhetsteam	Det ambulante sikkerheits-teamet ble etablert hausten 2022.
	Lære opp ansatte, og vedlikehalde/fornya kunnskapen. Følgje opp gjennom Kompetanse-portalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- MAP (mestring av aggresjonsproblematikk) med spesiell oppmerksomhet på de- eskalering.</li> <li>- TALK (evaluering av uønskete hendelser i pasientarbeidet)</li> <li>- IMR (illness management and recovery)</li> <li>- Lovverk</li> </ul>	MAP er implementert i foretaket og strategi for det vidare arbeidet skal vedtas i klinikkens leiergruppe i april 2023  TALK – det er laget eit system for verktøyet i klinikken som alle eininger kan ta i bruk.  Arbeidet med IMR går vidare uten at ein har iverksett spesifikke tiltak

		<p>Det er årleg undervisning for vedtaksansvarlige om lovverket.</p> <p>Det er og undervisning for alle nyttilsette legar og psykologar.</p> <p>I tillegg er dei obligatoriske dagane med MAP supplert med undervisning i lovverket for alle som tek kurset.</p>
	Auke kompetanse/undervise og veilede om tvang og aktuelt lovverk for deltakarar i vaktlaget	Sjå punkt over.
	Etablere simuleringstrening (VR) for de-eskalering	Det er etablert eit miljø for VR simulering ved akuttmottaket.
	Implementera Helsedirektoratets «Nasjonale faglege råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykiske helsevern for vaksne» når den vert publisert, venta i utgangen av november -21	Dette arbeidet er pågåande i klinikken.
<b>d. Fysiske omgjevnader og kapasitet</b>	Auke kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien i lokala på Våland, i påvente av nye sjukehusbygg for psykisk helse på Ullandhaug	Ny sikkerheitspost har startet opp, jf. punkt over.
	Kartlegge dagens lokaler med utgangspunkt i UKOM's rapport 1-2021 vedlegg 2 om Lokaler for psykiatri	Klinikken har gjennomført slik kartlegging og det er lagt inn i rutiner at dette skal gjerast årleg
<b>2. Praksis i samsvar med regelverk</b>	Samarbeide med Helse Vest i samband med identifiserte områder i rapporten side 72	Her ventar me på eit initiativ frå Helse Vest.
	Undervisning til vedtaksansvarlige om rett bruk av regelverk	Gjennomført, jf. over

	Etablere undervisning om lovverk og aktuelle veiledere for miljøterapigruppen	Dette gjennomførast i samband med MAP undervisninga, men me planlegg og å gjennomføre meir opne kurs for tilsette.
	Ta opp aktuelle tema i klinikk møter og/eller spesialistmøter der vedtaksansvarlige deltek	Gjennomført
	Årlege møter mellom kontrollkommisjonane og vedtaksansvarlege i klinikken	Gjennomført hausten 2022
	Årleg sommarundervisning om lovverk for legevikarar og medisinarstudentar på lisens	Gjennomførast årleg
<b>3. Rett registrering på tvers av føretak</b>	Ta initiativ til møte mellom medisinskfaglege rådgjevarer og aktuelle EPJ-ressursar, på tvers av helseforetaka	Klinikken har representantar inn i ei regional gruppe som vert kordinert av Helse Vest.
	Gjere kjent og tilby undervisning om rutinar for alle vedtaksansvarlige	Dette vert arrangert jamnleg.
<b>4. Vurdera felles rutinar</b>	Delta i Helse Vest sitt arbeid med å vurdera nytteverdi av regionale eller lokale rutinar	Me ventar her på eit initiativ frå Helse Vest
<b>5. Sikre at rutinar knytt til tvang er oversiktelige, tilgjengelege og gjort kjent hjå ansatte</b>	Gjere kjent og tilby undervisning om lovverk og rutinar for alle vedtaksansvarlige	Gjennomført
<b>6. Utvide styringsdata og tvangsrapport</b>	Delta i arbeidet, og ta i bruk funksjonalitet i styringsportalen så snart dette er tilgjengeleg.	Her ventar me på å kunne ta denne i bruk att.
<b>7. System for å gå gjennom og diskutera statistikk over tvangsbruk i alle avdelingar</b>	Utarbeide mal for ein månadleg avdelingsrapport, som vert drøfta i eige avdelingsmøte og sendt til klinikkleiinga.	Tall er lagt inn og delt i klinikken slik at desse samtalane kan tas i den enkelte eininga.
<b>8. Tydeliggjere viktighet av å melde avvik og arbeid med forbetringstiltak</b>	Det er allereie høgt fokus på meldekultur. Kvar eining bør utfordrast til å etablere forbetringstiltak innanfor tvangsområdet	All tvang vert registrert, men en bruker ikkje Synergi til dette føremålet.

	og følge eigen utvikling på systematisk måte ( gjerne i avdelingsrapport)	
<b>9. Systematisk gjennomgang av episodar med tvangsbruk</b>	Sette opp som eige punkt på morgonmøte i kvar eining. Notere læringspunkt som kan tas med opp til avdelingsleiinga.	Dette har vært forsøkt men har vist seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis, blant annet fordi det ofte ikke er det samme medarbeidarane som er til stade dagen etterpå.
	Arrangere jamnlege samlingar for vaktlag, for læring av hendelsar der vaktlag er involvert.	Gjennomført
	Behandlarar på post skal lese/sette seg inn i tvangshendingar frå siste døgn/helg, slik at dei kan sikre at tvang er gjort er i samsvar med gjeldande lovar og for å best mogleg å ivareta pasienten.	Gjennomført
<b>10. Pasientretta tiltak som kan førebyggje tvang, slik som ettersamtaler, krise/mestringsplanar</b>	Om det er mogleg bør ein ha ein for-samtale med pasienten for å arbeida med en bedre forståing av pasienten sine mestringsstrategiar.	Klinikken har vedtatt rutine for ettersamtale etter tvangsmiddelbruk (ta ut tall). En etablerer også kriseplaner for pasienter som har behov for dette.
	Ein vil vurdere om ein vil setje inn opplæring knytta til Traumebasert omsorg (TBO) i samarbeid med RVTS. Dette har hatt god effekt i PBU, og Sjølland sykehus har rapportert god effekt av denne opplæringa for å redusere tvang.	Ikkje gjennomført.

10.03.23

Sølve Braut

Kst. Klinikksjef

Tilrådingar i internrevisjonsrapport om tvangsbruk i psykisk helsevern.	Status Helse Bergen HF Divisjon psykisk helsevern (DPH)
<p data-bbox="188 286 418 315">1. <i>Kultur og leiing</i></p> <p data-bbox="236 533 592 562"><i>Samhandling med kommunar</i></p> <p data-bbox="236 1462 657 1491"><i>Bemanning, kompetanse, rettleiing</i></p>	<p data-bbox="699 286 879 315"><i>Kultur og leiing</i></p> <p data-bbox="699 322 1474 495">Psykiatrisk klinikk har i perioden 2020-22 prioritert områda riktig bruk av tvang, vald og truslar i faste leiarsamtalar annakvar veke. (30:4 samtalen). Tema i desse samtalane er og fast tematikk i klinikken sine utvida leiarmøter. Samtalen 30:4 er forankra som styringsdokument i elektronisk handbok(EK)</p> <p data-bbox="699 533 1050 562"><i>Samhandling med kommunar</i></p> <p data-bbox="699 568 820 598">FACT/ACT</p> <p data-bbox="699 604 1417 707">Det er etablere FACT/ACT team i alle Helse Bergen sine DPS. Klinikkk psykisk helsevern for barn og unge har etablert to Ung-FACT team med kommunane Bergen og Askøy.</p> <p data-bbox="699 745 995 775">SIKKERHEITSPOLIKLINIKK</p> <p data-bbox="699 781 1485 851">For å ivareta pasientar med vald og fareproblematikk opna Klinikkk for sikkerheitspsykiatri ein poliklinikk 1.3.22 med 9 fagstillingar.</p> <p data-bbox="699 889 751 918">ROP</p> <p data-bbox="699 925 1485 1135">Ny eining med 8 døgnplassar for pasientar med rus og psykisk liding opna i Psykiatrisk klinikk januar 2023. Eininga skal sikre pasientane adekvat behandling og oppfølging både i spesialisthelsetenesta og i kommunane. Som del av dette tilbudet er det oppretta lokale ROP nettverk i kvar DPS sektor som består av fagpersonar frå DPH, TSB og kommunane.</p> <p data-bbox="699 1173 775 1202">POLITI</p> <p data-bbox="699 1209 1481 1382">DPH styrka i 2022 samarbeidet med Vest politidistrikt om krevjande pasientar. Faste halvårige møter er etablert mellom kommunehelsetenesta, spesialisthelsetenesta og politiet. Rutinar for dialogmøta, informasjonsutveksling og ansvarsgrupper er forankra som styringsdokument i EK.</p> <p data-bbox="699 1420 968 1449"><i>Kompetanse, rettleiing</i></p> <p data-bbox="699 1456 756 1485">MAP</p> <p data-bbox="699 1491 1485 1861">Psykiatrisk klinikk innførte i perioden 2019-22 Nasjonalt opplæringsprogram i førebygging og handtering av aggresjon og valdsproblematikk (MAP). Klinikken har MAP koordinator, 12 sertifiserte instruktørar og 1-2 ressurspersonar i kvar eining med ansvar for å implementere og halde ved like programmet. Programmet er lagt i kompetanseportalen og sikrar den tilsette oppfølging av leiar. Seksjonane har eigen handlingsplan for området i EK. I Klinikkk for sikkerheitspsykiatri har MAP vore fast opplæring for alle tilsette i lengre tid. MAP er og del av opplæring for tilsette i aktuelle DPS einingar.</p> <p data-bbox="699 1899 948 1928">KOMPETANSETILTAK</p> <p data-bbox="699 1935 1481 2011">Psykiatrisk klinikk har lagt til rette for kompetansedagar i turnus for alle tilsette i pleiegruppa over 50% stilling. For nattpersonalet</p>

vart det i 2022 implementert to felles kompetansedagar i turnus. 75 tilsette på natt deltok og 86% fullførte kompetansedagane. Store delar av programmet var omfatta av temaet rett bruk av tvang.

#### SIMULERING

Psykiatrisk klinikk har oppretta ei simuleringsgruppe der medlemmane har Reg-Sim fasilitatorutdanning frå Helse-Vest. I 2022 gjennomførte klinikken kvar veke simulering med tema rett bruk av tvang/skjerming. Kvar simulering vert gjennomført med fem deltakarar frå ulike einingar i klinikken. Klinikken fekk nytt simuleringsrom i januar i år til simulering og klinisk ferdigheitstrening. Klinikken har og fått såkorn-midlar frå Helse-Vest til å starte eit prosjekt om bruke VR til simulering.

#### *Fysiske omgjevnader og kapasitet*

#### *Fysiske omgjevnader*

I DPH er det særleg Psykiatrisk klinikk som har hatt trong for omfattande utbetringar både inne og ute. Det planlagde arbeidet er no i sluttfasen, jf. oversikt under.

NR	Tiltak	Status
1	Psykiatrisk intensiv eining	Er i gang - S4, S6, KRS, S1, S5
2	Psykiatrisk intensiv rom	Er i gang - S4, S6, KRS, S1, S5
3	Nytt musikkterapirom	Ferdigstilt
4	Oppgradere aktivitetsfløy	Ferdigstilt
5	Innvendig skilting	Ferdigstilt
6	Utvida tryggleikssone	Ferdigstilt
7	Utbetring av terrassar	Ferdigstilt
8	Skjerma uteområde	Ferdigstilt
9	Skjerma hage	Ferdigstilt
10	Dr. Martens (ROP-eining)	Ferdigstilt

#### 15 STEG INN

«15 steg inn» er eit tiltak i Psykiatrisk klinikk som omhandlar systematisk synfaring og identifisering av forbetring av fysiske tilhøve. Tiltaket er gjennomført i fleire einingar i 2022 og teamet består av psykolog, erfaringskonsulent, seksjonsleiar og rådgjevar i stab. Tilbakemelding er gitt til leiar direkte og registrert i Synergi for vidare oppfølging.

#### *Kapasitet*

Kapasiteten i Divisjon psykisk helsevern er pressa, særleg gjeld dette sjukehusfunksjonane. Gjennom tett samarbeid og daglege kapasitetsmøter med alle klinikkane og dei private DPS har ein frå seinhaustes 22 redusert talet på korridorsenger monaleg. Ny eining med 8 døgnplassar for pasientar med rus og psykisk sjukdom opna i Psykiatrisk klinikk 04.01.23. I Klinik for sikkerheitspsykiatri vil ein i 2023 auke med to plassar då det er særleg press på desse plassane. Det er og lagt ein plan for å auke kapasiteten på skjermingsrom, men usikkert når det kan realiserast.

	<p>For å handtere framtidsbiletet har Helse Bergen etablert «Program psykisk helsevern for framtida» med mål om eit framtidsretta, differensiert og betre tilgjengeleg psykisk helsevern i nært samarbeid med rusmedisin og somatisk sektor. Programmet er delt i to fasar. Første fase er gjennomført og beskriv det faglege grunnlaget for utforming av eit samla framtidig psykisk helsevern i Helse Bergen. Dokumentet vart vedtatt i styret juni 2022. Fase 2 starta i oktober 2022 og omfattar vidare utviklingsprosessar for å implementere endringane i praksis og tilrettelegging for at bygg/areal understøttar faglege mål. Det samla tilbodet inkluderer sjukehusfunksjonar på Haukeland og i Sandviken, DPS-tilbod og overgangar frå/til kommunale tenester. Programmet er organisert med programstyre, referansegruppe, prosjektleiar og gruppeleiarar. Brukarar og tilsette er breidt involvert i prosjektet.</p>
<p>2. <i>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.</i></p>	<p>SPESIALISTFORUM DPH har i 2022 etablert kvartalsvise spesialistforum med mål om mest mogeleg lik forståing og praksis ved bruk av tvang.</p> <p>KOMPETANSEPORTAL DPH sitt EK nettverk (jf. pkt. 5) arbeider saman med seksjon for kompetanseutvikling for å lage opplæringspakkar om bruk av tvang og kartlegging og vurdering av risiko for vald og trussel om vald. Opplæringa består av EK referansar, e-læringskurs og opptak av førelesningar som kan tildelast tilsette av leiar via kompetanseportalen.</p>
<p>3. <i>Helse Vest RHF og helseføretaka bør arbeide ytterlegare med å sikre rett registrering av tvangsbruk på tvers av føretaka</i></p>	<p>DPH deltek i Regional ressursgruppe for tvang.</p>
<p>4. <i>Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere om det kan vere føremålstenleg å fortsette med å utvikle og halde ved like 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.</i></p>	<p>Regional ressursgruppe for tvang har ei aktiv rolle i å legge til rette for erfaringsdeling mellom fagpersonell og sikre likare praksis og fortolkning av regelverket.</p>
<p>5. <i>Helseføretaka må sikre at rutinar knytt til tvang er oversiktlege, tilgjengelege og gjort kjent blant dei tilsette</i></p>	<p>DPH har Elektronisk Kvalitetshandbok (EK) som er lett synleg og tilgjengeleg på nettsidene. Divisjonen etablerte i 2021 eit EK nettverk med representant frå kvar klinikk som igjen er leiar for EK nettverk i sin klinikk. Nettverket har som mål å sikre aktivt arbeid med rutinar og retningslinjer, at dei er oppdaterte, at nye vert kjent og at rutiane er så overordna som mogeleg. Rutinar</p>

	<p>knytt til tvang, vald og truslar om vald var eit av dei prioriterte områda nettverket arbeidde særskild med i 2021/22. EK nettverket samarbeider med seksjon for pasientsikkerheit og seksjon for fag og utdanning. Leiar av nettverket deltek i Divisjonen sitt KPU. Nye retningsliner vert informert om i leiarlina. Nettsida til klinikkane har tydeleg link til EK handboka og psykiatrisk klinikk har og eige område «Sist oppdatert i EK».</p>
<p>6. <i>Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere å utvide styringsdata og tvangsrapport til å inkludere ytterlegare data slik som lengd 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.</i></p>	<p>Innføring av DIPS Arena har komplisert uttrekk av desse data. Jf. avtale med Helse Vest</p>
<p>7. <i>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</i></p>	<p>Omfanget av tvangsbruk blir diskutert og vurdert i leiarsamtalar (30:4 samtalen jf. pkt. 1), i utvida klinikkleiar møter og dialogmøte med tillitsvalde og verneteneste.</p>
<p>8. <i>Helseføretaka bør tydeleggjere for dei tilsette viktigeita av å melde avvik, og avvika må følgjast opp. Vidare bør forbetringstiltak som blir iverksett i samband med avvikshandtering, tilsyn, andre hendingar mm gjerast kjent for alle tilsette ved aktuell avdeling, og om aktuelt også på tvers, slik at læring av hendingar skjer på alle nivå.</i></p>	<p>DPH har ei tydeleg forventning til tilsette om å melde avvik, og formidlar at dette er svært viktig. Avviksrapportar (Synergi) vert jamleg tatt opp i personalmøter, leiar møter, arbeidsmiljøutval, møter med organisasjonane og i kvatitets og pasientsikkerheitsutvalet (KPU). Med utgangspunkt i rapportane vert tiltak sett i verk. Psykiatrisk klinikk har faste læringsmøter på tvers av seksjonane der hendingar og forbetringstiltak er tema. Aktuelle hendingar og tiltak vert og tatt opp i divisjonen sitt KPU.</p>
<p>9. <i>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.</i></p>	<p>Dette skjer ved at episodar med tvangsbruk vert gjennomgått i daglege behandlingmøter i seksjonen og i debriefingmøter med personale etter hendingar med tvang.</p>
<p>10. <i>Helseføretaka bør følge opp at det blir iverksett og gjennomført pasientretta tiltak som kan førebyggje bruk av tvang, slik som ettersamtalar med pasientar og</i></p>	<p>Psykiatrisk klinikk gjennomfører ettersamtalar/evaluerings-samtalar med pasientar etter bruk av tvang. Fagleg ansvarleg og leiar av døgneininga er ansvarlege for at samtalen finn stad. Samtalen føregår etter fastsette retningsliner forankra i EK og vert gjennomført så snart pasienten er i stand til å delta. Om</p>

*bruk av kriseplanar/tiltaksplanar  
for pasientar*

mogeleg innan ei veke etter at tvang er oppheva eller seinast ved utskriving. Om mogeleg, og det er av verdi, deltek personell som var med i hendinga. Målet er at både pasient og personalet beskriv sine opplevingar slik at begge kan få eit meir nyansert bilete av det som skjedde.

Ansvarlig behandlar i DPH vurderer den enkelte pasient sitt behov for kriseplan som vert utarbeidd i samarbeid med pasienten og dei som skal følgje opp pasienten og ev. pårørande.

**HANDLINGSPLAN (MED VURDERING AV IMPLEMENTERINGSSTATUS PR. 09.11.22) FOR HELSE FONNA HF SI OPPFØLGING AV RAPPORTEN FRÅ HVIR SIN INTERNREVISJON AV TVANGSBRUK I HELSE VEST 2021**

*(Merk: Linjeledelsen er ansvarlig for implementering av samtlige tiltak i handlingsplanen. Frist for implementering av samtlige tiltak er 31.12.23.)*

Tilrådingar frå HVIR	Tiltak	Status implementering pr. 09.11.22
<p><i>1. Helse Vest RHF og helseføretaka bør i større grad konkretisere mål og innsatsfaktorar 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</i></p> <p><i>a. Kultur og leiing</i>  <i>b. Samhandling med kommunar</i>  <i>(m.a. FACT/ACT)</i></p>	<p>i. Anmode Helse Vest RHF om å gå over til å konsekvent bruke befolkningsrater (antall pr. 1 000 innbyggere) som tvangsparametre i det regionale helseforetakets rapportportal.</p> <p>ii. Aktivt bidra til å videreutvikle Helse Vests rapportportal generelt når det gjelder tvangsdata.</p> <p>iii. Med utgangspunkt i befolkningsrater – tallfeste mål for all tvangsbruk slik at disse målene ligger innenfor laveste 25 % av landsgjennomsnittet av hver enkelt form for tvangsbruk.</p> <p>iv. Mål for bruk av IP: Minst 80 % av alle pasienter som etter lovverket skal tilbys utarbeidelse av IP, får dette tilbudet.</p> <p>v. Etablere FACT-/ACT-team ved alle DPS i klinikken.</p> <p>vi. Styrke/utvide klinikkens fremskutte polikliniske tjenester slik som AAT.</p> <p>vii. Mål for gjennomføring av MAP: Minst 90 % av alle ansatte i klinikken som etter interne krav skal gjennomføre MAP-opplæring, har mottatt slik opplæring.</p> <p>viii. Fortsette arbeidet med å ansette erfaringsmedarbeidere i alle klinikkens avdelinger inntil det til hver og en av disse er</p>	<p>i, ii og iii: Er ikke tilrettelagt i DIPS Arena for dette. Samtlige helseforetak i Helse Vest har tilbakemeldet til det regionale helseforetaket behov for endringer i DIPS Arena.</p> <p>iv: I dag får 30 % av aktuelle pasienter dette tilbudet. Behandlerne skal spørre aktuelle pasienter om de ønsker IP. Klinikkdirktør vil følge opp tematikken overfor den enkelte avdelingsleder i klinikken.</p> <p>v,vi,vii og viii: Gjennomført.</p>

<p><i>c. Bemanning, kompetanse, rett-leiing</i></p> <p><i>d. Fysiske omgjevnader og kapasitet</i></p>	<p>tilknyttet minst én erfaringsmedarbeider i opptil 100 % stilling.</p> <p>ix. Sørge for at Stord DPS døgnpost tar imot pasienter til tvungent psykisk helsevern.</p> <p>x. Anmode Helse Vest RHF om å påskynde arbeidet med ferdigstilling av Trygg-Arena-modulen i DIPS Arena, slik at denne blir et formålstjenlig verktøy for klinikkens pasientrettede arbeid.</p> <p>xi. Videreføre arbeidet med oppgradering av klinikkens behandlingslokaler og utearealer.</p> <p>xii. Aktivt bringe inn tvangsbruk i psykisk helsevern som drøftingstema på den arenaen det kommende helsefellesskapet vil representere.</p> <p>xiii. Styrke klinikkens arbeid med rekruttering av lege- og psykologspesialister samt med kompetanseheving for alle yrkesgrupper på tvangsfeltet.</p>	<p>ix: Stord DPS døgnpost er godkjent for å ta imot pasienter til tvungent psykisk helsevern, men har ikke realisert godkjenningen. Klinikkdirktør har besluttet at slik realisering skal skje f.o.m. 01.12.22.</p> <p>x. Det er sendt henstilling til prosjektet DIPS Arena og Helse Vest RHF om ferdigstilling. Helse Fonna har ikke mottatt svar på denne anmodningen.</p> <p>xi. Det er utarbeidet plan for oppgradering av klinikkens behandlingslokaler og utearealer, men grunnet helseforetakets økonomiske situasjon er disse investeringene skjøvet ut i tid.</p> <p>xii. Gjennomført.</p> <p>xiii. Et prosjekt i regi av Helse Vest RHF adresserer problematikken.</p>
<p><i>2. Helse Vest RHF og helseføretaka må sikre at praksis knytt til tvangsbruk er i samsvar med regelverket</i></p>	<p>i. Anmode Helse Vest RHF om at fagnettverket i tvang i helseregionen får i oppdrag å utvikle felles prosedyrer for tvangsbruk og utvikle felles kompetansehevende tiltak i Helse Vest RHF knyttet til forvaltning av tvang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide pasient-kasus til vurdering på tvers helseforetakene i helseregionen.</li> </ul>	<p>i og ii: Ikke gjennomført. Det er ikke utarbeidet felles prosedyrer/retningslinjer eller felles kompetansehevende tiltak i Helse Vest. Klinikken har heller ikke arrangert workshop for vedtaksansvarlige. En har på tvers av avdelingene i klinikken vært i kontakt med SIFER for å undersøke muligheten for å få utviklet et felles kurs relatert til</p>

<p><i>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 frivilleg, og som manglar samtykkekompetanse.</i></p>	<p>ii. Årlig arrangere work-shops for vedtaksansvarlige, hvor forvaltning av tvang alltid settes opp som et sentralt tema.</p>	<p>tvangsbruk. Det vil for øvrig være mulig å hente bistand fra eksisterende kompetansesentra (f.eks. TvangsForsk).</p>
<p><i>3. Helse Vest RHF og helseføretaka bør arbeide ytterlegare med å sikre rett registrering av tvangsbruk på tvers av føretaka.</i></p>	<p>i. Inngår som en del av det oppdraget Helse Vests fagnettverk i tvang bør få av Helse Vest RHF, se tiltak i. umiddelbart ovenfor.</p>	<p>Det er liten aktivitet i det aktuelle fagnettverket. Helse Fonna jobber med å få på plass felles rutiner og prosedyrer i eget foretak for å sikre korrekt registrering av tvangsbruk. Klinikken for psykisk helsevern og rus har regelmessige møter med Helse Fonnas kontrollkommisjoner, hvor klinikkens tvangsbruk overfor pasienter er et hovedtema. Jf. også statusvurderingen i foregående punkt.</p>

<p><i>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 fortolking 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.</i></p>	<p>i. Se tiltakene knyttet til tilråding 2 ovenfor.</p>	<p>Se statusvurderingen i pkt. 2 og 3 ovenfor.</p>
<p><i>5. Helseføretaka må sikre at rutinar knytt til tvang er oversiktlege, tilgjengelege og gjort kjent blant dei tilsette.</i></p>	<p>i. Se tiltakene knyttet til tilråding 2 ovenfor.  ii. Sørge for at tilstrekkelig kompetanse i forvaltning av tvang er en komponent som inkluderes i klinikkens kompetanseplaner for de ulike profesjonene.  iii. Foreslå overfor Helse Vest RHF at det regionale helseforetaket etablerer et regionalt kompetansenettverk for forvaltning av tvang.</p>	<p>ii: Klinikken har en etablert rutine for delegering av vedtaksmyndighet til spesialist. Ansvaret for vurdering av en spesialist vedtakskompetanse ligger hos avdelingsleder. Det er utarbeidet rutiner i DIPS for registrering av tvangsvedtak.</p> <p>Se for øvrig statusvurderingen i pkt. 3 ovenfor.</p>
<p><i>6. Helse Vest RHF og helseføretaka bør vurdere å utvide styringsdata og</i></p>	<p>i. Aktivt bidra til å videreutvikle Helse Vests rapportportal når det gjelder tvangsdata, jf. også tiltak ii. knyttet til tilråding 1 ovenfor.</p>	<p>Nevnte rapportportal er ikke oppdatert til å utnytte de muligheter DIPS Arena gir. Behovet for dette er meldt til Helse Vest RHF flere ganger.</p>

<p><i>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 indikatorar som er mest hensiktsmessige for å måle utvikling i tvangsbruk og tvangsinnleggingar.</i></p>		
<p><i>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.</i></p>	<p>i. Etablere et regelmessig «tvangsmøte» i alle enheter i klinikken som bruker tvangsmidler overfor sine pasienter. Viktige elementer i dette «tvangsmøtet»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistikk-gjennomgang</li> <li>• Kompetansehevingsaktivitet</li> </ul> <p>ii. Anmode Helse Vest RHF om at det regionale helseforetaket gjør det mulig å studere statistikk på bruk av tvangsmidler på postnivå i Helse Vests rapportportal.</p>	<p>i: Klinikken bruker Synergi systematisk til læring, også når det gjelder uønskede hendelser relatert til tvangsmiddelbruk. På klinikkens regelmessige kvalitetsrådsmøter gjennomgås referat fra Helse Fonnas kvalitetsutvalgsmøter, som ikke sjelden omtaler klinikkens tvangsbruk overfor pasienter. De enkelte døgnavdelinger går i ulik grad gjennom egen tvangsstatistikk da dette ikke er tilgjengeleig gjennom tvangsrapport i rapportportalen. Gjennomganger må basere seg på manuelle rapporter i DIPS Arena. Klinikken har innført MAP som obligatorisk opplæring for alle ansatte og tilbakemelding fra de ulike avdelinger er at dette tiltaket er gjennomført.</p> <p>ii: Elektroniske tvangsprotokollor er innført, men det er ikke anledning til å hente ut rapporter på post-nivå vedr tvangsbruk i rapportportal. På postnivå kunne en da ha hatt tvangsbruk som fast tema på behandlermøter, understøttet av data fra rapportportalen vedr tvangsmiddelbruk i posten. I dag må en hente ut egne rapporter fra DIPS.</p>

<p>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 avviks-handtering, 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.</p>	<p>i. Etablere som fast sak gjennomgang av selekterte avviksmeldinger på regelmessige personalmøter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på hyppige avvik og avvik med alvorlige konsekvenser</li> </ul>	<p>Gjennomført.</p>
<p>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 ha vore unngått.</p>	<p>i. Etablere en kultur for at pasientens faste behandler og pasientens faste miljøkontakt innenfor normal arbeidstid sammen går gjennom den enkelte episode med tvangsbruk og vurderer denne ut i fra så vel et HMS-perspektiv som et tvangsfaglig perspektiv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MERK: Skal gjøres etter at ettersamtalen med pasienten om tvangsbruk-episoden er gjennomført.</li> </ul> <p>ii. Utarbeide en klinikkprosedyre for den ønskede kulturen omtalt i tiltak i. umiddelbart ovenfor.</p>	<p>i: Det har i praksis vist seg at en slik samtale mellom pasientens faste behandler og faste miljøkontakt om den enkelte episode med tvangsbruk vanskelig lar seg gjennomføre. Dette skyldes forhold knyttet til arbeidstid generelt og turnusarbeid spesielt.</p> <p>ii: Ikke gjennomført, se pkt. i ovenfor.</p> <p>MERK: Klinikken har utarbeidet prosedyre for ettersamtale med pasient om episode med tvangsbruk. Grunnet</p>

<p><i>10. Helseføretaka bør følge opp at det blir iverksett og gjennomført pasientretta tiltak som kan føre- bygge bruk av tvang, slik som etter-samtaler med pasientar og bruk av kriseplanar/tiltaksplanar for pasientar.</i></p>	<p>i. Anmode Helse Vest RHF om å påskynde arbeidet med ferdigstilling av Trygg-Arena-modulen i DIPS Arena for å bidra til sikring av at kriseplaner blir utarbeidet for de pasienter som skal tilbys og ønsker slik plan.</p>	<p>tidsbruken den innebærer er det imidlertid ikke alltid mulig å gjennomføre en slik samtale det her dreier seg om.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ettersamtaler blir gjennomført ved alle døgnposter.</li> <li>- Kriseplaner er innført i forhold til alle pasienter som blir akutt-innlagt eller har hyppige forverringer i sin sykdomstilstand og i behov av rask helsehjelp. For å sikre implementering er det fast rapporteringspunkt i klinikkens månedsrapportering.</li> <li>- Utvikling av modulen Trygg Arena er nødvendig for at en skal få en bedre systematikk både i forhold til ettersamtaler og krisepplaner samt sikkerhetsvurderinger. Behovet er meldt inn til DIPS Arena og Helse Vest.</li> </ul>
---	---	---

Haugesund, 19.12.22

Kenneth Eikeset

Klinikkdirektør Klinikk for psykisk helsevern og rus

Helse Fonna HF

Internrevisjonen si tilråding	Tiltak	Frist	Ansvar	Status desember 2022
1) Helse Førde bør i større grad konkretisere mål og innsatsfaktorar knytt til tvang				
a) Leiing og kultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av tvang skal vere tema på Leiinga sin gjennomgang (LGG) både på føretaksnivå og klinikknivå med tertialvis rapportering</li> <li>• Bruk av tvang skal vere tema på avdelingsråd og klinikkråd</li> <li>• Eigenrevisjon i klinikken med journalgjennomgang for å kontrollere at pårørande sine rettar i samband med bruk av tvang blir etterlevd</li> </ul>	31.12.21  01.04.22	Klinikkdirektør/AD  Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering på tvang blir gjennomgått ved publisering av nasjonale kvalitetsindikatorarar tertialvis i føretaksleiinga, klinikkråd og avdelingsråd.</li> <li>• Når tvangsrapport rapportportalen blir tilgjengeleg etter oppgradering av DIPS Arena, vil rapporteinga bli integrert i LGG.</li> <li>• Det er gjennomført eigenrevisjon ved journalgjennomgang for å vurdere om vi har gitt informasjon til pårørande i samsvar med krav.</li> </ul>
b) Samhandling med kommunar	Etablere tettare samarbeid med fleire kommunar kring ambulante tenester for pasientgruppa. ACT/FACT modell skal søkast som løysing der pasientgrunlaget er stort nok	01.04.22	Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablert FACT-team med Stad kommune.</li> <li>• Det er gjennomført samarbeidsmøter med kommunane knytt til psykiatrisk klinikk for å avklare kommunale interesse for deltaking i FACT-team.</li> <li>• Det er sett ned arbeidsgruppe og utatrbeid mandat for arbeidet med</li> </ul>

				<p>førebuing til FACT-team ved Psykiatrisk klinikk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FACT-team blir prioritert i handlingsplan for helsefelleskapet</li> <li>• Tiltaket er delfinansiert i budsjett for 2023</li> </ul>
c) Bemanning, kompetanse og rettleiing	Kompetanse i bruk av tvang skal vere med i årlege kompetanseplanar i avdelingane	Løpande	Klinikkdirektør	Blir innarbeidd i handlingsplanar og kompetanseplanar for 2023
d) Fysiske omgjevnader og kapasitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre vernerunde knytt til fysiske omgjevnader</li> <li>• Gjennomgang av lokale knytt til pasientsikkerheit månadleg</li> <li>• Følgje opp avvik knytt til fysiske omgjevnader</li> </ul>	Løpande	Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Månadleg gjennomgang av lokale knytt til pasientsikkerheit er ikkje fullt ut gjennomført. Behov for klarare rutine.</li> <li>• Avvik vert følgd opp i linja og i klinikken sitt arbeidsmiljøutval</li> </ul>
2) Helse Førde må sikre at praksis knytt til tvangsbruk og at det er så lik forståing som mogeleg av regelverket i føretaka	Delta i regional faggruppe tvang Etablere arena for erfaringsutveksling mellom vedtaksansvarlege mellom DPSa og sjukehusnivå tertialvis	31.12.21		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional faggruppe er etablert</li> <li>• Arena for erfaringsutveksling mellom vedtaksansvarlege har første møte januar 2023.</li> </ul>
3) Helse Førde bør arbeide med å sikre rett registrering av tvangsbruk	Kontroll og oppfølging av registrering av vedtak frå Serviceseksjonen og i dialog med kontrollkommisjonen for å avdekke manglar.	Løpande	Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollkommisjonen sin sakshandsaming er fullelektronisk i Dips Arena</li> <li>• Dedikert konsulent i Serviceseksjonen føl opp saksførebuing til kontrollkommisjonen</li> </ul>
4) Vurdere felles rutinar for bruk av tvang	Vurderast saman med Helse Vest og føretaka	31.12.21	Klinikkdirektør	Det er p.t. ikkje etablert felles rutinar i Helse Vest, berre brukarrettleiing for registrering i DIPS Arena. Regional faggruppe har vurdert at det ikkje er føremåltenleg med regionale rutinar

5) Rutinar knytt til tvang må vere oversiktleg, tilgjengeleg og gjort kjent blant tilsette	Gjennomgang av rutinar i EK	01.02.22	Klinikkdirektør/Fag- og utvikling	Vi har prioritert få og klare rutinar i EK. Lovverket er komplisert, og enkle rutinar som tek i vare alle omsyn er utfordrande å utarbeide,.
6) Helse Førde bør etablere system for at statistikk over tvangsbruk blir gjennomgått på avdelingar som nyttar tvangsmiddel	Gjennomgang av statistikk på avdelingsnivå i månadleg avdelingsmøte og tertialvis i samband med leiinga sin gjennomgang (LGG)	31.12.21	Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistikk er ikkje tilgjengeleg i rapportportalen etter overgang til DIPS Arena. Det er sett i verk arbeid i Helse Vest IKT i samarbeid med DIPS Arena for å løyse dette.</li> <li>• Vi nyttar statistikk frå Helsedirektoratet og nasjonale kvalitetsindikatorar inntil tvangstal er tilgjengeleg i rapportportalen.</li> </ul>
7) Helse Førde må tydeleggjere for dei tilsette viktigheita av å melde avvik, og gjere kjent forbetringstiltak i avdeling og evt. på tvers	Gjennomgang av avvik frå synergi i KAMU og klinikkråd	01.11.21	Klinikkdirektør	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er etablert praksis.</li> <li>• Avvik knytt til tvangsbruk vert gjennomgått avdelingsvis.</li> <li>• Nyttar «Les og Lær» i KAMU og klinikkråd dersom det ligg føre lærings- eller forbetringpunkt på tvers</li> </ul>
8) Helse Førde bør sørge for at episodar med tvangsbruk alltid blir gjennomgått med vedtaksansvarleg og involvert personell	Gjennomgang i etablerte refleksjonsmøte.  Gjentekne tvangsinnleggingar skal evaluerast saman med kommunen		Klinikkdirektør Avdelingssjefar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablert refleksjonsmøte ved seksjon Akutt døgnet og Seksjon tryggleik og Psykose.</li> <li>• Må etablerast samarbeid med kommunar om tiltaket. Vi har ikkje god nok systematikk i dette arbeidet</li> </ul>
9) Helse Førde bør følgje opp at det blir sett i verk og gjennomført pasientretta tiltak som kan førebygge bruk av tvang slik som	Internrevisjon ved journalgjennomgang i DIPS Arena årleg		Avdelingssjefar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenrevisjon ved journalgjennomgang i 2022 syner at ettersamtale ikkje vert gjennomført systematisk. Ny eigenrevisjon i 2023 for å sjå om vi har fått til forbetring.</li> </ul>

<p>ettersamtaler, bruk av kriseplan/tiltaksplan for pasientar.</p>				<ul style="list-style-type: none"><li>• Kriseplan er i aktivt bruk, men vi har avdekt at det bør dokumentrast at slik plan finnast i fane «kritisk informasjon» i DIPS. Dette vil auke tilgjenge for legar i vakt og i samhandling med kommunar.</li></ul>
--	--	--	--	--