



## Styresak 94-2015

### Handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rus

**Saksbehandler:**

Ian Dawson og Trude Grønlund

**Saksnr.:**

2011/1359

**Dato:**

28.09.2015

#### Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:           Handlingsplan «Redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rus»

#### 1. Bakgrunn

Det har over tid vært et mål i Norge å få redusert bruken av tvang innen psykisk helsevern, og dersom tvang er nødvendig, skal det bli brukt riktig. Både bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagfolk og sentrale myndigheter har ønsket dette. I utgangspunktet skal all helsehjelp være frivillig og pasientene skal gi sitt samtykke. Dette gjelder også innen psykisk helse. Allikevel kan denne selvbestemmelsesretten unntaksvis bli satt til side dersom dette er nødvendig for å ivareta liv og helse med grunnlag i gjeldende lov.

Et av målene for 2015 i Helse Nord's oppdragsdokument til Helseforetakene (HFene) er at «Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.»

Den framlagte planen er et resultat av oppfølging av sak 41-2012, sak 37-2013/4 fra styret i Helse Nord, samt brev fra Helse Nord datert 30. juli 2014 der man forutsetter sluttbehandling av lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang i styret i Nordlandssykehuset.

Den framlagte Handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rusomsorg er således et resultat av en lengre utredningsperiode for å oppfylle krav over flere år i Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Saken var forsøkt framlagt i juni 2014, men ble avvist fordi ingen representanter for brukerne eller kommunene hadde deltatt i arbeidet. Arbeidsgruppen ble derfor utvidet med disse nevnte representanter. Den foreliggende plan er sendt til høring i Brukerutvalget og til kommunene via OSO, da klinikkledelsen ønsket innspill fra disse organ på et så tidlig tidspunkt som mulig og før saken legges fram for styret.

#### 2. Høring

Brukerutvalget behandlet saken som høring den 16.06.15 og gjorde følgende vedtak:

1. Brukerutvalget er fornøyd med prosessen som har ført fram til foreliggende handlingsplan.
2. Brukerutvalget ber om at forslaget til handlingsplan sendes kommunene for høringsuttalelse.
3. Brukerutvalget ber om at saken fremmes for realitetsbehandling i møte 25.8.15.
4. Brukerutvalget er innforstått med at angitt tidsplan må justeres.

Saken ble ikke behandlet i Brukerutvalget 25.08 pga at høringsfristen var satt til 17.08 og en håpet på flere uttalelser fra kommunene. Saken legges fram til realitetsbehandling i Brukerutvalget 5.oktober og vedtak blir lagt fram i styremøtet den 06.10.15.

Saken ble også sendt til OSO, som har sendt den til kommunene, og det kom inn ett hørings svar fra Røst kommune. Avdeling for helse og omsorg i Røst kommune har gitt gode innspill til oppfølging av planen. De ønsker bl.a. at AMK bør involveres i dette arbeidet, siden de står for koordinering av ambulanseoppdrag. De ønsker også at helsepersonell i størst mulig grad deltar ved lufttransport i stedet for politi. De mener også at NLSH bør ha ansvaret for å arrangere kurs i TERMA for kommunene. Individuell plan med kriseplan er viktig for å forebygge gjentakelse av situasjoner som har ført til tvangsbruk mener de, og ber om at det presiseres at IP og kriseplan skal tilbys til alle som har vært innlagt med tvang. Røst har gode erfaringer med ansvarsgruppemøter i telestudio mot slutten av et institusjonsopphold, hvor en sammen har utarbeidet IP med kriseplan før pasienten har blitt skrevet ut. Det er ressurskrevende for kommunene å delta på møter og de ønsker derfor at mest mulig av møtevirksomhet mellom klinikk og kommunene samles på få møter og at det tilrettelegges for deltagelse på videokonferanse.

### **3. Handlingsplanen**

Handlingsplanen er et strukturert og godt utgangspunkt for videre arbeid med å redusere tvang, og dersom tvang er nødvendig, å gjøre dette på en riktig og verdig måte for pasienten. Tiltakene som er valgt synes fornuftige. Ettersom arbeidsgruppen var svært forsinket i framlegget av sitt arbeid, har det vært nødvendig å justere tidsplanen for tiltakene. Noen av tiltakene er allerede på plass og noen er enklere å implementere enn andre. Klinikken har derfor justert tidsplanen for implementering av tiltakene med ett år. Brukerutvalget har sluttet seg til dette i sitt vedtak.

### **4. Direktørens vurdering.**

Den foreliggende handlingsplanen vurderes som et godt planverk for Nordlandssykehuset. Psykisk helse- og rusklinikken i Nordlandssykehuset har over år ligget blant de som har lavest bruk av tvang i landet, men det er alltid rom for forbedring. De foreslåtte tiltakene som både retter seg mot å forebygge tvang og å benytte tvang riktigere anses som fornuftige, realiserbare og de er egnet til å bedre både kvalitet og pasientsikkerhet for våre brukere.

Klinikken har også søkt og fått innvilget midler fra Helsedirektoratet til et arbeid for å implementere tiltakene. Prosjektleder for den vedlagte planen er frikjøpt i 20 % og starter sitt implementeringsarbeid i midten av september. Alt skulle dermed ligge til rette for at handlingsplanens tiltak blir iverksatt.

#### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret i Nordlandssykehuset vedtar den foreliggende "Handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rus".

#### **Avstemming:**

#### **Vedtak:**

# Redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rus

---

## *Handlingsplan for Nordlandssykehuset HF*

Denne handlingsplanen skisserer en del tiltak for å redusere bruk av tvang innen psykisk helse og rus, samt riktig anvendelse når tvang er nødvendig. Handlingsplanen er utarbeidet sammen med brukere, kommunen og spesialisthelsetjenesten.

23.04.2015

---



## 1. Bakgrunn

«Selv om langt det meste innen psykisk helsevern skjer på frivillig basis, er det mange som opplever psykisk helsevern som en tvangsarena.» sier Thor Rogan i sitt kapittel «Å sette farger på livet» i boken «Helhetlig psykisk helsearbeid».

I utgangspunktet skal all helsehjelp være frivillig og pasientene skal gi sitt samtykke. Dette gjelder også innen psykisk helse. Allikevel kan denne selvbestemmelsesretten bli satt til side unntaksvis dersom dette er nødvendig for å ivareta liv og helse med grunnlag i gjeldende lov.

Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5400 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 700 ganger i Norge i 2013. Selv om tall viser en nedgang i antall oppholdsøgn, økte antall døgn under tvang, og det er ønskelig å få redusert disse tallene ytterligere. Tall for Nordlandssykehuset er nevnt under pkt. 1.5

Det har over tid vært et mål i Norge å få redusert bruken av tvang innen psykisk helsevern, men hvis det viser seg å være nødvendig, skal det bli brukt riktig. Både bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagfolk og sentrale myndigheter har ønsket dette.

*«Hvordan pasienten blir møtt, betyr noe. Bruk av tvang skjer ikke i et vakuum. Det som skjer før, under og etter kan forhindre tvang.»*

*Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014)*

### 1.1 Nasjonal føringer

«Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» har formulert 3 hovedmål:

1. *Psykiske helsetjenester skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.*
2. *Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minstenivå og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter.*
3. *All bruk av tvang skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister i henhold til den nasjonale registreringsveilederen.*

Den overordnede målsettingen er:

”... å redusere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging og alternative, frivillige løsninger basert på et mest mulig likeverdig samarbeid mellom brukere/pårørende og helsepersonell. For å oppnå reell reduksjon av tvang er det avgjørende at det etableres gode og lett tilgjengelige tilbud. Et godt utbygd frivillig hjelpetilbud er således ett av de viktigste grepene for å lykkes med å redusere omfanget av tvang. Med ”riktig bruk” av tvang menes en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter. Tvang oppstår i akutte situasjoner hvor det er behov for å hjelpe pasienten raskt. Det er derfor avgjørende med godt forebyggende arbeid som legger vekt på tilgjengelighet og tidlig intervensjon. For pasienter som har en historikk med mange tvangsinnleggelseser er det viktig med tett oppfølging, for eksempel forankret i en Individuell plan. Først når alle reelle muligheter for frivillig hjelp er vurdert å ikke føre frem, kan tvangstiltak forsvares iverksatt.

Også i faser hvor tvang er nødvendig å bruke, må brukere og pårørende involveres og gis mulighet til medbestemmelse over innholdet i behandlingsforløpet, samt over hva som skal skje når tvangen opphører. Ved iverksettelse av tvang skal vedtakene registreres og innrapporteres på en systematisk og likeartet måte, slik at det er mulig for tjenesten selv og myndighetene å følge med på utviklingen” (s. 13-14).

I den nye veilederen fra Helsedirektoratet « Sammen om mestring» anbefales det flere tiltak for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang; bl.a. bredden av tjenester tilpasset personer med ulike behov og etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam som Assertive Community Team (ACT) og Flexible Assertive Community Team (FACT).

## **1.2 Lovgrunnlaget**

Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern er regulert av Psykisk helsevernloven (PHL) (1961) senere endret ved flere anledning. Dette kan deles i tre hovedgrupper:

1. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (kap. 3)
2. Tvangsbehandling (§ 4-4) og tvangsmiddelbruk (§ 4-8)
3. I tillegg gis det anledning til andre rettighetsinngripende tiltak som urinprøve, kroppsvisitasjon, beslag og flere (§ 4-5 til § 4-7)

Det er viktig også å nevne at pasienten har rett til medvirkning når vedkommende får helsehjelp; dette gjelder både forebygging, undersøkelse, diagnostisering, pleie, behandling og rehabilitering, j.fr Pasientrettighetsloven § 3-1.

## **1.3 Regionale føringer**

I «*Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord- Tiltaksplan 2012-2015*» skisseres det 7 områder for mål og tiltak:

1. Økt frivillighet ved innleggelse i psykisk helsevern
2. Bedre bruker- og pårørendemedvirkning
3. Kvalitetssikret bruk og bedre kunnskap om bruk av tvang både ved innleggelse og under opphold
4. Bedre dokumentasjon om tvangsbruk – riktig registrering og bedre datakvalitet
5. Gi verdige transportordninger for psykiske syke – mindre bruk av politi
6. Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
7. Ha verdige og gode bygg til de alvorligst syke

## **1.4 Lokale føringer**

Et av målene for 2015 i Helse Nord's oppdragsdokument til Helseforetakene (HFene) er at «Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.»

Den framlagte planen er et resultat av oppfølging av sak 41-2012, sak 37-2013/4 fra styret i Helse Nord, samt brev fra Helse Nord datert 30. juli 2014 der man forutsetter sluttbehandling av lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang i styret i Nordlandssykehuset. Den tar i hovedsak utgangspunkt i den regionale planen fra Helse Nord og de 7 områdene nevnt i pkt. 1.3.

Det er også viktig å nevne at det er flere ulike prosesser og arbeid innenfor dette feltet som må ses i sammenheng. For å nevne et par er det et prosjekt som skal utrede og forbedre transport under innleggelse, nye prosedyrer for tvang innen sykehuset og det har vært arbeidet med en mal for kriseplan.

Det må/bør ikke gjøres dobbeltarbeid og denne handlingsplanen henviser derfor til ulike arbeid som er i gang.

## 1.5 Tallgrunnlag

Siden denne handlingsplanen skal bidra til redusert bruk av tvang innen psykisk helse, er det viktig å ha tallgrunnlag å gå ut fra. Tall for hele vårt opptaksområde ved akuttpostene er følgende:

	2012	2013	2014
§ 3-2 Tvungen observasjon	106 (10,3 %)	93 (9,9 %)	106 (10,7 %)
§ 3-3 Tvungent psykisk helsevern	143 (13 %)	94 (9,6 %)	98 (9,9 %)
§ 4-4 Tvangsbehandling	58 (5,6 %)	46 (4,7 %)	54 (5,4 %)
§ 4-8 Tvangsmiddelbruk	119 (11,5 %)	54 (5,5 %)	92 (9,3 %)
Antall innleggelser	1034	973	984

Tallene er kun en oversikt og viser en relativ stabil fordeling over en 3-års periode. Ett unntak er 2013 vedr. tvangsmiddelbruk § 4-4, men som beveger seg mot 2012 tall i 2014. Dette viser således ingen trend til endring. Organisatoriske endringer i betydning nedleggelse av tilbud, opprettelse av andre, enheter som gis nye funksjoner, enheter som fjerner tidligere funksjoner, samhandlingsreform i kommuner med ulike fremdrift osv., gjør det vanskelig å trekke konklusjon også om det skulle vært signifikante forskjeller. En vet ikke effektstørrelsen ulike endringer har gitt med tanke på tvangsbruk. Ut fra tallene på Akuttpostene kan det mer se ut som det ikke har gitt noen effekt. Vår erfaring er også at det varierer mellom de ulike kommunene i hvilken grad innleggelser ender på tvang.

Å hente ut tall på kommunenivå kan være nyttig når det gjelder planlegging av tiltak før innleggelse.

## 2. Arbeidsform

Nordlandssykehuset (NLSH) ved Psykisk helse- og rusklinikk (PHR) oppnevnte i sitt ledermøte 16. oktober 2013 en arbeidsgruppe som fikk i mandat å utarbeide forslag til en handlingsplan.

Arbeidsgruppen ble senere utvidet med representanter fra brukerorganisasjoner og kommuner.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Ian Dawson: Fagkonsulent Salten Distrikts Psykiatriske Senter (DPS) (leder/sekretær)
- Arild Amundsen: Mental Helse (Brukerutvalg)
- Helge Jensen: Landsforeningen for pårørende innen voksenpsykiatri (Brukerutvalg)
- Lena Breivik: Leder for oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus, Bodø kommune
- Geir Jensen: Sortland kommune
- Stein-Kjetil Moe: psykologspesialist, Akuttavdeling Salten
- Brit Arntsen: Overlege Ambulant Akutteam Lofoten DPS
- John Erik Gjerstad: Ambulant Akutteam Vesterålen DPS

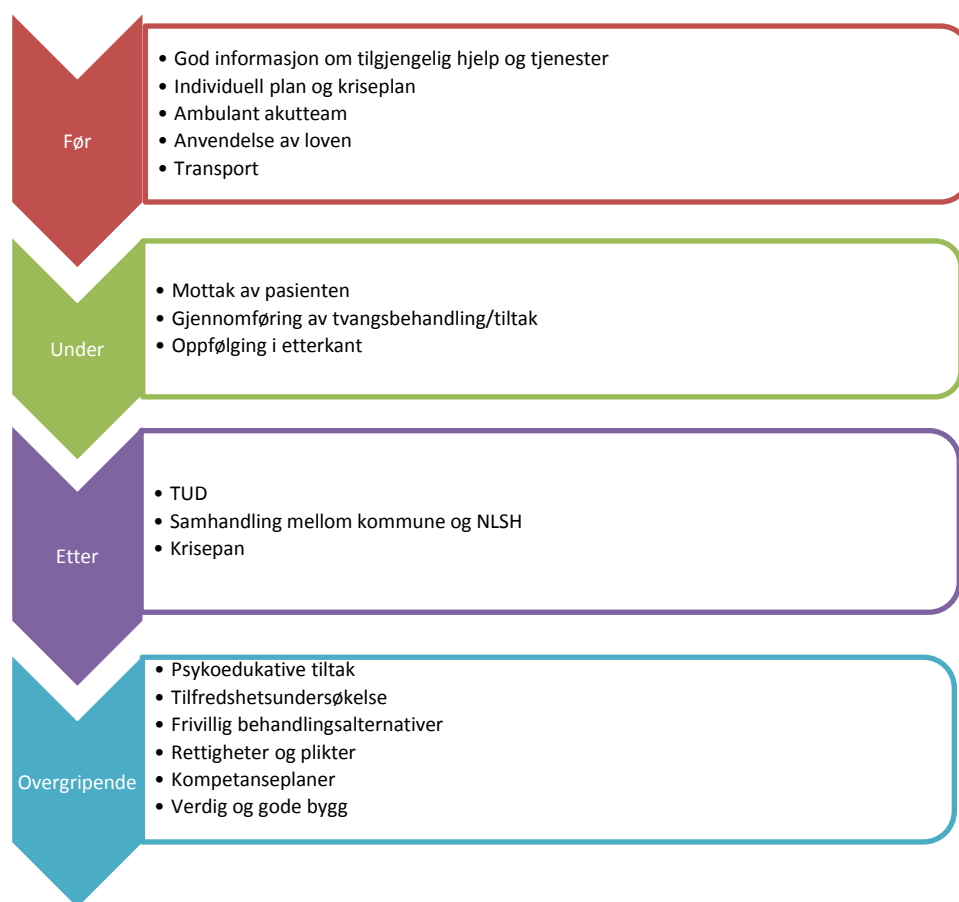
- Johnny-Reiner Jensen: Ambulant Akutteam Salten DPS
- Magne Johansen: Hovedverneombud

De ansattes representanter var også invitert gjennom de avtalte kanaler, men har ikke møtt.

Den utvidete arbeidsgruppen har avholdt 3 en-dags møter med variert oppmøte.

### 3. Handlingsplan

Arbeidsgruppen har valgt en forløpstenkning i sin tilnærming til oppdraget; før, under og etter innleggelse. I tillegg er det noen utfordringer som er overgripende, og er gjeldende i mer en fase av et forløp.



#### 3.1 Før innleggelse

Det er før en eventuell innleggelse at man kan forebygge og unngå en tvangsinnleggelse. Det er flere tiltak man kan iverksette for å hjelpe mennesker i krise, og unngå tvangsinnleggelse.

Når det er sagt, i enkelte tilfeller vil en tvangsinnleggelse være uunngåelig. Da er det viktig at man både kvalitetssikrer og utfører selve tvangsinnleggelsen på en så skånsom og verdig måte som mulig.

Nedenfor kommer først de tiltak arbeidsgruppen har diskutert for å redusere/unngå bruk av tvang, og deretter tiltak for en riktig anvendelse av tvang.

### 3.1.1 God informasjon om tilgjengelig hjelp og tjenester

Mennesker i krise kan noen ganger ikke forstå at behandling er nødvendig. I denne kritiske fasen vil det være behov for god og tilpasset informasjon.

Et fokus på å redusere tvang eller å øke frivillighet, er også et spørsmål om forebygging. Dette gjelder særlig i de tilfeller hvor det er en klar sammenheng mellom symptomtrykk/lidelsestrykk og tvangsinnleggelse, når målet er å forebygge at en tilstand får utvikle slik intensitet. Forebygging med fokus på helse kan ikke løses av et sykehus eller helsesektoren alene. Helsefremmende tiltak kan sorteres under andre sektorer enn helse, og fordrer således et tverretattlig samarbeid. En innleggelse kan tidvis være et netto resultat av det tilbudet som eksisterer i kommunen. Det er flere kommuner som er innenfor opptaksområdet for NLSH. Tilbudet ved de ulike kommunene er ulikt også med hensyn til tilgjengelighet på tjenester (eks. åpningstider). Kommunenes helse- og omsorgsplan og status ved denne vil kunne ha betydning for behovet for innleggelse, økt frivillighet ved behov for innleggelse og således bidra til å redusere bruken av tvang.

Det foreslås at kommunene og NLSH sikrer god og tilgjengelig informasjon om sine tjenester med kontaktinformasjon, og at dette holdes oppdatert.

### 3.1.2 Kriseplan og Individuell Plan (IP)

Det ble satt fokus på kriseplaner og IP. IP var innført som en betinget rett og etter hvert kun med samtykke i lovverket siden juli 2006. NLSH har hatt IP som et eget moment i epikrisemalen siden 2006. Det er avklart hvem som har hovedansvaret for å utarbeide planer, men også hvem som skal initiere dette. Det eksisterer ulike maler både på NLSH og i kommunene; noen er uoverkommelige andre svært overkommelige (eks. Sintef). Likevel har det vist seg å være vanskelig å implementere IP som et rutinemessig fokus ved innkomst og under opphold. Verdien og effekten av IP satt i systematisk bruk er således kan hende uprøvd, men det kan være variasjon i bruk og erfaring. Dens evt. effekt på bruk av tvang likeså. Den forventede tilsiktede effekten av IP kan ha betydning for behovet for tvang.

Eksistensen av kriseplan også som vedlegg til IP har vært tilsvarende kjent, men også i likhet med IP ikke vært systematisk i bruk. Det eksisterer også her ulike maler. Kriseplaner bør være et systematisk hjelpemiddel og noe som alle som har hatt en innleggelse bør gis tilbud om. Kriseplanen kan også bidra til en mer systematisk involvering av pårørende som ressurs i behandlingen og behandlingsplanen. Utfordringen vil også her være implementering.

Kriseplaner vil være aktuelt for pasienter som kommer i kontakt med NLSH på ulike nivå. Men kriseplaner kan også ha en relevans for pasienter som ikke har vært innlagt, og som kanskje aldri blir innlagt. Dette vil være i kommunal regi og vil ikke gjøre NLSH delaktig i den tiden vedkommende ikke er identifisert pasient. Her vil kriseplaner ha et formål utover det som inngår i mandatet for denne planen, da den vil kunne være forebyggende for behovet for innleggelse.

Kriseplanen er et viktig verktøy for at bruker, pårørende og hjelpeapparatet kan iverksette riktige tiltak i akutte situasjoner. Kriseplanen skal være individuell og tilpasset den enkelte bruker, og skal være brukerens plan.

Det foreslås at NLSH og kommunene utarbeider en felles kriseplan som en del av en IP.



### 3.1.3 Ambulante akutteam (AAT)

AAT er ulikt organisert og bemannet, og har eksistert i ulik varighet.

AAT kan forebygge behovet for innleggelse, men kan også bidra til at innleggelser med større sannsynlighet skjer frivillig, og at transport i mindre grad fordrer politibistand. Dette har vist seg å ha sammenheng med grad av sykkelighet. Teamene skal bidra til at gode løsninger blir valgt i pressede situasjoner, og de er en samarbeidspartner for blant annet kommunehelsetjenesten og politiet.

AAT i Salten har siden starten av 2010 forsøkt å bidra til frivillige innleggelser. Erfaringene er at jo tidligere de kan komme inn i saker der det antas at pasienten trenger hjelp men motsetter seg det, vil en i noen tilfeller lykkes med å unngå tvangsinnleggelse. Når tvangsinnleggelse kan ikke unngås da er det politiet som må kontaktes. I disse sakene har teamet informert politiet om at de kan kontaktes for å bistå politiet om mulig, men de kan ikke utøve tvang overfor pasientene (unntaket er ved nødverge). AAT er ikke en del av en kriseplan, men skal benyttes om kriseplanen eller andre tiltak ikke lykkes.

Det anses som viktig at sykehuset fortsatt har en bestemt holdning om at direkte henvendelser vedrørende innleggelser først skal gå via AAT (jfr. porten inn og ut av DPS). Dermed må AAT gjøres kjent for de med henvisningsrett. Denne informasjon er viktig, og må repeteres ofte.

Det bør nevnes at AAT Salten er med i en nasjonal studie der målet er å se nærmere på behandlingen og utfallet hos de pasienter som har vært i kontakt med AAT, ved å blant annet se hvordan de selv har opplevd behandlingen. Denne studien kan bl.a. avdekke områder for forbedring i tjenester der tvang kan være aktuelt.

Tjenesten er fortsatt under utvikling og avklaring. AAT er nå etablert ved alle DPS ved NLSH, og skal være et viktig bidrag for å sikre at DPS blir veien inn i spesialhelsetjenesten. Helgeland er en sektor som serves av NLSH, men DPS-funksjonen er under Helgelandssykehuset. AAT for dette opptaksområde vil være av relevans for NLSH, men kan ikke ha samme status i NLSH sitt plandokument som AAT for SDPS, Lofoten og Vesterålen.

### 3.1.4 Anvendelse av loven

Tvungen psykisk helsevern (TPH) kan gjennomføres med eller uten døgnhold (TUD). Riktig bruk av tvang i form av TUD kan sorteres som element både før, under og etter innleggelse. I et perspektiv før innleggelse vil TUD kunne redusere sannsynligheten for forverring, og således tvangsinnleggelser som i større grad kan ha element av faktisk og opplevd tvang enn formell tvang.

Forholdet mellom legalitet til tvangsbruk gjennom Psykisk Helsevernloven (PHL) og sosial- og omsorgstjenesteloven bør vurderes i forhold til praksis. Enkeltsaker har tydeliggjort at fastleger kan ha en mer liberal holdning til tvangsbegjæringer til psykisk helsevern i tilfeller der det er snakk om overlast til rusmisbruk. Dette har ikke klar legalitet innenfor PHL, men har legalitet innenfor fastlegens eget beslutningsområde (sosial- og omsorgstjenesteloven). En slik feilaktig begjæring har betydning for antall begjæringer og evt. underkjennelser. Samtidig har bordet en tendens til å fange. Er vedkommende først blitt sendt til innleggelse i psykisk helsevern, er det problematisk å sende vedkommende tilbake til fastlegen for ny vurdering. I den grad en skal bruke døgnavdelinger, må det

i beste fall være nærmest nødrettslig i påvente av tiden det tar å få tilgjengelig seng på rusinstitusjon. Det treng ikke bare være snakk rus. Pasienter med suicidalfare er en annen gruppe.

Det foreslås at NLSH v/fagavdeling i samarbeid med klinikken, arrangerer en konsensuskonferanse hvor man gjennomgår anvendelse av loven. Her bør både sykehusansatte og kommunalt ansatte delta, da spesielt fastlegene.

### 3.1.5 Transport

Det har lenge vært satt fokus og blitt stilt kritiske spørsmål ved transport av psykisk syke i forbindelse med innleggelse fra brukerorganisasjoner m.fl.. I all hovedsak er det bruk av politiet ved tvangsinnleggelse det er stilt spørsmål ved. I andre deler av landet har det vært etablert egen psykiatrisk sykebil. Det har vært drøftet flere ganger ved Nordlandssykehuset om noe slikt kunne etableres i Bodø, men det ble konkludert med at det ikke var befolkningsgrunnlag for det.

Sentralt er det et ønske om at såkalte «psykiatrioppdrag» skal overføres fra politi til helsevesen.

Klinikkledelsen har bestemt at AAT Salten DPS skal bistå Akuttmedisinsk klinikk (AMK) vedrørende transport av akutt psykisk syke pasienter. Det er utarbeidet skriftlig rutiner i Docmap for dette.

*Hensikt:*

- Bidra til verdig transport av psykisk syke.
- Ved alvorlig selvmordsforsøk
- Ved alvorlig trussel om selvmord
- Ved fare for vold
- Ved akutt psykisk krise med for eksempel forvirring, psykisk sjokk og lignende
- Truer med selvmord/selvmondsplaner
- Pasienten ber om å få snakke med lege eller andre som kan hjelpe
- Er deprimert og/eller har selvmordstanker
- Selvpåført mindre alvorlig skade/forgiftning. Våken og tilgjengelig.
- Mistanke om alvorlig sinnslidelse

*Tiltak:*

*Det skal sjekkes om kommunal helsetjeneste stiller opp og følger når de har mulighet til det med kjente pasienter. Muligheter for møtekjøring diskuteres hvor AAT er med i ambulansesom møter der kommunehelsetjenesten følger.*

*Det må drøftes om det er fare for utagerende atferd som f.eks vold og/eller nye forsøk på selvskaading, som medfører fysisk inngripen, da AAT ikke kan utøve tvang. Personale kan kun handle i nødverge. Dersom det vurderes slik at det er fare for suicidforsøk og/eller vold under transport, må politi ledsage eller foreta transporten. Personalet fra AAT kan eventuelt bistå sammen med politi.*

*Det forutsettes at AMK har nødvendig informasjon om pasienten slik at en vurdering om type bistand kan foretas.*

Det har også vært stilt spørsmål ved transport av pasienter fra Lofoten og Vesterålen i forbindelse med innleggelse i Bodø. Ofte har det medført lang ventetid.

Nordlandssykehuset har startet et prosjekt «Verdig transport av psykisk syke» og fått prosjektmidler (1.1 millioner kroner) for å etablere en ledsagertjeneste for transport av psykisk syke ved innleggelse fra DPS'er til Bodø.

Prosjektet skal lage en kompetansehevingsplan og beskrive hvordan transportoppdrag skal gjennomføres. Prosjektet vil i hovedsak være et samarbeid mellom Ambulant akutteam Salten DPS, Prehospital klinikk (Akuttmottak), Vesterålen DPS og Lofoten DPS.

### **3.2 Under opphold**

*«Hvordan en tvangsinnleggelse oppleves av den syke og de pårørende, samt hvilke konsekvenser dette får senere for relasjonen til behandlerne, er avhengig av hvordan en slik innleggelse gjennomføres, hvordan den kommuniseres, og hvordan man ivaretar den innlagte personens verdighet.»*

*Bøckmann og Kjellevold 2015*

Når vedtak om tvangsinnleggelse er et faktum, og verdig og hensiktsmessig transport er ordnet, er det viktig at selve mottaket på sykehuset og deretter at evt. tvangsbehandling/tiltak kvalitetssikres.

Nedenfor er de tiltak arbeidsgruppen har diskutert, samt deres konklusjon.

#### **3.2.1 Mottak av pasient**

I det øyeblikket en tvangsinnlagt pasient ankommer sykehuset er det viktig at han eller hun blir tatt imot på en god måte og møtt med respekt. Gode rutiner og prosedyrer vil sikre både kvalitet og lik praksis når pasienter kommer til posten.

Det foreslås at NLSH utarbeider rutiner og prosedyrer for miljøpersonalet i mottak av pasienter som innlegges med tvang.

#### **3.2.2 Gjennomføring av tvangsbehandling/tiltak**

Det er viktig at gjennomføringen av tvangsbehandling og tiltak følger fastsatte prosedyrer og rutiner i tråd med loven, og at disse er like for hele klinikken. Gjeldende prosedyrer bør evalueres og evt. redigeres.

Klinikken har tidligere bestemt at det skulle utarbeides nye prosedyrer i Docmap for tvangsbehandling; paragrafvurdering, journalføring etc. Kvalitetsutvalget for psykiatri har også anbefalt dette. Det er satt i gang et arbeid for å følge opp dette og det skal være sluttført i løpet av første kv. 2015.

### 3.2.3 Oppfølging i etterkant

- Ettersamtale  
Tilbakemeldinger fra brukere viser at enkelte sliter etter å ha vært utsatt for bruk av tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Det er viktig å bearbeide disse opplevelsene for å forebygge problemer i fremtiden.

Helse Førde har utarbeidet prosedyrer for ettersamtale ved tvangstiltak. Disse har som formål å sikre at tvangstiltak blir gjennomført så hensiktsmessig og så lite traumatiserende som mulig, å sikre bearbeiding av vanskelig opplevelser for pasienter og ansatte, samt styrke brukermedvirkning.

Det foreslås at NLSH utarbeider og implementerer lignende prosedyrer for gjennomføring av ettersamtale med pasient/brukere som har vært utsatt for tvang.

- Debriefing/veiledning  
Også tilbakemeldinger fra fagmiljøet viser at ansatte har et behov for å diskutere gjennomføring av tvangsbruken. Ofte stilte spørsmål er: «Kunne man ha unngått bruk av tvang?» «Kunne vi ha gjort det annerledes?» Dette er viktig for personalet å få rom til å diskutere. Dette vil bidra til en mer riktig bruk av tvang der det er nødvendig.

Det foreslås da at NLSH utarbeider prosedyrer for debriefing etter tvangstiltak.

- Opplæring av personalet i møte med aggresjon  
Hvordan man blir møtt i pressende eller utfordrende situasjoner har stor betydning for om det blir anvendt tvangsmidler eller ikke. TERMA som står for *Terapeutisk Møte med Aggresjon*, er et pasientsikkerhetstiltak som har til hensikt å redusere faren for skade på pasienter og personell, samt redusere bruken av tvangsmidler, dette er et eksempel på opplæringstiltak. VIVO (Voldsrisikovurdering) er en annen.

Det foreslås at NLSH, og så vel kommunene, systematisk lærer opp personell i bruk av TERMA.

## 3.3 Etter innleggelse

### 3.3.1 TUD (Tvang uten døgnopphold)

Når TUD etableres ved utskrivelse dog lavfrekvents, gjøres det da gjerne etter opphold ved akuttavdeling, eller sikkerhetsposten.

I noen tilfeller er pasienten ukjent for DPSet som skal overta ansvaret for TUD. Det er viktig å sikre gode overføringer mellom omsorgsnivåene slik at viktige erfaringer og informasjon ikke går tapt, og at pasient på TUD har møtt den som overtar vernet ved utskrivelse. Dette kan gjøres ved overføringsmøter, enten ved personlig møte eller telematikk.

Vi har en del eksempler på at TUD er opphevet av ny vedtaksansvarlig fordi pasienten framstår med lite symptomer ved vurderingen. Det er viktig at vedtaksansvarlig lege innhenter andres kunnskap og erfaringer med det aktuelle sykdomsforløpet.

Igjen er det viktig at loven blir anvendt riktig. Det kom frem i diskusjoner i arbeidsgruppen at gjeldende retningslinjer oppleves noe uklare, for eksempel i forhold til hva slags forventninger man har til kommunene. Spesielt ble det påpekt; gjennomføring av tvangsvedtak, og hvem som har ansvar for dette der uenighet kan oppstå. Loven gir anledning for at tvangsbehandling kan gjennomføres av kommune/fastlegen hvis pasienten gir sitt samtykke.

Videre ble det nevnt fra kommunene at det er viktig med tilgang til spesialister og rutiner på hvem kommunene kan ringe til hvis for eksempel pasienten ikke følger opp behandlingsvedtaket. Her er det ønsket om rask respons fra sykehuset.

TUD er avhengig av samarbeid og samhandling mellom sykehus, kommune, politi gjennom politiinstruksen og ikke minst pasienten og pårørende for å fungere.

Det foreslåes at NLSH avholder et konsensusseminar som er nevnt under pkt. 2.1.4 ville fremme dette.

### 3.3.2 Samhandling mellom NLSH og kommunene

Som nevnt i pkt. 3.3.1 er samhandling mellom NLSH og kommunene en viktig nøkkel for kvalitetssikring av TUD.

I tjenesteavtale 2 (som er inngått mellom NLSH og samtlige kommuner i opptaksområdet) «Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester» står det i pkt. 5.4 følgende:

*«Bruk av tvang. Utarbeide rutiner for samarbeid rundt brukere hvor bruk av tvang er en forutsetning for å sette i gang nødvendige hjelpetiltak»*

Bruk av gode pasientforløps tenking vil nok bidra til dette.

Det foreslås at det utarbeides rutiner, og at det må strebes mot en felles forståelse og anvendelse av loven med klar ansvarsfordeling.

I tillegg har arbeidsgruppen diskutert viktigheten av dialog mellom samarbeidspartnere for å forbedre samarbeid, og å få en felles forståelse av praksis m.m.

Det foreslås at i tillegg til et konsensusseminar, bør det arrangeres årlige samlinger (alternativt i de fora man har fra før) der fagfolk kan drøfte/diskutere problemstillinger og utfordringer rundt ulike aspekter av tvang. Her kan felles undervisning også inngå. Brukere og pårørende bør også inviteres til å delta.

### 3.3.3 Kriseplan

Igjen ble kriseplanen påpekt som et viktig redskap for å forebygge nye innleggelse under tvang. En kriseplan skal være pasientens verktøy, som skal hjelpe dem og evt. pårørende til bl.a. å tolke varselsignal og ta de nødvendige grep for å unngå forverring og innleggelse.



## 3.4 Overgripende tiltak

### 3.4.1 Psykoedukative tiltak

Generell kunnskap om psykisk sykdom, symptomer og tiltak, er viktig for å unngå å havne i situasjoner der bruk av tvang kan bli et alternativ. Erfaring viser at psykoedukasjon kan redusere tilbakefall, fremme mestring av symptomer, riktig bruk av medisiner og øke evnen til å tolke egne varselsignaler.

Det finnes gode eksempler på slike kurspakker, for eksempel «Et selvstendig liv». Dette er noe som Psykoseteam på Salten DPS har god erfaring med. Her finnes det både en om medisinbruk og en om mestring av psykosesymptomer.

Det foreslåes at NLSH v/Lærings- og mestringssentret (LMS), gjerne i samarbeid med brukerorganisasjoner og kommunene, skal være pådrivere til et tilbud om undervisning til pasienter og pårørende på generell basis.

### 3.4.2 Tilfredshetsundersøkelse

Unn Hammervold har skrevet sin masteroppgave om «Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern». Her har hun etterspurt brukernes opplevelse, og konkluderer med viktigheten av å øke både kunnskap og etisk bevissthet rundt utøvelse av tvang i psykiatriske institusjoner gjennom opplæring og refleksjonsgrupper der både personal og pasienter deltar.

Hvordan tvang anvendes, og hvordan den enkelte pasient opplever dette, varierer mye. Det er derfor viktig å få tilbakemelding fra brukere om hvordan de har opplevd opphold på sykehuset, og i denne sammenheng om hvordan de har opplevd tvang, og hvordan ting kunne ha vært gjort annerledes.

Det foreslåes at NLSH utarbeider et tilfredshetsundersøkelse som implementeres som faste prosedyrer på de enkelte enheter.

### 3.4.3 Frivillig behandlingstilbud og brukerstyrte senger

Et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 2010 om legemiddelfrie behandlingstilbud ved alle landets helseforetak og sterkt påtrykk fra brukerorganisasjonene, ligger til grunn for å få etablert medisinfrie behandlingstilbud.

Et av målene i oppdragsdokumentet for 2015 fra Helse Nord til HF er at «Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.»

Det er et behov for å utrede og etablere tilbud som er et reelt alternativ til tradisjonell medikamentell behandling. Det foreslås derfor at det settes i gang et slikt arbeid.

I de senere år har det blitt vanlig med «brukerstyrte senger». Disse sengene innebærer at pasientene selv kan legge seg inn. Etter at brukeren har undertegnet en avtale med sykehus/DPS, kan pasientene legge seg inn uten å gå veien via primærlegen. Det har vist seg at brukerstyrte senger kan gi kortere liggetid og mindre tvang litt avhengig av målgruppen.

Ved NLSH har kun Allmennpsykiatisk enhet D v/Salten DPS brukerstyrte senger, og de har god erfaring med disse. Det bør vurderes om ikke flere enheter i Psykisk helse og ruslinikken bør øremerke senger til dette formålet.

Det foreslåes at det nedsettes en arbeidsgruppe for å utrede frivillige behandlingstilbud og behovet for flere brukerstyrte senger.

#### 3.4.4 Kompetanseheving av personell

Det er viktig med kontinuerlig oppdatering av kompetansen til fagfolk, på alle nivå og i alle faggrupper. Dette gjelder opplæring i loven, gjeldende prosedyrer og rutiner, og holdninger. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har utarbeidet 10 punkter for å unngå bruk av tvang, noe som kunne vært et godt utgangspunkt for undervisning.

Det foreslåes at NLSH og kommunene utarbeider en felles kompetanseplan om dette viktige temaet.

#### 3.4.5 Verdige og gode bygg til de alvorligst syke

Arbeidsgruppen foreslår NLSH må utarbeide retningslinjer for hvordan bygg skal tilpasses behovet til de som legges inn på tvang. At enhetenes utforming skal motvirke uro, aggresjon, vold og tvangsbruk, motvirke forvirring og angst og motvirke passivisering»

### 4. Oppsummering

Med utgangs i drøfting overfor foreslår arbeidsgruppen følgende konkrete tiltak:

Tiltak	Ansvarlig	Tidsplan
Informasjon	Kommunikasjonsavd.	Innen sommer 2016
Kriseplan og IP	PHR Klinikken	September 2016
Videre utvikle Ambulant akutteams funksjon	DPS	
Konsensus seminar	Fagavdeling	Innen sommer 2016
Transport	Eget prosjekt	2 års prosjekt
Mottak av pasienten: utarbeides av rutiner/prosedyrer	Akuttpostene	Innen sommer 2016
Gjennomføring av tvangstiltak	PHR klinikken	1. mars 2016
Ettersamtale: prosedyrer	PHR klinikken	Innen sommer 2016
Debriefing/veiledning	Akuttpostene	Innen sommer 2016
Opplæring i Terapeutisk møte med aggresjon	Arbeidsgruppen	Igangsett før sommeren 2016
TUD: Konsensus seminar	Fagavdeling	Vår 2016
Samhandling: Dialogmøte mellom NLSH og kommunene	Fagkonsulent v/Salten DPS	Oppstart etter konsensus seminar

Psykoedukative tiltak	LMS	Vår 2016
Tilfredshetsundersøkelse	PHR klinikken	Vår 2016
Frivillig behandlingstilbud og brukerstyrtesenger	Arbeidsgruppe	Oppstart vår 2016
Kompetanseplan	Fagavdeling	
Verdig bygg		

## 5. Referanser

### 5.1 Offentlige dokumenter

Helsedirektoratet (2011). «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011» *Rapport IS-2035*

Helsedirektoratet (2013). «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2013» *Rapport IS-2243*

Oppdragsdokument 2015 Fra Helse Nord til helseforetakene

Helsedirektoratet (2014) «Sammen om mestring». *Veileder IS-2076*

### 5.2 Litteratur

Bøckmann, K og Kjellevold (2015). Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring. *Fagbokforlaget*

Hammervold, U E (2009). Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tang i psykisk helsevern. *Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv, Institutt for helsefag, Universitet i Stavanger*

Rogan, T (2014). Å sette farger på livet. *Helhetlig psykisk helsearbeid» Red Almvik, A og Borge, L: Fagbokforlaget 2014*

### 5.3 Andre relevante dokumenter

Helse Førde (2011). Prosedyre for ettersamtale ved tvangstiltak

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014). Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv

Nordfjord psykiatrisenter (2011). Handlingsplan for rett og redusert bruk av tvang – 2011

NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern 17.06.11. Omtalt som Paulsrud utvalget. Leder for utvalget het Kari Paulsrud.

Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Juni 2009. Omtalt som Bernt rapporten. Leder for arbeidsgruppen het Jan Fridthjof Bernt.