



Styresak 006-2017

Internrevisjonsrapport 11/2016: Tvungent psykisk helsevern i Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Trude Grønlund
Dato dok: 10.02.2017
Møtedato: 21.02.2017
Vår ref: 2016/2784

Vedlegg (t): Internrevisjonsrapport 11/2016 fra Helse Nord RHF

Innstilling til vedtak

Styret er tilfreds med funnene i internrevisjonsrapporten og er spesielt glad for å se at helseforetaket har god intern styring og kontroll som sikrer at pasienter på tvang behandles med verdighet og at deres rettigheter er ivaretatt.

Bakgrunn

I kjølvannet av Sivilombudsmannens tilsyn av UNN HF's håndtering av tvang innen psykisk helsevern, som det var mye medieoppmerksomhet rundt i fjor, besluttet Helse Nord RHF å la Internrevisjonen benytte de samme revisjonskriterier som Sivilombudsmannen i en revisjon av Nordlandssykehuset. Dette for å bli undersøke om den kulturen som ble beskrevet ved UNN var å finne i landsdelens andre psykiatriske sykehus. Formålet med revisjonen har derfor vært å undersøke om Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som sikrer at pasienter ved enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk.

Direktørens vurdering

Internrevisjonens rapport konkluderer med at Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk.

Etter internrevisjonens vurdering har klinikken en institusjonskultur som fremmer verdier og holdninger om at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter skal ivaretas. Ansatte opplever å bli godt ivaretatt og at det er takhøyde for å ta opp utfordringer internt, noe revisjonen anser som en positiv og viktig forutsetning for alt forbedringsarbeid.

Det jobbes kontinuerlig med verdier og holdninger, og dette er tema bl.a. i ledermøter, i møter med ansatte og i veiledningsgrupper. Det ble også vist til prosjektet «Verdig transport» og pasientsikkerhetsprogrammet, som eksempler der verdier og holdninger er sentralt.

Det finnes klare, skriftlige prosedyrer for sentrale oppgaver. Disse er samlet i foretakets dokumentstyringssystem, Docmap. Informasjon om kontrollkommissjonen/klagemuligheter henger på oppslagstavler i alle sengepostene. Her inngår informasjon om klage på legemiddelbehandling.

Melderutiner for pasient- og personalskadesaker er kjent og benyttes. Det framkom ingen indikasjoner på at man unnlater å registrere relevante hendelser.

Rapporten viser ingen avvik eller merknader. Internrevisjonen har imidlertid gitt en del anbefalinger for forbedringsarbeid. Disse er:

1. Avvikle bruken av fellesarealer til skjerming i Akuttenhet Sør.
2. Iverksette nødvendige tiltak i Akuttenhet Salten som fører til at beltelegging kan skje i lokaler som er egnet for formålet.
3. Legge til rette for at pasienter i belteseng selv kan følge med på klokken og bli skjermet for lys utenfra (gardiner/persiener).
4. Utrede muligheter for omlokaliseringer og/eller omorganiseringer slik at pasienter som innlegges til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, i hovedsak tilbys pasientrom med eget WC/bad.
5. Innføre rutiner som sikrer at pasienter får både muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak (både om etablering og om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten samtykke), samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotat).
6. Implementere rutine om å tilby pasienter ettersamtaler etter gjennomførte tiltak.
7. Sørge for at pasientens nærmeste pårørende alltid informeres om vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt med mindre pasienten motsetter seg dette, om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten samtykke.
8. Sørge for at tvangsmidler ikke benyttes lenger enn ytterst nødvendig og forbedre dokumentasjonen slik at dette tydeliggjøres i protokollen.
9. Forbedre rutiner og protokollføring for å sikre at det foreligger gyldig vedtak for alle pasienter underlagt vedtakspliktig skjerming og at det klart framgår også når skjermingen ble avsluttet.
10. Forbedre tilbudet om friluft og fysisk aktivitet for pasienter i akuttenhetene.
11. Legge til rette for at systematisk opplæring og trening i TERMA kan gjennomføres og omfatte alt personell dette er relevant for.
12. Benytte data systematisk, bl.a. om tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke, som del av oppfølging og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Punktene 1-5 samt punkt 10 dreier seg om bygningsmessige forhold. Iverksetting av anbefalingene vil være utfordrende for klinikken da Akuttpsykiatrisk avdeling i all hovedsak befinner seg i en 115 år gammel bygning. Anbefalingene vil måtte bli vurdert i forhold til kostnadene ved ombygging evt nybygg og klinikken vil også vurdere punktet om samling av pasienter under tvang ved den enheten hvor alle rom har bad og toalett. Dette vil imidlertid bety en større omorganisering av avdelingen og en betydelig økning av personellressursene, noe som er både kostnadskrevende og rekrutteringsmessig vanskelig.

Punktene om informasjon om vedtak til pasienter og pårørende er implementert og punktene om prosedyrer og rutiner for vedtaksføring er under innføring. Klokke på veggene i skjermede enheter er hengt opp. Systematisk opplæring i TERMA blir gjennomført i 2017 og det er avsatt 250 000 kr til utdanning av instruktører på budsjettet.

Anbefalingene rundt dokumentasjon i journal vil bli utført så snart den tekniske løsningen er på plass i DIPS. Dagens vedtaksmal i DIPS gir ikke god nok plass for beskrivelse av alt som anbefales ført i journal.

Internrevisjonsrapport 11/2016

**Tvungent psykisk helsevern i
Nordlandssykehuset HF**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 30.01.2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	5
1.1 Psykisk helse- og rusklinikken.....	5
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Omfang og avgrensninger	6
2.3 Regelverk.....	6
2.4 Fokusområder og revisjonskriterier.....	6
3 Metoder	7
4 Observasjoner og vurderinger	7
4.1 Fysiske forhold.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	8
4.2 Etablering av tvungent psykisk helsevern.....	9
4.2.1 Observasjoner.....	9
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
4.3 Tvangsmidler	11
4.3.1 Observasjoner.....	11
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	13
4.4 Behandling uten eget samtykke	14
4.4.1 Observasjoner.....	14
4.4.2 Internrevisjonens vurderinger.....	14
4.5 Skjerming	14
4.5.1 Observasjoner.....	14
4.5.2 Internrevisjonens vurderinger.....	15
4.6 Aktivisering.....	16
4.6.1 Observasjoner.....	16
4.6.2 Internrevisjonens vurderinger.....	17
4.7 Bemanning og kompetanse.....	17
4.7.1 Observasjoner.....	17
4.7.2 Internrevisjonens vurderinger.....	18
4.8 Institusjonskultur.....	18

4.8.1	Observasjoner.....	18
4.8.2	Internrevisjonens vurderinger.....	19
5	Konklusjon og anbefalinger.....	20
5.1	Konklusjon.....	20
5.2	Anbefalinger.....	20

Vedlegg

1. Revisjonskriterier
2. Dokumentoversikt
3. Antall vedtak om bruk av tvangsmidler, legemiddelbehandling uten eget samtykke og skjerming
4. Test 1 – Beltelegginger
5. Test 2 – Skjerming

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden september – desember 2016. Oppdraget er utført med ekstern bistand.

Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som sikrer at pasienter ved enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk.

Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter ivaretagelse av pasientrettigheter i forbindelse med bruk av tvang, og forholdene under pasientoppholdet. Revisjonen er avgrenset til klinikkens døgnenheter for personer over 18 år.

Metoder

Det er gjennomført dokumentgjennomgang, befaring, intervjuer og tester.

Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk. Det er likevel områder som bør forbedres for ytterligere å styrke ivaretagelsen av pasienters og pårørendes rettigheter og det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Anbefalinger

Internrevisjonen gir tolv anbefalinger til Nordlandssykehuset/Psykisk helse- og rusklinikken. Anbefalingene gjelder:

1. Avvikle bruk av fellesarealer til skjerming i Akuttenhet Sør
2. Tiltak for mer egnet lokale til beltelegging i Akuttenhet Salten
3. Klokke og mulighet for lysavskjerming i beltesengsrom
4. Utredning vedrørende pasientrom med eget WC/bad for pasienter under tvungent psykisk helsevern
5. Rutiner som sikrer informasjon til pasienten om vedtak og begrunnelse
6. Tilbud til pasienter om ettersamtaler
7. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende om vedtak
8. Varigheten i bruk av tvangsmidler
9. Forbedre rutiner og protokollføring ved skjerming
10. Forbedre tilbudet om friluft og fysisk aktivitet for pasienter i akuttenhetene
11. Gjennomføring av systematisk opplæring og trening i TERMA
12. Systematisk bruk av data som del av oppfølging og kontinuerlig forbedringsarbeid

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden september – desember 2016. Oppdraget er utført av Internrevisjonen i Helse Nord RHF med ekstern bistand, og revisjonsteamet har bestått av:

- Tor Solbjørg, revisjonssjef, Helse Nord RHF – overordnet ansvarlig
- Hege K. Antonsen, internrevisor, Helse Nord RHF – oppdragsleder
- Terje Torgersen, psykiater, St. Olavs Hospital – fagrevisor
- Kjetil Kaasin, psykologspesialist, Sykehuset i Telemark – fagrevisor
- Eva Camilla Sørli, psyk. sykepleier, St. Olavs Hospital – fagrevisor

Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 29.09.2016
- Gjennomgang av innhentede dokumenter
- Befaring, intervjuer og verifikasjoner i Bodø 07.11.-09.11.2016
- Oppsummeringsmøte med klinikkledelse og enhetsledere 17.11.2016
- Utkast til rapport oversendt foretaket 05.01.2017 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta, tilbakemelding mottatt 20.01.2017

1.1 Psykisk helse- og rusklinikken

Ved psykisk helse- og rusklinikken i Nordlandssykehuset er det tre avdelinger med underliggende enheter som gjennomfører tvungent psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold for voksne, slik det framkommer av Tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over avdelinger med underliggende enheter som gjennomfører TPH med døgnopphold for voksne i NLSH

Avdeling	Enhet	Ant. sengeplasser
Akuttpsykiatrisk avdeling	Akutt enhet Nord (Nord)	10
	Akutt enhet Salten (Saltén)	12
	Akutt enhet Sør (Sør)	10
Spesialpsykiatrisk avdeling	Alderspsykiatrisk enhet	8
	Døgn enhet spiseforstyrrelser	12
	Enhet for psykoser 1 og 2 (EFP 1 og 2)	6+14*
	Rus og psykiatri (ROP)	8+4
	Sikkerhetsenheten	15
Salten distriktpsykiatriske senter	Allmenpsykiatrisk Enhet D	12

*Inkludert 3 plasser i treningsleilighet

Internrevisjonen har lagt til grunn at enhetene i Tabell 1 er godkjent for TPH med døgnopphold, slik det er opplyst fra klinikken, selv om framlagt dokumentasjon på godkjenningene for noen av enhetene er mangelfull.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som sikrer at pasienter ved enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk.

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter ivaretagelse av pasientrettigheter i forbindelse med bruk av tvang, og forholdene under pasientoppholdet.

Revisjonen er avgrenset til klinikkens døgnenheter for personer over 18 år.

2.3 Regelverk

Følgende regelverk er særlig aktuelt i denne revisjonen:

- LOV-1999-07-02-62, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- FOR-2011-12-16-1258, Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

2.4 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet, har revisjonen vært konsentrert om følgende åtte fokusområder:

1. Fysiske forhold
2. Etablering av tvungent psykisk helsevern
3. Tvangsmidler
4. Behandling uten eget samtykke
5. Skjerming
6. Aktivisering
7. Bemanning og kompetanse
8. Institusjonskultur

Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier med grunnlag i gjeldende regelverk. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med. Oversikt over revisjonskriteriene finnes i *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier*.

3 Metoder

Dokumentgjennomgang:

Innledningsvis ble det foretatt en omfattende gjennomgang av dokumenter tilsendt fra foretaket og innhentet via dets websider. Dokumentenes innhold er vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til øvrige revisjonshandlinger. Se *Vedlegg 2 – Dokumentoversikt*.

Stedlige revisjonshandlinger:

Stedlige revisjonshandlinger ble utført ved følgende fem enheter:

Akutenhet Nord (Nord), Akutenhet Salten (Salten), Akutenhet Sør (Sør), Enhet for Rus og psykiatri (ROP) og Enhet for psykoser 1 og 2 (EFP 1 og 2). I tillegg ble Sikkerhetsenheten inkludert i stikkprøver.

Revisjonshandlinger gjennomført ved de fem enhetene:

- *Befaring:* Revisjonsteamet startet med en befaring av enhetenes lokaler og tilliggende utemiljø. Sjekkliste ble benyttet.
- *Observasjon:* Representanter fra revisjonsteamet var tilstede som observatører på ett behandlingsmøte ved hver av de tre akutenhetene.
- *Intervju:* Det er gjennomført individuelle intervjuer med enhetslederne ved de fem utvalgte enhetene og med åtte dagtidsarbeidende miljøpersonell, tre nattevakter, tre behandlere og fem pasienter innlagt på tvang. I tillegg ble det gjennomført gruppeintervju med klinikkssjef og aktuelle representanter fra klinikkleidelsen, samt intervju med leder av kontrollkommisjonen.
- *Verifikasjoner:* Det ble gjort enkelte journaloppslag for å kontrollere informasjon som framkom i samtaler. Klinikkenes kontortjeneste bistod med dette.
- *Stikkprøver:* Protokollføring og vedtak i forbindelse med bruk av tvangsmidler og skjerming.
 - *Test 1:* Beltelegging. 13 beltelegginger med tilhørende dokumentasjon ble gjennomgått.
 - *Test 2:* Skjerming. 19 skjermingsvedtak med tilhørende dokumentasjon ble gjennomgått.Nærmere spesifikasjoner og oppsummeringer fra testene framgår av vedlegg 4 og 5.

4 Observasjoner og vurderinger

4.1 Fysiske forhold

4.1.1 Observasjoner

Sykehusbygningene er omgitt av et stort parkområde, og alle sengepostene har utganger med nærhet til disse arealene. Hovedbygningen, som rommer flere av sengepostene vi har besøkt, er fra år 1902 og er vernet, noe som gir begrensede muligheter for ombygging. Noen av enhetene, spesielt EFP2, Sør og Nord, har en utforming som gjør det svært vanskelig å holde oversikt over aktiviteten i enheten fra vaktrommet eller andre plasseringer.

Sengepostene har lyse overflater, er trivelig innredet og framstår som generelt godt vedlikeholdt. Det framkom imidlertid at dører og låser til pasientrom knirket/støyet i et omfang som oppleves problematisk. Dette fordi pasientene vekkes når personalet skal se inn til dem, noe som er uheldig.

Alle rom i de besøkte sengepostene er enerom, med mulighet for hel eller delvis lysavskjerming. Det framkom imidlertid at Akuttenhet Nord har noen rom der den delvise lysavskjermingen, på grunn av solforholdene, ikke er tilstrekkelig og har medført at enkelte pasienter klager på lys og varme.

Ved Akuttenhet Salten og ROP har alle pasientrom eget wc/bad. Noen få rom i EFP2 har også dette. Nord, Sør og EFP1 har derimot ingen rom med egne pasientbad. Her er det felles dusjrom og wc-rom i korridorene, hvorav noen kjønnsdelte og andre felles.

Alle enhetene har egne skjermingsavsnitt (felles for EFP1 og EFP 2), med soverom, bad/wc og oppholdsrom. Skjermingsavsnittet ved Akuttenhet Sør har ikke direkte adkomst til friluft, og evt. skjermet rullestolbruker må benytte toalett utenfor de skjermede arealene. Øvrige skjermingsavsnitt har direkte adkomst til friluft.

Akuttenhet Sør har eget skjermingsavsnitt til én pasient. I tillegg er tre pasientrom lokalisert i korridor ved siden av skjermingsavsnittet, hvorav to av rommene omtales som «ekstrarom» som benyttes ved behov. Som en del av gangen utenfor rommene er det innredet en «stue (nystua)» og det er tilgang til bad og handikap-WC. Det er også inngang til eget beltesengsrom fra «nystua». Både personale og pasienter passerer i denne gangen/stua. I praksis er det ikke sjelden at disse lokalene, til tross for at de ikke er egnet til det, benyttes som oppholdsrom for skjermet pasient.

Alle enhetene unntatt EFP1 og EFP 2, har eget beltesengsrom i tilknytning til skjermingsenhetene. Rommene er avlåst. Her står belteseng klar til bruk, noe ledere og ansatte mener er nødvendig. Sengene er boltet fast i gulvet av sikkerhetsmessige hensyn. Ingen beltesengsrom har synlig klokke. Både på Salten og på Sør mangler det også mulighet for lysavskjerming (rommene har kun frosted vindu og evt. gardinkappe). Ved Salten er beltesengsrommet så lite at personalet må sitte i døråpningen mellom beltesengsrom og skjermingsenhet for å få tilstrekkelig avstand til sengen.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Bygningenes plassering i omgivelsene gir lett tilgang til utearealer som er egnet for aktivitet og rekreasjon. Når det gjelder lokalenes fysiske utforming, har Internrevisjonen ikke funnet indikasjoner på at disse medfører bruk av tvang som kunne vært unngått under andre fysiske forhold. Vi konstaterer imidlertid at de til dels uoversiktlige arealer i enkelte enheter medfører ekstra utfordringer for personalet og krever særskilt oppmerksomhet fra dem.

Vi vurderer tilgjengelige skjermingsavsnitt som tilfredsstillende. Ved Akuttenhet Sør benyttes i tillegg fellesarealer hvor ansatte og pasienter kan passere, som oppholdsrom for skjermet pasient nummer to. Dette anser vi å være uforenelig med intensjonene for skjerming. I situasjoner hvor flere enn én pasient må skjermes, framstår det som en bedre løsning at skjermingen skjer på pasientens eget rom.

Videre anser vi beltesengsrommet på Salten som problematisk, ettersom personalet her må sitte i døråpningen inn til skjermingsstuen for å få tilstrekkelig avstand til pasienten.

Pasienter i belteseng bør kunne følge med på klokken, og det bør være mulighet til lysavskjerming.

I kommentarutgaven til psykisk helsevernforordningen, § 3 a, heter det at «pasienter under tvungent psykisk helsevern som hovedregel skal ha eget rom» og at rommene «som hovedregel bør ha eget WC og bad/dusj». Hele sengeenheter uten noen pasientrom med eget WC/dusj utgjør, etter internrevisjonens vurdering, en utfordring. Disse fasilitetene står også i sterk kontrast til Sikkerhetsenhetens velegnede lokaler like ved, og til standarden i nye bygg for akuttpsykiatri i landet for øvrig. Fra klinikkleidelsen ble det påpekt at mangel på eget rom med toalett og bad føyer seg inn i rekken av mangler som oppstår når moderne psykiatrisk virksomhet skal utøves innenfor 110 år gamle, verneverdige bygninger. På sikt bør det derfor jobbes mot at alle klinikkens sengeposter godkjent for TPH skal ha rom med WC/dusj.

4.2 Etablering av tvungent psykisk helsevern

4.2.1 Observasjoner

Alle vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern (TO/TPH) dokumenteres i et standardisert vedtaksskjema som journalføres i DIPS (elektronisk pasientjournal), og inneholder:

- Faglig ansvarliges opplysninger om hvilke lovbestemmelser som er lagt til grunn og bekreftelse på at vilkårene for aktuell bestemmelse er oppfylt.
- Informasjon om hvorvidt pasienten har hatt anledning til å uttale seg.
- Konkret informasjon om klagerett.

I tillegg journalføres ofte et separat notat med utdypende begrunnelse for vedtaket, som det også henvises til i vedtaksskjemaet.

Både pasienten og dennes nærmeste pårørende har rett på informasjon om vedtak om TO/TPH, herunder om hva som er bestemt, og om sin klagerett, som hovedregel skriftlig (kopi av vedtaket), jf. psykisk helsevernforordningen med kommentarer, § 10.

I intervjuer har følgende informasjon om praksis i klinikken framkommet:

- Pasienten mottar ikke rutinemessig kopi av vedtaksskjemaet og begrunnelse for vedtaket:
 - Det gis ofte kun muntlig orientering om begrunnelse og klagerett.
 - «Kopi til: Pasienten», som det står i vedtaket, innebærer gjerne at kopien er satt i en perm på vaktrommet for eventuelt å bli overlevert senere.
 - Enkelte pasienter har opplyst at de ikke har mottatt kopi av vedtaket.
- Nærmeste pårørende mottar ikke rutinemessig kopi av vedtaksskjemaet og informasjon om sin selvstendige klagerett:
 - Det har ikke vært vanlig praksis å gi ut vedtak.
 - Noen behandlere underretter rutinemessig pårørende per telefon og spør evt. om kopi av vedtaksskjemaet ønskes.
 - Noen pasienter ønsker ikke at pårørende skal orienteres, og da vurderer man skjønnsmessig hvorvidt ønsket skal imøtekommes.
 - Dersom det kan tenkes at pasienten vil bli etterlyst, informeres pårørende.

Internrevisjonen har ikke fått framlagt prosedyrer som omtaler prosessen ved etablering av TO/TPH, herunder krav til journalføring og informasjon til pasienten og pårørende. Vi er bare kjent med OL0001 som omtaler rutiner for informasjon fra vakthavende lege til bakvakt ved tvangsinnleggelse. Klinikken prosedyre *PR34661, Pårørende*, omtaler ikke plikten til å orientere pårørende om slike vedtak, ut over formuleringen «*Pårørende skal informeres om sin klagerett der dette er hensiktsmessig eller påkrevd*». I samme prosedyre står det også «*Ved innleggelse må det innhentes samtykke fra pasienten for å gi informasjon til pårørende*».

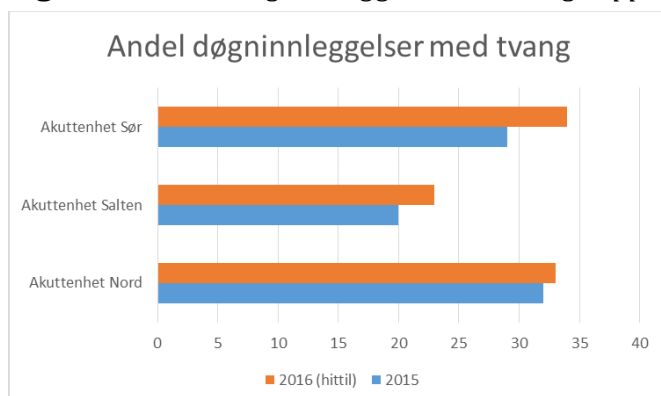
De tre akutenhetene har navn som gjenspeiler det som, inntil 01.09.2016, har vært enhetens primære inntaksområde i Nordland. Internrevisjonen fikk opplyst at de geografiske føringene for inntak da ble opphevet, og at man nå skal velge enhet ut fra hva som er «best for pasienten». Dette har i praksis blitt oppfattet som «der det er mest ledig kapasitet». Internrevisjonen forstår det slik at omleggingen fortsatt er under implementering.

Vi har fått opplyst at en stor andel av innleggelsene i akutenhetene (både frivillige og på tvang) skjer i løpet av kveld og natt.

Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne er en av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som tertialvis publiseres på helsenorge.no. Aktuelt behandlingssted er her oppgitt som Nordlandssykehuset, Rønvik VOP, og ytterligere organisatorisk nedbrytning er ikke tilgjengelig. Sist publiserte data gjelder 1. tertial 2016. Da hadde Rønvik VOP 25,4 % tvangsinnleggelse. Klinikken har selv lagt fram for internrevisjonen en mer detaljert oversikt over antall innleggelse etter innleggelsesparagraf per døgnenhet, hhv i 2015 og hittil i 2016 (til 3. oktober). Figur 1 viser innleggelse med døgnopphold etter § 3-2 (TO) og § 3-3 (TPH) i prosent av totalt antall innleggelse med døgnopphold, for hver av de tre akutenhetene. Her framkommer det at Salten har hatt lavere andel tvangsinnleggelse enn de to øvrige enhetene begge disse årene. Klinikkleidelsen har

forklart at dette har vært en naturlig konsekvens av DPS-strukturen i regionen, kombinert med geografiske inntaksområder i akuttenehetene.

Figur 1. Andel tvangsinnleggelser med døgnopphold i akuttenehetene



4.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Gjennomgått informasjon tyder på at vilkår for å treffe vedtak om etablering av TO/TPH blir overholdt og dokumentert. Internrevisjonen konstaterer imidlertid at underretningen om vedtak, både til pasienten og til hans eller hennes nærmeste pårørende, bør forbedres. Informasjon til pårørende skal forhindre at deres klagerett kun blir en avledet rett på vegne av pasienten, men det er bare pasienten som skal motta en utdypende begrunnelse for vedtaket.

Internrevisjonen konstaterer at Salten er eneste akuttenehet som har rom med WC/dusj, og samtidig den akutteneheten som har lavest andel tvangsinnleggelser. Ettersom man nå har besluttet å ta inn pasienter på den akutteneheten som «er best for pasienten», finner Internrevisjonen det naturlig at føringen om rom med WC/bad (se kap. 4.1.2) vektlegges i disse vurderingene. Dette kan tilsi at tvangsinnleggelser i akutteneheter, som kortsiktig tiltak, i større grad bør skje på Salten.

Klinikkens vurdering er at det ikke vil være hensiktsmessig å samle alle tvangsinnlagte pasienter på Akuttenehet Salten, blant annet fordi begrenset tilgang til skjermingsarealer da vil utgjøre en vesentlig utfordring. Det ble også poengtert at en slik pasientfordeling ville kreve en betydelig økning i behandlerstab og øvrig personale på Salten, uten at behovet ved de andre enhetene reduseres vesentlig. Klinikledelsen har opplyst at de vil utrede mulighetene for å omlokalisere akuttenehetene til lokaler der alle pasientrom har dusj/toalett.

4.3 Tvangsmidler

4.3.1 Observasjoner

I intervjuene ble det gjennomgående gitt uttrykk for en restriktiv holdning til bruk av tvangsmidler og for at slike tiltak benyttes så skånsomt og respektfullt som mulig. Alle mente at man er nøye med formalia i situasjoner hvor tvangsmidler tas i bruk. Ingen vi

har snakket med har antydnet at det benyttes tvangsmidler uten at dette protokolleres, og det har heller ikke framkommet indikasjoner på dette i dokumentgjennomgangen. Tvert om har vi sett eksempler på at man også protokollerer kortvarig fastholding i forbindelse med gjennomføring av legemiddelbehandling uten eget samtykke, slik protokollering er ikke vanlig praksis alle steder i landet. Intervjuene viste også at det blant de ansatte nå er en bevisst holdning om at bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske ikke skal finne sted, med mindre lovens vilkår er oppfylt.

Klinikken benytter papirversjoner av protokoller for registrering av bruk av tvangsmidler, behandling uten eget samtykke og skjerming, utgitt av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet anbefaler på sin internettside at disse protokollene avvikles, og at virksomhetene går over til elektroniske protokoller. Internrevisjonen har i denne revisjonen ikke gått nærmere inn på dette temaet.

Vår gjennomgang av protokollene for bruk av mekaniske tvangsmidler i enhetene Sør, Salten, Nord og ROP viste at protokollene generelt framstår som ryddige og godt utfylte. Utskrift av vedtaksskjemaer er konsekvent festet i protokollene.

Internrevisjonen har fått oversendt fra klinikken en oversikt over antall vedtak om ulike tiltak i 2015 og 2016 (fram til 3. oktober). Utdrag fra denne oversikten er illustrert i *Vedlegg 3*. Det framgår at antall vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i akuttenehetene hittil i 2016 har vært høyest ved Salten. ROP har kun registrert ett slikt vedtak i 2015, ingen i 2016.

En nærmere analyse av dokumentasjon tilknyttet 13 utvalgte beltelegginger (test 1), viste blant annet:

- Det er gitt en legitim begrunnelse for tvangstiltaket i alle 13 tilfellene.
- I fem av de 13 belteleggingsepisodene har pasienten sovet med belter på. For to av disse fem framkom at beltene er kryssløst eller «rommelige».
- Seks av belteleggingene hadde en varighet på mer enn åtte timer. Tre av disse seks manglet dokumentasjon for overholdelse av krav om hver åttende time å gi friere forpleining eller begrunne hvorfor dette ikke kan gjøres.

Se *Vedlegg 4* for nærmere oversikt over testens innretning og resultater.

Akuttpsykiatrisk avdeling har en omfattende prosedyre, *PR39689, Mekaniske tvangsmidler*, hvor blant annet handling, oppfølging og vurdering av friere forpleining, dokumentasjon, ettersamtale, opplæring og faglige og etiske prinsipper omtales.

I intervjuene har følgende informasjon om etablert praksis framkommet:

- Pasienten informeres snarest mulig om begrunnelse for bruk av tvangsmidler, og får ofte kopi av vedtaket på et senere tidspunkt.
- Nærmeste pårørende informeres ikke rutinemessig om bruk av tvangsmidler, og det er ikke rutine å spørre pasienten om slik informasjon ønskes formidlet.
- Vedtaksskjemaet inneholder en standardtekst om at det er gjort «forsøk på bruk av lempeligere midler». Dette blir imidlertid ikke alltid nærmere konkretisert, verken i

vedtaksskjema eller i øvrige journalnotater. Notatene inneholder forløpsbeskrivelser, men ikke nødvendigvis omtale av hva man konkret har forsøkt av andre tiltak for å unngå bruk av tvangsmidler.

- En av enhetslederne opplyste at det ikke er vanlig å låse opp beltene for pasienter som har sovnet, for eksempel etter å ha fått beroligende medikamenter. Dette ble begrunnet i sikkerhetsperspektiver, «Personalet ønsker å kommunisere med pasienten for å forsikre seg om at han/hun opplever å ha kontroll selv. Vi kan ikke risikere at pasienten skader seg selv eller andre». Det framkom også at problemstillingen nylig har vært diskutert i klinikken, bl.a. som følge av medieoppslag.
- Pasientene tilbys ikke rutinemessige ettersamtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler, slik klinikken selv har besluttet å gjøre i sin *Handlingsplan for riktig og redusert bruk av tvang* og i prosedyre PR39689, *Mekaniske tvangsmidler*. Det ble påpekt at man ofte har samtaler med pasienten underveis i belteleggingssituasjoner, og at det ikke er alltid pasienten ønsker å snakke om episoden i ettertid.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen har ingen indikasjoner på at det benyttes tvangsmidler uten at dette er nødvendig, eller på at tiltakene ikke benyttes skånsomt og med respekt. Det ser ut til at det fattes vedtak i situasjoner der dette kreves. Det er imidlertid rom for forbedringer av dokumentasjonen for «forsøk på bruk av lempeligere midler», slik at det framkommer hvordan man konkret har forsøkt å unngå bruk av tvangsmidler.

Tvangsmidler skal ikke brukes lenger enn det som er ytterst nødvendig, og det kreves at årsaken til at man eventuelt ikke kan gi friere forpleining skal nedtegnes hver åttende time. Stikkprøvene våre viste tilfeller av mangelfull begrunnelse for hvorfor det var nødvendig å fortsatt holde pasienten i belter under søvn og ut over åtte timer. I en artikkel på VG.no 20.11.2016 er følgende sitat fra kontorsjef Helga Ervik i Sivilombudsmannens forebyggingsenhet gjengitt: «*I følge lovgivingen skal tvangsmiddelbruk opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede. Når en pasient sover er det tvilsomt om det foreligger fare for skade*». Internrevisjonens vurdering er at dersom man finner det uforsvarlig å løse opp beltene mens pasienten sover, bør dette nedtegnes i protokollen.

Nærmeste pårørende skal informeres om vedtak om bruk av tvangsmidler med mindre pasienten motsetter seg dette, slik det framkommer av intern prosedyre. Revisjonen har vist at det er svakheter i informasjonsutleveringen til pårørende, noe som svekker deres mulighet til å klage.

Ett av de tiltakene klinikken har valgt å satse på i sitt arbeid for riktig og redusert bruk av tvang, er ettersamtaler med pasientene. Ut fra informasjon som framkom i intervjuene konstaterer vi imidlertid at tiltaket, slik det er beskrevet i prosedyre, benyttes i varierende grad.

4.4 Behandling uten eget samtykke

4.4.1 Observasjoner

I intervjuer har følgende framkommet:

- Legeundersøkelser før vedtak om legemiddelbehandling gjennomføres som påkrevd.
- Legemiddelbehandling igangsettes ofte tidligere enn 48 timer etter at pasienten ble underrettet om vedtaket (klagefristen). Dette gjelder dels pasienter som har klaget og fått sin klage raskt behandlet av fylkesmannen, og dels tilfeller hvor pasienten var så syk og urolig at man følte man ikke kunne vente i 48 timer. I sistnevnte tilfeller blir begrunnelsen for å fremskynde iverksettelsen av behandlingen skrevet i journal. Internrevisjonen har ikke undersøkt dette nærmere.
- Dersom pasienten klager på vedtaket før det er iverksatt, avventes iverksetting til fylkesmannen har behandlet klagen.
- Ingen av de vi snakket med var kjent med tilfeller der fylkesmannen har gitt pasienten medhold i klager på vedtak om behandling uten eget samtykke.
- Rutinene rundt informasjon til pasient og pårørende er tilsvarende som ved vedtak om tvangsmidler, jf. kap. 4.3.1 foran.

I *Vedlegg 3* illustreres fordelingen av antall vedtak i 2016 om legemiddelbehandling uten eget samtykke mellom akuttenhetene. Det er få tilfeller ved ROP og EFP.

Vår gjennomgang av protokollene for medikamentell behandling uten eget samtykke i akuttenhetene viste at protokollene generelt framstår som ryddige og godt utfylte.

Utskrift av vedtaksskjemaer er konsekvent festet i protokollene. Vi merket oss imidlertid eksempler på vedtak om bruk av «antipsykotika», uten nærmere angivelse av medikament eller virkestoff, og at disse var blitt godkjent av fylkesmannen.

4.4.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen har ingen indikasjoner på at regelverket ikke etterleves i forbindelse med behandling uten eget samtykke. Svakheter i informasjonsutlevering til pårørende, som omtalt i kap. 4.3.2, gjelder imidlertid også for denne type vedtak.

4.5 Skjerming

4.5.1 Observasjoner

Flere av enhetene benytter kortvarig skjerming som miljøtiltak når pasienter er ruspåvirket. Spesielt ved ROP ble det gitt uttrykk for en praksis der dette er hyppig forekommende, og enhetens prosedyrer slår fast at «*Pasienten kan skjermes inntil 24 timer på eget rom, eller 12 timer på skjermet enhet uten vedtak. Ved skjerming utover disse tidsfrister må det fattes vedtak*». Akuttavdelingene har ikke egen prosedyre for skjerming, men har orientert om tilsvarende regelforståelse. Innarbeidet praksis i akuttavdelingene er likevel opplyst å være at det alltid fattes vedtak ved skjerming ut over 12 timer, uavhengig av hvilket rom som benyttes. Det ble påpekt at man er nøye med formalia i situasjoner hvor skjermingen krever vedtak, og at innarbeidede rutiner gir trygghet for at nødvendige vedtak blir fattet.

Fordelingen av antall registrerte vedtak om skjerming i 2016 (inkludert vedtak om forlengelse) er illustrert i *Vedlegg 3*.

Vår gjennomgang av protokollene for skjerming i enhetene Sør, Salten, Nord og ROP viste at også disse protokollene generelt framstår som ryddige. Utskrift av vedtaks-skjemaer er tatt inn i protokollene. Det er generelt mindre informasjon i disse protokollene enn i protokollene for mekaniske tvangsmidler (som for øvrig inneholder samme kolonner).

En nærmere analyse av dokumentasjon tilknyttet 19 utvalgte skjerminger (test 2), viste blant annet:

- Det framkommer klart av dokumentasjonen for 9 av de 19 skjermingene at vedtaksansvarlig selv har gjort en konkret vurdering av pasienten/behov for skjerming.
- Stopptid er protokollert kun for fire av skjermingene, alle fire ved ROP.
- I 4 av de 19 skjermingsperiodene har pasienten vært skjermet uten at vedtaket har gyldighet for hele skjermingsperioden. Testen avdekket elleve skjermingsdøgn uten gyldig vedtak.

Se *Vedlegg 5* for nærmere oversikt over testens innretning og resultater.

Manglende informasjon om stopptid i protokoll for skjerming ble tatt opp med én av enhetslederne i akuttavdelingen, som bekreftet at stopptid rutinemessig bare føres i DIPS.

Skjerming foregår vanligvis med én ansatt til stede i skjermingsenheten (to når dette er vurdert som nødvendig), eller med tilsyn av varierende hyppighet. Hvis pasienten ønsker å være alene, forlater personalet rommet dersom det ikke anses som nødvendig å være tilstede.

Internrevisjonen har gjennomgått 18 utvalgte personalskademeldinger, og konstaterer at minst 50 % av disse er knyttet til skjerming (dette framkommer klart i 9 av 18 skademeldinger). Klinik- og enhetsledernes tilbakemelding er at fordelingen framstår som naturlig, og at prosentdelen antakelig er enda høyere. Enhetslederne poengterte at de er svært bevisste på å sørge for å ha tilstrekkelig personell tilstede ved skjerming (tilkaller eventuelt ekstravakter), og at man så langt det er mulig bruker personell med nødvendig erfaring og kompetanse til skjermingsoppgaver.

4.5.2 Internrevisjonens vurderinger

Det har ikke framkommet indikasjoner på at det benyttes skjerming uten at dette er begrunnet i samsvar med regelverket. Internrevisjonen oppfatter det imidlertid som klare regelbrudd at det manglet gyldig vedtak for deler av skjermingsperioden, dette gjelder tilfeller der forlengelse av vedtak ikke var blitt gjort i tide og tilfeller der vedtak ble fattet senere enn tolv timer etter oppstart av skjerming. Et tiltak som trolig kan

redusere risiko for forsinket fornyelse av nødvendige skjermingsvedtak, er at vedtakenes utløp datofestes, per i dag er det vanlig at det bare står «gyldig i to uker». Vi oppfatter det videre som en svakhet i dokumentasjonen at det for noen av vedtakene ikke framkommer klart at vedtaksansvarlig selv har sett og vurdert pasienten.

Videre vurderer vi den gjennomgående manglende protokollering av stopptid for skjerming som en åpenbar svakhet. Så langt vi har sett, er det kun ROP som rutinemessig fører dette i protokollen.

Svakheter i informasjonsutlevering til pårørende, som omtalt i kap. 4.3.2, gjelder også for vedtak om skjerming.

4.6 Aktivisering

4.6.1 Observasjoner

Det finnes en egen Aktivitetsenhet i klinikken som arrangerer en rekke aktivitetstilbud enhetene kan benytte. Vår gjennomgang av enhetenes dags- og ukeplaner, og intervjuer under besøket, har vist at:

- ROP og EFP sørger for et variert og omfattende aktivitetstilbud til sine pasienter, både inne og utendørs. Tilbudet omfatter både deltakelse på Aktivitetsenhetens organiserte aktiviteter og egne tilbud i regi av ROP/EFP. Alle ukedager inneholder fastsatte aktivitetstilbud, og pasientene motiveres til å delta.
- Alle enheter sørger for at alle pasienter får tilbud om å komme ut i friluft hver dag, men dette kan være begrenset til korte lufteturer.
- Akuttenhetene har få faste tilbud om trening og rekreasjon på ukeplanen, og arbeider ikke systematisk med aktivisering. Det framgår av mottatt skriftlig redegjørelse at tiltak gjennomføres «så fremt det er rom for det», og enhetenes ansatte påpekte problemer med å gjennomføre slike tiltak, blant annet fordi personalet må prioritere andre oppgaver og fordi gymsal oftest er opptatt.
- Deltakelse på aktivitetstilbud blir som hovedregel dokumentert i miljøpersonalets notater i den enkeltes pasientjournal.
- Aktivitetsenheten fører oversikt over antall deltakere på sine tilbud.
- Pasienter underlagt TPH/TO tilbys ikke minimum én times utendørs aktivitet daglig, slik Sivilombudsmannen tidligere har anbefalt¹ med bakgrunn i internasjonale konvensjoner.

I oppsummeringsmøtet med klinikk- og enhetsledere ble det påpekt at flere aktivitetstilbud er nedlagt/avviklet – ifølge klinikkjef skyldes dette at tilbudene ble for lite brukt (kost – nytte-betraktning). Det ble også gitt uttrykk for at mange pasienter ikke ønsker å gå ut (de vil heller «være på internett»). Internrevisjonen oppfattet likevel at klinikkens erfaring er at enheter som arbeider målbevisst og systematisk med aktivisering, oppnår bedre resultater.

¹ Blant annet i *Besøksrapport, Universitetssykehuset Nord-Norge, 26.-28. april 2016*.

4.6.2 Internrevisjonens vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering har klinikken gode eksempler på enheter som jobber målbevisst og systematisk med aktivisering. Disse kan med fordel benyttes i en intern erfaringsutveksling om hvordan man kan oppnå ønskede resultater.

Det ser ikke ut til at klinikken har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet rundt anbefalingene om at alle pasienter underlagt TPH/TO bør tilbys minimum én times utendørs aktivitet daglig. Internrevisjonen anser dette som et område med forbedringspotensial.

4.7 Bemanning og kompetanse

4.7.1 Observasjoner

Internrevisjonens undersøkelser har bekreftet at følgende formelle krav til bemanning og kompetanse er innfridd:

- Faglige ansvarlige for vedtak er utpekt, dokumentert og forsvarlig organisert.
- Spesialist i psykiatri kan alltid konsulteres per telefon og kan komme til institusjonen innen 30 minutter.
- Det er alltid personell tilstede med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse.

Alle enhetene har eget nattpersonell, som ikke har dagskift i sin vaktplan.

Internrevisjonen fikk opplyst at lederne er svært bevisste på de utfordringer dette medfører, og at de mener å ha et godt og strukturert opplegg for opplæring og oppfølging av nattevakterne. I våre intervjuer med nattevakter i akuttenhetene framkom det imidlertid at enkelte opplevde svakheter i opplæringen.

Vi har konstatert at klinikken har forbedringspotensial knyttet til opplæring, fordi:

- Klinikken har lenge hatt ambisjon om systematisk opplæring av personell i bruk av TERMA², og dette er inkludert i handlingsplanen for redusert og riktig bruk av tvang med planlagt igangsetting før sommeren 2016. Oppdatert status for handlingsplanen viser at det fortsatt «jobbes med saken», og klinikkledelelsen opplyste at man nå undersøker tilgjengeligheten av interne instruktører.
- Akuttenhetene har inkludert TERMA i opplæringsplanene sine, men i intervjuer med personell og enhetsledere har flere sagt at programmet ser ut til å «ligge dødt», og at ikke alle har fått slik opplæring.
- Vakthavende leger gis ikke systematisk opplæring i TERMA.
- Det ble opplyst at tilbud om årlige oppdateringer ikke alltid har vært benyttet, bl.a. fordi den enkelte ikke har opplevd dette som nødvendig.
- I intervjuer med nattevakter på akuttenhetene framkom informasjon om opplevd usikkerhet knyttet til nye kollegaers kompetanse, erfaringer om at kollegaer nødvendig vil «rykke ut» når alarmen går, at det stadig er nye vikarer (spesielt framhevet ved

² TERMA: Terapeutisk møte med aggresjon. Et kompetansehevingsprogram for ansatte, utviklet ved Kompetansesenteret for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Bergen. Har vært i bruk i Nordlandssykehuset siden 2007, da de første interne instruktører her ble utdannet.

Salten) og at enkelte ikke har deltatt på treninger i utageringssituasjoner og beltelegginger på flere år.

- EFP har ikke inkludert tema som TERMA, konflikthåndtering, utageringssituasjoner eller bruk av tvang i sine opplæringsplaner. Dette ble forklart med at enheten sjelden har utagerende pasienter, og at disse eventuelt vil bli overflyttet til en akuttenehet. Personalet ved EFP, som ikke alltid har opplæring/trening i å håndtere «alarmsituasjoner», rykker imidlertid ut på alarm til andre enheter tilknyttet sin alarmsløyfe. Enhetsleder ga uttrykk for at dette er noe man vil se nærmere på.
- Alarmberedskap er beskrevet i prosedyre PR27561, *Alarmberedskap utenfor egen enhet*, hvor det sies at «*Enheterne har selvstendig ansvar for opplæring av personell hva gjelder alarmbruk og intern samhandling i kritiske situasjoner*». Prosedyren er imidlertid ikke oppdatert, da EFP ikke er nevnt her.

4.7.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen har ikke avdekket forhold som medfører manglende etterlevelse av formelle krav til bemanning og kompetanse. Vi har imidlertid konstatert at det er svakheter i opplæringen som bør håndteres for at personalet skal ha trygghet i håndtering av aggresjon. Dette gjelder spesielt for nattevakter i akuttenehetene, vakthavende leger og miljøpersonale fra enheter som sjelden har utagerende pasienter. Klinikken har selv valgt å satse på TERMA i sitt arbeid for riktig og redusert bruk av tvang. En viktig forutsetning for å sikre kontinuitet i et slikt program, er at man sørger for å hele tiden ha et tilstrekkelig antall opplærte instruktører internt.

4.8 Institusjonskultur

4.8.1 Observasjoner

Internrevisjonens undersøkelser har vist at følgende kan bekreftes:

- Ledelsen er opptatt av riktig og liten bruk av tvang, og dette er et kjennetegn ved virksomheten i hele klinikken.
- Ansatte er opptatt av at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter ivaretas, og har ofte situasjonsbetingede samtaler om dette.
- Det jobbes kontinuerlig med verdier og holdninger, og dette er tema bl.a. i ledermøter, i møter med ansatte og i veiledningsgrupper. Det ble også vist til prosjektet «Verdig transport» og pasientsikkerhetsprogrammet, som eksempler der verdier og holdninger er sentralt. Ved Akuttenehet Salten ble det gitt uttrykk for at man vurderer å starte etiske refleksjonsgrupper for ytterligere å systematisere dette arbeidet.
- Det finnes klare, skriftlige prosedyrer for sentrale oppgaver. Disse er samlet i foretakets dokumentstyringssystem, Docmap.
- Informasjon om kontrollkommisjonen/klagemuligheter henger på oppslagstavler i alle sengepostene. Her inngår informasjon om klage på legemiddelbehandling.
- Melderutiner for pasient- og personalskadesaker er kjent og benyttes. Det framkom ingen indikasjoner på at man unnlater å registrere relevante hendelser.
- Ansatte blir ivaretatt etter alvorlige hendelser, i samsvar med gjeldende prosedyre.

Følgende observasjoner tilsier rom for forbedringer:

- Data om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke benyttes ikke i systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ledelsen opplyste at det tas ut statistikk én gang i året, både for tvangsinnleggelse og for bruk av tvangsmidler. Statistikken er vanskelig tilgjengelig i DIPS, og klinikken har tidligere meldt inn ønsker om bedre tilrettelegging for dette. Tallene har imidlertid ikke vært benyttet mer aktivt enn at man har konstatert at man lå «godt an» i nasjonal sammenligning.
- Kontrollkommisjonen blir ikke orientert om alvorlige hendelser og pasientskader. Dette er ikke et krav som konkret er hjemlet i regelverk, men Sivilombudsmannen har anbefalt slik praksis³. Det framkom også at klinikkledelsen (institusjonen) ikke har egne møter med Kontrollkommisjonen.
- Noen av prosedyrene har et definert gyldighetsområde som er avgrenset til færre enheter enn de dokumentets innhold er aktuelt for. Internrevisjonen har spesielt merket seg at det bare er ROP som har prosedyrer om skjerming, og at prosedyren om mekaniske tvangsmidler bare er gyldig i akutenhetene.
- Oppfølgingen av klinikkens handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang har vært variabel. Handlingsplanen samlet sett (status) har ikke vært tema i ledermøtet etter at den ble vedtatt. Noen punkter er fulgt opp aktivt, andre mindre, og det har vært overlatt til oppnevnt prosjektleder å holde oversikten. Ledelsen opplyste at det er avtalt å ha hyppigere møter med prosjektlederen framover.

4.8.2 Internrevisjonens vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering har klinikken en institusjonskultur som fremmer verdier og holdninger om at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter skal ivaretas. Ansatte opplever å bli godt ivaretatt, og at det er takhøyde for å ta opp utfordringer internt, noe vi anser som en positiv og viktig forutsetning for alt forbedringsarbeid.

Vår vurdering er videre at klinikken har et uutnyttet potensial for forbedring i mer systematisk oppfølging av enhetenes praksis. I dette legger vi blant annet aktiv bruk av tilgjengelige data om tvangsbruk og eventuelle forskjeller mellom enhetene. Eksempelvis bør det være av interesse å følge med på om endrede opptaksområder til akutenhetene har konsekvenser for omfanget av bruk av tvangsmidler.

Vi anser det også som hensiktsmessig at man tilstreber å etablere en regelmessig dialog mellom klinikkledelsen og kontrollkommisjonen, slik Helsedirektoratets *Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsevern* (2008) omtaler som en mulighet i pkt. 6.5.4. Her kunne f.eks. ledelsen orientere om bl.a. utviklingen i bruk av tvang, alvorlige hendelser og pasientskader, iverksette forbedringstiltak og systemendringer, mens kontrollkommisjonen kunne gjøre rede for sin aktivitet og observerte utfordringer.

³ Blant annet i *Besøksrapport, Universitetssykehuset Nord-Norge, 26.-28. april 2016*.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at Nordlandssykehuset har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, behandles i samsvar med gjeldende regelverk. Det er likevel områder som bør forbedres for ytterligere å styrke ivaretagelsen av pasienters og pårørendes rettigheter og det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset/Psykisk helse- og rusklinikken å:

1. Avvikle bruken av fellesarealer til skjerming i Akuttenhet Sør.
2. Iverksette nødvendige tiltak i Akuttenhet Salten som fører til at beltelegging kan skje i lokaler som er egnet for formålet.
3. Legge til rette for at pasienter i belteseng selv kan følge med på klokken og bli skjermet for lys utenfra (gardiner/persienner).
4. Utrede muligheter for omlokaliseringer og/eller omorganiseringer slik at pasienter som innlegges til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, i hovedsak tilbys pasientrom med eget WC/bad.
5. Innføre rutiner som sikrer at pasienter får både muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak (både om etablering og om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten samtykke), samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotat).
6. Implementere rutine om å tilby pasienter ettersamtaler etter gjennomførte tiltak.
7. Sørge for at pasientens nærmeste pårørende alltid informeres om vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt med mindre pasienten motsetter seg dette, om bruk av tvangsmidler, skjerming og behandling uten samtykke.
8. Sørge for at tvangsmidler ikke benyttes lenger enn ytterst nødvendig og forbedre dokumentasjonen slik at dette tydeliggjøres i protokollen.
9. Forbedre rutiner og protokollføring for å sikre at det foreligger gyldig vedtak for alle pasienter underlagt vedtakspiktig skjerming og at det klart framgår også når skjermingen ble avsluttet.
10. Forbedre tilbudet om friluft og fysisk aktivitet for pasienter i akuttenhetene.
11. Legge til rette for at systematisk opplæring og trening i TERMA kan gjennomføres og omfatte alt personell dette er relevant for.
12. Benytte data systematisk, bl.a. om tvangsmidler, skjerming og behandling uten eget samtykke, som del av oppfølging og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Vedlegg 1 - Revisjonskriterier

Krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med:

Fokusområder	Kriterier
1. Fysiske forhold	a) Lokalene er fysisk utformet (bl.a oversiktlige) slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås.
	b) Som hovedregel tilbys alle pasienter under TO/TPH enerom med eget WC og dusj.
	c) Alle pasienter har mulighet for lysavskjerming om natten.
	d) Enheten har tilgang på tilfredsstillende skjermingsmuligheter, fortrinnsvis i en egen skjermingsenhet med soverom, bad og oppholdsrom.
	e) Enheten har tilgang på egnede utearealer i rimelig nærhet (uten behov for transport).
2. Etablering av tvungent psykisk helsevern	a) Alle vedtak om TO/TPH journalføres slik at det framkommer at lovens vilkår er oppfylt.
	b) Før vedtak fattes, gis personen saken direkte gjelder anledning til å uttale seg. Opplysninger om dette nedtegnes og ligger til grunn for vedtaket.
	c) Både pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende mottar kopi av vedtaksskjema.
	d) Pasienten mottar kopi av journalnotat med begrunnelse for vedtaket.
3. Tvangsmidler	a) Det fattes alltid vedtak ved bruk av tvangsmidler og vedtakene protokolleres.
	b) Pasienten underrettes om vedtaket så snart som mulig, i utgangspunktet skriftlig.
	c) Tvangsmidler brukes ikke i behandlingsøyemed.
	d) Vedtak og journalnotater inneholder konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og om forsøk på bruk av lempeligere midler.
	e) Tvangsmidler brukes så kortvarig, og på en så skånsom og respektfull måte, som mulig.
	f) Tvangsprotokollene omfatter alltid: –pasientens navn og fødselsnummer –klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak –begrunnelse for tvangstiltak –navn på vakthavende lege –navn på faglig ansvarlig for tvangsvedtak
4. Behandling uten eget samtykke	a) Krav om legeundersøkelse før vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, etterleves.
	b) Det fattes alltid vedtak ved behandling uten eget samtykke og vedtakene protokolleres.
	c) Behandlingen iverksettes tidligst 48 timer etter at pasienten ble underrettet om vedtaket, så fremt det ikke er tungtveiende grunner for umiddelbar iverksettelse.

Fokusområder	Kriterier
5. Skjerming	a) Vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger gjort av vedtaksansvarlig.
	b) Det foreligger gyldig vedtak for alle vedtaksplichtige skjerminger.
	c) Vedtakene om skjerming protokolleres og skjermingens varighet framgår av protokollen.
	d) Skjerming medfører ikke isolasjon, og skjermingspasienter holdes ikke adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming.
	e) Pasienter informeres om begrunnelse for skjermingsvedtak så snart de er i stand til å motta og forstå slik informasjon.
6. Aktivisering	a) Pasientene tilbys daglig minimum én times utendørs aktivitet.
	b) Det legges til rette for trening og rekreasjon.
	c) Det føres oversikt over hvor ofte pasientene benytter seg av aktivitetstilbudene.
7. Bemanning og kompetanse	a) Faglig(e) ansvarlig(e) er utpekt og vedtakskompetent personell er forsvarlig organisert.
	b) Spesialist i psykiatri kan alltid konsulteres per telefon og kan komme til institusjonen innen 30 minutter (akuttenheter/ø-hjelp).
	c) Det er alltid personell tilstede med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse.
	d) Personalet får opplæring og regelmessig trening i bruk av tvangsmidler. Opplæringen inkluderer forståelse av hvordan pasienter kan oppleve bruk av tvang.
8. Institusjonskultur	a) Ledelsen er opptatt av etikk og riktig bruk av tvang, og viser dette i praksis.
	b) Enhetene arbeider aktivt for å fremme en felles kultur med verdier og holdninger der pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter ivaretas.
	c) Det finnes klare, skriftlige prosedyrer for sentrale oppgaver.
	d) Det er innført tiltak for å sikre riktig og redusert bruk av tvang.
	e) Enhetene har sørget for at informasjon om klagemuligheter er synlig og lett tilgjengelig for pasientene.
	f) Skade på pasienter meldes alltid internt, og meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
	g) Kontrollkommisjonen blir opplyst om alvorlige hendelser og pasientskader.
	h) Det er etablert enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.
	i) Avvik og pasientskader benyttes i systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
	j) Tilgjengelige data om tvangsbruk analyseres og benyttes i systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Vedlegg 2 - Dokumentliste

Internrevisjonen har gjennomgått følgende dokumentasjon:

Informasjon om/fra klinikken:

- Klinikken organisasjonskart med navn på alle linjeledere innen psykisk helsevern for voksne, 20.10.2016.
- Beskrivelse av aktuelle avdelinger på Nordlandssykehusets hjemmeside, 25.10.2016
- Informasjon fra klinikken om hvilke enheter som er godkjent for TPH med døgnopphold, 20.10.2016.
- Brev fra Sosial- og helsedirektoratet: Institusjoner som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Datert 30.07.2004.
- Brev fra Helsedirektoratet: Nordlandssykehuset HF Bodø – Søknad om permanent godkjenning av institusjon som skal ha ansvaret for tvungent psykisk helsevern. Datert 19.10.2009.
- Informasjon fra klinikken om antall sengeplasser i døgnetenhetene godkjent for TPH. 20.10.2016.
- Handlingsplan for Nordlandssykehuset HF, *Redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helse og rus*, 23.04.2015.
- Statusoversikt for tiltakene i handlingsplanen, Redusert og riktig bruk av tvang, 08.11.2016.
- Informasjon om klinikken arbeid med tiltakspakken, *Forebygging av selvmord*, som inngår i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender. 20.10.2016.
- Informasjon om Aktivitetsetheten ved Nordlandssykehuset HF, PHR Rønvik, med oversikt over deres tilbud og bruken av disse, 20.10.2016.
- Oversikt over normal dagsplan/ukeplan fra hver av enhetene.
- Kontrollkommisjonens årsrapport for 2015.
- Informasjon fra leder i Kontrollkommisjonen, e-post 20.10.2016.
- Referat fra møte i Rådet for Salten psykiatri, 03.12.2015.
- Beskrivelse av kompetansehevingsprogrammet TERMA – terapeutisk møte med aggresjon, NLSH, udatert, mottatt 20.10.2016.

Resultater/statistikker:

- Nasjonal kvalitetsindikator: Henvisningsformalitet ved henvisning til psykisk helsevern for voksne, resultatoppnåelse per 1. tertial 2016 (helsenorge.no).
- Nasjonal kvalitetsindikator: Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne, resultatoppnåelse per 1. tertial 2016 (helsenorge.no).

Styrende dokumenter/prosedyrer:

- DS6188, Forebygging av selvmord, dokumentamsling (PHR-klinikken).
- OL0001, Informasjon til vakthavende lege – PRK, versjon 2 (PHR-klinikken).
- PR40285, Vedtaksregistrering – prosedyre for vedtaksansvarlig, versjon 1
- DS6154, ECT, dokumentamsling (PHR-klinikken)
- PR12311, Avvikshåndtering i Docmap, versjon 3.8 (Helse Nord)
- PR37813, Behandlingsplan – journalansvarlig, versjon 1 (PHR-klinikken)
- PR34661, Pårørende, versjon 1.1 (PHR-klinikken)
- PR0342, Utskrivningsrutiner, versjon 2 (PHR-klinikken)

- PR15492, Tilkalling av ekstern assistanse, versjon 3.2 (NLSH)
- PR17870, Pasienthendelse, versjon 2.2 (NLSH)
- PR14289, Vurdering av risiko for voldelig atferd, versjon 1.2 (PHR-klinikken)
- PR27561, Alarmberedskap utenfor egen enhet, versjon 2 (oppgitte enheter i klinikken)
- RL0728, Psykologisk debriefing, versjon 2.4 (NLSH)
- FB0832, Serviceerklæring PRK Aktivitetseenheten, versjon 1.3

Avdelings-/enhetsinterne prosedyrer/dokumenter:

Akuttpsykiatrisk avdeling:

- RL5421, Husregler ved akuttpsykiatrisk avdeling, versjon 1
- SJ2332, Introduksjon nyansatte, versjon 1.1
- SJ4125, Introduksjon nyansatte i stab, versjon 1
- SJ9281, Handlingsplan HMS 2016, versjon 1
- Kompetansebehov i akuttpsykiatrisk avdeling, kartleggingsskjema 04.02.2016
- PR23552, Utagering, versjon 2
- PR39689, Mekaniske tvangsmidler, versjon 1.2
- PR34425, Laboratorieprosedyrer, versjon 3

Spesialpsykiatrisk avdeling:

- PR22875, Prosedyrer knyttet til tvangsvedtak, versjon 5

Enhet for psykoser (EFP):

- Husregler EFP1 og EFP2
- Ukeplan for pasientene EFP1 og EFP1
- RL3243, Kompetanseplan 2015-2017, versjon 2
- Oversikt over internundervisning, EFP 2016

Rus- og psykiatrienheten (ROP):

- RL3196, Overordnede regler ved Rus/psykiatriposten, versjon 1.
- SJ4495, Ukeplan, versjon 1.4
- SJ8375, Sommerukeplan, versjon 1.
- RL3179, Kjøreregler for morgenmøtet, versjon 1.
- RL3180, Kjøreregler for kaffemøtet, versjon 1.
- RL3198, Kjøreregler for temagruppe, versjon 1.
- RL3183, Kjøreregler for filmansvarlig på tirsdager
- RL3182, Kjøreregler for torsdagsturer, versjon 1.
- RL3184, Kjøreregler for sommerturer, versjon 1.1.
- RL3201, Kjøkkentjeneste for pasientene, versjon 1.2.
- PR31157, Matgruppe for pasientene, versjon 1.4.
- PR39087, Skjerming ved inntak av rusmidler, versjon 1.
- PR39088, Skjerming grunnet psykisk tilstand eller utagerende adferd, versjon 1.
- PR31156, HMS Handlingsplan 2016, versjon 1.4.
- Oversikt over gjennomført internundervisning, ROP 2016

Oversikter/statistikker per døgnet:

- Oversikter over antall ansatte fordelt på yrkeskategorier (inkl. ufaglært), samt informasjon om kjønnsfordeling og fordeling mellom hel- og deltidsansatte, 20.10.2016.
- Informasjon om omfang av bruk av vikarer (faglærte og ufaglærte), 20.10.2016.
- Antall innleggelser etter kjønn og innleggelsesparagraf i 2015 og hittil i 2016.
- Antall vedtak om: skjerming (§ 4-3), behandling uten eget samtykke (§ 4-4) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8) i 2015 og hittil i 2016.
- Antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk i døgnetene de siste tre år (2014-2016).
- Antall meldinger om pasientskader som skyldes vold eller aggresjon de siste tre år (2014-2016).
- Antall meldinger om skader på ansatte som skyldes vold eller aggresjon de siste tre år (2014-2016).

Dokumentasjon fra hver av døgnetene:

Dokumentasjon som oppgitt i tabellen nedenfor om de tre siste tilfeller før 1. okt 2016, av følgende:

1. Pasientskader som skyldes vold eller aggresjon: kopi av avviks-/skademeldinger.
2. Skader på ansatte som skyldes vold eller aggresjon: kopi av avviks-/skademeldinger.
3. Bruk av belteseng: kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse, journalnotater under pasientens opphold i beltesengen og opptil ett døgn etter hendelsen, og utfall av evt. klagesak.
4. Bruk av skjerming: kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse, journalnotater under pasientens opphold i skjermingsenheten og opptil ett døgn etter hendelsen, og utfall av evt. klagesak.

Nr.	EFP	ROP	Sikkerhet	AA Nord	AA Salten	AA Sør
1	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X
3	i.a.	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X

Vedlegg 3 – Antall vedtak om bruk av tvangsmidler, legemiddelbehandling uten eget samtykke og skjerming

Internrevisjonen har fått oversendt fra klinikken en oversikt over antall vedtak om ulike tiltak i 2015 og hittil i 2016 (til 3. oktober). Utdrag fra denne oversikten illustreres her:

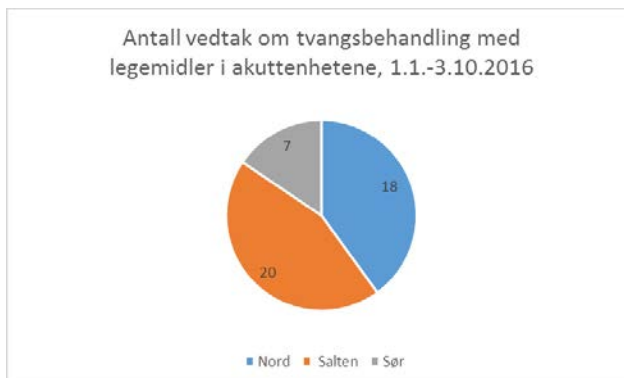
Figur 1. Antall vedtak hittil i 2016 om bruk av mekaniske tvangsmidler, fordelt mellom de tre akutenhetene



Tilsvarende tall for 2015 viste tilnærmet likt antall i Nord (27) og Salten (28), og lavest i Sør (11).

ROP har kun registrert ett slikt vedtak i 2015, ingen i 2016.

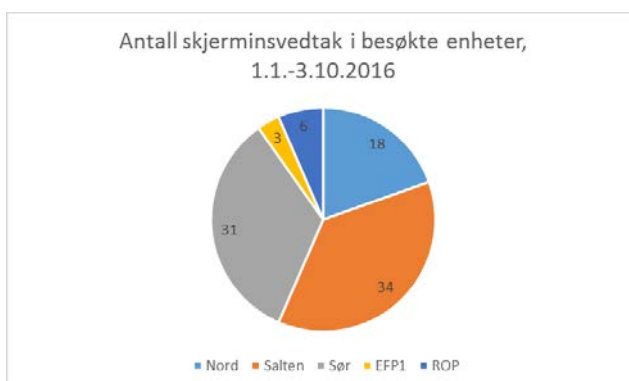
Figur 2. Antall vedtak hittil i 2016 om legemiddelbehandling uten eget samtykke, fordelt mellom de tre akutenhetene



I 2015 var det bare små variasjoner mellom de tre akutenhetene.

ROP og EFP hadde få vedtak både i 2015 og 2016.

Figur 3. Antall vedtak hittil i 2016 om skjerming (inkl. forlengelser), fordelt mellom de fem besøkte enhetene



I 2015 hadde Nord høyest antall skjerminger.

EFP og ROP kun ett registrert vedtak hver i 2015.

Vedlegg 4 – Test 1, Beltelegging

Internrevisjonen har etterspurt fra hver av døgnene, følgende dokumentasjon om de tre siste beltelegginger før 1. oktober 2016:

Kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse, journalnotater under pasientens opphold i beltesengen og inntil ett døgn etter hendelsen, og utfall av evt. klagesak.

Vi har mottatt og gjennomgått dokumentasjon fra 13 beltelegginger, fordelt slik:
AA Nord: 3, AA Salten: 3, AA Sør: 3, Sikkerhet: 3, ROP: 1

Dokumentasjonen er gjennomgått med utgangspunkt i flere av revisjonskriteriene, og bl.a. følgende er kontrollert:

- Foreligger det vedtak for belteleggingen med en legitim begrunnelse?
- Har faglig ansvarlig signert protokollen?
- Har pasienten sovet i belter?
- Framkommer det i protokollen at pasienten er gitt friere forpleining hver 8. time, eller en begrunnelse for at dette ikke er gjort?
- Er stopptid for belteleggingen oppgitt i protokollen?

Analyse/oppsummering av internrevisjonens gjennomgang:

- Det er gitt en legitim begrunnelse for tvangstiltaket: 13/13
- Protokollen er signert av faglig ansvarlig: 13/13
- Pasienten har sovet i belter: 5/13
For to av disse fem framkom at beltene er kryssløst eller «rommelige»
- Manglende dokumentasjon i protokoll av krav om å gi friere forpleining eller begrunne hvorfor ikke dette kan gjøres, hver 8. time: 3/6
- Stopptid oppgitt i protokollens felt for dette: 9/13
Stopptid framkommer som del av kommentar for ytterligere 3, men mangler i 1 av de 13 protokollene.

Generelle kommentarer fra inspeksjon av protokoller i enhetene AA Sør, AA Salten, AA Nord og ROP:

- Framstår ryddige:
 - Vedtaksskjema er konsekvent limt/stiftet inn.
 - Ikke løse lapper.
- Fullt fødselsnummer framkommer på vedtaksskjemaet.

Vedlegg 5 – Test 2, Skjerming

Internrevisjonen har etterspurt fra hver av døgnetenhetene, følgende dokumentasjon om de tre siste skjerminger før 1. oktober 2016:

Kopi av skjermingsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse, journalnotater under pasientens opphold i skjermingsenheten og inntil ett døgn etter, og utfall av evt. klagesak.

Vi har mottatt og gjennomgått dokumentasjon fra 19 skjerminger, fordelt slik: AA Nord: 3, AA Salten: 2, AA Sør: 3, EFP: 4, Sikkerhet: 3, ROP: 4.

Dokumentasjonen er gjennomgått med utgangspunkt i flere av revisjonskriteriene, og bl.a. følgende er kontrollert:

- Foreligger det gyldige vedtak for det tidsrom det er protokollert skjerming?
- Har faglig ansvarlig signert i protokollen?
- Foreligger dokumentasjon som bekrefter at vedtaksansvarlig selv har sett pasienten og gjort en konkret vurdering av behovet for skjerming?
- Er stopptid for skjermingen oppgitt i protokollen?

Analyse/oppsummering av internrevisjonens gjennomgang:

- Signert av faglig ansvarlig: 17/19
- Dokumentert at vedtaksansvarlig selv har gjort en konkret vurdering av pasienten/behov for skjerming: 9/19
- Stopptid protokollert: 4/19 (alle fire er ved ROP)
- Pasienten har vært skjermet uten at vedtaket har gyldighet for hele skjermingsperioden: 4/19
Det har vært elleve skjermingsdøgn i tilknytning til disse fire vedtakene som ikke var dekket av vedtakenes gyldighetsperiode.

Generelle kommentarer fra inspeksjon av protokoller i enhetene AA Sør, AA Salten, AA Nord og ROP:

- Framstår ryddige:
 - Vedtaksskjema er konsekvent limt/stiftet inn.
 - Ikke løse lapper.
- Fullt fødselsnummer framkommer på vedtaksskjemaet.