

Lokal retningslinje for redusert og riktig bruk av tvang

Revidert utgave januar 2016

Godkjent av Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) den 28.april 2016 i sak 37/16.

Bakgrunn

Oppdraget med å utarbeide en lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang ble gitt til Sykehuset Østfold i brev fra Helse-sør øst i april 2010 jf oppdragsdokumentet samme år.

Oppdraget ble gitt videre av klinikkledelsen i klinikk for psykisk helsevern 15.12.10 etter først å ha vært saksbehandlet og forankret i Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) 9.11.2010.

Følgende oppsummering av beslutninger/aktiviteter på regionalt nivå og som danner grunnlag for planarbeidet, er hentet fra regional plan for økt frivillighet, Helse Sør- Øst: (nov 2011):

"Helse Sør Øst RHF har initiert arbeidet med regional og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helsevern:

- Eget brev om oppdraget av 29.04.2010 til alle helseforetak og sykehus

Metode

Revisjon av lokal plan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang er gjennomført av et klinisk utvalg nedsatt av ADMS den (dato) Utvalget har tatt utgangspunkt i plandokumentet fra 2012 og drøftet eksisterende tiltak og praksis, for å finne frem til områder som bør forbedres.

Avgrensning

Oppdraget er vidt formulert og favner flere pasientløp og prosesser. Lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang som den forligger her, har tatt utgangspunkt i erfaringer knyttet til eksisterende praksis og rutiner for forbygging av, henvisning og innleggelse til tvungen observasjon og i tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2 og 3-3 i lov om psykisk helsevern.

Interne rutiner for bruk av tvang ved mekaniske tvangsmidler (beltelegging), fastholding, tvungen medisiner og skjerming har ikke vært en del av dette arbeidet og følges opp gjennom dialogmøter og interne prosesser i psykiatrisk avdeling og ungdomspsykiatrisk seksjon.

Endringer og anbefalinger

Utvalget vektlegger at målsettingen om redusert og riktig bruk av tvang må omfatte hele pasientforløpet fra kommune og fastlege til DPS og sykehus. Forebyggende tiltak på kommunalt nivå er første steg mot større ansvar og medvirkning for pasienten (brukeren). Klinisk utvalg ønsket å konkretisere oppfølgingspunktene i forhold til tidligere plan og foreslår derfor blant annet særskilte temaer for fagutvikling og undervisning.

Implementering

Planen bør være et aktivt dokument som gjenspeiles i handlingsplaner og oppfølgingsmøter på lokalt og overordnet nivå. Utvalget forslår å legge vekt på enkelte punkter fra planen som særlige satsningsområder:

- Bruk av kriseplan for flere pasienter og sikre at oppdatert kriseplan er tilgjengelig på tvers av enheter/etater
- Identifisere og følge opp storforbrukere av akutte helsetjenester
- Informasjonsflyt til leger i legevakt om kjente pasienter
- Undervisning om temaet opplevd tvang
- Undervisning i temaet relasjonskompetanse

Tabell

- oversikt over tema, anbefalte tiltak, ønsket effekt og ansvar

Begrepsbruk:

I det følgende brukes forkortelsen TUD på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

	Tema	Tiltak	Ønsket effekt	Ansvar
1	Overordnet			
A	Forpliktende samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer for å understøtte en faglig praksis med vekt på redusert og riktig bruk av tvang	Følge opp lokal plan som en anbefaling for kommuner og spesialisthelsetjeneste.	Sikre en felles målsetting på tvers av forvaltningsnivåer om å redusere eller kvalitetssikre førstegangsinnleggelse og reinnleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	Klinikkledelse/ kommuneledelse (ADMS)
B	Registrering og rapportering	Videreføre rutiner som sikrer god registrering, rapportering og analysepraksis.	Sikre god oversikt over omfang og åpenhet om bruk av tvang i klinikk for psykisk helsevern. Kvalitetssikret tallmateriale ligger til grunn for kontinuerlig evaluering og forbedring av praksis mht tvangsbruk.	Klinikkledelse
C		Hente ut rapporter fra spesialisthelsetjenesten som viser utvikling av akuttinnleggelse og tvangsbruk.	Bruke rapporter som et styringsverktøy i forhold til organisatoriske endringer og faglige satsninger i spesialisthelsetjeneste og kommune. Benchmarking mellom kommuner Identifisere storforbrukere / antall reinnleggelse	Sykehus/DPS/kommuner

D	Samhandlingskompetanse	Undervisning/informasjon om felles rutiner og avtaler for overføring av pasienter mellom seksjoner/avdelinger og aktuelle enheter i kommunen	Sikre god pasientflyt	Sykehus/DPS/kommune
2	Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste			
	Informasjonsflyt			
A	Kommunalt psykisk helsearbeid skal få informasjon om innleggelse av pasienter som skal ha videre oppfølging fra kommunalt psykisk helsearbeid	Følge opp skriftlige rutiner for melding til kommunene ved innleggelse og utskriving Jf retningslinje 2, 3 og 5	Sikre nødvendig overføring av informasjon mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste så tidlig som mulig	Sykehusledelse/kommuneledelse (ADMS)
B	Sørge for oppdaterte oversikter over oppfølgings- og behandlingstilbud i spesialisthelsetjeneste og kommuner på hjemmesider og på fastlegeportalen.no	Informasjon til fastlege og legevakt og ansvarlig for rus og psykisk helse om de aktuelle tilbud og telefonnummer i SØ	Sikre at pasienten blir henvist til beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet)	Spesialisthelsetjenesten ansvarlig for rus og psykisk helse
C	Sørge for oppdatert kontaktinformasjon i kommuner og spesialisthelsetjeneste	Informasjon til fastlege og legevakt og ansvarlig for rus og psykisk helse om kontaktinformasjon i kommuner og spesialisthelsetjeneste	Sikre at pasienten blir henvist til beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet)	Spesialisthelsetjeneste/kommuner
D	Informasjon til legevakslege	Det er nødvendig å utvikle en rutine som sikrer at lege i legevakt får nødvendig informasjon i forkant av sine	Sikre økt kunnskap om pasientens lidelse og symptombylde hos henvisende lege	Sykehusledelse/kommuneledelse

		 vurderinger av om det er behov for akutt innleggelse (i tvungent) psykisk helsevern.		
		Jobbe for at pasientenes IP/ kriseplan finnes tilgjengelig hos pasient (papir/app) og på legevakt, ambulant team, akuttmottak og relevante samarbeidspartnere.	Sikre tilgang til samme informasjon på tvers av etater.	
E	Etterfølgende informasjon hvor begjæring om innleggelse på tvang ikke blir etterkommet. Sende EDI notat til henviser som viser vurderingen fra akuttmottak.	Tilbakemelding fra akuttmottak til henviser hvor henvisning/begjæring om innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ikke blir vedtatt	Sikre enhetlig oppfatning om vilkår for innleggelse i tvungent psykisk helsevern.	Vakthavende lege
	Veiledning og kompetanseoverføring			
F	Veiledning / kompetanseoverføring til kommuner fra spesialisthelsetjeneste/DPS	Etablere en felles rutine som sikrer at kommuner får veiledning når de melder et behov for dette til klinikk for psykisk helsevern Kommunale tjenester må etterspørre veiledning Melde avvik på veiledningsplikten	Sikre kunnskapsoverføring mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner	Spesialisthelsetjeneste og kommuneledelse
G	Veiledning/kompetanseoverføring fra kommuner til spesialisthelsetjeneste/DPS	Etablere en felles rutine som sikrer at kommunehelsetjenesten får veiledning/kompetanseoverføring når de melder et behov for dette til klinikk for psykisk helsevern	Kommunens henvendelse og observasjon/ kjennskap til pasienten må være likestilt og bli tatt på alvor.	

		Spesialisthelsetjenesten må etterspørre veiledning/kompetanseoverføring fra kommuner		
3	I møte med pasienten			
	Lokale oppfølgingstilbud	Etablere lavterskeltilbud på kommunalt nivå for å forbygge akutte krisesituasjoner	Sikre at pasienten har et lokalt alternativ å henvende seg til i en krisesituasjon	Kommuneledelse
B	Når pasient har et akutt behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten	Tilgjengelighet i bruk av døgnplasser ved DPS; for eksempel brukerstyrte senger	Sikre et fleksibelt døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp uten å gå veien om PAM	Avdelingssjefer DPS
		Motivere til frivillig tilbud dersom vilkår for øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten er oppfylt Sjekkliste før innkommst i døgnavdeling som understøtter at frivillig innleggelse skal være det prioriterte alternativ. Psykiatrisk team fra DPS er til stede eller møter på legevakt	Sikre brukermedvirkning, medbestemmelse, dialog og ansvarliggjøring mht egen behandling	Fastlege/ legevaktslege/kommunalt psykisk helsearbeid
C	Vurdering av behov for innleggelse etter § 3-2 eller 3-3 i lov om psykisk helsevern	For pasienter som blir henvist/begjært innlagt etter §§3-2 eller 3-3 i lov om psykisk helsevern, foretar den faglig	<u>Ved spørsmål om innleggelse etter § 3-2 eller § 3-3 (phvl):</u> Sikre best mulig faglig vurdering så tidlig som mulig i	Sykehusledelse

		ansvarlige spesialist en vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Vurderingen gjennomføres snarest mulig etter ankomst	pasientløpet av pasienter som er henvist med spørsmål om innleggelse på tvang Sikre at pasienten får to selvstendige faglige vurderinger av om vilkår for tvangsinnleggelse er oppfylt	
4	Kriseplan			
A	Kriseplan/selvhjelpsplan - mestringsverktøy for pasienter med en kjent psykisk lidelse	Etablere kriseplan som et verktøy for pasienter med kjent psykiatrisk lidelse /symptombilde Kriseplan kan utarbeides som et selvstendig dokument eller som en del av individuell plan. Kriseplanen må være oppdatert	Sikre forbygging av kriser og reinnleggelser på tvang	Kommune/fastlege/ DPS/sykehus/pasient
		Innføre en felles rutine og rapporteringsordning for bruk av kriseplan på tvers av etater	Sikre at kriseplan blir utarbeidet for pasienter som er storforbrukere av helsetjenester	Kommuneledelse/sykehusledelse
		Aktiv brukermedvirkning under utarbeiding og ved bruk av planen både langsiktige og kortsiktige målsettinger Eget punkt i IP om bruk av medisiner og nedtrapping av medikamentell behandling	Sikre at pasienten gjennom kjennskap til sin egen lidelse og eget symptombilde får en økt mestringsfølelse Sikre at pasienten vet hvordan han/hun skal få støtte og hjelp i en tidlig fase ved forverring	Kommune/fastlege/ DPS/sykehus/pasient

		Oppfordre og bistå bruker/pasient til å ha en fortrolig samtalepartner utenfor det offentlige hjelpeapparatet (venn/familie)	Sikre at pasienten har et nettverk utenfor helsevesenet som kan være til støtte og hjelp	Pasient/pårørende/kommune
5	Forbyggende tiltak			
A	Samarbeid med pårørende/nettverk Koordinatorfunksjon	Etablere enfamiliegrupper og flerfamiliegrupper (I samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste)	Sikre økt kunnskap om kunnskapsbasert familiearbeid (psykoedukasjon)	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
B	Bidra til etablering av selvhjelpsgrupper Ivareta økonomi, lokaler, etableringsansvar, koordinatorfunksjon/driftsfunksjon av gruppen	Bidra til at pasienter utveksler kunnskap om hensiktsmessige tiltak for å forbygge forverring	Sikre økt kunnskap hos pasienten om hensiktsmessige tiltak for å forbygge forverring	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
C	Ivareta relasjonskompetanse gjennom metodikken «Åpne samtaler» (jf Jakko Seikkula)	Undervisning om åpne samtaler, relasjonskompetanse og trygghetsskapende kommunikasjon for alle faggrupper	Sikre et faglig fokus på å skape tillit mellom helsepersonell og pasient for å kunne motivere pasienten til: Å ta i mot hjelp og behandling på frivillig grunnlag Å ta ansvar for egen bedringsprosess	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner

			Styrke brukermedvirkning	
D	Forebygge at kriser utvikler seg (unngå akutte innleggelser)	Forpliktende samarbeid mellom ambulante team (ACT, AAT og andre) og døgninstitusjon om særskilte pasientgrupper (eks TUD)	Krisesituasjoner løses tidlig i samarbeid mellom lokale team og pasient	Fastlege/kommunehelsetjeneste/DPS
E	Identifisere storforbrukere av helsetjenester	Utarbeide individuell plan og /eller kriseplan Ansvarsgruppemøter Andre samarbeidsmøter	Krisesituasjoner løses tidlig i samarbeid mellom lokale team og pasient	Fastlege/kommunehelsetjeneste/DPS
F	Forebygge rusutløste psykoser hos rusavhengige i kommunene	Tidlig innsats i kommunen Spesialisthelsetjenesten må gjøre en grundigere utredning når rusavhengige pasienter har blitt lagt inn mange ganger på kort tid.	Forbygge psykoseutvikling	Kommuner/spesialisthelsetjeneste
G	Etablere en kultur og struktur som anerkjenner betydningen av lett tilgang til hjelpetiltaket	Tydelig informasjon om hvordan samarbeide på tvers av etater om pasienter i krise for å forebygge akutte innleggelser		Fastlege/kommunehelsetjeneste/DPS
6	Satsningsområder for undervisning			
A	Opplevd tvang Reell brukermedvirkning	Undervisning til fagpersoner (leger, miljøpersonell, ledelse) om opplevd bruk av tvang Distribuere informasjonshefter fra brukerorganisasjonene.	Sikre økt kunnskap om opplevd bruk av tvang	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner

B	Pasient- og pårønderrettigheter (omfatter både voksne og barn)	Gi undervisning om nye lovverk	Sikre kunnskap om rettigheter for pasienter og pårørende	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
C	Lidelse, symptombylde og tiltak	Undervisning til pasienter/pårørende/nettverk om pasientens lidelse, symptombylde og tiltak Kjenne igjen varselsymptomer	Sikre økt kunnskap om pasientens lidelse, symptombylde og tiltak som kan være hensiktsmessige for å forebygge ny sykdomsfase	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
D	Skolere brukerrepresentanter	Undervisning til brukerrepresentanter	Sikre flere brukerstemmer	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
E	Bevisstgjøring i forhold til etiske problemstillinger ved bruk av tvang	Undervisning til helsepersonell i kommuner og spesialisthelsetjeneste	Sikre at det er en kultur for etisk refleksjon	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
F	Bevisstgjøring av holdninger til bruk av tvang	Refleksjon over egen praksis Undervisning og innspill fra tilsvarende fagmiljøer i Norge	Sikre at fagmiljøene i alle ledd i pasientløpet er oppdatert i forhold til tiltak for å redusere og kvalitetssikre innleggelse etter § 3-2 og § 3-3. (phsvl)	Klinikkledelse/avdelingsledelse/ Seksjonsledelse/utdanningsinstitusjoner
G	Løfte fram felles problemstillinger på tvers av etater	Felles fagdag om utfordringer, aktuelle tiltak og nye lovverk	Sikre felles forståelse	Kommuneledelse/sykehusledelse/bruker- og pårørende organisasjoner
7	Implementeringstiltak			
A	Handlingsplaner	Tiltakene i planen må være en del av kommuners og sykehus/DPS sine handlingsplaner	Sikre at målsettingene i planen er forankret i kommune- og sykehusledelse	Kommuneledelse/sykehusledelse

		Etterspørre status for tiltakene i planen i regelmessige rapporteringsmøter i kommuner og sykehus		
B	Erfaringslæring	<p>Innhente erfaringer fra lokale satsninger i Østfold. For eksempel:</p> <p>Lavterskeltilbud (Sarpsborg kommune)</p> <p>Identifisere familier med stort behov for samtidig og koordinert innsats (Eidsberg kommune)</p> <p>Overføring av ACT – metodikk til flere pasientgrupper (Moss m flere)</p> <p>Ambulant team tilgjengelig på legevakt (Fredrikstad)</p> <p>Brukerstyrte senger DPS (Fredrikstad)</p>	Sikre at lokale tiltak som er i tråd med planenes anbefalinger og som har vist effekt er kjent og vurdert på tvers av kommuner og sykehus	Kommuneledelse/sykehusledelse

Øvrige kommentarer fra utvalget:

Forebygge kriser

Arbeidsgruppen anbefaler at det utvikles flere tilbud i kommuner og sykehus som understøtter ønsket om å forbygge at kriser utvikler seg til og ender som akutte innleggelser. Skal dette fungere i praksis, er det nødvendig at kommuner og DPS har fleksible tilbud for å håndtere personer i akutt krise.

Rusavhengighet og psykisk lidelse

Det er særskilte utfordringer knyttet til pasienter med rusavhengighet og psykisk lidelse. Lovverket denne planen refererer til favner ikke relevante problemstillinger for denne pasientgruppen.

Gjøre planen kjent

Tidligere plan ligger lite tilgjengelig på sykehusets hjemmesider. Om planen skal bli kjent må den løftes fram i sykehus og kommuner og være en del av de enkelte virksomheters særskilte handlingsplaner.

ACT-metodikk

Det bør vurderes å opprette ACT-team for hele regionen, samt opprette andre ambulante team bygd på ACT-metodikken for andre pasientgrupper. Evalueringen av ACT-teamene i Norge har vist en statistisk signifikant reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang for pasienter som har vært inkludert i teamet i toårsperioden før og etter inntak i ACT.