

Internrevisjonsrapport

**Riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern
i Helse Møre og Romsdal HF**

Dato: 2025-05-26

Forkortelser

SKV	Strukturert klinisk vurdering av voldsrisiko [1, kap. 6.1]
V-RISK-10	Verktøy for å avklare om pasienten bør gjennomgå en fullstendig voldsrisikovurdering [1, kap. 7.1].
BVC	6-punkts sjekkliste som bidrar til at helsepersonell lettere kan forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv (de neste 24 timene) og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig/voldelig atferd (Linaker & Busch-Iversen, 1995) [1, kap. 7.2].
HCR-20	Strukturert klinisk verktøy for omfattende voldsrisikovurdering [1, kap. 8.2]. Gjeldende versjon HCR-20V3.
KLAR	Kliniske Alternativ til Risikohåndtering. SKV som kan bidra til bedre risikohåndtering og forebygge vold i helsevesenet (Copilot 2025, kontrollert av internrevisjonen).
START	Short Term Assessment of Risk and Treatability. Strukturert klinisk veileder for omfattende risikovurdering med hensyn til vold mot selv og andre, og andre uønskede hendelser som rusmiddelproblemer, alvorlig svikt i egenomsorg, voldsutsatthet og rømming [1, kap. 8.3].
Kardex	Dokumentasjonssystem som brukes av sykepleiere for å organisere og raskt referere til nøkkelinformasjon om pasienter (Copilot 2025, kontrollert av internrevisjonen).
Aml.	Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).
Pjl.	Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).
Phvl.	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
Sphl.	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
Fvl.	Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).
Flk.	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



Innledning

Revisjonsprosjektet har tatt utgangspunkt i innspill fra St. Olavs hospital HF i 2022. Innspillet forklarer at pasientgruppen i psykisk helsevern der bruk av tvang kan være aktuelt, er i endring, og at antallet pasienter med vedtak om tvangsmidler økte i perioden 2019–2020. Tilbakefallsfrekvensen med alvorlige sykdomsepisoder er stor, med virkning på antall innleggelser og omfanget av tvangsbruk. Avdelingene må også håndtere flere svært syke pasienter uten bruk av medisiner. I oppdraget til internrevisjonen er det bedt om å belyse hvorvidt:

- helseforetakene følger opp føringer på området,
- datakvaliteten for dokumentasjon ved bruken av tvang er tilfredsstillende,
- og hvorvidt ledelsen har nødvendig styringsgrunnlag og handlingsalternativer.

Psykisk helsevern og personer med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer har i en årrekke hatt høy prioritet hos eier. Helse Midt-Norge RHF har gjennom Regional utviklingsplan 2023 – 2026 påpekt at helseforetakene må sørge for tilstrekkelig risikohåndtering og sikkerhet for pasienter med atferd som kan medføre fare for vold eller skade.

Myndighetskrav på området utdyper hva som menes med tilstrekkelig risikohåndtering og sikkerhet. Alle myndighetskrav knyttet til helsehjelp tar utgangspunkt i menneskerettslige og helserettslige prinsipper, og tillitsbegrepet står sentralt. Befolkningen skal kunne ha tillit til at helsehjelpen gjennomføres i tråd med myndighetskravene.

Vernet om personlig integritet jf. phvl. §4-2 har stått sentralt i dette revisjonsprosjektet. Når helsepersonell må fravike hovedprinsippet om frivillig helsehjelp, er det forutsatt at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det som er strengt tatt nødvendig, og at pasientens syn på restriksjoner og tvang skal tas hensyn til så langt det er mulig. Internrevisjonen har lagt til grunn at etterlevelse av regelverket på området står i tett sammenheng med Helse Midt-Norges styringsbudskap om tilstrekkelig risikohåndtering og sikkerhet. Innskrenkningskriteriet og pasientens syn er en viktig del av dette.

Revisjonsprosjektet har strekt seg over noe tid, slik at internrevisjonens undersøkelser i journalsystemet er utført i gammelt system DocuLive. Under revisjonsgjennomføringen har sykehusforetakene i Helse Midt-Norge innført nytt journalsystem, Helseplattformen. Brukere av denne rapporten må være oppmerksomme på at rapporten *ikke* belyser tilretteleggingen for helsepersonellens dokumentasjonsplikt i Helseplattformen. Tilretteleggingen for nødvendige nedtegnelser, informasjonsflyt og samhandling i Helseplattformen vil bli belyst gjennom internrevisjonens oppfølging av revisjonsprosjektet.

Revisjonsprosjektet er gjennomført ved Klinikken for psykisk helse og rus i Helse Møre og Romsdal HF.



Sammendrag

Revisjonsprosjektet oppsummeres i fire hovedområder: overordnet arbeidet med strategi og handlingsplaner, risikostyring på systemnivå samt kliniske voldsriskovurderinger, dokumentasjon av skjerming som pasienten motsetter seg og bruk av tvangsmidler, samt opplæring.

Internrevisjonen kan bekrefte at klinikken i hovedsak arbeider systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet på overordnet nivå innenfor revisjonens tema. Det er påpekt at datagrunnlag må valideres, når man skal belyse årsakssammenheng mellom forbedringstiltak og utviklingen i nøkkeltall, når det gjelder bruk av tvang.

Internrevisjonen bekrefter også at det foreligger retningslinjer for risikostyring, og at risikovurderinger på systemnivå i hovedsak blir gjennomført og fulgt opp. Retningslinjene må likevel gjennomgås for å sikre at de er hensiktsmessige. Videre må klinikken sikre at risikovurderinger gjennomføres med den regelmessigheten som er fastsatt. Retningslinjer for klinisk voldsriskovurdering kan også i hovedsak bekreftes i forhold til myndighetskrav. Her påpeker internrevisjonen at retningslinjene må revideres slik at de også dekker krav til voldsriskovurdering ved opphold og utskrivning, og ikke bare ved innkomst. Videre er det anbefalt å se på hvordan informasjonen i voldsriskovurderinger distribueres til andre formål, som tvangsvedtak og videre helsehjelp i sykehus og kommuner. Dette har betydning både for pasientbehandlingen og et tryggest mulig arbeidsmiljø for ansatte.

Internrevisjonen bekrefter videre at det i hovedsak foreligger hensiktsmessige retningslinjer for skjerming som pasienten motsetter seg og bruk av tvangsmidler. Det er gitt anbefalingene om å tydeliggjøre ansvarsforhold for dokumentasjon, og å gjennomgå beskrivelser, opplæring og praksis som forebygger at bruk av tvangsmidler feilregistreres som skjerming.

Internrevisjonen kan samlet sett *ikke* bekrefte at klinikken har tilrettelagt tilstrekkelig for å ivareta pasientens rett til å uttale seg etter ufrivillig skjerming eller bruk av tvangsmidler. Enhetene som dette gjelder er anbefalt å gjennomgå egen praksis. Videre er det anbefalt at klinikken gjennomgår den digitale informasjonsflyten som er nødvendig for å oppfylle pasientrettighetene på området.

Internrevisjonen bekrefter også at opplæring har vært sentralt i den strategiske tilnærmingen. Det kan imidlertid ikke bekreftes at klinikken holder nødvendige nedtegnelser av kompetanse og behov for opplæring. Det er gitt anbefaling om å rette opp i dette blant annet ved at ledere etterspør status regelmessig.

Oppsummert bekrefter internrevisjonen at Helse Møre og Romsdal HF arbeider systematisk med å følge opp myndighetskrav og øvrige føringer på området. Det er likevel ennå ikke grunnlag for å bekrefte at datakvaliteten for dokumentasjon ved bruken av tvang er tilfredsstillende i forhold til myndighetskrav. Rapporten som helhet går inn på årsaksforholdene. Internrevisjonen vil understreke viktigheten av at nytt journalsystemet tilrettelegges på en måte som understøtter de relativt omfattende dokumentasjonsprosessene som er forbundet med forsvarlig pasientbehandling, pasientenes rettsikkerhet og sikkerheten for ansatte. I denne rapporten gis det 18 anbefalinger som kan forbedre ledelsen styringsgrunnlag og handlingsalternativer på området for tvungent psykisk helsevern.



Oversikt over anbefalinger

Nr.	Beskrivelse		Kap.
1	Valider resultatene opp mot tiltenkt bruk i forbedringsprosjekter		1
2	Vurder om retningslinjene for risikostyring er hensiktsmessige for området tvang innen psykisk helsevern.		2.1
3	Gjennomfør risikovurderinger i tråd med den hyppigheten som er fastsatt i retningslinje EQS 25335.		2.1
4	Gjennomgå prosesser og praksis for å redusere risiko for underrapportering og tapt datafangst for bruk i risikostyring.		2.1 3.3
5	Retningslinjer som har passert revisjonsfristen anbefales oppdatert.		2.1 2.2.1
6	Forenkle tilgang til skåringsverktøy i retningslinje EQS 11134.		2.2.1
7	Gjennomgå retningslinjene for framgangsmåten i voldsrisikovurdering også ved opphold og utskrivning.		2.2.1
8	Flere anbefalinger vedrørende bruk av V-RISK-10 og BVC.		2.2.1 2.3
9	Flere anbefalinger om dokumentasjon av voldsrisikovurdering og informasjonsflyt for andre formål.		2.3 3.4 3.5.2
10	Flere anbefalinger om tilgang på informasjon prehospitalt som forberedelse til voldsrisikovurdering ved innkomst.		2.3
11	Gjennomgå praksis og dokumentasjon for oppfølgingstiltak basert på kartlagt voldsrisiko.		2.3
12	Gjennomgå risikoen for at manglende voldsrisikovurdering kan forplante seg innover i sykehuset.		2.3
13	Gjennomgå retningslinje EQS 2337 for å fjerne usikkerhet rundt dokumentasjonspraksis i døgnsesjoner.		3.3
14	Gjennomgå retningslinjer, opplæring og praksis for å forebygge feilregistrering når det gjelder skjerming vs. bruk av tvangsmidler.		3.3
15	Flere anbefalinger om å gjennomgå praksis for dokumentasjon av bruk av tvangsmidler og dokumentasjon av evalueringssamtaler.		3.5.1
16	Gjennomgå praksis for risikobasert bemanningssammensetning		3.5.1
17	Gjennomgå opplæringshefte og sjekklistene med tanke på etablering og vedlikehold i EQS.		4.4
18	Etabler gode systemer for etterlevelse av krav til dokumentasjonen av kompetanse og behov for opplæring		4.5

	Vesentlig mangel, tiltak nødvendig
	Mangelfullt, tiltak nødvendig
	Bevaringspunkt, vurder ytterligere tiltak



1. Strategi og handlingsplaner

Internrevisjonen har undersøkt klinikkens arbeid med strategi og handlingsplaner med utgangspunkt i myndighetskrav og eiers styringskrav. Relevante myndighetskrav er i hovedsak lovkrav om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet jf. spl. §3-4a slik dette er utdypet i plikter til å planlegge, utføre, evaluere og korrigere virksomheten i flk. Videre er det lagt til grunn styringskrav fra eier i 2017 og senere om det samme.

Internrevisjonen fant at Helse Møre og Romsdal HF var i gang med å intensivere forbedringsarbeidet innen riktig og redusert bruk av tvang i 2017. Et viktig bakteppe for intensiveringen var riktig nok flere medieoppslag i 2016, hvor det ble rettet et nasjonalt og regionalt fokus på bruk av tvang i psykiatrien, og hvor det ble pekt på særlige utfordringer i Helse Møre og Romsdal HF.

Intensiveringen er ytterligere beskrevet i helseforetakets styresaker, bl.a. i sakene 80/2016 og 04/2017. Her er det gjort rede for en rekke forbedringstiltak, herunder styrket opplæring, leder- og organisasjonsutvikling, kursutvikling og trening i håndtering av aggresjon, samt dokumentasjon før, under og etter bruk av tvang. Tiltakene er beskrevet og fulgt opp gjennom dokumentet *EQS 34143 Strategi for riktig og redusert bruk av tvang* (opprettet i 2017 og vedlikeholdt i 2020 og 2023).

Tiltak av nyere dato har omfattet økt brukermedvirkning, tilrettelegging for bruk av opplæringsprogrammet *Møte med Aggresjonsproblematikk* (MAP), forbedret registrering og rapportering, vedlikehold av fagkompetanse, risiko og sårbarhetsanalyser, interne revisjoner, ledelsens gjennomgåelse på klinikknivå, forbedrede retningslinjer, kulturutvikling og bygningsmessige tiltak. Internrevisjonen har ikke undersøkt effekten av alle tiltakene, men omtaler flere av dem lenger ned i rapporten.

Internrevisjonen fikk også innsikt i forbedringsprosjektet *Riktig og redusert bruk av tvang* (Saunes 2019) utført ved avdeling for sykehuspsykiatri i Ålesund. Rapporten gjør rede for hypoteser, testing og resultater for en rekke forbedringstiltak, og viser til betydelig nedgang i bruk av mekanisk tvang i prosjektperioden, samt reduksjon i sykefravær og meldte skader relatert til trusler og vold. Rapporten omfatter imidlertid få/ingen diskusjon rundt virkingen av andre forhold med mulig resultatvirkning, som for eksempel pasientgrunnlag, andel som oppfyller krav til tvungen observasjon og psykisk helsevern ved innkomst, beleggspersent, andel innlagte på tvang/frivillig innleggelse mv. Internrevisjonen anerkjenner forbedringstiltaket, men anbefaler at resultater i denne typen tiltak valideres mot tiltenkt bruk.

Internrevisjonen kan i hovedsak bekrefte at Klinikk for psykisk helse og rus arbeider systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet, og vil understreke betydningen av fortløpende ledelsesfokus på området.



2. Risikostyring og voldsrisikovurderinger

2.1. Risikostyring

Internrevisjonens undersøkelse har tatt for seg klinikkens arbeid med risikostyring jf. relevante bestemmelser i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Retningslinjer for klinikkens arbeid med risikostyring framgår av kapittel 11 i EQS 33027 *Kvalitetssystem i Klinikk for psykisk helse og rus*. Retningslinjen viser til EQS 135 *Risikoportalen i Helse Møre og Romsdal*, som er forankret i regionalt rammeverk og prosedyre for risikostyring, henholdsvis EQS 63189 og EQS 64031 i regional prosedyrebank. Internrevisjonen kan derfor bekrefte at det foreligger retningslinjer, men anbefaler likevel å vurdere om retningslinjene er hensiktsmessige med hensyn til risikostyring på området for tvang innen psykisk helsevern. EQS 33027 har passert revisjonsfristen og anbefales oppdatert.

Internrevisjonen kan også bekrefte at klinikken stort sett gjennomfører risikovurderinger i tråd med forskriftskravene. Eksempler som kan trekkes frem er vurderinger om hvorvidt pasienter med forhøyet voldsrisiko kan gå til verbale eller fysiske angrep på personalet, hvorvidt trusler og truende adferd kan skape usikkerhet, frykt, psykisk ubehag og over tid føre til utbrenthet og fravær fra arbeid, og om økt forekomst av trusler og vold på natt ved akutenhetene i Ålesund. Det tas ett forbehold om regelmessighet. Retningslinjen EQS 25335 *Risikoportalen i Helse Møre og Romsdal* krever at risikovurdering gjennomføres minimum årlig. Vurderingene som internrevisjonen er forelagt er fra 2021, og regelmessigheten som kreves kan derfor ikke bekreftes. Internrevisjonen anbefaler at klinikken sikrer gjennomføring av risikovurderinger i tråd med den hyppigheten som er fastsatt i retningslinjen. Innholdet om risikovurdering i EQS 25335 må etter internrevisjonens syn knyttes til de overordnede retningslinjene om risikostyring slik at det blir mulig å aggregere relevante risikoer innen psykisk helsevern i tråd med de regionalt bestemte konsekvensområdene. Aktuelle konsekvensområder er pasientsikkerhet, HMS/arbeidsmiljø og tillit/omdømme (ref. regional EQS 64031).

Data fra hendelsesanalyser er viktig input i risikovurderinger. Gjennom intervju er det belyst risiko for at hendelser underrapporteres, med henvisning til årsaker som mangelfull opplæring i melderutiner, stor arbeidsbelastning, tilvenning til situasjoner som skulle ha vært meldt, lang behandlingstid og manglende tilbakemelding. Internrevisjonen har påvist tilsvarende utfordringer etter analyse av meldingsprosessen [3]. I denne analysen framgår det at helsepersonellet beskriver hendelser godt ved innmelding, men at systematikken svikter for påfølgende trinn, eksempelvis analyse, etablering og oppfølging av tiltak og kontroll av opplæring. Internrevisjonen anbefaler at klinikken gjennomgår meldingsprosessen, og forhold som påvirker denne, for å redusere ulempen med underrapportering og tapt datafangst for bruk i risikostyring.



2.2. Voldsriskovurdering

2.2.1. Retningslinjer

Undersøkelsen har tatt sikte på å avklare om klinikken har etablert hensiktsmessige dokumenterte retningslinjer for voldsriskovurdering jf. flk. §5, og om disse er kjent i virksomheten jf. flk. §6c og §7b. Internrevisjonen har lagt til grunn at en retningslinjene bør dekke fremgangsmåten for voldsriskovurderinger både ved innkomst, opphold og utskriving.

Internrevisjonen har gjennomgått retningslinjene:

- EQS 11544 Voldsriskovurdering ved Klinikk for psykisk helse og rus
- EQS 33594 Lokal sikkerhetspsykiatri HMR - Innkomstdag sjekklister
- EQS 11134 Innkomstjournal ved døgnseksjoner i Klinikk for psykisk helse og rus, HMR-HF

og kan bekreftet at disse i hovedsak dekker krav i regelverk og nasjonal veileder.

Retningslinje EQS 11134 for innkomstjournal viser til bruk av skåringsverktøyet V-RISK-10 for voldsriskovurdering, og har lagt til rette for tilgang til verktøyet gjennom henvisning til EQS 11544 og videre til Helsebiblioteket og det nasjonale kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Tilgang til verktøyet på denne måten er noe omstendelig, og internrevisjonen anbefaler en mer direkte henvisning fra EQS 11134.

Internrevisjonen har ikke funnet hvilke maler som skal benyttes i andre situasjoner enn ved innkomst. Internrevisjonen anbefaler derfor at klinikken gjennomgår retningslinjene med hensyn til framgangsmåten for voldsriskovurdering også ved opphold og utskriving.

Gjennom intervju opplyser flere at BVC bør gjennomføres for alle pasienter på alle vakter, men at rutinen har sklidd ut på grunn av mangelfull opplæring og oppfølging. Internrevisjonen vurderer derfor at rutinen har vært tilstrekkelig kjent, men anbefaler likevel at klinikken gjennomfører tiltak for å sikre at BVC blir stilstrekkelig brukt med tanke på å forebygge voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv.

Retningslinjene ovenfor har passert revisjonsfristen, og viser til utfaset journal-system Doculive. Internrevisjonen anbefaler å oppdatere retningslinjene med særlig fokus på å beskrive integrasjon av maler for voldsriskovurdering og informasjonsflyt i nytt journalsystem Helseplattformen. Det sentrale kriteriet er at journalsystemet skal tilrettelegges slik at det er lett å bruke og lett å finne fram i jf. pjl. §7.

2.3. Dokumentasjon av voldsriskovurdering

Dokumentasjon av voldsriskovurdering er sentralt i forbindelse med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern jf. phvl. §3-3a, og vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke jf. phvl. § 4-4a. Voldsriskovurdering bør kartlegges [1, kap. 2.1] og skal dokumenteres (hpl. §§ 39 og 40, pjl. §6) når det foreligger opplysninger eller andre indikasjoner på at pasienter har utøvd vold mot andre. Dokumentasjon skal også sees i sammenheng med plikten til å kartlegge risikoforhold for ansatte i virksomheten, med tilhørende planer og tiltak



for å redusere risikoen, jf. aml. §3-1. Eier har over flere år påpekt at HMS skal være en integrert del av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Internrevisjonens undersøkelse har omfattet intervjuer og journalgjennomgang for pasienter som har fått vedtak om skjerming (phvl. §4-3) eller bruk av tvangsmidler (phvl. §4-8) under innleggelsen. Journalgjennomgang dekket perioden 1. juli – 30. september 2022 for akuttpostene, og en noe utvidet periode for pasienter innlagt ved sikkerhetspostene i Ålesund og ved Hjelset. Mer enn halvparten av pasientene i stikkprøveutvalget hadde historikk eller problemstillinger med vold og trusler ved innkommst. Vurderingen er gjort med støtte i nasjonale faglige råd [4], phvl. med kommentarer [5] og klinikkens retningslinje EQS 11544.

Undersøkelsen viste følgende:

- Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri i Ålesund benytter V-RISK-10 (innledende/avklarende voldsrisikovurdering) og eventuelt HCR-20 (omfattende voldsrisikovurdering) ved innkommst. I tillegg benyttes START (omfattende risikovurdering) og for aktuelle pasienter KLAR (handlingsalternativer i risikohåndtering). Internrevisjonen kan bekrefte tilfredsstillende praksis for dokumentasjon av voldsrisikovurdering ved seksjonen.
- Seksjon for Akutt psykisk helse på Hjelset benytter V-RISK-10 ved innkommst, men ikke systematisk slik EQS 11544 forutsetter. Journalgjennomgåelsen viste utfyllt V-RISK-10 skjema for 10 av 23 pasienter. Ansatte får ved vaktstart en oversikt over pasientenes voldsrisiko basert på V-RISK-10. Internrevisjonen kan bekrefte at seksjonen utfører og dokumenterer voldsrisiko, men anbefaler å gjennomgå bruken av V-RISK-10 og BVC, og å vurdere om en oversikt basert på V-RISK-10 er egnet som erstatning for BVC når det gjelder å forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv. Se også kap. 2.2.1.
- Seksjonene i Akutt psykisk helse i Ålesund skal benytte V-RISK-10 og BVC. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at disse benyttes systematisk i tråd med krav. Det ble heller ikke funnet dokumentasjon på BVC i kardex for inneliggende pasienter ved Team A. Pasienter med voldsrisiko var innlagt da internrevisjonen utførte undersøkelsen. Tilleggsundersøkelse av BVC-score på tavle i vaktrom viste at BVC-kolonnene stod tomme. Det forelå i liten grad vurderinger som kan belyse hvorfor man velger å fravike bruk av BVC. Ved etterkontroll av tavler på begge team påfølgende dag var BVC fylt ut. Internrevisjonen anbefaler at seksjonen gjennomgår bruk av V-RISK-10 og BVC ved begge teamene, belyser årsaker til avvik og iverksetter hensiktsmessige tiltak.

Der det manglet dokumentasjon på voldsrisiko i akuttenhetene var det likevel foretatt vurdering av voldsrisiko av innkommstlege eller overlege. Vurderingen var dokumentert i innkommstnotat. Etter internrevisjonens syn aktualiserer eksempelet ved seksjonene i Ålesund en økt oppmerksomhet på sammenhengen mellom nedtegnet informasjon om voldsrisiko pasientjournalen, og informasjonsflyten videre til tvangsvedtak [2, kap. 4.1.6] og videre helsehjelp i sykehus og kommuner. Internrevisjonen anbefaler at klinikken gjennomgår praksis for dokumentasjon av innledende voldsrisikovurdering og informasjonsflyt for andre formål.



- Ved Seksjon for lokal sikkerhet Hjelset ble det ikke funnet dokumentert voldsrisikovurdering. Det ble ikke gjennomført stedlig observasjon som ved de andre seksjonene. Gjennom intervju forklarer deler av personalet at de savner informasjon om voldsrisiko ved bruk av BVC eller KLAR, fordi det normalt ikke er nok tid til å sette seg tilstrekkelig inn i opplysninger om pasient ved vaktstart. Informasjon oppnås likevel til en viss grad basert på opplysninger fra kollegaer og egne observasjoner. Ansatte utrykte likevel å ha god oversikt over voldsrisiko hos pasientene, dels på grunn av lite turnover blant personalet. Internrevisjonen ble videre opplyst at HCR-20 benyttes og at START nylig var innført, men at ingen kartlegginger var gjennomført da internrevisjonen utførte datainnsamlingen. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at seksjonen dokumenterer voldsrisikovurdering i tråd med egen retningslinje EQS 11544, og anbefaler at praksis gjennomgås og korrigeres.

Internrevisjonen gjorde også andre observasjoner som kan gi et bidrag til forbedringsarbeidet:

- Respondenter ved akutenhetene har forklart viktigheten av å kunne lese pasientens historikk som en forberedelse til å gjennomføre voldsrisikovurdering. Dette har i det utfasede journalsystemet Doculive krevd aktivering av journal. Flere opplyser at de har kviet seg for å aktivere journalen før det er klart om pasienten ble lagt inn og ankommer sengeposten. Internrevisjonen anbefaler å undersøke om dette fremdeles er en utfordring i nytt journalsystem Helseplattformen.
- I forbindelse med voldsrisikovurdering har flere påpekt behov for at informasjon (historikk, aktuell rusproblematikk og affektnivå ved ankomst) om pasienten gjøres tilgjengelig allerede i det en pasient meldes fra prehospitalt. Internrevisjonen anbefaler å undersøke om det er tilrettelagt for slik informasjonsflyt i nytt journalsystem Helseplattformen.
- Ved omfattende voldsproblematikk eller gjentatte mindre alvorlige voldsepisoder skal en sammenfatning av voldsrisikovurderingen omfatte anbefalte behandlings- og oppfølgingstiltak. Tidlig intervensjon og oppfølging er anbefalt [3, side 20]. Internrevisjonen har ikke identifisert en gjennomgående praksis for å beskrive oppfølgingstiltak basert på kartlagt voldsrisiko i pasientjournalen, og anbefaler å gjennomgå praksis på dette punktet.
- Blant miljøpersonalet er det i noen tilfeller påpekt usikkerhet om hvorvidt pasienter som kom til sengeposten etter mottak faktisk var vurdert for voldsrisiko, og hvorvidt pasienter utgjorde risiko. Det ble også påpekt at vurderingen har betydning for organiseringen av sengeposten ut fra pasient- og bemanningssammensetning, med tanke på å kunne forebygge og håndtere trusler og vold mot pasienter og ansatte. Internrevisjonen anbefaler at klinikken gjennomgår risikoen for at manglende voldsrisikovurdering kan forplante seg innover i sykehuset.



3. Dokumentasjon av skjerming, bruk av tvangsmidler og evalueringssamtale.

3.1. Problemstilling og kriterier

Undersøkelsen på dette området har tatt sikte på å avklare om:

- a) pasienten gis anledning til å uttale seg før det fattes vedtak jf. phvl. §4-2 (2)
- b) pasienten tilbys minst en evalueringssamtale etter skjerming som pasienten motsetter seg (phvl. §4-3) eller undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. §4-8).

Grunnvilkårene for bruk av tvang framgår av phvl. §4-2 vedrørende vernet om personlig integritet. Her er innskrenkningskriteriet *til det strengt nødvendige* sentralt, sammen med plikten til å innhente og journalføre pasientens syn, før og etter bruk av tvang, så langt dette er mulig ut fra pasientens situasjon. Plikten til å varsle pasienten og innhente pasientens syn før det treffes vedtak om tvang framgår også av fvl. §16.

Til sist er det relevant å ta stilling til hvorvidt journalsystemet er lagt til rette for å understøtte klinisk praksis på området jf. pjl. §7(1):

«Behandlingsrettede helseregistre skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne frem i»

Kravet må sees i sammenheng med lovens formålsbestemmelse (pjl. §1):

Formålet med loven er at behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som:

- a. *gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, samtidig som vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, og*
- b. *sikrer pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning*

3.2. Tidligere tilsyn og revisjoner

Journalgjennomganger i tidligere revisjoner utført av Internrevisjonen [6] og av klinikken selv har vist at evalueringssamtaler etter bruk av tvang gjennomføres kun i liten grad. Statens helsetilsyn har etter tilsyn hos Akutt psykisk helse Hjelset i 2022, også konkludert med at enheten ikke i tilstrekkelig grad sikrer at pasienter som motsetter seg skjerming tilbys minst én evalueringssamtale etter at tiltaket har opphørt [7]. Dette har vært å betrakte som brudd på phvl. § 4-2 tredje ledd.

3.3. Retningslinjer for skjerming og bruk av tvangsmidler

Internrevisjonen har gjennomgått relevante retningslinjer og vurderer at disse i all hovedsak legger godt til rette for å gjennomføre helsehjelpen i tråd med myndighetskrav. Eksempelvis omfatter retningslinjen *EQS 1562 Bruk av tvangsmidler etter PHL § 4-8 i Klinikkk for psykisk helse og rus* en mal for journalføring av hastevedtak som hjelper ansvarlig på vakt med å etterleve lovkravet. Intervju



blant miljøpersonalet ved akuttposten i Ålesund belyser også at personalet i hovedsak opplever å ha hensiktsmessige retningslinjer for dokumentasjon av tvang i pasientjournalen og god dokumentasjon i hastevedtak. Internrevisjonen bekrefter derfor at det i all hovedsak foreligger hensiktsmessige retningslinjer på området. Det er likevel gjort noen observasjoner som kan bidra til videre forbedringsarbeid i klinikken:

- Når pasientens samarbeidsperson er assistent i pleie, er miljøterapeut på vakt rapportansvarlig iht. EQS 2337 Rapportansvarlig ved døgnseksjoner i Klinikk for psykisk helse og rus HMR - HF. I denne situasjonen oppstår det usikkerhet om dokumentasjonspraksis, fordi det ikke alltid er den som utfører tvang eller skjerming som fatter hastevedtaket. Internrevisjonen anbefaler å gjennomgå retningslinjene for å fjerne denne usikkerheten.
- Gjennom intervjuene påpeker flere av respondentene ved akuttpostene i Ålesund at ikke all bruk av tvang dokumenteres eller fattes vedtak på. Internrevisjonen anbefaler at klinikken følger opp informasjonen og gjennomgår aktuelle retningslinjer med hensyn til at all bruk av tvang skal dokumenteres, og videre gjennomfører internkontrolltiltak for å verifisere at retningslinjene etterleves.
- Gjennom intervjuene kom det også fram at isolasjon/kortvarig anbringelse bak låst dør ble omtalt som skjerming. Dette er mer inngripende tiltak enn skjerming og vil kreve vedtak etter phvl. §4.8 om bruk av tvangsmidler. Opplysningene ble undersøkt videre og underbygges protokollført bruk av tvang. Internrevisjonen anbefaler at klinikken gjennomgår retningslinjer, opplæring og praksis for å forebygge feilregistrering når det gjelder skjerming vs. bruk av tvangsmidler.

3.4. Skjerming

De fleste respondentene har gitt uttrykk for at deeskalerende tiltak i tråd med MAP-metodikk er godt egnet når det er behov for å roe ned situasjoner og forebygge bruk av tvang. Likevel er det slik at pasienter av ulike årsaker skjermes. Her framgår det at det *ikke* er en utbredt praksis for å undersøke i pasientens journal hva pasienten eventuelt tidligere har uttalt om bruk av skjerming og tvang før nye vedtak fattes. Mangelfull praksis forklares delvis med at gjenfinning av denne typen opplysninger i pasientjournalen tar for mye tid. Journalgjennomgåelse belyser at det også er mangler med hensyn til nedtegnelser av pasientens syn.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at klinikken har tilrettelagt tilstrekkelig for å ivareta pasientens rett til å uttale seg i forbindelse med skjerming som pasienten har motsatt seg. En aktuell anbefaling etter at Helseplattformen er innført som journalsystem, er at klinikken i samarbeid med tilsvarende klinikker i de andre helseforetakene gjennomgår informasjonsflyten som kreves for etterlevelse av phvl. §4-2 og §4-3 (behovet er tilsvarende for phvl. §4-8). Informasjonsflyten må oppfylle kravene i pjl. §7(1) (se kap. 3.1), og omfatte hele prosessen fra tilbud om evalueringssamtale jf. phvl. §4-2 er gitt, hvorvidt tilbudet er benyttet, nedtegnelser om pasientens syn der tilbudet er benyttet, og helt fram til vedtak og informasjon av betydning tryggest mulig gjennomføring av daglige helsehjelpen for pasienter og ansatte.



3.5. Bruk av tvangsmidler

3.5.1. Akuttseksjoner

Akuttseksjonene i Ålesund og på Hjelset mottar pasienter med rusutløste psykoser eller andre akutte tilstander. Liggetiden er relativt kort og det er relativt stor turnover blant ansatte. Internrevisjonens undersøkelse har omfattet hastevedtak jf. phvl. §4-8 bokstavene a, b og d. Undersøkelsen har videre omfattet intervju, spørreundersøkelse og journalgjennomgang.

Ålesund:

Journalgjennomgåelsen omfattet både tvangsmiddelvedtak og hastevedtak. Begge varianter hadde mangler med hensyn til nedtegnelse av pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang i vedtak. Internrevisjonen kan derfor ikke bekrefte at myndighetskrav om evalueringssamtale har blitt etterlevd. Internrevisjonen anbefaler at enhetene gjennomgår egen praksis for tilbud om, samt gjennomføring og dokumentasjon av evalueringssamtale.

Intervju og spørreundersøkelse belyser en situasjon hvor bruk av tvang kan være akseptert i for stor grad. Dette kan arte seg i form av utøvd tvang som det ikke blir fattet vedtak på, og/eller at ansatte kan opptre etter egne regler som ikke er forankret i MAP eller øvrige miljøterapeutiske tilnærminger, og/eller at det gis for lite rom for mindre inngripende tiltak enn det som faktisk blir valgt. Det er videre forklart at tilnærmingen kan føre til eskalerende situasjoner med utagering, trusler og vold fra pasienten, utøvelse av tvang, og i noen tilfeller skade på personell og inventar. Dette kan ha sammenheng med at ansatte er urolig for å miste kontroll over situasjonen. Internrevisjonen anbefaler at enhetene i Ålesund gjennomgår praksis for dokumentasjon om bruk av tvangsmidler og ser dette i sammenheng med praksis for evalueringssamtaler.

Hjelset

Journalgjennomgåelsen omfattet kun få tvangsvedtak, men også her ble det påvist mangler med hensyn til pasientens holdning og erfaringer med bruk av tvang. Intervju og spørreundersøkelse belyser at personalet har et stort fokus på å unngå unødig bruk av tvang og å møte pasientene med minst mulig inngripende tiltak. Man har fleksible handlingsalternativer med hensyn til å dekke pasientens behov, selv om det i enkelte tilfeller kan påvirke andre pasienter eller medføre mer plunder og heft for ansatte. Opplæringstiltak i MAP har vært et viktig bidrag. Det ble imidlertid påpekt økt risiko for trusler og vold når bemanningssammensetningen i vaktlag består av for lite faglært personell og for mange ufaglærte. Dette svekker den samlede kompetansen til å kunne gjøre gode observasjoner og forebygge uønskede situasjoner. Internrevisjonen kan med forbehold om tilstrekkelige journalnedtegnelser om pasientens syn, bekrefte at akuttseksjonen på Hjelset ivaretar myndighetskrav om vurderinger og tiltak ved bruk av tvangsmidler. Det gis likevel anbefaling om å om å gjennomgå flere tvangsvedtak for å avklare om krav til nedtegnelser av pasientens holdning og erfaringer med bruk av tvang etterleves. Det anbefales også å følge opp risikoen knyttet til bemanningssammensetning.



3.5.2. Lokal sikkerhet

Enhetene for lokal sikkerhet har pasientene som er innlagt for lengre perioder. Ved sikkerhetspostene gir intervjuene et helhetsinntrykk av mer arbeidsro og bedre organisatoriske rammer for opplæring, tid til dokumentasjon og at ansatte har en pasienttilnærming med mindre variasjon. Seksjonene har stabilitet i arbeidsstokken og alle ansatte har gjennomført MAP-kurs. Internrevisjonen oppfatter også at enhetene har god fokus på holdningsarbeid og at dette fører til en mer enhetlig tilnærming både for pasientbehandlingen og håndteringen av vanskelige situasjoner. Journalgjennomgåelsen på 14 journaler omfattet 2 vedtak hvor det ble påvist mangler med hensyn til nedtegnelse av pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang. Selv om intervju belyser god praksis og tiltak i forkant av bruk av tvangsmidler, er det også her usikkerhet knyttet til informasjonsflyten fra fortløpende nedtegnelser i pasientjournal om pasientens rett til å uttale seg, og fram til vedtak. Internrevisjonen viser til anbefaling gitt i kapittel 3.4.

4. Opplæring

4.1. Innretning og aktuelle kriterier

Krav til opplæring er forankret i forsvarlighetskravet i sphl. §2-2, som blant annet omfatter tilrettelegging av tjenestene slik at personell som utfører tjenestene settes i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Tilretteleggingen skal jf. forlk. §7b omfatte opplæring som fører til at personalet oppnår nødvendig kompetanse knyttet til helsehjelpen som skal gis. Virksomhetsledelsen skal jf. forlk. §7c sørge for å utvikle og iverksette retningslinjer og andre tiltak som kan bidra til å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Internrevisjonen har undersøkt om det er etablert retningslinjer og om personalet har fått opplæring på området for vold og trusler. For opplæringen er det også undersøkt hvilken opplæring ansatte har fått, hvorvidt de er kjent med *hva* som skal registreres som vold og trusler, og på hvilken måte dette skal registreres.

4.2. Strategier

Internrevisjonen kan bekrefte at opplæring har vært og er sentralt i helseforetakets strategi og handlingsplaner for riktig og redusert bruk av tvang. Det er positivt etter internrevisjonens syn at strategien (2023) også omtaler gjennomførte tiltak og fremstår som et kontinuerlig arbeid.

4.3. Internkontroll og forbedringstiltak

Klinikken har utført egne revisjonsprosjekter hvor det blant annet er påpekt mangler knyttet til opplæring i håndtering av og forebygging av vold og trusler, registrering av hendelser, samt systematisk HMS-arbeid knyttet til håndtering og oppfølging av personalskader. Internrevisjonen er også gjort kjent med tiltak for å rette opp i manglene, blant annet ved å etablere system for systematisk opplæring i forebygging og håndtering av trusler og vold. Det er utarbeidet handlingsplan hvor kompetanseplaner og opplæring var blant tiltaksområdene. Internrevisjonen bekrefter at klinikken gjør tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, og vil samtidig understreke viktigheten av å tilrettelegge journalsystemet slik at det understøtter helsepersonellens arbeid på en god måte.



4.4. Skriftlige retningslinjer

Internrevisjonen bekrefter at klinikken har etablert hensiktsmessige skriftlige retningslinjer som er tilgjengelig via *EQS 37338 Opplæringsportal Klinikk for psykisk helse og rus*. Retningslinjene omfatter blant annet opplæring av nyansatte jf. *EQS 17428 Introduksjon for ansatt i Klinikk for psykisk helse og rus*, samt ansvarsforhold for opplæring innen tvang jf. *EQS 38665 Tvang - Psykisk helsevern opplæringsplan*. HR-systemene *Kompetanseportalen* og *Læringsportalen* opplyses å være viktige verktøy for å følge opp retningslinjen og å dokumentere utført opplæring. Internrevisjonen merker seg positivt at læringsmålene i EQS 38665 er forankret i klinikkens strategi for riktig og redusert bruk av tvang.

De reviderte seksjonene har etablert egne opplæringshefter og sjekklister. Disse var imidlertid ikke etablert eller vedlikeholdt i EQS eller knyttet til overordnet dokument som for eksempel EQS 38665 eller opplæringsportalen (EQS 37338). Internrevisjonen anbefaler å gjennomgå opplæringsheftene og sjekklistene med tanke på etablering og vedlikehold i EQS.

4.5. Dokumentasjon på gitt opplæring

Det skal jf. flk. §6f holdes oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Internrevisjonen har lagt til grunn at kompetanseområdet og opplæringsbehovet har så stor betydning for innskrenkningskriteriet (se kap. 3.1), at oversikten må være skriftlig og etterprøvbar for internkontroll jf. flk. §5.

Omfanget av opplæring for nyansatte framgår ikke av klinikkens retningslinjer i EQS eller av kompetanseplanene. Ifølge opplæringsheftene (se kap. 4.4) skal nyansatte få 3-7 dager opplæring avhengig av hvilken seksjon, stillingstype, stillingsandel og fagkompetanse den nyansatte har. Internrevisjonen har ikke mottatt dokumentasjon for opplæring i henhold til sjekklister i opplæringshefter eller kompetanseplaner, og kan derfor ikke bekrefte at kompetanse og behov for opplæring dokumenteres slik forskriften forutsetter. Internrevisjonen anbefaler at klinikken arbeider videre med å etablere gode systemer for dokumentasjonen på kompetanse og behov for opplæring, og at ledere tilrettelegger for opplæring og etterspør status regelmessig.



5. Gjennomføring

Revisjonsprosjektet har tatt utgangspunkt i Revisjonsprogram 2022 – 2023. Revisjonen er gjennomført ved Klinikk for psykisk helse og rus i Helse Møre og Romsdal HF, og i følgende enheter:

- Avdeling for sjukehuspsykiatri, Sunnmøre
- Seksjon Akutt psykisk helse Ålesund, sengepostene Team A og Team B.
- Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri, Ålesund
- Avdeling for sjukehuspsykiatri, Nordmøre og Romsdal
- Seksjon Akutt psykisk helse Hjelset
- Seksjon Sikkerhetsseksjon B.

Revisjonen ble varslet i mars 2023 og det ble gjennomført omfattende undersøkelser og analyser fram mot høsten 2023. Ved årsskiftet 2023/2024 oppsto det diskontinuitet i ledelsen av prosjektet, som har ført til at rapporten er ferdigstilt relativt lang tid etter at undersøkelsene ble gjennomført. I ferdigstillingen er foretatt en vurdering av hvorvidt bekreftelser og anbefalinger fortsatt er relevante.

Stikkprøver i pasientjournal er utført i journalsystemet DocuLive. Dette systemet ble erstattet av Helseplattformen i april 2024. Stikkprøvene er derfor ikke representative for dagens journalføring på området. Stikkprøver i nytt journalsystem helseplattformen vil være en del av internrevisjonens oppfølging av revisjonsrapporten.



Referanser

1. Helsedirektoratet. *Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse – bruk av strukturerte kliniske verktøy [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 25. april 2018, lest 07. mai 2025) 2018; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>.
2. Direktoratet for e-helse, *EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven*, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2020/2024: ehelse.no.
3. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport Ledelse i Helse Møre og Romsdal HF*. 2019.
4. Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige råd: Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse – bruk av strukturerte kliniske verktøy*. 2018: helsebiblioteket.no.
5. Helsedirektoratet, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. 2017.
6. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport: Klinisk dokumentasjon og dokumentasjonsflyt, psykisk helsevern, Helse Møre og Romsdal HF*. 2019.
7. Helsetilsynet, *Tilsyn med forebygging og gjennomføring av skjerming ved Akutt psykisk helse, Hjelset HMR HF*. 2023.

