

PSYKIATRISK DIVISJON HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

PLAN FOR REDUSERT OG KVALITETSSIKRA BRUK AV TVANG

HANDLINGSPLAN FOR 2011
Versjon 1.0
Tilrådd av plangruppa 22. juni 2011
Godkjend av divisjonsleiinga 17. august 2011

Innleiing

I brev frå Helse- og omsorgsdepartementet dagsett 19. mars 2010 om nasjonal strategi for redusert og rett bruk av tvang i psykiske helsetenester er det formulert krav om utarbeiding av regionale og lokale tvangsreduserande tiltaksplanar.

Helse Vest RHF har oppretta regional plangruppe og samstundes pålagt Helse Bergen HF om å gjera det same. Det vert føreset at lokalt og regionalt planarbeid skal skje parallelt, og slik at dei ulike plangruppene kan samordna arbeidet sitt.

Lokal plan

Divisjonsleiinga i Psykiatrisk divisjon vedtok i sak 98 – 2010 følgjande mandat for arbeidet med lokal plan:

Lokal plangruppe for redusert og kvalitetssikra bruk av tvang skal utarbeida mål og tiltaksplan for Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF.

Planperioden skal gå over 3 år med årleg oppdatering av plandokument. Første tiltaksplan gjeld 2011.

Ansvarleg for planarbeidet og leiar i plangruppa er fagsjef Trond Aarre. Plandokumentet og årlege oppdateringar skal leggjast fram til godkjenning i Divisjonsleiinga. Tiltaksplanen skal innehalda konkrete, tvangsreduserande tiltak.

Planarbeidet må lokalt koordinerast med Oppdragsdokument, Strategi for kvalitetsutvikling og arbeidet med utvikling av kvalitetsprosjekt med tvang som tema.

Plangruppa må sikra tett samarbeid med dei private ideelle føretaka, kommunane, fylkeslegen og andre viktige partnarar samt rådføra seg med klinisk etikkomite.

Brukarorganisasjonane skal delta i plangruppa – det er viktig å sikra brukarkompetanse knytt til dei aktuelle problemstillingane.

Plangruppa har følgjande medlemmer:

Pårøranderepresentant Eivind Vaksvik
Brukarrepresentant Remi Lønøy
Psykologspesialist Hanne Tande
Kommuneoverlege Svein Rasmussen,
Overlege Rune Kroken (til januar 2011)
Overlege Tore Drønen.
Fagsjef Trond Aarre, leiar

Sekretær for plangruppa er spesialrådgjevar Arne Eriksen

Planarbeidet

Arbeidet med plan for redusert og kvalitetssikra bruk av tvang starta opp med eigen fagdag i Psykiatrisk divisjon – juni 2010 – der ulike problemstillingar kring tvang og psykisk helsevern vart teke opp.

Divisjonsleiinga gjorde vedtak om planarbeid i oktober 2010, og plangruppa hadde sitt første møte i november. Per juni 2011 har plangruppa hatt 6 møte.

Plangruppa har hatt fokus på å få i gang konkrete tiltak og prosessar i 2011.

Psykiatrisk divisjon fekk hausten 2010 kr. 250.000 i samhandlingsmidlar frå Helse Vest. Føremålet med løyvinga var å bidra til å utvikla og å stimulera til tiltak som kan redusera bruk av tvang – særleg med fokus på tiltak i grensesnittet mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste.

29. og 30. mars 2011 arrangerte plangruppa eit seminar på Voss der målsetjinga var å utvikla konkrete samhandlingstiltak mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste som kan bidra til redusert og / eller kvalitetssikra bruk av tvang i psykisk helsevern for vaksne.

Rapport frå seminaret er vedlagt dette plandokumentet. Følgjande forslag frå seminaret er no innarbeidd i tiltaksplanen.

- Kurs for fastlegar
 - Skissa til opplegg vert lagt fram og drøfta med kurskomiteen til legeforeininga.
- Fysisk aktivitet som virkemiddel
 - Vert prøvd ut i Øyane DPS sitt opptaksområde
 - DPS, kommunar og Psykiatrialliansen skal møtast 26. april
 - Det vert gjort tiltak for å sikra nødvendig finansiering av oppstart
- Tverrfagleg og tverretatleg utdanningstilbod
 - Det vert teke formell kontakt med SEPREP for å utvikla eit kurs tufta på dei innspela som kom fram på seminaret

Plangruppa vil følgje opp realiseringa av dei tiltaka som er innarbeida i dette plandokumentet. Hausten 2011 vil det verta vurdert vidareføring og etablering av nye tiltak for 2012. Det er under planlegging eit dagseminar (november 2011) for dei som deltok på Voss i mars. Tema vil vera presentasjon av tiltak som er sette i gang og innspel til vidare arbeid.

Bakgrunn for planarbeidet

Norsk praksis kring tvang i psykisk helsevern får kritikk frå FN, brukarorganisasjonar, pasientar og pårørande. SINTEF sine analysar tyder på at bruken av tvang aukar og at det er store geografiske variasjonar. Departementet syner til gjentekne krav om tvangsreducerande tiltak, som ikkje har gjeve resultat. Det er stort sprik mellom vanleg praksis og beste praksis. Uformell tvang og opplevd tvang er også eit problem for brukarane. Departementet meiner at variasjonen skuldast skilnader i haldningar, kultur og etablert praksis.

Kva krev departementet?

Departementet vil ha tilgjengelege, ambulante, samanhengande og brukarstøttande tenester i tråd med verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen. Det skal lagast ein regional plan, og det skal rapporterast i årleg melding for 2010 og 2011. Det skal også vere lokale tvangsreducerande tiltaksplanar som skal involvere brukarar, pårørande, kliniske etikkomitéar og kommunar. Dei skal vere forankra i ein brukarorientert og meistringsfremjande filosofi og munne ut i konkrete og målbare tiltak.

Minimumskrava er at planane omfattar kompetanseheving og undervising, systematisk innføring av alternative metodar til tvang og reell og regelbunden involvering av brukarar og pårørande i evaluering og bruk av behandlingsmetodar. Planane skal skildre verdige transportordningar, godt tilgjenge til tenestene, rutinar for kvalitetssikring av tvangsbruk og tiltak for å sikre at tvang ikkje varer lengre enn naudsynt. Dei skal utformast i løpande samarbeid med kommunane og dialog med statlege og kommunale aktørar.

Av materielle føresetnader vert det vist til utforming av bygg og rett dataregistrering.

Faktorar som påverkar bruken av tvang i Helse Bergen sitt føretaksområde

Pasienten sin kliniske tilstand er den viktigaste variabelen, men det let seg i liten grad påverke av våre tiltak. Uroleg og utfordrande åtferd saman med symptom på alvorleg psykisk lidning er vanlegaste grunnen til at det vert nytta tvunge psykisk helsevern. Organisatoriske og personellmessige tilhøve i divisjonen, det vi kan kalle praksisstandardar, avgjer i stor grad om det vert nytta tvang eller ikkje i møte med slik åtferd.

Graden av samhandling mellom pasienten og tilsette, korleis uro vert tolka og handtert, toleransen for uvanleg åtferd og alvorlege symptom og dei tilsette sine haldningar til tvang er

truleg avgjerande for om handsaminga skjer friviljug eller ikkje. Det er også viktig korleis avdelingane er folka, kva kompetanse dei tilsette har og kven som fattar avgjerd om tvang. Område med lite tvang er særmerkte ved at dei har solid ålmenpsykiatrisk kompetanse kombinert med periferien sine ytre rårer. Små einingar og lang veg til sjukehusavdelingar fremjar friviljuge løysingar.

Kompetanse

Mange av dei tilsette har ikkje god nok kjennskap til lova. Det vert fortalt om arbeidsmåtar som tek sikte på å unngå å fatte formelt korrekte vedtak. Det er grunn til å tru at tvungen observasjon og behandlingkriteriet vert nytta på for vide indikasjonar. Vedtak om tvunge psykisk helsevern varer stundom lengre enn naudsynt. Rett forståing av lova og dei verdivala som ligg til grunn for den, er ein føresetnad for forbetningsarbeidet.

Mange kjenner ikkje godt nok til dei statlege signala om eit paradigmeskifte i psykisk helsevern. Divisjonen må innrette seg etter denne ideologien. Styresmaktene forventar at tenestene våre er brukarorienterte og meistringsfremjande. Det medisinske behandlingsperspektivet vert tona ned samstundes som krava til brukarmedverknad, samhandling og ressursorientering aukar. Friviljuge løysingar skal vere norma. Dette skal syne seg i møtet med den einskilde pasienten, men óg i organiseringa av tenestene og utvikling av nye tilbod.

Kultur

Tradisjon og haldningar er viktige for å forstå den regionale variasjonen i bruk av tvunge psykisk helsevern. Område som nyttar lite tvang er ifølgje Nyttिंगnes¹ særmerkte ved at det psykiske helsevernet er inkluderingsorientert og har som mål at brukarane skal leve vanlege liv. Tenestene kjenner ansvar for heile opptaksområdet og arbeider i kompaniskap med kommunane. Dei prioriterer alliansen med brukarane og vurderer nøye effekten av alliansesvekkande tiltak som t.d. bruk av tvang. Dei gjev gode tilbod til storbrukarar av psykisk helsevern. Det er lett å få god og snøgg hjelp. Dei er viljuge til å ta meirarbeidet med å forhandle fram friviljuge løysingar og ulempene når det ikkje fører fram.

¹ Ola Nyttिंगnes: Tvang - tvingende nødvendig? Lærdommer fra geografiske variasjon i norsk tvangsbruk. Foredrag på Falstadseminaret om menneskerettigheter i psykisk helsevern 28. november 2007.

Eit framlegg som kan føre til endringar i haldning og kultur og skape offentleg interesse for spørsmåla, er å opprette *Tvangstanken*. Tvangstanken er ein tenketank, eit forum av ideologisk og politisk karakter. Det skal hjelpe til med å realisere programmet gjennom drøftingar av programrelaterte spørsmål i møte som er opne for publikum. Den bør ha ei styringsgruppe med profilerte personar og finansierast av eksterne midlar. Nærliggjande samarbeidspartnarar er Rådet for psykisk helse, Mental Helse og fylkesmannen.

Organisering

Utfordringa er å syte for at det finst eit rikt utval av tilgjengelege tenester som er eit alternativ til innlegging utan eige samtykke. Hovudproblemet i akuttpsykiatrien i føretaksområdet er at det er for vanskeleg å få kontakt med psykisk helsevern etter vanleg arbeidstid. Dette fører til at legevakta må ta i mot dei fleste som treng akutthjelp og at for mange personar vert innlagde for tvunge psykisk helsevern på for høgt omsorgsnivå etter vanleg arbeidstid

Tvunge psykisk helsevern vert oftast oppretta i samband med akutthjelp. Den akuttpsykiatriske kjeda består av fastlege, legevakt, psykiatriambulans, DPS (poliklinikk, dagavdeling, ambulant team og døgnpostar) og sjukehus. Det er med andre ord mykje å spele på. Men akutte problemstillingar som ikkje vert avklara på lågaste effektive omsorgsnivå, blir oftast løyst på høgare omsorgsnivå – der bruken av tvang er vanlegare. Skal vi redusere bruken av tvunge psykisk helsevern, må vi difor sikre oss at også dei lågaste nivåa i den akuttpsykiatriske kjeda fungerer slik det er tenkt.

Tenestene må vere tilgjengelege. Det skal vere lett å kome i kontakt med psykisk helsevern. Nokre veit ikkje kor dei skal vende seg, og andre opplever at dei kjem til rett instans, men utan å få det tilboda dei treng. Ventetider og avgrensa opningstider reduserer slagkrafta i mange av tilboda og fører til at mange pasientar må nytte tenester på høgare omsorgsnivå.

Polikliniske tilbod med kort ventetid og tilgjengeleg også etter vanleg arbeidstid kan redusere trongen for tvunge psykisk helsevern – det same kan brukarstyrte senger. Poliklinikkane i divisjonen har svært liten del akutthjelp (om lag 2% i 2007), ventetidene er lange (98 dagar i 2007), og det er framleis problem med fristbrot. Det er soleis mykje å vinne på betre tilgjenge til polikliniske tenester. Argumenta gjeld i prinsippet også for ambulante tenester og dagtilbod. Organiseringa av tenestene må sikte mot å mobilisere kompetansen i Psykiatrisk

divisjon slik at den vert tilgjengeleg nærare pasienten og meir fleksibelt. Dette krev både organisatoriske grep og ei mentalitetsendring.

Jo meir ressursar i nærmiljøet ein kan spele på, dess mindre trong blir det for tvang. Det er difor viktig at kommunane og spesialisthelsetenesta samhandlar om tvangsreduksjon. Tal frå SINTEF for 2008 (rapport 2/09) tyder på at Helse Bergen har mange døgnplassar (25% fleire enn landsgjennomsnittet på DPS, 7% færre på sjukehus). Det er 28% færre tilsette i poliklinikkane og 38% færre polikliniske konsultasjonar. Kommunane i opptaksområdet yter 16% mindre til psykisk helsearbeid enn landsgjennomsnittet.

Handlingsplan 2011

Alle einingar i spesialisthelsetenesta bør ha ein fagleg og materiell standard som gjer at dei kan bli godkjende for tvunge psykisk helsevern. Alle einingar bør, om naudsynt med dispensasjon, søkje godkjenning for tvunge psykisk helsevern. Sentralisering av omsorga for personar som er under tvang kan ha mange negative sider. Nær samhandling med kommunale tenester i DPS-regi kan gje gode alternativ til tvang. Det er også grunn til å tru at desentralisert oppfølging av personar som er underlagt tvang vil bli meir heilskapeleg og kan føre til at tvangsvedtaka varer kortare.

Det er strid i fagmiljøa om dette spørsmålet. Motargumenta går på at dette kan føra til meir tvang, at DPSa ikkje er etablert med tvangsbehandling for auge og at DPSa ikkje har bemanning og/eller kompetanse til å ta på seg denne oppgåva.

Plangruppa konstaterer at tvang ikkje er det same som lukka post. Lukka post er eit sjukehusansvar medan tvang er eit virkemiddel som også kan nyttast i eit ope behandlingstilgjeld.

Tiltak: Alle DPS og sjukehuspostar vert søkt godkjende for tvunge psykisk helsevern med døgnopphald.

Plangruppa har gjennomgått dei tiltakskrava som er innarbeidd i brevet frå HOD av 19. mars 2010. Krava er prioriterte med bakgrunn i status for arbeidet med reduksjon og kvalitetssikring av tvang i Helse Bergen sitt opptaksområde.

Følgjande krav er oppfylte:

Verdige transportordningar: Transportordninga "Psykebilen" vart innført i 2005, og er frå 2011 utvida til å dekkja alle dagar i veka fram til kl. 22.

Utforming av bygg: Ved årsskiftet 2014 / 2015 vil all verksemd i Psykiatrisk divisjon vera lokalisert til moderne og / eller rehabiliterte, tilrettelagde bygg. Brukarane har delteke / deltek i planprosessane.

Datakvalitet: Psykiatrisk divisjon har ansvar for regionalt arbeid med datakvalitet innan psykisk helse. Problemstillingar knytt til registrering av tvang er prioriterte i dette arbeidet.

Dialog med statlege etatar: Vert handtert som del av planarbeidet.

Tiltak 2011		
Brukarinvolvering	Rutinar for review og debriefing etter bruk av tvang. Særleg vekt på kva brukaren ynskjer i tilsvarande situasjonar. Ansvar: Psykiatrisk klinikk / Kristin J. Bovim	Utformast haust 2011
Samarbeid med kommunane	Samhandlingsmøte med dette som tema. Ansvar: Plangruppa / Trond Aarre	Gjennomført
Innføring av alternative metodar	Skjermingsprosedyrar Tvangsmiddelbruk Ansvar: Arbeidsgruppe / kvalitetsprosjekt på tvers. Ansvarleg må peikast ut Innføring av kriseplan (pasientnivå)	Løypande utvikling av metodar i ljøs av brukarrøynsler. Prosjektgruppa

Kompetanseutvikling	Systematisk opplæring i psykisk helsevernlova og tilhøyrande føresegner. Innføring av TERMA (terapeutisk mestring av aggresjon) Ansvar: Klinikk for sikkerhet	Under gjennomføring Ta eit initiativ i høve til Bergen kommune om tilsvarande.
Kompetanseutvikling	<i>Forslag frå samhandlingsseminar</i> Tverrfagleg og tverretatleg utdanningstilbod – etter SEPREP-modell Ansvar: Trond Aarre	Under planlegging
Kompetanseutvikling	<i>Forslag frå samhandlingsseminar</i> Kurs for fastlegar Ansvarleg: Svein Rasmussen / Trond Aarre	Hausten 2011
Samhandling	<i>Forslag frå samhandlingsseminar</i> Fysisk aktivitet som virkemiddel for å førebyggja innlegging og tvangsbruk Samarbeidspartar: Øyane DPS og kommunane Sund, Fjell, Askøy, Øygarden samt Psykiatricaliansen. Har fått kr. 450.000 i samhandlingsmidlar frå Helse Vest. Tilskotet kan nyttast i 2011 og 2012. Ansvarleg: Klinikkdirtør Raymond Eeg Føllesø, Øyane DPS.	Etableringsmøte april 2011 Under oppstart
Tilgjenge	Gjennomgang av vakt- og beredskapsordningar i sjukehus og DPS. Ansvarleg: Psykiatrisk divisjon / Trond Aarre	Oppstart 1. 9. 2011 Slutt 31.12.2011
Sikre at tvang ikkje varer lenger enn naudsynt Kvalitetssikring av tvang	Nye rutinar om etablering og gjennomføring av TPH i Psykiatrisk divisjon med særleg vekt på hyppig revurdering, høve til fagleg overprøving av vedtak og krav om å drøfte vedtak med kollega. Ansvarleg: Fagsjef Trond Aarre	Haust 2011 – vår 2012