

KPHV - Bruk av mekanisk tvang i institusjon for døgnopphold - Rutine

Dokumentadministrator:	Cesar Damian Sanhueza	Versjon:	1.0
Godkjent av:	Helle Kristine Schøyen	ID:	36976
Gyldig fra:	26.09.2017	Revisjonsfrist:	26.09.2019

1. Hensikt:

Rutinen gir en rettleiding til hvordan personalet i institusjon for døgnopphold kan samhandle når beslutning om bruk av mekanisk tvang foreligger, jfr. Phvl. § 4-8, 2. ledd, bokstav A.

2. Omfang:

Rutinen gjelder for alle ansatte i Klinikk psykisk helsevern voksne som er i situasjoner hvor bruk av mekanisk tvang besluttet iverksatt.

Avgrensning:

- Rutinen er ikke i omfang fullstendig beskrivende for hvordan en uro- eller utageringssituasjon skal håndteres, og en praktisk gjennomføring vil alltid måtte bero på personalets vurderinger i den aktuelle situasjon.
- Rutinen omhandler ikke hva personalet skal foreta seg forut for at det besluttet iverksetting av mekanisk tvangsmiddel. Eksempelvis kan dette omhandle personalets forebyggende og håndterende aspekter knyttet til punkt 3 b) og der en enda ikke har tatt beslutning om iverksettelse av mekanisk tvangsmiddel.

3. Definisjoner:

- a) Med mekaniske tvangsmidler menes midler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer. Skadeforebyggende spesialklær er utelatt i denne sammenheng.
- b) Med uro- og eller utagering, menes eksempelvis verbale trusler om å påføre andre personer fysisk skade, og/eller fysisk trussel med bevegelser, gester og kroppsholdning som kan være forvarsel om at en vil gå til fysisk angrep. Med fysisk angrep menes slag, spark kvelertak, bruk av slagredskap, våpen o.l. Kloring, lugging og spyting anses også som et fysisk angrep, også i de tilfeller der en ikke treffer målet for den aggressive handling.
- c) Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte.

4. Ansvar:

- a) Alle ansatte har ansvar for å gjennomføre obligatorisk TMA kurs- og trening med den frekvens som til enhver tid gjelder ved enheter i Klinikk psykisk helsevern voksne.
- b) Postledere har ansvar for å gjøre rutinen kjent og for at ansatte gjennomfører relevant opplæring i ferdigheter og kunnskapsoppdatering som samsvar med punkt a).
- c) Faglig ansvarlig overlege eller psykologspesialist har ansvar for å fatte vedtak om og dokumentere bruk av tvangsmiddel. For nærmere beskrivelse av rett registrering, se [Regional rutine for registrering av vedtak ved bruk av tvangsmidler §4-8](#). Regional rutine omhandler i tillegg vedtak om bruk av isolering, kortvarig fastholding, hvem som kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler i en nødsituasjon, samt krav til dokumentasjon.

5. Beskrivelse:

- I et klinisk perspektiv skal personal med henvisning til punkt 3b) tilstrebe bruk av den trening som erverves ved regelmessig fokus på TMA (manual), sammen med aktiv bruk av sjekklister BVC, og gjennom dette søke å forebygge og forhindre uønsket farlig atferd.

- Se [KPHV - BVC - Tiltaksmatrise](#) og [KPHV - BVC / Ukeskjema og skåringsveileder](#).

- Faglig ansvarlig skal alltid tilkalles og gis informasjon om hva som er skjedd og hvilke tiltak som har vært utprøvd. Faglig ansvarlig har ansvar for å vurdere situasjonen og ta avgjørelse om mekanisk tvang skal iverksettes. Videre har faglig ansvarlig ansvar for å lage en plan for avvikling av tiltaket så snart som mulig.
 - På dagtid kontaktes faglig ansvarlig på aktuell enhet.
 - Utenom ordinær arbeidstid kontaktes vakthavende turnuslege / LIS og bakvakt i henhold til:
 - 📄 KPHV - Aktivitetsplan for turnusleger og LIS og 📄 KPHV - Aktivitetsplan for bakvakter .
 - Vakthavende lege / faglig ansvarlig skal tilse pasienter der det er iverksatt mekanisk tvang. Lege har ansvar for de medisinske forhold i tilknytning til varighet av tiltaket.
- Unntaksvis, når personalet ikke oppnår umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig, kan ansvarshavende sykepleier eller vernepleier på post fatte vedtak om bruk av mekanisk tvang. Dette gjelder også når en hendelse vurderes av ansvarshavende til å være en akutt nødsituasjon.

Ved beslutning om iverksettelse av mekanisk tvang som ledes av ansvarshavende på post

- Ansvarshavende i post leder og iverksetter bruk av mekanisk tvangsmiddel, eller delegerer denne oppgaven til en medarbeider med tilstrekkelig kompetanse. Leder må legge en plan for aktuelle intervensjoner på et så tidlig tidspunkt som mulig og løpende risikovurdere situasjonen.
- Leder vurderer om tilgjengelig personalressurser i posten er tilstrekkelig, men kan delegere til andre tilkalling av nødvendige forsterkninger via telefon eller alarm.
- Leder gir en eller flere personalansvaret for å ivareta medpasienter, samt sikre at nødvendig belteutstyr gjøres klart for bruk.
- Personal ansvarlig for gjennomføring av tiltaket må i utgangspunktet bestå av et tilstrekkelig antall personer. Endelig antall må vurderes i den enkelte situasjon. Personalet bør fortrinnsvis bestå av både kvinner og menn, og vektingen av enten det ene eller det andre bør reflektere pasientens bakgrunnshistorie, kultur, religion og kjønn.
- Personalet: Begrenser arealet pasienten kan utagere på, skjermer pasienten mest mulig fra medpasienter, leder pasienten, der det er mulig, ut av stue/fellesrom, fjerner stoler og andre løse gjenstander.
- Leder informerer pasienten om at personale vil ta kontroll, hvordan det vil skje og at pasienten vil bli påført mekanisk tvangsmiddel fordi:
 - Personale vurderer at pasienten ikke har kontroll over sin adferd og at personale vurderer at adferden er til fare for pasienten selv og/eller andre, eller for å avverge skade på bygning, klær, inventar eller andre ting.
- Formasjoner: Ved bruk av mekanisk tvangsmiddel benyttes som utgangspunkt formasjoner som lært under enhetens regelmessige TMA- trening ved fiksering av pasient.
- Tildekking av munn eller ansikt til pasienter hvor en iverksetter mekanisk tvangsmiddel skal ikke forekomme. Enheten skal ha tilgjengelig relevant beskyttelsesutstyr som personal kan ikke seg, eksempelvis beskyttelsesbriller, munnbind eller stellefrakk.
- Bruk av- eller tilkalling av politi:
 - Iverksettelse og gjennomføring av mekanisk tvangsmiddel skal utføres av helsepersonell.
 - Politiet skal ikke bidra ved iverksetting av tiltaket av lempelighetshensyn selv om de av ulike årsaker allerede befinner seg i enheten, eksempelvis i form av fastvakt eller ved å ha transportert pasienten til innleggelse.
 - Ved hendelser hvor personalet vurderer situasjonen helt ute av kontroll, er det leder av situasjonen sammen med faglig ansvarlig som må vurdere om hendelsen er av en så alvorlig karakter at politi må bli tilkalt for å oppnå kontroll. I vurderingen av om politiet skal tilkalles kan følgende fellestrekk eksempelvis være til stede; pasienten vurderes som fysisk sterk, vedkommende opptrer aggressivt og voldelig med rasering av rom, slag og spark mot personalet.



- Ved bruk av farlige gjenstander, eksempelvis kniv, slagvåpen e.c.t, skal politiet tilkalles ved å ringe tlf.nr 112. Om ikke vaktavende lege / faglig ansvarlig er tilstede, skal disse tilkalles. Vurder å låse pasienten ut av enheten ved å gi fri passasje.

- Gisseltaking: Forsøk å oppnå dialog. Tilkall vaktavende lege / faglig ansvarlig. Vurder å låse pasienten ut av enheten alene ved å gi fri passasje. Tilkall politiet ved å ringe tlf.nr. 112.

Samtale med pasienten i etterkant av vedtak etter phvl. Kap. 4.

- Se rutine  [KPHV - Samtale med pasient - Etter vedtak i Phvl kap. 4 - Rutine](#) .

Pasientskader / meldeordning

- Skade på pasient og/eller personale som oppstår i forbindelse med iverksetting av mekanisk tvang skal meldes som uønsket hendelse i sykehuset sitt avvikssystem Synergi.
 - Se  [KPHV - Umiddelbar varsling ved alvorlige pasientrelaterte hendelser, § 3-3A](#) og  [KPHV - Risikomatrixe - Personalskade/HMS - Pasientskade](#) .
- Nærmeste leder har ansvar for saksbehandling i Synergi. Dette innebærer beskrivelse og analyse av hendelsesforløpet, samt foreslå relevante tiltak basert på en årsaks- og risikovurdering med potensiell konsekvens.
- Videre saksgang i Synergi følger ordinær saksgang og skal avhengig av alvorlighetsgrad vurderes meldt inn til gjennomgang i klinikkens kvalitetsråd og skadeutvalg av nærmeste leder. Saker meldes til Klinikksjef, ass. Klinikksjef og HMS- kvalitetskoordinator med ansvar for saksforbereding.

Oppfølging av medarbeidere

Se  [Oppfølging av medarbeidere etter alvorlige trusler og vold](#) .

I etterkant av hendelse, vurder samtale med øvrige pasienter om hva som har skjedd, enkeltvis eller i gruppe:

- Informasjon om hendelsen, begrenset til det som medpasienter allerede har sett/ hørt.
- Gi medpasienter anledning til å snakke om sine tanker og reaksjoner.
- Trygge pasientene: Formidle at situasjonen er under kontroll, og at pasienten som forårsaket hendelsen blir ivaretatt.

6. Avvik:

Meldes inn i sykehuset sitt avvikssystem Synergi.

7. Kilder/Referanser:

[Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer](#)

 [Regional rutine for registrering av vedtak ved bruk av tvangsmidler §4-8](#) .

 [KPHV - Samtale med pasient - Etter vedtak i Phvl kap. 4 - Rutine](#) .

 [KPHV - Skadeutvalg](#) .

 [KPHV - Kvalitetsråd / Mandat](#) .

ECT - Målsetning, organisering, opplæring og rettslig grunnlag for behandling

Dokumentadministrator:	Cesar Damian Sanhueza	Versjon:	1.4
Godkjent av:	Helle Kristine Schøyen	ID:	34868
Gyldig fra:	18.07.2017	Revisjonsfrist:	18.07.2019

Målsetning

Denne metodeboken er et verktøy for alt personale som arbeider med ECT ved Klinik for psykisk helsevern voksne. Den er ment å gi noe informasjon om ECT og bakgrunn for de metodologiske valg som er gjort. Ingen metodebok kan erstatte en praktisk undervisning i ECT. Dette gjelder for alt personale som skal delta i gjennomføringen av ECT, inklusive pasientenes behandlere. Alle som deltar i pasientbehandlingen må være med på noen ECT-behandlinger i følge med personell som har erfaring på området før de kan ha selvstendig ansvar. Dette lar seg gjennomføre ved å kontakte ECT-ansvarlig sykepleier. I tillegg gjelder det for ECT-behandling, som for andre behandlingstilnærminger, at den enkelte plikter å holde seg oppdatert og endre praksis i henhold til ny kunnskap som tilkommer.

Denne metodeboken ble opprinnelig utarbeidet av seksjonsoverlege dr. med. Dag Neckelmann, som ledet ECT-seksjonen ved klinikk for Psykiatrisk Divisjon, Haukeland universitetssykehus fram til 2007. Metodeboken er senere revidert flere ganger og er nå i 2017 tilpasset [Nasjonalfaglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT](#)

Organisering av ECT-behandling

ECT-poliklinikk ligger organisatorisk under avdeling affektiv og psykose ved Klinik for psykisk helsevern voksne. Ansatt ved enheten er to spesialsykepleiere involvert i organisering, forberedelse, gjennomføring og oppfølging rundt ECT-virksomheten. Tilknyttet enheten er en ECT-ansvarlig spesialist i psykiatri med overordnet medisinsk ansvar for ECT-virksomheten. Leger som gir ECT-behandling ruller etter en turnusordning internt i klinikken.

ECT-behandling utføres i henhold til rutiner beskrevet i prosedyren [ECT - Leger - Praktisk gjennomføring av ECT-behandling](#) og [ECT - ECT sykepleier Praktisk gjennomføring av behandling](#). Kompetent personal skal være til stede under hver behandling. Dette omfatter anestesilege, anestesisykepleier, ECT-sykepleier og lege som har fått adekvat opplæring i å utføre ECT ved Klinik for psykisk helsevern voksne.

Opplæring

Det foreligger ingen formelle krav til sertifisering av ECT-behandling utover det som står i helsepersonellovens § 4 om Forsvarlighet, der det står at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner.

Ved Klinik for psykisk helsevern voksne, SUS, er følgende opplæring obligatorisk for alle som skal gi ECT:

- Forelesning om ECT gis hvert halvår. Leger som utfører ECT skal delta på dette. I tillegg forutsettes det at den enkelte behandler setter seg inn i klinikkens metodebok om ECT.
- Leger som skal gi ECT alene, må først gi minimum 10 behandlinger under veiledning av erfaren behandler. Opplæringen bekreftes skriftlig i egen oversikt som oppbevares i poliklinikken.
- Ingen skal gi ECT alene før en føler seg trygg på prosedyren. Vedkommende skal da ha tilbud om ytterligere opplæring.
- Det å lære å gi ECT er en obligatorisk del av spesialistutdanningen ved Klinik for psykisk helsevern voksne, SUS.

Ansvar tillagt pasientansvarlig lege

At en pasient får ECT betyr ikke at ECT-enhetens lege eller legene som gir ECT overtar rollen som pasientansvarlig lege. Behandlingsansvaret påhviler fortsatt samme lege som pasienten har fått ved henvisende enhet under sykehusoppholdet. Når behandler ikke er spesialist i psykiatri, skal det i tillegg alltid være en overlege som har veiledningsansvar ovenfor lege i spesialisering. At en pasient får ECT gir derimot pasientansvarlig lege et særlig ansvar for å følge opp pasienten klinisk og med regelmessig psykometri som beskrevet under [ECT - Vurdering av behandlingseffekt](#).

Hver narkose innebærer en risiko, og det er pasientansvarlig lege sitt ansvar å påse at pasienten ikke får unødvendige narkoser på grunn av manglende indikasjon, samtidig behandling med preparat som har en ugunstig effekt eller manglende vurdering av når pasienten er ferdigbehandlet. ECT-enheten gir råd om tilpasning av ECT-behandlingen i den grad det foreligger dokumentasjon på klinisk tilstand og den blir bedt om å gi råd.

Ved henvisning til ECT-behandling, har pasientansvarlig lege ansvar for følgende oppgaver:

- Etter at en diagnostisk vurdering er gjort skal overlege/spesialist i psykiatri ta stilling til hvorvidt det foreligger indikasjon for ECT-behandling og om pasienten skal få tilbud om slik behandling. Se avsnitt [ECT - Indikasjoner - Kontraindikasjoner - Somatisk utredning](#) . Avgjørelsen baseres på en avveining av forventet effekt og potensiell risiko, som skal dokumenteres i pasientens journal. I tilfeller der henviser ikke er spesialist i psykiatri, må henviser navngi spesialist som er konsultert og som står ansvarlig for søknad til ECT.
- Gi adekvat informasjon om ECT-behandling [ECT - Pasient informasjon](#) . Informasjonen gis både muntlig og skriftlig og pasienten må få anledning til å stille spørsmål knyttet til behandlingen.
- Skriftlig informert samtykke [ECT - Samtykkeerklæring](#) / [ECT - Samtykkeerklæring - Vedlikeholdsbehandling](#) fra pasienten innhentes av behandler (psykiater/pasientansvarlig lege) som er kompetent til å gi nødvendig informasjon om behandlingen. Se også avsnitt [ECT - Pasient informasjon](#) .
- Ved både informasjon om ECT-behandling og innhenting av skriftlig informert samtykke, er pasientansvarlig lege ansvarlig for at kvalifisert tolk benyttes i saker der det er usikkerhet om pasienten fullt ut forstår eller kommuniserer på norsk. Kvalifisert tolk kan anskaffes ved å benytte foretakets prosedyre [Bruk av tolk - tolketjeneste \(Midlertidig prosedyre\)](#) .
- Gjøre nødvendig psykometrisk utredning, se avsnitt [ECT - Psykometri ved ECT-behandling](#) .
- Klarere pasienten somatisk for ECT og fyller ut anestesirekvisisjon. Tiltak i forhold til utredning av pasientens somatiske helsetilstand vurderes og utføres av pasientansvarlig lege, eventuelt i samarbeid med somatiske avdelinger. Se avsnitt [ECT - Indikasjoner - Kontraindikasjoner - Somatisk utredning](#) .
- Vurdering av pasientens medikasjon utføres av pasientansvarlig lege, eventuelt i samråd med andre med kompetanse til dette. Retningslinjer er gitt i avsnitt [ECT - Medikamentbruk ved ECT behandling - Anestesimidler](#) .
- Som hovedregel bør det være en svært restriktiv holdning til å innvilge permisjon under pågående ECT-behandling, spesielt i begynnelsen av et behandlingsforløp.
- Evaluere klinisk behandlingseffekt, se avsnitt [ECT - Vurdering av behandlingseffekt](#) .
- Symptomlindring, se avsnitt [ECT - Medikamentbruk ved ECT behandling - Anestesimidler](#) .
- Avgjøre når ECT-behandlingen skal avsluttes. ECT-enheten må få beskjed om at pasienten nærmer seg ferdigbehandlet og antatt siste behandlingsdag så snart dette er avklart. Se avsnitt [ECT - Når bør ECT serien avsluttes - Etter behandling - ECT vedlikeholdsbehandling](#) .
- Vurdere fortsatt indikasjon for ECT og fyller ut anestesirekvisisjon ikke senere enn hver 3. måned ved vedlikeholdsbehandling. Se avsnitt [ECT - Hva skal være med i henvisning til ECT - Henvisningsrutiner](#) .

Ansvar tillagt sengeposter

Sengeposter er ansvarlig for at rutinene beskrevet i avsnitt [ECT - Sengeposters ansvar i forbindelse med ECT behandling](#) følges.

Under behandling skal pasienten postoperativt følges av sykepleier. Rutinen er beskrevet i [ECT - ECT sykepleier Praktisk gjennomføring av behandling](#) under avsnitt Sykepleier oppgave etter ECT-behandling Post operativ overvåking.

Rettslig grunnlag

Relevante paragrafer i lovverket

Psykisk helsevernloven § 2-1 og pasient- og brukerrettighetsloven kapitel 4.
Som for all helsehjelp skal ECT som hovedregel gis frivillig og etter informert samtykke.

Lov 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven).
§ 4. Forsvarlighet.

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.
Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll
Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten
§ 2-2. Plikt til forsvarlighet
Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Informert samtykke - Samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
Skriftlig samtykke skal brukes ved ECT for å dokumentere at et gyldig samtykke foreligger. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha samtykkekompetanse vedrørende egen helsetilstand.

Ved usikkerhet om pasienten fullt ut forstår eller kommuniserer på norsk, skal det brukes kvalifisert tolk ved skriftlig informert samtykke hos pasienter med fremmedspråklig bakgrunn/minoritetsbakgrunn. Personell med minoritetsbakgrunn bør ikke benyttes som tolk relatert til rolle, upartiskhet og kvalifikasjoner. Det frarådes videre bruk av pårørende som tolk med henvisning til tilstrekkelig nøytralitet til å ivareta tolkerolle. Kvalifisert tolk kan anskaffes ved å benytte foretakets prosedyre [Bruk av tolk - tolketjeneste \(Midlertidig prosedyre\)](#) .

For å sikre at sentral informasjon blir gitt, inngår det en enkel informasjon om behandlingen, forventet effekt, bivirkninger og forholdsregler som en del av det skriftlige samtykket.

Det vises til avsnitt [ECT - Samtykkeerklæring](#) / [ECT - Samtykkeerklæring - Vedlikeholdsbehandling](#) .

ECT gitt på nødrett Straffeloven § 47

Dersom pasienten er så syk at vedkommende ikke er i stand til å gi et informert samtykke, kan ikke ECT-behandling gis. Ved alvorlig fare for pasientens liv, eller fare for at vedkommende kan få alvorlig helseskade, kan nødrett etter straffeloven § 47 gjøres gjeldende. Nødretten kan ikke sees på som en egen hjemmel for tvangsbruk, men gjør at man ikke kan straffes for en ellers straffbar handling.

Vilkårene for anvendelse av nødrett er svært strenge:

- Det må foreligge akutt fare for liv og helse.
- Faren for liv og helse kan ikke avverges på annen måte enn gjennom behandling med ECT.
- Det må vurderes om det foreligger alternative, lovlige måter å avverge faren på, f. eks. tvangsmedisiner og ernæring uten pasientens samtykke.
- Nødrett gir ikke hjemmel for tvangstiltak som i tid eller omfang går ut over det som er nødvendig for å avverge den akutte faren. Det skal derfor gjøres fortløpende vurderinger av om det fortsatt foreligger en akutt krise/faresituasjon. Når denne er avverget, kan ikke behandlingen fortsette.
- I saker hvor behandling er gitt mot pasientens ønske og med hjemmel i nødrett, skjerpes kravene til dokumentasjon av grunnlaget for at behandlingen ble iverksatt. Indikasjonen må dokumenteres skriftlig før hver enkelt behandling. Se for øvrig [ECT - Nødrett - Sjekkliste](#) som skal fylles ut og skannes inn i elektronisk pasientjournal DIPS før oppmøte ved hver behandling.
- Basert på den skriftlige dokumentasjonen som foreligger, er det tillagt ECT-ansvarlig spesialist i psykiatri å endelig avgjøre om vilkårene for nødrett er tilstede og at behandlingen kan gjennomføres. Dette gjelder for hver enkelt behandling.

Formell prosedyre:

- Vurderingen av om det foreligger indikasjon for å gi ECT på nødrett må gjøres av spesialist i psykiatri, og nevnte spesialist må dokumentere og signere dette notatet i pasientens journal.
- Pårørende orienteres og bør gis anledning til å uttale seg i forkant.
- Kopi av notatet sendes til Fylkeslegen samt Kontrollkomisjonens formann til orientering.
- Disse instanser kan ikke si JA eller NEI til å gi ECT på nødrett, det er en klinisk avgjørelse. Har de innvendinger mot vår praksis har de et ansvar for å kontakte oss.

Referanser:

- Nasjonalfaglig retningslinje om elektrokonvulsiv behandling - ECT
- Helsetilsynet: 2013. «*Elektrokonvulsiv behandling ECT gitt på nødrett*» - Avslutning av tilsynssak om ECT. Dokumentet kan hentes fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Ingen-reaksjon-elektrokonvulsiv-behandling-ECT-gitt-pa-nodrett/>

ECT - Nødrett - Sjekkliste

Dokumentadministrator: Cesar Damian Sanhuesa Versjon: 1.2
 Godkjent av: Helle Kristine Schøyen ID: 35412
 Gyldig fra: 15.06.2017 Revisjonsfrist: 15.06.2019

Pasientidentifikasjon**Dato:****Navn og fødselsnummer:****Sengepost:****Sjekkliste fylt ut av (navn på spesialist i psykiatri):****Hensikt**

Formålet med sjekklisten er å påse at ansvarlig spesialist i psykiatri har tatt stilling til om det foreligger indikasjon for å gi ECT på nødrett. Sjekklisten skal fylles ut forut for hver behandling som finner sted og skannes inn i elektronisk pasientjournal DIPS. Ved identifisert behov skal det benyttes kvalifisert tolk ved innhentelse av pasientens synspunkt før behandling og vurdering av samtykkekompetanse. Se prosedyre for [Bruk av tolk - tolketjeneste \(Midlertidig prosedyre\)](#) .

Sjekklisten erstatter ikke spesialistens fysiske tilstedeværelse under behandling da pasienten skal ha følge av spesialist ved hver behandling som foregår på nødrett. Ved tvil om ECT på nødrett kan gjennomføres, er det tillagt ECT-ansvarlig spesialist i psykiatri å avgjøre om behandlingen skal utføres. For nærmere beskrivelse av det rettslige grunnlaget for ECT på nødrett, se [ECT - Målsetning, organisering, opplæring og rettslig grunnlag for behandling](#) .

Sjekkliste-ECT på nødrett	Ja	Nei
Indikasjon for ECT er dokumentert skriftlig i pasientens journal før hver behandling finner sted, herunder oppsummert hva den nødrettslige tilstanden konkret består av.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientens somatiske helsetilstand er redegjort for, herunder også evt. oppdaterte prøvesvar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er redegjort for behandlingseffekt av tidligere gjennomført ECT på nødrett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientens samtykkekompetanse er vurdert og redegjort for i forkant av behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er redegjort for pasientens synspunkt før behandling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes synspunkt er innhentet før oppstart av behandlingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter en samlet vurdering finner jeg at indikasjon for ECT på nødrett er til stede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ECT - Samtykkeerklæring

Dokumentadministrator: Cesar Damian Sanhueza Versjon: 1.5
Godkjent av: Helle Kristine Schøyen ID: 31588
Gyldig fra: 26.06.2017 Revisjonsfrist: 26.06.2019

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått muntlig og skriftlig informasjon om ECT-behandling og at informasjonen har omfattet følgende punkter:

- Prosedyren for ECT-behandling.
- Prosedyre om rutine for fasting.
- Forventet antall behandlinger (må vurderes underveis).
- Forventet virkning:
 - Behandling hjelper 80-90 % av pasienter med alvorlig depresjon.
 - Behandling hjelper 70-80 % av pasienter med mani.
- Forventede bivirkninger:
 - Forbigående nedsatt hukommelse.
 - Forbigående påvirkning av konsentrasjonsevne.
 - Hodepine etter behandlingen.
 - Muskulær stivhet etter behandlingen.
- Andre forholdsregler:
 - I den perioden jeg får ECT behandling kan jeg ikke bruke beroligende medisiner av benzodiazepintypen, for eksempel Sobril, Vival, Valium, eller sovemedisiner som Imovane, Zopiclon, Stilnoct, Zolpidem, Mogadon, Apodorm eller rusmidler.
 - På grunn av forbigående nedsatt konsentrasjonsevne under og den første tiden etter behandlingsserien kan man ikke kjøre bil i perioden man får behandling. Jeg kan først kjøre bil igjen når min behandler vurderer min kjøreferdighet som normalisert.
- Annen mulig behandling.
- Dette samtykket er gjeldende inntil tre måneder fra signaturodato.
- At jeg kan trekke mitt samtykke til behandling når som helst jeg måtte ønske det.

På denne bakgrunn ønsker jeg å få ECT-behandling:

Pasientens underskrift

Sted/Dato

Behandleren lege

Sted/Dato

Kvalifisert tolk skal benyttes ved identifisert behov. Se  [Bruk av tolk - tolketjeneste \(Midlertidig prosedyre\)](#)

Samtykket skal skannes inn i elektronisk pasientjournal DIPS.

ECT - Samtykkeerklæring - Vedlikeholdsbehandling

Dokumentadministrator:	Cesar Damian Sanhueza	Versjon:	1.2
Godkjent av:	Helle Kristine Schøyen	ID:	36023
Gyldig fra:	15.06.2017	Revisjonsfrist:	15.06.2019

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått muntlig informasjon om vedlikeholds-ECT og at informasjonen har omfattet følgende punkter:

- Prosedyren for ECT behandling.
- Forventede bivirkninger:
 - Hodepine etter behandlingen.
 - Muskulær stivhet etter behandlingen.
 - Forbigående kvalme etter narkose.
 - Som ved andre medisinske behandlinger kan det i sjeldne tilfeller oppstå uventede bivirkninger eller risikosituasjoner knyttet til ECT og narkose.
- Jeg er kjent med at Helsedirektoratet i sine nasjonale retningslinjer for behandling av voksne med depresjon ikke anbefaler ECT som vedlikeholdsbehandling ved depresjon. Dette fordi fordeler og risiko med ECT over lengre tid ikke er klart etablert. Klinisk erfaring og praksis over mange år viser god effekt hos utvalgte pasienter.
- Alternativ behandling.
- Jeg er forpliktet til å informere legene ved ECT-avdelingen om andre sykdommer som måtte oppstå underveis og medisiner jeg bruker.
- Andre forhåndsregler:
 - I dagene før jeg får ECT behandling kan jeg ikke bruke beroligende medisiner av benzodiazepintypen (for eksempel Sobril, Vival, Valium) eller sovemedisiner som Imovane, Zopiclon, Stilnoct, Zolpidem, Mogadon, Apodorm og lignende. Jeg skal heller ikke drikke alkohol.
 - På behandlingsdagen kan jeg ikke, røyke, snuse, tygge tyggegummi, suge på drops eller drikke noe etter midnatt. Medisiner som skal tas kan jeg ta med et halvt glass vann minst 1.t før behandling.
 - Jeg forblir under tilsyn av oppfølgende enhet i 5 timer etter endt behandling. Jeg skal ikke forlate dette området uten avtale, heller ikke for å gå ut å røyke. Jeg kan spise og drikke når jeg er helt våken og orientert, men tidligst 1 time etter behandlingen.
 - På grunn av forbigående nedsatt konsentrasjonsevne den første tiden etter behandlingen kan jeg ikke kjøre bil/ føre maskiner i dagene etter ECT. Jeg kan først kjøre bil igjen når behandler vurderer mine kjøreferdigheter som normalisert.
 - Når jeg reiser hjem etter behandlingen må jeg ha følge, og jeg skal ikke være alene hjemme den første kvelden og natten. Følgepersonen skal til enhver tid vite hvor jeg oppholder meg og kunne tilkalle medisinsk hjelp dersom dette skulle bli nødvendig.
- ECT-avdelingen er ansvarlig for utføring av ECT. Jeg vil samarbeide med egen behandler som er ansvarlig for

behandlingen av min psykiske lidelse. Behandleren vil jevnlig (minst en gang i måneden) undersøke meg for symptomer på depresjon og kognitive vansker og vurdere hvorvidt det fortsatt er indikasjon for vedlikeholds-ECT.

- Jeg kan trekke mitt samtykke til behandling når som helst.
- Dette samtykke er gjeldende inntil 3. mnd. fra signeringsdato.

På denne bakgrunn ønsker jeg å få vedlikeholds-ECT behandling for å forhindre tilbakefall av sykdommen.


Pasientens underskrift

Dato

Jeg bekrefter med dette at jeg har gitt muntlig informasjon om vedlikeholds-ECT som har omfattet punktene ovenfor.

Behandelende lege

Dato

Kvalifisert tolk skal benyttes ved identifisert behov. Se  [Bruk av tolk - tolketjeneste \(Midlertidig prosedyre\)](#) . Dokumentet skal skannes inn i elektronisk pasientjournal DIPS.

Bruk av tolk - tolketjeneste (Midlertidig prosedyre)

Dokumentadministrator:	Kristin Skårdal	Versjon:	1.4
Godkjent av:	Sverre Uhlving	ID:	14862
Gyldig fra:	27.02.2017	Revisjonsfrist:	14.10.2018

1. Hensikt:

Rutinen skal sikre korrekt bruk av tolketjenester i Helse Stavanger HF.

2. Omfang:

Bruk av tolk skal være en integrert del av helsetjenesten i Helse Stavanger HF. Helsepersonell har ansvaret for å tilrettelegge informasjonen og så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene, se [Pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2](#).

Nødvendig bruk av tolk skal også sikre at kravet til forsvarlighet i helsetjenesten er oppfylt, jf. helsepersonellovens § 4.

Helsedirektoratet har gitt ut en egen [veileder om kommunikasjon via tolk](#)

3. Hvem skal brukes som tolk

Ved behov for tolk i helsetjenesten skal godkjente tolker benyttes.

Liste over leverandører av tolketjenester finnes i vedlegg under arkfanen Relatert.

Familiemedlemmer bør ikke brukes som tolk. I situasjoner hvor en gir informasjon til foreldre i forhold til barn, bør en vurdere å bruke tolk dersom den ene forelderen ikke snakker norsk. Dette for å sikre at begge får samme informasjon.

Barn skal aldri brukes som tolk.

Ansatte bør i utgangspunktet ikke brukes som tolk, unntatt i krevende situasjoner hvor det er behov for snarlig hjelp. Ansatte kan også unntaksvis brukes som tolk dersom de har spesielle ferdigheter i angjeldende språk.

Tolker som benyttes av helsetjenesten er underlagt taushetsplikt og skal ha den nødvendige tolkefaglige kompetanse.

4. Tolketjenester

Døve eller døvblinde kan få tolkehjelp gjennom NAV hjelpemiddelsentral. Kostnadene dekkes av NAV. [Framgangsmåte og informasjon finnes her](#).

NAV-tjenester har også [døgnåpen akuttvakt for døve og døvblinde](#).

Språktolk: Avdelinger/poliklinikker som trenger språktolk for å utføre sine oppgaver skal bestille og betale for tjenesten selv.

5. Ansvar og beskrivelse:

Beskrivelsen under gjelder språktolk, for døve- eller blindetolk, følg anvisningen under pkt. 4.

Den som har ansvar for å gi helsehjelp/informasjon hvor tolk er nødvendig, har ansvar for å sørge for at tolk er tilgjengelig.

Telefontolking er en praktisk og ressursbesparende løsning, og er primærvalget ved behov for tolk.

Dagen/dager før samtalen:

- Avklar hvilket språk som pasienten ønsker tolking til. Dette skal være dokumentert i pasientjournalen
- Hvor mye tid trenger dere? Husk at alt skal sies minst 2 ganger!
- Bestill tolk hos tolketjeneste. Oppgi kostnadssted og navn på bestiller. Noter referansenummer i journalnotatet.
- Ved internettbestilling bestilling minimum en dag i forkant.

- Avtal tid & egnet rom på aktuell avdeling.

Ved akutt behov for tolk

- Bestill tolk hos tolketjeneste.
Liste over leverandører av tolketjenester finnes i vedlegg under arkfanen Relatert.

Start på samtalen:

- Ring tolketjeneste og oppgi referansenummer. Du blir da satt over til aktuell tolk.
- Begynn med å gi tolken noe innføring i situasjonen.
- Gi pasient, ev. pårørende og tolk, anledning til å hilse på hverandre før du presenterer ev. andre som er tilstede i rommet.
- Informer pasient/pårørende om hvordan tolkingen skal foregå, om tolkens nøytralitet og taushetsplikt og forklar hva som er målet med samtalen.
- Snakk direkte med pasient/pårørende.

Etter samtalen:

- Dokumenter i pasientjournalen hva slags informasjon som er utvekslet, og ev. avtaler som er gjort/planlagt oppfølging.
- Gi tilbakemelding til tolketjeneste dersom tolkens arbeid ikke var tilfredsstillende.

6. Avvik:

Rutinen kan fravikes i øyeblikkelig hjelptilfeller eller i andre krevende situasjoner hvor det er behov for snarlig hjelp.

7. Kilder/Referanser:

IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten

Vedlegg

 Tolkeleverandører (oversikt over tjenester, kontaktinformasjon og kostnad)

Fase I (første 2-3 uker)	Fase II	Fase III (mot slutten av oppholdet)
Behov for skjerming vurderes individuelt	Rom i åpen avdeling	Rom i åpen avdeling
Abstinensbehandling/regime og nedtrapping av medisiner	Oppfølging av abstinensregime	
Tett oppfølging av lege; tilsyn av behandler 3X per uke	Samtaler med behandler (inkl. evt. utredning)	Samtaler med behandler (inkl. evt. utredning)
Somatisk oppfølging	Somatisk kartlegging/oppfølging	
Utgang i A1/B1-hagen Individuelt tilpassede aktiviteter med lav intensitet. Fokus: lindre abstinenser, og å bedre søvn kvalitet.	Utgang: <ul style="list-style-type: none"> • Uke 1: Aktivetsrommet/gymsal/utgang for røyk med personal vurderes. • Uke 2: Utgang med følge av personal/offentlige instanser vurderes (Obs-team o.l.). Følger postens aktivitetsplan inkl. yoga, svømming 	Følger postens aktivitetsplan Utgang med følge av personal/offentlige instanser Utgang uten følge vurderes mot slutten
Tilbud om samtale med kontaktperson 1x per vakt	Oppfølging av kontaktperson	Oppfølging av kontaktperson
Samarbeidsmøte innen 1 uke	Samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter	Samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter
Besøk vurderes individuelt	Besøk vurderes individuelt	Besøk vurderes individuelt
	Delta på morgenmøtet	Delta på morgenmøtet
	Samtale om overdosefare Få utlevert Overdosekort	HLR- trening
	Gruppetilbud/samtalegruppe	Gruppetilbud/samtalegruppe
		Utarbeide kriseplan
Før Fase 2: Vurderingssamtale med behandler	Før Fase 3: Vurderingssamtale med behandler	

Fase I (første 2-3 uker)

Behov for skjerming vurderes individuelt

Abstinensbehandling/regime og nedtrapping av medisiner

Tett oppfølging av lege; tilsyn av behandler 3X per uke

Somatisk oppfølging

Utgang:

- Individuell vurdering
- A1/B1-hagen

Individuelt tilpassede aktiviteter med lav intensitet.

Fokus: lindre abstinenser, og å bedre søvn kvalitet.

Tilbud om samtale med kontaktperson 1x per vakt

Samarbeidsmøte innen 1 uke

Besøk vurderes individuelt

Før Fase 2: Vurderingssamtale med behandler

Urinprøver på rus hver mandag og torsdag samt sporadiske og ved mistanke. Disse skal avlegges før kl. 14.00

Brudd på avtaler kan føre til tilbakeføring i faser eller innskrenkinger.

Fase II

Rom i åpen avdeling

Oppfølging av abstinensregime

Samtaler med behandler (inkl. evt. utredning)

Somatisk kartlegging/oppfølging

Utgang:

- Uke 1: Aktivitetsrommet/gymsal/**utgang for røyk med personal vurderes.**
- Uke 2: Utgang med følge av personal/offentlige instanser **vurderes** (Obs-team o.l.). Følger postens aktivitetsplan inkl. yoga, svømming

Oppfølging av kontaktperson

Samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter

Besøk vurderes individuelt

Delta på morgenmøtet

Samtale om overdosefare

Få utlevert Overdosekort

Gruppetilbud/samtalegruppe

Før Fase 3: Vurderingssamtale med behandler

Urinprøver på rus hver mandag og torsdag samt sporadiske og ved mistanke. Disse skal avlegges før kl. 14.00

Brudd på avtaler kan føre til tilbakeføring i faser eller innskrenkninger

Fase III (mot slutten av oppholdet)

Rom i åpen avdeling

Samtaler med behandler (inkl. evt. utredning)

Følger postens aktivitetsplan

Utgang:

- **Utgang med følge av personal/offentlige instanser**
- uten følge vurderes mot slutten

Oppfølging av kontaktperson

Samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter

Besøk vurderes individuelt

Delta på morgenmøtet

HLR- trening

Gruppetilbud/samtalegruppe

Utarbeide kriseplan

Urinprøver på rus hver mandag og torsdag samt sporadiske og ved mistanke. Disse skal avlegges før kl. 14.00

Brudd på avtaler kan føre til tilbakeføring i faser eller innskrenkinger.

(Pasientens navn)

Dato:

Vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen

Vedr:

Adr:

Med hjemmel i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer § 7, fattes det vedtak om innskrenkninger i kontakt med omverdenen for (*pasientens navn*), født (*dato*), som for tiden er innlagt ved B3 i henhold til § 10-2 i Helse og Omsorgtjenesteloven.

Det følger av forskriften at:

§ 7. Forbindelse med omverdenen

Pasient og bruker har rett til å motta besøk og å sende og motta brev og pakker, samt å benytte elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder telefon og PC.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om at pasient og bruker ikke skal få ha besøk av en bestemt person eller at det skal være personale til stede ved besøk, dersom det er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, herunder ved begrunnet mistanke om at personen vil medbringe legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlig gjenstand. Vedtaket kan ha varighet inntil 14 dager.

Ved begrunnet mistanke om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført, kan institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt treffe vedtak om at pasient og brukers post åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasient eller brukers nærvær.

Institusjonens leder eller den lederen gir fullmakt kan treffe vedtak om beslag av pasient og brukers egne elektroniske kommunikasjonsmidler, herunder mobiltelefon og PC, dersom kamera/lydopptaksfunksjon gjør dette nødvendig

av hensyn til andre pasienters eller brukeres eller ansattes personvern. Vedkommende skal da gis adgang til å benytte annen telefon/PC. Vedtaket kan ha varighet inntil 14 dager.

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensregler, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med departementet, Statens helsetilsyn, Fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, pasient- og brukerombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasient eller brukers vegne i en klagesak.

Klinikkssjef i klinikk psykisk helsevern voksne har delegert vedtaksmyndigheten i disse sakene til den faglige ansvarlige lege/psykologspesialist

Vurdering og nærmere begrunnelse – se eget vedtaksnotat i journal

Innskrenkingen medfører:

Tiltaket ble iverksatt og vedtaket gjelder fra (*dato og kl slett*). Vedtaket er gyldig to uker frem til (*dato og kl. slett*). Nødvendigheten av tiltaket vil bli fortløpende vurdert i vedtaksperioden.

Faglig ansvarlig overlege

Behandlernde lege

Klage / klagefrist

Dette avslaget kan påklages til fylkesmannen.

Klagefristen er etter forvaltningsloven § 29 første ledd, **3 uker**, fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet frem til vedkommende part.

En klage vil normalt ikke utsette virkningstidspunktet for iverksettelse av vedtak etter forskriftens § 7.

Klagen skal fremsettes overfor Helse Stavanger HF, som vil videresende klagen til fylkesmannen, jf. forvaltningsloven § 32 første ledd a).