

Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012

Maria Knutzen, Stål Bjørkly, Martin Bjørnstad, Astrid Furre og Leiv Sandvik

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst

ISBN 978-82-473-0035-0

Post.kps@ous-hf.no

Tlf: 22029220

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo

Besøksadresse: Bygg 7, Gaustad, Sognsvannsveien 21,
0320 Oslo

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Sammendrag	6
Funn	6
Anbefalinger	7
1 Innledning	8
Lovgrunnlag	8
1.2 Mandat	11
2 Forskning på bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne	13
2.1 En kort oppsummering av hovedmomenter fra forskningsstatus beskrevet i forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)	13
2.2 Hovedfunn fra en litteraturgjennomgang av internasjonale publikasjoner om tvangsmiddelbruk og skjerming i perioden 2011–14	14
2.3 Oversikt over nyere norske og nordiske forskningspublikasjoner og offisielle rapporter om tvangsbruk og skjerming	14
2.4 Hovedfunn fra forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)	16
3 Metode	17
3.1 Framgangsmåte for kartleggingen	17
Utarbeidelse av nasjonal oversikt over psykisk helsevern for voksne 2012	17
Opprette avdelingskontakt på avdelinger med vedtak samt orientering om metode for innhenting og oversendelse av data	18
Mottak, registrering og skanning av innkomne data	18
Oppretting av databaser og koding av data	19
Avlesing av håndskrevne tvangsmiddel og skjermingsprotokoller for koding av vedtak	20
Analyse av data	21
Statistisk metode	22
4 Resultater	23
Tabell 4.1: Pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming gruppert etter antall vedtak og kjønn i 2009 og 2012	23
Figur 4.1: Totalt antall pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012	23
Figur 4.2: Antall pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt på kjønn og type vedtak i 2009 og 2012	24
Figur 4.3: Pasientenes første vedtak med tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012	24
Figur 4.4: Totalt antall vedtak med tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012	25
Tabell 4.2: Pasienter med vedtak om mekaniske tvangsmidler fordelt på kjønn og gruppert etter antall vedtak i 2009 og 2012	26
Tabell 4.3: Varighet av vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i 2009 og 2012	27
Tabell 4.4: Pasienter med vedtak om korttidsvirkende legemidler gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012	27
Tabell 4.5: Pasienter med vedtak om isolasjon gruppert etter antall vedtak fordelt på kjønn i 2009 og 2012	28
Tabell 4.6: Varighet av vedtak om isolasjon i 2009 og 2012	29
Tabell 4.7: Pasienter med vedtak om kortvarig fastholding gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012	30
Tabell 4.8: Varighet av vedtak om kortvarig fastholding i 2009 og 2012	31

Tabell 4.9: Pasienter med vedtak om skjerming gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012.....	32
Tabell 4.10: Varighet av vedtak om skjerming i 2009 og 2012	33
Tabell 4.11: Indeks for korrigert gjennomsnittlig antall pasienter med vedtak, 2009 og 2012 fordelt på avdelingskode (gjennomsnitt og standardavvik)	34
Tabell 4.12: Indeks for korrigert gjennomsnittlig antall vedtak i 2009 og 2012, fordelt på avdelingskode (gjennomsnitt og standardavvik for hver avdelingstype).....	35
Tabell 4.13: Antall vedtak med tvangsmidler /skjerming fordelt etter avdelingskode og type vedtak i 2009 og 2012	36
Tabell 4.14: Pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012.....	37
Tabell 4.15: Vedtak med tvangsmidler /skjerming fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012	39
Tabell 4.16: Varighet på vedtak om tvangsmidler (isolasjon, kortvarig fastholding og mekaniske tvangsmidler) fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012.....	40
5 Konklusjoner, hovedfunn, begrensninger og anbefalinger	41
5.1 Hovedfunn i 2012.....	41
5.2 Metodiske utfordringer og begrensninger for slutninger og konklusjoner	42
Reliable og valide årsoversikter av rapportert bruk av tvangsmidler og skjerming.....	42
Sammenligning av tvangsbruk mellom HF/institusjoner	42
Organisatorisk analysenivå.....	43
Datakvalitet	43
Hva kartleggingen av tvangsmiddel- og skjermingsvedtak ikke sier noe om.....	44
Referanseliste	47
Vedlegg	
Vedlegg 1 Avdelingskodeverk.....	50
Vedlegg 2 Grunndata for antall vedtak med tvangsmidler og skjerming og antall Pasienter med vedtak fordelt på helseforetak/institusjoner	51
Vedlegg 3 Brev til helseforetakene.....	52
Vedlegg 4 Brev til klinikkledelsen.....	54
Vedlegg 5 Brev til avdelingskontaktene.....	56
Vedlegg 6 Avdelingsopplysninger	59
Vedlegg 7 Tvangsmiddel-/skjermingsprotokoll - eksempler på føring av vedtak.....	60

Forord

Denne rapporten viser resultatene fra kartlegging og analyse av vedtak om tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern for voksne i 2012. Det er andre gang Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst gjennomfører dette oppdraget for Helsedirektoratet. Første gang ble tilsvarende data fra 2009 kartlagt, og samme metode er fulgt ved begge oppdragene.

Mangel av elektronisk innrapporteringssystem som sikrer komplette data på vedtak om tvangsmiddelbruk og skjerming, har gjort det nødvendig å gjøre bruk av en svært ressurskrevende manuell metode.

Vi vil derfor takke ansatte ved alle helseforetak/institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne som påtok seg det nitidige arbeidet med å anonymisere, kopiere og sende oss alle kopier av håndskrevne tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller fra 2012.

Vi vil også takke alle våre prosjektmedarbeidere som har bistått i det møysommelige arbeidet med å kode alle dataene fra tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller over i elektroniske databaser og å overføre dataene til SPSS-filer for analyse.

Oslo 17. desember 2014

Maria Knutzen
Prosjektleder

Sammendrag

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å kartlegge bruken av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for voksne 2012. Dette er en oppfølging av tilsvarende kartlegging i 2009. I mangel av elektronisk innrapporteringssystem som sikrer komplette data på vedtak om tvangsmiddelbruk og skjerming, var det nødvendig å gjøre bruk av en manuell metode som besto i å få tilsendt anonymiserte kopier av alle håndskrevne tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller fra 2012. Dataene ble kodet i en spesielt designet database før de ble overført til SPSS for statistisk analyse.

Funn

Pasienter

I 2012 ble det blitt fattet vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming overfor 2602 pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i Norge. Dette var en økning på 7% (n=170) pasienter fra kartleggingen for 2009. Endringer i antall pasienter med vedtak fra 2009 til 2012 fordelte seg slik på de enkelte typene av tvangsmidler og skjerming:

- *Mekaniske tvangsmidler* - en økning i antall pasienter på 3,9% (n=42) fra 1065 til 1107 pasienter.
- *Korttidsvirkende legemidler* - en nedgang i antall pasienter på 0,4% (n=3) fra 712 til 709.
- *Isolasjon* - en økning i antall pasienter på 26,3% (n=30) fra 114 til 144 pasienter .
- *Kortvarig fastholding* - en økning i antall pasienter på 30,5% (n=175) fra 574 til 749 pasienter.
- *Skjerming* - en økning i antall pasienter på 15% (n= 211) fra 1406 til 1617 pasienter.

Kjønn

I gruppen av pasienter med flest vedtak (20+) var det flere kvinner enn menn. Vedtak med mekaniske tvangsmidler varte lenger for menn enn kvinner.

Vedtak

Det ble totalt fattet 11535 vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming i 2012. Dette var en økning på 5,4% (n= 596) fra 2009 da det ble rapportert 10939 vedtak. Det ble funnet følgende endringer fra 2009 til 2012 i antall vedtak innen de enkelte formene av tvangsmidler og skjerming:

- *Mekaniske tvangsmidler* - en nedgang i antall vedtak på 586 (13,2%) fra 4426 til 3840 vedtak.
- *Korttidsvirkende legemidler* - en nedgang i antall vedtak på 390 (20,8%) fra 1875 til 1485 vedtak.
- *Isolasjon* - en økning i antall vedtak på 302 (112%) fra 269 til 571 vedtak.
- *Kortvarig fastholding* - en økning i antall vedtak på 617 (36,7%) fra 1680 til 2297 vedtak.
- *Skjerming* - en økning i antall vedtak på 629 (23,4%) fra 2689 til 3318 vedtak.

Varighet på vedtak

Det ble kartlagt følgende endringer i median varighet på vedtak om tvangsmidler/skjerming fra 2009-2012:

- *Mekaniske tvangsmidler* - en nedgang fra 3,25 timer i 2009 til 2,9 i 2012.
- *Isolasjon* - en økning fra 0,53 time til en 1,00 time.
- *Kortvarig fastholding* - en uforandret median varighet på 0,17 time.
- *Skjerming* - en økning fra 139,5 timer til 335,9 timer.

Avdelingstype (avdelingskode)

I 2012 sto akuttpsykiatriske avdelinger for 74% av alle pasienter med vedtak om tvangsmidler og skjerming (70% i 2009) og for 59% av alle vedtak (60% i 2009). Økningen i antall pasienter med vedtak på akuttpsykiatriske avdelinger var signifikant.

Helseforetak/institusjoner

Det totale antall pasienter med vedtak om tvangsmidler og skjerming samt antall vedtak, varierte mellom helseforetakene/institusjonene. Siden denne undersøkelsen ikke kontrollerte for faktorer som kunne forklare disse forskjellene, kan vi ikke konkludere om hva de skyldes.

Anbefalinger

På bakgrunn av erfaringene med denne kartleggingen, har vi følgende anbefalinger:

- *Det utvikles og implementeres et elektronisk dokumentasjonssystem som vil sikre innrapportering av komplette data på tvangsmidler og skjerming.*
- *De innrapporterte opplysningene ved framtidige kartlegginger av tvangsmiddelbruk av skjerming, analyseres i forhold til relevante bakgrunnsdata fra helseforetakene og institusjonene (for eksempel antall behandlede pasienter, innleggelser, størrelse på opptaksområde). Dette vil kunne gjøre det mulig å sammenligne forskjellen i bruk av tvang mellom institusjoner og helseforetak.*

For å sikre forsvarlig rapportering anbefales ytterligere krav til visse sider av dokumentasjonen på bruk av tvangsmiddelet kortvarig fastholding og skjerming:

- *Det skal opplyses om i hvilken posisjon pasienten blir holdt under gjennomføringen av vedtaket (for eksempel lagt i mageleie, ryggleie på gulvet, holdt i armene, sittende på seng), hvor mange personer (eventuelt kjønn) som deltar og på hvilken måte (hvordan personalet gjør bruk av egen kropp i gjennomføringen).*
- *Det skal framkomme av dokumentasjonen av skjermingsvedtak hvordan vedtaket gjennomføres og hva dette innebærer for pasienten.*

For å sikre en felles dokumentasjonspraksis, anbefales det at:

- *En avklaring gjøres på hvor lenge holdegrepe skal vare for at vedtak om kortvarig fastholding skal fattes.*
- *Bruk av belter og holdegrep i gjennomføringen av andre tvangsvedtak (tvangsbehandling) er å betrakte som tvangsmidler, og vedtak skal føres i tvangsmiddelprotokoll (side 64 i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer, IS-9/2012).*

1 Innledning

Samfunnet har et overordnet ansvar for å gi alle pasientgrupper riktig behandling til riktig tid. Dette forutsetter en kontinuerlig oppdatering av informasjon om hvordan ulike pasientgrupper ivaretas og behandles. Det er bred enighet om at all bruk av tvang i psykisk helsevern reiser etiske, juridiske, menneskerettslige og behandlingsmessige problemstillinger. Politikere og helsebyråkrater har gjentatte ganger fremholdt viktigheten av å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern. For å kunne ha velbegrunnede meninger om at tvangsbruken skal reduseres, må man først tilegne seg sikker informasjon om eksisterende kvalitet og omfang på tvangsbruk. I Stortingsmelding 10 ”God kvalitet – trygge tjenester” (2012- 2013 side 25) beskrives følgende: *”Manglende datagrunnlag gjør det krevende å følge utviklingen innen blant annet bruk av tvang i psykisk helsevern”*. Med dette som bakgrunn, fikk Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst igjen i oppdrag fra Helsedirektoratet å kartlegge bruken av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for voksne 2012.

Tvangsmidler omfatter: 1. Belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær (mekaniske tvangsmidler). 2. Kortidsvirkende legemidler. 3. Isolasjon og 4. Kortvarig fastholding. Skjerming er ikke et tvangsmiddel, men et tvangsvedtak som innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og personalet som ikke deltar i undersøkelse, behandling eller omsorg for pasienten.

Det har i løpet av de siste 15-20 årene kommet en rekke offentlige utredninger vedrørende tvangsbruk innen psykisk helsevern. Av de tidlige rapportene kan her nevnes: Hatling og Krogen (1998) og Høyen og Drange (1991; 1994). Etter millenniumskiftet kom en rekke rapporter som hadde til hovedhensikt å kartlegge årsforekomst av bruk av tvangsmidler og etter hvert skjerming (se Bremnes, Hatling og Bjørngaard, 2008). Metodeproblemer vanskeliggjorde imidlertid pålitelige sammenligninger av forekomstallene i disse rapportene for årene 2001, 2003, 2005, 2007 og 2009 (se Bjørkly mfl., 2011 for en utdyping av dette). Et av målene med kartlegging av årsforekomsten som inneværende rapport dekker er at en skal kunne sammenligne med funnene i foregående rapport (Bjørkly mfl., 2011). Dette medfører at vi ikke gir en detaljert beskrivelse av funn fra andre tidligere rapporter. I kapittel 2 Forskning på bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne (side 13) vil vi:

- Gi en kort oppsummering av hovedmomenter fra forskningsstatus beskrevet i forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)
- Presentere hovedfunn fra et litteratur review av internasjonale publikasjoner om tvangsmiddelbruk og skjerming i perioden 2011-14
- Gi en oversikt over norske og nordiske forskningspublikasjoner og offisielle rapporter innen temaområdet
- Beskrive hovedfunn fra forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)

Lovgrunnlag

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern med forskrifter regulerer all bruk av tvang i psykisk helsevern (psykisk helsevernloven (phvl), 1999). Bruk av tvangsmidler

(§4-8) og skjerming (§4-3) som denne rapporten omhandler, er hjemlet i kapittel 4 i psykisk helsevernloven og reguleres i forskrift av 16. desember 2011 nr.1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern med mer (psykisk helsevernforskriften) kapittel 3 § 15-30.

Tvangsmidler

Institusjoner må være godkjente til å iverksette og gjennomføre psykisk helsevern. Tvangsmidler kan benyttes overfor alle innlagte pasienter (frivillige innlagte pasienter, pasienter som er henvist på observasjonsparagraf og tvungent psykisk helsevern).

”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 betydelige skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige” (§4-8, phvl).

Loven beskriver videre hvilke tvangsmidler som kan anvendes:

- a. Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.

”Bokstav a): Bestemmelsen tillater bruk av mekaniske tvangsmidler. Med dette menes innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og /eller ben. Fortegnelsen over de forskjellige typene av mekaniske tvangsmidler (belte, remmer samt skadeforebyggende spesialklær) er eksempler og derfor ikke uttømmende” (side 76, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

- b. Kortvarig fastholding bak låst eller stengt dør uten personale til stede.

”Bokstav b): At ikke bare låst, men også ”stengt” dør omfattes, innebærer at det skal fattes vedtak i akutte nødssituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss eller lignende” (side 76, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

- c. Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

”Bokstav c):

Når det gjelder legemidler vil det være begrunnelsen for bruken som er avgjørende for om det regnes som tvangsmiddel. Bruk av legemidler uten pasientens samtykke i behandlingsøyemed reguleres av psykisk helsevernloven §4-4. Begrepet

”korttidsvirkende” innebærer at valg av medikament og dosering må skje ut fra formålet å dempe akutt uro. Langtidsvirkende preparater kan derfor ikke anvendes.

Det vil som hovedregel ikke være anledning til å benytte legemidler med depotvirkning. Det må ved medisinerings likevel være riktig å ta hensyn til hvilke preparater som må antas å ha en generelt gunstig virkning på pasientens tilstand, og det må aksepteres at det kan ta noe tid før virkingen opphører helt. På denne bakgrunn må det kunne gjøres unntak fra hovedregelen i særlige tilfeller. For eksempel må bruk av Cisordinol Acutard aksepteres i tilfeller der faglig ansvarlig vurderer det sannsynlig at den akutte faren som utløser behovet for tvangsmiddelbruk

vil ha en tilnærmet lik varighet som virkningstiden til dette preparatet (vanligvis to til tre døgn)”(side 76, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

d. Kortvarig fastholding. (§4-8).

”Bokstav d):

Betegnelsen ”kortvarig” er tatt inn for å understreke at bruken av tiltaket ikke skal opprettholdes lenger enn strengt nødvendig, jf §4-2.

Bestemmelsen er ikke ment å omfatte ethvert tiltak som innebærer at en pasient holdes. Det skal en del til for at tiltak skal vurderes som fastholding i lovens forstand.

Bestemmelsen omfatter kun tiltak som har et skadeavvergende formål (jf. første ledd). I mange situasjoner vil holding være en naturlig del av omsorgen for pasienten og ikke et tvangstiltak, for eksempel hvor helsepersonell holder rundt en pasient for å trygge og trøste vedkommende. I den grad hovedformålet med et tiltak er omsorg og grensesetting (ikke skadeavverging), tiltaket er lite inngripende og pasienten ikke motsetter seg det, vil tiltaket falle utenfor bestemmelsen.

Hvis pasienten aktivt motsetter seg tiltaket verbalt og/eller fysisk, tilsier dette at holding skal regnes som fastholding i lovens forstand. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading. Situasjoner der holdinger er mindre inngripende, for eksempel der en pasient blir holdt i armen og ledet til sitt rom uten å gjøre motstand, vil derimot kunne falle utenfor”.

”Hvorvidt holding krever vedtak må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der sentrale momenter vil være tiltakets formål, hvordan pasienten forholder seg til tiltaket, hvor lenge det opprettholdes og hvor inngripende det er” (s. 76-7, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

Vedtaksansvarlig

”Vedtaket om bruk av tvangsmidler skal som hovedregel treffes av faglig ansvarlig, jf. §1-4. Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler skal treffes av lege. Det er imidlertid gjort unntak fra lovens hovedregel (i psykisk helsevernforskriften §25 annet ledd) ved at ”den ansvarshavende ved avdelingen” kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler når en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig. Dette unntaket gjelder ikke i forhold til vedtak om korttidsvirkende legemidler. Slike vedtak skal alltid treffes av lege” (side78, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

Skjerming

Skjerming har alltid vært mye benyttet i psykisk helsevern, men ble ikke lovregulert før i 1999. Skjerming regnes ikke som et tvangsmiddel, men et tiltak som i følge psykisk helsevernloven ”skal være begrunnet i behandlingsmessige eller i hensyn til andre pasienter” (jf. psykisk helsevernloven, § 4-3).

”Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglige ansvarlige bestemme at pasienten skal holdes

helt eller delvis holdes adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten”(phvl,§4-3).

Skjerming kan ikke benyttes mot pasientens vilje hvis vedkommende er frivillig innlagt, men ”må imidlertid praktiseres slik at pasienter under frivillig helsevern opplever at de har mulighet til å be seg utskrevet og forlate institusjonen” (side 133, rundskriv IS-9/2012, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer).

Skjerming kan gjennomføres for kortere tidsrom uten at det treffes formelt vedtak. Det skal imidlertid

”treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker av gangen” (phvl,§4-3).

Registrering av bruk av tvangsmidler og skjerming

Avdelinger er pålagt å føre opplysninger om bruken av tvangsmidler i protokoller godkjent av Sosial- og helsedirektoratet (§10, registrering av bruk av tvangsmidler, forskrift om bruk av tvangsmidler, 2000) (§9, forskrift om bruk av skjerming).

1.2 Mandat

Mandatet for oppdraget var kartlegging og analyse av tvangsmidler og skjerming tilsvarende oppdraget fra 2009.

«Kartleggingen skal omfatte data for 2012 fra alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet når det gjelder:

- Tvangsmidler (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolasjon og holding)*
- Vedtak om skjerming over 24/12 timer»*

«Data skal samles inn på en slik måte at det muliggjør sammenlikning med resultatene fra tidligere gjennomført kartlegging. Det skal gis en beskrivelse av hvordan tilbyder vil legge opp arbeidet for å sikre datakvalitet og sammenlignbarhet med tidligere innsamlinger når det gjelder institusjonsstruktur og avdelingsinndeling, komplettethet og kvalitet i materialet og klassifisering ift lovverket som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern»

Det lå som en forutsetning at kartleggingen i 2012 skulle utføres med samme metode som ved den nasjonale kartleggingen av tvangsmidler og skjerming i 2009 (Bjørkly mfl., 2011), noe som ville sikre et pålitelig sammenligningsgrunnlag (se side 17).

Når det gjelder operasjonalisering av de fem måleområdene: tvangsmidler (mekaniske, korttidsvirkende legemidler, isolasjon og kortvarig fastholding) og skjerming, viser vi til vår gjennomgang av lovgrunnlaget (se side 8).

«Tilbyder bes beskrive sine strategier for å sikre at alle avdelinger er med i dataleveransen, samt hvordan eventuelle hull i datamaterialet tenkes håndtert»

Her viser vi til utarbeidelsen av en nasjonal oversikt over HF/institusjoner/avdelinger/enheter i det psykiske helsevernet for voksne 2012 (se side 17).

«Som en del av arbeidet med å kvalitetssikre data skal tilbyder sørge for at alle institusjoner som omfattes av kartleggingen skal få skriftlig tilbakemelding med institusjonens sumtall/rater for aktuelle variabler, og nivå for bruk av de ulike tvangsmidlene og skjerming i forhold til gjennomsnitt for landet»

«Analysene av data skal inkludere:

- Nivået i 2009 (antall vedtak og antall pasienter). Rater per 365 oppholdsdøgn for sykehusene og varighet) når det gjelder bruken av tvangsmidler og vedtak om skjerming nasjonalt (dvs både sykehus og andre institusjoner), for det enkelte sykehus og fordelt etter avdelingstype»*

- Utviklingen fra 2009 til 2012 i bruken av det enkelte tvangsmiddel og skjerming over 24/12 timer.*

2 Forskning på bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne

De første beskrivelsene av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser går helt tilbake til antikken (se f.eks. Browne & Tooke, 1992). Allerede på den tiden ble skjerming og i ekstreme tilfeller mekaniske tvangsmidler brukt. Hovedhensikten var stimulusdeprivasjon i form av begrenset kontakt med andre og målet var å unngå forverring av den mentale tilstanden. Dette er godt sammenfallende med dagens begrunnelser for bruk av slike intervensjoner. Det er også interessant å merke seg at en allerede på den tiden var opptatt av å finne optimale løsninger når det gjaldt interiør og arkitektonisk utforming.

For oversiktens skyld har vi skilt mellom forskningspublikasjoner i vitenskapelige tidsskrift og bøker og offentlige utredningsrapporter. Selv om vi har gjort en litteratur review, gir naturligvis framstillingen ikke en uttømmende oversikt over den totale publikasjonsmengden.

2.1 En kort oppsummering av hovedmomenter fra forskningsstatus beskrevet i forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)

Presentasjonen av forskningsstatus var for en stor del basert på en gjennomgang av nyere reviewartikler som analyserte empirisk forskning med relevans for temaområdet tvangsmidler og skjerming. Denne avgrensingen ble gjort fordi systematiske review summerer opp funn fra et større antall undersøkelser og gir derfor et mer stabilt og oversiktlig bilde av forskningsfeltet. To review ble gjennomgått.

Hamrin, Iennaco & Olsen (2009) undersøkte studier med fokus på økologiske faktorerers innvirkning på vold, selvskading, og annen atferd som juridisk sett kan utløse bruk av tvang i psykiatriske institusjoner (tvangsutløsende atferd). Deres hovedfunn var at økologiske faktorer, som kvalitet på avdelingskultur og terapeutiske relasjoner kunne både øke og redusere forekomsten av tvangsutløsende atferd. God terapeutisk vurderingsevne og kommunikasjon, tydelig engasjement for pasientene, tilgjengelighet og samarbeidsevne, og tilrettelegging for opplæring og utvikling var de viktigste relasjonelle kvalitetene hos personalet for forebygging av tvangsutløsende atferd. De mest sentrale avdelingskulturelle variablene var meningsfulle aktiviteter, et stimulerende avdelingsmiljø og god bemanning. I Gaskin, Elsom & Happels (2007) review lå hovedfokus på tjenestesystemers betydning for bruk av tvangsmidler og skjerming. De konkluderte med at forbedret lederskap, undervisningsprogram for personalet og oppretting av spesialiserte team i behandlingsenhetene med spesiell kompetanse i å håndtere eskalerende situasjoner kan redusere bruk av tvang. Tre andre review var avgrenset til enten personal- eller pasientkarakteristikas innvirkning på tvangsbruk (Flannery, 2007; Gadon, Johnstone, & Cooke, 2006; Jansen, Dassen, & Jebbink, 2005). Det ble også framhevet en framvekst av noen enkeltstudier som testet ut intervensjoner for reduksjon i bruk av tvang som følge av tidlig intervensjon basert på tidlig identifisering av forvarsel på eskalering i retning av tvangsutløsende atferd (Abderhalden mfl., 2008; Bjørkly, 2004; Fluttert mfl., 2010).

2.2 Hovedfunn fra en litteraturgjennomgang av internasjonale publikasjoner om tvangsmiddelbruk og skjerming i perioden 2011–14

Dette oppdateringssøket ble gjort i Medline og PsycINFO og dekket perioden 2011 til og med august 2014. Målet var ikke å gjøre et detaljert systematisk review, men å lage en oppdatert oversikt over de viktigste tendensene i internasjonal forskningslitteratur etter publiseringen av vår forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011). Vi fant totalt 61 relevante artikler fordelt på Medline (25 artikler) og PsycINFO (36 artikler). Syv av disse ble funnet i begge databasene. Gjennomgang av egne artikkelarkiv ga 7 nye artikler. Dette ga 61 unike publikasjoner totalt. Blant disse var det to review artikler, en om forekomst og risikofaktorer for bruk av tvang ("restraint") (Beghi mfl., 2013) og en om pasient- og personalopplevelser knyttet til bruk av skjerming (van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili & Bowers, 2013). Det første reviewet inkluderte 49 studier og fant at prevalens av tvangsbruk varierte mellom 3.8 og 20% i de forskjellige studiene. Disse tallene viste at tvangsbruken ikke hadde gått ned til tross for økt satsing på å oppnå reduksjon. Det var heller ingen endring i karakteristika hos pasienter som ble underlagt tvangsmidler: tvangsinnlagt, mann, utenlandsk opprinnelse og schizofreni diagnose, eller i foranledninger til tvangsbruk: rømming, aggressiv atferd og tilstedeværelse av mannlig helsepersonell i de aktuelle enhetene (Beghi mfl., 2013). I analysene av 39 empiriske studier av opplevelser av skjerming fant van der Merwe og medarbeidere (2013) at pasienter opplevde skjerming som en klart negativ erfaring, mens personal framhevet den terapeutiske effekten og at de ikke kunne se hvordan slike avdelinger kunne drives uten skjerming. Begge parter var enige i at det var behov for en bedring av kommunikasjon mellom personal og pasient før, under og etter skjerming.

Våre analyser av de øvrige 59 artiklene viste at en tredel av artiklene omhandlet klinisk uttesting av intervensjoner for å bedre eller redusere bruk av tvangsmidler og skjerming. Denne tendensen er klart tydeligere nå enn i perioden før vår forrige rapport. Cirka en fjerdedel av publikasjonene fokuserte på begrunnelser og/eller pasientkjennetegn som utløste tvangstiltak eller skjerming. Selv om mange studier viste replikasjoner av tidligere funn, så kan en i nyere studier se en økende tendens til å vektlegge betydningen av aktive psykotiske symptomer og kjennetegn ved samhandlingen før bruk av tvang (se f.eks. Berghi mfl., 2013 ovenfor, og Simpson mfl., 2014). Vi tolker dette som en dreining i retning av større interesse for dynamiske og interaksjonelle faktorerets betydning i denne sammenhengen. Publikasjoner med fokus på pasienters opplevelse ser også ut til å være framtreddende nå, men relativt sett så har ikke disse undersøkelsene samme posisjon i forskningslitteraturen nå som tidligere. Andre temaer som vi bare fant i noen få publikasjoner var: forekomst, testing av bruk av tvangsmedisinering versus skjerming, og fysiske og mentale konsekvenser for pasienter av tvangsmidler og skjerming.

2.3 Oversikt over nyere norske og nordiske forskningspublikasjoner og offisielle rapporter om tvangsbruk og skjerming

Vitenskapelige artikler om bruk av tvang i psykiatriske institusjoner for voksne i Norge

Kartlegging av tvangsmiddelbruk og skjerming i Norge har i mange år fokusert på de store variasjonene i omfang mellom ulike helseregioner og helseforetak. Wynn publiserte i 2011 en artikkel der hovedmålsettingen var å undersøke i hvilken grad psykiatriske akuttavdelinger fra ulike områder av landet viste samme type atferd og holdninger i forbindelse med tvangsmiddelbruk (Wynn, Kvalvik & Hynnekleiv, 2011). Ansatte i avdelingene fikk et

spørreskjema som blant annet inneholdt to fiktive cases der de ansatte skulle foreslå type intervensjon. Resultatene viste at det ikke var vesentlige forskjeller mellom ansatte på individ- og gruppenivå. Mannlig ansatte og de uten utdanning hadde imidlertid en tendens til å velge mer restriktive intervensjoner.

Knutzen publiserte i 2014 en artikkel som omhandler omfang av tvangsmiddelbruk overfor den enkelte pasient i akuttpsykiatriske avdelinger (Knutzen mfl., 2014). Om lag ¾ av pasientene hadde hatt 1-2 episoder med tvangsmidler, 15.8% hadde hatt 3-5 episoder og 9.1% hadde hatt 6 eller flere episoder. Den siste gruppen ble kategorisert som «gjengangere» og skilte seg fra de øvrige pasientene med tvangsmiddelbruk ved å være yngre, ha lengre varighet på innleggelsen og flere innleggelser. Blant de 19 kvinnene i «gjengangergruppa» hadde 8 en personlighetsforstyrrelse.

Husum publiserte i 2010 en artikkel der hun hadde undersøkt i hvilken grad bruk av ulike tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger i Norge er assosiert med pasient, ansatte eller avdelings karakteristika (Husum mfl., 2010). I utvalget av pasienter som hadde vært innlagt på ulike akuttavdelinger hadde 35 % vært tvangsinnlagt. Av disse hadde 35 % vært isolert, 10 % hadde opplevd mekanisk tvangsmiddelbruk, 9 % hadde opplevd farmakologisk tvangsmiddelbruk og 9 % hadde opplevd både isolasjon og mekanisk tvangsmiddelbruk. Tverrsnittundersøkelsen viste betydelige forskjeller mellom norske akuttavdelinger angående bruk av isolasjon, mekaniske og farmakologiske tvangsmidler som ikke kan forklares av forskjeller i pasientkarakteristika. Husum konkluderer at avdelings karakteristika påvirker bruken av tvangsmidler, og fremtidige intervensjoner for å redusere bruken av tvangsmidler bør fokusere på organisatoriske og strukturelle faktorer.

Vitenskapelige artikler om bruk av tvang i psykiatriske institusjoner for voksne i Danmark

Bak og medarbeidere (2014) publiserte en artikkel der de presenterer en studie med hovedmål å kartlegge tiltak som kunne forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler (Bak mfl., 2014). Tre forebyggende faktorer var signifikant assosiert med lav forekomst av mekaniske tvangsmidler: gjennomgang av episodene i etterkant; pasientinvolvering og ikke overfylt avdeling (crowding).

Vitenskapelige artikler om bruk av tvang i psykiatriske institusjoner for voksne i Finland

Putkonen og medarbeidere (2013) publiserte en artikkel som omhandlet reduksjon i bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler overfor finske menn med voldshistorie og en schizofreni diagnose (Putkonen mfl., 2013). Gjennom en cluster-randomisert kontrollert studie fant man at innføring av en bestemt intervensjon reduserte bruken av tvangsmidler uten at voldsbruken i avdelingen økte.

De forsøk som er gjort på å sammenligne de nordiske landene med hensyn til omfang av tvangsmiddelbruk og skjerming har avdekket ulikt lovverk og manglende registreringsrutiner i de ulike landene.

Rapporter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten publiserte i 2012 en rapport med tittelen ”*Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*” (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 9, 2012). Målsettingen med rapporten er å oppsummere forskning på effektive av tiltak som er ment å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Følgende hovedfunn ble rapportert: Bruk av kriseplan kan redusere antall pasienter som blir tvangsinnlagt, den dokumentasjonen er av lav kvalitet. Systematisk risikovurdering av

pasienter som er innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling kan redusere bruk av tvangsmidler, men dokumentasjonen er av lav kvalitet. I rapporten konkluderer man med at man trenger mer forskning for å kunne trekke sikre konklusjoner om effekt av tiltak for å redusere bruk av tvang.

2.4 Hovedfunn fra forrige rapport (Bjørkly mfl., 2011)

Som forklart tidligere, så gjorde vi ikke sammenligninger med tidligere studier fordi de metodiske forutsetningene for slike sammenligninger ikke var innfridd.

Rapporten med funn fra 2009 omhandlet totalt 10939 fattede vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming i forhold til 2432 pasienter.

1. **Farmakologiske tvangsmidler (korttidsvirkende legemidler):** 1875 vedtak om bruk overfor 712 pasienter.
2. **Mekaniske tvangsmidler:** 4426 vedtak overfor 1065 pasienter med en gjennomsnittlig (median) varighet på 3,25 timer per vedtak.
3. **Isolering:** 269 vedtak overfor 114 pasienter med en gjennomsnittlig varighet på 0,53 time.
4. **Kortvarig fastholding:** 1680 vedtak overfor 574 pasienter med en gjennomsnittlig varighet på 0,17 timer.
5. **Skjerming:** 2689 vedtak overfor 1406 pasienter med en gjennomsnittlig varighet på 139,5 timer.
6. **Kjønn:** Kvinner hadde flere vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, men gjennomsnittlig varighet per vedtak var nesten tre ganger lengre for menn.
7. **Avdelingskoder:** Akuttavdelinger sto for 60 % av samtlige vedtak og sammen med sikkerhetsavdelingene hadde de 75 % av alle vedtak om bruk av tvangsmiddel og skjerming.
8. **Helseforetakene:** Store variasjoner når det gjaldt bruk av tvang og skjerming. Siden vår undersøkelse ikke kontrollerte for faktorer som kunne forklare disse forskjellene så kan vi ikke konkludere om årsaker til disse forskjellene.
9. **Datakvalitet:** Å sikre innrapportering av data fra alle enheter med vedtak er tidkrevende. Ulik føring av de håndskrevne protokollene gjorde det nødvendig å utvikle prosedyrer som sikret konsekvent koding av dataene fra tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene.
10. **Tidsfaktoren:** Sammenligning over tid er vanskeliggjort av endringer i lovverket og tilsvarende endringer av formelle rutiner og prosedyrer i klinisk praksis når det gjelder bruk av tvang. Fysisk holding ble for eksempel innført som nytt tvangsmiddel fra 1/1 2007. En slik endring kan påvirke bruk og forekomst av andre tvangsmidler.

3 Metode

Her presenteres en gjennomgang av metoden som er brukt i kartleggingen.

3.1 Framgangsmåte for kartleggingen

1. Utarbeide en nasjonal oversikt over alle helseforetak (HF) og institusjoner med tilhørende kliniske avdelinger med enheter/poster i psykisk helsevern for voksne 2012
2. Opprette avdelingskontakt i avdelinger med vedtak samt orientere om metode for innhenting og oversendelse av data
3. Motta, registrere og skanne innkomne data
4. Etablere database og kode data
5. Kvalitetssikre og analyse av data
6. Utarbeide rapport

Utarbeidelse av nasjonal oversikt over psykisk helsevern for voksne 2012

Utarbeidelsen av en nasjonal oversikt over alle helseforetak (HF) og institusjoner med tilhørende kliniske avdelinger med enheter/poster i psykisk helsevern for voksne 2012 med tvangsmidler og skjermingsvedtak skulle være utgangspunktet for kartleggingen av vedtakene om tvangsmidler og skjerming. Arbeidet kan framstå som fire adskilte prosesser. I praksis ble det av ulike grunner mye overlapping mellom dem, blant annet fordi det var tidkrevende å finne personer som hadde den nødvendige oversikten over enhetene/postene med vedtak om tvangsmidler og skjerming.

Vi tok utgangspunkt i to lister:

- «Medlex liste» (kjøpt av Lex forlag; helseadresser.no), og
- «Norsk pasientregister (NPR) liste» (oversikt over alle avdelinger/enheter i psykisk helsevern som er rapportert inn til NPR fra helseforetakene; kjøpt av NPR via helsedirektoratet.no).

I tillegg utarbeidet vi en såkalt «Internettliste» på grunnlag av informasjon fra hjemmesidene til hvert enkelt HF, hentet ut juni/juli 2013. Vi brukte også den nasjonale oversikten vi hadde utarbeidet for kartleggingen av 2009 data (Bjørkly mfl., 2011).

Klinikkledelsen i hvert helseforetak fikk tilsendt en liste over helseforetakets enheter og avdelinger for psykisk helsevern for voksne basert på informasjon fra NPR listen fra 2012. I tillegg ble Medlex og internettlisten samlet i ett dokument og sendt ut som en suppleringsliste. For å sikre fullstendig oversikt ba vi hvert helseforetak om at listene skulle bli kontrollert og eventuelt supplert med ytterligere enheter/avdelinger/distriktpsikiatrisk senter (DPS) før oversendelse til oss. I tillegg ba vi om å få navn på personer i avdelingene som vi kunne kontakte (avdelingskontakter), og som skulle fremskaffe og oversende data til oss. I noen tilfeller var det nødvendig å ta direkte kontakt med avdelingene, enhetene og DPS via e-post og telefon for å få kontaktpersoner.

Opprette avdelingskontakt på avdelinger med vedtak samt orientering om metode for innhenting og oversendelse av data

Avdelingskontaktene fikk via e-post oversikten over enheter i deres avdeling med vedtaksrett for tvangsmiddel og skjerming i 2012. De ble bedt om å fylle ut avdelingsskjema med opplysninger om avdelingstype, beleggsprosent pr. enhet, døgnplasser pr. enhet, samt anonymiserte kopier av tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene fra enheter som hadde benyttet slike vedtak i 2012.

Listen under viser en forenklet, punktvis fremstilling av prosessen med å utarbeide en nasjonal oversikt. Punkt en til tre omhandler arbeidet med en nasjonal oversikt over alle helseforetak (HF) og institusjoner med tilhørende kliniske avdelinger med enheter/poster i psykisk helsevern for voksne i 2012. Punkt nummer fire beskriver det siste leddet i prosessen; mottak, registrering og skanning av innkomne data. Dette utdypes senere.

1. Utarbeide nasjonal oversikt over samtlige HF/institusjoner med enheter/poster godkjent for bruk av tvang i 2012.
2. Klinikkledeisen ved hvert enkelt helseforetak ble kontaktet og fikk tilsendt oversikten over institusjonens enheter/poster med vedtak om tvangsmidler og skjerming. Klinikkledeisen ble deretter bedt om å kvalitetssikre den tilsendte oversikten over enheter/poster godkjent for bruk av 2012.
3. Mottak av kvalitetssikrede oversikter fra klinikkledeisen på hvert HF/institusjon med avdelinger/enheter/poster godkjent for tvang samt oversikter over hver enkelt avdeling med opplysninger om sengeplasser og beleggsprosent. Disse inngikk i utarbeidelse av førsteutkast til nevnte nasjonal oversikt over helseforetak (HF) og institusjoner/avdelinger med enheter/poster i psykisk helsevern for voksne 2012.
4. Motta anonymiserte kopier av håndskrevne skjermings- og tvangsmiddelprotokoller, kode inn data fra disse til access-databasen, systematisere mottatt informasjon og avslutte arbeidet med utarbeidelsen av nasjonal liste over helseforetak/avdelinger, enheter/poster som hadde fattet vedtak om tvangsmiddel og skjerming i 2012.

Mottak, registrering og skanning av innkomne data

Anonymiserte kopier av venstre side i skjermings- og tvangsmiddelprotokollene fra alle aktuelle avdelinger med tilhørende enheter/poster ble mottatt. Deretter ble enhetene/postene/avdelingene som hadde sendt dette registrert på oversikten «Endelig nasjonal liste over helseforetak (HF)/institusjoner/avdelinger med enheter/poster i psykisk helsevern for voksne, som hadde vedtak om tvangsmidler og skjerming i 2012». De mottatte kopiene av protokollene samt tilhørende skjema med avdelingsopplysninger ble arkivert i pdf -format på en server som kun prosjektansatte personer hadde adgang til.

Nummerering og skanning av mottatte kopier av protokoller og skjema med avdelingsopplysninger ble gjort på følgende måte:

- Kopi av en side av protokollen representerte data vedrørende en pasient og fikk ett nummer (se prosedyre for innsamling av data, vedlegg 5). Hvis det forelå flere sider fra protokollen med data på samme pasient skulle disse stiftes sammen fra avdelingens side. Disse ble nummerert slik: Første kopi i bunken ble gitt nummer 1, neste kopi 2 og så videre. I tilfeller der en pasient hadde hatt flere vedtak var bunken av protokollark stiftet sammen, og hvert ark for pasientene ble nummerert på følgende måte: Første pasient 1.1, 1.2, andre pasient 2.1, 2.2, 2.3 og så videre.

- Papirkopiene av protokollene og skjema med avdelingsopplysninger ble senere brukt som datakilde ved koding av vedtakene i databasen (se under «koding av data»).

Oppretting av databaser og koding av data

Kodingen av dataene ble lagt inn i samme type database som ved kartleggingen i 2009. Denne ble designet spesielt for registrering av dataene om tvangsmidler og skjermingsvedtak som inngår i kartleggingen.

- Navn på alle HF/institusjoner/avdelinger ble lagt inn manuelt i databasen. En unik kode ble gitt til hvert HF/institusjon før overføring til statistikkfilene (SPSS versjon 18.0).
- Tekstfelt: navn/nummer for enhet/post. Opplysninger om enhet/post ble kodet etter Statens helsetilsyns avdelingskodeverk for psykiatriske institusjoner IK-44/89 (se vedlegg 1). Disse kodene ble brukt på enhets/postnivå fordi en og samme avdeling kan inneholde enheter/poster med ulike kategorier av pasienter, f.eks. sikkerhetsenheter og akutenheter i en og samme avdeling.
- ID-nummer per pasient: Et tilfeldig (random) nummer ble generert av den aktuelle databasen.
- ID-kode på hver enkelt database: Hver kopi av databasene hadde egen ID-kode, DB1 (database 1), DB2, osv. Dette var nødvendig fordi data ble kodet inn i flere kopier av databasen. ID-nummeret som hver database genererte for data på den enkelte pasienten, var unikt for den enkelte databasen.
- Unik pasient ID = En kombinasjon av ID-nummeret generert av den databasen pasientens opplysninger ble kodet inn og ID-koden til den aktuelle databasen (DB1, DB2 osv.).
- Opplysninger om skjermings- og tvangsmiddelvedtak: Dato/klokkeslett for når vedtak ble iverksatt og dato/klokkeslett for opphør av vedtak, type tvangsmiddel og pasientens kjønn.
- Tekstfelt for eventuelle kommentarer fra kodere og/eller fra de som førte protokollene.

Koding av enhet/post og avdelinger i datafil

Dataene for alle vedtak/episoder ble trukket ut fra databasene og overført til statistikkprogramfiler.

Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner (rundskriv IK-44/89) ble både brukt i denne kartleggingen for 2012 og i kartleggingen fra 2009. Kodeverket har følgende avdelingskoder: 61 = akuttavdeling, 62 = korttidsavdeling, 63 = intermediæravdeling, 64 = langtidsavdeling, 65 = rehabiliteringsavdeling, 66 = sterkavdeling (heretter omtalt som sikkerhetsavdeling), 67 = psykogeriatrisk avdeling, 71 = avdeling for unge schizofrene, (heretter omtalt som avdeling for førstegangssykose). I tillegg er døgninstitusjoner på disketrikspsykiatriske senter (DPS) gitt en egen kategori på samme måte som ved kartleggingen i 2009 (DPS døgnavdelinger = 80), og spesialavdelinger (kode= 85) som regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) og avdeling for personer med psykisk utviklingshemming/autisme.

Koding av data fra protokoll til database

Prosjektmedarbeiderne arbeidet parvis: Én koder leste av protokollen og den andre kodet inn i databasen. Hvert par av kodere hadde en egen kopi av databasen. Hver gang nye data ble lagt inn ble databasen lagret med dagens dato, slik at siste dato viste den til enhver tid oppdaterte database. Representanter fra prosjektgruppa var tilgjengelig til en hver tid for koderne under

kodearbeidet. For å sikre at koderne var så samkjørte som mulig i kodingen av dataene ble malen «Fremgangsmåte for koding av data i databasen» utarbeidet av prosjektgruppen. I tillegg fikk koderne innføring i lovverk og praktisk bruk av tvangsmidler og skjerming. De fikk også undervisning om sentrale begreper som brukes i protokollene.

Databasen genererte et vilkårlig nummer for hver pasient når data ble kodet inn. Dette tallet ble ført på papirkopien av protokollen sammen med initialene til koderen. Tallrekken av de genererte numrene som identifiserte data til den enkelte pasient samt koders initialer ble også ført på skjemaet med avdelingsopplysninger for å lette eventuell etterkontroll. På denne måten kunne man også lett finne tilbake til de anonymiserte papirkopiene av tvangs- og skjermingsprotokoller for hver pasient.

Avlesing av håndskrevne tvangsmiddel og skjermingsprotokoller for koding av vedtak

Kodbare data

Det vises her til eksempler på utfylling av tvangsmiddelprotokollen (vedlegg 7).

- «Avlesingen» av protokollene var tidkrevende fordi disse var ført for hånd og det var ulik praksis for føring av protokollene, både mellom avdelinger og innenfor en og samme protokoll eller avdeling. Dette gjaldt for eksempel utfylling av tidspunkt for opphør av et vedtak.
- Det ble brukt ulike benevnelser på tvangsmidlene; mekaniske tvangsmidler kunne for eksempel beskrives som belte, full beltelegging, belteseng, reiming, fullt fiksert eller kun bokstaven a, som viser til "a. mekaniske tvangsmidler" i oversikten over de ulike typer tvangsmidler som står skrevet øverst i høyre kolonne i protokollen (vedlegg 7). Dokumentasjonen på korttidsvirkende legemidler i bedøvende eller beroligende hensikt var som oftest ført med navnet på medikamentet i samsvar med anvisningene i protokollen. Noen ganger kunne medikamentnavnet stå skrevet mellom dokumentasjon av andre typer tvangsmidler, eller i den samme kolonnen som et annet vedtak.
- Tvangsmiddelprotokollene er designet slik at opplysninger om en pasient med tvangsmiddelvedtak strekker seg over to sider i protokollen. På den venstre siden i protokollene dokumenteres data om vedtakene som inngår i kartleggingen (se vedlegg 7a, b og c for tvangsmiddelprotokoll, vedlegg 7d for skjermingsprotokoll). I tillegg dokumenteres også en del data som ikke inngikk i kartleggingen, for eksempel justeringer og forandringer av pasientens kroppsleie under et pågående vedtak om mekanisk tvangsmiddelbruk. Disse forandringene av leie skal dokumenteres fortløpende med tidsangivelse, og hver slik forandring av pasientens leie skal føres på en ny linje i protokollen. For å finne fram til det enkelte tvangsmiddelvedtak og type, dato/klokkeslett for oppstart og avslutning for hvert vedtak, må man lese hver eneste linje og kolonne i protokollen. Informasjonen på høyre side av protokollene inneholder opplysninger om hvem som fatter og iverksetter vedtak, samt eventuelle kommentarer fra kontrollkommisjon, noe som ikke inngikk i kartleggingen.

Identifisere et vedtak

Tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene føres av mange forskjellige personer i løpet av en vakt eller et døgn. På grunn av krav til fortløpende dokumentasjon ved bruk av tvangsmidler over tid (oftest mekaniske) og hvor det var blitt iverksatt kroppsleieforandringer og/eller var brukt to typer tvangsmidler samtidig var det vanskelig å finne ut når et vedtak startet og når det sluttet. Protokollen måtte da leses både horisontalt (alle kolonner) og vertikalt (alle linjer)

fordi rapporteringen av et vedtak kan dekke flere sider i protokollen (se vedlegg 7, eksempel a og c i protokollen).

Varighet på tvangsmiddel- og skjermingsvedtak

Registrering av varigheten på hvert vedtak gjaldt isolasjon, mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding og skjerming. For at databasen skulle kunne generere varighet måtte tidspunkt og klokkeslett for oppstart og avslutning for hvert vedtak kodes i databasen. Det viste seg imidlertid at disse opplysningene ikke alltid var fullstendig dokumentert i protokollene. I vedlegg 7 vises eksempler på føring av vedtak i skjermings- og tvangsmiddelprotokollene.

Analyse av data

Rapporter fra databasene ble koblet sammen slik at vi fikk opprettet to typer datafiler. En datafil hvor hver linje inneholdt opplysninger om hvert enkelt vedtak, og en pasientfil som besto av en linje for hver pasient med ett eller flere vedtak. Pasientfilen oppsummerte følgende data på en linje per pasient: kjønn, sum antall vedtak totalt og antall av hver type tvangsmiddel og skjerming, sum varighet for hvert vedtak og HF/avdelingskode.

Overtelling av pasienter

I denne undersøkelsen hadde vi som ved kartleggingen av 2009 data kun tilgang til anonymiserte data. Framgangsmåte for innhenting av data innebar at den lokalt ansvarlige kontaktpersonen på hver avdeling heftet alle kopier av protokollarkene sammen for hver aktuelle pasient på tvers av avdelingens enheter/poster, før de ble anonymisert. Dette ble gjort for å sikre at samtlige vedtak kom med i kartleggingen. En annen grunn var å redusere sannsynligheten for at en pasient skulle bli registrert som en ny pasient (overtelling) for hver enhet i avdelingen vedkommende hadde vært underlagt skjermings- og tvangsmiddelvedtak i. For å lage et estimat på en potensiell overtelling av pasienter innen et HF, ble pasienter med tvangsmiddel- og skjermingsvedtak på tvers av ulike enheter/avdelinger talt opp i forhold til det totale antallet pasienter. Denne kartleggingen ga et estimat for overtelling på 10%.

Indekser

Beleggsprosent er en annen korrigerende faktor som er inkludert i analyser og tolking av forekomst og endringer over tid. Ved å korrigere tvangsmiddelbruk med antall sengeplasser, får man et relativt upålitelig mål på omfanget. For å komme nærmere et pålitelig mål har vi også korrigert for beleggsprosenten ved de aktuelle analyseenheterne. Det vil gi et mer presist estimat av hvor stor forekomsten av bruk av skjerming og tvangsmiddel var korrigert for hvor mange pasientdøgn den aktuelle enheten hadde. Et eksempel: To enheter med 10 senger hver og beleggsprosent på henholdsvis 50 og 100% har begge 100 registrerte tilfeller av skjerming. En ukorrigert sammenligning vil vise at forekomsten er lik. Men siden beleggsprosenten var henholdsvis 50 og 100, var det dobbelt så høy forekomst av skjerming per sengeplass i enheten med beleggsprosent på 50.

For å kunne sammenligne ulike typer avdelinger med hensyn til hyppighet av skjerming og tvangsmiddelbruk, har vi beregnet indekser for hver post på hver psykiatrisk institusjon. Hvis det på samme institusjon/HF var flere poster med samme avdelingskategori, ble disse postene behandlet som en avdelingskategori. Dette betyr at vi i slike situasjoner beregnet totalt antall vedtak, totalt antall pasienter med vedtak og totalt antall sengeplasser på disse postene.

To indekser ble brukt for å korrigere for beleggsprosent, indeks for tvangsvedtak (ITV) og indeks for pasienter med vedtak (IP):

$$\text{ITV} = (\text{antall tvangsvedtak}) / (\text{antall sengeplasser} \times \text{beleggsprosent} / 100)$$

$$\text{IP} = (\text{antall pasienter med vedtak}) / (\text{antall sengeplasser} \times \text{beleggsprosent} / 100)$$

Dersom standardavviket for en indeks innenfor en avdelingskategori er større enn gjennomsnittet, kan dette tolkes som at indeksen varierer mye mellom avdelingene.

Statistisk metode

Ved tilnærmet normalfordelte variabler ble aritmetisk gjennomsnitt brukt som sentraltendensmål. Ved skjevfordelte variabler ble median brukt. Ved sammenligning av to medianer ble Mann-Whitney's U-test benyttet. Ved sammenligning av to prosenttall er kji-kvadrat-test benyttet. De statistiske analysene ble utført ved hjelp av SPSS, versjon 18.0.

4 Resultater

Tabell 4.1: Pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming gruppert etter antall vedtak og kjønn i 2009 og 2012

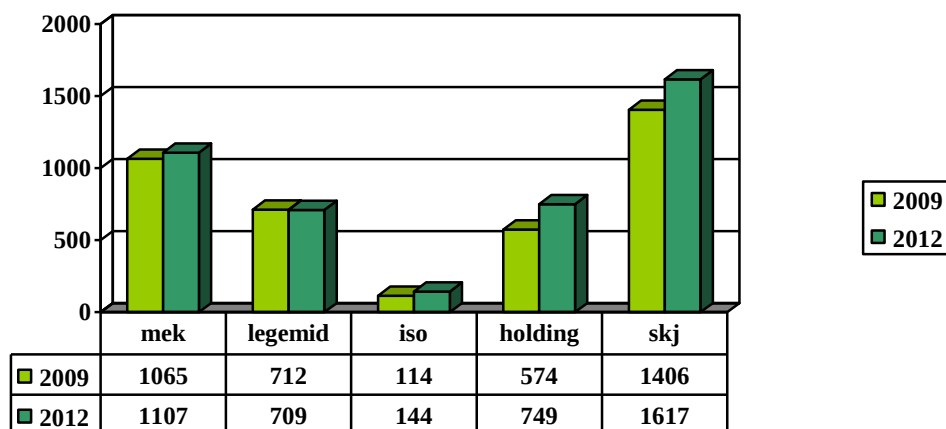
Antall pasienter med vedtak totalt og fordelt på kjønn		Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
		1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: menn	1200	42,9	21,3	17,3	11,9	4,4	2,2	100
2012: menn	1386	43,1	19,6	17,8	11,9	5,1	2,5	100
2009: kvinner	1093	41,4	18,9	18,2	11,0	6,3	4,1	100
2012: kvinner	1195	42,2	19,4	14,6	14,1	5,4	4,4	100
2009: totalt	2432	42,3	20,3	17,6	11,2	5,5	3,1	100
2012: totalt	2602	42,7	19,5	16,3	13,0	5,3	3,3	100

2009: Manglende opplysninger om kjønn: 139 pasienter

2012: Manglende opplysninger om kjønn: 21 pasienter

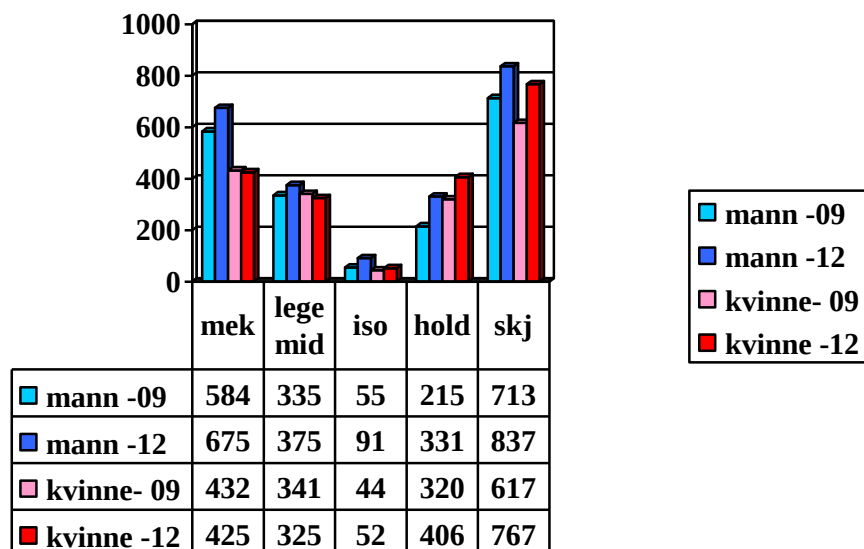
Av alle pasientene med vedtak utgjorde de som kun hadde hatt et vedtak (enten et tvangsmiddel- eller skjermingsvedtak) ca. 42 % både i 2009 og 2012. Blant pasientene med flest vedtak (20+) utgjorde kvinnene en større prosentandel enn menn både i 2009 og 2012.

Figur 4.1: Totalt antall pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012



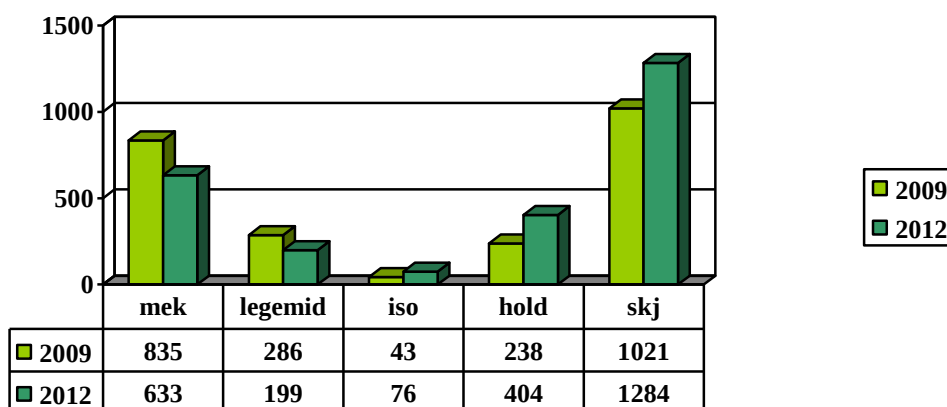
Fra 2009 til 2012 ble det funnet en samlet økning på 455 pasienter som hadde hatt vedtak om mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming. 85% av denne økningen ble funnet for skjerming (økning = 211 pasienter) og kortvarig holding (økning = 175 pasienter). Antall pasienter med vedtak om korttidsvirkende legemidler var uforandret, mens det var en økning på 42 og 30 pasienter for henholdsvis mekaniske tvangsmidler og isolasjon.

Figur 4.2: Antall pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt på kjønn og type vedtak i 2009 og 2012



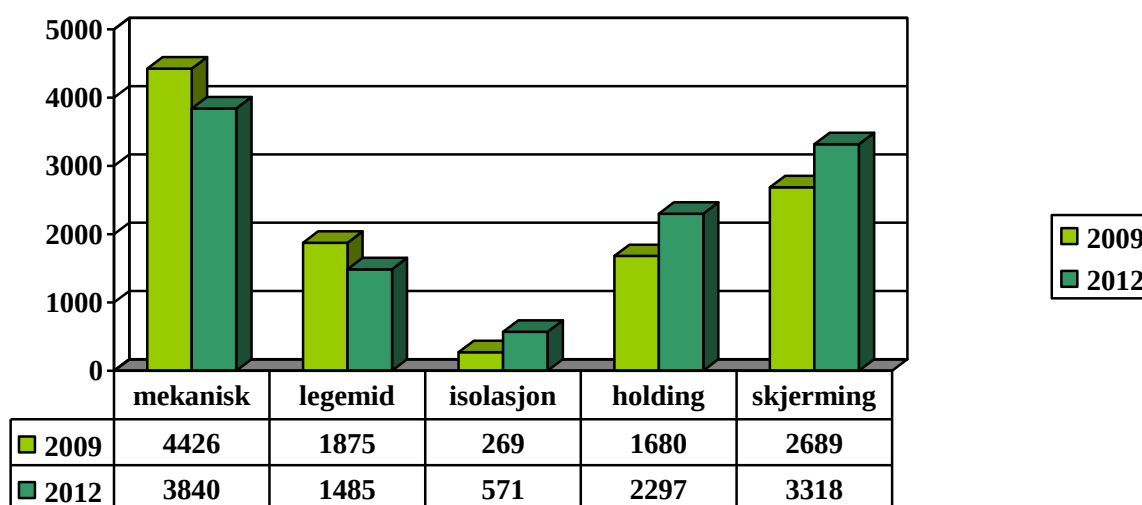
Antall menn som har hatt minst ett vedtak med tvangsmidler (alle former) og skjerming ser ut til å ha økt fra 2009 til 2012. Hos kvinner ser man et økt antall med vedtak om isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming, og en minimal reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler.

Figur 4.3: Pasientenes første vedtak med tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012



For å få informasjon om forekomsten av hver type tvangsmiddel og skjerming ble pasientens første episode i henholdsvis 2009 og 2012, analysert. Funnene tyder på at det fra 2009 til 2012 ser det ut til å være en forskyvning fra mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler til en øking i bruken av isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming.

Figur 4.4: Totalt antall vedtak med tvangsmidler/skjerming fordelt på type vedtak i 2009 og 2012



Det totale antallet med vedtak om mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler har gått noe ned fra 2009 til 2012 med henholdsvis 586 og 390 vedtak, og antallet vedtak med isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming har økt. Reduksjonen av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler er tilsvarende økningen av kortvarig fastholding med 617 vedtak og isolasjon med 302 vedtak. Figur 4.4 viser den samme tendensen som analysen av pasientenes første episode (se figur 4.3.).

Tabell 4.2: Pasienter med vedtak om mekaniske tvangsmidler fordelt på kjønn og gruppert etter antall vedtak i 2009 og 2012

Antall pasienter med vedtak om mekaniske tvangsmidler	Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
	1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: Menn 584	61,2	18,7	9,2	7,6	1,6	1,6	100
2012: Menn 675	60,9	17,3	13,6	5,0	1,9	1,2	100
2009: Kvinner 432	48,9	14,9	14,9	11,9	5,1	4,3	100
2012: Kvinner 425	56,2	14,1	11,5	9,2	3,8	5,2	100
2009: Totalt 1056	56,8	16,9	11,2	9,1	3,0	2,7	100
2012: Totalt 1107	59,2	16	12,8	6,6	2,7	2,7	100

2009: manglende opplysninger om kjønn på 49 pasienter

2012: manglende opplysninger om kjønn på 7 pasienter

Et flertall av pasientene med vedtak om mekaniske tvangsmidler hadde kun ett vedtak, både i 2009 og 2012. Andelen kvinner som hadde flest vedtak (20+) øker med 21% fra 2009 til 2012, mens menn har en reduksjon på ca. 25%. I 2009 var det prosentvis over dobbelt så mange kvinner som menn som hadde hatt 20 eller flere episoder med mekaniske tvangsmidler. I 2012 var det over 4 ganger så mange kvinner i denne kategorien.

Tabell 4.3: Varighet av vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i 2009 og 2012

Antall pasienter	Antall vedtak med varighet n	Varighet (timer) på vedtak med mekaniske tvangsmidler: Prosentvis fordeling i varighetsgrupper horisontalt									
		0,01-0,49	0,50-0,99	1-1,99	2-4,99	5-9,99	10-19,99	20-49,99	50-99,99	100-408,99	409-
2009: 1065	4200	3,0	9,5	21,1	27,5	16,6	14,2	5,3	1,7	0,9	0,2
2012: 1107	3682	4,4	11,2	22,6	25,7	14,6	10,6	7,0	2,2	1,4	0,3

2009: Manglende opplysninger på varighet på 226 vedtak

2012: Manglende opplysninger på varighet på 158 vedtak

Median varighet (timer) av vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

År	Totalt	Menn	Kvinner
2009	3,3	6,0	2,3
2012	2,9	5,3	2,0

Menn var underlagt mekaniske tvangsmidler over lengre tid enn kvinner i 2012 (Median: 5,3 timer for menn vs. 2.0 timer for kvinner, Mann-Whitney's U-test, $p < 0,001$). Det framkom ingen signifikante forskjeller mellom 2009 og 2012 data for varighet fordelt på tidsintervaller (timer). I underkant av 50 % av vedtakene varte i 1-5 timer.

Tabell 4.4: Pasienter med vedtak om korttidsvirkende legemidler gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012

Antall pasienter med vedtak, korttidsvirkende legemidler	Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
	1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: Menn 335	54,5	22,2	13,6	8,2	1,1	0,7	100
2012: Menn 375	66,7	17,9	8,8	5,3	1,3	0	100
2009: Kvinner 341	55,4	17,9	13,5	8,7	3,5	1,3	100
2012: Kvinner 325	51,7	18,8	17,2	9,8	2,2	0,3	100
2009: Totalt 712	54,6	20,5	13,3	8,5	2,4	1,0	100
2012: Totalt 709	59,7	18,2	12,7	7,5	1,8	0,1	100

2009: Manglende opplysninger om kjønn på 36 pasienter

2012: Manglende opplysninger om kjønn på 9 pasienter

Flertallet av pasientene hadde både i 2009 og 2012 kun et vedtak med korttidsvirkende legemidler. Et større antall menn enn kvinner hadde kun et vedtak i 2012. Både i 2009 og 2012 var det totalt sett en større andel kvinner enn menn i gruppene som hadde hatt 10 eller flere vedtak.

Tabell 4.5: Pasienter med vedtak om isolasjon gruppert etter antall vedtak fordelt på kjønn i 2009 og 2012

Antall pasienter med vedtak om isolasjon	Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
	1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: Menn 55	73,9	13,0	8,7	4,3	0	0	100
2012: Menn 91	63,7	9,9	11	6,6	6,6	2,2	100
2009: Kvinner 44	52,3	31,8	2,3	2,3	11,4	0	100
2012: Kvinner 52	61,5	9,6	5,8	9,6	7,7	5,8	100
2009: Totalt 114	60,4	18,8	8,3	8,3	4,2	0	100
2012: Totalt 144	63,2	9,7	9,0	7,6	6,9	3,5	100

2009: Manglende opplysninger om kjønn på 15 pasienter

2012: Manglende opplysninger om kjønn på 1 pasient

Flertallet av pasientene hadde kun ett vedtak med isolasjon både i 2009 og 2012. Total økning av antall pasienter med vedtak om isolasjon var på 26%. Vedtak overfor menn økte med 65%, mens det for kvinner var en økning på 18%. I 2012 var det over dobbelt så mange pasienter med 10 eller flere vedtak om isolasjon. Prosentandelen pasienter med isolasjon på over 10 timers varighet økte med 24% fra 2009 til 2012.

Tabell 4.6: Varighet av vedtak om isolasjon i 2009 og 2012

Antall pasienter	Antall vedtak med varighet n	Varighet (timer) på vedtak med isolasjon: Prosentvis fordeling i varighetsgrupper horisontalt								
		0,01-0,49	0,50-0,99	1-1,99	2-4,99	5-9,99	10-19,99	20-49,99	50-99,99	100-408,99
2009: 114	214	36,0	25,2	21,0	11,7	2,8	1,9	0,5	0,5	0,5
2012: 144	497	24,9	18,3	25,8	17,5	9,3	2,4	1,6	0	0,2

2009: Manglende varighet på 55 vedtak med isolasjon

2012: Manglende varighet på 74 vedtak med isolasjon

Median varighet (timer) av vedtak om bruk av isolasjon

År	Totalt	Menn	Kvinner
2009	0,5	0,6	0,5
2012	1,0	0,9	1,0

I 2009 varte 82 % av vedtakene under 2 timer. I 2012 varte 67 % av vedtakene under 2 timer. I 2012 ble kvinner isolert signifikant lenger enn menn (Median: 1,0 for kvinner vs. 0,9 time for menn, Mann-Whitney's U-test, $p < 0,003$). Den største økningen av pasienter når det gjelder varighet finnes innenfor 2-10 timers-intervallet.

Tabell 4.7: Pasienter med vedtak om kortvarig fastholding gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012

Antall pasienter med vedtak om kortvarig fastholding	Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
	1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: Menn 215	63,1	16,2	10,6	7,8	1,7	0,6	100
2012: Menn 331	63,1	14,5	11,2	8,8	2,1	0,3	100
2009: Kvinner 320	56,7	16,4	11,9	9,6	2,7	2,4	100
2012: Kvinner 406	52,2	15,3	13,3	13,3	3,0	3,0	100
2009: Totalt 574	57,6	16,9	11,4	9,3	3,0	1,7	100
2012 Totalt 745	57,3	14,9	12,2	11,1	2,6	1,9	100

2009: Manglende opplysninger om kjønn på 39 pasienter

2012: Manglende opplysninger om kjønn på 8 pasienter

Både i 2009 og 2012 hadde et flertall av pasientene kun et vedtak om kortvarig fastholding. I gruppen pasienter med flest vedtak (20+) var det et betydelig høyere antall kvinner enn menn. Sammenlignet med 2009 hadde kvinner i 2012 en økning på 25%, mens menn hadde en reduksjon på 50% av de med 20 eller flere vedtak.

Tabell 4.8: Varighet av vedtak om kortvarig fastholding i 2009 og 2012

Antall pasienter med kortvarig fastholding	Antall vedtak med varighet n	Varighet (timer) på vedtak med kortvarig fastholding: Prosentvis fordeling i varighetsgrupper horisontalt						
		0,01-0,49	0,50-0,99	1-1,99	2-4,99	5-9,99	10-19,99	20-49,99
2009: 574	1456	83,0	10,2	4,3	1,6	0,5	0,1	0,3
2012: 745	1999	83,7	10,7	3,6	1,7	0,3	0	0

2009: Manglende opplysninger om varighet på 224 vedtak

2012: Manglende opplysninger om varighet på 298 vedtak

Median varighet (timer) av vedtak om bruk av kortvarig fastholding

År	Totalt	Menn	Kvinner
2009	0,17	0,14	0,17
2012	0,17	0,08	0,17

Både i 2009 og 2012 varte 83 % av vedtakene med kortvarig fastholding under en halv time. I 2012 ble kvinner holdt lenger ved bruk av kortvarig fastholding enn menn (Median: 0,17 timer for kvinner vs. 0,08 time for menn, Mann-Whitney's U-test, $p < 0,001$). Menn hadde en reel reduksjon i varighet fra 2009 til 2012.

Tabell 4.9: Pasienter med vedtak om skjerming gruppert etter antall vedtak og fordelt på kjønn i 2009 og 2012

Antall pasienter med skjermingsvedtak	Antall pasienter gruppert etter antall vedtak (i prosent)						
	1	2	3-4	5-9	10-19	20+	Totalt
2009: Menn 715	66,1	17,6	9,7	5,0	1,2	0,5	100
2012: Menn 837	63,3	17,1	12,5	5,0	1,2	0,8	100
2009: Kvinner 617	63,7	17,2	12,2	5,0	1,8	0	100
2012: Kvinner 767	60,8	21	11,2	5,2	1,4	0,4	100
2009: Totalt 1406	65,1	17,3	10,9	5,2	1,4	0,2	100
2012: Totalt 1617	62,2	18,9	11,9	5,1	1,3	0,6	100

2009: Manglende opplysninger om kjønn på 74 pasienter

2012: Manglende opplysninger om kjønn på 13 pasienter

Antall pasienter med vedtak om skjerming økte med 211 fra 2009 til 2012. Den prosentvise fordelingen av pasienter på antall vedtak hadde samme mønster i 2009 og 2012.

Tabell 4.10: Varighet av vedtak om skjerming i 2009 og 2012

Antall pasienter med skjermingsvedtak	Antall vedtak med varighet n	Varighet på vedtak om skjerming: Prosentvis fordeling i varighetsgrupper (timer) horisontalt									
		0,01-0,49	0,50-0,99	1-1,99	2-4,99	5-9,99	10-19,99	20-49,99	50-99,99	100-408,99	409-
2009: 1406	634	1,7	4,7	5,2	5,0	2,1	5,5	11,5	10,9	51,1	2,2
2012: 1617	2270*	2,1	1,6	1,9	1,6	1,0	2,6	7,5	5,8	74,2	1,7

2009: Manglende varighet på 2055 vedtak

2012: Manglende varighet på 1048 vedtak

Median varighet av vedtak om bruk av skjerming

År	Totalt	Menn	Kvinner
2009	139,5	96,0	174,95
2012	335,9*	336,0	312,0

Antallet vedtak uten tidsangivelse var halvert fra 2009 til 2012. Antall vedtak med angitt varighet var over tredoblet i 2012 sammenlignet med 2009. Det var en markant økning i skjermingsvedtak med varighet på over 100 timer i 2012. Dette avspeiles i en markant økning i median varighet fra 2009 til 2012. Økningen gjelder begge kjønn. I 2012 ble menn skjermet over lengre tid enn kvinner (336,0 timer for menn vs. 312 timer for kvinner, Mann-Whitney's U-test, $p < 0,001$).

Tabell 4.11: Indeks for korrigert gjennomsnittlig antall pasienter med vedtak, 2009 og 2012 fordelt på avdelingskode (gjennomsnitt og standardavvik)

Korrigert for gjennomsnittlig antall pasienter med vedtak innen hver avdelingstype.
 $IP \text{ Indeks} = (\text{antall pasienter med vedtak}) / (\text{antall sengeplasser} \times \text{beleggsprosent} / 100)$,
 (indeksen er en korrigering for at det er forskjeller mellom avdelingstypene når det gjelder antall sengeplasser og beleggsprosent).

Avdelingskoder: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner, (rundskriv IK-44/89)	2009		2012	
	Korrigert gjennomsnitt	Standard- avvik	Korrigert gjennomsnitt	Standard- avvik
Akuttavdeling (61)	3,53	3,10	3,69	1,98
Korttidsavdeling (62)	0,76	0,84	0,71	0,71
Intermediær avdeling (63)	0,64	0,59	0,59	0,42
Langtidsavdeling (64)	0,58	0,59	0,27	0,16
Rehabiliteringsavdeling (65)	0,62	0,55	0,49	0,31
Sikkerhetsavdeling (66)	0,83	0,34	0,85	0,70
Psykogeriatriisk avdeling (67)	0,35	0,25	0,64	0,35
Avdeling for førstegangssykose (71)	0,15	0,12	0,49	0,70
DPS avdelinger (80)	0,31	0,35	0,51	0,65
Spesialavdeling (85)	1,45	0,93	0,22	0,24

”Utdyping” av resultater tabell 4.11:

Eksempel: Tallet 3,69 (korrigert gjennomsnitt) for akuttavdelinger i 2012 betyr at akuttavdelingene gjennomsnittlig hadde vedtak på 3,69 pasienter pr. benyttet seng i løpet av 2012. De store forandringene fra 2009 til 2012 ser vi på avdeling for førstegangssykose (71) og spesialavdelinger (85). Disse funnene er vanskelig å tolke, siden pasientantallet på disse

avdelingene var lave. Langtidsavdeling (64) ser ut til å ha hatt en markant nedgang, mens psykiogeriatrisk avdeling (67) har hatt en tilsvarende økning i antall pasienter med vedtak.

Tabell 4.12: Indeks for korrigert gjennomsnittlig antall vedtak i 2009 og 2012, fordelt på avdelingskode (gjennomsnitt og standardavvik for hver avdelingstype)

(Indeksen er en korrigering for at det er forskjeller mellom avdelingstypene når det gjelder antall sengeplasser og beleggsprosent). Basert på $ITV \text{ Indeks} = (\text{antall tvangsvedtak}) / (\text{antall sengeplasser} \times \text{beleggsprosent}/100)$.

Avdelingskoder: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner, (rundskriv IK-44/89)	ITV-2009		ITV-2012	
	Korrigert gjennomsnitt	Standard- avvik	Korrigert gjennomsnitt	Standard- avvik
Akuttavdeling (61)	13,7	9,9	12,1	5,4
Korttidsavdeling (62)	3,2	3,8	5,6	2,8
Intermediær avdeling (63)	1,9	2,3	5,7	6,7
Langtidsavdeling (64)	4,5	5,2	2,2	2,4
Rehabiliteringsavdeling (65)	2,7	2,7	3,1	3,6
Sikkerhetsavdeling (66)	7,5	7,2	7,6	9,4
Psykiogeriatrisk avdeling (67)	2,8	6,8	2,8	2,3
Avdeling for førstegangpsykose (71)	0,2	0,2	2,6	3,1
DPS avdelinger (80)	1,0	1,1	1,7	2,3
Spesialavdeling (85)	8,1	3,4	0,6	0,8

Eksempel: Tallet 12,1 (korrigert gjennomsnitt) for akuttavdelingene i 2012 betyr at akuttavdelingene gjennomsnittlig hadde 12,1 vedtak pr benyttet seng i løpet av 2012. De største forandringene i korrigert gjennomsnitt fra 2009 til 2012 finner vi innen avdelingskodene: 63, 64, 71 og 85.

Kommentar til tabell 4.11 og 4.12

Ved å sammenligne indeksene for antall pasienter med vedtak og antall vedtak for hver avdelingstype, får en et tydeligere bilde av den enkelte avdeling. Psykogeriatriske avdelinger hadde en økning i *antall pasienter med vedtak* (indeks økte fra 0,35 til 0,64), mens indeksen for *antall vedtak* lå stabilt på 2,8 i både 2009 og 2012. Det betyr at når en har korrigert for antall senger og beleggsprosent så finner en enkelt sagt at en avdeling har hatt flere pasienter med vedtak, men færre vedtak per pasient.

Tabell 4.13: Antall vedtak med tvangsmidler /skjerming fordelt etter avdelingskode og type vedtak i 2009 og 2012

Avdelingskoder: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner, (rundskriv IK-44/89)	Mekaniske tvangsmidler		Korttidsvirkende legemiddel		Isolasjon		Kortvarig fastholding		Skjerming		Totalt	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Akuttavdeling (61)	2890	2340	1272	1111	127	253	778	1251	1523	1860	6590	6826
Korttidsavdeling (62) Generell psykiatrisk avdeling (60)	73	256	24	38	2	11	51	132 1	107	167 9	257	609 10
Intermediæravdeling (63)	141	109	66	43	36	210	101	132	258	130	602	624
Langtidsavdeling (64)	373	91	37	8	4	0	100	44	125	111	639	255
Rehabiliteringsavdeling (65)	57	144	21	17	11	0	64	160	96	127	249	448
Sikkerhetsavdeling (66)	841	748	139	116	57	46	301	245	377	500	1715	1659
Psykogeriatrisk avdeling (67)	35	87	218	61	18	44	127	112	38	203	436	508
Avdeling for førstegangspsykose (71)	0	9	0	12	0	0	3	37	7	46	10	105
DPS avdelinger (80)	13	52	80	45	13	6	87	157	111	90	304	352
Spesialavdeling (85) Avdeling stoffmisbruk	2	2	18	0	1	0	66	24	38	0 13	125	26 13
Mangler avdelingskode	1	2	0	33	0	1	2	2	9	62	12	100
Total antall vedtak	4426	3840	1875	1484	269	571	1680	2297	2689	3318	10939	11535

I 2009 sto akuttavdelingene og sikkerhetsavdelingene for totalt 75,9% av alle vedtakene. Denne andelen er ikke vesentlig endret i 2012 (73,5%).

Tabell 4.14: Pasienter med vedtak om tvangsmidler/skjerming fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012

Avdelingskoder: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner, (rundskriv IK-44/89)	2009		2012	
	Antall Pasienter n (%)	Gjennom- snittlig antall vedtak pr pasient	Antall pasienter n (%)	Gjennom- snittlig antall vedtak pr pasient
Akuttavdeling (61)	1707 (70,2)	3,9	P<0.001 1936 (74,4)	3,5
Generell psykiatrisk avdeling (60) Korttidsavdeling (62) Intermediær avdeling (63)	241 (9,9)	7,6	P<0.001 144 (5,6)	8,6
Langtidsavdeling (64)	62 (2,5)	10,3	P<0.001 26 (1,0)	9,8
Rehabiliteringsavdeling (65)	60 (2,5)	4,2	P=0.94 65 (2,5)	6,9
Sikkerhetsavdeling (66)	174 (7,2)	9,9	P=0.55 168 (6,5)	9,8
Psykogeriatrisk avdeling (67)	70 (2,9)	6,2	P=0.092 97 (3,7)	5,2
Avdeling for førstegangpsykose (71)	7 (0,3)	1,4	P<0.001 37 (1,4)	2,8
DPS avdelinger (80)	85 (3,5)	3,6	P=0.82 88 (3,4)	4
Spesialavdelinger (85) Avdeling stoffmisbruk	19 (0,8)	6,6	P=0.098 11 (0,5)	1,3
Mangler opplysninger om avdelingskode	7 (0,3)	--	30 (1,2)	--
Totalt antall pasienter	2432 (100)		2602 (100)	
Økning i antall pasienter fra 2009 til 2012			170 (7%)	

Totalt sett var det en økning av pasienter som hadde hatt minst et vedtak med tvangsmidler/skjerming fra 2009 til 2012 på 7% (n=170). Det var en signifikant økning i prosentandel pasienter med vedtak på akuttpsykiatriske avdelinger (61) fra 2009 til 2012 (fra 70,2% til 74,4%, Kji-kvadrat-test, $p < 0,001$) og avdeling for førstegangssykose (71) (0,3% til 1,4%, kji-kvadrat-test, $p < 0,001$). Det var en signifikant reduksjon av prosentandel pasienter med vedtak i generell psykiatrisk avdeling/intermediær- og korttidsavdelinger (60,62,63) fra 2009 til 2012 (9,9% til 5,6%, Kji-kvadrat-test, $p < 0,001$) og langtidsavdeling (64) (fra 2,5% til 1,0%, Kji-kvadrat-test, $p < 0,001$).

Tabell 4.15: Vedtak med tvangsmidler /skjerming fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012

Avdelingskoder: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner, (rundskriv IK-44/89)	2009	2012
	Vedtak n (%)	Vedtak n (%)
Akuttavdeling (61)	6590 (60,2)	6826 (59,2)
Generell psykiatrisk avdeling. (60)		10
Korttidsavdeling (62)		609 =1243 (10,8)
Intermediær avdeling (63)	909 (7,8)	624
Langtidsavdeling (64)	639 (5,8)	255 (2,2)
Rehabiliteringsavdeling (65)	249 (2,3)	448 (3,9)
Sikkerhetsavdeling (66)	1715 (15,7)	1659 (14,4)
Psykogeriatrisk avdeling (67)	436 (4,0)	508 (4,4)
Avdeling for førstegangpsykose (71)	10 (0,1)	105 (0,9)
DPS avdelinger (80)	304 (2,8)	352 (3,0)
Spesialavdeling (85)	185 (1,1)	39 (0,3)
Avdeling stoff misbruk		
Mangler opplysninger om avdelingskode	12 (0,1)	100 (0,9)
Totalt antall vedtak	10939 (100)	11535 (100)
Økning i antall vedtak på fra 2009 til 2012		596 (5,4%)

Totalt sett var det en økning av antall vedtak på 5,4% (n= 596) fra 2009 til 2012. langtidsavdelinger (64), sikkerhetsavdelinger (66) og spesialavdelinger (85) hadde en reduksjon av antall vedtak, mens akuttavdelinger (61), generell psykiatrisk avdelinger (60), korttidsavdelinger (62), intermediæravdelinger (63), rehabiliteringsavdelinger (65), psykogeriatrisk avdelinger (67), avdeling for førstegangpsykose (71) samt DPS (80) hadde en økning av antall vedtak.

Tabell 4.16: Varighet på vedtak om tvangsmidler (isolasjon, kortvarig fastholding og mekaniske tvangsmidler) fordelt etter avdelingskode i 2009 og 2012

Avd. kode: Statens helsetilsyns kodeverk for psykiatriske institusjoner (rundskriv IK-44/89)	2009	2012
	Timer (%)	Timer (%)
Akuttavdeling (61)	31568 (69,1)	26539 (57,7)
Korttidsavdeling (62) Intermediær avdeling (63)	1165 (2,6)	1918 (4,1) 2028 (4,4)
Langtidsavdeling (64)	1720 (3,8)	241 (0,5)
Rehabiliteringsavdeling (65)	1102 (2,4)	2077 (4,5)
Sikkerhetsavdeling (66)	9439 (20,7)	12753 (27,7)*
Psykogeriatrisk avdeling (67)	383 (0,8)	219 (0,5)
Avdeling for førstegangpsykose (71)	2 (0)	30 (0,1)
DPS avdelinger (80)	71 (0,2)	179 (0,4)
Spesialavdelinger (85) Avdeling stoffmisbruk	17 (0)	5 (0)
Mangler opplysninger om avdelingskode	189 (0,4)	29 (0,1)
Totalt varighet vedtak	45656 (100)	46012 (100)

*En pasient er ekskludert fra beregningen grunnet lang varighet på vedtak (8808 timer)

Totalt sett var det en økning i varighet på bruk av tvangsmidler på 0,7% (n= 356 timer). Innen tre av avdelingstypene var det en reduksjon i total varighet: akuttavdelinger (61), langtidsavdelinger (64) og psykogeriatriske avdelinger (67). Innen de resterende avdelingskategorier: korttidsavdelinger (62), intermediæravdelinger(63), rehabiliteringsavdelinger (65), sikkerhetsavdelinger (66), DPS (80) og avdeling for førstegangpsykose (71) var det en økning i total varighet.

5 Konklusjoner, hovedfunn, begrensninger og anbefalinger

5.1 Hovedfunn i 2012

(Tall i parentes er funn fra 2009)

1. **Totalt antall vedtak:** Det ble fattet 11535 (10939) vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming. Dette er en økning i antall vedtak på 5,4% fra 2009 til 2012.
2. **Totalt antall pasienter:** Det ble fattet vedtak om bruk av tvangsmidler eller skjerming overfor 2602 (2432) pasienter. Dette er en økning på 7% fra 2009.
3. **Varighet på vedtak om bruk av tvangsmidler:** Totalt sett var varigheten på vedtak om bruk av tvangsmidler 46012 timer (45656). Dette er en økning i varighet på 0,7% fra 2009.
4. **Korttidsvirkende legemidler:** 1485 (1875) vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler overfor 709 (712) pasienter. Dette er en reduksjon på 20,8% for vedtak og ingen endring i antall pasienter siden 2009.
5. **Mekaniske tvangsmidler:** 3840 (4426) vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler overfor 1107 (1065) pasienter med en gjennomsnittlig (median) varighet på 2,9 (3,3) timer per vedtak. Dette er en reduksjon på 13,2% for antall vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler/3,9 % økning av pasienter siden 2009.
6. **Isolering:** 571 (269) vedtak om isolering overfor 144 (114) pasienter. Gjennomsnittlig varighet på isolasjonen var 1,00 (0,5) time. Dette er en økning på 112,3% for antall vedtak om isolasjon / 26,3% økning i antall pasienter.
7. **Kortvarig fastholding:** 2297 (1680) vedtak om kortvarig fastholding overfor 749 (574) pasienter med en gjennomsnittlig varighet på 0,17 (0,17) timer. Dette er en økning på 36,7% for antall vedtak om kortvarig fastholding / 30,5% økning antall pasienter.
8. **Skjerming:** 3318 (2689) vedtak overfor 1617 (1406) pasienter. Dette er en økning på 23,4% for antall vedtak om skjerming/ 15% økning i antall pasienter. Gjennomsnittlig varighet på vedtaket var 335,9 (139,5) timer. I 2012 var et betydelig høyere antall skjermingsvedtak med varighet (31,8% av vedtakene manglet varighet i 2012 i motsetning til 75,4% i 2009).
9. **Type tvangsmiddel/skjerming:** Fra 2009 til 2012 fant vi en økning i antall pasienter som ble underlagt tvangsmidler (bortsett fra korttidsvirkende legemidler) og skjerming. Ved å analysere det første vedtaket hver enkelt pasient hadde (enten med en type tvangsmiddel eller skjerming) i henholdsvis 2009 og 2012, ble det funnet en dreining av bruken fra mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler over til isolering, kortvarig fastholding og skjerming.
10. **Kjønn:** Antall menn økte innen alle typer tvangsmidler, og skjerming. Antallet kvinnelige pasienter som fikk vedtak om isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming økte. Samtidig fikk noen færre kvinner vedtak om mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler (henholdsvis 7 og 16 pasienter). Både i 2009 og 2012 var det flere kvinner enn menn i kategorien pasienter som hadde fått 20 eller flere vedtak om tvangsmidler.
11. **Avdelingskoder:** Akuttavdelinger sto for 59 (60) % av samtlige vedtak om bruk av tvangsmiddel og skjerming, og sammen med sikkerhetsavdelingene hadde de 74 (75) % av alle vedtak om bruk av tvangsmiddel og skjerming. Dette var en

signifikant økning i prosentandel pasienter på akuttpsykiatriske avdelinger ($p < 0,001$) med vedtak i forhold til det totale antallet pasienter med vedtak.

12. **Helseforetakene:** Det er store variasjoner i antall pasienter med vedtak samt vedtak når det gjelder bruk av tvangsmidler og skjerming. Siden vår undersøkelse ikke kontrollerte for faktorer som kan forklare disse forskjellene, har vi ikke grunnlag for å tolke disse forskjellene.

5.2 Metodiske utfordringer og begrensninger for slutninger og konklusjoner

Reliable og valide årsoversikter av rapportert bruk av tvangsmidler og skjerming

Det var betydelige metodiske utfordringer knyttet til å framskaffe reliable og valide årsoversikter av rapportert bruk av tvangsmidler og skjerming. Den mest framtrædende utfordringen var å skaffe komplette data i betydningen at funnene avspeilte virkeligheten på en etterrettelig måte. Dette forutsetter at en har:

- En nøyaktig oversikt over enheter/poster, avdelinger, sykehus og helseforetak
- Pålitelige prosedyrer for å sikre at alle enheter i denne oversikten har levert data eller har stadfestet at de ikke har brukt tvangsmidler eller skjerming i den aktuelle tidsperioden
- Pålitelige prosedyrer for behandling av innkomne data:
 - Koding av data
 - Kontroll av datakvalitet etter at de er lagt inn i statistikkfiler («vasking av data»)
 - Relevante statistiske analyser
- Empirisk belegg for slutningene som gjøres om forekomst og utviklingstendenser

Svikt i en eller flere av disse forutsetningene vil redusere den vitenskapelige kvaliteten på en slik måte at det kan reises berettiget tvil om de beskrevne funn og konklusjoner er valide. Det er derfor avgjørende viktig at de anvendte metodene som er blitt brukt er transparente og beskrevet på en nøyaktig måte. I den forbindelse er nøyaktig rapportering av eventuelle manglende innkomne opplysninger særlig viktig.

Sammenligning av tvangsbruk mellom HF/institusjoner

En utfordring er knyttet til hvilket organisatorisk nivå som analyseres. Dette har spesiell relevans når det gjøres sammenligninger mellom forskjellige enheter, avdelinger og sykehus. En forutsetning for å kunne sammenligne antatt like analyseenheter er at de reelt sett er sammenlignbare.

To sykehus av samme størrelse kan ha forskjellige funksjonsområder. Det ene kan ha hovedtyngde av funksjoner og pasienter der bruk av tvangsmidler er sannsynlig, mens det motsatte kan være tilfelle for det andre sykehuset. En sammenligning må nødvendigvis modereres tilsvarende. Sykehus og avdelinger skifter også funksjonsprofil over tid. Dette kompliserer sammenligninger over tid. En økning eller reduksjon i tvangsmiddelbruk kan forklares av at en og samme avdeling har blitt tillagt nye eller fratatt tidligere funksjoner. Hvis en ikke tar utgangspunkt i slike endringer av ansvarsområder kan en komme i skade for feilaktig å konkludere med at endringer i bruk av tvangsmidler skyldes eller avspeiler en endring i enhetens fagprofil og kultur. Selv innen en og samme enhet kan det foreligge alternative forklaringer på en markant økning eller reduksjon i bruk av tvangsmidler. I en

sikkerhetsenhet med 8 plasser, eller en akutenhet med 14 plasser kan 1 ny pasient gi substansiell og berettiget økning i bruk av tvangsmidler.

Det anbefales at de innrapporterte opplysningene ved framtidige kartlegginger av tvangsmiddelbruk av skjerming, analyseres i forhold til relevante bakgrunnsdata fra helseforetakene og institusjonene (som for eksempel antall behandlede pasienter, innleggelser, størrelse på opptaksområde). Slike analyser vil kunne gjøre det mulig å sammenligne bruken mellom institusjoner og helseforetak.

Organisatorisk analysenivå

”Avdelingskode” tolkes på samme måte som ved kartleggingen i 2009 ved hjelp av Statens helsetilsyns avdelingskodeverk for psykiatriske institusjoner (Rundskriv IK-44/89 fra Statens helsetilsyn, se vedlegg 1).

På grunn av vedvarende strukturendringer i psykisk helsevern for voksne er slike sammenligninger basert på institusjonsstruktur og avdelingsinndeling kompliserte. Funksjoner flyttes fra en avdeling til en annen, fra et sykehus til et annet, eller enheter/poster blir slått sammen med andre, skifter funksjon uten å endre navn, etc. Det er også kommet nye benevelser som skaper uklarhet om hvilke funksjoner den enkelte post egentlig har. Et eksempel på det siste er om defineringen av en tidligere sikkerhetspost til «forsterket rehabiliteringspost» der en behandler sikkerhetspsykiatriske pasienter sammen med andre langtidspasienter. Hovedproblemet ligger imidlertid på avdelingsnivå, fordi en og samme avdeling over tid kan omfatte vidt forskjellige typer og antall enheter/poster. Det finnes også eksempler på deling eller overføringer av funksjoner mellom sykehus. Dette kompliserer i stor grad sammenligninger på avdelingsnivå og på sykehusnivå. Enhets/post-nivået ser ut til å kunne sammenlignes med relativt stor pålitelighet, gitt at det foreligger målinger på dette nivået og at funksjonene i den aktuelle posten ikke er endret siden forrige måling.

Det anbefales at avdelingskodeverk for psykiatriske institusjoner oppdateres i takt med utviklingen av organiseringen av psykisk helsevern og at det finnes en fortløpende nasjonal oversikt over enheter/avdelinger som er godkjent for bruk av tvang. En slik nasjonal oversikt over helseforetak (HF) og institusjoner i psykisk helsevern for voksne som har vedtak om tvangsmidler og skjerming vil kunne sikre at man får en komplett innrapportering fra alle relevante enheter i det psykiske helsevernet for voksne.

Datakvalitet

”Overtelling” av pasienter

Samme metode ble brukt i kartleggingen i dette oppdraget som i kartleggingen av tvangsmidler og skjerming i 2009. Denne gangen ble det gjennomført en spesifikk kontroll av eventuell ”overtelling” av pasienter som ga et estimat på 10% av pasientene (se side 21). Dette berører ikke antall vedtak. Hvorvidt estimatet på 10 % ”overtelling” av antall pasienter gjelder for alle helseforetak er avhengig av organisatoriske forhold, som liggetid på den enkelte avdeling (særskilte behandlingstilbud) og hvordan pasientstrømmen i det enkelte foretak beveger seg.

Dokumentasjon av vedtak andre steder enn i de foreskrevne protokollene

Det viser seg at kartleggingen ikke ble fullstendig da to foretak har benyttet DIPS (Distribuert informasjons- og pasientsystem for sykehus) til å dokumentere bruk av skjerming og tvangsmidler. DIPS er en del av elektronisk pasientjournal og er derfor en annen datakilde enn tvangsmiddelprotokollene. I det ene helseforetaket dreide det seg om 8 pasienter med ukjent antall vedtak om skjerming. I det andre helseforetaket dreide det seg om 39 pasienter med 89 vedtak (både vedtak om tvangsmidler og skjerming).

Det anbefales at det utvikles og implementeres et elektronisk dokumentasjonssystem. Et forarbeid til en slik omlegging er allerede gjort og dette kan danne grunnlaget for et videre samarbeid mellom IT og klinikere (EPJ standard: Tvangsprotokoller i psykisk helsevern. Kravspesifikasjon og teknisk standard. KITH rapport 02/07). Utviklingen av et felles nasjonalt EPJ- system på dette området kan gi mange effekter:

- Pasienten vil ikke kunne bli talt flere ganger i kartlegginger av tvangsmidler og skjerming
- Dokumentasjonen på tvangsvedtak kan fremskaffes fra samme datakilde
- Et slikt system kan generere fortløpende rapporter til hjelp i den daglige driften
- Det kan gi lettere innsyn for kontrollkommisjoner og andre tilsynsmyndigheter
- Datakvaliteten vil bli forbedret og gjennom det vil forskningskvaliteten også forbedres

Hva kartleggingen av tvangsmiddel- og skjermingsvedtak ikke sier noe om

Kartleggingen og analysene er basert på innrapporterte opplysninger fra protokoller. Gjennom kartleggingsarbeidet har vi gjort noen refleksjoner over kvaliteten på dokumentasjonen av tvangsmiddel- og skjermingsvedtak.

I de følgende avsnitt skisseres noen områder som etter vårt syn kan forbedres. Ytterligere krav til dokumentasjon ved visse sider ved tvangsmiddelbruk og skjerming vil kunne gi mer detaljerte opplysninger om iverksetting og gjennomføring av tvangsmidler og skjerming.

Skille mellom vedtak og episoder med tvangsmidler

Et vedtak om tvangsmidler skal fattes av faglig ansvarlig og føres i eget dokument som ikke inngår som en del av tvangsmiddelprotokollen. Vedtaket skannes og deretter lagret i pasientens elektroniske journal (en kopi kan bli lagt i tvangsmiddelprotokollen). Kan et vedtak om mekaniske tvangsmidler bestå av flere episoder? Etter en slik oppfatning vil et vedtak om tvangsmidler kunne framstå som flere episoder med tvangsmidler i tvangsmiddelprotokollen. Dette kan illustreres slik; Hvis et vedtak om tvangsmidler f eks fattes kl.16.00, og eventuelle fortløpende perioder med mekaniske tvangsmidler står oppført i protokollen (hvert enkelt med varighet av begrenset tid, og f eks over et tidsrom på noen timer framover i tid), vil disse periodene etter en slik oppfatning bli betraktet som episoder med tvangsmidler under et vedtak om tvangsmiddelbruk.

I tvangsmiddelprotokollene brukes benevnelsen ”vedtak” og dermed er det ikke i denne kartleggingen gjort et skille mellom episode og vedtak, og alle ”episoder” etter en slik oppfatning er kartlagt som et vedtak. Skulle man derimot bruke vedtakene som legges i pasientens journal som datakilde for tvangsmiddelbruk, ville det kunne resultere i et lavere antall vedtak med tvangsmidler gitt en slik oppfatning.

Hvorvidt et vedtak i protokollen er en ”ny periode” eller en ”ny episode” omtales på side 78 i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS-9/2012:

”Femte ledd annet punktum fastsetter at vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig.

Det kan ha vært et spørsmål om hvor hyppig det skal treffes vedtak dersom det stadig må nyttes tvangsmidler over en lengre periode, for eksempel 2-4 ganger i døgnet.

Hvor hyppig tvangsmiddelvedtak skal fattes i en slik situasjon, må vurderes konkret.

Momenter i vurderingen vil da være hvorvidt det dreier seg om en ’ny periode’, eller om tvangsmidlet kun helt umiddelbart har opphørt i forbindelse med for eksempel toalettbesøk”.

Det anbefales at det gjøres en avklaring av forholdet mellom episode og vedtak for å sikre en felles forståelse og dokumentasjon på tvangsmiddelvedtak.

Måten kortvarig fastholding gjennomføres på

Mandatet for kartleggingen av tvangsmidler var å kartlegge antall vedtak og pasienter som hadde hatt kortvarig fastholding. Det var ikke å samle inn ytterligere opplysninger om hvordan kortvarig fastholding ble praktisert. Kortvarig fastholding ble definert som et tvangsmiddel i 2007, men hadde vært i bruk over lengre tid i mange deler av psykisk helsevern. Det er verdt å merke seg at opplysningene i tvangsmiddelprotokollen ikke sier noe om hvordan vedtaket iverksettes og gjennomføres. Dokumentasjonen forteller at et vedtak er fattet og iverksatt (*”holding”, ”kortvarig fastholding”*). Dokumentasjonen gir ingen informasjon om på hvilken måte tvangsmiddelet blir gjennomført på, og hvor mange fagpersoner som var involvert. Heller ikke noe om hvorvidt man har vurdert hvilken gjennomføringsmåte som er minst inngripende (se sitat under), og hvilket kjønn personale som skal iverksette tiltaket har. Dette omtales på side 141, psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS-9/2012.

”Tiltaket skal gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Hva som er minst inngripende gjennomføringsmåte må vurderes konkret for den enkelte pasient. For enkelte pasienter bør fastholding for eksempel bare gjennomføres av personale av samme kjønn som pasienten. Tilsvarende kan det tenkes at fastholding bør unngås overfor pasienter som har vært utsatt for seksuelt overgrep.”

Fra praksis og publikasjoner vet vi et at det finnes svært ulike måter å gjennomføre bruken av kortvarig fastholding på. Her er noen eksempler:

- pasienten legges i sideleie, og personalet holder pasientens armer og ben.
- pasienten blir sittende på sengekanten, personalet sitter på hver side av pasienten og holder pasientens armer.
- pasienten kan bli lagt på gulvet på magen, med to eller flere av personalet liggende over/ som holder pasienten nede. Det har vist seg å være stor risiko forbundet med bruk av sistnevnte eksempel. Det er rapportert dødsfall som følge av en slik intervensjon (Ball, 2005). I et tilsvarende tilfelle fra Norge overlevde imidlertid pasienten fordi vedkommende fikk livreddende behandling i tide (Nissen mfl., 2012).

Det anbefales at det utarbeides ytterligere krav til dokumentasjonen av bruken av kortvarig fastholding slik at det opplyses om i hvilken posisjon under gjennomføringen av vedtaket pasienten blir holdt (for eksempel lagt i mageleie, ryggeleie på gulvet, holdt i armene, sittende på seng), hvor mange personer (eventuelt kjønn) som deltar og på hvilken måte (hvordan personalet gjør bruk egen kropp i gjennomføringen).

Fastsette tidsaspektet for når holding blir et tvangsmiddel

Erfaring fra praksis viser at det er ulike oppfatninger av hvor lenge holdegrepene skal vare for at det betraktes som et tvangsmiddel som krever vedtak. Enkelte fagmiljøer har satt en grense på et antall minutter som holdegrepene skal vare før det betraktes som et tvangsmiddel, andre betrakter holdegrepene som et tvangsmiddel uavhengig av varighet. Disse ulike oppfatningene av når holdegrep blir et tvangsmiddel får konsekvenser for dokumentasjonen av tvangsmiddelet kortvarig fastholding, fordi bruk av holding på to avdelinger vil framstå med ulikt antall vedtak ved innrapportering av tvangsmidler.

Det anbefales at det avklares hvor lenge holdegrepene skal vare for at vedtak om kortvarig fastholding skal fattes.

Bruk av tvangsmidler i forbindelse med gjennomføring av andre typer tvangsvedtak

Et eksempel er hvorvidt ulike holdegrep er å betrakte som et tvangsmiddel eller ikke har konsekvenser for hvorvidt bruken av ulike holdegrep blir dokumentert. Det er kjent at ulike holdegrep benyttes av personalet i gjennomføringen av ulike typer tvangsvedtak, som for eksempel tvangsbehandling med ernæring eller medisiner. Avhengig av hvorvidt holdegrepene blir betraktet som et tvangsmiddel eller ikke får konsekvenser for hvorvidt bruk av holding blir dokumentert. Ulike oppfatninger fører til ulik rapporteringspraksis og eventuell underrapportering av bruken av kortvarig fastholding. På side 64 i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS-9/2012 avklares dette ”Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å utøve tvang (holding/mekaniske tvangsmiddel) må det treffes særskilt vedtak om dette (§4-8)” Denne presiseringen synes ikke å være allment kjent i klinisk praksis.

Det anbefales at denne presiseringen gjøres kjent for fagmiljøene.

Konsekvenser ved vedtak om skjerming

Slik skjermingsvedtak dokumenteres i skjermingsprotokollen framkommer det ikke informasjon om innholdet i skjermingen, og hvilke konkrete innskjerpelser som er gjort i pasientens daglige liv. Dokumentasjonen i protokollen er knapp og ofte står det under kolonnen tiltaket innebærer: ”skjermet avsnitt”. Fra klinisk praksis vet vi at både de organisatoriske og arkitektoniske forholdene i en post/ enhet kan variere en del. Dette kan gjelde ulike forhold som reguleringene og innskjerpelser av pasientens daglige gjøremål, arkitektoniske utforming av skjermet enhet, antall pasienter og sammensetningen av pasienter som oppholder seg der og hvordan kontakten med personalet organiseres (hvor lenge personalet oppholder seg der av gangen).

Det anbefales utarbeidelse av retningslinjer for dokumentasjon på hvordan skjermingen gjennomføres slik at det vil framgå av vedtaket hva dette innebærer for pasienten.

Referanseliste

- Abderhalden, C., Needham I., Dassen T., Halfens R., Haug H-J., Fischer J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50.
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish Norwegian association study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 155-166.
- Ball, H. A. (2005). Death in restraint: lessons. *Psychiatric bulletin*, 29, 321-323.
- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rosetti, A., Cornaggia, C.M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*, 48 (1), 10-22.
- Bjørkly, S. (2004). Violent patients' warning signals and indications of coping failure as criteria for specific risk management strategies: An introduction to the SAFE project. *Issues in Forensic Psychology*, 5, 114-126.
- Bjørkly, S., Knutzen, M., Furre, A., Sandvik, L. (2011). Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009. Rapport 2011-01, Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus.
- Bremnes, R., Hatling, T., Bjørngaard, J.H. (2008). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. Trondheim: SINTEF Helse.
- Browne, J.S., Tooke, S.K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Sciences in Medicine*, 35, 711-721.
- Flannery, R.B. (2007). Precipitants to psychiatric patient assaults: review of findings, 2004-2006, with implications for EMS and other health care providers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9 (1), 5-11.
- Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1529-1537.
- Forskrift om bruk av skjerming (2007). Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet. FOR-2006-12-15-nr. 1423. Fastsatt ved det kgl. res. 15. desember 2006 med hjemmel i lov 2. juli 1999. nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-3. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Forskrift om bruk av tvangsmidler (2000). Forskrift om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet. Forskrift til lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (Rep. No. 1173). Helse- og omsorgsdepartementet.

Gadon, L., Johnstone, L., Cooke, D. (2006). Situational variables and institutional violence: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 515-534.

Gaskin, C.J., Elsom, S.J., Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303.

Hamrin, V., Iennaco, J. & Olsen, D. (2009). A review of ecological factors affecting psychiatric institution violence: Implications for relational and institutional culture improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (4), 214-226.

Hatling, T., & Krogen, T. (1998). Bruk av tvangsmidler i norsk psykiatri – en empirisk gjennomgang. Trondheim: SINTEF UNIMED, Norsk institutt for sykehusforskning (NIS).

Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics 1. *BMC Health Services Research*, 10, 89.doi.:10.1186/1472-6963-10-89.

Høyer, G. & Drange, H. (1991). Bruk av tvangsmidler i norske psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 111, 1709-1713.

Høyer, G. & Drange, H. (1994). Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 114, 585-588.

Jansen, G.J., Dassen, T.W., Jebbink, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12 (1), 3-13.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N.H., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint - a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 215, 127-33.

Kunnskapssenteret (2012). Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne. Rapport fra Kunnskapssenteret, nr 9.

Nissen T., Rørvik P., Haugslett L., Wynn R. (2013). Physical Restraint and Near Death of Psychiatric Patient. *Journal of Forensic Sciences*, 58,1, 259-262.

Nystadnes, T. (2008). EPL standard: Enkelte vedtak om tvang i det psykiske helsevern. Kravspesifikasjon og teknisk standard. Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse. <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/kontrollkommisjonen-og-tvang/maler/sider/maler-for-tvangsvedtak-i-epj-.aspx>.

Psykisk helsevernloven (1999). Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Rundskriv IS-9/2012. Helsedirektoratet.

Psykisk helsevernforskriften av 16. desember 2011 nr.1258 om etablering av psykisk helsevern med mer.

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Kautiainen, H. *et al.* (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64, 850-855.

Simpson, S.A., Joesch, J.M., West, I.I., & Pasic, J. (2014). Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *General Hospital Psychiatry*, 36, 113-118.

Stortingsmelding 10 (2012-2013). God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013) Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.

Wynn, R., Kvalvik, A. M., & Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 133-137.

Vedlegg 1

Avdelingskodeverk

Statens helsetilsyns avdelingskodeverk for psykiatriske institusjoner
Rundskriv IK-44/89 fra Statens helsetilsyn

6 Psykiatriske avdelinger

- 60 Generell psykiatrisk avdeling
- 61 Akuttavdeling
- 62 Korttidsavdeling
- 63 Intermediæravdeling
- 64 Langtidsavdeling
- 65 Rehabiliteringsavdeling
- 66 Sterkavdeling (benevnes som sikkerhetsavdeling)
- 67 Psykogeriatrisk avdeling
- 68 Nevroseavdeling
- 69 Evt. lokal kode

7 Øvrige psykiatriske avdelinger

- 71 Avdeling for unge schizofrene (benevnes som avdeling for førstegangssykose)
- 72 Psykosomatisk avdeling
- 73 Avdeling for stoff misbrukere (veksthus)
- 74 Evt. lokal kode
- 75 Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
- 76 Barnepsykiatrisk avdeling
- 77 Ungdomsavdeling
- 78 Familieavdeling
- 79 Psykiatrisk sykehjem

8 Andre sykehusavdelinger (definert av Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst)

- 80 Distriktskykiatrisk Senter (DPS)
- 85 Annet: Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), Avdeling for personer med utviklingshemming/autisme (PPU).

Vedlegg 2

Grunndata for antall vedtak med tvangsmidler og skjerming og antall pasienter med vedtak i 2012 fordelt på helseforetak/institusjoner

Helseforetak (HF)/institusjoner	Antall pasienter med vedtak	Antall vedtak
Sykehuset Østfold HF	137	424
Akershus universitetssykehus HF	313	1136
Oslo Universitetssykehus HF	174	1083
Diakonhjemmet sykehus	85	177
Lovisenberg Diakonale sykehus	150	531
Vestre Viken HF	157	745
Sykehuset Telemark HF	85	243
Sykehuset i Vestfold HF	135	401
Sykehuset innlandet HF	200	679
Sørlandet sykehus HF	111*	380
Helse Stavanger HF	286	2259
Helse Fonna HF	111	405
Helse Bergen HF	204	1272
Helse Førde HF	32	145
Helse Møre og Romsdal HF	95	326
Helse Nord-Trøndelag HF	42	182
St. Olavs Hospital HF	117	620
Nordlandssykehuset HF	70	204
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94* *	309
Andre institusjoner: Furukollen psykiatriske senter Skjelfoss psykiatriske senter	4	14
Totalt antall	2602	11535

*Underrapportering på 8 pasienter pga dokumentasjon i DIPS

** Underrapporterte data på 39 pasienter pga dokumentasjon i DIPS

Kommentar:

Hvis det skal være mulig å sammenligne ulike helseforetak/institusjoner vedrørende bruk av tvangsmidler og skjerming, er det en forutsetning at de er sammenlignbare. Det er ulike forhold som gjør at en slik sammenligning av HF/institusjoners absolutte tall på antall vedtak og pasienter med vedtak ikke kan gjøres uten at det tas forbehold.

To sykehus av samme størrelse kan ha forskjellige funksjonsområder. Det ene kan ha hovedtyngde av funksjoner og pasienter der bruk av tvangsmidler er sannsynlig, mens det motsatte kan være tilfelle for det andre sykehuset. En sammenligning må nødvendigvis modereres tilsvarende. Sykehus og avdelinger skifter også funksjonsprofil over tid. Dette kompliserer sammenligninger over tid. En økning eller reduksjon i tvangsmiddelbruk kan forklares av at en avdeling har blitt tillagt nye eller fratatt tidligere funksjoner. Hvis en ikke tar utgangspunkt i slike endringer av ansvarsområder kan en komme i skade for feilaktig å konkludere med at endringer i bruk av tvangsmidler skyldes eller avspeiler en reell endring i enhetens fagprofil og kultur. Selv innen en og samme enhet kan det foreligge alternative forklaringer på en markant økning eller reduksjon i bruk av tvangsmidler.

De regionale helseforetakene

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

10/7525-4

Anne Solberg

17.09.2013

Orientering om innsamling og analyse av data fra 2012 om bruk av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for voksne

I 2009 gjennomførte Kompetansesenteret en systematisk gjennomgang av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling. Helsedirektoratet har igjen inngått kontrakt med Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst om innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne i 2012. Hensikten er å kunne følge utviklingen på dette feltet både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Data om bruk av tvang i det psykiske helsevernet samles inn rutinemessig inn av ulike aktører. En systematisk gjennomgang av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling i 2009, viste at pasientdata for tvangsmiddelbruk var svært mangelfulle. Det samme gjaldt innrapporterte data til Statistisk sentralbyrå. Kontroll av pasientdata for vedtak om skjerming samsvarte relativt godt med rapportering i andre kilder. Avvikene på institusjonsnivå ble likevel vurdert å være for store til at de nasjonale tallene ble publisert (Bremnes og Jensberg 2009).

Det er et uttalt politisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene. De regionale helseforetakene har iverksatt handlingsplaner for å begrense og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet, og i Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i de psykiske helsetjenester (2012-2015) er det en rekke tiltak som skal føre til samme mål.

Det er en forutsetning for utviklings- og kvalitetsarbeid som skal redusere bruken av tvang og tvangsmidler at en kjenner omfanget av tvangsbruk både nasjonalt og ved egen avdeling og institusjon, slik at en har mulighet til å kunne sammenligne seg med andre. For å kunne følge utviklingen i årene fremover, er det derfor viktig at alle avdelinger og institusjoner leverer komplette data innenfor de fristene som er satt. Som en del av arbeidet med å kvalitetssikre data vil Kompetansesenteret gi alle institusjoner som omfattes av kartleggingen skriftlig tilbakemelding med institusjonens sumtall / rater for aktuelle variabler, samt nivå for bruk av de ulike tvangsmidlene og skjerming i forhold til landsgjennomsnittet.

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus

Anne Solberg, tlf.: 24163280

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Vi ber de regionale helseforetakene om å bistå Kompetansesenteret med de opplysningene de etterspør i forbindelse med dette oppdraget.

Vi også be om at klinikkledelsen kvalitetssikrer at den vedlagte avdelingsoversikten de blir tilsendt er i overensstemmelse med klinikkens organisering i 2012.

På forhånd takk for samarbeidet!

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Anne Solberg
seniorrådgiver

Kopi:
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst

Til klinikkledelsen

Oslo, 01.11.2013

Nasjonal kartlegging av tvangsmiddelbruk og skjermingsvedtak i det psykiske helsevern for voksne i 2012

Helsedirektoratet har gitt Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst i oppdrag å samle inn og kartlegge tvangsmiddelbruk og skjermingsvedtak i det psykiske helsevern for voksne i 2012. Følgende data skal samles inn:

- Tvangsmiddelepisoder: Dato / klokkeslett for oppstart og avslutning av den enkelte tvangsmiddelepisode og type tvangsmiddel.
- Skjermingsvedtak over 24/12 timer: Dato / klokkeslett for oppstart og avslutning av den enkelte skjermingsepisode og type skjermingsmetode.

Innsamling av data gjøres ved å kopiere venstre side av tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene for 2012, som inneholder all informasjon som skal innhentes. Pasientinformasjonen øverst på kopien klippes bort slik at dataene blir anonyme. Kun pasientens kjønn samt navnet på enheten/posten skal påføres kopien av protokollen.

Klinikkledelsen bes om å utpeke en person, gjerne en merkantil ansatt, som på vegne av hver seksjon/avdeling kan ta ansvar for innsamlingen av data. Vedkommende vil få tilsendt utfyllende beskrivelse av oppgavene knyttet til datainnsamlingen, samt et skjema for utfylling av seksjon/avdelingsinformasjon.

Vi ber med dette om følgende opplysninger fra klinikkledelsen:

- **Navn på kontaktperson.**
- **Telefonnummer til kontaktperson.**
- **E-postadresse til kontaktperson.**
- **Helseforetakets navn.**
- **Avdelingenes/seksjonenes navn slik de var i 2012. Vi henviser til den vedlagte oversikten over helseforetakets avdelinger og underliggende enheter/poster.**

Svar sendes per e-post til: **tvang2012@kompetanse-senteret.no** senest innen **14 dager etter mottatt brev.**

Kontakt oss dersom det skulle være spørsmål eller uklarheter.

Maria Knutzen 95 47 44 91

Astrid Furre 41 44 19 60

Martin Bjørnstad 95 45 64 27

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen



Harald Aulie
Konstituert leder
Kompetansesenter for sikkerhets-,
fengsels og rettspsykiatri
for Helseregion Sør-Øst



Maria Knutzen
Prosjektleder

Til avdelingskontaktene

Oslo, 12.11.2013

Beskrivelse av fremgangsmåte for:**a) Innhenting av data fra tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller for 2012**

- Finn fram alle tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene for 2012 på hver enhet/post på din avdeling. NB! Tvangsbehandling med medikamenter inngår **ikke** i innsamlingen, så denne protokollen skal **ikke** kopieres.
- Kopier venstresiden i tvangsmiddel- og skjermingsprotokollen **og sjekk at dato helt til venstre i protokollen kommer med på kopien**. Dette er svært viktig for å få korrekt varighet på hver enkelt tvangsmiddel- og skjermingsepisode.
- **Skriv navnet på enhetens/posten** på alle de kopierte venstresidene av protokollene. Noen av de kopierte protokollene vil også kunne inneholde tvangsmiddelepisoder fra 2011 fordi man ikke nødvendigvis begynner på ny side i tvangsmiddelprotokollen ved årsskiftet. Disse vil ikke bli tatt med i kartleggingen vår.
- Sorter kopiene fra alle enheter/poster den enkelte pasient har vedtak fra. Dette er nødvendig fordi noen pasienter kan ha fra flere enheter i løpet av 2012.
- Merk samtlige kopier av protokollene med pasientens kjønn (M = mann, K = kvinne). Er det tvil om pasientens kjønn kan dette sjekkes via pasientens personnummer. Tredje siffer i personnummeret angir kjønn: kvinner har partall (0-2-4-6-8), menn har oddetall (1-3-5-7-9).
- Anonymisering av opplysningene gjøres på følgende måte (jf. Helsepersonelloven § 21 om taushetsplikt): **Stift** sammen alle kopiene av protokollene som tilhører én og samme pasient, **ikke bruk binders**. Klipp bort og makuler den øvre delen hvor pasientens navn og personnummer er oppført. Klipp også bort navn på ansatte eller annen informasjon som ikke vedkommer kartleggingen.

- Sjekk at kopiene er leselige og at datoene for vedtakene er fullstendige (dag/mnd/år).
Legg de stiftede kopiene i en konvolutt sammen med skjemaet om avdelingsopplysninger.

b) Utfylling av skjema for avdelingsopplysninger

- Avdelingsopplysningene fra 2012 på vedlagt Excel-ark er utarbeidet av oss basert på den kvalitetssikrede informasjonen vi har mottatt (dersom det mot formodning forekommer feil, vennligst rett opp dette).
- Fyll inn / korrigér på angitte nummererte kolonner på avdelingsopplysningsskjema;

1. Avdelingstype (jf. Vedlagte dokument «avdelingskodeverk»).
2. Spesifikasjon av post/enhet med spesialfunksjoner (jf. Vedlagte dokument «avdelingskodeverk»).
3. Antall døgnplasser/senger pr. 31.12-2012.
4. Beleggsprosent i 2012.
5. Har tvangsmiddelbruk forekommet på den enkelte enhet/post? *Ja eller Nei.*
6. Har enheten/posten fattet vedtak om bruk av skjerming over 12/24 timer? *Ja eller Nei.*
7. Summen av antallet **pasienter** med skjermings- og tvangsmiddelvedtak på enheten/posten. Dette gjøres ved å telle antall pasienter som har én eller flere kopierte sider fra tvangsmiddel/skjermingsprotokollene.

Dersom noe er uklart, ikke nøl med å kontakte oss på følgende telefonnumre:

Maria Knutzen: 95 47 44 91,
Martin Bjørnstad: 95 45 64 27
Astrid Furre: 41 44 19 60

Eller epost: tvang2012@kompetanse-senteret.no

Kopiene av tvangsmiddel- og skjermingsprotokollene og skjema med avdelingsopplysninger sendes **senest 14 dager etter mottatt brev**, til:

Prosjektmedarbeider Martin Bjørnstad
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst
Pb. 4959 Nydalen
0424 Oslo

TUSEN TAKK FOR HJELPEN

Med vennlig hilsen



Harald Aulie
Konstituert leder
Kompetansesenter for sikkerhets-,
fengsels- og rettspsykiatri
for Helseregion Sør-Øst



Maria Knutzen
Prosjektleder

Avdelingsopplysninger 2012

Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne 2012.

HF / Avdelingsnavn / Navn og mail til avdelingskontakt her

	Enheter/poster	1) Avdelingstype (brukt ved rapportering til SSB og NPR)	2) Spesifikasjon av post/enhet med spesial- funksjoner	3) antall døgnplasser pr 31.12.12	4) Beleggs- prosent i 2012	5) Tvangs- middelbruk (kryss av på "ja" / "nei")	6) Skjerming (kryss av på "ja" / "nei")	7) Antall pasienter med vedtak
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

	Tvangsmiddelprotokoll				
	Dato	Iverksatt, dato, kl.	Opphørt, dato, kl.	Pasientens "paragraf-status" (frivillig el. tvang)	Vedtak om: a. Mekaniske tvangsmidler (angi type) b. Isolasjon c. Legemidler (angi medikament, dose og doseringsform) d. Kortvarig fastholding
	01/10 2012	kl 09:40		§ 3.2	C. Zyprexa inj 10 mg x 1 i.m D. Kortvarig fastholding i ca 30 - 35 min til sammen
a)	01/10 - 12	16.00		§ 3.2	a. 5 pkt. reimseng d kortvarig holding til senga
	02/10 - 12	21:30	21:45	§ 3.2	4 punkt fiksering - løst opp ve. arm
	02/10 - 12	21:45	3.10 - 12 kl 10:30	§ 3.2	3. punkt fiksering - løst opp hø. ben
	03.10 - 12	10:30		§ 3.2	Løst opp
b)	04.10 - 12	ca kl 11:00	ca kl 13:00	§ 3.3	d) gjentatte kortvarige fastholdinger
c)	27.01-12	10:15		3.3	a) Beltelegging
	27.01-12	13:15			> Løsnet diagonalt 13.15
	27.01-12	27.01 11:15			c) Stesolid 10 mg I.M
	27.01-12	11:15			c) Haldol 10 mg I.M
	27/1-12	14:20	Feilført, 20:25		a) belte
	27/1-12	15:45			Løsnet diagonalt kl. 15.45
	27/1-12	22:10			Løsnet begge bein
	27/1-12	22:45			Løsnet begge armer
	27/1-12	23:35			Løsnet fra belte, mage
	28/1-12	00:20	00:20		Helt løsnet fra belter
	27/1-12	20:45			c) Stesolid 10 mg I.M
	27/1-12	20:45			c) Haldol 10 mg I.M

Varighet av to ulike typer tvangsmidler når disse føres parallelt (samme oppstartstidspunkt) i tvangsmiddelprotokollen

Det var tilfeller hvor kortvarig fastholding og isolasjon eller mekaniske tvangsmidler var dokumentert på samme linje og rubrikk for vedtak. Det var dermed ikke mulig å vite når vedtaket om kortvarig fastholding sluttet og vedtaket om isolasjon eller mekaniske tvangsmidler ble iverksatt. I slike tilfeller ble opphør av vedtaket om kortvarig fastholding kodet med manglende opphør (se eksempel 1a over).

Varighet på vedtak om kortvarig fastholding uten tidsangivelse i tvangsmiddelprotokollen

Flere episoder med kortvarig fastholding ble rapportert med bare en tidsangivelse. I rubrikken for type tiltak kunne flere episoder med kortvarig fastholding være beskrevet. Tidsangivelsen kunne totalt være på for eksempel en time. I disse tilfellene framkommer ikke klokkeslett for oppstart og avslutning på den enkelte episode, og varigheten av vedtaket kan dermed ikke beregnes i databasen (se eksempel 1b over).

d)	Skjermingsprotokoll				
	Dato for vedtak	Iverksatt, dato, kl.	Opphørt, dato, kl.	Pasientens "paragraf-status" (frivillig el. tvang)	Tiltaket innebærer (i forhold til pasientens bevegelsesfrihet og tilgang til ting/ media)
	23/3-12	23/3-12	6/4-12	Tvang	Skjerming på skjermet avsnitt
	03/4-12	6/4-12	20/4-12	Tvang	_____ II _____.
	23/4-12	20/4-12	4/5-12	Tvang	_____ II _____.
	3/5-12	4/5-12	18/5-12	Tvang	_____ II _____.
	18/5-12	18/5-12	1/6-12	Tvang	_____ II _____.
	1/6-12	1/6-12	15/6-12	Tvang	_____ II _____.

Varighet på vedtak om skjerming i skjermingsprotokollen

Eksempelet i skjermingsprotokollen over viser et skjermingsvedtak med manglende angivelse av opphør (dato og klokkeslett) i protokollen. Neste vedtak om skjerming på linjen under i protokollen er fattet 14 dager senere. I slike tilfeller besluttet vi å tolke ny vedtaksdato som opphørsdato på det forrige vedtaket. Her manglet det konsekvent opphørsdato, men neste vedtak var konsekvent fattet 14 dager etter forrige vedtak.



www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Ullevål universitetssykehus. Post til foretaksledelse: Oslo universitetssykehus HF, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo. Sentralbord: 02770. Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst RHF.